

## **PELAYANAN KESEHATAN PESERTA BPJS KESEHATAN**

**Oleh:**

**Sama'i<sup>1)</sup>; Hary Yuswadi<sup>2)</sup>; Akhmad Toha<sup>3)</sup>; Sutomo<sup>4)</sup>**

<sup>1)</sup>Mahasiswa Program Doktor Ilmu Administrasi FISIP UNEJ;

<sup>2),3),4)</sup>Promotor dan Co Promotor Program Doktor Ilmu Administrasi FISIP UNEJ

[samai\\_ms@yahoo.com](mailto:samai_ms@yahoo.com)

*Recived:*24 Januari 2018, *Revised:* 5 Februari 2018, *Accepted:*26 Februari 2018

### **ABSTRAK**

Tujuan penelitian adalah untuk menjelaskan pelayanan kesehatan yang diberikan oleh RSD dr. Soebandi kepada peserta BPJS Kesehatan berkaitan dengan pemanfaatan fasilitas kesehatan. Adanya fenomena peserta BPJS Kesehatan tidak dapat memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan. Permasalahannya adalah bagaimana pelayanan kesehatan RSD dr. Soebandi kepada peserta BPJS Kesehatan dalam memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan. Metode penelitian yang digunakan adalah penelitian kualitatif, dengan teknik purposive, kemudian data dianalisis dan diuji keabsahannya. Hasil penelitian menunjukkan pelayanan kesehatan RSD dr. Soebandi kepada peserta BPJS Kesehatan dalam memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan sesuai dengan kelas kepesertaannya. Namun peserta BPJS Kesehatan tidak dapat memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan karena peserta BPJS Kesehatan menjadi peserta pada saat sudah masuk rumah sakit, sehingga kepesertaannya masih belum berlaku atau masih dalam masa tunggu atau *waiting periode*.

Kata Kunci: Pelayanan kesehatan, Jaminan kesehatan, Kepesertaan BPJS Kesehatan.

### **ABSTRACT**

*The purpose of the study was to explain the health services provided by RSD dr. Soebandi to BPJS Health participants related to the utilization of health facilities. The existence of BPJS Health participant phenomenon can not utilize health service facility. The problem is how RSD health service dr. Soebandi to BPJS Health participants in utilizing health service facilities. The research method used is qualitative research, with purposive technique, then the data is analyzed and tested its validity. The results showed that RSD health service dr. Soebandi to BPJS Health participants in utilizing health service facilities in accordance with the membership class. However, BPJS Health participants can not utilize health service facilities because BPJS Health participants become participants when they are hospitalized, so the membership is still not valid or still in waiting period or waiting period.*

*Keywords: Health services, Health insurance, BPJS Health Membership.*

## **PENDAHULUAN**

### **1.1 Latar Belakang**

Jaminan Kesehatan sebagai salah satu bentuk jaminan sosial 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. Dalam upaya untuk mewujudkan Jaminan Sosial negara membentuk lembaga atau badan. Badan yang menyelenggarakan Jaminan Sosial itu disebut Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS). BPJS Itu ada dua yaitu BPJS Kesehatan dan BPJS Ketenagakerjaan. BPJS Kesehatan adalah badan hukum yang dibentuk untuk menyelenggarakan program jaminan kesehatan. BPJS Kesehatan itu berdiri sejak tanggal 1 Januari 2014. BPJS Kesehatan itu semula bernama PT Askes yang bertransformasi menjadi BPJS Kesehatan.

Sejak berlakunya BPJS Kesehatan terhitung mulai 1 Januari 2014 muncul fenomena-fenomena sosial. Fenomena sosial itu termuat dalam berbagai media sosial. Dalam tulisan Wirawan dalam Berita Jatim sebagai berikut.

..... 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 dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan di Kabupaten Jember masih menghadapi beberapa permasalahan, termasuk keruwetan dan salah sasaran dalam penggunaan dana APBD (Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah) untuk jaminan kesehatan. Selanjutnya masih dalam tulisan Wirawan dalam Berita Jatim sebagai berikut.

