

PENGALAMAN TENAGA KESEHATAN TENTANG PELAYANAN BPJS KESEHATAN PADA FASILITAS PELAYANAN KESEHATAN PRIMER DI KOTA JAMBI TAHUN 2014

¹Kamariyah, ¹Yulastri Arif, ¹Dorisnita

¹Program Studi Keperawatan Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan Universitas Jambi
Email: cocom2fahri@gmail.com

Abstract

Social Security Agency (BPJS) in health, has responsibility to carry out the national healthy service system such as promotive, preventive, curative and rehabilitative, in form of funding health assurance. The assurance is using government facilities and private facilities collaboration with BPJS. The purpose of this research is to gain a deep understanding of the experience of health workers in the primary health care system of Jambi city in Year 2014 type of qualitative research with descriptive phenomenological approach. Participants in this study were health workers ie doctors and nurses who work in primary facilities / health care, selected in accordance with criteria established by 16 participants. Purposive sampling method is the data analysis methods Colaizzi. Data testing was tested by Credibility test, Tranferability, Dependability and Confirmability. The results showed experience of physicians and nurses about the health care system BPJS are: 1) The procedure BPJS service not unlike the procedures Askes services and free medical treatment, 2) health care systems BPJS more beneficial to society. 3) System services BPJS cause problems for patients and health professionals 4) Health workers resolve problems directly and indirectly are temporary and, 5) BPJS service system perceived differently by each nurse and doctor. Understanding of insurance procedures sytem affect to the system of insurance itself and differences in perceptions. advice; BPJS should socialize health care system, meeting the needs of supporting facilities and SIM administration and service optimization.

Keywords: *Experience, health workers, primary health care facilities, health care system BPJS.*

Abstrak

Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) kesehatan, memiliki tanggung jawab menyeleggarakan sistem pelayanan kesehatan Nasional berupa pelayanan promotif, preventif, kuratif dan rehabilitative, dalam bentuk jaminan pembiayaan kesehatan. Fasilitas pelayanan yang digunakan adalah semua fasilitas pemerintah dan swasta yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan, namun yang berperan sebagai ujung tombaknya adalah fasilitas pelayanan kesehatan primer. Tujuan dari penelitian ini adalah memperoleh pemahaman yang mendalam pengalaman Tenaga kesehatan terutama perawat dan dokter tentang sistem pelayanan kesehatan primer di kota Jambi Tahun 2014. Jenis penelitian kualitatif dengan pendekatan fenomenologi deskriptif. Partisipan dalam penelitian ini adalah tenaga kesehatan yaitu dokter dan perawat yang bekerja di fasilitas primer/ Puskesmas perawatan, dipilih sesuai dengan kriteria yang telah ditetapkan sebanyak 16 partisipan. Metode pengambilan sampel *purposive sampling*, dengan analisa data metode Colaizzi. Pengujian data uji *Credibility, Tranferability, Dependability dan Confirmability*. Hasil penelitian didapatkan pengalaman dokter dan perawat tentang sistem pelayanan BPJS kesehatan adalah: 1) Prosedur pelayanan BPJS tidak berbeda dengan prosedur pelayanan Askes

dan Jamkesmas, 2) Sistem pelayanan BPJS kesehatan lebih bermanfaat bagi masyarakat. 3) Sistem pelayanan BPJS menimbulkan permasalahan bagi pasien, dan tenaga kesehatan 4) Tenaga kesehatan menyelesaikan masalah secara langsung dan bersifat sementara serta tidak langsung, 5) Sistem pelayanan BPJS dipersepsikan berbeda oleh masing-masing perawat dan dokter. Pemahaman terhadap prosedur sistem pelayanan mempengaruhi timbulnya permasalahan, sehingga terjadi kesalahan dan perbedaan persepsi. Saran; melakukan sosialisasi sistem pelayanan BPJS kesehatan, pemenuhan kebutuhan fasilitas penunjang dan pengoptimalan SIM administrasi dan pelayanan.

Kata Kunci: Pengalaman, tenaga kesehatan, pelayanan kesehatan primer, BPJS kesehatan.

PEDAHULUAN

Sistem jaminan kesehatan nasional di Indonesia mulai tahun 2014 diseragamkan menjadi satu jenis sistem pelayanan. Program tersebut dikelola oleh Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) kesehatan sehingga lebih di kenal dengan pelayanan BPJS kesehatan yang telah diamanahkan dalam Undang-Undang RI No. 40 tahun 2004. Tentang sistem Jaminan Sosial Nasional, dan Undang-Undang No. 24 Tahun 2011 tentang BPJS. Undang-Undang ini membahas tentang program yang diselenggarakan oleh BPJS yaitu program BPJS kesehatan dan program BPJS ketenagaan kerjaan.

BPJS Kesehatan ikut serta bertanggung jawab dalam menyelenggarakan sistem pelayanan kesehatan nasional. Sistem pelayanan kesehatan yang diberikan berupa pelayanan kesehatan promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif secara menyeluruh terpadu dan berkesinambungan (Depkes RI, 2009). Sasaran Pelayanan diberikan kepada seluruh warga negara Indonesia yang menjadi peserta BPJS kesehatan, akan tetapi pada pelaksanaannya masih banyak mengalami permasalahan terutama terkait

dengan fasilitas penyelenggara pelayanan kesehatan.

Fasilitas pelayanan kesehatan yang dipersiapkan untuk memberikan pelayanan kesehatan menjadi tanggung jawab pemerintah. Fasilitas tersebut berupa fasilitas pelayanan primer, fasilitas pelayanan sekunder dan fasilitas pelayanan tersier (BPJS, 2013). Menurut Permenkes No. 71 tahun 2013 dijelaskan bahwa fasilitas pelayanan kesehatan adalah semua fasilitas pemerintah dan swasta yang bekerja sama dengan BPJS yang diatur berdasarkan sistem rujukan berjenjang, mulai dari pelayanan tingkat pertama (primer) hingga rujukan tingkat lanjutan artinya BPJS menyelenggarakan pelayanan Jaminan kesehatan secara komprehensif berdasarkan kebutuhan, meskipun pada pelaksanaannya masih mengalami permasalahan.

Upaya yang dilakukan Pemerintah adalah menerapkan sistem jaminan kesehatan yang berlaku nasional untuk keseragaman sistem pelayanan kesehatan yaitu program JKN oleh BPJS. BPJS kesehatan telah diluncurkan pada tanggal 1 Januari 2014. Taher (2013), menjelaskan saat ini masih ada sebanyak 9.500 Puskesmas yang belum terakreditasi hingga

pelaksanaan program BPJS secara resmi diluncurkan. Mundiharno (2012), menjelaskan salah satu masalah kritis dalam pelayanan kesehatan adalah tersedianya fasilitas dan tenaga kesehatan yang merata di seluruh wilayah dengan kualitas yang terjaga.

Tenaga kesehatan pada fasilitas pelayanan kesehatan primer/Puskesmas berperan menjalankan fungsi sebagai *Gatekeeper*, bertugas menyelenggarakan pelayanan kesehatan dasar, mengatur Askes berdasarkan sistem rujukan, sebagai konselor, pendidik, manajer sesuai standar kompetensinya. Fungsi *Gatekeeper* merupakan kotak pertama pasien, melaksanakan pelayanan berkelanjutan, komprehensif, dan berkoordinasi (Idris, 2013). Selain itu untuk mengoptimalkan peran perawat dalam *Nursing informatics* yang dipaparkan oleh Wongso (2014), dibahas bahwa perawat dilibatkan untuk membantu pelayanan JKN melakukan antara lain; Entry data ke dalam software, Perawat membantu melakukan coding dalam penentuan diagnosa dan prosedur, monitoring berkas pemeriksaan, verifikasi data, monitoring coding, pelayanan *One Day Service* JKN, terutama pada pasien naik kelas karena selisih biaya ditanggung oleh pasien sebelum pasien pulang. Standar tarif BPJS yang telah ditetapkan adalah Permenkes No. 69 tahun 2013 tentang standar tarif pelayanan kesehatan, dimana pembayaran jasa di PPK primer dilakukan berdasarkan sistem kapitasi. Melakukan penelitian secara kualitatif dengan pendekatan studi fenomena untuk mengeksplorasi pengalaman perawat dan dokter sebagai pemberi pelayanan kesehatan

utama pada fasilitas pelayanan kesehatan primer, sebagai evaluasi program pelaksanaan pelayanan kesehatan nasional secara adil dan merata.

