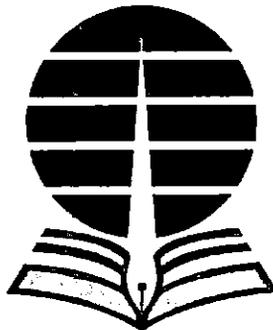


**TUGAS AKHIR PROGRAM MAGISTER (TAPM)**

**ANALISIS IMPLEMENTASI SOSIALISASI  
PROGRAM JAMINAN KESEHATAN NASIONAL  
(JKN) DAN IMPLIKASINYA DI RSUD SULTAN  
IMANUDDIN PANGKALAN BUN**



**UNIVERSITAS TERBUKA**

**TAPM diajukan sebagai salah satu syarat untuk memperoleh  
Gelar Magister Ilmu Administrasi Bidang Minat  
Administrasi Publik**

**Disusun Oleh :**

**MULYATI**

**NIM. 500878299**

**PROGRAM PASCASARJANA**

**UNIVERSITAS TERBUKA**

**JAKARTA**

**2018**

**ABSTRAK****ANALISIS IMPLEMENTASI SOSIALISASI  
PROGRAM JAMINAN KESEHATAN NASIONAL (JKN)  
DAN IMPLIKASINYA DI RUMAH SAKIT SULTAN IMANUDDIN  
PANGKALAN BUN**

Mulyati  
[mulyatirssi@gmail.com](mailto:mulyatirssi@gmail.com)

Program Pasca Sarjana  
Universitas Terbuka

Penelitian ini bertujuan menganalisis Implementasi Sosialisasi Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) yang merupakan salah satu kebijakan publik, mengingat program JKN merupakan prioritas pemerintah, dan telah ditetapkan target *Universal Coverage* kepesertaan JKN pada tahun 2019. Implementasi sosialisasi program JKN yang kurang memadai dapat menimbulkan hambatan dalam pelayanan sebagai implikasi dari pelaksanaan sosialisasi JKN yang dilakukan oleh BPJS Kesehatan Kabupaten Kotawaringin Barat, serta pemberian informasi yang dilakukan oleh pihak Rumah Sakit kepada peserta JKN. Penelitian ini menggunakan teori implementasi kebijakan model George C. Edward III, bahwa implementasi kebijakan dipengaruhi oleh empat faktor, yaitu Komunikasi, Sumberdaya, Disposisi dan Struktur Birokrasi. Jenis penelitian yang digunakan adalah deskriptif kualitatif. Teknik pengumpulan data dilakukan dengan observasi dan wawancara kepada para informan yang telah ditentukan menurut kebutuhan serta kepentingan penelitian. Hasil penelitian menunjukkan bahwa pihak BPJS Kesehatan Kabupaten sudah melaksanakan pemberian informasi kepada peserta JKN yang merupakan salah satu tugas BPJS Kesehatan sesuai dengan UU nomor 24 tahun 2011 tentang BPJS, namun mekanisme dan frekuensi sosialisasi masih kurang baik kepada peserta JKN maupun kepada petugas layanan kesehatan di rumah sakit.

**Kata Kunci:** Implementasi, Sosialisasi, Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) dan Implikasi

**ABSTRACT****THE ANALYSIS ON THE IMPLEMENTATION  
OF NATIONAL HEALTH ASSURANCE PROGRAM (*JKN*)  
SOCIALIZATION AND THE IMPLICATIONS  
TO SULTAN IMANUDDIN HOSPITAL AT PANGKALAN BUN**

Mulyati  
[mulyatirssi@gmail.com](mailto:mulyatirssi@gmail.com)