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

Penjelasan tersebut menunjukkan terdapat fenomena di masyarakat bahwa masih banyak keluhan yang dialami masyarakat terhadap pelayanan kesehatan. Pelayanan kesehatan yang dikeluhkan masyarakat adalah pelayanan kesehatan yang dilakukan oleh puskesmas maupun pelayanan kesehatan yang dilakukan oleh rumah sakit. Rumah sakit yang memberikan pelayanan kesehatan kurang baik adalah rumah sakit daerah. Oleh karena itu banyak keluhan disampaikan masyarakat atas pelayanan kesehatan kurang baik kepada rumah sakit daerah. Selain itu juga kurang maksimalnya kualitas pelayanan para petugas rumah sakit.

Fenomena tersebut menunjukkan bahwa pelayanan kesehatan yang dimiliki oleh rumah sakit dianggap masih kurang memadai. Rumah sakit kurang maksimal dalam memberikan pelayanan kesehatan. Rumah sakit memberikan pelayanan kesehatan kepada peserta BPJS Kesehatan.

Di Kabupaten Jember terdapat tujuh rumah sakit, baik rumah sakit daerah maupun rumah sakit swasta. Rumah sakit itu dapat melayani peserta BPJS Kesehatan, termasuk RSD dr. Soebandi. Hal ini disampaikan Marzuki Ismail dalam acara Sambung Rasa Jurnalis Humas Pemkab Jember bahwa:

..... total kepesertaan BPJS Jember sebanyak 1.617.957 peserta akan dilayani sebanyak 179 fasilitas kesehatan yang telah bekerjasama dengan BPJS Kesehatan Cabang Jember. (JEMBER .com 12 April 2014).

Fenomena tersebut menunjukkan 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 pelayanan kesehatan. Fasilitas pelayanan kesehatan sebanyak itu salah satunya yaitu RSD dr. Soebandi. Fasilitas-fasilitas kesehatan itu telah bekerjasama dengan BPJS Kesehatan untuk melayani peserta BPJS Kesehatan. Fasilitas kesehatan dalam memberikan pelayanan kesehatan kepada peserta BPJS Kesehatan tidak dipungut biaya, jika jenis pelayanan kesehatan yang dimanfaatkan peserta sesuai dengan jenis kelas kepesertaannya.

Gambaran tersebut menunjukkan bahwa terdapat kerjasama antara BPJS Kesehatan dengan 7 (tujuh) rumah sakit yang ada di Kabupaten Jember. Ketujuh rumah sakit yang sudah itu kemungkinan akan masih bertambah, karena masih ada beberapa rumah sakit yang belum kerjasama. Rumah sakit yang bekerjasama dengan BPJS Kesehatan dapat memberikan pelayanan kesehatan kepada peserta BPJS Kesehatan.

## **1.2 Rumusan Masalah**

Jika dicermati gambaran latar belakang masalah tersebut, maka dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan kepada peserta BPJS Kesehatan di Kabupaten Jember masih mengalami masalah. Kemudian banyaknya keluhan masyarakat terhadap pelayanan kesehatan di rumah sakit daerah dan masih kurang maksimalnya petugas rumah sakit dalam memberikan pelayanan kesehatan. Jumlah peserta BPJS Kesehatan yang begitu banyak dan ditangani fasilitas pelayanan kesehatan sebanyak 179 fasilitas kesehatan termasuk rumah sakit.

Dengan demikian kondisi yang diharapkan dalam pelayanan kesehatan kepada peserta BPJS Kesehatan adalah peserta BPJS Kesehatan dapat memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan. Dalam kenyataannya terdapat peserta BPJS Kesehatan tidak dapat memanfaatkan pelayanan kesehatan. Dengan istilah lain masyarakat sebagai pengguna jasa layanan kesehatan mengharapkan pelayanan kesehatan yang optimal yang diselenggarakan oleh rumah sakit tentang kinerja petugas pelayanan kesehatan dalam memenuhi kebutuhan peserta BPJS Kesehatan. Pemerintah Daerah Kabupaten 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 BPJS Kesehatan mengalami macet membayar iuran di BPJS Kesehatan Kabupaten Jember. Oleh karena itu atas dasar penjelasan gambaran di atas, maka rumusan masalah penelitian sebagai berikut: Bagaimanakah pelayanan kesehatan yang diberikan RSD dr. Soebandi kepada peserta BPJS Kesehatan?