METODE

Penelitian yang digunakan adalah penelitian kualitatif dengan pendekatan fenomenologi deskriptif. Pendekatan jenis penelitian ini peneliti anggap dapat digunakan untuk mengeksplorasi pengalaman tenaga kesehatan yaitu dokter dan perawat sebagai *Heath Provider* terhadap masalah yang dirasakan selama memberikan pelayanan kepada pasien setelah program jaminan kesehatan oleh BPJS diluncurkan. Jumlah partisipan dalam penelitian ini adalah sebanyak 16 orang partisipan. pada 3 (tiga) Puskesmas yang memiliki fasilitas pelayanan rawat jalan dan rawat inap tingkat pertama, analisa data kualitatif menggunakan metode Colaizzi. Pengujian data dengan Uji *credibility* dengan *member check* Pengujian *Tranferability*, Pengujian *Dependability*, Pengujian *confirmability*.

HASIL DAN PEMBAHASAN HASIL

Hasil penelitian ini menggambarkan suatu fenomena pengalaman tenaga kesehatan (dokter dan perawat) tentang sistem pelayanan kesehatan. Partisipan dalam penelitian ini berjumlah 16 orang, yang terdiri dari: 4 orang dokter umum dan 12 orang perawat pelaksana. D3 keperawatan, S1 keperawatan dan dokter umum yang dinas di ruangan poli klinik dan dinas di ruang rawat inap fasilitas pelayanan primer.

Hasil explorasi dari pengalaman tenaga kesehatan yaitu dokter dan perawat tentang sistem pelayanan BPJS kesehatan pada fasilitas pelayanan primer adalah 1) Prosedur pelayanan BPJS dianggap tidak berbeda dengan prosedur pelayanan Askes dan Jamkesmas, 2) Sistem pelayanan BPJS belum dirasakan manfaatnya oleh tenaga kesehatan, 3) Sistem pelayanan BPJS menimbulkan permasalahan bagi pasien dan tenaga kesehatan, 4) Tenaga kesehatan menyelesaikan masalah secara langsung dan bersifat sementara serta tidak langsung dan 5) Sistem pelayanan BPJS dipersepsikan berbeda oleh masing-masing tenaga kesehatan. Tema-tema yang didapatkan tersebut akan dibahas secara satu persatu untuk menguraikan makna dari berbagai pengalaman partisipan tentang sistem pelayanan BPJS kesehatan pada fasilitas pelayanan primer di kota Jambi Tahun 2014 .

1. Prosedur pelayanan BPJS tidak berbeda dengan prosedur pelayanan Askes dan Jamkesmas. Partisipan perawat dan dokter menyatakan, prosedur pelayanan BPJS diberikan adalah kepada peserta yang mempunyai kartu peserta BPJS sesuai wilayahnya, kecuali pasien yang mengalami kondisi gawat darurat.
"...pasien kartunya kita cek, apakah terdaftar di puskesmas, kalau terdaftar, baru diteruskan ke poli tujuan, poli gigi, poli umum, atau ke poli,KB/ KIA, Kalau rawat inap, mereka langsung datang ke rawat inap, nunjukin kartu ke rawat inap, ada yang di kirim lewat poli, ada yang langsung, lewat IGD,...(P3).

Sistem rujukan berjenjang pada pelayanan BPJS yang belum dipahami seperti pernyataan yang diungkapkan oleh partisipan berikut;

"...masalah rujukan dengan sistem yang baru harus melalui PPK1, PPK2, dan PPK3, pasien banyak yang belum paham jadi, disitu sering ribut gitu, pasien minta rujuk langsung ke PPK3...(P2).

"...terkadang pasien kan BPJS jamkesmas, pasien minta rujukan ke RS umum mattaheer (PPK3), kan harus ke rumah sakit kota dulu, alurnya ke rumah sakit A.manaf (RSUD Kota/ PPK2), baru ke mattaheer, tapi pasien gak terima,.."(P14, P15).

...terkadang pasien mintanya langsung ke RS umum mattaheer (PPK3), pada hal kan, harus ke tingkat dua dulu, ribut tu kito dengan pasien... (P7)

2. Sistem pelayanan BPJS kesehatan belum dirasakan manfaatnya oleh tenaga kesehatan. Hasil penelitian dari 16 orang partisipan 12 partisipan diantaranya menyatakan manfaat sistem pelayanan BPJS lebih bermfaat bagi masyarakat bagi tenaga kesehatan khususnya dokter dan perawat belum merasakan manfaatnya, berikut partisipan adalah;
"...kalau untuk masyarakat mereka merasakan klu bagi kami pegawai disini rasanya gak begitu, ya samalah, pasien mungkin pasien lebih enak, karna sudah perwilayah masing-masing.....(P6).
"... untuk pasien puaslah, apa lagi udah ada rujuk balik dari rumah sakit, obat

sesuai dengan resep dokter (rumah sakit), kita tinggal lanjutin aja,..(P7)

"...kami sebagai petugas belum merasakan apo untung ruginyo BPJS, kalau pasien sudah merasokanlah...(P12)

3. Sistem pelayanan BPJS menimbulkan permasalahan bagi pasien dan tenaga kesehatan. Permasalahan yang dialami oleh partisipan baik dari partisipan dokter maupun dari partisipan cukup beragam selama sistem pelayanan BPJS diluncurkan, subtema permasalahan tersebut didominasi permasalahan yang terkait dengan masalah rujukan yang belum dipahami oleh pasien, selanjutnya masalah obat-obatan dan sarana/ fasilitas penunjang yang belum memadai, informasi kondisi pasien dari PPK rujukan ke PPK 1 tidak ada, kendala yang dilaporkan ke dinas terkait belum mendapat respon, sistem yang dijalankan hasilnya tidak dapat diketahui, insentif / jasa pelayanan belum diterima, sistem pelayanan BPJS dirasakan masih ribet serta jenis penyakit yang tidak boleh di rujuk yang cukup banyak. Sebanyak 16 partisipan yang dilakukan wawancara, semua menyatakan sisten rujukan menjadi masalah/ kendala pelayanan yang sering dialami partisipan dalam melayani pasien peserta BPJS kesehatan, berikut beberapa pernyataan dari partisipan.

"... masalah rujukan dengan sistem yang baru harus melalui PPK1, PPK2, dan PPK3, pasien banyak yang belum paham jadi, disitu sering ribut gitu, pasien minta rujuk langsung ke PPK3 ...(P2)

"... masalah rujukan dengan sistem yang baru harus melalui PPK1, PPK2, dan PPK3, pasien banyak yang belum paham jadi, disitu sering ribut gitu, pasien minta rujuk langsung ke PPK3 (P2)

"...tidak semua penyakit bisa dirujuk, nah pasien minta dirujuk, ngotot minta di rujuk, Kendalanya banyak, mungkin dari pihak BPJS ke masyarakat belum ada sosialisasi mungkin ya tentang alurnya,... (P5).

"... apo lagi klu peserta BPJS mandiri, bayar kan, jadi nuntut pelayanan lebih, yang penyakit kronis, masalahnya obat yang tidak ada. terkadang pasien mintanya langsung ke PPK3 pada hal kan, harus ke tingkat dua dulu, ribut tu kito dengan pasien, sangat sering itu... (P7)

Obat-obatan dan sarana/ fasilitas penunjang pada sistem pelayanan BPJS yang belum memadai hal ini menyulitkan bagi tenaga kesehatan untuk melaksanakan kegiatan yang berhubungan dengan sistem pelayanan BPJS kesehatan, berikut pernyataan partisipan.

"...kendala mesti menjelaskan aplikasi piker, sementara sarananya tidak dilengkapi, sarana computer, kemudian SDMnya kurang, (SDM kesehatan), kendalanya di obat juga, obat-obat kronis gak ada, tapi pasien banyak yang gak mau kerumah sakit...(P2)

"...kendalanya Alat-alat itu tidak dilengkapi, Misalnya melakukan tindakan-tindakan tu harus dilakukan dipuskesmas, nah sementara alatnya gak ada, tenaga juga. Hal yang harus dilakukan banyak

tapi tenaga dan fasilitas kurang memadai... (P7).

Informasi umpan balik sistem rujukan pada pasien dan pengaduan masalah sistem pelayanan BPJS tidak ada. Menurut penjelasan partisipan, Puskesmas membutuhkan informasi kondisi pasien yang diberikan rujukan ataupun pasien rujuk balik pada pasien dengan penyakit kronis sebagai upaya tindak lanjut, namun hal ini tidak ada umpan balik dari PPK rujukan ke Puskesmas sebagai PPK1. Berikut pernyataan beberapa partisipan dokter dan partisipan perawat;

"... masalahnya karna banyak pasien yang minta rujuk ke PPK 3, Kemudian pasien-pasien yang sudah dirujuk, tidak ada umpak baliknya, maunya ada umpan balik, jadi pasien datang kesini nanti dia minta rujukan lagi sementara yang sudah kita rujuk pertama aja gak ada jawabannya (P2),

"...kendalanya untuk rujuk balik tidak ada informasi balik pasien dari RS selalu kita meraba-meraba terus.... (P9)

"... masalah Surat rujuk balik tidak ada Sering di telpon (ke RS), pasien harus ditangani disini sementara kita dak tau tindak lanjutannya...(P10)

Aplikasi sistem administrasi yang dijalankan di Puskesmas tidak dapat diketahui yang data outputnya, hal ini kemungkinan disebabkan sistem informasi manajemen dan fasilitas internet berikut pernyataan dari partisipan;

"...terus aplikasi ini juga tidak bisa diambil outputnya, saya tidak tau, dari aplikasi itu mau lihat sepuluh penyakit terbesar tidak bisa, kan ada input ada proses ada out

put, ni prosesnya sudah saya jalankan tapi outputnya tidak bisa saya ambil, outputnya gak ada, harusnya bisa, saya cuma masukin aja tapi aplikasinya gak bisa,.. (P2).

