



**KEMITRAAN LEMBAGA JAMINAN KESEHATAN
DALAM PERSPEKTIF HUBUNGAN ANTAR
ORGANISASI PEMERINTAHAN
(Studi Kasus BPJS Kesehatan dengan RSD dr. Soebandi
di Kabupaten Jember)**

**PARTNERSHIP OF HEALTH SECURITY INSTITUTION IN
PERSPECTIVE RELATIONSHIP BETWEEN GOVERNMENT
ORGANIZATIONS
(Case Study of BPJS Health with RSD dr. Soebandi
in Jember District)**

DISERTASI

Oleh:

S a m a ' i
Nim: 130930101006

**PROGRAM DOKTOR ILMU ADMINISTRASI
FAKULTAS ILMU SOSIAL DAN ILMU POLITIK
UNIVERSITAS JEMBER
2019**



**KEMITRAAN LEMBAGA JAMINAN KESEHATAN
DALAM PERSPEKTIF HUBUNGAN ANTAR
ORGANISASI PEMERINTAHAN
(Studi Kasus BPJS Kesehatan dan RSD dr. Soebandi
di Kabupaten Jember)**

*PARTNERSHIP OF HEALTH GUARANTEE INSTITUTION IN
PERSPECTIVE RELATIONSHIP BETWEEN GOVERNMENT
ORGANIZATIONS
(Case Study of BPJS Health and RSD dr. Soebandi
in Jember District)*

DISERTASI

diajukan guna melengkapi tugas akhir dan memenuhi salah satu syarat
untuk menyelesaikan Program Doktor Ilmu Administrasi (S3)
dan mencapai gelar Doktor Ilmu Administrasi

Oleh:

S a m a ' i
Nim: 130930101006

**PROGRAM DOKTOR ILMU ADMINISTRASI
FAKULTAS ILMU SOSIAL DAN ILMU POLITIK
UNIVERSITAS JEMBER**

2019

ii

PERSEMBAHAN

Disertasi ini saya persembahkan untuk:

1. Istriku Lilik Tarmiati dan Anakku Andrita Ceriana Eska dan Cita Febri Kurniawan tercinta, yang telah mendoakan dan memberi kasih sayang serta pengorbanan selama ini;
2. Bapakku H. Sapi'i (almarhum), Ibuku Hj. Sapinah yang mendidik dan membesarkanku;
3. Guru-guruku sejak SD sampai Perguruan Tinggi terhormat, para pengasuh pondok pesantren yang pernah saya menimba ilmu agama yang telah memberikan ilmu dan membimbing dengan penuh kesabaran;
4. Masyarakat akademis dan non akademis, Nusa, Bangsa, dan Negara, serta Agama Islam yang saya yakini;
5. Almamaterku Program Doktor Ilmu Administrasi Fakultas Ilmu Sosial dan Ilmu Politik Universitas Jember.

MOTTO

Allah akan meninggikan orang-orang yang beriman di antara kamu dan orang-orang yang diberi ilmu pengetahuan beberapa derajat.
(Terjemahan Surat Al-Mujadalah Ayat 11) *)



*) Departemen Agama Republik Indonesia. 1998. *Al Qur'an dan Terjemahannya*. Semarang: PT Kumudasmoro Grafindo.

PERNYATAAN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : S a m a ' i

N I M : 130930101006

menyatakan dengan sesungguhnya bahwa karya ilmiah yang berjudul: *Kemitraan Lembaga Jaminan Kesehatan dalam Perspektif Hubungan antar Organisasi Pemerintahan (Studi Kasus BPJS Kesehatan dengan RSD dr. Soebandi di Kabupaten Jember)* adalah benar-benar hasil karya sendiri, kecuali jika dalam pengutipan substansi disebutkan sumbernya, dan belum pernah diajukan pada institusi manapun, serta bukan karya jiplakan. Saya bertanggungjawab atas keabsahan dan kebenaran isinya sesuai dengan sikap ilmiah yang harus dijunjung tinggi.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya, tanpa adanya tekanan dan paksaan dari pihak manapun serta bersedia mendapat sanksi akademik jika ternyata di kemudian hari pernyataan ini tidak benar.

Jember, 12 Januari 2019

Yang Menyatakan

S a m a ' i

NIM 130930101006

DISERTASI

**KEMITRAAN LEMBAGA JAMINAN KESEHATAN
DALAM PERSPEKTIF HUBUNGAN ANTAR
ORGANISASI PEMERINTAHAN
(Studi Kasus BPJS Kesehatan dan RSD dr. Soebandi
di Kabupaten Jember)**

*PARTNERSHIP OF HEALTH SECURITY INSTITUTION IN
PERSPECTIVE RELATIONSHIP BETWEEN
GOVERNMENT ORGANIZATIONS
(Case Study of BPJS Health and RSD dr. Soebandi
in Jember District)*

Oleh:
S a m a ' i
Nim: 130930101006

Promotor

Promotor : Prof. Dr. Hary Yuswadi, M.A.
Co Promotor 1 : Dr. Akhmad Toha, M.Si.
Co Promotor 2 : Dr. S u t o m o, M.Si.

PENGESAHAN

Disertasi berjudul *Kemitraan Lembaga Jaminan Kesehatan dalam Perspektif Hubungan antar Organisasi Pemerintahan (Studi Kasus BPJS Kesehatan dengan RSD dr. Soebandi di Kabupaten Jember)* telah diuji dan disahkan oleh Fakultas Ilmu Sosial dan Ilmu Politik Universitas Jember pada:

hari : Selasa

tanggal : 29 Januari 2019

tempat : Program Doktor Ilmu Administrasi

Fakultas Ilmu Sosial dan Ilmu Politik Universitas Jember.

Tim Penguji
Ketua,

Dr. Edy Wahyudi, M.M.
NIP. 197508252002121002

Anggota 1,

Anggota 2,

Dr. Pairan, M.Si.
NIP. 196411121992011001

Rahmat Hidayat, S.Sos., M.Si., M.PA., Ph.D.
NIP. 198103222005011001

Co Promotor 1,

Co Promotor 2,

Dr. Akhmad Toha, M.Si.
NIP 195712271987021002

Dr. Sutomo, M.Si.
NIP 196503211991031003

Promotor,

Penguji Tamu

Prof. Dr. Hary Yuswadi, M.A.
NIP 195207271981031003

Prof. Dr. Bambang Supriyono, M.Si.
NIP 196109051986011002

Mengesahkan
Fakultas Ilmu Sosial dan Ilmu Politik
Universitas Jember
Dekan,

Dr. Ardiyanto, M.Si.
NIP 195808101987021002

*Kemitraan Lembaga Jaminan Kesehatan dalam Perspektif Hubungan antar
Organisasi Pemerintahan
(Studi Kasus BPJS Kesehatan dan RSD dr. Soebandi di Kabupaten Jember)*

Sama'i

*Program Doktor Ilmu Administrasi, Fakultas Ilmu Sosial dan Ilmu Politik,
Universitas Jember*

ABSTRAK

Tujuan penelitian adalah menjelaskan kemitraan lembaga jaminan kesehatan dalam perspektif organisasi antara BPJS Kesehatan dengan RSD dr. Soebandi dalam pelayanan kesehatan kepada peserta BPJS Kesehatan terkait pemanfaatan fasilitas kesehatan. Adanya fenomena peserta BPJS Kesehatan tidak dapat memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan. Permasalahannya bagaimana kemitraan, pelaksanaan kemitraan, dan model pelaksanaan kemitraan lembaga jaminan kesehatan dalam perspektif hubungan antar organisasi pemerintahan antara BPJS Kesehatan dengan RSD dr. Soebandi dalam memberikan pelayanan kesehatan kepada peserta BPJS Kesehatan. Metode penelitian yang digunakan adalah penelitian kualitatif, dengan teknik *purposive*, data dianalisis dan diuji keabsahannya. Hasil penelitian menunjukkan kemitraan lembaga jaminan kesehatan dalam perspektif hubungan organisasi pemerintahan antara pemerintah pusat dengan pemerintah daerah bersifat dari atas ke bawah terkait dengan regulasi yang ada. Dari segi interorganisasi hubungan antara pemerintah pusat dengan pemerintah daerah lebih setara. Pelaksanaan kemitraan didasarkan perjanjian kerjasama antara BPJS Kesehatan sebagai penyedia pelayanan kesehatan dengan RSD dr. Soebandi sebagai penghasil pelayanan kesehatan untuk memberikan pelayanan kesehatan kepada peserta BPJS Kesehatan. Setelah memberikan pelayanan kesehatan kepada peserta BPJS Kesehatan, maka RSD dr. Soebandi mendapatkan pembayaran dari BPJS Kesehatan. Model pelaksanaan kemitraan lembaga jaminan kesehatan dalam perspektif hubungan antar organisasi pemerintahan antara BPJS Kesehatan dengan RSD dr. Soebandi adalah sistem hubungan yang setara atas dasar perjanjian kerjasama pemberian wewenang dan pembayaran untuk memberikan pelayanan yang efektif dan efisien kepada peserta BPJS Kesehatan yang telah membayar iuran atau iurannya dibayar oleh pemerintah guna mewujudkan masyarakat sehat sejahtera.

Kata Kunci: Kemitraan, pelayanan kesehatan, RSD dr. Soebandi, BPJS Kesehatan.

**PARTNERSHIP OF HEALTH SECURITY INSTITUTION IN
PERSPECTIVE RELATIONSHIP BETWEEN GOVERNMENT
ORGANIZATIONS
(Case Study of BPJS Health and RSD dr. Soebandi
in Jember District)**

Sama'i

*Administrative Science Doctoral Program, Faculty of Social and Political
Sciences, Jember University*

ABSTRACT

The aim of the study was to explain the partnership of health security institutions in an organizational perspective between BPJS Kesehatan and RSD Dr. Soebandi in the service of care to BPJS Health participants regarding the utilization of health facilities. The phenomenon of BPJS Health participants cannot utilize health care facilities. The problem is how partnerships, partnership implementation, and the implementation of partnership models of health insurance institutions in the perspective of relations between government organizations between BPJS Kesehatan and RSD Dr. Soebandi in providing health services to BPJS Health participants. The research method used is qualitative research, with purposive techniques, the data are analyzed and tested for validity. The results of the study show that the partnership of health security institutions in the perspective of the relationship between governmental organizations between the central government and local governments is from top to bottom related to existing regulations. In terms of interorganization, relations between the central government and local governments are more equal. The implementation of the partnership is based on a collaboration agreement between BPJS Kesehatan as a health service provider and RSD Dr. Soebandi as a producer of health services to provide health services to BPJS Health participants. After providing health services to BPJS Health participants, the RSD Dr. Soebandi gets payment from BPJS Kesehatan. The model of implementing the partnership of health security institutions in the perspective of the relationship between government organizations between BPJS Kesehatan and RSD dr. Soebandi is a system of equal relations on the basis of cooperation agreements for granting authority and payment to provide effective and efficient services to BPJS Health participants who have paid contributions or fees paid by the government to create a healthy and welfare society.

Keywords: Partnership, health services, RSD Dr. Soebandi, BPJS Kesehatan.

RINGKASAN

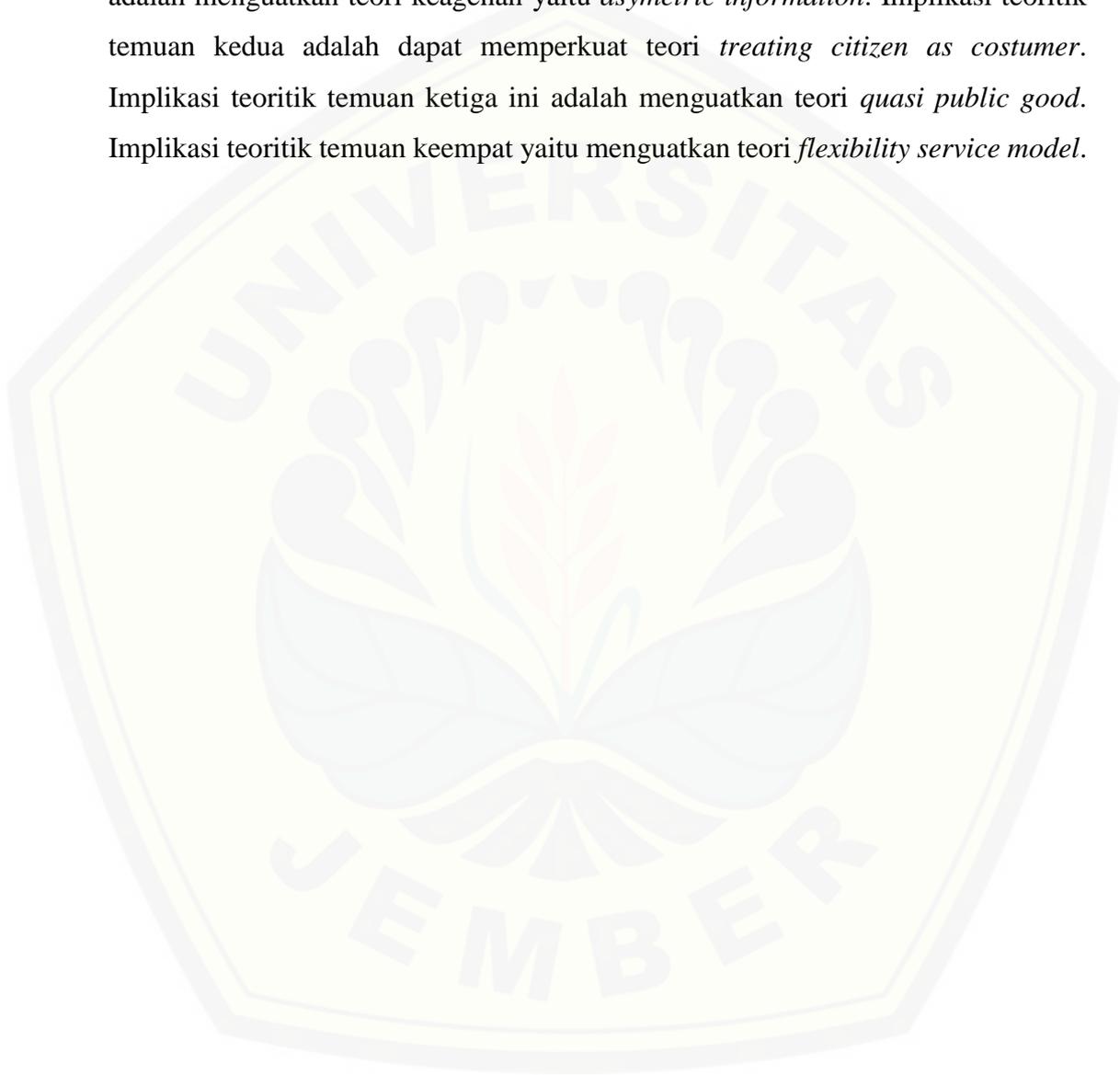
Kemitraan Lembaga Jaminan Kesehatan dalam Perspektif Hubungan antar Organisasi Pemerintahan (Studi Kasus BPJS Kesehatan dan RSD dr. Soebandi di Kabupaten Jember); Sama'i, 130930101006; 2018: 205 halaman; Program Doktor Ilmu Administrasi Fakultas Ilmu Sosial dan Ilmu Politik Universitas Jember.

Penelitian ini menjelaskan tentang kemitraan lembaga jaminan kesehatan dalam perspektif hubungan antar pemerintahan yaitu antara Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan dengan Rumah Sakit Daerah (RSD) dr. Soebandi dalam pelayanan kesehatan kepada peserta BPJS Kesehatan. BPJS Kesehatan berlaku mulai sejak 1 Januari 2014, dengan berlakunya BPJS Kesehatan muncul beraneka fenomena sosial dalam penyelenggaraan jaminan kesehatan. Fenomena itu antara lain, peserta BPJS Kesehatan belum dapat memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan, adanya kekhawatiran pihak rumah sakit mengalami kerugian melayani peserta BPJS Kesehatan karena tidak dibayar BPJS Kesehatan, kurang maksimalnya pelayanan petugas RSD dr. Soebandi kepada peserta BPJS Kesehatan, dan sebagainya. Dengan fenomena itu dalam pelaksanaannya muncul permasalahan-permasalahan, termasuk juga dalam kemitraannya, maka permasalahannya adalah bagaimana kemitraan, pelaksanaan kemitraan, dan model pelaksanaan kemitraan lembaga jaminan kesehatan dalam perspektif hubungan antar pemerintahan antara BPJS Kesehatan dengan RSD dr. Soebandi dalam pelayanan kesehatan peserta BPJS Kesehatan. Tujuan penelitian adalah menemukan model pelaksanaan kemitraan lembaga jaminan kesehatan antara BPJS Kesehatan dengan RSD dr. Soebandi dalam pelayanan kesehatan. Metode penelitian yang digunakan adalah metode penelitian kualitatif. Fokus penelitian adalah kemitraan, dengan informan yang handal. Penentuan informan dengan metode *purposive*, data dikumpulkan dengan wawancara, observasi, dan dokumentasi. Data yang dikumpulkan dianalisis dan diuji keabsahannya.

Hasil penelitian menunjukkan model pelaksanaan kemitraan lembaga jaminan kesehatan dalam perspektif hubungan organisasi antar pemerintahan dalam memberikan pelayanan kesehatan antara BPJS Kesehatan dengan RSD dr. Soebandi bahwa BPJS Kesehatan membayar kepada RSD dr. Soebandi untuk memberikan pelayanan kesehatan kepada peserta BPJS Kesehatan. BPJS Kesehatan sebagai penyedia pembiayaan, sedangkan RSD dr. Soebandi sebagai penghasil pelayanan kesehatan. Pelaksanaan kemitraan lembaga jaminan kesehatan ini yang terjadi adalah BPJS Kesehatan memberikan wewenangnya kepada RSD dr. Soebandi. Kewenangan BPJS Kesehatan yang diserahkan kepada RSD dr. Soebandi itu adalah kewenangan memberikan pelayanan kesehatan peserta BPJS Kesehatan. Model demikian merupakan model kemitraan lembaga jaminan kesehatan tentang *Interlocal cooperation* (kerjasama antar lokal) yaitu *intergovernmental sevice agreement, joint service agreement, and intergovernmental service transfers*. Kemudian dikaitkan tentang *intergovernmental agreement* bahwa perjanjian antara BPJS Kesehatan dengan RSD dr. Soebandi, di mana BPJS Kesehatan menugasi dan membayar kepada RSD dr. Soebandi untuk memberikan pelayanan kesehatan kepada peserta BPJS Kesehatan. Diperkuat dengan temuan di lapangan bahwa terdapat pengajuan tagihan (*invoice*), iuran peserta (*participant fee*), iuran tanggungan pemerintah, biaya tambahan naik kelas (*add-on basec service fee*). Selanjutnya dikaitkan dengan pendekatan hubungan antara pemerintah “*approaches to intergovernmental relations*” yaitu *law and administration, political community, and intergovernmental politics* (hukum dan administrasi, komunitas politik, dan politik antar pemerintah).

Dengan demikian model pelaksanaan kemitraan lembaga jaminan kesehatan dalam perspektif hubungan antar organisasi pemerintahan bahwa hubungan BPJS Kesehatan dengan RSD dr. Soebandi dalam memberikan pelayanan kesehatan efektif dan efisien kepada peserta BPJS Kesehatan sebagai

sistem integratif atas dasar perjanjian kerjasama dalam upaya mencapai tujuan masyarakat sehat terjamin. Dengan temuannya (*novelty*) yaitu pengajuan tagihan (*invoice*), iuran peserta (*participant fee*), iuran tanggungan pemerintah, biaya tambahan naik kelas (*add-on basec service fee*). Implikasi teoritik temuan pertama adalah menguatkan teori keagenan yaitu *asymetric information*. Implikasi teoritik temuan kedua adalah dapat memperkuat teori *treating citizen as costumer*. Implikasi teoritik temuan ketiga ini adalah menguatkan teori *quasi public good*. Implikasi teoritik temuan keempat yaitu menguatkan teori *flexibility service model*.



Segala puji kami panjatkan kehadiran Allah SWT yang telah melimpahkan rahmat dan hidayah-Nya berupa kemampuan, tenaga dan pikiran sehingga dapat menyelesaikan penulisan disertasi dengan judul: Kemitraan Lembaga Jaminan Kesehatan dalam Perspektif Hubungan Organisasi Pemerintahan (Studi Kasus BPJS Kesehatan dan RSD dr. Soebandi di Kabupaten Jember). Penulisan disertasi ini telah melalui beberapa tahapan yaitu seminar hasil penelitian pertama dan seminar hasil penelitian kedua, dan uji kelayakan disertasi. Penulisan disertasi ini berikutnya memasuki ujian tertutup disertasi.

Ujian tertutup disertasi ini merupakan perbaikan dari seminar hasil penelitian pertama, seminar hasil penelitian kedua, dan uji kelayakan disertasi yang telah diperbaiki dan dikonsultasikan kepada promotor dan co promotor, serta tim penguji. Selain masukan dari uji kelayakan disertasi, masih banyak lagi masukan-masukan dari promotor dan co promotor, sehingga terdapat perubahan dan perbaikan. mulai dari judul, latar belakang, permasalahan, tujuan penelitian, kajian teoritis, metodologi penelitian, hasil penelitian, pembahasan penelitian dan juga kesimpulan serta rekomendasinya.

Ujian tertutup disertasi ini dapat terlaksana dengan baik atas kerjasama dan bantuan dari berbagai pihak. Oleh karena itu, dalam kesempatan ini kami menyampaikan penghargaan yang setinggi-tingginya dan ucapan terima kasih yang setulus-tulusnya, terutama kepada yang terhormat:

1. Promotor Prof. Dr. Hary Yuswadi, M.A. dan Co Promotor 1 Dr. Akhmad Toha, M.Si. serta Co Promotor 2 Dr. Sutomo, M.Si. yang telah membimbing kami dengan penuh kesabaran dan ketelatenan dalam penyelesaian disertasi ini.
2. Penguji tamu Prof. Dr. Bambang Supriyono, M.Si., penguji ketua Dr. Edy Wahyudi, M.M., penguji anggota 1. Dr. Pairan, M.Si., penguji anggota 2. Rahmat Hidayat, S.Sos., M.Si., M.PA., Ph.D. yang telah banyak memberikan masukan untuk perbaikan disertasi.

3. Dosen dan Staf Administrasi Prodi S-3 Ilmu Administrasi FISIP Universitas Jember yang telah banyak membantu dalam kelancaran kegiatan studi dan penelitian ini.
4. Kepala BPJS Kesehatan Cabang Jember beserta stafnya dan Direktur RSD dr. Soebandi Jember beserta stafnya dengan aktivitasnya yang sangat padat telah memberi kesempatan peluang waktu kepada kami untuk mendapatkan informasi kemitraan guna penyelesaian tugas akhir kami.
5. Teman-teman S-3 Angkatan 2013 yang saling mengingatkan agar studi ini segera diselesaikan.
6. Dekan, Wakil Dekan I, Wakil Dekan II, Wakil Dekan III, Ketua dan Sekretaris Jurusan Ilmu Administrasi, dan Ketua Program Studi S-3 Ilmu Administrasi Fakultas Ilmu Sosial dan Ilmu Politik Universitas Jember, yang telah membantu, memotivasi, menyemangati sehingga sampai studi selesai.
7. Rektor, Wakil Rektor I, Wakil Rektor II, dan Wakil Rektor III Universitas Jember atas segala bantuan dan dukungan yang diberikan untuk kelancaran proses studi kami.
8. Pihak-pihak yang tidak dapat kami sebutkan satu per satu yang telah banyak membantu kami baik langsung maupun tidak langsung dalam penyelesaian studi S-3 ini.

Jember, Januari 2019

Penulis

HALAMAN JUDUL	i
HALAMAN PERSEMBAHAN	iii
HALAMAN MOTTO	iv
HALAMAN PERNYATAAN	v
HALAMAN PEMBIMBINGAN	vi
HALAMAN PENGESAHAN	vii
ABSTRAK	viii
RINGKASAN	x
KATA PENGANTAR	xiii
DAFTAR ISI	xv
DAFTAR GAMBAR	xviii
BAB 1. PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	25
1.3 Tujuan Penelitian	27
1.4 Manfaat Penelitian	28
BAB 2. TINAJAUAN PUSTAKA	30
2.1 Tinjauan Penelitian Terdahulu	30
2.2 Tinjauan Teoritis	40
2.3 Pengertian Administrasi Publik	53
2.4 Kebijakan Publik	54
2.5 Kemitraan (<i>Partnership</i>)	62
2.6 Pelaksanaan Kemitraan	84
2.7 Model Pelaksanaan Kemitraan	96
2.7 Kerangka Konseptual	99
BAB 3. METODE PENELITIAN	102
3.1 Makna Penelitian	102
3.2 Tempat dan Waktu Penelitian	103
3.3 Fokus Penelitian	103

		16
3.4	Data dan Sumber Data	104
	Penelitian	
3.5	Teknik Pengumpulan Data Penelitian	105
3.6	Analisis Data	110
3.7	Pemeriksaan Keabsahan Data	115
BAB 4.	PENYAJIAN HASIL PENELITIAN	126
4.1	Kemitraan Lembaga Jaminan Kesehatan	126
4.2	Pelaksanaan Kemitraan	134
4.3	Model Pelaksanaan Kemitraan	168
BAB 5.	PEMBAHASAN HASIL PENELITIAN	228
5.1	Kemitraan Lembaga Jaminan Kesehatan	228
5.2	Pelaksanaan Kemitraan Lembaga Jaminan Kesehatan	233
5.7	Model Pelaksanaan Kemitraan Lembaga Jaminan Kesehatan	251
5.8	Proposisi Mayor	254
BAB 6.	KESIMPULAN DAN REKOMENDASI	242
6.1	Kesimpulan	242
6.2	Implikasi Teoritik	244
6.3	Rekomendasi	245
DAFTAR PUSTAKA		247
LAMPIRAN-LAMPIRAN		256

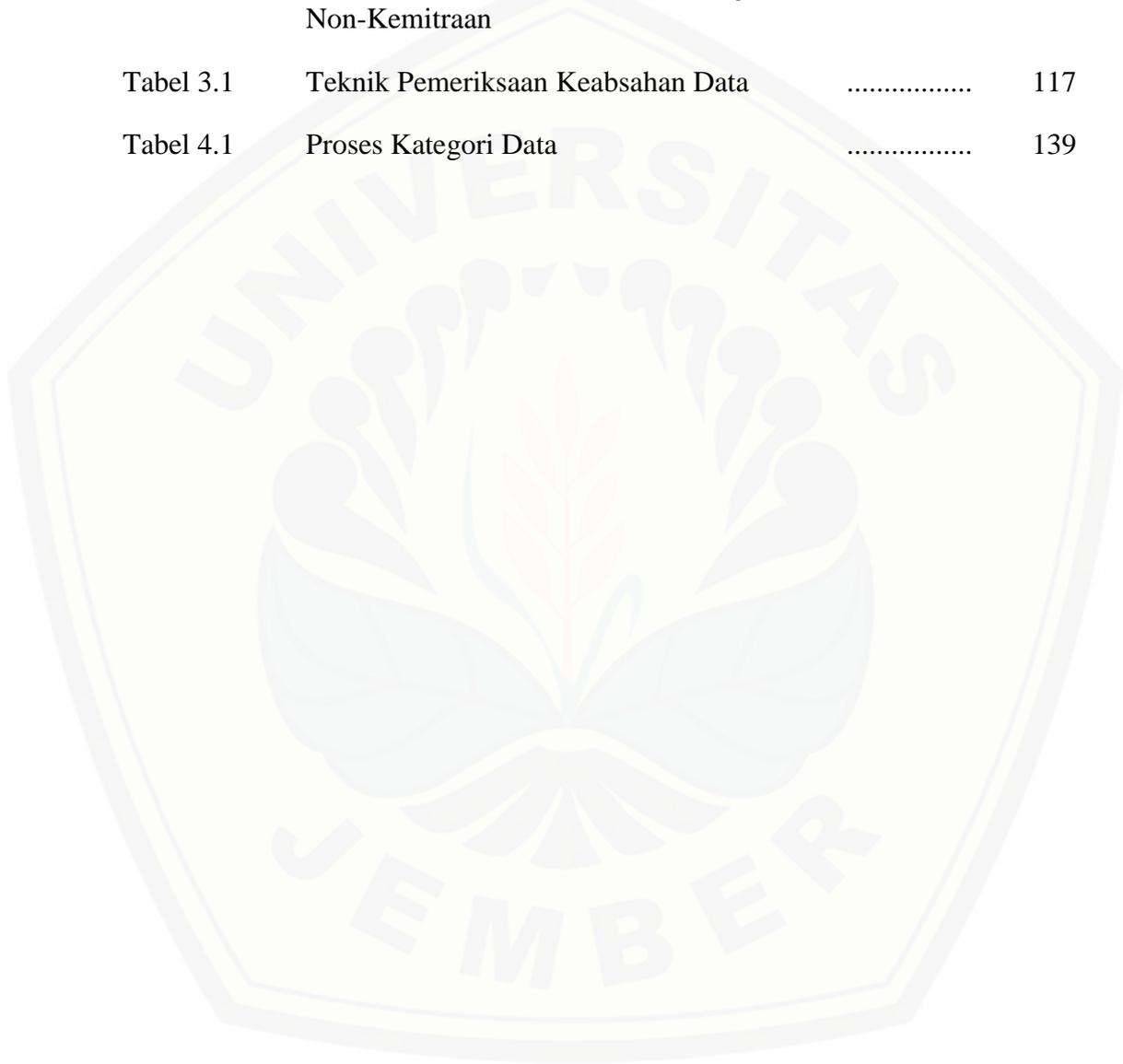
No.	J u d u l	Halaman
Gambar 1a	<i>Government Service, paid by taxes, where government (G) produces and delivers service (dashed line) to consumer (C).</i>	85
Gambar 1b	<i>Government Service, with user fee, where dotted line shows direct payment; Private Firm (PF) plays no role.</i>	85
Gambar 2	<i>Government Vending, where consumer, as arranger, autorizes (solid line) and pays (dotted line) government to deliver service (dashed line).</i>	86
Gambar 3	<i>Intergovernmental agreement, where one government autorizes and pays another to deliver service</i>	87
Gambar 4	<i>Contracting, where government autorizes and pays private Firm to deliver service</i>	88
Gambar 5a	<i>Exclusive Franchise, where government autorizes private Firm to deliver service and consumer pays Firm</i>	89
Gambar 5b	<i>Multiple Franchise, where government and consumer are co-arrangers</i>	89
Gambar 6	<i>Grant Arrangement, where government subsidizes the producer</i>	90
Gambar 7	<i>Voucher arrangement, where government subsidizes the consumer</i>	91
Gambar 8	<i>Market Arrangement, where consumer selects and pays private producer for service</i>	92
Gambar 9a	<i>Voluntary Arrangement</i>	93
Gambar 9b	<i>Voluntary Arrangement sith contracting</i>	93
xvii		
Gambar 10	<i>Self-service arrangement</i>	94

Gambar 11	Model Teoritik (Theoretical Model)	101
Gambar 12	<i>Componen of Data Analysis: Interactive Model</i> (Miles and Huberman 1994: 12)	112
Gambar 13	Model Empirik (Empirical Model)	227
Gambar 14	<i>Intergovernmental agreement, where one government autorizes and pays another to deliver service</i> (Perjanjian antar lembaga pemerintah, di mana suatu BPJS Kesehatan menugasi dan membayar kepada RSD dr. Soebandi untuk mengirmkan pelayanan kepada peserta BPJS Kesehatan)	238
Gambar 15	Perjanjian antar lembaga pemerintah, di mana BPJS Kesehatan menugasi, menferivikasi dan membayar kepada RSD dr. Soebandi untuk mengirmkan pelayanan kesehatan kepada peserta BPJS Kesehatan	239
Gambar 16	Perjanjian antar lembaga pemerintah, peserta BPJS Kesehatan membayar iuran kepada BPJS Kesehatan, di mana BPJS Kesehatan menugasi, dan membayar kepada RSD dr. Soebandi untuk mengirimkan pelayanan kesehatan kepada peserta BPJS Kesehatan	244
Gambar 17	Perjanjian antar lembaga pemerintah, pemerintah membayar penerima bantuan iuran kepada BPJS Kesehatan, di mana BPJS Kesehatan menugasi, dan membayar kepada RSD dr. Soebandi untuk mengirimkan pelayanan kesehatan kepada peserta BPJS Kesehatan.	246
xviii		
Gambar 18	Perjanjian antar lembaga pemerintah, peserta BPJS Kesehatan membayar biaya	248

perawatan naik kelas kepada RSD dr. Soebandi, di mana BPJS Kesehatan menugasi, dan membayar kepada RSD dr. Soebandi untuk mengirimkan pelayanan kesehatan kepada peserta BPJS Kesehatan

Gambar 19	Perjanjian antar lembaga pemerintah, pemerintah membayar penerima bantuan iuran kepada BPJS Kesehatan, di mana BPJS Kesehatan menugasi, dan membayar kepada RSD dr. Soebandi untuk mengirimkan pelayanan kesehatan kepada peserta BPJS Kesehatan.	251
Gambar 20	Model Rekomendasi (Recoended Model)	258
Gambar 21	Model Teoritik, Model Empirik, Model Rekomendasi, dan Implikasi	259

No.	J u d u l	Halaman
Tabel 1.1	Gejala Masalah dan TAnggungjawab	22
Tabel 2.1	Pergeseran Paradigma Administrasi Publik	52
Tabel 2.2	Perbedaan antara Kemitraan dan Kerjasama Non-Kemitraan	75
Tabel 3.1	Teknik Pemeriksaan Keabsahan Data	117
Tabel 4.1	Proses Kategori Data	139



1.1 Latar Belakang Penelitian

Penelitian ini menjelaskan tentang kemitraan lembaga jaminan kesehatan antara Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan dengan Rumah Sakit Daerah (RSD) dr. Soebandi dalam pelayanan kesehatan. Pelayanan kesehatan itu diberikan kepada peserta BPJS Kesehatan, agar peserta BPJS Kesehatan mendapatkan pelayanan kesehatan yang memadai, sebab peserta BPJS Kesehatan sebagai warga negara. Setiap warga negara Indonesia berhak untuk dapat hidup layak. Oleh karena itu negara memberikan jaminan sosial yang menyeluruh bagi warganya. Jaminan sosial dimaksudkan sebagai salah satu bentuk perlindungan sosial untuk menjamin seluruh rakyat agar dapat memenuhi kebutuhan dasar hidupnya yang layak. Pada dasarnya jaminan sosial itu sebagai suatu sistem bentuk perlindungan kepada warga masyarakat dalam menghadapi resiko kontingensi hidup agar dapat memenuhi kebutuhan dasar hidup yang layak. Ada beberapa jenis jaminan sosial, yaitu: (1) jaminan kesehatan, (2) jaminan kecelakaan kerja, (3) jaminan hari tua, (4) jaminan pensiun, dan (5) jaminan kematian.

Jaminan kesehatan dimaksudkan sebagai jaminan berupa perlindungan kesehatan agar peserta memperoleh manfaat pemeliharaan kesehatan dan perlindungan dalam memenuhi kebutuhan dasar kesehatan yang diberikan kepada setiap orang yang telah membayar iuran atau iurannya dibayar oleh pemerintah. Jaminan kesehatan yang dikembangkan di Indonesia merupakan bagian dari sistem jaminan sosial nasional yang diselenggarakan dengan mekanisme asuransi sosial kesehatan yang bersifat wajib (*mandatory*). Supriyantoro (2013: 16-17) menjelaskan bahwa perbedaan asuransi sosial dengan asuransi komersial dapat dilihat dari tiga sisi, yaitu: (1) kepesertaan, bahwa asuransi sosial bersifat wajib bagi seluruh penduduk, sedangkan asuransi komersial bersifat sukarela, (2) asuransi sosial bersifat nirlaba atau tidak berorientasi mencari keuntungan (*nonprofit*), sedangkan asuransi komersial berorientasi mencari keuntungan (*for profit*), (3) asuransi sosial manfaatnya komprehensif (promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif) sesuai dengan kebutuhan medis, sedangkan asuransi komersial manfaatnya terbatas sesuai dengan premi yang dibayarkan.

Kutipan tersebut menegaskan bahwa perbedaan antara asuransi sosial dan asuransi komersial. Perbedaan itu dapat dilihat dari kepesertaan, keuntungan, dan dari manfaat. Kepesertaan asuransi sosial bersifat wajib bagi seluruh rakyat Indonesia tanpa terkecuali, baik yang kaya atau yang miskin, baik yang di kota maupun yang di desa, sedangkan asuransi komersial sifatnya adalah sukarela, artinya mengikuti asuransi sesuai dengan kebutuhannya dan keinginannya. Kemudian asuransi sosial bersifat nirlaba atau tidak berorientasi keuntungan (*nonprofit*), sedangkan asuransi komersial itu berorientasi mendapatkan keuntungan (*for profit*). Selanjutnya asuransi sosial manfaatnya komprehensif baik itu promotif, preventif, kuratif, rehabilitatif yang sesuai dengan kebutuhan medis. Sedangkan asuransi komersial manfaatnya sangat terbatas sesuai dengan premi yang dibayarkan pada asuransi komersial.

Dalam upaya mewujudkan jaminan sosial negara membentuk lembaga atau badan penyelenggara. Badan penyelenggaran yang dibentuk menyelenggarakan jaminan sosial itu disebut Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS). Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) adalah badan hukum yang dibentuk untuk menyelenggarakan program jaminan sosial. BPJS sebagai badan penyelenggara jaminan sosial dibagi menjadi dua macam, yaitu: (1) BPJS Kesehatan, dan (2) BPJS Ketenagakerjaan. BPJS Kesehatan adalah badan hukum yang dibentuk untuk menyelenggarakan program jaminan kesehatan. BPJS Kesehatan yang dimaksud adalah Perusahaan Perseroan (Persero) Asuransi Kesehatan Indonesia (Askes), yang sejak 1 Januari 2014 berganti nama menjadi BPJS Kesehatan.

Beraneka fenomena sosial muncul sejak berlakunya BPJS Kesehatan terhitung mulai 1 Januari 2014. Beraneka fenomena itu termuat dalam berbagai media *on line*, media cetak, maupun dari pengamatan peneliti. Tulisan Wirawan dalam Berita Jatim.com 22 Mei 2014, bahwa:

..... penyelenggaraan layanan kesehatan di Jember masih menghadapi beberapa permasalahan, berupa keruwetan dan 'salah sasaran' dalam penggunaan dana APBD untuk jaminan kesehatan
..... (Berita Jatim.com 22 Mei 2014)

Fenomena tersebut menunjukkan bahwa penyelenggaraan pelayanan kesehatan di Kabupaten Jember masih menghadapi beberapa permasalahan, misalnya keruwetan dan salah sasaran dalam penggunaan dana APBD (Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah) untuk jaminan kesehatan. Dalam tulisan yang sama Wirawan menyatakan bahwa,

Selain itu masih banyak keluhan dari masyarakat terhadap pelayanan di puskesmas dan kurang baiknya pelayanan di rumah sakit daerah (Berita Jatim.com 22 Mei 2014).

Dua kutipan tersebut menunjukkan bahwa masih banyak keluhan yang dialami masyarakat terhadap pelayanan kesehatan. Pelayanan kesehatan yang dikeluhkan masyarakat adalah pelayanan kesehatan yang dilakukan baik oleh puskesmas maupun pelayanan kesehatan yang dilakukan oleh rumah sakit. Rumah sakit yang memberikan pelayanan kesehatan yang kurang baik itu adalah rumah sakit daerah. Oleh karena itulah banyak keluhan yang disampaikan masyarakat atas pelayanan kesehatan yang kurang baik kepada rumah sakit daerah. Ini masih ditambah lagi dengan sarana dan prasarana yang kurang memadai, serta kurang maksimalnya kualitas pelayanan para petugas rumah sakit. Sebagaimana dinyatakan Wirawan dalam Berita Jatim.com bahwa:

.....Sarana dan prasarana kurang memadai, ditambah dengan tidak maksimalnya kualitas pelayanan petugas rumah sakit daerah.....
(Berita Jatim.com 22 Mei 2014).

Fenomena tersebut menunjukkan bahwa sarana dan prasana kesehatan milik rumah sakit dianggap masih kurang memadai, sehingga menimbulkan permasalahan pelayanan kesehatan. Selain sarana dan prasarana yang kurang memadai, terdapat kurang maksimalnya kualitas pelayanan kesehatan. Kualitas pelayanan kesehatan yang diberikan rumah sakit kepada peserta BPJS Kesehatan masih dirasakan kurang. Selain itu masih ditambah rumitnya pelayanan administrasi dan mengganggu pelayanan yang lain. Akibat kondisi itu masyarakat memilih rumah sakit atau terjadi pergeseran pilihan pelayanan kesehatan oleh masyarakat dari rumah sakit pemerintah ke rumah sakit yang lain. Hal ini berarti masyarakat mempunyai pilihan untuk memilih rumah sakit yang diinginkan baik

rumah sakit milik pemerintah maupun rumah sakit swasta. Rumah sakit dalam memberikan pelayanan kesehatan kepada peserta BPJS kesehatan masih dapat memperoleh keuntungan. Hal ini sesuai dengan hasil evaluasi BPJS Kesehatan sebagai berikut:

..... Berdasarkan penelitian evaluasi pihak Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan, 8 dari 9 rumah sakit yang melayani pasien tetap mendapatkan untung. Penelitian ini untuk menjawab kekhawatiran rumah sakit akan merugi jika melayani pasien BPJS. "Banyak yang takut rugi kalau pasiennya semakin banyak. Dari penelitian, 8 dari 9 rumah sakit mendapatkan untung. Mereka ada sisa 30% revenue, kenyataannya seperti itu," ujar Kepala BPJS Kesehatan Divisi Regional V, Aris Jatmiko, dalam konferensi pers BPJS Kesehatan di Novotel, Jalan Cihampelas, Kamis (Tribunnews.Com, Bandung20/2/2014).

Hasil evaluasi tersebut menunjukkan bahwa rumah sakit yang memberikan pelayanan kesehatan kepada peserta BPJS Kesehatan mendapatkan keuntungan. Hal ini sebagai jawaban terhadap pihak rumah yang merasa khawatir mengalami kerugian jika melayani peserta BPJS Kesehatan. Oleh karena itu kemitraan yang dilakukan antara pihak BPJS Kesehatan dengan pihak rumah sakit tidak perlu dikhawatirkan mengalami kerugian. Karena dengan melakukan kemitraan dalam melayani peserta BPJS Kesehatan pihak rumah sakit mengalami keuntungan.

Semua rumah sakit yang ada di Kabupaten Jember, baik rumah sakit milik daerah maupun rumah sakit milik swasta telah melakukan kemitraan dengan BPJS Kesehatan. Sehingga rumah sakit itu dapat melayani peserta BPJS Kesehatan, termasuk RSD dr. Soebandi. Hal ini disampaikan Marzuku Ismail dalam acara Sambung Rasa Jurnalis Humas Pemkab Jember bahwa:

..... total kepersertaan BPJS Jember sebanyak 1.617.957 peserta akan dilayani sebanyak 179 fasilitas kesehatan yang telah bekerjasama dengan BPJS Kesehatan Cabang Jember. "Di dalamnya termasuk 7 rumah sakit di Kabupaten Jember dan 3 rumah sakit di Kabupaten Lumajang" (JEMBER titik0km.com 12 April 2014).

Gambaran kutipan tersebut menunjukkan bahwa jumlah peserta BPJS Kesehatan di Kabupaten Jember sebanyak 1.617.957 orang. Peserta BPJS Kesehatan itu dapat memanfaatkan fasilitas kesehatan yang tersedia sebanyak 179

fasilitas kesehatan. Dari fasilitas kesehatan sebanyak itu salah satunya yaitu RSD dr. Soebandi. Fasilitas-fasilitas kesehatan itu telah melakukan kemitraan dengan BPJS Kesehatan untuk melayani peserta BPJS Kesehatan. Dalam menerima pelayanan, kesehatan peserta BPJS Kesehatan tidak dipungut biaya, jika jenis pelayanan kesehatan yang dimanfaatkan peserta sesuai dengan jenis kelas kepesertaannya. BPJS Kesehatan berfungsi menyelenggarakan jaminan kesehatan. Hal ini disampaikan oleh Marzuki Ismail (2014) sebagai berikut:

Pelaksanaan Jaminan Kesehatan Nasional diselenggarakan secara nasional berdasarkan prinsip asuransi sosial dan prinsip kesamaan dalam memperoleh pelayanan sesuai dengan kebutuhan medisnya, masih terus disosialisasikan. Pasalnya BPJS Kesehatan merupakan badan hukum publik yang berfungsi menyelenggarakan program jaminan kesehatan bagi seluruh masyarakat Indonesia. (JEMBER titik0km.com tanggal 11 April 2014).

Penjelasan tersebut menunjukkan bahwa fungsi BPJS Kesehatan adalah menyelenggarakan jaminan kesehatan bagi seluruh masyarakat Indonesia. Jaminan kesehatan itu berdasarkan atas prinsip asuransi sosial dan kesamaan dalam memperoleh pelayanan kesehatan.

Hal tersebut menunjukkan bahwa terdapat kemitraan antara BPJS Kesehatan dengan 7 (tujuh) rumah sakit yang ada di Kabupaten Jember. Dari ketujuh rumah sakit itu kemungkinan akan masih bertambah, karena masih ada beberapa rumah sakit yang belum bermitra dengan BPJS Kesehatan. Oleh karena itu rumah sakit yang bermitra dengan BPJS Kesehatan dapat melayani peserta BPJS Kesehatan.

Kemitraan yang diharapkan adalah kemitraan pelayanan kesehatan yang dilakukan oleh rumah sakit daerah milik daerah yang menjalin kemitraan dengan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan; sehingga pelayanan kesehatan yang dilakukan oleh pihak rumah sakit itu pelayanan kesehatan yang didasarkan atas kemitraan antara rumah sakit dengan BPJS Kesehatan. Dalam hal peserta membutuhkan untuk pemanfaatan fasilitas rumah sakit, maka kelas pelayanan di rumah sakit diberikan berdasarkan kelas standar.

Uraian tersebut menunjukkan bahwa kemitraan yang diharapkan adalah kemitraan yang terkait dengan pemanfaatan fasilitas kesehatan. Fasilitas kesehatan yang digunakan untuk melayani peserta BPJS Kesehatan merupakan fasilitas kesehatan milik pemerintah daerah. Rumah sakit milik pemerintah daerah ini sudah bermitra dengan BPJS Kesehatan. Jika pelayanan kesehatan itu dilakukan di fasilitas kesehatan yang tidak bermitra dengan BPJS Kesehatan hanya dalam keadaan darurat.

Kemudian BPJS Kesehatan wajib membayar fasilitas kesehatan yang telah memberi pelayanan kesehatan kepada peserta BPJS Kesehatan. Peserta BPJS yang ingin memanfaatkan pelayanan kesehatan itu harus memiliki kartu peserta BPJS Kesehatan. Hal ini sebagai bukti bahwa yang bersangkutan peserta BPJS Kesehatan.

..... sudah memiliki kartu Badan Penyelenggara Jaminan sosial (BPJS), pasien yang sedang berobat di Rumah Sakit Swasta (BS) Jember Jawa Timur, mengaku masih dipungut biaya berobat. Padahal Rumah sakit swasta tersebut sudah bekerjasama dengan program tersebut.....

“..... pada saat mendaftar sampai keesokan harinya sekitar pukul 12 siang masuk pasien umum dan dikenai biaya sebesar 3 juta lebih. Sedangkan mulai tanggal 12 sampai pulang gratis” Jember, (MAJALAH-GEMPUR.Com 19 Mei 2014).

Berita tersebut menjelaskan bahwa peserta BPJS Kesehatan yang memanfaatkan fasilitas kesehatan masih dipungut biaya, padahal seharusnya tidak dipungut biaya, karena fasilitas kesehatan atau rumah sakit itu telah bermitra dengan BPJS Kesehatan dan sebagai peserta telah membayar kepada BPJS Kesehatan. Keesokan harinya peserta BPJS Kesehatan baru dapat menunjukkan kartu peserta. Maka sejak itu sampai pulang tidak dikenakan biaya, namun untuk sebelum dapat menunjukkan kartu peserta kepada petugas rumah sakit itu dihitung sebagai peserta umum yang dikenai biaya.

Kemitraan BPJS Kesehatan dengan rumah sakit dalam pelayanan kesehatan kepada peserta BPJS Kesehatan, maka pembiayaan pelayanan kesehatan itu ditanggung oleh BPJS Kesehatan. Untuk peserta Penerima Bantuan Iuran (PBI) ditanggung oleh pemerintah, ada PBI yang ditanggung oleh pemerintah daerah.

Dengan demikian PBI itu ada yang dari pemerintah pusat dan ada yang dari pemerintah daerah. Pemerintah Kabupaten Jember telah menganggarkan pembiayaan itu melalui APBD. Hal ini seperti yang disampaikan Widodo, Agus yang dikutip Tribunnews.com, Jember sebagai berikut:

“..... totalnya belanja di APBD Jember tahun 2015 sebesar Rp 3,42 triliun. Ada sejumlah penambahan untuk Belanja Langsung yang digunakan untuk sejumlah program. Program itu antara lain untuk pembayaran premi BPJS Kesehatan yang awalnya dianggarkan Rp 13 miliar, disepakati ditambah Rp 2 miliar sehingga menjadi Rp 15 miliar” (Tribunnews.com, Jember 21 November 2014).

Kutipan tersebut menunjukkan bahwa jumlah anggaran belanja di APBD Pemerintah Kabupaten Jember pada tahun 2015 sebesar 3,42 triliun. Dari sejumlah anggaran itu sebagian untuk anggaran program jaminan kesehatan. Besar dana untuk premi peserta BPJS Kesehatan sebesar Rp 13 miliar (untuk premi peserta BPJS Kesehatan PBI Daerah). Dana sebesar itu oleh daerah masih dirasa kurang sehingga perlu ditambah, tambahan itu bukan untuk premi peserta BPJS Kesehatan, namun untuk masyarakat miskin yang menggunakan SPM. Besar tambahan dana sebesar Rp 2 milyar (untuk digunakan yang non PBI menggunakan SPM). Dengan adanya penambahan dana itu dana untuk premi BPJS Kesehatan menjadi Rp 15 milyar. Dana Rp 2 miliar ini diperuntukkan bagi masyarakat miskin yang selama ini menggunakan SPM. Lebih lanjut Widodo, Agus yang dikutip dalam Tribunnews.com, Jember menyampaikan sebagai berikut:

..... Anggaran sebesar itu digunakan untuk mengasuransikan warga yang selama ini memakai surat pernyataan miskin (SPM) kala berobat ke rumah sakit (Tribunnews.com, Jember 21 November 2014).

Pernyataan Widodo tersebut menunjukkan bahwa tambahan anggaran sebesar Rp 2 milyar itu digunakan untuk mengasuransikan warga masyarakat yang miskin. Masyarakat miskin yang diurusansikan oleh Pemerintah Kabupaten Jember itu merupakan masyarakat miskin yang selama ini menggunakan SPM. Oleh karena itu masyarakat miskin golongan ini masyarakat miskin yang belum terdaftar atau “terkaver” oleh BPJS Kesehatan. Hal ini dimaksudkan agar warga pada saat sakit

dapat berobat ke rumah sakit. Selanjutnya Setiawan, Heri Radar Jember (14 Februari 2015: 1 dan 11), memaparkan tentang anggaran Pemkab Jember yang diperuntukkan bagi warga miskin sebagai berikut:

..... Pemkab Jember sendiri sebenarnya menganggarkan asuransi untuk warga miskin melalui BPJS Kesehatan. Dana yang diasuransikan di APBD mencapai Rp 13 miliar (Radar Jember 14 Februari 2015: 1 dan 11).

Gambaran tersebut menunjukkan bahwa Pemerintah Kabupaten Jember telah menganggarkan untuk mengasuransikan warga miskin sebagai peserta BPJS Kesehatan. Anggaran itu dituangkan dalam Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah (APBD) Kabupaten Jember. Besar anggaran yang dialokasikan untuk mengasuransikan warga miskin itu sebesar Rp 13 miliar. Dana sebesar itu oleh Pemerintah Kabupaten Jember diserahkan kepada BPJS Kesehatan, untuk mendaftarkan masyarakat miskin sebagai peserta PBI (Penerima Bantuan Iuran).

Dengan demikian peserta BPJS Kesehatan dapat memanfaatkan fasilitas kesehatan bagi masyarakat miskin dapat melalui PBI (Penerima Bantuan Iuran) yang telah dianggarkan oleh pemerintah daerah. Selain peserta PBI ada peserta BPJS Kesehatan dari yang mandiri. Dana yang diterima BPJS Kesehatan itu nantinya akan dibayarkan kepada rumah sakit yang telah bermitra dengan BPJS Kesehatan, dan yang telah memberikan pelayanan kesehatan pada peserta BPJS Kesehatan.

Berkaitan dengan pembayaran BPJS Kesehatan kepada rumah sakit, jika peserta BPJS Kesehatan membayar iurannya tidak lancar dapat mengganggu pembayaran kepada rumah sakit sebagai mitra BPJS Kesehatan, oleh karena itu pihak BPJS Kesehatan memperketat pendaftaran. Karena anggaran yang disediakan daerah kepada BPJS kesehatan itu terbatas, maka BPJS kesehatan memperketat pendaftaran kepesertaannya. Pengetatan pendaftaran itu terkait dengan banyaknya kemacetan dari peserta BPJS kesehatan mandiri. Hal ini seperti yang tertuang dalam Setiawan (Radar Jember), bahwa:

BPJS Kesehatan memang memperketat aturan permintaan mendapatkan kepesertaan BPJS Kesehatan ini. Pada 2014, ada sekitar 13 ribu peserta mandiri yang macet membayar iuran bulanan atau

sekitar 40 persen dari 33 ribu peserta mandiri di Jember (Radar Jember 14 Februari 2015: 1 dan 11).

Kutipan tersebut menunjukkan bahwa BPJS Kesehatan memperketat tentang permintaan kepesertaan menjadi peserta BPJS Kesehatan. Hal ini dilakukan karena peserta BPJS Kesehatan pada tahun 2014 banyak yang mengalami kemacetan dalam membayar iuran kepesertaannya. Menurut penjelasan mereka ada sekitar 13 ribu peserta mandiri yang macet membayar iuran bulanan. Di Kabupaten Jember jumlah peserta pada tahun 2014 sebanyak 33 ribu peserta mandiri. Dari sebanyak itu sekitar 40 persen mengalami macet membayar iuran bulanan. Oleh karena itu pendaftaran peserta BPJS Kesehatan diperketat. Lebih lanjut dijelaskan oleh Setiawan dalam (Radar Jember), sebagai berikut:

Akhirnya, mulai November 2014 BPJS Kesehatan menerapkan aturan ketat untuk pendaftaran BPJS Kesehatan. Bahkan, untuk kepala keluarga nantinya harus memiliki rekening di bank yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan, sehingga bisa terpantau iuran setiap bulannya. Dalam ketentuannya, peserta harus menyetujui penarikan iuran secara otodebet atau iuran otomatis dipotong dari saldo. Sehingga tidak ada lagi tunggakan iuran dalam pembayaran BPJS Kesehatan (Radar Jember 14 Februari 2015: 1 dan 11).

Penjelasan tersebut menunjukkan bahwa sejak mulai bulan November 2014, BPJS Kesehatan menerapkan aturan baru untuk pendaftaran BPJS Kesehatan. Untuk menjadi peserta BPJS Kesehatan, kepala keluarga nantinya harus memiliki rekening di bank yang telah bekerjasama dengan BPJS Kesehatan. Hal ini dimaksudkan untuk memantau iuran peserta BPJS Kesehatan setiap bulannya. Selanjutnya yang harus disetujui oleh peserta adalah BPJS Kesehatan dapat menarik iuran secara otodebet yang dipotong dari saldo iuran peserta BPJS Kesehatan. Oleh karena itu jika dalam saldo itu sudah tidak dapat ditarik secara otodebet berarti peserta tidak membayar iuran secara rutin. Karena dengan model demikian ini diharapkan tidak ada lagi tunggakan dalam iuran peserta BPJS Kesehatan.

Selanjutnya setelah menjadi peserta BPJS Kesehatan yang terdaftar kartu tidak langsung dapat digunakan atau aktif digunakan. Hal ini seperti seperti

dijelaskan lebih lanjut Setiawan dalam Radar Jember (Radar Jember) sebagai berikut:

Selain itu kartu BPJS Kesehatan ini juga tidak bisa langsung aktif saat didaftarkan seperti dulu. Sebelumnya banyak masyarakat yang baru mendaftar saat masuk rumah sakit. Namun, kali ini masih harus menunggu aktif dan bisa berlaku sekitar tujuh hari dari waktu mendaftar (Radar Jember 14 Februari 2015: 1 dan 11).

Berita tersebut menunjukkan bahwa kartu BPJS Kesehatan tidak bisa langsung digunakan. Artinya sejak daftar itu kartu belum aktif. Hal ini karena masyarakat menjadi peserta BPJS Kesehatan tidak dalam kondisi sehat. Masyarakat baru mau menjadi peserta BPJS Kesehatan atau daftar ke BPJS Kesehatan jika mengalami sakit dan masuk rumah sakit. Oleh karena itu untuk dapat aktif digunakan, harus menunggu satu minggu atau 7 hari sejak daftar baru.

Selanjutnya fenomena bahwa adanya rumah sakit yang dapat memberikan pelayanan kesehatan, namun biayanya tidak dapat dibiayai oleh BPJS kesehatan. Hal ini seperti kasus di Sumberbaru yang termuat dalam Setiawan (Radar Jember) bahwa:

“Saya juga koordinasi dengan Direktur RS Soebandi Jember. Karena BPJS tidak bisa mengkaver, mereka menyarankan untuk dirujuk ke RS Soetomo Surabaya. Tapi katanya harus antre dan tidak jelas sampai kapan. Anehnya, RSD Soebandi bisa merawat asalkan harus membayar sendiri,” ungkap Isa Mahdi (Anggota Komisi D) (Radar Jember 19 Maret 2015 hal 2).

Kutipan tersebut menunjukkan bahwa terdapat anggota masyarakat yang sakit. Orang yang sakit ini hendaknya dapat dirawat di rumah sakit, namun pihak rumah sakit tidak dapat merawat, bahkan diminta untuk dikirim ke rumah sakit Sutomo Surabaya. Hal ini karena BPJS kesehatan tidak dapat membayar biaya yang dilakukan oleh rumah sakit. Pihak rumah sakit mau merawat asal dapat membayar sendiri. Padahal semestinya jika rumah sakit telah memberikan pelayanan kesehatan kepada peserta BPJS kesehatan, rumah sakit dapat mengajukan biaya kepada BPJS kesehatan dan BPJS kesehatan menggantinya, karena antara BPJS Kesehatan dengan rumah sakit telah melakukan kemitraan.

Fenomena selanjutnya terdapat peserta BPJS Kesehatan yang masih dipungut biaya oleh Rumah Sakit dr. Soebandi, seperti yang dialami oleh Dahlan yang termuat dalam Radar Jember Setiawan sebagai berikut:

Musibah yang dialami keluarga almarhum Dahlan warga Dusun Sambiringik, Desa Ampel, Wuluhan, cukup beruntun. Sudah kehilangan almarhum yang meninggal dunia, saat hendak membawa pulang jenazahnya dari RSD dr. Soebandi Jember masih harus mengeluarkan uang Rp 10 juta (Radar Jember Rabu 29 April 2015 hal. 1-11).

Fenomena tersebut yang dialami keluarga almarhum Dahlan warga Dusun Sambirengik Desa Ampel Kecamatan Wuluhan, bahwa musibah yang dialami almarhum Dahlan dalam artian keluarga sudah kehilangan almarhum yang telah meninggal dunia, kemudian hendak membawa jenazah dari RSD dr. Soebandi Jember masih harus mengeluarkan uang sebesar 10 juta rupiah. Sebenarnya almarhum Dahlan adalah peserta BPJS Kesehatan. Hal ini seperti dijelaskan lebih lanjut oleh Radar Jember Setiawan, Heri sebagai berikut:

Dahlan adalah seorang peserta BPJS Kesehatan. Sejak awal masuk rumah sakit, keluarga almarhum sudah mengurus keperluan administrasi agar seluruh biaya perawatan dan pengobatan dikaver oleh BPJS Kesehatan (Radar Jember Rabu 29 April 2015 hal. 1-11).

Berita tersebut menunjukkan bahwa Dahlan adalah seorang peserta BPJS Kesehatan. Bahkan sejak masuk rumah sakit keluarga sudah mengurus keperluan administrasi dengan maksud agar biaya perawatan dapat dibiayai oleh BPJS Kesehatan. Kemudian pihak BPJS Kesehatan meminta kepada keluarga almarhum Dahlan untuk mengurus surat kecelakaan lalu lintas ke polisi, padahal almarhum Dahlan tidak mengalami kecelakaan lalu lintas. Hal ini seperti yang dikemukakan Setiawan Radar Jember sebagai berikut:

....., oleh petugas BPJS Kesehatan di RSUD dr. Soebandi keluarga almarhum diminta mengurus surat kecelakaan ke polisi.
(Radar Jember Rabu 29 April 2015 hal. 1-11).

Pernyataan yang termuat dalam Radar Jember tersebut menunjukkan bahwa petugas BPJS Kesehatan yang berada di rumah sakit meminta keluarga almarhum Dahlan untuk mengurus surat kecelakaan lalu lintas ke polisi. Namun pihak

keluarga almarhum Dahlan tidak mau mengurus surat kecelakaan lalu lintas. Hal ini karena sejak awal masuk rumah sakit almarhum Dahlan sudah memakai BPJS Kesehatan. Bahkan menurut keluarga persyaratan sudah difoto copy dan surat-surat lainnya yang terkait dengan BPJS Kesehatan. Namun dalam kenyataannya masih disuruh membayar. Menurut pemikiran keluarga almarhum Dahlan bahwa katanya BPJS Kesehatan itu gratis dalam kenyataannya tidak gratis melainkan disuruh membayar.

Dari gambaran tersebut menunjukkan bahwa RSD dr. Soebandi tidak mau merawat pasien Dahlan, hal ini karena pihak BPJS Kesehatan tidak dapat menjamin pembiayaan atas almarhum Dahlan. Apalagi oleh pihak BPJS Kesehatan disarankan untuk mencari surat keterangan kecelakaan lalu lintas. Jika pihak rumah sakit mau membiayai perawatan Dahlan, maka pihak rumah sakit tentu mau merawat Dahlan, karena sudah ada kontrak kerjasama.

Kemitraan antara BPJS Kesehatan dengan rumah sakit didasarkan atas kontrak kerjasama. Dalam kontrak kerjasama yang telah disepakati tidak dapat dilanggar. Jika dilanggar terkena sanksi. Rumah sakit yang melanggar kontrak dengan BPJS kesehatan, maka BPJS Kesehatan secara tegas akan memutuskan kemitraan atau kerjasama dengan rumah sakit itu. Hal ini sesuai dengan yang disampaikan oleh Fajri dalam Berita Satu.com sebagai berikut:

BPJS Kesehatan akan melakukan tindakan tegas terhadap rumah sakit yang menjadi mitranya apabila melanggar kontak kerja yang telah disepakati. Tindakan tegas yang dilakukan hingga berupa pemutusan hubungan kerjasama (Berita Satu.com 21 Maret 2015).

Pendapat Fajri tersebut menunjukkan bahwa BPJS Kesehatan dapat melakukan pemutusan hubungan kerjasama dengan rumah sakit yang menjadi mitra kerjanya, jika rumah sakit melakukan pelanggaran dalam memberikan pelayanan kesehatan kepada peserta BPJS Kesehatan. Dalam hal ini BPJS Kesehatan sangat memperhatikan terhadap peserta. BPJS Kesehatan tidak langsung begitu saja memutuskan hubungan kemitraan itu, namun ada tahapan-tahapan yang perlu dilakukan. Hal ini seperti dijelaskan lebih lanjut oleh Fajri dalam Berita Satu.Com sebagai berikut:

"BPJS Kesehatan juga tidak langsung memutuskan kerjasama. Sebelumnya ada teguran tertulis dahulu, kemudian ada teguran kedua dan pembahasan bersama Dinas Kesehatan maupun persatuan rumah sakit setempat. Bila tetap belum ada perubahan, dengan terpaksa kita menghentikan kerjasama," ujar Fajri (Berita Satu.com 21 Maret 2015).

Pendapat Fajri tersebut menunjukkan bahwa BPJS Kesehatan, jika dalam kerjasama dengan rumah sakit, jika rumah sakit melakukan pelanggaran tidak langsung dihentikan hubungan kerjasama itu. Namun ada beberapa tahap yang dilakukan oleh BPJS Kesehatan. Pertama dilakukan adalah BPJS Kesehatan melakukan teguran kepada pihak rumah sakit secara tertulis. Ini adalah teguran secara tertulis pertama. Jika setelah adanya teguran tertulis pertama dalam beberapa hari tidak ada perubahan, maka pihak BPJS Kesehatan melakukan teguran tertulis kedua. Kemudian setelah beberapa hari pihak rumah sakit tidak ada perubahan, maka BPJS Kesehatan bersama Dinas Kesehatan maupun Asosiasi rumah sakit mengadakan pertemuan untuk menentukan keputusan yang perlu diambil terkait dengan rumah sakit yang telah melanggar kesepakatan kerjasama. Setelah itu barulah BPJS Kesehatan akhirnya memutuskan hubungan kerjasama dengan rumah sakit.

Terkait dengan verifikasi klaim Thabrany, Hasbullah dalam Kompas (2017), sebagai berikut:

Lambatnya verifikasi klaim dan pembayaran oleh BPJS Kesehatan, pemahaman petugas akan kode diagnosis, dan kurangnya pemahaman peserta akan prosedur JKN-KIS kerap dihadapi rumah sakit di sejumlah daerah. Pencairan klaim ke BPJS Kesehatan banyak tertunda akibat kelengkapan administrasi pasien. Akibatnya, rumah sakit harus menombok biaya pasien Rp 2 juta- Rp 4 juta per pasien. Target laba tak tercapai dihitung sebagai utang. Direktur Utama BPJS Kesehatan Fachmi Idris menegaskan, selama ini tak ada gagal bayar klaim dari rumah sakit. Hal yang kerap kali terjadi adalah ketidaklengkapan dokumen pendukung klaim sehingga pencairan klaim mundur. (Hasbullah Thabrany; Kompas, 31 Oktober 2017, hal 1 dan hal 15). Jakarta: Kompas

Penjelasan tersebut menunjukkan bahwa dalam jaminan kesehatan itu terdapat adanya klaim. Klaim ini dimaksudkan sebagai tagihan dari rumah sakit yang memberikan pelayanan kesehatan kepada BPJS Kesehatan sebagai penyedia

jaminan kesehatan. Selanjutnya adanya verifikasi oleh BPJS Kesehatan. Verifikasi ini dimaksudkan mengecek usulan klaim dengan data pendukung administrasi, apakah sudah sesuai atau belum.

Kemudian jika sudah sesuai dilakukan pembayaran. Pembayaran ini dimaksudkan pembayaran atas klaim yang diajukan oleh rumah sakit. Karena setelah divereifikasi dianggap sudah sesuai. Menurut Thabrany, Hasbullah (2017) bahwa BPJS Kesehatan berupaya mencegah terjadinya kecurangan klaim sebagai berikut:

Di tengah persoalan tarif yang belum memadai, BPJS Kesehatan berupaya mencegah terjadi kecurangan klaim dengan mengkaji ulang pemanfaatan dan audit klaim. Dari hasil kajian itu, banyak tak sesuai. Dari temuan itu, anggaran pelayanan terselamatkan Rp 2,9 triliun. Hasbullah Thabrany (Jakarta: Kompas, 31 Oktober 2017, hal 1 dan hal 15).

Dari penjelasan Thabrany, Hasbullah tersebut bahwa terdapat adanya klaim (tagihan), tagihan ini diajukan kepada BPJS Kesehatan. Dari klaim itu BPJS Kesehatan berupaya untuk mencegah adanya kecurangan. Untuk mencegah itu dilakukan audit dan mengkaji ulang pemanfaatan pelayanan kesehatan. Lebih lanjut menurut Thabrany, Abdullah (2017) menjelaskan sebagai berikut:

Peserta Jaminan Kesehatan Nasional-Kartu Indonesia Sehat (JKN-KIS) berhak atas layanan kesehatan bermutu dan tidak diskriminatif. Kenyataan di lapangan, masih ada rumah sakit yang menerapkan kuota pelayanan bagi pasien JKN, membatasi waktu layanan JKN, menyuruh pasien datang berulang yang tak perlu. Dan bahkan meminta uang lebih dulu kepada pasien. Mutu pelayanan yang diterima JKN-KIS pun kurang bermutu. Dalam jangka panjang, hal ini akan menggerogoti kepercayaan publik terhadap JKN-KIS. Namun rumah sakit tak bisa sepenuhnya disalahkan, sebab perilaku buruk itu muncul akibat besaran tarif dalam *Indonesia Case Base Groups (INA-CBGs)* sistem tarif layanan yang dikelompokkan berdasarkan kesamaan diagnosis belum memadai. (Kompas, Kamis 19 Oktober 2017).

Suparman dalam Radar Jember (2016, hal 1 dan 7) bahwa setiap bulannya beliau menyeteror uang iuran, namun juga sempat telah membayar iurannya, seperti disampaikan berikut:

Sebagai peserta BPJS Kesehatan sebanyak lima anggota keluarganya semua sudah didaftarkan sebagai peserta BPJS Kesehatan. Setiap bulan dia harus setor iuran premi sejumlah Rp 127.500,- sebab setiap orang didaftarkan sebagai anggota BPJS Kesehatan kelas 3 yang harus setor Rp 25.500,- per bulannya. Dia mengaku sempat telat bayar iuran sampai 5 bulan. Namun semua tunggakannya sudah dilunasi dengan membayar iuran Rp 641.000,- sehingga pada 2 September 2016 lalu, dia pun bisa mengobati anaknya gratis di salah satu rumah sakit BUMN. (Radar Jember 9 Oktober 2016, hal 1 dan 7).

Penjelasan tersebut menunjukkan bahwa peserta BPJS Kesehatan setiap bulannya membayar iuran secara mandiri, karena sebagai peserta mandiri kelas 3 sebanyak Rp 25.500,- setiap bulannya per orang. Selain itu juga peserta BPJS Kesehatan ini juga pernah mengalami nunggak bayar iuran bulannya selama 5 bulan, sehingga harus melunasi sebanyak Rp 641.000,-.

Menurut Tanya Rahayu (2017), banyak warga masyarakat yang belum membayar atau telat membayar:

Cukup banyak warga yang tidak memenuhi kewajibannya membayar iuran rutin untuk BPJS Kesehatan yang dimilikinya. “total ada sekitar 57 ribu peserta yang belum membayar iuran. Dengan berbagai alasan, namun sebagian besar mereka yang belum membayar iuran dari peserta BPJS Kesehatan kelas 3,” Ada yang beralasan lupa, belum dibyarkan oleh keluarganya. Ada sebanyak enam hingga delapan petugas BPJS Kesehatan menelepon peserta yang terlambat membayar iuran ssetiap harinya. (Radar Jember 13 September 2017, Hal 32).

Selanjutnya dijelaskan oleh Tanya Rahayu (2017), bahwa banyak peserta BPJS Kesehatan yang menunggak membayar iuran sebagai berikut:

Bagi peserta yang menunggak iuran akan dikenai denda sebesar 2,5 persen dari total diagnosis akhir pelayanan kesehatan yang didapatkan. Sampai dengan 30 Juni 2017 peserta yang mengikuti program JKN-KIS oleh Pemkab Jember melalui Program PBI APBD/PBID sebanyak 79.794 jiwa. radar jember 2017 (Tanya Rahayu Rabu 13 September 2017 Radar Jember 2017 hal 32).

Menurut Suprpto (2015) mengenai dana kapitasi peserta BPJS Kesehatan bagi masyarakat miskin sebagai berikut:

Dana kapitasi BPJS Kesehatan ini untuk didistribusikan ke pelayanan kesehatan di 49 puskesmas di Jember. Biasanya anggarannya mencapai Rp 70 miliar, namun sekarang hanya Rp 50 miliar. Pengurangan ini dilakukan BPJS Kesehatan. Sebelumnya kapitasi dihitung Rp 6000 per orang per bulan, dan tahun depan turun Rp 3.500 per orang per bulan. (Radar Jember Sabtu 14 November 2015 hal 1 dan hal 11).

Penjelasan tersebut bahwa untuk dana kapitasi diperuntukkan pada puskesmas. Oleh karena itu dana kapitasi tidak diperuntukkan rumah sakit rujukan. Selain itu dana kapitasi yang diberikan kepada puskesmas mengalami penurunan yang semula sebesar Rp 6.000,- per orang per bulan menjadi sebesar Rp 3.500,- per orang per bulan. Peserta BPJS Kesehatan itu ada yang mandiri dan yang PBI. Hal ini disampaikan Yumarlis (2016) sebagai berikut:

Keberlangsungan BPJS Kesehatan terdapat pada masyarakat dan pemberi pelayanan kesehatan (PPK) sebagai peserta BPJS Kesehatan. Di Jember anggota penerima bantuan iuran (PBI) BPJS Kesehatan terdapat sekitar 930 ribu orang. Sedangkan peserta mandiri sekitar 450 orang meliputi PNS, Polri, swasta dan lainnya (Radar Jember 16 September 2016 hal 1 dan hal 11).

Penjelasan tersebut menunjukkan bahwa peserta BPJS Kesehatan ada yang PBI dan ada yang mandiri termasuk yang iurannya dibayar oleh pemberi kerja. Hasil observasi awal terkait dengan kemitraan dalam pelayanan kesehatan terutama kepesertaan BPJS Kesehatan. Observasi ini dilakukan di Kantor BPJS Kesehatan tentang aktivitas petugas BPJS Kesehatan sebagai berikut:

Staf BPJS Kesehatan sedang melakukan aktivitas kepesertaan BPJS Kesehatan. Peserta melengkapi beberapa persyaratan yang diperlukan untuk menjadi peserta BPJS Kesehatan, yaitu foto copy KTP, foto copy KK dan mengisi formulir kepesertaan. Petugas memeriksa kelengkapan-kelengkapan administrasi untuk menjadi peserta. (Observasi Rabu, 6 Mei 2015).

