

PELAYANAN BADAN PENYELENGGARA JAMINAN SOSIAL (BPJS) KESEHATAN DI JAWA BARAT

Ika Widiastuti

Universitas Krisnadipayana Jakarta

E-mail: iwidiastuti86@gmail.com

Abstrak: Peningkatan kualitas pelayanan publik pada Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan di Jawa Barat sangatlah penting agar dapat meningkatkan kepuasan terhadap masyarakat dalam memperoleh pelayanan kesehatan yang aman, bermutu, sistem serta harga yang terjangkau. Cita-cita awal pelaksanaan BPJS Kesehatan adalah agar masyarakat bisa terlayani dengan baik di puskesmas namun masih terdapat permasalahan yang harus dibenahi. Tujuan penulisan adalah 1) untuk mengetahui dan membahas pelayanan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan di Jawa Barat, 2) mengumpulkan informasi serta mengembangkan konsep pelayanan BPJS kesehatan di Jawa Barat. Metode penulisan ini adalah kajian kepustakaan dengan pendekatan deskriptif dan eksploratif. Dapat disimpulkan bahwa 1) Badan Penyelenggara Jaminan Sosial yang selanjutnya disingkat BPJS adalah badan hukum yang dibentuk untuk menyelenggarakan program jaminan sosial. BPJS terdiri dari BPJS Kesehatan dan BPJS Ketenagakerjaan. BPJS Kesehatan adalah badan hukum yang dibentuk untuk menyelenggarakan program jaminan kesehatan. 2) terdapat permasalahan yang harus dibenahi baik berupa sistem, prosedur, SDM (tenaga medis), maupun sarana prasarana serta belum menerapkan prinsip responsivitas terhadap kebutuhan masyarakat dalam rangka meningkatkan kualitas pelayanan publik bidang kesehatan di Jawa Barat, 3) pelayanan bidang kesehatan belum memenuhi standar pelayanan publik yang baik, akses masyarakat untuk mendapatkan manfaat pelayanan sangat terbatas, masyarakat belum bisa mendapatkan pelayanan disemua fasilitas kesehatan. Kata kunci: pelayanan, BPJS, kesehatan

Abstract : Improving the quality of public services at the Social Security Agency (BPJS) Health in West Java essential in order to increase the satisfaction of the public in obtaining health services safe, quality, system and an affordable price. Ideals of the early implementation of BPJS is so that people can be served well in the clinic but still there are problems that must be addressed. The purpose of writing is 1) to identify and discuss service Social Security Agency (BPJS) Health in West Java, 2) gather information and develop concepts BPJS health services in West Java. This writing method is the study of literature with a descriptive and exploratory approach. It is concluded that 1) Social Security Agency, hereinafter abbreviated BPJS is a statutory body established to administer social security program. BPJS consists of BPJS BPJS Health and Employment. BPJS Health is a legal entity formed to administer the health insurance program. 2) there are problems that must be addressed in the form of systems, procedures, human resources (medical personnel), as well as infrastructure and not to apply the principle of responsiveness to community needs in order to improve the quality of public services in health in West Java, 3) ministry of health not meet the standards good public services, people's access to the benefits of the service is very limited, the public has not been able to get services in all health facilities.

Key words: services, BPJS, health

PENDAHULUAN

Latar belakang dari penulisan ini adalah bahwa hak tingkat hidup yang memadai untuk

kesehatan dan kesejahteraan dirinya dan keluarganya merupakan hak asasi manusia dan diakui oleh segenap bangsa-bangsa di dunia, termasuk Indonesia. Pengakuan itu tercantum dalam Deklarasi Perserikatan Bangsa-Bangsa tahun 1948 tentang Hak Azasi Manusia. Pasal 25 Ayat (1) Deklarasi menyatakan, "setiap orang berhak atas derajat hidup yang memadai untuk kesehatan dan kesejahteraan dirinya dan keluarganya termasuk hak atas pangan, pakaian, perumahan dan perawatan kesehatan serta pelayanan sosial yang diperlukan dan berhak atas jaminan pada saat menganggur, menderita sakit, cacat, menjadi janda/duda, mencapai usia lanjut atau keadaan lainnya yang mengakibatkan kekurangan nafkah, yang berada di luar kekuasaannya".

Berdasarkan Deklarasi tersebut, pasca Perang Dunia II beberapa negara mengambil inisiatif untuk mengembangkan jaminan sosial, antara lain jaminan kesehatan bagi semua penduduk (*Universal Health Coverage*). Dalam sidang ke-58 tahun 2005 di Jenewa, *World Health Assembly* (WHA) menggaris bawahi perlunya pengembangan sistem pembiayaan kesehatan yang menjamin tersedianya akses masyarakat terhadap pelayanan kesehatan dan memberikan perlindungan kepada mereka terhadap risiko keuangan. WHA ke-58 mengeluarkan resolusi yang menyatakan, "pembiayaan kesehatan yang berkelanjutan melalui *Universal Health Coverage* diselenggarakan melalui mekanisme asuransi kesehatan sosial. WHA juga menyarankan kepada WHO agar mendorong negara-negara anggota untuk mengevaluasi dampak perubahan sistem pembiayaan kesehatan terhadap pelayanan kesehatan ketika mereka bergerak menuju <https://www.blogger.com/null> *Universal Health Coverage*".

Di Indonesia, falsafah dan dasar negara Pancasila terutama sila ke-5 juga mengakui hak

asasi warga atas kesehatan. Hak ini juga termaktub dalam UUD 45 pasal 28H dan pasal 34, dan diatur dalam UU No. 23/1992 yang kemudian diganti dengan UU 36/2009 tentang Kesehatan.

Dalam UU 36/2009 ditegaskan bahwa "setiap orang mempunyai hak yang sama dalam memperoleh akses atas sumber daya di bidang kesehatan dan memperoleh pelayanan kesehatan yang aman, bermutu, dan terjangkau. Sebaliknya, setiap orang juga mempunyai kewajiban turut serta dalam program jaminan kesehatan sosial".

Untuk mengatasi hal itu, pada 2004, dikeluarkan Undang-Undang No.40 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN). UU 40/2004 ini mengamanatkan bahwa jaminan sosial wajib bagi seluruh penduduk termasuk Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) melalui suatu Badan

Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS). Undang-Undang No. 24 Tahun 2011 juga menetapkan, Jaminan Sosial Nasional akan diselenggarakan oleh BPJS, yang terdiri atas BPJS Kesehatan dan BPJS Ketenagakerjaan.

Tujuan penulisan adalah 1) untuk mengetahui dan membahas pelayanan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan di Jawa Barat, 2) mengumpulkan informasi serta mengembangkan konsep pelayanan BPJS Kesehatan di Jawa Barat.