Dana operasional dan insentif kepada tenaga kesehatan (perawat dan dokter) belum terealisasi Hasil wawancara terdapat 10 orang partisipan yang menyatakan insentif/ jasa pelayanan kesehatan sejak sistem pelayanan BPJS kesehatan diluncurkan hingga saat ini dokter dan perawat belum diterima, berikut pernyataan dari beberapa partisipan,

"...katanya sih tunjangan lebih besar, tapi sampe sekarang belum ada, besarnya sih sudah ada tapi belum sampe,...(P1)

"...katanya besar insentifnya, tapi belum terima...(P7, P10)

"...kita belum terima realisasinya, ke puskesmasnya gitu, kalau kapitasinya besar...(P11).

Sistem pelayanan BPJS dirasakan masih menyulitkan tenaga kesehatan. 8 (delapan) orang partisipan dalam penelitian ini menyatakan sistem pelayanan BPJS yang dialami partisipan, dirasakan masih ribet dan menyulitkan pernyataan partisipan adalah:

"... kayaknya malah mempersulit ya, klu askes dulukan gak masalah, Klu masalah rujukan ini kita yang banyak masalahnya untuk diagnosa yang di BPJS kan ada 144 yang tidak boleh dirujuk, tapi pasien ngotot minta rujuk,..(P10).

"...pasienkan ado yang belum punyo kartu BPJS mo bikin tu masih bingung caranya, merasa ribet karna banyak

prosedurnya, dari RT lah, RT, lurah, ribetlah, pasien kami jadi BPJS semua, yang umum juga jadi BPJS semua, kadang pasienyo dak mengerti apo yang kito terangin, pasien BPJS disinikan di tanggung cuman maksimal 5 hari yang di tanggung (rawat inap), sedangkan pasien disuruh rujuk dak mau karna alasannya jauh, jadi susahlah nak ngomong ke pasien,...”(P12, P13).

Selain itu jenis penyakit yang tidak boleh di rujuk cukup banyak, dengan fasilitas/ sarana terbatas, yang mengakibatkan dokter dan perawat mengalami berbagai kendala dalam melayani pasien-pasien, terutama pasien yang memaksa meminta rujukan, meskipun tanpa indikasi yang jelas. Berikut pernyataannya dari beberapa partisipan adalah,

“.. kita ada beberapa penyakit yang tidak boleh di rujuk ada 144 penyakit yang harus diselesaikan, cuman kendalanya kan alat gak ada,..”(P1).

“...rujukan yang banyak masalahnya, untuk diagnosa yang di BPJS kan ada 144, tapi pasien ngotot minta rujuk, keluhan pasien cuma mual, pusing kan gak perlu dirujuk, di sinikan bisa, dak ada indikasi untuk dirujuk,..”(P7)

Serta pernyataan partisipan yang menceritakan masalah yang dialami ketika melayani pasien dengan penyakit kronis yang komplain karena harus dilakukan sistem rujuk balik, yang juga dirasakan masih menyulitkan. berikut pernyataannya;

“... seandainya pemeriksaaan gulanya naik gitu, nak kita mau naikkan diagnosa

dak boleh dokternyo ngasih, terpaksa rujuk lagi, merobah dosis dak boleh juga itu, padahal dokterkan punya wewenang, harus melalui rujukan lagi, dokter Rumah Sakit yang ngasih dosis baru lagi, pasien tidak mau, suruh kesana -sini,. ..”(P8).

“...Terkadang pasien ada hipertensi, kalau pasien ada gejala lain, sedangkan dokterkan tidak boleh ngasih obat 2 macam, kita mesti rujuk lagi ke Rumah Sakit, pasien merasa di lontar kesana - lontar kesini, di opor-opor....(P9)

4. Cara tenaga kesehatan menyelesaikan masalah secara langsung dan bersifat sementara dan upaya melakukan penyelesaian secara tidak langsung. Upaya yang dilakukan secara langsung dianggap mampu menyelesaikan masalah sementara yang dihadapi partisipan dalam melayani keluhan-keluhan dari pasien, Upaya yang dilakukan berupa; memberikan penjelasan mengenai masalah sistem rujukan, memberikan pengobatan, melakukan pelimpahan wewenang oleh dokter ke perawat jika kondisi mendesak, penarikan dana langsung ke pasien untuk administrasi yang tidak di tanggung BPJS, memberikan rujukan tanpa indikasi atau dengan catatan atas permintaan sendiri (APS) jika pasien memaksa, memberikan resep obat untuk ditebus di apotik di luar BPJS pada obat-obat penyakit kronis yang tidak tersedia di apotik PPK1, memberikan pelayanan satu kali untuk pasien yang memiliki kartu tidak sesuai wilayahnya, serta merujuk pasien rawat inap jika lebih dari lima hari yang akan

diuraikan sebagai berikut pernyataan partisipan;

".... ya saya hubungi aja orang BPJS, kita kasih penjelasan, kalau tidak mau opor ke BPJS, pasiennya yang suruh kesana, tapi saya kadang via telpon aja orang BPJS, saya suruh ngomong langsung ke pasien,...(P2)

"....pasien gawat darurat, solusinyo dijelasin ni kato orang BPJS tidak ada rujukan, surat rujukan tidak dikasih, pasien_dikasih tau bahwa, pasien gawat darurat, tidak ada rujukan,...(P6).

"... solusinya kita obati, kita jelasin ke pasiennya, ada 144 diagnosa itu harus selesai di pelayanan pertama. masalah obat generik, Solusinya "dijelasin, ni obatnya sama, isinya sama, cuman ya memang perlu beradaptasi lagi...(P1)

"..untuk rawat jalan diatasi dikasih obat seperti biasa, dikasih obat, pasien pulang,.. (P5).

"....karena kekurangan tenaga (dokter), sebagian di delegasikan ke perawat, pelimpahan wewenang, ada SK nya dari kepala puskesmas,.. (P1).

"...Untuk tenaga kita semua sama, perawat dokter, bidan, kita sama-sama saling membantu, gak dibeda-bedain,..(P12).

Menyerahkan masalah ke rumah sakit melakukan penarikan dana langsung ke pasien untuk administrasi yang tidak ditanggung BPJS. Masalah pembiayaan administrasi yang tidak di tanggung BPJS, upaya yang dilakukan oleh partisipan dalam penelitian ini adalah dengan melakukan penarikan dana langsung ke pasien. Sedangkan untuk mengatasi

masalah pasien yang ngotot dan tidak menerima penjelasan dari partisipan dokter ataupun perawat melakukan upaya dengan memberikan surat rujukan, meskipun tanpa indikasi medis atau dengan catatan APS jika pasien memaksa, seperti pernyataan partisipan berikut ini;

"... terus misalnya kayak blangko rujukan, kemudian surat keterangan sakit itu tidak ada dananya, solusinya, kami tarik sama pasien, mau gak mau... (P2).

"...Kalau masalah rujukan kalau pasien ngotot minta rujuk, dulu kita bikin atas permintaan sensiri (APS), sebisa kita kita jelaskan, tapi klu gak bisa kita kasih, jadi terserah rumah sakit nya nanti, ditulis keluhan pasien, gak ada indikasi untuk dirujuk, ya sudah terserah rumah sakitnya nanti,... (P10, P11)

"...masalah obat yang tidak ada, terkadang kita kasih resep, tapi dia beli diluar, kita jelasin bahwa obat lagi kosong,.. (P10, P11).

"...sering terjadi salah paham, kalau kek gini kan kasian pasiennya, masa cuma nambah dosis, harus dirujuk lagi, terpaksa rujuk lagi, merubah dosis dak boleh,... (P8,P9)

Memberikan pelayanan satu kali pelayanan pada pasien yang tidak sesuai dengan wilayahnya. Bagi pasien yang memiliki kartu yang tidak sesuai dengan wilayahnya, dalam penelitian ini partisipan menyatakan, pelayanan diberikan satu kali pelayanan, selanjutnya peserta/pasien harus sesuai wilayahnya, atau pasien harus merubah kartu berdasarkan tempat yang diinginkan ke kantor BPJS.

Merujuk pasien rawat inap yang lebih dari lima hari Peserta/ pasien rawat inap di PPK 1 maksimal hari rawatan adalah 5 hari, jika lebih dari lima hari upaya yang dilakukan partisipan dalam penelitian ini adalah merujuk pasien rawat inap yang lebih dari lima hari, meskipun pasien menolak.