Graduate program  
Indonesian Open University

The study was aimed at analyzing the implementation of National Health Assurance Program (*JKN*) socialization which is one of the government public policies by considering the *JKN* program as one of the government priorities, and was targeted to Universal Coverage of *JKN* membership in 2019. The lack of socialization program of *JKN* could create barriers in the services as the implications of *JKN* socialization conducted by *BPJS* office (National Agency of Social and Health Assurance) of West Kotawaringin Regency, and in the provision of information by the hospital managers to the *JKN* participants. The research conducted implemented the theory of policy implementation proposed by George C. Edward III that policy implementation is influenced by 4 factors, namely Communications, Resources, Disposition, and Bureaucratic Structure. The research was conducted by descriptive qualitative approach in which the data was collected through observation and interview for the informants were determined according to the needs and research purposes. The result of the research showed that *BPJS* office of West Kotawaringin Regency has already provided and delivered adequate information to *JKN* participants as one of *BPJS* managers' duties in accordance with the Act No. 24 of 2011 on *BPJS* program; however, the mechanism and the frequency of the socialization activities were still not adequate to *JKN* participants or to the health care workers at the hospital.

**Keywords:** Implementation, Socialization, National Health Assurance Program (*JKN*) and It's Implications

**UNIVERSITAS TERBUKA  
PROGRAM PASCA SARJANA  
MAGISTER ADMINISTRASI PUBLIK**

**PERNYATAAN BEBAS PLAGIASI**

**TAPM yang berjudul Analisis Implementasi Sosialisasi Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) dan Implikasinya di RSUD Sultan Imanuddin Pangkalan Bun adalah hasil karya saya sendiri dan seluruh sumber yang dikutip maupun dirujuk telah saya nyatakan dengan benar. Apabila dikemudian hari ternyata ditemukan adanya penjiplakan (plagiat), maka saya bersedia menerima sanksi akademik.**

**Pangkalan Bun, \_\_\_ Oktober 2017  
Yang Menyatakan**



**Mulyati  
NIM. 500878299**

**UNIVERSITAS TERBUKA  
PROGRAM PASCA SARJANA  
PROGRAM STUDI ADMINISTRASI PUBLIK**

**LEMBAR LAYAK UJI**

Yang bertanda tangan di bawah ini, Saya selaku Pembimbing TAPM dari Mahasiswa :

Nama/NIM : Mulyati/500878299

Judul TAPM : Analisis Implementasi Sosialisasi Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) dan Implikasinya di RSUD Sultan Imanuddin Pangkalan Bun.

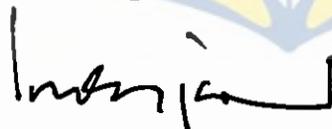
Menyatakan dengan sesungguhnya bahwa TAPM dari mahasiswa yang bersangkutan sudah selesai sekitar 85 % sehingga dinyatakan sudah layak uji dalam Ujian Sidang Tugas Akhir Program Magister (TAPM).

Demikian keterangan ini dibuat untuk menjadi periksa.

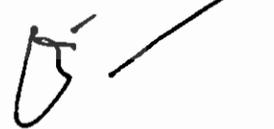
Palangka Raya, \_\_\_ Oktober 2017

Pembimbing II

Pembimbing I



Dr. Kusnida Indrajaya, M.Si.



Dr. Raden Biroum B., M.Si.

**UNIVERSITAS TERBUKA  
PROGRAM PASCASARJANA  
PROGRAM MAGISTER ADMINISTRASI PUBLIK**

**PENGESAHAN**

Nama : Mulyati  
 NIM : 500878299  
 Program Studi : Magister Administrasi Publik  
 Judul TAPM : Analisis Implementasi Sosialisasi Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) dan Implikasinya di RSUD Sultan Imanuddin Pangkalan Bun

Telah dipertahankan di hadapan Panitia Penguji Tugas Akhir Program Magister (TAPM) Program Studi Administrasi Publik Program Pascasarjana Universitas Terbuka pada :

Hari/Tanggal : Jum'at, 19 Januari 2018

Waktu : 08.00 – 09.30

Dan telah dinyatakan **LULUS**

**PANITIA PENGUJI TAPM**

Ketua Komisi Penguji

Tanda tangan

Dr. Darmanto, M.Ed



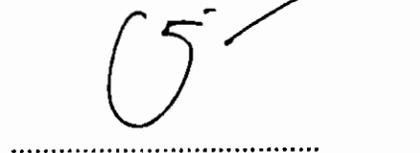
Penguji Ahli

Prof. Dr. Endang Wirjatmi TL., M.Si



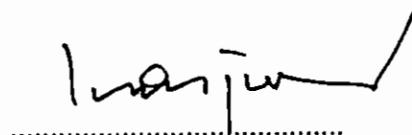
Pembimbing I

Dr. Raden Biroum B., M.Si



Pembimbing II

Dr. Kusnida Indrajaya, M.Si



## PERSETUJUAN TAPM

Judul TAPM : Analisis Implementasi Sosialisasi Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) dan Implikasinya di RSUD Sultan Imanuddin Pangkalan Bun.