### **1.3 Tujuan Penelitian**

BPJS Kesehatan sebagai badan penyelenggara jaminan kesehatan yang menjamin peserta untuk dapat hidup sehat. Namun terdapat peserta BPJS Kesehatan yang tidak dapat jaminan kesehatan atau peserta tidak dapat memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan yang diselenggarakan RSD dr. Soebandi. Berdasarkan latar belakang itulah maka tujuan yang ingin dicapai dalam penelitian ini adalah untuk menjelaskan pelayanan kesehatan yang diberikan RSD dr. Soebandi kepada peserta BPJS Kesehatan.

## **II. TINJAUAN PUSTAKA**

Antara pelayanan kesehatan dengan pengguna pelayanan kesehatan yaitu pasien terdapat hubungan. Hubungan itu terkait dengan kepuasan pasien atas pelayanan kesehatan oleh petugas. Hasil penelitian yang dilakukan oleh Azlika M. Alamri, dkk. (2015: 1-11) bahwa hasil penelitian terdapat hubungan antara mutu pelayanan perawat dengan kepuasan pasien.

Menurut Notoatmodjo S. (2010:107) menyatakan bahwa masyarakat atau anggota masyarakat yang mendapat penyakit, dan tidak merasakan sakit atau *disease but no illness* sudah barang tentu tidak akan bertindak apa terhadap penyakitnya tersebut. Tetapi bila mereka diserang penyakit dan juga merasakan sakit, maka baru akan timbul berbagai macam usaha atau perilaku. Pendapat Notoatmodjo tersebut berarti masyarakat atau anggota masyarakat akan melakukan usaha apabila masyarakat itu merasakan sakit yang diakibatkan oleh suatu penyakit. Usaha yang dilakukan itu adalah untuk mendapatkan pelayanan kesehatan.

Selanjutnya menurut Notoatmodjo S. (2010:109) dijelaskan bahwa berdasarkan orientasinya pelayanan kesehatan itu ada yang berorientasi publik (masyarakat) ada yang berorientasi individu (perseorangan). Pelayanan kesehatan yang berorientasi publik terdiri dari dari sanitasi lingkungan (air bersih, sarana pembuangan limbah baik limbah padat maupun limbah cair, imunisasi, dan

perlindungan kualitas udara, dan sebagainya). Pelayanan kesehatan lebih diarahkan langsung ke arah publik ketimbang kearah individu-individu yang khusus. Orientasi pelayanan publik ini adalah pencegahan (prentive) dan peningkatan (promotif). Pelayanan kesehatan yang berorientasi pada perseorangan. Pelayanan kesehatan pribadi adalah langsung kearah individu. Orientasi pelayanan kesehatan individu ini adalah penyembuhan dan pengobatan (kuratif) dan pemulihan (rehabilitatif). Dari kedua orientasi pelayanan kesehatan tersebut dalam tulisan ini pelayanan kesehatan yang berorientasi publik. Pelayanan kesehatan berorientasi publik ini termasuk masuk dalam jaminan kesehatan, dan jaminan kesehatan itu masuk dalam jaminan sosial.

Jaminan sosial pengertiannya dapat dijabarkan dari beberapa pengertian sebagai berikut, menurut Standing dalam Naskah Akademik Sistem Jaminan Sosial Nasional (2004: 1-2), bahwa *social security, is a system for providing income security to deal with the contingency risks of live – “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). 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.

Berdasarkan beberapa pengertian tersebut di atas, dapat dirumuskan bahwa 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. 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 dapat dibagi dalam beberapa jenis program yang 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.