"...untuk pelayanan pertama saja ngak bayar, tapi berikutnya kami suruh rubah, kalau tidak pasien umum jadinya, masalah rujukan disini kami jelaskan dulu, tapi kalau sudah ngotot juga terpaksa kami kasih,...(P3).

"...untuk ditinggal, kalau rawat inap dilayani diruangan, maksimal lima hari, kalau lebih dari lima hari belum ada perubahan atau apa itu dirujuk, kalau gak bisa diatasi ya langsung dirujuk kalau lima hari membaik pulang, control ulang, kita pake surat control....(P7).

"...Pasien yang dirawat lebih dari lima hari itu dak di tanggung lagi, harus di rujuk ke RS, sedangkan pasien tidak mau, petugas dak tau lagi. Solusinyo tetap rujuk, kalau dak mau rujuk kami pulangin, pernah terjadi pasien yang dirawat hingga delapan hari,, keluar klemnya cuman lima hari,....(P12).

"...Pasien yang dirawat lebih dari lima hari, harus di rujuk ke RS, karna itu dak di tanggung puskesmas lagi, sedangkan pasien tidak mau, solusinyo tetap rujuk, kalau dak mau rujuk kami pulangin,...(P13).

Upaya penyelesaian masalah secara tidak langsung yang dilakukan dengan membuat laporan dan pengajuan terhadap kebutuhan alat dan bahan, obat-obatan,

fasilitas penunjang pemeriksaan diagnostik dan fasilitas dokumentasi yang dibutuhkan seperti computer, ke dinas kesehatan, menyampaikan laporan dan pengaduan terkait permasalahan yang di hadapi dilapangan untuk melayani pasien peserta BPJS kesehatan. Berikut pernyataan dari partisipan;

"...Solusi terkait dengan kekurangan alat dan bahan , kita pengajuannya ke dinas kesehatan....(P1).

"... Upaya yang dilakukan mengajukan pengaduan-pengaduan, namun belum ada solusi... (P4).

5. Persepsi perawat dan dokter tentang sistem pelayanan BPJS kesehatan di Fasilitas pelayanan primer. Pendapat yang diungkapkan oleh beberapa orang partisipan bahwa penerapan sistem pelayanan BPJS, tidak semua dipersepsikan sama oleh partisipan sebagai petugas kesehatan, seperti sistem pelayanan BPJS belum dapat dipahami dengan baik oleh pasien, pada dasarnya bagus terutama untuk membantu masyarakat namun dana belum terealisasi, fasilitas belum lengkap, sistem pelayanan BPJS belum siap melaksanakan programnya. sistem pelayanan BPJS masih menyulitkan terutama pada pengklaimannya, dan belum dapat dipahami dengan baik, seperti pada pernyataan partisipan berikut ini;

"....Persepsi saya sebaiknya dibatalkan saja, enak program yang dulu, jelas yah kemana pengelompokannya,... (P4)

“... ada enak dan tidak enak lah ya, klu Askes dulu enak tidak terlalu ribet, sekarang pasiennya ribet, solusi kami itulah ... pokoknya orang BPJS harus ngasih tau prosedurnya ke rumah sakit seperti apa, jadi tidak rancu... (P6)

“...kalau masalah BPJS kami ni belum jelas juga, masalahnya masih rumit nian masalah pengklaimannya itu, ribet, semuanya jadi BPJS, biasanya, kami klaimnyokan beda-beda, kalau lah nampak hasil yang enam bulan ni baru jelas, kalau dulukan di beda-bedain, kalau sekarang jadi satu, masih membingungkan, ... (P12)

“...belum jelas juga, masalahnya masih rumit nian masalah pengklaimannya itu, ribet, semuanya jadi BPJS masih membingungkan,...(P13).

Namun demikian konsep sistem pelayanan BPJS dipersepsikan bagus namun belum terealisasi dengan baik, di buktikan dengan 14 partisipan menyatakan sistem pelayanan BPJS pada dasarnya bagus terutama untuk membantu masyarakat, namun dana belum terealisasi masih dianggap bertele-tele, seperti beberapa kutipan dari pernyataan partisipan.

“...BPJS itu kan datanya online, masuk, sementara kita fasilitas terbatas, terus sekarang tu kan bertele-tele dananya, masuk ke pemda, kedinas baru ke sini, kalau langsung kesini, paling gak kan birokrasinya nggak panjang. untuk masyarakatnya kan sangat membantu,... (P1).

“... bagus ya, program untuk rakyat, jadi memang seharusnya, cuman dalam pelaksanaannya masih belum siap,.. (P2).

“... itu lebih bagus, lebih aman, murah ya, untuk kelas satu sekitar 60 ribuan, Kalau untuk masyarakat lebih terjamin ya. untuk perawatnya belum dirasakan, (P5),

“....sebenarnya baguslah ya, terutama untuk masyarakat...(P7)

Fasilitas pendukung terlaksananya sistem pelayanan BPJS kesehatan menurut pernyataan dari partisipan dokter fasilitas masih terbatas, sarana tidak di lengkapi, tenaga juga kurang, berikut pernyataan partisipan;

“...BPJS itu kan datanya online, masuk, sementara kita fasilitas terbatas,.. (P1)

“...sarannya tidak dilengkapi, sarana computer, kemudian SDMnya kurang, (SDM kesehatan),...(P2).

“ ...sebenarnya tergantung fasilitas kita, kalau fasilitas kita lengkap, ya bisa lah kita tangani itu, cuman kadang fasilitas kita masih kurang, selama ini masih kurang, dari daftar diagnosa yang ditentukan masih ada yang di rujuk, tenaga masih kurang juga,... (P3)

Sehingga sistem pelayanan BPJS dinilai belum siap melaksanakan programnya. Berdasarkan hasil wawancara mendalam pada penelitian ini partisipan menyatakan bahwa persepsinya terhadap sistem pelayanan BPJS pada dasarnya bagus, namun belum siap melaksanakan programnya, dikarenakan beberapa fasilitas masih terbatas, seperti pada kutipan pernyataan berikut;

“...sebenarnya si bagus ya cuma karna belum terbiasa, BPJS itu kan datanya online, masuk, sementara kita fasilitas terbatas,...(P1)

“.., cuman dalam pelaksanaannya masih belum siap, piker belum siap, harusnya aspek legalnya, sebaiknya pelaksanaannya di 2015, pada dasarnya bagus ya hanya persiapan yang belum siap,.. (P2).

Pendapat lain dari partisipan yang bertugas di poli tertentu perawat seperti ruangan imunisasi adalah program BPJS dirasakan sama seperti biasa berikut pernyataannya;

“... sama, biasa-biasa aja, dak ngaruh terhadap imunisasi karna semuanya kan gratis ya dari dulu, vaksin semuanya gratis jadi gak ada masalah aman, .. (P11),

“... kalau menurut saya biasa aja mbak,...(P16)

PEMBAHASAN

Pendapat partisipan tentang prosedur rujukan berjenjang yang diungkapkan adalah fasilitas pelayanan primer wajib merujuk ke fasilitas pelayanan kesehatan sekunder terlebih dahulu. Tidak sejalan dengan prosedur pelayanan rujukan secara yang dijelaskan oleh Idris (2013), adalah pelayanan kesehatan dasar oleh fasilitas kesehatan tingkat pertama/ fasilitas kesehatan primer jika diperlukan pelayanan lanjutan oleh dokter spesialis, dirujuk ke tingkat kedua oleh fasilitas kesehatan primer, selanjutnya dirujuk ke pelayanan kesehatan tersier oleh fasilitas kesehatan primer dan sekunder, fasilitas kesehatan primer boleh merujuk langsung ke fasilitas kesehatan

tersier pada kasus yang telah ditegakkan diagnosis sebelumnya/ Pasien dengan penyakit kronis yang pelayanannya hanya ada di fasilitas kesehatan tersier.

Kondisi menggambarkan bahwa prosedur sistem pelayanan BPJS termasuk prosedur rujukan menurut pendapat partisipan pada fasilitas pelayanan primer sejak enam bulan BPJS diluncurkan sama dengan sistem pelayanan pada Askes dan Jamkesmas tidak mengalami perubahan, adalah suatu pemahaman partisipan terkait dengan prosedur yang dijalankan oleh BPJS merupakan pemahaman yang keliru, hal ini kemungkinan disebabkan oleh sosialisasi yang kurang baik kepada terutama kepada tenaga kesehatan sebagai pelaksana pelayanan kesehatan.

