

EVALUASI IMPLEMENTASI PROGRAM JAMINAN KESEHATAN NASIONAL (JKN) DI PROVINSI DKI JAKARTA, INDONESIA

EVALUATION OF NATIONAL HEALTH INSURANCE PROGRAM IMPLEMENTATION IN JAKARTA PROVINCE, INDONESIA

Evi Susanti Sinaga¹, Ika Rahma Ginting², Rina K Kusumaratna¹, Tiara Marthias³

¹Departemen Ilmu Kesehatan Masyarakat, Fakultas Kedokteran, Universitas Trisakti

²Departemen Kebijakan Publik, Fakultas Ekonomi dan Bisnis, Universitas Trisakti

³Departemen Kebijakan dan Manajemen Kesehatan Fakultas Kedokteran, Fakultas Kedokteran, Kesehatan Masyarakat, dan Keperawatan, Universitas Gadjah Mada,

ABSTRAK

Implementasi Jaminan Kesehatan (JKN) di beberapa daerah di Indonesia mengalami tantangan baik dari pemberi layanan kesehatan, badan pengelola jaminan kesehatan (BPJS), maupun dari masyarakat. Hasil luaran yang terjadi bisa bervariasi bergantung kepada implementasi aspek tata kelola, pemerataan atau keadilan sosial, dan aspek mutu layanan yang berbeda-beda. Oleh karena itu dilakukan penelitian dengan mengevaluasi implementasi jaminan kesehatan nasional di Provinsi DKI Jakarta. Evaluasi dilakukan berdasarkan indikator sasaran peta jalan JKN tahun 2019 yang dikelompokkan ke dalam tiga aspek yaitu tata kelola, pencapaian pemerataan pelayanan kesehatan (*equity*), dan mutu layanan. Penelitian ini menggunakan desain *mix methods* yaitu penelitian yang menggabungkan pendekatan unsur kuantitatif dan kualitatif. Data kuantitatif bersumber dari data sekunder yang berasal dari BPJS Kesehatan, Sistem Monitoring dan Evaluasi Dewan Jaminan Sosial Nasional (Sismonev DJSN). Data kualitatif bersumber dari wawancara mendalam kepada informan yang dipilih dengan teknik *purposive sampling*. Hasilnya adalah bahwa Provinsi DKI sudah mencapai target kepesertaan JKN. Masih terdapat peserta JKN yang tidak aktif/menunggak yang berasal dari peserta segmen pekerja penerima upah pemerintah dan swasta. Fasilitas kesehatan dan sumber daya manusia kesehatan sudah memenuhi standar, namun terkait paket manfaat layanan jantung, ketersediaan dokter spesialis jantung dan fasilitas *cath lab* belum merata khususnya di Kepulauan Seribu. Preferensi pasien dalam memilih layanan kesehatan yang diinginkan mengakibatkan implementasi sistem rujukan berjenjang dan rujuk balik masih mengalami kendala di fasilitas kesehatan.

Kata kunci: Implementasi; Jakarta; Jaminan Kesehatan Nasional

ABSTRACT

The implementation of National Health Insurance in several regions in Indonesia faces challenges, such as health service providers, health insurance management, and the community. The outcome that occurs may vary depending on the implementation of different aspects of governance, equity or social justice, and aspects of service quality. Therefore, research was conducted by evaluating the implementation of the national health insurance in DKI Jakarta Province. The evaluation is carried out based on the 2019 JKN road map target indicators, grouped into three aspects: including governance, achievement of equal distribution of health services (equity), and quality of service. This research used a mixed-methods design that combined the approach of quantitative and qualitative elements. Quantitative data were collected from secondary data from Health Social Security Agency (BPJS Kesehatan), the National Social Security Council Monitoring and Evaluation System (Sismonev DJSN). The qualitative data comes from in-depth interviews with selected informants using the purposive sampling technique. The result was that DKI Province had achieved the JKN membership target. There are still JKN participants who are inactive / in arrears from participants in the government and private wage-earning segments. Health facilities and human health resources have met the standards, but related to the package of benefits for heart diseases services, the availability of cardiac specialists and cath lab facilities has not been evenly distributed, especially in the Seribu Islands. Patient preferences in choosing the desired health service resulted in implementing a tiered referral system and back-referral still having problems in health facilities.

Keywords: Implementation; Jakarta; National Health Insurance

PENDAHULUAN

Kesehatan adalah hak asasi dan investasi dimana semua warga negara Indonesia berhak mendapat pelayanan kesehatan. Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) dibentuk pada tahun 2014 dengan tujuan memberikan kepastian jaminan kesehatan yang menyeluruh bagi setiap rakyat Indonesia agar dapat hidup sehat, produktif, dan sejahtera(1). Berdasarkan Undang-Undang No. 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (UU SJSN)

dapat dirumuskan bahwa JKN merupakan program jaminan sosial yang menjamin biaya pemeliharaan kesehatan serta pemenuhan kebutuhan dasar kesehatan yang diselenggarakan nasional secara bergotong-royong wajib oleh seluruh penduduk Indonesia dengan membayar iuran berkala atau iurannya dibayari oleh pemerintah kepada badan penyelenggara jaminan sosial kesehatan nirlaba yakni BPJS Kesehatan(2). Manfaat yang dijamin oleh program JKN berupa pelayanan kesehatan perseorangan yang komprehensif, mencakup

pelayanan promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif termasuk obat dan bahan medis. Pemberian manfaat tersebut menggunakan teknik layanan terkendali mutu dan biaya.

