

**PRINSIP PORTABILITAS
DALAM PROGRAM JAMINAN KESEHATAN NASIONAL
(STUDI DI KOTA JAMBI PROVINSI JAMBI
DAN KOTA BANJARMASIN PROVINSI KALIMANTAN SELATAN)**

*Portability Principle in The National Health Security Program
(Study in Jambi City Jambi Province and Banjarmasin City South Kalimantan Province)*

Hartini Retnaningsih

*hartini.retnaningsih@dpr.go.id
Pusat Penelitian Badan Keahlian DPR RI
Jl. Gatot Subroto Senayan Jakarta*

Naskah Diterima: 10 Oktober 2018 | Naskah direvisi: 4 Desember 2018 | Naskah diterbitkan: 31 Desember 2018

Abstract: *Portability principle is one of the nine principles in the implementation of social security in Indonesia. This principle mandates that every participant of National Health Security Program can access health services wherever they are, in all parts of Indonesia. The portability principle is actually very good, but the implementation in the field is not easy. This study wants to understand and analyze: 1) Why the portability principle in the National Health Security Program cannot be implemented optimally?; 2) What is the strategy for optimizing the portability principle in the National Health Security Program? The results of the study show: 1) The portability principle has not been implemented optimally because health facilities/infrastructure have not been adequate. Limited facilities/infrastructure resulted in restrictive regulations so that National Health Security Program participants could only access services outside their residential area as much as 3 times and after that they had to decide whether to move to their initial health facilities or not; 2) The strategies needed to optimize the implementation of the portability principle are improvement of health facilities and infrastructure.*

Keywords: *portability principle, National Health Security Program, implementation*

Abstrak: Prinsip portabilitas merupakan salah satu dari sembilan prinsip dalam penyelenggaraan jaminan sosial di Indonesia. Prinsip ini mengamanatkan agar setiap peserta Program Jaminan Kesehatan Nasional bisa mengakses layanan kesehatan di manapun mereka berada, di seluruh wilayah Indonesia. Prinsip portabilitas sebenarnya sangat bagus, namun pelaksanaannya di lapangan tidak mudah. Penelitian ini ingin mengetahui dan menganalisis mengapa prinsip portabilitas dalam Program Jaminan Kesehatan Nasional belum dapat dilaksanakan secara optimal dan bagaimana strategi agar prinsip portabilitas dalam Program Jaminan Kesehatan Nasional dapat dilaksanakan secara optimal. Hasil penelitian menunjukkan bahwa prinsip portabilitas belum dapat dilaksanakan secara optimal karena sarana/prasarana kesehatan belum memadai. Keterbatasan sarana/prasarana mengakibatkan adanya aturan yang membatasi sehingga peserta Program Jaminan Kesehatan Nasional hanya bisa mengakses layanan di luar wilayah tempat tinggalnya sebanyak 3 kali dan selebihnya harus memutuskan untuk pindah fasilitas kesehatan atau tidak. Adapun strategi yang dibutuhkan untuk mengoptimalkan pelaksanaan prinsip portabilitas adalah peningkatan fasilitas, sarana, dan prasarana kesehatan.

Kata kunci: prinsip portabilitas, Program Jaminan Kesehatan Nasional (Program JKN), implementasi

Pendahuluan

Sejak 1 Januari 2014 Indonesia telah memulai sistem jaminan kesehatan nasional, di mana sistem ini dimaksudkan untuk memberikan perlindungan sosial khususnya bidang kesehatan untuk seluruh penduduk Indonesia. Sistem ini dilaksanakan melalui skema jaminan sosial yang diselenggarakan oleh Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS), dalam hal ini BPJS Kesehatan. Program Jaminan Kesehatan Nasional (Program JKN) ini diselenggarakan berdasarkan Undang-Undang No. 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial (UU SJSN) dan UU No. 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (UU BPJS). Program JKN ini sekaligus juga merupakan bagian dari amanat Pasal 34 Ayat (2) UUD 1945, bahwa “Negara mengembangkan sistem jaminan sosial bagi seluruh rakyat dan memberdayakan masyarakat yang lemah dan tidak mampu sesuai dengan martabat kemanusiaan”.

Menurut ketentuan dalam UU BPJS, ada sembilan prinsip yang harus dilakukan dalam penyelenggaraan jaminan sosial: 1) Kegotongroyongan, yaitu prinsip kebersamaan antarpeserta dalam menanggung beban biaya jaminansosial, yang diwujudkan dengan kewajiban setiap peserta membayar iuran sesuai dengan tingkat gaji, upah atau tingkat penghasilannya; 2) Nirlaba, yaitu prinsip pengelolaan usaha yang mengutamakan penggunaan hasil pengembangan dana untuk memberikan manfaat sebesar-besarnya dari seluruh peserta; 3) Keterbukaan, yaitu prinsip mempermudah akses informasi yang lengkap, benar, dan jelas bagi setiap peserta; 4) Kehati-hatian, yaitu prinsip pengelolaan dana secara cermat, teliti, aman, dan tertib; 5) Akuntabilitas, yaitu prinsip pelaksanaan program dan pengelolaan keuangan yang akurat dan dapat dipertanggungjawabkan; 6) Portabilitas, yaitu prinsip memberikan jaminan yang berkelanjutan meskipun peserta berpindah pekerjaan atau tempat tinggal dalam wilayah Negara Kesatuan Republik Indonesia; 7) Kepesertaan Bersifat Wajib, yaitu prinsip yang mengharuskan seluruh penduduk menjadi peserta jaminan sosial, yang dilaksanakan secara bertahap; 8) Dana

Amanat, yaitu prinsip bahwa iuran dan hasil pengembangannya merupakan dana titipan dari peserta untuk digunakan sebesar-besarnya bagi kepentingan peserta jaminan sosial; 9) Hasil pengelolaan Dana Jaminan Sosial dipergunakan seluruhnya untuk pengembangan program dan untuk sebesar-besarnya kepentingan peserta. Prinsip ini mengamanatkan bahwa hasil berupa deviden dari pemegang saham dikembalikan untuk kepentingan peserta jaminan sosial.

Prinsip portabilitas dimaksudkan untuk memberikan perlindungan kesehatan kepada seluruh penduduk Indonesia di manapun berada. Jadi ketika seseorang berpindah-pindah baik karena pekerjaan atau alasan lainnya, maka yang bersangkutan tetap dapat mengakses layanan kesehatan dari Program JKN. Prinsip portabilitas ini merupakan prinsip untuk memberikan perlindungan kesehatan yang dapat diakses bagi penduduk Indonesia di manapun berada. Dalam hal ini prinsip portabilitas dimaksudkan untuk mendistribusikan layanan kesehatan secara merata di manapun masyarakat berada. Program JKN merupakan bentuk kehadiran negara dalam memenuhi perlindungan kesehatan masyarakat.

Prinsip portabilitas sangat ideal dan sejalan dengan cita-cita negara Indonesia yang ingin membangun kesejahteraan untuk warganya. Namun demikian, walaupun telah diatur dalam UU BPJS, tidak mudah untuk melaksanakan prinsip ini dalam praktik di lapangan sehari-hari. Meskipun secara hukum negara menjamin aksesibilitas terhadap layanan kesehatan di manapun, namun hingga saat ini belum sepenuhnya prinsip tersebut dapat dirasakan manfaatnya oleh masyarakat. Ada sejumlah keluhan terkait pelaksanaan prinsip portabilitas, di mana seseorang tidak bisa memperoleh layanan kesehatan ketika berusaha berobat ke fasilitas kesehatan tingkat pertama (FKTP)/puskesmas. Ada pula seseorang yang bisa mengakses layanan kesehatan di luar wilayah domisilinya, namun dibatasi paling banyak 3 kali saja. Dan ada pula yang bisa mendapatkan layanan kesehatan di luar domisilinya setelah mendapat berbagai kesulitan terkait birokrasi di FKTP. Hal-hal tersebut menunjukkan bahwa prinsip portabilitas tidak sepenuhnya mudah dilaksanakan.

Salah satu hal yang diduga menjadi kendala dalam pelaksanaan prinsip portabilitas adalah sistem kapitasi yang diterapkan dalam Program JKN. Berdasarkan Kamus Kesehatan (kamuskehatan.com, 22 Maret 2018), kapitasi adalah sebuah metode pembayaran untuk pelayanan kesehatan di mana penyedia layanan dibayar dalam jumlah tetap per pasien tanpa memperhatikan jumlah atau sifat layanan yang sebenarnya diberikan. Dalam sistem ini, seseorang harus memanfaatkan layanan kesehatan di wilayah tempat tinggalnya, karena sudah tercatat/terhitung dalam kapitasi yang diberikan oleh BPJS Kesehatan kepada FKTP. Dengan demikian, prinsip portabilitas menjadi sulit dilaksanakan.

Penelitian ini menggali secara komprehensif dan kemudian menganalisis berbagai informasi/data/fakta terkait pelaksanaan prinsip portabilitas dalam Program JKN. Dalam hal ini, prinsip portabilitas merupakan hal yang sangat menarik untuk diketahui dan dianalisis, karena prinsip portabilitas merupakan salah satu prinsip yang harus dilaksanakan dalam penyelenggaraan jaminan kesehatan nasional di Indonesia. Penelitian ini dilakukan agar nantinya dapat dihasilkan masukan-masukan untuk perbaikan layanan kesehatan masyarakat melalui Program JKN, khususnya terkait masalah portabilitas layanan kesehatan.

Prinsip portabilitas merupakan satu dari sembilan prinsip dalam penyelenggaraan jaminan sosial. Dalam konteks Program JKN, prinsip portabilitas harus dipatuhi oleh BPJS Kesehatan bersama lembaga-lembaga yang menangani layanan kesehatan masyarakat (Peserta Program JKN). Prinsip portabilitas merupakan prinsip yang menjamin setiap peserta Program JKN dapat mengakses layanan kesehatan di manapun wilayah Indonesia.

Namun yang menjadi permasalahan, dalam kenyataan hingga kini, prinsip portabilitas tidak mudah untuk dilaksanakan, sehingga masyarakat tidak selalu bisa memanfaatkan layanan kesehatan di luar tempat tinggalnya. Akibatnya masyarakat peserta Program JKN tidak mendapatkan layanan kesehatan yang optimal. Selama ini telah muncul

sejumlah keluhan masyarakat kepada BPJS Kesehatan maupun FKTP/puskesmas terkait prinsip portabilitas ini.

Dalam penelitian ini, ada pertanyaan mendasar yang sangat penting untuk dijawab, yaitu: 1) Mengapa prinsip portabilitas dalam Program JKN belum dapat dilaksanakan secara optimal?; 2) Bagaimana strategi agar prinsip portabilitas dalam Program JKN dapat dilaksanakan secara optimal?