Metode jenis penelitian yaitu penelitian kualitatif. Bogdan dan Taylor (1992: 21-22) menjelaskan bahwa penelitian kualitatif adalah "salah satu prosedur penelitian yang menghasilkan data deskriptif berupa ucapan atau tulisan dan perilaku orang-orang yang diamati".

Untuk menunjang metode penelitian ini dapat digunakan teknik pengumpulan data menurut Sugiyono (2001:307) bahwa: "teknik pengumpulan data mana yang paling tepat sehingga betul didapat data yang valid dan realibel". Teknik pengumpulan data dalam mengumpulkan data yang berkaitan dengan masalah penelitian ini, menggunakan studi pustaka yang dilakukan untuk mengumpulkan, mempelajari teori-teori, peraturan-peraturan, informasi yang diperoleh dari buku serta menelaah dokumen dalam bentuk jurnal, buku teks dan makalah yang berkaitan dengan masalah penelitian.

PEMBAHASAN

Kesehatan

Kesehatan merupakan salah satu kebutuhan dasar masyarakat, maka kesehatan adalah hak bagi setiap warga masyarakat yang dilindungi oleh Undang-Undang Dasar. Setiap negara mengakui bahwa kesehatan menjadi modal terbesar untuk mencapai kesejahteraan. Oleh karena itu, perbaikan pelayanan kesehatan pada dasarnya merupakan suatu investasi sumber daya manusia untuk mencapai masyarakat yang sejahtera (*welfare society*).

Pengertian Kesehatan menurut wikipedia adalah "keadaan sejahtera dari badan, jiwa, dan sosial

yang memungkinkan setiap orang hidup produktif secara sosial dan ekonomis". Sedangkan menurut Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) tahun 1948 menyebutkan bahwa pengertian kesehatan adalah sebagai "suatu keadaan fisik, mental, dan sosial kesejahteraan dan bukan hanya ketiadaan penyakit atau kelemahan".

Kesehatan berdasarkan Undang-undang Nomor 36 Tahun 2009 bahwa

kesehatan adalah "keadaan sehat baik secara fisik, mental spiritual maupun sosial yang memungkinkan setiap orang untuk hidup produktif secara sosial dan ekonomi. Sedangkan upaya kesehatan adalah setiap kegiatan untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan yang dilakukan oleh pemerintah dan atau masyarakat".

Tingkat kesehatan masyarakat akan sangat berpengaruh terhadap tingkat kesejahteraan masyarakat, karena tingkat kesehatan memiliki keterkaitan yang erat dengan tingkat kemiskinan. Sementara, tingkat kemiskinan akan terkait dengan tingkat kesejahteraan. Keterkaitan tingkat kesehatan dengan kemiskinan dapat dilihat pada siklus lingkaran setan kemiskinan (*the vicious circle of poverty*). Dalam suatu lingkaran setan kemiskinan tersebut, dapat tiga poros utama yang menyebabkan seseorang menjadi miskin, yaitu: 1) rendahnya tingkat kesehatan, 2) rendahnya pendapatan, dan 3) rendahnya tingkat pendidikan.

Rendahnya tingkat kesehatan merupakan salah satu pemicu terjadinya kemiskinan. Hal ini dapat dijelaskan bahwa tingkat kesehatan masyarakat yang rendah akan menyebabkan tingkat produktivitas rendah. Tingkat produktivitas yang rendah lebih menyebabkan pendapatan rendah. Pendapatan yang rendah menyebabkan terjadinya kemiskinan. Kemiskinan ini selanjutnya menyebabkan seseorang tidak dapat menjangkau pendidikan yang berkualitas serta membayar biaya pemeliharaan dan perawatan kesehatan. Oleh karena kesehatan merupakan faktor utama kesejahteraan masyarakat yang hendak diwujudkan pemerintah, maka kesehatan harus menjadi perhatian utama pemerintah sebagai penyelenggara pelayanan publik.

Pemerintah harus dapat menjamin hak masyarakat untuk sehat (*right for health*) dengan memberikan pelayanan kesehatan secara adil, merata, memadai, terjangkau, dan berkualitas. Hampir semua negara-negara maju di dunia menaruh perhatian yang serius terhadap masalah kesehatan. Sebagai contoh, pemerintah Inggris melalui *National Health Service* (NHS) memberikan subsidi kesehatan kepada masyarakatnya hingga 90%. Dengan sistem seperti itu masyarakat dapat menikmati pelayanan kesehatan yang sangat murah. Masyarakat hanya menanggung biaya perawatan kurang dari 5% dari total biaya, karena sebagian besar biaya ditanggung pemerintah, sebagian lagi berasal dari donasi, baik dari pribadi maupun perusahaan-perusahaan.

Pelayanan Kesehatan

Menurut Kotler (Tjiptono, 2002:83) definisi pelayanan adalah "setiap tindakan atau

kegiatan yang dapat ditawarkan oleh suatu pihak kepada pihak lain, yang pada dasarnya tidak berwujud dan tidak mengakibatkan kepemilikan apapun".

Kep. Menpan No. 81/93 menyatakan bahwa pelayanan umum adalah "segala bentuk pelayanan yang diberikan pemerintah pusat/daerah/BUMN/BUMD, dalam rangka pemenuhan kebutuhan masyarakat dan atau perundang-undangan yang berlaku".

Menurut Levey dan Loomba dalam Azwar (1996:35) pelayanan kesehatan adalah "setiap upaya yang diselenggarakan sendiri atau secara bersama-sama dalam suatu organisasi untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan, mencegah dan menyembuhkan penyakit serta memulihkan kesehatan perorangan, keluarga, kelompok dan ataupun masyarakat".

Pelayanan kesehatan menurut Pohan (2007:28) merupakan "suatu alat organisasi untuk menjabarkan mutu layanan kesehatan kedalam terminologi operasional, sehingga semua orang yang terlibat dalam layanan kesehatan akan terikat dalam suatu sistem, baik pasien, penyedia layanan kesehatan, penunjang layanan kesehatan ataupun manajemen organisasi layanan kesehatan, dan akan bertanggung gugat dalam melaksanakan tugas dan perannya masing-masing".

Tujuan pelayanan adalah sebagai berikut : 1) untuk memberikan pelayanan yang bermutu tinggi kepada pelanggan, 2) untuk menimbulkan keputusan dari pihak pelanggan agar segera membeli atau menggunakan barang/jasa yang ditawarkan, 3) untuk menumbuhkan kepercayaan pelanggan terhadap barang/jasa yang ditawarkan, 4) untuk menghindari terjadinya tuntutan-tuntutan yang tidak perlu dikemudian hari terhadap produsen, 5) untuk menciptakan kepercayaan dan kepuasan kepada pelanggan.