Penyusun TAPM : Mulyati

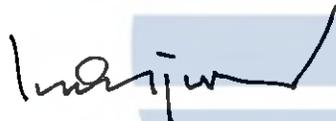
NIM : 500878299

Program Studi : Magister Administrasi Publik

Hari/Tanggal :

Menyetujui :

Pembimbing II,



Dr. Kusnida Indrajaya, M.Si

Pembimbing I,



Dr. Raden Biroum B., M.Si

Penguji Ahli



Prof. Dr. Endang Wirjatmi TL., M.Si

Mengetahui,

Ketua Bidang  
Ilmu Sosial dan Ilmu Politik  
Program Pascasarjana  
Pada Universitas Terbuka



Dr. Darmanto, M.Ed  
NIP. 19591027 198603 1 003



## Kata Pengantar

Alhamdulillah Puji syukur kehadirat Allah SWT atas segala bimbingan dan rahmatNya, sehingga penulis dapat menyelesaikan Tugas Akhir Program Magister (TAPM) yang berjudul “**Analisis Implementasi Sosialisasi Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) dan Implikasinya di RSUD Sultan Imanuddin Pangkalan Bun**”, dengan tepat waktu.

Tujuan Penyusunan Tugas Akhir Program Magister (TAPM) adalah untuk memenuhi salah satu syarat memperoleh gelar Magister Administrasi Publik Program Pascasarjana pada Universitas Terbuka.

Penulis menyadari bahwa dalam penyusunan Tugas Akhir Program Magister (TAPM) masih banyak kekurangan yang perlu dilengkapi, oleh karena itu dengan segala keterbatasan penulis sangat mengharapkan masukan dan saran konstruktif untuk perbaikan serta penyempurnaan tulisan ini.

Semoga Tugas Akhir Program Magister (TAPM) ini dapat memberikan manfaat bagi pengembangan ilmu pengetahuan, memberi sumbangan pemikiran dan sebagai bahan evaluasi bagi Pemerintah Daerah dan pihak-pihak yang terkait.

Pada kesempatan ini penulis sampaikan ucapan terima kasih dan rasa hormat kepada para pembimbing **Dr. Raden Biroum B,MSi** dan **Dr.Kusnida Indrajaya, MSi**. atas segala masukan dan bimbingan hingga terselesaikannya Tugas Akhir Program Magister (TAPM) ini.

Ucapan terima kasih juga penulis sampaikan kepada :

1. Direktur Program Pascasarjana Universitas Terbuka, **Dr.Liestyodono B.Irianto,M.Si**.

2. Ketua Bidang Ilmu Sosial dan Ilmu Politik pada Program Pascasarjana Universitas Terbuka, Dr.Darmanto,M.ED.
3. Kepala UPBJJ Universitas Terbuka Palangka Raya.
4. Para Dosen pada Program Pascasarjana MAP Universitas Terbuka.
5. Direktur RSUD Sultan Imanuddin Pangkalan Bun, dr.Suyuti Syamsul,MPPM yang telah memberi ijin belajar dalam mengikuti perkuliahan di Universitas Terbuka.
6. Kepala BPJS Kesehatan Kabupaten Kotawaringin Barat.
7. Kepala Puskesmas Madurejo Pangkalan Bun.
8. Yang saya cintai orang tua, suami dan anak-anaku Farah, Hanny dan Irfan yang senantiasa mendoakan, memotivasi dan memberi semangat.
9. Semua pihak yang telah membantu penulis dalam penyelesaian penulisan Tugas Akhir Program Magister (TAPM) ini.