Berdasarkan pertanyaan penelitian di atas, maka tujuan dari penelitian ini adalah untuk menganalisis: 1) Hal-hal yang menjadi alasan/penyebab sehingga prinsip portabilitas dalam Program JKN belum dapat dilaksanakan secara optimal selama ini; 2) Strategi yang perlu dikemukakan agar prinsip portabilitas dalam Program JKN dapat dilaksanakan secara optimal. Sedangkan kegunaan penelitian ini adalah sebagai masukan bagi DPR RI dalam rangka melakukan fungsi pengawasan terhadap pelaksanaan prinsip portabilitas dalam Program JKN di masa depan. Hasil penelitian ini juga diharapkan mampu memberikan masukan dalam rangka memperbaiki strategi pelaksanaan prinsip portabilitas bagi layanan kesehatan masyarakat Indonesia. Selain itu hasil penelitian ini juga diharapkan dapat memperkaya ilmu pengetahuan khususnya yang terkait dengan masalah jaminan sosial di Indonesia.

Penelitian ini dilakukan dengan menggunakan pendekatan kualitatif, dengan mendasarkan pencarian data utama pada wawancara mendalam dan studi dokumen terkait pelaksanaan prinsip portabilitas dalam Program JKN. Merujuk pada Neuman (2006, p. 157), ciri-ciri *qualitative research* adalah:

“(1) capture and discover meaning once the researcher becomes immersed in data; (2) concepts are in the form of themes, motifs, generalizations, taxonomies; (3) measure are created in an ad hoc manner and are often specific to the individual setting or researcher; (4) data are in the form of words from documents, observations, transcripts; (5) theory can be causal or non causal and is often inductive; (6) research procedures are particular, and replications is very rare; (7) analysis proceeds by extracting

themes or generalization from evidence and organizing data to present a coherent, consistent picture.”

Oleh karena itu, dalam penelitian ini peneliti berupaya mendapatkan informan-informan terbaik yang relevan dan mampu menjelaskan permasalahan terkait pelaksanaan prinsip portabilitas dalam Program JKN. Selanjutnya peneliti berupaya memahami data-data secara intensif dan berupaya memahami berbagai hal yang mendasari atau yang menjadi latar belakang pelaksanaan prinsip portabilitas di lapangan, dan kemudian peneliti menganalisis data dan fakta secara cermat dan komprehensif.

Berdasarkan Moleong, subjek penelitian adalah informan, atau orang pada latar penelitian yang dimanfaatkan untuk memberikan informasi tentang situasi dan kondisi latar penelitian. Berdasarkan konsep tersebut, maka yang menjadi subjek dalam penelitian ini adalah para pemangku kepentingan dalam Program JKN, khususnya yang bersentuhan langsung dengan layanan kesehatan masyarakat. Dalam hal ini informan adalah pejabat/pegawai BPJS Kesehatan, pejabat/pegawai Puskesmas dan masyarakat pengguna layanan dalam Program JKN di FKTP. Sedangkan objek penelitian adalah hal yang menjadi titik perhatian dari suatu penelitian, yang berupa substansi atau materi yang diteliti atau dipecahkan permasalahannya menggunakan teori-teori yang bersangkutan (Shinta, 2012). Berdasarkan konsep tersebut, maka yang menjadi objek dalam penelitian ini adalah prinsip portabilitas dalam Program JKN. Prinsip portabilitas dalam hal ini merupakan prinsip yang seharusnya dilaksanakan dalam pemberian layanan kesehatan untuk peserta Program JKN.

Dalam penelitian ini pengumpulan data dilakukan melalui tiga cara, merujuk pada Patton (2002: 255), bahwa *Qualitative findings grows out of three kinds of data collection: (1) in-depth, opened interviews; (2) direct observation; and (3) written documents*”. Instrumen yang digunakan dalam penelitian ini mencakup panduan wawancara terstruktur untuk menggali informasi tentang praktik/pelaksanaan prinsip

portabilitas dalam Program JKN. Instrumen disusun berdasarkan objek penelitian, yaitu prinsip portabilitas yang seharusnya dilakukan dalam Program JKN, dengan menyusun pertanyaan-pertanyaan tentang praktik/pelaksanaannya di lapangan.

Sedangkan teknik pengumpulan data dalam penelitian ini mencakup dua cara, yaitu: 1) Studi dokumen terkait prinsip portabilitas dan Program JKN. Studi dokumen ini dilakukan sepanjang penelitian berjalan, sejak awal pembuatan proposal hingga tahap penyusunan laporan; 2) Wawancara dengan informan terpilih pada saat penelitian lapangan. Wawancara ini merupakan upaya penggalian informasi/data/fakta yang sebanyak-banyaknya terkait masalah portabilitas dalam Program JKN.

Dalam penelitian ini teknik analisis data mengacu pada Patton (2002: 454) tentang analisis data kualitatif, di mana analisis ini mencakup penemuan pola, tema, dan kategori-kategori data. Temuan-temuan penting dilakukan dan didapatkan melalui analisis antardata yang diperoleh. Adapun teknik analisis data dalam penelitian ini mencakup hal-hal sebagai berikut: 1) Peneliti mempelajari dokumen-dokumen yang relevan; 2) Peneliti melakukan analisis data lapangan yang mencakup hal-hal sebagai berikut: a) koding data; b) analisis data; c) menyimpulkan hasil penelitian.

Untuk sebuah hasil penelitian yang berkualitas dibutuhkan manajemen data yang baik. Sebagaimana dikemukakan Huberman dan Miles (2009: 591-592), manajemen data adalah langkah-langkah yang diperlukan untuk mengolah kumpulan data secara sistematis dan koheren, yang dimaksudkan untuk memastikan: a) data dengan kualitas tinggi yang bersifat *accessible*; b) dokumentasi hasil analisis; c) kepemilikan data dan hasil analisis setelah proses selesai. Dalam penelitian ini, konsep Huberman dan Miles dirujuk untuk mendapatkan data-data yang akurat dan kemudian untuk melakukan analisis tentang pelaksanaan prinsip portabilitas dalam Program JKN di Kota Jambi dan Kota Banjarmasin.

Secara keseluruhan, penelitian ini dilakukan

selama 10 bulan, yaitu dari bulan Februari sampai dengan bulan November 2018. Adapun pencarian data lapangan di Kota Jambi, Provinsi Jambi dilakukan pada tanggal 13 s.d/ 18 Agustus 2018 dan di Kota Banjarmasin, Provinsi Kalimantan Selatan pada tanggal 27 Agustus s.d. 1 September 2018.

Kota Jambi dan Kota Banjarmasin dipilih sebagai lokasi penelitian, karena kedua kota tersebut merupakan kota besar yang memiliki banyak penduduk pendatang sehingga keduanya memenuhi kriteria sebagai wilayah yang memungkinkan terjadinya pelaksanaan prinsip portabilitas dalam Program JKN.

Jumlah penduduk Kota Jambi tahun 2015 sebesar 576.067 orang (289.713 laki-laki dan 286.354 perempuan). Kecamatan dengan jumlah penduduk terbesar adalah Kecamatan Kotabaru (164.030 jiwa atau sekitar 28,47%). Urutan kedua adalah Kecamatan Jambi Selatan (135.530 jiwa atau sekitar 23,53%), dan urutan ketiga adalah Kecamatan Telanaipura (96.798 jiwa atau sekitar 16,80%). Tiga kecamatan dengan jumlah penduduk terbanyak ini berpotensi perluasan kawasan perumahan untuk masyarakat. Ketiga kecamatan ini juga sebagian wilayahnya berbatasan langsung dengan Kabupaten Muaro Jambi, sehingga berdampak pada penambahan penduduk yang bekerja atau bersekolah di Kabupaten Muaro Jambi tetapi bertempat tinggal di Kota Jambi dengan pertimbangan kemudahan akses baik ke Kota Jambi maupun ke Kabupaten Muaro Jambi.¹

Luas Kota Banjarmasin hanya 72 km², namun jumlah penduduknya sudah mencapai 675.440 ribu jiwa. Padahal, pada 2013 lalu, jumlah penduduknya hanya 650 ribu jiwa. Dengan pertumbuhan penduduk 1,4% per tahun dapat dipastikan 2035 Banjarmasin akan penuh. Sebab, Banjarmasin hanya bisa menampung 900 ribu jiwa saja.²

Arus urbanisasi biasa terjadi setelah lebaran. Satpol PP Kota Banjarmasin mengintensifkan razia Kartu Tanda Penduduk (KTP). Pengetatan

¹ *Kependudukan-2*, <http://jambikota.go.id/new/kependudukan-2/>, diakses 14 Maret 2018.

² *Diprediksi 2035 Penduduk di Banjarmasin Akan Penuh*, Jumat, 15 April 2016, <http://kalsel.prokal.co/read/news/2552-diprediksi-2035-penduduk-di-banjarmasin-akan-penuh.html>, dikases 4 April 2018.

warga pendatang penting dilakukan mengingat luas Kota Banjarmasin yang hanya 72 km² sudah memiliki jumlah penduduk 675.440 ribu jiwa.³

Jaminan Kesehatan Nasional

Jaminan kesehatan nasional merupakan bagian dari jaminan sosial yang diselenggarakan oleh pemerintah, di samping jaminan sosial lainnya seperti jaminan ketenagakerjaan dan jaminan pendidikan bagi masyarakat. Jaminan sosial merupakan sebuah sistem perlindungan sosial untuk masyarakat. Berdasarkan Standing (dalam Sulastomo, 2008: 5), jaminan sosial adalah suatu sistem untuk menjamin penghasilan ketika seseorang menghadapi risiko kehidupan seperti sakit, bersalin, cedera akibat pekerjaan, pengangguran, kesendirian, usia tua dan kematian, penyediaan perawatan medis dan pemberian subsidi untuk keluarga yang memiliki anak-anak.

Sedangkan berdasarkan *International Labour Organization Convention 102* (ILO Convention 102), jaminan sosial adalah perlindungan bagi masyarakat untuk: 1) menjamin ketiadaan atau pengurangan penghasilan akibat berbagai kemungkinan (penyakit, bersalin, cedera akibat pekerjaan, pengangguran, usia tua dan kematian); 2) menyediakan layanan kesehatan; 3) memberi manfaat bagi keluarga yang memiliki anak-anak.

Jaminan sosial dapat menjadi bagian dari strategi pengentasan kemiskinan. Menurut Cartwright (2013), jaminan sosial terus menjadi salah satu program anti-kemiskinan. Tunjangan jaminan sosial adalah sumber pendapatan paling umum bagi mereka yang berusia 65 tahun ke atas yang mewakili sebagian besar orang berpenghasilan rendah dan menengah.