Azwar (1996:38–39) mengungkapkan sekalipun pelayanan kedokteran

berbeda dengan pelayanan kesehatan masyarakat, namun dapat disebut suatu pelayanan yang

baik dan keduanya haruslah memiliki berbagai persyaratan yang terdiri atas 5 macam yaitu: “1) Tersedia dan Berkesinambungan. Syarat pokok pertama pelayanan kesehatan yang baik adalah pelayanan kesehatan tersebut harus tersedia di masyarakat (*available*) serta bersifat berkesinambungan (*continous*). Artinya semua jenis pelayanan kesehatan yang dibutuhkan oleh masyarakat tidak sulit ditemukan, serta keberadaannya dalam masyarakat adalah pada setiap saat yang dibutuhkan. 2) Dapat diterima dan Wajar. Syarat pokok kedua pelayanan kesehatan yang baik adalah yang dapat diterima dengan wajar. Artinya pelayanan kesehatan tersebut tidak bertentangan dengan keyakinan dan kepercayaan adat istiadat, kebudayaan, keyakinan dan kepercayaan masyarakat, serta bersifat tidak wajar bukanlah suatu pelayanan kesehatan yang baik. 3) Mudah dicapai. Syarat pokok ketiga pelayanan kesehatan yang baik adalah yang mudah dicapai (*accessible*) oleh masyarakat. Pengertian ketercapaian yang dimaksudkan disini terutama dari sudut lokasi, dengan demikian untuk dapat mewujudkan pelayanan kesehatan yang baik, maka pengaturan distribusi sarana kesehatan menjadi sangat penting. Pelayanan kesehatan yang terlalu terkonsentrasi di daerah perkotaan saja, dan sementara itu tidak ditemukan di daerah pedesaan, bukanlah pelayanan kesehatan yang baik. 4) Mudah dijangkau. Syarat pokok keempat pelayanan kesehatan yang baik adalah yang mudah dijangkau (*affordable*) oleh masyarakat. Pengertian keterjangkauan disini terutama dari sudut biaya, untuk dapat mewujudkan keadaan yang seperti ini harus dapat diupayakan biaya pelayanan kesehatan tersebut sesuai dengan kemampuan ekonomi masyarakat. Pelayanan kesehatan yang mahal dan karena itu hanya mungkin dinikmati oleh sebagian kecil masyarakat saja, bukanlah pelayanan kesehatan yang baik. 5) Bermutu. Syarat pokok kelima pelayanan kesehatan yang baik adalah yang bermutu (*quality*). Pengertian mutu yang dimaksudkan disini adalah menunjuk pada tingkat kesempurnaan pelayanan kesehatan yang diselenggarakan, yang disatu pihak dapat memuaskan para pemakai jasa pelayanan, dan dipihak lain tata cara penyelenggaraannya sesuai dengan kode etik serta standar yang telah ditetapkan”.

Mutu Pelayanan Kesehatan

Menurut Azwar (1996:39), menyatakan bahwa “mutu pelayanan kesehatan adalah menunjukkan pada tingkat kesempurnaan pelayanan kesehatan yang diselenggarakan, yang disatu pihak dapat menimbulkan kepuasan pada setiap pasien atau pemakai jasa pelayanan, dan dipihak lain tata cara penyelenggaraannya sesuai dengan kode etik serta standar yang telah ditetapkan sesuai dengan tingkat kepuasan rata-rata penduduk”.

Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS)

Badan Penyelenggara Jaminan Sosial yang selanjutnya disingkat BPJS adalah badan hukum yang dibentuk untuk menyelenggarakan program jaminan sosial (UU No 24 Tahun 2011). BPJS terdiri dari BPJS Kesehatan dan BPJS Ketenagakerjaan. BPJS Kesehatan adalah badan hukum yang dibentuk untuk menyelenggarakan program jaminan kesehatan. Jaminan Kesehatan adalah jaminan berupa perlindungan kesehatan agar peserta memperoleh manfaat pemeliharaan kesehatan dan perlindungan dalam memenuhi kebutuhan dasar kesehatan yang diberikan kepada setiap orang yang telah membayar iuran atau iurannya dibayar oleh pemerintah.

Pelayanan BPJS Kesehatan di Jawa Barat belum dapat memenuhi standar pelayanan minimal yang diharapkan oleh masyarakat. Berikut ini masih buruknya pelayanan BPJS kesehatan di Jawa Barat adalah :

1. BPJS menerapkan alur pelayanan dengan rujukan berjenjang. Sebelum ke rumah sakit atau dokter spesialis, peserta wajib terlebih dahulu ke fasilitas kesehatan (*faskes*) tingkat I yang telah ditunjuk, yaitu puskesmas, dokter keluarga atau klinik, untuk mendapatkan surat rujukan. Kecuali gawat darurat, peserta tidak bisa langsung ke rumah sakit atau dokter spesialis. Selama masalah kesehatan peserta bisa ditangani oleh *faskes* I, maka peserta tidak perlu dirujuk ke rumah sakit atau dokter spesialis. Keputusan merujuk ke rumah sakit adalah kewenangan *faskes* I. Kondisi yang sangat berbeda dengan proses di asuransi kesehatan. Dengan asuransi, peserta tidak butuh rujukan dan bisa langsung ke rumah sakit atau dokter spesialis sesuai pilihannya.
2. Puskesmas, yang notabene menjadi titik awal semua proses berobat di BPJS, jam kerjanya terbatas. Di akhir pekan, sabtu dan minggu, puskesmas tutup. Sementara, buat banyak karyawan, terutama di kota besar, karena alasan kesibukan, pemeriksaan kesehatan baru bisa dilakukan di akhir pekan saat libur. Memang, peserta bisa ke *faskes* I lainnya, yaitu klinik atau dokter keluarga. Tapi, mereka ini jumlahnya masih terbatas. Selain itu, karena puskesmas tutup di akhir pekan, beban *faskes* I lainnya menjadi tinggi, imbasnya peserta harus antri panjang di sabtu dan minggu.
3. BPJS menetapkan bahwa peserta hanya boleh memilih satu *faskes* I untuk memperoleh rujukan. Peserta tidak bisa ke sembarang *faskes* I meskipun itu fasilitas kesehatan (*faskes*) yang

sudah kerjasama dengan BPJS. Kondisi ini, misalnya, menyulitkan buat peserta yang lokasi pilihan faskes I jauh dari tempat bekerja atau dari rumah. Selain itu, jika sedang di luar kota dan akan berobat, peserta harus lebih dahulu menghubungi kantor BPJS terdekat, yang kemudian akan menunjukkan Faskes I mana yang bisa melayani. Peserta BPJS juga hanya bisa pergi ke rumah sakit yang disebutkan dalam surat rujukan dari Faskes I. Misalnya, dari puskesmas harus ke RSUD yang sudah ditunjuk. Peserta tidak bisa sembarang pergi ke rumah sakit lain meskipun rumah sakit tersebut kerjasama dengan BPJS. PT ASKES juga menerapkan rujukan tapi permintaan rujukan bisa dilakukan di semua puskesmas. Tidak ada ketentuan harus di puskesmas tertentu. Di era PT ASKES, peserta bisa memilih rumah sakit sesuai keinginan mereka selama rumah sakit tersebut kerjasama dengan PT ASKES.

