

IMPLEMENTASI KEBIJAKAN JKN OLEH PEMBERI PELAYANAN KESEHATAN DI KABUPATEN KEPULAUAN ANAMBAS

THE IMPLEMENTATION OF NHI POLICY BY THE PUBLIC HEALTH CARE PROVIDERS IN THE DISTRICT OF ANAMBAS ISLANDS

Irawati Sagala¹, Laksono Trisnantoro², Retna Siwi Padmawati³

¹Dinas Kesehatan Kabupaten Kepulauan Anambas

²Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat, Fakultas Kedokteran, Universitas Gadjah Mada

ABSTRACT

Background: On January 1st, 2014, the implementation of NHI started in Indonesia as well as in the district of Anambas Islands accordance with the mandate of Law No. 24 in 2014. NHI policy is a top-down policy that must be implemented. On the process of implementation, the health service providers in the RSL, as the main reference in Anambas Islands, have some problems due to the characteristics' differences of regional and limitations the District of Anambas Islands as the border areas, islands and separated-areas (DTPK). In the context of health, rural and remote areas is often associated with a state of limited public transport, poor road infrastructure, long distances to health service facilities and difficulties in recruiting and retaining health personnel. As a result there is a significant impact on the provision of adequate health care. The availability of resources is inadequate in every health facility in Anambas Islands is also an obstacle for the implementation of NHI any existing health facilities in the District of Anambas Islands must qualify credensialing set by BPJS Health.

The Objective: To analyze the implementation of NHI policy by the health service providers in the District of Anambas Islands.

Method: This research is using the descriptive research with qualitative methods using a single case study, design to analyze the implementation of the NHI policy established by the health service providers in Anambas Islands, which is focused on resources, bureaucratic structure and disposition.

Result: Implementation of policy NHI by health care providers both in health centers and hospitals are still many have constraints such as limited power specialist, especially in hospitals, general practitioners definitive still lacking in some health facilities, the limited infrastructure in health centers and hospitals that cause will not want the patient should be referred. This adds to the burden of transportation costs to society as ocean freight rates are quite expensive though some things can be addressed as a problem of information and improvement of bureaucratic structures, but it can not prevent the public to be referred.

Conclusion: The implementation of NHI policy does not match held in Anambas Islands as the border areas, islands and separated-areas area because of the benefits received by the community of NHI be limited due to so many constraints faced by health care providers.

Keywords : Implementation of policy, the National Health Insurance, health service providers.

ABSTRAK

Latar belakang : Dengan diberlakukannya UU Nomor 24 Tahun 2014 maka pada tanggal 01 Januari 2014 Jaminan Kesehatan Nasional dimulai di Indonesia, demikian juga halnya di Kabupaten Kepulauan Anambas. Kabupaten Kepulauan Anambas merupakan kabupaten yang dikategorikan sebagai daerah DTPK. Dalam konteks kesehatan, daerah pedesaan dan terpencil sering dikaitkan dengan keadaan transportasi umum yang terbatas, infrastruktur jalan yang buruk, jarak yang jauh ke fasilitas pelayanan kesehatan dan kesulitan dalam merekrut dan mempertahankan tenaga kesehatan. Akibatnya ada dampak yang signifikan untuk penyediaan pelayanan kesehatan yang memadai. Ketersediaan sumber daya yang tidak memadai pada setiap fasilitas kesehatan di Kabupaten Kepulauan Anambas juga menjadi kendala karena dalam pelaksanaan JKN setiap fasilitas kesehatan yang ada di Kabupaten Kepulauan Anambas harus memenuhi syarat kredensialing yang telah ditetapkan oleh BPJS Kesehatan.

Tujuan: Menganalisis implementasi kebijakan JKN oleh pemberi pelayanan kesehatan di Kabupaten Kepulauan Anambas.

Metode: Penelitian ini merupakan jenis penelitian deskriptif dengan metode kualitatif menggunakan rancangan studi kasus tunggal terjalun untuk menganalisis implementasi kebijakan JKN oleh pemberi pelayanan kesehatan di Kabupaten Kepulauan Anambas, yang difokuskan pada sumber daya, struktur birokrasi dan disposisi.

Hasil: Implementasi kebijakan JKN oleh pemberi pelayanan kesehatan baik di puskesmas maupun rumah sakit masih banyak mengalami kendala seperti terbatasnya tenaga spesialisik khususnya yang ada di rumah sakit, dokter umum yang definitif masih kurang di beberapa fasilitas kesehatan, keterbatasan prasarana di puskesmas dan rumah sakit yang menyebabkan mau tidak mau pasien harus dirujuk. Hal ini menambah beban biaya transportasi bagi masyarakat karena tarif angkutan laut yang cukup mahal walaupun beberapa hal dapat dibenahi seperti masalah informasi dan perbaikan struktur birokrasi namun hal tersebut tidak dapat mencegah masyarakat untuk dirujuk.