Gambaran tersebut menunjukkan apabila menjadi peserta BPJS Kesehatan, calon peserta harus melengkapi persyaratan yang diperlukan, dan kemudian

mengisi formulir yang disediakan BPJS Kesehatan. Setelah formulir diisi yang dilengkapi dengan persyaratan, kemudian diserahkan kepada petugas BPJS Kesehatan. Setelah diperiksa kelengkapannya petugas BPJS Kesehatan menyuruh calon peserta untuk membayar ke Bank yang telah ditunjuk BPJS Kesehatan, yaitu Bank BNI dan dapat juga Bank BRI. Observasi awal itu sebagai berikut:

petugas memberikan penjelasan tentang kepesertaannya, artinya pilihan kelas yang mana. Berikutnya petugas menyuruh peserta untuk membayar ke bank yang ditunjuk sesuai dengan pilihan bank yang mana yang telah bekerjasama dengan BPJS Kesehatan. Peserta membayar ke Bank BNI untuk menjadi peserta BPJS Kesehatan. (Observasi Rabu, 6 Mei 2015).

Hasil observasi tersebut menunjukkan apabila untuk menjadi peserta, setelah kelengkapan diperiksa petugas, maka calon peserta membayar ke Bank yang ditunjuk oleh BPJS Kesehatan. Setelah dari bank dengan mendapatkan bukti pembayaran, maka bukti pembayaran itu bersama dengan kelengkapan kepesertaannya diserahkan kepada petugas BPJS Kesehatan. Petugas BPJS Kesehatan memeriksa kembali kelengkapan yang diajukan calon peserta. Jika sudah lengkap oleh petugas didaftar menjadi peserta BPJS Kesehatan.

Setelah peserta membayar ke Bank BNI, maka bukti diserahkan ke petugas dengan pilihan kelas tiga, selanjutnya petugas BPJS Kesehatan mengeluarkan kartu kepesertaannya. Petugas pada saat menyerahkan kartu sambil menerangkan bahwa kartu peserta ini bisa digunakan setelah tujuh hari artinya kartu peserta aktif setelah tujuh hari. (Observasi Rabu, 6 Mei 2015).

Gambaran tersebut menunjukkan adanya suatu proses aktivitas yang dilakukan oleh petugas BPJS Kesehatan untuk memberikan pelayanan calon peserta sampai menjadi peserta BPJS Kesehatan. Sampai dengan peserta memiliki kartu tanda peserta BPJS Kesehatan. Petugas selain menyerahkan kartu tanda peserta juga memberikan sosialisasi tentang penggunaan kartu BPJS Kesehatan, dan kartu dapat dimanfaatkan setelah melewati masa tenggang selama tujuh hari.

Setelah mengobservasi aktivitas yang dilakukan staf BPJS Kesehatan, berikutnya mengobservasi calon peserta BPJS Kesehatan. Maksudnya adalah untuk

memahami dan mencocokkan aktivitas yang dilakukan petugas dengan yang dilakukan calon peserta. Hal ini dapat dilihat hasil observasi awal sebagai berikut:

Peserta mengambil brosur tentang kepesertaan, dalam brosur terdapat beberapa persyaratan yang harus dipenuhi untuk mendapatkan kartu peserta BPJS Kesehatan. Dalam brosur itu mencakup tentang syarat peserta yaitu: foto copy KTP, foto copy KK, pas photo, peserta kemudian mengisi formulir yang telah tersedia. Selesai mengisi formulir, peserta menyerahkan kepada petugas atau staf BPJS Kesehatan. (Observasi Kamis, 7 Mei 2015).

Observasi tersebut menunjukkan kepesertaan bagi calon peserta harus memenuhi persyaratan kepesertaan mulai dari mengisi formulir, foto copy KTP, foto copy KK, pas foto 3x3 cm. Kemudian melakukan observasi lanjutan terhadap petugas BPJS Kesehatan sebagai berikut:

Peserta diberi penjelasan terlebih dahulu dan peserta disuruh membayar pendaftarannya atau iuran kepesertaannya di bank yang telah bekerjasama dengan BPJS Kesehatan. Peserta membayar ke Bank BNI yang ada di depan BPJS Kesehatan. Setelah menerima bukti pembayaran sesuai dengan kelas yang dilihnya yaitu kelas tiga, maka peserta mendaftarkan ke staf BPJS Kesehatan. Setelah persyaratan dianggap lengkap oleh petugas maka peserta diberi surat untuk mengambil kartu peserta di loket 5. Di loket 5 peserta dicetakkan kartu kepesertaannya. (Observasi Kamis, 7 Mei 2015).

Hasil observasi petugas BPJS Kesehatan yang ada di BPJS Center yang ada di RSD dr. Soebandi sebagai berikut:

Peserta BPJS Kesehatan datang di kantor Staf BPJS Center yang ada di RSD dr. Soebandi dengan membawa berkas. Berkas tadi diberikan kepada petugas BPJS Kesehatan yang ada di RSD dr. Soebandi. Selanjutnya berkas tadi diperiksa oleh petugas BPJS Kesehatan, setelah diperiksa selesai ditandatangani dan dikembalikan kepada peserta BPJS Kesehatan. (Observasi 13 Mei 2015 di BPJS Center).

Hasil observasi selanjutnya yang dilakukan peneliti di poli bedah sebagai berikut:

Peserta BPJS Kesehatan menunggu di poli mulai pagi jam 08.00 – 11.00 belum di panggil. Setelah tanya di petugas katanya suruh nunggu sampai jam 15.00, katanya obatnya belum ada. Peserta tadi

merasa kesal dengan pelayanan petugas, karena peserta tadi sebagai peserta PBI. (Obsevasi 20 Mei 2017 di Poli Bedah).

Berikutnya adalah pelayanan kesehatan yang diberikan RSD dr. Soebandi.

Hasil observasi awal pelayanan kesehatan sebagai berikut:

Peserta BPJS Kesehatan datang ke poli kandungan dengan menyerahkan surat rujukan dari puskesmas. Petugas medis memeriksa peserta BPJS Kesehatan. Setelah selesai memeriksa petugas medis meminta tanda tangan kepada peserta BPJS Kesehatan atas pelayanan yang telah diberikan. Kemudian peserta menandatangani bukti pelayanan yang diberikan oleh petugas medis poli kandungan. Petugas medis koordinasi dengan dokter, apa yang telah ditulis petugas medis. (Observasi 27 Mei 2015 di Poli Kandungan).

Hasil observasi peneliti untuk mengobservasi petugas BPJS Kesehatan berkaitan dengan kemitraan sebagai berikut:

BPJS Kesehatan tidak mengurus tentang rumah sakit itu bagaimana perilaku rumah sakit. Bagi BPJS Kesehatan terpenting adalah melakukan verifikasi atas usulan yang diajukan pihak rumah sakit (Observasi 13 Mei 2015 di BPJS Center).

Hasil observasi itu menunjukkan bahwa rumah sakit mengajukan usulan kepada BPJS Kesehatan. Kemudian BPJS Kesehatan melakukan verifikasi atas usulan yang diajukan oleh rumah sakit. Dari hasil verifikasi ada yang dikembalikan untuk dilengkapi.

Gambaran tersebut menunjukkan bahwa terdapat adanya persoalan kemitraan dalam pelayanan kesehatan. Pelayanan kesehatan itu penting untuk diteliti karena kondisi pelayanan kesehatan mahal. Pelayanan kesehatan dilaksanahn oleh rumah sakit, sedangkan pelayanan pembiayaan dilaksanakan oleh BPJS Kesehatan. Kemitraan yang dilakukan antara BPJS Kesehatan dengan RSD dr. Soebandi dalam pelayanan kesehatan, pelayanan kesehatan ini masuk dalam kerangka pelayanan publik.

Dalam mengkaji kemitraan BPJS Kesehatan ini, peneliti memilih RSD dr. Soebandi sebagai mitra BPJS Kesehatan dalam memberikan pelayanan kesehatan kepada peserta BPJS Kesehatan. Ada beberapa alasan atau argumentasi ilmiah

kritis mengapa peneliti memilih RSD dr. Soebandi sebagai mitra BPJS Kesehatan dibanding dengan rumah sakit yang ada. Beberapa alasan peneliti yaitu: 1) RSD dr. Soebandi merupakan rumah sakit milik pemerintah, 2) selain itu rumah sakit ini sebagai rumah sakit pendidikan dengan type B, 3) rumah sakit ini sebagai rumah sakit rujukan untuk wilayah Banyuwangi, Jember, Bondowoso, Situbondo, dan lumajang.

BPJS Kesehatan dalam menyelenggarakan jaminan kesehatan tidak dapat melayani sendiri, melainkan perlu bermitra dengan rumah sakit, karena rumah sakit ini sebagai penghasil pelayanan kesehatan. Definisi kemitraan menurut Wang (Ed.) (2000: 42), adalah sebagai berikut:

A partnership can be defined as: "collaborative activities among interested groups, based on a mutual recognition of respective strengths and weaknesses, working towards common agreed objectives developed through effective and timely communication. (Sebuah kemitraan dapat didefinisikan sebagai: "Kegiatan kerjasama antar kelompok yang mempunyai perhatian sama berdasar atas saling memahami kekuatan dan kelemahan masing-masing yang bekerja untuk mencapai tujuan yang telah disepakati bersama yang dikembangkan melalui komunikasi efektif dan tepat waktu.").

Definisi kemitraan menurut Wang di atas menunjukkan kerjasama yang dilakukan antar kelompok. Selanjutnya Magdalena Bexell and Ulrika Morth (2010:6) mendefinisikan kemitraan sebagai berikut:

Definitions of partnership usually include three criteria: participating actors, their goals, and the sharing of risk and responsibility (Schäferhoff et al., 2009: 453). *The bottom line of all types of partnership is that they are voluntary cooperative arrangements on public policy between actors from two or more societal spheres (state, market, and civil society) with nonhierarchical decision-making procedures* (cf. Steets, 2005: 25; Glasbergen, 2007: 2). (Definisi kemitraan biasanya mencakup tiga kriteria: aktor yang berpartisipasi, tujuan mereka, dan pembagian risiko dan tanggung jawab (Schäferhoff et al., 2009: 453). Inti dari semua jenis kemitraan adalah bahwa mereka adalah pengaturan kerjasama sukarela mengenai kebijakan publik antara aktor dari dua atau lebih lingkup masyarakat (negara bagian, pasar, dan masyarakat madani) dengan prosedur pengambilan keputusan non-hierarkis (bandingkan Steets, 2005: 25; Glasbergen, 2007: 2).

Penjelasan tersebut menunjukkan bahwa kemitraan itu sebagai kegiatan kerjasama yang dilakukan oleh lembaga. Dalam kerjasama itu terdapat adanya pengaturan kerjasama yang dilakukan secara sukarela dengan keputusan *non-hierarchis*. BPJS Kesehatan sebagai badan atau lembaga pemerintah begitu juga RSD dr. Soebandi lembaga pemerintah.

Ada suatu pengaturan kelembagaan dalam pelayanan kemitraan itu. Menurut E.S. Savas (1987: 62) bahwa:

Dengan membedakan antara menyediakan dan memproduksi layanan dengan benar, kita dapat melanjutkan membahas berbagai pengaturan kelembagaan dalam memberikan layanan.

Menurut Savas pengaturan kelembagaan itu dibedakan antara penyedia pelayanan dan penghasil pelayanan. Menurut Savas pemerintah dapat berfungsi sebagai pengatur (*arranger*) atau pemerintah dapat berfungsi penghasil (*producer*). Terkait dengan pendapat Savas tersebut, maka sebagai pengatur adalah BPJS Kesehatan sedangkan sebagai penghasil adalah RSD dr. Soebandi.

Dari uraian gambaran fenomena yang telah dipaparkan tersebut, kemudian kondisi yang diharapkan dan teori yang digunakan, maka ada beberapa alasan perlunya dikaji kemitraan atau kerjasama antara BPJS Kesehatan dengan Rumah Sakit Daerah dr. Soebandi Jember dalam pelayanan kesehatan. Alasan perlunya dikaji kemitraan itu antara lain yaitu: (1) adanya peserta BPJS Kesehatan yang seharusnya gratis, kenyataannya masih ada yang disuruh bayar oleh BPJS Kesehatan, (2) adanya kekhawatiran dari pihak RSD dr. Soebandi kepada BPJS Kesehatan, kalau BPJS Kesehatan tidak membayar kepada RSD dr. Soebandi, setelah pihak rumah sakit memberi pelayanan kesehatan, (3) adanya pelayanan kesehatan yang diberikan RSD dr. Soebandi kepada peserta BPJS Kesehatan kurang maksimal, (4) adanya pihak rumah sakit yang tidak mau memberikan pelayanan kesehatan, mamun memberikan pelayanan kesehatan jika mau membayar sendiri, (5) banyaknya keluhan dari masyarakat atas pelayanan kesehatan yang kurang baik oleh RSD dr. Soebandi, (6) tidak maksimalnya kualitas pelayanan kesehatan oleh petugas pelayanan kesehatan RSD dr. Soebandi, (7) adanya kekhawatiran

mengalami kerugian jika RSD dr. Soebandi melayani peserta BPJS Kesehatan, (8) faskes telah kerjasama dengan BPJS Kesehatan, (9) sudah mempunyai kartu BPJS Kesehatan masih disuruh membayar oleh pihak rumah sakit, padahal rumah sakit telah bekerjasama dengan BPJS Kesehatan, (10) peserta PBI telah dianggarkan oleh daerah Rp 15 miliar, (11) untuk peserta mandiri banyak mengalami macet, sehingga BPJS memperketat kepesertaannya.

Gambaran fenomena-fenomena tersebut menunjukkan peristiwa-peristiwa yang masih bersifat individual. Padahal antara pihak BPJS Kesehatan dengan pihak RSD dr. Soebandi telah mengadakan perjanjian kerjasama yang semestinya itu dapat ditangani karena sudah ada kerjasama. Secara singkat gambaran tersebut dapat dilihat pada tabel berikut.

Tabel 1.1 Gejala Masalah dan Tanggungjawab

No.	Gejala	Masalah	Tanggungjawab
1	2	3	4
1	Layanan kesehatan	Keruwetan dan salah sasaran	Rumah sakit
2	Keluhan masyarakat	Layanan rumah sakit kurang baik	Rumah sakit
3	Pelayanan kesehatan	Tidak maksimal pelayanan petugas rumah sakit	Rumah sakit
4	Rumah sakit akan rugi	Rumah sakit takut rugi kalau pasien BPJS Kesehatan bertambah banyak	BPJS Kesehatan
5	Peserta BPJS Kesehatan	Peserta 1.617.957 orang dilayani fasilitas kesehatan yang sudah bekerjasama dengan BPJS Kesehatan	BPJS Kesehatan
1	2	3	4
6	Peserta BPJS Kesehatan	Pasien berobat di rumah sakit masih dipungut biaya berobat padahal sudah bekerjasama dengan BPJS Kesehatan	BPJS Kesehatan

7	Penambahan APBD dari Rp 13 miliar menjadi Rp 15 miliar	Pembayaran premi BPJS Kesehatan (iuran)	Pemerintah daerah
8	Kepesertaan BPJS Kesehatan diperketat	Ada 13.000 peserta mandiri macet membayar	BPJS Kesehatan
9	Iuran peserta BPJS Kesehatan	Iuran peserta BPJS Kesehatan menunggak	BPJS Kesehatan
10	Kartu BPJS Kesehatan tidak langsung bisa digunakan	Kartu peserta BPJS Kesehatan tidak bisa langsung digunakan oleh peserta karena masih dalam masa tunggu	BPJS Kesehatan
11	Pasien bukan peserta BPJS membayar sendiri	BPJS Kesehatan tidak mau mengkover biaya yang bukan peserta	Pemerintah daerah
12	Peserta BPJS Kesehatan baru masuk	Peserta BPJS Kesehatan membayar uang untuk biaya membawa pulang pasien	Mandiri
13	Peserta BPJS Kesehatan tidak mendapat pelayanan kesehatan	BPJS Kesehatan dapat memutus kerjasama dengan rumah sakit apabila rumah sakit melanggar kerjasama	Rumah sakit
14	Verifikasi klaim	Lambatnya verifikasi klaim oleh BPJS Kesehatan	BPJS Kesehatan
15	Pembayaran oleh BPJS Kesehatan	Lambatnya pembayaran oleh BPJS Kesehatan, karena pemahaman petugas akan kode diagnose	BPJS Kesehatan
16	Prosedur pelayanan JKN-KIS kurang dipahami	Peserta BPJS Kesehatan kurang memahami prosedur pelayanan kesehatan	Rumah sakit
1	2	3	4
17	Pembayaran klaim tertunda	Pembayaran klaim oleh BPJS Kesehatan tertunda atau mundur	Rumah sakit

		karena kelengkapan administrasi pasien, dokumen	
18	Mencegah kecurangan klaim	BPJS Kesehatan mencegah terjadinya kecurangan klaim, dengan mengkaji ulang pemanfaatan dan audit klaim, hasilnya banyak tidak sesuai	BPJS Kesehatan
19	Pelayanan yang bermutu tidak diskriminatif	Masih ada rumah sakit yang membatasi pelayanan, membatasi waktu, dan menyuruh datang berulang-ulang bagi peserta BPJS Kesehatan	Rumah sakit
20	Perilaku buruk petugas rumah sakit	Besaran tarif dalam INA-CBGs sistem tarif layanan belum memadai	Pemerintah
21	Iuran peserta BPJS Kesehatan	Banyak peserta BPJS Kesehatan di Jember tidak membayar iuran, dan paling banyak kelas 3	Peserta mandiri
22	Nunggak dikenakan denda 2,5 persen	Peserta BPJS Kesehatan yang nunggak dikenakan denda 2,5 persen, baik yang mandiri maupun yang PBI APBD	Peserta mandiri dan Pemerintah daerah
23	Kepesertaan BPJS Kesehatan	Peserta PBI sebanyak 930.000 orang, peserta mandiri sebanyak 450.000 orang	BPJS Kesehatan
24	Kartu Peserta BPJS Kesehatan	Kartu peserta dapat digunakan setelah tujuh hari artinya kartu aktif setelah tujuh hari	BPJS Kesehatan
25	Peserta BPJS Kesehatan PBI	Peserta PBI BPJS Kesehatan menunggu mulai jam 08.00 – 11.00 belum dipanggil, oleh petugas suruh tunggu sampai jam 15.00 karena obat belum ada	Rumah sakit dan BPJS Kesehatan
26	Pelayanan peserta BPJS Kesehatan	Peserta BPJS Kesehatan setelah mendapatkan pelayanan, petugas meminta tanda tangan untuk administrasi	Rumah sakit

1.2 Rumusan Masalah

Masalah, merupakan penyimpangan dari apa yang seharusnya dengan apa yang terjadi, penyimpangan antara teori dengan praktik, penyimpangan antara aturan dengan pelaksanaan, dan penyimpangan antara pengalaman masa lampau dengan yang terjadi sekarang (Sugiyono, 2012: 29). Selanjutnya menurut Lincoln dan Guba (1985: 218) dalam Moleong (2006: 93) bahwa masalah suatu keadaan yang bersumber dari hubungan antara dua faktor atau lebih yang menghasilkan situasi yang menimbulkan tanda-tanya dan dengan sendirinya memerlukan upaya untuk mencari suatu jawaban. Faktor yang berhubungan tersebut dalam hal ini mungkin berupa konsep, data empiris, pengalaman, atau unsur lainnya. Jika kedua faktor itu diletakkan secara berpasangan akan menghasilkan sejumlah tanda-tanya, kesukaran yaitu sesuatu yang tidak dipahami atau tidak dapat dijelaskan pada waktu itu.

Perlu dipahami adalah bahwa dalam penelitian kualitatif masalah masih bersifat tentatif dan dapat berkembang setelah berada di lapangan. Hal ini sesuai dengan pendapat Sugiyono (2012: 30-31), bahwa dalam penelitian kualitatif, akan terjadi tiga kemungkinan terhadap “masalah” yang dibawa oleh peneliti dalam penelitian. Pertama masalah yang dibawa peneliti tetap, sehingga sejak awal sampai akhir penelitian sama. Kedua “masalah” yang dibawa peneliti setelah memasuki penelitian berkembang yaitu memperluas atau memperdalam masalah yang telah disiapkan. Ketiga “masalah” yang dibawa peneliti setelah memasuki lapangan berubah total, sehingga harus ganti masalah.

Jika dicermati gambaran latar belakang masalah dan alasan tersebut, kemitraan penyelenggaraan pelayanan kesehatan di Kabupaten Jember masih mengalami masalah. Masalah kemitraan itu berkaitan dengan penggunaan dana APBD untuk jaminan kesehatan. Banyaknya keluhan masyarakat terhadap pelayanan kesehatan di rumah sakit daerah masih kurang maksimal petugas rumah sakit dalam memberikan pelayanan kesehatan dan rumitnya administrasi pelayanan kesehatan. Kekhawatiran pihak rumah sakit akan mengalami kerugian jika rumah sakit itu melayani peserta BPJS Kesehatan. Jumlah peserta BPJS Kesehatan yang begitu banyak dan ditangani fasilitas kesehatan termasuk rumah sakit.

Peserta BPJS Kesehatan sudah memiliki kartu BPJS Kesehatan, pasien berobat masih dimintai biaya berobat. Pemerintah Daerah Kabuapten Jember sudah mengalokasikan dana APBD untuk mengasuransikan warga yang miskin melalui BPJS Kesehatan. Iuran peserta BPJS Kesehatan banyak yang mengalami kemacetan, sekitar 40 persen peserta mengalami macet membayar iuran di Kabupaten Jember, maka kepesertaan diperketat oleh BPJS Kesehatan yaitu semua anggota keluarga agar didaftar sebagai peserta BPJS Kesehatan. Kartu BPJS Kesehatan tidak langsung dapat digunakan melainkan ada masa tunggu aktif.

Masyarakat yang sakit namun pihak rumah sakit tidak mau merawat dan pihak BPJS Kesehatan tidak mau memberikan biaya, pihak RSD dr. Soebandi mau merawat adalah harus bayar sendiri. Peserta BPJS Kesehatan yang hendak dibawa pulang jenazahnya oleh keluarga dari RSD dr. Soebandi masih harus bayar sebagai jaminan, padahal almarhum peserta BPJS Kesehatan. Selanjutnya apabila ada rumah sakit yang melanggar kontrak kerjasama dengan BPJS Kesehatan, akan dikenakan sanksi berupa pemutusan hubungan kerjasama.

Sedangkan kondisi yang diharapkan dalam kemitraan bahwa fasilitas kesehatan milik pemerintah bekerjasama dengan BPJS Kesehatan memberikan pelayanan kesehatan bagi peserta BPJS Kesehatan dengan kelas pelayanan perawatan di rumah sakit sesuai kelas standar. BPJS Kesehatan wajib membayar fasilitas kesehatan atas pelayanan yang diberikan kepada peserta BPJS Kesehatan setelah pengusulan. Dengan demikian bahwa kondisi yang diharapkan dalam hubungan kemitraan BPJS Kesehatan dengan RSD dr. Soebandi adalah untuk meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan RSD dr. Soebandi, meningkatkan kualitas BPJS Kesehatan dalam memberi pelayanannya kepada peserta, dan peserta memperoleh manfaat pemeliharaan kesehatan.

Oleh karena itu atas dasar penjelasan gambaran di atas, perlu ditegaskan bahwa masalah kemitraan itu yang semula masalah individual terkait dengan kemitraan menjadi masalah kemitraan antara BPJS Kesehatan dengan RSD dr. Soebandi, karena sebagai peserta BPJS Kesehatan tentunya mendapat pelayanan kesehatan. Mengingat tujuan kemitraan adalah untuk memberikan pelayanan

kesehatan peserta BPJS Kesehatan. Dengan demikian maka rumusan masalah penelitian sebagai berikut:

- a. Bagaimana kemitraan lembaga jaminan kesehatan dalam perspektif hubungan antar pemerintahan? (studi kasus BPJS Kesehatan dengan RSD dr. Soebandi di Kabupaten Jember).
- b. Bagaimanakah pelaksanaan kemitraan lembaga jaminan kesehatan dalam perspektif hubungan antar pemerintahan? (studi kasus BPJS Kesehatan dengan RSD dr. Soebandi di Kabupaten Jember).
- c. Bagaimanakah model pelaksanaan kemitraan lembaga jaminan kesehatan dalam perspektif hubungan antar pemerintahan? (studi kasus BPJS Kesehatan dengan RSD dr. Soebandi di Kabupaten Jember).

Perlu dipahami bahwa RSD dr Soebandi ini sebagai rumah sakit rujukan terbesar di Kabupaten Jember. Jika rumah sakit di wilayah Kabupaten Jember dan sekitarnya tidak dapat melayani pasien peserta BPJS Kesehatan, maka rumah sakit itu dapat merujuk di RSD dr. Soebandi Jember. Itulah sebabnya peneliti memilih RSD dr. Soebandi Jember.

1.3 Tujuan Penelitian

Setiap penelitian mempunyai tujuan yang hendak dicapai, karena tujuan penelitian merupakan pemandu yang dapat memberi arah dalam melaksanakan penelitian. Oleh karena itu tujuan penelitian diperlukan agar pelaksanaan penelitian tidak keluar dari tujuannya. Menurut Moleong (2012: 94), tujuan suatu penelitian adalah upaya untuk memecahkan masalah.

BPJS Kesehatan sebagai lembaga penyelenggara yang menjamin kesehatan peserta, agar peserta BPJS Kesehatan mendapatkan pelayanan kesehatan yang memadai, maka BPJS Kesehatan bermitra dengan penyelenggara pelayanan kesehatan yang dalam penelitian ini adalah RSD dr. Soebandi Jember. Berdasarkan uraian di atas dan rumusan masalah penelitian, maka tujuan penelitian adalah:

- a. Untuk menjelaskan kemitraan lembaga jaminan kesehatan dalam perspektif hubungan antar pemerintah yaitu BPJS Kesehatan dengan RSD dr. Soebandi di Kabupaten Jember.

- b. Untuk menjelaskan pelaksanaan kemitraan lembaga jaminan kesehatan dalam perspektif hubungan antar pemerintah yaitu BPJS Kesehatan dengan RSD dr. Soebandi di Kabupaten Jember.
- c. Untuk membuat model kemitraan lembaga jaminan kesehatan dalam perspektif hubungan antar pemerintahan yaitu BPJS Kesehatan dengan RSD dr. Soebandi di Kabupaten

1.4 Manfaat Penelitian

Manfaat penelitian kemitraan antara Badan Penyelenggara Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan dengan Rumah Sakit Daerah dr. Soebandi Jember dalam pelayanan kesehatan di Kabupaten Jember dapat diklasifikasikan menjadi manfaat secara teoritis dan manfaat secara praktis. Manfaat secara teoritis dimaksudkan sebagai manfaat dalam rangka pengembangan Ilmu Administrasi Publik, karena teori-teori yang ada selama ini terkait dengan kemitraan masih beorientasi kemitraan antara sektor publik dengan sektor swasta. Sedangkan manfaat secara praktis dimaksudkan manfaat yang dapat diimplementasikan oleh lembaga publik yang saling bermitra.

1.4.1 Manfaat Secara Teoritis

Manfaat penelitian secara teoritis kemitraan antara BPJS Kesehatan dengan Rumah Sakit Daerah dr. Soebandi Jember dalam pelayanan kesehatan di Kabupaten Jember adalah berkontribusi untuk pengembangan model pelaksanaan kemitraan. Pengembangan ilmu administrasi publik dengan spesifikasi khusus kebijakan publik. Berbagai literatur hasil penelitian bahwa kemitraan itu lebih banyak dikaji pada sektor publik dan sektor swasta. Namun sebenarnya dalam kemitraan itu tidak kalah pentingnya yang dikaji antara sektor publik dengan sektor publik. Oleh karena itu hasil penelitian akan dapat menambah khasanah untuk kelembagaan publik dalam melakukan kemitraan.

1.4.2 Manfaat Secara Praktis

Hasil penelitian ini selain dapat memberikan manfaat secara teoritis, dapat pula memberikan manfaat secara praktis. Manfaat secara praktis bagi lembaga penyelenggara pelayanan publik dapat meningkatkan kualitas pelayanan, sehingga pengguna pelayanan publik dapat merasakan lebih baik dalam memanfaatkan fasilitas pelayanan publik. Selain itu manfaat bagi penyelenggara pelayanan publik dapat membantu mengatasi permasalahan terkait kemitraan pelayanan publik bagi pengguna, sehingga lembaga pelayanan publik dapat bermitra yang saling menguntungkan.

Manfaat praktis hasil penelitian bagi BPJS Kesehatan dan RSD dr. Soebandi adalah dapat dijadikan model pelaksanaan kemitraan dalam peningkatan kualitas pelayanan kesehatan bagi peserta BPJS Kesehatan. Sehingga peserta BPJS Kesehatan dalam memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan sesuai dengan kelas kepesertaannya dapat merasakan kenyamanan. Selain itu manfaat praktis bagi para peneliti adalah dapat dijadikan rujukan bagi peneliti berikutnya yang penelitiannya terkait dengan kemitraan.

Hasil penelitian selain dapat memberi manfaat seperti tersebut di atas, dapat pula bermanfaat bagi peserta BPJS Kesehatan. Peserta BPJS Kesehatan dapat merasakan peningkatan kualitas pelayanan jaminan kesehatan yang diberikan oleh BPJS Kesehatan. Peserta BPJS Kesehatan dapat merasakan peningkatan kualitas pelayanan kesehatan yang diberikan RSD dr. Soebandi. Sehingga peserta BPJS Kesehatan tidak merasa ragu untuk memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan RSD dr. Soebandi Jember.

BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Tinjauan Penelitian Terdahulu

Tinjauan penelitian terdahulu merupakan hasil penelitian terdahulu yang digunakan sebagai acuan dalam berpikir. Peneliti mengemukakan beberapa hasil penelitian terdahulu berhubungan dengan fokus penelitian yang dilaksanakan peneliti. Hasil penelitian dimaksud merupakan hasil penelitian yang relevan dari para ahli termuat dalam Jurnal Internasional maupun Jurnal Nasional untuk menunjukkan posisi penelitian yang dilakukan oleh peneliti.

Hasil penelitian yang terkait dan pernah diteliti peneliti terdahulu sebagai berikut : 1) Constantinescu (2012: 31-54), berjudul: *Public-Private Partnership Role in Increasing the Quality of the Health Insurance Service* (Peran Kemitraan Publik-Swasta dalam Meningkatkan Mutu Pelayanan Asuransi Kesehatan); 2) Ron (2010: 77-94), berjudul: *Health Care as a Social Security Benefit: Institutional Approaches to Extending Coverage* (Perawatan Kesehatan sebagai Manfaat Jaminan Sosial: Pendekatan Institusional untuk Memperluas Cakupan); 3) Dong and Cui (2010:236-250), berjudul: *The Role of Government in Social Security* (Peran Pemerintah dalam Jaminan Sosial); 4) Lehtonen and Leukko (2012: 33-44), berjudul: *The Form and Limits of Insurance Solidarity*; 5) You (2013: 140-144), berjudul: *The Feasibility Study on Establishing Elderly Care Insurance in China* (Studi Kelayakan untuk Membangun Asuransi Perawatan Lansia di China); 6) Mihalyi (2012), berjudul: *Spending cuts and centralization in Hungarian health care as a response to the international financial crisis* (Pemotongan pengeluaran dan sentralisasi di Hungaria kesehatan sebagai menanggapi internasional krisis keuangan); 7) Arifada dan Rochmah (2015), berjudul: Analisis Sistem Kemitraan dalam Program Imunisasi Berdasarkan Peran Perangkat Desa, Bidan Desa, dan Masyarakat; 8) Yustiawan (2013), berjudul: Manajemen Klinik dalam Persiapan Kerjasama dengan BPJS Kesehatan. Jurnal Administrasi Kesehatan Indonesia Volume 1 Nomor 3 Juli – Agustus 2013. FKM unair Surabaya; 9) Budiyo; Suparwati; Syamsulhuda BM; Nikita (2012), berjudul: Kemitraan Bidan dan Dukun dalam mendukung Penurunan Angka Kematian Ibu di Puskesmas Mranggan 1 Kabupaten Demak. Media Kesehatan Masyarakat Indonesia, Vol. 11 / No. 1, April 2012. FKM Undip Semarang; 10) Dewi; Hardjianto; Mindarti (2013), berjudul:

Kemitraan Peternak Sapi Perah dengan KUD “Batu” dalam Meningkatkan Ekonomi Masyarakat Peternak Sapi Perah.

Menurut Constantinescu (2012: 31-54), kemitraan antara sektor publik dengan sektor swasta adalah untuk meningkatkan kepuasan dan pelayanan peserta asuransi, selain itu dapat memperbesar keuntungan berinvestasi baik bagi peserta maupun pihak perusahaan asuransi, sedangkan sektor publik sebagai tanggungjawab kepada masyarakat tentang pengeluaran uang publik. Dari sudut teoritis kemitraan sektor publik dengan swasta ditopang oleh “teori pilihan publik” dan berjalannya kemitraan tersebut dikondisikan oleh kompatibilitas tujuan para pihak yang bermitra, kemudian koordinasi keputusan-keputusan mereka dan keputusan penempatan sumberdaya bersama-sama demi realisasi tujuan bersama kedua belah pihak *“From the theoretical point of view, public-private partnership is sustained by the “public choice theory”, and its functioning is conditioned by partners’ goals compatibility, by decisions coordination and by deciding to put together resources for the realization of shared common goal”* (Dari sudut pandang teoritis, kemitraan publik-swasta didukung oleh "teori pilihan publik", dan fungsinya dikondisikan sesuai tujuan mitra, koordinasi keputusan dan memutuskan untuk mengumpulkan sumber daya guna mewujudkan tujuan bersama-sama).

Selanjutnya dijelaskan mereka bahwa model kemitraan itu berkaitan dengan paket pelayanan kesehatan yang dibiayai dari anggaran publik. Anggaran publik itu diperoleh dengan cara mengumpulkan uang sumbangan yang dikumpulkan dari karyawan dan majikan untuk dana kesehatan. Kemitraan publik dan swasta ini untuk meningkatkan pelayanan dan memperbesar keuntungan insurans dan perusahaan asuransi. Manfaat asuransi kesehatan dalam layanan kesehatan dapat meningkatkan minat kemitraan bukan hanya karena menutupi kategori risiko berbeda, tetapi karena melibatkan penggunaan jumlah sumber daya yang cukup besar.

Selanjutnya dijelaskan Constantinescu bahwa kemitraan sektor asuransi publik dan asuransi swasta dalam pelayanan kesehatan dapat meningkatkan kepuasan peserta asuransi kesehatan dan juga meningkatkan keuntungan bagi peserta, termasuk keuntungan bagi pihak asuransi swasta. Namun untuk asuransi

publik sebagai bentuk tanggungjawab asuransi publik dalam pengelolaan dana asuransi yang dikumpulkan melalui para pekerja.

Perbedaannya penelitian Constantinescu dengan penelitian penulis adalah jenis kegiatan pihak yang bermitra. Pada penelitian Constantinescu lembaga yang bermitra mempunyai jenis kegiatan yang sama, yaitu asuransi. Sedangkan pada penelitian peneliti yaitu lembaga yang bermitra jenis kegiatannya berbeda, yaitu satu pembiayaan yang satunya lagi pelayanan.

Menurut Ron (2010: 77-94), dalam tulisannya berjudul: *Health Care as a Social Security Benefit: Institutional Approaches to Extending Coverage*, untuk mencapai cakupan perawatan kesehatan universal dibutuhkan perpaduan yang tepat dengan skema asuransi sosial iuran wajib, dan membuat mekanisme untuk menyertakan penduduk bekerja sektor informal, dan bantuan sosial berbasis pada kontribusi pajak pendapatan yang berasal dari mereka sendiri.

Tulisan Ron tersebut bahwa untuk mencapai cakupan pelayanan kesehatan universal melalui iuran wajib. Selain itu melibatkan penduduk yang bekerja di sector informal untuk ikut dalam iuran wajib tersebut. Kemudian untuk bantuan sosial diambilkan dari pajak yang berasal dari penduduk itu sendiri. Perbedaan dengan penelitian peneliti adalah penelitian ini berkaitan dengan kemitraan antara BPJS Kesehatan dengan RSD dr. Soebandi dalam pelayanan kesehatan.

Dong and Cui (2010:236-250), dalam tulisannya yang berjudul: Peran Pemerintah dalam Jaminan sosial "*The Role of Government in Social Security*" membandingkan sistem jaminan sosial di Republik Rakyat Cina dan di Amerika Serikat dan menganalisis peran pemerintah dalam sistem tersebut. Fokus analisis adalah membandingkan tiga aspek yaitu: konsep dan isi dari sistem jaminan sosial, kebijakan jaminan sosial (kesejahteraan), dan administrasi jaminan sosial dan keuangan. Dong and Cui menunjukkan bahwa ideologi umum pemerintah kedua negara mengadakan kebijakan tentang sistem jaminan sosial, termasuk komposisi jaminan sosial (kesejahteraan), polis asuransi sosial, dan administrasi jaminan sosial. Namun, perbedaan yang jelas adalah dalam bantuan sosial dan kebijakan sosial keuangan. Perbedaan ini membuat kebijakan jaminan sosial Cina kurang efektif dibandingkan dengan Amerika Serikat. Temuan ini menunjukkan bahwa

pemerintah China harus memikirkan kembali sistem jaminan sosial, menyesuaikan kebijakan asuransi sosial, mendorong reformasi sistem bantuan sosial, dan memperkuat bantuan pemerintah untuk jaminan sosial di masa depan.

Lehtonen and Leukko. (2012: 33-44) menyatakan bahwa dalam ' risiko ' praktek asuransi selalu didefinisikan dalam istilah-istilah teknis. Di sisi lain dan pada saat yang sama asuransi memiliki koneksi yang melekat pada solidaritas. Ketika mengambil sebuah asuransi salah satu berpartisipasi dalam solidaritas risiko di mana setiap anggota saling bertanggung jawab untuk risiko lain. Mereka telah mengajukan dua pertanyaan, yang pertama telah berurusan dengan konsepsi solidaritas yang dibangun dalam praktek asuransi, dan yang kedua dengan batas-batas solidaritas. Berikut ini, mereka meringkas kesimpulan berkaitan dengan pertanyaan-pertanyaan ini. Perhitungan risiko teknis dan penilaian keuangan hal adalah inti dari praktek asuransi.

Namun dalam hubungan abstrak dan teknis antara orang-orang, dimediasi oleh asuransi, itu bukan pertanyaan dari “tangan tak terlihat” solidaritas. Sebaliknya, kebersamaan dan komunalitas diatur dalam cara yang sangat terlihat. Apa yang membedakan solidaritas asuransi dari konsepsi yang lebih luas solidaritas, atau pemahaman umum dari kata yang menekankan ikatan emosional, adalah bahwa anggota dari solidaritas asuransi tidak perlu menunjukkan saling kasih sayang, juga tidak perlu mengidentifikasi satu sama lain. Sebaliknya, apa yang penting adalah tanggung jawab bersama, timbal balik dan pemahaman keadilan bersama. Yang paling penting, dalam asuransi, semua hadir dalam bentuk kontrak, dan dimensi solidaritas oleh perhitungan teknis. Solidaritas asuransi dapat mengambil setidaknya tiga bentuk yang berbeda. Selain kesempatan solidaritas, ada dua bentuk subsidi solidaritas yaitu subsidi solidaritas risiko dan subsidi solidaritas pendapatan. Kesempatan solidaritas hadir dalam segala bentuk asuransi.

You (2013: 140-144), bahwa penuaan penduduk dan perubahan struktur keluarga, namun karena konsep tradisional dukungan keluarga maka kesadaran asuransi lemah dan secara nasional kurang. Kemampuan untuk membayar baik pribadi maupun perusahaan kurang pada asuransi produk baru. Belajar dari pengalaman negara maju, dan meningkatkan publisitas china dapat meningkatkan

kesadaran asuransi perawatan lansia yang sesuai dengan kondisi nasional china. Asuransi perawatan lansia di China menggunakan pola menggabungkan asuransi sosial dengan asuransi komersial.

Tulisan Mihalyi (2012:173-186) bahwa mengganti skema asuransi sosial kesehatan diganti dibiayai oleh sistem pajak. Pemerintah memotong 1% dari PDB untuk biaya kesehatan masyarakat. Hal dilakukan dalam upaya Pemotongan pengeluaran dan sentralisasi di kesehatan Hungaria dalam menanggapi krisis keuangan internasional.

Tulisan Mihalyi tersebut menunjukkan bahwa asuransi social kesehatan dibiayai oleh pajak, dengan cara memotong pajak PDB sebesar 1 pesen. Potongan pajak itu untuk biaya kesehatan masyarakat. Perbedaan dengan penelitian peneliti adalah kemitraan ini antara BPJS Kesehatan dengan RSD dr. Soebandi dalam pelayanan kesehatan.

Arifada dan Rochmah (2015) menunjukkan bahwa berdasarkan hasil analisis proses kemitraan, hampir seluruh desa belum mempunyai kesepakatan secara tertulis dengan pihak Puskesmas Pamolokan. Kesepakatan tertulis ini diperlukan guna menambah motivasi kepada masyarakat agar membawa anaknya untuk diimunisasi secara sadar dan sukarela.

Penelitian Arifada dan Rochman tersebut menunjukkan bahwa kemitraan oleh puskesmas dengan pihak desa tidak dilakukan secara tertulis. Karena tidak secara tertulis maka berarti banyak anak waktunya imunisasi dapat tidak mendapat imunisasi, karena anak tidak dibawa ke puskesmas. Hal ini berarti kesadaran masyarakat masih belum banyak tumbuh. Perbedaa penelitian Arifada dan Rochman dengan peneliti adalah penelitian mereka kemitraa itu didasarkan atas kepercayaan saja, tidak dilakukan secara tertulis. Namun kemitraan penelitian ini antara BPJS Kesehatan denga RSD dr. Soebandi dilakukan secara tertulis dan dengan kontrak kerjasama.

Selanjutnya menurut Yustiawan (2013), bahwa persiapan kerjasama dengan BPJS Kesehatan minimal ada 7 unsur yang harus ditata dan dipersiapkan sebuah klinik dalam rangka menyongsong era BPJS Kesehatan tahun 2014 antara lain: 1)

legalitas, 2) sumberdaya manusia, 3) fasilitas, sarana dan prasarana, 4) standarisasi, 5) pemasaran, 6) tarif, dan 7) sistem informasi.

Hasil penelitian yustiawan menunjukkan bahwa sebelum melakukan kerjasama dengan BPJS Kesehatan diperlukan adanya persiapan-persiapan itu. Artinya suatu lembaga jika akan melakukan kerjasama persiapan 7 unsur itu perlu dilakukan. Namun berbeda dengan penelitian penulis yang dikaji adalah kemitraan antara BPJS Kesehatan dengan RSD dr. Soebandi dalam hal pelayanan kesehatan. Itulah yang membedakan penelitian Yustiawan dengan yang dikaji penelitian penulis sekarang.

Menurut Budiyono; dkk. (2012), semua dukun setuju dengan keberadaan bidan demikian halnya sebaliknya bidan, termasuk jika menjalin kerjasama. Bidan rela memberikan sebagian pendapatannya untuk dukun bayi dan bentuk yang bisa diberikan dukun adalah memberikan informasi tentang keberadaan bumil, termasuk kondisinya, selain juga keduanya rela mengeluarkan biaya untuk transportasi.

Hasil penelitian Budiyono, dkk menunjukkan bahwa adanya kemitraan antara bidan dengan dukun bayi. Kemitraan antara bidan dengan dukun bayi itu tidak dilakukan secara tertulis, namun secara tidak tertulis. Dalam kerjasama itu bidan dapat memberikan sebagian pendapatannya untuk dukun bayi, sebaliknya dukun bayi memberikan informasi tentang keberadaan ibu hamil di wilayah itu. Dengan demikian pihak bidan mendapatkan keuntungan informasi, begitu juga pihak dukun bayi mendapat imbalan uang dari bidan. Kemitraan yang dilakukan bidan dengan dukun adalah perorangan atau individual. Perbedaan dengan penelitian yang penulis teliti adalah bahwa penelitian penulis terkait dengan kemitraan yang dilakukan antara BPJS Kesehatan dengan RSD dr. Soebandi dalam hal pelayanan kesehatan. Kemitraan itu antara dua lembaga publik yaitu rumah sakit dan BPJS Kesehatan.

Menurut Dewi, et.al; (2013), mereka meneliti tentang kemitraan antara masyarakat peternak sapi perah dengan KUD "Batu". Dalam penelitian mereka terjadi kemitraan antara sektor publik dan sektor privat. Sektor publik adalah masyarakat peternak sapi dan sektor private adalah koperasi. Antara sektor publik dan sektor private yang saling bekerjasama untuk meningkatkan kualitas dalam

pembuatan susu dan meningkatkan ekonomi masyarakat peternak sapi perah. Masyarakat disini sebagai produsen susu yang selanjutnya dikelola oleh koperasi dalam penetapan standar agar diproses lebih lanjut untuk siap dipasarkan ke pihak ketiga yaitu pabrik susu Nestle. Hasil penelitian menunjukkan bahwa terlihat dalam kemitraan ini cukup berhasil karena kemitraan ini menguntungkan masyarakat dan KUD “Batu”. Masyarakat peternak dapat mewujudkan stabilitas perekonomian yang akhirnya mampu meningkatkan taraf pendidikan dan pembangunan rumah-rumah dan jalan yang biasa dirasakan masyarakat, bagi KUD “Batu” dapat meningkatkan populasi sapi perah, dapat meningkatkan jumlah produksi susu dan dapat memupuk modal yang akhirnya dapat meningkatkan pelayanan kepada peternak sapi perah. Paparan di atas lebih jelasnya dapat dilihat pada tabel berikut ini.

Tabel. Perbedaan Penelitian Terdahulu dengan Penelitian Sekarang

No	Tahun	Nana Jurnal	Pengarang	Judul	Masalah	Temuan	Perbedaan dengan Penelitian sekarang
1	2012	Theoretical and Applied Economics Volume XIX (2012), No. 10(575), pp. 31-54	Constantinescu, Dan	Public-Private Partnership Role in Increasing the Quality of the Health Insurance Service	Meningkatkan kepuasan layanan kesehatan insurant,	Model partnership berkaitan dengan paket pelayanan kesehatan dasar yang dibiayai anggaran publik. Jumlah uang sumbangan yang dikumpulkan dari karyawan dan majikan untuk dana kesehatan	Partnership publik dan swasta ini untuk meningkatkan pelayanan kesehatan peserta. Perbedaan dengan penelitian sekarang adalah partnership BPJS dengan rumah sakit lebih menguntungkan insurant karena mendapat kepastian jaminan sosial bidang kesehatan
2	2010	USA. International Social Security Review, Vol. 63, 1/2010, pp. 77-94	Ron, Aviva	Health Care as a Social Security Benefit: Institutional Approaches to Extending Coverage	cakupan perawatan kesehatan universal	Untuk mencapai cakupan perawatan kesehatan universal membutuhkan perpaduan yang tepat dengan skema asuransi sosial iuran wajib, dan mekanisme untuk menyertakan penduduk bekerja sektor informal, dan bantuan sosial berbasis pajak bagi mereka yang pendapatannya kontribusi mereka sendiri.	Kemitraan dengan penyelenggara jaminan sosial kesehatan belum dibahas dari tulisan Ron, Aviva.
3	2010	Public Performance & Management Review, Vol. 34, No. 2, December	Dong, Keyong. Cui, Peng	The Role of Government in Social Security	membandingkan sistem jaminan sosial di Republik Rakyat Cina dan di Amerika Serikat dan menganalisa peran pemerintah dalam sistem jaminan sosial	pemerintah kedua negara mengadakan sama-sama menerapkan sistem jaminan sosial. Namun, perbedaan yang jelas adalah dalam bantuan sosial dan kebijakan sosial keuangan	Dalam tulisan tersebut yang dijelaskan perbedaan kedua negara dalam jaminan sosial antara Pemerintah Amerika Serikat dengan Pemerintah Cina. Perbedaan dengan penelitian ini adalah belum

		2010, pp. 236–250					adanya partnership antara lembaga jaminan sosial dengan lembaga rumah sakit dalam pelayanan kesehatan
4	2012	Springer Science+Business Media B.V. 2012	Turo-Kimmo Lehtonen • Jyri Liukko	The Forms and Limits of Insurance Solidarity (Bentuk dan Batas Asuransi Solidaritas)	Apa jenis konsepsi solidaritas yang dibangun dalam teknologi asuransi ? Dan bagaimana batas-batas solidaritas didefinisikan dan dibenarkan dalam berbagai bentuk asuransi ?	Ketika mengambil sebuah asuransi , satu berpartisipasi dalam kolam risiko di mana setiap anggota saling bertanggung jawab untuk risiko lain. kombinasi teknis pengendalian dan solidaritas telah membuat asuransi suatu alat yang efektif untuk mengatur kesejahteraan masyarakat selama abad kedua puluh	Solidaritas pendanaan dalam asuransi sesuai premi yang dibayarkan. Namun dalam penelitian saya bagi yang belum asuransi dijamin pemerintah dalam pelayanan kesehatan
5	2013	International Journal of Business Administration Vol. 4, No. 6, 2013. Online Published November 8, 2013.	You, Junzhen	The feasibility study on establishing elderly care insurance in china(studi kelayakan membangun asuransi perawatan lansia di China	Penuaan penduduk dan perubahan struktur keluarga, namun karena konsep tradisional dukungan keluarga maka kesadaran asuransi lemah dan secara nasional kurang. Kemampuan untuk membayar baik pribadi maupun perusahaan kurang pada asuransi produk baru	Belajar dari pengalaman negara maju, dan meningkatkan publisitas china dapat meningkatkan kesadaran asuransi perawatan lansia yang sesuai dengan kondisi nasional china. Asuransi perawatan lansia di china menggunakan pola menggabungkan asuransi sosial dengan asuransi komersial	You hanya meneliti tentang pelayanan yang terkait dengan lansia, namun dalam penelitian saya mencakup berbagai usia pengguna pelayanan
6	2012	International Journal of Healthcare Management 2012 Vol. 5 No. 3	Mihalyi, Peter	Spending cuts and centralization in Hungarian health care as a response to the international financial crisis (Pemotongan pengeluaran dan sentralisasi di Hungaria kesehatan sebagai menanggapi internasional krisis keuangan)	Mengganti skema asuransi sosial kesehatan diganti dibiayai oleh sistem pajak	Akibat krisis keuangan global, pemerintah membiayai biaya kesehatan bagi masyarakat Pemerintah memotong 1% dari PDB untuk biaya kesehatan masyarakat	Biaya untuk pelayanan kesehatan dapat bersumber dari bantuan pemerintah pusat dan daerah, premi dari masyarakat

Penelitian terdahulu bahwa kemitraan itu dibahas dalam konteks kemitraan publik dan swasta atau *public private partnership* (PPP), berkaitan dengan pelayanan kesehatan dasar yang anggarannya dari anggaran publik. Kemitraan ini antara lembaga jaminan sosial kesehatan dengan asuransi sosial kesehatan. Belum nampak kemitraan yang jelas antara lembaga jaminan sosial kesehatan.

Untuk pelayanan kesehatan yang menyeluruh perlu skema asuransi sosial iuran wajib bagi peserta, dan penduduk yang bekerja sektor informal mendapat bantuan sosial dari pajak. Kemudian penelitian tentang penerapan sistem jaminan sosial sosial di Amerika Serikat dan di Cina, keduanya sama-sama menerapkan sistem jaminan sosial. Namun penelitian tidak membahas tentang kemitraan antara jaminan kesehatan antara lembaga-lembaga jaminan kesehatan.

Dalam asuransi setiap anggota ikut bertanggungjawab untuk resiko, solidaritas telah membuat asuransi alat efektif. Namun dalam penelitian penulis asuransi dijamin oleh pemerintah. Pemerintah membiayai kesehatan masyarakat melalui pemotongan satu persen PDB. Untuk penelitian ini biaya pelayanan kesehatan bersumber dari bantuan pemerintah pusat, pemerintah daerah, dan premi dari masyarakat.

2.2 Tinjauan Teoritis

Dalam suatu penelitian ilmiah diperlukan adanya pandangan teoritis yang akan mendasari pemikiran peneliti dalam memecahkan masalah penelitian. Istilah khusus yang digunakan untuk menggambarkan pandangan teoritis ini dinamakan dengan landasan teori. Sebagai landasan teori, maka peneliti menjelaskan tentang administrasi publik sebelum Wilson, teori administrasi, paradigma administrasi publik, OPA, NPM, dan NPS.

2.2.1 Administrasi Publik Sebelum Wilson

Untuk melihat perkembangan administrasi publik ini, peneliti akan menjelaskan perkembangan administrasi publik sebelum Wilson. Istilah “Administrasi publik” sebelum Wilson belum banyak diketemukan diberbagai literatur, namun banyak berbagai literatur yang berkenaan dengan filsafat kenegaraan, hukum, dan politik seperti dalam buku Confusius, Plato, Aristoteles, Machiavelli, de Montesquieu, Rousseau, Bonnin, Hegel, Vivien dan Mill yang menggambarkan adanya disiplin administrasi publik, bahkan telah ada perhatian khusus terhadap pengembangan disiplin tersebut (Martin, 1989: 14-22) dalam T. Keban, Meramis (2004: 27).

Dalam pemikiran Confosius yang disampaikan muridnya adalah tentang prinsip administrasi yang baik. Dalam prinsip tersebut Confosius mengajarkan bahwa pelayanan publik harus memiliki moralitas yang baik. Pihak pemerintah beserta anak buahnya dalam memberikan pelayanan hendaknya melayani dengan memiliki hubungan paternalistik yang baik, memberikan contoh yang baik kepada pihak yang diberi pelayanan (T. Keban, Meramis 2004: 27).

Plato dalam karyanya berjudul “The Laws”, dalam T. Keban, Meramis (2004: 27) mengungkapkan tentang praktek-praktek administrasi pemerintahan Yunani kuno. Plato membagi administrasi menjadi tiga cabang yaitu pengawas kota, pengawas “agora” dan pengawas tempat ibadah. Plato menggambarkan bagaimana menentukan jumlahnya, metode melakukan seleksi sebelum bekerja, menentukan tugas dan kewajibannya, serta sangsi yang diterapkan kepada mereka jika melakukan pelanggaran. Selanjutnya Aristoteles dalam “Politics”

menambahkan satu jenis pengawas lagi yaitu pengawas daerah pedalaman. Aristoteles juga memberikan perhatian kepada metode pemilihan atau seleksi para pegawai atau juga pengawas tersebut.

Begitu juga Niccolo Machiavelli dalam bukunya "*The Prince*" dalam T. Keban, Meramis (2004: 27) mengungkapkan betapa pentingnya memiliki pelayan publik yang mampu membantu raja. Para pelayan atau pembantu tersebut harus selalu dipuji agar produktivitas tetap tinggi. Sementara itu de Montesquieu dalam "*The Spirit of Laws*" mengungkapkan perbedaan antara sistem hukum dan administrasi di mana sistem administrasi lebih difokuskan kepada fungsi regulasi karena mengandalkan pedoman-pedoman operasional, sedangkan sistem hukum lebih menekankan aturan-aturan hukum yang belaku.

Jean Jacques Rousseau dalam "*The Social Contract*" dalam T. Keban, Meramis (2004: 28) berpendapat bahwa ketika negara menjadi bertambah besar, beban administrasi menjadi lebih besar karena harus menagih pajak dari penduduk lokal dalam rangka mendukung kegiatan administrator di berbagai tingkatan. Kemudian Charles-Jean Baptiste Bonnin dalam bukunya "*Principes d'administration publique*", mengungkapkan bahwa administrasi publik merupakan subyek yang sangat penting bagi negara Perancis karena itu ia mengusulkan prinsip-prinsip administrasi publik khususnya bagi Perancis. Dalam tulisannya ia juga mengusulkan untuk melakukan training khusus dibidang administrasi. Ia melihat politik sebagai ilmu semata, sedangkan administrasi tidak saja sebagai ilmu tetapi juga sebagai seni. Sebagai seni, administrasi lebih sulit dipelajari, oleh karena itu lebih penting dan lebih mendesak melatih para administrator. Administrasi tidak saja membutuhkan keahlian tetapi juga moralitas dalam melayani negara.

Selanjutnya George Wilhelm Friedrich Hegel dalam bukunya "*The Philosophy of Rights*" dalam T. Keban, Meramis (2004:28) bahwa pelayanan sipil dapat berfungsi sebagai "*buffer*" melawan tirani. Fungsi eksekutif baik pada tingkat atas maupun tingkat bawah harus "*nyambung*". Menurutnya, negara yang memiliki struktur kelas menengah yang besar (karena kelas ini banyak terlibat dalam pelayanan sipil) akan mengontrol pemerintahan yang korup. Di Perancis, ada

seorang penulis terkenal bernama Vivien, menulis “*Etudes administratives*” tentang studi administrasi publik yang belum sempat diterjemahkan dalam bahasa Inggris. Menurut Vivien, ada dikotomi administrasi dan politik. Kekuasaan eksekutif dibagi dalam dua cabang yaitu politik yang memiliki pedoman atau arah moral terhadap kepentingan umum negara, dan cabang administratif yang secara prinsipil nampak dalam kinerja pelayanan publik.

Kemudian John Stuart Mill dalam bukunya “*On Liberty*” dalam T. Keban, Meramis (2004:29) mengungkapkan bahwa perlu dibatasi campur tangan pemerintah dalam urusan-urusan lokal dan pribadi, sebagai konsekuensi dari sifat ekspansi birokratis. Demikian pula ujian seleksi masuk pegawai di Inggris telah memunculkan birokrasi sedemikian rupa sehingga penduduk menjadi tidak mampu melindungi dirinya sendiri.

Gambaran tersebut sebagai penjelasan tentang perkembangan administrasi publik sebelum Wilson, maka yang ada adalah masih terjadi perdebatan atau dikotomi antara administrasi dengan politik. Oleh karena itu berarti isu dikotomi administrasi publik dan politik ini sudah lama ada. Setelah mengetahui tentang administrasi publik sebelum Wilson, berikutnya yang perlu dijelaskan adalah paradigma administrasi publik.

2.2.2 Paradigma Administrasi Publik

Selanjutnya perlu dipahami tentang paradigma-paradigma yang ada dalam administrasi publik. Dalam perkembangan ilmu administrasi publik, terdapat lima paradigma menurut Henry, Nicholas (1999: 31-65) yaitu Paradigma 1: Dikotomi Politik/Administrasi 1900-1926, Paradigma 2: Prinsip-Prinsip Administrasi Publik 1927-1937, Paradigma 3: Administrasi Publik sebagai Ilmu Politik 1950-1970, Paradigma 4: Administrasi Publik sebagai Ilmu Administrasi 1956-1970, Paradigma 5: Administrasi Publik sebagai Administrasi Publik 1970 - sekarang. Paradigma ini dijelaskan satu persatu berikut ini.

a. Paradigma 1: Dikotomi Politik/Administrasi 1900 - 1926

Tokoh-tokoh yang terkenal dalam paradigma ini adalah Frank J. Goodnow dan Leonard D. White. Goodnow dalam bukunya berjudul “*Politics and Administration*” (1900) berpendapat bahwa politik harus berhubungan kebijakan atau berbagai masalah berkaitan dengan tujuan negara, sedangkan administrasi harus berhubungan dengan pelaksanaan kebijakan tersebut. Kemudian Leonard D. White (1926) dalam bukunya berjudul “*Introduction to the Study of Public Administration*”, pada saat itu administrasi publik mendapat pengakuan sebagai akademis. Buku itu sebagai pelajaran yang membahas secara menyeluruh bidang Administrasi Publik (T. Keban, Meramis 2004: 30).

Penekanan dalam paradigma 1 adalah pada lokus (tempat) di mana administrasi publik harus berada. Hasil paradigma 1 adalah memperkuat pemikiran dikotomi politik/administrasi yang berbeda. Sesuatu yang dipelajari dengan cermat oleh para ahli administrasi publik adalah lembaga eksekutif sebagai wilayah keilmuan administrasi publik. Sedangkan studi pembuatan kebijakan publik menjadi kajian para ahli ilmu politik. Dalam paradigma ini hanya ditekankan pada aspek lokus saja yaitu birokrasi pemerintahan, tetapi fokusnya kurang dikembangkan dan kurang dibahas secara terperinci.

b. Paradigma 2: Prinsip-Prinsip Administrasi Publik 1927 - 1937

Dalam paradigma ini tokoh-tokoh yang terkenal antara lain: Willoughby dengan karyanya yang berjudul *Principles of Public Administration* (1927); Gullick and Erwick: *Papers on The Science of Administration* (1937); Mary Parker Follett: *Creative Experience* (1924); Frederick W. Taylor, *Principles of Scientific Management* (1911). Gullick and Urwick mengajukan tujuh prinsip administrasi yaitu: planning, organizing, staffing, directing, coordinating, reporting, budgeting yang disingkat dengan POSDCORB. Menurut pemahaman ini prinsip-prinsip itu dapat diterapkan di mana saja. Sedangkan lokus administrasi publik tidak diungkapkan secara jelas. Dengan demikian dalam paradigma ini fokus lebih ditekankan daripada lokusnya (T. Keban, Meramis (2004: 30).

c. Paradigma 3: Administrasi Publik sebagai Ilmu Politik 1950 - 1970

Dalam paradigma tiga ini administrasi publik sebagai ilmu politik. Morstein-Marx editor buku "Elements of Public Administration" (1946) dalam T. Keban, Meramis (2004: 31) mempertanyakan pemisahan politik dan administrasi sebagai suatu yang tidak mungkin atau tidak realistis; sementara kritik Herbert Simon terhadap ketidak konsistenan prinsip administrasi dan menilai prinsip-prinsip tersebut tidak berlaku secara universal. Dalam konteks ini administrasi publik bukannya "*value free*" atau dapat berlaku di mana saja, tetapi justru selalu dipengaruhi nilai yang spesifik. Dalam hal ini terjadi pertentangan anggapan mengenai "*value free administration*" disatu pihak dengan anggapan akan "value laden politics" di lain pihak. Dalam konteks ternyata yang kedua yang berlaku, oleh karena itu John Gaus secara tegas mengatakan bahwa teori administrasi publik sebenarnya sebenarnya juga teori politik. Akibatnya muncul paradigma baru yang menganggap bahwa administrasi publik sebagai ilmu politik di mana lokusnya adalah birokrasi pemerintahan, sedangkan fokusnya menjadi kabur karena prinsip-prinsip administrasi negara mengandung kelemahan. Perlu dipahami bahwa pada saat ini administrasi publik mengalami krisis identitas karena ilmu politik dianggap disiplin yang sangat dominan dalam dunia administrasi publik (T. Keban, Meramis (2004: 31).

d. Paradigma 4: Administrasi Publik sebagai Ilmu Administrasi 1956 - 1970

Dalam paradigma keempat ini prinsip-prinsip management yang pernah populer, dikembangkan secara ilmiah dan mendalam. Perilaku organisasi, analisis manajemen, penerapan teknologi modern seperti metode kuantitatif, analisa sistem, operation research, econometrics, dsb, merupakan fokus dari paradigma ini. Dua arah perkembangan mulai terjadi dalam paradigma ini, yaitu perkembangan ilmu administrasi murni yang didukung oleh psikologi sosial, dan perkembangan kebijakan publik. Semua fokus yang dikembangkan di sini diasumsikan dapat diterapkan tidak hanya dalam dunia bisnis tetapi juga dalam dunia administrasi publik. Karena itu lokusnya menjadi kurang jelas.

e. Paradigma 5: Administrasi Publik sebagai Administrasi Publik 1970 - sekarang

Dalam paradigma ini administrasi publik sudah mempunyai fokus dan lokus yang jelas. Fokus administrasi publik dalam paradigma ini adalah teori organisasi, teori manajemen, dan kebijakan publik. Sedangkan lokusnya adalah masalah dan kepentingan publik. Berikut setelah memahami tentang paradigma administrasi publik, maka selanjutnya adalah tentang aliran administrasi publik.

Penjelasan tentang paradigma-paradigma tersebut menunjukkan tentang penerapan kerangka teoritis terkait dengan penelitian ini. Penelitian ini masuk dalam paradigma 5 yaitu dengan fokusnya kebijakan publik yaitu jaminan kesehatan nasional. Sedangkan lokusnya dalam penelitian ini kepentingan publik yaitu penyelenggaraan kemitraan pelayanan.

2.2.3 Aliran-Aliran dalam Administrasi Publik

Selain pendapat Nicholas Henry yang mengupas tentang paradigma administrasi publik, terdapat pendapat Gerald E. Caiden (1982: 212-222) dalam Keban, Yeremis T. (2004: 32) yang merinci aliran-aliran dalam administrasi publik yaitu aliran proses administratif, aliran empiris, aliran perilaku manusia, aliran analisis birokrasi, aliran sistem sosial, aliran pengambilan keputusan, aliran matematik, dan aliran integratif. Caiden membagi aliran ini menjadi dua kelompok besar yaitu aliran proses administrasi yang meliputi aliran empiris, pengambilan keputusan, matematik, sedangkan lainnya dalam aliran sistem administrasi yang holistik.

Dalam penjelasannya aliran proses administratif mengandalkan POSDCORB dalam mensukseskan administrasi publik. Aliran empiris mengandalkan pada studi kasus praktek administrasi publik yang dapat digunakan sebagai pegangan dalam mensukseskan administrasi publik dan tidak semata-mata mengandalkan teori. Aliran perilaku manusia lebih memusatkan perhatian pada komunikasi, konflik, motivasi, kepemimpinan, status dan interaksi sosial, karena unsur-unsur ini akan mensukseskan pencapaian tujuan. Aliran analisis birokrasi memusatkan perhatiannya pada aplikasi prinsip-prinsip birokrasi ala Weber yang

dianggap unggul karena didasarkan atas aturan yang rasional yang mengatur struktur dan proses menurut pengetahuan teknis dan efisiensi yang tinggi.

Aliran sistem sosial melihat organisasi sebagai suatu sistem sosial yang bersifat terbuka dan tertutup dan dalam mengembangkannya diperluas menjadi pemahaman terhadap hubungan antara administrasi publik dengan masyarakat. Aliran pengambilan keputusan memusatkan perhatian pada prinsip-prinsip dan teknik-teknik pengambilan keputusan dalam organisasi agar tidak keliru dalam pembuatan keputusan. Aliran matematik memanfaatkan model matematik dan statistika sehingga para administrator tidak lagi menggantungkan diri pada cara-cara lama atau tradisional. Aliran integratif mencoba melakukan konsolidasi berbagai aliran di atas dalam praktek administrasi publik.

Itulah gambaran tentang aliran-aliran dalam administrasi publik. Selain aliran-aliran itu masih terdapat paradigma administrasi publik dipandang dari sudut tahapan perkembangan administrasi publik.

2.2.4 Tahapan Perkembangan Administrasi Publik

Menurut Donald F. Kettl (1993: 409 - 412) dalam T. Keban, Yermias (2004: 32 - 35) mengungkapkan bahwa paradigma administrasi publik sesuai tahapan perkembangan administrasi publik. Tahapan administrasi publik itu meliputi tahap sentralitas administrasi (1887 - 1915), tahap scientific management (1915 - 1940), tahap critical self-examination (1940 - 1969), tahap sentrifugal (1969 - sekarang).

Tahap sentralitas administrasi (tahap progresif), memusatkan perhatiannya pada penciptaan administrasi profesional dalam rangka memperkuat pemerintah untuk mencapai tingkat efisiensi, dan mencari cara untuk menghindarkan administrasi publik dari skandal politik dan sistem spoil yang mengurangi efektivitas administrasi. Tahap kedua berupaya menerapkan scientific approach dalam manajemen atau administrasi publik dan menyampingkan dunia politik. Tahap ketiga mulai memperlemah pemanfaatan manajemen ilmiah dengan mengusulkan political power sebagai penggantinya untuk mencapai praktek administrasi yang efektif, di mana prinsip demokrasi dalam pengambilan keputusan

harus lebih mendapat perhatian dari pada struktur organisasi dan efisiensi itu sendiri. Tahap keempat yaitu tahap terjadinya kerumitan dalam memisahkan administrasi dari politik karena teori administrasi publik juga teori politik.

2.2.5 Paradigma Post Birokrasi

Sebelum munculnya paradigma post birokrasi ini, terlebih dahulu muncul paradigma Pafhrier. Paradigma ini merevisi POSDCORB yang disampaikan oleh G.D. Garson dan E.S. Overman. PAFHRIER ini singkatan dari *Policy Analysis, Financial, Human Resources, Information, dan External Relation*. Setelah paradigma pafhrier muncul paradigma baru bernama *post-bureaucratic paradigm* oleh Barzelay (1992), Armajani (1997) dalam T. Keban Yeremias (2004:33-35) yang berbeda dengan paradigma birokratik yang banyak dikritik orang. Pada paradigma birokratik mengutamakan kepentingan publik, efisiensi, administrasi, dan kontrol, maka paradigma *post-bureaucratic* menekankan hasil yang berguna bagi masyarakat, kualitas dan nilai, produk, dan ketertarikan terhadap norma. Kalau paradigma birokrasi mengutamakan fungsi, otoritas dan struktur, maka paradigma *post-bureaucratic* mengutamakan misi, pelayanan dan hasil akhir (outcome). Kalau paradigma birokratik menilai biaya, menekankan tanggungjawab (responsibility), maka paradigma *post-bureaucratic* menekankan pemberian nilai (bagi masyarakat), akuntabilitas dan hubungan kerja. Kalau paradigma birokratik mengutamakan ketaatan pada aturan dan prosedur, maka paradigma *post-bureaucratic* menekankan pemahaman dan penerapan norma-norma, identifikasi dan pemecahan masalah serta proses perbaikan yang berkesinambungan. Kalau paradigma birokratik mengutamakan beroperasinya sistem-sistem administrasi, maka paradigma *post-bureaucratic* menekankan pemisahan antara pelayanan dengan kontrol, membangun dukungan terhadap norma-norma, memperluas pilihan pelanggan, mendorong kegiatan kolektif, memberikan insentif, mengukur dan menganalisis hasil, dan memperkaya umpan balik (Barzelay & Armajani, 1997:496 dalam T. Keban, Yeremis: 2004: 33-34).

Dengan demikian maka penyelenggaraan kemitraan pelayanan ini masuk dalam paradigma *post-bureaucratic*. Karena berkaitan dengan kualitas pelayanan

dan kegunaan bagi masyarakat. Pemecahan masalah dan perbaikan berkesinambungan, memperluas pilihan pelanggan.

2.2.6 Administrasi Publik Tradisional/Klasik (*Old Public Administration*)

Perkembangan paradigma administrasi publik klasik dimulai ketika awal kelahirannya administrasi publik itu sendiri. Administrasi publik dikenal dengan dengan konsep yang legalistik, terinstitusionalisasi, dengan berbagai aturan yang mengikat, struktur organisasi yang hierarkis yang memungkinkan adanya dari berbagai fungsi sehingga sangat sentralistik dan dominasi pemerintah dalam berbagai hal termasuk dalam pelayanan publik.

Secara ringkas Denhardt dan Denhardt dalam Mulyadi (2016: 221 - 222), menguraikan karakteristik OPA atau *Old Public Administration* sebagai berikut: 1) fokus utama adalah penyediaan pelayanan publik melalui organisasi atau badan resmi pemerintah, 2) kebijakan publik dan administrasi negara dipahami sebagai penataan dan implementasi kebijakan yang berfokus pada satu cara terbaik, kebijakan publik dan administrasi publik sebagai tujuan yang bersifat politik, 3) administrator publik memainkan peranan yang terbatas dalam perumusan kebijakan publik dan pemerintahan, mereka hanya bertanggungjawab mengimplementasikan kebijakan publik, 4) pelayanan publik harus diselenggarakan oleh administrator yang bertanggungjawab kepada pejabat politik (*elected officials*) dan dengan diskresi terbatas, 5) administrator bertanggungjawab kepada pemimpin pejabat politik (*elected political leaders*) yang telah terpilih secara demokratis, 6) program-program publik dilaksanakan melalui organisasi yang hierarkis dengan kontrol yang ketat oleh pimpinan organisasi, 7) nilai pokok yang dikejar oleh organisasi publik adalah efisien dan rasional, 8) organisasi publik melaksanakan sistem tertutup sehingga keterlibatan warga negara dibatasi, 9) peranan administrator publik adalah melaksanakan prinsip-prinsip *planning, organizing, staffing, directing, coordinating, reporting dan budgeting* (Mulyadi 2016: 221 - 222).

Dalam administrasi publik klasik, organisasi publik lebih mengfokuskan pada efisiensi dan rasionalitas sehingga melupakan sisi humanis dari internal

organisasi. Hal inilah yang kemudian diperbaiki dengan dengan paradigma manajemen publik baru.

2.2.7 Manajemen Publik Baru (*New Public Management*)

Pada saat paradigma post birokratik, maka muncul paradigma baru lagi yang terkenal dengan “Reinventing Government” yang disampaikan oleh D. Osborne dan T. Gaebler (1992) dalam T. Keban, Yeremias (2004: 334 - 35). Paradigma ini diinspirasi oleh Presiden Reagan yang melihat “*Government is not the solution to our problems, Government is the problem*” atau pemerintahan bukanlah pemecahan masalah kami, pemerintahan adalah masalah. Dalam paradigma *reinventing government*, pemerintah sekaran harus bersifat: 1) *catalytic* atau katalitik, 2) *community-owned* atau memberdayakan masyarakat, 3) *competitive* atau semangat kompetisi, 4) *mission-driven* atau berorientasi misi, 5) *result-oriented* atau mementingkan hasil, 6) *costumer-driven* atau mengutamakan pelanggan, 7) *enterprising* atau berjiwa wirausaha, 8) *anticipatory* atau bersikapantisipasi, 9) *decentralized* atau bersifat desentralisasi, and 10) *market-oriented* berorientasi pasar.

Paradigma *reinventing government* ini dikenal dengan nama *New Public Management*, yang disingkat dengan NPM. NPM ini mencapai puncaknya dengan diterapkannya prinsip “*good governance*”. Paradigma *New Public Management* ini melihat bahwa paradigma manajemen terdahulu kurang efektif dalam memecahkan masalah, dalam memberikan pelayanan publik, memberdayakan masyarakat. Menurut Hood (Vigoda, 2003:813) dalam T. Keban Yeremias (2004: 34) bahwa ada tujuh komponen doktrin dalam *New Public Management*, yaitu 1) pemanfaatan manajemen profesional dalam sektor publik, 2) penggunaan indikator kinerja, 3) penekanan yang lebih besar pada kontrol output, 4) pergeseran pada unit-unit yang lebih kecil, 5) pergeseran ke kompetisi yang lebih tinggi, 6) penekanan sektor swasta pada prektek manajemen, dan 7) penekanan pada disiplin dan penghematan yang lebih tinggi dalam penggunaan sumberdaya.