Melalui badan penyelenggara jaminan sosial kesehatan yaitu BPJS, maka Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) sudah mulai diimplementasikan sejak 1 Januari 2014. Selama beberapa tahun sejak Program JKN diimplementasi, negara berusaha untuk mewujudkan jaminan kesehatan bagi seluruh penduduk Indonesia atau biasa disebut dengan jaminan kesehatan semesta (*Universal Health Coverage*)(3). UHC merupakan harapan dan target yang ingin diraih oleh negara (dalam hal ini pemerintah sebagai pelaksana kebijakan) dalam rangka menjamin fasilitas pelayanan kesehatan sesuai kebutuhan kesehatan dasar masyarakat. Sebuah sistem besar perlu difahami oleh semua pemangku kepentingan dan dijabarkan dalam satu arah dan sinkron agar tujuan akhir sistem jaminan kesehatan dalam UU SJSN atau Sistem Jaminan Kesehatan Nasional dapat dicapai dalam waktu yang diharapkan. Berdasarkan delapan sasaran pokok peta jalan Jaminan Kesehatan Nasional Tahun 2012-2019 yang telah disusun, UHC ditargetkan tuntas pada bulan Januari 2019(4). Di dalam peta jalan tersebut mencakup mengenai kepesertaan dan pemanfaatan pelayanan kesehatan, regulasi, tatakelola, dan mutu dari pelayanan kesehatan. Kepesertaan menyangkut bagaimana memetakan segmen masyarakat secara tepat, agar Program JKN dapat mengalokasikan anggaran serta menentukan iuran peserta secara tepat, termasuk seberapa banyak peserta yang iurannya harus dibayar oleh negara (pemerintah). Sementara itu pemanfaatan pelayanan kesehatan menyangkut kemudahan akses dan pelayanan kesehatan yang optimal bagi masyarakat. Kepesertaan Program JKN seharusnya dipandang bukan hanya dari sisi jumlah penduduk yang dicakup, tetapi juga bagaimana mereka harus bisa mengakses setiap pelayanan kesehatan yang dibutuhkan. Angka UHC yang tinggi tidak akan memiliki arti jika tidak disertai tersedianya pelayanan kesehatan yang dibutuhkan masyarakat, maka dibutuhkan tata kelola yang baik untuk mewujudkan program ini.

Pada tahun 2014, awal implementasi Program JKN ada beberapa penelitian yang mengevaluasi kesiapan *stakeholder* termasuk BPJS Kesehatan, Dinas Kesehatan, RS, Puskesmas maupun para peserta dalam pelaksanaan jaminan kesehatan nasional. Di Makassar ditemukan kendala dalam implementasi awal program JKN seperti sarana prasarana di fasilitas kesehatan yang masih perlu dilengkapi ditingkat primer dan sekunder.

Selain itu, regulasi mengenai JKN juga belum tersosialisasi baik kepada *stakeholder* maupun kepada masyarakat(5). Evaluasi pada proses implementasi program JKN memperlihatkan bahwa ditemukan permasalahan dalam pengadaan dan penyimpanan obat yang tidak sesuai dengan pedoman manajemen ketersediaan obat pada fasilitas kesehatan primer. Sedangkan di fasilitas kesehatan sekunder ditemukan biaya klaim rumah sakit sering mengalami keterlambatan karena berkas pasien yang belum lengkap menjadi salah satu masalah. Jika dilihat dari aspek tingkat kepuasan pasien JKN terhadap pelayanan rumah sakit berada pada kategori baik yaitu sebesar 87,7% dimana angka tersebut melebihi target yang telah ditetapkan sebesar 85%(6)which started on January 1, 2014 has contributed greatly to reform health care systems and financing in Indonesia. As mandated by law, is expected to gradually JKN can become the backbone for achieving Universal Health Coverage in 2019. Until now, there are various studies aimed to evaluate the JKN program that has been expected to provide recommendations for this program. Purposes: The purpose of this research was to conduct the literature review about the implementation of the National Health Insurance program in Indonesia and formulate the recommendations to improve it. Methods: The research was conducted in March 2015 by reviewing the literature on various journals research those have been published during the period January 2014 to March 2015 on the UNHAS website repository. There were 8 Journals found and reviewed in this research. Results: The results showed that at the beginning of JKN program, there are several problems found in the implementation such as the lack of regulations and guidelines related to the implementation of JKN, low coverage of socialization programs to health centers and hospitals, hospital was unprepared to meet the specific requirements for BPJS credentials, the hospital was unsatisfied with the tariffs of INA CBG, and hospital claims is often too late. However, another journal showed that as for the level of patient satisfaction at hospital, 87.7% of respondents are satisfied. Conclusions: During the implementation of JKN Program in Indonesia, there are several problems and challenges. Therefore we need to learn and improve the program based on this experience and research findings. To achieve Universal Health Coverage in 2019 we need to improve the quantity and quality of research in evaluating the implementation of JKN in Indonesia. Keywords: National Health Insurance, Evaluation, Literature Review ABSTRAK Latar belakang: Jaminan Kesehatan Nasional (JKN).