Kesimpulan: Implementasi kebijakan JKN tidak cocok dilaksanakan di Kabupaten Kepulauan Anambas sebagai daerah DTPK karena manfaat yang diterima masyarakat dari JKN menjadi terbatas disebabkan begitu banyak kendala yang dihadapi oleh pemberi pelayanan kesehatan.

Kata Kunci : Implementasi kebijakan, Jaminan Kesehatan Nasional, pemberi pelayanan kesehatan

PENGANTAR

Pada tanggal 1 Januari 2014 sesuai dengan Undang-Undang No. 24/2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS), Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) dimulai di Indonesia, pemerintah bertanggung jawab atas pelaksanaan jaminan kesehatan masyarakat bagi kesehatan perorangan yang bersifat komprehensif dan bermutu. Sistem Jaminan Sosial Nasional ini diselenggarakan melalui mekanisme Asuransi Kesehatan Sosial yang bersifat wajib berdasarkan Undang-Undang No. 40/2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional. Tujuannya adalah agar semua penduduk Indonesia terlindungi dalam sistem asuransi, sehingga mereka dapat memenuhi kebutuhan dasar kesehatan yang layak¹.

Kurangnya perhatian terhadap ekuitas pada tingkat kabupaten dapat memiliki implikasi yang mendalam untuk mengurangi ketidakadilan di bidang kesehatan secara umum². Dalam konteks kesehatan, daerah pedesaan dan terpencil sering dikaitkan dengan keadaan transportasi umum yang terbatas, infrastruktur jalan yang buruk, jarak yang jauh ke fasilitas pelayanan kesehatan dan kesulitan dalam merekrut dan mempertahankan tenaga kesehatan. Akibatnya ada dampak yang signifikan untuk penyediaan pelayanan kesehatan yang memadai³.

Untuk sarana dan prasarana kesehatan, Kabupaten Kepulauan Anambas memiliki 2 buah rumah sakit yaitu Rumah Sakit Lapangan Anambas berdiri pada tahun 2006 (tipe C) dan Rumah Sakit Bergerak Letung Jemaja yang berdiri pada tahun 2012 (tipe D), 6 unit puskesmas perawatan, 1 unit puskesmas non perawatan, 39 unit puskesmas pembantu, 5 buah polindes, 56 buah posyandu, 6 unit ambulans darat dan 7 unit ambulans laut. Perkembangan jumlah tenaga kesehatan di Kabupaten Kepulauan Anambas menunjukkan bahwa masih ada rumah sakit yang masih belum memiliki tenaga spesialis dan yang ada sekarang masih berbentuk residen. Tenaga kesehatan juga belum merata pada setiap fasilitas kesehatan sementara dalam pelaksanaan JKN setiap fasilitas kesehatan yang ada di Kabupaten Kepulauan Anambas harus memenuhi syarat kredensialing yang telah ditetapkan oleh BPJS Kesehatan⁴.

Sebelum JKN dilaksanakan cakupan Jaminan Kesehatan yang digunakan penduduk di Kabupaten Kepulauan Anambas terdiri atas Jaminan Kesehatan Pra Bayar (Askes dan Jamsostek), Jamkesmas dan Jamkesda. Jamkesda yang diberikan Pemerintah Daerah memiliki manfaat yang luas termasuk dalam hal bantuan biaya transportasi untuk pasien dan keluarga pasien yang diberikan bagi seluruh penduduk yang memiliki KTP dan KK Kabupaten Kepulauan Anambas tanpa terkecuali.

Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis proses implementasi kebijakan JKN oleh pemberi pelayanan kesehatan di Kabupaten Kepulauan Anambas. Berdasarkan uraian dan latar belakang di atas dapat dirumuskan permasalahan penelitian sebagai berikut: Bagaimana implementasi kebijakan JKN oleh pemberi pelayanan kesehatan di Kabupaten Kepulauan Anambas?

BAHAN DAN CARA PENELITIAN

Penelitian ini merupakan jenis penelitian deskriptif dengan metode kualitatif menggunakan rancangan studi kasus tunggal terjal⁵. Penentuan informan dilakukan dengan menggunakan teknik *purposive sampling*. Informan penelitian berjumlah 18 orang yang terdiri dari Kabid Yankes Dinas Kesehatan, Kasie Yankes Dinas Kesehatan, Kepala BPJS kabupaten, Direktur RSL, Kepala KTU RSL, Bendahara RSL, Penanggung jawab Penunjang Medis RSL, Penanggung jawab Pelayanan Medis RSL, 4 dokter residen, 3 dokter umum, 2 bidan, 2 perawat, 1 apoteker di RSL.