Secara umum selama ini NPM dipandang sebagai suatu pendekatan dalam administrasi publik yang menerapkan pengetahuan dan pengalaman yang diperoleh

dalam dunia manajemen bisnis dan disiplin yang lain untuk memperbaiki efisiensi, efektivitas, dan kinerja pelayanan publik pada birokrasi modern (Vigoda, 2003:812 dalam T. Keban, Yeremias: 2004:34).

New Public Management telah mengalami perubahan orientasi. Menurut Ferlie, Ashburner, Fitzgerald, dan Pettigrew (1997) dalam T. Keban, Yeremias (2004:35), orientasi pertama dikenal dengan *the efficiency drive* yaitu mengutamakan nilai efisiensi dalam pengukuran kinerja. Orientasi kedua yaitu *downsizing and decentralization* yang mengutamakan penyederhanaan struktur, memperkaya fungsi dan mendelegasikan otoritas kepada unit-unit yang lebih kecil agar dapat berfungsi secara cepat dan tepat. Orientasi ketiga yaitu *in search of excellence* yang mengutamakan kinerja optimal dengan memanfaatkan ilmu pengetahuan dan teknologi. Orientasi terakhir dikenal *public service orientation*, model ini menekankan pada kualitas, misi, dan nilai yang hendak dicapai organisasi publik, memberikan perhatian yang lebih besar kepada aspirasi, kebutuhan, dan partisipasi pengguna dan warga masyarakat. Selain itu memberikan otoritas yang lebih tinggi kepada pejabat yang dipilih masyarakat, termasuk wakil-wakil mereka. Selain itu menekankan *societal learning* dalam memberikan pelayanan publik, dan penekanan evaluasi kinerja secara berkesinambungan, partisipasi masyarakat dan akuntabilitas.

2.2.7 Pelayanan Publik Baru (*New Public Service*)

Pada tahun 2003 muncul paradigma baru yaitu *The New Public Service* yang disingkat dengan NPS. J.V. Denhardt dan R.B. Denhardt (2003), beliau menyarankan agar meninggalkan prinsip administrasi klasik dan *Reinventing Government* atau *New Public Management* dan beralih ke prinsip *New Public Service*. Menurut J.V. Denhardt dan R.B. Denhardt (2003) dalam T. Keban, Yeremias (2004) bahwa administrasi publik itu harus: 1) melayani warga masyarakat bukan pelanggan (*service citizen, not costumers*), 2) mengutamakan kepentingan publik (*seek the public interest*), 3) lebih mengharagai warga negara daripada kewirausahaan (*value citizenship over entrepreneursip*), 4) berpikir strategis dan bertindak demokratis (*think strategically, act democratically*), 5)

menyadari bahwa akuntabilitas bukan merupakan suatu yang mudah (*recognize that accountability is not simple*), 6) melayani daripada mengendalikan (*service rather than steer*), 7) menghargai orang, bukannya produktivitas semata (*value people, not just productivity*).

Penjelasan tersebut di atas menunjukkan bahwa paradigma OPA, NPM, dan NPS sebagai perkembangan paradigma administrasi publik. OPA memfokuskan pada efisiensi dan rasionalitas sehingga melupakan sisi humanis dari internal organisasi. Kemudian NPM dipandang sebagai suatu pendekatan administrasi publik yang menerapkan pengetahuan dan pengalaman yang diperoleh dalam dunia manajemen bisnis dan disiplin lain untuk memperbaiki efisiensi, efektivitas, dan kinerja pelayanan publik pada birokrasi modern. Selanjutnya NPS melayani warga masyarakat bukan pelanggan, mengutamakan kepentingan publik, lebih menghargai warga negara, berpikir strategis dan bertindak demokratis, menyadari bahwa akuntabilitas bukan merupakan suatu yang mudah, melayani daripada mengendalikan, menghargai orang, bukannya produktivitas semata. Dengan demikian dari ketiga paradigma itu yaitu paradigma OPA, paradigma NPM, dan paradigma NPS, maka penelitian ini lebih sesuai dengan paradigma NPS. Lebih jelasnya dapat dilihat dari pola pergeseran paradigma administrasi publik pada tabel berikut.

Tabel 2.1: Pergeseran Paradigma Administrasi Publik

Aspek	Administrasi Publik Tradisional	Manajemen Publik Baru	Pelayanan Publik Baru
Dasar teoritis dan fondasi epistemologi	Teori politik	Teori ekonomi	Teori demokrasi
Konsep kepentingan publik	Kepentingan publik secara politis dijelaskan dan diekspresikan dalam aturan hukum	Kepentingan publik mewakili agregasi kepentingan individu	Kepentingan publik adalah hasil dialog berbagai nilai
Responsivitas birokrasi publik	Client dan constituen	Costumer	Citizen's
Peran pemerintah	Rowing	Steering	Serving
Akuntabilitas	Herarki administratif dengan jenjang yang tegas	Bekerja sebagai kehendak pasar (keinginan pelanggan)	Multi aspek akuntabilitas hukum, nilai-nilai, komunitas, norma politik, standar profesional
Struktur organisasi	Birokratik yang ditandai dengan otoritas top-down	Disentralisasi organisasi dengan kontrol utama berada pada para agen	Struktur kolaboratif dengan kepemilikan yang berbagi secara internal dan eksternal
Asumsi terhadap motivasi pegawai dan administrator	Gaji dan keuntungan proteksi	Semangat entrepreneur	Pelayanan publik dengan keinginan melayani masyarakat

Sumber: Denhardt dan Denhardt dalam tulisan tentang *The Roots of the New Public Service* dalam Mulyadi (2016: 227).

2.3 Pengertian Administrasi Publik

Pemahaman administrasi publik menurut Bresnick (1982) dalam Nugroho, Riant (2008: 88 - 97) yang menyebutnya sebagai *setting of an Administrative Game* terdiri dari: *bureau, agency, superagency, political executive, political system (legislative, judicial, public opinion)*, dan *social system*. Administrasi publik dapat didefinisikan menjadi lima tingkatan pengelompokan Nugroho, Riant (2008: 88 - 97) yaitu birokrasi, pemerintahan, negara, dan *governance* yang lingkungannya adalah keseluruhan sistem politik dan *global governance*.

Pengertian administrasi publik dari kelompok birokrasi ini. Pengertian administrasi publik ini dikembangkan oleh Pfifner dan Presthus dalam Nugroho, Riant (2008:89-90) bahwa administrasi publik adalah kegiatan yang berkenaan dengan implementasi kebijakan publik yang telah dibuat sebelumnya oleh lembaga-lembaga perwakilan politik. Secara lebih sederhana administrasi publik adalah proses yang memberikan perhatian pada upaya menjalankan kebijakan publik. Gordon memperjelas bahwa administrasi publik adalah segala proses, organisasi, dan individu yang berkenaan implementasi peraturan yang dibuat atau diterima legislatif, eksekutif, dan yudikatif.

Pengertian administrasi publik yang dikembangkan kelompok pemerintah yang dikembangkan oleh Michael P. Barber dalam Nugroho, Riant (2008:91-92) bahwa administrasi publik adalah suatu cara pemerintah untuk mencapai tujuan. Dalam perkembangannya administrasi publik kemudian diletakkan dalam makna pengelolaan urusan publik yang berarti adalah implementasi kebijakan. Dengan demikian administrasi publik kemudian menjadi tugas yang melekat dalam eksekutif dan seluruh perangkatnya.

Kelompok ketiga mendefinisikan administrasi publik sebagai negara. Konsep negara ini mengacu pada tiga lembaga politik negara yaitu eksekutif, legislatif, dan yudikatif. Pemahaman kelompok ini didasarkan pada teori politik bahwa dalam sebuah tatanan politik pasti ada dua lembaga yaitu negara dan masyarakat. Negara sebagai lembaga yang mengatur kehidupan bersama, masyarakat sebagai pihak yang memberikan delegasi kepada negara untuk mengatur kehidupan bersama dalam upaya mencapai tujuan bersama yang telah

disepakati waktu lahirnya negara. Dengan demikian negara sebagai lembaga yang mengelola urusan pelayanan publik, yang bersifat melayani masyarakat.

Pengertian-pengertian administrasi publik tersebut di atas mulai pengertian administrasi publik yang dikembangkan Bresnick, kemudian oleh Pfifner dan Presthus, dan selanjutnya dikembangkan oleh Michael P. Barber, maka terkait dengan penelitian ini pengertian administrasi publik yang sesuai adalah yang dikembangkan oleh Michael P. Barber.

Ruang lingkup administrasi publik menurut T. Keban, Yeremias (2004: 10-11) memiliki beberapa dimensi yaitu: 1) dimensi kebijakan, 2) dimensi organisasi, 3) dimensi manajemen, 4) dimensi moral dan etika, 5) dimensi lingkungan, dan 6) dimensi akuntabilitas kinerja. Dengan demikian kebijakan publik itu merupakan bagian kajian dari administrasi publik, atau istilah lain administrasi publik salah satu kajiannya adalah kebijakan publik.

2.4 Kebijakan Publik

2.4.1 Aliran Kebijakan Publik

Pada dasarnya, meskipun tidak tertulis, dalam memahami kebijakan publik ada dua jenis aliran atau pemahaman, yaitu *Kontinentalis* dan *Anglo-Saxonis*. Pemahaman kontinentalis melihat bahwa kebijakan publik adalah turunan dari hukum, bahwa kadang mempersamakan antara kebijakan publik dan hukum, utamanya hukum publik ataupun hukum tata negara, sehingga kita melihatnya sebagai proses interaksi diantara institusi-institusi negara. Pemahaman *anglo-saxon* memahami bahwa kebijakan publik adalah turunan dari politik-demokrasi sehingga melihatnya sebagai sebuah produk interaksi antara negara dan publik (Nugroho, Riant: 2008: 11-16).

Dijelaskan lebih lanjut dalam pemahaman aliran kontinentalis, hukum adalah salah satu bentuk dari kebijakan publik, baik ditinjau dari segi wujud atau produk, proses atau muatan. Dari segi wujud atau produk bahwa kebijakan publik dapat berupa hukum, dapat juga berupa konvensi atau kesepakatan, bahwa pada tingkat tertentu berupa keputusan lisan atau perilaku dari pejabat publik. Dari sisi proses, hukum merupakan produk dari negara atau pemerintah, sehingga posisi

publik atau masyarakat lebih sebagai penerima produk atau penerima akibat dari perilaku negara. Pembuatan hukum tidak mensyaratkan pelibatan publik dalam prosesnya. Kebijakan publik di sisi lain, adalah produk yang memperjuangkan kepentingan publik, yang filosofinya adalah mensyaratkan pelibatan publik sejak awal hingga akhir.

Berikutnya adalah *Anglo-saxonist*, menurut kelompok ini kebijakan publik sebagai sebuah proses politik yang demokratis. Tokoh termasuk dalam aliran ini adalah John Stuart Mills (1806 - 1873) dengan karyanya yang terkenal *On Liberty* (1859) yang menjadi karya klasik liberalisme. Gagasan dasarnya adalah semua orang mempunyai hak dan kebebasan yang sama. Pemikiran-pemikiran liberalisme menjadi akar pembentukan negara Amerika Serikat. Sistem politik Amerika dibentuk atas asas yang berbeda dengan Eropa kontinental.

Di Indonesia dalam praktik administrasi publik dan kebijakan publik identik dengan hukum. Kondisi ini dapat disimak dalam praktik pengembangan kualitas kebijakan di tingkat nasional maupun daerah. Oleh karena itu agenda paling utama adalah pengembangan kapasitas *legal drafting*.

Pemahaman ini tidak terlepas dari perjalanan sejarah negara Indonesia, yang mewarisi sistem administrasi publik Belanda. Para *founding fathers* Indonesia adalah intelektual dengan berbasis pendidikan Belanda. Perkembangan terkini di Indonesia mulai berkembang kebijakan publik dalam aras pemikiran yang *Anglo-saxonist*, yang dikembangkan oleh ilmuwan administrasi publik yang berlatar belakang Amerika, misalnya Sofian Effendi, Miftah Thoha, Mustopadijaja. Sedangkan pemikir aliran kontinentalis masih berkembang seperti pemikir Azhar Kasim, Ekoprasojo. Di Indonesia dari kedua aliran ini yaitu kontinentalis dan *anglo-saxonist* mengarah ke konvergensi yaitu antara kontinentalis dan *anglo-saxonist*. Oleh karena itu atas gambran tersebut kebijakan publik yang ada mengarah ke aliran konvergensi.

Pengertian kebijakan publik menurut Dye, Thomas R. (1995: 2), bahwa *what goverment do, why they do it, , and what difference it make* (kebijakan publik adalah apapun yang dipilih oleh pemerintah, mengapa melakukan itu, dan hasilnya berbeda). Menurut Nugroho, Riant (2008:5), bahwa kebijakan publik adalah

keputusan yang diambil oleh negara, khususnya pemerintah, sedangkan strategi untuk merealisasikan tujuan negara yang bersangkutan. Kebijakan publik adalah strategi untuk mengantar masyarakat pada masa awal, memasuki masyarakat pada masa transisi, untuk menuju masyarakat yang dicita-citakan. Dari kedua pengertian itu maka kebijakan publik adalah suatu tindakan yang dilakukan oleh pemerintah dan mengapa dilakukan dalam rangka untuk mencapai tujuan tertentu yang dicita-citakan.

Tujuan yang dicita-citakan yang dilakukan pemerintah adalah untuk menjamin masyarakat dapat pemeliharaan kesehatan. Bentuknya adalah jaminan sosial. Oleh karena itu jaminan sosial itu sebagai bentuk kebijakan publik.

2.4.2 Jaminan Sosial

Jaminan sosial pengertiannya dapat dijabarkan dari beberapa pengertian sebagai berikut, Menurut Standing dalam Naskah Akademik Sistem Jaminan Sosial Nasional (2004: 7 - 8), bahwa *social security, is a system for providing income security to deal with the contingency risks of life – “sickness, maternity, employment injury, unemployment, invalidity, old age and death; the provision of medical care, and the provision of subsidies for families with children”*. (artinya Jaminan sosial adalah sebuah sistem yang memberikan jaminan pendapatan dalam menghadapi risiko contingency hidup - "sakit, bersalin, kecelakaan kerja, pengangguran, cacat, hari tua dan kematian; penyediaan perawatan medis, dan pemberian subsidi pada keluarga serta anak-anak"). Sedangkan menurut ILO Convention 102 tahun 1952, *Social security is the protection which society provides for its members through a series of public measures: to offset the absence or substancial reduction of income from work resulting from various contingencies (notably sickness, maternity, employment injury, unemployment, invalidity, old age and death of the breadwinner), to provide people with health care; and to provide benefits for families with children.*” (Jaminan sosial adalah perlindungan masyarakat beserta anggotanya melalui serangkaian langkah-langkah umum: untuk mengimbangi ketiadaan atau pengurangan substansial pendapatan kerja yang diakibatkan oleh berbagai kontinjensi (terutama sakit, bersalin, kecelakaan kerja,

pengangguran, cacat, hari tua dan kematian pencari nafkah), memberikan perawatan kesehatan penduduk; dan bermanfaat bagi keluarga serta anak-anak)(Tim SJSN, 2004: 7 – 8).

Kemudian pengertian jaminan sosial menurut UU No. 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) adalah salah satu bentuk perlindungan sosial untuk menjamin seluruh rakyat agar dapat memenuhi kebutuhan dasar hidupnya yang layak (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 150, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4456).

Beberapa pengertian tersebut di atas pada dasarnya bahwa jaminan sosial itu sebagai suatu sistem bentuk perlindungan kepada warga masyarakat dalam menghadapi resiko kontingensi hidup agar dapat memenuhi kebutuhan dasar hidup yang layak. Jaminan sosial dalam penyelenggaraannya ada mekanismenya. Mekanisme penyelenggaraan jaminan sosial meliputi bantuan sosial “*social assistance*”, asuransi sosial “*compulsory insurance*”, asuransi sukarela “*voluntary insurance*” (UU No. 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional).

Bantuan sosial “*social assistance*”. Bantuan sosial dimaksudkan sebagai bantuan bagi masyarakat kurang mampu, baik dalam bentuk bantuan uang tunai maupun pelayanan tertentu untuk memenuhi kebutuhan dasar yang layak. Pembiayaan dalam bantuan sosial ini dapat bersumber dari Anggaran Negara dan juga dari masyarakat. Dalam mekanisme penyelenggaraannya pemberian bantuan sosial akan diberikan kepada masyarakat yang membutuhkan, diantaranya penduduk miskin, sakit, lanjut usia. Bantuan sosial dari pemerintah dapat dalam bentuk bimbingan, rehabilitasi dan juga pemberdayaan yang akhirnya dapat bermuara pada kemandirian. Setelah mereka dapat mandiri diharapkan dapat mampu membayar iuran masuk dalam mekanisme asuransi sosial. Selanjutnya dijelaskan dalam penjelasan undang-undang bahwa dalam masyarakat telah lama dikenal dengan adanya kerifan lokal atau juga modal sosial, upaya-upaya yang secara mandiri, gotong royong dalam upaya untuk memenuhi kebutuhan anggotanya baik melalui bantuan sosial, arisan. Kearifan lokal ini dapat sebagai faktor pendukung dalam sistem jaminan sosial.

Asuransi sosial yang bersifat wajib “*compulsory insurance*”. Asuransi sosial ini sebagai asuransi yang bersifat wajib yang dibiayai dari kontribusi atau iuran yang dibayarkan oleh peserta (setiap orang atau orang asing yang bekerja paling singkat 6 bulan di Indonesia yang telah membayar iuran). Dengan cara kewajiban untuk menjadi peserta, maka asuransi sosial dapat terselenggara secara luas bagi seluruh rakyat dan dapat juga terjamin kesinambungannya. Peserta dalam asuransi sosial ini adalah para pekerja sektor formal, iuran dibayarkan oleh setiap pekerja atau pemberi kerja sesuai dengan ketentuan prosentase tertentu dari upah atau gaji. Asuransi sosial sangat besar manfaatnya, karena asuransi sosial ini berlandaskan prinsip solidaritas sosial dan gotong royong. Mekanisme dalam asuransi sosial merupakan upaya dari negara untuk memenuhi kebutuhan dasar minimal penduduk dengan mengikutsertakan mereka secara aktif pembayaran iuran. Besar iuran dikaitkan dengan dengan tingkat pendapatan atau upah masyarakat.

Selanjutnya asuransi sukarela “*voluntary insurance*”. Asuransi sukarela dimaksudkan sebagai asuransi yang iuran atau preminya dibayar peserta sesuai dengan tingkat resiko dan keinginannya. Mekanismenya berarti iuran atau preminya dibayar peserta sesuai dengan tingkat resikonya dan keinginannya. Dalam asuransi sukarela ini termasuk dalam jenis asuransi yang sifatnya komersial, dan sebagai tambahan setelah yang bersangkutan menjadi peserta asuransi sosial. Penyelenggaraan asuransi sukarela dikelola secara komersial dan diatur sesuai dengan undang-undang Asuransi.

Jaminan sosial selain ada mekanisme penyelenggaraannya, jaminan sosial itu dibagi dalam beberapa jenis program. Jenis Program jaminan sosial meliputi: Jaminan Kesehatan; Jaminan Kecelakaan Kerja; Jaminan Hari Tua; Jaminan Pensiun; dan Jaminan Kematian. (Undang-Undang No. 40 tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional).

Jaminan Kesehatan adalah jaminan berupa perlindungan kesehatan agar peserta memperoleh manfaat pemeliharaan kesehatan dan perlindungan dalam memenuhi kebutuhan dasar kesehatan yang diberikan kepada setiap orang yang telah membayar iuran atau iurannya dibayar oleh pemerintah. Selanjutnya tentang

Jaminan Kecelakaan Kerja diselenggarakan dengan tujuan menjamin agar peserta memperoleh manfaat pelayanan kesehatan dan santunan uang tunai apabila seseorang pekerja mengalami kecelakaan kerja atau menderita penyakit akibat kerja. Pengertian Jaminan Hari Tua diselenggarakan dengan tujuan untuk menjamin agar peserta menerima uang tunai apabila memasuki masa pensiun, mengalami cacat total tetap, atau meninggal dunia. Kemudian tentang Jaminan Pensiun diselenggarakan untuk mempertahankan derajat kehidupan yang layak pada saat peserta kehilangan atau berkurang penghasilannya karena memasuki usia pensiun atau mengalami cacat total tetap. Pengertian Jaminan Kematian diselenggarakan dengan tujuan untuk memberikan santunan kematian yang dibayarkan kepada ahli waris peserta yang meninggal dunia.

Jaminan kesehatan yang dikembangkan di Indonesia merupakan bagian dari sistem jaminan sosial nasional yang diselenggarakan dengan mekanisme asuransi kesehatan sosial yang bersifat wajib (mandatory) berdasarkan Undang-Undang No. 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN).

Dalam Undang-Undang Sistem Jaminan Sosial Nasional bahwa BPJS mempunyai kewenangan dalam penyelenggaraan program-program jaminan sosial nasional. Selain itu BPJS mempunyai juga kewenangan dalam mengatur hal-hal terkait operasional penyelenggaraan program jaminan sosial dengan peraturan BPJS.

Hubungan tugas antara BPJS dengan peserta menurut UU BPJS Nomor 24 Tahun 2011 pasal 10 adalah terkait dengan tugas, bahwa BPJS bertugas untuk: a) melakukan dan/atau menerima pendaftaran peserta; b) memungut dan mengumpulkan iuran dari peserta dan pemberi kerja; c) menerima Bantuan Iuran dari Pemerintah; d) mengelola dana Jaminan Sosial untuk kepentingan peserta; e) memberikan informasi mengenai penyelenggaraan program Jaminan Sosial kepada peserta. Kemudian hubungan wewenang BPJS dengan peserta sesuai dengan pasal 11, bahwa BPJS berwenang untuk: a) menagih iuran; b) pengawasan kepada peserta.

Selanjutnya menurut UU BPJS Nomor 24 Tahun 2011 pasal 10 ayat f) bahwa membayar manfaat dan /atau membiayai pelayanan kesehatan sesuai

dengan ketentuan Program Jaminan Sosial. Menurut pasal 11 ayat d) membuat kesepakatan dengan fasilitas kesehatan mengenai besar pembayaran fasilitas kesehatan yang mengacu pada standar tarif yang ditetapkan oleh Pemerintah. Pasal 11 ayat e) membuat atau menghentikan kontrak kerja dengan fasilitas kesehatan; ayat h) melakukan kerjasama dengan pihak lain dalam rangka penyelenggaraan program Jaminan Sosial.

Hubungan kemitraan adalah hubungan kerjasama dua pihak yang bekerjasama. Hal ini sesuai dengan UU BPJS pasal 11 huruf h dan pasal 51 ayat (1) dan ayat (2). Sebagai badan hukum publik, BPJS berwenang untuk melakukan kemitraan atau kerjasama dengan lembaga lain dalam rangka penyelenggaraan program jaminan sosial.

Maksud mengadakan kemitraan BPJS menurut UU No. 24 tahun 2011 dan UU No. 40 tahun 2004 adalah 1) meningkatkan kualitas penyelenggaraan program jaminan kesehatan; 2) meningkatkan kualitas pelayanan kepada peserta; 3) menjamin peserta memperoleh pemeliharaan kesehatan. Meningkatkan kualitas penyelenggaraan jaminan kesehatan ini berkaitan dengan prinsip asuransi sosial seperti adanya gotong royong antara yang kaya dan miskin, yang sehat dan sakit, yang tua dan muda, dan yang beresiki tinggi dan rendah. Selain gotong royong adanya kepesertaan yang bersifat wajib dan tidak selektif, artinya semua warga negara wajib menjadi peserta BPJS Kesehatan. Kemudian adanya iuran bagi peserta BPJS Kesehatan yang didasarkan pada persentase upah atau penghasilan, bagi yang miskin iuran dibayar oleh negara.

Perlu diperhatikan bahwa dalam prinsip asuransi sosial ini bersifat nirlaba artinya tidak mencari keuntungan. Selain itu diperlukan adanya ekuitas artinya setiap peserta BPJS Kesehatan mendapatkan pelayanan kesehatan yang sama sesuai dengan kebutuhan medisnya dan tidak terikat dengan besaran iuran yang telah dibayarkan. Selanjutnya meningkatkan kualitas pelayanan kepada peserta ini bahwa BPJS Kesehatan bekerjasama dengan RSD dr. Soebadi dilakukan dalam rangka untuk peningkatan kualitas pelayanan peserta BPJS Kesehatan, artinya kerjasama itu tidak untuk kepentingan BPJS Kesehatan atau kepentingan RSD dr. Soebandi. Kemudian menjamin peserta memperoleh pemeliharaan kesehatan itu bahwa peserta

BPJS Kesehatan mendapat perlindungan kesehatan sehingga dapat menjalankan hidupnya dalam upaya memenuhi kebutuhan hidupnya. Oleh karena itu BPJS Kesehatan dalam kemitraan dengan RSD dr. Soebandi tidak lepad dengan prinsip asuransi sosial dan ekuitas dalam pelayanan kesehatan.

Ada beberapa hal yang perlu dipahami yang terkait dengan program jaminan sosial. Menurut UU No 40 tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) sebagai berikut: 1) Jaminan sosial adalah salah satu bentuk perlindungan sosial untuk menjamin seluruh rakyat agar dapat memenuhi kebutuhan dasar hidupnya yang layak; 2) Sistem Jaminan Sosial Nasional adalah suatu tata cara penyelenggaraan program jaminan sosial oleh beberapa badan penyelenggaraan jaminan sosial; 3) Badan Penyelenggara Jaminan Sosial adalah badan hukum yang dibentuk untuk menyelenggarakan program jaminan sosial.

Dengan demikian kebijakan pemerintah program jaminan sosial tertuang dalam Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) dilaksanakan oleh Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS). Oleh karena itu BPJS inilah yang mengimplementasikan program jaminan sosial. Menurut UU No.24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial, bahwa Badan Penyelenggara Jaminan Sosial yang selanjutnya disingkat BPJS adalah badan hukum yang dibentuk untuk menyelenggarakan program jaminan sosial. BPJS dibagi menjadi dua macam, yaitu: (1) BPJS Kesehatan, BPJS Kesehatan ini yang menyelenggarakan jaminan kesehatan; (2) BPJS Ketenagakerjaan, BPJS Ketenagakerjaan ini yang menyelenggarakan: Jaminan Kecelakaan kerja, Jaminan Hari tua, Jaminan Pensiun, Jaminan Kematian. Dengan demikian jelas bahwa yang dibahas dalam penelitian ini adalah BPJS Kesehatan. Karena BPJS Kesehatan inilah yang melaksanakan program jaminan kesehatan.

Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional dan juga Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 24 Tahun 2011 Tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial, Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 44 Tahun 2009 Tentang Rumah Sakit, sebagai contoh bentuk terpenting kebijakan publik.

Teori-teori yang digunakan sebagai landasan dalam konsep adalah teori kemitraan.

2.5 Kemitraan (*Partnership*)

2.5.1 Pengertian Kemitraan

Pengertian kemitraan atau *Partnership* secara etimologis berasal dari akar kata *partner*, yang berarti pasangan, sedangkan *partnership* diterjemahkan menjadi persekutuan atau perkongsian. Dengan demikian, *partnership* dapat dimaknai sebagai satu bentuk persekutuan antara dua belah pihak atau lebih yang membentuk suatu ikatan kerjasama atas dasar kesepakatan dan rasa saling membutuhkan dalam rangka meningkatkan kapabilitas di suatu bidang usaha tertentu atau tujuan tertentu, sehingga dapat memperoleh hasil yang lebih baik.

Berdasarkan pengertian kemitraan tersebut, maka kemitraan dapat terbentuk apabila memenuhi persyaratan sebagai berikut: 1) ada dua pihak atau lebih, 2) memiliki kesamaan visi dalam mencapai tujuan, 3) ada kesepakatan, 4) saling membutuhkan. Dengan demikian kemitraan dapat memberikan keuntungan kepada pihak-pihak yang melakukan kemitraan, bukan sebaliknya ada satu pihak yang dirugikan atau merugi.

Menurut Istianto (2011: 37) pada hakekatnya pengertian *Public private partnership* adalah keterlibatan pihak swasta dalam kerjasama dengan pemerintah untuk mengurus kepentingan publik. Bentuk kerjasama itu bisa dilakukan melalui kontrak yang disepakati bersama. Pendapat Istianto tersebut menunjukkan bahwa pemahaman tentang kemitraan berkaitan dengan keterlibatan pihak swasta dalam mengelola kepentingan publik, karena dalam pengelolaan itu diperlukan biaya yang besar. Sedangkan pemerintah dalam pengelolaan kepentingan publik memiliki keterbatasan anggaran. Oleh karena itu diperlukan adanya kerjasama antara pemerintah dengan swasta. Kerjasama yang dilakukan antara pemerintah dengan pihak swasta dalam pengelolaan kepentingan publik dilakukan dalam bentuk kontrak kerjasama. Dalam kerjasama itu tentunya swasta mencari keuntungan, sebaliknya pemerintah juga tidak mau merugi dalam kerjasama itu, oleh karena itu perlu dicari skema kerjasama yang saling menguntungkan.

Dengan demikian maka kemitraan merupakan suatu konsep yang dilandasi oleh kepercayaan dalam sebuah kerjasama untuk mencapai tujuan yang saling

menguntungkan antar pelaku kemitraan di mana setiap pelaku kemitraan selalu berusaha untuk menyelesaikan konflik atau perselisihan secara prosedural sehingga akan menguntungkan masing-masing pihak.

Dalam upaya memahami kemitraan lebih lanjut, beberapa ahli telah memberikan pengertian. Pengertian kemitraan menurut E. R. Yescombe (2007: 2-3), adalah sebagai berikut,

The term 'public-private partnership' appears to have originated in the United States, initially relating to joint public- and private-sector funding for educational programmes, and then in the 1950s to refer to similar funding for utilities (cf. §17.6.2), but came into wider use in the 1960s to refer to public-private joint ventures for urban renewal. It is also used in the United States to refer to publicly-funded provision of social services by non public-sector bodies, often from the voluntary (not-for-profit) sector, as well as public funding of privatesector research and development in fields such as technology. In the international-development field the term is used when referring to joint government, aid agency and private-sector initiatives to combat diseases such as AIDS and malaria, introduce improvements in farming methods, or promote economic development generally. Most of these can be described as 'policy-based' or 'programme-based' PPPs. (Istilah 'kemitraan publik-swasta' tampaknya berasal di Amerika Serikat, awalnya berhubungan dengan pendanaan sektor publik dan sektor swasta untuk program pendidikan, dan kemudian pada tahun 1950 untuk merujuk pada dana yang sama untuk utilitas, tapi sekarang ke penggunaan yang lebih luas pada tahun 1960 untuk merujuk pada usaha patungan publik-swasta untuk pembaruan perkotaan. Hal ini juga digunakan di Amerika Serikat untuk merujuk ketentuan untuk didanai publik pelayanan sosial oleh badan non sektor publik, sering dari sukarela sektor (tidak-untuk-profit), serta dana publik penelitian privatesector dan pengembangan di bidang seperti teknologi. Di bidang internasional pengembangan istilah ini digunakan ketika mengacu pada pemerintah bersama, badan bantuan dan inisiatif sektor swasta untuk memerangi penyakit seperti AIDS dan malaria, memperkenalkan perbaikan dalam metode pertanian, atau mempromosikan pembangunan ekonomi pada umumnya. Sebagian besar dapat digambarkan sebagai 'berbasis kebijakan' atau 'berbasis program' PPP.).

Penjelasan tersebut menunjukkan bahwa kemitraan itu berkaitan dengan publik dan swasta berkaitan dengan pendidikan, kemudian penggunaan kemitraan itu diperluas dalam pengembangan perkotaan antara sektor publik dan sektor

swasta. Dalam dunia Internasional kemitraan itu berkembang pada sektor swasta bersama dengan pemerintah untuk memberikan bantuan dan juga mengurangi penyakit. Hal ini berarti kemitraan itu berkaitan dengan bekerjasama antara pemerintah dengan sektor swasta.

Selanjutnya dijelaskan mereka bahwa PPP (*Public-Private Partnership*) sebagaimana didefinisikan disini memiliki unsur-unsur utama sebagai berikut: 1) *a long-term contract (a 'PPP Contract') between a public-sector party and a private sector party*; (kontrak jangka panjang (Kontrak PPP) antara pihak sektor publik dan pihak sektor private); 2) *for the design, construction, financing, and operation of public infrastructure (the 'Facility') by the private-sector party*; (untuk desain, konstruksi, pembiayaan, dan pengoperasian infrastruktur publik (yang'Fasilitas') oleh pihak swasta); 3) *with payments over the life of the PPP Contract to the private-sector party for the use of the Facility, made either by the public-sector party or by the general public as users of the Facility; and* (dengan pembayaran selama masa Kontrak PPP kepada pihak sektor swasta untuk penggunaan Fasilitas tersebut, dilakukan baik oleh pihak sektor publik atau masyarakat umum sebagai pengguna Fasilitas tersebut; dan); 4) *with the Facility remaining in public-sector ownership, or reverting to public-sector ownership at the end of the PPP Contract.* (dengan Fasilitas sisa kepemilikan sektor publik, atau kembali kepada sektor publik kepemilikan pada akhir Kontrak PPP) (E. R. Yescombe (2007: 2-3).

Elemen-elemen atau unsur-unsur kemitraan yang disampaikan Yescombe tersebut yang mencakup kontrak jangka panjang, pengoperasian infrastruktur publik oleh swasta, pembayaran, sisa pengelolaan kembali ke publik. Kemitraan yang disampaikan oleh Yescombe antara sektor publik dengan sektor swasta jika dikaitkan penelitian peneliti masih belum sesuai. Karena peneliti melakukan penelitian antara BPJS Kesehatan sebagai sektor publik bermitra dengan RSD dr. Soebandi sebagai sektor publik.

Lebih lanjut pengertian tentang kemitraan menurut Boydell (2007: 5) sebagai berikut,

Partnerships are formed where two or more organisations make a commitment to work together on something that concerns both, to develop a shared sense of purpose and agenda, and to generate joint

action towards agreed targets (Kemitraan terbentuk bila dua atau lebih organisasi membuat komitmen untuk bekerjasama pada sesuatu yang menjadi perhatian keduanya, untuk mengembangkan rasa tujuan dan agenda bersama, dan untuk menciptakan kegiatan bersama menuju target yang disepakati).

Pendapat Boydell tersebut bahwa kemitraan itu terbentuk dari dua atau lebih organisasi atau lembaga yang bekerjasama dan berkomitmen pada suatu kegiatan yang melibatkan salah satu atau keduanya dalam upaya untuk mengembangkan bersama tujuan yang ingin dicapai. Terkait dengan kemitraan dalam penelitian ini terdapat keterkaitan dengan pendapat yang disampaikan Boydell tersebut.

Sedangkan elemen-elemen kunci sukses kemitraan menurut Davies and Macdowall (2006: 100-104), 1) kepemimpinan dan visi; 2) organisasi dan keterlibatan; 3) strategi dan koordinasi pengembangan; 4) belajar dan pengembangan; 5) sumberdaya; 6) evaluasi dan *review*. Kepemimpinan yang efektif ditunjukkan dengan mempengaruhi, berkomunikasi dengan dan memotivasi orang lain, sehingga tanggung jawab pengambilan keputusan dibagi antara mitra. Organisasi dan partisipasi bahwa dimaksudkan partisipasi semua pemain tokoh lokal, terutama keterlibatan masyarakat sebagai mitra sejajar. Tidak semua orang dapat memberikan kontribusi yang sama. Sebagian besar organisasi sukarela kecil dan berbasis lokal dengan beberapa staf. Mereka mungkin membutuhkan sumber daya dan waktu yang memungkinkan mereka untuk terlibat sepenuhnya.

Strategi dan koordinasi pengembangan bahwa pengembangan masyarakat difokuskan, strategi yang jelas yang mencakup berbagai isu yang didukung oleh kebijakan yang relevan, rencana, tujuan, sasaran, mekanisme pengiriman dan proses. Pengembangan prioritas lokal tindakan akan bergantung pada penilaian kebutuhan lokal, berbagi data, dan terusdialog antara mitra. Belajar dan pengembangan bahwa efektif kemitraan tidak hanya akan berinvestasi dalam tujuan bersama dan hasil bersama, tetapi juga akan menambah nilai melalui dukungan dan lainnya kesempatan untuk berbagi pembelajaran dan memberikan kontribusi untuk pengembangan profesional dan organisasi dalam organisasi mitra. Kesiediaan untuk mendengar dan belajar dari satu sama lain membangun kepercayaan. Sumberdaya

hal ini berkaitan kontribusi dan pemanfaatan bersama informasi, keuangan, manusia dan sumber daya teknis.

Kebebasan baru untuk menyatukan anggaran dan untuk menyediakan layanan yang terintegrasi misalnya antara perawatan primer dan pelayanan sosial, dapat menghapus beberapa hambatan tradisional untuk kerja bersama. Kerjasama dapat mulai dengan resourcing yang diinginkan semua orang, untuk pelatihan keterampilan. Evaluasi dan review - menilai kualitas proses kemitraan dan mengukur kemajuan menuju tujuan pertemuan. Kemitraan perlu menunjukkan bahwa mereka membuat perbedaan dan pertemuan lebih dari toko-toko hanya berbicara. Mereka juga harus mampu menunjukkan bahwa mereka membuat perbaikan nyata untuk layanan

Dikatakan secara singkat oleh Davies and Macdowall (2006: 100-104) berpendapat bahwa kemitraan berkaitan dengan kepemimpinan, organisasi, strategi, belajar, sumberdaya, dan evaluasi. Terkait dengan penelitian ini kemitraan menurut Davies dan Macdowall dengan elemen-elemen itu masih belum sesuai karena kemitraan ini terdapatnya kepemimpinan, organisasi, strategi, belajar, sumberdaya, dan evaluasi. Sementara kemitraan dalam penelitian ini yang satu melaksanakan kegiatan sedangkan yang lainnya memberikan pembayaran. Berarti pendapat Davies and Macdowall dalam penelitian ini tidak aplikatif

Berikutnya definisi kemitraan menurut Bexell, Magdalena and Morth, Ulrika (2010: 6), adalah sebagai berikut:

Definitions of partnership usually include three criteria: participating actors, their goals, and the sharing of risk and responsibility (Schäferhoff et al., 2009: 453). The bottom line of all types of partnership is that they are voluntary cooperative arrangements on public policy between actors from two or more societal spheres (state, market, and civil society) with nonhierarchical decision-making procedures (cf. Steets, 2005: 25; Glasbergen, 2007: 2). (Definisi kemitraan biasanya mencakup tiga kriteria: aktor yang berpartisipasi, tujuan mereka, dan pembagian risiko dan tanggung jawab (Schäferhoff et al., 2009: 453). Inti dari semua jenis kemitraan adalah penyelenggaraan kerjasama sukarela mengenai kebijakan publik antara aktor dari dua atau lebih lingkup masyarakat (negara bagian, pasar, dan masyarakat madani) dengan

prosedur pengambilan keputusan non-hierarkis (bandingkan Steets, 2005: 25; Glasbergen, 2007: 2).

Penjelasan mereka tentang kemitraan mencakup tiga kriteria yaitu partisipasi aktor, tujuan mereka kemitraan dan pembagian resiko dan tanggung-jawab. Oleh karena itu kemitraan itu intinya adanya penyelenggaraan kerjasama sukarela mengenai kebijakan publik antara aktor dari dua atau lebih lingkup masyarakat atau pemerintah dengan prosedur pengambilan keputusan non-hierarkis.

Selanjutnya definisi kemitraan menurut Wang (Ed.) (2000: 42), adalah sebagai berikut:

A partnership can be defined as: "collaborative activities among interested groups, based on a mutual recognition of respective strengths and weaknesses, working towards common agreed objectives developed through effective and timely communication. (Sebuah kemitraan dapat didefinisikan sebagai: "Kegiatan kerjasama antar kelompok yang mempunyai perhatian sama berdasar atas saling memahami kekuatan dan kelemahan masing-masing yang bekerja untuk mencapai tujuan yang telah disepakati bersama yang dikembangkan melalui komunikasi efektif dan tepat waktu.").

Pengertian kemitraan yang disampaikan oleh Wang bahwa kemitraan itu sebagai kerjasama yang dilakukan oleh kelompok-kelompok yang saling ketertarikan yang didasarkan pada saling pengertian dan pengakuan kekuatan dan kekurangan masing-masing. Kerjasama itu untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan dan disepakati bersama, selanjutnya kesepakatan itu dikembangkan melalui komunikasi yang efektif tepat waktu.

Komponen-komponen kemitraan menurut Wang (Ed.) (2000: 42) adalah 1) tujuan umum; 2) perjanjian untuk melakukan kegiatan; 3) kegiatan untuk membangun kekuatan satu sama lain; 4) tindakan untuk mengatasi kelemahan. Tujuan umum dimaksudkan bahwa kemitraan yang dilakukan untuk tujuan melaksanakan tujuan yang telah disepakati oleh kelompok yang terlibat. Tujuan idealnya dikembangkan melalui proses komunikasi yang dapat diterima oleh semua aktor yang terlibat. Perjanjian dimaksudkan untuk melakukan kegiatan bersama yang telah disepakati. Kegiatan yang dilakukan bersama itu sebagai

kegiatan yang membangun kekuatan satu sama lain. Tindakan yang mengatasi kelemahan dilakukan dalam upaya untuk mengatasi jika dalam pelaksanaan kegiatan terdapat adanya kelemahan-kelemahan, maka untuk mengatasinya dengan mungkin melibatkan berbagi keahlian, pengetahuan atau pengalaman dengan satu atau lebih kelompok di antara kelompok-kelompok lainnya. Ini juga berarti saling mengakui kelemahan masing-masing.

Menurut Friedrich dalam Mutafa (2017: 49), bahwa jika dilihat ke belakang lahirnya kemitraan itu dapat dilihat dalam konteks perkembangan masyarakat yang cenderung pada tersedianya pelayanan yang prima. Masyarakat menuntut tersedianya pelayanan yang baik, mutu yang baik, kinerja yang baik serta mengharapkan dilayani pejabat pemerintah yang berorientasi hasil. Menurut Dwiyanto (2010:10), bahwa sementara itu kemampuan pemerintah selaku penyedia layanan terkesan terbatas. Karena itu konsep ini mulai terpikirkan ketika terasa bahwa di satu sisi sumberdaya yang dimiliki pemerintah, sangat terbatas, sementara kebutuhan warganya semakin besar dan tidak mungkin dipenuhi oleh pemerintah secara sendiri.

Di sisi lain kemampuan pelaku pasar dan masyarakat sipil semakin lama semakin menguat dan dapat menjadi sebuah pilihan dalam rangka memenuhi tuntutan semacam itu dalam penyelenggaraan pelayanan publik. Hal ini berarti terjadi perkembangan yang hampir bersamaan menyangkut semakin terbatasnya sumberdaya yang dapat digunakan oleh pemerintah, dengan semakin meningkatnya kebutuhan masyarakat untuk dilayani serta adanya sumberdaya alternatif yang dapat digunakan dari para pelaku usaha dan masyarakat sipil.

Konsep kemitraan selain mencakup relasi pemerintah dan sektor swasta, konsep kemitraan juga bisa digunakan dalam dunia bisnis. Lambert (2013), bahwa *“a partnership is a tailored business relationship base on mutual trust, openness, shared risk and share rewards the result in business performance greater than would be achieved by the two firm working together in the absence of partnership”* (artinya, kemitraan adalah sebuah hubungan bisnis yang dijalin berdasarkan kepercayaan mutual, keterbukaan, pembagian resiko dan pembagian reward yang

dihasilkan dalam kinerja bisnis yang lebih besar dari yang bisa diraih oleh dua firma yang bekerjasama dengan ketiadaan kemitraan.

Pandangan lain tentang kemitraan menurut Carnwell dan Carson dalam Mustafa (2017: 50), bahwa kemitraan adalah komitmen bersama, di mana semua mitra memiliki hak dan kewajiban untuk berpartisipasi dan akan terpengaruh secara sama oleh manfaat dan kerugian yang timbul dari kemitraan. Kemudian dalam kemitraan itu ada atribut-atribut yang menggambarkan komitmen bersama yang mencirikan kemitraan. Atribut-atribut yang muncul dalam kemitraan adalah: 1) kepercayaan pada mitra; 2) penghormatan pada mitra; 3) kerja bersama; 4) kerja tim; 5) mengeliminasi hambatan; 6) menjadi sekutu.

Dengan mengkaji pandangan di atas, maka di dalam konsep kemitraan dapat ditemui adanya jalinan antar pihak dapat berupa pemerintah dengan sektor swasta atau antar sektor swasta dengan sektor swasta itu sendiri. Jalinan itu dibangun atas dasar saling membutuhkan (mutual), kepercayaan, keterbukaan, pembagian resiko dan pembagian reward. Kemitraan juga mengisyaratkan adanya pencapaian hasil yang lebih besar jika dibandingkan dengan sesuatu itu tanpa kemitraan.

Dalam banyak pengalaman di negara-negara maju, pelibatan pelaku usaha dan masyarakat menyelenggarakan pelayanan publik menjadi pembelajaran jika pendekatan semacam ini memiliki implikasi terhadap perluasan cakupan pelayanan serta perbaikan kualitas pelayanan. Pembelajaran lainnya bahwa dengan pendekatan kemitraan ini dapat mendorong perwujudan tata pemerintahan yang baik atau *good governance*. Karena dirasakan bahwa sumberdaya yang dimiliki pemerintah relatif terbatas, tuntutan pelayanan terus meningkat, serta di luar organisasi pemerintah terdapat sumberdaya alternatif yang dimiliki oleh pelaku usaha dan masyarakat sipil. Situasi inilah yang mendorong lahirnya gagasan *good governance* (Mustafa, 2017:54).

Konsep kemitraan menurut Carnweel dan Carson (2013: 11-12), membagi kemitraan menjadi 3 (tiga) jenis yaitu 1) kemitraan yang berorientasi masalah; 2) kemitraan ideologis; 3) kemitraan etis. Kemitraan yang berorientasi masalah adalah kemitraan yang dibentuk untuk memenuhi masalah khusus. Kemitraan ini muncul

untuk menanggapi masalah teridentifikasi kepada publik dan akan tetap ada selama masalah terus berlanjut. Kedua kemitraan ideologis yakni kemitraan ini timbul dari pandangan atau sudut pandang bersama. Mereka adalah serupa dalam banyak cara dengan kemitraan berorientasi masalah tetapi mereka juga memiliki sudut pandang tertentu yang mereka yakini adalah cara yang benar untuk melihat hal-hal yang ada di sekitarnya. Ketiga kemitraan etis yaitu kemitraan ini memiliki ‘misi’ dan memiliki agenda etis terang-terangan yang berusaha untuk mempromosikan cara hidup tertentu. Mereka cenderung demokratis dan reflektif dan sama-sama difokuskan pada makna yang sama dengan terakhir. Sementara sebagian besar kemitraan memiliki kode etika atau prosedur etika, kemitraan etika memiliki kandungan etika substansif dalam misi dan praktek mereka.

Untuk di Indonesia, penerapan konsep kemitraan ini belum begitu jelas. Terdapat praktek kerjasama antara pemerintah dengan pelaku usaha, namun hal tersebut lebih tampak sebagai sebuah kerjasama kontraktual yang sifatnya *asimetris* atau tidak seimbang. Padahal idealnya kerjasama tersebut bersifat kolaboratif. Dalam kerjasama yang bersifat kolaboratif ini dikembangkan pola hubungan prinsipal dengan agen, sebagaimana dalam pola hubungan kontraktual yang banyak dipraktekkan.

Pola hubungan prinsipal dengan agen semacam itu menurut Dwiyanto (2010:258) bahwa kerjasama menggambarkan kualitas dan intensitas yang tinggi dan mendorong masing-masing pihak untuk melakukan aliansi tujuan, strategi dan pengintegrasian sumberdaya dari keduanya untuk mencapai tujuan bersama. Dengan elemen yang demikian itu, maka jelas bahwa kemitraan multipihak ini mesti berlangsung dalam tempo yang memadai serta untuk tujuan-tujuan yang lebih bersifat mendasar.

Penjelasan tersebut tepat kiranya Bovaird dalam Mustafa (2017:58), bahwa dalam melihat kemitraan antara pemerintah dan swasta sebagai “pengaturan pekerjaan berdasarkan komitmen timbal balik, melebihi dan di atas yang diatur dalam setiap kontrak, antara satu organisasi di sektor publik dengan organisasi di luar sektor publik”.

Hal ini berarti kemitraan melibatkan pemerintah, swasta dan masyarakat lebih intensif dan interaktif di mana masing-masing memiliki independensi, tetapi juga memiliki komitmen untuk pencapaian tujuan bersama. Dengan demikian berarti kemitraan yang dikemukakan Bovaird tidak sebatas pada kerjasama kontraktual yang lebih menekankan para pihak terhadap hak dan kewajibannya sebagaimana yang diatur dalam kontrak kerjasama, melainkan keterlibatan masing-masing pihak lebih pada apa yang dituangkan dalam kontrak.

Kerjasama yang dimaksudkan oleh Bovaird di atas juga dapat terbangun karena adanya kebutuhan solutif atas masalah yang dirasakan bersama. Para pihak berasumsi bahwa masalah yang dihadapi itu dapat dengan mudah diselesaikan jika ada keterlibatan mereka masing-masing.

Terkait dengan motif kerjasama, Sink menjelaskan bahwa 'sebuah proses di mana organisasi-organisasi yang memiliki suatu kepentingan terhadap satu masalah tertentu berusaha mencari solusi yang ditentukan secara bersama dalam rangka mencapai tujuan yang mereka tidak dapat mencapainya secara sendiri-sendiri (Shafritz: 1998). Pandangan ini menunjukkan bahwa jika dibalik kemitraan antar pihak, motif keterbatasan masing-masing pihak merupakan faktor yang mendorong terbangunnya suatu kerjasama.

Kemitraan dapat dilakukan antara pemerintah dengan pihak swasta dalam bentuk kerjasama antar keduanya. Kemitraan ini menurut Lienhard (2006), mengemukakan delapan karakteristik, yaitu 1) kerjasama melibatkan setidaknya satu lembaga pemerintah dan satu lembaga swasta; 2) kerjasama dilakukan untuk mencapai tujuan bersama atau secara timbal balik *kompetible* dan saling melengkapi; 3) bersifat kompleks dan membutuhkan koordinasi yang intensif; 4) kerjasama dilakukan dalam rangka procurement atau pelaksanaan tugas tertentu; 5) memiliki orientasi jangka panjang; 6) penyatuan, pemanfaatan dan sinergi dari sumberdaya pemerintahan (pusat dan daerah) dan swasta; 7) berbagi resiko; dan 8) perolehan dalam efisiensi dan efektivitas.

Berdasar pendapat tersebut bahwa membangun kemitraan termasuk antara pemerintah baik pemerintah pusat maupun pemerintah daerah dengan swasta dan masyarakat membutuhkan suatu kondisi yang didukung oleh banyak faktor. Faktor-

faktor tersebut adalah pelaku dari kemitraan, ada tujuan bersama yang ingin dicapai, penyatuan sumberdaya, kesediaan menanggung resiko bersama serta diselenggarakan secara efisien dan efektif. Dengan banyaknya faktor dalam suatu kerjasama, maka dimungkinkan akan tercipta suatu kompleksitas di dalamnya. Sehingga tepat kiranya pandangan Lienhard tersebut, jika menekankan perlunya intensitas koordinasi antar pihak yang melakukan kemitraan, sehingga kompleksitas yang bakal timbul dapat diantisipasi terlebih lagi karena memang sangat berpeluang adanya resiko dalam suatu kemitraan.

Selain pendapat tersebut di atas, terdapat pandangan lain tentang karakteristik suatu kemitraan antara pemerintah dan swasta. Menurut Gazley dan Brudney (2005), menyatakan bahwa terdapat lima karakteristik utama yang melekat dalam suatu kemitraan, yaitu: 1) kemitraan sedikitnya melibatkandua atau lebih aktor dan paling tidak salah satunya adalah institusi pemerintah; 2) masing-masing aktor dapat melakukan tawar-menawar dan negosiasi atas nama sendiri; 3) kemudian melibatkan kerjasama jangka panjang dan membutuhkan daya tahan yang tinggi; 4) masing-masing aktor memilih kontribusi terhadap kemitraan baik bersifat material seperti sumberdaya atau simbolik misalnya berbagi kewenangan; dan 5) semua aktor bertanggungjawab atas hasilnya.

Pandangan Lienhard dengan Gazley dan Brudney bahwa mereka secara bersama menempatkan adanya faktor pelaku, waktu yang dibutuhkan cukup panjang, sinergi sumberdaya, serta resiko yang mesti dirasakan bersama dalam suatu kemitraan. Perbedaan diantara mereka bahwa Lienhard bahwa kemitraan yang dimaksud adalah antara pemerintah dan swasta. Sedangkan Gazley dan Brudney berpandangan jika aktor kemitraan ini dimungkinkan lebih dari dua pihak, di mana salah satu diantaranya dari pemerintah. Pelaku kemitraan itu selain pemerintah dan swasta, terdapat pelaku lainnya yaitu masyarakat.

Perbedaan lain yang juga menonjol dari kedua pandangan di atas terletak perlunya negosiasi antara aktor dalam pandangan Gazley dan Brudney yang tidak terungkap dalam pandangan Lienhard. Negosiasi atau tawar-menawar ini dapat dinilai positif pada satu sisi, namun dapat menciptakan kesan negatif pada sisi lain. Sisi positifnya dapat berupa penciptaan kehati-hatian dalam mengawali suatu

kemitraan, sehingga ketika keputusan diambil oleh masing-masing untuk mewujudkan kemitraan tersebut, pertimbangan-pertimbangan resiko sudah diperhitungkan secara matang. Sedangkan sisi negatifnya terletak pada pengingkaran eksistensi konsep kemitraan itu sendiri yang dilandasi oleh semangat untuk mencapai tujuan bersama dan memberi kontribusi bersama, di mana konsep ini berimplikasi pada peniadaan tawar-menawar tadi atau menekankan sangat *simbiosis mutualism* atau saling menguntungkan.

Perbedaan lainnya adalah kriteria efisiensi dan efektivitas dalam pandangan Lienhard yang tidak terungkap dalam pandangan Gazley dan Brudney. Pentingnya pandangan ini terletak pada keberadaan organisasi pemerintah dalam suatu kemitraan. Karena kemitraan itu sendiri diasumsikan akan beresiko terhadap pemanfaatan sumberdaya yang dimiliki, maka kehadiran organisasi pemerintah pada kemitraan ini mesti dievaluasi.

Dengan demikian maka jelas tentang definisi kemitraan menurut Wang (Ed), bahwa elemen kemitraan yang mencakup tujuan umum, perjanjian, kegiatan, dan tindakan untuk mengatasi kelemahan jika diterapkan di lapangan substansi yang dihadapi adalah tujuan secara umum penyediaan pelayanan kesehatan bagi peserta BPJS Kesehatan, artinya bahwa peserta BPJS Kesehatan mendapat pelayanan kesehatan yang dilaksanakan oleh RSD dr. Soebandi. Berikutnya adanya perjanjian bahwa terdapat perjanjian yang telah disepakati antara BPJS Kesehatan dengan RSD dr. Soebandi. Kemudian adanya kegiatan bahwa RSD dr. Soebandi memberikan pelayanan kesehatan kepada peserta BPJS Kesehatan. Jika terjadi kelemahan atau kekurangan BPJS Kesehatan memberikan informasi kepada RSD dr. Soebandi tentang kekurangan dan kelemahan itu untuk diperbaiki dan dilengkapi.

Dalam konteks kemitraan antara BPJS Kesehatan dengan Rumah Sakit Daerah dr. Soebandi, kemitraan dimaknai sebagai adanya lembaga penyedia jaminan kesehatan bekerjasama dengan lembaga penyedia layanan kesehatan. Lembaga penyedia jaminan kesehatan dimaksudkan BPJS Kesehatan dalam konteks ini sebagai prinsipal, sedangkan lembaga penyedia layanan kesehatan dalam konteks ini RSD dr. Soebandi sebagai agen. Jika konsep kemitraan yang

dimaksudkan menurut Istianto di atas kurang sesuai dengan fokus penelitian ini, karena kemitraan dalam penelitian ini antara lembaga publik dengan lembaga publik, sedangkan dalam pandangan Istianto kemitraan itu terkait dengan lembaga publik dengan lembaga swasta.

Kemitraan juga mengandung arti adanya relasi antara dua pihak atau lebih yang masing-masing pihak merupakan bagian. Kemitraan adalah proses bentuk kebersamaan yang saling menguntungkan dan saling secara sukarela untuk mencapai kepentingan bersama. Kemitraan adalah upaya melibatkan berbagai komponen baik lembaga pemerintah atau non-pemerintah untuk bekerjasama mencapai tujuan berdasarkan atas kesepakatan, prinsip, dan peran masing-masing. Kemitraan adalah suatu kesepakatan beberapa orang, kelompok atau organisasi untuk bekerjasama mencapai tujuan, mengambil dan melaksanakan serta membagi tugas, menanggung bersama baik resiko maupun keuntungan, meninjau ulang hubungan masing-masing secara teratur dan memperbaiki kembali kesepakatan apabila diperlukan.

Berdasarkan persamaan dan perbedaan tersebut di atas, konsep kerjasama dan kemitraan oleh Dwiyanto dibuat sebuah pencirian antara kerjasama kemitraan dengan kerjasama non kemitraan. Pencirian itu mencakup enam ciri yaitu sifat kerjasama, intensitas, jangka waktu, kedudukan para pihak, manfaat dan resiko, serta sumberdaya untuk pelaksanaan kegiatan. Perbedaan tersebut dapat dilihat pada tabel berikut ini.

Tabel 2.2 Perbedaan antara kemitraan dan kerjasama non kemitraan.

Ciri-Ciri	Tipe Kerjasama Pemerintah dan Swasta	
	Kemitraan	Non Kemitraan
Sifat Kerjasama	Kolaboratif	Swastanisasi, <i>outsourcing</i>
Intensitas	Tinggi	Rendah
Jangka Waktu	Panjang	Pendek

Kedudukan Para Pihak	Setara dan Otonom	Tidak setara, terikat dengan kontrak
Manfaat dan Resko	Saling membagi manfaat resko	Manfaat dihitung sebagai kompendasi atas prestasi, sementara resiko ditanggung masing-masing
Sumberdaya untuk Pelaksanaan Kegiatan	Penggabungan sumberdaya	Tidak ada penggabungan sumberdaya

Sumber: Dwiyanto, 2010:264.

Dengan penegasan perbedaan antara kerjasama kemitraan dengan kerjasama non kemitraan tersebut, maka konsep yang digunakan dalam tulisan ini adalah lebih pada kerjasama kemitraan yang sifatnya kolaboratif, dengan intensitasnya tinggi, jangka waktunya panjang, kedudukannya antara pihak setara dan otonom, saling mebagi resiko, dan manfaat para pihak, serta ditandai oleh adanya penggabungan sumberdaya para aktor.

Sedangkan ruang lingkup kemitraan menurut Mustafa (2017:63) bahwa cakupan kemitraan dapat dilihat dari dua sudut pandang. Pertama yakni dari sudut pandang obyek kemitraan yang mencakup berbagai dimensi pembangunan termasuk dalam hal ini kemitraan di bidang pelayanan publik. Kedua yakni dari sudut pandang ranah kebijakan dimana hal ini mencakup formulasi, implementasi, dan evaluasi kebijakan.

Setelah memahami kemitraan dan non kemitraan, maka berikut ini model kemitraan. Model biasanya digunakan untuk membantu menjelaskan fenomena atau fakta yang ada dan relatif kompleks. Menurut Quade dalam Mustafa (2017: 69) bahwa model merupakan cara ilmiah memperoleh gambaran dunia nyata dengan mempelajari replika yang mencerminkan fenomena. Hal ini berarti model merupakan penyederhanaan secara ilmiah dari fenomena atau fakta yang relatif kompleks sehingga bisa mudah dipahami.

Model dapat diklasifikasikan menjadi dua bentuk. Menurut Quade (1989: 138-139), pertama: eksplisit model, yang mencoba menjelaskan secara prediktif dalam menggambarkan dunia nyata. Termasuk dalam kelompok ini adalah model

analitis, skematik, model simulasi, gaming model, model judgment dan model fisik. Kedua, yaitu model implisit yang bersifat mental (mental model).

Teori kemitraan menekankan pentingnya kerjasama antara pihak pemerintah dengan sektor swasta dan masyarakat dalam memenuhi kebutuhan publik. Teori kemitraan bersifat kolaboratif, sistematis, multiorganisasi, multisektoral, dan multigovernmental (Mustafa, 2017: 69).

2.5.2 Jenis Kemitraan

Ada beberapa jenis teori kemitraan yang digolongkan menjadi jenis kemitraan. Jenis kemitraan menurut Mustafa (2017: 70-93) dibedakan menjadi 1) *governance*; 2) *public-private partnership*; 3) *Mixed scanning*; 4) *Networks*; 5) *Co-management*; 6) *Collaboration and Partnership*.

a. *Governance*

Terdapat perbedaan antara administrasi publik lama atau ortodoks dengan administrasi publik baru. Hal ini bisa ditelusuri dari penggunaan konsep *governance*. Garvey seperti dalam Frederickson dan Smith (2002:227) menggunakan *governance* sebagai cara untuk membedakan antara administrasi publik ortodoks yang dibangun berdasarkan pada prinsip-prinsip dikotomi politik-administrasi, dan teori administrasi publik baru yang didasarkan pada pemahaman difusi jaringan yang semakin bertanggungjawab untuk menyediakan pelayanan publik.

Dalam administrasi publik sering digunakan terminologi *governance* untuk menjelaskan keterkaitan antara organisasi. Kaban (2004: 121-122) mengemukakan pengertian *governance* tidak lagi sekedar pelibatan lembaga publik dalam formulasi dan implementasi kebijakan, tetapi terhubungnya berbagai organisasi untuk melaksanakan tujuan-tujuan publik.

Konsep *governance* juga berkembang sedemikian rupa dan dihubungkan dengan nilai-nilai, serta seperti apa nilai-nilai tersebut berarti bagi sebuah organisasi. Rhodes (2002) dalam Mustafa (2017: 71-72) mengklasifikasi konsep *governance* ini menjadi tujuh bentuk yang dapat dilihat pada tabel berikut.

Tabel 2.3 Klasifikasi dan Deskripsi Model *Governance*

Pengertian	Deskripsi
1	2
<i>Governance sebagai Corporate Governance</i>	Terkait dengan cara perusahaan dikelola secara efisien, kemudian ditransformasi ke sektor publik dalam bentuk manajemen pemerintahan
<i>Governance sebagai New Public Management</i>	Terkait dengan: 1) penerapan manajemen korporasi dalam sektor publik dalam bentuk kinerja yang terukur, manajemen <i>by result</i> , <i>value for money</i> , dan lebih dekan dengan pelanggan, 2) marketisasi, yaitu penerapan struktur atau pola insentif dalam penyediaan pelayanan publik melalui kontrak dengan pihak luar/ketiga, mekanisme semi pasar dan pilihan konsumen.
<i>Governance sebagai Good Governance</i>	Terkait dengan good governance sebagai: 1) sistemik, distribusi kekuasaan ekonomi politik secara internal dan eksternal, 2) politis, kondisi yang menyenangkan bagi pemerintah karena mandat demokratis, 3) administratif, pelayanan publik yang efisien, terbuka, akutabel, auditabel.
1	2
<i>Governance sebagai kesaling tergantung Internasional</i>	Kesalingtergantungan akan dicapai dengan mengikis peran otonomi negara dengan cara internasionalisasi produksi transaksi keuangan, internasionalisasi organisasi dalam bentuk hubungan langsung dengan organisasi negara, regional atau lokal, dan memlemahkan kapasitas <i>natio state</i> sebagai <i>governer</i> .
<i>Governance sebagai System Socio Cybernetic</i>	Didasarkan pada asumsi keterbatasan aktor sentral melakukan <i>governing</i> dan oleh karenanya tidak ada satupun sektor memiliki otoritas penuh. Pada setiap arena kebijakan banyak aktor yang terlibat. Terjadi

kesalingtergantungan dan *share goal*. Batas-batas antara public-private dan voluntary menjadi kabur karena tindakan, intervensi dan kontrol bersifat *multiple*. Pada model ini terjadi kehidupan masyarakat menjadi *centreless society* dan sistem pemerintahan menjadi *polycentric state*. Pemerintah bedrtugas mendorong interaksi sosial politik, tumbuhnya aransemen dalam menanggulangi masalah dan distribusi pelayanan melalui: regulasi mandiri atau bersama, kemitraan *public-private*, *joint-management* dan *enterpreneurial venture*.

Governance sebagai Network

Governance dipandang sebagai institusi dan aktor yang berasal dari dan juga tidak sekedar dari pemerintah karena batas-batas tanggungjawab pemerintah dalam menangani isu sosial dan ekonomi menjadi kabur. Setiap institusi bergantung antara satu dengan lainnya dan tidak ada otoritas komando dari pemerintah.

Network adalah bentuk umum dari koordinasi sosial dan pola keterkaitan organisasional dari sektor *private* atau publik dan sebagai mekanisme untuk mengkoordinasikan dan mengalokasikan sumberdaya sebagai suatu *governing*. Dalam hal ini *network* merupakan alternatif, bukan *hybrid* dari *market* dan *hierarki*.

Sumber: Diadaptasi dari Rhodes dalam Pierre (Ed), 2002: 56-61.

Bentuk model *governance* lainnya adalah *institutional building*. Model ini dikemukakan oleh William dalam Farazmand (1991:10), bahwa berkaitan dengan upaya mendesain suatu aktivitas organisasi untuk tujuan yang lebih menguntungkan dalam hubungannya dengan masalah keefektifan dan manajemen dalam administrasi publik. Dalam hubungan ini, maka terminologi administrasi publik seringkali digunakan untuk menjelaskan makna dari administrasi pemerintahan.

b. Public-Private Partnerships (PPPs)

Teori *Public-Private Partnerships (PPPs)* menjelaskan pengabungan sumberdaya pemerintah dengan sektor swasta (lembaga *profit* maupun lembaga

non-profit) untuk mewujudkan tujuan-tujuan masyarakat (*societal goal*). Pandangan PPPs terdapat variasi, namun secara umum istilah PPPs digunakan apabila terdapat hubungan antara pemerintah dengan sektor bisnis, fokus untuk mencapai tujuan-tujuan konvergen.

c. Mixed Scanning

Mixed Scanning Theory ini mempertimbangkan fundamentalisme pengambilan keputusan sebagaimana dalam teori rasional komprehensif dan pada saat bersamaan menggunakan teori inkremental untuk menghasilkan keputusan yang lebih optimal. Oleh karena itu teori *Mixed Scanning Theory* memungkinkan penggunaan teori rasional komprehensif dan inkremental dalam suatu keadaan.

d. Networks

Pandangan ini memberi tekanan pada adanya organisasi yang terlibat dalam suatu *networks*, di mana keterlibatan tersebut dicirikan oleh saling tergantung antar organisasi tersebut. Karena saling ketergantungan itulah maka menjadi motif terbangunnya jejaring diantara organisasi yang beragam tersebut.

e. Co-management

Menurut Carlsson dan Berkers (1991:12) dalam Mustafa (2017: 85), *Co-management* diantaranya sebagai pembagian kekuasaan dan tanggungjawab antara pemerintah dan pengguna sumberdaya lokal. Pandangan ini memiliki cakupan yang luas. Sedangkan menurut Word Bank (1999) menyatakan bahwa *co-management* merupakan pembagian tanggungjawab hak dan kewajiban antara pemangku kepentingan utama, khususnya masyarakat lokal dan pemerintah. Pendekatan desentralisasi untuk pengambilan keputusan yang melibatkan pengguna lokal dalam pengambilan keputusan setara dengan pemerintah.

f. Collaboration and Partnership

Menurut Eran Vigoda (2006) dalam Mustafa (2017: 86), Teori *Collaboration and Partnership* berbasis pada relasi multi aktor dalam pelayanan publik. Dalam teori *Collaboration and Partnership* memandang tiga tahapan interaksi antara publik administrasi dengan warga yaitu: *continuum 1 – citizen as partners; continuum 2 – governance and public administration as partners; continuum 3 – interaction.*

2.5.3 Kemitraan Lembaga Jaminan Kesehatan

Setelah memahami tentang kemitraan dari berbagai perspektif itu maka perlu dipahami juga adalah hubungan lembaga jaminan sosial. Hubungan lembaga jaminan kesehatan ini berkaitan dengan aspek hubungan pemerintah pusat dan pemerintah daerah dalam suatu negara. Hal ini disampaikan oleh B.C. Smith (1985: 91) bahwa:

This section is, of course, exclusively concerned with the territorial aspects of intergovernmental relations. It looks at the study of relations between different levels of government in the state hierarchy, though, as will be seen, this subject has recently benefited from applications of some of the concepts employed in interorganizational analysis. (Bagian ini, tentu saja, khusus berkaitan dengan aspek-aspek teritorial hubungan antar pemerintah. Ini terlihat pada studi hubungan antara berbagai tingkat pemerintahan dalam hierarki negara, meskipun, seperti yang akan dilihat, subjek ini baru-baru ini mendapat manfaat dari aplikasi dari beberapa konsep yang digunakan dalam analisis interorganisasional).

Pendapat B.C. Smith tersebut menunjukkan bahwa dalam suatu negara itu terdapat adanya hubungan antara pemerintah pusat dan pemerintah daerah secara hierarki. Selanjutnya hubungan antar pemerintah ini menurut B.C Smith (1985: 91-97) digolongkan menjadi tiga yaitu 1) *law and administration*; 2) *community politics*; and 3) *interorganizational politics*.

Hubungan pemerintah pusat dan pemerintah daerah dari segi hukum dan administrasi '*law and administration*' B.C. Smith (1985: 91-95) berpendapat sebagai berikut:

The study of intergovernmental relation has been heavily influenced by the historical-legal tradition in political studies and public administration. It has focused on the different formal relationship of power and influence between central and subnational governments expressed through the main categories of central control-legislative, judicial and administrative (Studi tentang hubungan antar pemerintah sangat dipengaruhi oleh tradisi historis-hukum dalam studi politik dan administrasi publik. Ini telah berfokus pada hubungan formal yang berbeda dari kekuasaan dan pengaruh antara pemerintah pusat dan daerah yang dinyatakan melalui kategori utama control-legislatif, yudikatif dan administrasi pusat).

Selanjutnya dijelaskan oleh B.C. Smith (1985: 92) menyatakan bahwa:

However, the main conclusion drawn from the application of these categories of control is that intergovernmental relations are generally characterized more by negotiation, persuasion and dialogue than by the resolution of conflict by the use of ultimate sanctions. Local authorities are by no means the passive recipients of central directive. Such an approach to the legal and administrative relationship between levels of government permit the political context of such relationships to be explored. It requires the political analyst to examine the power resources which the institutions on each side of the relationship can deploy (Namun, kesimpulan utama yang ditarik dari penerapan kategori kontrol ini adalah bahwa hubungan antar pemerintah umumnya lebih ditandai oleh negosiasi, persuasi dan dialog yang oleh resolusi konflik dengan menggunakan sanksi akhir. Otoritas lokal sama sekali bukan penerima pasif dari arahan pusat. Pendekatan semacam itu terhadap hubungan hukum dan administrasi antara tingkat pemerintahan memungkinkan konteks politik hubungan semacam itu untuk dieksplorasi. Ini meminta analisis politik untuk memeriksa sumber daya yang dapat digunakan oleh institusi di setiap sisi hubungan).

Penjelasan tersebut menunjukkan bahwa hubungan (relasi) antara pemerintah pusat dan pemerintah daerah dari segi hukum dan administrasi lebih bersifat *top down* (dari atas ke bawah), hubungan demikian ini sebagai untuk kepentingan nasional yang lebih luas. Selain itu kontrol dan pengaruh pemerintah pusat sangat kuat, sehingga peraturan-peraturan itu dibuat oleh pemerintah pusat. Kemudian dengan geografis yang berbeda, maka sasaran standar pelayanan untuk pengurangan disparitas antar daerah.

Berikutnya tentang *community politics* (politik komunitas), *community politics* menurut B.C. Smith (1985: 93) menyatakan bahwa:

An alternative approach to intergovernmental relations is found within the political science of community, and particularly urban, politics. To a large extent the concern here has been to locate political power within communities-in a plurality of interests, in an elite, among multiple elites, and so on; and to compare the relative importance of political and socio-economic variables on policy outputs. The outputs of community governments have been explained by reference to the internal characteristics or structural attributes of the area – its dominant community values, the degree to which power is concentrated, the level of community integration, or the formal structure of the local government system, for example. (Pendekatan alternatif untuk hubungan antar pemerintah ditemukan dalam ilmu politik masyarakat, dan khususnya perkotaan, politik. Sebagian besar yang menjadi perhatian di sini adalah menemukan kekuatan politik di dalam komunitas - dalam sejumlah kepentingan, di kalangan elit, di antara banyak elit, dan sebagainya; dan untuk membandingkan kepentingan relatif variabel politik dan sosial ekonomi pada keluaran kebijakan. Keluaran pemerintah masyarakat telah dijelaskan dengan mengacu pada karakteristik internal atau atribut struktural daerah - nilai-nilai masyarakat yang dominan, sejauh mana kekuasaan terkonsentrasi, tingkat integrasi masyarakat, atau struktur formal sistem pemerintah daerah, sebagai contoh).

Pendapat B.C. Smith tersebut menunjukkan bahwa hubungan antara pemerintah pusat dengan pemerintah daerah terkait dengan sejumlah kepentingan politik masyarakat lokal yaitu memperjuangkan otonominya. Hubungan antara pemerintah pusat dan pemerintah daerah itu dengan instrumen desentralisasi. Oleh karena itu dalam hubungan ini bersifat *bottom-up* dalam memperjuangkan lokal otonominya. Dalam *political community* ini terdapat adanya keberpihakan pada karakteristik dan potensi masyarakat setempat atau lokal, termasuk juga aspek sosial kapital atau modal sosial, dan juga sistem sosial budaya setempat.

