

## EVALUASI PENERAPAN JAMINAN KESEHATAN NASIONAL (JKN) DI RSUD DR MOEWARDI SURAKARTA

Oleh :

**Sri Wahyuningsih Nugraheni**  
APIKES Citra Medika Surakarta  
Email : kurniaheni84@gmail.com

### ABSTRAK

*Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) merupakan kebijakan bersifat nasional sehingga wajib diterapkan di seluruh fasilitas kesehatan di Indonesia. Disisi lain Kota Surakarta masih menimbang mengenai langkah integrasi program Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat Solo (PKMS) kedalam JKN apabila usulan tambahan keluarga miskin yang diajukan Pemkot Solo tidak disetujui pemerintah pusat. Penelitian ini bertujuan mengevaluasi penerapan JKN di RSUD Dr. Moewardi Surakarta berdasarkan aspek kepersertaan, aspek pelayanan kesehatan, dan aspek tarif pelayanan kesehatan sehingga dapat mengidentifikasi masalah dalam penerapan JKN dan mengidentifikasi langkah-langkah yang dilakukan oleh RSUD Dr. Moewardi Surakarta dalam mengatasi masalah penerapan JKN. Penelitian ini merupakan penelitian kualitatif. Hasil dari penelitian ini adalah RSUD Dr. Moewardi Surakarta menerima semua jenis pasien jaminan kesehatan, baik dari JKN, PKMS, maupun jaminan kesehatan komersial lainnya. RSUD Kota Surakarta menyediakan jenis pelayanan dan kelas perawatan sesuai dengan premi masing-masing jaminan kesehatan dan menggunakan sistem case-mix (sistem INA CBG's). Permasalahan yang timbul dari penerapan JKN di RSUD Kota Surakarta meliputi bangsal perawatan kelas III sering penuh, adanya batasan-batasan jenis pelayanan untuk tiap jenis jaminan kesehatan, dan adanya obat yang tidak termasuk kedalam Fornas. Permasalahan dapat diatasi dengan kebijakan: adanya antrian di IGD, adanya edukasi kepada pasien dengan lebih dari satu jaminan kesehatan, dan adanya prinsip gotong royong dalam pelayanan dan tarif pelayanan kesehatan bagi pasien peserta JKN. Saran yang dapat diberikan oleh peneliti untuk RSUD Dr. Moewardi Surakarta adalah adanya tim audit internal rumah sakit yang khusus menangani permasalahan yang berhubungan dengan JKN dan jaminan kesehatan lainnya, sehingga dapat dengan cepat mendeteksi dan mengatasi permasalahan yang timbul.*

**Kata kunci : aspek kepersertaan, aspek pelayanan kesehatan, aspek tarif pelayanan, Jaminan Kesehatan Nasional (JKN)**

### PENDAHULUAN

Undang-undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) ditetapkan dengan pertimbangan utama untuk memberikan jaminan sosial yang menyeluruh bagi seluruh rakyat Indonesia yang pencapaiannya dilakukan secara bertahap. Seluruh penduduk wajib menjadi peserta tanpa kecuali. Program jaminan sosial yang diprioritaskan terlebih dahulu adalah program jaminan kesehatan. Undang-undang SJSN mengatur agar BPJS adalah milik semua peserta, bukan milik Kemenkes, bukan milik Meneg BUMN, bukan milik Pemda, dan bukan milik swasta. Konsep ini tidak banyak dipahami,

bahkan beberapa pihak di Kemenkes menginginkan badan baru dan mengelola sendiri Jamkesmas yang kemudian terbentur dengan UU SJSN. Di daerah ada pula yang bersikeras mendirikan BPJS eksklusif yang bertentangan dengan keputusan Mahkamah Konstitusi (MK) (Thabrany, 2009:4).

Terdapat sejumlah masalah yang diidentifikasi menghambat pelaksanaan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) antara lain dari sisi pelayanan kesehatan yaitu tingkat ketersediaan. Ketersediaan tenaga kesehatan saat ini adalah lebih dari 85.000 dokter praktik umum dan lebih dari 25.000 dokter praktik spesialis, dan belum termasuk dokter gigi. Secara nasional, jumlah tersebut cukup untuk melayani seluruh rakyat berdasarkan ratio satu dokter praktik umum melayani 3.000 orang. Pelayanan kesehatan saat ini juga didukung oleh jumlah perawat dan bidan yang jumlahnya telah mencukupi, dan tempat tidur di rumah sakit milik pemerintah dan swasta termasuk tempat tidur di puskesmas yang rasionya telah 88 satu tempat tidur untuk setiap 1.000 penduduk. Saat ini banyak keraguan dan ketidakpercayaan publik akan efektivitas pelaksanaan BPJS, meskipun selama hamper 20 tahun hasil audit Badan Pemeriksa Keuangan (BPK) terhadap PT Askes selalu wajar tanpa pengecualian, namun di lapangan masih terjadi penyimpangan. Oleh karena itu, langkah pertama yang disiapkan adalah peraturan yang menjamin transparansi dan akuntabilitas BPJS. Lebih lanjut, BPJS harus membayar fasilitas kesehatan dengan harga keekonomian yang kompetitif dan efisien. Selain itu, untuk menghindari *moral hazard*, maka fasilitas kesehatan akan membayar secara prospektif, khususnya dengan cara kapitasi dan *Casemix Based Group* (CBG) (Tim JKN, 2012).

UU No 32 tahun 2004 tentang pemerintah daerah menyatakan bahwa Pemda wajib menyediakan fasilitas kesehatan, Pemda yang memiliki dana APBN/APBD atau dana rakyat wajib menyediakan fasilitas kesehatan dengan kualitas baik. Selain itu, Pemda yang selama ini membayar iuran Jamkesda (yang bukan kewajibannya), hendaknya didorong untuk memindahkan dananya guna membangun dan memperbaiki fasilitas kesehatan dan membayar (menambah intensif) tenaga kesehatan agar mampu melayani penduduknya dengan kualitas yang memuaskan. Pendekatan ini jauh lebih adil dan efektif daripada meminta Pemda membayar iuran untuk kelompok non kuota seperti yang terjadi sekarang ini (Tim JKN, 2012:26).