Pengumpulan data dilakukan dengan dua cara, yaitu pengumpulan data primer dan data sekunder. Data primer diperoleh saat penelitian berlangsung dengan melakukan wawancara mendalam (*indepth interview*) dan observasi terhadap objek yang diteliti. Sedangkan data sekunder diperoleh dari telaah dokumen yang ada di Dinas Kesehatan dan Rumah Sakit Lapangan.

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

1. Informasi JKN di Fasilitas Kesehatan

Responden tenaga kesehatan yang ada di RS Lapangan mendapatkan informasi dalam bentuk sosialisasi dari BPJS kabupaten dan dihadiri juga oleh BPJS provinsi namun sebelum itu BPJS kabupaten telah mengadakan pertemuan terlebih dahulu dengan Dinas Kesehatan, 7 Kepala puskesmas dan 2 Direktur RS. Mereka mendapatkan informasi mengenai 155 diagnosa yang dapat dikerjakan di PPK 1 dan selebihnya di RS selain itu mereka mendapatkan tentang cara pengisian form rekam medis, kepesertaan dan juknis pelaksanaan JKN.

Pemahaman tenaga kesehatan

Informasi yang diperoleh dari sosialisasi menurut responden yang diwawancarai mengatakan jelas dan mengerti terhadap diagnosa apa saja yang boleh dikerjakan di RSL namun dalam hal teknis pelaksanaan masih ada responden yang masih belum memahami. Selain itu dikeluhkan juga bahwa bidan yang ditunjuk sebagai bendahara di puskesmas be-

lum memahami prosedur pemanfaatan dana Kapitasi sesuai dengan pernyataan berikut.

“sebenarnya kita residen tidak begitu paham, selama disini sosialisasi dari BPJS baru sekali karena mereka buru-buru kita pun masih belum puas untuk bertanya karena mereka harus berangkat kurang lebih 1 jam lah mereka disini” (Residen, 36 tahun)

“setelah waktu berjalan banyak pertanyaan dari teman-teman di FKTP ke bendahara tahun 2014 ini misal bagaimana membuat RKA kemudian bagaimana membuat laporan realisasi, pemanfaatan uang tadi, ditambah lagi bendahara itu bidan atau perawat yang tidak paham soal keuangan” (Kabid Yankes, 49 tahun)

Namun tantangan yang dihadapi tenaga kesehatan di RS Lapangan ternyata bukan hanya masalah informasi yang mereka terima namun juga informasi yang seharusnya didapatkan oleh masyarakat dimana masih ada masyarakat yang datang ke RSL dan puskesmas Tarempa yang belum mengetahui tentang prosedur pelaksanaan JKN sehingga RS Lapangan dan Dinas Kesehatan harus memberikan penjelasan lagi mengenai prosedur JKN padahal sosialisasi telah dilakukan ke Kepala Desa dan Camat untuk diteruskan ke masyarakat.

2. Jumlah dan status tenaga kesehatan

Tenaga dokter umum yang ada di RSL masih mengalami kekurangan untuk tenaga yang definitif sedangkan untuk tenaga spesialis dasar masih berupa residen dan belum ada yang menetap dan pengirimannya juga mengalami kendala sedangkan untuk tenaga spesialis penunjang medik belum lengkap dan belum ada yang menetap. Dampak kekurangan dokter umum yang menetap di RS Lapangan dalam pelaksanaan JKN saat ini terutama saat kontrak dokter intership dan PTT Pusat berakhir, pengganti mereka tidak langsung ada demikian juga halnya dengan spesialis residen sehingga terjadi kekosongan beberapa saat di RS dan itu menambah beban kerja dokter yang masih ada.