Selanjutnya tentang *interorganizational politics* (politik antarorganisasi), Menurut B.C. Smith (1985: 94-97) bahwa:

A distinction has been made between decentralization and autonomy, and earlier it was pointed out that discussions of formal relationship between levels of government are incomplete without

an examination of other aspect of politics which are relevant to the territorial allocation of power. Central governments are not always willing or able to use the controls available to them, and some area governments posses resources which enable them to resist pressures from the centre. There is great scope for bergaining, negotiation and initiative. Area governments vary in their willingness to use political, financial, legal and administrative resources to resist control (Ada perbedaan antara desentralisasi dan otonomi, dan sebelumnya disebutkan bahwa diskusi tentang hubungan formal antara tingkat pemerintahan tidak lengkap tanpa pemeriksaan aspek politik lain yang relevan dengan alokasi kekuasaan teritorial. Pemerintah pusat tidak selalu bersedia atau mampu menggunakan kontrol yang tersedia bagi mereka, dan beberapa pemerintah daerah memiliki sumber daya yang memungkinkan mereka untuk menolak tekanan dari pusat. Ada peluang besar untuk bergaining, negosiasi dan inisiatif. Pemerintah daerah bervariasi dalam kesediaan mereka untuk menggunakan sumber daya politik, keuangan, hukum dan administratif untuk melawan kontrol).

Penjelasan tersebut menunjukkan bahwa hubungan pemerintah pusat dan daerah bersifat setara. Selain itu terdapat adanya jaringan sebagaimana dalam teori struktur organisasi, dalam hal ini sistem sosial. Dengan demikian maka dalam *interorganizational politics* menekankan pada pendekatan kesetaraan.

2.6 Pelaksanaan Kemitraan

2.6.1 Penyelenggaraan Pelayanan atau *Service Arrangement*

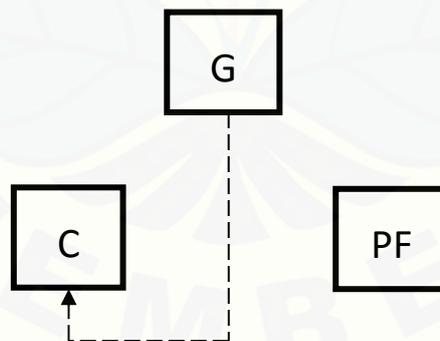
Dalam penyelenggaraan kerjasama antara pelaku publik berkaitan dengan penyediaan barang dan jasa publik. E.S. Savas (1987: 60-70) menjelaskan sepuluh penyelenggaraan khusus sesuai dengan cara spesifik yang dimiliki oleh para penyelenggara, produser, dan konsumen. Sepuluh penyelenggaraan pelayanan sebagai berikut:

The ten arrangements, to be examined in turn, are 1) government service, 2) government vending, 3) intergovernmental agreement, 4) contract, 5) franchise, 6) grant, 7) voucher, 8) free market, 9) voluntary service, and 10) self-service. (Kesepuluh penyelenggaraan untuk dibahas secara bergantian adalah 1) pelayanan pemerintah, 2) sampingan pegawai pemerintah, 3) perjanjian antar pemerintah, 4) kontrak, 5) waralaba, 6) hibah, 7) voucher, 8) pasar bebas, 9) layanan sukarela, dan 10) swalayan.)

Kesepuluh penyelenggaraan pelayanan tersebut menunjukkan bahwa terdapat adanya hubungan antara penyelenggara, produsen, konsumen dalam penyediaan barang dan jasa. Lebih lanjut penyelenggaraan pelayanan itu dapat dilihat gambar sebagai berikut ini.

2.6.2 Pelayanan Pemerintah atau *Government Service*

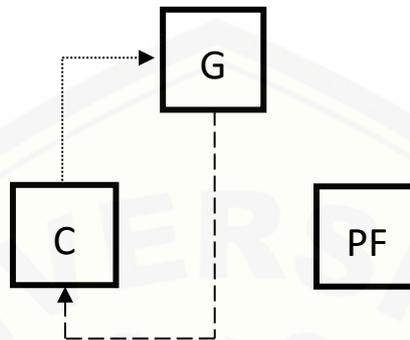
Dalam model *government service* ini bahwa pelayanan pemerintah kepada masyarakat bahwa pemerintah memberikan pelayanan kepada konsumen. Pelayanan yang diberikan kepada konsumen itu pemerintah dibayar melalui pajak. Pelayanan yang diberikan pemerintah kepada konsumen itu digambarkan dalam garis putus-putus. Seperti pada gambar 1a dan 1b.



Gambar 1a. *Government Service, paid by taxes, where government (G) produces and delivers service (dashed line) to consumer (C).* (Pelayanan pemerintah dibayar melalui pajak, di mana pemerintah G memproduksi dan mengirimkan pelayanan ke konsumen C). (Savas, 1987: 64).

Selanjutnya pelayanan yang diberikan oleh pemerintah kepada konsumen, namun konsumen perlu membayar kepada pemerintah. pemerintah dalam

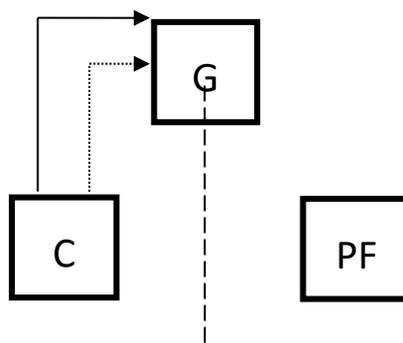
memberikan pelayanan kepada konsumen tidaklah gratis. Hal ini dapat dilihat pada gambar 1b berikut ini.



Gambar 1b. *Government Service, with user fee, where dotted line shows direct payment; Private Firm (PF) plays no role.* (Pelayanan pemerintah dibayar oleh pemakai, pengiriman pelayanan dari pemerintah G kepada konsumen C. Konsumen C membayar kepada pemerintah G, sementara perusahaan swasta PF tidak memainkan peran apapun). (Savas, 1987: 64).

2.6.3 Government Vending atau Sampingan Pegawai Pemerintah

Seseorang sebagai penyelenggara dapat membeli barang dan jasa dari pemerintah, dalam hal ini individu atau organisasi pribadi adalah penyelenggara, dan pemerintah adalah produsernya. Penyelenggaraan ini, menghubungkan pemerintah sebagai penjual. Belanja pegawai pemerintah, seperti yang didefinisikan di sini, tidak sama dengan mengenakan biaya pengguna untuk layanan pemerintah. Pemerintah sebagai pemasok air, sebagai penjual pegawai pemerintah, konsumen adalah penyelenggara.





Gambar 2. *Government Vending, where consumer, as arranger, authorizes (solid line) and pays (dotted line) government to deliver service (dashed line).* (Sampingan pegawai pemerintah, konsumen sebagai penyedia C menugaskan dan membayar kepada pemerintah sebagai produsen G untuk memproduksi dan mengirimkan pelayanan). (Savas, 1987: 65).

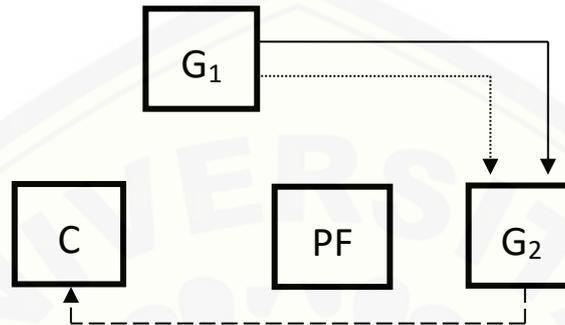
Dengan demikian bahwa konsumen dalam hal ini sebagai penyelenggara yang meminta kepada pemerintah untuk menyediakan atau memproduksi yang dibutuhkan oleh konsumen, selanjutnya konsumen akan membeli produksi yang diminta konsumen, pemerintah untuk menyediakan kebutuhan konsumen tersebut. Selanjutnya setelah diproduksi kebutuhan itu dikirim kepada konsumen artinya konsumen membeli produksi yang dibuat oleh pemerintah. selanjutnya konsumen membayar kepada pemerintah atas barang yang dikirimnya untuk konsumen. Namun pegawai pemerintah tidak mendapatkan bayaran dari produksi konsumen tersebut.

2.6.4 Intergovernmental Agreement atau Perjanjian antar Pemerintah

Pemerintah dapat mempekerjakan atau membayar pemerintah lain untuk menyediakan layanan. sebuah distrik shool lokal melakukan itu ketika, tidak memiliki sekolah menengah di distrik tetangga dan membayar yurisdiksi terakhir untuk layanan tersebut. juga lazim bagi masyarakat kecil untuk membeli layanan perlindungan perpustakaan, rekreasi, dan api dari unit pemerintah khusus yang diselenggarakan oleh dan menjual layanannya kepada beberapa pemerintah tujuan umum di wilayah tersebut.

Negara kadang-kadang kontrak dengan kota-kota dan membayar yang terakhir untuk mempertahankan jalan negara dalam batas kota. Negara kontrak dengan kota dan negara untuk memberikan layanan sosial kepada keluarga dan individu. Penugasan kembali tanggung jawab pelayanan antara yurisdiksi terus berlanjut sampai pada tingkat signifikan dalam upaya mengatasi masalah regional

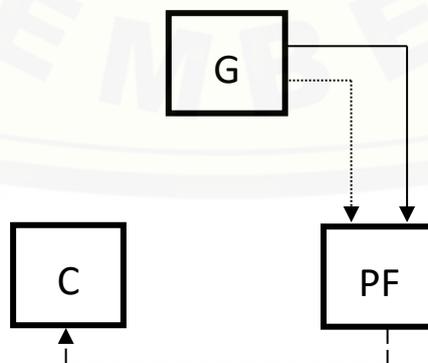
dengan lebih baik dan mengatasi kenaikan biaya. Kami mengacu pada penyelenggaraan kelembagaan seperti kesepakatan antar pemerintah. Salah satu pemerintah adalah produsennya, tapi yang lainnya adalah service arranger. Hal ini ditunjukkan secara konseptual pada gambar 3.



Gambar 3. *Intergovernmental agreement, where one government autorizes and pays another to deliver service* (Perjanjian antar pemerintah, di mana suatu dinas pemerintah G_1 menugasi dan membayar kepada dinas pemerintah lainnya G_2 untuk mengirmkan pelayanan kepada konsumen C. (Savas, 1987: 66).

2.6.5 Contracting atau Kontrak

Kontrak pemerintah tidak hanya dengan pemerintah lain, tetapi juga dengan perusahaan swasta dan organisasi nirlaba untuk pengiriman barang dan jasa. Dalam penyelenggaraan ini organisasi swasta adalah produsen dan pemerintah adalah arranger, yang membayar produsennya, seperti yang ditunjukkan pada Gambar 4 kontrak semacam itu ".

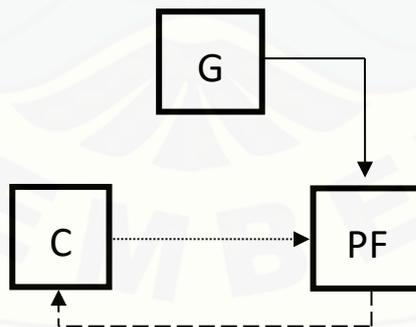


Gambar 4. *Contracting, where government autorizes and pays private Firm to deliver service* (Kontrak, di mana pemerintah G

menugasi dan membayar kepada perusahaan swasta PF untuk mengirmlkan pelayanan kepada konsumen C. (Savas, 1987: 68).

2.6.6 Franchise atau Waralaba

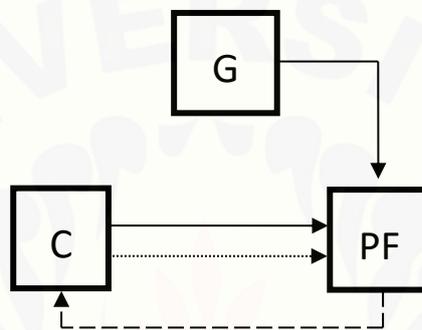
Waralaba adalah struktur kelembagaan lain yang digunakan untuk menyediakan layanan. Waralaba eksklusif adalah pemberian hak monopoli kepada perusahaan swasta untuk memasok layanan tertentu, biasanya dengan peraturan harga oleh badan pemerintah. Tidak ada satu pun waralaba ganda atau ganda yang bisa diberikan, seperti dalam kasus taksi. Dalam layanan waralaba, seperti dalam kontrak layanan, pemerintah adalah arranger dan organisasi swasta adalah produsen layanan; Namun, keduanya bisa dibedakan dengan cara pembayaran ke produsen. Pemerintah membayar produsen untuk layanan kontrak, namun konsumen membayar produsen untuk layanan waralaba. hubungan antar peserta dalam penyelenggaraan eksklusif dan multiple waralaba diilustrasikan pada Gambar 5a dan 5b.



Gambar 5a. *Exclusive Franchise, where government authorizes private Firm to deliver service and consumer pays Firm* (pemerintah G menugasi perusahaan swasta PF untuk mengirmlkan pelayanan kepada konsumen C dan konsumen C membayar kepada perusahaan swasta PF. (Savas, 1987: 65).

Penyelenggaraan waralaba sangat sesuai untuk menyediakan barang tol. Utilitas umum seperti distribusi tenaga listrik, gas dan air, layanan telepon, dan

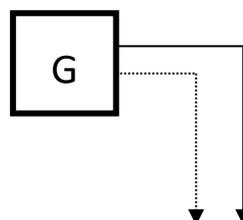
televisi kabel biasanya disediakan sebagai layanan waralaba, dan juga transportasi bus. Perhatikan bahwa banyak dari layanan ini disediakan langsung oleh pemerintah di beberapa wilayah hukum: pemerintah daerah memiliki dan mengoperasikan banyak pembangkit listrik, sistem pasokan air, dan jalur bus, misalnya, dan di Anchorage, Alaska, layanan telepon secara historis disediakan oleh pemerintah kota. Konsesi pada jalan raya akses terbatas dan di taman, stadion, bandara, dan properti publik lainnya juga merupakan waralaba.



Gambar 5b. *Multiple Franchise, where government and consumer are co-arrangers* (pemerintah dan konsumen adalah co-arranger). (Savas, 1987: 76).

2.6.7 Grant Arrangement atau Hibah

Barang-barang tol dan barang-barang pribadi yang konsumsinya harus didorong dapat disubsidi dan diberikan melalui dua penyelenggaraan struktural yang berbeda: hibah dan voucher. Di bawah sistem hibah, subsidi diberikan oleh pemerintah kepada produsen. Hibah bisa berupa uang, pembebasan pajak atau tunjangan pajak lainnya, pinjaman berbiaya rendah, atau jaminan pinjaman. Efek dari hibah tersebut adalah untuk mengurangi harga barang tertentu untuk konsumen yang memenuhi syarat, yang kemudian dapat pergi ke pasar dan membeli sendiri dari produsen bersubsidi lebih banyak daripada yang mungkin mereka konsumsi.

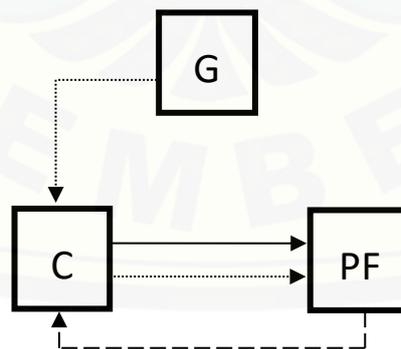




Gambar 6. *Grant Arrangement, where government subsidizes the producer* (pemerintah mensubsidi produsen). (Savas, 1987: 77).

2.6.8 Voucher arrangement atau Voucher

Sistem kupon juga dirancang untuk mendorong konsumsi barang tertentu oleh konsumen kelas tertentu. Berbeda dengan sistem hibah, yang mensubsidi produsen dan membatasi pilihan konsumen hanya pada produsen bersubsidi, sistem kupon mensubsidi konsumen dan mengizinkan pihak kedua untuk menggunakan pilihan yang relatif bebas di pasar. Dalam sistem voucher, seperti dalam sistem hibah, produsen adalah perusahaan swasta, dan baik pemerintah maupun konsumen membayar produsennya, namun bila dalam penyelenggaraan hibah baik pemerintah maupun konsumen memilih produsen, dalam penyelenggaraan kupon yang dibuat oleh konsumen saja pilihan. Susunan ini ditunjukkan secara skematis pada Gambar 7.

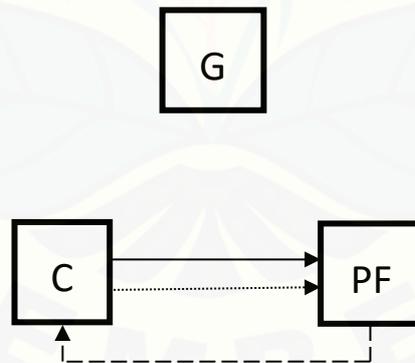


Gambar 7. *Voucher arrangement, where government subsidizes the consumer* (pemerintah mensubsidi konsumen). (Savas, 1987: 78).

2.6.9 Market Arrangement atau Pasar Bebas

Sistem pasar adalah yang paling umum dari semua penyelenggaraan layanan. Ini digunakan untuk menyediakan sebagian besar barang pribadi dan barang tol di dunia barat. Konsumen mengatur layanan dan memilih produsen, yang merupakan perusahaan swasta. Pemerintah tidak terlibat dalam transaksi dengan cara yang signifikan, walaupun dapat menetapkan standart layanan. Misalnya, penyelenggaraan yang tidak biasa untuk pengumpulan sampah di kota-kota kecil di Amerika adalah koleksi pribadi wajib, di mana pemerintah kota menetapkan persyaratan bahwa semua rumah tangga menolak mengumpulkan setidaknya seminggu sekali, katakanlah, tapi diserahkan ke setiap rumah tangga. untuk memilih dan membayar perusahaan swasta untuk menyediakan layanan ini.

Demikian pula, pemerintah dapat meminta pabrik untuk membersihkan aliran limbahnya, namun pekerjaan dapat dilakukan melalui pasar. Penyelenggaraan ini diilustrasikan pada Gambar 8.

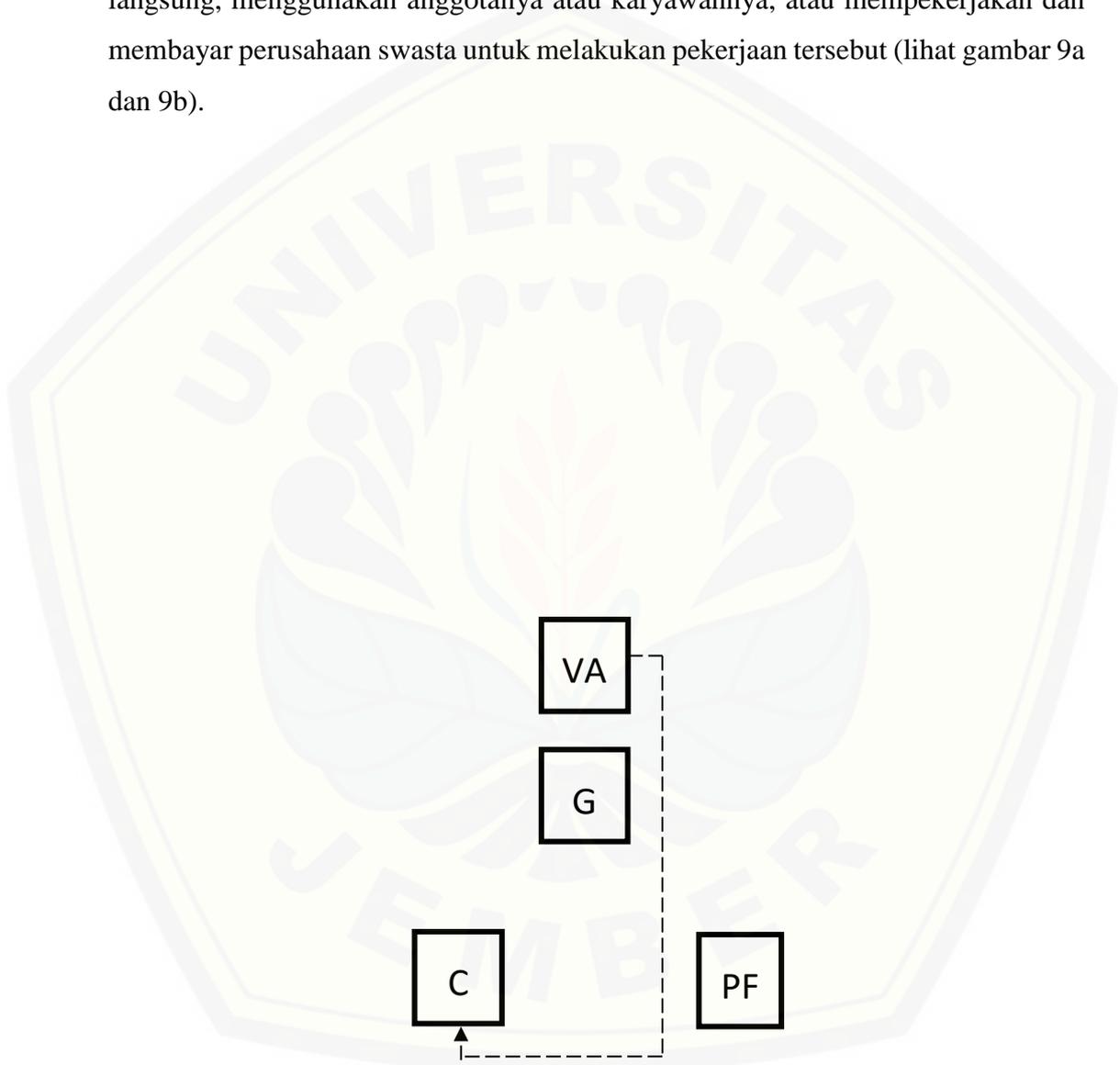


Gambar 8. *Market Arrangement, where consumer selects and pays private producer for service* (di mana konsumen memilih dan membayar produsen swasta untuk pelayanan yang diterimanya. (Savas, 1987: 80).

2.6.10 *Voluntary Arrangement* atau Layanan Sukarela

Organisasi amal, melalui usaha sukarela mereka, memberikan sejumlah layanan manusia kepada orang-orang yang membutuhkan. Asosiasi sukarela lainnya melakukan layanan masyarakat yang disediakan di tempat lain oleh instansi

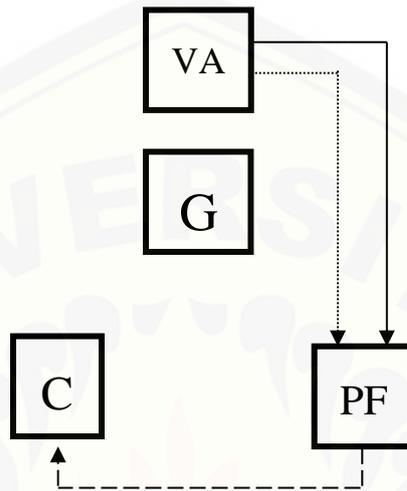
pemerintah; contoh kegiatan tersebut, seperti disebutkan di atas, meliputi program rekreasi, pembersihan jalan, patroli pelindung, dan perlindungan kebakaran oleh asosiasi lingkungan. Dalam penyelenggaraan ini, asosiasi bantuan timbal balik sukarela bertindak sebagai pengelola layanan dan menghasilkan layanan secara langsung, menggunakan anggotanya atau karyawannya, atau mempekerjakan dan membayar perusahaan swasta untuk melakukan pekerjaan tersebut (lihat gambar 9a dan 9b).



Gambar 9a. *Voluntary Arrangement*
(Savas, 1987: 80).

Ketika sebuah asosiasi sukarela terlibat dalam bisnis penyediaan barang-barang pribadi, seperti perumahan koperasi makanan, tidak ada bedanya dengan perusahaan nonprofit swasta yang beroperasi di pasar bebas.

Upaya sukarela oleh sektor swasta dapat menangani bahkan usaha nasional besar, seperti Olimpiade 1984 di Los Angeles, dan pemulihan senilai \$ 265 juta dari Patung Liberty.



Gambar 9b. *Voluntary Arrangement with contracting.* (Savas, 1987: 64).

2.6.11 Self-service Arrangement atau Swalayan

Cara penyampaian paling dasar adalah *self-help*, atau swalayan. perlindungan terhadap kebakaran dan pencurian sebagian besar dikemukakan oleh tindakan swalayan swakarsa, seperti memadamkan rokok dan mengunci pintu. Individu yang membawa surat kabar ke pusat daur ulang, berkendara untuk bekerja, membalut potongan, atau memberikan bimbingan kejuruan kepada anaknya adalah mempraktekkan swalayan.

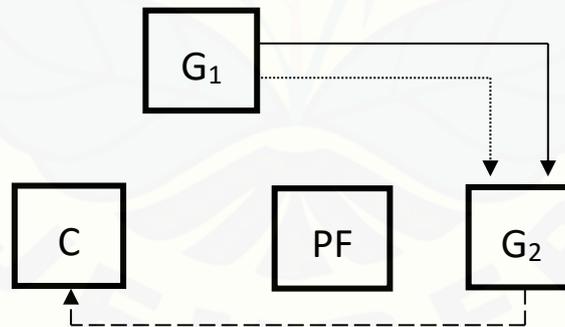




Gambar 10. *Self-service arrangement*. (Savas, 1987: 82).

Keluarga sebagai unit swalayan adalah departemen perumahan, kesehatan, pendidikan, kesejahteraan, dan pelayanan manusia yang asli dan paling efisien, dan menyediakan layanan vital bagi anggotanya. Setelah kembali ke fungsi keluarga sebelumnya, semenit namun meningkatkan jumlah keluarga, yang tidak puas dengan sekolah konvensional, menantang kekuatan birokrasi yang tangguh dengan mengajar anak-anak di rumah alih-alih mengirim mereka ke sekolah.

Beberapa model penyelenggaraan pelayanan yang dipaparkan tersebut, maka yang lebih sesuai dengan penelitian ini adalah model penyelenggaraan pada *Intergovernmental Agreement* atau Perjanjian antar Pemerintah. oleh karena itu konsep yang dibangun atas dasar perjanjian antar pemerintah.



Gambar 3. *Intergovernmental agreement, where one government authorizes and pays another to deliver service* (Perjanjian antar pemerintah, di mana suatu dinas pemerintah G_1 menugasi dan membayar kepada dinas pemerintah lainnya G_2 untuk mengirmkan pelayanan kepada konsumen C). (Savas, 1987: 64).

Jika dikritisi model Savas *intergovernmental arrangement* ini adalah bahwa pemerintah dalam hal ini dapat berupa dinas atau badan atau lembaga. Pemerintah 1 (G_1) menugasi kepada pemerintah 2 (G_2) untuk memberikan pelayanan kepada

konsumen atau peserta (C), setelah G2 memberikan pelayanan kepada C maka G1 membayar kepada G2. Dalam hal ini *private firm* tidak dilibatkan sama sekali.

Model yang dibangun Savas tersebut belum menjelaskan tentang konsumen (C) setelah menerima pelayanan dari pemerintah 2 (G2) apakah perlu membayar kepada pemerintah 2 (G2) atau tidak. Dari model tersebut yang jelas pihak konsumen tidak membayar kepada pihak pemerintah 2 atas pelayanan yang diberikan pemerintah G2 kepada konsumen C. Hal ini berarti pemerintah 1 (G1) membayar kepada pemerintah 2 (G2) mengandalkan dengan pajak, pajak ini diambil dari konsumen.

Jika pemerintah 1 (G1) dalam upaya untuk membayar kepada pemerintah 2 (G2) hanya mengandalkan pajak, maka tidak akan dapat mencukupi biaya yang digunakan untuk membayar dari G1 kepada G2 atas pelayanannya kepada C. Atas dasar pembayaran yang tidak lancar dapat berkaitan dengan pelayanan G2 kepada konsumen tidak lancar juga, bahkan dapat tersendat-sendat.

2.7 Model Pelaksanaan Kemitraan

Dalam kemitraan ada beberapa model, ada model yang mengambil dari pemahaman organisme dan model yang berdasarkan asas kehidupan organisasi. Menurut Sulistiyani (2017: 130-132) kemitraan yang bertolak dari pemahaman dunia organisme bersel satu, kemitraan dibedakan menjadi: 1) pseudo partnership atau kemitraan semu, 2) mutualisma partnership atau kemitraan mutualistik, 3) conjugation partnership atau kemitraan melalui peleburan. Berdasarkan azas kehidupan organisasi, berdasarkan atas fenomena hubungan kerjasama antar organisasi mencakup: 1) subordinate union of partnership, 2) linear union of partnership, 3) linear collaborative of partnership.

Kemitraan atas dasar penggabungan dua pihak atau lebih yang berhubungan secara subordinat atau kemudian disebut *subordinate union of partnership*. Kemitraan ini terjadi antara dua pihak atau lebih yang memiliki status, kemampuan atau kekuatan yang tidak seimbang satu sama lain. Dengan demikian hubungan yang terjadi tidak berada dalam satu garis lurus yang seimbang satu sama lainnya,

melainkan berada pada hubungan atas bawah, kuat lemah. Oleh karena itu kondisi ini mengakibatkan tidak ada *sharing* dan peran atau fungsi yang seimbang.

Kemitraan dengan melalui penggabungan pihak-pihak secara linear atau garis lurus, selanjutnya disebut dengan *linear unio of partnership*. Dengan demikian pihak-pihak yang bergabung untuk melakukan kerjasama adalah para pihak yang memiliki persamaan secara relatif. Kesamaan tersebut dapat berupa tujuan, atau misi, besaran usaha atau organisasi, status atau legalitas.

Kemitraan dengan melalui kerjasama secara linear selanjutnya disebut dengan *linear collaborative of partnership*. Dalam konteks kemitraan ini tidak membedakan besaran atau volume, status atau legalitas, kekuatan para pihak yang bermitra. Tekanan utamanya adalah visi-misi yang saling mengisi satu sama lainnya. Dalam hubungan kemitraan ini terjalin secara linear, yaitu berada pada garis lurus, tidak saling ter subordinasi. Dari beberapa model kemitraan tersebut yang paling sesuai dengan penelitian ini adalah mutualistik yang *linar collaborative of partnership*.

Setelah mengetahui tentang gambaran model tersebut maka masih terdapat model kemitraan, dalam hal ini terkait dengan model pelaksanaan kemitraan. Setelah mengetahui hubungan antara pemerintah pusat dan pemerintah daerah, maka berikut ini hubungan terkait antar pemerintah daerah. Hubungan kerjasama antar pemerintah daerah menurut Nicholas Henry (2004: 406) sebagai berikut:

An unsurprising development in our era of metropolitan governance is renewed levels of collaboration among local governments. Although there is tension among the levels of government, local governments themselves seem to be getting on famously with each other. With the encouragement of their state governments, cities and counties have devised a number of ways of working together in an attempt to provide more, better, and cheaper services to their citizens (Perkembangan yang tidak mengejutkan di era tata kelola metropolitan kita adalah tingkat baru kolaborasi antara pemerintah daerah. Meskipun ini adalah ketegangan di antara tingkat pemerintahan, pemerintah daerah sendiri tampaknya menjadi terkenal satu sama lain. Dengan dorongan dari pemerintah negara bagian mereka, kota-kota dan kabupaten telah merancang sejumlah cara untuk bekerja sama dalam upaya untuk memberikan layanan yang lebih, lebih baik, dan lebih murah kepada warganya).

Selanjutnya dijelaskan Nicholas Henry (2004: 407) sebagai berikut:

This cooperation is done through interlocal service arrangement, or agreements entered into by local governments with other local governments to deliver services to their citizens. There are three major types of such arrangements (Kerja sama ini dilakukan melalui pengaturan layanan antar lokal, atau perjanjian yang dibuat oleh pemerintah daerah dengan pemerintah daerah lain untuk memberikan layanan kepada warganya).

Selanjutnya Nicholas Henry (2004: 407) menggolongkan tiga tipe pengaturan yaitu: 1) *intergovernmental service agreement* (perjanjian layanan antar pemerintah), 2) *joint service agreement* (perjanjian layanan bersama), dan 3) *intergovernmental service transfers* (transfer layanan antar pemerintah). Ketiga pengaturan itu dapat dijelaskan berikut ini.

Penjelasan mengenai *intergovernmental service agreement*, menurut Nicholas Henry (2004: 407) bahwa sebagai berikut:

Intergovernmental service agreements. One is the intergovernmental service agreement, in which one jurisdiction pays another to deliver certain services to its residents. More than half of cities and counties have entered into intergovernmental service agreement (Perjanjian layanan antar pemerintah. Salah satunya adalah perjanjian layanan antar pemerintah, di mana satu yurisdiksi membayar orang lain untuk memberikan layanan tertentu kepada penghuninya. Lebih dari setengah kota dan kabupaten telah berubah menjadi perjanjian layanan antar pemerintah).

Selanjutnya mengenai *joint service agreement* (perjanjian layanan bersama), menurut Nicholas Henry (2004: 407) sebagai berikut:

Joint service agreement. Another form of interlocal service arrangement is the joint service agreement, or agreements between two or more governments for the joint planning, financing, and delivering of certain services to the residents of all participating jurisdictions. Fifty-five percent of local governments have entered into joint service agreement. Libraries and public safety communication are popular areas (Perjanjian layanan bersama. Bentuk lain dari pengaturan layanan antar lokal adalah perjanjian layanan bersama, atau perjanjian antara dua atau lebih pemerintah

untuk perencanaan bersama, pembiayaan, dan pemberian layanan tertentu kepada penduduk dari semua yurisdiksi yang berpartisipasi. Lima puluh lima persen pemerintah daerah telah menandatangani perjanjian layanan bersama. Perpustakaan dan komunikasi keselamatan publik adalah area yang populer).

Selanjutnya tentang *intergovernmental service transfers* (transfer layanan antar pemerintah), menurut Nicholas Henry (2004: 407) sebagai berikut:

Intergovernmental service transfers. A third type of interlocal service arrangement is the intergovernmental service transfer, or the permanent transfer of a responsibility from a jurisdiction to another government, a private corporation, or a nonprofit agency. Transferring a responsibility permanently is a serious matter for any government because it is a sacrifice of authority and power, so it is perhaps surprising that 40 percent of cities executed such transfers over an eight-years period. Favored areas of transfer are public works and utilities, health, and welfare (Transfer layanan antar pemerintah. Tipe ketiga dari pengaturan layanan antar lokal adalah transfer layanan antar pemerintah, atau transfer permanen tanggung jawab dari yurisdiksi kepada pemerintah lain, perusahaan swasta, atau lembaga nirlaba. Mentransfer tanggung jawab secara permanen adalah masalah serius bagi pemerintah mana pun karena itu adalah pengorbanan otoritas dan kekuasaan, jadi mungkin mengejutkan bahwa 40 persen kota melaksanakan transfer semacam itu selama periode delapan tahun. Bidang transfer yang disukai adalah pekerjaan umum dan utilitas, kesehatan, dan kesejahteraan).

2.8 Kerangka Konseptual

Dalam upaya untuk menggambarkan fenomena secara tepat dalam menghubungkan teori, maka konsep memegang peranan penting karena berkaitan dengan abstraksi fenomena dari dunia realitas. Proses mengabstraksikan itulah dinamakan konsep. Pengertian konsep menurut Singarimbun dan Effendi (1989: 34) bahwa:

Konsep adalah abstraksi mengenai suatu fenomena yang dirumuskan atas dasar generalisasi dari sejumlah karakteristik kejadian, keadaan, kelompok atau individu tertentu. Peranan konsep dalam penelitian sangat besar karena dia adalah yang menghubungkan dunia teori dan dunia observasi, antara abstraksi dan realitas. Dalam penelitian sosial peranannya menjadi bertambah penting karena “realitas” yang menjadi perhatian ilmu sosial banyak

yang tidak bisa ditangkap oleh panca indera manusia sehingga sering timbul masalah dalam pengukuran konsep tersebut.

Dalam kerangka konseptual ini bahwa peserta hidup sehat merupakan hidup yang dapat memenuhi kebutuhan dasar. Hidup dimaksudkan manusia masih terus ada, bergerak, bekerja sebagaimana mestinya. Layak dimaksudkan wajar, patut, pantas, bahkan mulia, dan terhormat. Hidup layak berarti manusia terus ada, bergerak dan dapat bekerja sebagaimana mestinya secara wajar, pantas, patut, bahkan mulia dan terhormat.

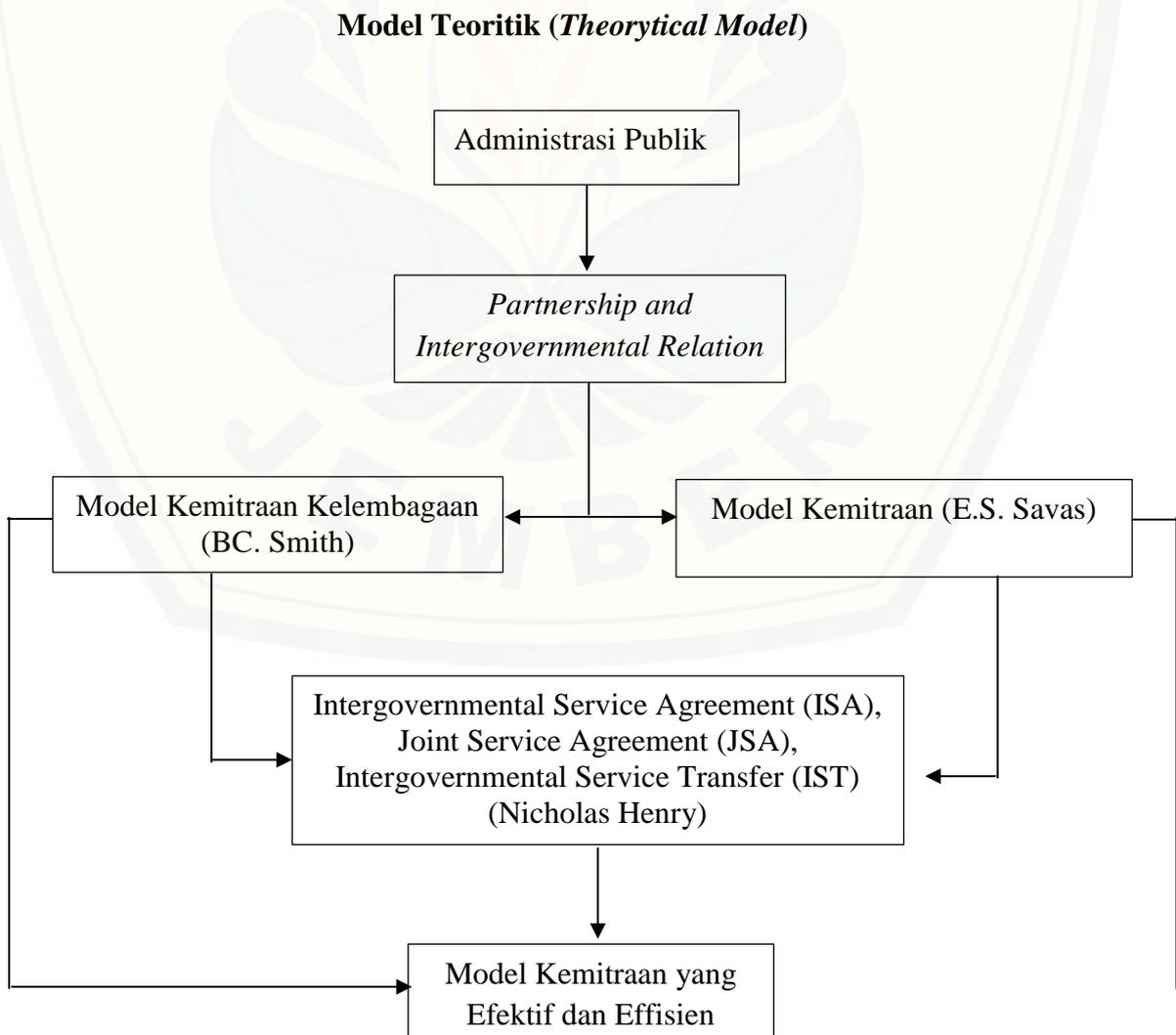
Kebutuhan dasar itu dapat dicapai jika mendapat jaminan kesehatan dan orang itu hidup sehat. Kebutuhan dimaksudkan yang dibutuhkan, sedangkan dasar dimaksudkan sebagai pangkal atau pokok sesuatu. Sehingga kebutuhan dasar dimaksudkan sebagai pokok atau pangkal sesuatu yang dibutuhkan. Kebutuhan dasar itu adalah Jaminan kesehatan.

Hidup layak dapat dicapai dengan terpenuhinya kebutuhan dasar kesehatan dengan menjadi peserta BPJS Kesehatan. Hidup layak dapat dicapai dengan hidup sehat. Sehat dimaksudkan baik seluruh badan dan bagian-bagiannya, dan yang dapat mendatangkan kebaikan pada badan. Sehingga hidup sehat dimaksudkan sebagai manusia yang terus ada, bergerak dan bekerja sebagaimana mestinya dengan kondisi badan dan bagian-bagiannya dan yang dapat mendatangkan juga kebaikan pada badan.

Ada beberapa hal yang terkait dalam kemitraan jaminan sosial antara BPJS Kesehatan dengan RSD dr. Soebandi. Kemitraan itu terkait dengan pelayanan yang dilakukan oleh RSD dr. Soebandi, artinya fihak rumah sakit untuk memberikan pelayanan kesehatan kepada peserta BPJS Kesehatan. Adanya pelayanan rumah sakit kepada peserta BPJS ini, maka rumah sakit mendapatkan pembiayaan dari BPJS Kesehatan atas pelayanan tersebut. Kemudian fihak BPJS Kesehatan memberikan dana kepada rumah sakit sebagai akibat telah memberikan pelayanan kepada peserta BPJS. Kemitraan antara BPJS Kesehatan dengan RSD dr. Soebandi dalam pelayanan kesehatan akan dianalisis dengan menggunakan Teori *Intergovernmental agreement*. Menurut teori *intergovernmental agreement* itu bahwa fihak BPJS Kesehatan sebagai penyedia pelayanan sedangkan fihak RSD dr.

Soebandi sebagai penghasil pelayanan, sedangkan pengguna pelayanan adalah masyarakat peserta BPJS Kesehatan. Pelayanan kesehatan BPJS Kesehatan dapat mencakup: 1) pelayanan administrasi; 2) pelayanan medis; 3) pelayanan non medis; 4) pelayanan obat; 5) pelayanan penunjang.

Itulah gambaran tentang kemitraan antara BPJS Kesehatan dengan RSD dr. Soebandi yang dianalisis dengan teori *intergovernmental agreement* dalam mewujudkan warga masyarakat peserta hidup sehat. Lebih jelasnya dapat dilihat pada gambar berikut.





Gambar 11. Theoretical Model Partnership.

BAB 3. METODE PENELITIAN

3.1 Makna Penelitian

Metode penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah metode penelitian kualitatif. Menurut Creswell (1998: 17-18) dalam Emzir (2012: 9-10), ada beberapa alasan mengapa seseorang itu menggunakan penelitian kualitatif, yaitu:

memilih studi kualitatif karena hakekat dari pertanyaan penelitian, karena topik tersebut perlu dieksplorasi, menyajikan suatu pandangan yang mendetail tentang topik tersebut, meneliti individu dalam latar yang alami, berminat menulis dalam gaya pemaparan cerita narasi, waktu dan sumber-sumber yang cukup untuk pengumpulan data yang luas di lapangan dan dianalisis informasi teks, audien menerima penelitian kualitatif, untuk menekankan peran peneliti sebagai pelajar aktif yang dapat mengisahkan cerita pandangan partisipan.

Berdasarkan pendapat Creswell tersebut di atas dan dengan alasan untuk eksplorasi secara detail maka peneliti menggunakan pendekatan kualitatif. Berkaitan dengan pertanyaan penelitian, topik penelitian perlu dieksplorasi, menyajikan pandangan yang mendetail suatu topik, meneliti individu secara alami, menulis dalam gaya narasi, waktu dan sumber yang cukup untuk pengumpulan data

yang luas. Dengan melalui metode penelitian kualitatif ini realitas sosial yang hendak dikaji adalah realitas subjektif berupa pemahaman. Peneliti meminta interpretasi subjek pengkajian, kemudian pengkaji melakukan interpretasi terhadap interpretasi subjek tersebut sampai mendapatkan pemahaman.

Kemudian jenis metode penelitian kualitatif yang digunakan adalah penelitian fenomenologi. Fenomenologi adalah salah satu pendekatan dalam penelitian kualitatif yang menitik beratkan pada pengumpulan data dari suatu obyek tentang situasi dan perilaku kehidupannya sehari-hari. Dalam pendekatan fenomenologi paradigma yang digunakan adalah paradigma definisi sosial pada kajian mikro. Dalam kajian mikro ini unit analisisnya adalah lembaga.

Pendekatan fenomenologi dengan paradigma definisi sosial dapat memberi peluang kepada individu sebagai subjek kajian penelitian melakukan interpretasi, dan kemudian peneliti melakukan interpretasi terhadap interpretasi itu sampai mendapatkan pengetahuan ilmiah tentang proses. Dengan istilah lain yang dilakukan peneliti adalah melakukan pengamatan, imajinasi, berpikir secara abstrak, dan dapat merasakan atau menghayati fenomena di lapangan penelitian.

Oleh karenanya metode kualitatif ini berupaya menelaah esensi, memberi pemahaman pada suatu fenomena. Metode ini untuk memahami realitas sosial sebagai realitas subjektif, memberikan tekanan terbuka tentang kehidupan sosial. Di samping itu karena dalam melihat fenomena sosial bermuara pada upaya pemahaman (understanding) terhadap apa yang terpola berupa reasons dalam dunia makna para pelaku. Pendekatan fenomenologi digunakan untuk mengkaji kemitraan antara Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan dengan Rumah Sakit dr. Soebandi Jember.

3.2 Tempat dan Waktu Penelitian

Tempat penelitian ini adalah di Kantor Cabang BPJS Kesehatan Jl. Jawa No. 55 Kab. Jember. 68121, Telp : (0331) 330268, Hotline Services : 0812 3478 139. dan Rumah Sakit Daerah dr. Soebandi di Kabupaten Jember.

Waktu penelitian dibagi menjadi dua tahap yaitu tahap pertama dan tahap kedua. Penelitian tahap pertama mulai Tanggal 5 Mei 2015 sampai dengan 5 November 2015. Sedangkan penelitian tahap kedua dimulai tanggal 5 November 2015 sampai dengan 5 Mei 2016. Sedangkan untuk analisis isi penelitian tidak terkait dengan tempat tertentu. Penelitian ini berkaitan dengan BPJS Kesehatan yang berlaku 1 Januari 2014.

3.3 Fokus Penelitian

Fokus penelitian dalam penelitian kualitatif sangat diperlukan untuk menghindari penelitian itu keluar dari tujuan penelitian yang telah ditetapkan. Penetapan fokus penelitian ini setelah peneliti berada di lapangan. Menurut Moleong (2008: 94) ada dua maksud tertentu yang ingin peneliti capai dalam menetapkan fokus penelitian yaitu: Pertama, penentuan fokus dapat membatasi studi. Jadi dalam hal ini fokus membatasi bidang inkuiri. Kedua, penetapan fokus itu berfungsi untuk memenuhi kriteria inkuiri-eksklusi atau kriteria masuk-keluar (*inclusion-exclusion criteria*) suatu informasi yang baru diperoleh di lapangan. Selanjutnya dijelaskan beliau bahwa penetapan fokus dalam penelitian kualitatif bagaimana pun akhirnya dipastikan sewaktu peneliti sudah berada di arena atau lapangan penelitian.

Berdasarkan pendapat Moleong tersebut, maka fokus penelitian ini terbatas pada masalah kemitraan antara Badan Penyelenggara Jaminan (BPJS) Kesehatan dengan Rumah Sakit Daerah dr. Soebandi dalam bidang pelayanan kesehatan. Peneliti memilih masalah kemitraan dalam bidang pelayanan kesehatan itu karena peserta BPJS Kesehatan mendapatkan pelayanan kesehatan sesuai dengan pilihan kepesertaannya.

Dengan demikian maka fokus penelitian ini adalah kemitraan lembaga jaminan kesehatan, pelaksanaan kemitraan lembaga jaminan kesehatan, dan model pelaksanaan kemitraan lembaga jaminan kesehatan.

3.4 Data dan Sumber Data Penelitian

Data atau informasi yang dikumpulkan dalam penelitian ini merupakan data yang berhubungan dengan fokus dan sub fokus penelitian. Artinya bahwa data atau informasi yang dikumpulkan adalah data terkait dengan pengaturan kemitraan antara BPJS Kesehatan Kantor Cabang Jember dengan RSD dr. Soebandi Jember yang terkait dengan pelayanan kesehatan bagi peserta BPJS Kesehatan.

Sumber data yang digunakan dalam pelaksanaan kegiatan penelitian merupakan sumber data primer maupun sekunder. Sumber data yang digunakan itu dapat berupa informan, peristiwa, maupun dokumen. Sedangkan informan yang akan dipilih sebagai subjek penelitian (informan) didasarkan atas pertimbangan kualitas keterandalan sang informan sebagai sumber yang sungguh informatif. Penentuan informan adalah dengan menggunakan key informan. Sebagai key informannya adalah Kepala BPJS Kesehatan Cabang Kabupaten Jember. Penentuan informan dengan menggunakan metode “*purposive*”, maka dalam proses pengumpulan data tentang suatu fokus penelitian partnership BPJS kesehatan dengan RSD dr. Soebandi, bila variasi informasi tidak muncul maka peneliti tidak perlu lagi melanjutkannya dan kemudian mencari informasi (informan) baru. Informan baru ini diperoleh sesuai dengan informasi dari informan pertama yaitu Kepala BPJS Kesehatan Kabupaten Jember, sesuai dengan ketentuan “*purposive*” begitu seterusnya. Hal itu akan sangat tergantung pada: 1) pemilihan informan itu sendiri, dan 2) kompleksitas/ keragaman fenomena yang diteliti. Oleh karena itu syarat informan adalah pegawai atau staf BPJS Kesehatan, pegawai atau staf RSD dr. Soebandi.

Bila pemilihan informan jatuh pada subjek yang benar-benar menguasai permasalahan barang kali sia-sia saja melacak informasi berikutnya ke sejumlah informan lain karena tidak ditemukan lagi informasi-informasi baru yang berbeda dengan yang telah dinyatakan oleh informan pertama, sebaliknya jika informan jatuh pada subjek yang tidak menguasai permasalahan maka harus dilacak informan lain yang menguasai permasalahan. Jadi yang menjadi kepedulian peneliti kualitatif adalah “tuntasnya” perolehan informasi dengan keragaman variasi yang ada.

Dengan demikian data yang diambil dalam penelitian ini adalah data yang terkait dengan relasi (hubungan) antara pemerintah pusat dengan pemerintah

daerah, hubungan pemerintah pusat dengan masyarakat, dan hubungan pemerintah daerah dengan masyarakat. Selanjutnya data yang dikumpulkan terkait dengan pelaksanaan kemitraan lembaga jaminan kesehatan adalah penugasan, pembayaran, pelayanan, iuran, tagihan, dan biaya tambahan. Selanjutnya data terkait dengan model yang dikumpulkan adalah kerjasama pelayanan, kerjasama antar pemerintahan, dan kerjasama antar organisasi.

3.5 Teknik Pengumpulan Data Penelitian

Pengumpulan data dalam penelitian merupakan hal yang esensial. Pengumpulan data dalam penelitian kualitatif instrumen utama adalah peneliti sendiri (*human instrument*), untuk mencari data dengan berinteraksi secara simbolik dengan informan/subyek yang diteliti (Ghony dan Almanshur, 2012:163).

Pengumpulan data yang dilakukan dalam penelitian ini adalah dengan terjun langsung ke lapangan. Pengumpulan data menurut Emzir (2012:37-65) dikelompokkan menjadi tiga bagian yaitu: (1) observasi, (2) wawancara, (3) dokumen. Kemudian menurut Sugiyono (2012:62-83) bahwa pengumpulan data dari segi cara atau teknik dapat dilakukan dengan observasi (pengamatan), wawancara (interview), dokumen. Dari ketiga pengumpulan data tersebut peneliti menggunakan pengumpulan data dengan observasi, wawancara, dan dokumen.

3.5.1 Teknik Observasi

Menurut Emzir (2012:37) bahwa observasi atau pengamatan dapat didefinisikan sebagai 'perhatian yang terfokus terhadap kejadian, gejala, atau sesuatu. Adapun observasi ilmiah adalah perhatian terfokus terhadap gejala, kejadian, atau sesuatu dengan maksud menafsirkannya, mengungkapkan faktor-faktor penyebabnya, dan menemukan kaidah-kaidah yang mengaturnya.

Teknik observasi ini digunakan dalam rangka mengumpulkan data yang memberikan gambaran tentang situasi setempat atau *social setting* yang menjadi konteks jaminan sosial. Social setting diperoleh melalui observasi yaitu melihat data lapangan dan mendengar informasi dari informan, dan cerita warga setempat.

Ada beberapa alasan pertimbangan digunakan observasi ini, yaitu dari segi kemanfaatannya, yaitu: 1) dengan observasi akan diperoleh pandangan yang holistik; 2) diperoleh pengalaman langsung sehingga memungkinkan peneliti dapat menggunakan pendekatan induktif; 3) peneliti dapat melihat hal-hal yang tidak diamati orang lain; 4) dengan observasi peneliti menemukan hal-hal yang tidak diungkap oleh informan dan di luar persepsi informan; 5) dengan observasi peneliti mendapatkan kesan situasi sosial yang diteliti.

Observasi yang dilakukan peneliti menghasilkan data yang berupa catatan lapangan mengenai situasi sosial yang terdapat di lokasi penelitian yaitu RSD dr. Soebandi dan BPJS Center. Situasi sosial tersebut terdiri dari tempat, pelaku dan aktivitas. Observasi situasi sosial itu sebagai berikut.

- 1) Tempat atau *Place*, tempat terkait dimana interaksi dalam situasi sosial itu berlangsung. Tempat interaksi itu di Kantor Cabang BPJS Kabupaten Jember, tempat Kantor BPJS Center di RSD dr. Soebandi, dan RSD dr. Soebandi.
- 2) Pelaku atau *actor*, pelaku yang diamati adalah semua yang terlibat kemitraan antara BPJS Kesehatan dengan RSD dr. Soebandi dalam pelayanan kesehatan pada peserta BPJS Kesehatan. Perilaku yang diamati adalah Kepala BPJS Kesehatan, staf BPJS Kesehatan, staf BPJS Center, Direktur RSD dr. Soebandi, Ketua dan staf Tim Pengendali JKN dan Non JKN, petugas rawat jalan, petugas rawat inap, petugas ambulans.
- 3) Obyek atau *object*, obyek dimaksudkan semua benda-benda yang ada di lokasi penelitian. Pengamatan obyek tersebut menghasilkan data mengenai obyek yang ada di BPJS Center, RSD dr. Soebandi. Obyek yang diamati menggambarkan ciri khas kemitraan BPJS Kesehatan dengan RSD dr. Soebandi seperti petugas mengantarkan klaim pelayanan kesehatan, petugas BPJS Center mengverifikasi, petugas pelayanan kesehatan melayani pemeriksaan peserta BPJS Kesehatan.
- 4) Perasaan atau *felling*, perasaan ini dimaksudkan sebagai gambaran emosi yang dirasakan atau diekspresikan oleh pelaku. Dalam observasi

ini peneliti mengobservasi pelaku dengan menghasilkan data yang menggambarkan ekspresi petugas kesehatan dalam melayani peserta BPJS Kesehatan. Ekspresi petugas yang nampak sibuk dengan kegiatan di kantornya, sehingga keluar masuk ruangan.

3.5.2 Teknik Wawancara

Menurut Denzin dan Lincoln (2009: 295) wawancara adalah bentuk perbincangan, seni bertanya dan mendengar. Wawancara bukanlah seperangkat *netral* dalam memproduksi realita. Dalam konteks ini berbagai jawaban diutarakan. Jadi, wawancara merupakan perangkat untuk memproduksi pemahaman situasional (*situated understandings*) yang bersumber dari episode-episode interaksional khusus. Metode ini sangat dipengaruhi oleh karakteristik personal seseorang peneliti, termasuk ras, kelas sosial, kesukaan, dan gender.

Segi bentuk atau tipe wawancara yang digunakan paling umum adalah wawancara perorangan ketika berbincang dan bertatap muka (*face-to-face*). Wawancara ada tiga macam; yaitu terstruktur (*structured*), semi-terstruktur (*semi-structured*), atau tak-struktur (*unstructured*) (Denzin. dan Lincoln (2009:295). Tiga macam wawancara itu peneliti menggunakan wawancara semi-terstruktur. Tujuan penggunaan itu adalah untuk meminimalisasi kesalahan. Karena wawancara terstruktur adalah wawancara dibingkai oleh konteks interaksi sosial dan mereka sangat dipengaruhi oleh konteks tersebut. Sedangkan wawancara tak-terstruktur memberikan ruang yang luas dalam konteks interaksi sosial.

Wawancara ini peneliti gunakan dalam situasi dialogis maupun wawancara mendalam (*indepth*) dengan subjek penelitian. Ada beberapa pertanyaan yang lebih terfokus untuk menjawab permasalahan penelitian ini. Dalam proses wawancara ini diharapkan terjadi diskusi, obrolan spontanitas dengan subjek penelitian sebagai memecahan masalah, proses wawancara ini sampai mendapatkan pengetahuan tentang pemahaman proses, dan pengetahuan tentang pemahaman sebagai realitas subjektif dari perspektif fenomenologi.

Dalam penelitian kualitatif yang perlu diperhatikan adalah catatan lapangan. Penelitian kualitatif memang mengandalkan observasi dan wawancara

dalam pengumpulan data di lokasi penelitian. Pada waktu di lapangan peneliti membuat catatan, setelah pulang ke rumah atau tempat tinggal barulah peneliti menyusun catatan lapangan. Karena catatan yang dibuat di lapangan sangat berbeda dengan catatan lapangan. Catatan itu berupa corat-coret seperlunya yang betul-betul sangat singkat, berisi kata-kata kunci, frasa, pokok-pokok pembicaraan atau percakapan, hasil pengamatan berupa gambar, sketsa, sosiogram, diagram, dan sebagainya.

Proses jalannya wawancara yang dilakukan peneliti bahwa untuk dapat melakukan wawancara, perlu mengadakan kesepakatan terlebih dahulu antara peneliti dengan informan yang akan diwawancarai. Hal ini karena informan itu begitu sibuk terkait dengan pekerjaannya. Dalam proses wawancara ini peneliti mengajukan pertanyaan secara bebas, namun tidak terlepas dari konsep yang ingin peneliti peroleh. Dalam proses wawancara ini peneliti mencatat hasil wawancara, namun karena keterbatasan peneliti dalam mencatat maka peneliti melakukan rekaman dalam wawancara dan sampai di rumah dicocokkan antara hasil catatan dengan hasil rekaman. Hal ini dilakukan peneliti setiap melakukan kegiatan wawancara.

Dalam proses wawancara ini tidak selalu berjalan mulus, melainkan seringkali mengalami hambatan yaitu 1) informan rapat, begitu sibuk dengan kegiatan pekerjaannya, sering sudah diadakan perjanjian pertemuan namun tidak jadi karena ada keperluan informan yang mendadak, misalnya rapat-rapat dan kunjungan kerja. Oleh karena itu kesabaran dan ketelatenan peneliti sangat diperlukan; 2) informan tugas di luar, dalam hal demikian ini informan tidak ada di tempat kerja, hal ini ada kemungkinan ada tugas kegiatan yang mendadak perlu dilakukan.

Catatan Wawancara

Hari	: Rabu	Tempat	: Kantor BPJS Kesehatan
Tanggal	: 20 Mei 2015	Waktu	: 09.00 – 10.30
Peneliti	: Sama'i		
Isi Wawancara	: Berkaitan ini Saya ingin tahu tentang partnership (kemitraan) bpjs dengan rumah sakit seperti apa.		

Sejak Januari 2014 itu dengan transformasinya PT Askes ke BPJS, kita dulunya sbg BUMN dibawah kementerian BUMN PT Persero sekarang menjadi badan publik yang langsung bertanggungjawab kepada presiden. Dasarnya UU no 24 tahun 2011, Sehingga apapun yang kita lakukan disini sangat tergantung dengan regulasi yang ada, masalah keuangan kesehatan itu regulasinya ya mengikuti regulasi Kemenkes, termasuk penerapan tarif, termasuk kemitraannya, bagaimana perjanjiannya. Itu semua sudah kita mengikuti regulasi yang ada. Berbeda dengan waktu Persero. Hampir semua kuota kita, karena memang kita sdh disertai sepenuhnya tapi ada margin yang harus kita sisihkan atau keuntungan yang harus kita sisihkan, tapi kalau sekarang tidak ada, nol persen.

3.5.3 Teknik Dokumen

Dokumen dalam kajian penelitian ini meliputi materi (bahan) seperti: fotografi, video, film, memo, surat, diary, rekaman kasus klinis, dan sebagainya yang dapat digunakan sebagai bahan informasi penunjang, dan sebagai bagian berasal dari kajian kasus yang merupakan sumber data pokok berasal dari hasil observasi partisipan dan wawancara mendalam (Ghony dan Almanshur, 2012:199).

Dengan demikian dalam penelitian kualitatif umumnya informasi diperoleh dari sumber manusia atau *human resources* melalui observasi dan wawancara. Disamping itu ada pula sumber bukan manusia, antara lain berupa dokumen, foto, dan bahkan statistik. Dokumen terdiri dari tulisan pribadi seperti buku harian, surat-surat, dan dokumen resmi. Oleh karena itu melakukan penelitian kualitatif tidak berarti hanya melakukan observasi dan wawancara, walaupun kedua cara itu yang paling dominan.

Dalam pengumpulan data yang dilakukan peneliti melalui dokumen ini diperoleh data sebagai berikut:

- 1) Data tentang perjanjian kerjasama antara BPJS Kesehatan dengan RSD dr. Soebandi tentang Pelayanan Kesehatan Tingkat Lanjutan bagi Peserta Jaminan Kesehatan Nasional.

- 2) Data tentang perjanjian kerjasama antara BPJS Kesehatan dengan RSD dr. Soebandi tentang Ambulan Tingkat Lanjutan bagi Peserta Jaminan Kesehatan Nasional.
- 3) Data tentang perjanjian kerjasama antara BPJS Kesehatan dengan RSD dr. Soebandi tentang Pelayanan Obat Tingkat Lanjutan bagi Peserta Jaminan Kesehatan Nasional.

3.6 Analisis Data

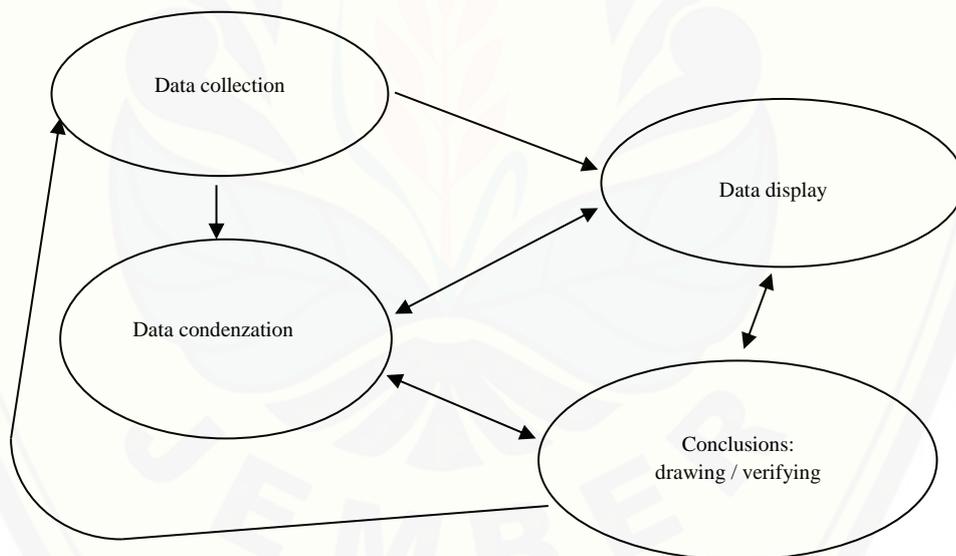
Dalam analisis data pendekatan penelitian kualitatif ini, analisis dimulai sewaktu mengumpulkan data, tetapi analisis tersebut cenderung tentatif dan tidak lengkap (Newman, 2013:559). Dalam melakukan analisis data, disusun secara sistematis, mengintegrasikan, dan menyelidiki, sewaktu melakukannya. Dalam melakukan analisis data dilakukan dengan menghubungkan data tertentu itu dengan konsep. Analisis data dapat meningkatkan pemahaman, mengembangkan teori, dan memajukan pengetahuan.

Dalam analisis data kualitatif ada hal yang perlu diperhatikan, yaitu proses analisis. Dalam analisis data penelitian ini peneliti menggunakan analisis data model Miles dan Huberman. Menurut Miles and Huberman (2014: 10-12) menyatakan bahwa:

We define analysis as consisting of three concurrent flow of activity: data condensation, data display, and conclusion drawing/verification.

Pendapat Miles dan Heberman tersebut di atas, bahwa analisis data terdiri dari tiga alur kegiatan, yaitu *data condensation*, *data display*, dan *conclusion drawing/verification*. Data yang telah dikumpulkan itu baik melalui observasi, melalui wawancara, melalui rekaman, dan melalui dokumen, data itu diproses terlebih dahulu sebelum digunakan. Dalam analisis data kualitatif tetap dengan menggunakan kata-kata yang biasanya lebih luas. Proses analisis data kualitatif ini terdiri dari tiga alur kegiatan yang dapat terjadi secara bersamaan, yaitu reduksi data, penyajian data, dan penarikan kesimpulan/ verifikasi.

Dalam gambar komponen analisis data model interaktif, analisis data kualitatif merupakan upaya yang berlanjut, berulang dan terus menerus. Proses reduksi data, penyajian data, dan penarikan kesimpulan/verifikasi menjadi gambaran keberhasilan secara berurutan sebagai rangkaian kegiatan analisis yang saling susul menyusul. Lebih lanjut penarikan kesimpulan/verifikasi.



Gambar: *Componen of Data Analysis: Interactive Model*
(Miles and Huberman 2014: 12)

3.6.1 Data Condensation

Menurut Miles and Huberman (2014: 10), memberikan penjelasan tentang *data condensation* sebagai berikut:

Data condensation refers to the process of selecting, focusing, simplifying, abstracting, and transforming the data that appear in written-up field notes or transcriptions. As we see it, data condensation occurs continuously throughout the life of any qualitatively oriented project.

Penjelasan mereka menunjukkan bahwa *data condensation* merupakan suatu proses pemilihan, pemusatan perhatian pada penyederhanaan, pengabstraksian, dan transformasi data mentah yang muncul dari catatan tertulis di lapangan. Dalam *data condensation* ini berlangsung secara terus-menerus selama kegiatan penelitian kualitatif berlangsung. Selama pengumpulan data berlangsung, terjadilah tahapan reduksi (meringkas, mengkode, menelusuri tema, membuat gugus-gugus, membuat partisi, menulis memo). *Data condensation* ini berjalan terus sesudah penelitian lapangan sampai laporan akhir penelitian tersusun lengkap.

Data condensation bukanlah hal yang terpisah dari analisis. *Data condensation* merupakan bagian dari analisis. Analisis dalam proses *data condensation* dapat meliputi data mana yang dikode, data mana yang dibuang pola mana yang meringkas dari sejumlah bagian yang tersebar, cerita-cerita apa yang sedang berkembang, semuanya itu merupakan pilihan analisis. Dengan demikian *data condensation* merupakan suatu bentuk analisis yang menajamkan, menggolongkan, mengarahkan, membuang yang tidak perlu, dan mengorganisasikan data sedemikian rupa hingga kesimpulannya dapat ditarik dan diverifikasi. Hasil *data condensation* dapat dilihat berikut.

Catatan data lapangan itu diperoleh dari data mentah lapangan yang telah diproses, sehingga diperoleh kata-kata kunci data lapangan. Catatan lapangan itu kemudian dikondensasi.

3.6.2 Data Display

Alur penting yang kedua dari kegiatan analisis data adalah *data display*. Pengertian *data display* menurut Miles and Huberman (2014: 11), sebagai berikut:

Generally, a data display is an organized, compressed assembly of information that permits conclusion drawing and action. The most frequent form of display for qualitative data in the past has been extended text.

Penjelasan mereka tersebut menunjukkan bahwa *data display* di sini sebagai sekumpulan informasi tersusun yang memberi kemungkinan adanya penarikan kesimpulan dan pengambilan tindakan. Dengan melihat *data display* peneliti dapat memahami yang sedang terjadi dan yang harus dilakukan berdasarkan atas pemahaman yang didapat peneliti dari *data display* tersebut.

Penyajian data yang paling sering digunakan penelitian kualitatif adalah berbentuk teks naratif. Penyajian data berbentuk teks naratif, teks dalam bentuk catatan-catatan hasil wawancara dengan informan penelitian sebagai informasi tersusun yang memberi kemungkinan adanya penarikan kesimpulan tentang fenomena tersebut di atas. Penyajian data dalam bentuk tersebut mempermudah peneliti dalam memahami apa yang terjadi. Pada langkah ini, peneliti berusaha menyusun data yang relevan sehingga informasi yang didapat disimpulkan dan memiliki makna tertentu untuk menjawab masalah penelitian. Penyajian data yang baik merupakan satu langkah penting menuju tercapainya analisis kualitatif yang kredibel dan handal. Dalam melakukan penyajian data tidak semata-mata mendeskripsikan secara naratif, akan tetapi disertai proses analisis yang terus menerus sampai proses penarikan kesimpulan.

3.6.3 Conclusion Drawing and Verification

Miles and Huberman (2014:10-11), memberikan pengertian tentang *conclusion drawing and verification* sebagai berikut:

Conclusion drawing, in our view, is only half of a Gemini configuration. Conclusion are also verified as the analyst proceeds. We have presented these streams-data condensation, data display, and conclusion drawing/verification-as interwoven before, during, and after data collection in parallel form, to make up the general domain called "analysis".

Pengertian dan penjelasan mereka di atas menunjukkan bahwa kegiatan analisis ketiga yang penting adalah menarik *conclusion drawing and verification*. Dari permulaan data, seseorang penganalisis (peneliti) mulai mencari makna dan prosesnya. Dengan demikian, aktifitas analisis merupakan proses interaksi antara

ketiga langkah analisis data tersebut, dan merupakan proses siklus sampai kegiatan penelitian selesai.

Tahap ini merupakan tahap penarikan kesimpulan dari semua data yang telah diperoleh sebagai hasil dari penelitian. *Conclusion drawing and verification* adalah usaha untuk mencari atau memahami makna/arti, keteraturan, pola-pola, penjelasan, alur sebab akibat atau proposisi. Sebelum melakukan penarikan kesimpulan terlebih dahulu dilakukan reduksi data, penyajian data serta penarikan kesimpulan atau verifikasi dari kegiatan-kegiatan sebelumnya.

Sesuai dengan pendapat Miles dan Huberman, proses analisis tidak sekali jadi, melainkan interaktif, secara bolak-balik diantara kegiatan *data condensation*, *data display*, and *conclusion drawing and verification* reduksi selama waktu penelitian. Setelah melakukan verifikasi maka dapat ditarik kesimpulan berdasarkan hasil penelitian yang disajikan dalam bentuk narasi. Penarikan kesimpulan merupakan tahap akhir dari kegiatan analisis data. Penarikan kesimpulan ini merupakan tahap akhir dari pengolahan data.

3.7 Pemeriksaan Keabsahan Data

Dalam pemeriksaan keabsahan data atau informasi, peneliti jelaskan proses dan teknik yang digunakan untuk memeriksa keabsahan data. Kriteria keabsahan data menurut Moleong (2007:324-344) sebagai berikut:

Untuk menetapkan keabsahan (*trustworthiness*) data diperlukan teknik pemeriksaan. Pelaksanaan teknik pemeriksaan didasarkan atas sejumlah kriteria tertentu. Ada empat kriteria yang digunakan, yaitu derajat kepercayaan (*credibility*), keteralihan (*transferability*), kebergantungan (*dependability*), dan kepastian (*confirmability*).

Pendapat tersebut menunjukkan bahwa untuk menetapkan keabsahan data, data itu perlu diperiksa keabsahannya. Teknik untuk memeriksa keabsahan data mencakup: derajat kepercayaan (*credibility*), keteralihan (*transferability*), kebergantungan (*dependability*), kepastian (*confirmability*). Data merupakan fakta atau bahan-bahan keterangan yang penting dalam penelitian. Sumber data utama dalam penelitian kualitatif adalah kata-kata dan tindakan (aktivitas), dan selebihnya, seperti dokumen (yang merupakan data tambahan). Kesalahan data

berarti dapat dipastikan menghasilkan kesalahan hasil penelitian. Karena begitu pentingnya data dalam penelitian kualitatif, maka keabsahan data perlu diperoleh melalui teknik pemeriksaan keabsahan.

Dijelaskan lebih lanjut bahwa kredibilitas atau derajat kepercayaan (*credibility*) merupakan penetapan hasil penelitian kualitatif yang kredibel atau dapat dipercaya dari perspektif partisipan dalam penelitian. Dari perspektif ini tujuan penelitian kualitatif adalah untuk mendeskripsikan atau memahami fenomena yang menarik perhatian dari sudut pandang partisipan. Partisipan adalah satu-satunya orang yang dapat menilai secara sah dan kredibilitas data meliputi perpanjangan, ketentuan penelitian, triangulasi (baik triangulasi sumber informasi, triangulasi teknik, maupun triangulasi waktu), diskusi teman sejawat, analisis kasus negatif, dan member-checking.

Keteralihan atau transferabilitas (*transferability*) dimaksudkan merujuk pada tingkat kekuatan hasil penelitian kualitatif untuk dapat digeneralisasikan atau ditransfer pada konteks atau setting yang lain. Sebuah perspektif kualitatif, *transferability* merupakan tanggungjawab seseorang dalam melakukan generalisasi. Penelitian kualitatif dapat meningkatkan tranferabilitas dengan melakukan suatu pekerjaan mendeskripsikan konteks penelitian dan asumsi-asumsi yang menjadi sentral pada generalisasi tersebut. Orang yang ingin mentranfer hasil penelitian pada konteks yang berbeda bertanggungjawab untuk membuat keputusan tentang bagaimana transfer tersebut masuk akal.

Kebergantungan atau dependabilitas (*dependability*) menekankan perlunya peneliti untuk memperhitungkan konteks yang berubah-ubah dalam penelitian yang dilakukan. Peneliti bertanggungjawab menjelaskan perubahan-perubahan yang terjadi dalam setting dan bagaimana perubahan-perubahan tersebut dapat mempengaruhi cara pendekatan penelitian dalam studi tersebut.