4. Peserta BPJS hanya bisa berobat di rumah sakit yang sudah kerjasama dengan BPJS. Di rumah sakit yang belum kerjasama, peserta tidak bisa menggunakan jaminan kesehatan BPJS. Masalahnya tidak semua rumah sakit swasta sudah kerjasama dengan BPJS.

Sementara, dengan asuransi kesehatan, peserta bisa berobat di semua rumah sakit. Di rumah sakit yang sudah kerjasama dengan asuransi kesehatan, pembayaran cukup dilakukan dengan menunjukkan kartu (*cashless*). Di rumah sakit yang belum kerjasama, pembayaran dengan sistem *reimbursement*.

5. Fasilitas kamar BPJS hanya sampai kelas 1. Tidak ada fasilitas kelas VIP keatas. Meskipun perawatan dan kualitas dokter tidak dibedakan antar kelas, namun kenyamanan kamar tentunya berbeda antar kelas. Dalam asuransi kesehatan, kelas kamar yang ditawarkan lebih tinggi. Peserta bisa menikmati kelas VIP dan di atasnya.

6. Tantangan yang kerap dihadapi peserta BPJS dalam pelayanan kesehatan adalah: (1) antri panjang di rumah sakit; (2) kesulitan mendapatkan kamar rawat inap karena kamar untuk peserta BPJS sering penuh; (3) ada obat-obatan yang tidak dijamin oleh BPJS sehingga peserta harus menanggung sendiri (4) meskipun seharusnya gratis – selama sesuai kelas – peserta kadang masih harus membayar kelebihan plafond, yang jika tidak dibayar, rumah sakit enggan melayani. Ini keluhan yang kerap muncul di media. Kondisi ini terkait lonjakan peserta BPJS, yang telah mencapai 132 juta orang dan masih akan terus bertambah. Kenaikkan permintaan dipicu oleh kewajiban perusahaan untuk ikut serta (ada sanksi) dan murahnya iuran. Sementara itu, di sisi lain, ketersediaan kamar dan tenaga medis di rumah sakit tidak bisa dengan cepat ditingkatkan, khususnya untuk peserta BPJS. Metode BPJS adalah membayar tagihan rumah sakit sesuai standar biaya perawatan, yang sudah diputuskan oleh pemerintah (nama skemanya INA-CBG), yang mungkin jumlahnya lebih rendah dari biaya aktual rumah sakit. Metode ini disinyalir ikut mempengaruhi kemauan rumah sakit menyediakan jumlah kamar untuk peserta BPJS. Sementara itu, asuransi kesehatan membayar sesuai biaya aktual yang ditagih oleh rumah sakit. Jarang sekali kita mendengar bahwa jumlah kamar kurang dalam pelayanan asuransi kesehatan.

Cara Mengantisipasi Buruknya Pelayanan BPJS Kesehatan di Jawa Barat

Cara untuk mengantisipasi buruknya pelayanan BPJS kesehatan yaitu sebagai berikut :

1. Karyawan tidak memanfaatkan BPJS sama sekali dan sebagai alternatif membeli asuransi kesehatan sendiri. Kemudahan proses berobat di asuransi dipandang sebagai manfaat yang lebih penting, meskipun harus membayar biaya tambahan. Untuk kesehatan banyak orang rela mengeluarkan dana tambahan demi pelayanan yang lebih baik. BPJS kesehatan bisa tetap digunakan sebagai jaga-jaga jika plafond asuransi kesehatan habis atau untuk pengobatan penyakit – penyakit yang tidak ditanggung oleh asuransi.

2. Memanfaatkan koordinasi manfaat antara BPJS dan asuransi kesehatan swasta. Peserta menggunakan BPJS, jika kemudian terdapat biaya tambahan atau mengambil kelas kamar di atas standard BPJS, kelebihan biaya diklaim ke asuransi kesehatan. Asuransi kesehatan menanggung sisa tagihan yang tidak dijamin oleh BPJS, selama sisa tagihan masih dalam batas plafond asuransi kesehatan. Dengan ini, peserta tidak perlu mengeluarkan biaya tambahan. Sebenarnya, koordinasi manfaat adalah hal lumrah antar perusahaan asuransi swasta. Ini terjadi apabila pemegang polis punya lebih dari satu asuransi kesehatan. Tapi, implementasinya antara BPJS Kesehatan dan asuransi kesehatan swasta tampaknya belum jelas. Meskipun sudah ada penandatanganan kerjasama koordinasi manfaat antara 30 asuransi kesehatan swasta dengan BPJS, kendalanya adalah belum ada pedoman pelaksana koordinasi manfaat. Padahal penetapan pedoman koordinasi manfaat ini sangat penting, untuk memastikan karyawan atau peserta tidak kesulitan

mendapat pelayanan ketika diberlakukan koordinasi manfaat ini. Jika ingin menggunakan cara ini, wajib memastikan ke pihak asuransi apakah koordinasi manfaat dengan BPJS sudah berjalan.

3. Ini cara yang paling mudah, mengikuti program *cash plan* yang ditawarkan asuransi. *Cash plan* adalah santunan harian yang dibayarkan jika peserta masuk rumah sakit. Bedanya dengan asuransi kesehatan yang mengganti berdasarkan tagihan rumah sakit, penggantian *cash plan* jumlahnya tetap *regardless* jumlah tagihan rumah sakit.

Keunggulan *cash plan* adalah prosesnya relatif lebih mudah. Peserta hanya perlu menunjukkan berapa lama dirawat inap di rumah sakit. Asuransi akan mengganti sejumlah hari rawat inap dikali manfaat per harinya. Prosesnya tidak ribet dan tidak membutuhkan koordinasi antar pihak untuk mengklaim manfaat. Dalam kasus BPJS ini, karena sudah jaminan kesehatan utama, *cash plan* sebagai pendukung. Karena prosedurnya paling mudah dan biaya yang diganti hanyalah selisih yang tidak dijamin oleh BPJS sehingga besar kemungkinan kekurangan biaya masih bisa dicover uang dari *cash plan*.

