



# ARTIKEL

## HASIL PENELITIAN KEBIJAKAN EVALUASI JAMINAN KESEHATAN NASIONAL 2019 DI DAERAH ISTIMEWA YOGYAKARTA

*Topik: Tata Kelola (Sasaran-1, Sasaran-5 & Sasaran-8)*

### Disusun oleh:

Tri Aktariyani  
Relmbuss Biljers Fanda  
Tiara Marthias  
Laksono Trisnantoro

## Daftar Isi

<b>Abstrak</b> .....	3
<b>Pendahuluan</b> .....	4
<b>Tujuan</b> .....	4
<b>Metode</b> .....	4
<b>Hasil</b> .....	5
<b>1) Akses Data Kepesertaan</b> .....	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
Tabel 1. Capaian Peserta Per Kabupaten/Kota .....	5
Tabel 2. Capaian Kepesertaan Per Segmen.....	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
Tabel 3. Rekap Data PBI APBN yang di Non-aktifkan Kota Yogyakarta.....	6
Tabel 4. Rekap Pengesahan Terakhir Hasil Verifikasi PBI melalui Dinas Sosial di DIY.....	7
<b>2) Akses Data Biaya Pelayanan Kesehatan era JKN</b> .....	7
Tabel 5. Rasio Klaim s/d Desember 2019.....	7
<b>3) Peraturan atau Kebijakan dalam program JKN di DIY</b> .....	8
<b>4) CMO Hasil Penelitian (Tahap III)</b> .....	9
Tabel 6. CMO Hasil Penelitian .....	9
<b>Pembahasan</b> .....	10
<b>Kesimpulan</b> .....	11
<b>Referensi</b> .....	11
<b>Lampiran</b> .....	13
Proses Realist Evaluation .....	13
Tahap I Pengembangan Program Teori .....	14
Tahap II – Perumusan CMO Hipotesis.....	15

# EVALUASI TATA KELOLA DALAM CAPAIAN PETA JALAN JKN 2019 DI DAERAH ISTIMEWA YOGYAKARTA

Tri Aktariyani, Relmbuss Biljers F, Tiara Marthias & Laksono Trisnantoro

## Abstrak

### Latar Belakang:

Sejak tahun 2011, Daerah Istimewa Yogyakarta (DIY) telah menyelenggarakan program jaminan kesehatan semesta (Jamkesta) dan pada tahun 2014 program tersebut diintegrasikan kedalam program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN). Provinsi ini tidak pernah mencapai total coverage untuk seluruh penduduknya dan bahkan persentasenya menurun pada tahun 2020.

**Tujuan:** Penelitian ini bertujuan untuk mengevaluasi capaian Peta Jalan JKN 2014-2019 khusus pada sasaran-1, sasaran-5 dan sasaran-8, atau secara spesifik menelaah tata kelola program JKN (Transparansi dan Partisipasi).

**Metode:** Penelitian ini menggunakan pendekatan *realist evaluation*. Data yang digunakan data primer dan data sekunder. Teknik pengumpulan data melalui wawancara dan studi dokumen, literatur dan DaSK (Dashboard Sistem Kesehatan) Provinsi dan Nasional yang sedang dikembangkan oleh PKMK FKKMK UGM.

**Hasil:** Akses data dan informasi terkait kepesertaan, pelayanan dan data keuangan diberikan BPJS Kesehatan Regional Jawa Tengah setiap bulan kepada Pemerintah DIY. Akses di data tersebut diberikan melalui koordinasi BPJS Kesehatan dan Pemerintah DIY dalam forum komunikasi dan rekonsiliasi atau kemitraan. Namun, data-data penyelenggaraan JKN dipaparkan hanya dalam bentuk PPT, dan permintaan data *by name by address* belum bisa difasilitasi karena menunggu kewenangan dari BPJS Kesehatan. Kepesertaan JKN di DIY menurun dari tahun 2019 ke 2020. Hal ini dikarenakan tidak sinkronnya data verifikasi dan validasi yang dilakukan Kementerian Sosial dengan data purifikasi yang dilakukan Pemerintah DIY. Di sisi lain, Pemerintah Kab Gunung Kidul dan Kab Kulon Progo merasa kesulitan untuk membayar iuran PBI APBD yang jumlahnya terus bertambah. Akibat persoalan data kepesertaan yang belum tuntas Pemerintah DIY akan tetap mengoptimalkan Jamkesta sebagai jaminan kesehatan penduduk miskin yang dinon-aktifkan pemerintah pusat, sampai adanya sinkronisasi data kepesertaan. Padahal, data terakhir rasio klaim biaya pelayanan kesehatan DIY mencapai 381.83%. Konsekuensinya, partisipasi pemerintah DIY masih pada kepesertaan, belum pada penanggulangan beban defisit dan mutu layanan kesehatan.

**Kesimpulan:** capaian Peta Jalan JKN pada sasaran-1, sasaran-5 dan sasaran-8 belum mampu tercapai. Hal ini karena sistem tata kelola BPJS Kesehatan yang sentralistis membatasi transparansi data BPJS Kesehatan cabang dan partisipasi pemerintah DIY dalam program JKN.

**Keyword:** *Jaminan Kesehatan Nasional, Transparansi, Partisipasi, realist evaluation, Tata Kelola, Pemerintah Daerah*

## Pendahuluan

Sepuluh penyakit terbanyak di Puskesmas dan rumah sakit DIY menurut data surveilans dan imunisasi tahun 2017 adalah hipertensi, Diare, Influenza, Diabetes Melitus, Tifus, Kecelakaan Lalu Lintas, Pneumonia, Demam Dengue, Anginan Pektoris dan Paru Obstruksi Menahun (IHME, 2017). Dalam hal memberikan jaminan layanan kesehatan promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif, sejak tahun 2011, Pemerintah DIY dalam memberikan jaminan layanan kesehatan promotif, preventif, kuratif dan rehabilitative telah menyelenggarakan program jaminan kesehatan semesta (Jamkesta) yang pengelolaannya secara bersama dan terkoordinasi antara Pemerintah Provinsi dan Kab/Kota, meliputi paket manfaat, kepesertaan dan administrasi (Pergub DIY No.19/2011). Program Jamkesta tersebut kemudian diintegrasikan kepesertaan dan pengelolaannya dalam Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) tahun 2014 yang dikelola BPJS Kesehatan sampai saat ini. Namun, capaian kepesertaan program JKN DIY belum pernah mencapai 100%, bahkan capaian UHC atau kepesertaan JKN DIY menurun dari tahun 2019 ke 2020, saat ini capaiannya 91,57% (BPJS Kesehatan, 2020). Menurut dokumen peta jalan menuju JKN 2014-2019, seharusnya seluruh penduduk telah memiliki/terdaftar dalam program JKN yang diselenggarakan oleh BPJS Kesehatan.