Kepastian atau konfirmabilitas (*confirmability*) merupakan obyek yang merujuk pada tingkat kekuatan hasil penelitian yang dikonfirmasi oleh orang lain. Terdapat sejumlah strategi untuk meningkatkan konfirmabilitas. Peneliti dapat mendokumentasikan prosedur untuk mengecek dan mengecek kembali seluruh data penelitian. Peneliti lain dapat mengambil suatu peran “*devil’s advocate*” terhadap

hasil penelitian, dan proses ini dapat didokumentasikan. Peneliti secara aktif dapat menelusuri dan mendeskripsikan contoh-contoh negatif yang bertentangan dengan pengamatan sebelumnya. Teknik pemeriksaan keabsahan data itu dapat dilihat sebagai berikut.

Tabel 3.1 Teknik Pemeriksaan Keabsahan Data

Kriteria	Teknik Pemeriksaan
Kredibilitas (Derajat Kepercayaan)	(1) Perpanjangan keikutsertaan (2) Ketekunan pengamatan (3) Triangulasi (4) Pengecekan sejawat (5) Kecukupan referensial (6) Kajian kasus negative (7) Pengecekan anggota
Keteralihan	(8) Uraian rinci
Kebergantungan	(9) Audit kebergantungan
Kepastian	(10) Audit kepastian

Sumber: Moleong, 2007:327

Teknik pemeriksaan keabsahan data yang disampaikan Meleong tersebut mencakup derajat kepercayaan, keteralihan, kebergantungan, dan kepastian. Derajat kepercayaan atau kredibilitas meliputi perpanjangan keikutsertaan, ketekunan pengamatan, triangulasi, pengecekan sejawat, kecukupan referensial, kajian kasus negatif, pengecekan anggota. Keteralihan mencakup uraian rinci. Kebergantungan mencakup audit kebergantungan. Kepastian mencakup audit kepastian.

3.7.1 Perpanjangan Keikutsertaan

Perpanjangan keikutsertaan peneliti dapat meningkatkan derajat kepercayaan data yang dikumpulkan dalam penelitian kualitatif. Menurut Moleong (2008) keikutsertaan peneliti sangat menentukan dalam pengumpulan data. Keikutsertaan tersebut tidak hanya dilakukan dalam waktu singkat, tetapi memerlukan perpanjangan keikutsertaan pada latar penelitian. Perpanjangan keikutsertaan berarti peneliti tinggal di lapangan penelitian sampai kejenuhan pengumpulan data tercapai. Oleh karena itu perpanjangan keikutsertaan peneliti di lapangan sebagai berikut:

Tabel 3.2 Perpanjangan Keikutsertaan

No.	Lokasi Penelitian	Surat Rekomendasi	Ditetapkan Tgl.
1	RSD dr. Soebandi dan BPJS Kesehatan Kabupaten Jember	No: 072/807/314/2015	Jember, 06-05-2015
2	RSD dr. Soebandi dan BPJS Kesehatan Kabupaten Jember	No: 072/1277/314/2015	Jember, 05-08-2015
3	RSD dr. Soebandi dan BPJS Kesehatan Kabupaten Jember	No: 072/1669/314/2015	Jember, 05-11-2015
4	RSD dr. Soebandi dan BPJS Kesehatan Kabupaten Jember	No: 072/192/314/2016	Jember, 05-02-2016
5	RSD dr. Soebandi dan BPJS Kesehatan Kabupaten Jember	No: 072/192/314/2016	Jember, 04-05-2016

Sumber: Hasil Penelitian (2016).

Tabel tersebut menunjukkan bahwa perpanjangan keikutsertaan peneliti di lapangan selama lima kali perpanjangan, yaitu perpanjangan pertama tanggal 06 Mei 2015 sampai dengan 05 Agustus 2015. Perpanjangan kedua mulai 05 Agustus 2015 sampai dengan 05 November 2015. Perpanjangan ketiga mulai tanggal 05

November 2015 sampai dengan 05 Februari 2016. Perpanjangan keempat mulai tanggal 05 Februari 2016 sampai dengan tanggal 04 Mei 2016. Perpanjangan kelima mulai tanggal 04 Mei 2016 sampai dengan tanggal 04 Juli 2016. Dengan demikian perpanjangan keikutsertaan peneliti di lapangan diperpanjang selama lima kali. Hal ini peneliti lakukan dengan tujuan untuk memperoleh data yang benar, oleh karena itu perlu diadakan ceking data sampai mendapatkan data yang benar dan dapat dipertanggung-jawabkan secara ilmiah.

3.7.2 Ketekunan Pengamatan

Ketekunan atau keajegan pengamatan dimaksudkan untuk menemukan ciri-ciri dan unsur-unsur dalam situasi yang sangat relevan dengan persoalan atau isu yang sedang dicari dan kemudian memusatkan diri pada hal-hal tersebut secara rinci. Ketekunan pengamatan ini terkait dengan kedalaman. Terkait dengan ketekunan pengamatan ini yang diamati adalah temuan hasil penelitian yang sifatnya masih tentatif atau sementara. Ketekunan pengamatan ini terkait dengan pengaturan kemitraan antara BPJS Kesehatan dengan RSD dr. Soebandi dalam pelayanan kesehatan. Dalam proses pengamatan ini terkait dengan temuan hasil penelitian: 1) pelayanan kesehatan, baik pelayanan IGD, pelayanan rawat jalan, pelayanan rawat inap, pelayanan obat, pelayanan administrasi, pelayanan laboratorium, pelayanan ambulan; 2) proses pengajuan klaim pelayanan kesehatan dari RSD dr. Soebandi kepada BPJS Kesehatan Center; 3) proses verifikasi klaim pelayanan kesehatan oleh verifikator BPJS Center sampai pembayaran.

3.7.3 Triangulasi

Triangulasi adalah teknik pemeriksaan keabsahan data yang memanfaatkan sesuatu yang lain di luar data itu untuk keperluan pengecekan atau sebagai pembandingan terhadap data itu. Kemudian menurut Patton dalam Moleong (2008:330) bahwa triangulasi sumber berarti membandingkan dan mengecek balik derajat kepercayaan suatu informasi yang diperoleh melalui waktu dan alat yang berbeda dalam penelitian kualitatif. Triangulasi yang paling banyak digunakan adalah pemeriksaan melalui sumber lain. Menurut Moleong (2012: 330-332) bahwa

triangulasi dibedakan menjadi triangulasi dengan sumber, triangulasi dengan metode, dan triangulasi dengan teori.

Triangulasi dengan sumber berarti membandingkan dan mengecek balik derajat kepercayaan suatu informasi yang diperoleh melalui waktu dan alat yang berbeda. Hal ini dapat dicapai dengan jalan: 1) membandingkan data hasil pengamatan dengan hasil wawancara; 2) membandingkan apa yang dikatakan orang di depan umum dengan apa yang dikatakannya secara pribadi; 3) membandingkan apa yang dikatakan orang-orang tentang situasi penelitian dengan apa yang dikatakannya sepanjang waktu; 4) membandingkan keadaan dan perspektik seseorang dengan dengan berbagai pendapat dan pandangan orang seperti rakyat biasa, orang yang berpendidikan menengah dan tinggi, orang berada, orang pemerintahan; 5) membandingkan hasil wawancara dengan isi sesuatu dokumen yang berkaitan.

Dalam triangulasi dengan metode menurut Patton dalam Moleong (2012: 331) terdapat dua strategi yaitu: 1) pengecekan derajat kepercayaan penemuan hasil penelitian beberapa teknik pengumpulan data; 2) pengecekan derajat kepercayaan beberapa sumber data dengan metode yang sama.

Triangulasi dengan teori menurut Lincoln dan Guba dalam Moleong (2012: 331) bahwa fakta tidak dapat diperiksa derajat kepercayaannya dengan satu atau lebih teori. Sedangkan Patton dalam Moleong (2012: 331) bahwa hal itu dapat dilaksanakan dan hal itu dinamakannya penjelasan banding atau *rival explanation*.

Dengan demikian triangulasi merupakan cara terbaik untuk menghilangkan atau mengurangi perbedaan-perbedaan konstruksi kenyataan yang ada. Dengan triangulasi peneliti dapat mengecek temuannya dengan jalan membandingkannya dengan berbagai sumber, metode, dan teori.

Adapun yang dilakukan triangulasi adalah mencakup: perjanjian kerjasama, aturan kerjasama, pelayanan kesehatan, kepesertaan, iuran, tambahan biaya. Dalam triangulasi sumber peneliti menanyakan tentang kerjasama, aturan, pelayanan kesehatan, iuran dan tambahan biaya kepada informan yang ada di BPJS Kesehatan dan juga kepada informan yang ada di RSD dr. Soebandi.

Selanjutnya untuk triangulasi metode, bahwa hasil dari wawancara dengan informan yang ada di BPJS Kesehatan dan juga yang ada di RSD dr. Soebandi,

peneliti melakukan observasi baik itu terkait dengan kerjasama, pelayanan kesehatan, iutan dan tambahan biaya. Triangulasi metode ini juga untuk dokumen, bahwa kerjasama itu antara BPJS Kesehatan dengan RSD dr. Soebandi telah ada dokumen perjanjiannya.

Selain triangulasi sumber, triangulasi metode, juga ada triangulasi teori. Teori yang digunakan untuk melakukan triangulasi ini adalah teori kemitraan, teori pengaturan dari Savas.

3.7.4 Pemeriksaan Sejawat melalui Diskusi

Kebenaran data juga bisa diuji melalui diskusi dengan teman-teman sejawat, diskusi ini di samping sebagai koreksi terhadap kebenaran data yang merupakan hasil dari interpretasi informan penelitian juga untuk mencari kebenaran bahasa ilmiah dalam interpretasi terhadap interpretasi tersebut. Temuan hasil tentatif yang didiskusikan meliputi: 1) sifat kerjasama, 2) perjanjian kerjasama, 3) aturan kerjasama, 4) pelayanan kesehatan, 5) tagihan klaim pelayanan kesehatan, 6) verifikasi klaim pelayanan kesehatan, 7) klarifikasi klaim pelayanan kesehatan, 8) pembayaran klaim pelayanan kesehatan, 9) bantuan iuran pemerintah, 10) iuran kepada BPJS Kesehatan, 11) biaya tambahan jika naik kelas perawatan.

3.7.5 Analisis Kasus Negatif

Kemudian dilakukan analisis kasus negatif, pengecekan atas cakupan referensi, dan pengecekan informan. Analisis kasus negatif ini dilakukan dengan cara mengumpulkan contoh dan kasus yang tidak sesuai dengan pola dan kecenderungan informasi yang telah dikumpulkan dan digunakan sebagai bahan pembandingan. Dalam kemitraan antara BPJS Kesehatan dengan RSD dr. Soebandi terdapat adanya perjanjian kerjasama, sehingga RSD dr. Soebandi setelah memberi pelayanan kesehatan dapat mengajukan klaim kepada BPJS Kesehatan. Kemudian BPJS Center melakukan verifikasi klaim yang diajukan pihak RSD dr. Soebandi, jika telah sesuai dilakukan pembayaran atas klaim tersebut.

Dalam analisis kasus negatif misalnya BPJS Kesehatan tidak ada perjanjian kerjasama dengan RSD dr. Soebandi, maka pihak RSD dr. Soebandi dalam melayani peserta BPJS Kesehatan diperlakukan pasien umum, karena RSD dr. Soebandi tidak dapat melakukan klaim kepada BPJS Kesehatan karena tidak ada perjanjian kerjasama.

3.7.6 Pengecekan Anggota

Pengecekan anggota ini dimaksudkan pengecekan dengan anggota yang terlibat dalam proses pengumpulan data dan sangat penting dalam pemeriksaan derajat kepercayaan. Pengecekan anggota yang terlibat ini meliputi: data, kategori analitis, penafsiran, dan kesimpulan. Para anggota yang terlibat mewakili rekan-rekan mereka yang dimanfaatkan untuk memberikan reaksi dari segi pandangan dan situasi mereka sendiri terhadap data yang telah diorganisir oleh peneliti.

Pengecekan anggota ini dapat dilakukan secara formal dan secara tidak formal. Secara formal dilakukan dengan cara diskusi bersama dengan anggota yang terlibat. Bahan tertulis hasil penelitian itu telah disampaikan pada anggota untuk dipelajari, sehingga dalam diskusi mendapatkan banyak masukan dan kritikan. Selain pengecekan anggota secara formal peneliti juga melakukan pengecekan anggota secara tidak formal. Ringkasan hasil penelitian atau wawancara dapat peneliti perlihatkan kepada anggota yang sering kali ketemu untuk mendapatkan tanggapan, kegiatan ini dilakukan secara silang antar anggota.

Pengecekan anggota ini dilakukan oleh peneliti dengan bertanya kepada informan dan mencocokkan ID Card yang dimiliki, bila tidak pakai ID Card ditanyakan pada staf yang ada.

Dengan demikian derajat kepercayaan atau *credibility* meliputi: perpanjangan keikutsertaan, ketekunan pengamatan, triangulasi, pengecekan sejawat, kecukupan referensial, kajian kasus negatif, pengecekan anggota.

3.7.7 Keteralihan atau *Transferability*

Transferabilitas sering juga disebut keteralihan, adalah suatu proses untuk menilai apakah hasil penelitian tersebut dapat diterapkan di tempat lain atau dapat diterapkan dalam situasi yang berbeda. Transferabilitas ini berkenaan dengan pertanyaan, sampai sejauh mana hasil penelitian dapat diterapkan atau digunakan dalam situasi lain. Berdasarkan tujuan itu maka perlu diperhatikan kondisi dan situasi wilayah penelitian antara pengirim (lokus penelitian asal) dan penerima (lokus penelitian pembanding), kesamaan konteks antara pembanding dengan yang dibandingkan (Yuswadi, 2017: 69).

Keteralihan atau transferabilitas itu berasal dari *transferability* lantas menjadi transferabilitas. Terdapat perbedaan penggunaan istilah *transferability* itu tergantung peneliti tetapi pada dasarnya keteralihan atau transferabilitas adalah sama. Oleh karena itu transferabilitas dimaksudkan sebagai usaha membangun keteralihan hasil penelitian. transferabilitas itu dapat dilakukan dengan cara menguraikan secara rinci hasil penelitian atau istilah lainnya uraian rinci (*think description*). transferabilitas ini menuntut peneliti agar melaporkan hasil penelitiannya, sehingga uraian itu dapat menggambarkan konteks tempat penelitian dilaksanakan. Untuk mendapatkan gambaran secara jelas tentang keteralihan hasil penelitian ini, maka peneliti menjelaskan tentang tempat pelaksanaan penelitian.

Tempat dilaksanakannya penelitian, bahwa penelitian ini dilakukan di dua tempat yaitu di BPJS Kesehatan dan di RSD dr. Soebandi. BPJS Cabang Jember merupakan salah satu kantor cabang BPJS Kesehatan yang berada di Kabupaten Jember. BPJS Kesehatan Cabang Jember dalam upaya untuk mendekatkan pelayanan kepada masyarakat membuka Kantor BPJS Center yang ada di RSD dr. Soebandi. Pada saat penelitian BPJS Kesehatan Cabang Jember membawahi Unit BPJS Kesehatan yang berada di Wilayah Karesidenan Besuki yaitu Unit BPJS Kesehatan Kabupaten Bondowoso, Unit BPJS Kesehatan Kabupaten Situbondo, Unit BPJS Kesehatan Kabupaten Banyuwangi, dan ditambah unit BPJS Kesehatan Kabupaten Lumajang. Kemudian RSD dr. Soebandi merupakan rumah sakit umum milik pemerintah daerah, dalam hal ini milik Pemerintah Daerah Kabupaten Jember. Kemudian RSD dr. Soebandi ini sebagai rumah sakit dengan type B yaitu

rumah sakit pendidikan. Rumah sakit type B ini sbagai rumah sakit tempat para dokter muda atau calon dokter menempuh pendidikan profesi dokter. Selain itu RSD dr. Soebandi itu sebagai rumah sakit rujukan rumah sakit yang ada di wilayah Karesidenan Besuki yaitu Rumah Sakit Kabupaten Jember, Rumah Sakit Kabupaten Bondowoso, Rumah Sakit Kabupaten Situbondo, dan Rumah Sakit Kabupaten Banyuwangi.

Masyarakat Kabupaten Jember dan wilayah Ex Karesidenan Besuki merupakan wilayah “tapal kuda” yang sebagian masyarakatnya memiliki karakteristik budaya spesifik, yaitu pandalungan antara budaya Madura dan Jawa. Dalam kajian budaya masyarakat seperti ini sering disebut dengan masyarakat “pandalungan” (Yuswadi, 2008: 53-69). Pada umumnya masyarakat pandalungan ini memiliki karakter yang keras dan sangat terbuka serta memiliki sifat paternalistik. Program BPJS Kesehatan maupun program lainnya seperti program jaminan hari tua.

Dengan demikian hasil penelitian ini dapat diaplikasikan atau ditransfer pada konteks atau setting lain yang memiliki tipologi yang sama, yaitu kemitraan antara BPJS Kesehatan dengan rumah sakit daerah.

3.7.8 Kebergantungan (*Dependability*) dan Kepastian (*Confirmability*)

Kebergantungan digunakan untuk menilai apakah proses penelitian kualitatif bermutu atau tidak, dengan melakukan evaluasi apakah peneliti sudah cukup hati-hati dalam mencari data, terjadi bias atau tidak? apakah membuat kesalahan dalam mengkonseptualisasikan rencana penelitiannya, pengumpulan datanya dan, penginterpretasiannya. Sedangkan kepastian digunakan untuk menilai mutu tidaknya hasil penelitian, jika dependabilitas digunakan untuk menilai kualitas dari proses yang ditempuh oleh peneliti, maka konfirmabilitas digunakan untuk menilai kualitas hasil penelitian itu sendiri, dengan tekanan pertanyaan apakah data dan informasi, serta interpretasi dan lainnya didukung oleh materi yang cukup.

Dalam proses penelitian ini peneliti telah melakukan kehati-hatian dalam pengumpulan data untuk memperoleh data yang bermutu, artinya mana data yang dianggap perlu dan mana data yang dianggap tidak perlu, data yang dianggap perlu dikumpulkan dan dikelompokkan dan data yang tidak perlu dibuang. Dengan mencari data yang sama dan sumbernya berbeda perlu berhati-hati dan perlu waktu tersendiri, sehingga data yang diperoleh itu cukup untuk mewakili informasi yang diinginkan peneliti. Sehingga interpretasi yang dilakukan peneliti ini didukung oleh data yang benar, oleh karena itu jika data benar maka interpretasi dapat benar dan jika data itu salah maka interpretasi dapat salah.

Dengan demikian jelas data dari lapangan yang telah mengalami proses analisis data menghasilkan kesimpulan sementara, kemudian diuji keabsahannya melalui derajat kepercayaan, keteraliha, kebargantungan dan kepastian. Oleh karena itu data yang diperoleh merupakan data yang telah diuji keabsahannya, sehingga menjadi data yang mempunyai keabsahan baik, atau kalau dalam istilah non kualitatif data itu telah teruji validitas dan reliabilitasnya.

BAB 4. PENYAJIAN HASIL PENELITIAN

Penyajian hasil penelitian kemitraan lembaga jaminan kesehatan yang disajikan adalah data hasil penelitian yang secara normatif terkait dengan realistik diperoleh dari lapangan. Penyajian hasil penelitian mencakup tentang kemitraan lembaga jaminan kesehatan, pelaksanaan kemitraan lembaga jaminan kesehatan, dan model pelaksanaan kemitraan lembaga jaminan kesehatan.

4.1. Kemitraan Lembaga Jaminan Kesehatan

Dalam membahas tentang kemitraan antara BPJS Kesehatan dengan RSD dr. Soebandi, bahwa kemitraan terbentuk dari dua atau lebih organisasi atau lembaga yang berkomitmen untuk bekerjasama suatu kegiatan dengan melibatkan salah satu atau keduanya dalam upaya mengembangkan tujuan bersama yang ingin dicapai. Dalam penelitian ini perlu disampaikan adalah BPJS Kesehatan sebagai organisasi atau lembaga publik, kemudian RSD dr. Soebandi sebagai lembaga publik juga. Kedua lembaga publik saling bekerjasama dan saling berkomitmen, komitmen kerjasama itu tertuang dalam suatu perjanjian kerjasama. Kerjasama antara dua lembaga itu dalam suatu aktivitas atau kegiatan yaitu pelayanan kesehatan. Tujuan yang ingin dicapai dalam kerjasama BPJS Kesehatan dan RSD dr. Soebandi memberikan pelayanan kesehatan kepada peserta BPJS Kesehatan. Kerjasama dan komitmen ini tertuang dalam perjanjian kerjasama antara BPJS Kesehatan dengan RSD dr. Soebandi. Kemudian aktivitas atau kegiatan ini

dimaksudkan pelayanan kesehatan yang diberikan oleh RSD dr. Soebandi. Kemitraan sebagai kerjasama yang dilakukan oleh kelompok-kelompok yang saling ketertarikan yang didasarkan pada saling pengertian dan pengakuan kekuatan dan kekurangan masing-masing. Kerjasama itu untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan dan disepakati bersama, selanjutnya kesepakatan itu dikembangkan melalui komunikasi yang efektif tepat waktu. Dalam kemitraan lembaga jaminan kesehatan ini mencakup peran pemerintah, peran kabupaten, dan masyarakat (*community*).

4.1.1 Peran Pemerintah

Peran pemerintah (pemerintah pusat) dalam hal ini membuat peraturan perundangan dan juga mengawasi pelaksanaan perundangan yang berlaku terkait dengan jaminan kesehatan. Hal ini sesuai dengan yang disampaikan informan MI (2015) sebagai berikut:

“masalah keuangan kesehatan regulasinya ya mengikuti regulasi menkes, termasuk penerapan tarif” (Wawancara tanggal 20 Mei 2015).

Penjelasan informan tersebut menunjukkan bahwa pemerintah mempunyai peran untuk menyiapkan peraturan perundangannya. Peraturan yang dibuat oleh pemerintah itu untuk dilaksanakan di pemerintah daerah. Peraturan itu antara lain: UU No 40 tahun 2004 tentang SJSN, UU No 36 tahun 2009 tentang kesehatan, UU No 24 tahun 2011 tentang BPJS, PP No 101 tahun 2012 tentang PBI, perpres No 12/2013 tentang jaminan kesehatan.

Selain itu juga pemerintah menetapkan tentang masalah penerapan tarif. Tarif paket INA CBGs (*Indonesian Case Base Groups*) sesuai dengan ketetapan Menteri Kesehatan Republik Indonesia dalam Permenkes No 69 Tahun 2013 tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan Pada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama Dan Fasilitas Kesehatan Tingkat Lanjutan Dalam Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan. Tarif paket INA CBGs sudah mencakup biaya seluruh pelayanan yang diberikan kepada peserta BPJS Kesehatan, baik biaya administrasi, jasa pelayanan, sarana, alat/bahan habis pakai, obat, akomodasi dan lain-lain.

Tarif pemeriksaan berdasarkan kesepakatan antara BPJS Kesehatan dengan faskes dengan range tarif maksimal sebagai berikut: Pemeriksaan IVA: Maksimal Rp25.000,00-. Pemeriksaan Pap Smear: Maksimal Rp125.000,00-. Pemeriksaan Gula darah: Rp10.000,00 – Rp20.000,00-. Pelayanan pemeriksaan penunjang Program Rujuk Balik (PRB) yang dijamin oleh BPJS Kesehatan adalah pemeriksaan Gula Darah Puasa, Gula Darah Post Prandial dan Gula Darah Sewaktu. Tarif pemeriksaan GDS, GDP dan GDPP berdasarkan kesepakatan antara BPJS Kesehatan dengan Fasilitas Kesehatan dengan range tarif Rp10.000,00 - Rp20.000,00.

Selain itu pemerintah menyediakan dana bagi masyarakat miskin yang tertuang dalam Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara (APBN). Hal ini seperti disampaikan Rio (2015) sebagai berikut:

Dari pemerintah itu kan ada dari APBN (Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara) seperti Penerima Bantuan Iuran (PBI) (Wawancara Tanggal 24 Juni 2015).

Penjelasan informan tersebut menunjukkan bahwa pemerintah memberikan bantuan dana kepada masyarakat yang miskin untuk menjadi peserta BPJS Kesehatan sebagai peserta Penerima Bantuan Iuran (PBI) pusat. Dana dari pemerintah ini tertuang dalam Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara (APBN).

Dalam pembahasan hasil penelitian ini bahwa dalam kemitraan antara BPJS Kesehatan dengan RSD dr. Soebandi didasarkan atas data atau fakta empiris yang diperoleh dari lapangan. Fakta-fakta lapangan ini akan diabstraksikan dengan cara dikaitkan satu sama lainnya atau dihubungkan satu sama lainnya sehingga terbentuk konsep. Oleh karena itu konsep dimaksudkan sebagai abstraksi yang lebih tinggi dari fakta yang berupa tafsiran atau diskripsi keterkaitan antara fakta-fakta temuan lapangan. Untuk itulah berikut penulis memulai dari temuan fakta lapangan.

Fakta di lapangan dalam kemitraan antara BPJS Kesehatan dengan RSD dr. Soebandi Jember dalam hal jaminan kesehatan bahwa RSD dr. Soebandi telah memberikan pelayanan kesehatan atas peserta BPJS Kesehatan. RSD dr. Soebandi sebagai rumah sakit rujukan, maka untuk mendapatkan pelayanan kesehatan atau peserta BPJS Kesehatan untuk dapat memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan

di RSD dr. Soebandi perlu mendapatkan surat rujukan dari fasilitas kesehatan tingkat pertama, karena fasilitas kesehatan itu berjenjang. Hal ini disampaikan informan BJ (2016) sebagai berikut:

Peserta BPJS Kesehatan untuk dapat memanfaatkan RSD dr. Soebandi perlu mendapatkan surat rujukan dari fasilitas kesehatan tingkat pertama bisa puskesmas, dokter keluarga, poliklinik, dan sebagainya (Wawancara tanggal 26 Februari 2016).

Penjelasan tersebut menunjukkan bahwa peserta BPJS Kesehatan apabila akan memanfaatkan fasilitas RSD dr. Soebandi perlu mendapatkan surat rujukan dari puskesmas terdekat di mana tempat tinggal peserta BPJS Kesehatan itu tinggal. Kemudian baru dari surat rujukan itu dibawa ke RSD dr. Soebandi. Oleh karena itu fasilitas kesehatan itu untuk melayani peserta BPJS Kesehatan sifatnya berjenjang. Jenjang fasilitas kesehatan dapat dipaparkan berikut ini.

Jenjang fasilitas kesehatan perlu dipaparkan dengan maksud untuk memberikan gambaran bahwa fasilitas kesehatan itu tidak setara. Oleh karena itu perlu digambarkan atau dijelaskan bahwa fasilitas kesehatan itu berjenjang dalam memberikan pelayanan kesehatan kepada peserta BPJS Kesehatan atau dengan istilah sistem rujukan berjenjang. Rujukan berjenjang pelayanan kesehatan itu sebagai penyelenggaraan pelayanan kesehatan yang mengatur pelimpahan tugas dan tanggungjawab pelayanan kesehatan secara timbal balik baik vertikal maupun hirizontal. Jenjang fasilitas kesehatan itu ada tiga yaitu fasilitas kesehatan tingkat pertama, fasilitas kesehatan tingkat kedua, dan fasilitas kesehatan tingkat tiga. Fasilitas kesehatan tingkat pertama ini disebut juga dengan fasilitas kesehatan tingkat pratama, atau juga fasilitas kesehatan tingkat primer.

1). Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama

Perlu dipahami bahwa fasilitas kesehatan tingkat pertama dapat memberikan pelayanan kesehatan kepada peserta BPJS Kesehatan tingkat pertama. Dalam fasilitas kesehatan tingkat pertama terdapat pelayanan rawat jalan tingkat pertama dan pelayanan rawat inap tingkat pertama. Fasilitas kesehatan tingkat pertama itu dapat meliputi antara lain puskesmas, praktik dokter, praktik dokter

gigi, klinik pratama, dan rumah sakit kelas D. Selanjutnya pelayanan kesehatan tingkat pertama pada fasilitas kesehatan rawat inap yang dimiliki oleh fasilitas kesehatan tersebut. Hal ini seperti disampaikan informan BJ (2016) sebagai berikut:

Peserta BPJS Kesehatan apabila mau periksa ke dokter keluarga dulu. Kalau ke RSD dr. Soebandi kalau tidak pada jam dinas, kalau parah ya ke IGD. Kalau jam dinas ya minta rujukan dulu ke dokter keluarga. Dari dokter keluarga diberi surat rujukan ke poli rs Soebandi (Wawancara tanggal 4 Maret 2016).

Penjelasan tersebut menunjukkan bahwa jika memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan, maka peserta BPJS Kesehatan periksa dulu ke dokter keluarga, atau juga puskesmas setempat. Selanjutnya dapat minta surat rujukan dari dokter keluarga atau puskesmas setempat. Setelah itu surat rujukannya dibawa ke RSD dr. Soebandi.

Selanjutnya cakupan pelayanan kesehatan tingkat pertama meliputi pelayanan rawat jalan tingkat pertama, dan pelayanan rawat inap tingkat pertama. Dalam pelayanan rawat jalan tingkat pertama dapat mencakup pelayanan administrasi, pelayanan promotif, pemeriksaan, pengobatan, dan konsultasi medis, tindakan medis non spesialis, pelayanan obat, pemeriksaan penunjang. Terkait dengan pelayanan kesehatan tingkat pertama ini, maka terdapat prosedur yang perlu dilakukan oleh peserta BPJS Kesehatan.

Peserta BPJS Kesehatan yang dapat memanfaatkan pelayanan kesehatan pada fasilitas kesehatan tingkat pertama adalah peserta BPJS Kesehatan yang sesuai dengan tempat tinggalnya. Jika peserta BPJS Kesehatan memerlukan pelayanan kesehatan tingkat lanjutan. Fasilitas kesehatan tingkat pertama harus merujuk ke fasilitas kesehatan rujukan tingkat lanjutan terdekat. Selanjutnya peserta BPJS Kesehatan untuk dapat memanfaatkan fasilitas kesehatan tingkat pertama untuk fasilitas rawat inap tingkat pertama, peserta datang ke fasilitas kesehatan tingkat pertama yang memiliki fasilitas rawat inap. Untuk dapat memanfaatkan fasilitas rawat inap itu peserta perlu menunjukkan identitas BPJS Kesehatan. Selanjutnya fasilitas kesehatan melakukan pengecekan keabsahan kartu BPJS Kesehatan tersebut.

Peserta BPJS Kesehatan jika akan memanfaatkan fasilitas kesehatan perlu memanfaatkan fasilitas kesehatan itu secara berjenjang. Peserta BPJS Kesehatan jika akan memanfaatkan pelayanan kesehatan di fasilitas kesehatan, maka peserta dapat memilih atau menentukan sendiri fasilitas kesehatan yang diinginkan. Namun yang perlu diperhatikan adalah fasilitas kesehatan yang telah bekerjasama dengan BPJS Kesehatan. Jika peserta BPJS Kesehatan dalam memanfaatkan pelayanan kesehatan di fasilitas pelayanan kesehatan yang fasilitas kesehatan itu tidak bekerjasama dengan BPJS Kesehatan, akibatnya pelayanan kesehatan yang diberikan fasilitas kesehatan kepada peserta BPJS Kesehatan tidak dapat gratis melainkan akan dikenai biaya. Oleh karena itu peserta BPJS Kesehatan perlu berhati-hati dalam memanfaatkan fasilitas kesehatan.

Fasilitas kesehatan yang bisa dimanfaatkan oleh pesertan BPJS Kesehatan bentuknya berjenjang. Jenjang pelayanan fasilitas kesehatan yaitu fasilitas kesehatan tingkat pertama, fasilitas kesehatan tingkat lanjutan. Kemudian fasilitas kesehatan yang tidak bekerjasama secara langsung dengan BPJS Kesehatan, tetapi merupakan jaringan dari fasilitas kesehatan tingkat pertama maupun fasilitas tingkat lanjutan yang bekerjasama dengan BPJS Kesehatan. Selanjutnya manfaat akomodasi yang dapat dimanfaatkan oleh peserta BPJS Kesehatan untuk pelayanan kesehatan adalah ruang perawatan kelas III, ruang perawatan kelas II, dan ruang perawatan kelas I.

Berikutnya tentang alur pelayanan kesehatan yang perlu dilakukan oleh peserta BPJS Kesehatan jika akan memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan. Pelayanan ini dapat digolongkan menjadi tiga jenis yaitu pelayanan tingkat pertama dan pelayanan tingkat lanjutan, dan alur pelayanan kedaruratan. Dalam pelayanan kesehatan tingkat pertama adalah setiap peserta harus terdaftar pada fasilitas kesehatan kesehatan tingkat pertama yang sesuai pilihannya dan yang telah bekerjasama dengan BPJS Kesehatan. Peserta dapat memperoleh pelayanan kesehatan pada fasilitas kesehatan tingkat pertama di tempat peserta terdaftar. Kemudian peserta mendapat pelayanan rawat inap di fasilitas kesehatan tingkat pertama sesuai dengan indikasi medis yang dialaminya.

Pelayanan kesehatan yang dijamin dalam kemitraan antara BPJS Kesehatan dapat digolongkan menjadi fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama, pelayanan fasilitas kesehatan tingkat lanjutan, persalinan, dan ambulans. Pelayanan kesehatan yang dijamin oleh BPJS Kesehatan meliputi antara lain pelayanan kesehatan non spesialis yang mencakup administrasi pelayanan, pelayanan promotif dan preventif, pemeriksaan, pengobatan dan konsultasi medis, tindakan medis dan non spesialis baik operatif maupun non operatif, pelayanan obat dan bahan habis medis pakai, dan sebagainya.

2). Fasilitas Kesehatan Tingkat Rujukan

Fasilitas kesehatan tingkat rujukan atau istilah lain fasilitas kesehatan tingkat kedua, atau fasilitas kesehatan tingkat lanjutan. Pelayanan kesehatan oleh fasilitas kesehatan rujukan yang dijamin BPJS Kesehatan baik untuk yang rawat jalan maupun rawat inap mencakup pelayanan administrasi, pemeriksaan, pengobatan dan konsultasi spesialis oleh dokter spesialis dan subspesialis. Kemudian tindakan medis baik bedah maupun non bedah sesuai dengan indikasi medis. Pelayanan obat dan bahan habis pakai, pelayanan penunjang diagnostic lanjutan sesuai dengan indikasi medis, rehabilitasi medis, pelayanan darah, pelayanan dokter forensic klinik, pelayanan jenazah meninggal setelah rawat inap berupa pemulasaran, tidak termasuk peti dan ambulans, berikutnya perawatan inap intensif maupun perawatan inap non intensif. Selain itu adalah persalinan, persalinan ini hanya sampai dengan anak ketiga. Kemudian ambulans hanya diberikan untuk pasien rujukan dari fasilitas kesehatan satu ke fasilitas kesehatan lainnya dengan tujuan untuk penyelamatan nyawa pasien.

Selain pelayanan kesehatan rujukan yang dijamin oleh BPJS Kesehatan, terdapat pelayanan kesehatan yang tidak dijamin oleh BPJS Kesehatan. Perlu diketahui pelayanan kesehatan yang tidak dijamin ini berlaku baik di tingkat pelayanan kesehatan tingkat pertama maupun pelayanan kesehatan rujukan tingkat lanjutan. Pelayanan kesehatan yang tidak dijamin BPJS Kesehatan ini mencakup pelayanan kesehatan yang dilakukan tanpa melalui prosedur yang telah ada, kemudian pelayanan kesehatan yang dilakukan di fasilitas kesehatan yang tidak

bekerjasama dengan BPJS Kesehatan kecuali dalam keadaan darurat, pelayanan kesehatan yang telah dijamin kecelakaan kerja atau kecelakaan lalu lintas, pelayanan kesehatan di luar negeri, pelayanan untuk estetik, pelayanan untuk infertilitas, pelayanan meratakan gigi, pelayanan ketergantungan obat, dan sebagainya.

Pelayanan kesehatan yang diberikan fasilitas kesehatan tingkat tiga sebagai pelayanan kesehatan sub spesialis yang dilakukan oleh dokter sub spesialis atau dokter gigi sub spesialis yang menggunakan pengetahuan dan teknologi sub spesialisik.

Selanjutnya dalam pelayanan kesehatan tingkat lanjutan yang perlu dilakukan oleh peserta BPJS Kesehatan jika memanfaatkan fasilitas kesehatan yaitu peserta datang ke BPJS Center rumah sakit dengan menunjukkan kartu peserta dan menyerahkan surat rujukan dari fasilitas kesehatan tingkat pertama ataupun surat perintah control pasca rawat inap. Selanjutnya peserta menerima Surat Eligibilitas Peserta (SEP) untuk mendapatkan pelayanan lanjutan. Kemudian peserta dapat memperoleh pelayanan rawat inap di fasilitas kesehatan tingkat lanjutan sesuai dengan indikasi medis.

Peserta BPJS Kesehatan apabila mengalami sakit perlu mendatangi fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama. Fasilitas pelayanan kesehatan yang didatangi peserta BPJS Kesehatan itu fasilitas kesehatan yang sudah bekerjasama atau bermitra dengan BPJS Kesehatan. Dalam fasilitas kesehatan tingkat pertama ini apabila akan memanfaatkan fasilitas kesehatan tingkat lanjutan, karena fasilitas kesehatan tingkat pertama tidak tersedia, maka peserta BPJS Kesehatan minta surat rujukan dari fasilitas kesehatan tingkat pertama. Fasilitas kesehatan tingkat pertama ini mengeluarkan surat rujukan untuk peserta BPJS Kesehatan, selanjutnya dibawa ke RSD dr. Soebandi.

4.1.2 Peran Pemerintah Daerah

Peran pemerintah daerah dalam kaitan dengan jaminan kesehatan mencakup kepesertaan, ketersediaan SDM, fasilitas layanan kesehatan, anggaran yang cukup.

1) Peran Kepesertaan

Peran pemerintah daerah dalam hal kepesertaan ini adalah menjamin masyarakat miskin untuk menjadi peserta jaminan kesehatan yaitu peserta BPJS Kesehatan. Pemerintah daerah memberikan bantuan iuran bagi masyarakat miskin yang dinamakan dengan penerima bantuan iuran (PBI). Pemerintah daerah bagi masyarakat miskin ini dianggarkan melalui Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah (APBD). Selain itu bagi peserta yang berasal dari PNS pemerintah daerah yang disebut dengan pekerja penerima upah, maka kepesertaannya dijamin oleh pemerintah daerah.

2) Peran Fasilitas Kesehatan

Peran pemerintah daerah terkait dengan fasilitas kesehatan bahwa pemenuhan dan distribusi fasilitas kesehatan. Pemerintah daerah mempersiapkan kecukupan fasilitas kesehatan termasuk sarana dan prasarana kesehatan yang ada di rumah sakit.

3) Peran Pemenuhan Sumberdaya Manusia

Peran pemerintah daerah dalam kaitannya dengan pemenuhan sumberdaya manusia kesehatan dan juga distribusinya, pemerintah daerah mempunyai peran untuk memprioritaskan pemenuhan sumberdaya manusia kesehatan termasuk di rumah sakit. Pemenuhan tenaga kesehatan ini didistribusikan secara merata.

4) Peran Pelayanan Kesehatan

Peran pemerintah daerah dalam pelayanan kesehatan ini terkait dengan pelayanan IGD, pelayanan rawat jalan, pelayanan rawat inap, pelayanan laboratorium, pelayanan kefarmasian, pelayanan akomodasi, termasuk pelayanan ambulan.

4.1.3 Peran Masyarakat (Peserta BPJS Kesehatan)

Sosialisasi tentang jaminan kesehatan dilakukan secara terus menerus oleh BPJS Kesehatan kepada masyarakat luas. Dengan tujuan agar masyarakat menjadi peserta BPJS Kesehatan. Sehingga masyarakat dapat memahami jaminan kesehatan yang telah disosialisasikan oleh BPJS Kesehatan. Hal seperti disampaikan informan MI (2015) sebagai berikut berikut:

“Itu yang banyak belum tersosialisasi, oleh karena itu sampai sekarang terus disosialisasikan tentang BPJS Kesehatan (Wawancara tanggal 20 Mei 2015).

Penjelasan tersebut bahwa BPJS Kesehatan terus melakukan sosialisasi. Sosialisasi ini dilakukan dalam upaya untuk menyadarkan masyarakat akan perlunya jaminan kesehatan. Sosialisasi itu yang disampaikan antara lain tentang kepesertaannya, tentang iurannya, tentang pemanfaatan fasilitas pelayanan kesehatan, dan fasilitas kesehatan.

Dalam sosialisasi kepesertaan BPJS Kesehatan, BPJS Kesehatan memberikan informasi kepada masyarakat bahwa peserta jaminan kesehatan itu meliputi penerima bantuan iuran jaminan kesehatan dan bukan penerima bantuan iuran jaminan kesehatan. Kemudian dijelaskan yang termasuk dalam penerima bantuan iuran jaminan kesehatan itu adalah para fakir miskin dan orang tidak mampu. Selanjutnya untuk yang bukan penerima bantuan iuran jaminan kesehatan dapat meliputi pekerja penerima upah dan anggota keluarganya, pekerja bukan penerima upah dan anggota keluarganya, bukan pekerja dan anggota keluarganya. Itulah penjelasan yang disampaikan BPJS Kesehatan kepada masyarakat dalam proses sosialisasi untuk kepesertaan penerima bantuan iuran jaminan kesehatan.

Berikutnya sosialisasi yang dilakukan BPJS Kesehatan tentang iuran yang disampaikan kepada masyarakat bahwa bagi peserta penerima bantuan iuran (PBI) maka iurannya dibayar oleh pemerintah. Kemudian iuran untuk pekerja penerima upah iurannya dibayar oleh pemberi kerja atau pekerja. Selanjutnya bagi pekerja bukan penerima upah iurannya dibayar oleh peserta itu sendiri. Tentang besar iurannya bahwa iuran besarnya berbeda sesuai dengan pilihan kelas yang dipilihnya, antara kelas tiga, kelas dua, dan kelas satu. Itulah sosialisasi tentang iuran bagi peserta BPJS Kesehatan

Selanjutnya dalam sosialisasi tentang manfaat jaminan sosial bagi peserta BPJS Kesehatan dapat mencakup pelayanan kesehatan perorangan. Manfaat ini yang dapat dirasakan atau dinikmati pelayanan perorangan adalah pelayanan preventif, pelayanan kuratif, pelayanan rehabilitative, pelayanan obat, pelayanan

habis pakai yang sesuai dengan indikasi medis yang diperlukan. Manfaat jaminan social kesehatan berikutnya adalah manfaat medis yang tidak terkait dengan besaran iuran yang dibayarkan dan manfaat non medis yang ditentukan berdasarkan skala besaran iuran yang dibayarkan, termasuk didalamnya manfaat akomodasi. Berikutnya manfaat jaminan social kesehatan adalah ambulan. Ambulan ini diberikan untuk pasien rujukan dari fasilitas kesehatan dengan kondisi untuk yang ditetapkan oleh BPJS Kesehatan.

Selanjutnya pelayanan kesehatan yang dijamin BPJS Kesehatan dalam proses sosialisasi itu mencakup pelayanan kesehatan tingkat pertama yaitu rawat jalan tingkat pertama dan rawat inap tingkat pertama. Kemudian pelayanan kesehatan berikutnya adalah pelayanan kesehatan tingkat rujukan yang mencakup rawat jalan tingkat lanjutan dan rawat inap tingkat lanjutan. Selain itu adalah pelayanan kesehatan lain yang ditetapkan oleh menteri.

Manfaat akomodasi dalam sosialisasi itu bagi peserta BPJS Kesehatan yang penerima bantuan iuran (PBI). Manfaat akomodasinya adalah kelas tiga baik yang tergolong fakir miskin dan orang yang tidak mampu. Kemudian manfaat akomodasi bagi peserta BPJS Kesehatan bukan penerima bantuan iuran (PBI) adalah untuk pekerja bukan penerima upah kelas satu dan kelas dua. Kemudian untuk pekerja bukan penerima upah kelas akomodasinya adalah kelas satu, kelas dua, dan kelas tiga. Kemudian untuk bukan pekerja kelas akomodasi yang dapat dimanfaatkan adalah kelas satu, kelas dua, dan kelas tiga. Sosialisasi yang terkait dengan manfaat akomodasi bagi peserta BPJS Kesehatan.

Berikutnya terkait sosialisasi fasilitas kesehatan oleh BPJS Kesehatan sebagai penyelenggara pelayanan kesehatan yang meliputi fasilitas kesehatan milik pemerintah dan fasilitas kesehatan milik swasta. Fasilitas kesehatan milik pemerintah perlu memenuhi persyaratan (kredensiling), dan juga fasilitas kesehatan tersebut wajib bekerjasama dengan BPJS Kesehatan. Kemudian untuk fasilitas kesehatan milik swasta perlu memenuhi juga persyaratan (kredensialing) termasuk juga dapat menjalin kerjasama dengan BPJS Kesehatan.

Selain itu koordinasi manfaat, bahwa dalam koordinasi manfaat ini terkait dengan BPJS Kesehatan dengan asuransi kesehatan komersial. Dalam koordinasi

manfaat ini yang dapat dilayani oleh BPJS Kesehatan adalah pelayanan kesehatan pertama, pelayanan kesehatan tingkat lanjutan, dan pelayanan kesehatan lain yang ditetapkan oleh menteri. Sedangkan asuransi kesehatan komersial akan menjamin terkait dengan manfaat tambahan. Itulah sosialisasi yang diberikan BPJS Kesehatan kepada masyarakat secara luas.

Termasuk juga dalam sosialisasi itu pemanfaatan pelayanan kesehatan. Setelah menjadi peserta BPJS Kesehatan fasilitas kesehatan yang dapat dimanfaatkan adalah pelayanan kesehatan tingkat pertama, pelayanan kesehatan tingkat lanjutan kedua, dan pelayanan kesehatan lanjutan tingkat tiga.

Sasaran sosialisasi adalah semua lapisan masyarakat secara keseluruhan, baik yang mampu maupun yang tidak mampu. Selanjutnya dijelaskan oleh MI (2015) sebagai berikut:

“seharusnya beban masyarakat yang mampu itulah yang diarahkan pada peserta bukan penerima upah atau peserta mandiri itu. Sedangkan peserta yang tidak mampu seharusnya menjadi tanggungjawab pemerintah.” (Wawancara tanggal 20 Mei 2015).

Penjelasan tersebut menunjukkan bahwa yang menjadi sasaran dari kegiatan sosialisasi adalah masyarakat, baik masyarakat yang mampu maupun tidak mampu. Masyarakat yang mampu diarahkan untuk menjadi peserta BPJS Kesehatan dengan jalur mandiri, kemudian bagi yang tidak mampu agar menjadi peserta BPJS Kesehatan melalui jalur penerima bantuan iuran (PBI).

4.1.4 Membangun Model Kemitraan

Dalam penelitian kualitatif data yang sudah terkumpul harus diolah terlebih dahulu. Dalam pengolahan data dapat dilakukan secara berbarengan dengan pengumpulan data, sehingga diperoleh informasi yang bisa dikembangkan dan sampai informasi dirasa sudah cukup, setelah itu dapat dianalisis. Analisis data dalam penelitian kualitatif merupakan kegiatan yang sangat penting dan dapat menentukan kualitas hasil penelitian. Oleh karena itu analisis data pada dasarnya merupakan serangkaian kegiatan untuk mengolah data hasil penelitian yang masih berserakan menjadi rapi dan belum teratur menjadi teratur. Kegiatan analisis ini

dilakukan dengan menyederhanakan data melalui serangkaian kegiatan mulai dari mereduksi yaitu mengatur dan mengurutkan, kemudian model data yaitu mengelompokkan data dan memberi kode, selanjutnya verifikasi kesimpulan yaitu mengkategorikan data menjadi sebuah konsep.

Penelitian kemitraan antara BPJS Kesehatan dengan RSD dr. Soebandi Jember ini sebagai upaya menyusun konsep yang didasarkan pada data empirik dalam bentuk lisan atau kata-kata, tulisan atau teks, ekspresi, simbol-simbol, dan dokumentasi melalui serangkaian kegiatan analisis dan interpretasi. Pengolahan data kualitatif didasarkan pada catatan lapangan peneliti, kemudian peneliti melakukan proses pemberian kode. Analisis data dimulai dengan mengidentifikasi, mengkategorikan dan penamaan penemuan gejala secara cermat, selanjutnya kategori itu dihubungkan dalam bentuk abstraksi untuk mengkonstruksi yang didasarkan pola pikir induktif, kemudian dilanjutkan dengan seleksi dan interpretasi terhadap kategori terseleksi untuk membentuk konsep.

Sesuai dengan tujuan penelitian yakni mengkonstruksi model kemitraan antara Badan Penyelenggara Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan dengan Rumah Sakit Daerah dr. Soebandi Jember. Konstruksi model yang dibangun peneliti tentunya tidak lepas dari berpikir logis sesuai dengan latar belakang mengapa perlunya penelitian kemitraan ini. Selain itu juga terkait dengan pertanyaan penelitian yang muncul. Oleh karena itu kemitraan yang dibentuk sebagai pelayanan kesehatan pada studi lapang di BPJS Kesehatan Cabang Jember dan RSD dr. Soebandi Jember. Hasil analisis data dapat berbentuk kategorisasi data. Analisis data dapat dilihat pada lampiran analisis data. Hasil kategori data dapat dilihat sebagai berikut.

Tabel 4.1 Proses Kategori Data

<i>Reduksi Data</i>	<i>Display Data</i>	<i>Kesimpulan Data</i>
1	2	3
<ul style="list-style-type: none"> • Perjanjian • kontrak • Wajib bekerjasama • Tugas • Rumah sakit wajib bermitra dengan BPJS Kesehatan • Permen/undang-undang, kepmen • Tim pengendali JKN dan Non JKN • BPJS Center • Direktur RSD dan staf • Kepala BPJS dan staf • Pasien berobat 	<ol style="list-style-type: none"> 1. wajib 2. perjanjian 3. kerjasama 4. tugas 5. regulasi 6. institusi 7. orang 	Kemitraan
<ul style="list-style-type: none"> • Pelayanan obat • Dokter dan perawat • Rawat jalan • Rawat inap • Operasi • Layanan Administrasi • Layanan laboratorium • Pintu IGD • Pemeriksaan medis • Tindakan medis • Pintu poli • Akomodasi • Ambulan 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pelayanan obat 2. Pelayanan Medis 3. Pelayanan Non Medis 4. Layanan penunjang 	Pelayanan kesehatan
<ul style="list-style-type: none"> • Mengajukan tagihan • Koding • Beban pasien • Biaya operasional • Profit dan non profit • Verifikasi • Klarifikasi • Keberlangsungan/ sustainable • Pembayaran tagihan 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pengajuan tagihan 2. Verifikasi 3. Klarifikasi 4. Efisiensi 5. Keberlangsungan 6. Pembayaran tagihan 	Tagihan (tagihan)

1	2	
<ul style="list-style-type: none"> • Pendaftaran peserta • BPJS Kesehatan mengeluarkan kartu • Badan usaha • Masyarakat • Institusi • Peserta mandiri atau bukan penerima upah • Masyarakat mampu • Peserta mandiri • Iuran mandiri • Tambahan biaya naik kelas • Masyarakat tidak mampu • Iuran tanggungan pemerintah • Sosialisasi • Kesadaran masyarakat • Badan Publik • PT Askes, • BPJS Kesehatan, • BUMN, • Badan publik, • PT Persero, • Kemen BUMN 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Peserta penerima bantuan 2. Peserta bukan penerima bantuan 3. Peserta penerima upah 4. Peserta bukan penerima upah 5. Iuran mandiri 6. Iuran ditanggung pemerintah 7. Tambahan biaya naik kelas 8. Sosialisasi 9. Transformasi 10. PT Askes 11. BPJS Kesehatan 	Kepesertaan

Sumber: Pengolahan Data (2015).

Berdasarkan hasil analisis data yang dimulai dari proses pengumpulan data penelitian sampai dengan data tersebut dapat dikategorisasi, maka dalam proses analisis data ini meliputi proses reduksi data, display data, dan verifikasi/kesimpulan data. Hasil proses reduksi data meliputi: Transformasi, Badan Publik, Kemitraan, Perjanjian, Wajib bekerjasama, Rumah sakit wajib bermitra dengan BPJS Kesehatan, Pelayanan Kesehatan, Pelayanan obat, Dokter dan perawat, Rawat jalan, Rawat inap, Operasi, Layanan Administras, Layanan laboratorium, Koding, Beban pasien, Biaya operasional, Pendaftaran peserta, BPJS Kesehatan mengeluarkan kartu, Badan usaha, Masyarakat, Institusi, Peserta mandiri atau bukan penerima upah, Masyarakat mampu, Peserta mandiri, Masyarakat tidak mampu, Sosialisasi, Kesadaran masyarakat.

Setelah dilakukan proses reduksi data di atas, maka selanjutnya dilakukan proses display data meliputi: Transformasi, Badan Publik, Kemitraan, wajib bermitra, Pelayanan Kesehatan, Efisiensi, Keberlangsungan, Pelayanan obat, Pelayanan Medis, Pelayanan Non Medis, Layanan penunjang, Tagihan jasa kesehatan, Margin, Pendaftaran peserta, BPJS Kesehatan mengeluarkan kartu, Badan usaha, Masyarakat, Institusi, Sosialisasi. Kemudian setelah display data maka selanjutnya kesimpulan atau verifikasi. Dalam verifikasi atau kesimpulan ini dapat meliputi: transformasi, kemitraan, efisiensi, pelayanan kesehatan, pendapatan, peserta, dan sosialisasi.

Berdasarkan kesimpulan tersebut, maka dapat dikonstruksikan kemitraan BPJS Kesehatan dengan RSD dr. Soebandi terdiri dari beberapa kategori yang saling melengkapi sebagai satu kesatuan terintegrasi yaitu transformasi, kemitraan, pelayanan kesehatan, pendapatan, kepesertaan, sosialisasi. Susunan itu didasarkan atas kemanfaatan bagi peserta BPJS Kesehatan. Transformasi mencakup perubahan dari PT Askes menjadi BPJS Kesehatan. Kemudian kemitraan meliputi wajib kerjasama, regulasi, institusi, ada orang yang melakukan. Selanjutnya pelayanan kesehatan mencakup pelayanan medis, pelayanan non medis, pelayanan obat, dan pelayanan penunjang. Berikutnya pendapatan diperoleh dari tagihan, margin, dan efisiensi. Sedangkan kepesertaan mencakup peserta penerima bantuan, peserta bukan penerima bantuan, dan peserta mandiri. Berikutnya adalah sosialisasi mencakup sosialisasi dan kesadaran masyarakat.

BPJS Kesehatan dalam hal ini sebagai *prinsipal* dan pengelola dana peserta yang perlu bekerjasama dengan pihak rumah sakit sebagai *agent*. BPJS Kesehatan ini sebagai lembaga publik yang memberi tugas kepada RSD dr. Soebandi dalam bidang pelayanan kesehatan. Kemitraan yang dilakukan antara BPJS Kesehatan dengan RSD dr. Soebandi pada dasarnya sebagai pedoman bagi keduanya dalam melaksanakan kerjasama dengan prinsip mengutamakan peserta BPJS Kesehatan. Implementasi dari kemitraan itu adalah sebagai bentuk tanggungjawab antara BPJS Kesehatan dan RSD dr. Soebandi. Kemitraan yang dilakukan antara BPJS Kesehatan dengan RSD dr. Soebandi Jember itu disertai dengan perjanjian keduanya yang tertuang dalam kontrak yang dilakukan oleh BPJS Kesehatan dengan RSD dr. Soebandi Jember. Kontrak perjanjian kerjasama itu berlaku setiap

tahun, dan sesudahnya dapat diperpanjang lagi. Kerjasama yang dilakukan antara BPJS Kesehatan dengan RSD dr. Soebandi itu dalam hal pelayanan kesehatan.

Pelayanan kesehatan sebagai sebuah konsep yang digunakan dalam memberikan layanan kesehatan kepada masyarakat. Pelayanan kesehatan menurut Depkes RI (2009) adalah setiap upaya yang diselenggarakan sendiri atau secara bersama-sama dalam suatu organisasi untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan, mencegah dan menyembuhkan penyakit serta memulihkan kesehatan perorangan, keluarga, kelompok dan atupun masyarakat. Pelayanan kesehatan sebagai upaya yang dilakukan oleh RSD dr Soebandi dapat mencakup pelayanan medis, pelayanan non medis, pelayanan obat, dan pelayanan penunjang.

Pelayanan kesehatan yang dilakukan rumah sakit berkaitan dengan tagihan. Penggunaan istilah tagihan dalam kenyataan sehari-hari telah berkembang sesuai dengan perkembangan konsep. Tagihan dimaksudkan sebagai suatu permintaan salah satu dari dua pihak yang mempunyai ikatan, agar haknya terpenuhi. Salah satu dari dua pihak yang mempunyai ikatan mengajukan tagihan kepada pihak lain sesuai dengan perjanjian yang telah disepakati bersama. BPJS kesehatan mempunyai tugas untuk mengverifikasi tagihan yang dilakukan oleh fasilitas kesehatan yang telah memberikan pelayanan kesehatan kepada peserta BPJS Kesehatan yaitu RSD dr. Soebandi Jember. Tagihan pelayanan kesehatan yang diajukan rumah sakit kepada BPJS Kesehatan dilakukan verifikasi terlebih dahulu.

Dalam hal ditemukan sesuatu yang perlu mendapat perhatian khusus maka bisa dilakukan konfirmasi. Hal ini dilakukan untuk memperoleh bukti atau mendapatkan informasi atas tagihan-tagihan yang mendapat perhatian. Tugas pembayaran ini dimaksudkan pembayaran yang dilakukan oleh BPJS kesehatan pada pelayanan kesehatan yaitu rumah sakit. Besarnya pembayaran itu ditentukan berdasarkan pada kesepakatan yang dilakukan oleh Asosiasi fasilitas kesehatan di Jember.

Uraian di atas dapat menunjukkan bahwa konstruksi kemitraan pelayanan kesehatan yang dipaparkan disusun berdasarkan data empirik berupa kata-kata,

tulisan atau teks, dokumentasi, observasi dan wawancara mendalam. Konstruksi kemitraan yang dibangun antara BPJS Kesehatan dengan RSD dr. Soebandi Jember adalah empat tahap yaitu pelayanan kesehatan, tagihan pelayanan kesehatan, verifikasi pelayanan kesehatan, dan pembayaran pelayanan kesehatan. Dari empat tahap itu tiap-tiap tahap didasarkan atas kerjasama yang dilakukan antara BPJS Kesehatan dengan RSD dr. Soebandi Jember. Konstruksi model kemitraan yang dibangun dapat menumbuhkan kepercayaan bagi semua pihak yang terlibat yaitu BPJS Kesehatan, Rumah Sakit, dan peserta BPJS Kesehatan. Akhirnya timbul kewajiban dan hak dari masing-masing terlibat dan implikasinya adalah terjaminnya masyarakat hidup sehat.

a. Kerjasama

Kemitraan itu merupakan bentuk kerjasama antara BPJS Kesehatan dengan RSD dr. Soebandi yang bersifat jangka panjang dan berkesinambungan. Kemitraan ini tidak lain merupakan komitmen bersama untuk mencapai tujuan yang sama yang dijabarkan dalam hubungan antar lembaga yang saling mendukung dan memberi manfaat secara berkelanjutan. Kemitraan ini berbentuk kegiatan-kegiatan tahunan dan jangka panjang. Oleh karena itu kemitraan antara BPJS Kesehatan dengan RSD dr. Soebandi sifatnya adalah wajib. Hal ini seperti yang disampaikan Rio (2015) bahwa:

..... pertama yang wajib untuk bermitra adalah rumah sakit pemerintah yang ditetapkan dalam permenkes. Itu yang wajib bermitra dengan BPJS kesehatan. (Wawancara tanggal 24 Juni 2015).

Penjelasan informan tersebut menunjukkan bahwa rumah sakit yang sifatnya wajib untuk bekerjasama atau bermitra dengan BPJS Kesehatan adalah rumah sakit milik pemerintah. Karena sifatnya wajib berarti tidak boleh tidak mengandung arti harus bekerjasama dengan BPJS Kesehatan. Pengertian rumah sakit pemerintah itu merupakan rumah sakit milik pemerintah, baik itu pemerintah pusat, pemerintah daerah tingkat satu maupun pemerintah daerah tingkat dua. Rumah sakit milik pemerintah daerah yang ada di Kabupaten Jember ada tiga, yaitu RSD dr. Soebandi, RSD Balung, dan RSD Kalisat.

Ketiga rumah sakit daerah tersebut yang dijadikan obyek penelitian adalah RSD dr. Soebandi. Mengapa peneliti tidak memilih obyek penelitian itu kemitraan antara BPJS Kesehatan dengan RSD Balung atau kemitraan antara BPJS Kesehatan dengan RSD Kalisat. Ada beberapa alasan mengapa peneliti memilih kemitraan antara BPJS Kesehatan dengan RSD dr. Soebandi, pada hal RSD Balung dan RSD Kalisat sama-sama milik pemerintah. Alasan-alasan peneliti memilih kemitraan antara BPJS Kesehatan dengan RSD dr. Soebandi adalah:

- 1) RSD dr. Soebandi sebagai rumah sakit rujukan yang lengkap;
- 2) RSD dr. Soebandi sebagai rumah sakit tipe B pendidikan;

Atas dasar alasan tersebut di atas itulah memilih RSD dr. Soebandi bukan rumah sakit lainnya. Perlu dipahami bahwa beberapa rumah sakit yang ada di Kabupaten Jember sudah bermitra dengan BPJS Kesehatan. Rumah sakit yang bermitra itu ada rumah sakit pemerintah dan rumah sakit swasta. Hal ini seperti yang disampaikan oleh Rio (2015) sebagai berikut:

kalau di wilayah Kabupaten Jember itu semua rumah sakit dari awal sudah kerjasama, seperti RSD dr. Soebandi, RSD Balung, Rumah Sakit Perkebunan, Rumah Sakit Citra Husada, Rumah Sakit IBI (Wawancara tanggal 24 Juni 2015).

Penjelasan tersebut menunjukkan bahwa semua rumah sakit di Kabupaten Jember sudah bermitra dengan BPJS Kesehatan. Hal ini berarti sejak adanya BPJS Kesehatan rumah sakit - rumah sakit itu sudah bekerjasama. Rumah sakit yang sudah bekerjasama itu antara lain RSD dr. Soebandi, RSD Balung, RSD Kalisat, Rumah Sakit Citra Husada, Rumah Sakit Perkebunan, Rumah Sakit IBI, dan sebagainya. Kerjasama itu tidak bias hanya omong-omong saja. Hal ini disampaikan informan lebih lanjut Rio (2015) sebagai berikut:

ada kerjasamanya pak kalau hanya omong-omong saja tidak bisa, iya ada kerjasama yang dasarnya adalah dari BPJS Kesehatan dan kementerian kesehatan, seperti dengan RSD dr. Soebandi ada kerjasamanya (Wawancara tanggal 1 Juli 2015).

Penjelasan informan tersebut menunjukkan bahwa antara rumah sakit dengan BPJS Kesehatan ada kerjasamanya. Kerjasama itu tidak bersifat basa-basi, atau

hanya omong-omong atau berbicara saja. Oleh karena itu antara BPJS Kesehatan dengan RSD dr. Soebandi terdapat kerjasama.

Kerjasama atau kemitraan yang dijalin antara BPJS Kesehatan dengan rumah sakit atau fasilitas kesehatan sudah terjalin kerjasama. Untuk di Kabupaten Jember semua rumah sakit milik pemerintah sudah kerjasama dengan BPJS Kesehatan, termasuk juga swasta sudah menjalin kerjasama juga. Hal ini sesuai dengan yang telah disampaikan informan MI (2015) sebagai berikut:

RS yang wajib untuk bekerjasama dengan BPJS Kesehatan adalah RS pemerintah termasuk puskesmas, itu harus ditunjuk untuk melayani, sedangkan RS TNI Polri mau ikut boleh mau tidakpun boleh, tapi di wilayah Jember 15 RS pemerintah dan swasta sudah bekerjasama dengan BPJS Kesehatan Jember 10 dan Lumajang 5" (Wawancara tanggal 17 Juni 2015).

Penjelas yang disampaikan informan tersebut menunjukkan di Wilayah Kantor Cabang BPJS Kesehatan Kabupaten Jember semua rumah sakit sudah bekerja sama, diantaranya rumah sakit dr. Soebandi, rumah sakit Bina Sehat, Rumah Sakit Jember Klinik, Rumah Sakit Citra Husada, Rumah Sakit IBI, termasuk ada 5 rumah sakit di Kabupaten Lumajang yang bekerjasama dengan BPJS Kesehatan wilayah Kabupaten Jember. Hal ini sesuai dengan yang disampaikan informan MI (2015) sebagai berikut:

"Rumah sakit yang wajib untuk bekerjasama dengan BPJS kesehatan adalah rumah sakit pemerintah termasuk puskesmas, itu harus ditunjuk untuk melayani, sedangkan rumah sakit TNI, Polri, mau ikut boleh mau tidakpun boleh, tapi di wilayah Jember 15 rumah sakit pemerintah dan swasta sudah bekerjasama dengan BPJS Kesehatan Cabang Jember yaitu Jember 10 rumah sakit dan lumajang 5 rumah sakit" (Wawancara tanggal 20 Mei 2015).

Penjelasan tersebut menunjukkan rumah sakit yang wajib kerjasama dengan BPJS Kesehatan adalah rumah sakit milik pemerintah, baik itu rumah sakit milik pemerintah pusat, milik pemerintah daerah tingkat satu maupun rumah sakit milik pemerintah daerah tingkat dua. Rumah sakit itu berarti wajib melayani peserta BPJS Kesehatan. Untuk rumah sakit TNI, rumah sakit Polri sebenarnya ikut boleh tidak ikut BPJS Kesehatan juga boleh. Namun untuk di Kabupaten Jember sudah

bekerjasama dengan BPJS Kesehatan. Kemudian untuk rumah sakit swasta boleh kerjasama juga boleh tidak sesuai dengan yang disampaikan oleh informan Rio (2015) sebagai berikut:

"Yang wajib untuk bermitra adalah rumah sakit pemerintah wajib bermitra dengan BPJS kesehatan, untuk rumah sakit swasta boleh bermitra dengan BPJS kesehatan dan boleh tidak". "Rumah sakit swasta kalau mau bermitra dengan BPJS kesehatan harus mengajukan permohonan kemitraan, kemudian kita verifikasi" (Wawancara tanggal 24 Juni 2015).

Selanjutnya jika rumah sakit akan kerjasama dengan BPJS Kesehatan, maka rumah sakit tersebut perlu mengajukan permohonan kepada BPJS Kesehatan untuk kerjasama. Kemudian oleh BPJS Kesehatan permohonan itu diverifikasi tentang kelayakannya dalam memberikan fasilitas pelayanan kesehatan kepada peserta BPJS Kesehatan.

Komponen-komponen kemitraan menurut Wang (Ed.) (2000: 42) adalah 1) tujuan umum; 2) perjanjian untuk melakukan kegiatan; 3) kegiatan untuk membangun kekuatan satu sama lain; 4) tindakan untuk mengatasi kelemahan. Tujuan umum dimaksudkan bahwa kemitraan yang dilakukan untuk tujuan melaksanakan tujuan yang telah disepakati oleh kelompok yang terlibat. Tujuan idealnya dikembangkan melalui proses komunikasi yang dapat diterima oleh semua aktor yang terlibat. Perjanjian dimaksudkan untuk melakukan kegiatan bersama yang telah disepakati. Kegiatan yang dilakukan bersama itu sebagai kegiatan yang membangun kekuatan satu sama lain. Tindakan yang mengatasi kelemahan dilakukan dalam upaya untuk mengatasi jika dalam pelaksanaan kegiatan terdapat adanya kelemahan-kelemahan, maka untuk mengatasinya dengan melibatkan berbagi keahlian, pengetahuan atau pengalaman dengan satu atau lebih kelompok di antara kelompok-kelompok lainnya. Ini juga berarti saling mengakui kelemahan masing-masing. Dengan demikian maka jelas tentang definisi kemitraan menurut Wang (Ed), bahwa elemen kemitraan yang mencakup tujuan umum, perjanjian, kegiatan, dan tindakan untuk mengatasi kelemahan.

b. Tujuan Kemitraan

Tujuan dimaksudkan sebagai arah yang dituju. Tujuan kemitraan ini untuk penyediaan pelayanan kesehatan bagi peserta BPJS Kesehatan. Kemitraan itu dilaksanakan antara BPJS Kesehatan dengan RSD dr. Soebandi adalah untuk memberikan pelayanan kesehatan peserta BPJS Kesehatan. Tujuan yang ingin dicapai ini telah disepakati oleh BPJS Kesehatan dan juga RSD dr. Soebandi, sehingga pihak yang terlibat dalam mempunyai tugas masing-masing dalam melaksanakan kegiatan untuk maksud melaksanakan tujuan yang telah disepakati antara BPJS Kesehatan dengan RSD dr. Soebandi. Tujuan yang ingin dicapai dikembangkan melalui proses komunikasi atau relasi yang dapat diterima oleh semua pihak antara BPJS Kesehatan dengan RSD dr. Soebandi. Substansi yang dihadapi adalah tujuan secara umum penyediaan pelayanan kesehatan bagi peserta BPJS Kesehatan, artinya bahwa peserta BPJS Kesehatan mendapat pelayanan kesehatan yang dilaksanakan oleh RSD dr. Soebandi.

Tujuan yang ingin dicapai dalam kemitraan antara BPJS Kesehatan dengan RSD dr. Soebandi adalah agar peserta BPJS Kesehatan mendapat pelayanan kesehatan. Hal ini sesuai yang disampaikan informan MI (2015) sebagai berikut:

Rumah sakit bekerjasama dengan BPJS Kesehatan dengan tujuan untuk memberikan pelayanan peserta BPJS Kesehatan (Wawancara tanggal 17 Juni 2015).

Penjelasan informan tersebut menunjukkan bahwa BPJS Kesehatan bekerjasama dengan RSD dr. Soebandi mempunyai tujuan. Tujuan yang ingin dicapai dalam kerjasama itu adalah memberikan pelayanan kesehatan peserta BPJS Kesehatan.

c. Kegiatan Membangun dan Memperkuat Lembaga

RSD dr. Soebandi memberikan pelayanan kesehatan kepada peserta BPJS Kesehatan. Pelayanan kesehatan yang diberikan oleh RSD dr. Soebandi itu dapat mulai dari pintu masuk rumah sakit sampai pintu keluar rumah sakit. Oleh karena itu masuk rumah sakit dapat melalui dua pintu, yaitu pintu masuk melalui IGD dan pintu masuk melalui poli. Oleh karena itu peserta BPJS Kesehatan apabila

memanfaatkan fasilitas kesehatan RSD dr. Soebandi dapat melalui salah satu pintu tersebut.

Dalam kemitraan antara BPJS Kesehatan dengan RSD dr. Soebandi, masing-masing membentuk suatu wadah. Wadah yang dibentuk BPJS Kesehatan adalah BPJS Center sedangkan wadah yang dibentuk RSD dr. Soebandi dinamakan Tim Pengendali JKN dan Non JKN. Hal ini sesuai dengan yang disampaikan informan WW (2015) sebagai berikut:

"sebelumnya saya beri gambaran di sekitar rs ini kebijakan ttg pelayanan bpjs itu dg direktur diberi wadah yang namanya adalah tim pengendali jkn dan non jkn" (Wawancara tanggal 8 Juli 2015).

Gambaran yang disampaikan informan tersebut menunjukkan bahwa Direktur RSD dr. Soebandi membuat kebijakan tentang pelayanan BPJS Kesehatan. Hal ini dimaksudkan agar pelayanan peserta BPJS Kesehatan yang dilayani di RSD dr. Soebandi supaya meningkat. Oleh karena itu direktur memberi wadah bagi pelayanan kesehatan namanya Tim Pengendali JKN dan Non JKN. Dari hasil penelusuran wawancara dariinforman selanjutnya diperoleh bahwa BPJS Kesehatan itu masuk dalam JKN. Hal ini seperti yang disampaikan informan WW (2015) sebagai berikut:

"Jadi kalau JKN tersebut di dalamnya ada BPJS, PBI, dan Non PBI. Yang Non JKN ada PJS, Jamkesda, SPM, tagihan umum, atau asuransi lainnya" (Wawancara tanggal 8 Juli 2015).

Penjelasan informan tersebut menunjukkan bahwa JKN melingkupi BPJS Kesehatan, PBI, dan Non PBI. Sedangkan Non JKN mencakup Jamkesda, SPM, tagihan umum, dan asuransi lainnya. Dalam tim pengendali itu ada namanya tim pengendali induk. Dalam tim pengendali induk ini terdapat ketua dan sekretaris tim pengendali. Hal ini seperti disampaikan WW (2015) sebagai berikut:

"Itu di dalam tim pengendali itu kita ada unsur namanya ketua tim induk yaitu ketua dan sekretaris kemudian dari sekretariat" (Wawancara tanggal 8 Juli 2015).

Penjelasan tersebut menunjukkan bahwa dalam tim pengendali itu ada sekretariat tim pengendali. Dalam sedkretarian tim pengendali induk itu ada ketua

dan sekretaris tim pengendali. Itu semua langsung dibawah direktur RSD dr. Soebandi. Itu di dalam tim pengendali itu kita ada unsur namanya ketua tim induk yaitu ketua dan sekretaris kemudian dari sekretariat. Selanjutnya tim pengendali ini membawahi beberapa koordinator. Hal ini seperti yang disampaikan WW (2015) sebagai berikut:

Kemudian terbagi membawahi dalam koordinator pengendali pelayanan, koordinator pengendali logistik, koordinator pengendali pembiayaan (Wawancara tanggal 8 Juli 2015).

Penjelasan informan tersebut menunjukkan bahwa tim pengendali itu membawahi beberapa koordinator, yaitu koordinator pengendali pelayanan, koordinator pengendali logistik, dan koordinator pengendali pembiayaan. Ketiga koordinator ini saling melengkapi dalam kegiatannya. Seperti telah disebutkan bahwa tim pengendali ini langsung dibawah direktur RSD dr. Soebandi. Hal ini seperti disampaikan WW (2015) sebagai berikut:

Dari ketiga koordinator itu langsung dibawah tanggungjawab direktur, jadi laporan langsung pada direktur (Wawancara tanggal 8 Juli 2015).