### III. METODE PENELITIAN

Penelitian ini menggunakan metode penelitian kualitatif dengan jenis 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. Menurut Emzir (2012: 22) bahwa peneliti fenomenologis berusaha memahami makna dari sebuah pengalaman dari perspektif partisipan. Dalam pendekatan fenomenologi paradigma yang digunakan adalah paradigma definisi sosial pada kajian mikro dengan unit analisisnya adalah lembaga. Penelitian ini dilakukan di RSD dr. Soebandi Jember, dengan fokus penelitian adalah pelayanan kesehatan peserta BPJS Kesehatan. Data penelitian yang dikumpulkan dalam bentuk data kualitatif dengan sumber data informan. Teknik penentuan informan dengan teknik "purposive". Pengumpulan data dengan menggunakan observasi, wawancara dan dokumentasi (Emzir 2012: 37-76). Dalam analisis data penelitian ini peneliti menggunakan analisis data model Miles dan Heberman. Menurut Miles and Huberman (1994: 10-12) menyatakan bahwa: *We define analysis as consisting of three concurrent flow of activity: data reduction, data display, and conclusion drawing/verification.*

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*).

### III. HASIL DAN PEMBAHASAN PENELITIAN

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 R (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 20 Mei 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 (2015) sebagai berikut:"Kepesertaan, kita ditugasi untuk merekrut terutama dari kelompok-kelompok badan usaha dan masyarakat." (wawancara 20 Mei 2015).

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 MI (2015) sebagai berikut berikut:Kalau dari institusi rata-rata sudah instruktif, kita pegawai negeri otomatis langsung mau tidak mau TNI POLRI (wawancara 20 Mei 2015).

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 intstuktif, tapi badan usaha itu lebih cerewet dan lebih macam-macam permintaan dari pada PNS (wawancara 20 Mei 2015).

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 capeg menjadi peserta kita, tuntutannya tidak terlalu macam-macam, tuntutannya santunlah" (wawancara 20 Mei 2015).

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 tuntutannya tidak macam-macam, atau istilahnya tuntutannya “santun” atau sopan kepada BPJS Kesehatan. Jika dibandingkan dengan peserta badan usaha, maka kepesertaan badan usaha itu tuntutannya 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. Sedangkan peserta 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 berdasarkan Peraturan Pemerintah RI No. 101 Tahun 2012, telah diatur pihak-pihak yang menerima bantuan iuran dari pemerintah. Mereka terdiri dari para fakir miskin dan orang yang tidak mampu. 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.

Sementara itu, kepesertaan BPJS selain dilakukan melalui institusi atau lembaga dan badan usaha, bisa pula melalui masyarakat. Kepesertaan masyarakat ini dilakukan secara mandiri. Peserta mandiri dapat mendaftar secara mandiri kepada BPJS Kesehatan, karena peserta ini bukan peserta penerima upah. Hal ini sesuai apayang disampaikan informan MI (2015) sebagai berikut: "Apalagi yang peserta mandiri pak, peserta yang mendaftar secara mandiri yang tidak punya institusi" (wawancara 20 Mei 2015).

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 20 Mei 2015).

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.



Gambar 1. Peserta BPJS Kesehatan mencari fasilitas pelayanan kesehatan.

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 20 Mei 2015).

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. 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 20 Mei 2015).

Penjelasan tersebut menunjukkan 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 20 Mei 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 20 Mei 2015).

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 bisa 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 NPWT, 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





Gambar 2. Bukti untuk setor ke Bank.

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.

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 iuran 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.

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 dituntut untuk 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.

Semua lapisan masyarakat secara keseluruhan dapat menjadi peserta BPJS Kesehatan. Peserta BPJS Kesehatan ini dapat diikuti oleh masyarakat yang mampu maupun masyarakat yang tidak mampu. Hal ini seperti yang disampaikan oleh MI (2015) sebagai berikut:

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

Penjelasan tersebut menunjukkan kepesertaan BPJS Kesehatan itu ada yang peserta mandiri. Peserta mandiri ini berarti peserta bukan penerima upah. Peserta mandiri ini berasal dari masyarakat yang mampu atau disebut dengan istilah lain

peserta bukan penerima upah. Sedangkan untuk peserta yang tidak mampu menjadi tanggungjawab pemerintah.