## Tujuan

Penelitian ini dilakukan dengan tujuan menganalisis pertanyaan di bawah ini:

1. Apakah capaian Peta Jalan JKN 2014-2019 sasaran 1, 5 dan 8 dapat tercapai di DIY?
2. Bagaimana koordinasi dalam kesesuaian data PBI (masyarakat miskin dan tidak mampu) antara pemerintah DIY dengan BPJS Kesehatan?
3. Bagaimana transparansi dan partisipasi penyelenggaraan program JKN di DIY dalam mencapai sasaran Peta Jalan JKN 2014-2019?

## Metode

Penelitian ini menggunakan pendekatan *realist evaluation*. *Realist evaluation* dipilih karena mampu menjelaskan beberapa *outcome* yang berbeda akibat implementasi dari sistem tata kelola Program JKN. Tidak hanya menjelaskan apa yang berhasil?, tetapi mampu mengeksplorasi bagaimana itu berhasil? Pada konteks apa? Dan untuk siapa? (Pawson and Tilley, 1997). Sumber data dalam penelitian ini, yaitu data primer dan data sekunder. Data primer dikumpulkan melalui teknik wawancara mendalam kepada partisipan terpilih, yakni para stakeholder yang berkaitan dengan pelaksanaan program JKN, antara lain DPRD, Bappeda, Dinas Kesehatan, Dinas Sosial, BPJS Kesehatan, Puskesmas, & RSUD di DIY. Data sekunder dikumpulkan melalui dokumen resmi (RPJMD, RKPD, Profil Kesehatan), jurnal atau dokumen lain yang berhubungan dengan masalah penelitian, dan data dalam DaSK (Dashboard Sistem Kesehatan) Provinsi dan Nasional yang dikembangkan PKMK FKMK UGM. Analisis data dalam penelitian ini dilakukan melalui tiga kegiatan yaitu reduksi data, penyajian data dan penarikan kesimpulan.

**Note:** Proses *realist evaluation*, Tahap Pengembangan Teori dan Tahap Rumusan CMO Hipotesis masuk dalam lampiran

## Hasil

### 1) Akses Data Kepesertaan

Provinsi DIY mengalami penurunan capaian peserta JKN dari 94,80 % di 2019 menjadi 91,57% pada bulan Januari 2020. Penurunan ini dikarenakan oleh beberapa peserta telah dihapus dari daftar PBI nasional (PBI APBN) oleh Kementerian Sosial di bulan Oktober tahun 2019. Capaian UHC DIY lebih detail disajikan dalam tabel berikut:

Tabel 1. Capaian Peserta Per Kabupaten/Kota

Wilayah	PBI APBN	PBI APBD	PPU	BP	PBPU	Total Peserta	Jmlh Penduduk DKB 2 THN 2018/2019	% Peserta
<b>Per Agustus 2019</b>								
Bantul	481.715	62.367	210.431	35.955	93.218	883.686	939.718	94,04%
Gunung Kidul	436.675	157.447	79.387	17.837	35.860	727.206	765.284	95,02%
Kota Yogyakarta	100.697	87.136	121.475	31.607	68.396	409.311	413.961	98,88%
Kulon Progo	237.429	58.354	84.275	18.073	22.256	420.387	448.114	93,81%
Sleman	298.152	142.603	322.769	59.912	178.112	1.001.548	1.063.938	94,04%
<b>Total DIY</b>	<b>1.554.668</b>	<b>507.907</b>	<b>818.337</b>	<b>163.384</b>	<b>397.842</b>	<b>3.442.138</b>	<b>3.631.015</b>	<b>94,80%</b>
<b>Per Januari 2020</b>								
Bantul	444.921	45.516	218.150	32.344	88.738	830.669	945.441	87,86%
Gunung Kidul	426.063	159.157	92.122	17.022	33.282	727.646	768.523	94,68%
Kota Yogyakarta	96.708	108.665	123.957	27.317	59.580	416.227	413.603	100,63%
Kulon Progo	229.292	53.211	87.297	17.323	21.011	408.134	447.007	92,81%
Sleman	525.101	103.286	331.973	56.735	167.567	955.370	1.070.913	89,21%
<b>Total DIY</b>	<b>1.492.793</b>	<b>470.835</b>	<b>853.499</b>	<b>150.741</b>	<b>370.178</b>	<b>3.338.046</b>	<b>3.645.487</b>	<b>91,57%</b>

Sumber: BPJS Kesehatan, Data Progress UHC dan Rekap Peserta 2019-2020

Kota Yogyakarta adalah satu-satunya wilayah yang mengalami kenaikan persentase cakupan peserta meskipun kabupaten lainnya mengalami penurunan. Kota Yogyakarta memiliki peningkatan cakupan sebesar lebih dari 1 persen dari 98,88 % ke 100,63 % dan menempati posisi tertinggi angka cakupan peserta JKN. Berbeda dengan Yogyakarta, Kabupaten Bantul dan Sleman masing-masing mengalami penurunan diatas 4 % dan hanya mampu mencapai 87,86 % dan 89,21 % dari penduduknya di tahun 2020.

Untuk segmentasi peserta, kelompok Pekerja Penerima Upah (PPU) tetap meningkat. PPU kenaikan jumlah peserta dari 818.337 menjadi 853.499 jiwa. Pada kelompok lainnya, Segmentasi PBPU juga mengalami penurunan jumlah dari 397.842 peserta di tahun 2019 menjadi 370.178 di tahun 2020. Data tersebut juga melaporkan bahwa terdapat penurunan angka peserta PBI APBN dari 507.907 menjadi 470.835 peserta. Data terakhir melaporkan bahwa terdapat 188.877 penduduk DIY yang belum memiliki JKN/KIS dan dan peserta yang sudah terdaftar sebesar 3.442.138 dari 3.631.015 jiwa. Peserta PBI (masyarakat miskin/tidak mampu) baik dari APBN maupun APBD adalah segmen peserta paling besar jumlahnya dari pada segmen peserta lainnya.