Apa yang disampaikan informan tersebut menunjukkan bahwa ketiga koordinator tersebut dalam kegiatannya langsung bertanggungjawab kepada direktur. Hal ini berarti tim pengendali langsung laporan kepada direktur RSD dr. Soebandi. Koordinator pengendali masing-masing mempunyai kegiatan. Hal ini seperti disampaikan informan WW (2015) sebagai berikut:

kemudian orang2 yang ada itu terdiri dari tim pengendali pelayanan pintu masuk sampai keluar (Wawancara tanggal 8 Juli 2015).

Penjelasan tersebut menunjukkan bahwa dalam tim pengendali terdapat para petugas pelayanan kesehatan. Istilah orang-orang itu adalah para petugas yang ada di tim pengendali pelayanan, tim pengendali pembiayaan, tim pengendali logistik. Tim pengendali pelayanan ini bertanggungjawab memberikan pelayanan kesehatan mulai dari pintu masuk sampai dengan pintu keluar. Selain itu ada tim pengendali pembiayaan yang mengurus administrasi. Hal ini disampaikan informan WW (2015) sebagai berikut:

Pengendali pembiayaan mulai dari pemberian koding, tagihan administrasi, pemberian jasa, sampai verifikasi sampai diajukan pada koding posting sampai free (Wawancara tanggal 8 Juli 2015).

Penjelasan tersebut menunjukkan bahwa tim pengendali pembiayaan mempunyai tugas untuk memberikan koding, tagihan administrasi, pemberian jasa, sampai pada verifikasi sebelum diajukan pada BPJS Center. Selain tim pengendalian pembiayaan terdapat tim pengendali logistik. Hal ini seperti disampaikan informan WW (2015) sebagai berikut:

Pengendali logistik yang harus terpenuhi terkait mou itu mulai dari sarana prasarana pelayanan obat dan perawat² (Wawancara tanggal 8 Juli 2015).

Penjelasan menunjukkan bahwa pengendali logistik mempunyai tugas yang terkait dengan perjanjian kerjasama atau *Memorandum of Understanding* (MOU). Tugas dari pengendali logistik ini adalah selain hal-hal terkait dengan kerjasama, pengendali logistik menyiapkan sarana prasarana, pelayanan obat dan perawat-perawat.

Kegiatan yang dilakukan itu sebagai kegiatan yang membangun kekuatan satu sama lain, dalam arti membangun dan mengembangkan kekuatan rumah sakit di mana RSD dr. Soebandi dan juga dapat menguatkan dan mengembangkan BPJS Kesehatan.

d. Tindakan Mengatasi Kelemahan

RSD dr. Soebandi dalam memberikan pelayanan kesehatan terdapat kelemahan-kelemahan atau kekurangan, maka diperlukan adanya tindakan yang dilakukan untuk mengatasi kelemahan dan kekurangan itu. Tindakan untuk mengatasi kelemahan dilakukan berarti terdapat indikasi kelemahan dalam pelayanan kesehatan yang dilakukan rumah sakit. Dalam upaya untuk mengatasi adanya kelemahan-kelemahan dapat dengan melibatkan berbagai keahlian, pengetahuan atau pengalaman dengan satu atau lebih kelompok di antara kelompok-kelompok lainnya. Ini juga berarti saling mengakui kelemahan masing-masing.

Jika terjadi kelemahan atau kekurangan BPJS Kesehatan memberikan informasi kepada RSD dr. Soebandi tentang kekurangan dan kelemahan itu untuk diperbaiki dan dilengkapi.

Uraian tersebut bahwa kemitraan atau kerjasama yang dibangun antara BPJS Kesehatan dengan RSD dr. Soebandi dalam pelayanan kesehatan dengan alur rumah sakit memberikan pelayanan kesehatan, setelah memberikan pelayanan kesehatan pihak rumah sakit dapat mengajukan tagihan atas pelayanan kesehatan, kemudian tagihan pelayanan kesehatan diterima BPJS Center dan di BPJS Center dilakukan verifikasi, jika verifikasi tidak sesuai dilakukan klarifikasi, selanjutnya jika dalam proses klarifikasi kepada rumah sakit sudah sesuai, maka BPJS Kesehatan membayar atas tagihan yang diajukan dari pihak rumah sakit.

Kemitraan antara BPJS Kesehatan dengan RSD dr. Soebandi dalam pelayanan kesehatan mengandung beberapa unsur yaitu: 1) perjanjian kerjasama, 2) aturan kerjasama, 3) pelayanan kesehatan, 4) tagihan tagihan pelayanan kesehatan, 5) verifikasi tagihan pelayanan kesehatan, 6) klarifikasi tagihan pelayanan kesehatan, 7) pembayaran tagihan pelayanan kesehatan, 8) bantuan iuran pemerintah, 9) iuran kepada BPJS Kesehatan, 10) biaya tambahan jika naik kelas perawatan.

Dengan demikian kemitraan lembaga jaminan kesehatan yang terjadi antara BPJS Kesehatan dengan RSD ddr. Soebandi didasarkan atas perjanjian kerjasama yang telah dibuat dan disepakati bersama keduanya. Oleh karena itu tanpa adanya perjanjian kerjasama antara keduanya kemitraan tidak akan dapat terjadi.

4.2 Pelaksanaan Kemitraan

4.2.1 Tagihan Dalam Perspektif *Intergovernmental Service Agreement*

Kemitraan antar perangkat daerah dari segi pengajuan tagihan (tagihan) antara BPJS Kesehatan dengan RSD dr. Soebandi dapat dijelaskan dengan

komunikasi yang dilakukan dalam proses pengajuan tagihan pelayanan kesehatan. Tagihan pelayanan kesehatan yang diajukan rumah sakit dalam hal ini dilakukan tim pengendali kepada BPJS Kesehatan mencakup pelayanan IGD, pelayanan rawat jalan, pelayanan rawat inap, pelayanan kefarmasian, pelayanan ambulans.

Setelah rumah sakit memberikan pelayanan kesehatan, berikutnya rumah sakit mengajukan tagihan kepada BPJS Kesehatan. Tagihan dimaksudkan sebagai permintaan atas pelayanan kesehatan yang telah dilakukan berupa pembayaran. Tagihan ini diajukan oleh pihak rumah sakit yang telah memberi pelayanan kesehatan kepada peserta BPJS Kesehatan. Hal ini seperti disampaikan informan DN (2016) sebagai berikut:

Setelah memberi pelayanan lantas meminta tagihan (tagihan).
(Wawancara tanggal 7 Januari 2016).

Dari penjelasan tersebut menunjukkan bahwa rumah sakit memberi pelayanan kesehatan kepada peserta BPJS Kesehatan. Kemudian setelah memberi pelayanan kesehatan selanjutnya pihak rumah sakit mengajukan tagihan atau tagihan kepada BPJS Kesehatan. Dalam proses pengajuan tagihan kepada BPJS Kesehatan, rumah sakit perlu melengkapi bukti-bukti pelayanan kesehatan. Bukti-bukti yang diperlukan untuk melengkapi tagihan seperti yang disampaikan informan sebagai berikut:

SEP disertai dengan bukti-bukti kelengkapan berkas yang ditagihkan yang dibawa dari poli dibawa ke pengendali.

Penjelasan informan tersebut bahwa dalam proses pengajuan tagihan kepada BPJS Kesehatan disertai dengan bukti-bukti. Bukti-bukti itu sebagai kelengkapan dalam pengajuan kepada BPJS Kesehatan. Bukti-bukti itu mencakup Surat Eligibilitas Peserta (SEP) yang dilengkapi dengan bukti pendukung. Adapun bukti pendukung sebagai kelengkapan rumah sakit dalam mengajukan tagihan kepada BPJS Kesehatan mencakup: Formulir pengajuan tagihan (FPK) rangkap 3 (tiga), Softcopy luaran aplikasi, Kuitansi asli bermaterai cukup, bukti pelayanan yang sudah ditandatangani oleh peserta atau anggota keluarga, Kelengkapan lain yang dipersyaratkan oleh masing-masing tagihan tagihan. Di tiap-tiap poli yang ada

di RSD dr Soebandi, para petugas poli mengumpulkan berkas pendukung pelayanan kesehatan yang dilakukan oleh dokter spesialisik atau perawat sub spesialis. Setelah data-data itu terkumpul dari poli yang ada di RSD dr. Soebandi, maka berikutnya dibawa ke tim pengendali. Di tim pengendali inilah semua berkas yang akan diajukan oleh RSD dr. Soebandi kepada BPJS Kesehatan dikumpulkan. Dari tim pengendali ini selanjutnya oleh tim pengendali dibawa ke BPJS Center yang ada di rumah sakit. Hal ini seperti disampaikan informan DT (2016) sebagai berikut:

Dari pengendali yang letaknya di lantai 1 diajukan ke BPJS kesehatan,

Penjelasan tersebut menunjukkan bahwa tim pengendali yang ada di RSD dr. Soebandi mengajukan tagihan kepada BPJS Kesehatan yang letaknya di dalam RSD dr. Soebandi itu juga. Kantor BPJS Kesehatan yang ada di rumah sakit ini disebut dengan BPJS Kesehatan Center. Letak dari BPJS Kesehatan Center ini di RSD dr. Soebandi lantai 1. Hal ini berarti letak dari Kantor BPJS Kesehatan Center adalah dekat dan tidak jauh. Hal ini dimaksudkna apabila tim pengendali yang ada di rumah sakit mengajukan tagihan pelayanan kesehatan tidak jauh, sehingga dapat memudahkan dan dapat mempercepat proses pengajuan tagihan. Rumah sakit dalam mengajukan tagihan kepada BPJS Kesehatan dapat dilakukan setiap bulan. Tagihan yang diajukan paling lambat tanggal 10 bulan berikutnya. Sebelum diserahkan kepada BPJS Kesehatan, tagihan yang akan diajukan diverifikasi dulu oleh tim pengendali secara internal. Hal ini seperti disampaikan oleh informan WW (2015) sebagai berikut:

verifikasi dulu pak atas pelayanan kesehatan yang telah diberikan, dan harus melalui verifikasi dulu (Wawancara tanggal 8 Juli 2015).

Penjelasan informan tersebut menunjukkan bahwa sebelum dilakukan pengajuan tagihan ke BPJS Kesehatan, maka pihak RSD dr. Soebandi melalui tim pengendali melakukan verifikasi dulu secara internal. Maksud diadakan verifikasi secara internal itu untuk menghindari kekurangan-kekurangan seminimal mungkin sebelum diajukan oleh tim pengendali rumah sakit ke BPJS Kesehatan. Tagihan

pelayanan kesehatan yang diajukan pihak rumah sakit dapat mencakup tagihan pelayanan IGD, tagihan pelayanan Medis Rawat Jalan, Tagihan Pelayanan medis rawat inap, tagihan pelayanan obat, tagihan pelayanan ambulans.

4.2.2 Iuran Peserta dalam Perspektif *Intergovernmental Service Agreement*

Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan yang selanjutnya disingkat dengan BPJS Kesehatan adalah badan hukum yang dibentuk untuk menyelenggarakan program jaminan sosial. Jaminan sosial adalah salah satu bentuk perlindungan sosial untuk menjamin seluruh rakyat agar dapat memenuhi kebutuhan dasar hidupnya yang layak.

BPJS kesehatan mempunyai tugas 3 yaitu *revenue collection*; *resculling*; dan *purchasing*. Hal ini seperti yang disampaikan informan Rio (2015) sebagai berikut.

"Ada 3 tugas BPJS kesehatan yaitu: 1 *revenue collection* maksudnya begini mengumpulkan premi dari masyarakat, perusahaan maupun dari pemerintah, 2. *Resculling* maksudnya kita mengolah dana supaya kita dapat sustain, ya sustain ya bertahun-tahun lamanya, 3. *Purchasing* dimaksudkan kita bayar jasa warga negara yang sebagai peserta," (Wawancara tanggal 24 Juni 2015).

Seperti apa yang telah disampaikan informan bahwa tugas BPJS Kesehatan meliputi *revenue collection*, *resculling*, dan *purchasing*. *Revenue collection* (pengumpul dana) dimaksudkan adalah mengumpulkan dana melalui premi dari masyarakat, selain pengumpulan dana dari masyarakat dapat juga dari perusahaan-perusahaan baik itu perusahaan milik pemerintah maupun perusahaan milik swasta. Selain itu pengumpulan dana dapat dari pemerintah. Selanjutnya *resculling* dimaksudkan sebagai pengelola dana. Pengelolaan dana ini dimaksudkan untuk *sustainable* (keberlanjutan) dari dana yang dikelola oleh BPJS Kesehatan. Kemudian *purchasing* dimaksudkan membayar jasa pelayanan kesehatan yang diberikan kepada peserta.

BPJS Kesehatan menurut informan di atas ditugasi untuk merekrut kepesertaan jaminan kesehatan. Baik itu masyarakat secara mandiri, secara kelompok yang tergabung badan usaha. Lembaga-lembaga pemerintah maupun swasta. Lebih lanjut disampaikan informan MI (2005) sebagai berikut:

"Kepesertaan, kita ditugasi untuk merekrut terutama dari kelompok-kelompok badan usaha dan masyarakat." (Wawancara tanggal 3 Juni 2015).

Dari penjelasan informan tersebut menunjukkan bahwa BPJS Kesehatan mempunyai tugas untuk merekrut peserta. Peserta yang direkrut kelompok-kelompok badan usaha seperti badan usaha milik Negara perkebunan, perusahaan daerah, maupun perusahaan swasta. Selanjutnya peserta yang direkrut adalah masyarakat secara luas, baik yang bekerja maupun tidak bekerja.

Menurut informan pada umumnya kepesertaan yang melalui badan atau lembaga itu sifatnya instruktif. Institusi memberikan instruksi kepada pada pekerja yang bekerja di institusi itu. Hal ini seperti disampaikan berikut:

Kalau dari institusi rata-rata sudah instruktif, kita pegawai negeri otomatis langsung mau tidak mau TNI POLRI (Wawancara tanggal 3 Juni 2015).

Dari pendapat yang disampaikan informan tersebut menunjukkan bahwa rata-rata atau pada umumnya di institusi atau lembaga atau badan usaha itu untuk menjadi peserta BPJS Kesehatan dapat secara instruktif. Misalnya saja sebagai Pegawai Negeri Sipil (PNS) secara otomatis menjadi peserta BPJS Kesehatan karena sudah instruksinya dari atas atau pimpinan lembaga. Seperti juga Tentara Nasional Indonesia (TNI) dan Polisi Republik Indonesia (POLRI). Itu semua untuk menjadi peserta BPJS Kesehatan secara otomatis.

Antara institusi dan badan usaha sebenarnya tidak ada beda, hanya untuk badan usaha biasanya agak ruwet dengan permintaan yang bermacam-macam. Hal ini seperti disampaikan informan MI (2015) sebagai berikut:

Badan usaha itu sebenarnya juga instruktif, tapi badan usaha itu lebih cerewet dan lebih macam-macam permintaan dari pada PNS (Wawancara tanggal 3 Juni 2015).

Dari penjelasan informan tersebut jelas bahwa badan usaha untuk para pekerjanya menjadi peserta BPJS Kesehatan sifatnya instruktif, artinya mengikuti apa yang diinginkan oleh badan usaha tersebut. Namun sangat logis jika badan usaha itu dengan istilah BPJS Kesehatan "lebih cerewet" atau dengan permintaan

bermacam-macam. Hal ini tentunya tidak lain untuk menghindari adanya kerugian yang terjadi karena menjadi peserta BPJS Kesehatan. Memang dibanding institusi atau lembaga pemerintah tidak banyak permintaan. Hal ini seperti disampaikan informan MI (2015) sebagai berikut:

PNS sejak awal mulai capek menjadi peserta kita, tuntutan nya tidak terlalu macam-macam, tuntutan nya santun lah" (Wawancara tanggal 3 Juni 2015).

Dari penjelasan tersebut menunjukkan bahwa untuk PNS, TNI dan Polri secara otomatis sejak calon pegawai sampai menjadi pegawai sudah didaftarkan untuk menjadi peserta BPJS Kesehatan. Untuk pegawai tuntutan nya tidak macam-macam, atau istilah nya tuntutan nya "santun" atau sopan kepada BPJS Kesehatan. Dibandingkan dengan peserta badan usaha tuntutan nya bermacam-macam.

Dengan demikian bahwa BPJS Kesehatan mempunyai tugas untuk merekrut masyarakat menjadi peserta BPJS Kesehatan. Peserta adalah setiap orang, termasuk orang asing yang bekerja paling singkat 6 (enam) bulan di Indonesia, yang telah membayar iuran. Pekerja adalah setiap orang yang bekerja dengan menerima gaji, upah, atau imbalan dalam bentuk lain. Pekerja penerima upah adalah setiap orang yang bekerja pada pemberi kerja dengan menerima gaji atau upah. Pekerja bukan penerima upah adalah setiap orang yang bekerja atau berusaha atas resiko sendiri. Pemberi kerja adalah perseorangan, pengusaha, badan hukum atau badan lainnya yang memberikan tenaga kerja, atau penyelenggara negara yang mempekerjakan pegawai negeri dengan membayar gaji, upah, atau imbalan dalam bentuk lainnya. Gaji atau upah adalah hak pekerja yang diterima dan dinyatakan dalam bentuk uang sebagai imbalan dari pemberi kerja kepada pekerja yang ditetapkan dan dibayar menurut perjanjian kerja, kesepakatan, atau peraturan perundang-undangan, termasuk tunjangan bagi pekerja dan keluarganya atas suatu pekerjaan dan atau jasa yang telah atau akan dilakukan.

Pekerja penerima upah terdiri atas: PNS; anggota TNI; anggota Polri; pejabat negara; pegawai pemerintah non pegawai negeri; pegawai swasta; dan pekerja yang tidak menerima upah. Anggota keluarga bagi pekerja penerima upah meliputi: istri atau suami yang sah dari peserta; dan anak kandung, anak tiri, dan

atau anak angkat yang sah dari peserta, dengan kriteria: tidak atau belum pernah menikah atau tidak mempunyai penghasilan sendiri; dan belum berusia 21 tahun atau belum berusia 25 tahun yang masih melanjutkan pendidikan formal.

Pekerja bukan penerima upah terdiri atas: pekerja di luar hubungan kerja atau pekerja mandiri; dan pekerja yang tidak termasuk bukan penerima upah. Bukan pekerja terdiri atas: investor; pemberi kerja; penerima pensiun; veteran; perintis kemerdekaan; dan bukan pekerja yang mampu membayar iuran. Jaminan kesehatan bagi pekerja warga negara Indonesia yang bekerja di luar negeri diatur dengan ketentuan peraturan perundang-undangan tersendiri.

Selanjutnya tentang penerima bantuan iuran dari pemerintah. Penerima bantuan iuran ini hanya diperuntukkan pada fakir miskin dan orang yang tidak mampu. Menurut Peraturan Pemerintah RI Nomor 101 tahun 2012 tentang Penerima Bantuan Iuran Jaminan Kesehatan, bahwa Penerima Bantuan Iuran Jaminan Kesehatan yang selanjutnya disebut PBI Jaminan Kesehatan adalah fakir miskin dan orang tidak mampu sebagai peserta jaminan kesehatan. Fakir miskin adalah orang yang sama sekali tidak mempunyai sumber mata pencaharian dan atau mempunyai sumber mata pencaharian tetapi tidak mempunyai kemampuan memenuhi kebutuhan dasar yang layak bagi kehidupan dirinya dan atau keluarganya. Orang tidak mampu adalah orang yang mempunyai sumber mata pencaharian, gaji atau upah, yang hanya mampu memenuhi kebutuhan dasar yang layak namun tidak mampu membayar iuran bagi dirinya dan keluarganya.

Selain tentang kepesertaan itu melalui institusi atau lembaga dan badan usaha, kepesertaan dapat melalui masyarakat. Masyarakat untuk dapat menjadi peserta BPJS Kesehatan dapat juga secara mandiri. Peserta mandiri dapat mendaftar secara mandiri kepada BPJS Kesehatan, karena peserta ini bukan peserta penerima upah. Hal ini sesuai apa yang disampaikan informan MI (2015) sebagai berikut:

"Apalagi yang peserta mandiri pak, peserta yang mendaftar secara mandiri yang tidak punya institusi (Wawancara tanggal 3 Juni 2015).

Dari penjelasan tersebut menunjukkan bahwa peserta BPJS Kesehatan yang dari masyarakat diharapkan untuk menjadi peserta mandiri. Peserta mandiri ini peserta yang tidak mendapat bayaran dari lembaga atau institusi, dan badan usaha.

Peserta yang mandiri ini biasanya masyarakat yang mampu. Peserta yang mandiri ini cara mendaftar datang sendiri, blangko diisi sendiri dan membayar iuran sendiri. Untuk peserta mandiri itu biasanya polanya macam-macam. Hal ini seperti disampaikan informan MI (2015) sebagai berikut:

... peserta mandiri atau bukan pekerja penerima upah itu polanya macem-macem. Ada pola mendaftar kalau sakit. Awalnya mulai Juni dulu sampai Juli 2014 kita berkorban" (Wawancara tanggal 3 Juni 2015).

Dari penjelasan informan tersebut menunjukkan bahwa untuk masyarakat yang mendaftar secara mandiri, polanya bermacam-macam diantaranya mendaftar sebagai peserta BPJS Kesehatan kalau sakit. Sedangkan pada waktu kondisi dalam keadaan sehat tidak mendaftar. Dengan adanya pola mendaftar yang demikian ini BPJS Kesehatan banyak berkorban, karena sakit sekarang oleh BPJS Kesehatan dijamin sekarang. Dengan pola mendaftar jika pada saat sakit ini BPJS Kesehatan banyak mengalami tekor, seperti disampaikan bahwa pada bulan juni sampai Juli 2014 BPJS Kesehatan mengalami tekor atau berkorban.

Dengan pola pendaftaran yang sekarang daftar sekarang mendapat jaminan, akibatnya peserta semakin banyak dan tidak teratur, karena baru daftar kalau sakit. Hal ini sesuai dengan yang disampaikan informan MI (2015) sebagai berikut:

"Sakit sekarang daftar sekarang kita jamin sekarang. Ternyata angkanya semakin tidak teratur pak. " (Wawancara tanggal 3 Juni 2015).

Dari penjelasan yang disampaikan informan tersebut bahwa untuk menjadi peserta BPJS Kesehatan mau mendaftar jika pada saat sakit. Karena daftar sekarang oleh BPJS Kesehatan dijamin sekarang, dan dapat memanfaatkan fasilitas kesehatan yang sesuai atau yang diinginkan. Dengan pola daftar sekarang dijamin sekarang ini menimbulkan pola kepesertaan BPJS Kesehatan tidak teratur, artinya pesertanya meningkat banyak.

Pola yang dijalankan BPJS Kesehatan kemudian diroboh dengan alasan tidak mendidik masyarakat tentang proteksi atau perlindungan dirinya. Hal ini seperti disampaikan informan MI (2015) sebagai berikut:

..... orang tidak sadar untuk mendaftarkan dirinya memproteksi dirinya ke dalam situasi atau BPJS Kesehatan baru sakit dia mendaftar, jadi tidak mendidik akhirnya kita robah pak" (Wawancara tanggal 3 Juni 2015).

Dari penjelasan tersebut menunjukkan bahwa masyarakat mendaftar sebagai peserta BPJS Kesehatan jika mengalami sakit. Masyarakat belum memproteksi dirinya atau menjamin dirinya dalam kondisi atau situasi yang aman. Karena baru daftar sebagai peserta jika mengalami sakit. Pola demikian ini tidak menumbuhkan kesadaran masyarakat dan tidak mendidik masyarakat, maka pola ini perlu dirobah.

Dengan demikian itu mulai November 2014 ada masa tunggu atau *waiting periode*, selanjutnya mulai Juli 2014 jika mendaftar harus satu keluarga. Hal ini sesuai dengan yang disampaikan informan MI (2015) sebagai berikut:

"Mulai Juli (Juli 2014) dulu satu keluarga. Satu keluarga dan ditambah *waiting periode*" (Wawancara tanggal 3 Juni 2015).

Dengan demikian sejak Juli 2014 jika mendaftar BPJS Kesehatan perlu satu keluarga didaftarkan semuanya. Selain itu untuk mendapatkan pelayanan kesehatan memerlukan masa tunggu, lama masa tunggu adalah 7 hari sejak mendaftar baru dapat memanfaatkan fasilitas kesehatan. Hal ini seperti yang disampaikan informan MI (2015) sebagai berikut:

"Mulai November (November 2014) kepesertaan yang mendaftar harus ada masa tunggu atau *waiting periode*. (Wawancara tanggal 3 Juni 2015).

Dari penjelasan tersebut menunjukkan bahwa sejak mulai bulan November 2014 BPJS Kesehatan memberlakukan bagi peserta dengan system masa tunggu. Artinya bahwa sejak mendaftar sebagai peserta BPJS Kesehatan kartu peserta BPJS Kesehatan belum bias digunakan melainkan memerlukan masa tunggu atau ada tenggang waktu penggunaannya. Masa tunggu kartu dapat digunakan ini lamanya 7 hari. Jika kartu itu digunakan dalam masa tunggu itu tidak dapat digunakan, namun setelah masa tunggu habis kartu peserta dapat digunakan. Artinya peserta

BPJS Kesehatan dapat memanfaatkan fasilitas kesehatan sesuai dengan pilihan kelas yang dipilihnya.

Lokasi pendaftaran dapat dilakukan di kantor Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan yaitu di Jl. Jawa No. 55 Jember. Prosedur pendaftaran peserta adalah sebagai berikut: 1) pemerintah mendaftarkan PBI Jaminan Kesehatan sebagai peserta kepada BPJS Kesehatan; 2) pemberi kerja mendaftarkan pekerjaannya atau pekerja dapat mendaftarkan diri sebagai peserta kepada BPJS Kesehatan; 3) bukan pekerja dan peserta lainnya wajib mendaftarkan diri dan keluarganya sebagai peserta kepada BPJS kesehatan.

Untuk mendaftar sebagai peserta BPJS Kesehatan ada beberapa persyaratan yang harus terpenuhi yaitu: Foto copy + Asli Kartu Keluarga, 1 (satu) lembar. Foto copy + Asli KTP, 1 (satu) lembar. Foto copy Buku Tabungan (Mandiri/BNI/BRI), 1 (satu) lembar. Pas foto 2x3 (Berwarna), 1 (satu) lembar.

Selanjutnya Prosedur Pendaftaran Peserta BPJS-Kesehatan secara Online. Hal-hal yg harus dipersiapkan sebelum Pendaftaran Peserta BPJS-Kesehatan secara Online : Kartu Tanda Penduduk, Kartu Keluarga, Kartu NPWP, Alamat E-mail dan No. HP yg bisa dihubungi, Nomor Rekening Penanggung yang digunakan untuk pembayaran Iuran, Calon Peserta mengisi Isian secara lengkap (Nama, Tgl. Lahir, Alamat, Email dll). Kemudian besaran iuran peserta BPJS Kesehatan peserta mandiri adalah sesuai dengan Kelas Perawatan yg anda pilih. Kelas perawatan ada tiga kelas yaitu: Kelas III = Rp. 25.500/Orang/Bulan, Kelas II = Rp. 42.500/Orang/Bulan, Kelas I = Rp. 59.500/Orang/Bulan. Selanjutnya untuk besaran kelas perawatan peserta BPJS mengalami perubahan sejak tahun 2016 dengan rincian sebagai berikut: Kelas III = Rp. 25.500,-/orang/bulan, Kelas II = Rp. 51.000,-/orang/bulan, Kelas I = Rp. 80.000,-/orang/bulan

Setelah menyimpan Data, Sistem akan mengirimkan Email Notifikasi Nomor. Registrasi ke Alamat Email sesuai dengan yang diisikan oleh Calon Peserta. Agar e-ID dapat digunakan / aktif, Calon Peserta agar melakukan pembayaran di Bank. Pembayaran Iuran harus dilakukan tidak melewati 24 Jam sejak Pendaftaran. Setelah Calon Peserta melakukan pembayaran di Bank, maka peserta dapat mencetak e-ID dengan link yang terdapat pada Email Notifikasi.

4.2.3 Iuran Tanggungan Pemerintah Dalam Perspektif *Intergovernmental Service Agreement*

Bagi yang tidak mampu pemerintah bertanggungjawab memberi bantuan dengan melalui jalur penerima bantuan iuran (PBI). Hal ini seperti yang disampaikan informan MI (2015) sebagai berikut:

APBN sudah membuktikan 2000 atau 84,6 lebih juta jiwa yang tercantum dalam jamkesmas yg sekarang PBI sudah dibayari APBN sebagai peserta BPJS PBI.” (Wawancara tanggal 20 Mei 2015).

Dari penjelasan tersebut menunjukkan bahwa peserta BPJS Kesehatan yang tidak mampu atau fakir miskin dibiayai oleh Negara. Negara telah menganggarkan untuk yang tidak mampu itu melalui Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara (APBN). Hal ini artinya Negara telah mempedulikan mesyarakat yang tidak mampu. Dari yang disampaikan informan sebanyak 84,6 juta jiwa lebih telah dibayar oleh Negara melalui APBN. Dengan demikian mereka yang telah dibayar oleh Negara berarti telah menjadi peserta BPJS Kesehatan.

Sedangkan untuk di Kabupaten Jember yang masuk dalam Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara (APBN) juga telah dibayar oleh Pemerintah Pusat, seperti yang disampaikan informan MI (2015) sebagai berikut:

Di Jember ada 930 ribu jiwa lebih, untuk PBI. Kalau ada masyarakat yang miskin di luar itu, itu tanggungan APBD” (Wawancara tanggal 20 Mei 2015).

Dari penjelasan yang disampaikan informan tersebut bahwa untuk di Kabupaten Jember yang dibiayai oleh pemerintah sebagai peserta BPJS Kesehatan sebagai PBI sudah ada 930 ribu jiwa lebih. Hal ini berarti pemerintah telah membayar kepada BPJS Kesehatan untuk masyarakat yang tidak mampu sebagai peserta BPJS Kesehatan.

4.2.4 Biaya Tambahan Dalam Perspektif *Intergovernmental Service Agreement*

Dengan demikian BPJS Kesehatan secara terus menerus melakukan sosialisasi kepada masyarakat luas dengan tujuan agar semua masyarakat menjadi

peserta BPJS Kesehatan. BPJS Kesehatan juga mensosialisasikan dirinya bahwa BPJS kesehatan dulunya bernama PT Askes. Terdapat perbedaan antara semasa masih menjadi PT Askes jika dibandingkan setelah menjadi BPJS Kesehatan setelah mengalami transformasi 1 Januari 2014. Kepesertaan BPJS Kesehatan dapat dibuktikan dengan kartu peserta BPJS Kesehatan baik yang penerima bantuan iuran (PBI) jaminan kesehatan maupun bukan penerima bantuan iuran (PBI) jaminan kesehatan.

BPJS Kesehatan dapat menjamin pesertanya dalam mendapatkan pelayanan kesehatan. BPJS Kesehatan tidak memiliki pelayanan kesehatan, sedangkan yang mempunyai pelayanan kesehatan yaitu fasilitas kesehatan seperti rumah sakit. Rumah Sakit Daerah dr. Soebandi merupakan rumah sakit yang bekerjasama dengan BPJS Kesehatan. Untuk itulah perlu dibuat model kemitraan antara BPJS Kesehatan dengan RSD dr. Soebandi, sehingga peserta BPJS Kesehatan dapat hidupnya terjamin.

Untuk memahami transformasi PT Askes (Perseroan Terbatas Asuransi Kesehatan) menjadi Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan, maka perlu dipahami tentang pengertian transformasi. Pengertian transformasi menurut Kamus Besar Bahasa Indonesia (KBBI:2008) adalah perubahan rupa (bentuk, sifat, fungsi). Dari pengertian transformasi itu, maka transformasi PT Askes ke Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan perubahan yang terjadi mencakup perubahan bentuk dari PT Askes ke BPJS Kesehatan, perubahan sifat dari PT Askes ke BPJS kesehatan, dan perubahan fungsi dari PT Askes ke BPJS kesehatan.

Perubahan bentuk ini dimaksudkan dari bentuk persero menjadi badan publik, yaitu dari bentuk PT Askes (persero) menjadi badan publik (BPJS). Perubahan bentuk ini tanpa adanya likuidasi dan diikuti dengan pengoperasian BPJS kesehatan. Sesuai dengan hasil wawancara yang disampaikan informan MI (2015) sebagai berikut:

“Sejak 1 Januari 2014 itu dengan transformasinya PT Askes ke BPJS (BPJS Kesehatan)” (Wawancara tanggal 20 Mei 2015).

Dari penjelasan tersebut menunjukkan bahwa sejak 1 Januari 2014 terjadi transformasi PT Askes menjadi BPJS Kesehatan. Dengan adanya transformasi ini

terjadi perubahan bentuk, semula PT Askes milik BUMN Persero badan milik pribadi (private) berubah menjadi badan milik publik. Yang semula bertanggungjawab kepada komisaris setelah menjadi badan milik publik bertanggungjawab kepada Presiden. Perubahan sifat yang semula sifat PT Askes layanan bersifat private, setelah menjadi BPJS kesehatan sifat layanan publik.

Selanjutnya perubahan fungsi sewaktu PT Askes fungsinya melayani masyarakat yang menjadi anggotanya terbatas, setelah menjadi layanan publik fungsinya melayani seluruh penduduk Indonesia. Aratinya adalah bahwa BPJS kesehatan berfungsi menyelenggarakan jaminan sosial bidang kesehatan. Jaminan kesehatan ini dilaksanakan secara nasional atas dasar prinsip asuransi sosial dan juga ekuitas, tujuannya menjamin agar peserta memperoleh manfaat pemeliharaan kesehatan dan juga perlindungan kesehatan.

Dengan adanya transformasi PT Askes menjadi BPJS Kesehatan itu terjadi perubahan yang besar. Perubahan yang terjadi dalam transformasi itu dapat mencakup transformasi filosofi, transformasi badan hukum, transformasi organisasi, transformasi tata kelola, dan transformasi budaya organisasi.

Proses transformasi dari PT Askes ke BPJS Kesehatan memerlukan waktu yang panjang. Karena transformasi ini berkaitan dengan Undang-Undang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) dan Undang-Undang Badan Penyelenggaran Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan. Isi dari transformasi itu adalah perubahan kelembagaan dan tata kelola terkait dengan program jaminan sosial. Oleh karena itu BPJS kesehatan sebagai transformasi badan penyelenggara yang sudah ada yaitu PT Askes yang selama ini menyelenggarakan jaminan sosial bagi seluruh rakyat Indonesia. Dengan demikian secara singkat transformasi itu sebagai perubahan yang dapat mencakup karakter, kelembagaan, tatakelola penyelenggaraan jaminan sosial yang semula dari PT Askes menjadi BPJS Kesehatan. Oleh karena itu yang bertransformasi adalah PT Askes.

PT Askes yang sebelum menjadi BPJS Kesehatan, dulunya sebagai Badan usaha Milik Negara (BUMN). Sebagai BUMN PT Askes dalam melaksanakan kegiatannya bertanggungjawab kepada Kementerian BUMN. Hal ini sesuai dengan yang disampaikan oleh MI (2015) sebagai berikut:

“kita dulunya PT Askes sebagai BUMN dibawah Kementerian BUMN PT Persero, sekarang menjadi badan publik yang langsung bertanggungjawab kepda Presiden.” (Wawancara tanggal 20 Mei 2015).

Dari apa yang disampaikan informan tersebut bahwa sebelum menjadi BPJS Kesehatan, BPJS kesehatan ini dulunya bernama PT Askes. PT Askes sebagai BUMN PT Persero, maka dalam melaksanakan kegiatannya atau dalam operasionalnya bertanggungjawab kepada Kementerian BUMN.

Dalam usahanya sebagai persero dapat menyisihkan laba atau keuntungan. Hal ini seperti yang disampaikan informan (MI (2015) sebagai berikut:

“Berbeda dengan waktu persero. Hampir semua kuota kita, karena memang kita sudah diserahi sepenuhnya tapi ada margin yang harus kita sisihkan atau keuntungan yang harus kita sisihkan,....” (Wawancara tanggal 20 Mei 2015).

Dari apa yang disampaikan informan tersebut menunjukkan bahwa ada suatu perbedaan dalam pengelolaan keuangan antara sewaktu masih menjadi PT Askes dengan setelah menjadi BPJS Kesehatan ini. Hal ini karena PT Askes sudah diserahi untuk menangani dan mengelolan jaminan kesehatan waktu itu. Sebagai persero menurut beliau tentunya dipikirkan margin atau keuntungan yang dapat diperoleh atau istilah lainnya keuntungan yang harus disihkan.

Namun setelah menjadi BPJS Kesehatan pengelolaannya berbeda. Dalam BPJS Kesehatan ini keuntungan atau margin yang ddiperoleh tidak ada atau dengan istilah lain marginnya nol. Hal ini seperti yang disampaikan oleh informan sebagai berikut:

“....., tapi kalau sekarang tidak ada, nol persen.” (Wawancara tanggal 20 Mei 2015).

Dari penjelasan tersebut menunjukkan bahwa dalam kegiatannya BPJS Kesehatan tidak mendapatkan untung, atau laba dalam pengelolaan keuangan itu. Oleh karena itu dalam operasionalnya BPJS Kesehatan dibiayai oleh Negara. Dalam pengelolaan BPJS Kesehatan semua mengikuti peraturan perundangan yang

berlaku atau regulai perundangan yang berlaku. Hal ini disampaikan informan MI (2015) sebagai berikut:

“Dasarnya UU no 24 tahun 2011, Sehingga apapun yang kita lakukan disini sangat tergantung dengan regulasi yang ada”.

Dari penjelasan yang disampaikan informan tersebut menunjukkan bahwa dalam operasionalnya BPJS Kesehatan mengikuti aturan atau regulasi yang ada yaitu Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS). Oleh karena itu semua aktivitas yang dilakukan BPJS Kesehatan mengacu pada undang-undang tersebut.

Dalam mengkaji tentang model kemitraan ini dapat dimulai dari masyarakat. Masyarakat itu ada yang menjadi peserta BPJS Kesehatan dan masyarakat yang bukan menjadi peserta BPJS Kesehatan. Agar masyarakat yang tidak menjadi peserta BPJS Kesehatan mau menjadi peserta BPJS Kesehatan, maka BPJS Kesehatan secara terus menerus melakukan sosialisasi tentang jaminan kesehatan. Dalam proses sosialisasi yang dilakukan BPJS Kesehatan dapat melalui berbagai media, diantaranya melalui Radio Prosalina, melalui spanduk dan poster. Selain itu juga mendatangi kelompok pengajian-pengajian yang dilakukan oleh petugas BPJS Kesehatan. Dalam sosialisasi itu antara lain yang disampaikan adalah tentang kepesertaan, pemanfaatan fasilitas pelayanan kesehatan. Dari sosialisasi yang disampaikan petugas kepada masyarakat akhirnya dapat menumbuhkan kesadaran masyarakat yang akhirnya menjadi peserta BPJS Kesehatan.

Perlu dipahami bahwa BPJS Kesehatan yang ada sekarang ini merupakan transformasi dari PT Askes, PT Askes ini yang bertransformasi menjadi BPJS Kesehatan. Artinya bahwa PT Askes ini dulunya dibawah BUMN, yang bertanggungjawab kepada komisaris dari BUMN tersebut. Kemudian setelah bertransformasi menjadi BPJS Kesehatan, maka bertanggungjawab kepada Presiden. Semula PT Askes sebagai badan private, kemudian menjadi BPJS Kesehatan sebagai badan publik.

BPJS Kesehatan dalam melayani pesertanya dalam pelayanan kesehatan tidak dapat dilakukan sendiri, hal ini karena BPJS Kesehatan tidak mempunyai fasilitas kesehatan untuk melayani pelayanan kesehatan. Oleh karena itu BPJS

Kesehatan dalam hal pelayanan kesehatan bermitra atau bekerjasama dengan penyelenggara pelayanan kesehatan yaitu fasilitas kesehatan. Dalam bermitra dengan fasilitas kesehatan BPJS Kesehatan dapat dengan fasilitas kesehatan milik pemerintah maupun milik swasta. Fasilitas kesehatan milik pemerintah antara lain RSD dr. Soebandi, RSD Balung, RSD Kalisat, puskesmas di tiap kecamatan. Selanjutnya fasilitas kesehatan milik swasta antara lain Rumah Sakit Jember Klinik, Rumah Sakit PTP Kaliwates, Rumah Sakit IBI Jember Rumah Sakit Dharma Husada Jember dan sebagainya. Selain rumah sakit BPJS Kesehatan juga bermitra dengan poliklinik, dokter keluarga, dokter gigi keluarga, dan sebagainya. Namun dalam penelitian ini BPJS Kesehatan dalam memberikan pelayanan kesehatan bermitra dengan RSD dr. Soebandi Jember. Hal ini karena RSD dr. Soebandi sebagai rumah sakit rujukan dari berbagai rumah sakit yang ada di Jember.

Dalam bermitra antara BPJS Kesehatan dengan RSD dr. Soebandi adalah dalam pelayanan kesehatan. Pelayanan kesehatan yang dimitrakan itu meliputi pelayanan medis, pelayanan non medis. Pelayanan medis meliputi pelayanan pemeriksaan medis, pelayanan obat, pelayanan medis (tindakan medis), pelayanan penunjang (laboratorium). Kemudian pelayanan non medis meliputi pelayanan akomodasi, pelayanan administrasi, pelayanan ambulans.

Jika RSD dr Soebandi telah memberikan pelayanan kesehatan, maka pihak rumah sakit dapat mengajukan tagihan kepada BPJS Kesehatan atas pelayanan yang telah diberikan kepada peserta BPJS Kesehatan. Tagihan yang diajukan oleh pihak rumah sakit selanjutnya oleh BPJS Kesehatan dilakukan verifikasi. Hasil verifikasi ini ada kemungkinan ditolak atau diterima. Jika ditolak maka hasil verifikasi itu dikembalikan untuk dilengkapi, kemudian setelah diperbaiki dan dilengkapi dapat diajukan kembali kepada BPJS Kesehatan. Jika hasil verifikasi itu diterima maka BPJS Kesehatan membayar kepada pihak rumah sakit atas pelayanan kesehatan yang telah diberikan.

Bagi peserta BPJS Kesehatan dalam memanfaatkan fasilitas kesehatan yaitu RSD dr Soebandi tidak ada biaya. Hal ini karena semua biaya telah menjadi tanggungan BPJS Kesehatan jika memanfaatkan fasilitas kesehatan itu sesuai pilihan kelas yang diinginkan. Namun apabila dalam memanfaatkan fasilitas

kesehatan pindah kelas yaitu dari kelas sesuai keikutsertaan peserta naik kelas yang lebih tinggi, maka perlu adanya biaya tambahan. Namun untuk peserta PBI tidak dapat naik kelas yang lebih tinggi.

BPJS Kesehatan dalam kegiatannya atau pengelolaannya atau pengoperasionalannya tidak mendapatkan keuntungan atau non profit. BPJS Kesehatan mengelola iuran dari peserta tidak mendapat keuntungan. Begitu juga dengan kemitraan RSD dr. Soebandi pihak BPJS Kesehatan tidak memperoleh keuntungan. Namun pihak RSD dr. Soebandi dalam kemitraan dengan BPJS Kesehatan atas pelayanan kesehatan mendapatkan keuntungan atas jasa pelayanan kesehatan yang diberikan kepada peserta BPJS Kesehatan.

4.3 Model Pelaksanaan Kemitraan

4.3 1 Kemitraan Antar Perangkat Daerah dari Segi Kerjasama

Berikutnya adanya perjanjian bahwa perjanjian itu dimaksudkan untuk melakukan kegiatan bersama yang telah disepakati. Perjanjian yang telah disepakati itu dalam bentuk perjanjian tertulis dalam bentuk *Memorandum of Understanding* (MOU). Perjanjian itu disepakati dan ditandatangani oleh kedua belah lembaga yaitu antara BPJS Kesehatan dengan RSD dr. Soebandi.

Kemitraan merupakan bentuk kerjasama antara BPJS Kesehatan dengan Rumah Sakit Daerah dr. Soebandi Jember yang bersifat jangka panjang dan berkesinambungan. Kemitraan ini komitmen bersama pada tujuan yang sama, dalam hubungan antar lembaga yang saling mendukung dan memberikan manfaat secara berkelanjutan. Kemitraan antara BPJS Kesehatan dan RSD dr. Soebandi Jember selanjutnya dituangkan dalam *Memorandum of Understanding* (MOU). Kemitraan (Kerjasama) penyelenggaraan pelayanan kesehatan dimaksudkan semua fasilitas kesehatan yang melakukan kerjasama dengan BPJS kesehatan.

Kerjasama merupakan bentuk hubungan antar lembaga yang bersifat saling menguntungkan bagi kedua belah pihak. Kegiatan kerjasama dilakukan dalam bentuk kegiatan pelayanan kesehatan yang diselenggarakan oleh RSD dr. Soebandi. Kerjasama yang dibangun antara BPJS Kesehatan dengan RSD dr. Soebandi dalam bentuk pelayanan kesehatan. Kerjasama ini bersifat jangka pendek, dalam arti berlaku setiap tahun dan setelahnya dapat diperpanjang lagi. RSD dr. Soebandi menyediakan fasilitas pelayanan kesehatan. Kerjasama antara BPJS Kesehatan dengan RSD dr. Soebandi ditungkan dalam sebuah perjanjian kerjasama atau *Memorandum of Understanding* (MOU).

Kerjasama yang dilakukan oleh BPJS Kesehatan dengan RSD dr. Soebandi ditungkan dalam perjanjian kerjasama. Selanjutnya lebih jelas lagi disampaikan Rio (2015) sebagai berikut:

ada kontrak kerjasama, ada kerjasamanya pak kalau hanya omong-omong saja tidak bisa, iya ada kerjasama yang dasarnya adalah dari BPJS Kesehatan dan kementerian kesehatan, seperti dengan RSD dr. Soebandi ada kerjasamanya (Wawancara 1 Juli 2015).

Penjelasan tersebut menunjukkan bahwa kerjasama yang dilakukan antara BPJS Kesehatan dengan RSD dr. Soebandi ada kontraknya. Kontrak atau perjanjian kerjasama itu tertuang dalam nota kesepahaman antara BPJS Kesehatan dengan RSD dr. Soebandi. Kerjasama itu dalam bentuk tertulis, karena kerjasama itu sebenarnya ada yang tidak tertulis juga.

Kemitraan yang dilakukan BPJS kesehatan dengan RSD dr. Soebandi Jember terkait dengan bentuk pelayanan kesehatan, tagihan atas pelayanan kesehatan, verifikasi tagihan pelayanan kesehatan, pembayaran atas tagihan pelayanan kesehatan. Hal ini sesuai dengan yang disampaikan informan WW (2015), sebagai berikut:

"Artinya kemitraan yang diambil dalam wujud pelayanannya, tagihan pembayarannya dengan BPJS Kesehatan" (Wawancara tanggal 8 Juli 2015)

Penjelasan yang disampaikan informan tersebut bahwa kemitraan yang dijalin kerjasama dengan BPJS Kesehatan dapat dalam wujud pelayanannya. Oleh

karena itu semua yang terkait dengan pelayanan itu regulasinya mengikuti regulasi yang telah dibuat oleh Kemenkes.

Dari informasi yang disampaikan informan hasil indepth interview dengan BJ (2016) sebagai berikut:

Antara RSD dr Soebandi dengan BPJS Kesehatan Cabang Kabupaten Jember terdapat kerjasama atau MOU. MOU ada yang berlaku satu tahun dan setiap tahunnya diperbaharui yang berlaku mulai Januari sampai dengan Desember setiap tahunnya. Ada MOU yang berlaku selama tiga tahun (Wawancara tanggal 11 Maret 2016).

Dalam perjanjian kerjasama sering hanya disebut dengan perjanjian saja. Hal ini sama seperti yang dilakukan perjanjian kerjasama antara BPJS Kesehatan Cabang Jember dengan RSD dr. Soebandi. Ada beberapa kerjasama yang dilakukan BPJS Kesehatan Cabang Jember dengan RSD dr. Soebandi Jember, macam kerjasama itu yaitu: 1) Kerjasama pelayanan kesehatan; 2) Kerjasama pelayanan rujukan ambulan; 3) Kerjasama pelayanan obat.

Perjanjian kerjasama antara BPJS Kesehatan Cabang Jember dengan RSD dr. Soebandi dilaksanakan di Jember dan ditandatangani di Jember pada hari Senin tanggal tiga puluh bulan Desember 2013. Isi dari perjanjian itu adalah tentang pelayanan kesehatan tingkat lanjutan bagi peserta Jaminan Kesehatan Nasional.

Perjanjian itu ditandatangani oleh Mohamad Ismail Marzuki selaku Kepala PT Askes (Persero) Cabang Jember sebagai pihak pertama yang berkantor di Jl. Jawa No. 55 Jember. Kemudian perjanjian itu ditandatangani juga oleh dr. Yuni Ermita, M.Kes. selaku Direktur RSD dr. Soebandi sebagai pihak kedua berkantor di Jl. dr. Soebandi no. 124 Jember. Kemudian pihak pertama dan pihak kedua yang secara bersama-sama disebut para pihak dan masing-masing disebut pihak sepakat untuk menandatangani perjanjian dengan syarat dan ketentuan dalam perjanjian.

Kemitraan yang terjalin antara BPJS Kesehatan dengan RSD dr. Soebandi itu didasarkan atas regulasi atau aturan yang ada, artinya BPJS Kesehatan dan RSD dr. Soebandi dalam melaksanakan kegiatannya didasarkan peraturan perundangan yang ada. Hal ini sesuai dengan yang disampaikan informan MI (2015) sebagai berikut:

Dasarnya UU no 24 tahun 2011, sehingga apapun yang dilakukan disini sangat tergantung dengan regulasi yang ada, masalah keuangan kesehatan regulasinya yang mengikuti regulasi menkes, termasuk penerapan tarif, termasuk kemitraannya, bagaimana perjanjiannya. Itu semua sudah kita mengikuti regulasi yang ada (Wawancara tanggal 20 Mei 2015).

Penjelasan informan tersebut menunjukkan bahwa kemitraan yang dilakukan antara BPJS Kesehatan dengan RSD dr. Soebandi dalam hal pelayanan kesehatan kepada peserta BPJS Kesehatan didasarkan pada peraturan perundang-undangan yang ada, yaitu Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS). Sesuai dengan regulasi tersebut BPJS Kesehatan mempunyai fungsi sebagai penyelenggara program jaminan kesehatan, yang bertugas untuk melakukan pendaftaran peserta, memungut iuran, menerima bantuan dari pemerintah, dan mengelola dana jaminan sosial untuk kepentingan peserta, membayar manfaat pelayanan kesehatan, dan memberikan informasi kepada masyarakat. Oleh karena itu setiap kegiatan atau aktivitas yang dilakukan BPJS Kesehatan tidak terlepas dari aturan atau regulasi yang ada.

Selain adanya Undang-Undang No 24 tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial, aturan yang diikuti oleh BPJS Kesehatan adalah aturan yang dikeluarkan oleh Kemenkes. Peraturan perundangan yang dikeluarkan Kemenkes antara lain yaitu: Permenkes No 28 tahun 2014 tentang Pedoman Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Nasional, Permenkes No 27 tahun 2014 tentang Petunjuk Teknis Sistem *Indonesian Case Base Groups* (INA-CBGs). Permenkes No 69 tahun 2013 tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan pada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama dan Fasilitas Kesehatan Tingkat Lanjutan dalam Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan. Permenkes No 71 tahun 2013 tentang Pelayanan Kesehatan pada Jaminan Kesehatan Nasional. Permenkes No 59 tahun 2014 tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan dalam Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan, dan permenkes-permenkes lainnya.

Selain peraturan Kemenkes terdapat Peraturan BPJS Kesehatan sendiri yaitu: Peraturan BPJS Kesehatan No 1 tahun 2014 tentang Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan, Peraturan BPJS Kesehatan No 4 tahun 2014 tentang Tata Cara

Pendaftaran dan Pembayaran Peserta Perorangan BPJS Kesehatan, Peraturan BPJS Kesehatan No 1 tahun 2015 tentang Tata Cara Pendaftaran dan Pembayaran Iuran Bagi Peserta Pekerja Bukan Penerima Upah dan Peserta Bukan Pekerja, dan peraturan BPJS Kesehatan lainnya.

Kemitraan antara BPJS Kesehatan dengan RSD dr. Soebandi berarti regulasinya mengikuti Kemenkes. Hal ini sesuai dengan yang telah disampaikan oleh Rio (2015) bahwa:

..... yang wajib untuk bermitra adalah rumah sakit pemerintah yang ditetapkan dalam permenkes. Itu yang wajib bermitra dengan BPJS kesehatan. (Wawancara tanggal 24 Juni 2015).

Penjelasan informan tersebut menunjukkan bahwa rumah sakit milik pemerintah wajib bermitra dengan BPJS Kesehatan dasarnya ditetapkan oleh permenkes. Hal ini berarti rumah sakit milik pemerintah baik rumah sakit milik pemerintah pusat, rumah sakit milik pemerintah daerah tingkat satu, rumah sakit milik pemerintah daerah tingkat dua wajib bermitra dengan BPJS Kesehatan. Regulasinya mengikuti permenkes. Sehingga permenkes itulah sebagai dasar regulasi dalam bermitra antara BPJS Kesehatan dengan RSD dr. Soebandi.

Kemitraan antara RSD dr. Soebandi dengan BPJS Kesehatan adalah sifatnya setara atau sederajat. Artinya bahwa dalam kemitraan ini antara BPJS Kesehatan dengan RSD dr. Soebandi tidak lebih tinggi salah satu, misalnya BPJS Kesehatan kedudukannya dalam kemitraan ini lebih tinggi dibanding dengan RSD dr. Soebandi, ini tidak demikian. Begitu juga sebaliknya bahwa RSD dr. Soebandi kedudukannya lebih tinggi dibandingkan dengan BPJS Kesehatan. Hal ini sesuai dengan yang disampaikan BJ (2016) sebagai berikut:

Kerjasama antara rumah sakit dengan BPJS Kesehatan adalah sama atau setingkat atau sederajat kedudukannya (Wawancara tanggal 11 Maret 2016).

Penjelasan informan tersebut menunjukkan bahwa dalam kerjasama antara RSD dr. Soebandi dengan BPJS Kesehatan mempunyai kedudukan yang sama. Karena mempunyai kedudukan yang sama berarti tidak dapat memerintah salah

satu pihak kepada pihak lainnya. Misalnya BPJS Kesehatan merintah kepada RSD dr. Soebandi adalah tidak bisa, begitu juga sebaliknya. Itu semua karena kemitraan yang dibangun adalah sama atau sederajat.

Dengan demikian hubungan kemitraan tersebut hubungan kerjasama yang setara, artinya posisi yang satu tidak lebih tinggi dari yang lainnya. Oleh karena itu kemitraan atau kerjasama yang dilakukan antara BPJS kesehatan dengan Rumah Sakit Daerah dr. Soebandi Jember (RSD dr. Soebandi Jember) didasarkan atas kesetaraan kedua belah pihak yang melakukan kerjasama.

Kemitraan antara RSD dr. Soebandi dengan BPJS Kesehatan terdapat adanya profit maupun non profit dalam pelayanan kesehatan oleh RSD dr. Soebandi. Bagi BPJS Kesehatan kemitraan yang dijalin dengan RSD dr. Soebandi tidak mendapatkan profit (keuntungan) secara finansial. Hal ini sesuai dengan yang disampaikan MI (2015) sebagai berikut:

Berbeda dengan waktu persero. Hampir semua kuota kita, karena memang kita sdh disertai sepenuhnya tapi ada margin yang harus kita sisihkan atau keuntungan yang harus kita sisihkan, tapi kalau sekarang tidak ada, nol persen (Wawancara tanggal 20 Mei 2015).

Penjelasan informan tersebut menunjukkan bahwa informan memberi gambaran bahwa pada waktu masih menjadi persero atau masih ASKES dulu, kuota diserahkan pada PT Askes. Sehingga pada waktu masih Askes dapat memperoleh keuntungan dan memang perlu untuk menyisihkan sebagai keuntungan PT itu. Hal ini berbeda setelah menjadi BPJS Kesehatan, sejak menjadi BPJS Kesehatan tidak dapat mengambil keuntungan dalam hal kerjasama atau istilahnya nol persen. Hal ini ditegaskan pula oleh Rio (2015) sebagai berikut:

Tidak ada marginnya yang harus disihkan (tidak mendapatkan keuntungan), tapi efisiensi tetap harus kita dilakukan. Tujuannya adalah untuk surveilans (Wawancara tanggal 24 Juni 2015).

Penjelasan yang disampaikan informan tersebut bahwa BPJS Kesehatan dalam melakukan kemitraan dengan RSD dr. Soebandi tidak memperoleh keuntungan. Istilah lainnya tidak ada margin yang dapat disihkan dari kerjasama yang dilakukan. Walaupun tidak mendapatkan keuntungan namun BPJS Kesehatan

tetap melakukan efisiensi. Efisiensi ini tetap harus dilakukan bagi BPJS Kesehatan. Efisiensi ini dilakukan dengan maksud untuk *survive* atau keberlangsungan BPJS Kesehatan. Hal ini diperkuat oleh NN (2016) yang menyatakan bahwa BPJS Kesehatan melakukan efisiensi sebagaiberikut:

“apabila mintak rujukan ke RSD dr. Sutomo lagi, namun tidak membawa pasien maka langsung saja ke BPJS Center ini, tidak perlu ke poli dulu untuk efisiensi” (Wawancara tanggal 31 Maret 2016).

Penjelasan informan tersebut menunjukkan bahwa apabila mau mintak rujukan lanjutan secara berulang berikutnya ke RSD dr. Soetomo Surabaya cukup langsung ke BPJS Center yang ada di RSD dr. Soebandi ini. Apalagi tidak membawa pasien dalam memintak rujukan, maka tidak perlu ke poli. Hal ini dimaksudkan untuk menghemat biaya yang dikeluarkan oleh BPJS Kesehatan. Hal ini berarti BPJS Kesehatan melakukan upaya efisiensi pembiayaan.

Sebaliknya pihak RSD dr. Soebandi dalam bermitra dengan BPJS Kesehatan mendapatkan keuntungan atau profit. Keuntungan ini diperoleh setelah pihak RSD dr. Soebandi telah melakukan kegiatan pelayanan kesehatan dan telah diajukan tagihan kepada BPJS Kesehatan dan disetujui atas tagihan itu dan dibayar oleh BPJS Kesehatan. Hal ini sesuai dengan yang disampaikan informan BJ (2016) sebagai berikut:

Rumah sakit mengajukan tagihan, rs itu kan terus mendapatkan uang dari BPJS Kesehatan setelah memberikan pelayanan, jadi dapat fee dari BPJS Kesehatan atas jasa pelayanan pada peserta BPJS Kesehatan (Wawancara tanggal 11 Maret 2016).

Penjelasan informan tersebut menunjukkan bahwa RSD dr. Soebandi mengajukan tagihan kepada BPJS Kesehatan. Setelah mengajukan tagihan lantas pihak RSD dr. Soebandi mendapatkan bayaran uang dari BPJS Kesehatan setelah memberikan pelayanan kesehatan kepada peserta BPJS Kesehatan. Jadi uang yang diberikan dari BPJS Kesehatan itu sebagai balasan jasa yang diberikan pihak RSD dr. Soebandi.

Dalam kemitraan antara BPJS Kesehatan dengan RSD dr. Soebandi dalam pelayanan kesehatan terdapat orang-orang yang terlibat dalam kemitraan itu.

Orang-orang yang terlibat itu adalah direktur RSD dr. Soebandi dan tim pengendali, kemudian Kepala BPJS Kesehatan Cabang Jember dan BPJS Center. Keterlibatan pihak RSD dr. Soebandi seperti disampaikan informan WW (2015) sebagai berikut:

sebelumnya saya beri gambaran di sekitar rs ini kebijakan ttg pelayanan bpjs itu dg direktur diberi wadah yang namanya adalah tim pengendali jkn dan non jkn (Wawancara tanggal 8 Juli 2015).

Apa yang disampaikan informan tersebut menunjukkan bahwa yang terlibat dalam kemitraan dari pihak RSD dr. Soebandi adalah direktur dan para petugas tim pengendali dan para petugas pelayanan kesehatan. Kemudian lebih lanjut disampaikan oleh WW (2015) sebagai berikut:

Kemudian terbagi membawahi dalam koordinator pengendali pelayanan, koordinator pengendali logistik, koordinator pengendali pembiayaan (Wawancara tanggal 8 Juli 2015).

Penjelasan tersebut menunjukkan bahwa keterlibatan pihak rumah sakit termasuk para koordinator tim pengendali, mulai dari koordinator pengendali pelayanan, koordinator pengendali logistik, koordinator pengendali pembiayaan. Dengan demikian jelas keterlibatan pihak RSD dr. Soebandi dalam kemitraan ini adalah direktur, tim pengendali, dan petugas pelayanan kesehatan. Sedangkan yang terlibat dari pihak BPJS Kesehatan adalah Kepala BPJS Kesehatan dan para petugas BPJS Center yang ada di rumah sakit.

4.3.2 Kemitraan Antar Perangkat Daerah dari Segi Penugasan

Kemitraan antar perangkat daerah dari segi penugasan pelayanan kesehatan yang terjadi antara BPJS Kesehatan dengan RSD dr. Soebandi mencakup: penugasan pelayanan kesehatan Instalasi Gawat Darurat (IGD), penugasan pelayanan kesehatan rawat jalan, dan penugasan pelayanan kesehatan rawat inap.

a. Kemitraan Penugasan Pelayanan Kesehatan IGD

1). Kemitraan Penugasan Pelayanan Administrasi IGD

Pelayanan Instalasi Gawat Darurat (IGD) ini pelayanan yang diberikan kepada pasien yang dalam keadaan emergency atau keadaan kedaruratan. Kondisi emergency ini sebagai kondisi yang berkaitan dengan kehidupan pasien. Pasien masuk dalam kondisi emergency ini tentu memerlukan bantuan pertolongan yang cepat dan tepat dari fasilitas kesehatan rumah sakit yaitu RSD dr. Soebandi. Oleh karena itu pasien dalam keadaan emergency ini dapat masuk rumah sakit melalui IGD, sedangkan yang tidak emergency dapat masuk rumah sakit melalui rawat jalan atau poli. Hal ini seperti disampaikan informan WW (2015) sebagai berikut:

Kalau mrs (masuk rumah sakit) harus melalui salah satu dari pintu itu apakah masuknya itu melalui IGD atau rawat jalan. Artinya kalau emergensi melalui IGD kalau tidak emergensi melalui rawat jalan (Wawancara tanggal 8 Juli 2015).

Dari penjelasan informan tersebut menunjukkan bahwa kalau masuk rumah sakit RSD dr. Soebandi dapat melalui pintu IGD dan dapat melalui pintu rawat jalan. Pasien masuk rumah sakit melalui pintu IGD itu memang pasien yang memerlukan bantuan pertolongan yang sifatnya emergency atau darurat. Jika pasien tidak segera masuk melalui IGD dapat menimbulkan bahaya kehidupan pasien, oleh karena itu perlu penanganan secara cepat kepada pasien itu dan juga tepat penanganannya. Dengan demikian masuk rumah sakit itu harus jelas masuknya melalui IGD atau melalui rawat jalan. Peserta harus milih salah satu pintu masuk rumah sakit tersebut, dan salah satunya dapat melalui Instalasi Gawat Darurat (IGD). Hal ini seperti disampaikan informan WW (2015) sebagai berikut:

Salah satu dari keduanya bisa. Artinya ada yang emergensi melalui pintu emergensi yaitu IGD, non emergensi melalui rawat jalan (Wawancara tanggal 8 Juli 2015).

Penjelasan informan tersebut menunjukkan bahwa dalam memanfaatkan fasilitas kesehatan RSD dr. Soebandi harus memilih salah satu pintu masuk rumah sakit tersebut. Pasien tidak dapat memanfaatkan pintu masuk rumah sakit itu secara bersamaan, dalam arti masuk rumah sakit itu melalui pintu IGD dan pintu rawat jalan (poli). Dari yang disampaikan informan tersebut bahwa masuk rumah sakit itu harus melalui salah satu dari dua pintu itu yaitu pintu IGD dan pintu rawat jalan. Dalam hal berarti masuk rumah sakit itu tidak bisa dari IGD kemudian lantas

bersamaan dengan rawat jalan, dan sebaliknya masuk rumah sakit melalui rawat jalan kemudian masuk IGD.

Untuk pasien yang tidak dalam kondisi emergency ini masuk rumah sakit dapat melalui pintu rawat jalan. Oleh karena itu untuk masuk rumah sakit dapat melalui pintu IGD atau pintu rawat jalan sesuai dengan kondisi pasien. Hal ini sesuai dengan yang disampaikan WW (2015) sebagai berikut:

Kemudian dalam memberikan pelayanan kesehatan itu yang terkait mulai pintu rawat jalan sampai pintu IGD (Wawancara tanggal 8 Juli 2015).

Penjelasan yang disampaikan informan tersebut menunjukkan bahwa pelayanan kesehatan yang diberikan oleh fasilitas kesehatan RSD dr. Soebandi itu dapat mulai dari pintu masuk IGD atau dari pintu masuk rawat jalan. Hal ini berarti bahwa peserta BPJS Kesehatan dalam memanfaatkan fasilitas kesehatan RSD dr. Soebandi dapat dari melalui IGD. Pelayanan kesehatan pada IGD ini diberikan jika peserta BPJS Kesehatan dalam keadaan emergency atau kedaruratan. Pelayanan kesehatan di IGD dapat mencakup pelayanan administrasi, pelayanan pemeriksaan atau diagnostik, pelayanan tindakan medis dan tindakan pengobatan.

Dalam pelayanan administrasi ini yang perlu ditunjukkan oleh pasien atau keluarganya pada saat mengunjungi IGD adalah kartu peserta BPJS Kesehatan. Kartu peserta ini akan di cek oleh petugas IGD tentang kebenarannya sebagai peserta BPJS Kesehatan atau tidak. Kalau sebaagai peserta BPJS Kesehatan harus mengikuti alur pelayanan kesehatan di IGD sedangkan kalau bukan peserta berarti menjadi pasien umum nantinya. Jika masuk rumah sakit melalui pintu IGD tidak diperlukan adanya surat rujukan, karena surat rujukan dari fasilitas kesehatan tingkat pertama itu digunakan untuk masuk rumah sakit melalui pintu rawat jalan.

Pelayanan IGD (Instalasi Gawat Darurat) dimaksudkan sebagai pelayanan bagi peserta BPJS Kesehatan yang dalam kondisi emergensi. Keadaan emergensi ini sesuai dengan kondisi medis pasien. Apabila pasien itu datang diluar jam dinas, maka pasien perlu daftar dulu dibagian administrasi di IGD. Karena dalam pelayanan IGD terdapat alur tersendiri. Hal ini seperti disampaikan informan DT (2015) sebagai berikut:

Alur ini untuk pasien peserta BPJS di luar jam dinas atau pada sore hari. Peserta BPJS Kesehatan datang langsung ke IGD lantas ke bagian admisi di IGD di luar jam dinas (Wawancara tanggal 7 Desember 2015).

Dari penjelasan tersebut menunjukkan bahwa terdapat alur sendiri untuk pelayanan pasien BPJS Kesehatan diluar jam dinas atau pada sore hari. Peserta BPJS Kesehatan langsung datang ke IGD dan mendaftar dibagian administasi. Peserta perlu mendaftar ke administrasi dulu karena di IGD ini peserta dapat menunjukkan surat rujukan dan kartu peserta BPJS Kesehatan. Hal ini sseperti yang disampaikan informan DN (2016) sebagai berikut:

Syarat-syaratnya adalah membawa surat rujukan dan kartu peserta BPJS Kesehatan (Wawancara tanggal 7 Januari 2016).

Dari penjelasan tersebut menunjukkan bahwa peserta BPJS Kesehatan jika masuk rumah sakit melalui IGD, maka harus menunjukkan syarat-syaratnya. Syarat-syarat yang perlu dibawa untuk disampaikan kepada petugas administrasi adalah surat rujukan dari puskesmas dan kartu identitas peserta BPJS Kesehatan. Surat rujukan dan kartu peserta BPJS Kesehatan ini penting, karena untuk penerbitan SEP (Surat Eligibilitas Peserta). Hal ini seperti disampaikan informan DN (2016) sebagai berikut:

“admisi IGD melayani penerbitan SEP dan pendaftaran”
(Wawancara tanggal 7 Januari 2016).

Dari penjelasan tersebut menunjukkan bahwa dalam proses pendaftaran memang harus menunjukkan kartu peserta BPJS Kesehatan dan surat rujukan. Hal ini karena dalam proses administrasi ini oleh IGD akan di daftar masuk IGD. Selain itu juga untuk diterbitkan SEP. Jika peserta BPJS Kesehatan tidak membawa kartu peserta BPJS Kesehatan, maka dapat disampaikan secara lisan oleh peserta atau keluarganya bahwa kartu peserta BPJS Kesehatan ketinggalan. Hal ini seperti yang disampaikan informan DT (2015) sebagai berikut:

Kalau tidak membawa bisa disampaikan secara lisan bahwa saya keluarga pasien ini tidak membawa kartu BPJS Kesehatan, punya

kartu tapi ketinggalan. Karena ketinggalan dikasih waktu 3 x 24 jam (Wawancara tanggal 7 Desember 2015).

Dari penjelasan informan tersebut menunjukkan bahwa apabila peserta BPJS Kesehatan tidak membawa kartu peserta BPJS Kesehatan, maka peserta dapat menyampaikannya kepada bagian administrasi kalau kartu peserta BPJS Kesehatan ketinggalan. Penyampaian informasi ketinggalan kartu peserta BPJS Kesehatan ini dapat dilakukan secara lisan oleh peserta itu sendiri atau dapat diwakilkan keluarganya. Terdapat toleransi bagi peserta BPJS Kesehatan yang pada saat mendaftar di IGD tidak dapat menunjukkan kartu peserta BPJS Kesehatan. Toleransi yang diberikan bagian administrasi IGD adalah tiga kali dua puluh empat jam atau tiga hari kerja. Apabila dalam tiga hari kerja peserta BPJS Kesehatan tidak dapat menunjukkan kartu peserta, maka akan menjadi pasien umum. Hal ini seperti disampaikan informan DT (2015) sebagai berikut:

Apabila 3 x 24 jam tidak bisa menunjukkan syarat-syarat tersebut berarti menjadi pasien umum. 3 x 24 hari libur itu sabtu dan minggu. Pasien datang hari libur merah tidak dihitung, yang dihitung sabtu dan minggu (Wawancara tanggal 7 Desember 2015).

Penjelasan informan tersebut menunjukkan bahwa apabila selama tiga hari kerja tidak dapat menunjukkan syarat tersebut, seperti kartu peserta BPJS Kesehatan, maka diberlakukan sebagai pasien umum. Pengertian tentang hari kerja itu tidak termasuk hari libur, sabtu dan minggu. Jika pasien datang pada hari libur, maka hari libur tersebut tidak dihitung, yang dihitung hari berikutnya yang tidak libur. Namun jika pasien masuk hari sabtu dan minggu akan dihitung.

2). Kemitraan Penugasan Pelayanan Pemeriksaan/Diagnosa

Dari penjelasan tersebut menunjukkan bahwa pada saat pemeriksaan peserta BPJS Kesehatan jika diperlukan tidak hanya dilakukan pemeriksaan saja oleh petugas medis, melainkan diberikan tindakan medis jika dianggap perlu. Hal ini seperti disampaikan informan DT (2015) sebagai berikut:

Peserta di IGD lantas di triage (dipilah) ia pasien gawat darurat atau tidak. Kalau gawat masuk di IGD itu, kalau tidak gawat masuk

ruangan ambulatory, langsung dipulangkan (Wawancara tanggal 7 Desember 2015).

Dari penjelasan tersebut menunjukkan bahwa peserta BPJS Kesehatan jika memanfaatkan pelayanan kesehatan dapat melalui Instalasi Gawat Darurat (IGD) yang ada di fasilitas rujukan tingkat lanjutan di RSD dr. Soebandi. Peserta yang masuk melalui IGD lantas dipilah atau triake artinya pasien itu dalam kondisi gawat darurat atau tidak . artinya bahwa jika peserta itu dalam kondisi tidak gawat, maka peserta ditangani di ambulatory mulai dari pemeriksaan, tindakan medis, lantas kalau sudah selesai dapat pulang. Namun jika dalam keadaan darurat peserta ditangani di IGD mulai dari pemeriksaan, tindakan medis sampai dengan kondisi peserta itu sudah dalam keadaan dapat dipindahkan.

3). Kemitraan Penugasan Pelayanan Tindakan Medis IGD

Setelah dilakukan pemeriksaan, maka berikutnya oleh petugas spesialis dan sub spesialis jika diperlukan dilakukan tindakan medis. Dokter dan para medis memberikan pelayanan tindakan medis yang diperlukan sesuai dengan kondisi medis yang diderita oleh pasien. Kemudian di IGD itu pasien dipilah (triae) yaitu pasien yang gawat dan pasien yang tidak gawat. Hal ini seperti yang disampaikan informan DN (2015) sebagai berikut:

Peserta di IGD lantas di triake (dipilah) ia pasien gawat darurat atau tidak. Kalau gawat masuk di IGD itu, kalau tidak gawat masuk ruangan ambulatory, langsung dipulangkan (Wawancara tanggal 7 Desember 2015).

Dari penjelasan informan tersebut menunjukkan bahwa peserta BPJS Kesehatan setelah masuk IGD ditriake (dipilah). Dalam triake ini pasien dipilah, yaitu pasien yang kategori parah dan pasien yang kategori tidak parah. Pasien yang dalam kategori parah akan ditaruh di IGD, sedangkan pasien yang dalam kategori tidak parah ditaruh di ambulatory.

4). Kemitraan Penugasan Pelayanan Kefarmasian IGD

Selain itu untuk dapat memanfaatkan pelayanan kesehatan dapat melalui pintu rawat jalan dengan menunjukkan surat rujukan dari fasilitas kesehatan tingkat pertama. Fasilitas pelayanan kesehatan yang dapat dimanfaatkan peserta BPJS Kesehatan di RSD dr. Soebandi yaitu pelayanan medis berupa pelayanan obat atau pelayanan farmasi, pelayanan pemeriksaan dan pelayanan tindakan medis. Pelayanan non medis dapat berupa pelayanan rawat jalan, pelayanan rawat inap, pelayanan ambulan dan pelayanan administrasi.

Jika masuknya rumah sakit itu melalui IGD maka proses pengambilan obat juga di IGD, hal ini seperti yang disampaikan informan DT (2015) sebagai berikut:

.... ke depo farmasi di IGD, karena semua ada di IGD, loket IGD. Loket ada loket IGD dan ada loket 6/IGD (Wawancara tanggal 7 Desember 2015).