Peserta yang tidak mampu menjadi tanggungjawab pemerintah. Oleh karena itu pemerintah memberi bantuan bagi masyarakat yang tidak mampu untuk menjadi peserta BPJS Kesehatan. Masyarakat miskin yang menerima bantuan dari pemerintah itu disebut dengan Penerima Bantuan Iuran (PBI). Hal ini sesuai dengan yang disampaikan MI (2015) sebagai berikut: APBN sudah membuktikan 84,6 juta jiwa lebih yang tercantum dalam PBI sudah dibiayai APBN sebagai peserta BPJS Kesehatan (wawancara 20 Mei 2015).

Penjelasan tersebut menunjukkan peserta BPJS Kesehatan yang tidak mampu dibiayai oleh pemerintah. Pembiayaan diambilkan dari Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara (APBN). Di Kabupaten Jember juga banyak yang menerima bantuan itu seperti disampaikan informan MI (2015) sebagai berikut: Di Kabupaten Jember ada 930 ribu jiwa lebih untuk penerima PBI. Kalau ada masyarakat miskin di luar itu, maka menjadi tanggungan APBD (wawancara 20 Mei 2015).

Penjelasan tersebut menunjukkan di Kabupaten Jember banyak penerima PBI yaitu 930 ribu jiwa lebih. Itu yang mendapat bantuan dari APBN, sedangkan jika masih ada masyarakat miskin di luar itu akan menjadi tanggungan pemerintah daerah yang masuk dalam APBD.

## **IV. KESIMPULAN**

### **4.1 Kesimpulan**

Berdasarkan hasil dan pembahasan penelitian dapat disimpulkan bahwa kepesertaan BPJS Kesehatan dapat berasal dari masyarakat, ada peserta yang iurannya dibayar pemerintah dengan istilah penerima bantuan iuran (PBI), dan ada peserta BPJS Kesehatan mandiri. Peserta BPJS Kesehatan itu ada peserta PBI dan peserta non PBI. Peserta non PBI ini peserta yang iurannya dibayar pemberi kerja dan ada peserta yang iurannya dibayar secara mandiri. Peserta BPJS Kesehatan mandiri kebanyakan dari masyarakat menjadi peserta BPJS Kesehatan setelah mengalami sakit. Hal ini berarti masyarakat daftar menjadi peserta BPJS Kesehatan setelah mengalami sakit untuk mendapatkan pelayanan kesehatan di rumah sakit. Kondisi demikian ini rumah sakit tidak memberikan pelayanan kesehatan sebagai peserta BPJS Kesehatan. Karena bagi peserta BPJS Kesehatan yang baru daftar pada saat sakit, peserta BPJS Kesehatan belum dapat memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan yang disediakan oleh pihak RSD dr. Soebandi. Peserta BPJS Kesehatan masih dalam masa tenggang atau *waiting period*. Oleh karena itu faktor penyebab peserta BPJS Kesehatan tidak mendapatkan pelayanan kesehatan adalah karena peserta BPJS Kesehatan masih dalam masa tenggang. Masa tenggang ini selama 7 hari, artinya dalam masa tenggang ini peserta masih belum dapat memanfaatkan fasilitas kesehatan sesuai dengan hak pilihan kepesertaannya. Peserta BPJS Kesehatan dapat memanfaatkan fasilitas kesehatan sesuai dengan haknya jika telah melewati 7 hari masa tenggang.

### **4.2 Saran-Saran**

Saran yang perlu disampaikan atas dasar hasil penelitian ini adalah peserta BPJS Kesehatan mendaftar sebelum sakit. Jangan mendaftar sebagai peserta BPJS Kesehatan setelah jatuh sakit. Bagi BPJS Kesehatan hendaknya disosialisasikan terus tentang kepesertaan, sehingga tumbuh kesadaran masyarakat akan perlunya jaminan kesehatan.