“nanti kalau bulan 6 dokter intership uda ga ada lagi tinggal bertiga karena sehari yang masuk dokternya ada 4 mungkin nanti kalau ga ada dokter intership kerja dibuat per 12 jam otomatis kita masuk kerja setiap hari sebagai manusia pasti ada batas berpikir dengan berbagai tekanan mungkin kerja juga jadi tidak optimal” (Dokter, 28 tahun)

Fasilitas

a. Sarana

Gedung utama yang digunakan sebagai pusat pelayanan kesehatan sudah direnovasi dan dalam keadaan baik dimana sebelumnya lantai yang terbuat dari triplek tebal sudah banyak berlubang dan sudah diganti menjadi lantai keramik namun untuk ruangan yang digunakan spesialis untuk memeriksa pasien masih ditempatkan dalam satu ruangan dan dibagi-bagi menggunakan sekat-sekat saja dan ruangan operasi dirasa masih kurang oleh tenaga kesehatan seperti pernyataan responden berikut:

“ya ruang operasi kita cuma hanya satu jadi untuk pasien dengan kelainan-kelainan seperti HIV/AIDS harus dengan persiapan yang matang, yang kita takutkan setelah kita lakukan operasi terus ada operasi selanjutnya dari bagian bedah bisa terjangkau juga dengan yang lain, jadi berharap ada penambahan ruang operasi untuk itu” (Residen, 38 tahun)

b. Prasarana

Keterbatasan sarana penunjang

Tenaga kesehatan yang ada di RSL khususnya dokter umum dan spesialis residen mengeluhkan masih ada beberapa sarana penunjang yang tidak ada seperti elektrolit darah dan analisa gas darah. Selain itu mereka mengeluhkan keterbatasan fungsi rontgen yang hanya dapat digunakan untuk kasus-kasus tertentu saja dan kadang-kadang bahan reagen yang ada di laboratorium tidak lengkap demikian juga halnya di puskesmas tidak semua puskesmas memiliki laboratorium.

Dampak keterbatasan sarana penunjang

Keterbatasan sarana penunjang yang belum terpenuhi di RSL menyebabkan banyak pasien yang dirujuk keluar karena dokter mengalami kesulitan dalam menegakkan diagnosa sedangkan untuk puskesmas mereka masih merujuk pasien ke RSL akibatnya timbul gagal klaim karena rumah sakit mau tidak mau harus mengerjakan di RSL seperti pernyataan responden berikut ini.

“masih banyak yang harusnya ditangani di PPK I tapi terkirim kesini, padahal itu harus ditangani disana dan RS tetap melayani pasien resikonya tidak terklaim” (Dokter, 29 tahun)

“kalau alatnya lengkap bisa kita layani tapi kalau ga ada kita rujuk langsung ke Faskes yang lebih tinggi ke Tanjung Pinang” (Dokter gigi, 32 tahun)

Peran dari BPJS sendiri dalam hal mengatasi masalah transportasi bagi pasien yang dirujuk juga belum ada hingga masyarakat masih tetap menggunakan dana pribadi apabila dirujuk keluar hal ini dapat dilihat dari pernyataan berikut ini:

“kita membicarakan ke BPJS apakah ada alokasi dana untuk itu untuk menggantikan feri atau kapal cuma sampai sekarang belum ada kejelasan jadi pasien terutama pasien BPJS tetap menggunakan uang sendiri untuk transportasi” (Dokter gigi, 32 tahun)

4. Keterbatasan wewenang di RSL

Untuk masalah kewenangan yang dimiliki RSL dalam pelaksanaan JKN di Kabupaten Kepulauan Anambas jelas bahwa RSL memiliki kewenangan terbatas dimana kewenangan yang dimiliki RSL hanya sebatas dalam hal melakukan rujukan keluar dalam pelaksanaan JKN. Akibat pengelolaan keuangan masih dikelola oleh Dinas Kesehatan, tidak jarang menimbulkan dampak tersendiri di RSL terutama dalam hal pemenuhan kebutuhan operasional RSL seperti belanja untuk makan dan minum pasien di awal tahun. Situasi ini menyebabkan RSL memiliki suatu strategi dengan cara meminjam terlebih dahulu karena pelayanan harus tetap berjalan seperti pernyataan berikut ini.

“kalau kita sih biasanya kalau ada kendala biasanya di awal tahun, biasanya kalau dibulan pertama kita bisa dengan pakai bon misalnya aja belanja rutin pasien makan dan minumannya, misalnya ga ada uang kita bon selagi kita bisa jual nama kadang kita jual nama pribadi jadinya teman-teman yang uda lama bertugas disini yang uda dipercayai masyarakat, jadi kita sering alami kendala anggaran di awal-awal tahun sementara kita harus memutar otak walau operasional belum ada RS harus tetap berjalan terus” (Apoteker, 33 tahun)

5. Jasa pelayanan di Fasilitas Kesehatan

Permenkes No. 28/2014 mengatur pemberian jasa pelayanan bagi tenaga kesehatan di RS namun dalam pelaksanaannya sejak dimulainya JKN di Anambas pada tahun 2014 sampai saat ini jasa pelayanan yang seharusnya diterima oleh tenaga kesehatan di RSL belum juga diterima. Hal ini disebabkan kurangnya peran Dinas Kesehatan sebagai regulator membuat usulan kebijakan kepada Pemerintah dalam bentuk peraturan bagi RSL sementara untuk puskesmas sudah dibuatkan berbagai peraturan sehingga dana kapitasi dapat dimanfaatkan oleh puskesmas seperti pernyataan berikut ini.