Dari penjelasan tersebut bahwa peserta BPJS Kesehatan dalam pengambilan obat setelah melalui poli dan diberi resep oleh dokter poli, maka selanjutnya pengambilan obat di depo farmasi yang tersedia di IGD. Dalam IGD ini ada loket tersendiri yaitu loket 6 untuk di IGD. Loket ini melayani administrasi masuk IGD, pengambilan obat di IGD. Setelah administrasi diselesaikan pasien dapat pulang, kemudian dapat kontrol kembali dengan menunjukkan surat keterangan kontrol dari dokter IGD.

5). Kemitraan Penugasan Pelayanan Penunjang Laboratorium IGD

Pada saat di ambulatory jika pasien memerlukan pemeriksaan penunjang, dapat dimanfaatkan. Hal ini seperti disampaikan informan DT (2015) sebagai berikut:

saat di ambulatory dapat menggunakan pemeriksaan penunjang seperti laboratorium dan radiologi (Wawancara tanggal 7 Desember 2015).

Dari penjelasan informan tersebut menunjukkan bahwa pada saat di ambulatory di IGD dapat menggunakan fasilitas penunjang seperti laboratorium. Hal ini berarti tergantung dari kondisi medis dari pasien. Pasien itu akan dipandang perlu untuk pemeriksaan penunjang radiologi atau tidak yang mengetahui adalah

dokter. Jika dokter telah memerintahkan untuk radiologi, maka pasien akan dibawa ke ruang radiologi.

Dari hasil laboratorium dan kondisi medis pasien jika dipandang tidak perlu rawat inap, maka pasien dapat pulang. Sebelum pulang pasien dapat mengambil obat di depo farmasi yang ada di IGD, karena di IGD telah disediakan depo farmasi tersendiri. Setelah mengambil obat, maka pasien dapat menuju ke loket pembayaran yang disediakan di IGD. Hal ini seperti disampaikan informan DN (2016) sebagai berikut:

Masuk rumah sakit kemudian tidak rawat inap berarti langsung ke depo farmasi di IGD, karena semua ada di IGD, loket IGD yaitu loket 6/IGD (Wawancara tanggal 7 Desember 2015).

Dari penjelasan informan tersebut menunjukkan bahwa masuk rumah sakit tetapi tidak rawat inap melalui IGD berarti dapat langsung pulang. Artinya bahwa pasien sebelum pulang dapat mengambil obat yang disediakan di IGD dengan membawa resep yang ditulis oleh dokter yang bertugas di IGD. Berikutnya setelah dari pengambilan obat maka berikutnya menyelesaikan administrasi keuangan di loket 6 atau loket yang ada di IGD.

b. Kemitraan Penugasan Pelayanan Kesehatan Rawat Jalan

1). Kemitraan Penugasan Pelayanan Administrasi Rawat Jalan

Jika peserta BPJS Kesehatan memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan ke RSD dr. Soebandi maka yang perlu diurus adalah membawa syarat-syarat yang diperlukan dalam pemanfaatan pelayanan kesehatan. Syarat-syarat itu antara lain Surat Eligibilitas Peserta (SEP) yang ada di BPJS Centre yang ada di rumah sakit. Syarat berikutnya adalah membawa surat rujukan dari fasilitas kesehatan tingkat pertama, misalnya surat rujukan dari puskesmas atau surat rujukan dari dokter keluarga. Tidak kalah pentingnya juga syaratnya membawa kartu peserta BPJS Kesehatan. Hal ini seperti yang disampaikan oleh informan DN (2016), bahwa:

Kontrol pada jam dinas syarat berarti membawa kartu BPJS Kesehatan, surat rujukan, kartu berkunjung ke rumah sakit yang di cetak oleh bagian administrasi (Wawancara tanggal 7 Januari 2016).

Dari penjelasan tersebut menunjukkan bahwa peserta BPJS Kesehatan apabila memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan perlu membawa surat rujukan. Surat rujukan ini dapat diperoleh dari pelayanan fasilitas kesehatan tingkat pertama antara lain puskesmas, dokter keluarga, mauun dokter gigi. Selain menunjukkan surat rujukan peserta BPJS Kesehatan juga menunjukkan kartu peserta BPJS Kesehatan. Kartu ini dapat dikeluarkan oleh BPJS Kesehatan. Setelah adanya surat rujukan dan kartu peserta maka untuk memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan perlu datang ke Kantor BPJS Centre yang telah tersedia di RSD dr. Soebandi. Selanjutnya pihak BPJS Centre mengeluarkan Surat Eligibilitas Peserta (SEP).

Alur pelayanan kesehatan untuk memanfaatkan pelayanan kesehatan terdapat alur jam dinas jam luar dinas. Alur pelayanan pada jam dinas jika akan ke poli maka daftar dulu di administrasi kemudian peserta BPJS Kesehatan langsung ke BPJS Centre. Hal ini seperti yang disampaikan informan DN (2016) sebagai berikut:

Pada jam dinas daftar melalui poli daftar di admisi (administrasi), pasien BPJS Kesehatan langsung ke BPJS Centre (Wawancara tanggal 7 Januari 2016).

Penjelasan informan tersebut menunjukkan bahwa pelayanan kesehatan pada jam dinas untuk peserta BPJS Kesehatan, dengan cara mengambil nomor antrian terlebih dulu. Setelah mengambil antrian maka akan menunggu panggilan dari BPJS Center, lantas langsung menuju ke kantor BPJS Centre. Dari kantor ini peserta diberikan Surat Eligibilitas Peserta (SEP). Di BPJS Center peserta menunjukkan surat rujukan yang dibawa dari fasilitas kesehatan tingkat pertama yaitu puskesmas atau dokter keluarga. Setelah mendapatkan SEP dari BPJS Center kemudian daftar ke bagian administrasi di pelayanan poli. Pada saat peserta menunjukkan kartu tandan peserta BPJS Kesehatan dan SEP, berikutnya akan mendapatkan nomor antrian dari poli. Pada saat tiba gilirannya peserta BPJS Kesehatan dipanggil untuk mendapatkan pelayanan di poli.

Pelayanan kesehatan di poli, dimulai dengan pemeriksaan administrasi peserta, yaitu tentang riwayat penyakit yang dideritanya yang tercatat dalam rekam medis. Setelah pemeriksaan administrasi berikutnya petugas medis yaitu dokter dan para medis melakukan pemeriksaan kepada peserta BPJS Kesehatan. Hal ini seperti yang disampaikan informan DN (2016) sebagai berikut:

Pasien BPJS Kesehatan langsung mendaftar ke BPJS Center dengan membawa SEP tidak ada biaya kemudian langsung ke poli, di poli pasien diperiksa dokter, setelah diperiksa jika perlu ada tindakan medis, jika tidak setelah pemeriksaan dapat mengambil obat atau mungkin ke pemeriksaan penunjang (Wawancara tanggal 7 Januari 2016).

Dari penjelasan yang disampaikan informan menunjukkan bahwa setelah peserta mendaftar dari BPJS Center langsung menuju ke poli, dan sampai di poli peserta mendaftar dulu di administrasi untuk mendapatkan antrian dan rekam medis. Di poli ini petugas medis melakukan pemeriksaan kepada peserta BPJS Kesehatan. Dari poli ini peserta mendapatkan informasi tentang penyakit yang dideritanya dan juga untuk perawatan. Informasi riwayat pemeriksaan ini tertuang dalam resume medis yang dikeluarkan oleh dokter atau petugas kesehatan medik yang ada di poli.

Dari uraian tersebut dijelaskan bahwa pelayanan kesehatan yang diberikan RSD dr. Soebandi dapat meliputi pelayanan obat atau farmasi rawat jalan, pelayanan pemeriksaan medis rawat jalan, pelayanan tindakan medis rawat jalan, pelayanan laboratorium rawat jalan, pelayanan obat rawat inap, pelayanan pemeriksaan rawat inap, pelayanan tindakan medis rawat inap, pelayanan laboratorium rawat inap, pelayanan kelas perawatan, pelayanan administrasi rawat jalan, pelayanan administrasi rawat inap, pelayanan ambulan.

Pelayanan administrasi rawat jalan yang ada di RSD dr. Soebandi dapat mencakup administrasi pendaftaran, pembuatan kartu berkunjung, dan penerbitan surat eligilitas peserta. Hal ini seperti yang disampaikan informan DT (2016) sebagai berikut:

Pasien BPJS langsung mendaftar ke BPJS Center dengan membawa SEP tidak ada biaya kemudian langsung ke poli, mungkin ke pemeriksaan penunjang, atau ke rumah sakit lain (Wawancara tanggal 7 Januari 2016).

Penjelasan tersebut menunjukkan bahwa peserta BPJS Kesehatan jika akan memanfaatkan fasilitas kesehatan RSD dr. Soebandi, maka peserta langsung mendaftar ke BPJS Center yang ada di RSD dr. Soeandi. Sedangkan yang dibawa oleh peserta adalah surat rujukan dan puskesmas atau dokter keluarga dan kartu peserta BPJS Kesehatan. Dalam proses pendaftaran di BPJS Center ini peserta tidak dipungut biaya alias gratis. Selanjutnya BPJS Kesehatan memberikan Surat Eligibilitas Peserta (SEP).

Dalam pemeriksaan dokter dapat melakukan tindakan medis sesuai indikasi atau diagnose hasil pemeriksaan. Dalam proses ini dapat menggunakan obat yang tersedia dan bahan medis habis pakai. Setelah dilakukan pemeriksaan selanjutnya dokter menulis resep obat untuk peserta BPJS Kesehatan. Dalam proses pengambilan obat terdapat alur yang perlu dilakukan seperti yang disampaikan oleh informan DT (2016) terdapat alur pengambilan obat sebagai berikut:

“Alurnya istilah saya ini adalah pasien khusus (kronis). Membutuhkan pelayanan khusus Pasien daftar dulu ke admin dulu ke poli lalu ke depo lantas ke legalisasi ke BPJS Center.” (Wawancara tanggal 7 Januari 2016).

Penjelasan tersebut menunjukkan bahwa alur untuk pemeriksaan adalah peserta perlu daftar terlebih dahulu ke bagian administrasi di poli dengan membawa Surat Eligibilitas Peserta (SEP) yang dibuat BPJS Center dan kartu peserta BPJS Kesehatan. Setelah mendaftar sesuai dengan nomor urut dan rekam medis. Setelah tiba saatnya dipanggil masuk ruang pemeriksaan di poli. Pada saat pemeriksaan ini dokter atau petugas medis di poli menulis resep obat sesuai dengan pemeriksaan dan tindakan medis yang diberikan.

Setelah mendapatkan SEP dari BPJS Center, maka peserta menuju ke poli yang dituju seperti poli bedah umum. Atau juga dapat ke pemeriksaan penunjang seperti laboratorium. Atau juga dari BPJS Center menuju ke rumah sakit rujukan lainnya. Jika peserta itu ada di poli, penulisan resep oleh dokter yang ada di poli

sesuai dengan kondisi medis yang diderita pasien, hal ini seperti yang disampaikan HD(2016) sebagai berikut:

Kalau pasien penyakit kronis tergantung diagnosa, yang menentukan obat kronis non kronis adalah dokternya kan nanti dapat resep (Wawancara tanggal 31 Maret 2016).

Penjelasan tersebut pasien BPJS Kesehatan dilakukan diagnosa oleh dokter rumah sakit ataupun petugas medis lainnya mengenai penyakitnya. Dokter melakukan pemeriksaan atas penyakit yang diderita pasien. Kemudian dari hasil pemeriksaan itu dokter menentukan tentang penyakit yang diderita pasien. Penyakit yang diderita itu dapat penyakit kronis atau tidak kronis yang mengetahui adalah dokter yang memeriksa pasien penyakit tersebut.

2). Kemitraan Penugasan Pelayanan Pemeriksaan Medis Rawat Jalan

Pelayanan rawat jalan peserta BPJS Kesehatan di RSD dr. Soebandi sebagai pelayanan kesehatan rawat jalan tingkat lanjutan. rumah sakit umum; dan rumah sakit khusus. Baik milik pemerintah maupun swasta yang bekerjasama dengan BPJS Kesehatan.

Yang memberikan pelayanan kesehatan yaitu untuk rawat jalan di poli adalah tenaga medis yaitu dokter atau tenaga medis. Hal ini seperti yang disampaikan oleh informan DN (2016) sebagai berikut:

“Yang memberikan pelayanan adalah dokter atau tenaga medis”.

Dari penjelasan tersebut menunjukkan bahwa pelayanan medik rawat jalan yang memberikan pelayanan adalah dokter atau tenaga medis. Dalam pelayanan medik rawat jalan dimulai dengan administrasi yang meliputi meliputi biaya administrasi pendaftaran peserta untuk berobat, penerbitan surat eligibilitas peserta, termasuk pembuatan kartu pasien. Dalam perawatan dalam poli peserta dapat melakukan pemeriksaan, pengobatan dan konsultasi spesialisik oleh dokter spesialis dan sub spesialis. Selain itu tindakan medis spesialisik sesuai dengan indikasi medis. Kemudian juga pelayanan obat dan bahan medis habis pakai. Kemudian peserta dapat pelayanan alat kesehatan. Selain itu juga pelayanan penunjang diagnostik lanjutan sesuai dengan indikasi medis.

3). Kemitraan Penugasan Pelayanan Tindakan Medis Rawat Jalan

Pelayanan tindakan medis rawat jalan sebagai pelayanan kesehatan diberikan kepada peserta BPJS Kesehatan yang memang memerlukan tindakan medis. Tindakan medis ini dilakukan oleh petugas medis atau dokter yang melakukan pemeriksaan medis. Hal ini seperti disampaikan oleh informan DT (2016) sebagai berikut:

..... membuka jahitan bagi yang habis mengalami operasi, menyuntik, mengganti pembalut dan membersihkannya luka-luka dan sebagainya..... (Wawancara tanggal 7 Januari 2016).

Penjelasan informan tersebut menunjukkan bahwa pasien dalam pelayanan medis rawat jalan antara lain mendapatkan pelayanan perawatan artinya bagi yang habis operasi dapat kembali ke rawat jalan untuk diperiksa kembali dan bila sudah memungkinkan dapat dibuka dan dibersihkan, atau diganti dengan pembalut yang baru.

4). Kemitraan Penugasan Pelayanan Kefarmasian Rawat Jalan

Pelayanan obat (farmasi) rumah sakit merupakan salah satu kegiatan di rumah sakit yang menunjang pelayanan kesehatan yang bermutu. Hal ini karena pelayanan obat rumah sakit adalah bagian yang tidak terpisahkan dari pelayanan kesehatan rumah sakit yang berorientasi kepada pelayanan pasien peserta BPJS Kesehatan. Dalam pelayanan obat ada dua tahapan yaitu tahap pelayanan resep dan tahap pengambilan obat. Dalam tahap pelayanan resep merupakan suatu proses pelayanan terhadap pasien peserta BPJS Kesehatan secara tertulis oleh dokter, dokter gigi kepada apoteker untuk menyediakan dan menyerahkan sesuai dengan peraturan perundangan yang berlaku. Pelayanan obat dimulai dari pelayanan di poli,

Selanjutnya proses pengambilan obah bahwa dalam proses pengambilan obat ini dapat melalui depo farmasi atau apotek. Hal ini seperti yang disampaikan oleh informan DT (2016) sebagai berikut:

Masuk rumah sakit kemudian tidak rawat inap berarti langsung ke depo farmasi (Wawancara tanggal 7 Januari 2016).

Setelah resep diberikan petugas depo farmasi, maka resep itu dilihat dan diperiksa oleh petugas itu. Ada beberapa hal yang dilakukan petugas yaitu memeriksa resep, menyiapkan obat, penyerahan obat, dan informasi obat. Petugas farmasi melakukan pemeriksaan kelengkapan dan keabsahan resep yang ditulis oleh dokter yaitu nama dokter, nomor ijin praktek, alamat, tanggal penulisan resep, tanda tangan atau paraf dokter serta nama, alamat, umur, jenis kelamin dan berat badan pasien. Kemudian petugas farmasi obat melakukan pemeriksaan kesesuaian farmasetik yaitu: bentuk sediaan, dosis, frekuensi, kekuatan, stabilitas, inkompatibilitas, cara dan lama pemberian obat. Kemudian petugas farmasi mengkaji aspek klinis yaitu : adanya alergi, efek samping, interaksi, kesesuaian (dosis, durasi, jumlah obat dan kondisi khusus lainnya). Selanjutnya petugas farmasi membuat kartu pengobatan pasien (*medication record*). Berikutnya petugas farmasi mengkonsultasikan ke dokter tentang masalah resep, hal ini dilakukan apabila diperlukan saja.

Berikutnya adalah petugas melakukan penyiapan sediaan farmasi. Petugas selanjutnya Menyiapkan sediaan farmasi sesuai dengan permintaan pada resep. Selanjutnya petugas farmasi menghitung kesesuaian dosis dan tidak melebihi dosis maksimum. Berikutnya petugas mengambil obat dengan menggunakan sarung tangan / alat / spatula /sendok. Berikutnya Menutup kembali wadah obat setelah pengambilan dan mengembalikan ke tempat semula. Kemudian petugas farmasi meracik obat (timbang, campur, kemas). Selanjutnya petugas mengencerkan sirup kering sesuai takaran dengan air yang layak minum. Kemudian petugas menyiapkan etiket (warna putih untuk obat dalam, warna biru untuk obat luar, dan etiket lainnya seperti label kocok dahulu untuk sediaan cair). Berikutnya petugas menulis nama dan cara pemakaian obat pada etiket sesuai dengan permintaan dalam resep.

Setelah obat disiapkan oleh petugas selanjutnya obat itu diserahkan kepada peserta BPJS Kesehatan. Sebelum diserahkan petugas melakukan pemeriksaan akhir (kesesuaian antara penulisan etiket dengan resep). Kemudian memanggil nama dan nomor tunggu pasien. Selanjutnya memeriksa ulang identitas dan alamat

pasien. Kemudian petugas menyerahkan obat yang disertai pemberian informasi obat. Kemudian petugas membuat salinan resep sesuai dengan resep asli dan diparaf oleh apoteker. Selanjutnya petugas menyimpan resep pada tempatnya dan mendokumentasikan.

Berikutnya adalah Pelayanan Informasi Obat (PIO). Dalam hal pelayanan obat maka petugas memberikan informasi obat kepada pasien berdasarkan resep atau kartu pengobatan pasien (*medication record*) atau kondisi kesehatan pasien baik lisan maupun tertulis. Kemudian selain itu petugas melakukan penelusuran literatur bila diperlukan, secara sistematis untuk memberikan informasi. Kemudian petugas farmasi menjawab pertanyaan pasien dengan jelas dan mudah dimengerti, tidak bias, etis dan bijaksana baik secara lisan maupun tertulis. Selanjutnya petugas mendisplay brosur, leaflet, poster atau majalah kesehatan untuk informasi pasien. Selanjutnya petugas farmasi mendokumentasikan setiap kegiatan pelayanan informasi obat.

Ada beberapa prosedur yang perlu dilalui bagi peserta BPJS Kesehatan jika akan memanfaatkan fasilitas kesehatan rawat jalan. Hal sesuai dengan yang disampaikan informan DN (2016) sebagai berikut:

Jam dinas daftar melalui poli daftar di admisi, (Wawancara tanggal 17 Maret 2016).

Dari apa yang disampaikan informan tersebut, jika akan memanfaatkan fasilitas kesehatan di RSD dr. Soebandi dapat dilakukan pada saat jam dinas. Jika pada saat jam dinas peserta dapat pelayanan kesehatan melalui poli. Pada saat di poli peserta mendaftar dulu di bagian administrasi pendaftaran yang ada di poli. Pada saat mendaftar di poli peserta hendaknya membawa kelengkapan persyaratan yang diperlukan. Hal ini seperti yang disampaikan informan DT (2016) sebagai berikut:

Syarat-syaratnya adalah membawa surat rujukan dan kartu peserta BPJS Kesehatan (Wawancara tanggal 7 Januari 2016).

Penjelasan informan tersebut menunjukkan bahwa peserta membawa identitas BPJS Kesehatan serta surat rujukan dari fasilitas kesehatan tingkat

pertama. Kemudian peserta melakukan pendaftaran ke RS dengan memperlihatkan identitas dan surat rujukan. Kemudian Fasilitas kesehatan bertanggung jawab untuk melakukan pengecekan keabsahan kartu dan surat rujukan serta melakukan input data ke dalam aplikasi Surat Eligibilitas Peserta (SEP) dan melakukan pencetakan SEP. Selanjutnya petugas BPJS kesehatan melakukan legalisasi SEP.

Selanjutnya fasilitas kesehatan melakukan pemeriksaan, perawatan, pemberian tindakan, obat dan bahan medis habis pakai (BMHP). Kemudian setelah mendapatkan pelayanan peserta menandatangani bukti pelayanan pada lembar yang disediakan. Lembar bukti pelayanan disediakan oleh masing-masing fasilitas kesehatan. Selanjutnya atas indikasi medis peserta dapat dirujuk ke poli lain selain yang tercantum dalam surat rujukan dengan surat rujukan/konsul intern. Kemudian atas indikasi medis peserta dapat dirujuk ke Fasilitas kesehatan lanjutan lain dengan surat rujukan/konsul ekstern. Selanjutnya apabila pasien masih memerlukan pelayanan di Faskes tingkat lanjutan karena kondisi belum stabil sehingga belum dapat untuk dirujuk balik ke Faskes tingkat pertama, maka Dokter Spesialis/Sub Spesialis membuat surat keterangan yang menyatakan bahwa pasien masih dalam perawatan.

Selanjutnya apabila pasien sudah dalam kondisi stabil sehingga dapat dirujuk balik ke Faskes tingkat pertama, maka Dokter Spesialis/Sub Spesialis akan memberikan surat keterangan rujuk balik. Kemudian apabila Dokter Spesialis/Sub Spesialis tidak memberikan surat keterangan, maka untuk kunjungan berikutnya pasien harus membawa surat rujukan yang baru dari Faskes tingkat pertama.

Pelayanan rawat jalan tingkat lanjutan bagi peserta BPJS Kesehatan mengikuti peraturan perundangan yang ada. Hal ini disampaikan informan MI (2015) sebagai berikut:

“apapun yang dilakukan disini sangat tergantung dengan regulasi yang ada, masalah keuangan kesehatan regulasinya yang mengikuti regulasi menkes, termasuk penerapan tarif,.....” (Wawancara tanggal 20 Mei 2015).

Penjelasan yang disampaikan informan tersebut menunjukkan bahwa kegiatan yang dilakukan BPJS Kesehatan mengacu pada peraturan perundangan yang ada. Perundangan yang ada mencakup Undang-Undang No. 24 tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN), peraturan lainnya. Regulasi yang diikuti oleh BPJS Kesehatan termasuk yang berkaitan keuangan. Masalah keuangan BPJS Kesehatan ini mengikuti aturan Kementerian Kesehatan.

5). Kemitraan Penugasan Pelayanan Laboratorium Medis Rawat Jalan

Pelayanan laboratorium medis sebagai pelayanan kesehatan penunjang untuk peserta BPJS Kesehatan dapat dimanfaatkan sesuai dengan indikasi penyakit yang telah didiagnosa petugas medis di poli. Hal ini sesuai dengan informasi yang disampaikan informan tentang pemanfaatan laboratorium medis oleh DT (2016) sebagai berikut:

... mungkin ke pemeriksaan penunjang (laboratorium) atau

Penjelasan tersebut menunjukkan bahwa peserta BPJS Kesehatan dapat memanfaatkan fasilitas kesehatan laboratorium yang tersedia di RSD dr. Soebandi. Pemeriksaan laboratorium ini dilakukan setelah adanya surat rujukan dari fasilitas kesehatan tingkat pertama yang prosesnya sama dengan proses yang lainnya. Hal ini seperti disampaikan informan DT (2016) sebagai berikut:

..... Pasien BPJS langsung mendaftar ke BPJS Center, dengan membawa SEP ke pemeriksaan penunjang (laboratorium), (Wawancara tanggal 7 Januari 2016).

Penjelasan tersebut menunjukkan bahwa peserta BPJS dapat memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan di laboratorium. Pemeriksaan laboratorium ini setelah mendapat surat dari dokter yang memeriksa di poli. Dari hasil laboratorium ini selanjutnya diserahkan kembali ke poli tempat pemeriksaan.

c. Kemitraan Penugasan Pelayanan Kesehatan Rawat Inap

1). Kemitraan Penugasan Pelayanan Administrasi Rawat Inap

Peserta BPJS Kesehatan yang sedang rawat inap dapat mengambil obat di depo obat rawat inap yang telah disediakan oleh RSD dr. Soebandi. Dengan membawa resep dari dokter yang merawat, peserta BPJS Kesehatan dapat mengambil obat sesuai dengan indikasi yang tertera dalam resep. Selanjutnya petugas depo obat memeriksa resep itu dan selanjutnya disiapkan obat yang sesuai dan tertera dalam resep. Petugas obat memberikan penjelasan seperlunya terkait dengan penggunaan obat yang diberikan tersebut.

Apabila peserta BPJS Kesehatan akan melakukan rawat inap, maka ada beberapa prosedur yang perlu dilakukan. Prosedur Rawat Inap Tingkat Lanjutan seperti yang disampaikan informan DT (2016) sebagai berikut:

Alur ini untuk pasien peserta BPJS di luar jam dinas atau pada sore hari. Peserta BPJS Kesehatan datang langsung ke IGD lantas ke bagian admisi di IGD di luar jam dinas (Wawancara tanggal 7 Januari 2016).

Penjelasan informan tersebut bahwa alur pelayanan peserta BPJS Kesehatan jika memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan diluar waktu jam dinas atau pada sore hari, maka peserta masuknya melalui IGD. Jika masuk melalui IGD maka yang perlu mendaftar terlebih dahulu dibagian administrasi pendaftaran. Pada saat melakukan pendaftaran, maka peserta menunjukkan anggota peserta BPJS Kesehatan. Di IGD ini dokter melakukan pemeriksaan dan tindakan medis yang diperlukan. Untuk pengambilan obat, di IGD telah disediakan apotek untuk IGD. Setelah diberikan tindakan medis dapat mengambil obat di IGD tersebut. Bila telah selesai peserta BPJS Kesehatan dapat menyelesaikan administrasi yang telah disediakan di bagian administrasi IGD. Jika akan rawat inap, dokter IGD akan memberikan surat pengantar rawat inap, namun jika tidak rawat inap dokter IGD akan memberikan surat control kembali.

Peserta melakukan pendaftaran ke RS dengan membawa identitas BPJS Kesehatan serta surat perintah rawat inap dari poli atau unit gawat darurat. Peserta harus melengkapi persyaratan administrasi sebelum pasien pulang maksimal 3 x 24

jam hari kerja sejak masuk Rumah Sakit. Petugas Rumah Sakit melakukan pengecekan keabsahan kartu dan surat rujukan serta melakukan input data ke dalam aplikasi Surat Eligibilitas Peserta (SEP) dan melakukan pencetakan SEP. Petugas BPJS kesehatan melakukan legalisasi SEP. Fasilitas kesehatan melakukan pemeriksaan, perawatan, pemberian tindakan, obat dan bahan medis habis pakai (BMHP). Setelah mendapatkan pelayanan peserta menandatangani bukti pelayanan pada lembar yang disediakan. Lembar bukti pelayanan disediakan oleh masing-masing fasilitas kesehatan. Dalam hal peserta menginginkan kelas perawatan yang lebih tinggi daripada haknya, maka Peserta dapat meningkatkan haknya dengan mengikuti asuransi kesehatan tambahan, atau membayar sendiri selisih antara biaya yang dijamin oleh BPJS Kesehatan dengan biaya yang harus dibayar akibat peningkatan kelas perawatan. Kenaikan kelas perawatan lebih tinggi daripada haknya atas keinginan sendiri dikecualikan bagi peserta PBI Jaminan Kesehatan.

2). Kemitraan Penugasan Pelayanan Pemeriksaan Rawat Inap

Jika karena kondisi pada fasilitas kesehatan mengakibatkan peserta tidak memperoleh kamar perawatan sesuai haknya, maka: Peserta dapat dirawat di kelas perawatan satu tingkat lebih tinggi. BPJS Kesehatan membayar kelas perawatan peserta sesuai haknya. Apabila kelas perawatan sesuai hak peserta telah tersedia, maka peserta ditempatkan di kelas perawatan yang menjadi hak peserta. Perawatan satu tingkat lebih tinggi paling lama 3 (tiga) hari. Jika kenaikan kelas yang terjadi lebih dari 3 (tiga) hari, maka selisih biaya yang terjadi menjadi tanggung jawab Fasilitas Kesehatan yang bersangkutan atau berdasarkan persetujuan pasien dirujuk ke Fasilitas Kesehatan yang setara. Penjaminan peserta baru dalam kondisi sakit dan sedang dalam perawatan. Hal ini seperti yang disampaikan informan DT (2016) sebagai berikut:

Syarat-syaratnya adalah membawa surat rujukan dan kartu peserta BPJS Kesehatan (Wawancara tanggal 7 Januari 2016).

Penjaminan diberikan mulai dari pasien terdaftar sebagai peserta BPJS Kesehatan yang dibuktikan dengan tanggal bukti bayar (bukan tanggal yang tercantum dalam kartu peserta BPJS Kesehatan); Peserta diminta untuk mengurus

SEP dalam waktu maksimal 3 x 24 jam hari kerja sejak pasien terdaftar sebagai peserta BPJS kesehatan; Apabila peserta mengurus SEP lebih dari 3 x 24 jam hari kerja sejak terdaftar sebagai peserta BPJS Kesehatan, maka penjaminan diberikan untuk 3 hari mundur ke belakang sejak pasien mengurus SEP; Biaya pelayanan yang terjadi sebelum peserta terdaftar dan dijamin oleh BPJS Kesehatan menjadi tanggung jawab pasien sesuai dengan ketentuan yang berlaku di Fasilitas kesehatan tersebut. Hal ini seperti disampaikan informan DT (2016) sebagai berikut:

Kalau tidak membawa bisa disampaikan secara lisan bahwa saya keluarga pasien ini tidak membawa kartu BPJS Kesehatan, punya kartu tapi ketinggalan. Karena ketinggalan dikasih waktu 3 x 24 jam (Wawancara tanggal 7 Januari 2016).

Penjelasan tersebut menunjukkan bahwa peserta BPJS Kesehatan, jika akan memanfaatkan fasilitas kesehatan harus membawa kartu peserta BPJS Kesehatan. Namun apabila tidak membawa dapat disampaikan secara lisan terlebih dahulu. Penyampaian informasi ketidak membawa kartu ini dapat disampaikan oleh keluarga peserta atau pasien. Sebenarnya kartunya ada namun tidak dibawa yang kemungkinan ketinggalan. Proses ketinggalan ini dapat diberi kesempatan selama tiga hari jam kerja.

Untuk pasien baru yang sudah mendapatkan pelayanan rawat inap, maka tidak diperlukan surat rujukan dari fasilitas kesehatan tingkat satu atau keterangan gawat darurat. Untuk penjaminan selanjutnya, peserta wajib mengikuti prosedur pelayanan BPJS Kesehatan yang berlaku. Perhitungan penjaminan berdasarkan proporsional hari rawat sejak pasien dijamin oleh BPJS Kesehatan. Besar biaya yang ditanggung oleh BPJS Kesehatan adalah sejak pasien dijamin oleh BPJS Kesehatan sampai dengan tanggal pulang dibagi total hari rawat kali tarif INA CBG's. Hal ini seperti yang disampaikan informan DT (2016) sebagai berikut:

Apabila 3 x 24 jam tidak bisa menunjukkan syarat-syarat tersebut berarti menjadi pasien umum. 3 x 24 hari libur itu sabtu dan minggu. Pasien datang hari libur merah tidak dihitung, yang dihitung sabtu dan minggu (Wawancara tanggal 7 Januari 2016).

Penjelasan tersebut maka peserta BPJS Kesehatan diberi kesempatan tiga hari untuk melengkapi persyaratan untuk rawat inap. Tiga hari ini tidak termasuk

dalam hari libur, sabtu dan minggu. Selanjutnya jika pasien datang pada hari sabtu atau minggu tetap dihitung. Hanya toleransi kelengkapan persyaratan saja yang diberi toleransi karena ketinggalan atau tidak membawa kartu peserta BPJS Kesehatan. Apabila dalam jangka waktu 3 hari kerja tidak dapat menunjukkan kartu peserta BPJS Kesehatan, maka selanjutnya dimasukkan dalam peserta umum, artinya bukan sebagai peserta BPJS Kesehatan.

Dalam pemeriksaan rawat inap dilakukan oleh tenaga medis atau dokter yang ditugasi oleh rumah sakit, dan pemeriksaan ini dilakukan secara berkala. Hal ini seperti disampaikan informan DT (2016) sebagai berikut:

“Yang memberikan pelayanan adalah dokter atau tenaga medis”
(Wawancara tanggal 7 Januari 2016).

Dari penjelasan yang disampaikan informan tersebut yang memberikan pemeriksaan adalah dokter atau tenaga medis. Dalam proses pemeriksaan itu dilihat perkembangannya, apakah pasien itu kondisinya semakin membaik atau kondisinya tetap atau memburuk. Jika kondisinya tidak membaik maka perlu adanya tindakan medis dalam perawatan rawat inap tersebut.

3). Kemitraan Penugasan Pelayanan Tindakan Medis Rawat Inap

Dalam pelayanan tindakan medis rawat inap ini, setelah dilakukan pemeriksaan oleh dokter spesialisik atau sub spesialisik, termasuk juga konsultasi. Tindakan medis yang dilakukan spesialisik ini supaya sesuai dengan indikasi medis yang dialami oleh peserta BPJS Kesehatan. Hal ini seperti yang disampaikan oleh informan DN (2016) sebagai berikut:

Setelah dari poli kalau butuh masuk rumah sakit dapat rawat inap, dalam rawat inap dapat pemeriksaan, pengobatan (tindakan medis) dan juga konsultasi, ambil obat, untuk menentukan rawat inap atau tidak rawat inap itu dari poli (Wawancara tanggal 7 Januari 2016).

Penjelasan tersebut menunjukkan bahwa dalam tindakan medis rawat inap itu berarti setelah dari poli. Sebelum dilakukan tindakan medis atau pengobatan dilakukan terlebih dahulu pemeriksaan. Tindakan medis atau pengobatan ini

dilakukan oleh dokter spesialisik sesuai dengan indikasi medis yang diderita peserta BPJS Kesehatan.

Dalam pelayanan tindakan medis ini peserta dapat pelayanan obat yang sesuai dengan indikasi penyakit yang dideritanya atau sesuai dengan indikasi medis. Pelayanan obat ini termasuk obat yang bahan medis yang habis pakai. Pelayanan lain yang dapat dimanfaatkan peserta BPJS Kesehatan di pelayanan medis rawat inap misalnya rehabilitasi medis, pelayanan darah, dan lainnya.

4). Kemitraan Penugasan Pelayanan Laboratorium Rawat Inap

Selanjutnya tentang pelayanan laboratorium pada saat peserta BPJS Kesehatan rawat inap. Pada saat pemeriksaan atau kunjungan dokter spesialisik ke pasien, jika dipandang perlu dokter spesialisik menghendaki adanya laboratorium untuk memeriksa kondisi medis yang diderita pasien BPJS Kesehatan tersebut. Selanjutnya dokter menuliskan resep untuk dilakukan pemeriksaan di laboratorium. Hal ini seperti yang disampaikan informan DT (2016) sebagai berikut:

“Untuk penunjang lab tidak masuk ke poli dulu. Biasanya kalau mau ke lab harus melalui poli dulu” (Wawancara tanggal 7 Januari 2016).

Penjelasan tersebut menunjukkan bahwa untuk dapat memanfaatkan fasilitas laboratorium perlu masuknya melalui poli terlebih dahulu. Namun karena sudah dalam perawatan rawat inap maka dokter spesialisik atau petugas sub spesialisik mengambil darah atau lainnya untuk dibawa ke laboratorium. Kemudian dokter tinggal menulis resep sesuai dengan indicator medis yang diderita pasien tersebut. Selanjutnya bahan yang untuk diperiksakan dibawa ke laboratorium.

Jika memeriksakan bahan ke lab laboratorium, maka peserta BPJS Kesehatan perlu menunjukkan tentang kartu peserta BPJS Kesehatan. Hal ini seperti yang disampaikan informan DT (2016) sebagai berikut:

....., tetapi yang ini langsung ke lab yang dituju, Surat rujukan pasti, kartu BPJS seperti itu, sama alurnya ke admisi dulu (Wawancara tanggal 7 Januari 2016).

Penjelasan tersebut menunjukkan bahwa dalam pemeriksaan bahan medis seperti darah langsung ke laboratorium. Persyaratan yang perlu untuk memanfaatkan laboratorium yaitu surat rujukan, kartu peserta BPJS Kesehatan. Kemudian didaftarkan terlebih dahulu di bagian administrasi yang ada di laboratorium. Hasil laboratorium dapat diambil sesuai dengan ketentuan petugas laboratorium kapan mengambilnya.

Selanjutnya tentang rujukan parsial. Pengertian rujukan parsial adalah pengiriman pasien atau spesimen ke pemberi pelayanan kesehatan lain dalam rangka menegakkan diagnosis atau pemberian terapi, yang merupakan satu rangkaian perawatan pasien di Fasilitas kesehatan tersebut. Kemudian rujukan parsial dapat berupa: pengiriman pasien untuk dilakukan pemeriksaan penunjang atau tindakan; pengiriman spesimen untuk pemeriksaan penunjang. Hal ini seperti disampaikan informan DT (2016) sebagai berikut:

..... karena dari rumah sakit sebelumnya kemungkinan peralatan lab tidak ada yang ada di rumah sakit sini.....(Wawancara tanggal 7 Januari 2016).

Penjelasan informan tersebut menunjukkan bahwa jika pasien peserta BPJS Kesehatan memanfaatkan tentang rujukan parsial tentang laboratorium, hal ini dimanfaatkan karena rumah sakit sebelumnya kemungkinan laboratoriumnya kurang lengkap, sehingga dikirim ke RSD dr. Soebandi. Persyaratan yang perlu dilengkapi antara lain Surat rujukan, kartu peserta BPJS Kesehatan dan surat eligibilitas peserta (SEP).

Apabila pasien tersebut adalah pasien rujukan parsial, maka pada SEP pasien diberi keterangan “Rujukan Parsial”, dan rumah sakit penerima rujukan tidak menerbitkan SEP baru untuk pasien tersebut. Biaya rujukan parsial menjadi tanggung jawab Fasilitas Kesehatan perujuk dan pasien tidak boleh dibebani urun biaya. BPJS Kesehatan membayar biaya pelayanan sesuai dengan paket INA CBG’s ke Fasilitas Kesehatan perujuk.

Selanjutnya tentang Pelayanan Alat Kesehatan di luar paket INA CBG’s. Untuk pelayanan alat kesehatan yang ada di luar paket INA CBG’s dokter spesialis menuliskan resep, peserta mengurus legalisasi dan sebagainya, lebih lanjut dapat

dilihat sebagai berikut: Dokter Spesialis menuliskan resep alat kesehatan sesuai indikasi medis, Peserta mengurus legalisasi alat kesehatan ke petugas BPJS Center atau Kantor BPJS Kesehatan. Peserta dapat mengambil alat kesehatan di Instalasi Farmasi Rumah Sakit atau di jejaring fasilitas kesehatan penyedia alat kesehatan di luar paket INA CBG's yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan, Peserta wajib membawa: Surat Eligibilitas Peserta (SEP) atau salinannya; Resep alat kesehatan yang telah dilegalisir petugas BPJS Kesehatan; Fasilitas kesehatan melakukan verifikasi resep dan berkas lainnya kemudian menyerahkan alat kesehatan tersebut. Peserta wajib menandatangani bukti penerimaan alat kesehatan.

Dalam pelayanan medik meliputi pelayanan penunjang laboratorium dan pelayanan ambulan. Hal ini seperti yang disampaikan oleh informan DT (2016), sebagai berikut:

Rujukan parsial ini diperuntukkan misalnya pasien mau menuju ke laboratorium, tanpa melalui rawat jalan, syaratnya adalah seperti surat rujukan, kartu BPJS Kesehatan (Wawancara tanggal 7 Januari 2016).

Penjelasan informan tersebut bahwa pelayanan penunjang laboratorium bagi peserta BPJS Kesehatan tidak memerlukan rawat jalan, syarat yang perlu dibawa adalah surat rujukan dari puskesmas peserta, selain itu juga menunjukkan kartu BPJS Kesehatan. Pelayanan untuk peserta BPJS Kesehatan demikian ini dinamakan dengan menggunakan rujukan parsial.

Dalam pelayanan non medik untuk pelayanan penunjang laboratorium, pelayanan pemeriksaan penunjang diberikan kepada Peserta BPJS Kesehatan yang telah mendapatkan analisis riwayat kesehatan dengan hasil teridentifikasi mempunyai risiko penyakit tertentu. Pelayanan pemeriksaan penunjang Skrining Kesehatan yang dijamin oleh BPJS Kesehatan adalah: Pemeriksaan IVA, Pemeriksaan Pap smear, pemeriksaan Gula Darah Puasa, pemeriksaan Gula Darah Post Prandial.

Pelayanan pemeriksaan penunjang program rujuk balik (PRB), ada beberapa jenis pemeriksaan yaitu gula darah puasa, gula darah post prandial, gula darah sewaktu. Kemudian tarifnya juga sudah ditentukan sesuai ketentuan yang ada. Pemeriksaan Gula Darah Sewaktu, Glukosa Darah Puasa (GDP) dan Glukosa

Darah Post Prandial (GDPP) dilakukan 1 (satu) bulan sekali. Pemeriksaan lain selain yang termasuk dalam komponen paket kapitasi dan selain GDP, GDPP dan GDS dilakukan di Fasilitas Kesehatan Tingkat Lanjutan dan biayanya sudah termasuk dalam paket INA CBG's.

Jika akan memanfaatkan laboratorium penunjang, maka tidak perlu ke poli dulu untuk yang parsial. Hal ini seperti yang disampaikan informan DN (2016), sebagai berikut:

Untuk penunjang lab tidak masuk ke poli dulu. Biasanya kalau mau ke laboratorium harus melalui poli dulu, tetapi yang ini langsung ke laboratorium yang dituju, karena dari rumah sakit sebelumnya kemungkinan peralatan laboratorium tidak ada yang ada di rumah sakit sini (Wawancara tanggal 7 Januari 2016).

Penjelasan tersebut bahwa peserta BPJS Kesehatan tidak perlu ke poli terlebih dahulu, melainkan langsung ke laboratorium. Pemanfaatan ini dilakukan karena fasilitas di puskesmas atau rumah sakit lainnya laboratoriumnya tidak memadai, oleh karena itu oleh fasilitas tingkat pertama dirujuk ke RSD dr. Soebandi ini.

Untuk penunjang laboratorium ini jika poli memandang perlu adanya pemeriksaan laboratorium, maka petugas medis memberikan surat kepada pasien untuk dilakukan pemeriksaan laboratorium medis. Pemeriksaan laboratorium medis ini dapat menggunakan sampel darah pasien atau sebagian penyakit medis pasien. Proses di laboratorium medis ini juga memerlukan waktu, karena terkait pemeriksaan laboratorium yang banyak.

5). Kemitraan Penugasan Pelayanan Kefarmasian Rawat Inap

Dalam pelayanan kefarmasian rawat inap dimaksudkan sebagai pelayanan obat yang diberikan kepada pasien yang sedang melakukan rawat inap. Pelayanan kefarmasian ini diberikan setelah pasien mendapatkan pemeriksaan dari petugas medis. Oleh petugas medis pasien atau keluarga pasien untuk mengambil obat di Depo farmasi rawat inap. Hal ini seperti disampaikan oleh informan DT (2016) sebagai berikut:

“masuk rumah sakit, rawat inap, depo farmasi rawat inap, loket rawat inap, pulang” (Wawancara tanggal 7 Januari 2016).

Penjelasan tersebut menunjukkan bahwa masuk rumah sakit itu dapat melalui IGD, artinya setelah dirawat di IGD pasien tidak pulang melainkan untuk perawatan lebih lanjut yaitu rawat inap. Dari penjelasan informan tersebut di tempat pelayanan rawat inap disediakan depo farmasi rawat inap. Pasien dapat mengambil obat ke depo farmasi ini setelah pasien mendapatkan pemeriksaan oleh dokter atau petugas medis rawat inap.

d. Kemitraan Penugasan Pelayanan Akomodasi

Pelayanan kelas rawat inap bagi peserta BPJS Kesehatan perlu menempati tempat yang sesuai dengan kelas yang dipilih peserta BPJS Kesehatan. Hal ini sesuai dengan yang disampaikan informan DT (2016) sebagai berikut:

Kalau masuk rumah sakit rawat inap, menempati ruang rawat inap. Kemudian ke depo farmasi rawat inap. Selesai ke loket rawat inap ada sendiri, selesai dapat pulang (Wawancara tanggal 7 Januari 2016).

Penjelasan yang disampaikan informan menunjukkan bahwa jika masuk rumah sakit untuk rawat inap, maka peserta BPJS Kesehatan hendaknya menempati kelas yang dipilih sebagai peserta BPJS Kesehatan. Cakupan pelayanan rawat inap tingkat lanjutan ini mencakup seluruh cakupan pelayanan di rawat jalan tingkat lanjutan (RJTL) dengan tambahan akomodasi. Tambahan akomodasi dalam RJTL itu mencakup rawat inap intensif dan perawatan inap non intensif dengan hak kelas perawatan tertentu. Kelas perawatan dimaksud meliputi ruang perawatan kelas III, ruang perawatan kelas II, ruang perawatan kelas I.

Peruntukan ruang perawatan itu berbeda-beda satu dengan lainnya. Ruang perawatan kelas III diperuntukkan bagi peserta BPJS Kesehatan sebagai peserta PBI (Penerima Bantuan Iuran), kemudian Peserta Pekerja Bukan Penerima Upah dan Peserta bukan Pekerja yang membayar iuran untuk Manfaat pelayanan di ruang perawatan kelas III Peserta Pekerja Bukan Penerima Upah dan Peserta bukan Pekerja yang membayar iuran untuk Manfaat pelayanan di ruang perawatan kelas III.

Kemudian ruang perawatan kelas II diperuntukkan bagi peserta BPJS Kesehatan yang sebagai Pegawai Negeri Sipil dan penerima pensiun Pegawai Negeri Sipil golongan ruang I dan golongan ruang II beserta anggota keluarganya Pegawai Negeri Sipil dan penerima pensiun Pegawai Negeri Sipil golongan ruang I dan golongan ruang II beserta anggota keluarganya; Anggota TNI dan penerima pensiun Anggota TNI yang setara Pegawai Negeri Sipil golongan ruang I dan golongan ruang II beserta anggota keluarganya; Anggota Polri dan penerima pensiun Anggota Polri yang setara Pegawai; Pegawai Negeri Sipil golongan ruang I dan golongan ruang II beserta anggota keluarganya; Peserta Pekerja Penerima Upah dan Pegawai Pemerintah Non Pegawai Negeri dengan gaji atau upah sampai dengan 1,5 (satu koma lima) kali penghasilan tidak kena pajak dengan status kawin dengan 1 (satu) anak, beserta anggota keluarganya; dan Peserta Pekerja Bukan Penerima Upah dan Peserta bukan Pekerja yang membayar iuran untuk Manfaat pelayanan di ruang perawatan kelas II.

Kemudian ruang perawatan kelas I diperuntukkan bagi peserta BPJS Kesehatan antara lain: Pejabat Negara dan anggota keluarganya; Pegawai Negeri Sipil dan penerima pensiun pegawai negeri sipil golongan ruang III dan golongan ruang IV beserta anggota keluarganya; Anggota TNI dan penerima pensiun; Anggota TNI yang setara Pegawai Negeri Sipil golongan ruang III dan golongan ruang IV beserta anggota keluarganya; Anggota Polri dan penerima pensiun Anggota Polri yang setara Pegawai Negeri Sipil golongan ruang III dan golongan ruang IV beserta anggota keluarganya; Veteran dan Perintis Kemerdekaan beserta anggota keluarganya; janda, duda, atau anak yatim piatu dari Veteran atau Perintis Kemerdekaan; Peserta Pekerja Penerima Upah dan Pegawai Pemerintah Non Pegawai Negeri dengan gaji atau upah di atas 1,5 (satu koma lima) sampai dengan 2 (dua) kali penghasilan tidak kena pajak dengan status kawin dengan 1 (satu) anak, beserta anggota keluarganya; dan Peserta Pekerja Bukan Penerima Upah dan Peserta bukan Pekerja yang membayar iuran untuk Manfaat pelayanan di ruang perawatan kelas I.

Peserta BPJS Kesehatan dalam memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan yang ada di RSD dr. Soebandi dapat naik kelas perawatan. Misalnya kelas 3 dapat naik ke kelas 2 dan juga dapat naik ke kelas 1 atau juga kelas Vip. Hal ini disamakan informan BJ (2016) sebagai berikut:

Peserta BPJS Kesehatan dapat naik kelas dari kelas pilihan kepesertaannya. Misalnya dari kelas kepesertaannya kelas 3 naik ke kelas 2 atau kelas 1 bahkan dapat naik ke kelas VIP. (Wawancara tanggal 14 Januari 2016).

Penjelasan informan tersebut menunjukkan bahwa peserta BPJS Kesehatan dapat naik kelas yang lebih tinggi dari kelas kepesertaannya. Hal ini berarti peserta BPJS Kesehatan dapat naik kelas dari kelas yang rendah naik ke kelas yang lebih tinggi, misalnya dari kelas 3 naik ke kelas 2 atau naik ke kelas 1 bahkan dapat naik ke kelas Vip. Hal ini berarti peserta dapat kebebasan untuk memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan. Peserta BPJS Kesehatan yang dapat naik kelas ini adalah peserta non penerima bantuan iuran (PBI) yaitu peserta mandiri dan peserta yang iurannya dibayar pemberi pekerjaan. Hal ini seperti disampaikan informan BJ (2016) sebagai berikut:

Peserta BPJS Kesehatan yang dapat naik kelas adalah peserta non PBI yaitu peserta mandiri atau peserta yang iurannya dibayar oleh pemberi kerja. (Wawancara tanggal 14 Januari 2016).

Penjelasan tersebut menunjukkan bahwa peserta BPJS Kesehatan yang dapat naik kelas adalah peserta non PBI yaitu peserta yang iurannya dibayar sendiri dan peserta yang iurannya dibayar oleh pemberi kerja. Selanjutnya untuk peserta penerima bantuan iuran (PBI) tidak dapat naik kelas yang lebih tinggi. Hal ini seperti disampaikan informan BJ (2016) sebagai berikut:

Kemudian untuk peserta BPJS Kesehatan penerima bantuan iuran (PBI) tidak dapat naik kelas ke kelas perawatan yang lebih tinggi. Kelas perawatan yang diterima adalah kelas 3. (wawancara 14 Januari 2016).

Penjelasan informan tersebut menunjukkan bahwa untuk peserta penerima bantuan iuran (PBI) tidak dapat naik kelas perawatan dari kelas kepesertaannya yaitu kelas 3.

e. Kemitraan Penugasan Pelayanan Ambulan

Pelayanan ambulan diberikan kepada pasien yang mengalami kondisi sakit tertentu. Penggantian biaya pelayanan ambulan sesuai dengan standar yang di daerah Jember. Tagihan diajukan secara kolektif oleh RSD dr. Soebandi tiap bulannya yang disampaikan kepada BPJS Kesehatan sebelum tanggal 10 bulan berikutnya. Hal terkait dengan ambulan seperti disampaikan informan DN (2016) sebagai berikut:

Ambulan itu bagaimana, mbak kalau ambulan tiak ada di sini, kalau ambulan itu kan ada kerjasamanya sendiri dik begitu katanya. Kok tidak satu karena beda-beda sesuai dengan permintaan BPJS Kesehatan, ambulan sendiri, penyakit kronis sendiri (Wawancara tanggal 7 Januari 2016).

Penjelasan informan tersebut menunjukkan bahwa untuk pelayanan ambulan tersendiri, sesuai dengan kontrak perjanjiannya dengan BPJS Kesehatan. Tagihan ambulan yang dilakukan oleh RSD dr. Soebandi kepada BPJS Kesehatan berkaitan dengan transportasi darat bagi peserta BPJS Kesehatan dengan kondisi tertentu antar fasilitas kesehatan. Kemudian pergantian biaya pelayanan ambulan sesuai dengan standar biaya ambulan yang telah disepakati daerah. Tagihan diajukan oleh RSD dr. Soebandi secara kolektif kepada BPJS Kesehatan Center. Pengajuan tagihan oleh pihak rumah sakit maksimal tanggal 10 setiap bulannya pada bulan berikutnya. Tagihan yang ditagihkan dalam bentuk soft copy dan hard copy atau pendukung.

Kelengkapan administrasi yang diajukan adalah surat keterangan medis dari dokter yang merawat yang menerangkan kondisi medis pada saat dirujuk, salinan identitas peserta BPJS Kesehatan. Berikutnya adalah bukti pelayanan ambulan yang memuat informasi antara lain: identitas peserta, waktu pelayanan, fasilitas kesehatan perujuk, fasilitas kesehatan rujukan, tandatangan dan cap fasilitas perujuk dan penerima rujukan.

Gambaran tersebut merupakan gambaran penjelasan pelayanan kesehatan di lapangan yang diperoleh secara empirik. Penjelasan secara empirik ini lantas diabstraksikan. Hasil dari abstraksi data empirik menunjukkan bahwa jika diambil

intinya berbagai pelayanan itu menjadi pelayanan medis, pelayanan non medis. Itulah pelayanan kesehatan yang diberikan RSD dr. Soebandi.

Peserta BPJS Kesehatan dapat memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan RSD dr. Soebandi mulai dari pelayanan IGD, pelayanan rawat jalan, pelayanan rawat inap, pelayanan akomodasi, dan pelayanan ambulan. Pelayanan kesehatan ini diberikan kepada peserta BPJS Kesehatan sesuai dengan pilihan kelas iuran kepesertaannya.

4.3.3 Kemitraan Antar Perangkat Daerah dari Segi Pengajuan Tagihan

a. Pengajuan Tagihan Pelayanan IGD

Rumah sakit setelah memberikan pelayanan gawat darurat kepada peserta BPJS Kesehatan dapat mengajukan tagihan kepada BPJS Kesehatan. Hal ini seperti yang disampaikan informan BJ (2016) sebagai berikut:

Rumah sakit mengajukan tagihan setelah memberikan jasa pelayanan pada peserta BPJS Kesehatan (Wawancara tanggal 11 Maret 2016).

Penjelasan informan tersebut menunjukkan bahwa RSD dr. Soebandi mengajukan tagihan (tagihan) kepada BPJS Kesehatan. Tagihan itu diajukan setelah rumah sakit memberikan pelayanan kesehatan kepada peserta BPJS Kesehatan. Dalam mengajukan tagihan kepada BPJS Kesehatan Center untuk tagihan pelayanan gawat darurat, tagihan dapat diajukan kepada BPJS Kesehatan Center yang ada di RSD dr. Soebandi. Pelayanan kesehatan di IGD dilakukan oleh dokter spesialis atau sub spesialis. Pelayanan kesehatan yang diberikan kepada peserta BPJS Kesehatan dapat berupa pemeriksaan, konsultasi, tindakan medis. Tagihan yang diajukan kepada BPJS Kesehatan terletak di RSD dr. Soebandi. Hal ini seperti yang disampaikan informan DN (2016) sebagai berikut:

Dari pengendali yang letaknya di lantai 1 diajukan ke BPJS kesehatan,..... (Wawancara tanggal 17 Maret 2016).

Penjelasan informan tersebut menunjukkan bahwa tim pengendali yang ada di RSD dr. Soebandi mengajukan tagihan kepada BPJS Kesehatan Center yang letaknya di RSD dr. Soebandi juga. Letak dari BPJS Kesehatan Center ini di lantai

1. Kemudian dilengkapi berkas-berkas pendukung yang telah dikumpulkan dari IGD, kemudian diserahkan kepada BPJS Kesehatan. Hal ini seperti yang disampaikan informan DN (2016) sebagai berikut:

berkas-berkas pendukung yang telah dikumpulkan dari IGD, kemudian diserahkan kepada BPJS Kesehatan (Wawancara tanggal 12 Desember 2015).

Penjelasan yang disampaikan informan tersebut menunjukkan bahwa berkas-berkas pendukung untuk kelengkapan pengajuan tagihan perlu disiapkan terlebih dahulu. Berkas-berkas itu dikumpulkan oleh petugas yang ada di IGD. Kelengkapan berkas itu mencakup: rekapitulasi pelayanan, foto copy identitas peserta, dan pelayanan gawat darurat. Rekapitulasi pelayanan itu mencakup: nama penderita; nomor identitas; alamat dan nomor telepon pasien; diagnosa penyakit; tindakan yang diberikan; tanggal masuk perawatan dan tanggal keluar perawatan; jumlah hari rawat (jika dirawat inap); jumlah tagihan per pasien; jumlah seluruh tagihan. Kemudian foto copy identitas peserta, foto copy ini untuk menunjukkan bahwa peserta itu benar-benar mempunyai kartu identitas sebagai peserta BPJS Kesehatan. Selanjutnya pelayanan gawat darurat, dalam pelayanan gawat darurat ini dimaksudkan tindakan medis yang dilakukan tenaga dokter spesialis atau sub spesialis dalam menangani medis kepada peserta BPJS Kesehatan.

Setelah berkas-berkas itu terkumpul dan tersusun rapi selanjutnya oleh petugas IGD diserahkan atau dibawa ke tim pengendali. Dalam tim pengendali ini akan dicek ulang oleh petugas tim pengendali. Hal ini berarti sebelum diserahkan ke BPJS Kesehatan Center, berkas dan kelengkapannya diverifikasi secara internal oleh tim pengendali. Kemudian setelah dianggap cukup dan sesuai maka selanjutnya dimintakan tandatangan direktur rumah sakit untuk disyahkan. Pengesahan ini ditandatangani direktur dan di stempel direktur rumah sakit. Setelah ditandatangani direktur berikutnya ditata kembalikan atau dicek kembali kemungkinan ada yang masih kurang setelah dicek oleh direktur. Sebelum diserahkan ke BPJS Kesehatan Center, data itu dientry terlebih dahulu oleh tim pengendali. Hal ini seperti yang disampaikan informan DN (2016) sebagai berikut:

Data itu dientry dulu, setelah data bukti-bukti lengkap di bawa ke BPJS Center yang ada di rumah sakit ini (Wawancara tanggal 17 Maret 2016).

Penjelasan informan tersebut menunjukkan bahwa bukti-bukti berkas sebelum diserahkan kepada BPJS Kesehatan Center, maka oleh tim pengendali dientry terlebih dahulu. Pengentryan data itu satu persatu peserta BPJS Kesehatan. Setelah dianggap lengkap baru kemudian serahkan kepada BPJS Kesehatan Center yang ada lantai 1 RSD dr. Soebandi. Berkas-berkas itu tidak perlu dibawa ke kantor cabang BPJS Kesehatan, namun cukup dibawa ke BPJS Center yang ada di RSD dr. Soebandi.

Setelah dientry selanjutnya dikirim ke BPJS Kesehatan. Bukti-bukti yang dikirim hendaknya lengkap yang dikumpulkan dari tiap-tiap poli yang ada di rumah sakit. Setelah lengkap berkas-berkas itu dikirim ke BPJS Center yang ada di rumah sakit. Jadi di rumah sakit itu untuk melayani peserta BPJS Kesehatan, maka peserta dapat datang di BPJS Center. Hal ini seperti yang disampaikan informan DN (2016) sebagai berikut:

....., berkas tagihan tidak dibawa ke Jalan Jawa melainkan diserahkan ke BPJS Kesehatan yang Kantornya ada di lantai 1 di sini juga (Wawancara tanggal 17 Maret 2016).

Penjelasan tersebut yang disampaikan informan bahwa tim pengendali dalam mengajukan tagihan tidak perlu datang di kantor cabang BPJS Kesehatan yang ada di Jl. Jawa 55 Jember, namun cukup diserahkan di BPJS Center yang ada di rumah sakit. BPJS Center ini di RSD dr. Soebandi terletak di lantai 1, hal ini dimaksudkan untuk mempermudah proses dalam memberikan pelayanan secara cepat. Hal ini karena di BPJS Center sudah ada tim verifikasinya. Hal ini seperti disampaikan informan DNT (2016) sebagai berikut:

“Verifikasi dilakukan di BPJS Center karena sudah ada tim verifikasinya” (Wawancara tanggal 17 Maret 2016).

Penjelasan informan tersebut menunjukkan bahwa BPJS Kesehatan melakukan verifikasi atas tagihan atau tagihan yang diajukan oleh RSD Dr. Soebandi. setelah rumah sakit memberikan pelayanan kesehatan, maka rumah sakit

dapat mengajukan tagihan kepada BPJS Kesehatan. Dalam pengajuan tagihan itu Surat Eligibilitas Peserta (SEP) dilengkapi dengan bukti-bukti kelengkapan berkas. Berkas-berkas yang akan diajukan itu dikumpulkan dari poli-poli dibawa ke Tim pengendali.

Tagihan yang diajukan oleh tim pengendali yang ada di RSD dr. Soebandi diajukan secara kolektif kepada BPJS Center maksimal tanggal 10 bulan berikutnya. Tagihan diajukan secara kolektif setiap bulan dengan kelengkapan administrasi sebagai berikut: Kuitansi asli rangkap 3 (tiga), bermaterai secukupnya. Formulir pengajuan tagihan (FPK) rangkap 3 (tiga), Fotokopi Identitas peserta BPJS Kesehatan, Rekap Tagihan pelayanan, Lembar permintaan pemeriksaan oleh dokter, Hasil pemeriksaan laboratorium, Fotokopi Identitas peserta BPJS Kesehatan.

Berikutnya tagihan yang diajukan secara kolektif oleh tim pengendali dimaksudkan tidak boleh lebih dari tanggal 10 bulan berikutnya. Jika melebihi tanggal 10 tadi, maka BPJS Kesehatan tidak akan memproses selanjutnya akan diproses bulan berikutnya lagi. Tagihan yang diajukan tim pengendali dalam bentuk *softcopy* (luaran aplikasi INA CBGs Kementerian Kesehatan yang berlaku) dan *hardcopy* (berkas pendukung tagihan). Tagihan tagihan di RSD dr. Soebandi menjadi sah setelah mendapat persetujuan dan ditandatangani Direktur RSD dr. Soebandi.

Kelengkapan administrasi umum sebagai berikut: Rekapitulasi pelayanan; Berkas pendukung masing-masing pasien, yang terdiri dari: Surat Eligibilitas Peserta (SEP); Surat perintah rawat inap; Resume medis yang ditandatangani oleh DPJP; Bukti pelayanan lain yang ditandatangani oleh DPJP (bila diperlukan), misal: Laporan operasi, Protokol terapi dan regimen (jadual pemberian obat) pemberian obat khusus, Perincian tagihan Rumah Sakit (manual atau automatic billing), Berkas pendukung lain yang diperlukan.

b. Pengajuan Tagihan Rawat Jalan Tingkat Lanjutan

Tagihan fasilitas kesehatan tingkat lanjutan di RSD dr. Soebandi mencakup tagihan rawat jalan tingkat lanjutan dan tagihan rawat inap tingkat lanjutan.

Pelayanan rawat jalan tingkat lanjutan oleh RSD dr. Soebandi kepada BPJS Kesehatan maka biaya yang dikenakan pada peserta BPJS Kesehatan dapat ditagihkannya kepada BPJS Kesehatan sesuai dengan paket INA CBGs dengan tanpa iur biaya kepada peserta. Tarif paket INA CBGs sudah mencakup biaya seluruh pelayanan yang diberikan kepada peserta BPJS Kesehatan, baik biaya administrasi, jasa pelayanan, sarana, alat atau bahan habis pakai, obat, akomodasi dan lain-lain.

Setelah memberikan pelayanan kesehatan rawat jalan, RSD dr. Soebandi dapat mengajukan tagihan atau tagihan kepada BPJS Kesehatan. Hal ini seperti disampaikan informan BJ (2016) sebagai berikut:

RS mengajukan tagihan setelah memberikan pelayanan, RS itu terus mendapatkan uang dari BPJS Kesehatan jadi dapat fee (uang) dari BPJS Kesehatan atas jasa pelayanan pada peserta BPJS Kesehatan (Wawancara 11 Maret 2016).

Penjelasan informan tersebut menunjukkan bahwa rumah sakit setelah memberikan pelayanan kesehatan kepada peserta BPJS Kesehatan dapat mengajukan tagihan atau tagihan kepada BPJS Kesehatan. Pengajuan tagihan tidak boleh satu persatu setiap peserta, melainkan diajukan secara kolektif kepada BPJS Kesehatan. Pengajuan tagihan kepada BPJS Kesehatan dapat dilakukan setiap bulan, pengajuan tidak dapat dilakukan dalam dua bulan sekali atau tiga bulan sekali, melainkan dapat diajukan setiap bulan. Tagihan dari rumah sakit setiap bulan itu diserahkan kepada BPJS Kesehatan paling lambat tanggal 10 pada bulan berikutnya. Pengajuan tagihan itu disertai dengan kelengkapan administrasi yang meliputi: rekapitulasi pelayanan dan berkas pendukung tiap-tiap pasien.

c. Pengajuan Tagihan Rawat Inap Tingkat Lanjutan

Dalam tagihan rawat inap tingkat lanjutan, BPJS Kesehatan dapat membayar dengan paket INA CBGs tanpa pengenaan iur biaya kepada peserta. Kemudian tarif paket INA CBGs sudah mencakup biaya seluruh pelayanan yang dilakukan kepada peserta BPJS Kesehatan, baik biaya administrasi, jasa

pelayanan, sarana, alat atau bahan habis pakai, obat, akomodasi, dan lain sebagainya. Hal ini seperti yang disampaikan informan DN (2016) sebagai berikut:

setelah memberi pelayanan lantas meminta tagihan (Wawancara tanggal 17 Maret 2016).

Selanjutnya tagihan diajukan secara kolektif oleh RSD dr. Soebandi kepada BPJS Kesehatan. Pengajuan tagihan paling lambat tanggal 10 setiap bulannya pada bulan berikutnya. Tagihan yang diajukan kepada BPJS Kesehatan dalam bentuk soft copy dan juga dalam bentuk hard copy. Selanjutnya tagihan yang diajukan dari RSD dr. Soebandi telah mendapat persetujuan dan ditandatangani oleh Direktur RSD dr. Soebandi.

Tagihan yang diajukan secara kolektif kepada BPJS Kesehatan, didukung bukti-bukti administrasi secara umum yaitu: rekapitulasi pelayanan, dan berkas pendukung masing-masing pasien. Untuk berkas-berkas pendukung masing-masing pasien dapat mencakup: SEP, surat perintah rawat inap, resume medis yang ditandatangani oleh DPJP, yaitu laporan operasi, protocol terapi dan regimen pemberian obat khusus, perincian tagihan rumah sakit. Itulah sebagai gambaran tentang tagihan rawat inap.

Penjelasan tentang proses pengajuan tagihan tersebut dari RSD dr. Soebandi ke BPJS Kesehatan berarti bahwa RSD dr. Soebandi telah memberikan pelayanan kesehatan kepada peserta BPJS Kesehatan.

4.3.4 Kemitraan Antar Perangkat Daerah dari Segi Pembayaran

Dalam proses pembayaran tagihan pelayanan kesehatan mencakup verifikasi tagihan pelayanan kesehatan, klarifikasi tagihan pelayanan kesehatan, dan pembayaran tagihan pelayanan kesehatan.

a. Verifikasi Tagihan Pelayanan Kesehatan

BPJS Kesehatan setelah menerima adanya klaim dari fasilitas kesehatan yaitu RSD dr. Soebandi, kemudian melakukan verifikasi tagihan tersebut. Verifikasi ini diperlukan karena untuk mencocokkan penajuan dengan bukti-bukti pendukung yang disampaikan. Oleh karena itu verifikasi diperlukan, BPJS tidak

akan langsung membayar atas tagihan yang diajukan oleh pihak rumah sakit sebelum pihak BPJS Kesehatan melakukan verifikasi. Hal ini sesuai dengan yang disampaikan informan Rio (2015) sebagai berikut:

verifikasi dulu pak atas pelayanan kesehatan yang telah diberikan, dan harus melalui verifikasi dulu (Wawancara tanggal 24 Juni 2015).

Penjelasan informan tersebut jelas bahwa setiap bulan pengajuan dari RSD dr. Soebandi oleh pihak BPJS Kesehatan dilakukan verifikasi terlebih dahulu atas pelayanan kesehatan yang dilakukan pihak RSD dr. Soebandi. Selanjutnya ditekankan oleh informan bahwa harus melalui verifikasi, artinya dalam mengajukan tagihan tagihan sudah jelas akan dilakukan verifikasi oleh BPJS Kesehatan yang sifatnya harus diverifikasi. Dengan demikian menunjukkan bahwa sebelum tagihan itu diajukan oleh RSD dr. Soebandi kepada BPJS Kesehatan, oleh pihak RSD dr. Soebandi telah dilakukan verifikasi dulu yang sifatnya internal tim pengendali. Karena yang melakukan verifikasi internal rumah sakit itu tim pengendali sendiri. Oleh karena itu tim verifikasi di BPJS Kesehatan Center tinggal mengecek ulang atas tagihan yang diajukan pihak RSD dr. Soebandi.

1) Verifikasi Tagihan IGD

Dalam verifikasi tagihan Instalasi Gawat Darurat (IGD) dapat diklasifikasi verifikasi tagihan administrasi dan verifikasi pelayanan. Dalam verifikasi administrasi adalah bukti-bukti kelengkapan administrasi. Hal ini seperti disampaikan informan DN (2016) sebagai berikut:

.....disertai dengan bukti-bukti kelengkapan berkas.....
(Wawancara tanggal 17 Maret 2016).

Penjelasan tersebut dalam verifikasi tagihan di IGD perlu disertai dengan kelengkapan-kelengkapan berkas, karena verifikasi ini meliputi: verifikasi kuitansi asli sebanyak rangkap tiga dan bermaterai secukupnya. Kemudian formulir pengajuan tagihan (FPK) sebanyak rangkap tiga, selanjutnya foto copy identitas peserta BPJS Kesehatan, rekapitulasi pelayanan yang isinya dapat meliputi: nama peserta, nomor identitas, alamat dan nomor telepon peserta, diagnose penyakit,

tindakan yang diberikan, tanggal masuk peserta, tanggal keluar peserta, jumlah hari rawat (jika rawat inap), jumlah tagihan per pasien, dan jumlah seluruh tagihan. Berikutnya softcopy hasil aplikasi INA CBGs. Untuk yang kasus rawat inap harus melampirkan surat pernyataan dari faskes yang diketahui BPJS Kesehatan dan surat keterangan medis dari dokter yang merawat pasien. Bukti-bukti itu dikumpulkan oleh petugas pengendali yang dibawa dari poli-poli rawat jalan yang ada di RSD dr. Soebandi. Selanjutnya bukti-bukti administrasi itu yang sudah ditandatangani peserta atau keluarga.

Dalam verifikasi pelayanan yang diberikan kepada peserta, maka yang diverifikasi meliputi membandingkan data identitas peserta dengan identitas pada bukti pelayanan. Berikutnya memastikan bahwa diagnose peserta termasuk ke dalam kriteria gawat darurat sesuai ketentuan yang berlaku. Selanjutnya memastikan tarif pelayanan pada gawat darurat oleh faskes lanjutan sesuai dengan tarif INA CBGs.

2) Verifikasi Tagihan Fasilitas Kesehatan Rawat Jalan

Untuk verifikasi berkas tagihan rawat jalan dan verifikasi berkas tagihan rawat inap. Hal ini seperti yang disampaikan informan DN (2016) sebagai berikut:

“..... Verifikasi dilakukan di BPJS Center karena sudah ada tim verifikasinya” (Wawancara tanggal 17 Maret 2016).

Penjelasan informan tersebut menunjukkan bahwa setelah data dengan bukti-bukti sudah lengkap yang diserahkan rumah sakit, maka BPJS Kesehatan melakukan verifikasi. Verifikasi itu dilakukan di kantor BPJS Center yang ada di rumah sakit. Tim verifikasi sudah disediakan oleh BPJS Kesehatan sehingga dapat memudahkan bagi pihak rumah sakit dalam mengajukan tagihan ke BPJS Kesehatan. Verifikasi yang dilakukan BPJS Kesehatan ada dua yaitu verifikasi administrasi dan verifikasi pelayanan kesehatan.

3) Verifikasi Tagihan Rawat Inap

Selanjutnya dalam mengverifikasi administrasi berkas rawat inap, maka yang diverifikasi meliputi: Surat perintah rawat inap, Surat Eligibilitas Peserta (SEP), Resume medis yang ditandatangani oleh DPJP, Bukti pelayanan yang mencantumkan diagnosa dan prosedur serta ditandatangani oleh Dokter Penanggung Jawab Pasien (DPJP). Laporan operasi (jika diperlukan), Resep alat kesehatan (diluar prosedur operasi), Tanda terima alat kesehatan (alat bantu gerak, collar neck, corset, dll), Berkas pendukung lain yang diperlukan.

4) Verifikasi Tagihan Ambulan

Dalam verifikasi ambulan ini yang diverifikasi meliputi: verifikasi administrasi dan verifikasi pelayanan. Dalam verifikasi administrasi tagihan ambulan, maka yang diverifikasi oleh verifikator BPJS Kesehatan Center mencakup: kuitansi asli dari fasilitas kesehatan perujuk. Kemudian berikutnya adalah formulir pengajuan tagihan, foto copy SEP, surat keterangan medis dari dokter yang merawat. Surat keterangan dokter ini berisi menerangkan kondisi medis pasien pada saat dirujuk. Berikutnya adanya surat pernyataan penggunaan ambulan oleh keluarga pasien. Kemudian tandatangan dan cap dari fasilitas kesehatan perujuk dan fasilitas kesehatan rujukan.

Kemudian verifikasi pelayanan berkaitan dengan penggunaan ambulan. Penggunaan ambulan itusesuai dengan kebutuhan dan indikasi medis dengan melihat diagnose dan permintaan rujukan menggunakan ambulan dari dokter. Memastikan penggunaan ambulan antar fasilitas kesehatan perujuk dengan fasilitas kesehatan rujukan. Itu semua merupakan gambaran verifikasi pelayanan ambulan yang dilakukan verifikator atas pelayanan kepada peserta BPJS Kesehatan yang diajukan oleh rumah sakit rujukan.