Jaminan sosial dimaksudkan untuk melindungi masyarakat terutama terkait dengan kemampuannya dalam mengatasi kebutuhan-kebutuhan pokok. Berdasarkan Triwibowo & Bhagijo (2006:88):

“Sistem jaminan sosial di Indonesia secara umum bersifat *contributory*, yang di

³ *Siap-Siap, Satpol PP akan Lakukan Razia Pendatang Baru di Banjarmasin*, <http://kalsel.prokal.co/read/news/4218-siap-siap-satpol-pp-akan-lakukan-razia-pendatang-baru-di-banjarmasin.html>, diakses 4 April 2018.

dalamnya sebagian besar sumber pendanaan bertumpu pada kontribusi pekerja dan pemilik usaha, sedangkan pemerintah hanya menanggung sebagian dari kebutuhan tersebut, khususnya yang terkait dengan pengurangan kemiskinan.”

Jaminan sosial merupakan bagian dari upaya perwujudan kesejahteraan sosial yang dilakukan oleh negara untuk rakyatnya. Jaminan sosial juga merupakan bagian dari konsep negara kesejahteraan, di mana negara kesejahteraan menurut Spicker yang dikutip Suharto (2008: 50) didefinisikan sebagai sebuah sistem kesejahteraan sosial yang memberi peran lebih besar kepada negara (pemerintah) untuk mengalokasikan sebagian dana publik demi menjamin terpenuhinya kebutuhan dasar warganya. Dalam hal ini Program JKN merupakan jaminan sosial yang sejalan dengan konsep Spicker tersebut, dan diharapkan dapat bermanfaat sebesar-besarnya bagi rakyat Indonesia.

Jaminan sosial terkait dengan upaya pemenuhan kebutuhan dasar manusia, seperti yang dinyatakan Dean (2002: 11) merujuk pada Article 24 UNDHR (*United Nations Universal Declaration of Human Rights*) yang berbunyi:

“Everyone has the right to a standard of living adequate for the health and well being of himself and his family, including food, clothing, housing and medical care and necessary social services, and the right to security in the event of unemployment, sickness, disability, widowhood, old age or other lack of livelihood in circumstances beyond his control.”

Jaminan sosial ini berupaya membantu warga negara untuk memiliki kehidupan yang memadai sesuai standar yang ditetapkan yang mencakup kesehatan, sandang, papan, dan sebagainya.

Selanjutnya Dean (2010: 139) menyebutkan bahwa jaminan sosial terkait dengan kebutuhan dasar yang secara universal dibutuhkan manusia. Menurut Dean:

“Universal needs: these are needs that are held to be universal to all. Provision for meeting universal need is based on concepts of social citizenship and the principle that

for every member of society the state should provide or source access to specific benefits, including healthcare, social security, and education.”

Jadi setiap orang berhak atas akses-akses yang memadai atas kesehatan, jaminan sosial, dan pendidikan.

Jaminan sosial merupakan bagian dari upaya pemecahan masalah sosial. Menurut Soetomo (2010: 275),

“Di negara yang menganut welfare state, pemecahan masalah tersebut (sosial, red) terutama menjadi tanggung jawab negara, sehingga negara memberikan jaminan kehidupan yang layak dan bagi masalah kesejahteraan sebagai akibat dari kondisi yang tidak diperhitungkan sebelumnya seperti kehilangan pekerjaan sebagai akibat pemutusan hubungan kerja dan sebab lain. Di Indonesia, walaupun dalam beberapa pasal konstitusinya sebetulnya mengamanatkan agar negara dapat menjamin kesejahteraan sosial warganya pada level pemenuhan kebutuhan dasar, akan tetapi saat ini kondisi negara jelas belum memungkinkan.”

Apa yang dikemukakan Soetomo tersebut dapat dipahami, terlebih ketika Program JKN diskenariokan pembayarannya dengan sistem asuransi sosial, di mana masyarakat yang mampu harus membayar iuran/premi dan masyarakat yang tidak mampu (miskin) dibayarkan iuran/preminya oleh pemerintah.

Program JKN merupakan program yang dibangun berdasarkan pemetaan sosial yang komprehensif terkait layanan kesehatan masyarakat. Layanan kesehatan sebelumnya dapat dipandang sebagai masalah sosial, di mana sebagian besar masyarakat memiliki kerentanan terhadap layanan kesehatan. Hanya orang kaya atau orang yang memiliki jaminan kesehatan yang dapat dengan mudah mengakses layanan kesehatan, dan kelompok masyarakat ini jumlahnya hanya sedikit (mereka adalah orang kaya yang meleak asuransi kesehatan, PNS/TNI/Polri, dan pegawai perusahaan yang bonafid). Sebagaimana menurut Rudito dan Femiola (2008: 43), salah satu titik penting yang bisa

disebut sebagai masalah sosial adalah “Sesuatu yang secara luas dipertimbangkan sebagai sesuatu yang ‘jelek atau buruk’ dari suatu hal, kejadian, atau tindakan”. Dalam hal ini layanan kesehatan masyarakat menjadi poin penting yang dianggap sebagai masalah, karena sebagian besar masyarakat saat itu belum mempunyai jaminan kesehatan.

Program JKN dimaksudkan untuk memberikan jaminan kesehatan bagi rakyat Indonesia, di mana mereka berhak mendapatkan layanan kesehatan dasar untuk kehidupannya. Menurut Levey dan Loomba yang dikutip Ilyas dan dikutip kembali oleh Khofsoh (2016), yang dimaksud dengan pelayanan kesehatan adalah setiap upaya yang dilaksanakan secara sendiri atau bersama-sama dalam suatu organisasi untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan, mencegah, mengobati penyakit serta memulihkan kesehatan seseorang, keluarga, kelompok dan masyarakat (Khopsoh, 2016). Dengan demikian Program JKN dimaksudkan untuk memberikan layanan kesehatan bagi masyarakat dalam rangka memelihara kesehatan, mencegah dan mengobati penyakit, serta memulihkan kesehatannya.

Berdasarkan Tim Nasional Percepatan Penanggulangan Kemiskinan (TNP2K) (5 April 2018), Program JKN adalah program Pemerintah yang bertujuan memberikan kepastian jaminan kesehatan yang menyeluruh bagi seluruh rakyat Indonesia untuk dapat hidup sehat, produktif dan sejahtera.⁴ Dengan demikian, jika dilihat berdasarkan konsep-konsep jaminan sosial sebagaimana dikemukakan oleh Standing, Cartwright, serta Triwibowo dkk. maka Program JKN merupakan bagian dari upaya negara untuk memberikan perlindungan sosial masyarakat di bidang kesehatan. Dalam hal ini negara hadir sebagai penjamin agar masyarakat dapat menjalani hidup yang sehat, produktif dan sejahtera.

Program JKN menggunakan skema asuransi sosial dalam pembiayaannya, di mana masyarakat yang mampu harus membayar iuran/premi dan orang yang tidak mampu dibayarkan

iuran/preminya oleh pemerintah. Sistem ini mengandung nilai gotong royong, di mana masyarakat yang sehat membantu masyarakat yang miskin dalam pembiayaan kesehatan. Menurut Suhandha (2018), asuransi kesehatan sosial memberikan beberapa keuntungan: 1) memberikan manfaat yang komprehensif dengan premi terjangkau; 2) asuransi kesehatan sosial menerapkan prinsip kendali biaya dan mutu. Itu berarti peserta bisa mendapatkan pelayanan bermutu memadai dengan biaya yang wajar dan terkendali, bukan “terserah dokter” atau terserah “rumah sakit”; 3) asuransi kesehatan sosial menjamin sustainability (kepastian pembiayaan pelayanan kesehatan yang berkelanjutan); 4) asuransi kesehatan sosial memiliki portabilitas, sehingga dapat digunakan di seluruh wilayah Indonesia. Oleh sebab itu, untuk melindungi seluruh warga, kepesertaan asuransi kesehatan sosial/JKN bersifat wajib (Suhandha, 2015).

Program JKN mulai dilaksanakan secara nasional pada tanggal 1 Januari 2014, dan sejak itu maka berubahlah sistem layanan kesehatan yang diselenggarakan oleh Pemerintah Indonesia. Adanya sistem baru ini diharapkan dapat membawa manfaat yang lebih banyak bagi masyarakat Indonesia, terutama karena Program JKN menggunakan skema asuransi sosial dalam pembiayaannya dan memiliki cakupan nasional dalam layanannya.

Prinsip Portabilitas

Kata “portabilitas” berasal dari kata “portabel” yang artinya “mudah dibawa-bawa/mudah dijinjing”, untuk menunjukkan benda yang bisa dan mudah dibawa ke mana-mana atau berpindah-pindah tempat.⁵ Dalam konteks Program JKN, prinsip portabilitas merupakan salah satu prinsip yang wajib dilaksanakan dalam penyelenggaraan jaminan sosial. Berdasarkan arti kata tersebut, dapat dipahami bahwa dalam konteks Program JKN, prinsip portabilitas adalah prinsip untuk memberikan jaminan berupa layanan kesehatan yang berkelanjutan meskipun peserta Program JKN berpindah-pindah pekerjaan atau tempat tinggal dalam wilayah Indonesia.

⁴ *Tanya Jawab Klaster I Program Jaminan Kesehatan Nasional*, [http://www.tnp2k.go.id /id/tanya-jawab/klaster-i/program-jaminan-kesehatan-nasional-jkn/](http://www.tnp2k.go.id/id/tanya-jawab/klaster-i/program-jaminan-kesehatan-nasional-jkn/), diakses 5 April 2018.

⁵ *Portabel*, <https://kbbi.kemdikbud.go.id/entri/portabel>, diakses 22 Maret 2018.

Menurut Thabrany (dalam Rachmawati dkk., 2015), portabel artinya selalu dibawa, selalu mengikuti peserta. Karena prinsipnya peserta harus selalu aman (*security*) kapan dan dimanapun dia berada di dalam yurisdiksi Indonesia. Jaminan Sosial dimaksudkan untuk memberikan jaminan yang berkelanjutan sampai peserta meninggal dunia. Peserta yang berpindah pekerjaan atau berpindah tempat tinggal dalam wilayah Negara Kesatuan Republik Indonesia harus selalu menerima manfaat ketika risiko yang menjadi *trigger*, syarat penerimaan manfaat, terjadi (Rachmawati dkk., 2015).

Prinsip portabilitas sangat bagus karena menjamin masyarakat dapat berobat di mana saja di wilayah NKRI, namun dalam praktiknya prinsip ini tidak mudah dilakukan. Pelaksanaan prinsip portabilitas membutuhkan persyaratan yang masih diwujudkan saat ini, yaitu kualitas dan kuantitas SDM, fasilitas, sarana, dan prasarana kesehatan. Meskipun dengan jelas disebutkan dalam UU BPJS bahwa layanan kesehatan dapat diakses oleh masyarakat peserta Program JKN di mana pun mereka berada, namun dalam praktiknya saat ini tidaklah sepenuhnya demikian. Ada berbagai keterbatasan yang kemudian memunculkan lahirnya sistem kapitasi dalam layanan FKTP/puskesmas, sehingga tidak setiap orang dapat datang berobat ke FKTP/puskesmas yang diinginkan.