Meskipun pada pelaksanaan pelayanan kesehatan seperti biasa mulai dari pendaftaran pasien hingga pasien mendapatkan pelayanan kesehatan tidak mengalami perubahan. sehingga pada pelaksanaannya masih mengalami masalah atau kendala yang cukup beragam terutama fasilitas primer. Manfaat sistem pelayanan BPJS kesehatan dirasakan lebih bermanfaat bagi masyarakat. Hal yang paling dirasakan peserta adalah semua masyarakat bisa menjadi peserta BPJS berdasarkan kemampuan mereka membayar, manfaat pelayanan kesehatan dapat dirasakan oleh seluruh lapisan masyarakat, karena biaya sudah ditanggung oleh BPJS, bagi pasien rujuk balik obat-obatan yang diberikan sesuai dengan resep dokter dari rumah sakit yang merujuk, sehingga program ini dirasakan lebih bermanfaat bagi seluruh peserta BPJS. Sejalan dengan manfaat dari program JKN

yang dijelaskan dalam Depkes RI (2009), bahwa manfaat jaminan kesehatan nasional secara komprehensif, secara medis maupun non medis diberikan untuk seluruh penduduk Indonesia yang membutuhkan pelayanan kesehatan, manfaat pembangunan kesehatan nasional oleh pemerintah secara terintegrasi antara pusat dan daerah yang berpihak pada rakyat.

Namun ada sebagian kecil partisipan menyatakan meskipun belum dirasakan manfaatnya secara nyata, namun dari beberapa partisipan memiliki asumsi bahwa manfaat sistem pelayanan BPJS bagi tenaga kesehatan adalah terkait dengan sistem administrasi seperti data pasien lebih jelas, puskesmas tidak repot mengurus setoran, sistem pembayaran berdasarkan klaim dengan sistem kapitasi lebih terjamin, sistem rujukan yang meringankan beban kerja provider. Sesuai dengan pernyataan Mubarak (2005), bahwa manfaat sistem rujukan berjenjang memudahkan dan meringankan beban kerja, karena sesuai dengan tugas bagi setiap sarana/ fasilitas kesehatan, memudahkan pekerjaan administrasi. Hal ini menggambarkan ada sebagian kecil dari partisipan sudah memahami manfaat sistem pelayanan BPJS kesehatan.

Sistem pelayanan BPJS kesehatan menimbulkan permasalahan bagi pasien dan tenaga kesehatan yang cukup beragam selama sistem pelayanan BPJS diluncurkan, antara lain didominasi oleh permasalahan yang terkait dengan masalah rujukan yang belum dipahami, masalah obat-obatan dan sarana/ fasilitas penunjang yang belum memadai, masalah sistem rujukan yang belum dipahami. menurut partisipan hal ini

kemungkinan disebabkan karena sosialisasi sistem pelayanan BPJS tersebut belum merata oleh peserta maupun tenaga kesehatan seperti pada keinginan pasien untuk cepat sembuh memaksa meminta rujukan dari fasilitas primer ke fasilitas tersier untuk dapat berobat ke dokter spesialis, meskipun kondisi penyakit pasien dapat diatasi di fasilitas pelayanan primer, namun tidak diberikan. Keputusan yang diambil partisipan diatas sesuai dengan penjelasan Idris (2013), bahwa kebiasaan pasien yang ingin berobat langsung ke dokter spesialis tidak diperkenankan lagi, setiap peserta harus melalui alur rujukan yang telah ditetapkan, kecuali pada kondisi darurat, kebijakan tersebut belum dipahami oleh semua peserta, sehingga permasalahan yang sama kemungkinan akan sering terjadi. Untuk membantu mencukupi kebutuhan struktur piramid terhadap fasilitas/ sarana prasarana dan obat-obatan adalah melalui kontrak kerja sama dengan struktur jaringan (*cluster*).

Masalah obat-obatan dan sarana/ fasilitas penunjang dan tenaga yang belum memadai, tidak sesuai dengan jenis penyakit yang tidak boleh di rujuk. Kondisi ini menjadi kendala bagi tenaga dan fasilitas pelayanan primer, sarana tersebut seperti sulitnya menjalankan aplikasi komputer karena komputernya sendiri tidak ada, belum juga terkait dengan SDM yang kurang, obat-obat penyakit kronis yang tidak tersedia untuk pasien rujuk balik, namun beberapa pasiennya tidak ingin kembali ke rumah sakit lagi, sehingga terkadang pasien diberikan resep untuk membeli obat di apotik di luar fasilitas primer.

Keterbatasan tenaga kesehatan maupun tenaga administrasi juga menjadi permasalahan, menyebabkan peningkatan beban kerja, yang cukup dikeluhkan, karena hal yang harus di kerjakan banyak namun tenaga dan fasilitas kurang. Depkes RI (2009), sebaik apapun pengelolaan sistem jaminan kesehatan tanpa didukung oleh fasilitas yang memadai tidak akan berdampak pada peningkatan derajat kesehatan masyarakat. Menurut Fadriadinur (2014), Syarat kriteria teknis fasilitas primer untuk sarana dan fasilitas adalah, memiliki sarana komunikasi, seperti komputer/ laptop/ipad/ tablet/ dan jaringan internet. Syarat berikutnya dikemukakan oleh Idris (2014) adalah SDM, SDM yang dimaksud yaitu dokter, paramedis, tenaga administrasi dan dokter pengganti. Menurut Basri (2013), dalam artikelnya menjelaskan isu strategis dari pelaksanaan *Universal Health Coverage* (UHC) di Indonesia adalah standarisasi sistem pelayanan kesehatan dan sistem rujukan yang jelas, yang dirangkum kedalam dua dimensi sistem pelayanan kesehatan yaitu dimensi vertikal yang disebut dengan sistem rujukan antar fasilitas kesehatan, dan dimensi horizontal antar lembaga yang berperan sebagai pemasok yang di sebut dengan sistem rantai pasok pelayanan kesehatan.

Hubungan kerja sama antar fasilitas dan lembaga baik secara piramid/ rujukan vertikal maupun klaster/ rujukan horizontal diharapkan akan mengatasi masalah penanggulangan keterbatasan ketersediaan obat dan sarana/ fasilitas penunjang yang menjadi masalah utama pada fasilitas pelayanan kesehatan, terutama fasilitas

pelayanan primer sebagai ukuran keberhasilan sistem pelayanan kesehatan masyarakat. Pemenuhan kebutuhan tenaga perlu pertimbangan pemerintah untuk merekrut tenaga baru, atau mendistribusikan tenaga yang memiliki kompetensi terkait Sistem Informasi Manajemen (SIM) pelayanan di puskesmas, seperti tenaga administrasi dan IT, sehingga urusan administrasi tidak dibebankan kepada tenaga kesehatan.

Masalah Informasi aplikasi sistem informasi komputerisasi di Puskesmas karena output data yang telah di input sebelumnya tidak dapat di cek kembali/ output data pasien hasilnya tidak dapat diketahui, contohnya ketika ingin melihat data 10 besar penyakitpun tidak bisa diketahui, hal ini kemungkinan disebabkan karena keterbatasan skill tenaga terhadap teknologi informasi (IT) atau tenaga yang diberikan tugas yang tidak sesuai dengan kompetensinya, atau mungkin justru programnya yang tidak bisa diakses.

Masalah ini masih menjadi tanda tanya, kenapa output data tidak ada, bahkan masih jauh dari aplikasi sistem informasi program pelayanan BPJS pada fasilitas pelayanan kesehatan primer yang seharusnya memperjelas kepastian peserta yang dilayani dan kemudahan pencatatan dan pelaporan, rujukan elektronik (rayonisasi) dan kecepatan melayani pasien (Idris, 2013). Masalah umpan balik pasien dengan penyakit kronis yang membutuhkan pelayanan rujukan balik ke fasilitas tersier, tidak ada informasi balik, sehingga pasien tidak terkontrol untuk meminta rujukan kembali ke fasilitas primer. Informasi ini juga dibutuhkan untuk fasilitas

primer melanjutkan sistem pelayanan kesehatan secara berkesinambungan, agar tidak meraba-raba masalah pasien yang pernah berobat sebelumnya, khususnya pasien dengan penyakit kronis dengan indikasi rujuk balik.

Masalah insentif/ jasa pelayanan belum diterima sejak BPJS diluncurkan hingga saat penelitian ini dilakukan kurang lebih selama 6 bulan, hal ini tidak sesuai dengan standar yang ditetapkan oleh UU SJSN yang dijelaskan dalam pasal 24 ayat 2 dan Permenkes RI no 71 tahun 2013 tentang pembayaran pada fasilitas kesehatan bahwa BPJS kesehatan wajib membayar fasilitas kesehatan atas pelayanan yang diberikan kepada peserta paling lambat 15 (lima belas) hari sejak permintaan/ klaim yang diajukan diterima secara lengkap, mengacu pada standar tarif yang ditetapkan menteri. Penelitian terkait dengan pemberian insentif dan kebutuhan fasilitas menurut Zaenah (2014), terdapat 61,3% perawat merasa termotivasi dengan adanya pemberian insentif, 71% perawat merasa insentif cukup mempengaruhi motivasi perawat dalam bekerja, 81% kadang-kadang mengalami kesulitan dalam bekerja karena fasilitas yang kurang memadai.