Semoga amal baik mereka mendapat balasan dari Alloh SWT. Aamiin.

Pangkalan Bun, Oktober 2017

Penulis,  
  
Mulyati  
NIM. 500878299

## RIWAYAT HIDUP

Nama : Mulyati,SKM.

NIM : 500878299

Tempat/Tanggal Lahir : Bandung/17 Desember 1965

Riwayat Pendidikan : Lulus SD di SDN Klayan Cirebon pada tahun 1976.  
Lulus SMP di SMPN 2 Cirebon pada tahun 1980.  
Lulus SMA di SMAN 1 Cirebon pada tahun 1983.  
Lulus D1 SPPH Cirebon pada tahun 1985.  
Lulus Akademi APK-TS Jakarta pada tahun 1993.  
Lulus S1 di Universitas Diponegoro Semarang pada tahun 2002.

Riwayat Pekerjaan : Tahun 1986 sd 1993 sebagai staf pada Unit Pendidikan SPPH Cirebon.

Tahun 1993 sd 1996 sebagai staf pada Kantor Departemen Kesehatan Kotamadya Cirebon

Tahun 1996 sd 2002 sebagai staf pada Kantor Departemen Kesehatan Kabupaten Kotawaringin Barat

Tahun 2002 sd 2007 sebagai staf pada Dinas Kesehatan Kabupaten Kotawaringin Barat

Tahun 2007 s/d 2008 sebagai Kepala Seksi Kebersihan Lingkungan pada Dinas Kesehatan Kab.Kotawaringin Barat.

Tahun 2008 s/d 2013 sebagai Kepala Subbag Perencanaan dan Pengendalian Program pada RSUD Sultan Imanuddin Pangkalan Bun.

Tahun 2013 s/d 2015 sebagai Kepala Bidang Sarana Prasarana pada RSUD Sultan Imanuddin Pangkalan Bun.

Tahun 2015 s/d sekarang sebagai Kepala Bagian  
Tata Usaha pada RSUD Sultan Imanuddin  
Pangkalan Bun.

Pangkalan Bun, \_\_ Oktober 2017

Mulyati.  
NIM. 500878299



## DAFTAR ISI

	Halaman
Abstrak .....	ii
Pernyataan Bebas Plagiasi .....	vi
Lembar Layak Uji .....	vii
Lembar Pengesahan.....	viii
Lembar Persetujuan TAPM.....	ix
Kata Pengantar.....	x
Riwayat Hidup .....	xii
Daftar Isi.....	xiv
Daftar Gambar.....	xvi
Daftar Tabel.....	xvii
Daftar Lampiran.....	xviii
<b>BAB I    PENDAHULUAN</b>	
A. Latar Belakang Masalah .....	1
B. Perumusan Masalah .....	11
C. Tujuan Penelitian .....	12
D. Manfaat Penelitian .....	13
<b>BAB II    TINJAUAN PUSTAKA</b>	
A. Kajian Teori .....	14
B. Penelitian Terdahulu .....	59
C. Kerangka Berfikir .....	71
D. Operasionalisasi Konsep .....	75
<b>BAB III    METODE PENELITIAN</b>	
A. Desain Penelitian.....	76

B. Sumber Informasi dan Pemilihan Informan .....	79
C. Instrumen Penelitian .....	81
D. Prosedur Pengumpulan Data .....	82
E. Metode Analisis Data .....	91

#### BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN

A. Deskripsi Objek Penelitian.....	99
B. Hasil.....	118
C. Pembahasan .....	139

#### BAB V SIMPULAN DAN SARAN

A. Simpulan .....	173
B. Saran .....	174

#### DAFTAR PUSTAKA

#### DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1 Bagan Alur Pelayanan Rawat Jalan dan Rawat Inap  
 Lampiran 2 Foto-Foto Kegiatan Wawancara dan Observasi  
 Lampiran 3 Foto-Foto Kegiatan Sosialisasi BPJS Kesehatan Kabupaten