BPJS Kesehatan yang baru beroperasi sejak tanggal 1 Januari 2014, tentunya tidak luput dari kekurangan. Namun walaupun demikian BPJS Kesehatan pun tentu memiliki kelebihan. Berdasarkan analisis, kekurangan dan kelebihan BPJS Kesehatan antara lain:

1. Kelebihan

- a. Lebih menguntungkan dibandingkan asuransi komersial, yang mana BPJS kepesertaannya wajib bukan sukarela, BPJS Kesehatan bukan profit (mencari keuntungan) tetapi bersifat non-profit, dan manfaat yang didapat bersifat komprehensif.
- b. Secara aturan BPJS Kesehatan memenuhi prinsip-prinsip jaminan sosial.
- c. Sistem gotong royong yang memunculkan kemandirian.
- d. Asuransi berlaku seumur hidup dari anak baru lahir hingga lansia.

2. Kekurangan

- a. Terjadi pengalihan tanggung jawab negara kepada individu atau rakyat melalui iuran yang dibayarkan langsung, atau melalui pemberi kerja bagi karyawan swasta, atau oleh negara bagi pegawai negeri. Lalu sebagai tamal sulamnya, negara membayar iuran program jaminan sosial bagi yang miskin. Pengalihan tanggung jawab negara kepada individu dalam masalah jaminan sosial juga bisa dilihat dari penjelasan undang-undang tersebut tentang prinsip gotong-royong yaitu: *Peserta yang mampu (membantu) 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.* Jadi, jelas undang-undang ini justru ingin melepaskan tanggung jawab negara terhadap jaminan sosial atau kesehatan.
- b. Yang akan menerima jaminan sosial adalah mereka yang terdaftar dan tercatat membayar iuran.
- c. Belum mencakup semua masyarakat, misalnya gelandangan, anak panti asuhan, orang jompo, dan sebagainya.
- d. Jaminan sosial tersebut hanya bersifat parsial, misalnya jaminan kesehatan : tidak semua jenis penyakit dan semua jenis obat akan ditanggung oleh BPJS.

Reformasi Birokrasi Pelayanan Publik BPJS Kesehatan

Pelayanan publik dalam bidang kesehatan kini mendapat permasalahan yaitu mulai dari

prosedur, sistem pelayanan BPJS, sarana dan prasarana dan tenaga medis yang kurang memadai. Oleh karena itu, diperlukan suatu reformasi birokrasi dalam meningkatkan pelayanan bidang kesehatan khususnya pelayanan BPJS kesehatan kepada masyarakat.

Birokrasi adalah sebuah perangkat sistem yang niscaya bagi setiap roda pemerintahan,

tanpa mekanisme birokrasi tersebut maka institusi pelayanan publik akan stagnan dan bahkan dapat tak berfungsi sama sekali. Sejak reformasi tahun 1998 digulirkan, reformasi birokrasi adalah bagian dari subsistem yang menjadi tuntutan. Karena transparansi dan akuntabilitasnya sebuah institusi apapun sejatinya mesti didasari oleh sebuah mekanisme birokrasi yang bersih, kritik, disiplin dan ditunjang oleh SDM yang memiliki rasa tanggungjawab dan idealisme. Penerapan birokrasi

yang melayani secara profesional, bersih dari praktek korupsi, kolusi dan nepotisme faktanya merupakan cita-cita yang masih belum terwujud. Dibutuhkan *political will* dari setiap stakeholder dalam pencapaian kebijakan-kebijakan setiap Institusi pemerintahan dalam fungsinya sebagai pelayanan publik (*Public Service*).

Birokrasi kesehatan masa kini, kesehatan adalah modal utama setiap bangsa yang ingin

maju dan sejahtera, selain pendidikan bagi setiap warga negara, kesehatan adalah prasyarat normatif yang sangat berkaitan dengan tingkat kemakmuran sebuah bangsa. Karena tanpa kesehatan yang terjamin, sebuah bangsa akan kesulitan membentuk sebuah pondasi produktivitas ekonomi bagi setiap warganya, bahkan masalah kesehatan justru akan menjadi beban ekonomi bagi warga negara. Supaya kesehatan dianggap penting tentu saja tidak hanya menjadi tugas insan sehat untuk mendorong perubahan paradigma sehat dari *kuratif oriented* (berobat jika sakit) menjadi *preventiv oriented* (mencegah sebelum sakit). Diperlukan peran aktif lintas sektor, edukasi pelajar di sekolah, edukasi dilingkungan keluarga, dan *political will* dari birokrasi pemerintahan mulai dari tingkat RT/RW hingga ketingkat pemerintah pusat dalam hal ini kementerian kesehatan. Agar program-program kesehatan yang secara strategis direncanakan oleh kementerian kesehatan tepat sasaran, maka fenomena menjadikan program kesehatan sebagai isu-isu politik sebaiknya ditinjau kembali. Karena hanya dengan demikian konsepsi rencana strategis bidang kesehatan yang bersifat jangka panjang dapat secara perlahan terwujud.

Political will menata birokrasi kesehatan yang bersih dan berwibawa harus mendapat

dukungan dari semua kalangan, baik itu birokrat, teknokrat, politisi, swasta, pemerintahan eksekutif, legislatif, LSM, dan seluruh masyarakat Indonesia pada umumnya. Tak ada jalan lain selain bersepakat bahwa pelayanan kesehatan sejatinya adalah tugas dari semua elemen dan harus dibangun atas dasar konsepsi yang jelas, pelaksanaan yang transparan dan tepat sasaran. Masyarakat harus didorong untuk mencerdaskan dirinya, memandirikan dirinya baik dari sisi paradigma sehat hingga pada level perubahan perilaku sehat yang lebih baik mencegah daripada mengobati. *Attitude* dan kecerdasan *stakeholder*, setiap pelaku birokrasi kesehatan pada akhirnya akan diuji oleh sebuah kondisi. Ketika siapapun itu berada pada sebuah sistem birokrasi kesehatan kerap bersentuhan dengan hal-hal yang paradoks dan perasaan yang dilematis. Disatu sisi tuntutan perubahan birokrasi adalah sebuah keniscayaan sementara di sisi lain sistem birokrasi mewariskan benang kusut dimana-mana. Birokrasi warisan orde baru menguji *attitude* setiap orang, apakah dia tenggelam dalam sistem yang telah mengakar ataukah dia akan muncul sebagai *agent of change* (tokoh-tokoh perubahan).

Attitude (perilaku) yang jujur dalam sebuah sistem birokrasi adalah syarat utama agar sistem dapat berjalan dengan baik. Walaupun para birokrat atau pelaku sistem dalam sebuah institusi apapun bermodalkan kepintaran, kecerdasan, kekuatan politik, kekuasaan dan wewenang jika *attitude* kejujuran dan perhatian yang tinggi pada komitmen perubahan ke arah yang lebih baik nihil, maka niscaya menghasilkan *out-put* yang nihil pula, dan hasilnya akan berujung kepada pelayanan publik yang bersifat semu, manipulatif dan tidak efektif dan efisien.