Pada tahun 2019, pada tanggal 1 Agustus jumlah peserta Program JKN mencapai 223.347.554 jiwa, yang berarti belum seluruh penduduk tercakup dalam program tersebut, karena dalam kenyataan jumlah penduduk Indonesia saat ini telah mencapai 269,1 juta jiwa. Ini artinya masih perlu banyak pembenahan dalam penyelenggaraan Program JKN

Berdasarkan Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) 2018 di DKI Jakarta ditemukan bahwa proporsi pengetahuan rumah tangga terhadap kemudahan akses ke fasilitas kesehatan sebanyak 31,5% mengatakan sulit mengakses rumah sakit, 32,1% mengatakan sulit mengakses puskesmas(7). Jika dilihat dari hasil Survei Sosial Ekonomi Nasional (Susenas) 2019 yang merupakan survei berbasis rumah tangga, persentase penduduk yang memiliki jaminan kesehatan di daerah perkotaan di Provinsi DKI Jakarta yaitu BPJS 82,58%, Jamkesda 0,48%, Asuransi swasta 3,12%, Perusahaan 4,47%, tidak punya sebesar 12,74%(8). Persentase penduduk yang menggunakan jaminan kesehatan untuk berobat jalan dalam sebulan terakhir adalah 62,31%. Berdasarkan Susenas September 2020, jumlah penduduk miskin di Ibu Kota Jakarta kembali meningkat menjadi 496,84 ribu orang atau 4,69 persen dari total penduduk Jakarta(9). Berdasarkan latar belakang kompleksnya permasalahan yang ditemukan di DKI Jakarta maka perlu dilakukan evaluasi implementasi program JKN untuk mengetahui berbagai kendala dan faktor-faktor penyebabnya baik dari sisi keadilan sosial (*equity*), tata kelola dan mutu layanan.

METODE PENELITIAN

Penelitian ini menggunakan desain *mix methods* yaitu penelitian yang menggabungkan pendekatan unsur kuantitatif dan kualitatif baik dalam pengumpulan data, analisis data, maupun interpretasi bukti-bukti(10). Penelitian ini dilakukan pada tahun 2020 di DKI Jakarta. Data kuantitatif dan kualitatif digunakan untuk menilai capaian sasaran tata kelola, *equity* (keadilan sosial), mutu layanan dari implementasi program JKN. Tata kelola adalah perilaku, metode yang digunakan suatu lembaga atau organisasi untuk mendayagunakan seluruh potensi dan unsur yang dimiliki secara optimal sebagai upaya mencapai visi dan misi yang telah ditetapkan. *Equity* adalah setiap masyarakat memiliki kesempatan yang sama memperoleh kesejahteraan dan keadilan. Mutu layanan adalah kemampuan memrikan layanan yang efektif, efisien, mudah diakses, aman, tepat waktu, dan berpusat pada pengguna layanan(11–13).

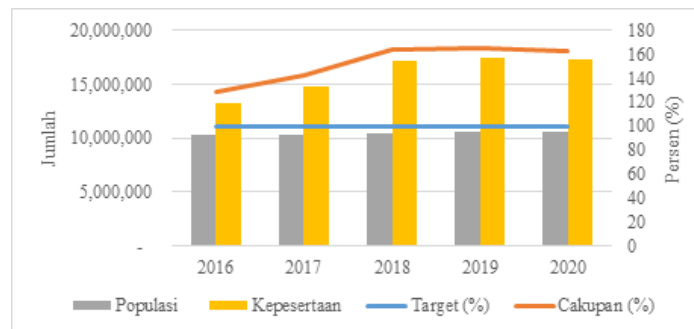
Data kuantitatif bersumber dari data sekunder yang berasal dari BPJS Kesehatan, Sismonev DJSN. Data sekunder terdiri dari data cakupan kepesertaan, proporsi peserta JKN yang aktif dan menunggak, jumlah dan sebaran fasilitas pelayanan kesehatan. Data kualitatif bersumber dari wawancara mendalam kepada 12 informan yang dipilih dengan teknik *purposive sampling*. Data kualitatif ini diambil dari instansi yang berlokasi di pusat (Kemendagri, Kemenko PMK, DJSN), di Provinsi DKI Jakarta (Dinas Kesehatan Provinsi, Dinas Sosia, Bappeda, BPKD), Puskesmas dan RSUD.

Analisa data kuantitatif menggunakan analisis univariat yaitu menggambarkan distribusi frekuensi. Sedangkan data kualitatif dianalisis secara triangulasi yaitu mengecek kebenaran data dan informasi dari berbagai sudut pandang yang diperoleh melalui wawancara mendalam kepada informan yang berbeda-beda(14). Indikator evaluasi diambil dari sasaran program JKN tahun 2019 yaitu tata kelola menggunakan sasaran satu dan lima (BPJS kesehatan beroperasi dengan baik dan semua peraturan pelaksanaan telah disesuaikan secara berkala untuk menjamin kualitas layanan yang memadai dengan harga keekonomian yang layak), *equity* berdasarkan sasaran dua dan empat (seluruh penduduk DKI Jakarta mendapat jaminan kesehatan melalui BPJS Kesehatan dan jumlah dan sebaran fasilitas pelayanan kesehatan memadai), dan mutu menggunakan indikator sasaran enam (peserta menyatakan puas dalam layanan BPJS maupun layanan di fasilitas kesehatan).

HASIL DAN PEMBAHASAN

Equity

Pada tanggal 29 September 2020 melalui siaran pers Dinas Kesehatan Provinsi DKI Jakarta (Nomor : 16189/1.776.5), Pemerintah Provinsi DKI Jakarta menyatakan telah menyediakan Jaminan Kesehatan yang berkualitas dan terintegrasi untuk masyarakatnya. Pemerintah Provinsi DKI Jakarta telah bekerja sama dengan BPJS Kesehatan Jakarta melalui program JKN dan menyatakan sudah mencapai *Universal Health Coverage* (UHC) di Provinsi DKI Jakarta sebesar 96,56%(15). Hal ini didukung data yang dikeluarkan oleh Dewan Jaminan Sosial Nasional (DJSN) melalui Sistem Monitoring dan Evaluasi Jaminan Sosial (SISMONEV), cakupan kepesertaan di DKI Jakarta hingga Desember 2020 sebesar 162,93% (17.343.622 jiwa) dari total populasi 10.644.986 jiwa(16). Tren cakupan kepesertaan dibandingkan dengan target selama 5 tahun dari 2016–2020 digambarkan pada grafik di bawah ini.