Kepesertaan JKN juga menjadi persoalan di Kabupaten Gunung Kidul, digambarkan dalam kuotasi wawancara berikut:

“...Badan usaha di gunung kidul itu banyak yang level kecil, umkm kecil lah beda sama Sleman mungkin ada pabrik besar macam-macam, sehingga angka nya menjadi sangat senjang gitu. Jadi di kita misal nya masih 1,5juta (UMR) tapi di lapangan mungkin banyak yang 1 juta misal nya gitu. Jadi sulit sekali (menjadi peserta mandiri Program JKN) karna kondisinya banyak factor yang mempengaruhi, sosiologis lah...” (Bappeda Pemerintah Kab Gunung Kidul)

Kabupaten Gunung Kidul yang memiliki kondisi UMKM dengan pendapatan rendah dari wilayah lain, tidak bisa menerapkan sanksi untuk UMKM yang tidak mendaftarkan pegawainya dalam BPJS Kesehatan, dan juga tidak mampu menanggung mereka menjadi peserta PBI APBD, karena keterbatasan dana.

Selain itu, hasil wawancara terhadap pemangku kepentingan daerah di DIY mengungkapkan bahwa untuk mencocokkan data antara provinsi dan pusat (Kementerian Sosial) masih mengalami kendala di mana data tersebut tidak sama. Kuotasi wawancara berikut akan menjelaskan tentang keadaan yang ada saat ini:

“...Nah di DIY ketimpangan nya itu kemiskinan nya ranking 23 dari 24 se-nasional dan ketimpangan nya paling timpang di Indonesia itu ya di DIY, nah ini celahnya jadi pr (masalah) kita pas make ini bukan soal jamkes (Jaminan kesehatan)- nya tapi soal data nya, data penerima ini jadi pr kita juga. Nah itu hal-hal yang jadi pr kita hampir 2 tahun gak selesai-selesai juga...”

“...Kalo bpjs kan pasti punya data semua, ya diberikan pas dinkes (Dinas Kesehatan) itu juga ya bisa, hanya kadang itu susah ontime atau kadang gak keluar data nya gitu untuk kita kroscek.” (Bappeda DIY).

Data kemiskinan DIY selalu mengalami persoalan mengenai indikator atau validitas. Situasi ini sudah terjadi sejak 2 tahun terakhir. BPJS Kesehatan belum dapat memfasilitasi data-data yang dibutuhkan Pemerintah DIY secara tepat waktu. Akibatnya, data kepesertaan yang sampai saat ini belum pasti.

Hasil wawancara dan data provinsi tersebut diteruskan kedalam triangulasi data dari dinas sosial kota Yogyakarta untuk melihat permasalahan data di tingkat kota. data PBI APBN Kota Yogyakarta yang blanks sebanyak 2.762 jiwa. Data tersebut terdiri dari data penduduk tanpa NIK dan data penduduk dengan NIK tidak valid. Tabel 3 akan memperjelas data PBI APBN yang di Non-aktifkan Kota Yogyakarta.

Tabel 3. Rekap Data PBI APBN yang di Non-aktifkan Kota Yogyakarta  
SK Mensos RI NO.79/HUK/2019 Tanggal 16 Juli 2019  
(Berdasarkan Hasil Penyangkapan SIAK pada Disdukacapil, Tanggal 31 Juli 2019)

No	Status Data	Jumlah (Jiwa)
1	Aktif	2.825
	Punya JKN/KIS	1.077
	Belum punya JKN/KIS	1.748
	Data KSJPS Dinas Sosial akan di daftarkan ke PBI APBD	213
2	Dinonaktifkan Disdukcapil	25
3	Meninggal dunia	177
4	Pindah	699
5	Blanks	2.762
	Tanpa NIK	2.515
	NIK tidak valid	247
	<b>Jumlah</b>	<b>6.488</b>

Sumber: Dinas Sosial Kota Yogyakarta, September 2019

Proses verifikasi dan validasi kepeserta PBI APBN yang dilakukan oleh pusat (Kementerian Sosial) terjadi setiap bulan. Banyak data penduduk DIY yang dicoret kepesertaannya dari daftar kelompok PBI APBN. Hasil wawancara bersama Bappeda DIY

*“Setiap bulan penduduk miskin kami dicoret melalui SK Kemensos, capaian UHC menurun. Pemkab sudah mengirim surat mohon bantuan membayar premi. Tetapi, kami jawab secara umum tidak bisa. Kita akan mengoptimalkan Jamkesta untuk penyangga jaminan kesehatan masyarakat miskin yang dicoret oleh kemensos. Kami akan bayari preminya kalau datanya valid...” (Bappeda Provinsi DIY)*

Penghapusan penduduk DIY dari kelompok PBI APBN membawa kesulitan bagi pemerintah kabupaten/kota. Pemerintah Provinsi DIY belum bersedia membantu membayar iuran penduduk yang dicoret kepesertaannya dari PBI APBN, sebelum adanya verifikasi dan validasi data dilakukan oleh Kementerian Sosial di aplikasi BDT/SIKNG. Tabel 4 akan menyajikan lebih detail rekap data yang tidak di-update oleh Kementerian Sosial, berikut:

Tabel 4. Rekap Pengesahan Terakhir Hasil Verifikasi PBI melalui Dinas Sosial Kabupaten Kota di DIY

Wilayah	Valid	Meninggal	Ganda	Mampu	Tidak ditemukan	Tidak ada update	Usulan	Tanggal pengesahan
Yogyakarta	99	5	2	11	31	107.696	1	29/07/2019
Sleman	-	-	-	-	-	318.340	6	05/08/2019
Kulon Progo	2.988	-	-	-	39	228.628	3.488	18/11/2019
Bantul	6	2.531	-	196	911	454.545	735	28/11/2019
Bantul	0	3.132	0	50	417	438.788	859	23/12/2019
Bantul	0	4.221	0	0	1007	442.325	1694	28/01/2020

Sumber: Dinas Sosial Provinsi DIY, 2020

Tabel di atas menunjukkan bahwa Kabupaten Bantul memiliki jumlah data PBI terbanyak yang tidak ditemukan, dan tidak ada update. Sedangkan Kota Yogyakarta menempati posisi paling rendahnya. Selain itu, Kabupaten Kulon Progo adalah wilayah yang paling mendominasi banyaknya usulan data PBI.