Penyelenggaraan birokrasi kesehatan modern profesionalisme dan etos kerja serta

perilaku jujur dalam mengelola sistem birokrasi kesehatan merupakan kebutuhan masa kini dan harus ada kesadaran kolektif bagi semua insan sehat dan juga *stakeholder* yang lain. Penerapan teknologi informasi sebagai penunjang kinerja yang baik perlu diberdayakan, seperti pelaporan program-program kesehatan di puskesmas, rekap pelaporan dinas kesehatan kabupaten, Provinsi hingga pusat sudah harus memiliki teknologi sistem informasi kesehatan yang aksesnya cepat, mudah dalam hal monitoring serta penginputan data-data program kesehatan yang benar-benar dilakukan, sehingga keabsahan data serta validitasnya benar-benar dapat dipertanggungjawabkan.

Sistem manajemen organisasi birokrasi kesehatan mulai dari puskesmas pembantu, puskesmas induk, dinas kesehatan dan departemen kesehatan agar diupayakan memiliki sistem organisasi yang autokritik, dalam artian selain memiliki prosedur penerapan manajemen yang baku, juga sebaiknya harus ada proses pertanggungjawaban secara transparan baik secara internal organisasi maupun secara eksternal organisasi. Manajemen kesehatan modern harus didorong ke arah penguatan profesionalisme kerja yang berbasis *attitude* yang baik, etos kerja serta sistem monitoring yang baik agar setiap institusi memiliki *balancing power* di dalam institusinya sendiri. Ada kontrol pada diri setiap pelaku sistem sehingga penyalahgunaan wewenang dapat dihindari sehingga percepatan (akselerasi) tujuan visi kesehatan dapat terwujud.

Prinsip-Prinsip Pelayanan Umum

Sepuluh prinsip pelayanan umum diatur dalam Keputusan Menteri Negara

Pemberdayaan Aparatur Negara Nomor 63/KEP/M.PAN/7/2003 Tentang Pedoman Umum

Penyelenggaraan Pelayanan Publik, kesepuluh prinsip tersebut adalah sebagai berikut : 1) Kesederhanaan; Prosedur pelayanan publik tidak berbelit-belit, mudah dipahami, dan mudah dilaksanakan. 2) Kejelasan; a) Persyaratan teknis dan administratif pelayanan publik; b) Unit kerja/pejabat yang berwenang dan bertanggungjawab dalam memberikan pelayanan dan penyelesaian keluhan/persoalan/sengketa dalam pelaksanaan pelayanan publik; c) Rincian biaya pelayanan publik dan tata cara pembayaran. 3) Kepastian waktu; Pelaksanaan pelayanan publik dapat diselesaikan dalam kurun waktu yang telah ditentukan. 4) Akurasi; Produk pelayanan publik diterima dengan benar, tepat dan sah. 5) Keamanan; Proses dan produk pelayanan publik memberikan rasa aman dan kepastian hukum. 6) Tanggung jawab; Pimpinan penyelenggara pelayanan publik atau pejabat yang ditunjuk bertanggungjawab atas penyelenggaraan pelayanan dan penyelesaian keluhan/persoalan dalam pelaksanaan pelayanan publik. 7) Kelengkapan sarana dan prasarana kerja, peralatan kerja dan pendukung lainnya yang memadai termasuk penyediaan sarana teknologi, telekomunikasi dan informatika (teletematika). 8) Kemudahan akses; Tempat dan lokasi sarana dan prasarana pelayanan yang memadai, mudah dijangkau oleh masyarakat dan dapat memanfaatkan teknologi telekomunikasi dan informasi. 9) Kedisiplinan, kesopanan dan keramahan; Pemberi pelayanan harus bersikap disiplin, sopan dan santun ramah, serta memberikan pelayanan dengan ikhlas. 10) Kenyamanan; Lingkungan pelayanan harus tertib, teratur, disediakan ruang tunggu yang nyaman bersih, rapih, lingkungan yang indah dan sehat, serta dilengkapi dengan fasilitas pendukung pelayanan, seperti parkir, toilet, tempat ibadah dan lainnya.

Standar Pelayanan Minimal (SPM) Bidang Kesehatan

Standar Pelayanan Minimal bidang kesehatan selanjutnya disebut SPM Kesehatan adalah tolok ukur kinerja pelayanan kesehatan yang diselenggarakan Daerah, Kabupaten atau Kota, bahwa tujuan strategi pelaksanaan desentralisasi bidang kesehatan yang erat kaitannya dengan penetapan kewenangan wajib dan SPM (Standar Pelayanan Minimal) bidang kesehatan adalah: 1) Terlindunginya kesehatan masyarakat khususnya penduduk miskin, kelompok rentan, dan daerah miskin. 2) Terwujudnya komitmen nasional dan global dalam program kesehatan.

Pasal 34 UU No. 25/2009 disebutkan bahwa pelaksana dalam menyelenggarakan

pelayanan publik harus berperilaku sebagai berikut : 1) Adil dan tidak diskriminatif; 2) Cermat;

3) Santun dan ramah; 4) Tegas, andal, dan tidak memberikan putusan yang berlarut-larut; 5)

Profesional; 6) Tidak mempersulit; 7) Patuh pada perintah atasan yang sah dan wajar; 8) Menjunjung tinggi nilai-nilai akuntabilitas dan integritas institusi penyelenggara; 9) Tidak membocorkan informasi atau dokumen yang wajib dirahasiakan sesuai dengan peraturan perundang-undangan; 10) Terbuka dan mengambil langkah yang tepat untuk menghindari benturan kepentingan; 11) Tidak menyalahgunakan sarana dan prasarana serta fasilitas pelayanan publik; 12) Tidak memberikan informasi yang salah atau menyesatkan dalam menanggapi permintaan informasi serta proaktif dalam memenuhi kepentingan masyarakat; 13) Tidak menyalahgunakan informasi, jabatan, dan/atau kewenangan yang dimiliki; 14) Sesuai dengan kepantasan; dan 15) Tidak menyimpang dari prosedur.

Kualitas Standar Pelayanan Publik

Setiap penyelenggaraan pelayanan publik harus memiliki standar pelayanan, sebagai jaminan adanya kepastian bagi pemberi didalam pelaksanaan tugas dan fungsinya dan bagi penerima pelayanan dalam proses pengajuan permohonannya. Standar pelayanan merupakan ukuran yang dibakukan dalam penyelenggaraan pelayanan publik sebagai pedoman yang wajib ditaati dan dilaksanakan oleh penyelenggara pelayanan, dan menjadi pedoman bagi penerima pelayanan dalam proses pengajuan permohonan, serta sebagai alat control masyarakat dan/atau penerima layanan atas kinerja penyelenggara pelayanan.

Untuk mengatasi kondisi tersebut dilakukan berbagai upaya perbaikan kualitas penyelenggaraan pelayanan publik secara berkesinambungan demi mewujudkan pelayanan publik yang prima. Upaya perbaikan kualitas pelayanan publik salah satunya dilakukan melalui pembenahan sistem pelayanan publik secara menyeluruh dan terintegrasi.

Oleh karena itu perlu disusun dan ditetapkan standar pelayanan sesuai dengan sifat, jenis dan karakteristik layanan yang diselenggarakan, serta memperhatikan kebutuhan dan kondisi

lingkungan. Dalam proses perumusan dan penyusunannya melibatkan masyarakat dan/atau *stakeholder* lainnya (termasuk aparat birokrasi) untuk mendapatkan saran dan masukan, membangun kepedulian dan komitmen meningkatkan kualitas pelayanan. Standar Pelayanan Publik menurut Keputusan Menteri PAN nomor 63/KEP/M.PAN/7/2003, sekurang-kurangnya meliputi : 1) Prosedur pelayanan; 2) Waktu penyelesaian; 3) Biaya pelayanan; 4) Produk pelayanan; 5) Sarana dan prasarana; 6) Kompetensi petugas pelayanan; Selanjutnya untuk melengkapi standar pelayanan tersebut di atas, ditambahkan materi

muatan yang dikutip dari rancangan Undang-undang tentang Pelayanan Publik, karena dianggap cukup realistis untuk menjadi materi muatan Standar Pelayanan Publik, sehingga susunannya menjadi sebagai berikut : 1) Dasar hukum; 2) Persyaratan; 3) Prosedur pelayanan; 4) Waktu penyelesaian; 5) Biaya pelayanan; 6) Produk pelayanan; 7) Sarana dan prasarana; 8) Kompetensi petugas pelayanan; 9) Pengawasan intern; 10) Pengawasan extern; 11) Penanganan pengaduan, saran dan masukan; 12) Jaminan pelayanan.

Philip Kotter (1994:567) mengemukakan bahwa “kualitas pelayanan merupakan suatu yang kompleks, yang selalu berfokus pada pelanggan (*customer focused quality*) sehingga untuk menentukan sejauhmana kualitas dari pelayanan tersebut, dapat dilihat dari lima dimensi, yaitu : 1) *Reliability*, kemampuan untuk memberikan secara tepat dan benar, jenis pelayanan yang telah dijanjikan kepada konsumen atau pelanggan. 2) *Responsiveness*, kesadaran atau keinginan untuk membantu konsumen dan memberikan pelayanan yang cepat. 3) *Assurance*, Pengetahuan atau wawasan, kesopan santunan, kepercayaan diri pribadi pelayanan, serta respek terhadap konsumen. 4) *Empathy*, kemauan pemberi layanan untuk melakukan pendekatan, memberikan perlindungan, serta berusaha untuk mengetahui keinginan dan kebutuhan konsumen. 5) *Tangible*, penampilan para pegawai dan fasilitas fisik lainnya, seperti peralatannya atau perlengkapan yang menunjang pelayanan”.

Asas-Asas Pelayanan Publik

Asas pelayanan publik (Komarudin, 2014:26) yaitu : “1) Transparansi bersifat terbuka, mudah dan dapat diakses oleh semua pihak yang membutuhkan dan disediakan secara memadai serta mudah dimengerti. 2) Akuntabilitas, dapat dipertanggungjawabkan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan. 3) Kondisional, sesuai dengan kondisi dan kemampuan pemberi dan penerima pelayanan dengan tetap berpegang pada prinsip efisiensi dan efektivitas. 4) Partisipatif, mendorong peran serta masyarakat dalam penyelenggaraan pelayanan publik dengan memperhatikan aspirasi, kebutuhan dan harapan masyarakat. 5) Kesamaan hak, tidak diskriminatif dalam arti tidak membedakan suku, ras, agama, golongan, gender dan status ekonomi. 6) Keseimbangan hak dan kewajiban, pemberi dan penerima pelayanan publik harus memenuhi hak dan kewajiban masing-masing pihak”.

Pimpinan penyelenggara pelayanan publik wajib secara berkala mengadakan evaluasi terhadap kinerja penyelenggaraan pelayanan di lingkungan instansinya masing-masing.

Kegiatan evaluasi ini dilakukan secara berkelanjutan dan hasilnya secara berkala dilaporkan kepada pimpinan tertinggi penyelenggara pelayanan publik. Penyelenggara pelayanan publik yang kinerjanya dinilai baik perlu diberikan penghargaan untuk memberikan motivasi agar lebih meningkatkan pelayanan. Sedangkan penyelenggara pelayanan publik yang kinerjanya dinilai belum sesuai dengan yang diharapkan oleh masyarakat, perlu terus melakukan upaya peningkatan. Dalam melakukan evaluasi kinerja pelayanan publik harus menggunakan indikator yang jelas dan terukur sesuai ketentuan yang berlaku.

Pelayanan Publik Prima

“Untuk menciptakan pelayanan publik yang prima harus dapat menjawab : apa yang harus dilakukan agar pelayanan *excellent*, siapa yang harus memulai, kapan dimulai, dan bagaimana cara memulai pelayanan” (Sampara, 2008). Pelayanan harus mengacu pada asas penyelenggaraan pemerintahan yang bersih dan bebas KKN (kepastian hukum, tertib penyelenggaraan negara, kepentingan umum, keterbukaan, proporsionalitas, profesionalitas, dan akuntabilitas) yang diterapkan pada penyelenggaraan pelayanan publik. Prinsip pelayanan dijadikan acuan dalam menciptakan pelayanan publik prima. Standar pelayanan publik harus dibuat oleh penyelenggara bersama masyarakat pengguna layanan, sampai pada kesepakatan penetapan dan dituangkan dalam maklumat pelayanan. Biaya/tarif pelayanan harus jelas, dibuat dengan mempertimbangkan tingkat kemampuan dan daya beli masyarakat, nilai/harga barang dan jasa yang berlaku, rincian biaya yang jelas dan transparan, dan prosedur sesuai peraturan perundang-undangan.

Sistem informasi pelayanan publik harus dibangun, sekurang-kurangnya memuat jenis pelayanan, persyaratan dan prosedur, standar pelayanan, maklumat pelayanan, mekanisme pemantauan kinerja, penanganan keluhan dan pengaduan, pembiayaan, penyajian data dan informasi,

dokumentasi dan kearsipan. Aparat pelaksana pelayanan harus responsif terhadap berbagai hal yang menyangkut pelayanan publik, memahami dan mengerti keinginan dan harapan pelanggan, penuh perhatian, menampung berbagai masukan, menindaklanjuti dengan cepat keluhan dan pengaduan, meningkatkan dan mendorong partisipasi dan peran serta masyarakat, dan memberikan penghargaan atas prestasi kinerja. Sistem informasi pelayanan publik merupakan bagian dari sistem manajemen pelayanan publik.

Aparat pelaksana pelayanan publik harus profesional, inovatif, menggunakan sarana

dan prasarana dengan baik, melayani cepat, tepat, akurat, murah, ramah, berkomunikasi dengan baik, memiliki pengetahuan dan keterampilan memadai, mencermati berbagai produk layanan, meningkatkan kepuasan pelanggan, dan berkomitmen pada visi, misi, tujuan dan sasaran organisasi. Pelayanan publik prima harus ditunjukkan dengan adanya komunikasi dua arah, pemerintahan yang bersih, efektif, efisien dan produktif, kehidupan kemasyarakatan yang harmonis, dan pelayanan publik berorientasi kepentingan pelanggan. Untuk itu diperlukan kepemimpinan pelayanan publik dengan unsur-unsur keadilan, pemerataan, melindungi masyarakat, menegakkan persatuan dan kesatuan, meningkatkan kualitas, mewujudkan pelayanan berkualitas, mengembangkan kualitas SDM, melestarikan nilai-nilai sosial budaya, berkomunikasi dua arah, memperlakukan aparat pelaksana dengan baik, mematuhi dan melaksanakan standar pelayanan, meningkatkan kinerja, serta melakukan pemantauan, evaluasi, dan pengawasan.

PENUTUP

Kesimpulan

1. Badan Penyelenggara Jaminan Sosial yang selanjutnya disingkat BPJS adalah badan hukum yang dibentuk untuk menyelenggarakan program jaminan sosial. BPJS terdiri dari BPJS Kesehatan dan BPJS Ketenagakerjaan. BPJS Kesehatan adalah badan hukum yang dibentuk untuk menyelenggarakan program jaminan kesehatan.
2. Terdapat permasalahan yang harus dibenahi baik berupa sistem, prosedur, SDM (tenaga medis), maupun sarana prasarana serta belum menerapkan prinsip responsivitas terhadap kebutuhan masyarakat dalam rangka meningkatkan kualitas pelayanan publik bidang kesehatan di Jawa Barat.
3. pelayanan bidang kesehatan belum memenuhi standar pelayanan publik yang baik, akses masyarakat untuk mendapatkan manfaat pelayanan sangat terbatas, masyarakat belum bisa mendapatkan pelayanan disemua fasilitas kesehatan.

Saran-saran

1. Dalam meningkatkan sistem pelayanan publik dibidang kesehatan, maka masyarakat di Jawa Barat harus mendapatkan jaminan kesehatan dan menerapkan sistem kesehatan yang merata tanpa adanya diskriminasi.
 2. Membuat kebijakan baru yang tepat agar masyarakat dapat dengan mudah memperoleh pelayanan kesehatan, perubahan atau inovasi yang dilakukan oleh pemerintah dalam mengatasi permasalahan kesehatan khususnya bagi masyarakat yang kurang mampu, adanya reformasi birokrasi agar dapat meningkatkan kualitas pelayanan publik terutama dalam bidang kesehatan, dapat mewujudkan pelayanan publik yang prima, adanya LPM (Layanan Pengaduan Masyarakat) yang dapat digunakan untuk menyampaikan masukan, saran, kritik, maupun keluhan dari masyarakat terhadap permasalahan pelayanan publik..
 3. Menambah unit pelayanan kesehatan, seperti: puskesmas atau poliklinik, rumah sakit, dan pusat layanan konsultasi kesehatan, dan lain-lain khususnya di daerah terpencil serta mengadakan puskesmas keliling yang rutin dilakukan selama satu minggu sekali.
- Penambahan fasilitas kesehatan ini sangatlah penting guna menunjang pelayanan publik di Jawa Barat khususnya disetiap daerah dan desa yang terpencil.

DAFTAR PUSTAKA

- Arikunto, Suharsimi, *Metodelogi penelitian*, Bina Aksara, Yogyakarta, 2006.
- Azwar, Azrul, *Pengantar Administrasi Kesehatan*, IDI, Jakarta, 1996.
- Bustami, *Penjamin Mutu Pelayanan Kesehatan dan Akseptabilitasnya*. Erlangga, Jakarta, 2011.
- Hardiyansyah, *Kualitas Pelayanan Publik Konsep, Dimensi, Indikator dan Implementasinya*, Gava Media, Yogyakarta, 2011.
- Komarudin, *Reformasi Birokrasi dan Pelayanan Publik*, Genesindo, Jakarta, 2014.
- Moleong, Lexy J, *Metode Penelitian Kualitatif*, Remaja Rosdakarya, Bandung, 2004.
- Prasetya, Irawan, *Penelitian Kualitatif dan Kuantitatif Untuk Ilmu-Ilmu Sosial*, DIA FISIP UI, Jakarta, 2006.
- Putri P, Novana, *Konsep pelayanan primer di era JKN*, Direktorat bina upaya kesehatan dasar Ditjen bina upaya kesehatan Kemenkes RI, Jakarta, 2013.
- Ratminto dan Winarsih, *Manajemen Pelayanan, Pustaka Pelajar*, Yogyakarta, 2005.
- Sarwono, Jonathan, *Metode Penelitian Kuantitatif dan Kualitatif*, Graha Ilmu, Yogyakarta, 2006.
- Sedarmayanti dan Hidayat, Syarifudin, *Metodologi Penelitian*, Mandar Maju, Bandung, 2011.
- Solikin, M, *Pelayanan Prima*, Inti Prima Promosindo, Jakarta, 2011.
- Sugiyono, *Metode Penelitian Administrasi*, Alfabeta, Bandung, 2007.

<http://administrasidanmanajemen.blogspot.co.id/2009/01/pengertian-tujuan-dan-manfaat-pelayanan.html>

<http://dokumen.tips/documents/ birokrasi-pelayanan-kesehatan-559dfb8406007.html>

<http://www.duwitmu.com/asuransi/antisipasi-buruknya-pelayanan-bpjs-kesehatan/>

<http://www.landasanteori.com/2015/09/pengertian-pelayanan-kesehatan-pasien.html>

<http://www.seputarpengetahuan.com/2015/11/10-pengertian-kesahatan-menurut-para-ahli-terlenkgap.html>