Gambar 1. Tren Cakupan Kepesertaan dalam 5 tahun terakhir 2016-2020

Segmen kepesertaan dibagi atas empat kriteria yaitu Penerima Bantuan Iuran (PBI) dan bukan Penerima Bantuan Iuran (non-PBI) terdiri dari Pekerja Penerima Upah (PPU), Pekerja Bukan Penerima Upah (PBPU), dan Bukan Pekerja (BP)(17). Berikut adalah tabel yang menunjukkan jumlah kepesertaan berdasarkan segmen kepesertaan JKN di Provinsi DKI Jakarta dan kabupaten/kota.

Tabel 1. Jumlah Kepesertaan berdasarkan Segmen Kepesertaan di Kabupaten/ Kota Provinsi DKI Jakarta Tahun 2020

Kabupaten/ Kota	PBI	(%)	Non PBI	(%)	PBI Pusat	PBI Daerah	PPU	PBPU	BP
Kep Seribu	6.764	46,80	7.688	53,20	6.764	0	7.508	27	153
Kota Adm Pusat	5.096.517	66,69	2.545.047	33,31	116.715	4.979.802	2.398.540	101.556	4.4951
Kota Adm Utara	246.389	14,83	1.414.870	85,17	246.389	0	1.247.089	144.201	23.580
Kota Adm Barat	211.909	11,72	1.595.931	88,28	211.909	0	1.324.550	248.856	22.525
Kota Adm Selatan	172.698	4,08	4.056.461	95,92	172.698	0	3.712.820	229.868	113.773
Kota Adm Timur	254.095	12,77	1.735.253	87,23	254.095	0	1.399.655	259.408	76.190
DKI Jakarta	5.988.372	34,53	11.355.250	65,47	1.008.570	4.979.802	10.090.162	983.916	281.172

Berdasarkan tabel diatas diketahui segmen kepesertaan di Provinsi DKI Jakarta paling banyak berasal dari kelompok bukan penerima bantuan iuran yaitu 65,47%. Dalam lampiran Peraturan Daerah Provinsi DKI Jakarta No.1 tahun 2018 tentang Rencana Pembangunan Jangka Menengah Daerah Provinsi Daerah Khusus Ibukota Jakarta tahun 2017-2022, dijelaskan bahwa status Jakarta sebagai ibu kota negara dan pusat perekonomian menarik masyarakat untuk

datang mencari kesempatan kerja di Jakarta. Hal tersebut harus diimbangi dengan pelayanan kesehatan yang memadai untuk mengakomodasi kebutuhan jumlah penduduk yang kian bertambah. Terkendalanya akses masyarakat terhadap fasilitas kesehatan akan berimplikasi pada berbagai masalah kesehatan. Berikut adalah tabel yang menunjukkan perkembangan fasilitas kesehatan di Provinsi DKI Jakarta dari tahun 2016-2020.

Tabel 2. Jumlah Fasilitas Kesehatan di Provinsi DKI Jakarta dalam 5 Tahun Terakhir (2016-2020)

Tahun	2016	2017	2018	2019	2020
Jumlah FKTP	632	653	693	692	682
Jumlah FKRTL	127	139	154	154	146
Jml Fasilitas Kesehatan	759	792	847	846	828

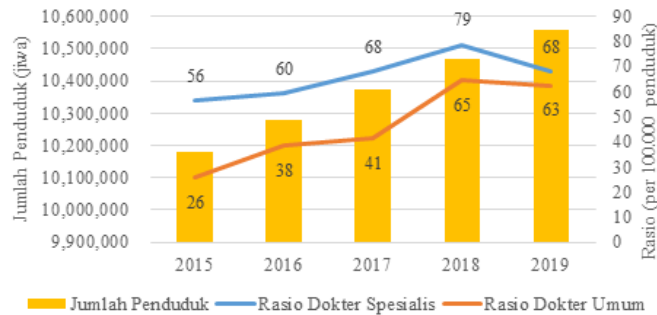
Berdasarkan hasil wawancara, rumah sakit yang bekerjasama dengan BPJS Kesehatan cenderung bertambah setiap tahunnya. Pihak BPJS Kesehatan juga terus pro-aktif meningkatkan kerjasama dan membina hubungan baik dengan rumah sakit dengan cara sosialisasi yang dilakukan secara rutin untuk meningkatkan pemahaman dan berdiskusi. Dampak dengan semakin banyaknya rumah sakit yang bekerjasama untuk: 1) Peserta JKN, berkurangnya penumpukan pelayanan di

rumah sakit yang sudah ada; 2) Rumah Sakit Pemerintah dan Swasta, sistem pembayaran yang sudah pasti ditanggung asalkan sesuai dengan prosedur, sehingga rumah sakit dapat lebih optimal dalam memberikan pelayanan kesehatan; 3) Dokter umum dan spesialis, dapat menangani pasien dengan baik karena penanggung sudah jelas dan tentunya dukungan dari BPJS Kesehatan untuk perbaikan pelayanan. BPJS Kesehatan akan selalu menjaga hubungan kemitraan yang

baik dengan rumah sakit agar kualitas JKN dapat meningkat.

Perkembangan fasilitas kesehatan sebaiknya dibarengi dengan ketersediaan sumber daya manusia kesehatan yang memadai jika dibandingkan dengan jumlah populasi disuatu wilayah tersebut. Data sumber daya

manusia kesehatan diperoleh melalui Badan Pengembangan Pemberdayaan SDM Kesehatan, Kementerian Kesehatan(18). Berikut adalah grafik yang menggambarkan rasio tenaga kesehatan khususnya dokter umum dan spesialis terhadap jumlah penduduk di Provinsi DKI Jakarta.