Dampak jasa pelayanan bagi tenaga kesehatan

Jasa pelayanan yang tidak didapat oleh tenaga kesehatan secara tidak langsung berdampak ke RSL walaupun mereka tetap melayani pasien yang melakukan kunjungan ke RSL namun untuk masalah administrasi yang seharusnya dilengkapi oleh tenaga kesehatan untuk pengajuan klaim, mereka saling lempar tugas antara dokter, residen, petugas labor sehingga menyulitkan pekerjaan verifikator RSL karena untuk mendapatkan hasil grouper yang benar diperlukan kerjasama yang baik antara verifikator (koder) dan dokter sesuai dengan pernyataan berikut ini.

“terus terang kesulitan kami hanya masalah administrasi, kan banyak itu yang harus dilengkapi administrasinya oleh dokter dan residen disini jadi mereka sering bilang ah udalah ga ada duitnya juga yang kasihan petugas klaim di RSL ini, kebanyakan begitu jadi mereka saling lempar antara dokter, residen, perawat dan petugas labor kalau ditanya petugas klaim jadi kadang terjadi miss itu bukan dengan masyarakat juga tapi dengan kami yang didalam” (Apoteker, 33 tahun)

6. Pandangan tenaga kesehatan terhadap JKN Pandangan negatif

Ada yang menyatakan bahwa pelaksanaan JKN itu prosedurnya cukup merepotkan dan untuk daerah kepulauan sulit diterapkan disebabkan akses yang tidak mudah bila dibandingkan dengan daerah perkotaan. Hal ini dikemukakan responden berdasarkan pengalaman mereka saat bekerja di RSL menangani pasien maupun pengalaman sendiri saat menggunakan BPJS di daerah lain sesuai dengan pernyataan berikut:

“JKN ini agak terlalu rumit untuk penata-laksanaannya kesini banyak kali syarat-syarat kalau memang pasien itu harus berobat di RS” (Residen, 35 tahun)

Pandangan positif

Pandangan positif yang dikemukakan tenaga kesehatan yaitu adanya keteraturan kunjungan pasien karena masyarakat tidak sesuka hati lagi datang ke RS sehingga tenaga kesehatan merasa jumlah pasien yang datang ke RSL berkurang karena masyarakat harus mengikuti prosedur JKN melalui sistem rujukan terutama pada tahun 2015 saat Jamkesda sudah berintegrasi penuh ke JKN namun ada juga tenaga kesehatan yang mengeluhkan hal tersebut seperti pernyataan berikut ini:

“bagusnya BPJS ini terlihat dari kunjungan rawat jalan ada keteraturan dibandingkan dulu, pasien batuk pilek diluar jam kerja datang ke UGD, kami ini kan ada laporan tahunan untuk 10 penyakit terbesar, malu kami sama provinsi penyakit seperti itu ada, jadi dengan adanya BPJS jadinya teratur tuntas di PPK tingkat 1” (Apoteker, 33 tahun)

7. Struktur birokrasi

Tugas BPJS kabupaten belum maksimal

Bagian yang menunjukkan bahwa BPJS kabupaten belum maksimal dalam melaksanakan tugasnya salah satunya dapat dilihat dari koordinasi yang panjang antara tenaga kesehatan saat merujuk pasien keluar dan sulitnya masyarakat mendapatkan surat rekomendasi dari BPJS kabupaten disebabkan letak geografis yang tidak mendukung sehingga petugas kesehatan yang tidak ditempatkan di RSL menjadi masalah selain itu tenaga kesehatan juga menjadi adu argumen dengan masyarakat yang belum memahami prosedur JKN. Hal ini menunjukkan bahwa RSL mendapatkan beban ganda seperti pernyataan berikut ini.