## 2) Akses Data Biaya Pelayanan Kesehatan era JKN

Akses data pembiayaan layanan JKN dinilai perlu untuk diketahui oleh pemangku kepentingan di DIY. Hal tersebut agar pemerintah DIY dapat memberikan intervensi atau perencanaan yang dibutuhkan untuk mengefesienkan atau menurunkan biaya kesehatan yang timbul di wilayahnya. Data pembiayaan kesehatan era JKN berhasil didapat melalui dokumen laporan penyelenggaraan JKN di Provinsi Jawa Tengah yang diberikan setiap bulan kepada Bappeda DIY. Dokumen tersebut hanya menampilkan data biaya pelayanan kesehatan seperti tabel di bawah ini:

Tabel 5. Rasio Klaim s/d Desember 2019

Kantor Cabang	Biaya Pelayanan	Pendapatan	Rasio
Yogyakarta	1.282.011.230.224	438.974.058.726	292,05%
Sleman	1.608.628.847.009	318.071.056.771	505,75%
<b>Total</b>	<b>2.890.640.077.233</b>	<b>757.045.115.497</b>	<b>381,83%</b>

Sumber: Beban Biaya dari Laporan SE 33 Per 31 Desember 2019  
Penerimaan di Daerah dari Aplikasi BI Per 31 Desember 2019

Tabel di atas menunjukkan bahwa total klaim biaya pelayanan JKN lebih besar, daripada total pendapatan (iuran) yang berhasil dikumpulkan di DIY, atau rasio klaimnya mencapai 381,83%.

Selanjutnya, karena masih terbatas informasi dan data terkait biaya layanan kesehatan JKN di DIY. Pengumpulan data dengan wawancara dilakukan untuk menggali lebih detail. Namun, pemangku kepentingan tidak banyak mengetahui dideskripsikan dalam kuotasi wawancara bersama Bappeda Kabupaten Kulon Progo dan Bappeda Kab Gunung Kidul, berikut:

*"Tiap bulan kami dapat dari dinas kesehatan, disitu ada update jumlah peserta mandiri, PBI, non PBI per masing2 ada. Pertemuan BPJS itu 1-2 bulan sekali, 1-2 bulan di ruang rapat Sekda. Yang datang lintas sektor, kepala bappeda, BKAD, kadinkes, kepala 2 RS. kalau cepat non formal melalui WA (WhatsApp) aja. Saya kadang ga minta tetap dikirim. Keuangan disampaikan forum pertemuan BPJS dan pak Sekda, biasanya antara iuran dan klaim besaran klaim nya..." (Bappeda Kab Kulon Progo)*

*"...Prinsipnya komunikasi itu ada, jumlah data juga kita tau dan sebagainya ada kegiatan rekonsialisasi, komunikasi, koordinasi saya kira itu berjalan dengan baik.. yang jadi masalah ini begitu ada proses untuk sinkronisasi nama apakah yang bersangkutan.. itukan dilakukan oleh BPJS bukan oleh disdukcapil.*

*"...mungkin gini mas, sebagai penutup tadi sangat bagus kalau BPJS bisa membuat laporan, mungkin ada laporan tahunan yang utuh lah untuk bisa memberikan sebagai gambaran substansi kemudian hambatan-hambatan sebagai bahan kita untuk pengambilan kebijakan..." (Bappeda Kab Gunung Kidul).*

BPJS Kesehatan telah menginisiasi pertemuan-pertemuan untuk melaporkan penyelenggaraan JKN di wilayah kabupaten atau kota di DIY. Data yang ditampilkan dalam bentuk persentasi dan secara agregat, dan dalam hal sinkronisasi data masih mengalami kendala, karena sinkronisasi data ini melibatkan banyak pihak, dan data selalu berganti setiap waktu.

### **3) Peraturan atau Kebijakan dalam program JKN di DIY**

BPJS Kesehatan menguji coba Sistem Rujukan Online untuk efisiensi JKN pada 2018, namun mekanisme Rujukan Online tersebut mendapat protes dari beberapa daerah. Rujukan online mungkin dapat mewujudkan efisiensi atau kendali biaya pelayanan kesehatan, namun tidak menihilkan kendali mutu yang merupakan unsur penting JKN (Sulistyawati, 2018). Uji coba rujukan online tersebut bertentangan dengan Pasal 11 Peraturan Gubernur Daerah Istimewa Yogyakarta Nomor 59 Tahun 2012 Tentang Pedoman Pelaksanaan Sistem Rujukan Pelayanan Kesehatan dan Rujukan online diindikasikan menurunkan program Kesehatan Ibu dan Anak (KIA).

*"...Pengiriman rujukan harus diutamakan ke fasilitas pelayanan kesehatan terdekat sesuai jenjang rujukan" (Dinkes-Kulon Progo).*

Selanjutnya dilanjutkan dengan kuotasi wawancara stakeholders pelaksana kebijakan di fasilitas kesehatan

*"...Kalau kami sistem rujukannya perlu diperbaiki, kami yang RS Tipe B terus terang agak repot, RS kota ditunjuk regional tapi ini belum jalan. Artinya kita dijadikan selevel tingkat 3. Sehingga kita rasanya, padahal kita punya dokter spesialis dan sub spesialis. RS pemerintah tapi tidak datang kesini, malah susah mengakses. Menurut kami rujukannya dibenahi untuk perbaikan, kedua aturan klaim BPJS atau kemkes menerbitkan panduan verifikasi, dulu ada namun umum. Tapi panduan ini mengacu pada apa, landasannya apa. Jadi kami tidak berselisih terus. Kami minta DPM ga dikasi. Harapannya monggo kalau kemkes dan BPJS sepakat monggo dituangkan. Menjadi aturan atau berita acara untuk penyamaan persepsi, tidak ada saling menyalahkan..." (Bagian Jaminan Kesehatan RS Kota Yogyakarta)*