Gambar 2. Rasio Tenaga Kesehatan (Dokter Umum dan Dokter Spesialis) terhadap Jumlah Penduduk di Provinsi DKI Jakarta dalam 5 tahun terakhir (2015-2019)

Berdasarkan gambar di atas dapat diketahui dalam empat tahun berturut-turut tren rasio dokter umum dan spesialis terhadap jumlah populasi meningkat setiap tahunnya, namun ditahun ke lima (2019) mengalami penurunan. Pada tahun 2019, rasio dokter umum terhadap jumlah penduduk (per 100.000 penduduk) adalah 1:63 dan ini sudah memenuhi standar ketenagaan berdasarkan Kepmenko Bidang Kesra No.54 Tahun 2013 tentang target ratio per 100.000 penduduk untuk tahun 2019 adalah sebanyak 45 dokter umum. Ratio dokter spesialis terhadap jumlah penduduk adalah 1:68 dan angka ini juga sudah memenuhi standar target dokter spesialis tahun 2019 berdasarkan Kepmenko Bidang Kesra No.54 Tahun 2013 yaitu sebanyak 11 dokter spesialis (19,20).

Berdasarkan hasil wawancara dengan Dinas Kesehatan Provinsi DKI Jakarta, semua klinik utama dan rumah sakit harus mengikuti jumlah minimal dokter spesialis yang tersedia sesuai dengan kelasnya. Pengecekan dilakukan saat pengkajian izin operasional baru, pengawasan pengendalian yang dilakukan berkala, dan saat

perpanjangan izin operasional. Dinas Kesehatan memastikan seluruh persyaratan untuk mendirikan dan operasional klinik utama dan rumah sakit tersebut terpenuhi sesuai dengan PMK No. 56 tahun 2014 tentang Klasifikasi dan Perizinan Rumah Sakit. Selanjutnya, jumlah dokter yang tersedia diatas syarat minimal di suatu rumah sakit mengikuti kebijakan manajemen rumah sakit, dan tidak ada peraturan tentang batas maksimal dokter spesialis. Dengan adanya tarif Indonesian- Case Based Groups (INA-CBG's) yang ditetapkan Pemerintah, maka rumah sakit akan menyesuaikan harga dan berdampak pada pendapatan dokter spesialis. Untuk menjaga mutu, Dinas Kesehatan Provinsi DKI Jakarta mendorong agar semua rumah sakit terakreditasi, selain itu rumah sakit juga harus memiliki tata kelola klinis dan tata kelola manajemen yang baik. Jika hal tersebut sudah terpenuhi maka bisa terlihat apakah tarif INA-CBG's sesuai atau tidak.

Berikut adalah distribusi Sumber Daya Manusia Kesehatan (SDMK) di tingkat kabupaten/kota Provinsi DKI Jakarta Tahun 2019.

Tabel 3. Distribusi SDM berdasarkan Kabupaten/Kota di Provinsi DKI Jakarta Tahun 2019

Kabupaten/ Kota	Dokter Umum	Dokter Gigi	Dokter Spesialis	Dokter Sub Spesialis	Dokter Gigi Sp. & Dokter Gigi Sub Sp.	Dokter Spesialis Jantung	Cath Lab
Kep Seribu	44	7	6	0	0	0	0
Kota Adm Selatan	1.432	477	1.598	117	187	61	11
Kota Adm Timur	1.530	352	1.255	151	110	71	14
Kota Adm Pusat	1.243	417	1.752	135	267	50	16
Kota Adm Barat	1.388	457	1.160	91	153	70	12
Kota Adm Utara	965	262	849	51	64	34	7
DKI Jakarta	6.602	1.972	6.620	545	781	286	60

Dari tabel di atas diketahui bahwa jumlah dan sebaran sumber daya manusia kesehatan

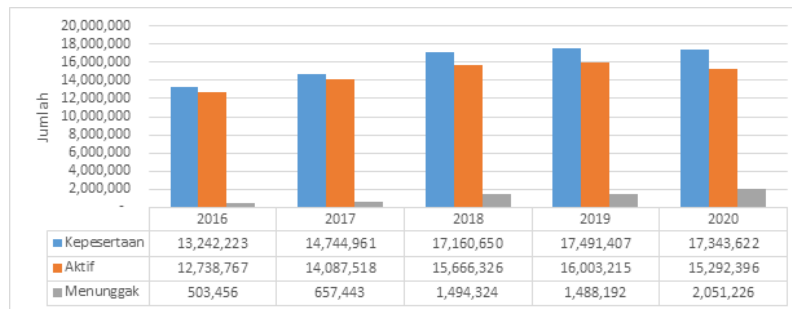
khususnya dokter umum, dokter gigi, dan dokter spesialis sudah tersedia untuk menjamin seluruh

penduduk memenuhi kebutuhan medis di masing-masing kabupaten/kota. Namun, terkait paket manfaat layanan jantung, ketersediaan dokter spesialis jantung dan fasilitas *cath lab* belum merata khususnya di Kepulauan Seribu.

Tata Kelola

Evaluasi tata kelola dilihat berdasarkan sasaran BPJS Kesehatan beroperasi dengan baik dan

parameternya melalui data presentasi jumlah peserta JKN yang aktif dan menunggak di DKI Jakarta. Sedangkan sasaran implementasi dari peraturan pelaksana terkait pelauanan kesehatan dijelaskan berdasarkan hasil wawancara mendalam. Berikut adalah sebaran data jumlah peserta yang aktif dan menunggak dalam lima tahun terakhir.