## DAFTAR PUSTAKA

- Alamri, Azlika M.; Adisti A. Rumayar; Febi K. Kolibu. 2015. Hubungan Antara Mutu Pelayanan Perawat Dan Tingkat Pendidikan Dengan Kepuasan Pasien Peserta Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan Di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit Islam (RSI) Sitti Maryam Kota Manado. *Pharmacon. Jurnal Ilmiah Farmasi – Unsrat* Vol. 4 No. 4 November 2015 ISSN 2302 - 2493
- Boyne, George A.; Meller, Kenneth J.; Jrand, Lawrence J. O'Toole; Walker, Richard M. 2006. *Public Service Performance*. London: Cambridge University Press.
- Denzin, Norman K. And Yvonna S. Lincoln. 2009. *Handbook of Qualitative Research*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar Cetakan Pertama.
- 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.
- Emzir. 2012. *Metodologi Penelitian Kualitatif: Analisis Data*. Jakarta: Rajawali Pers.
- Ghony, Djunaidi dan Almanshur, Fauzan. 2012. *Metodologi Penelitian Kualitatif*. Jogjakarta: Ar-Ruzz Media.
- Indihartono, Dwiyanto. 2009. *Kebijakan Publik Berbasis Dynamic Policy Analysis*. Yogyakarta: Gava Media.
- ILO (1952). ILO Convention 102 tahun 1952
- International Labour Organization. 2012. *Social Protection Assessment Based National Dialogue: Towards A Nationally Defined Social Protection Floor In Indonesia*. Jakarta: ILO Publications.
- Kusumanegara, Solahudin. 2010. *Model Dan Aktor Dalam Proses Kebijakan Publik*. Yogyakarta: PT. Gava Media.
- 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.

- Miles, Matthew B. Dan Huberman, A. Michael. 2014. *Analisis Data Kualitatif: Buku Sumber tentang Metode-Metode Baru*. Jakarta: Universitas Indonesia (UI-Press).
- Moleong, Lexy J. 2012. *Metodologi Penelitian Kualitatif: Edisi Revisi*. Bandung: PT. Remaja Rosdakarya.
- Mulyadi, Deddy. 2016. *Studi Kebijakan Publik dan Pelayanan Publik*. Bandung: Penerbit Alfabeta.
- Mustafa, Abdul Talib. 2017. *Kemitraan dalam Pelayanan Publik*. Yogyakarta: Penerbit Calpulis.
- Naskah Akademik Sistem Jaminan Sosial Nasional (2004). *Naskah Akademik Sistem Jaminan Sosial Nasional*.
- Newman, W. Lawrence. 2013. *Metode Penelitian Sosial: Pendekatan Kualitatif dan Kuantitatif*. Jakarta: PT. Indeks.
- Notoatmodjo, S. 2010. *Ilmu Perilaku Kesehatan*. Jakarta: Penerbit Rineka Cipta.
- Nugroho, Riant. 2008. *Public Policy*. Jakarta: PT. Elex Media Komputindo.
- Parsons, Wayne. 2011. *Public Policy: Pengantar Teori & Praktik Analisis Kebijakan*. Jakarta: Kencana.
- Santosa, Haris. (2012). *Peta Jalan Menuju Jaminan Kesehatan Nasional 2012 – 2019*. Jakarta: Penerbit: Dewan Jaminan Sosial Nasional.
- Sugiyono. 2012. *Memahami Penelitian Kualitatif*. Bandung: Alfabeta.
- Suharto, Edi. 2008. *Analisis Kebijakan Publik*. Bandung: Alfabeta.
- ..... Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 40 Tahun 2004 Tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional. Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 150.
- ..... Undaang\_Undang Republik Indonesia Nomor 24 Tahun 2011 Tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial. Lembaga Negara Republik Indonesia Tahun 2011 Nomor 116.
- ..... Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 101 Tahun 2012

Tentang Penerima Bantuan Iuran Jaminan Kesehatan. Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2012 Nomor 264

- ..... 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
- ..... Peraturan BPJS Kesehatan Nomor 1 Tahun 2014 tentang Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan