

DAMPAK PELAYANAN BADAN PENYELENGGARA JAMINAN SOSIAL KESEHATAN TERHADAP MASYARAKAT DI KELURAHAN TINGKULU

Oleh

Andreas G. Ch. Tampi

Evelin J.R. Kawung

Juliana W. Tumiwa

e-mail: andreastampi@yahoo.com

Abstrak

Pemerintah Indonesia dalam upaya meningkatkan kesehatan seluruh warga-negara telah mengeluarkan kebijakan penjaminan kesehatan untuuk seluruh warga-negara melalui Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan (BPJS) agar setiap warga-negara dapat berobat secara gratis di seluruh Puskesmas, BKIA, dan Rumah-Rumah Sakit Pemerintah yang disiapkan untuk itu. Untuk lebih meningkatkan lagi pelayanan kesehatan yang berkualitas, baik peningkatan pelayanan maupun dan penambahan fasilitas-fasilitas yang belum ada. Saat ini pelayanan kesehatan pada seluruh Puskesmas maupun Rumah-Rumah Sakit dinilai belum maksimal dikarenakan oleh fasilitas puskesmas dan rumah sakit yang belum memadai dan tenaga kesehatan masih kurang dan penilaian para pasien yang kurang baik terhadap pelayanan yang diberikan, oleh Karena itu, pelayanan pada Puskesmas dan rumah Sakit harus ditingkatkan mutu pelayanannya. Masyarakat bukan hanya mempersoalkan terpenuhi tidaknya kebutuhan akan jasa layanan, tetapi mulai mempertanyakan kualitas layanan yang mereka terima dari pemerintah.

Dari aspek pelayanan, masyarakat peserta jaminan kesehatan masyarakat banyak kali diperhadapkan dengan pelayanan kelas dua yang dalam arti ketika ada masyarakat yang akan melakukan pengobatan baik rawat jalan maupun rawat inap sering diterlantarkan. Kenyataan ini jelas terlihat baik di pusat kesehatan masyarakat maupun rumah sakit. Sementara jika dilihat dari aspek manajemen keuangan program ini masih memberikan permasalahan bagi pihak rumah sakit maupun puskesmas dalam proses penagihan pembayaran kepada PT Askes yang telah mengakibatkan terjadinya penumpukan tagihan pembayaran dari pihak rumah sakit. Selain tagihan pembayaran dari sisi beban keuangan Negara maupun daerah melalui APBN/ABPD kebijakan ini terlihat belum sepenuhnya ditunjang dengan kemampuan keuangan dari pihak pemerintah yang ada sementara akibat dari masalah keuangan ini memberikan efek kepada masyarakat dimana dalam kasus-kasus tertentu ada obat-obat yang seharusnya masuk daftar tanggungan program Penyelenggaraan Jaminan Sosial kesehatan akan tetapi tidak diberikan oleh pihak rumah sakit dan diganti dengan obat yang harus dibayar oleh masyarakat.

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang Masalah

Setiap orang mempunyai hak yang sama dalam memperoleh jaminan kesehatan dari negara. Setiap orang dengan status sosial yang berbeda-beda berhak untuk memperoleh jaminan kesehatan yang memadai. Oleh karena itu peningkatan derajat kesehatan harus terus menerus diupayakan agar bisa memenuhi standar hidup sehat jasmaniah sehingga setiap orang dapat hidup produktif baik itu kehidupan sosial maupun ekonomi. Masyarakat yang sejahtera adalah masyarakat yang sehat jasmani dan rohani. Menyelenggarakan pembangunan di sektor kesehatan adalah upaya membangun kesejahteraan sosial.

Pembangunan sektor kesehatan adalah bagian dari sistem Pembangunan Nasional, yang merupakan upaya pemerintah untuk mencapai hidup sehat bagi seluruh warga negara agar dapat meningkatkan derajat kesehatan yang optimal sebagai dari unsur kesejahteraan umum yang merupakan tujuan nasional. Pembangunan kesehatan sedang dilaksanakan bertujuan pemeratakan dan meningkatkan mutu pelayanan kesehatan kepada setiap warga-negara. Hal ini terbukti dengan terus meningkatnya sarana dan juga prasarana kesehatan

berupa rumah sakit dan juga puskesmas serta penyediaan tenaga medis berupa tenaga dokter dan perawat/ bidan dan peralatan kesehatan lainnya.

Pelayanan Kesehatan merupakan salah satu bentuk dari pelayanan yang terus diperhadapkan pada situasi dan kondisi perubahan nilai-nilai di tengah masyarakat yang sangat cepat berubah/berkembang seiring dengan globalisasi, modernisasi dan industrialisasi yang didorong oleh adanya perkembangan ilmu pengetahuan dan juga teknologi. Pemerintah Indonesia dalam upaya meningkatkan kesehatan seluruh warga-negara telah mengeluarkan kebijakan penjaminan kesehatan untuuk seluruh warga-negara melalui Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan (BPJS) agar setiap warga-negara dapat berobat secara gratis di seluruh Puskesmas, BKIA, dan Rumah-Rumah Sakit Pemerintah yang disiapkan untuk itu. Untuk lebih meningkatkan lagi pelayanan kesehatan yang berkualitas, baik peningkatan pelayanan maupun dan penambahan fasilitas-fasilitas yang belum ada. Saat ini pelayanan kesehatan pada seluruh Puskesmas maupun Rumah-Rumah Sakit dinilai belum maksimal dikarenakan oleh fasilitas puskesmas dan rumah sakit yang belum memadai dan tenaga kesehatan masih kurang dan penilaian para pasien yang kurang baik terhadap pelayanan yang diberikan, oleh Karena itu, pelayanan pada Puskesmas dan rumah Sakit harus ditingkatkan mutu pelayanannya. Masyarakat bukan hanya mempersoalkan terpenuhi tidaknya kebutuhan akan jasa layanan, tetapi mulai mempertanyakan kualitas layanan yang mereka terima dari pemerintah.