Gambar 3. Peserta Aktif, dan Peserta Tidak Aktif/Menunggak Iuran Dalam 5 Tahun Terakhir (2016-2020) di Provinsi DKI Jakarta. Bagi peserta aktif pada tahun 2020 yaitu sebesar 88,17% sedangkan peserta yang tidak aktif atau menunggak adalah sebesar 11,83%. Untuk cakupan kepesertaan, peserta aktif, peserta

Tabel 4. Peserta Aktif, dan Peserta Tidak Aktif/Menunggak Iuran berdasarkan Kabupaten/Kota di Provinsi DKI Jakarta Tahun 2020

Kabupaten/ Kota	Populasi (Jiwa)	Kepesertaan (Jiwa)	Aktif (Jiwa)	(%)	Menunggak (Jiwa)	(%)
Kep. Seribu	24.469	14.452	14.239	98,53	213	1,47
Kota Adm Pusat	931.366	7.641.564	7.048.607	92,24	592.957	7,76
Kota Adm Utara	1.827.731	1.661.259	1.417.300	85,31	243.959	14,69
Kota Adm Barat	2.619.785	1.807.840	1.537.922	85,07	269.918	14,93
Kota Adm Selatan	2.282.521	4.229.159	3.538.198	83,66	690.961	16,34
Kota Adm Timur	2.959.114	1.989.348	1.736.130	87,27	253.218	12,73
DKI Jakarta	10.644.986	17.343.622	15.292.396	88,17	2.051.226	11,83

Dari tabel 4 dapat diketahui cakupan kepesertaan di Provinsi DKI Jakarta sudah mencapai UHC dan cakupan kepesertaan paling besar berpusat di wilayah Kota Adm Pusat dan Kota Adm Selatan. Berdasarkan hasil wawancara dengan Bappeda dan Dinas Kesehatan Provinsi DKI Jakarta tingginya partisipasi peserta karena peranan kelurahan, RT/RW dalam menjangkau masyarakat, petugas KPLDH (Ketuk Pintu Layani Dengan Hati) memiliki peranan penting dalam mendata dan mengingatkan masyarakat yang belum terdaftar segera mendaftarkan diri baik di Puskesmas maupun melalui RT/RW. Hasil wawancara sebagai berikut.

Karena ini dilaksanakannya keroyokan, semuanya terlibat kan. Mulai dari Lurah. Malah kita ada yang PKK dengan Dasa Wisma. Dasa Wisma itu adalah kader PKK yang akan mengunjungi 10 rumah, mereka melakukan pendataan keluarga, salah

satunya menanyakan apakah punya BPJS asuransi kesehatan ga. Jadi kalau memang belum punya, masyarakat dibawa, diajak ke ini, cukup mereka ngasih KTP dan KK-nya, mereka bisa dapat BPJS Kesehatannya (Bappeda Prov. DKI Jakarta)

DKI itu punya KPLDH di Puskesmas. KPLDH itu Ketuk Pintu Layani Dengan Hati. Jadi setiap puskesmas itu punya beberapa tim (...) mereka membantu mereka siapa yang belum punya JKN. Mereka disuruh memilih, mau yang mana ini? PBI kah atau mau mandiri. Selain mereka mendata kesehatan pasien.

Kalau yang berperan itu selain KPLDH itu, tentunya RT/RW, karena kan mereka yang punya warganya. Mereka yang juga membantu kita kemudian saat itu, saat kita mengejar UHC, pembukaan pendaftaran PBI itu juga di Kantor Lurah, saat itu. Artinya kita dibantu lintas sektor. Sama Dukcapil juga terkait NIK (Dinas Kesehatan Prov. DKI Jakarta)

Selain itu, di semua kabupaten/kota di Provinsi DKI Jakarta terdapat peserta yang tidak aktif/

menunggak dengan proporsi terbanyak di Kota Adm Selatan. Berdasarkan hasil wawancara mendalam diperoleh informasi sebagai berikut.

Oh kalau peran Dinkes tentunya kita, selain mereka (BPJS Kesehatan) sosialisasi, ya kita (Dinkes Provinsi) juga perannya karena kita sebagai pembayar premi disitu. Jadi ya kita harus tahu apa yang mereka (BPJS Kesehatan) paparkan dan update data yang mereka paparkan.

Kalau masalah pasien yang menunggak itu kan yang BPJS peserta mandiri yang PBPU. Nah itu kita ada datanya, untuk tahun 2018 itu sejumlah 218.127 jiwa untuk tahun 2019 yang menunggak 196.418 jiwa. Artinya, yang menunggak ini sesuai dengan Pergub 169 tahun 2016 itu dialihkan menjadi PBI daerah. Karena itu sudah masuk ke dalam Pergub, kalau ada yang menunggak kelas I dan kelas II selama lebih dari 3 bulan akan dialihkan ke PBI daerah. Atau misalnya dia peserta kelas III menunggak sampai dengan 1 bulan, berikutnya mereka dialihkan ke PBI daerah.