Penelitian terkait yang mendukung menurut Rasyid (2013), menggunakan study deskrip kualitatif didapatkan hasil bahwa keluhan terhadap sistem distribusi jasa pelayanan yakni keterlambatan waktu pembayaran insentif jasa pelayanan dan kurangnya keadilan dalam prosentase 40% jasa pelayanan dan 60% jasa untuk sarana. Penerapan sistem insentif ini belum memenuhi harapan yang sesuai dengan

kinerja tiap perawat baik dari segi nominalnya maupun ketepatan waktu pemberiannya. Karyati dkk (2004), dalam penelitiannya 65% kepuasan Dokter keluarga rendah terhadap sistem pembayaran kapitasi, 68,8% dipengaruhi oleh persepsi kapitasi dengan standar pelayanan. Artinya pentingnya insentif terhadap motivasi tenaga kesehatan terhadap kualitas pelayanan kesehatan sangat tinggi. Ketidak sesuaian jasa pelayanan dengan beban kerja akan menimbulkan keluhan-keluhan sebagai gejala awal timbulnya masalah pelayanan.

Sistem pelayanan BPJS kesehatan dirasakan masih ribet. Seperti hasil yang didapatkan dalam penelitian ini 50% partisipan dalam penelitian ini berpendapat bahwa sistem pelayanan BPJS masih ribet dan menyulitkan, jenis penyakit yang tidak boleh di rujuk cukup banyak, dengan fasilitas/ sarana terbatas, yang mengakibatkan dokter dan perawat mengalami berbagai kendala dalam melayani pasien-pasien. Sejalan juga dengan penelitian yang dilakukan oleh Zaenah (2014), sebanyak 81% perawat kadang-kadang mengalami kesulitan atau mendapat tantangan dalam bekerja. Salah satu tantangan tersebut dikarenakan fasilitas yang terbatas.

Penelitian serupa yang dilakukan Usman (2013), pada namun dilakukan pada pasien Jamkesmas sebagai partisipan, didapatkan masalah yang menjadi hambatan sistem pelayanan Jamkesmas adalah hambatan interna dan hambatan externa. Hambatan interna berasal dari dalam yaitu prosedur pelayanan yang dipersulit seperti menfotokopi syarat administrasi secara berulang kali sementara tidak semuanya

dibutuhkan, serta sikap perawat dan dokter yang tidak bersikap ramah, hal ini terjadi kemungkinan disebabkan beban kerja yang tinggi dan ketidakpahaman prosedur pelayanan yang harus dilakukan. Hambatan eksternal yang dialami adalah terkait pembaharuan data dari badan penyelenggara jaminan sosial ke Rumah Sakit tidak dilakukan, serta pengguna Jamkesmas tidak mengerti tentang prosedur administrasi yang harus dilaksanakan oleh pasien.

Permasalahan di atas dalam penelitian ini tidak semua partisipan berpendapat sama, masing-masing ruangan memiliki kerumitan terhadap permasalahan dan beban kerja yang berbeda. Ketidaksiuaian antara beban kerja dan insentif yang diterima serta pemahaman pasien dan tenaga kesehatan terhadap prosedur sistem pelayanan BPJS kesehatan secara langsung maupun tidak langsung akan mempengaruhi timbulnya permasalahan/ konflik secara internal maupun eksternal.

Kondisi ini juga dipengaruhi oleh ruangan yang memiliki kerumitan kerja yang berbeda. Seperti pendapat dari partisipan yang bertugas pada ruangan poli imunisasi dan poli anak, cenderung tidak mengalami permasalahan apapun, karena keluhan yang dirasakan pasien hanya batuk pilek, pada poli imunisasi jumlah pasien BPJS masih sedikit, jenis pelayanan yang diberikan tidak ada perubahan. Cara tenaga kesehatan menyelesaikan masalah/ konflik pada sistem pelayanan BPJS kesehatan. Upaya yang dilakukan dokter dan perawat secara langsung adalah dengan memberikan penjelasan dan informasi secara langsung. Memberikan penjelasan kepada pasien

tentang prosedur pelayanan dan alur rujukan yang seharusnya dilakukan di Puskesmas, diharapkan akan meningkatkan pengetahuan pasien/ peserta BPJS, sehingga Puskesmas dapat melaksanakan fungsinya sebagai fasilitas pelayanan primer sesuai prosedur yang sudah ditetapkan. Jika Puskesmas bekerja tidak sesuai dengan prosedur dan alur yang sudah ditetapkan, maka biaya operasional pelayanan dari BPJS tidak dapat diklaim.

Upaya memberikan penjelasan yang dilakukan partisipan adalah dengan melibatkan petugas BPJS untuk memberikan, atau pasien/ peserta yang diarahkan langsung ke kantor BPJS, untuk mendapatkan informasi langsung. Upaya memberikan pengobatan langsung kepada pasien, merupakan salah satu fungsi fasilitas primer sebagai upaya kuratif. Memberikan pengobatan kepada pasien yang bisa diatasi di fasilitas primer adalah tanggung jawab Puskesmas tanpa memberikan rujukan, mengacu pada daftar diagnosa dan tindakan yang wajib diatasi di Puskesmas yang ditetapkan oleh menteri kesehatan. Puskesmas memiliki kewenangan untuk meresepkan obat-obatan secara rasional sesuai dengan kebutuhan medis peserta, mengutamakan penggunaan obat esensial dan obat generik yang terdapat dalam formularium obat pelayanan primer (Jatmiko, 2013). Konsultasi dan anamnesis, pemeriksaan fisik dan penunjang, menegakkan diagnosis dan pengobatan, serta melakukan tindakan medis yang sesuai dengan kompetensi dan kewenangan Puskesmas.

Cara untuk mengatasi masalah kekurangan tenaga dokter yang dilakukan oleh partisipan dalam penelitian ini adalah melimpahkan sebagian tugas dokter ke perawat, berdasarkan Surat Keputusan (SK) pelimpahan wewenang oleh dokter ke perawat, atau semua pekerjaan dilakukan secara bersama dan saling membantu, terutama karena kekurangan tenaga, dokter di puskesmas, sehingga perawat, dokter, bidan sama-sama saling membantu, tidak membedakan tugas dan tanggung jawabnya masing-masing. Salah satu peran perawat dalam melakukan kegiatan pelayanan keperawatan di Puskesmas menurut Kemenkes 2006, selain menjalankan perannya sebagai perawat, perawat juga menjalankan tugas pelimpahan wewenang yang diberikan seperti melakukan pengobatan, penanggulangan kasus gawat darurat.

Peran Dokter khusus dokter layanan primer (DLP) dalam program pelayanan BPJS kesehatan menurut menurut Jatmiko (2013), yang disampaikan oleh dalam pertemuan ilmiah tahunan VI Ikatan Dokter Indonesia di Bogor Idealnya DLP dapat menyediakan 20 jenis pelayanan dengan mutu dan standar yang sama baiknya untuk melayani peserta JKN yaitu; 1) Penilaian status kesehatan pribadi (*wellness Checkup*), 2) Program proaktif, pengendalian penyakit/kondisi khusus yakni program promotif-preventif seperti hipertensi, diabetes mellitus, hiperlipidemia, kegemukan, merokok, dan lain-lainnya. 3) Pendidikan Kesehatan; Memodifikasi gaya hidup, seperti konseling individu, keluarga, kelompok, dan lain-lain, 4) Kegiatan pencegahan, 5) Pemeliharaan kesehatan bayi dan balita untuk mencapai

pertumbuhan yang optimal dan seterusnya seperti yang telah dijelaskan pada bab dua sebelumnya.

Kepmenkes RI (2006), menjelaskan perawat memberikan asuhan keperawatan terhadap pasien rawat jalan dan rawat inap, sebagai penemuan kasus baru (deteksi dini), penyuluhan/ pendidikan kesehatan, perawat melakukan pemantauan keteraturan berobat, menciptakan lingkungan terapeutik dalam pelayanan kesehatan di gedung Puskesmas (kenyamanan dan keamanan, dll), dan melakukan dokumentasi Keperawatan.

Keterlibatan perawat dalam program JKN di Rumah Sakit maupun Puskesmas untuk mengoptimalkan pengelolaan JKN membantu menyelesaikan masalah. Seperti yang dijelaskan dalam *Nursing Informatic* (2014), yang telah dijelaskan pada bab sebelumnya bahwa perawat berperan sebagai pengelola pelayanan kesehatan, antara lain *Entry* data ke dalam *software*, membantu melakukan *coding*, melakukan diskusi bersama, terlibat dalam monitoring berkas pemeriksaan, kelengkapan data penunjang, menentukan group, kelengkapan diagnosa primer dan sekunder, kelengkapan assesmen medis dan verifikasi data, serta, melakukan *monitoring coding* setelah verifikasi sebagai bahan evaluasi penentuan *group*. Perawat juga terlibat aktif dalam pelayanan *One Day Service* JKN, terutama untuk pasien yang naik kelas, sehingga pembayaran selisih biaya yang ditanggung oleh pasien yang naik kelas perawatan, karena proses verifikasi oleh BPJS dapat dilakukan sebelum pasien pulang. Dokter memiliki tugas utama di fasilitas pelayanan primer perawat juga memiliki peran yang

berbeda, meskipun pada pelaksanaannya secara kolaborasi memiliki tujuan yang sama, namun kompetensi dan tugas mereka tetap berbeda.