Puskesmas dalam memberikan pelayanan kepada peserta BPJS program JKN mendapat pembayaran kapitasi dari BPJS Kesehatan. Jumlah biaya kapitasi yang didapat puskesmas adalah sesuai dengan jumlah peserta BPJS yang terdaftar di puskesmas tersebut, baik Penerima Bantuan Iuran (PBI) maupun non-PBI yang selanjutnya disebut peserta mandiri.⁶ Dalam praktiknya, FKTP/puskesmas hanya melayani maksimal 3 kali terhadap peserta Program JKN yang berobat di luar wilayah kapitasinya.

Strategi Pelayanan

Pelaksanaan prinsip portabilitas dalam Program JKN menyangkut strategi pelayanan publik atau pelayanan masyarakat (peserta

Program JKN). Menurut Pringgowidagda (dalam Prasetyo, 2014), strategi diartikan suatu cara, teknik, taktik, atau siasat yang dilakukan seseorang untuk mencapai tujuan yang telah ditentukan.

Menurut Onong Uchjana Effendy, strategi adalah perencanaan atau *planning* dan manajemen untuk mencapai suatu tujuan yang hanya dapat dicapai melalui taktik operasional.⁷ Sedangkan menurut Marrus (dalam Widhiyanti, 2012), strategi didefinisikan sebagai suatu proses penentuan rencana para pemimpin puncak yang berfokus pada tujuan jangka panjang organisasi, disertai penyusunan suatu cara atau upaya bagaimana agar tujuan tersebut dapat dicapai.

Berdasarkan Gronroos (dalam Ratmino & Winarsih, 2010), pelayanan adalah serangkaian aktivitas yang bersifat tidak kasat mata (tidak dapat diraba) yg terjadi sebagai akibat adanya interaksi antara konsumen atau pelanggan dengan karyawan atau hal-hal lain yg disediakan oleh perusahaan pemberi layanan yang dimaksudkan untuk memecahkan masalah konsumen atau pelanggan.

Sedangkan prinsip pelayanan publik adalah:

- a) Kesederhanaan: prosedurnya tidak berbelit-belit, mudah dipahami dan dilaksanakan;
- b) Kejelasan: jelas dalam hal: persyaratan teknis dan administratif; unit kerja/pejabat yang berwenang dan bertanggung jawab dalam memberikan pelayanan dan penyelesaian keluhan/persoalan dalam pelaksanaan pelayanan publik; serta rincian biaya dan tata cara pembayarannya;
- c) Kepastian waktu: dapat diselesaikan dalam kurun waktu yang telah ditentukan;
- d) Akurasi: produknya diterima dengan benar, tepat dan sah;
- e) Keamanan: proses dan produknya memberikan rasa aman dan kepastian hukum;
- f) Tanggung jawab: penyelenggara bertanggung jawab atas penyelenggaraan pelayanan dan penyelesaian persoalan yang timbul;
- g) Kelengkapan sarana dan prasarana: tersedia sarana dan prasarana kerja, peralatan kerja dan pendukung lainnya yang memadai termasuk penyediaan sarana teknologi telekomunikasi dan informatika;
- h) Kemudahan akses: tempat, lokasi dan sarana

⁶ Bab I- Pendahuluan, 2016, etd.repository. ugm.ac.id/downloadfile/95655/.../S2-2016-323728-introduction.pdf, diakses 23 November 2018.

⁷ Teori Strategi Komunikasi, <https://pakar.komunikasi.com/teori-strategi-komunikasi>, diakses 6 April 2018.

pelayanan yang memadai, mudah dijangkau dan dapat memanfaatkan teknologi telekomunikasi dan informatika; i) Kedisiplinan, kesopanan, dan keramahan: pemberi layanan harus bersikap disiplin, santun, serta ikhlas; j) Kenyamanan: lingkungan pelayanan harus tertib, teratur, nyaman, bersih, rapi, serta dilengkapi dengan berbagai fasilitas pendukung pelayanan (Ratmino & Winarsih, 2010).

Menurut Heffy (2018), produk suatu organisasi dapat berupa barang dan jasa. Tetapi produk pada Instansi Pemerintah lebih banyak berupa jasa pelayanan. Karena itu Subarsono (2005) mendefinisikan pelayanan publik sebagai rangkaian aktivitas yang dilakukan oleh birokrasi publik untuk memenuhi kebutuhan warga pengguna pelayanan. Pengguna atau pelanggan yang dimaksud adalah warga negara yang membutuhkan pelayanan seperti Kartu Keluarga (KK), Kartu Penduduk (KTP), Surat Izin Mengemudi (SIM), Ijin Mendirikan Bangunan (IMB), Surat Ijin Usaha Perdagangan (SIUP) dan lain-lain.⁸ Dalam hal ini strategi pelayanan dapat diterapkan pada pelaksanaan prinsip portabilitas, yaitu pelayanan pemerintah melalui FKTP/ puskesmas kepada masyarakat peserta Program

JKN. Dalam pemberian layanan kesehatan ini seharusnya pemerintah memberikan layanan yang maksimal sesuai prinsip-prinsip manajemen pelayanan publik, dalam rangka mencapai kepuasan masyarakat khususnya terkait masalah portabilitas dalam pelayanan kesehatan.

Dalam konteks Program JKN, strategi pelayanan diperlukan untuk merancang sistem yang terbaik agar setiap peserta Program JKN dapat berobat atau mengakses layanan kesehatan di manapun wilayah Indonesia. Untuk strategi pelayanan yang demikian, maka dibutuhkan fasilitas, sarana, dan prasarana layanan kesehatan yang memadai di seluruh wilayah Indonesia.

Pelaksanaan Program JKN di Kota Jambi

Program JKN di Kota Jambi selama ini dapat dikatakan telah berjalan baik, walau dengan berbagai keterbatasan yang ada. Dalam kenyataan di lapangan memang masih terdapat berbagai kendala dalam upaya memberikan jaminan kesehatan yang memadai untuk masyarakat. Jumlah peserta Program JKN di Kota Jambi dapat digambarkan dalam tabel berikut.

Berdasarkan Tabel 1, diketahui bahwa target kepesertaan Program JKN tahun 2018 adalah

Tabel 1. Jumlah Peserta Program JKN di Wilayah Kantor Cabang Jambi

Jumlah Peserta (Per Segmen)	Target 2018	Realisasi 2017	Jul-18	Selisih
1. PBI APBN	458.140	457.936	457.295	648
2. PPU:			-	-
a. PNS	128.481	131.423	127.171	1.523
b. TNI/POLRI	20.379	20.639	20.821	(344)
c. Pejabat Negara	93	90	86	7
d. PPNPN	13.418	13.137	27.424	(13.332)
e. Pegawai Swasta			-	-
1. BUMN	18.477	13.770	13.338	5.045
2. Swasta Lainnya	205.640	176.708	179.279	25.008
Sub Total 2	386.488	355.767	368.119	17.907
3. Bukan Pekerja	30.556	29.415	27.412	3.419
4. PBPU	363.338	341.221	388.692	(18.223)
5. PBI APBD	66.028	64.573	72.084	(6.193)
TOTAL	1.304.550	1.248.912	1.313.602	(2.442)

Sumber: BPJS Kesehatan KC Jambi.

⁸ Heffy, Mutroni, *Reformasi Manajemen Pelayanan Publik*, <https://media.neliti.com/media/publications/52384-ID-reformasi-mana-jemen-pelayanan-publik-men.pdf>, diakses 18 Mei 2018.

1.304.550 jiwa. Dalam realisasinya hingga Juli 2018, target ini sudah terlampaui dengan total peserta 1.313.602 jiwa, artinya ada selisih sebesar 2.442 dari jumlah peserta yang ditargetkan. Capaian terakhir ini lebih tinggi dari realisasi kepesertaan tahun 2017 sebesar 1.248.912 jiwa. Target kepesertaan Program JKN mengalami peningkatan tersebut juga merupakan bagian dari upaya pencapaian *Universal Health Coverage* (UHC) yang diharapkan dapat tuntas pada bulan Januari 2019. Dari sisi pencapaian kepesertaan, apa yang terjadi di wilayah Jambi ini sangat layak dihargai, namun dari sisi portabilitas layanan, masih belum dapat dikatakan optimal. Memang semua RS tidak menolak pasien gawat darurat, namun FKTP/puskesmas yang menjadi ujung tombak layanan masyarakat masih membatasi layanan bagi masyarakat yang berasal dari luar wilayah kapitasi. Dalam hal ini sistem kapitasi layak untuk ditinjau kembali.

Sedangkan di Kota Jambi, jumlah total peserta Program JKN sebanyak 1.128.120 orang, dengan berbagai rincian kepesertaan dan status yang dapat digambarkan dalam tabel berikut

Berdasarkan Tabel 2 dapat diketahui bahwa, di Kota Jambi terdapat total peserta aktif sebanyak 529.134 orang dan peserta yang sedang dalam proses mutasi sebesar 3.202 orang. Sedangkan jumlah peserta Non-PBI yang berstatus aktif sebanyak 598.986, yang sedang dalam proses administrasi sebanyak 11.548 orang, yang berstatus tidak aktif sebanyak 182.403 orang, dan yang berstatus dalam proses mutasi sebanyak 22.728 orang. Selain itu, di antara peserta yang tidak aktif terdapat 182.352 orang yang mengalami kemacetan dalam pembayaran iuran/premi. Dalam kondisi yang demikian, di mana terdapat kemacetan pembayaran iuran/premi, maka akan semakin sulit digambarkan bagaimana pelaksanaan prinsip portabilitas dalam Program