Kita (Dinas Kesehatan Provinsi DKI Jakarta) yang terkait itu (data kepesertaan), terkait PBI-APBD itu tentunya diatas kami kan Biro Kesos (...) ya. Jadi dia yang benar-benar membantu memfasilitasi kami untuk berkoordinasi tentang data. Terkait lagi tentang KSD mba. Jadi KSD kita ada, Anda harus punya rencana aksi tentang data warga yang non-BPJS, artinya yang diluar PBI-APBD. Artinya kemarin kita kemarin difasilitasi ketemu ini, Dinas Kesehatan dengan Dinas Tenaga Kerja. Nah Dinas Tenaga Kerja dia merangkul BPJS Tenaga Kerja. Kemudian dilihat dipadankan oleh Dukcapil, oh ternyata di Badan Usaha, dimana banyak karyawan tersebut, masih banyak lo yang belum punya BPJS Kesehatan. Ya sudah berarti itu kerjanya BPJS dong, bukan kita, karena itu yang non-PBI kan. Itu kan dia sebagai karyawan, artinya PPU, pekerja penerima upah. Tapi ternyata hasil dari kita duduk bareng, yang kita bayarkan PBI itu sebagai karyawan, yang mestinya dibayar oleh Badan Usaha.

Berdasarkan hasil wawancara bahwa telah terjalin koordinasi yang baik antara Dinas Sosial, Dinas Ketenagakerjaan, Dinas Kesehatan, BPJS Ketenagakerjaan, Dinas Kependudukan dan Catatan Sipil, untuk pendataan kepesertaan

program JKN. Hasilnya, ditemukan masih ada karyawan badan usaha belum menjadi peserta JKN dan beberapa penduduk yang seharusnya didaftarkan oleh badan usaha justru telah didaftarkan melalui PBI APBD. Kemudian peserta yang menunggak berasal dari kelompok PPU baik dari pemerintah maupun swasta.

Selama pelaksanaan Program JKN ada regulasi yang dikeluarkan oleh pemerintah baik pusat dan daerah. Berdasarkan wawancara terdapat implementasi dari peraturan terkait pelayanan kesehatan dalam Peraturan Pemerintah No. 82/2018 tentang Jaminan Kesehatan Pasal 52, salah satunya tidak lagi menjamin kekerasan, sehingga dibuat Keputusan Gubernur yang menjamin tentang korban kekerasan dan visum. Berikut hasil wawancara mendalam dengan Dinas Kesehatan Prov. DKI Jakarta.

Kalau program atau kegiatan itu justru yang tadinya dijamin menjadi tidak dijamin. Misalnya dulu kami menjamin korban (kekerasan). Misalnya dia penduduk DKI, dia itu korban kekerasan, langsung dia suruh kita daftar ke PBI daerah sehingga preminya kita bayarkan. Tapi ternyata di bulan September berlakunya PP (Perpres) 82 yang lama tahun 2018, dia tidak menjamin lagi. Ya sudah artinya si korban kekerasan ini kan walaupun kita daftarkan BPJS kan tidak mengcover. Artinya sejak itu Dinas Kesehatan menjamin pembiayaan korban kekerasan dan visum. Nah untuk visum itu ada Kepgub nya sendiri kalau korban kekerasan ya sesuai dengan pembiayaan INA-CBGs tarif kelas III.

MUTU LAYANAN

Aspek mutu layanan yang dievaluasi dilihat dari sasaran peserta menyatakan puas terhadap layanan di BPJS maupun layanan di fasilitas kesehatan yang dikontrak BPJS. Dalam hal ini yang dievaluasi menggunakan indikator sistem rujukan berjenjang maupun rujuk balik yang diterapkan di fasilitas kesehatan yang diperoleh melalui hasil wawancara mendalam dengan salah satu rumah sakit di DKI Jakarta.

Tabel 5. Jumlah Kunjungan dan Rujukan Rawat Jalan Tingkat Pertama (RJTP) di FKTP (Nasional) Tahun 2020

Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP)	Kunjungan	Rujukan
Dokter Gigi Praktik Mandiri	687953	36399
Dokter Praktik Perorangan	16365400	1832925
Faskes TNI	2497488	528716
Klinik Polri	1492318	285786
Klinik Pratama	52659009	5298993
Puskesmas	210249369	12763291
RS Tipe D Pratama	40431	5018

Tabel 6. Jumlah Peserta Program Rujuk Balik (Nasional) Tahun 2020

Penyakit	Rujuk Balik
Diabetes Melitus (DM)	685077
Hipertensi	630494
Jantung	222631
Asma	52996
Stroke	50570
Penyakit Paru Obstruktif Kronis (PPOK)	37939
Epilepsi	33203
Skizofren	17463
Sindroma Lupus Erythematosus (SLE)	1412
Total	1731785

Berdasarkan hasil wawancara, peraturan tentang program rujuk balik masih sulit diimplementasikan di RSUD Pasar Minggu. Pasien sering menolak dirujuk balik ke Puskesmas dengan alasan mereka merasa tidak nyaman, dan obat sering tidak tersedia. Bila seluruh rumah sakit dan fasilitas kesehatan tingkat pertama punya satu standar yang sama dengan sistem pelayanan yang bagus maupun ramah dan didukung ketersediaan obat, maka implementasinya akan mudah. Tetapi karena sistem pelayanan masing-masing fasilitas kesehatan berbeda-beda maka pasien akan memilih sendiri untuk berobat di tempat sesuai preferensi pasien itu sendiri.

Peraturan tentang rujukan berjenjang dilakukan RSUD Pasar Minggu jika sumber daya manusia serta sarana dan prasarana mereka tidak memadai untuk kondisi pasien. Sistem rujukan berjenjang tersebut dinilai kurang efisien karena ketika pasien hanya meminta rujukan dari rumah sakit tipe D atau tipe C, BPJS Kesehatan tetap harus membayarkan klaim untuk rumah sakit tersebut. Menurut RSUD Pasar Minggu, peraturan tentang kegawatdaruratan hanya memberikan kriteria, tapi tidak memberikan penjelasan yang jelas tentang diagnosa. Kalau berdasarkan subjektivitas, kesakitan yang dirasa pasien bisa dianggap mengancam keselamatan mereka. Rumah sakit tetap melakukan pelayanan sesuai dengan diagnosa tertulis. Sebaiknya BPJS Kesehatan bekerjasama dengan IDI, PERSI, dan Kemenkes, untuk menetapkan kriteria dan diagnosa tentang kegawatdaruratan, serta memperbaiki sistem rujukan.