“kadang-kadang dari pasien dapat komplain padahal kami cuma menjalankan SOP dari BPJS, tapi karena mereka tidak ada kita jadinya sering adu argumentasi dengan pasien” (Dokter, 32 tahun)

Pembagian tugas di RSL belum maksimal

Dalam pelaksanaan JKN setiap tenaga kesehatan memiliki tugas yang harus dilakukan terutama dokter yang menegakkan dan menulis diagnosis primer dan diagnosis sekunder berdasarkan pedoman ICD-10 dan ICD-9-CM untuk seluruh tindakan/prosedur yang bersumber dari rekam medis pasien sesuai dengan yang diatur dalam Permenkes Nomor 27 Tahun 2014. Dalam hal ini pembagian tugas yang ditetapkan dalam Permenkes belum sepenuhnya diterapkan. Tugas kepala ruangan yang ada di RSL juga bertambah sejak dilaksanakannya JKN terutama dalam hal administrasi baik di rawat inap maupun kebidanan karena memang ada form yang harus disertakan dan diisi sebagai persyaratan pengajuan klaim di RSL seperti pernyataan berikut:

“yang kami buatpun sementara ini diagnosa-nya itu apa yang kita temukan dari pemeriksaan fisik, laboratorium, anamnesa kita tuangkan dalam assessment kita apa, kita tidak runut sesuai INA CBGs itu jadi bagian koding yang mengerjakan biasanya kalau mereka tidak mengerti yang koding akan datang ke dokter yang bersangkutan ini maksudnya apa” (Dokter, 32 tahun)

Tugas Dinas Kesehatan belum maksimal

Dinas kesehatan yang seharusnya juga memiliki tugas dalam pelaksanaan JKN belum sepenuhnya memahami apa yang menjadi tugasnya sehingga masih hanya sebatas penganggaran dan memfasilitasi dalam hal pertemuan antara BPJS Kesehatan dan seluruh faskes yang ada di Kabupaten Kepulauan Anambas dan menganggarkan dana saja termasuk dalam hal gagalannya memanfaatkan dana RS sehingga jasa pelayanan tidak dapat diterima tenaga kesehatan. Dinas Kesehatan belum memahami betul apa yang menjadi perannya dalam pelaksanaan JKN seperti pernyataan berikut.

“kalau untuk sementara ini masih ngambang gitulah, pokoknya yang jelas kami itu cuma gimana bidangnya Yankes kan bagi-bagi tugas sekarang, memang yang dulu menganggarkannya ke DPA dinas, yang pakai tetap RS dan puskesmas” (Kabid Yankes, 49 tahun)

PEMBAHASAN

1. Informasi JKN di Fasilitas Kesehatan

Informasi mengenai pelaksanaan JKN yang diberikan pada pelaksana kebijakan di RSL diberikan dalam bentuk sosialisasi oleh BPJS kabupaten dan provinsi. Ada tenaga kesehatan yang sudah mengerti mengenai diagnosa yang harus dikerjakan di RSL namun ada juga yang belum mengerti. Masyarakat yang belum mengerti mengenai manfaat dari JKN yang menganggap bahwa manfaat JKN itu sama dengan manfaat Jamkesda yang sebelumnya diberlakukan juga mempengaruhi.

Dalam hal ini pemberian informasi mengenai JKN yang diberikan oleh BPJS kesehatan sudah dilakukan baik melalui komunikasi lewat media masa, komunikasi antar pribadi dan komunikasi organisasi⁶. Notoadmodjo⁶ juga menyatakan bahwa dalam proses pemberian informasi lewat komunikasi selain memperhatikan aspek implementasi juga diperlukan aspek monitoring dan evaluasi yang merupakan satu kesatuan salah satunya dengan pengukuran dampak komunikasi terhadap masyarakat (jangka panjang, menengah dan pendek).

2. Jumlah dan status tenaga kesehatan

Proporsi tenaga kesehatan medis khususnya dokter spesialis dan dokter umum yang menetap di RS Lapangan Kabupaten Kepulauan Anambas masih tidak sesuai dengan ketentuan Permenkes No. 340/MENKES/PER/III/2010 tentang klasifikasi RS⁷. Sebelumnya sesuai dengan SK MENKES RI No. 328/ Menkes/SK/2006 tentang Penetapan Rumah Sakit Umum Lapangan Kabupaten Kepulauan

Anambas Provinsi Kepulauan Riau RSL ditetapkan sebagai RS tipe C.

Di Indonesia, maldistribusi SDM kesehatan utamanya terjadi pada jenis profesional tertentu khususnya jenis tenaga kesehatan yang produksinya masih langka atau terkonsentrasi pada daerah tertentu. Pada umumnya tenaga kesehatan masih terkonsentrasi di wilayah perkotaan atau daerah yang secara ekonomi lebih makmur, infrastruktur yang mendukung, lebih banyak kasus dan sumber daya yang memadai⁸. WHO⁸ merekomendasikan perlunya suatu paket intervensi kebijakan yang terkoordinasi dan terpadu untuk mengatasi permasalahan pendidikan, peraturan, insentif finansial, dukungan baik dari stakeholder maupun tenaga ahli⁹.