Dari aspek pelayanan, masyarakat peserta jaminan kesehatan masyarakat banyak kali diperhadapkan dengan pelayanan kelas dua yang dalam arti ketika ada masyarakat yang akan melakukan pengobatan baik rawat jalan maupun rawat inap sering diterlantarkan. Kenyataan ini jelas terlihat baik di pusat kesehatan masyarakat maupun rumah sakit. Sementara jika dilihat dari aspek manajemen keuangan program ini masih memberikan permasalahan bagi pihak rumah sakit maupun puskesmas dalam proses penagihan pembayaran kepada PT Askes yang telah mengakibatkan terjadinya penumpukan tagihan pembayaran dari pihak rumah sakit. Selain tagihan pembayaran dari sisi beban keuangan Negara maupun daerah melalui APBN/ABPD kebijakan ini terlihat belum sepenuhnya ditunjang dengan kemampuan keuangan dari pihak pemerintah yang ada sementara akibat dari masalah keuangan ini memberikan efek kepada masyarakat dimana dalam kasus-kasus tertentu ada obat-obat yang seharusnya masuk daftar tanggungan program Penyelenggaraan Jaminan Sosial kesehatan akan tetapi tidak diberikan oleh pihak rumah sakit dan diganti dengan obat yang harus dibayar oleh masyarakat. Dari berbagai uraian di atas terlihat dimana kebijakan pelayanan kesehatan melalui program penyelenggaraan jaminan kesehatan bagi masyarakat ternyata belum bisa terlaksana dengan baik. Permasalahan yang dikemukakan di atas juga terjadi di kota Manado provinsi Sulawesi Utara, Berdasarkan Latar Belakang Masalah tersebut peneliti mencoba mengangkat masalah tersebut dengan Judul: "Dampak Pelayanan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan Terhadap Masyarakat di Kelurahan Tingkulu."

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang penelitian yang telah diuraikan di atas, maka yang menjadi fokus permasalahan adalah: "Dampak pelayanan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan Terhadap Masyarakat Di Kelurahan Tingkulu."

C. Tujuan Penelitian

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui: "Bagaimana dampak pelayanan Badan Penyelenggara Jaminan Kesehatan terhadap masyarakat di Kelurahan Tingkulu."

D. Manfaat Penelitian

1. Manfaat Praktis

Hasil penelitian ini diharapkan akan memberikan bahan masukan dan informasi bagi pemerintah Kelurahan dalam permasalahan pelayanan Kesehatan Badan Penyelenggara Jaminan Kesehatan Selain itu hasil penelitian ini diharapkan akan menjadi bahan evaluasi dalam penanganan

2. Manfaat Ilmiah

Dari segi Ilmiah hasil penelitian ini diharapkan akan dapat memberikan kontribusi bagi pengembangan Ilmu khususnya Sosiologi Kesehatan dalam memperkaya konsep-konsep dan pengembangan.

TINJAUAN PUSTAKA

A. Pengertian Dampak

Dampak secara sederhana bisa diartikan sebagai pengaruh atau akibat. Dalam setiap keputusan yang diambil oleh seorang atasan biasanya mempunyai dampak tersendiri, baik itu dampak positif maupun dampak negatif. Dampak juga bisa merupakan proses lanjutan dari sebuah pelaksanaan pengawasan internal. Seorang pemimpin yang handal sudah selayaknya bisa memprediksi jenis dampak yang akan terjadi atas sebuah keputusan yang akan diambil.

Otto Soemarwoto (1983): Dampak adalah pengaruh suatu kegiatan. Hiro Tugiman: Dampak adalah sesuatu yang bersifat objektif. Dampak merupakan sebuah konsep pengawasan internal sangat penting, yang dengan mudah dapat diubah menjadi sesuatu yang dipahami dan ditanggapi secara serius oleh manajemen.

B. Tinjauan Tentang Dampak

Pengertian dampak menurut Kamus Besar Bahasa Indonesia adalah benturan, pengaruh yang mendatangkan akibat baik positif maupun negatif. Pengaruh adalah daya yang ada dan timbul dari sesuatu (orang, benda) yang ikut membentuk watak, kepercayaan atau perbuatan seseorang. Pengaruh adalah suatu keadaan dimana ada hubungan timbal balik atau hubungan sebab akibat antara apa yang mempengaruhi dengan apa yang dipengaruhi. (KBBI Online, 2010)

Dampak secara sederhana bisa diartikan sebagai pengaruh atau akibat, dalam setiap keputusan yang diambil oleh seseorang biasanya mempunyai dampak tersendiri, baik itu dampak positif maupun dampak negatif. Dampak juga bisa merupakan proses lanjutan dari sebuah pengambilan keputusan. Seseorang yang handal sudah selayaknya bisa memprediksi jenis dampak yang akan terjadi atas sebuah keputusan yang akan diambil. Dampak dapat dibagi dalam dua bagian yaitu:

1. Dampak positif

Dampak Positif berarti pengaruh dan akibat yang ditimbulkan oleh suatu pengambilan keputusan atau tidak mengakibatkan sesuatu yang merugikan bagi sesama manusia, lingkungan alam sekitar atau lingkungan alam, ataupun sesuatu yang berhubungan bisa mengakibatkan kerugian bagi pihak yang lain. Dampak positif berarti pengaruh dan akibat yang ditimbulkan oleh suatu pengambilan keputusan akan menguntungkan bagi sesama manusia dan lingkungan alam sekitarnya.

2. Dampak Negatif

Dampak negatif berarti pengaruh dan akibat yang ditimbulkan oleh suatu pengambilan keputusan akan mengakibatkan sesuatu yang tidak baik terhadap sesama manusia dan lingkungan alam sekitarnya, ataupun pengambilan keputusan itu mengakibatkan kerugian

bagi sesama manusia ataupun lingkungan alam sekitar yang akan berakibat kerugian besar dikemudian hari.

C. Pengertian Pelayanan

Konsep pelayanan dalam kamus bahasa Indonesia diartikan sebagai memberikan sesuatu kepada seseorang dalam bentuk jasa. Menurut W. J. S. Poerwadarminto (2001: 573), pelayanan berasal dari kata layan atau melayani yang berarti menolong, menyediakan segala sesuatu yang diperlukan orang lain.

Menurut A.S Moenir (1995: 17), pada dasarnya manusia dalam memenuhi kebutuhan hidupnya membutuhkan orang lain. Proses pemenuhan kebutuhan melalui aktifitas orang lain secara langsung ini yang disebut sebagai pelayanan. Jadi pelayanan adalah kegiatan yang bertujuan membantu menyiapkan atau mengurus apa yang diperlukan orang lain. Sehingga pelayanan senantiasa dengan kepentingan publik atau umum. Masih menurut Moenir (1995:10), kepentingan umum merupakan kepentingan yang menyangkut masyarakat, tidak bertentangan dengan norma-norma dan aturan yang bersumber dari kebutuhan hidup masyarakat. Kepentingan ini bersifat kolektif dan dapat pula bersifat individual. Kepentingan umum muncul dari kepentingan individual dan karena bersamaan kepentingan maka kepentingan individual berkembang menjadi kepentingan umum.

Kegiatan pelayanan umum diharapkan pada terselenggaranya pelayanan untuk memenuhi kepentingan umum atau kepentingan perorangan, melalui cara-cara yang tepat dan memuaskan pihak yang dilayani. Supaya pelayanan umum berhasil baik unsur pelaku sangat menentukan, Pelaku dapat berbentuk badan atau organisasi yang bertanggungjawab atas terselenggaranya pelayanan dan manusia sebagai pegawai. Pelayanan dapat berjalan baik jika pemerintah selaku penyelenggara pelayanan publik memiliki orientasi yang benar mengenai akibat dari suatu kedudukannya sebagai abdi masyarakat dan menganggap masyarakat sebagai klien yang harus senantiasa dijaga kepuasan atas pelayanan yang telah diberikan kepada mereka. Kepuasan sangat sulit diukur karena layanan memiliki berbagai karakteristik yang berbeda tergantung pada tingkat sosial, ekonomi, pendidikan dan pengetahuan, pengalaman hidup maupun harapan yang ingin dicapainya.

D. Jaminan Sosial Nasional

Jaminan sosial adalah salah satu bentuk perlindungan sosial yang diselenggarakan oleh negara guna menjamin warganegaranya untuk memenuhi kebutuhan hidup dasar yang layak, sebagaimana dalam deklarasi PBB tentang HAM tahun 1948 dan konvensi ILO No.102 tahun 1952. Utamanya adalah sebuah bidang dari kesejahteraan sosial yang memperhatikan perlindungan sosial, atau perlindungan terhadap kondisi yang diketahui sosial, termasuk kemiskinan, usia lanjut, kecacatan, pengangguran, keluarga dan anak-anak, dan lain-lain. (https://id.wikipedia.org/wiki/Jaminan_sosial).

Sistem Jaminan Sosial Nasional Indonesia disusun mengacu pada tata-cara penyelenggaraan jaminan sosial yang berlaku secara umum dan telah diselenggarakan oleh negara-negara yang sudah maju maupun oleh Negara-negara yang sedang berkembang. Penyelenggaraan jaminan sosial di berbagai negara tidak ada yang sama, ada yang berlaku secara nasional untuk seluruh penduduk tetapi ada yang hanya untuk penduduk tertentu atau program tertentu.

E. Pengertian Sistem Jaminan Sosial Nasional

Sistem Jaminan Sosial Nasional (National Social Security System) merupakan tata cara penyelenggaraan program jaminan sosial yang dilaksanakan oleh beberapa badan penyelenggara. Jaminan sosial. Sistem Jaminan Sosial Nasional adalah program dari pihak

Negara dan Pemerintah yang bertujuan memberi kepastian perlindungan terhadap kesejahteraan sosial seluruh rakyat Indonesia. Melalui program ini, diharapkan setiap warga-negara dapat terpenuhi kebutuhan dasar hidup yang layak apabila terjadi hal-hal yang mengakibatkan hilangnya atau berkurangnya pendapatan, oleh karena menderita sakit, mengalami kecelakaan, kehilangan pekerjaan, memasuki usia lanjut, atau pensiun.

Sistem Jaminan Sosial Nasional adalah satu bentuk perlindungan sosial yang diselenggarakan oleh pihak Pemerintah Republik Indonesia guna menjamin bahwa setiap warga negaranya bisa terpenuhi kebutuhan hidup dasar yang layak. Menurut UU No. 40 Tahun 2004, Sistem Jaminan Sosial Nasional adalah pengganti program-program jaminan sosial yang sudah ada sebelumnya yang menurut penilaian tidak memberikan manfaat yang maksimal bagi penggunaannya.

Pemerintah Indonesia telah menjalankan beberapa program jaminan sosial. berupa Undang-Undang yang secara khusus mengatur jaminan sosial bagi tenaga kerja swasta adalah Undang-Undang Nomor 3 tahun 1992 tentang Jaminan Tenaga Kerja (JAMSOSTEK) yang mencakup program jaminan pemeliharaan kesehatan, jaminan kecelakaan kerja, jaminan hari tua dan jaminan kematian.

Untuk Pegawai Negeri Sipil (PNS), telah dikembangkan program Dana Tabungan dan Asuransi Pegawai Negeri (TASPEN) yang dibentuk dengan Peraturan Pemerintah Nomor 26 Tahun 1981 dan program Asuransi Kesehatan (ASKES) yang diselenggarakan berdasarkan Peraturan Pemerintah Nomor 69 Tahun 1991 yang bersifat wajib bagi PNS/Penerima Pensiun/Perintis Kemerdekaan/Veteran dana anggota keluarganya.

Untuk prajurit Tentara Nasional Indonesia (TNI), anggota Kepolisian Republik Indonesia (POLRI), dan PNS Departemen Pertahanan/TNI/POLRI beserta keluarganya telah dilaksanakan program Asuransi Sosial Angkatan Bersenjata Republik Indonesia (ASABRI) sesuai dengan Peraturan Pemerintah Nomor 67 Tahun 1991 yang merupakan perubahan atas Peraturan Pemerintah Nomor 44 Tahun 1971.

Program-program tersebut baru mencakup sebagian kecil dari rakyat Indonesia dan Sebagian besar belum memperoleh perlindungan yang memadai, disamping itu, ternyata pelaksanaan berbagai program jaminan sosial tersebut sudah mampu memberikan perlindungan yang adil dan memadai kepada para peserta sesuai dengan manfaat program yang menjadi hak dari seluruh peserta. Berdasarkan beberapa pertimbangan maka dipandang perlu untuk menyusun suatu Sistem Jaminan Nasional yang mampu mensinkronkan penyelenggaraan berbagai bentuk dari jaminan sosial yang dilaksanakan oleh beberapa penyelenggara agar dapat menjangkau kepesertaan yang lebih luas serta memberikan manfaat yang lebih besar bagi seluruh pesertanya.

F. Prinsip Sistem Jaminan Sosial Nasional

1. Prinsip kegotong-royongan.

Prinsip ini diwujudkan dalam mekanisme gotong-royong dari peserta yang mampu kepada peserta yang kurang mampu dalam bentuk kepesertaan wajib bagi seluruh rakyat; peserta yang berisiko rendah membantu yang berisiko tinggi; dan peserta yang sehat membantu yang sakit melalui prinsip kegotong-royongan ini jaminan sosial dapat menumbuhkan dan meningkatkan keadilan sosial bagi keseluruhan rakyat Indonesia.

2. Prinsip Nirlaba.

Pengelolaan dana amanat tidak dimaksudkan mencari Laba (Nirlaba) bagi Badan Penyelenggara Jaminan sosial, tetapi tujuan utama penyelenggaraan jaminan sosial adalah untuk memenuhi sebesar-besarnya kepentingan peserta. Dana

- amanat, hasil pengembangannya, dan surplus anggaran akan dimanfaatkan sebesar-besarnya untuk kepentingan peserta.
3. Prinsip keterbukaan, kehati-hatian, akuntabilitas, efisiensi dan efektivitas. Prinsip-prinsip manajemen ini diterapkan dan mendasari seluruh kegiatan pengelolaan dana yang berasal dari iuran peserta dan hasil pengembangannya.
 4. Prinsip portabilitas. Jaminan sosial dimaksudkan untuk memberikan jaminan yang berkelanjutan meskipun peserta berpindah pekerjaan atau tempat tinggal dalam wilayah Negara Kesatuan Republik Indonesia.
 5. Prinsip kepesertaan bersifat wajib. Kepesertaan wajib dimaksudkan agar seluruh rakyat menjadi peserta sehingga dapat terlindungi. Meskipun kepesertaan bersifat wajib bagi seluruh rakyat, penerapannya tetap disesuaikan dengan kemampuan ekonomi rakyat dan pemerintah serta kelayakan penyelenggaraan program. Tahapan pertama dimulai dari pekerja di sektor formal, bersamaan dengan itu sektor informal dapat menjadi peserta secara mandiri, sehingga pada akhirnya Sistem Jaminan Sosial Nasional dapat mencakup seluruh rakyat.
 6. Prinsip dana amanat. Dana yang terkumpul dari iuran peserta merupakan titipan kepada badan-badan penyelenggara untuk dikelola sebaik-baiknya dalam rangka mengoptimalkan dana tersebut untuk kesejahteraan peserta.
 7. Prinsip hasil pengelolaan Dana Jaminan Sosial Nasional dalam Undang-Undang ini adalah hasil berupa dividen dari pemegang saham yang dikembalikan untuk kepentingan peserta jaminan sosial.
 8. Dalam Undang-Undang ini diatur penyelenggaraan Sistem Jaminan Sosial Nasional yang meliputi jaminan kesehatan, jaminan kecelakaan kerja, jaminan pensiun, jaminan hari tua, dan jaminan kematian bagi seluruh penduduk melalui iuran wajib pekerja. Program-program jaminan sosial tersebut diselenggarakan oleh beberapa Badan Penyelenggara Jaminan Sosial. Badan Penyelenggara Jaminan Sosial dalam Undang-Undang ini adalah transformasi dari Badan Penyelenggara Jaminan Sosial yang sekarang telah berjalan dan dimungkinkan membentuk badan penyelenggara baru sesuai dengan dinamika perkembangan jaminan sosial.
 9. Asas kemanusiaan berkaitan dengan penghargaan terhadap martabat manusia. Asas manfaat merupakan asas yang bersifat operasional menggambarkan pengelolaan yang efisien dan efektif. Asas keadilan merupakan asas yang bersifat ideal. Ketiga asas tersebut dimaksudkan untuk menjamin kelangsungan program dan hak peserta.

G. Pengertian Masyarakat

Masyarakat (sebagai terjemahan istilah *society*) adalah sekelompok orang yang membentuk sebuah sistem semi tertutup (atau semi terbuka), dimana sebagian besar interaksi adalah antara individu-individu yang berada dalam kelompok tersebut. Kata "masyarakat" sendiri berakar dari kata dalam bahasa Arab, *musyarak*. Lebih abstraknya, sebuah masyarakat adalah suatu jaringan hubungan-hubungan antar entitas-entitas. Masyarakat adalah sebuah komunitas yang interdependen (saling tergantung satu sama lain). Umumnya, istilah masyarakat digunakan untuk mengacu sekelompok orang yang hidup bersama dalam satu komunitas yang teratur.

1. Pengertian masyarakat adalah sejumlah besar orang yang tinggal dalam wilayah yang sama, relatif independen dan orang-orang di luar wilayah itu, dan memiliki budaya yang relatif sama. Richard T. Schaefer dan Robert P. Lamm, 1998 (dalam Kamanto, 2004).
2. Definisi Masyarakat adalah orang-orang yang berinteraksi dalam sebuah wilayah tertentu dan memiliki budaya bersama. (John J. Macionis, 1997).

3. Adam Smith bahwa sebuah masyarakat dapat terdiri dari berbagai jenis manusia yang berbeda, yang memiliki fungsi yang berbeda (*as among different merchants*), yang terbentuk dan dilihat hanya dari segi fungsi bukan dari rasa suka maupun cinta dan sejenisnya, dan hanya rasa untuk saling menjaga agar tidak saling menyakiti "may subsist among different men, as among different merchants, from a sense of its utility without any mutual love or affection, if only they refrain from doing injury to each other." (dalam Susanto, 1983).
4. Ralph Linton adalah sekelompok manusia yang telah cukup lama hidup dan bekerja sama sehingga dapat terbentuk organisasi yang mengatur setiap individu dalam masyarakat tersebut dan membuat setiap individu dalam masyarakat dapat mengatur diri sendiri dan berpikir tentang dirinya sebagai satu kesatuan sosial dengan batasan tertentu (dalam Soekanto, 2002).
5. M.J. Heskovits, masyarakat adalah sebuah kelompok individu yang mengatur, mengorganisasikan, dan mengikuti suatu cara hidup (*the way life*) tertentu. (dalam Kamanto, 2004).
6. S.R. Steinmetz, masyarakat didefinisikan sebagai kelompok manusia yang terbesar meliputi pengelompokan-pengelompokan manusia yang lebih kecil yang mempunyai perhubungan erat dan teratur (dalam Susanto, 1983).
7. J.L Gillin mengartikan masyarakat sebagai sebuah kelompok manusia yang tersebar yang memiliki kebiasaan (*habit*), tradisi (*tradition*), sikap (*attitude*) dan perasaan persatuan yang sama (dalam Soekanto, 2004).

H. Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan (BPJS-K)

a. Transformasi PT ASKES (Persero) menjadi BPJS Kesehatan

BPJS Kesehatan merupakan Badan Hukum Publik yang ditugaskan khusus oleh pemerintah untuk menyelenggarakan jaminan pemeliharaan kesehatan bagi Pegawai Negeri Sipil, Anggota TNI/POLRI, Penerima Pensiun PNS dan TNI/POLRI, Veteran, Perintis Kemerdekaan beserta keluarganya dan Badan Usaha lainnya.

Sejarah singkat penyelenggaraan program Asuransi Kesehatan sebagai berikut :

1. Pada tahun 1968, Pemerintah Indonesia mengeluarkan kebijakan yang mengatur pemeliharaan kesehatan bagi Pegawai Negeri dan Penerima Pensiun (PNS dan ABRI) beserta anggota keluarganya berdasarkan Keputusan Presiden Nomor 230 Tahun 1968. Menteri Kesehatan membentuk Badan Khusus di lingkungan Departemen Kesehatan RI yaitu Badan Penyelenggara Dana Pemeliharaan Kesehatan (BPDPK), oleh Menteri Kesehatan RI pada waktu itu (Prof. Dr. G.A. Siwabessy) yang kemudian Badan ini menjadi embrio Asuransi Kesehatan Nasional.
2. Tahun 1984 Untuk lebih meningkatkan program jaminan pemeliharaan kesehatan bagi peserta dan agar dapat dikelola secara profesional, pemerintah menerbitkan Peraturan Pemerintah Nomor 22 Tahun 1984 tentang Pemeliharaan Kesehatan bagi Pegawai Negeri Sipil, Penerima Pensiun (PNS, ABRI dan Pejabat Negara) beserta anggota keluarganya. Dengan Peraturan Pemerintah Nomor 23 Tahun 1984, status badan penyelenggara diubah menjadi Perusahaan Umum Husada Bhakti.
3. Tahun 1991 Berdasarkan Peraturan Pemerintah Nomor 69 Tahun 1991, kepesertaan program jaminan pemeliharaan kesehatan yang dikelola Perum Husada Bhakti ditambah dengan Veteran dan Perintis Kemerdekaan beserta anggota keluarganya. Disamping itu, perusahaan diijinkan memperluas jangkauan kepesertaannya ke badan usaha dan badan lainnya sebagai peserta sukarela.

4. Tahun 1992, Berdasarkan Peraturan Pemerintah Nomor 6 Tahun 1992 status Perum diubah menjadi Perusahaan Perseroan (PT Persero) dengan pertimbangan fleksibilitas pengelolaan keuangan, kontribusi kepada Pemerintah dapat dinegosiasi untuk kepentingan pelayanan kepada peserta dan manajemen lebih mandiri.
5. Tahun 2005
Berdasarkan Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 1241/Menkes/XI/2004 PT Askes (Persero) ditunjuk sebagai penyelenggara Program Jaminan Kesehatan Bagi Masyarakat Miskin (PKMM). PT Askes (Persero) mendapat penugasan untuk mengelola kepesertaan serta pelayanan kesehatan dasar dan rujukan
6. Tahun 2008 Pemerintah mengubah nama Program Jaminan Kesehatan Bagi Masyarakat Miskin (PKMM) menjadi Program Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas). PT Askes (Persero) berdasarkan Surat Menteri Kesehatan RI Nomor 112/Menkes/II/2008 mendapat penugasan untuk melaksanakan Manajemen Kepesertaan Program Jamkesmas yang meliputi tatalaksana kepesertaan, tatalaksana pelayanan dan tata laksana organisasi dan manajemen.
Sebagai tindak lanjut atas diberlakukannya Undang-undang Nomor 40/2004 tentang SJSN PT Askes (Persero) pada 6 Oktober 2008 PT Askes (Persero) mendirikan anak perusahaan yang akan mengelola Kepesertaan Askes Komersial. Berdasarkan Akta Notaris Nomor 2 Tahun 2008 berdiri anak perusahaan PT Askes (Persero) dengan nama PT Asuransi Jiwa Inhealth Indonesia yang dikenal juga dengan sebutan PT AJII.
7. Tahun 2009 Pada tanggal 20 Maret 2009 berdasarkan Surat Keputusan Menteri Keuangan Nomor Kep-38/KM.10/2009 PT Asuransi Jiwa Inhealth Indonesia selaku anak perusahaan dari PT Askes (Persero) telah memperoleh ijin operasionalnya. Dengan dikeluarkannya ijin operasional ini maka PT Asuransi Jiwa Inhealth Indonesia dapat mulai menyelenggarakan asuransi kesehatan bagi masyarakat.
8. Tahun 2011 Terkait UU Nomor 40 tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional di tahun 2011, PT Askes (Persero) resmi ditunjuk menjadi Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) yang meng-cover jaminan kesehatan seluruh rakyat Indonesia yang tertuang dalam UU BPJS Nomor 24 tahun 2011.
9. Tahun 2014 Mulai tanggal 1 Januari 2014, PT Askes Indonesia (Persero) berubah nama menjadi BPJS Kesehatan sesuai dengan Undang-Undang no. 24 tahun 2011 tentang BPJS (*sumber: www.ptaskes.com*).

b. Visi dan Misi

a) Visi BPJS Kesehatan

Visi BPJS Kesehatan ialah "cakupan semesta 2019". Paling lambat tanggal 1 Januari 2019, seluruh penduduk Indonesia memiliki jaminan kesehatan nasional untuk memperoleh manfaat pemeliharaan kesehatan dan perlindungan dalam memenuhi kebutuhan dasar kesehatannya yang diselenggarakan oleh BPJS.

b) Misi BPJS Kesehatan

Misi BPJS Kesehatan ialah membangun kemitraan strategis dengan berbagai lembaga dan mendorong partisipasi masyarakat dalam perluasan kepesertaan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN). Misi tersebut adalah:

- 1) Menjalankan dan memantapkan sistem jaminan pelayanan kesehatan yang efektif, efisien dan bermutu kepada peserta melalui kemitraan yang optimal dengan fasilitas kesehatan.

2. Mengoptimalkan pengelolaan dana program jaminan sosial dan dana BPJS Kesehatan secara efektif, efisien, transparan dan akuntabel untuk mendukung kesinambungan program.
3. Membangun BPJS Kesehatan yang efektif berlandaskan prinsip-prinsip tata kelola organisasi yang baik dan meningkatkan kompetensi pegawai untuk mencapai kinerja unggul.
4. Mengimplementasikan dan mengembangkan sistem perencanaan dan evaluasi, kajian, manajemen mutu dan manajemen risiko atas seluruh operasionalisasi BPJS Kesehatan.
5. Mengembangkan dan memantapkan teknologi informasi dan komunikasi untuk mendukung operasionalisasi BPJS Kesehatan.

c. Landasan Hukum BPJS Kesehatan

Landasan Hukum BPJS Kesehatan:

1. Undang-Undang Dasar 1945
2. Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional
3. Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial
4. Peraturan Presiden RI Nomor 12 Tahun 2013 tentang Jaminan Kesehatan

d. Hak dan Kewajiban

Dalam undang-undang nomor 24 Tahun 2011 Bab IV Bagian Keempat di jelaskan mengenai hak dan kewajiban BPJS, yakni:

1. Hak

Dalam melaksanakan kewenangan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 11, BPJS berhak untuk:

- a. memperoleh dana operasional untuk penyelenggaraan program yang bersumber dari Dana Jaminan Sosial dan/atau sumber lainnya sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan; dan
- b. memperoleh hasil monitoring dan evaluasi penyelenggaraan program Jaminan Sosial dari DJSN setiap 6 (enam) bulan.

2. Kewajiban

- a. Memberikan nomor identitas tunggal kepada Peserta;
- b. Mengembangkan aset Dana Jaminan Sosial dan aset BPJS untuk sebesar-besarnya kepentingan Peserta;
- c. Memberikan informasi melalui media massa cetak dan elektronik mengenai kinerja,
- d. Memberikan informasi melalui media massa cetak dan elektronik mengenai kinerja, kondisi keuangan, serta kekayaan dan hasil pengembangannya;
- e. Memberikan Manfaat kepada seluruh Peserta sesuai dengan Undang-Undang tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional;
- f. Memberikan informasi kepada Peserta mengenai hak dan kewajiban untuk mengikuti ketentuan yang berlaku;
- g. Memberikan informasi kepada Peserta mengenai prosedur untuk mendapatkan hak dan memenuhi kewajibannya;
- g. Memberikan informasi kepada Peserta mengenai saldo jaminan hari tua dan pengembangannya 1 (satu) kali dalam 1 (satu) tahun;
- h. Memberikan informasi kepada Peserta mengenai besar hak pensiun 1 (satu) kali dalam 1 (satu) tahun;

- i. Membentuk cadangan teknis sesuai dengan standar praktik aktuarial yang lazim berlaku umum;
- j. Melakukan pembukuan sesuai dengan standar akuntansi yang berlaku dalam penyelenggaraan Jaminan Sosial; dan
- k. Melaporkan pelaksanaan setiap program, termasuk kondisi keuangan, secara berkala 6 (enam) bulan sekali kepada Presiden dengan tembusan kepada DJSN.

e. Fungsi, Tugas, dan Wewenang

1. Fungsi

UU BPJS menentukan bahwa BPJS Kesehatan berfungsi untuk menyelenggarakan program jaminan kesehatan. Jaminan Kesehatan menurut UU SJSN diselenggarakan secara nasional berdasarkan prinsip asuransi sosial dan prinsip ekuitas, dengan tujuan menjamin agar peserta memperoleh manfaat pemeliharaan kesehatan dan perlindungan dalam memenuhi kebutuhan dasar kesehatan.

2. Tugas

Dalam melaksanakan fungsi sebagaimana tersebut diatas BPJS bertugas:

- 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. Mengumpulkan dan mengelola data peserta program jaminan sosial;
- f. Membayarkan manfaat dan/atau membiayai pelayanan kesehatan sesuai dengan ketentuan program jaminan sosial; dan
- g. Memberikan informasi mengenai penyelenggaraan program jaminan sosial kepada peserta dan masyarakat.

3. Wewenang

Dalam melaksanakan tugasnya sebagaimana dimaksud di atas BPJS berwenang:

- a. Menagih pembayaran iuran;
- b. Menempatkan Dana Jaminan Sosial untuk investasi jangka pendek dan jangka panjang dengan mempertimbangkan aspek likuiditas, solvabilitas, kehati-hatian, keamanan dana, dan hasil yang memadai;
- c. Melakukan pengawasan dan pemeriksaan atas kepatuhan peserta dan pemberi kerja dalam memenuhinya sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan jaminan sosial nasional;
- d. Membuat kesepakatan dengan fasilitas kesehatan mengenai besar pembayaran fasilitas kesehatan yang mengacu pada standar tarif yang ditetapkan oleh Pemerintah;
- e. Membuat atau menghentikan kontrak kerja dengan fasilitas kesehatan;
- f. Mengenaikan sanksi administratif kepada peserta atau pemberi kerja yang tidak memenuhi kewajibannya;
- g. Melaporkan pemberi kerja kepada instansi yang berwenang mengenai ketidapatuhannya dalam membayar iuran atau dalam memenuhi kewajiban lain sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan; dan
- h. Melakukan kerjasama dengan pihak lain dalam rangka penyelenggaraan program jaminan sosial, untuk memperoleh manfaat pemeliharaan kesehatan dan perlindungan dalam memenuhi kebutuhan dasar kesehatannya yang diselenggarakan oleh BPJS.

METODOLOGI PENELITIAN

A. Metode Penelitian

Metode yang digunakan dalam penelitian ini adalah metode penelitian kualitatif. Moleong, (2000) mendefinisikan bahwa penelitian kualitatif adalah suatu penelitian ilmiah, yang bertujuan untuk memahami suatu fenomena dalam konteks sosial secara alamiah dengan mengedepankan proses interaksi komunikasi yang mendalam antara peneliti dengan fenomena yang diteliti. Oleh karena itu dalam penelitian kualitatif peneliti adalah sebagai sumber instrumen yakni sebagai pengumpul data secara langsung

B. Fokus Penelitian dan Penentuan Informan.

Sesuai dengan permasalahan yang dikemukakan sebelumnya maka fokus penelitian ditekankan pada Dampak Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan Terhadap Masyarakat Di Kelurahan Tingkulu.

C. Teknik Pengumpulan dan pengolahan data.

Teknik pengumpulan dan pengolahan data dalam penelitian kualitatif dapat dilakukan dalam berbagai bentuk yaitu melalui:

1. Observasi/pengamatan.
2. Wawancara.
3. Data Primer dan data sekunder
4. Studi Dokumen. Dievaluasi sesuai dengan jawaban masing-masing untuk mendapatkan kesimpulan tentatif.

D. Teknik Analisis Data.

Teknik analisis data yang digunakan dalam penelitian ini berpatokan pada penelitian kualitatif yang lazim digunakan oleh setiap peneliti, oleh karena itu penulis mengambil petunjuk yang dikembangkan oleh para ahli peneliti kualitatif, yakni berpatokan pada konsep yang dibangun oleh Miles dan Huberman, 1992 (dalam Moleong ,2000).

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

A. Gambaran Umum Lokasi Penelitian.

1. Keadaan Geografis

Kelurahan Tingkulu secara Administratif adalah berada dalam wilayah Kecamatan Wanea Kota Manado memiliki luas wilayah sebesar 88,5 Ha.

Adapun batas-batas wilayah Kelurahan Tingkulu adalah sebagai berikut:

- Sebelah Utara berbatasan dengan Kelurahan Teling Atas
- Sebelah Selatan berbatasan dengan Kelurahan Pakowa
- Sebelah Barat berbatasan dengan Kelurahan Wanea
- Sebelah Timur berbatasan dengan Kelurahan Tikala Ares

Kelurahan Tingkulu terbagi atas 9 Wilayah Administratif yaitu Lingkungan yang dipimpin oleh 9 orang Kepala Lingkungan sebagai perwakilan Lurah dalam menjalankan roda pemerintahan.

2. Keadaan Penduduk

Keadaan Pekerjaan penduduk Kelurahan Tingkulu adalah berjumlah 6482 jiwa dengan variasi pekerjaan belum bekerja 633 Jiwa, sebagai buruh harian lepas 333 jiwa, dokter 20 jiwa, dosen 29 jiwa, guru 92 jiwa, Polri 23 jiwa ,karyawan swasta/BUMN 865 jiwa, PNS 395 jiwa, mahasiswa 407 jiwa, pelajar 1556 jiwa dan lainnya.

a. Jumlah penduduk berdasarkan Pendidikan

Berdasarkan data ini jumlah penduduk yang menikmati pendidikan mulai dari Sekolah Dasar sampai dengan Sekolah Lanjutan Atas, Program Diploma D1, D2, D3 dan Strata 1, Strata 2 hingga Strata 3 adalah 2350 orang. Jumlah ini adalah sama dengan 36,254% dari seluruh penduduk Kelurahan Tingkulu Kecamatan Wanea Kota Manado yang jika dirinci lebih detail adalah tamatan Sekolah Dasar 295 orang atau 4.551 %, untuk yang tamat Sekolah Lanjutan Tingkat pertama sebanyak 920 orang atau 14.193 %, untuk tamatan Sekolah Lanjutan Tingkat Atas sebanyak 2542 orang atau 39.216 %, Program Diploma sebanyak 242 orang atau 3.733%, dan Strata 1 480 orang atau 7.405 %, Strata 2 dan 3 sebanyak 106 orang atau 1.635 %. Yang masih, Belum sekolah sebanyak 300 orang atau 4.2189145 %, sedang sekolah sebanyak 749 orang, atau 11.555 % dan pernah sekolah tapi tidak tamat serta tidak pernah sekolah sebanyak 613 orang atau 9,456 %.

b. Jumlah Penduduk Berdasarkan Penguasaan Aset Ekonomi Masyarakat

Berdasarkan pekerjaan dari penduduk maka masyarakat memiliki penguasaan aset ekonomi dalam kehidupan mereka dalam peningkatan kesejahteraan hidup. Penguasaan aset berupa Tanah, sarana transportasi umum, Sarana Produksi, aset rumah.

B. Hasil Penelitian dan Pembahasan

Dari Hasil penelitian tampak bahwa pelayanan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan (BPJS-Kesehatan) sudah baik, namun demikian masih terdapat beberapa keluhan dari masyarakat khususnya peserta BPJS-Kesehatan khususnya cara pelayanan pengambilan kartu BPJS yang hanya dipusatkan pada kantor utama di Teling, sehingga antrian sangat panjang dan memakan waktu yang cukup lama untuk dilayani, selain itu penjelasan dari pelaksana kurang jelas sehingga para calon peserta BPJS-Kesehatan harus bola-balik untuk melengkapi berkas. Seperti diungkapkan oleh hampir semua informan yang diwawancarai.

Demikian juga halnya ketika menjalani rawat inap di rumah sakit kadang-kadang mendapatkan fasilitas yang tidak sesuai dengan fasilitas yang tertera pada kartu, atau terpaksa harus dirawat pada Kelas yang lebih tinggi karena ruangan yang sesuai dengan standar sudah penuh, sebagai akibatnya pasien terpaksa harus menambah biaya perawatan atau pasien harus menunggu untuk menjalani rawat inap. Jikalau menjalani rawat-inap pada kelas yang lebih tinggi pasien tidak mendapatkan kompensasi biaya pengganti, sedangkan kalau menjalani rawat-inap pada kelas yang lebih rendah maka pasien tidak mendapatkan penggantian selisih biaya perawatan.

Tujuan program BPJS-Kesehatan adalah meringankan biaya pengobatan dan rawat-inap bagi seluruh masyarakat, dengan cara bergotong-royong sesama anggota masyarakat dalam bentuk asuransi kesehatan massal, tetapi karena program BPJS-Kesehatan menjadi monopoli badan usaha milik negara maka tampak pelayanannya kurang profesional dan apa adanya. Seperti yang nampak pada pengurusan di loket BPJS-Kesehatan pada rumah-rumah sakit ketika akan mengambil berkas yang diperlukan dalam urusan rawat-inap.

Perihal obat-obatan yang disediakan oleh Pihak BPJS-Kesehatan semuanya adalah obat generik yang sesuai dengan DPHO yang dikeluarkan oleh BPJS-Kesehatan dan tidak ada obat-obat paten, sehingga ketika pasien memerlukan obat yang tidak masuk dalam DPHO terpaksa harus membeli sendiri di apotik-apotik dengan harga yang cukup memberatkan keluarga pasien, yang seharusnya BPJS-Kesehatan harus bisa menyediakan obat-obat paten yang harganya terjangkau oleh seluruh peserta BPJS-Kesehatan.

PENUTUP

A. Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian dan pembahasan, maka dapat ditarik kesimpulan sebagai berikut:

1. Pelayanan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial–Kesehatan (BPJS-Kesehatan sudah cukup baik.
2. Pelayanan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial–Kesehatan (BPJS-Kesehatan) belum profesional karena masih banyak keluhan dari peserta BPJS-Kesehatan tentang tata-cara pengurusan kartu yang masih lambat dan sering terjadinya antrian yang cukup panjang.
3. Perlunya penambahan kantor pelayanan hingga ke kecamatan agar konsentrasi pelayanan tidak terpusat di kantor Cabang.
4. Sebaiknya Badan Penyelenggara menyediakan menyediakan obat-obatan paten dengan harga yang terjangkau.

B. Saran

1. Badan Penyelenggara Jaminan Sosial–Kesehatan harus meningkatkan profesionalisme Kerja seluruh karyawan/karyawatinnya.
2. Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan harus menambah kantor pelayanan sampai di Kecamatan-Kecamatan agar pelayanan tidak menumpuk di kantor cabang.
3. Badan Penyelenggara Jaminan Sosial – Kesehatan harus menyiapkan obat-obat paten bekerja-sama dengan seluruh apotik dengan harga yang terjangkau, yaitu Harga obat paten di kurangi dengan harga obat yang sejenis yang masuk dalam daftar DPHO dan peserta BPJS-Kesehatan hanya membayar setelah dikurangi dengan harga dari daftar DPHO sebab itu adalah hak dari peserta BPJS-Kesehatan.

DAFTAR PUSTAKA

- A.S. Moenir.1998.*Manajemen Pelayanan Umum di Indonesia*. Jakarta: Bumi Aksara
- Endar Sugiarto. 1999, *Psikologi Pelayanan Dalam Industri Jasa*, Jakarta: PT Gramedia
- Imbalo S, Pohan 2006, *Jaminan Mutu Layanan Kesehatan (Dasar-dasar pengertian dan Penerapan)* Jakarta: EGC
- Kamanto, Sunarto. 2004. *Pengantar Sosiologi*. Jakarta: Lembaga Penerbit FE UI.
- Macionis, John J (1991). *Sociology* (ed. 3rd). Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice Hall.
- Lexy J, Moeleong.2000, *Metode Penelitian Kualitatif*, PT, Remaja Rosdakarya, Bandung
- Soekanto, S. 2004, *Sosiologi Suatu pengantar*, Raja Grafindo Persada, Jakarta.
- Susanto, Phill Astrid 1983. *Pengantar Sosiologi dan Perubahan Sosial*. Alumni, Bandung
- Tugiman, Hiro, 1997; *Standar Profesional Audit Internal*, Kanisius, Yogyakarta.
- KBBI Online, 2010
- https://id.wikipedia.org/wiki/Jaminan_sosial
- www.ptaskes.com
- Undang-Undang No. 40 Tahun 2004 (Sistem Jaminan Sosial)
- Undang-Undang Nomor 3 tahun 1992 (Jamkesmas)
- Peraturan Pemerintah Nomor 26 Tahun 1981 (Taspen)

Peraturan Pemerintah Nomor 69 Tahun 1991(Taspen)

Peraturan Pemerintah Nomor 67 Tahun 1991(ASABRI)