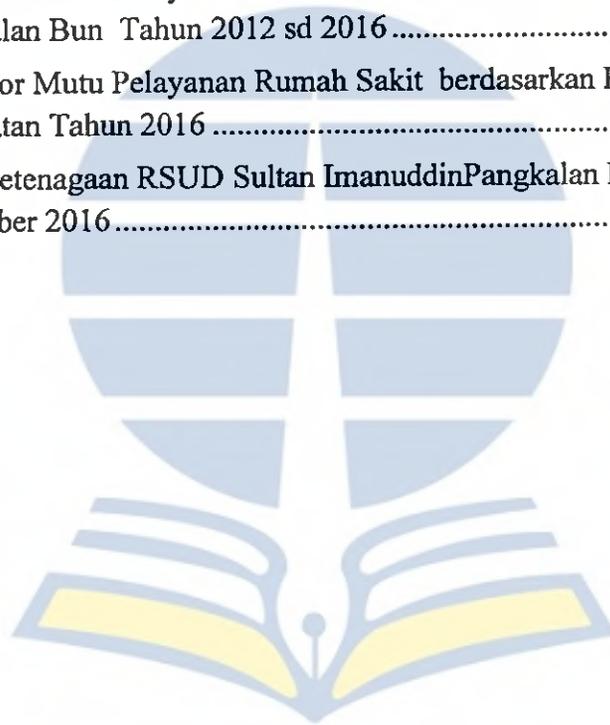
**DAFTAR GAMBAR**

No	Judul Gambar	Hal
2.1	Bagan Kerangka Pikir Analisis Implementasi Sosialisasi Program Jaminan Kesehatan Nasional dan Implikasinya di RSUD Sultan Imanuddin Pangkalan Bun .....	74
3.1	Gambar Komponen-Komponen Analisis Data .....	94
4.1	Gambar Grafik Ketenagaan RSUD Sultan Imanuddin berdasarkan Jenis Tenaga Tahun 2016 .....	113



## DAFTAR TABEL

No	Judul Tabel	Hal
2.1	Penelitian Terdahulu.....	60
4.1	Jumlah Pasien RSUD Sultan Imanuddin Pangkalan Bun Tahun 2016	106
4.2	Jumlah Pasien RSUD Sultan Imanuddin Pangkalan Bun Menurut Instalasi Tahun 2013 sd 2016.....	107
4.3	Data Jumlah Tempat Tidur Rumah Sakit Per-Kelas dan Ruang Perawatan RSUD Sultan Imanuddin Pangkalan Bun Tahun 2016 .....	108
4.4	Indikator Mutu Pelayanan Rumah Sakit RSUD Sultan Imanuddin Pangkalan Bun Tahun 2012 sd 2016 .....	111
4.5	Indikator Mutu Pelayanan Rumah Sakit berdasarkan Kelas Ruang Perawatan Tahun 2016 .....	112
4.6	Data Ketenagaan RSUD Sultan ImanuddinPangkalan Bun Per 31 Desember 2016.....	114



## DAFTAR LAMPIRAN

### Lampiran

- 1 Bagan Alur Pelayanan Rawat Jalan dan Rawat Inap
2. Foto-Foto Kegiatan Wawancara dan Observasi.
- 3 Foto-Foto Kegiatan Sosialisasi BPJS Kesehatan Kabupaten Kotawaringin Barat.



# BAB I

## PENDAHULUAN

### A. Latar Belakang Masalah

Upaya mewujudkan derajat kesehatan masyarakat yang optimal adalah merupakan langkah strategis dalam mengemban amanat sekaligus merupakan perwujudan komitmen Pembangunan Nasional sebagaimana tertuang dalam Pembukaan UUD 1945 alinea ke empat “Pembangunan Nasional pada hakekatnya adalah membangun manusia Indonesia agar semakin sehat, mandiri, beriman, bertaqwa, berakhlak mulia, cinta tanah air berkesadaran hukum dan lingkungan, menguasai ilmu pengetahuan, memiliki etos kerja yang tinggi serta berdisiplin.”