3. Sarana dan prasarana

Keterbatasan prasarana menyebabkan tenaga kesehatan mengalami ketidakpuasan dalam bekerja karena banyaknya masyarakat yang harus dirujuk. Pada tahun 2014 saat Jamkesda masih diberlakukan tenaga kesehatan di RSL belum kesulitan merujuk pasien keluar karena masih mendapatkan bantuan biaya transportasi namun untuk tahun 2015 saat Jamkesda berintegrasi penuh ke JKN masyarakat mulai keberatan untuk dirujuk karena mereka harus mengeluarkan biaya tambahan untuk transportasi yang cukup mahal.

John Griffith dalam Aditama (2003) menyebutkan bahwa pelayanan penunjang medik harus dapat menjalankan fungsinya untuk: a) Memuaskan pasien, b) Memuaskan dokter yang juga merupakan konsumen, c) Memberi pelayanan yang mampu bersaing dengan pesaing lain, d) Mampu memberi harga yang kompetitif, e) Dapat meminimalkan gangguan dan kerusakan yang merugikan¹⁰.

4. Keterbatasan wewenang di RSL

Dalam pelaksanaan JKN wewenang yang dimiliki RS Lapangan hanya sebatas dalam tindakan medik termasuk merujuk pasien keluar sedangkan wewenang dalam hal pengelolaan SDM Kesehatan, keuangan dan masalah pembelian alat, obat dan bahan habis pakai sepenuhnya masih tergantung ke Dinas Kesehatan. Hal ini menimbulkan masalah tersendiri bagi RSL dalam menjalankan fungsinya sebagai rumah sakit rujukan utama di Kabupaten Kepulauan Anambas.

Penelitian yang dilakukan Pollit (1990) dalam Trisnantoro¹¹ menyatakan bahwa sistem manajemen yang baik membutuhkan otonomi pada berbagai aspek dan kebutuhan. Istilah yang sering digunakan secara praktis adalah tersedianya wewenang untuk menetapkan keputusan sendiri dan mengelola

pelaksanaannya. Tanpa wewenang sebuah rumah sakit pemerintah akan cenderung menjadi bagian dari sistem birokrasi besar yang kaku¹¹.

5. Jasa pelayanan di Fasilitas Kesehatan

Insentif dan jasa pelayanan yang tidak didapatkan perawat, bidan dan apoteker di RS Lapangan akhirnya membuat motivasi tenaga kesehatan di RS Lapangan menjadi turun dan akhirnya dalam pelaksanaan JKN mereka saling melempar tugas dalam hal melengkapi administrasi untuk pengajuan klaim tagihan pasien yang akan dimasukkan koder ke dalam aplikasi. Hal ini sesuai dengan pernyataan Siagian¹² yang menyebutkan bahwa karyawan yang menganggap imbalan yang diterimanya kurang memadai, kemungkinan akan berusaha memperoleh imbalan yang lebih besar atau mengurangi intensitas usaha yang dibuat dalam pelaksanaan tugas yang menjadi tanggung jawabnya.

6. Pandangan tenaga kesehatan terhadap JKN

Pandangan tenaga kesehatan di RSL ada yang positif dan ada yang negatif namun kecenderungannya lebih ke arah negatif. Secara umum pandangan ini terbentuk dari pengalaman pribadi saat mereka bekerja di RSL. Hal ini sesuai dengan yang dinyatakan Wawan dan Dewi¹³ bahwa ada beberapa faktor yang mempengaruhi sikap terhadap obyek sikap antara lain pengalaman pribadi, pengaruh orang lain yang dianggap penting dan adanya faktor emosional. Pengalaman pribadi yang dialami tenaga kesehatan yang negatif mempengaruhi sikapnya ke arah pernyataan yang negatif. Hal yang sama dikemukakan Heri Purwanto (1998) dalam Wawan dan Dewi¹³ bahwa sikap dapat bersifat positif dan negatif dimana sikap positif kecenderungan tindakan adalah mendekati, menyenangkan dan mengharapkan objek tertentu sedangkan sikap negatif terdapat kecenderungan untuk menjauhi, membenci, tidak menyukai objek tertentu.