Tidak sesuai dengan hasil penelitian ini yang ditemukan bahwa tugas dan tanggung jawab masing-masing dokter dan perawat dilakukan secara bersama-sama dan tidak dibedakan, hal ini terjadi dikarenakan kekurangan tenaga dokter di Puskesmas sehingga harus dilakukan pelimpahan tugas dan wewenang dokter kepada perawat. Disatu sisi masalah pasien teratasi sementara, disisi lain meningkatkan beban kerja perawat dengan adanya penambahan tugas limpahan diluar tupoksinya.

Penelitian terkait yang dilakukan oleh Handayani (2009), sebanyak 46,75% tenaga kesehatan menjelaskan tupoksi tidak sesuai dengan sarana pendukung, karena tidak sesuai standar pelayanan. Disamping tupoksi sebagian besar tenaga kesehatan mempunyai tugas tambahan atau merangkap, kondisi ini disebabkan karena keterbatasan jumlah tenaga dibandingkan dengan program yang harus dilakukan di Puskesmas. 53,9 % mendapat tugas tambahan, 56,6% diantaranya menyatakan tugas tambahan mengganggu tupoksi pelayanan kesehatan yang seharusnya.

Upaya melakukan penarikan dana langsung ke pasien untuk administrasi yang tidak ditanggung BPJS. Upaya tersebut dilakukan karena masalah pembiayaan administrasi menurut partisipan tidak ditanggung BPJS, sehingga upaya yang dilakukan dalam penelitian ini adalah dengan melakukan penarikan dana langsung ke pasien, hal ini tidak sesuai dengan Perpres

no 12 tahun 2013 pasal 22 dijelaskan bahwa sistem administrasi termasuk pelayanan kesehatan yang dijamin, juga bertentangan dengan Kemenkes (2013), bahwa peserta tidak boleh dikenai biaya apapun kecuali peserta yang tidak mengikuti standar peraturan yang telah ditetapkan. Keputusan ini terpaksa dilakukan karena realisasi dana operasional Puskesmas hingga 6 bulan BPJS berjalan tidak ada.

Upaya lain memberikan surat rujukan meskipun tanpa indikasi medis, atau dengan catatan APS jika pasien memaksa ke rumah sakit, atau alatnya tidak ada, maka pasien dirujuk ke rumah sakit, meskipun kondisinya tidak boleh dirujuk. Ketidak pahaman pasien terhadap sistem, ketidak puasan, bahkan kekecewaan mengakibatkan penolakan-penolakan pasien terhadap prosedur pelayanan kesehatan yang seharusnya dilakukan. Pada akhirnya membuat repot dan menambah beban kerja bagi tenaga kesehatan. Menurut Janis (2013), dalam penelitiannya realisasi terhadap penggunaan pelayanan kesehatan masyarakat Indonesia yang menggunakan tenaga medis profesional masih sangat rendah. 67.71% penduduk pada Tahun 2012 memilih pengobatan sendiri baik dengan obat medis maupun tradisional, cara ini dilakukan untuk menanggulangi sakit ringan atau penyakit kronis yang sebelumnya pernah mendapat perawatan dari tenaga kesehatan.

Motivasi masyarakat memilih cara ini adalah lebih praktis, tidak perlu mengantri, biaya murah dibanding jasa medis profesional, jarak lokasi yang jauh, serta kekecewaan masyarakat terhadap jasa pelayanan kesehatan. Upaya pemerintah

menerapkan kebijakan UHC yang dilaksanakan oleh BPJS kesehatan merupakan solusi yang dianggap jitu untuk menyelesaikan masalah kebutuhan pelayanan kesehatan masyarakat, namun pada pelaksanaannya masih banyak mengalami kendala. Sebagai mana yang di paparkan oleh Janis (2013), untuk memenuhi kebutuhan pelayanan kesehatan, dibutuhkan pengendalian *supply* terhadap layanan kesehatan, faktor yang dapat mempengaruhi realisasi *supply* tersebut adalah *Man, Money, Material, Method, Machin, Teknologi, Time dan Information*. Determinan *Man* adalah tenaga kesehatan yang paling dominan dalam menentukan kualitas pelayanan kesehatan yang didukung oleh determinan lain sebagai penunjang yang digunakan dalam sistem yang saling ketergantungan, namun hal ini belum sepenuhnya terealisasi pada sistem pelayanan BPJS kesehatan, yang memicu masalah-masalah pelayanan muncul.

Kategori upaya penyelesaian masalah secara langsung yang dilakukan dalam untuk mengatasi masalah kekurangan obat dalam penelitian ini adalah dengan memberikan resep obat untuk ditebus di apotik di luar BPJS, terutama pada obat-obat penyakit kronis yang tidak tersedia di apotik PPK1, atau merekomendasikan untuk rujuk balik, jika pasien dengan penyakit krois yang kambuh diberikan rujuk balik untuk menambah/ merubah dosis karna PPK 1 tidak boleh merubah dosis baru. Upaya yang dilakukan tenaga kesehatan tersebut tidak seharusnya dilakukan karena akan menambah kerugian bagi pasien, pelayanan obat dan bahan medis habis pakai adalah

manfaat pelayanan yang berhak diterima peserta, tindakan partisipan tidak sesuai dengan Kepmenkes (2013), jika pasien sudah menjadi peserta BPJS, atau jika sudah membayar premi, semua pembiayaan pelayanan kesehatan di tanggung BPJS, dibayarkan berdasarkan ketentuan yang berlaku, kecuali pelayanan yang tidak sesuai prosedur. Bagi pasien yang memiliki kartu yang tidak sesuai dengan wilayahnya, dalam penelitian ini partisipan menyatakan, pelayanan diberikan satu kali pelayanan, selanjutnya peserta/ pasien harus sesuai wilayahnya, atau pasien harus merubah kartu berdasarkan tempat yang diinginkan ke kantor BPJS. Peserta/ pasien rawat inap di PPK 1 maksimal hari rawatan adalah 5 hari, jika lebih dari lima hari upaya yang dilakukan partisipan dalam penelitian ini adalah merujuk pasien rawat inap yang lebih dari lima hari, meskipun pasien menolak atau pasien pulang diberikan surat control ulang.

Upaya penyelesaian masalah secara tidak langsung, dengan membuat laporan dan pengajuan kebutuhan fasilitas pada pelayanan kepada dinas terkait. Untuk mengatasi masalah terhadap kebutuhan alat dan bahan, obat-obatan, fasilitas penunjang pemeriksaan diagnostik dan fasilitas dokumentasi yang dibutuhkan seperti computer, ke dinas kesehatan, menyampaikan laporan dan pengaduan terkait permasalahan yang di hadapi dilapangan untuk melayani pasien peserta BPJS kesehatan. Menurut Kemenkes RI (2013) Fasilitas kesehatan yang tidak memiliki sarana penunjang, wajib membangun jejaring dengan fasilitas kesehatan penunjang untuk menjamin

ketersediaan obat dan bahan medis habis pakai dan pemeriksaan penunjang lain.

Persepsi tenaga kesehatan tentang sistem pelayanan BPJS kesehatan di Fasilitas pelayanan primer dipersepsikan berbeda, dimana masing-masing petugas, menyatakan antara lain sistem pelayanan BPJS belum dapat dipahami dengan baik, konsep sistem pelayanan BPJS pada dasarnya bagus terutama untuk membantu masyarakat namun dana belum terealisasi, fasilitas belum lengkap, sistem pelayanan BPJS belum siap melaksanakan programnya, program BPJS masih menyulitkan, enak program sebelum BPJS, dan beberapa partisipan program BPJS sama seperti biasa. Semua akan diuraikan dalam subtema berikut. Menurut Usman (2013), alur pelayanan kesehatan yang apabila tidak dipahami dengan baik perbedaannya akan lebih mempersulit prosedurnya.

Sistem pelayanan BPJS pada dasarnya bagus terutama untuk membantu masyarakat, namun realisasinya masih dianggap bertele-tele, fasilitas terbatas, dana diproses bertele-tele, melalui Pemda, Dinas Kesehatan baru kemudian ke Puskesmas, yang membutuhkan waktu yang cukup lama, sementara kebutuhan dana operasional Puskesmas tidak dapat ditanggulangi, sehingga pada beberapa kondisi dilakukan penarikan dana langsung dari pasien.