KESIMPULAN

Provinsi DKI Jakarta telah mencapai target cakupan kepesertaan JKN. Hal ini didukung kerja sama yang baik antara BPJS Kesehatan, Dinas Kesehatan, Dinas Sosial, Bappeda, rumah sakit

dan puskesmas untuk pendataan kepesertaan program JKN. Masih terdapat peserta JKN yang tidak aktif/menunggak yang berasal dari peserta segmen pekerja penerima upah pemerintah dan swasta. Fasilitas kesehatan dan sumber daya manusia kesehatan sudah memenuhi standar, namun terkait paket manfaat layanan jantung, ketersediaan dokter spesialis jantung dan fasilitas *cath lab* belum merata khususnya di Kepulauan Seribu. Preferensi pasien dalam memilih layanan kesehatan yang diinginkan mengakibatkan implementasi sistem rujukan berjenjang dan rujuk balik masih mengalami kendala di fasilitas kesehatan.

DAFTAR PUSTAKA

1. Putri AE. Seri Buku -4 : Paham JKN (Jaminan Kesehatan Nasional) [Internet]. 2014. 92 p. Available from: [http://perpustakaan.bappenas.go.id/lontar/file?file=digital/166156-\[_Konten_\]-Konten D1726.pdf](http://perpustakaan.bappenas.go.id/lontar/file?file=digital/166156-[_Konten_]-Konten D1726.pdf)
2. Presiden RI. UU No. 40 Tahun 2004 Tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional. 2015;1–27.
3. Retnaningsih H, Rini T, Lestari P, Yuningsih R, Sholikah N, Suni P, et al. Universal Health Coverage (UHC): Perspektif Kesehatan Dan Kesejahteraan. 2019. 122 p.
4. Mundiharno, Thabrany H. Peta Jalan Menuju Jaminan Kesehatan Nasional 2012-2019. Jakarta: Dewan Jaminan Sosial Nasional; 2012. 1–196 p.
5. Balqis B, Nurhayani N, Geswar RK. Kesiapan Stakeholder dalam Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Nasional di Kabupaten Gowa. *J Adm dan Kebijakan Kesehat Indones*. 2014;3(01).
6. Irwandy. Kajian Literature : Evaluasi Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Nasional Di Indonesia. *J Kebijakan Kesehat Indones JKKI*. 2016;05(03):110–4.

7. Badan Pusat Statistik. Kemiskinan DKI Jakarta kembali meningkat. 2021;1–4.
8. Badan Pusat Statistik. Statistik Kesejahteraan Rakyat. Jakarta; 2019.
9. Badan Pusat Statistik Provinsi DKI Jakarta. Statistik Kesejahteraan Rakyat DKI Jakarta 2020. Jakarta; 2020.
10. Shorten A, Smith J. Mixed methods research: expanding the evidence base. *Evid Based Nurs* [Internet]. 2017 Jul 1;20(3):74 LP – 75. Available from: <http://ebn.bmj.com/content/20/3/74.abstract>
11. Siddiqi S, Masud TI, Nishtar S, Peters DH, Sabri B, Bile KM, et al. Framework for assessing governance of the health system in developing countries: Gateway to good governance. *Health Policy (New York)*. 2009;90(1):13–25.
12. Kutzin J. Health financing for universal coverage and health system performance: concepts and implications for policy. *Bull World Health Organ*. 2013;91(8):602–11.
13. BAPPENAS. Penerapan Prinsip-Prinsip Tata Kelola Yang Baik [Internet]. p. 1–4. Available from: <https://www.bappenas.go.id/files/4913/5078/6556/15.pdf>
14. Schoonenboom J, Johnson RB. How to Construct a Mixed Methods Research Design. *Kolner Z Soz Sozpsychol* [Internet]. 2017/07/05. 2017;69(Suppl 2):107–31. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28989188>
15. Dinas Kesehatan Provinsi DKI Jakarta. Siaran Pers Dinas Kesehatan Provinsi DKI Jakarta. Jakarta; 2020.
16. DJSN. Aspek Kepesertaan [Internet]. Sistem Monitoring Dan Evaluasi Jaminan Sosial. 2021 [cited 2021 Feb 16]. Available from: <http://sismonev.djsn.go.id/kepesertaan/index.php>
17. Gubernur Provinsi DKI Jakarta. Peraturan Gubernur Provinsi DKI Jakarta No. 169 Tahun 2016 Tentang Kepesertaan dan Pelayanan Jaminan Kesehatan. Jakarta; 2016.
18. Badan Pengembangan dan Pemberdayaan SDM Kesehatan. Rekapitulasi SDM Kesehatan yang didayagunakan di Fasyankes pada tahun 2015-2019 [Internet]. Kementerian Kesehatan RI. 2021 [cited 2021 Feb 24]. Available from: http://bppsdmk.kemkes.go.id/info_sdmk/history/
19. Menteri Kesehatan RI. Permenkes No. 33 Tahun 2015 Tentang Pedoman Penyusunan Perencanaan Kebutuhan Sumber Daya Manusia Kesehatan. Kementerian Kesehatan RI. 2015.
20. Kepmenko Bidang Kesra. Rencana Pengembangan Tenaga Kesehatan Tahun 2011 – 2025. 2013.