5) Verifikasi Tagihan Administrasi

Dalam verifikasi administrasi berkas tagihan rawat inap, yang diverifikasi adalah meliputi: Surat Eligibilitas Peserta (SEP), Bukti pelayanan yang mencantumkan diagnosa dan prosedur serta ditandatangani oleh Dokter Penanggung Jawab Pasien (DPJP). Protocol terapi dan regimen (jadwal pemberian)

obat khusus, Resep alat kesehatan (diluar prosedur operasi), Tanda terima alat kesehatan (kacamata, alat bantu dengar, alat bantu gerak dll), Berkas pendukung lain yang diperlukan.

Berikutnya adalah verifikasi tahapan administrasi tagihan. Pada verifikasi tahapan ini mencakup: Verifikasi Administrasi Kepesertaan, Verifikasi administrasi kepesertaan adalah meneliti kesesuaian berkas tagihan yaitu antara Surat Eligibilitas Peserta (SEP) dengan data yang diinput dalam aplikasi INA CBGs dengan berkas pendukung lainnya. Verifikasi Administrasi Pelayanan, Hal-hal yang harus diperhatikan dalam deteksi dini administrasi pelayanan adalah: Untuk kode INA CBGs *severity* level III pastikan ada pengesahan dari Komite Medik. Verifikasi ini sangat penting karena untuk mencocokkan aktivitas yang diusulkan dengan bukti-bukti pendukungnya. Hal ini seperti yang disampaikan informan DN (2016) sebagai berikut:

BPJS Kesehatan melakukan verifikasi, kalau ada yang tidak cocok maka akan dikembalikan ke tim pengendali lagi untuk dilengkapi (Wawancara tanggal 17 Maret 2016).

Penjelasan informan tersebut menunjukkan bahwa BPJS Kesehatan dalam hal ini yang ada di rumah sakit BPJS Center melakukan verifikasi. Verifikasi ini dilakukan BPJS Kesehatan untuk mencocokkan atas usula tagihan tagihan yang diajukan rumah sakit dengan bukti-bukti pendukungnya dengan aturan perundangan yang ada sesuai INA CBGs. Jika data pendukungnya tidak cocok dengan usulan tagihan, maka selanjutnya akan dikembalikan ke rumah sakit dalam hal ini tim pengendali.

6) Klarifikasi

Dalam proses pengembalian ini BPJS Kesehatan memberikan informasi tentang kekurangan-kekurangannya untuk dilengkapi. Pemberitahuan ini dilakukan melalui surat resmi. Oleh karena itu diharapkan setelah dikembalikan oleh pihak tim pengendali di rumah sakit segera memperbaikinya, karena dalam pemberitahuan ini disebutkan kekurangan-kekurangannya. Hal ini seperti disampaikan informan DT (2016) sebagai berikut:

Dalam klarifikasi BPJS Kesehatan memberikan informasi tentang klarifikasi melalui surat resmi (Wawancara tanggal 17 Maret 2016).

Penjelasan tersebut menunjukkan bahwa selain BPJS Kesehatan melakukan verifikasi atas tagihan yang diajukan pihak rumah sakit dalam hal ini tim pengendali. Maka BPJS Kesehatan juga melakukan klarifikasi, jikalau oleh tim verifikasi BPJS Kesehatan dirasa ada hal tidak sesuai. Kegiatan klarifikasi ini juga disertai dengan surat resmi dan diinformasikan seara jelas. Jika dalam batas waktu tertentu tidak segera dilengkapi, maka tagihan yang dikembalikan tadi tidak akan dibayar oleh BPJS Kesehatan. Hal ini seperti disampaikan informan DT (2016) sebagai berikut:

Jika tidak segera dilengkapi maka tidak akan dibayar, hangus.

Penjelasan yang disampaikan informan tersebut menunjukkan bahwa nilai tagihan tagihan yang diajukan kepada BPJS Kesehatan yang dikembalikan tadi tidak akan dibayar oleh BPJS Kesehatan jika tidak segera dilengkapi atas kekurangannya. Oleh karena itu dalam batas tertentu jika tetap tidak dilengkapi akan menjadi hangus.

Kesesuaian Spesialisasi Dokter Penanggung Jawab Pasien (DPJP) dengan diagnosa. Misalnya, pasien dengan diagnosa jantung namun DPJP-nya adalah spesialis mata, lakukan *cross check* ke *resume* medis atau poli. Kesesuaian antara tindakan operasi dengan spesialisasi operator. Misalnya, dalam laporan tindakan Apendiktomi oleh operator spesialis jantung, perlu dilakukan *cross check* lebih lanjut. Kesesuaian antara Tipe Rumah Sakit dan kompetensi dokter di Rumah Sakit tersebut. Misalnya : Tindakan Kraniotomi yang dilakukan di Rumah Sakit Type D, Tindakan CABG yang dilakukan di Rumah Sakit yang tidak memiliki ahli Bedah Thorax Kardio Vaskuler, perlu dilakukan *cross check* lebih lanjut. Koding yang ditentukan koder tidak unbundling. Contoh: *Diabetes Melitus with Nephropaty* menjadi Diabetes Melitus (Diagnosa Primer) dan Nephropaty (Diagnosa Sekunder), Perhatikan Readmisi untuk diagnosa penyakit yang sama, jika pasien masuk dengan diagnosa yang sama lakukan *cross check* dengan riwayat pulang rawat pada episode yang lalu, apakah pada episode rawat yang lalu pasien pulang

dalam keadaan sembuh atau pulang dalam keadaan pulang paksa, ataupun dirujuk, Jika pasien telah dipulangkan dalam keadaan pulang paksa maka episode rawat pada readmisi merupakan kelanjutan dari pembiayaan penyakit yang sama.

Pada kasus special CMGs: Alat kesehatan dengan prosedur operasi: pastikan kesesuaian tagihan dengan resume medis, billing RS dan laporan operasi. Diluar prosedur operasi: pastikan kesesuaian tagihan dengan resume medis, billing RS, resep alat kesehatan, bukti tanda terima alat kesehatan. Pada kasus special drug, pastikan kesesuaian antara tagihan dengan resume medis, billing dan regimen (jadual dan rencana pemberian obat).

Selanjutnya jika oleh BPJS Kesehatan tentang pengajuan tagihan atas pelayanan kesehatan yang diajukan oleh RSD dr. Soebandi sudah dianggap lengkap. Baik itu kelengkapan dengan bukti-bukti administrasi, kemudian diverifikasi oleh BPJS Kesehatan dan jika ada yang tidak sesuai dikembalikan selanjutnya sudah sampai lengkap. Maka berikutnya BPJS Kesehatan membayar tagihan yang diajukan oleh RSD dr. Soebandi.

Apa yang dijelaskan di atas dengan demikian bahwa tagihan kemitraan pelayanan kesehatan didasarkan atas tarif yang ada di INA CBGs. Kemudian proses tagihan pelayanan kesehatan itu dimulai dari pelayanan kesehatan yang telah dilakukan RSD dr. Soebandi kepada peserta BPJS Kesehatan. Atas dasar rumah sakit telah memberikan pelayanan kesehatan itu selanjutnya rumah sakit mengajukan tagihan kepada BPJS Kesehatan. Setelah diajukan oleh pihak rumah sakit, maka tagihan yang diajukan itu oleh BPJS Kesehatan dilakukan verifikasi. Verifikasi yang dilakukan mencakup verifikasi administrasi dan verifikasi pelayanan kesehatan. Jika dalam verifikasi itu ditemukan ketidaksesuaian antara tagihan yang diajukan dengan diagnose yang diberikan oleh tenaga medis, maka BPJS Kesehatan melakukan klarifikasi.

Begitu juga jika dalam tagihan tagihan yang diajukan oleh RSD dr. Soebandi tidak disertai data-data atau bukti-bukti pendukung yang sesuai, maka tagihan itu akan dikembalikan untuk dilengkapi disertai dengan surat pemberitahuan atas kekurangan yang ada untuk segera dilengkapi. Dengan demikian apabila bukti-

bukti pendukung sudah lengkap dan juga klarifikasi sudah sesuai, maka berikutnya pihak BPJS Kesehatan melakukan pembayaran atas tagihan yang diajukan oleh RSD dr. Soebandi.

Penjelasan tersebut menunjukkan bahwa proses pembayaran tagihan dari RSD dr. Soebandi kepada BPJS Kesehatan diperlukan adanya kelengkapan bukti-bukti. Setelah sampai di BPJS Kesehatan kelengkapan itu diteliti dan diklarifikasi. Jika bukti-bukti kelengkapan tidak lengkap atau kurang setelah diteliti kurang lengkap maka pengajuan tagihan itu dikembalikan. Selanjutnya dalam proses pengembalian itu disertai dengan penjelasan yang perlu dilengkapi dan disampaikan kepada pihak RSD dr. Soebandi secara tertulis melalui surat dinas. Namun jika sudah lengkap dan juga telah diklarifikasi selanjutnya BPJS Kesehatan melakukan pembayaran atas tagihan yang diajukan dari RSD dr. Soebandi.

Penjelasan tersebut dapat diambil intinya bahwa dalam verifikasi itu terdapat verifikasi administrasi tagihan dan verifikasi pelayanan kesehatan. Dalam verifikasi administrasi tagihan yang diverifikasi adalah verifikasi kelengkapan berkas dan verifikasi tahapan. Kemudian dalam verifikasi pelayanan tagihan yang diverifikasi adalah pelayanan yang diberikan pihak rumah sakit.

Dengan demikian maka RSD dr. Soebandi setelah melakukan kegiatan pelayanan kesehatan kepada peserta BPJS Kesehatan, maka RSD dr. Soebandi dapat mengajukan tagihan kepada BPJS Kesehatan. Atas jasa pelayanan kesehatan itu maka pihak RSD dr. Soebandi mendapatkan bayaran, sedangkan pihak BPJS Kesehatan membayar atas jasa pelayanan kesehatan yang dilakukan RSD dr. Soebandi. Hal ini artinya terdapat kerjasama antara BPJS Kesehatan dengan RSD dr. Soebandi.

Bab-bab sebelumnya menunjukkan bahwa antara BPJS Kesehatan dengan RSD dr. Soebandi terdapat kemitraan atau kerjasama. Kerjasama yang dilakukan itu dalam pelayanan kesehatan. Pelayanan kesehatan yang dilakukan RSD dr. Soebandi meliputi: pelayanan medis, dan pelayanan non medis.

7) Komunikasi Pengajuan Tagihan Pelayanan Kesehatan

Komunikasi pengajuan tagihan pelayanan kesehatan kepada BPJS Kesehatan memerlukan adanya proses. Komunikasi dalam proses pengajuan tagihan itu mula-mula pihak rumah sakit mengumpulkan kelengkapan yang diperlukan untuk memenuhi syarat yang harus terpenuhi dalam pengajuan tagihan. Komunikasi proses ini pihak tim pengendali mulai mengumpulkan bukti-bukti kegiatan pelayanan kesehatan yang telah dilakukan oleh pihak rumah sakit. Tim pengendali mendatangi setiap poli untuk menyerahkan kegiatan pelayanan kesehatan kepada peserta BPJS Kesehatan yang telah diberikan pelayanan kesehatan. Setelah tim pengendali mengingatkan kepada setiap poli untuk segera menyerahkan kegiatan pelayanan kesehatan, maka berikutnya pihak poli rumah sakit mengumpulkan berbagai bukti pelayanan kesehatan yang telah diberikan kepada peserta BPJS Kesehatan.

Pada akhir bulan pihak poli mengumpulkan berkas-berkas yang telah dilakukan selama 1 bulan terakhir yaitu berkas-berkas pelayanan kesehatan mulai tertanggal 1 sampai dengan tanggal 30 setiap bulannya. Berkas-berkas itu ditata sesuai dengan tanggal pelayanan kesehatan yang telah dilakukan selama 1 bulan terakhir, yaitu tanggal 1 terletak paling atas dan tanggal 30 terletak paling bawah. Berkas itu dilengkapi dengan bukti-bukti yang diperlukan.

Perlu diperhatikan bahwa setelah terkumpul berkas-berkas itu yang dikumpulkan dari setiap poli yang ada di rumah sakit, poli-poli itu mencakup:

- 1) Poliklinik Penyakit Anak,
- 2) Poliklinik Penyakit Kandungan dan Kebidanan,
- 3) Poliklinik Penyakit Dalam
- 4) Poliklinik Bedah (terdiri; Bedah Umum, Bedah Saraf, Urologi dan Bedah Mulut),
- 5) Poliklinik Penyakit Mata,
- 6) Poliklinik Penyakit THT,
- 7) Poliklinik Penyakit Jantung,
- 8) Poliklinik Penyakit Paru,
- 9) Poliklinik Penyakit Saraf,
- 10) Poliklinik Penyakit Orthopaedi,

- 11) Poliklinik Jiwa (psikiatri),
- 12) Poliklinik Penyakit Kulit dan Kelamin.
- 13) Poliklinik Psikologi,
- 14) Poliklinik Gigi dan Mulut
- 15) Poliklinik Rehabilitasi Medik
- 16) Poliklinik Keluarga Berencana
- 17) Poliklinik Penyakit Kanker
- 18) Poliklinik Laktasi
- 19) Poliklinik Hemodialisa
- 20) Poliklinik Gizi.

Setiap poli tersebut di atas yang ada di rumah sakit mengumpulkan berkas-berkas yang akan diajukan untuk tagihan pelayanan kesehatan yang dilakukan oleh poli tersebut. Poli-poli itu terkait dengan pelayanan kesehatan yang diberikan dokter atau petugas medis, yang mencakup: Poliklinik Penyakit Anak, Poliklinik Penyakit Kandungan dan Kebidanan, Poliklinik Penyakit Dalam, Poliklinik Bedah (terdiri; Bedah Umum, Bedah Saraf, Urologi dan Bedah Mulut), Poliklinik Penyakit Mata, Poliklinik Penyakit THT, Poliklinik Penyakit Jantung, Poliklinik Penyakit Paru, Poliklinik Penyakit Saraf, Poliklinik Penyakit Orthopaedi, Poliklinik Jiwa (psikiatri), Poliklinik Penyakit Kulit dan Kelamin. Poliklinik Psikologi, Poliklinik Gigi dan Mulut, Poliklinik Rehabilitasi Medik, Poliklinik Keluarga Berencana, Poliklinik Penyakit Kanker, Poliklinik Laktasi, Poliklinik Hemodialisa, Poliklinik Gizi.

Selanjutnya berkas-berkas yang ada di poli oleh petugas masing-masing poli dibawa ke tim pengendali JKN yang ada di rumah sakit. Dalam tim pengendali yang ada di rumah sakit, berkas-berkas yang dikumpulkan dari masing-masing poli diperiksa kembali tentang kelengkapannya. Hal ini sesuai dengan yang disampaikan informan DN (2016) sebagai berikut:

“setelah memberi pelayanan lantas meminta tagihan. SEP yaitu disertai dengan bukti-bukti kelengkapan berkas yang ditagihkan yang dibawa dari poli dibawa ke pengendali” (Wawancara tanggal 17 Maret 2016).

Dari penjelasan informan tersebut menunjukkan bahwa rumah sakit setelah memberikan pelayanan kesehatan kepada peserta BPJS Kesehatan dapat meminta tagihan atau tagihan kepada BPJS Kesehatan. Kelengkapan berkas itu mencakup sebagai berikut:

- 1) Rekapitulasi pelayanan;
- 2) Berkas pendukung setiap pasien, yang terdiri dari: SEP, Resume medis, laporan status pasien, keterangan diagnosa dokter yang merawatnya;
- 3) Resimen (jadwal pemberian obat);
- 4) Perincian tagihan rumah sakit baik manual maupun automatic billing;
- 5) Berkas pendukung lain yang diperlukan.

Setelah kelengkapan itu dirasa sudah cukup lengkap, selanjutnya diserahkan kepada BPJS Kesehatan yang ada di lantai 1 RSD dr. Soebandi ini juga. Hal ini seperti disampaikan oleh informan DN (2016) sebagai berikut:

“Dari pengendali yang letaknya di lantai 1 diajukan ke BPJS kesehatan, berkas tagihan tidak dibawa ke Jalan Jawa melainkan diserahkan ke BPJS Kesehatan yang Kantornya ada di lantai 1 di sini juga” (Wawancara tanggal 17 Maret 2016).

Dari penjelasan informan tersebut berkas yang sudah dikumpulkan di tim pengendali. Tim pengendali ini sebuah tim yang dibentuk oleh rumah sakit untuk menganai dan mengkoordinasikan tentang Jaminan Kesehatan nasional (JKN). Oleh karena itu tim pengendali ini dapat menangani JKN dan Non-JKN. Yang termasuk dalam JKN ini adalah BPJS Kesehatan. Dengan demikian maka berkas-berkas yang sudah dikumpulkan di tim pengendali dan jika sudah lengkap dapat diajukan kepada BPJS Kesehatan (BPJS Center) yang ada di RSD dr. Soebandi sendiri. Berkas-berkas yang sudah terkumpul di tim pengendali ini di cek ulang, terkait dengan bukti-bukti itu sudah lengkap atau belum menurut tim pengendali. Jika terdapat bukti-bukti kelengkapan ada yang belum lengkap, maka berkas yang ada di tim pengendali dikembalikan lagi ke poli untuk dilengkapi. Proses untuk melengkapi itu perlu segera karena perbaikan dan penyempurnaan kelengkapan itu terbatas dengan waktu untuk diserahkan ke BPJS Center.

Setelah oleh tim pengendali sudah dianggap cukup lengkap, maka selanjutnya oleh tim pengendali berkas-berkas dari setiap poli yang telah terkumpul di tim pengendali dimintakan persetujuan ke Direktur RSD dr. Soebandi. Setelah berkas persetujuan ditandatangani oleh direktur, selanjutnya berkas-berkas yang dari poli diserahkan ke BPJS Center. Penyerahan berkas-berkas itu disertai dengan bukti penyerahan dari RSD dr. Soebandi. Sebelum diserahkan oleh tim pengendali, maka oleh tim pengendali berkas-berkas itu dientry terlebih dahulu, hal ini seperti disampaikan oleh informan DN (2016) sebagai berikut:

“Data itu dientry dulu, setelah data bukti-bukti lengkap di bawa ke BPJS Center yang ada di rumah sakit ini” (Wawancara tanggal 17 Maret 2016).

Dari penjelasan informan tersebut menunjukkan bahwa data yang akan diserahkan oleh tim pengendali kepada BPJS Center, data-data tersebut dientry terlebih dahulu. Sehingga yang diserahkan oleh tim pengendali ada 2 bentuk yaitu pertama dalam bentuk *soft copy* dan dalam bentuk *hard copy*. Setelah bukti-bukti itu lengkap selanjutnya diserahkan kepada BPJS Center.

Antara tim pengendali dan BPJS Center letaknya sangat dekat dan saling berhadapan. Letak tim pengendali dan BPJS Center sama-sama di lantai 1 RSD dr. Soebandi. Dengan letaknya yang saling berdekatan itu berarti dapat mempermudah bagi tim pengendali maupun bagi BPJS Center, jika dalam proses pengajuan tagihan dari RSD dr. Soebandi terdapat kekurangan kelengkapan dapat disampaikan dengan cepat.

BPJS Kesehatan Center ini letaknya di rumah sakit juga yaitu RSD dr. Soebandi lantai 1. Hal ini berarti dapat mempermudah bagi petugas tim pengendali jika ada kekurangan dapat segera dilengkapi. Setelah berkas-berkas itu diterima oleh BPJS Center, maka selanjutnya BPJS Center melakukan verifikasi atas tagihan tagihan yang diajukan oleh pihak rumah sakit. Di BPJS Kesehatan Center ini oleh BPJS Kesehatan telah dibentuk tim verifikasi.

8) Komunikasi Verifikasi Tagihan Pelayanan Kesehatan

Setelah BPJS Center menerima pengajuan tagihan yang diajukan oleh tim pengendali, maka BPJS Center melakukan verifikasi. Hal ini sesuai dengan yang disampaikan informan DN (2016) sebagai berikut:

“Verifikasi dilakukan di BPJS Center karena sudah ada tim verifikasinya” (Wawancara tanggal 17 Maret 2016).

Dari penjelasan informan tersebut menunjukkan bahwa berkas-berkas yang diajukan oleh tim pengendali rumah sakit diverifikasi oleh BPJS Center. BPJS Center dalam melakukan verifikasi berpedoman pada basis *Indonesian Case Based Groups* (INA CBGs).

Dalam verifikasi ini yang diverifikasi oleh BPJS Center meliputi verifikasi administrasi tagihan dan verifikasi pelayanan kesehatan. Verifikasi administrasi tagihan mencakup: verifikasi administrasi tagihan rawat jalan dan verifikasi tagihan rawat inap. Untuk verifikasi administrasi tagihan rawat jalan yang diverifikasi mencakup: surat eligilitas peserta (SEP), bukti pelayanan (bukti pelayanan ini harus mencantumkan diagnosa dan prosedur penanganan pasien peserta BPJS Kesehatan serta ditanda tangani oleh dokter penanggung jawab pasien, selain itu pasien menyetujui dan menandatangani atas pelayanan yang diberikan dokter), kemudian adanya regimen obat yang diberikan oleh dokter, resep alat kesehatan, dan tanda terima alat kesehatan seperti kacamata, dsb.

Berikutnya yang diverifikasi adalah verifikasi administrasi tagihan rawat inap. Dalam melakukan verifikasi ini BPJS Center yang diverifikasi untuk rawat inap adalah surat perintah rawat inap dari dokter, berikutnya surat eligilitas peserta (SEP), resume medis yang ditandatangani dokter yang merawat pasien, bukti pelayanan yang mencantumkan diagnosa dan prosedur serta ditandatangani oleh dokter penanggungjawab pasien atau dokter yang merawat pasien, laporan operasi (hal ini diperlukan jika ada operasi), berikutnya protokol terapi dan regimen obat yang diberikan pada pasien, resep alat kesehatan dan tanda terima alat kesehatan.

Setelah dilakukan verifikasi oleh petugas BPJS Kesehatan Center dianggap lengkap, maka BPJS Kesehatan Center yang ada di rumah sakit menyampaikan ke BPJS Kesehatan Cabang untuk segera dibayar atas tagihan yang dilakukan oleh rumah sakit. Dari penjelasan itu berarti antara BPJS Kesehatan dengan RSD dr.

Soebandi ada kerjasama atau kemitraan dalam pelayanan kesehatan kepada peserta BPJS Kesehatan.

Setelah memahami tentang kemitraan antara BPJS Kesehatan dengan RSD dr. Soebandi Jember dapat dijelaskan sebagai berikut: BPJS Kesehatan sebagai lembaga yang dibentuk pemerintah yang mempunyai tugas untuk menyelenggarakan jaminan kesehatan bagi masyarakat dengan tujuan agar masyarakat peserta BPJS Kesehatan mendapat jaminan kesehatan. BPJS Kesehatan sebagai lembaga yang memberi jaminan kesehatan tidak mempunyai fasilitas kesehatan. Fasilitas kesehatan yang mempunyai adalah Rumah Sakit dalam hal ini adalah RSD dr. Soebandi Jember. RSD dr. Soebandi menghasilkan jasa pelayanan kesehatan. Oleh karena itu antara lembaga penyelenggara jaminan kesehatan dengan lembaga pemberi pelayanan kesehatan perlu kerjasama. Lembaga pelayanan kesehatan adalah RSD dr. Soebandi sedangkan lembaga penyelenggara jaminan kesehatan adalah BPJS Kesehatan. Tujuannya adalah agar peserta BPJS Kesehatan mendapatkan pelayanan kesehatan di RSD dr. Soebandi. Tujuan tidak akan tercapai tanpa adanya kerjasama. Kerjasama itu tidak cukup jika hanya dalam bentuk lisan, agar kerjasama itu kuat maka kerjasama itu dalam bentuk tulisan. Kerjasama ini tertuang dalam *Memorandum of Understanding (MoU)* antara BPJS Kesehatan dengan RSD dr. Soebandi.

Dalam pelaksanaan kemitraan itu kegiatannya adalah RSD dr. Soebandi memberikan pelayanan kesehatan kepada peserta BPJS Kesehatan. Pelayanan kesehatan itu mulai dari pelayanan IGD, pelayanan kesehatan rawat jalan tingkat lanjutan, pelayanan kesehatan rawat inap tingkat lanjutan, pelayanan akomodasi, dan pelayanan ambulan. Dalam pelaksanaan pemberian pelayanan kesehatan kepada peserta BPJS Kesehatan yang dilakukan RSD dr. Soebandi, maka selanjutnya RSD dr. Soebandi dapat mengajukan tagihan atau tagihan atas pelayanan kesehatan yang telah diberikan. Tagihan yang diajukan hendaknya disertai dengan bukti-bukti pelayanan kesehatan.

Berikutnya BPJS Kesehatan setelah menerima tagihan tagihan dari RSD dr. Soebandi, maka BPJS Kesehatan melakukan verifikasi. Verifikasi ini penting

dilakukan oleh BPJS Kesehatan, karena untuk memastikan tentang pemberian pelayanan kesehatan kepada peserta BPJS Kesehatan. Kesesuaian atas usulan dengan bukti-bukti yang diajukan apakah sudah memenuhi unsur kesesuaian atau kecocokan. Jika dalam verifikasi itu ditemukan ketidaksesuaian antara usulan dengan bukti-bukti yang diajukan, maka usulan itu dikembalikan lagi oleh BPJS Kesehatan ke RSD dr. Soebandi. Pengembalian berkas usulan itu dimaksudkan untuk dilengkapi atas persyaratan-persyaratan yang tidak lengkap atau tidak cocok.

4.3.5 Kemitraan Dengan Pemerintah Dalam Kontribusi Pembayaran

Kemitraan dengan pemerintah dalam kontribusi pembayaran ini bahwa pemerintah ikut ambil bagian dalam pembayaran kepada BPJS Kesehatan. Kontribusi pemerintah itu dalam bentuk Penerima Bantuan Iuran (PBI) bagi masyarakat miskin. Hal ini seperti yang disampaikan informan MI (2015) sebagai berikut:

APBN sudah membuktikan 2000 atau 84,6 lebih juta jiwa yang tercantum dalam jamkesmas yang sekarang PBI sudah dibayari APBN sebagai peserta BPJS Kesehatan PBI.” (Wawancara tanggal 20 Mei 2015).

Penjelasan tersebut menunjukkan bahwa pemerintah berkontribusi dalam pembayaran kepada BPJS Kesehatan untuk peserta BPJS Kesehatan yang miskin. Peserta yang dibayar oleh pemerintah ini disebut dengan Penerima Bantuan Iuran (PBI). Oleh karena itu PBI ini masyarakat miskin bukan untuk masyarakat yang mampu.

4.3.6 Kemitraan Jika Status Pengguna Naik Kelas

Setelah menjadi peserta maka peserta memperoleh identitas peserta dan memperoleh manfaat pelayanan kesehatan di fasilitas kesehatan yang bekerjasama dengan BPJS kesehatan; kemudian peserta wajib membayar iuran dan melaporkan data kepesertaannya kepada BPJS kesehatan dengan menunjukkan identitas peserta pada saat pindah domisili dan atau pindah kerja. Selanjutnya masa berlaku kepesertaan adalah selama peserta membayar iuran sesuai dengan kelompok

peserta; bila peserta tidak membayar iuran atau meninggal dunia maka status kepesertaannya akan hilang.

Selain itu adanya iur biaya (*additional charge*), manfaat tambahan dalam jaminan kesehatan nasional adalah manfaat non medis berupa akomodasi. Misalnya peserta yang menginginkan kelas perawatan yang lebih tinggi dari pada haknya, dapat meningkatkan haknya dengan mengikuti asuransi kesehatan tambahan, atau membayar sendiri selisih antara biaya yang dijamin oleh BPJS kesehatan dengan biaya yang harus dibayarkan akibat peningkatan kelas perawatan. Hal ini disampaikan informan BJ (2016) sebagai berikut:

Peserta BPJS Kesehatan yang naik kelas perawatannya dari kelas yang rendah ke kelas yang lebih tinggi dapat membayar sendiri selisih biaya yang dijamin oleh BPJS Kesehatan. (wawancara tanggal 14 Januari 2016).

Penjelasan tersebut menunjukkan bahwa peserta BPJS Kesehatan yang naik kelas perawatannya ke kelas yang lebih tinggi, dapat membayar sendiri selisih biaya dengan biaya yang ditanggung BPJS Kesehatan. Selisih biaya yang menjadi kewajiban untuk dibayar oleh peserta BPJS Kesehatan dibayarkan ke rumah sakit. Hal ini disampaikan informan BJ (2016) sebagai berikut:

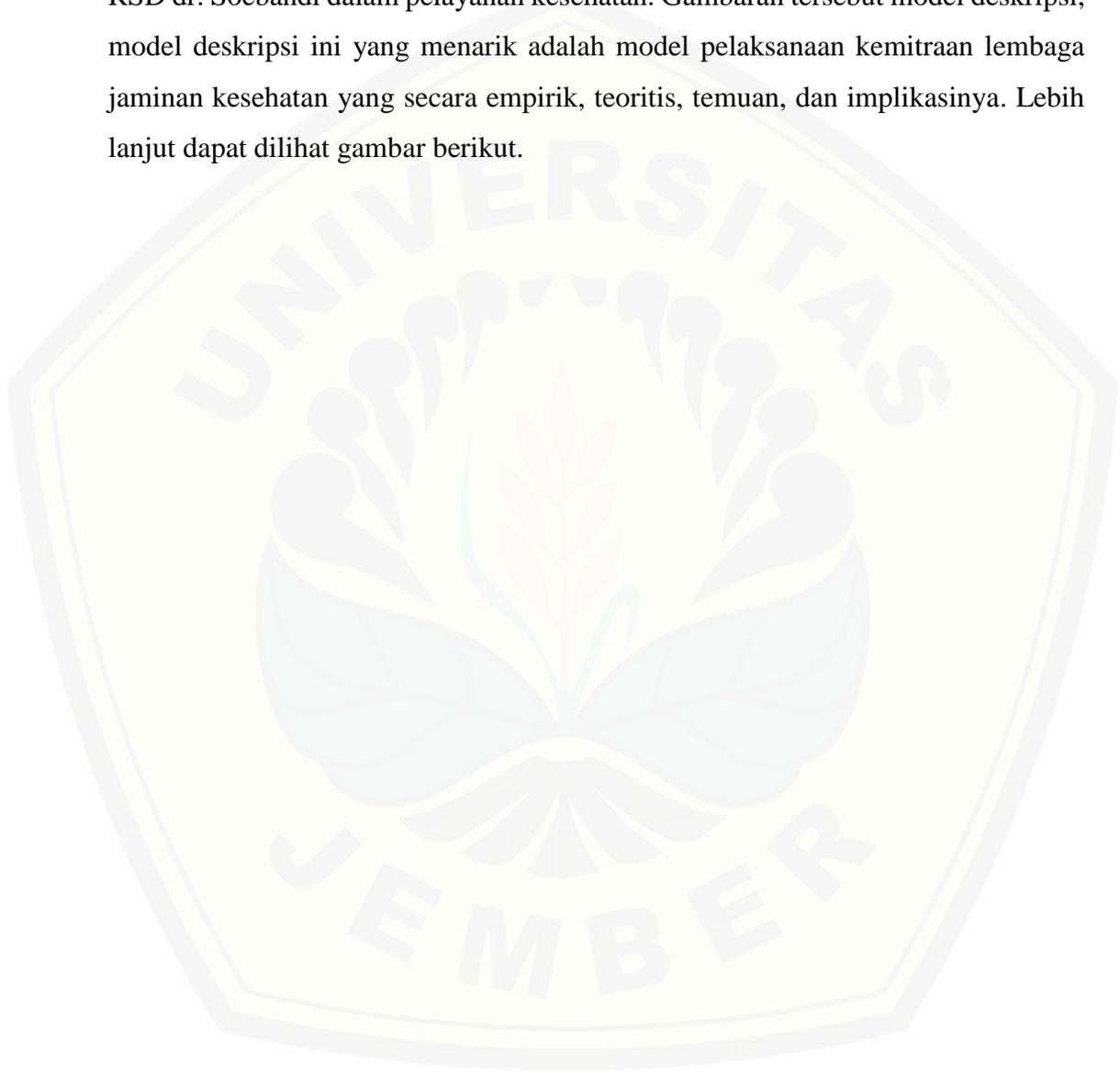
Naik kelas itu bayar keneikan kelas, bayarnya ke rumah sakit, selisih biaya naik kelas ini masuk ke rumah sakit. BPJS Kesehatan hanya membayar sesuai dengan hak pasien. (wawancara tanggal 14 Januari 2016).

Penjelasan tersebut menunjukkan bahwa peserta BPJS Kesehatan apabila dalam perawatan kesehatan naik kelas, maka selisih biaya kenaikan kelas itu dibayarkan ke rumah sakit artinya selisih biaya itu masuk ke rumah sakit tidak masuk ke BPJS Kesehatan. Kemudian BPJS Kesehatan hanya membayar kepada rumah sakit sesuai dengan hak kepesertaan peserta BPJS Kesehatan. Selanjutnya dijelaskan tentang naik kelas oleh informan BJ (2016) sebagai berikut:

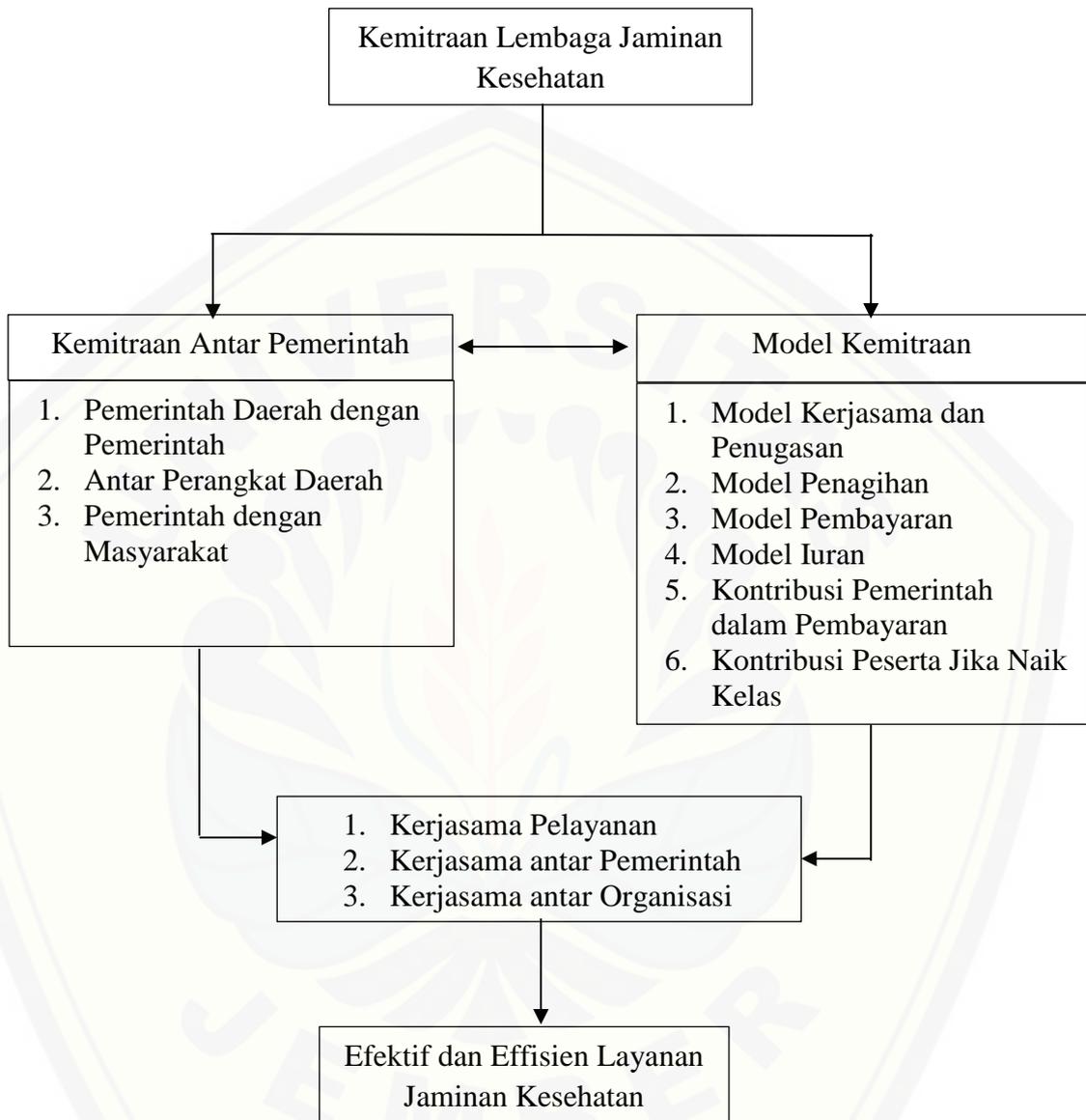
Naik kelas itu maksudnya dari kelas 3 naik kelas ke kelas 2, atau naik kelas dari kelas 3 ke kelas 1, atau naik kelas itu dari kelas 2 ke kelas 1, bahkan naik kelas ke VIP. (wawancara tanggal 14 Januari 2016).

Penjelasan informan tersebut menunjukkan bahwa semakin jelas kalau dari kelas 3 dapat naik kelas ke kelas 2 atau ke kelas 1. Kelas 2 dapat naik kelas ke kelas 1 atau bahkan naik kelas ke kelas VIP.

Itulah gambaran singkat tentang kemitraan antara BPJS Kesehatan dengan RSD dr. Soebandi dalam pelayanan kesehatan. Gambaran tersebut model deskripsi, model deskripsi ini yang menarik adalah model pelaksanaan kemitraan lembaga jaminan kesehatan yang secara empirik, teoritis, temuan, dan implikasinya. Lebih lanjut dapat dilihat gambar berikut.



Model Empiris (*Empirical Model*)



Gambar 12. Empirical Model.

BAB 6. KESIMPULAN DAN REKOMENDASI

6.1 Kesimpulan

Setelah mengkaji hasil penelitian dan penjelasan hasil penelitian dapatlah disimpulkan bahwa kemitraan lembaga jaminan kesehatan dalam perspektif organisasi antara BPJS Kesehatan dengan RSD dr. Soebandi dalam pelayanan kesehatan adalah suatu kegiatan kerjasama antara BPJS Kesehatan (sektor publik) dengan RSD dr. Soebandi (sektor publik) dalam pelayanan kesehatan (jasa) dengan tujuan memberikan pelayanan bagi peserta BPJS Kesehatan (pengguna) yang didasarkan atas perjanjian kerjasama dan masing-masing lembaga memahami kelebihan dan kekurangannya. Kemitraan lembaga jaminan kesehatan dalam perspektif organisasi ini yang dikaji kemitraan, pelaksanaan kemitraan, dan model kemitraan. Kemitraan dikaji dengan pendekatan hubungan antar pemerintah, pelaksanaan kemitraan dikaji dengan pengaturan perjanjian antar pemerintah, dan model kemitraan dikaji dengan kerjasama antar pemerintah daerah.

6.1.1 Kemitraan lembaga Jaminan Kesehatan

Kemitraan lembaga jaminan kesehatan dalam perspektif organisasi yang dikaji dari hubungan antar pemerintah pusat dengan pemerintah daerah, maupun hubungan antar pemerintah daerah dengan pemerintah daerah untuk memberikan pelayanan kepada masyarakat. Hubungan pemerintah pusat dengan pemerintah daerah ini dari segi peran adalah pemerintah pusat mempunyai peran untuk menyiapkan regulasi. Regulasi yang disiapkan itu antara lain UU No 40 tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN), UU No. 36 tahun 2009 tentang Kesehatan, UU No 24 tahun 2011 tentang BPJS, PP No. 101 tahun 2012 tentang PBI, dsb. Pemerintah pusat selain menyiapkan peraturan perundangan juga melakukan monitoring kepada pemerintah daerah. Selain itu untuk pemerintah daerah menyiapkan tentang kepesertaan, pelayanan kesehatan, pembiayaan, dan juga organisasi dan manajemennya. Dalam hal ini hubungan pemerintah daerah dan pemerintah pusat dalam melayani masyarakat lebih setara terkait dengan

struktur organisasinya. Oleh karena itu antara pemerintah pusat, pemerintah daerah dan masyarakat tidak dapat dipisahkan dan saling berhubungan. Hal ini termasuk hubungan antara BPJS Kesehatan dengan RSD dr. Soebandi dengan peserta BPJS Kesehatan sebagai sistem sosial.

6.1.2 Pelaksanaan Kemitraan

Pelaksanaan kemitraan dalam jaminan kesehatan dari perspektif organisasi antara BPJS Kesehatan dengan RSD dr. Soebandi dalam memberikan pelayanan kesehatan bahwa selain didasarkan atas kejelasan perjanjian kerjasama, penugasan, pelayanan, dan pembayaran masih perlu pula didasarkan pada pengajuan tagihan (*invoice*), iuran peserta (*participant fee*), iuran tanggungan pemerintah, biaya tambahan naik kelas (*add-on basec service fee*).

Dalam pelaksanaan kemitraan jaminan kesehatan bahwa BPJS Kesehatan sebagai lembaga penyedia layanan meminta kepada RSD dr. Soebandi sebagai lembaga penghasil layanan untuk memberikan pelayanan kesehatan kepada peserta BPJS Kesehatan. RSD dr. Soebandi memberikan pelayanan kesehatan kepada peserta BPJS Kesehatan sesuai dengan kelas iuran peserta BPJS Kesehatan. Setelah RSD dr. Soebandi memberikan pelayanan kepada peserta BPJS Kesehatan, maka BPJS Kesehatan membayar kepada RSD dr. Soebandi.

Pembayaran yang dilakukan BPJS Kesehatan kepada RSD dr. Soebandi tidak serta merta, melainkan melalui proses pengajuan tagihan (*klaim*). Dalam proses pengajuan klaim ini harus disertai dengan bukti-bukti pendukung dalam pelayanan kesehatan, tanpa bukti pendukung BPJS Kesehatan tidak dapat membayar tagihan RSD dr. Soebandi.

Pembiayaan yang digunakan oleh BPJS Kesehatan untuk membayar RSD dr. Soebandi berasal dari iuran peserta BPJS Kesehatan. Peserta BPJS Kesehatan secara rutin membayar iuran kepada BPJS Kesehatan dengan besaran iuran sesuai dengan kelas yang diinginkan peserta. Selain itu pembiayaan BPJS Kesehatan dapat berasal dari pemerintah, baik itu pemerintah pusat, pemerintah daerah. Peserta yang iurannya dibayar pemerintah disebut peserta Penerima Bantuan Iuran (PBI), sedangkan peserta yang iurannya tidak dibayar pemerintah disebut peserta Non

PBI. Untuk peserta non PBI ini ada yang peserta mandiri dan peserta penerima upah atau gaji. Peserta mandiri iurannya dibayar sendiri, sedangkan peserta penerima gaji iurannya dibayar pemberi kerja.

Namun yang perlu diperhatikan adalah untuk peserta Non PBI dapat memanfaatkan fasilitas kesehatan dengan pindah kelas yang sesuai dengan keinginannya, namun kelebihan biaya ditanggung sendiri oleh peserta. Kelebihan pembiayaan ini tidak dibayarkan oleh peserta kepada BPJS Kesehatan, namun dibayarkan langsung kepada pihak RSD dr. Soebandi.

Pembayaran yang dilakukan oleh BPJS Kesehatan kepada RSD dr. Soebandi berasal dari dana iuran peserta BPJS Kesehatan. Iuran peserta BPJS Kesehatan itu ada yang berasal dari penerima bantuan iuran (PBI) dan ada yang berasal dari peserta Non PBI. Peserta PBI iurannya dibantu pemerintah dan langsung dibayarkan ke BPJS Kesehatan tidak melalui peserta PBI. Namun peserta Non PBI, iuran pembayarannya dapat langsung ke BPJS Kesehatan untuk yang mandiri, sedangkan untuk pekerja bukan mandiri iurannya dibayar oleh pemberi kerja. Pelaksanaan kemitraan lembaga jaminan kesehatan itu dapat memberikan pelayanan kesehatan kepada peserta apabila peserta itu mentaati prosedur yang berlaku antara BPJS Kesehatan dengan RSD dr. Soebandi. Peserta tidak dapat memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan jika tidak mentaati prosedur itu.

Dengan demikian pelaksanaan kemitraan lembaga jaminan kesehatan dari perspektif organisasi ini sebagai studi kasus antara BPJS Kesehatan dengan RSD dr. Soebandi dalam melayani peserta BPJS Kesehatan temuannya (*novelty*) yaitu pengajuan tagihan (*invoice*), iuran peserta (*participant fee*), iuran tanggungan pemerintah, biaya tambahan naik kelas (*add-on basec service fee*). Oleh karena itu model ini sebagai model temuan atau *novelty* pengembangan teori Savas tentang *intergovernmental agreement*.

6.1.3 Model Pelaksanaan Kemitraan

Model pelaksanaan kemitraan lembaga jaminan kesehatan dalam perspektif organisasi dalam memberikan pelayanan kesehatan antara BPJS Kesehatan dengan RSD dr. Soebandi bahwa BPJS Kesehatan membayar kepada RSD dr. Soebandi untuk memberikan pelayanan kesehatan kepada peserta BPJS Kesehatan. Namun yang perlu diperhatikan adalah pelaksanaan kemitraan lembaga jaminan kesehatan antara BPJS Kesehatan dengan RSD dr. Soebandi itu tidak untuk layanan bersama dalam memberikan pelayanan kesehatan peserta BPJS Kesehatan. Tetapi BPJS Kesehatan sebagai penyedia pembiayaan, sedangkan RSD dr. Soebandi sebagai penghasil pelayanan kesehatan. Pelaksanaan kemitraan lembaga jaminan kesehatan ini yang terjadi adalah berarti BPJS Kesehatan memberikan wewenangnya kepada RSD dr. Soebandi. Kewenangan BPJS Kesehatan yang diserahkan kepada RSD dr. Soebandi itu adalah kewenangan memberikan pelayanan kesehatan peserta BPJS Kesehatan. Model demikian ini merupakan model kemitraan lembaga jaminan kesehatan seperti disampaikan oleh Nicholas Henry tentang *Interlocal cooperation: creeping regionalism* (kerjasama antar lokal: menjalar ke regional) yaitu *intergovernmental service agreement, joint service agreement, and intergovernmental service transfers*.

Model Nicholas Henry ini akan menjadi lengkap jika dikaitkan dengan pendapat Savas tentang *intergovernmental agreement* bahwa perjanjian antara BPJS Kesehatan dengan RSD dr. Soebandi, di mana BPJS Kesehatan menugasi dan membayar kepada RSD dr. Soebandi untuk memberikan pelayanan kesehatan kepada peserta BPJS Kesehatan. Namun temuan di lapangan bahwa terdapat pengajuan tagihan (*invoice*), iuran peserta (*participant fee*), iuran tanggungan pemerintah, biaya tambahan naik kelas (*add-on base service fee*).

Selanjutnya dari teori Nicholas Henry, teori Savas dikaitkan dengan teori B.C. Smith tentang pendekatan untuk hubungan antara pemerintah “*approaches to intergovernmental relations*” yaitu *law and administration, political community, and intergovernmental politics* (hukum dan administrasi, komunitas politik, dan politik antar pemerintah). dari segi hukum dan administrasi hubungan pemerintah pusat dengan pemerintah daerah bersifat *topdown* (dari atas ke bawah) yang dikontrol oleh pemerintah pusat. Dari segi komunitas politik hubungan pemerintah

pusat dengan pemerintah daerah bersifat *bottomup* (dari bawah ke atas) dengan memperhatikan potensi masyarakat dan aspek sosial budaya masyarakat. Dari segi politik antar organisasi bahwa hubungan pemerintah pusat dan pemerintah daerah sifatnya lebih setara, kemudian adanya jaringan sebagaimana terjadi dalam teori struktur organisasi dalam sistem sosial.

Dengan demikian model pelaksanaan kemitraan lembaga jaminan kesehatan dalam perspektif hubungan organisasi antara BPJS Kesehatan dengan RSD dr. Soebandi dalam memberikan pelayanan kesehatan yang efektif dan efisien kepada peserta BPJS Kesehatan ini merupakan integrasi dari teori Savas, teori Nicholas Henry, dan teori B.C. Smith dengan memperhatikan kelebihan dan kekurangan teori masing-masing atas dasar perjanjian kerjasama dalam upaya mencapai tujuan masyarakat sehat terjamin.

6.2 Implikasi Teoritik

Model *intergovernmental agreement* dari Savas dalam upaya menjelaskan permasalahan dalam pelaksanaan kemitraan antar lembaga pemerintah masih belum cukup. Karena teori Savas *intergovernmental agreement* itu hanya menjelaskan lembaga satu menugaskan dan membayar lembaga dua untuk memberikan pelayanan kepada pengguna. Model *intergovernmental agreement* dari Savas terdapat pengembangan hasil temuan (*novelty*) di lapangan. Temuan (*novelty*) pertama adalah tagihan (*invoice*) bahwa lembaga kedua untuk mendapatkan pembayaran perlu mengadakan tagihan terlebih dahulu kepada lembaga pertama, baru oleh lembaga pertama membayar kepada lembaga kedua. Implikasi teoritik temuan pertama ini adalah menguatkan teori keagenan yaitu *asymmetric information*. Temuan (*novelty*) kedua adalah iuran peserta bahwa pengguna agar dapat pelayanan perlu membayar iuran terlebih dahulu kepada lembaga pertama. Implikasi teoritik temuan kedua adalah dapat memperkuat teori *treating citizen as customer*. Temuan (*novelty*) ketiga adalah iuran tanggungan pemerintah bahwa pemerintah membayar kepada lembaga pertama untuk golongan masyarakat miskin. Implikasi teoritik temuan ketiga ini adalah menguatkan teori *quasi public good*. Temuan (*novelty*) keempat adalah tambah biaya naik kelas

bahwa pengguna membayar kepada lembaga kedua jika naik kelas pemanfaatan fasilitas kesehatan. Implikasi teoritik temuan keempat yaitu menguatkan teori *flexibility service model*. Temuan keempat ini terdapat keunikan terkait peserta naik kelas ini, yaitu biaya naik kelas dibayarkan ke lembaga dua, tidak dibayarkan ke lembaga satu. Besar biaya yang dibayarkan adalah selisih biaya yang dijamin lembaga satu dengan biaya naik kelas, karena lembaga satu hanya membayar sesuai dengan hak peserta.

Oleh karena itu implikasi teoritik pelaksanaan kemitraan lembaga jaminan kesehatan terdapat adanya pengembangan teori Savas untuk di Indonesia, yaitu kemitraan antar lembaga pemerintah terjadi jika ada perjanjian kerjasama yang jelas mencakup penugasan, pembayaran, dan pelayanan peserta yang didukung dengan kejelasan tagihan, iuran peserta baik mandiri maupun dibantu pemerintah, dan tambahan biaya naik kelas. Dengan demikian kemitraan lembaga jaminan kesehatan dalam melayani peserta BPJS Kesehatan ini dilakukan dalam upaya untuk menjamin kesehatan pesertanya. Sehingga sistem kemitraan antar lembaga pemerintahan dalam perspektif hubungan antar organisasi didasarkan pada kejelasan perjanjian kerjasama dengan struktur organisasi yang setara mencakup sistem penugasan, sistem pembayaran, sistem pembiayaan, dan pemahaman sistem sosial budaya, serta fleksibilitas pemanfaatannya bagi kesejahteraan masyarakat

6.3 Rekomendasi

Ada beberapa rekomendasi sebagai bahan masukan bagi BPJS Kesehatan dan juga RSD dr. Soebandi berikut.

- a. Dalam pengaturan pemanfaatan fasilitas pelayanan kesehatan disarankan agar peserta yang dilayani pihak RSD dr. Soebandi dapat memilih kelas yang dipilihnya sesuai dengan keinginan peserta dengan tidak membedakan antara PBI dan Non PBI. Karena peserta PBI maupun peserta Non-PBI sesama warga negara.
- b. Peserta BPJS Kesehatan yang telah memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan dengan naik kelas, pihak BPJS Kesehatan hendaknya menarik iuran sesuai dengan yang dipilih saat naik kelas pelayanan kesehatan.
- c. Pembayaran kenaikan kelas dari kelas yang dijamin BPJS Kesehatan, kelas yang rendah ke kelas yang lebih tinggi selisih pembayarannya yang semula dibayarkan ke rumah sakit, maka sebaiknya dibayarkan ke BPJS Kesehatan sebagai lembaga pengelola dana.
- d. Kemitraan BPJS Kesehatan dengan RSD dr. Soebandi dalam pelayanan kesehatan peserta BPJS Kesehatan dapat diselesaikan dengan model kemitraan lembaga jaminan kesehatan. Penyelesaian melalui koordinasi ini mencakup pelayanan kesehatan, pembayaran dan pengajuan tagihan, kepesertaan BPJS Kesehatan. Hasil koordinasi jika tidak sesuai dengan perjanjian kerjasama maka perjanjian kerjasama antara BPJS Kesehatan dengan RSD dr. Soebandi hendaknya diperbaharui. Oleh karena itu perjanjian kerjasama setiap tahunnya diperbaharui. Bentuk koordinasi yang dilakukan bila terjadi permasalahan adalah klarifikasi. Dengan demikian klarifikasi adalah penyelesaian dalam masalah kemitraan antara BPJS Kesehatan dengan RSD dr. Soebandi.

DAFTAR PUSTAKA

- B.C. Smith. 1985. *Decentralization The Territorial Dimension of The State*. London UK: George Allen & Unwin (Publishers) Ltd.
- Biro Hukum dan Organisasi Setjen Depkes RI. 2008. *Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan di Kabupaten/Kota*. Jakarta: Depkes RI.
- Boyne, George A.; Meller, Kenneth J.; Jrand, Lawrence J. O'Toole; Walker, Richard M. 2006. *Public Service Performance*. London: Cambridge University Press.
- Boydell, Leslie. 2007. *Partnership: A Literature Review*. The Institute of Public Health in Ireland.
- Budyono; Suparwati, Anneke; Syamsulhuda BM; Nikita, Ardian. 2012. *Kemitraan Bidan dan Dukun dalam mendukung Penurunan Angka Kematian Ibu di Puskesmas Mranggan 1 Kabupaten Demak*. Media kesehatan Masyarakat Indonesia, Vol. 11 / No. 1, april 2012. FKM Undip Semarang.
- Cabral, Marika. Mahoney, Neale. 2013. *Externalities and Taxation of Supplemental Insurance: A Study of Medicare and Medigap*. UT Austin and NBER. Email: marikacabral@gmail.com Chicago Booth and NBER. Email: neale.mahoney@gmail.com
- Cifre, Concha Salvador. 2013. *Old-age protection for women in the Spanish pension system*. *International Social Security Review*, Vol. 66, 1/2013 Published by Blackwell Publishing Ltd, 9600 Garsington Road, Oxford OX4 2DQ, UK and 350 Main Street, Malden, MA 02148, USA
- Constantinescu, Dan. 2012. *Public-Private Partnership Role in Increasing the Quality of the Health Insurance Service*. *Theoretical and Applied Economics* Volume XIX (2012), No. 10(575), pp. 31-54. dr.dconstantinescu@yahoo.com
- Creswel, John W. 2009. *Research Design: Qualitative, Quantitative, and Mixed Methods Approach*. Singapore: SAGE Publications Asia-Pacific Pte.Ltd.
- Davies, Meggie and Macdowall, Wendy. 2006. *Health Promotion Theory*. London: McGraw-Hill Education.
- Denzin, Norman K. And Yvonna S. Lincoln. 2009. *Handbook of Qualitative Research*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar Cetakan Pertama.
- DeVoe, at al. 2011. *Public Health Insurance in Oregon: Underenrollment of Eligible Children and Parental Confusion About Children's Enrollment Status*. *American Journal of Public Health*. May 2011, Vol 101, No. 5.

- Dong, Keyong. Cui, Peng. 2010. *The Role of Government in Social Security. Public Performance & Management Review*, Vol. 34, No. 2, December 2010, pp. 236–250. © 2010 M.E. Sharpe, Inc. All rights reserved.
- Dormer, Rodney. 2011. *Child Welfare's Iron Cage: Managing Performance in New Zealand's Child Welfare Agency. International Journal of Public Administration*, 34: 905–917, 2011 Copyright © Taylor & Francis Group, LLC ISSN: 0190-0692 print / 1532-4265 online
- Eisenhardt, Kathleen M. 1989. *Agency Theory: An Assessment and Review. Academy of Management Review*. Vol. 14, No. 1, 57-74. <http://www.jstor.org/>
- Emzir. 2012. *Metodologi Penelitian Kualitatif: Analisis Data*. Jakarta: Rajawali Pers.
- Enoff, Louis D. and McKinnon, Roddy. 2011. *Social security contribution collection and compliance: Improving governance to extend social protection. International Social Security Review*, Vol. 64, 4/2011. Published by Blackwell Publishing Ltd, 9600 Garsington Road, Oxford OX4 2DQ, UK and 350 Main Street, Malden, MA 02148, USA
- Ferlie, Ewan. McGivern, Gerry. 2013. *Bringing Anglo-Governmentality into Public Management Scholarship: The Case of Evidence-based Medicine in UK Health Care. Journal of Public Administration Research and Theory*. Published by Oxford University Press
- Fisher, Frank; Miller, Gerald J.; Sidney, Mara S; 2007. *Handbook of Public Policy Analysis*. London: CRL Press Taylor & Francis Group.
- Frakera, Thomas and Rangarajanb, Anu. 2009. *The Social Security Administration's youth transition demonstration projects. Journal of Vocational Rehabilitation* 30 (2009) 223–240.
- Frederickson, H. George. 2003. *Administrasi Negara Baru*. Jakarta: Penerbit PT Pustaka LP3ES Indonesia.
- Fuld, Jennifer at al. 2013. *Enrolling and Retaining Uninsured and Underinsured Populations in Public Health Insurance Through a Service Integration Model in New York City. American Journal of Public Health* February 2013, Vol 103, No. 2
- Ghony, Djunaidi dan Almanshur, Fauzan. 2012. *Metodologi Penelitian Kualitatif*. Jogjakarta: Ar-Ruzz Media.

- Ginneken, Wouter van. 2010. *Social Security Coverage Extention: A Riview of Recent Evidence*. Published by Blackwell Publishing Ltd. 9600 Garsington, Oxford OX4 2DQ, UK and 350 Main Street, Malden, MA 02148, USA. *International Social Security Riview*, Vol. 63, 1/2010.
- Grignon, Michel. 2012. *A Democratic Responsiveness Approach to Real Reform: An Exploration of Health Care Systems' Resilience*. *Journal of Health Politics, Policy and Law*, Vol. 37, No. 4, August 2012. by Duke University Press
- Hill, Michael and Hupe, Peter. 2002. *Implementing Public Policy*. London: SAGE Publications Ltd.
- Hagelund, Anniken. 2013. *From Economic Incentives To Dialogic Nudging – The Politics Of Change And Inertia In Norwegian Sickness Insurance*. *Journal Of Social Policy / Volume 43 / Issue 01 / January 2014*, Pp 69 – 85. Cambridge University Press 2013
- He, Fang and Chapin White. 2013. *The Effect of the Children's Health Insurance Program on Pediatricians' Work Hours*. *Medicare & Medicaid Research Riview* 2013: Volume 3, Number 1. <http://dx.doi.org/10.5600/mmrr.003.01.a01>
- Henry, Nicholas. 2004. *Public Administration and Public Affair*. New Jersey 07458: Pearson Education, Inc.
- Indihartono, Dwiyanto. 2009. *Kebijakan Publik Berbasis Dynamic Polecy Analysis*. Yogyakarta: Gava Media.
- International Laour Organization. 2012. *Social Protection Assessment Based National Dialogue: Towards A Nationally Defined Social Protection Floor In Indonesia*. Jakarta: ILO Publications.
- Istianto, Bambang. 2011. *Privatisasi dalam Model Public Private Partnership*. Jakarta: Mitra Wacana Media.
- Jensen, Michael C. and Meckling, William H. 1976. *Theory of The Firm: Managerial Behavior, Agency Costs and Ownership Structure*. *Journal of Financial Economics*, October, 1976, V. 3, No. 4, pp. 305-360. <http://ssrn.com/abstract=94043>
- Johansen, Morgen. Zhu, Ling. 2013. *Market Competition, Political Constraint, and Managerial Practice in Public, Nonprofit, and Private American Hospitals*. Published by Oxford University Press on behalf of the *Journal of Public Administration Research and Theory*, Inc. All rights reserved.

For permissions, please e-mail: journals.permissions@oup.com. JPART 24:159–184.

Jones, David K, and Greer, Scott L. 2013. *State Politics and the Creation of Health Insurance Exchanges*. *American Journal of Public Health* / August 2013, Vol 103, No. 8.

Keban, Yeremias T. 2004. *Enam Dimensi Strategis Administrasi Publik Konsep, Teori dan Isu*. Yogyakarta: Penerbit Gava Media.

Kreitner, Robert and Kinicki. 2007. *Organizational Behavior*. Seventh Edition. USA: McGraw-Hill.

Kusumanegara, Solahudin. 2010. *Model Dan Aktor Dalam Proses Kebijakan Publik*. Yogyakarta: PT. Gava Media.

Lane, Jan-Erik and Wallis, Joe. 2009. *Non-Profit Organization in Public Policy Implementation*. *Journal of Public Administration and Policy Research* Vol. 1 (7) pp. 141-149, November 2009. Available online <http://www.academicjournals.org/jpaper>

Lehtonen, Turo-Kimmo and Leukko, Jyri. 2012. *The Form and Limits of Insurance Solidarity*. Department of Social Research, University of Helsinki, Finland. Published online 15 February 2012 @ *Springer Science+Business Media B.V.* 2012.

Lewis, Jane and West, Anne. 2013. *Re-Shaping Social Care Services for Older People in England: Policy Development and the Problem of Achieving 'Good Care'*. Cambridge University Press 2013. *Journal of Social Policy* Vol. 43 pp. 1-18. <http://journal.cambridge.org/>

Liu, Dongmei and Barbara Darimont. 2013. *The Health System of People's Republic of China: Between Privatization and Public Health Care*. Published by Blackwell Publishing Ltd. 9600 Garsington, Oxford OX4 2DQ, UK and 350 Main Street, Malden, MA 02148, USA. *International Social Security Review*, Vol. 66, 1/2013.

Li, Wenbo. At al. 2010. *Study on the Regulation Mode of Chinese Social Security Fund*. *International Journal of Business and Management* Vol. 5, No. 9; September 2010.

Miles, Matthew B. Dan Huberman, A. Michael. 1992. *Analisis Data Kualitatif: Buku Sumber tentang Metode-Metode Baru*. Jakarta: Universitas Indonesia (UI-Press).

- Miles, Matthew B. Dan Huberman, A. Michael. 1994. *Qualitative Data Analysis: An Expanded Sourcebook* (Secon Edition). New Delhi: SAGE Publications. Inc.
- Moleong, Lexy J. 2010. *Metodologi Penelitian Kualitatif: Edisi Revisi*. Bandung: PT. Remaja Rosdakarya.
- Malatesta, Deanna and Carboni, Julia L. 2014. *Public-Private Distinction: Insight for Public administration from the State Action Doctrine*. *Public Administration Review*. Vol. 75 Iss 1, pp. 63-74. 2014
- McInerney, Melissa And Simon, Kosali. 2012. *The Effect Of State Workers' Compensation Program Changes On The Use Of Federal Social Security Disability Insurance*. *Industrial Relations*, Vol. 51, No. 1 (January 2012). _ 2012 Regents Of The University Of California Published By Wiley Periodicals, Inc., 350 Main Street, Malden, Ma 02148, Usa, And 9600 Garsington
- Mihalyi, Peter. 2012. *Spending Cuts and Centralization in Hungarian Healthcare as a Response to the International Financial Crisis*. *International Journal of Healthcare Management* Vol. 5 No. 3. peter@mihalyi.com
- Mosley, Jennifer E. and Grogan, Colleen M. 2012. *Processes: How Residents Understand the Role of Nonprofit Community-based Organizations*. Published by Oxford University Press on behalf of the *Journal of Public Administration Research and Theory*, Inc. All rights reserved. For permissions, please e-mail: journals.permissions@oup.com. JPART 23:839–863.
- Mulyadi, Deddy. 2016. *Studi Kebijakan Publik dan Pelayanan Publik*. Bandung: Penerbit Alfabeta.
- Mustafa, Abdul Talib. 2017. *Kemitraan dalam Pelayanan Publik*. Yogyakarta: Calpulis.
- Newman, W.Lawrence. 2013. *Metode Penelitian Sosial: Pendekatan Kualitatif dan Kuantitatif*. Jakarta: PT. Indeks.
- Nugroho, Riant. 2008. *Public Policy*. Jakarta: PT. Elex Media Komputindo.
- Namazi, Mohammd. 2013. *Role of the Theory in Implementing Management's Control*. *Journal of Accounting and Taxation*. Vol. 5 (2), pp. 38-47, July 2013. <http://www.academicjournal.org/JAT>
- Oleribe, Obinna O. E., 2009. *Management of Nigerian health care institutions: A cross sectional survey of selected health institutions in Abuja Nigeria*.

Journal Of Public Administration And Policy Research Vol. 1(4) pp. 063-067 August, 2009

- Olesen, Jeppe Dørup. 2009. *Policymaking without Policy Choice: The Rise of Private Health Insurance in Denmark*. *Journal of Public Policy / Volume 29 / Issue 03 / December 2009*, pp 263 285. *Journal of Public Policy* <http://journals.cambridge.org/PUP>
- Orton, Ian. 2010. *The impacts of the crisis on social security administrations: A review of the findings of an ISSA survey*. *International Social Security Review*, Vol. 63, 2/2010 Published by Blackwell Publishing Ltd, 9600 Garsington Road, Oxford OX4 2DQ, UK and 350 Main Street, Malden, MA 02148, USA
- Parsons, Wayne. 2011. *Public Policy: Pengantar Teori & Praktik Analisis Kebijakan*. Jakarta: Kencana.
- Parsons, Talcott. 2005. *The Social System*. England: Routledge is an imprint of the Taylor & Francis e-Library.
- Robbin, Stephen P. And Judge, Timothy A. 2007. *Organizational Behavior* Twelfth Edition. USA: Pearson Prentice Hall.
- Ron, Aviva. 2010. *Health Care as a Social Security Benefit: Institutional Approaches to Extending Coverage*. Published by Blackwell Publishing Ltd, 9600 Garsington Road, Oxford OX4 2DQ, UK and 350 Main Street, Malden, MA 02148, USA. *International Social Security Review*, Vol. 63, 1/2010
- Rosenbloom, David H. And Kravchuk, Robert S. 2005. *Public Administration Understanding Management, Politics, and Law int the Public Sector* (Sixth Edition). New York, NY 10020: Published by McGraw-Hill.
- Saka at al. 2012. *Health Related Policy Reform in Nigeria: Empirical Analysis of Health Policies Developed And Implemented Between 2001 To 2010 for Improved Sustainable Health and Development*. *Journal of Public Administration and Policy Research* Vol. 4(3), pp. 50-55, April 2012
- Santosa, Haris. (2012). *Peta Jalan Menuju Jaminan Kesehatan Nasional 2012 – 2019*. Jakarta: Penerbit: Dewan Jaminan Sosial Nasional.
- Savas, E.S. 1987. *Privatization: The Key to Better Government*. New Jersey: Chatham House Publisher, INC.
- Scheil-Adlung, Xenia and Bonan, Jacopo. 2013. *Gaps in social protection for health care and long-term care in Europe: Are the elderly faced with*

financial ruin?. Published by Blackwell Publishing Ltd, 9600 Garsington Road, Oxford OX4 2DQ, UK and 350 Main Street, Malden, MA 02148, USA. *International Social Security Review*, Vol. 66, 1/2013

Singarimbun dan Effendi (Editor). 1989. *Metode Penelitian Survei*. Jakarta: LP3ES.

Suharto, Edi. 2008. *Kebijakan Sosial*. Bandung: Penerbit Alfabeta.

Suharto, Edi. 2009. *Kemiskinan dan Perlindungan Sosial di Indonesia: Menggagas Model Jaminan Sosial Universal Bidang Kesehatan*. Bandung: Penerbit Alfabeta.

Sugiyono. 2004. *Metode Penelitian Administrasi*. Bandung: Penerbit Alfabeta.

Sugiyono. 2012. *Memahami Penelitian Kualitatif*. Bandung: Alfabeta.

Subarsono, AG. 2005. *Analisis Kebijakan Publik*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar.

Suharto, Edi. 2008. *Analisis Kebijakan Publik*. Bandung: Alfabeta.

Syed at al. 2010. *Linking research evidence to health policy and practice*. *Journal of Public Administration and Policy Research* Vol. 2(5), pp.68-73, August 2010.

Vigoda, Eran. 2002. *Public Administration An Interdisciplinary Critical Analysis*. New York: Marchel Dekher.

Valverde, Maria Dolares and Francisco Garcia Valverde. 2009. *Voluntary Improvements to Social Security in Spain: Current Legal Standards and Jurisprudence*. Published by Blackwell Publishing Ltd. 9600 Garsington, Oxford OX4 2DQ, UK and 350 Main Street, Malden, MA 02148, USA. *International Social Security Riview*, Vol. 62, 3/2009.

Wang, Yidan. 2000. *Public-Private Partnership in the Social Sector*. Tokyo, Japan: Asian Development Bank Institute.

Winarno, Budi. 2007. *Kebijakan Publik: Teori dan Proses*. Yogyakarta: Media Pressindo.

You, Junzheng. 2013. *The Feasibility Study on Establishing Elderly Care Insurance in China*. *International Journal of Business Administration* Vol. 4, No. 6, 2013. Online Published November 8, 2013.

Yescombe, E.R. 2007. *Public-Private Partnership Principles of Policy and Finace*. London: Publisher by Elsever Ltd. All rights reserved.

- Yustiawan Tito. 2013. *Manajemen Klinik dalam Persiapan Kerjasama dengan BPJS Kesehatan*. Jurnal Administrasi Kesehatan Indonesia Volume 1 Nomor 3. Juli – Agustus 2013. FKM Unair Surabaya.
- Yuswadi, Hary. 2017. *Metode Penelitian Sosial Perbandingan Pendekatan Kuantitatif dan Kualitatif*. Jember: UPT Penerbitan – Universitas Jember.
- 2008. *Pemetaan Kebudayaan Provinsi Jawa Timur Sebuah Upaya Pencarian Nilai-nilai Positif*. Surabaya: Pemprov Jawa Timur dan Kompyawisda Jatim.
- Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 40 Tahun 2004 Tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional. Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 150.
- Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 13 Tahun 2011 Tentang Penanganan Fakir Miskin. Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2011 Nomor 83
- Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 03 Tahun 1992 Tentang Jaminan Sosial Tenaga Kerja.
- Undaang_Undang Republik Indonesia Nomor 24 Tahun 2011 Tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial. Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2011 Nomor 116.
- Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 25 Tahun 2009 Tentang Pelayanan Publik. Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 112.
- Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 44 Tahun 2009 Tentang Rumah Sakit. Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 153.
- Peraturan Presiden Republik Indonesia Nomor 12 Tahun 2013 Tentang Jaminan Kesehatan. Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2013 Nomor 29.
- Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 101 Tahun 2012 Tentang Penerima Bantuan Iuran Jaminan Kesehatan. Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2012 Nomor 264
- Peraturan Menteri Tenaga Kerja Dan Transmigrasi Republik Indonesia Nomor 20 Tahun 2012 Tentang Perubahan Atas Peraturan Menteri Tenaga Kerja Dan Transmigrasi Nomor Per-12/Men/Vi/2007 Tentang Petunjuk Teknis Pendaftaran Kepesertaan, Pembayaran Iuran, Pembayaran Santunan Dan Pelayanan Jaminan Sosial Tenaga Kerja. Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2012 Nomor 1139

- Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 001 Tahun 2012 tentang Sistem Rujukan Pelayanan Kesehatan Perorangan
- Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 28 Tahun 2014 tentang Pedoman Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Nasional
- Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 71 Tahun 2013 tentang Pelayanan Kesehatan pada Jaminan Kesehatan nasional
- Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 129/Menkes/SK/II/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit
- Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 69 Tahun 2013 Tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan Pada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama Dan Fasilitas Kesehatan Tingkat Lanjutan Dalam Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan
- Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 86 Tahun 2013 Tentang Tata Cara Pengenaan Sanksi Administratif Kepada Pemberi Kerja Selain Penyelenggara Negara Dan Setiap Orang, Selain Pemberi Kerja, Pekerja, Dan Penerima Bantuan Iuran Dalam Penyelenggaraan Jaminan Sosial. Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2013 Nomor 238
- Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 1 Tahun 2009 Tentang Perubahan Keenam Atas Peraturan Pemerintah Nomor 14 Tahun 1993 Tentang Penyelenggaraan Program Jaminan Sosial Tenaga Kerja. Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 6
- Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 39 Tahun 2012 Tentang Penyelenggaraan Kesejahteraan Sosial. Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2012 Nomor 68
- Peraturan BPJS Kesehatan Nomor 1 Tahun 2014 tentang Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan

REPUBLIKA.CO.ID, Jumat, 03 Januari 2014. 11 Puskesmas di Jember Belum Siap BPJS.

RABU, 26 FEBRUARI 2014. Keluarga Pasien Ditolak Mendaftar BPJS untuk Perorangan. *TEMPO.CO*, Tegal.

Setiawan, Hari. "BPJS Tanpa Online, Terancam Bangkrut". *Jawa Pos*, 21 Februari 2014. Halaman 1 dan Halaman 19.

Setiawan, Hari. "Dana Pasien Miskin Menipis". *Radar Jember*, 2 Mei 2015. Halaman 1 dan Halaman 11.

Setiawan, Hari. “BPJS Bisa langsung Dimanfaatkan”. *Radar Jember*, 4 Mei 2015. Halaman 11.

Setiawan, Hari. “Pakai BPJS, Eh Masih Bayar”. *Radar Jember*, 29 April 2015. Halaman 1 dan Halaman 11.

Setiawan, Hari. “Anggaran SPM Bakal Jebol”. *Radar Jember*, 14 Februari 2015. Halaman 1 dan Halaman 11.

Tanuredjo, Budiman. “Besaran Tarif JKN Dimatangkan Dua Pekan”. *Kompas*, 1 April 2015. Halaman 13.

Setiawan, Hari. “BPJS Kesehatan Gandeng Kejaksaan”. *Radar Jember*, 5 April 2015. Halaman 5.

Setiawan, Hari. “Wagira Segera Dibawa ke RSD dr. Soebandi”. *Radar Jember*, 19 Maret 2015. Halaman 2