Harapannya dana operasional langsung masuk ke Puskesmas, tanpa melalui Pemda dan Dinas Kesehatan, saat ini birokrasi sistem pelayanan dan klaim terlalu panjang. Pelayanan kesehatan dapat diberikan tergantung pada kelengkapan

fasilitas pelayanan, jika fasilitas lengkap, masalah bisa tangani di Puskesmas. Selama ini fasilitas yang tersedia di Puskesmas masih kurang, dari daftar diagnosa yang ditentukan masih ada beberapa diagnosa yang di rujuk.

KESIMPULAN DAN SARAN

Konsep sistem pelayanan BPJS kesehatan yang dicanangkan pemerintah untuk menyamaratakan sistem pelayanan kesehatan terutama untuk mewujudkan sistem subsidi silang masih banyak menimbulkan permasalahan. Hasil penelitian ini permasalahan, diidentifikasi dari pemberi pelayanan kesehatan utama di fasilitas pelayanan Primer, yaitu perawat dan dokter yang bertugas di fasilitas pelayanan primer. masalah yang ditemukan antara lain:

Pelayanan BPJS kesehatan di fasilitas pelayanan primer lebih bermanfaat terutama untuk membantu masyarakat namun bagi tenaga kesehatan sendiri belum dirasakan karena saat ini dana operasional belum terealisasi dan insentif belum jelas. Upaya yang dilakukan perawat dan dokter untuk penyelesaian masalah tersebut secara langsung sesuai dengan masalah yang sedang dihadapi meskipun hanya bersifat sementara dan upaya tidak langsung melalui pengajuan dan pembuatan laporan ke dinas terkait. BPJS kesehatan dianggap belum siap melaksanakan program JKN padan tahun 2014. Terkait dengan fasilitas/ sarana,

SDM yang belum memadai, dibanding dengan masalah kesehatan yang harus diselesaikan di fasilitas pelayanan primer.

Saran

Bagi fasilitas pelayanan kesehatan, Memaksimalkan fungsi PPK 1 sebagai pelaksana pelayanan kesehatan primer dan Sistem Informasi Manajemen (SIM) di Puskesmas. Mengkaji kebutuhan hubungan kerja sama jejaring untuk menjamin terpenuhinya kebutuhan ketersediaan obat dan BMHP, Mengevaluasi kebutuhan jumlah tenaga dan beban kerja disesuaikan jumlah kunjungan pasien rata-rata perhari. Meninjau kembali rentang waktu jam dinas perhari, melakukan sosialisasi secara dan berkelanjutan. menggunakan media informasi, teknologi elektronik. dipandu oleh petugas/ operator.

Bagi Tenaga Kesehatan,

Memaksimalkan perannya masing-masing dalam memberikan pelayanan kesehatan secara komprehensif yang diberikan dengan mengutamakan kebutuhan pasien berdasarkan standar yang telah ditetapkan.

Bagi peneliti selanjutnya, Melakukan penelitian terkait dengan kepuasan peserta BPJS di fasilitas pelayanan baik primer sekunder atau tersier. Melakukan penelitian terkait dengan faktor-faktor penghambat yang mempengaruhi sistem pelayanan BPJS kesehatan. Mengkaji tingkat pemahaman tenaga kesehatan terhadap aplikasi sistem pelayanan BPJS kesehatan pemerataan informasi melalui sosialisasi.

DAFTAR PUSTAKA

1. Efianti,Y & rahmawati,I,N. (2014). *Metodologi Penelitian Kualitatif dalam Riset Keperawatan*. Jakarta. Raja Grafindo Persada.
2. Azwar. (1996). *Menjaga mutu pelayanan kesehatan*. Pustaka. Sinar harapan. Jakarta
3. BPJS. (2013). *Panduan Layanan Bagi Peserta BPJS Kesehatan*. BPJS Kesehatan. Badan Penyelenggara Jaminan Sosial.
4. Creswell, J.W. (2010). *Research Design, pendekatan kualitatif kuantitatif, dan mixed*. Yogyakarta pustaka pelajar.
5. Depkes RI. (2009). *Sistem Kesehatan Nasional. Bentuk dan cara penyelenggaraan pembangunan kesehatan*. Jakarta. Departemen Kesehatan RI.
6. Idris, F. (2013). *Panduan Praktis Pelayanan Kesehatan*. BPJS kesehatan.
7. Idris, F. (2013). *Panduan Praktis Sistem Rujukan Berjenjang*. BPJS kesehatan.
8. Idris, F. (2013). *Panduan Praktis Gate Keeper Conset Faskes PBJK Kesehatan*. PBJK Kesehatan
9. Jamsos Indonesia, (2014). *Prosedur BPJS dinilai ribet*. Jamsos Indonesia. Media Indonesia. Dalam <http://www.jamsos.com/newsgroup/> diunduh pada tanggal, 19 februari 2014
10. Janis,N. (2013). BPJS kesehatan Supplay dan demond terhadap layanan kesehatan. Analisis resiko ekonomi, keuangan dan social.

11. Januraga, dkk. (2009), Persepsi Stekholders terhadap latar belakang subsidi premi, sistem kapitasi dan pembayaran premi, program jaminan kesehatan jembrana. *Jurnal manajemen pelayanan kesehatan*. Volume 12 halaman 33-40.
12. Kemenkes RI. (2013). *Buku saku FAQ (frequently Asked Question)*. BPJS kesehatan. Jakarta. Kemenkes RI.
13. Kemenkes RI. (2013). *Kesiapan pelayanan keperawatan rumah sakit menyongsong JKN*. Dirjen BUK kemenkes RI. Dalam <http://buk.depkes.go.id> diunduh pada tanggal, 19 februari 2014
14. Kemenkes RI. No.279/menkes/SK/IV/2006. Tentang Pedoman Penyelenggaraan Upaya Keperawatan kesehatan Masyarakat di Puskesmas. Jakarta. Menkes RI
15. Mubarak. (2005). *Pengantar Keperawatan Komunitas 1*. Jakarta. Sagung Seto.
16. Mundiharno & Tabrani. (2012). Peta Jalan Menuju Jaminan Kesehatan Nasional (2014-2019). RI. Jakarta. Tim. Kepmenkokesra. No. 22 Tahun 2012.
17. Permenkes RI, no.71 Tahun 2013. *Tentang Pelayanan Kesehatan pada Jaminan Kesehatan Nasional*. Jakarta. Menteri Kesehatan RI.
18. Permenkes RI. No.69 tahun 2013 *tentang standar tarif pelayanan pada fasilitas kesehatan tingkat pertama dan tingkat lanjutan dalam penyelenggaraan program jaminan kesehatan*. Jakarta. Menteri Kesehatan. Republik Indonesia.
19. Perpres, No. 12 tahun 2013 *Tentang Jaminan Kesehatan*. Jakarta. Presiden RI.
20. Setiawati, dkk. (2014). Gambaran tarif Pelayanan Kesehatan dan Kesiapan Penyelenggara Pelayanan Kesehatan Primer Menjelang Jaminan kesehatan Semesta. Bagian Ilmu kesehatan Masyarakat FK. UNPAD.
21. Soetanto. (2003). *Warta kesehatan masyarakat. Edisi ke 6. Dirjen bina kesehatan masyarakat*. Depkes RI.
22. Streubert, H.J & Carpenter, D.R. (2003). *Qualitative research in nursing: Advancing the humanistik imperative*. Ed 3. Lippincott. Philadelphia.
23. Suswardji, E, Martini & Meliana, R (2012), Pengaruh pelayanan puskesmas terhadap kepuasan pasien di Puskesmas, Adiarsa Karawang Timur. *Jurnal manajemen. Vol. 09. No.2*. Januari 2012. dalam <http://feunsika.ac.id>. diunduh tanggal 9 Maret 2014.
24. Taher, A. (2013). Kesiapan Implementasi JKN dan peran Fakultas kedokteran dalam penyediaan dokter layanan Primer, Dirjen BUK/ Kemenkes RI.
25. Trisnanto, L. (2005). *Aspek strategis manajemen Rumah sakit. Antara misi social dan tekanan pasar*. Yogyakarta. Sekip.
26. Undang-Undang RI No. 40 tahun (2004). *Tentang sistem Jaminan Sosial Nasional*. Jakarta. Presiden RI
27. Usman, S, (2013). Pelaksanaan Pemberian pelayanan kesehatan Rawat Jalan Tingkat lanjutan bagi peserta Jamkesmas (Studi Implementasi Undang-Undang no.40 Tahun 2004. Tentang system jaminan social nasional di Rumah sakit umum daerah dr. Syaiful Anwar Kota malang).
28. Wongso,J. (2014). *Peran perawat dalam pengelolaan JKN di rumah sakit*. Arikel. Nursing Informatic. Dalam <http://nursinginformatic.com/2014/03/03>.