7. Struktur birokrasi

Tugas yang seharusnya dilakukan baik oleh BPJS kabupaten, Dinas Kesehatan dan tenaga kesehatan yang ada di RSL belum maksimal sehingga menambah pelaksanaan JKN menjadi tidak efektif dan efisien. Weber dalam Mustafa¹⁴ juga menyatakan hal serupa bahwa birokrasi pemerintah harusnya tidak menjadi buruk dalam menjalankan tugas dan fungsinya. Tugas yang tidak maksimal di RSL ada kemungkinan dipengaruhi karena jasa pelayanan belum mereka dapatkan.

KESIMPULAN DAN SARAN

Kesimpulan

Implementasi kebijakan JKN yang dilaksanakan tidak cocok di Kabupaten Kepulauan Anambas disebabkan karena banyaknya kendala yang dihadapi terutama dalam ketersediaan sumber daya yang minim dan letak geografis Kabupaten Kepulauan Anambas yang didominasi oleh lautan sehingga pada saat JKN dilaksanakan masyarakat dibebani biaya transportasi yang mahal. Sewaktu Jamkesda masih diberlakukan biaya transportasi masih ditanggung sehingga kendala minimnya ketersediaan sumber daya menjadi tidak masalah namun pada saat JKN dilaksanakan hal tersebut menjadi masalah.

Saran

1. BPJS Kesehatan meninjau kembali pelaksanaan JKN yang telah dilaksanakan di daerah DTPK dan membuat kebijakan yang lebih berpihak untuk daerah kepulauan dan merealisasikan pemberian dana kompensasi dalam pelaksanaan JKN.
2. BPJS Kesehatan sebaiknya melakukan monitoring dan evaluasi terhadap sosialisasi yang telah diberikan ke masyarakat.
3. Dinas Kesehatan sebaiknya memenuhi jumlah tenaga kesehatan yang telah ditetapkan sesuai dengan aturan dalam Permenkes No. 340/MENKES/PER/III/2010.
4. Dinas Kesehatan sebaiknya melengkapi kekurangan sarana dan prasarana di seluruh fasilitas kesehatan yang ada terutama rumah sakit sebagai rujukan lanjutan dan melakukan verifikasi terhadap inventaris alat yang ada di setiap fasilitas kesehatan.
5. Pemda Kabupaten Kepulauan Anambas perlu mendorong RSL ke arah Badan Layanan Umum (BLU) untuk aspek keuangannya sehingga RSL memiliki otonomi yang tinggi baik dalam hal pengelolaan keuangan maupun penerapan manajemen strategisnya.
6. Pemda Kabupaten Kepulauan Anambas merancang skema pembayaran bagi seluruh tenaga kesehatan tidak hanya dalam bentuk insentif

material juga disertai insentif non material dengan memperhatikan aspek keadilan.

REFERENSI

1. Peta Jalan JKN. (2012). Peta Jalan Menuju Jaminan Kesehatan Nasional (2012-2019).
2. Asante, A. D., Zwi, A. B., & Ho, M. T. (2006). Equity in resource allocation for health: A comparative study of the Ashanti and Northern Regions of Ghana. *Health Policy*, 78(2-3), 135–148.
3. Weinhold I, & Gurtner S. (2014). Understanding shortages of sufficient health care in rural areas. *Health Policy (Amsterdam, Netherlands)*, 118(2), 201–14.
4. Profil Dinas Kesehatan Kabupaten Kepulauan Anambas. (2014).
5. Yin, RK. (2014). *Studi Kasus, Desain dan Metode*. Jakarta: Rajawali Pers.
6. Notoatmodjo, Soekidjo. (2012). *Promosi Kesehatan dan Prilaku Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.
7. Permenkes. (2010). *Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 340 Tahun 2010 tentang Klasifikasi Rumah Sakit*. In : Jakarta: Kementerian Kesehatan RI.
8. Kurniati dan Effendi. (2012). *Kajian SDM Kesehatan di Indonesia*. Jakarta: Salemba Medika.
9. World Health Organisation. (2010). *Increasing access to health workers in remote and rural areas through improved retention. Global policy recommendations*. Geneva: WHO.
10. Aditama, Tjandra Yoga. (2003). *Manajemen Administrasi Rumah Sakit*. Jakarta: Universitas Indonesia Press.
11. Trisnantoro, L (2005) *Aspek Strategis Manajemen Rumah Sakit Antara Misi Sosial dan Tekanan Pasar*. Yogyakarta: Andi Offset.
12. PS. (2004). *Manajemen Sumber Daya Manusia*. Jakarta: Bumi Aksara.
13. Wawan dan Dewi. (2010). *Pengetahuan, Sikap dan Prilaku Manusia*. Yogyakarta: Nuha Medika.
14. Mustafa, Delly. (2013). *Birokrasi Pemerintahan*. Bandung: Alfabeta.