*"...Nah ketika memberikan informasi tapi regulasi nya tidak jelas, aturan nya gak pasti kan kami kebingungan juga kan karna nati akhirnya yang bentrok yang jadi bulan-bulanan itu kami di pelayanan karna di depan kan kok gabisa jamin kaya gitu. Akhirnya kemarin saya bilang, kalo kami disuruh memberi edukasi tapi tidak jelas ya sudah kami over ke kantor BPJS. Program rujuk balik itu ya kita sudah dirujuk tapi kadang-kadang obatnya di apotek prb nya gak ada, terus kadang sudah dirujuk balik tapi di ppk satu nya juga kurang diperhaikan pasien nya ada berapa kemarin kan gitu.maksdunya gini kalo mau gitu kan semua nya bersinergi, di ppk1 terus juga dirumah sakit baik di apotek prb jadi kasian mba dulu itu pasien udah kita rujukbalik tapi disana gak ada obat nya bu kaya gitu. (Bagian PJAK RS Wonosari)*

Kebijakan rujukan online yang dibentuk tanpa melibatkan Dinas Kesehatan setempat membawa hambatan bagi pasien dan fasilitas kesehatan dalam pelaksanaannya. Kemudian, Kementerian Kesehatan dianggap perlu menerbitkan panduan verifikasi klaim pembiayaan agar dalam pelaksanaannya jelas dan tidak berganti-ganti.

#### 4) CMO Hasil Penelitian (Tahap III)

Data primer dan data sekunder yang telah berhasil dikumpulkan, kemudian disajikan dalam bentuk konfigurasi *context-mechanism-outcome*. Konfigurasi ini bertujuan untuk mendeskripsikan konteks dan implikasi apa yang terjadi dalam tata kelola program JKN di DIY, lebih lanjut diuraikan sebagai berikut:

Tabel 6. CMO Hasil Penelitian

Context	Mechanism	Outcome
Keterbatasan akses informasi dan data kepesertaan, tunggakan iuran, utilisasi dan keuangan JKN di Provinsi DIY ( <i>context-1</i> ), dan data PBI JKN/KIS (Peserta miskin/tidak mampu) sering tidak sesuai dengan data yang semula dibuat, ( <i>context-2</i> ), & pihak BPJS Kesehatan terlibat dalam pencoretan data PBI. Sementara, arah kebijakan dalam dokumen RPJMD DIY adalah salah satunya memenuhi jaminan kesehatan masyarakat miskin sebagai indicator pencapaian pemenuhan layanan dasar. ( <i>context-3</i> ),	 untuk menjamin masyarakat miskin yang sewaktu-waktu dicoret atau belum terdaftar sebagai peserta JKN, Pemda DIY masih mengalokasikan dana untuk program Jamkesta (Jamkesda) ( <i>mechanism</i> )	 Kolektabilitas iuran BPJS Kesehatan tidak optimal, dan capaian UHC DIY belum mencapai sesuai peta jalan JKN 2014-2019( <i>outcome</i> ).
Pemerintah Kab Gunung Kidul yang memiliki fiskal rendah dan jumlah penduduk terbanyak ketiga di DIY ( <i>context-1</i> ), Kondisi badan usaha Kab Gunung Kidul banyak usaha kecil ( <i>context-2</i> ), dan Pemerintah Provinsi DIY masih mengalokasi dana untuk program jamkesos ( <i>context-3</i> ).	 Pemerintah Kab Gunung Kidul merasa kesulitan mencapai UHC 100%, dan berharap ada <i>sharing</i> dari Pemerintah Provinsi DIY ( <i>mechanism</i> ).	 Pemerintah Kabupaten Gunung Kidul akan tidak optimal menjalankan perannya sesuai Perpres No. 82/2018 dengan kenaikan iuran dalam Perpres No 75/2019 ( <i>outcome</i> ).
Kewenangan penetapan kepesertaan PBI APBN ada di Kemensos, di sisi lain data kepesertaan PBI kuota APBN atau data kemiskinan tsb tidak pernah sesuai antara pusat dan daerah, & daerah sampai saat ini tidak diberi kewenangan untuk mengupdate data tersebut ( <i>context-1</i> ), dan Tata kelola BPJS Kesehatan yang sentralistik ( <i>context-2</i> ).	 BPJS Kesehatan cabang meski memiliki data <i>real time</i> tidak dapat menginisiasi apapun atas permasalahan tersebut karena tidak ada dalam kebijakan BPJS Pusat ( <i>mechanism1</i> ). Sementara, pemerintah daerah DIY tetap menjalankan jaminan kesehatan sosial meskipun ini <i>tidak dibolehkan</i> tetapi ini dilakukan demi memenuhi tanggung jawab SPM yang termuat dalam UU Pemda ( <i>mechanism2</i> ),	 Partisipasi Pemerintah Provinsi DIY masih terbatas pada kepesertaan belum pada pengendalian penyakit atau <i>sharing</i> defisit yang terjadi di wilayahnya ( <i>outcome unintended</i> ). Data program JKN belum digunakan dalam perencanaan di Kota Yogyakarta, Kab Kulon Progo dan Kab Gunung Kidul ( <i>outcome unintended</i> ).
Peraturan BPJS Kesehatan yang selalu berganti tanpa sosialisasi, & ketidak-fahaman pihak RS terhadap	 RS merasa BPJS Kesehatan belum terbuka dan tidak transparan & diharapkan untuk diaudit internal BPJS Kesehatan,	 Perubahan regulasi BPJS Kesehatan yang terlalu cepat membawa kerugian biaya untuk RS & kerugian

hierarki regulasi atau kebijakan klaim	& untuk mengatasi complain pasien akibat perubahan cepat Per BPJS Kesehatan, pihak RS menugaskan SDM-nya untuk memberi penyuluhan dan mengedukasi masyarakat akan perubahan prosedur pelayanan <b>(mechanism)</b> ,	waktu juga akomodasi untuk pasien/masyarakat <b>(outcome)</b> .
----------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------

Konfigurasi CMO hasil penelitian menunjukkan, pemerintah daerah memiliki keterbatasan data dan informasi penyelenggaraan program JKN. Peraturan atau kebijakan BPJS Kesehatan cabang di DIY cepat berganti dan ini merugikan waktu atau tenaga pasien dan rumah sakit. Kondisi ini membawa banyak hambatan dalam pelaksanaan JKN di DIY seperti kesulitan mencapai UHC dengan data yang sulit diverifikasi, dan ketidakpercayaan fasilitas kesehatan, serta lemahnya partisipasi pemangku kepentingan di DIY terhadap program JKN.

## Pembahasan

BPJS Kesehatan adalah lembaga penyelenggara jaminan sosial (program JKN), yang berada di bawah Presiden, dan secara operasional dilaksanakan oleh kantor perwakilan di daerah-daerah sesuai dengan kesiapan daerah/administrasi pemerintahan (Naskah Akademik UU SJSN, 2003). Hal ini diperkuat dengan Inpres No. 8 Tahun 2017 tentang Optimalisasi Pelaksanaan JKN dan Perpres No. 82 Tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan. Kedua regulasi tersebut menghendaki adanya koordinasi yang proposional antara BPJS Kesehatan dengan pemerintah daerah.

Hasil penelitian menunjukkan sesuatu yang berbeda terkait koordinasi tersebut, karena implementasi kedua regulasi tersebut menunjukkan bahwa pembagian kantor perwakilan BPJS Kesehatan berpola korporasi. BPJS Kesehatan adalah lembaga keuangan yang mempunyai sifat sentralistis atau tidak menjalankan pembagian kewenangan ke pimpinan cabang atau divisi regional sesuai asas desentralistis. Dalam hal kepesertaan, koordinasi antara BPJS Kesehatan dan Pemerintah Provinsi DIY telah terjadi melalui pertemuan forum komunikasi dan forum kemitraan. Data-data kepesertaan diperbarui setiap bulan dalam bentuk laporan penyelenggaraan JKN di wilayah setempat, namun laporan BPJS kepada pemerintah DIY masih bersifat umum (Jumlah total keseluruhan) walaupun pemerintah daerah menginginkan data yang lengkap terkait PBI APBN (*by name by address*). Hal tersebut memperburuk masalah data PBI, dimana sejak dua tahun terakhir Pemerintah Provinsi DIY mengalami persoalan data PBI yang tidak pernah sinkron dengan Kementerian Sosial.

Selanjutnya, transparansi atau akses data pelayanan dan data keuangan program JKN masih terbatas. Pemerintah daerah merasakan adanya ketertutupan data program tersebut dan koordinasi dengan BPJS kesehatan dan kementerian sosial terkesan lemah BPJS Kesehatan. Koordinasi untuk menyelesaikan permasalahan data kepesertaan PBI adalah konteks yang cukup krusial yang dapat menghambat pemanfaatan data oleh pemerintah daerah untuk mensinkronkan data mereka. Pemerintah daerah berharap data tersebut dapat diberikan secara bulanan sehingga mereka dapat mengatur dan memastikan penduduknya menerima manfaat dari JKN. Ketika koordinasi tersebut lemah, dampak yang terlihat dengan jelas adalah lemahnya partisipasi pemerintah daerah dalam persoalan defisit JKN dan mutu pelayanan kesehatan era JKN.

Disisi lain, permasalahan lain yang muncul adalah Pemerintah DIY (provinsi) merasa keberatan membantu Pemerintah Kabupaten-kabupaten untuk membayari premi PBI APBD yang iuran naik dan jumlah

pesertanya juga naik. Imbasnya, Skema Jamkesta (Jamkesda) diperkuat sebagai penyangga masyarakat miskin untuk menjamin layanan kesehatan. Tidak hanya di tingkat provinsi maupun kabupaten kota, isu ketertutupan data penyelenggaraan program JKN dialami juga oleh Kementerian Kesehatan, dan terbaru Indonesia Corruption Watch (ICW) yang harus mengajukan gugatan ke Komisi Informasi Publik (KIP) untuk dapat mengakses Dokumen BPKP atas hasil audit BPJS Kesehatan (Tempo, 2020). Kondisi ini apabila terus terjadi maka mengkhawatirkan pengambilan keputusan di tingkat nasional dan daerah, karena dibuat tidak berdasarkan data yang cukup (Trisnantoro, 2019).

Perpres Nomor 25 Tahun 2020 tentang Tata Kelola Badan Penyelenggara Jaminan Sosial, BPJS Kesehatan wajib membangun sistem *database* terpadu agar dapat digunakan secara bersama-sama untuk mensukseskan penyelenggaraan program JKN. Cucciniello dkk (2012) merancang kerangka kerja untuk memantau tingkat transparansi berdasarkan empat dimensi yang berbeda, yaitu i) Dimensi kelembagaan; ii) Dimensi politik; iii) Dimensi finansial; iv) Dimensi pemberi layanan. Harapannya, dengan adanya Perpres No. 25/2020, BPJS Kesehatan sebagai badan hukum public totalitas membuka dan memudahkan akses data bagi publik tentang penyelenggaraan Program JKN. Hal ini sebagai wujud tata kelola data dan informasi yang efektif. Sehingga, kebijakan atau regulasi JKN yang dibentuk masa mendatang dapat melibatkan banyak pihak, dan berbasis data, agar tidak lagi mengalami hambatan yang besar dalam implementasinya.

## Kesimpulan

Berdasarkan uraian di atas, kita dapat menyimpulkan bahwa: *pertama*, capaian Peta Jalan JKN 2014-2019 pada sasaran-1, Sasaran-5, dan sasaran-8 belum terwujud di DIY. *Kedua*, koordinasi kepesertaan program JKN di DIY sudah baik melalui forum-forum yang diinisiasi BPJS Kesehatan. *Ketiga*, transparansi dan partisipasi dalam penyelenggaraan program JKN di DIY masih belum berjalan dengan baik. BPJS Kesehatan yang bersifat sentralistik membatasi BPJS Kesehatan cabang memberikan akses data pemerintah daerah setempat terkait penyelenggaraan program JKN di wilayahnya. Akibatnya, partisipasi pemerintah DIY masih sebatas kepesertaan, hal ini pun masih mengalami kendala karena data kepesertaan masih belum selaras antara yang dimiliki Pemerintah DIY, BPJS Kesehatan dan Pemerintah Pusat. Selanjutnya, partisipasi pemerintah DIY untuk mengatasi persoalan JKN (Defisit) belum optimal karena perencanaan belum menggunakan data yang memadai.

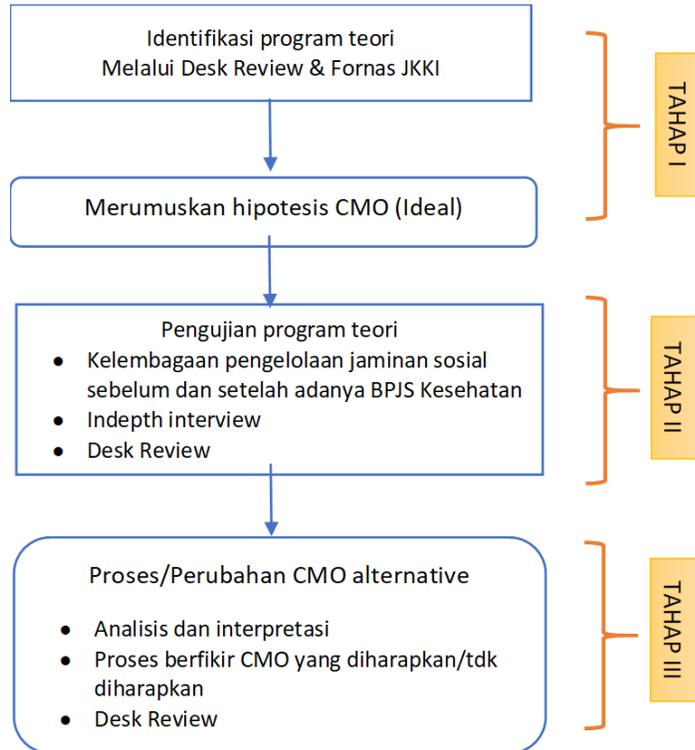
## Referensi

- Berglund, T. (2014). Corporate governance and optimal transparency. In J. Forssbaeck & L. Oxelheim (Eds.), *The Oxford handbook of economic and institutional transparency* (pp. 359-371). Oxford, UK: Oxford University Press.
- Bushman, R., Chen, Q., Engel, E., & Smith, A. (2004). Financial accounting information, organizational complexity and corporate governance systems. *Journal of Accounting and Economics*, 37, 167-201.
- Cucciniello, Maria, Greta Nasi, dan Giovanni Valotti. 2012. *Assesing Transparency in Government: Rhetoric, Reality and Desire*. Hawaii International Conference on Systemn Science
- Curtin, Deidre, (1996) 'Betwixt and Between: Democracy and Transparency in the Governance of the European Union,' in J Winter, D. Curtin, A. Kallermen. B. de Witte (eds), *Reforming the Treaty of European Union – The Legal Debate*. The Hague: Kluwer.
- DaSK PKMK FKKMK UGM. 2019. *Utilisasi Layanan Rujukan Peserta JKN 2015-2016*, [https://kebijakankesehatanindonesia .net/datakesehatan/file/utilisasi-peserta-JKN.html](https://kebijakankesehatanindonesia.net/datakesehatan/file/utilisasi-peserta-JKN.html) diakses pada 1 Maret 2020

- Dewan Jaminan Sosial Nasional, 2012. Peta Jalan Menuju Jaminan Kesehatan Nasional 2012-2019, [http://djsn.go.id/storage/app/media/Peta%20Jalan%20Jaminan%20Kesehatan/ROADMAP\\_JKN\\_EdisiLengkap\\_CDVersion.pdf](http://djsn.go.id/storage/app/media/Peta%20Jalan%20Jaminan%20Kesehatan/ROADMAP_JKN_EdisiLengkap_CDVersion.pdf) diakses pada 5 Maret 2020
- Dewan Jaminan Sosial Nasional (DJSN). *Cakupan Kepesertaan Februari 2020*, <http://sismonev.djsn.go.id/sismonev.php> diakses pada 12 Maret 2020
- Héritier, A. (2003) Composite democracy in Europe: the role of transparency and access to information, *Journal of European Public Policy*.
- Mandica-Nur, N.G.B., (2009). *Panduan Keterbukaan Informasi Publik (KIP) untuk Petugas Pengelola dan Pemberi Informasi di Badan Publik*, IRDI dan USAID, Cetakan Pertama, Jakarta.
- Kementerian Kesehatan. (2017). Analisis Beban Penyakit Nasiona dan Subnasional Indonesia. Kementerian Kesehatan, Indonesia [https://kebijakankesehatanindonesia.net/datakesehatan/file/Data\\_IHME\\_Yogyakarta.pdf](https://kebijakankesehatanindonesia.net/datakesehatan/file/Data_IHME_Yogyakarta.pdf)
- Pawson, R., and Tilley, N. (1997). *Realistic Evaluation*. Sage. London.
- Tempo, 2020, *Putusan Audit BPJS Kesehatan Sudah dikirim ke ICW dan BPKP*, diakses di <https://bisnis.tempo.co/read/1316228/putusan-audit-bpjs-kesehatan-sudah-dikirim-ke-icw-dan-bpkp>
- Trisnantoro, L. (2019) *Kebijakan Pembiayaan dan Fragmentasi Sistem Kesehatan*. UGM Press. Yogyakarta.
- Wang, XiaoHu dan Montgomery Wan Wart. (2007). *When Public Participation in Administration Leads to Trust: An Empirical Assessment of Managers' Perspection*. *Public Administration Review*. Vol.67 No.2
- Instruksi Presiden Nomor 8 Tahun 2017 tentang Optimalisasi Program Jaminan Kesehatan Nasional  
Peraturan Presiden Nomor 82 Tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan  
Peraturan Presiden Nomor 25 Tahun 2020 tentang Tata Kelola Badan Penyelenggara Jaminan Sosial  
Peraturan Gubernur Nomor 19 Tahun 2011 tentang Sistem Jaminan Kesehatan Semesta  
diakses dalam DaSK-FKKMK UGM [https://kebijakankesehatanindonesia.net/datakesehatan/index.php?option=com\\_content&view=article&id=96:peraturan-daerah-provinsi-daerah-istimewa-yogyakarta](https://kebijakankesehatanindonesia.net/datakesehatan/index.php?option=com_content&view=article&id=96:peraturan-daerah-provinsi-daerah-istimewa-yogyakarta)