Tabel 2. Peserta Program JKN di Kota Jambi

Jenis Kepesertaan	Segmen	Wilayah	Tanggal Update	Status Kepesertaan			
				Aktif	Proses Administrasi	Non Aktif	Proses Mutasi
PBI	PBI APBN	JAMBI	24-Agu-18	457.185			
PBI	PBI APBD	JAMBI	24-Agu-18	71.949			3.202
PBI	Total	Total	Total	529.134			3.202
NON-PBI	PPU - Eks ASKES	JAMBI	24-Agu-18	147.754	6.422		2.733
NON-PBI	PPU – TNI	JAMBI	24-Agu-18	6.739	152		21
NON-PBI	PPU - POLRI	JAMBI	24-Agu-18	13.801	198		25
NON-PBI	PPU - BUMN	JAMBI	24-Agu-18	12.637	705	2	51
NON-PBI	PPU - BUMD	JAMBI	24-Agu-18	2.627	63	1	57
NON-PBI	PPU - Swasta	JAMBI	24-Agu-18	173.614	3.116	1.924	18.264
NON-PBI	PPU – WNA	JAMBI	24-Agu-18	68			15
NON-PBI	PBPU - WNI	JAMBI	24-Agu-18	215.326		180.352	777
NON-PBI	PBPU - WNA	JAMBI	24-Agu-18	1		1	
NON-PBI	BP - PP Pemerintah	JAMBI	24-Agu-18	19.077	826		114
NON-PBI	BP - Veteran	JAMBI	24-Agu-18	431	66		2
NON-PBI	BP - Perintis Kemerdekaan	JAMBI	24-Agu-18	4			
NON-PBI	BP - PP Swasta	JAMBI	24-Agu-18	6.655		4	666
NON-PBI	BP - Bukan Pekerja Lainnya	JAMBI	24-Agu-18	252		119	3
NON-PBI	Total	Total	Total	598.986	11.548	182.403	22.728
Grand Total	Total	Total	Total	1.128.120	11.548	182.403	25.930

Sumber: BPJS Kesehatan KC Jambi

JKN. Karena kemacetan pembayaran iuran/premi akan berdampak pada terhentinya akses layanan kesehatan bagi masyarakat. Meskipun dalam kondisi darurat pun, masyarakat yang menunggak iuran/premi tidak akan mendapatkan layanan RS jika tidak ada jaminan untuk pembiayaannya. Dalam hal seperti ini, prinsip portabilitas yang biasa berlaku di RS tidak akan berlaku lagi.

Pelaksanaan Prinsip Portabilitas di Kota Jambi

Menurut pejabat Dinas Kesehatan Provinsi Jambi (K-B.12.c), pelaksanaan prinsip portabilitas di wilayahnya selama ini memang belum optimal. Selain masalah Sumber Daya Manusia (SDM), sarana, dan prasarana, juga ada aturan yang membatasi pelayanan kesehatan, dan aturan ini berasal dari pusat. Namun demikian, pemerintah provinsi dan pemerintah kota senantiasa berupaya untuk memberikan layanan yang sebaik-baiknya kepada masyarakat. Semua fasilitas kesehatan di Kota Jambi selama ini telah diperintahkan untuk mematuhi aturan dari Kementerian Kesehatan. Untuk layanan kesehatan di FKTP/puskesmas selama ini didasarkan pada kapitasi, di mana para peserta JKN tercatat dan akan dilayani di FKTP sesuai kapitasi masing-masing. Jika terpaksa (darurat), peserta JKN hanya dapat berobat di puskesmas yang bukan wilayah/kapitasinya sebanyak maksimal 3 kali. Setelah itu yang bersangkutan akan ditawarkan apakah yang bersangkutan ingin pindah Faskes atau tidak. Jika tidak ingin pindah, maka selanjutnya peserta harus kembali berobat di Faskes yang dirujuk berdasarkan kapitasinya. Pelayanan FKTP yang didasarkan pada kapitasi ini merupakan amanat dari Peraturan Menteri Kesehatan RI No. 71 Tahun 2013 tentang Pelayanan Kesehatan pada Jaminan Kesehatan Nasional.

Pada umumnya prinsip portabilitas di Kota Jambi telah berjalan, walau diakui masih banyak kekurangan dalam fasilitas, sarana dan prasarana serta SDM di puskesmas dan Rumah Sakit (RS). Berdasarkan wawancara dengan seorang staf Dinas Kesehatan Provinsi, saat ini ada 240 puskesmas di Provinsi Jambi, namun yang memenuhi persyaratan (berdasarkan kriteria yang

ditetapkan BPJS Kesehatan) hanya sebanyak 17 puskesmas. Sedangkan di Kota Jambi sendiri, menurut Kepala Bidang Penjaminan Manfaat Rujukan BPJS Kesehatan Kantor Cabang Jambi, dari total 54 FKTP yang ada, hanya 20 FKTP yang memiliki kamar rawat inap. Menurutnya, hal ini sungguh memprihatinkan, sungguh jauh dari harapan akan layanan kesehatan yang memadai. Kondisi FKTP yang demikian, jika tidak segera dibenahi akan berdampak buruk pada kualitas layanan kesehatan. Dan jika banyak FKTP yang tidak memenuhi syarat, maka secara otomatis lambat laun hal ini akan mempengaruhi pelaksanaan prinsip portabilitas dalam Program JKN.

Berdasarkan wawancara dengan informan di Dinas Kesehatan Provinsi dan Dinas Kesehatan Kota Jambi (K-B12.a/K-B.12.b/K-b.12.c), prinsip portabilitas dalam Program JKN di Kota Jambi selama ini telah berjalan dengan cukup baik. Pemerintah Daerah menganjurkan agar puskesmas dan RS tidak menolak pasien, apalagi yang sifatnya emergensi. Bahkan Gubernur Jambi telah mengeluarkan Surat Edaran No. 2133//SE/SETDA. KESRA MAS-3.2/VIII/2018 tentang optimalisasi Pelaksanaan Program JKN di Provinsi Jambi. Dalam hal ini segenap pemangku kepentingan yang terkait Program JKN dituntut untuk bekerja maksimal dalam layanan kesehatan masyarakat.

Untuk layanan RS di Kota Jambi selama ini dinilai sudah cukup baik, di mana hampir semua RS telah menerapkan prinsip portabilitas bagi peserta Program JKN. Siapapun yang dirujuk ke RS akan dilayani dengan kapasitas yang tersedia. Bahkan peserta Program JKN yang berasal dari luar wilayah (luar kota, luar pulau) yang kebetulan sedang berada di Kota Jambi, dapat dilayani oleh semua RS di Kota Jambi. Dengan demikian, prinsip portabilitas bagi peserta Program JKN tidak menjadi masalah dalam layanan RS di Kota Jambi.

Pelaksanaan prinsip portabilitas di RS hampir tidak ada masalah, karena RS memang diutamakan untuk menerima pasien rujukan dan hanya pasien gawat darurat yang bisa langsung berobat ke RS. Sedangkan puskesmas, lembaga ini sebenarnya

dapat menjadi tolok ukur bagi pelaksanaan prinsip portabilitas, karena puskesmas merupakan ujung tombak dari penyelenggaraan Program JKN. Namun sayangnya, hingga kini tidak ada aplikasi yang bisa membedakan pasien di luar kapitasi puskesmas, dan setiap pasien dari luar wilayah dibatasi hanya maksimal 3 kali bisa berobat, dan setelah itu yang bersangkutan harus memilih apakah akan pindah faskes atau tidak.

Hingga bulan Agustus 2018, telah banyak peserta Program JKN yang dilayani di FKTP wilayah kerja BPJS Kesehatan Kantor Cabang Jambi, sebagaimana terlihat dalam Tabel 3.

Tabel 3. Jumlah Kunjungan di FKTP dan Rujukan yang Diberikan

Bulan Pelayanan	Jumlah Kunjungan	Dirujuk
Januari	159.511	15.275
Februari	149.848	12.926
Maret	160.963	14.100
April	157.957	13.996
Mei	149.840	12.925
Juni	112.722	8.114
Juli	154.832	15.735
Agustus	133.169	14.543
TOTAL	1.178.842	107.614

Sumber: BPJS Kesehatan Kantor Cabang Jambi.

Data di atas menunjukkan bahwa sejak Januari hingga Agustus 2018 ini FKTP di wilayah kerja BPJS Kesehatan KC Jambi telah melayani sebanyak 1.178.842 peserta Program JKN, yang 107.614 di antaranya dirujuk ke fasilitas kesehatan tingkat lanjut. Meskipun data tersebut tidak menunjukkan angka tentang seberapa jauh pelaksanaan prinsip portabilitas dalam Program JKN di Kota Jambi, namun hal yang pasti adalah bahwa prinsip portabilitas sudah dilaksanakan walaupun tidak optimal. Pelaksanaan prinsip portabilitas tersebut dapat dilihat pada ketentuan yang dilaksanakan, bahwa setiap puskesmas dapat melayani pasien dari luar wilayah hingga maksimal 3x. Sedangkan dalam hal rujukan ke fasilitas kesehatan tingkat lanjut, prinsip portabilitas justru terlihat lebih fleksibel karena RS akan menerima setiap pasien gawat darurat yang datang, tanpa memperdulikan dari wilayah mana pasien berasal.

Layanan kesehatan di FKTP menggunakan sistem kapitasi, di mana pembayaran layanan kesehatan dilakukan dengan tarif kapitasi. Berdasarkan Permenkes No. 21 Tahun 2016 tentang Penggunaan Dana Kapitasi JKN untuk Pelayanan Jasa Kesehatan dan Dukungan Biaya Operasional pada FKTP Milik Pemerintah Daerah, tarif kapitasi adalah besaran pembayaran perbulan yang dibayar dimuka oleh BPJS Kesehatan kepada FKTP berdasarkan jumlah peserta yang terdaftar tanpa memperhitungkan jenis dan jumlah pelayanan kesehatan yang diberikan. Sistem kapitasi ini berdampak pada pengaturan layanan kesehatan pada peserta Program JKN, di mana mereka harus berobat pada FKTP yang telah ditunjuk. Jika dicermati, sistem kapitasi hal ini bertentangan dengan prinsip portabilitas yang mengamanatkan setiap peserta Program JKN dapat mengakses layanan kesehatan di mana saja di Indonesia.

Berdasarkan wawancara dengan Kepala Bidang Penjaminan Manfaat Rujukan dan Kepala Bidang SDM, Umum dan Komunikasi Publik pada BPJS Kesehatan Kantor Cabang Jambi (K-B.14.a/K-B.14.b), masalah prinsip portabilitas ini masih sulit dilaksanakan secara optimal hingga kini karena berbagai keterbatasan fasilitas, sarana, dan prasarana layanan kesehatan. Karena berbagai keterbatasan tersebut, maka pemerintah membuat regulasi untuk mengatur agar peserta Program JKN mengakses layanan kesehatan secara berjenjang dan berdasarkan kapitasi. Prinsip portabilitas akan dapat dilaksanakan dengan optimal jika tidak ada lagi kendala dalam pelaksanaan Program JKN. Oleh karena itu, untuk mewujudkan mimpi pelaksanaan prinsip portabilitas yang optimal dibutuhkan strategi besar dan komprehensif untuk mengatasi masalah-masalah dalam Program JKN seperti; 1) Memastikan fasilitas, sarana, dan prasarana yang memadai; 2) Memastikan anggaran yang cukup untuk membiayai layanan kesehatan; 3) Memastikan sistem pembayaran jasa layanan kesehatan yang sesuai dengan profesi-profesi yang terlibat dalam Program JKN; 4) Mengubah regulasi yang bertentangan dengan prinsip portabilitas. Apa yang dikemukakan oleh pejabat

BPJS Kesehatan di Kota Jambi tersebut dapat dipahami sebagai peringatan bahwa hingga saat ini BPJS Kesehatan belum dapat menjamin kesehatan masyarakat secara maksimal. Untuk memberikan layanan kesehatan yang terbaik bagi masyarakat (termasuk pelaksanaan prinsip portabilitas), banyak hal yang harus dilakukan ke depan, dengan mengubah paradigma layanan yang berlaku saat ini. Diperlukan perubahan *grand design* penyelenggaraan Program JKN, yang lebih berorientasi kesejahteraan masyarakat. Secara ideal, layanan terbaik (dari sisi kualitas dan kuantitas) akan dapat diberikan jika Program JKN didukung oleh adanya SDM, sarana, prasarana, dan anggaran yang memadai. Masalah prinsip portabilitas juga akan dapat dilaksanakan secara optimal jika semua hambatan dapat diatasi, yang salah satunya adalah sistem kapitasi yang mengkategorisasi peserta Program JKN dalam wilayah layanan.

Mengoptimalkan Prinsip Portabilitas di Kota Jambi

Berdasarkan wawancara dengan Kepala Bidang Penjaminan Manfaat Rujukan dan Kepala Bidang SDM, Umum dan Komunikasi Publik pada BPJS Kesehatan Kantor Cabang Jambi (K-B.14.a/K-B.14.b), salah satu strategi yang harus diperhatikan dalam upaya mengoptimalkan prinsip portabilitas adalah: 1) Membenahi/meningkatkan kualitas dan kuantitas SDM, fasilitas, sarana, dan prasarana kesehatan terutama di FKTP/puskesmas; 2) Merevisi regulasi yang terkait layanan kesehatan bagi peserta Program JKN (kapitasi).

Jika hal itu bisa dilakukan, maka prinsip portabilitas akan menjadi optimal, karena peserta Program JKN dapat berobat di mana saja. Namun kondisi yang demikian ini membutuhkan anggaran yang besar, yang harus dicari solusinya oleh para pengambil kebijakan termasuk DPR RI. Apa yang dikemukakan oleh pejabat BPJS Kesehatan tersebut ini dapat dimengerti, di mana prinsip portabilitas akan dapat dilaksanakan dengan baik jika tidak ada hambatan berupa sistem yang membatasi layanan kesehatan di FKTP/puskesmas. Sebagaimana diketahui, selama ini prinsip portabilitas yang seharusnya

tidak perlu persyaratan menjadi terkendala akibat terbatasnya SDM, sarana, dan prasarana kesehatan di FKTP/puskesmas. Namun karena berbagai keterbatasan tersebut maka Kementerian Kesehatan membuat regulasi yang membatasi layanan peserta Program JKN, di mana peserta dari luar wilayah kapitasi FKTP/puskesmas hanya dapat dilayani maksimal 3 kali.

Pelaksanaan Program JKN di Kota Banjarmasin

Pelaksanaan Program JKN di Kota Banjarmasin khususnya dan di Provinsi Kalimantan Selatan umumnya masih menghadapi banyak kendala. Dari wawancara dengan beberapa pejabat terkait dan penggalian data di Dinas Kesehatan Provinsi Kalimantan Selatan (K-C.10.a.), diperoleh informasi tentang masih banyaknya kendala dalam pelaksanaan Program JKN di wilayah itu: 1) Keterbatasan sarana dan prasarana di puskesmas, mengakibatkan beberapa diagnosa penyakit yang seharusnya dilayani di Puskesmas gagal dituntaskan, sehingga harus dirujuk ke RS; 2) Masih sulitnya mencapai indikator dalam Program Kapitasi Berbasis Berbasis Pelayanan (Program KBKP), yaitu indikator angka kontak dan kunjungan peserta prolans; 3) Belum rutinnya pemberian data kepesertaan di FKTP Pemerintah; 4) Belum cukupnya dukungan SDM di puskesmas, saat ini belum ada petugas khusus yang melakukan entri data di puskesmas, tugas ini masih dirangkap oleh tenaga lain (yang bukan bidangnya); 5) Masih adanya kendala untuk proses interaksi masyarakat yang dinyatakan miskin oleh Dinas Sosial, karena masyarakat tersebut sudah menjadi peserta mandiri BPJS Kesehatan dan mengalami penunggakan dalam pembayaran; 6) Masih adanya masyarakat miskin peserta mandiri yang belum diintegrasikan karena adanya tunggakan; 7) Masih banyaknya peserta mandiri yang menunggak iuran/premi; 8) Jumlah peserta PBI di Fasilitas Kesehatan Milik Pemerintah Daerah lebih besar dibandingkan jumlah peserta NonPBI, namun yang lebih banyak memanfaatkan pelayanan kesehatan adalah peserta NonPBI, baik untuk kunjungan rawat jalan maupun rawat

inap; 9) Tidak adanya laporan yang masuk dari BPJS Kesehatan ke Dinas Kesehatan Provinsi mengenai kepesertaan ataupun jumlah kapitasi yang dibayarkan ke tiap FKTP dan FKTL, sehingga sulit untuk mensinkronkan dengan laporan yang dikirim oleh Kabupaten/Kota; 10) Masih banyaknya masyarakat miskin yang diintegrasikan ke JKN belum mendapatkan Kartu JKN/KIS dari BPJS; 11) Belum semua format laporan dapat disampaikan oleh Kabupaten/Kota; 12) Tidak optimalnya kabupaten/kota dalam menyampaikan laporan yang diminta oleh Dinas Kesehatan Provinsi; 13) Masih ada kabupaten/kota yang belum menyampaikan laporan Tim Monitoring dan Evaluasi JKN di wilayahnya, sehingga data yang disampaikan pada Triwulan

II 2018 masih belum maksimal, dan sering terjadi perubahan data; 14) Realisasi anggaran dekonsentrasi PPJK masih rendah; 15) *Update database* kepesertaan (PCare) belum disampaikan setiap bulan oleh BPJS Kesehatan; 16) Adanya keterbatasan anggaran dan *database* masyarakat miskin dari Dinas Sosial untuk meningkatkan integrasi Jamkesda ke JKN, sehingga untuk mencapai *Universal Health Care* (UHC) belum dapat dilaksanakan secara optimal.

Meskipun pelaksanaan Program JKN di Kota Banjarmasin masih banyak menghadapi kendala, namun berarti tidak ada upaya keras yang dilakukan oleh BPJS Kesehatan setempat. Berikut adalah jumlah peserta Program JKN yang telah dilayani di fasilitas kesehatan rujukan tingkat lanjut (FKRTL).

Tabel 4. Jumlah Peserta yang Dilayani di FKRTL (Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjut)

Nama Faskes	2016			2017			s.d. Agustus 2018		
	RJTL	RITL	TOTAL	RJTL	RITL	TOTAL	RJTL	RITL	TOTAL
1 RSUD Ulin Banjarmasin	81.648	19.214	100.862	100.911	20.301	121.212	48.503	7.600	56.103
2 RSUD dr. H. Moch. Ansari Saleh	102.226	12.133	114.359	124.474	14.035	138.509	35.389	3.543	38.932
3 RSUJ Sambang Lihum	11.481	661	12.142	12.453	773	13.226	6.267	379	6.646
4 RS TK III Bhayangkara	20.911	2.626	23.537	33.203	2.997	36.200	19.819	1.397	21.216
5 RS Dr. Soeharsono	3.977	2.860	6.837	10.998	4.205	15.203	7.298	1.726	9.024
6 RSKB Banjarmasin Siaga	10.766	466	11.232	14.484	990	15.474	5.708	269	5.977
7 Klinik Spesialis Rafisa Dahlia	7.506		7.506	12.786		12.786	8.245		8.245
8 Klinik Utama Global Farma	1.766	770	2.536	1.526	1.841	3.367	625	688	1.313
9 RS Sari Mulia	3.833	1.791	5.624	17.571	2.255	19.826	9.353	637	9.990
10 RSI Banjarmasin			-			-	969	986	1.955
11 RSUD H. Abdul Aziz Marabahan	7.251	1.749	9.000	988	1.984	2.972	4.229	597	4.826
12 RSUD Idaman Banjarbaru	30.571	6.629	37.200	46.134	9.164	55.298	18.199	2.786	20.985
13 RS TNI AU TK IV Syamsudin Noor	166	1.240	1.406	471	1.139	1.610	403	248	651
14 RS TK IV Guntung Payung	1.144	750	1.894	1.396	838	2.234	679	838	1.517
15 Klinik Utama Nirwana	43	26	69	3.876	996	4.872	2.098	409	2.507
16 RSU Mawar			-	17	45	62	338	106	444
17 RS Syifa Medika			-	644	226	870	337	539	876
18 RSUD Ratu Zalecha	42.888	9.052	51.940	45.984	10.419	56.403	12.632	2.644	15.276
19 RS PTPN XIII Danau Salak	1.217	1.134	2.351	772	688	1.460	227	166	393
20 RS AVECEN Medika	1.249	330	1.579	5.677	824	6.501	1.643	193	1.836
21 RS Pelita Insani			-	128	210	338	707	638	1.345
22 RSUD H Boedjasin	31.337	5.920	37.257	37.851	5.494	43.345	18.943	2.263	21.206
23 RSB Ainun Pelaihari	26	91	117	414	415	829	353	148	501
24 RSIA Borneo Citra Medika		71	71	5.008	3.497	8.505	4.463	1.603	6.066
25 Klinik Utama Ammariz	57		57	9.651	454	10.105	5.306	232	5.538
26 RSUD dr. H. Andi Abdurrahman Noor	12.963	3.535	16.498	14.857	3.341	18.198	4.440	743	5.183
27 RSB Paradise	189	158	347	1.882	901	2.783	552	319	871
28 RS Marina Permata			-	1.277	301	1.578	2.494	369	2.863
29 RSUD Kotabaru	20.589	2.945	23.534	28.845	4.014	32.859	8.683	1.026	9.709
Total	393.804	74.151	467.955	534.278	92.347	626.625	228.902	33.092	261.994

Sumber: BPJS Kesehatan KC Banjarmasin.

Berdasarkan Tabel 4 dapat diketahui bahwa pada tahun 2016, sebanyak 29 RS di wilayah kerja BPJS Kesehatan KC Banjarmasin telah melayani sebanyak 467.995 peserta Program JKN, pada tahun 2017 melayani sebanyak 626.625 peserta Program JKN, dan sejak januari hingga Agustus 2018 ini telah melayani sebanyak 261.994 peserta Program JKN. Terjadi peningkatan layanan dari tahun 2016 ke 2017, dengan demikian dapat dikatakan bahwa dari sisi cakupan layanan peserta, BPJS Kesehatan telah bekerja lebih baik dibanding tahun sebelumnya. Namun sayang, dari besarnya angka cakupan layanan tersebut, pelaksanaan prinsip portabilitas belum optimal karena BPJS Kesehatan belum bisa melayani masyarakat secara mudah di

manapun mereka berada, akibat adanya pembatasan layanan maksimal 3 kali bagi peserta yang berobat di luar wilayah kapitasinya. Padahal perkembangan yang terjadi saat ini, sangat memungkinkan orang bekerja jauh dari wilayah kapitasinya, karena mobilitas masyarakat yang sangat dinamis.

Pelaksanaan Prinsip Portabilitas di Kota Banjarmasin

Pelaksanaan Prinsip Portabilitas di Kota Banjarmasin dapat dikatakan belum optimal karena memang ada aturan yang membatasinya. Para pelaksana di lapangan (dokter dan petugas kesehatan) hanya sekedar menjalankan aturan saja. Berdasarkan Pasal 14 ayat (2) dan ayat (4) Peraturan Menteri

Tabel 5. Jumlah Peserta dari Luar Wilayah Kerja yang Dilayani

Nama Faskes	2016			2017			s.d. Agustus 2018		
	RJTL	RITL	TOTAL	RJTL	RITL	TOTAL	RJTL	RITL	TOTAL
1 RSUD Ulin Banjarmasin	9.729	1.634	11.363	11.740	847	12.587	5.229	295	5.524
2 RSUD dr. H. Moch. Ansari Saleh	11.082	255	11.337	11.542	178	11.720	3.229	70	3.299
3 RSUJ Sambang Lihum	1.220	72	1.292	1.531	57	1.588	792	129	921
4 RS TK III Bhayangkara	404	2.051	2.455	567	2.989	3.556	306	372	678
5 RS Dr. Soeharsono	230	659	889	433	4.205	4.638	281	531	812
6 RSKB Banjarmasin Siaga	215	359	574	429	957	1.386	182	175	357
7 Klinik Spesialis Rafisa Dahlia	75		75	85		85	78		78
8 Klinik Utama Global Farma	533	754	1.287	375	1.557	1.932	145	233	378
9 RS Sari Mulia	408	67	475	1.832	12	1.844	748	1	749
10 RSI Banjarmasin			-			-	15	41	56
11 RSUD H. Abdul Aziz Marabahan	38	44	82	114	58	172	27	31	58
12 RSUD Idaman Banjarbaru	179	1.424	1.603	417	9.138	9.555	162	1.213	1.375
13 RS TNI AU TK IV Syamsudin Noor	7	10	17	1	12	13	4	11	15
14 RS TK IV Guntung Payung	15	21	36	32	15	47	13	15	28
15 Klinik Utama Nirwana		24	24	12	958	970	14	3	17
16 RSU Mawar			-		4	4	8	17	25
17 RS Syifa Medika			-	4		4	10	1	11
18 RSUD Ratu Zalecha	1.394	579	1.973	1.429	936	2.365	372	120	492
19 RS PTPN XIII Danau Salak	2	53	55	2	64	66		3	3
20 RS AVECEN Medika	37	27	64	78	78	156	8	7	15
21 RS Pelita Insani			-		10	10	20	24	44
22 RSUD H Boedjasin	10	26	36	10	9	19	26	1	27
23 RSB Ainun Pelaihari		7	7	1	24	25			-
24 RSIA Borneo Citra Medika		1	1	9	16	25	14	7	21
25 Klinik Utama Ammariz			-	4	6	10	1	1	2
26 RSUD dr. H. Andi Abdurrahman Noor	63	78	141	116	136	252	47	29	76
27 RSB Paradise	7	9	16	21	205	226	12	16	28
28 RS Marina Permata			-	40	10	50	64	24	88
29 RSUD Kotabaru	212	2.900	3.112	1.590	3.965	5.555	1.586	312	1.898
TOTAL	25.860	11.054	36.914	32.414	26.446	58.860	13.393	3.682	17.075

Sumber: BPJS Kesehatan KC Banjarmasin.

Kesehatan No. 71 Tahun 2013 tentang Pelayanan Kesehatan pada Jaminan Kesehatan Nasional, maka layanan bagi peserta Program JKN yang berasal dari luar wilayah tempat tinggal atau wilayah kapitasi hanya dapat diberikan maksimal 3 kali, dan setelah itu peserta harus memilih apakah akan kembali ke FKTP yang dirujuk atau akan pindah ke FKTP tempat terakhir berobat. Untuk hal ini, ada aplikasi dari BPJS Kesehatan, yang secara otomatis akan menanyakan apakah pasien akan seterusnya berobat di FKTP yang terakhir dikunjungi (di luar rujukan) atau akan kembali ke FKTP rujukan semula.

Untuk layanan kesehatan di RS, pelaksanaan Prinsip Portabilitas tidak menjadi masalah, tidak ada kendala, karena memang RS adalah tempat rujukan pasien dari berbagai daerah. Terkait layanan bagi pasien di luar wilayah rujukan, tabel berikut menggambarkan pelaksanaan prinsip Portabilitas di wilayah kerja BPJS Kantor Cabang Banjarmasin.

Dari data tersebut diketahui bahwa pada tahun 2016 sebanyak 29 RS di wilayah kerja BPJS Kantor Cabang Banjarmasin telah melayani sebanyak 36.914 peserta Program JKN, tahun 2017 melayani 58.446 peserta Program JKN, dan hingga bulan Agustus 2018 melayani sebanyak 17.075 peserta Program JKN. Jika dicermati, peningkatan jumlah pasien dari luar wilayah kerja (2016-2017). Hal ini diasumsikan juga meningkatkan kuantitas pelaksanaan prinsip portabilitas di wilayah kerja BPJS Kesehatan Kantor Cabang Banjarmasin. Hal ini sangat bisa dimengerti karena sifat layanan di RS berbeda dengan layanan di FKTP, di mana RS melayani semua pasien yang dirujuk oleh FKTP dan selain itu RS juga menerima semua pasien dari luar wilayah yang datang dalam keadaan gawat darurat. Artinya prinsip portabilitas memiliki peluang yang lebih besar untuk dilaksanakan di RS dibanding dengan di FKTP. Hal ini dikarenakan adanya sistem kapitasi di FKTP yang berdampak pada pembatasan layanan maksimal 3 kali bagi pasien (peserta Program JKN) yang berasal dari luar wilayah.

Hal yang sulit untuk mendata pasien yang berasal dari luar wilayah kerja dialami oleh sebagian besar FKTP, Karena memang tidak ada aplikasi untuk itu, dan tidak ada tenaga

kesehatan yang senggang atau yang khusus untuk mencatatnya. Sebagaimana terungkap dalam evaluasi Program JKN yang dilakukan oleh Dinas Kesehatan Provinsi Kalimantan Selatan (C.10.a) bahwa salah satu kendala dalam Program JKN adalah belum adanya aplikasi yang memperhitungkan kunjungan sehat untuk peserta di luar wilayah, sebab program puskesmas berbasis wilayah kerja, sedangkan kepesertaan BPJS boleh memilih FKTP di luar wilayah kerja Puskesmas.

Mengoptimalkan Pelaksanaan Prinsip Portabilitas di Kota Banjarmasin

Prinsip portabilitas, meskipun rumusnya dalam UU BPJS terkesan sederhana dan mudah dipahami, namun dalam kenyataan hingga saat ini masih sulit dilakukan. Karena keterbatasan SDM, sarana, dan prasarana kesehatan maka layanan kesehatan bagi peserta Program JKN tidak mudah dilakukan di setiap tempat. Munculnya Peraturan Menteri Kesehatan No. 71 Tahun 2013 tentang Pelayanan Kesehatan pada Jaminan Kesehatan Nasional, salah satunya didasarkan pada kondisi umum fasilitas kesehatan yang selama ini telah ada. Akhirnya pembatasan layanan maksimal 3 kali bagi peserta Program JKN dari luar wilayah kapitasi menjadi salah satu mekanisme yang harus dipatuhi.

Namun demikian, pemerintah terus berupaya untuk memaksimalkan pelaksanaan prinsip portabilitas layanan yang salah satunya adalah dengan aplikasi yang memudahkan peserta Program JKN untuk pindah fasilitas kesehatan. Aplikasi yang bersifat nasional ini sekarang juga sudah bisa diakses di wilayah Kalimantan Selatan, termasuk Kota Banjarmasin. Aplikasi melalui telepon seluler android ini memungkinkan peserta Program JKN untuk pindah fasilitas kesehatan per 3 bulan, namun tentu saja hanya orang yang melek teknologi yang dapat memanfaatkannya.

Aplikasi tersebut dapat dikatakan sebagai sebuah kemajuan, bukan saja dalam hal memberikan layanan berbagai informasi tentang BPJS Kesehatan, namun juga layanan yang mengarah pada pelaksanaan prinsip portabilitas dalam Program JKN. Namun sayangnya teknologi



Gambar 1. Aplikasi Mobile JKN

Sumber: BPJS Kesehatan Kantor Cabang Banjarmasin, 2018.

ini tidak bisa dijangkau oleh semua orang terutama oleh masyarakat yang tidak menggunakan telepon seluler android. Jadi dapat dikatakan, meskipun telah ada aplikasi android yang memudahkan orang untuk pindah fasilitas kesehatan per 3 bulan, namun aplikasi ini belum sepenuhnya membantu pelaksanaan prinsip portabilitas. Hal ini dikarenakan, tidak semua peserta Program JKN melek teknologi android. Padahal seharusnya prinsip portabilitas dilaksanakan tanpa syarat, karena prinsip portabilitas (jkn.jamsosindonesia.com, 2018) adalah prinsip memberikan jaminan yang berkelanjutan meskipun peserta berpindah pekerjaan atau tempat tinggal dalam wilayah Negara Kesatuan Republik Indonesia.⁹ Mengingat dinamika yang berkembang dalam masyarakat Indonesia saat ini, di mana orang sangat *mobile* dan mudah berpindah-pindah tempat kerja atau tempat tinggal, maka seharusnya prinsip portabilitas diberlakukan secara terbuka, tanpa ada pembatasan layanan kesehatan di manapun mereka berada.

Berdasarkan wawancara dengan para informan di Kota Banjarmasin (C.10.a./C.10.b./C.11.a./C.12.a./C.13.a.), maka untuk mengoptimalkan pelaksanaan prinsip portabilitas di Kota Banjarmasin, diperlukan langkah-langkah yang strategis di tingkat nasional, karena Program JKN adalah program nasional yang kendalanya ada di pemerintah pusat. Diperlukan perubahan/

revisi berbagai regulasi yang terkait dengan kualitas layanan kesehatan dalam Program JKN. Beberapa hal yang perlu digarisbawahi dalam rangka mengoptimalkan pelaksanaan prinsip portabilitas adalah: 1) perlu peningkatan kualitas dan kuantitas SDM, fasilitas, sarana, dan prasarana layanan kesehatan, agar setiap Peserta Program JKN memiliki kemudahan akses untuk mendapatkan layanan kesehatan di manapun. Jika SDM, fasilitas, sarana, dan prasarana kesehatan tidak menjadi masalah lagi, maka hal ini akan berdampak pada pelaksanaan prinsip portabilitas yang semakin baik; 2) perlu Peningkatan anggaran kesehatan yang memadai. Anggaran yang dianggap ideral untuk kesehatan saat ini adalah sekitar 5% dari APBN/APBD. Anggaran yang memadai akan memungkinkan setiap FKTP memiliki kapasitas layanan yang mampu memenuhi kebutuhan masyarakat; 3). perlu perbaikan sistem pembayaran jasa layanan kesehatan terutama di FKTP yang menjadi ujung tombak layanan kesehatan masyarakat. Dalam hal ini regulasi terkait kapitasi perlu ditinjau kembali. Jika toh kapitasi masih dianggap penting untuk memberi semangat bagi tugas dokter dan tenaga kesehatan di FKTP, seharusnya sistem ini tidak menjadi kendala dalam pelaksanaan prinsip portabilitas yang sempurna. Artinya, sistem kapitasi didasarkan pada jumlah penduduk dalam wilayah kerja FKTP, namun tidak seharusnya mengesampingkan masyarakat yang datang dari luar wilayah kapitasi.

⁹ *Asas, Tujuan, dan Prinsip*, http://jkn.jamsosindonesia.com/topik/detail/asas--tujuan-dan-prinsip#.W_dkkB9oRLM, diakses 23 November 2018.

Penutup

Simpulan

Pelaksanaan Program JKN di Kota Jambi dan Kota Banjarmasin sama-sama menghadapi berbagai kendala, sehingga layanan kesehatan yang diberikan kepada masyarakat belum optimal. Demikian juga terkait dengan Prinsip Portabilitas, kedua kota tersebut menerapkan pola yang sama di mana peserta Program JKN hanya bisa mendapat layanan kesehatan di puskesmas di luar wilayah tempat tinggal atau di luar kapitasinya maksimal 3 kali, dan setelah itu pasien yang bersangkutan harus memilih, apakah kembali ke puskesmas yang telah dirujuk atau pindah di fasilitas kesehatan yang baru (yang terakhir digunakan).

Hingga saat ini prinsip portabilitas belum dapat dilaksanakan dengan optimal, karena masih banyaknya keterbatasan SDM, fasilitas, sarana, dan prasarana kesehatan, sehingga untuk berobat ke FKTP diperlukan pengaturan demi ketertiban layanan kesehatan. Untuk mengoptimalkan pelaksanaan prinsip portabilitas ke depan, sebagaimana prinsip yang disepakati dalam UU SJSN dan UU BPJS, bahwa prinsip portabilitas adalah prinsip memberikan jaminan yang berkelanjutan meskipun peserta berpindah pekerjaan atau tempat tinggal dalam wilayah Negara Kesatuan Republik Indonesia.

Saran

Sehubungan dengan berbagai permasalahan dan kendala yang terjadi di lapangan, dalam rangka penerapan prinsip portabilitas, maka diperlukan perubahan sistem yang menyangkut SDM, fasilitas, sarana, dan prasarana kesehatan yang memadai. Di samping itu diperlukan pula perubahan regulasi sistem layanan kesehatan dalam SJSN. Peraturan yang selama ini membatasi layanan bagi masyarakat di luar kapitasi FKTP perlu ditinjau kembali.

DAFTAR PUSTAKA

Jurnal

Heffy, Mutroni. (2009). Reformasi Manajemen Pelayanan Publik Menuju *Good Governance*. *Jurnal Borneo Administrator*, 5(2). <https://doi.org/https://doi.org/10.24258/jba.v5i2.44>

Buku

Cartwright, Matthew. (2013). *Co-Sponsors Legislation to Strengthen Social Security*. Lanham: Federal Information & News Dispatch.

Dean, Hartley. (2002). *Welfare Rights and Social Policy*. Harlow: Pearson Education Ltd.

Dean, Hartley. (2010). *Understanding Human Need (Understanding Welfare: Social Issues, Policy, and Practice)*. Portland: The Policy Press & The Social Policy Association.

Neuman, W. Lawrence. (2014). *Social Research Method: Qualitative and Quantitative Approaches, Sixth Edition*. New Jersey: Pearson International Edition.

Huberman, A. Michel dan Matthew B. Miles. (2009). "Manajemen Data dan Metode Analisis", dalam Denzin, Norman K. Dan Yvonna S. Lincoln, *Handbook of Qualitative Research*. (Edisi Bahasa Indonesia, Penerjemah: Dariyatno dkk.), Yogyakarta: Pustaka Pelajar.

Patton, Michael Quinn. (2002). *Qualitative Research & Evaluation Methods*, 3^d Edition. California: Sage Publication Inc.

Ratmino & Atik Septi Winarsih. (2010). *Manajemen Pelayanan (Pengembangan Model Konseptual, Penerapan Citizen Charter dan Standar Pelayanan)*. Cetakan VIII. Yogyakarta: Pustaka Pelajar.

Rudito, Bambang dan Meila Femiola. (2008). *Social Mapping, Metode Pemetaan Sosial: Teknik Memahami Suatu Masyarakat atau Komuniti*. Bandung: Rekayasa Sains.

Soetomo. (2010). *Masalah Sosial dan Upaya Pemecahannya*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar.

Suharto, Edi. (2008). *Analisis Kebijakan Publik: Panduan Praktis Mengkaji Masalah dan Kebijakan Sosial, Edisi Revisi*. Bandung: Alfabeta.

Sulastomo. (2008). *Sistem Jaminan Sosial Nasional: Sebuah Introduksi*. Jakarta: PT Rajagrafindo Persada.

Triwibowo, Darmawan & Bhagijo, Sugeng. (2006). *Mimpi Negara Kesejahteraan*. Jakarta: LP 3ES.

Skripsi, Tesis, Disertasi

Lusi, Widhiyanti Y., (2012). *Strategi PT Kereta Api Indonesia (KAI) dalam Meningkatkan Pelayanan Transportasi Kereta Api. Skripsi*. Universitas Negeri Yogyakarta.

Shinta, Nova Malinda. (2012). *Kajian Morfosemantik pada Istilah-istilah Pertukangan Kayu di Desa Lebak Kecamatan Pakis Aji Kabupaten Jepara. Tesis*. Universitas Negeri Yogyakarta.

Proceeding, Makalah, Laporan

Khopsah, Siti. (2016). *Hubungan Sosial Ekonomi Peserta BPJS di Kelurahan Rowosari dengan Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan di Puskesmas Rowosari. Laporan Karya Tulis Ilmiah* diajukan untuk memenuhi sebagian persyaratan guna mencapai gelar Sarjana strata-1 pendidikan dokter. Program Pendidikan Sarjana Kedokteran Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro.

Prasetyo, Hafid Angga. (2014). *Studi Perbandingan antara Strategi Pembelajaran Scramble dan Word Square terhadap Hasil Belajar IPA Kelas III SD N Ngadirejo 01 Tahun Ajaran 2013/2014. Naskah Publikasi* untuk memenuhi sebagian persyaratan guna mencapai derajat Sarjana Pendidikan Guru Sekolah Dasar. Fakultas Keguruan dan Ilmu Pendidikan Universitas Muhammadiyah Surakarta.

Rachmawati, Aisyah., Desi Puspitasari, Retno Puspitasari. (2015). *Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) dan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN). Makalah* untuk memenuhi tugas mata kuliah organisasi dan manajemen pelayanan kesehatan. Jurusan Kesehatan Masyarakat, Fakultas Ilmu Keolahragaan, Universitas Negeri Malang.

Suhanda, Rachmad. (2015). *Pelayanan Kesehatan di Era Jaminan Kesehatan Nasional: Siapa yang Diuntungkan dan Dirugikan?. Proceeding* Temu Ilmiah Konsep Mutakhir Tata Laksana Berbagai Persoalan Medis dalam rangka dies natalis Fakultas Kedokteran Universitas Syiah Kuala ke-33. Banda Aceh. 3 Oktober 2015.

Internet

“Arti Kapitasi,” <http://kamuskesehatan.com/arti/kapitasi/>, diakses 22 Maret 2018.

“Bab I Pendahuluan”, (2016), etd. repository.ugm.ac.id/downloadfile/95655/.../S2-2016-323728-introduction.pdf, diakses 23 November 2018.

“Diprediksi 2035 Penduduk Banjarmasin akan Penuh.” <http://kalsel.prokal.co/read/news/2552-diprediksi-2035-penduduk-di-banjarmasin-akan-penuh.html>, diakses 4 April 2018.

“Kependudukan-2”, <http://jambikota.go.id/new/kependudukan-2/>, diakses 14 Maret 2018.

“Portabel”, <https://kbbi.kemdikbud.go.id/entri/portabel>, diakses 22 Maret 2018.

“Program Jaminan Kesehatan Nasional”, <http://www.tnp2k.go.id/id/tanya-jawab/klaster-i/program-jaminan-kesehatan-nasional-jkn/>, diakses 5 April 2018.

“Siap-Siap, Satpol PP akan Lakukan Razia Pendatang Baru di Banjarmasin”, <http://kalsel.prokal.co/read/news/4218-siap-siap-satpol-pp-akan-lakukan-razia-pendatang-baru-di-banjarmasin.html>, diakses 4 April 2018.

“Tanya Jawab Klaster I Program Jaminan Kesehatan Nasional”, <http://www.tnp2k.go.id/id/tanya-jawab/klaster-i/program-jaminan-kesehatan-nasional-jkn/>, diakses 5 April 2018.

“Teori Strategi Komunikasi”, <https://pakar.komunikasi.com/teori-strategi-komunikasi>, diakses 6 April 2018)

Ady.(2016). “8 Masalah Penghambat Jaminan Kesehatan Nasional: DJSN Memberikan Sejumlah Rekomendasi Perubahan Regulasi di Level Teknis”, Rabu, 24 Agustus 2016, <http://www.hukumonline.com/berita/baca/lt57bd0ba444be5/8-masalah-penghambat-jaminan-kesehatan-nasional>, diakses 19 Maret 2018.

Peraturan Perundang-undangan

Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945.

Undang-Undang No. 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional.

Undang-Undang No. 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial.

Peraturan Menteri Kesehatan No. 71 Tahun 2013 tentang Pelayanan Kesehatan pada Jaminan Kesehatan Nasional.