Beberapa daerah menentang integrasi program kesehatan masyarakat daerah dengan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan dan skema paket pembayaran yang diberikan kepada rumah sakit. Pembayaran pelayanan kesehatan di fasilitas kesehatan tingkat lanjutan seperti rumah sakit menggunakan sistem paket INA CBGs (*Indonesia Case Based Group*). Perbedaan penghitungan pembayaran menyebabkan rumah sakit masih menghitung ulang biaya paket tersebut. Dalam sistem INA-CBGs, tarif yang diberikan untuk pasien bukan per kasus melainkan per paket. Rumah sakit tidak bisa lagi memisahkan tarif sesuai dengan perlakuan yang diberikan kepada pasien apabila bekerjasama dengan BPJS Kesehatan. Walikota Solo, F.X Hadi Rudyatmo masih menimbang mengenai langkah integrasi program Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat Solo (PKMS) kedalam BPJS apabila usulan tambahan keluarga miskin yang diajukan Pemkot Solo tidak disetujui pemerintah pusat. Pemkot Solo masih menunggu Kementerian Kesehatan memberikan keputusan mengenai pengajuan 24.086 warga miskin Solo yang belum terdaftar Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas) atau

Penerima Bantuan Iuran (PBI) BPJS. Walikota Solo menegaskan bahwa selama belum terdapat kesepakatan dengan Kementerian Kesehatan, Pemkot Solo akan mempertahankan PKMS sampai tahun 2019 (Naufalty, 2014).

Target penelitian ini adalah mengevaluasi penerapan JKN di RSUD Dr. Moewardi Surakarta berdasarkan aspek kepersertaan, aspek pelayanan kesehatan, dan aspek tarif pelayanan kesehatan sehingga dapat mengidentifikasi masalah dalam penerapan JKN dan mengidentifikasi langkah-langkah yang dilakukan oleh RSUD Dr. Moewardi Surakarta dalam mengatasi masalah penerapan JKN. Penelitian ini merupakan penelitian kualitatif dengan menggunakan metode wawancara mendalam kepada informan utama dan informan triangulasi dan observasi. Lingkup tempat penelitian adalah RSUD Dr. Moewardi Surakarta dengan materi penelitian adalah JKN.

## **TINJAUAN PUSTAKA**

### **Jaminan Kesehatan Sebagai Bagian Dari Sistem Kesehatan Nasional**

Konsep Jaminan atau Asuransi Kesehatan Nasional (JKN) pertama kali dicetuskan di Inggris pada tahun 1911 yang didasarkan pada mekanisme asuransi kesehatan sosial yang pertama kali diselenggarakan di Jerman tahun 1883. Setelah itu banyak Negara lain menyelenggarakan JKN seperti Kanada (1961), Taiwan (1995), Filipina (1997) dan Korea Selatan (2000). Berdasarkan kajian dan kunjungan para legislatif maupun eksekutif ke berbagai Negara untuk belajar tentang sistem JKN, pada tanggal 28 September 2004 Undang-undang Sistem Jaminan Kesehatan Nasional (SJSN), yang salah satunya berisi JKN disetujui Rapat Pleno DPR untuk diundangkan. UU SJSN merupakan inti dari tujuan dibentuknya Indonesia dan merupakan penjabaran pasal 34 UUD 1945 hasil amandemen keempat tahun 2002 (Thabrany, 2009:5).

Jaminan kesehatan merupakan salah satu komponen dari sub sistem pendanaan kesehatan. Sub sistem pendanaan kesehatan merupakan bagian dari Sistem Kesehatan Nasional (SKN). Dengan demikian pengembangan jaminan kesehatan tidak bisa dilepaskan dari sistem kesehatan secara keseluruhan yang tujuan akhirnya adalah tercapainya derajat kesehatan penduduk Indonesia yang memungkinkan penduduk produktif dan kompetitif dengan penduduk Negara-negara tetangga. SKN pada prinsipnya terdiri dari dua bagian besar yaitu sistem pendanaan dan sistem layanan kesehatan. Subsistem pendanaan kesehatan menggambarkan dan mengatur sumber-sumber keuangan yang diperlukan untuk terpenuhinya kebutuhan kesehatan penduduk. Pendanaan kesehatan dapat bersumber dari (1) pendanaan langsung dari masyarakat (*out of pocket*) yang dibayarkan dari perorangan/rumah tangga kepada fasilitas kesehatan, (2) pendanaan dari pemerintah dan atau Pemda, (3) pembayaran iuran asuransi sosial yang wajib sebagaimana diatur dalam UU SJSN, (4) pendanaan oleh pihak ketiga, baik oleh pemberi kerja atau oleh peserta asuransi dan (5) bantuan pendanaan dari berbagai sumber baik dalam maupun luar negeri (Tim JKN, 2012:8).

### **Dimensi Jaminan Kesehatan Untuk Seluruh Penduduk (*Universal Coverage*)**

WHO merumuskan tiga dimensi dalam pencapaian *universal coverage* yaitu seberapa persentase penduduk yang dijamin, seberapa lengkap pelayanan yang dijamin dan seberapa besar proporsi biaya langsung yang masih ditanggung oleh penduduk. Dimensi pertama adalah jumlah penduduk yang dijamin. Dimensi

kedua adalah layanan kesehatan yang dijamin (sebatas rawat inap atau termasuk rawat jalan). Dimensi ketiga adalah proporsi biaya kesehatan yang dijamin (biaya kesehatan seluruhnya dijamin pemerintah atau penduduk harus membayar sebagian biaya rumah sakit). Perluasan jaminan ketiga dimensi tergantung pada kemampuan keuangan suatu Negara dan pilihan penduduknya (WHO, 2010).

Di Indonesia menghendaki jaminan kesehatan untuk semua penduduk (dimensi 1), menjamin semua penyakit (dimensi 2), dan porsi biaya yang menjadi tanggungan penduduk (dimensi 3) sekecil mungkin. Namun demikian, tingkat kenyamanan (kepuasan/pilihan) layanan dibatasi. Sebagai contoh peserta Askes PNS, tingkat pilihan/kepuasan dibatasi dengan kelas perawatan, tetapi semua penyakit atau semua biaya perawatan dijamin apabila peserta Askes dirawat sesuai kelas perawatan yang menjadi haknya. Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) diselenggarakan berdasarkan prinsip asuransi sosial dan prinsip ekuitas. Prinsip asuransi sosial menurut UU SJSN pasal 19 ayat 1 adalah kegotongroyongan, kepesertaan yang bersifat wajib dan tidak selektif, iuran berdasarkan persentase upah/penghasilan, dan bersifat nirlaba. Sedangkan prinsip ekuitas adalah kesamaan dalam memperoleh pelayanan sesuai dengan kebutuhan medis yang tidak terikat dengan besaran iuran yang telah dibayarkan. Kesamaan memperoleh pelayanan adalah kesamaan jangkauan financial ke pelayanan kesehatan (Tim JKN, 2012:11).

### **Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) Dan Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat Solo (PKMS)**

Terdapat argumen yang menyatakan bahwa satu sistem JKN Nasional tidak realistis karena tiap daerah memiliki keunikan sendiri. Argument tersebut sekedar mengambil contoh dari beragamnya budaya daerah. Sistem JKN bukan budaya, JKN adalah sistem jaminan sosial yang berlaku universal, bukan hanya di tanah air. Di seluruh dunia, sistem jaminan sosial berlaku untuk seluruh penduduk. Memang, rincian manfaat, besaran iuran, sistem administrasi dan berbagai peraturan lain mempunyai perbedaan, prinsip dasarnya sama. Sumber dana berasal dari iuran wajib yang pengelolaannya dipisahkan dari anggaran negaran yang lain. Hal yang diatur dan diberikan adalah uangnya, bukan layanan kesehatan yang memang bisa berbeda kualitas, jumlah, maupun kuantitasnya. Hal yang diatur oleh JKN atau jaminan sosial adalah penjaminan agar dana tersedia. Jadi urusannya adalah uang, bukan layanan atau perbedaan selera. Undang-undang SJSN tidak pernah melarang adanya Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Daerah (BPJSD), hal yang diatur dalam UU SJSN adalah program Nasional yang mengatur jaminan dasar yang layak untuk seluruh rakyat. Seluruh rakyat berdasarkan UUD 1945 pasal 34 ayat 2. UU No 32 tahun 2004 dalam pasal 22 menyatakan bahwa “Pemda wajib mengembangkan sistem jaminan sosial”. Kata mengembangkan berbeda dengan kewajiban Pemda dalam pasal yang sama “menyediakan fasilitas kesehatan”. UU No 32 tahun 2004 tidak bertentangan dengan UU No 40 tahun 2004, kata jaminan sosial dalam UU No 40 tahun 2004 tidak bisa untuk menafsirkan arti jaminan sosial dalam UU No 32 tahun 2004 (UU SJSN, UU BPJS, 2004).

Dengan adanya program Jamkesmas dan persepsi Keputusan Mahkamah Konstitusi atas Perkara Nomor 007/PUU-III/2005, berbagai Pemerintah Daerah (Kabupaten/Kota dan Provinsi) menyelenggarakan program serupa yang dikenal

dengan nama Jamkesda (Jaminan Kesehatan Daerah). Pengelolaan Jamkesda juga menggunakan skema bantuan sosial yaitu pendanaannya berasal dari APBD. Namun sebenarnya, ketetapan Mahkamah Konstitusi mengatur mengenai BPJS di daerah, bukan program Jamkesda yang tidak selalu dikelola oleh BPJS di daerah. Sebagian besar program Jamkesda menjamin penduduk tidak mampu yang tidak tercakup dalam kuota program Jamkesmas. Saat ini, diperkirakan setidaknya 350 Kabupaten/Kota menyelenggarakan program jaminan kesehatan daerah dengan berbagai variasi nama, layanan yang dijamin, besar dana APBD per kapita, dan pola pengelolaannya (Kemenkes RI, 2010).

Peserta Jamkesda, baik yang saat ini dikelola oleh PT Askes dengan nama Program Jaminan Kesehatan Masyarakat Umum (PJKMU) ataupun yang dikelola dengan skema lain harus bergabung menjadi peserta BPJS kesehatan paling lambat akhir tahun 2016. Sesuai dengan UU SJSN dan UU BPJS maka penyelenggaraan jaminan kesehatan hanya dikelola oleh BPJS yang ditetapkan oleh Undang-Undang yaitu BPJS Kesehatan, maka untuk masa mendatang penyelenggaraan jaminan kesehatan yang diselenggarakan oleh pemerintah daerah perlu diintegrasikan ke BPJS Kesehatan (Tim JKN, 2012:46,55,61).

### **Aspek Kepesertaan**

Sejak ditetapkannya UU No 40 tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN), pemerintah menyelenggarakan jaminan kesehatan untuk penduduk miskin dan tidak mampu melalui program Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas). Jamkesmas telah meningkatkan kepesertaan jaminan kesehatan secara signifikan. Jumlah penduduk Indonesia yang memiliki jaminan kesehatan meningkat sebanyak 76,4 juta orang dalam waktu tiga tahun (2005-2007). Pelaksanaan kegiatan manajemen kepesertaan yang dilakukan oleh BPJS Kesehatan antara lain (1) pembuatan prosedur kepesertaan dan iuran (dari pendaftaran peserta), pengelolaan data peserta sampai penerbitan kartu peserta, (2) pembuatan SOP penerimaan dan pengelolaan iuran dan sebagainya, (3) pendataan dan pendaftaran peserta, dan (4) sosialisasi dan implementasi NIK dalam data kepesertaan dan sebagainya (Tim JKN, 2012:71).

Selain penduduk miskin dan tidak mampu dalam program Jamkesmas dan Jamkesda, seluruh PNS, pensiunan PNS dan pensiunan TNI/POLRI termasuk anggota keluarganya sudah dijamin dalam program asuransi kesehatan wajib/sosial yang dikelola oleh PT Askes (Persero). Sejak tahun 1993, pegawai swasta dan anggota keluarganya dapat memperoleh jaminan kesehatan melalui Jaminan Pemeliharaan Kesehatan (JPK) yang dikelola PT Jamsostek (Persero). Sebagian pegawai pemberi kerja diperbolehkan untuk mendapatkan jaminan kesehatan melalui program asuransi kesehatan komersial. Namun program JPK Jamsostek dan asuransi kesehatan komersial cakupannya berbeda dan banyak layanan medis yang mahal tidak dijamin dalam program-program tersebut. Berbagai jenis jaminan/asuransi kesehatan yang ada telah menjamin sekitar 50% penduduk Indonesia (151,6 juta jiwa) berdasarkan data Kemenkes tahun 2010 (Kemenkes, 2010).

Penjelasan pasal 4 UU SJSN butir (g) menyatakan bahwa prinsip kepesertaan wajib yaitu prinsip yang mengharuskan seluruh penduduk menjadi peserta jaminan sosial, yang dilaksanakan secara bertahap. Sedangkan yang dimaksud penduduk adalah WNI yang berada di dalam maupun di luar negeri dan

Warga Negara Asing (WNA) yang tinggal di Indonesia untuk masa paling sedikit enam bulan, dan untuk program jangka pendek seperti Jaminan Kesehatan, WNA yang bekerja di Indonesia wajib membayar iuran atau menjadi peserta. Dengan demikian, maka target kepesertaan Jaminan Kesehatan sebagai bagian dari program jaminan sosial SJSN adalah seluruh penduduk yang tinggal di Indonesia. Oleh karena itu dalam upaya mencapai kepesertaan menyeluruh (*universal coverage*) Jaminan Kesehatan maka perlu dikenali jumlah, perkembangan, distribusi dan karakteristik penduduk Indonesia secara keseluruhan (Tim JKN, 46-50).

Sistem informasi BPJS merupakan sistem informasi terpusat dengan menggunakan NIK dan sistem akuntansi yang terintegrasi dan *online*. Pada kurun waktu 2012-2014 pemerintah fokus mempersiapkan beroperasinya BPJS kesehatan. Selanjutnya pada kurun waktu 2015-2019 fokus pada perluasan kepesertaan menuju *universal coverage*.

### **Aspek Pelayanan Kesehatan**

Pada tahap awal, selama besaran iuran belum sama, maka layanan non medis berupa tempat perawatan dan kelas perawatan masih dimungkinkan berbeda. Penerima Bantuan Iuran (PBI) berhak mendapat manfaat rawat inap kelas III, sedangkan yang membayar iuran dirawat di kelas II atau kelas I tergantung besaran upah atau pangkat golongan PNS. Ketika pemerintah sudah mau membayar iuran sebesar rata-rata besaran iuran per kapita pekerja penerima upah, maka manfaat kelas perawatan atau tempat rawat jalan primer akan disamakan. Cepat lambatnya manfaat layanan kesehatan sama untuk semua penduduk tergantung dari kemauan pemerintah membayar iuran sebesar rata-rata iuran per kapita/orang pekerja penerima upah (Tim JKN, 2012:16-17).

Variasi jenis fasilitas kesehatan yang digunakan oleh masing-masing jenis program jaminan kesehatan sosial yang ada, baik dalam memberikan pelayanan Rawat Jalan Tingkat Pertama (RJTP), Rawat Inap Tingkat Pertama (RITP), Rawat Jalan Tingkat Lanjutan (RJTL), Rawat Inap Tingkat Lanjutan (RITL) maupun dalam memberikan pelayanan manfaat khusus. Variasi yang mencolok adalah penggunaan fasilitas rawat inap untuk semua program. Jamkesmas memberikan manfaat kelas III perawatan RS untuk seluruh peserta baik di rumah sakit negeri maupun rumah sakit swasta, sedangkan Jamkesda memberikan manfaat perawatan kelas III di rumah sakit negeri. Peserta program Askes PNS berhak mendapatkan kamar perawatan di kelas II, kelas I rumah sakit negeri dan penggantian dengan plafon tertentu untuk perawatan di rumah saki swasta yang bekerjasama dengan PT Askes (Persero). Adapun peserta Jamsostek berhak menggunakan kamar perawatan kelas II di rumah sakit negeri dan kelas III di rumah sakit swasta yang bekerja sama dengan PT. Jamsostek (Persero) (Thabrany, *et al.*, 2010).

Pengaturan aspek pelayanan kesehatan dapat berjalan seiring dengan beroperasinya BPJS kesehatan. Selama ini prosedur dan ketentuan tentang mutu layanan kesehatan seperti akreditasi rumah sakit sudah berjalan. Proses peningkatan mutu layanan tidak harus selesai sebelum BPJS Kesehatan beroperasi. Seiring perjalanan waktu, peserta BPJS kesehatan dapat memilih fasilitas kesehatan yang telah memenuhi standar dan harapan. Hal ini mendorong fasilitas kesehatan yang belum terpilih untuk meningkatkan kualitasnya. Kuncinya

adalah Peraturan Presiden harus memberikan kebebasan memilih fasilitas kesehatan primer, sekunder dan tersier kepada peserta (Tim JKN, 2012:96).

### **Aspek Tarif Pelayanan Kesehatan**

Prinsip pengelolaan yang baik (*good corporate government*) menjadi kunci keberhasilan transformasi. Hal ini dapat dicapai dengan melalui penyusunan AD/ART, *Standard operating procedur* (SOP), pelatihan dan pengembangan SDM BPJS, penyiapan laporan keuangan penutupan PT Askes dan akun BPJS awal, penyusunan sistem informasi dengan menggunakan Nomor Induk Kependudukan (NIK) peserta dan sistem akuntansi khusus BPJS.

BPJS wajib membayar fasilitas kesehatan atas pelayanan yang diberikan kepada peserta paling lambat 15 hari sejak permintaan pembayaran diterima sesuai dengan UU SJSN pasal 24 ayat 2. Ketentuan mengenai pembayaran kepada fasilitas kesehatan diatur dalam Peraturan Presiden tentang Jaminan Kesehatan. Pembayaran kepada fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama dilakukan secara kapitasi atas jumlah peserta yang terdaftar di fasilitas pelayanan kesehatan tingkat I. sedangkan pembayaran kepada fasilitas pelayanan kesehatan tingkat II dan III berdasarkan pola *Diagnosis Related Group* (DGS) atau tarif kelompok diagnosis terpadu yang kini digunakan dengan sistem INA-CBG. Namun demikian, besaran satuan kapitasi dan INA-CBG perlu disesuaikan agar dapat diterima/disepakati oleh asosiasi fasilitas kesehatan ditiap wilayah (Tim JKN, 2012:99).

Dari aspek keuangan, hal yang harus diperhatikan dalam penyelenggaraan jaminan kesehatan adalah terjadinya harga wajar dalam membayar pelayanan kesehatan mengingat harga/tarif pelayanan kesehatan berkembang dari waktu ke waktu maka perlu dilakukan analisis secara berkala. Tarif pelayanan kesehatan ditentukan melalui negosiasi antara fasilitas kesehatan dengan BPJS kesehatan. Negosiasi antara BPJS dengan asosiasi pelayanan kesehatan mencakup dua hal (1) negosiasi dilakukan dengan asosiasi tenaga medis profesional (dokter, dokter gigi) dan asosiasi fasilitas pelayanan kesehatan (klinik) untuk menyepakati harga pelayanan dan metode pembayaran yang akan dilakukan oleh BPJS, negosiasi ini berlaku untuk layanan rawat jalan tingkat pertama, (2) negosiasi besaran INA-CBG dengan asosiasi rumah sakit untuk masing-masing jenis pelayanan. Penandatanganan kontrak mengenai rawat jalan primer maupun rawat inap dapat dilakukan dengan langsung antara fasilitas pelayanan kesehatan dengan BPJS atau melalui asosiasi kelompok fasilitas pelayanan kesehatan (Tim JKN, 2012:108).

## **METODE PENELITIAN**

### **Jenis Penelitian**

Penelitian ini merupakan jenis penelitian kualitatif dengan pendekatan "*Grounded Theory*". Data diperoleh dengan menggunakan metode observasi, wawancara dan pengumpulan berkas data. Hasil penelitian dianalisis dengan menggunakan metode "*content analysis*". Tahapan penelitian meliputi tahapan persiapan, pelaksanaan kegiatan penelitian, pengumpulan dan analisis data, penyusunan laporan dan publikasi ilmiah.

### **Objek dan Subjek Penelitian**

Objek yang diteliti adalah penerapan JKN di RSUD Dr. Moewardi Surakarta, sedangkan Subjek penelitian adalah petugas rekam medis di RSUD Dr.

Moewardi Surakarta yang menangani JKN. Data penelitian berasal dari dua jenis data yakni:

1. Data Primer

Data primer didapat dari hasil wawancara mendalam tentang penerapan JKN di RSUD Dr. Moewardi Surakarta. Informan yang dipilih adalah petugas rekam medis yang terlibat secara langsung maupun tidak langsung dalam penerapan JKN. Data primer didapat juga dari observasi pelaksanaan penerapan JKN.

2. Data Sekunder

Data sekunder digunakan untuk menunjang data primer, khususnya dalam mendapatkan gambaran tentang pelaksanaan penerapan JKN. Data ini diperoleh dari bagian rekam medis, yaitu kebijakan, prosedur tetap (protap), struktur organisasi, dan deskripsi tugas petugas yang menangani JKN.

Alat yang digunakan untuk mengumpulkan data adalah pedoman wawancara dan pedoman observasi. Cara pengumpulan data menggunakan pedoman wawancara dan pedoman observasi. Metode analisis data yang digunakan adalah "*content analysis*" yaitu metode evaluasi dengan menilai penerapan JKN di RSUD Dr. Moewardi Surakarta.

## HASIL DAN PEMBAHASAN

### **Gambaran Pembiayaan JKN di Rumah Sakit Umum Dr. Moewardi Surakarta.**

Pembiayaan JKN di Rumah Sakit Umum Dr. Moewardi Surakarta dikelola oleh pihak rumah sakit bersama tim yang dibentuk khusus sebagai tim internal untuk melakukan pengendalian JKN yang disebut dengan *Tim Ongkologi*. Kegiatan pengelolaan JKN terkait dengan program pengendalian JKN yang bertujuan untuk mengelola pembiayaan dalam pelayanan kesehatan di Rumah Sakit Umum Dr. Moewardi Surakarta. Kegiatan pengendalian JKN ini telah dilaksanakan sejak rumah sakit melayani pasien JKN pada 2014.

Tim JKN ini terdiri dari : 1) Direktur Utama sebagai pengambil keputusan. 2) Direktur Pendidikan dan Penunjang Medis sebagai pengawas dan pembina Tim JKN. 3) Koordinator Tim JKN. 4) Dokter sebagai Koordinator harian tim internal yang bertugas memantau proses pelayanan JKN. 5) Petugas Bagian Keuangan. 6) Petugas rekam medis yang melakukan input dan pengolahan data rekam medis rawat inap dan rawat jalan harian. 7) Bagian Rawat Inap dan Rawat Jalan. 8) Dokter Laboratorium. 9) Bagian Radiologi, 10.) Bagian Humas. 11) Bagian Farmasi

### **Penerapan JKN Di RSUD Dr. Moewardi Surakarta Berdasarkan Aspek Kepesertaan, Aspek Pelayanan Kesehatan, Dan Aspek Tarif Pelayanan Kesehatan**

1 Aspek Kepesertaan

RSUD Dr. Moewardi Surakarta sebagai PPK Tingkat III (Pemberi pelayanan kesehatan tingkat terakhir) yaitu pada tahap perujukan rumah sakit. RSUD Dr Moewardi merupakan PPK tingkat provinsi, sehingga pasien Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) baik golongan PBI dan non PBI yang dilayani di rumah sakit ini adalah pasien rujukan dari PPK tingkat II, kecuali pasien dengan keadaan darurat yang pertama kali masuk ke rumah sakit ini dengan jalur IGD. RSUD Dr. Moewardi sebagai rumah sakit pemerintah,

sebelum adanya JKN per tanggal 1 Januari 2014, telah melayani pasien jaminan kesehatan baik pasien Askes, Jamsostek, Jamkesmas, Jamkesda, Jampersal, maupun jaminan kesehatan komersial lainnya.

Sejak 1 Januari 2014, pasien yang dilayani di RSUD Dr. Moewardi Surakarta dikelompokkan menjadi 2, yaitu pasien umum dan pasien dengan jaminan. Kelompok pasien dengan jaminan dikelompokkan lagi menjadi 2, yaitu kelompok PBI (Penerima Bantuan Iuran) dan non PBI. Kelompok PBI merupakan kelompok pasien yang sebelumnya merupakan pasien Jamkesmas, sedangkan kelompok non PBI merupakan kelompok pasien yang sebelumnya merupakan pasien Askes dan Jamsostek. Selain menerima peserta JKN baik PBI maupun non PBI, di RSUD Dr. Moewardi Surakarta melayani pasien dari asuransi komersial.

Jamkesda di Kota Surakarta dikenal dengan istilah PKMS (Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat Surakarta). PKMS adalah suatu program pemeliharaan kesehatan yang diberikan oleh pemerintah Kota Surakarta yang berwujud bantuan biaya pengobatan yang bertujuan untuk memberikan jaminan pemeliharaan kesehatan bagi masyarakat Kota Surakarta terutama bagi masyarakat miskin. Jenis kartu PKMS ada dua, yaitu PKMS gold dan PKMS silver. PKMS gold diperuntukkan bagi masyarakat miskin di Kota Surakarta yang tidak tercover jamkesmas, sedangkan PKMS silver diperuntukkan bagi masyarakat Kota Surakarta yang mendaftarkan diri di UPT PKMS Kota Surakarta dengan membayar biaya kepesertaan sebesar Rp.1000,- per orang per tahun. Peserta PKMS adalah semua masyarakat Surakarta yang tidak mendapatkan jaminan kesehatan Askes PNS, Asuransi kesehatan swasta, Jamkesmas, dan asuransi kesehatan lainnya serta berdomisili dan bertempat tinggal di Kota Surakarta minimal 3 (tiga) tahun. Premi peserta JKN lebih tinggi dari PKMS, sehingga cakupan pelayanan JKN lebih banyak dibandingkan dengan PKMS. Oleh karena itu, apabila pasien di RSUD Dr. Moewardi Surakarta pada saat datang ke rumah sakit untuk mendapatkan pelayanan membawa dua kartu, yaitu kartu JKN dan PKMS, maka pasien tersebut cenderung menggunakan kartu JKN karena cakupan pelayanan lebih luas.

Hal yang dilakukan oleh petugas pendaftaran di RSUD Dr. Moewardi Surakarta apabila pasien datang membawa kartu keanggotaan Jamkesda/PKMS, Jasaraharja, atau asuransi swasta lainnya maka petugas mengedukasi dampak terhadap pelayanan dan tarif. Pengguna Jamkesda/PKMS belum tentu semua pelayanan dijamin. Demikian juga dengan pengguna asuransi Jasaraharja maka hanya pasien kecelakaan dan terkait dengan kepolisian yang dijamin pelayanannya. Akan tetapi, diantara beberapa jenis jaminan kesehatan, JKN merupakan jaminan kesehatan yang paling luas cakupan pelayanannya.

## 2 Aspek Pelayanan Kesehatan

Pasien JKN kelompok PBI maupun non PBI di RSUD Dr. Moewardi Surakarta berhak mendapatkan pelayanan rawat jalan dan rawat inap, namun untuk peserta PKMS hanya berhak mendapatkan jaminan pelayanan rawat inap. Berdasarkan keterbatasan tersebut, pasien di RSUD Dr. Moewardi Surakarta apabila memiliki kartu JKN dan PKMS lebih memilih menggunakan kartu JKN. Pasien JKN kelompok PBI berhak mendapatkan fasilitas rawat inap

kelas III, sedangkan pasien JKN kelompok non PBI baik golongan PNS, pekerja swasta maupun wiraswasta berhak mendapatkan pelayanan kelas III, II, atau kelas I sesuai premi yang dibayarkan kepada BPJS.

Apabila terdapat pasien JKN kelompok PBI akan tetapi ketika membutuhkan pelayanan di RSUD Dr. Moewardi Surakarta dinyatakan bahwa bangsal kelas III penuh, maka pihak pendaftaran melakukan edukasi kepada pasien dengan memberikan dua alternatif pilihan, yaitu berpindah ke rumah sakit lain atau mengantri di bangsal Tulip yang merupakan bangsal di IGD dan merupakan bangsal cadangan untuk pasien yang mengantri rawat inap. Hal tersebut dikarenakan untuk pasien kelompok PBI tidak berhak untuk mendapatkan pelayanan di kelas II ataupun kelas II.

Pasien JKN kelompok non PBI, di RSUD Dr. Moewardi Surakarta berhak mendapatkan pelayanan rawat inap sesuai jumlah premi yang dibayarkan dan berhak untuk mendapatkan pelayanan lebih baik pada bangsal lebih baik apabila bersedia mengisi surat pernyataan sebelum rawat inap yang menyatakan bersedia membayar kekurangan tarif pelayanan (*cossering*).

Apabila terdapat pasien rawat jalan di RSUD Dr. Moewardi Surakarta pada saat mendaftar di pendaftaran menyatakan merupakan kelompok pasien JKN, akan tetapi tidak dapat menunjukkan bukti kartu JKN, maka pasien tersebut tetap dilayani sebagai pasien umum. Berbeda dengan pelayanan rawat inap, apabila pada saat mendaftar sebagai pasien rawat inap belum dapat melengkapi persyaratan sebagai pasien JKN, maka pihak rumah sakit memberikan kelonggaran untuk melengkapi persyaratan dalam waktu maksimal 2x24 jam.

Kejadian pulang paksa pada pasien di RSUD Dr. Moewardi Surakarta, biasanya dikarenakan beberapa hal, yaitu keluarga menyatakan tidak dapat menunggui pada saat pasien dirawat sehingga memilih rawat jalan dan keadaan pasien dinyatakan parah sehingga dari pihak keluarga pasien pasrah dengan membawa pulang pasien dengan menandatangani surat pernyataan yang menyatakan apabila terjadi hal yang lebih buruk pada pasien tidak menjadi tanggung jawab pihak rumah sakit.

RSUD Dr. Moewardi Surakarta sebagai rumah sakit PPK tingkat III (terakhir), maka pasien JKN baik PBI maupun non PBI, sebelum mendapatkan pelayanan sebagai pasien JKN harus dapat membuktikan telah mendapat pelayanan pada PPK tingkat I dan PPK tingkat II, terkecuali pada keadaan tertentu, misal: pasien datang dengan keadaan darurat sehingga masuk di IGD dan pasien datang pertama kali datang untuk mendapatkan pelayanan di poliklinik/rawat jalan. Pada pasien yang pertama kali datang di poliklinik rawat jalan, setelah dilakukan pemeriksaan oleh dokter dinyatakan memerlukan pelayanan rawat inap, maka dapat dilayani di RSUD Dr. Moewardi Surakarta sebagai pasien JKN walaupun sebelumnya tidak periksa pada PPK tingkat I atau PPK tingkat II.

### 3 Aspek Tarif Pelayanan Kesehatan

Pengelolaan JKN di RSUD Dr. Moewardi Surakarta meliputi verifikasi *print out* lampiran JKN berdasar resume, tanggal dirawat, resume ulang, dan tindakan. Verifikasi dilakukan untuk mengetahui *print out* lampiran JKN lengkap atau tidak lengkap sebagai syarat pengajuan klaim.

Pengelolaan rekam medis sebagai data untuk pemberlakuan INA-CBGs dalam pengelolaan tarif JKN di rumah sakit meliputi berbagai aspek sebagai satu kesatuan yakni penyiapan software dan aktivasinya, administrasi klaim dan proses verifikasi. Petugas administrasi klaim rumah sakit melakukan entri data klaim dengan lengkap dan menggunakan software INA-CBGs. Pembayaran atas klaim-klaim dilakukan berdasarkan hasil verifikasi yang dilakukan verifikator independen. Perbedaan yang didapati dalam kegiatan pengelolaan rekam medis JKN adalah kegiatan verifikasi dalam pengolahan data yang diolah dengan INA-CBGs sebagai syarat pengajuan klaim.

Pengelolaan pembiayaan pelayanan kesehatan pasien miskin dilaksanakan melalui data *case-mix* yang diaplikasikan berdasar pada catatan rekam medis yang berguna untuk evaluasi perawatan medis. Data akan memungkinkan bagi komite yang sesuai untuk membuat perbandingan untuk pembiayaan, beban/ongkos (*charge*), lama tinggal, dan pelayanan individual menurut kelompok penyakit di rumah sakit. Permasalahan dapat dideteksi melalui diagnosis dalam *case-mix* tersebut. Sistem *case-mix* adalah sistem INA CBG's yang digunakan dalam program tarif JKN. Sejak tanggal 1 Januari 2014, pengendalian pasien JKN yang menerima pemberian obat disesuaikan dengan Formularium Nasional (Fornas).

### **Masalah Penerapan JKN Di RSUD Dr. Moewardi Surakarta**

Berdasarkan evaluasi penerapan JKN di RSUD Dr. Moewardi Surakarta berdasarkan aspek kepesertaan, pelayanan kesehatan dan tarif pelayanan, dapat diidentifikasi beberapa permasalahan, sebagai berikut:

#### **1 Aspek Kepesertaan**

Kepesertaan JKN di RSUD Dr. Moewardi Surakarta meliputi pasien kelompok PBI dan kelompok non PBI. Permasalahan yang berhubungan dengan aspek kepesertaan yaitu pasien kelompok PBI hanya berhak mendapatkan pelayanan rawat inap kelas III, namun seringkali bangsal kelas III di RSUD Dr. Moewardi Surakarta penuh sehingga pasien PBI seringkali harus berpindah rumah sakit atau antri di IGD sebelum mendapatkan bangsal di kelas III. Pasien PBI tidak berhak untuk naik tingkat ke kelas di atasnya yaitu kelas II dan kelas I.

Perdebatan kadangkala terjadi dikarenakan pasien datang dikarenakan kecelakaan lalu lintas, namun pasien tersebut juga merupakan pengguna kartu JKN atau PKMS. Pihak rumah sakit biasanya meminta pihak keluarga untuk mengurus ke pihak kepolisian dan asuransi Jasa Raharja. Apabila asuransi Jasa Raharja tidak menjamin pelayanan di rumah sakit, maka JKN atau PKMS dapat dimanfaatkan. Selain itu, apabila terdapat pelayanan yang sebagian tidak dijamin oleh asuransi Jasa Raharja, maka pelayanan tersebut dapat diklaimkan menggunakan kartu JKN atau PKMS.

#### **2 Aspek Pelayanan Kesehatan**

Jamkesda di Kota Surakarta yaitu PKMS memiliki kelemahan, antara lain hanya dipakai untuk pelayanan rawat jalan di unit pelayanan kesehatan dasar (puskesmas di wilayah Kota Surakarta), akan tetapi tidak dapat

digunakan untuk pelayanan rawat jalan di rumah sakit. Selain itu, PKMS hanya dapat digunakan untuk pelayanan persalinan normal, namun untuk pelayanan persalinan caesar tidak dijamin. Jadi PKMS memiliki kelemahan dibandingkan JKN.

RSUD Dr. Moewardi Surakarta merupakan PPK tingkat terakhir (PPK tingkat III) yang merupakan tempat rujukan bagi PPK tingkat II, namun seringkali pasien datang ke rumah sakit membawa kartu JKN atau PKMS tanpa disertai surat rujukan dari PPK tingkat II. Hal tersebut terjadi biasanya dikarenakan tempat tinggal pasien lebih dekat dengan RSUD Dr. Moewardi Surakarta dibandingkan dengan PPK tingkat II. Keadaan tersebut menyebabkan pasien tidak dapat dilayani sebagai pasien JKN atau PKMS, dan harus bersedia dilayani dan membayar sebagai pasien umum. Berdasarkan keadaan tersebut, rumah sakit menetapkan beberapa kebijakan sehingga pasien dapat terlayani dengan JKN atau PKMS.

### 3 Aspek Tarif Pelayanan

Sistem *case-mix* (sistem INA CBG's) yang digunakan dalam program tarif JKN, memuat pengendalian pasien JKN yang menerima pemberian obat disesuaikan dengan Formularium Nasional (Fornas). Permasalahan timbul apabila obat yang harus dikonsumsi pasien ternyata tidak termasuk dalam daftar Fornas, dan pasien tersebut merupakan pasien JKN kelompok PBI yang tidak dibolehkan untuk adanya penambahan biaya (*cossering*). Namun prinsip JKN pada dasarnya adalah gotong royong, sehingga prinsip itu digunakan oleh RSUD Dr. Moewardi Surakarta untuk subsidi silang antar peserta JKN yang memperoleh pelayanan.

### **Langkah-Langkah Yang Dilakukan Oleh RSUD Dr. Moewardi Surakarta Dalam Mengatasi Masalah Penerapan JKN**

Permasalahan yang timbul sejak diberlakukannya JKN di RSUD Dr. Moewardi Surakarta sejauh ini dapat diatasi oleh manajemen pemegang kebijakan dan petugas-petugas kesehatan di lingkup rumah sakit. Langkah-langkah tersebut sebagai berikut:

1. Berkaitan dengan jumlah bangsal di kelas III di RSUD Dr. Moewardi Surakarta yang cenderung selalu penuh oleh pasien JKN kelompok PBI, maka langkah yang diambil pihak rumah sakit adalah adanya sistem antrian rawat inap dan standar lama perawatan. Misal untuk penyakit Thypus, lama perawatan maksimal 7 hari. Sistem antrian rawat inap didukung dengan adanya bangsal sementara di IGD yang khusus digunakan unruk perawatan pasien yang mengantri bangsal perawatan
2. Berkaitan dengan pasien kecelakaan lalu lintas yang mempunyai kartu JKN atau PKMS, pihak petugas pendaftaran mengedukasi pihak keluarga pasien mengurus klaim pengobatan ke asuransi Jasa Raharja setelah sebelumnya mengurus surat keterangan kepolisian. Apabila terdapat pengobatan yang tidak ditanggung oleh asuransi Jasa Raharja, maka dapat double cover dengan JKN atau PKMS
3. Berkaitan dengan pasien yang datang ke RSUD Dr. Moewardi Surakarta tanpa surat rujukan dari PPK tingkat II, maka solusi yang dapat disarankan pihak rumah sakit adalah menyarankan pasien berobat ke poliklinik terlebih dahulu,

setelah dokter menyarankan rawat inap, maka kartu JKN atau PKMS dapat digunakan untuk menjamin pelayanan yang diterima di rawat inap

4. Berkaitan dengan keterbatasan dari kartu PKMS, maka pihak RSUD Dr. Moewardi menyarankan kepada pasien dengan kartu JKN dan PKMS untuk mengutamakan menggunakan JKN dikarenakan cakupan pelayanan lebih banyak
5. Kebijakan RSUD Dr. Moewardi Surakarta mengacu pada prinsip JKN yaitu gotong royong, sehingga pihak rumah sakit menetapkan sistem subsidi silang bagi peserta JKN. Dengan adanya kebijakan tersebut diharapkan seluruh peserta JKN yang memperoleh pelayanan di RSUD Dr. Moewardi Surakarta terlayani dengan baik tanpa menyebabkan kerugian pihak rumah sakit dan menghindari adanya up coding dan fraud (penyimpangan klaim).

### KESIMPULAN

Berdasarkan hasil penelitian dan pembahasan yang telah diuraikan pada bab sebelumnya maka dapat disimpulkan sebagai berikut :

1. Penerapan JKN dari aspek kepesertaan di RSUD Dr. Moewardi Surakarta yaitu rumah sakit menerima semua jenis pasien jaminan kesehatan, baik dari JKN, Jamkesda Kota Surakarta (PKMS) maupun jaminan kesehatan komersial lainnya. Dari aspek pelayanan kesehatan, di RSUD Kota Surakarta menyediakan jenis pelayanan dan kelas perawatan sesuai dengan premi masing-masing jaminan kesehatan. Dan dari aspek tarif pelayanan, RSUD Dr. Moewardi Kota Surakartamenggunakan sistem *case-mix* (sistem INA CBG's) yang digunakan dalam program tarif JKN
2. Permasalahan yang timbul dari penerapan JKN di RSUD Kota Surakarta dari aspek kepesertaan meliputi bangsal perawatan kelas III sering penuh, sehingga pasien JKN kelompok PBI sering antri perawatan rawat inap di IGD atau terpaksa pindah rumah sakit. Dari aspek pelayanan kesehatan, adanya batasan-batasan jenis pelayanan untuk tiap jenis jeminan kesehatan. Dan dari aspek tarif pelayanan, adanya obat yang tidak termasuk kedalam Fornas
3. Permasalahan yang timbul dari penerapan JKN di RSUD Kota Surakarta selama ini dapat diatasi dengan baik, misalnya dengan kebijakan: adanya antrian di IGD, adanya edukasi kepada pasien dengan lebih dari satu jaminan kesehatan, dan adanya prinsip gotong royong dalam pelayanan dan tarif pelayanan kesehatan bagi pasien peserta JKN

### DAFTAR PUSTAKA

- Kementrian Kesehatan RI, Pusat Pembiayaan dan Jaminan Kesehatan. *Hasil Analisis Data Bidang Jaminan Kesehatan*. Jakarta. 2010
- Naufalty, Tisyryn, Rachmad Subiyanto, Lavinda. *Daerah Persoalkan Skema BPJS*. 2014. redaksi@bisnis.co.id
- Thabrany, Hasbullah, Budi Hidayat, Mundiharno et al. *Laporan Akhir Kajian Program penanggulangan Kemiskinan Bidang Kesehatan Bagi Keluarga Miskin, TNP2K Sekretariat Wakil Presiden*. Jakarta. 2010
- Thabrany, Hasbullah. *Badan Penyelenggara Jaminan Kesehatan Nasional: Sebuah Policy Paper dalam Analisis Kesesuaian Tujuan dan Struktur BPJS*. Jakarta. 2009

- The Global Fund. *The Monitoring and Evaluation Toolkit-4<sup>th</sup> Edition*.  
<http://www.theglobalfund.org/en/me/documents/toolkit>. 2011
- Tim JKN RI. *Peta Jalan Menuju Jaminan Kesehatan Nasional 2012-2019*.  
Jakarta. 2012
- Undang-Undang No 24 Tahun 2011. *Tentang Badan penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS)*. Jakarta. 2011
- Undang-Undang No 40 Tahun 2004. *Tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN)*. Jakarta. 2004
- WHO, The World Health Report. *Health System Financing: The Path to Universal Coverage*, WHO. 2010