## Lampiran

### Proses Realist Evaluation



**Tahap I:** Melalui Desk Review yakni hasil penelitian JKN yang dilakukan PKMK FKMK UGM sejak 2014-2017, regulasi terkait JKN, catatan forum JKKI 2017, (seharusnya pada tahap ini untuk mengidentifikasi program teori perlu mewawancarai BPJS Kesehatan selaku pelaksana program dan pembuat pedoman tata kelola JKN tetapi saat ini tidak bisa diwawancarai)

**Tahap II:** Setelah mengidentifikasi program teori sasaran tata kelola di Roadmap JKN (Sasaran-1, -5, & -8), menentukan indicator/definisi operasional, instrument penelitian dan merumuskan CMO Hipotesis, apabila roadmap tata kelola mampu tercapai 2019 disebabkan oleh *apa? Mengapa? & bagaimana?*

**Tahap III:** Instrumen penelitian & CMO Hipotesis yang sudah dibuat dikonfirmasi kepada informan yang sudah ditentukan di awal. Roadmap JKN menjelaskan bahwa Roadmap JKN 2014-2019 tidak hanya oleh BPJS Kesehatan tetapi semua pihak sebagai komitmen mewujudkan jaminan kesehatan semesta. Informan yang diwawancarai: DPRD, Bappeda, Dinkes, Dinsos, BKAD, FKTP, RSUD, RS Swasta

Pendekatan *realist evaluation* menggunakan konfigurasi *context-mechanism-outcome* (CMO). Konfigurasi CMO ini bertujuan untuk memaparkan bahwa setiap program atau kebijakan memiliki suatu tujuan tertentu yang akan dicapai di akhir implementasi kebijakan/program tersebut (*outcome*) dan berdasarkan teori program/logika program, dibutuhkan sumber daya (*input*) untuk mencapai *outcome* tersebut.

**Context** ditentukan berdasarkan situasi atau kondisi dimana program JKN berjalan, termasuk jenis aktor yang terlibat, sumber daya yang dimiliki di berbagai daerah, serta hubungan antar aktor dan sumber daya itu sendiri. **Mechanism** dikembangkan berdasarkan efek yang muncul dari program JKN, termasuk motivasi dan partisipasi dari para aktor yang terlibat, respon terhadap program/kebijakan JKN, perubahan dalam "*reasoning*" dan situasi sumber daya. **Outcome** dalam penelitian ini bertujuan untuk melihat pencapaian berbagai aspek program JKN. *Outcome* didefinisikan sebagai dampak yang diinginkan atau tidak diperkirakan sebelumnya, tetapi muncul sebagai efek dari implementasi program JKN. *Outcome* juga ditinjau dari perbedaan kondisi di provinsi/kabupaten/kota sebelum dan sesudah intervensi program dan apa yang terjadi apabila tidak ada intervensi. Konfigurasi CMO ini disusun dan didiskusikan oleh tim peneliti, melalui diskusi dengan pemegang program, dan merupakan proses yang iteratif.

## Tahap I Pengembangan Program Teori

Program Teori adalah digali dari latar belakang atau filosofi sebuah peraturan/kebijakan/program tersebut dibentuk. Program teori ini menjelaskan bagaimana elemen-elemen suatu intervensi (baik itu dalam bentuk program, strategi ataupun kebijakan) akan berkontribusi dalam menghasilkan output yang diinginkan. Program teori biasanya dituliskan/diidentifikasi dalam bentuk *input-process-output/outcome*.

Program Teori dalam evaluasi tata kelola program JKN ini hanya digali melalui tiga dimensi teori *good governance*, yakni kemitraan (partisipasi), keterbukaan, transparansi dan responsivitas, lebih jelas diuraikan sebagai berikut:

### **Kemitraan (Partisipasi)**

Teori Governence oleh Curtin (1996) dan Heritier (2003) bahwa partisipasi publik dalam proses politik harus dipenuhi dalam sebuah pemerintahan yang demokratis. Partisipasi ini bisa dalam bentuk pemberian dukungan atau penolakan terhadap suatu kebijakan yang diambil pemerintah ataupun evaluasi terhadap kebijakan tersebut.

### **Transparansi**

Transparansi adalah frekuensi pengungkapan informasi yang relevan, tepat waktu dan terbuka (Berglund, 2014). Data dan informasi tersebut tersedia justru bagi mereka yang berada di luar perusahaan/institusi (Bushman et al., 2004). Informasi publik yang baik secara aktif dan konstruktif dapat berkontribusi dalam pengambilan keputusan mengenai isu-isu kebijakan, pembuatan peraturan, serta perencanaan dan pelaksanaan pelayanan (Wang dan Wart, 2007). Pada dasarnya, tujuan dan asas keterbukaan informasi dapat memberikan arah, landasan, acuan dan jaminan tentang pemenuhan hak publik dan sebagai instrumen dalam mewujudkan penyelenggaraan negara yang baik, transparan, efisien, efektif, akuntabel dan dapat dipertanggungjawabkan (*Sumber: IRDI dan USAID, 2009: 7*).

Cucciniello dkk (2012) merancang kerangka kerja untuk memantau tingkat transparansi berdasarkan empat dimensi yang berbeda, yaitu i) Dimensi kelembagaan bertujuan untuk menangkap tingkat transparansi berkaitan dengan misi dan operasi pemerintah, kegiatan kelembagaan dan informasi yang diwajibkan sudah terdapat dalam undang-undang; ii) Dimensi politik bertujuan untuk menangkap tingkat aksesibilitas informasi mengenai perwakilan politik, mandat politik dan kegiatan serta informasi lainnya, seperti ketidakhadiran dalam rapat dewan; iii) Dimensi finansial bertujuan untuk menilai tingkat transparansi berkaitan dengan penggunaan sumber keuangan, solvabilitas pemerintah dan masalah keuangan lainnya; iv) Dimensi pemberi layanan bertujuan untuk menilai tingkat transparansi kinerja pemerintah dalam penyampaian layanan keada warga negara dan pelaku usaha.

## Tahap II – Perumusan CMO Hipotesis

Tahap kedua ini memasuki perumusan CMO Hipotesis yang didasarkan pada pengembangan program teori dan hasil wawancara para stakeholder yang dilaksanakan sejak 2018-2019.