Guna mencapai kondisi kesehatan masyarakat yang optimal sebagai salah satu unsur penting dalam pembangunan nasional. Kementerian Kesehatan telah menggariskan pelayanan kesehatan paripurna yang meliputi empat upaya kesehatan esensial yakni: promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif secara berkelanjutan dan berkeadilan. Dengan optimalisasi upaya kesehatan tersebut masyarakat diharapkan mampu mengidentifikasi kebutuhan pelayanan kesehatan serta berkontribusi dalam pembangunan kesehatan baik berupa upaya kesehatan perorangan maupun upaya kesehatan masyarakat.

Salah satu upaya kesehatan perorangan yang paling banyak diperlukan oleh masyarakat adalah pelayanan kesehatan yang bersifat kuratif yakni pelayanan kesehatan untuk penyembuhan dari suatu penyakit. Aspek layanan kuratif ini dalam perjalanannya banyak mengalami perubahan dan penataan sistem penyelenggaraan kesehatan, khususnya akhir-akhir ini melalui Sistem Jaminan

Kesehatan (JKN) yang setelah melalui proses panjang penyempurnaan telah dikuatkan dalam bentuk Pelayanan Jaminan Sosial bidang Kesehatan melalui Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) bidang Kesehatan atau yang sering dikenal dengan nama BPJS Kesehatan.

Merujuk pada Undang-Undang Nomor 40 tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) serta Undang Undang Nomor 24 tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS), bahwa salah satu tujuan utama dari program Jaminan Sosial bidang Kesehatan adalah untuk memberikan jaminan akses pelayanan kesehatan secara paripurna dan memenuhi unsur-unsur pelayanan yang baik dan berkeadilan serta menjangkau seluruh warga negara Indonesia untuk mewujudkan masyarakat yang memiliki derajat kesehatan yang setinggi-tingginya.

Sejak dicanangkan penyelenggaraan BPJS Kesehatan di Indonesia pada tahun 2011 nampaknya sudah mulai banyak masyarakat mengambil manfaat atas penyelenggaraan program BPJS bidang Kesehatan khususnya bagi pelayanan kesehatan rujukan di rumah sakit. Penggunaan kartu BPJS Kesehatan pada layanan rujukan rumah sakit paling dirasakan memberi manfaat bagi masyarakat karena sistem jaminan diberlakukan dan paling berdampak pada unsur pembiayaan kesehatan yang selama ini menjadi hal yang sangat menyulitkan bagi sebagian besar masyarakat, mengingat jika sudah jatuh sakit maka penyediaan biaya berobat dan perawatan menjadi beban pengeluaran rumah tangga yang memberatkan, seringkali karena akibat pembiayaan ini maka masyarakat tidak bisa menjangkau pelayanan kesehatan (Azrul Azwar.2002.109).

Banyak faktor yang berpengaruh sebagai penyebab tidak terjangkaunya biaya pelayanan kesehatan tersebut. Salah satu yang paling penting adalah diakibatkan makin meningkatnya biaya kesehatan (*health cost*), yang mengakibatkan dari waktu ke waktu jumlah dana yang harus disiapkan oleh masyarakat untuk kesehatan juga semakin meningkat. Kenyataan ini bukan saja dialami oleh negara-negara berkembang, tetapi sejak lama negara seperti Amerika maupun negara-negara di Eropa juga mengalami hal yang sama. Di Amerika pada periode dua puluh tahunan (1965-1985), biaya kesehatan jauh melampaui peningkatan *Gross National Product* (GNP) yakni 9% berbanding 5% (Feldstaein.1988).

Angka tersebut masih relevan jika dibandingkan dengan kondisi saat ini yang berlangsung bagi Indonesia khususnya mengenai aspek pembiayaan kesehatan yang juga cenderung peningkatannya sukar dikendalikan. Pada periode 11 tahun (1984-1995) pembiayaan kesehatan naik sekitar 3,8 kali (Malik.1996). Sehingga sangat wajar jika kebijakan pemerintah untuk menggulirkan program BPJS Kesehatan salah satunya adalah untuk mengantisipasi ketidakmampuan masyarakat, khususnya kelompok masyarakat mayoritas di Indonesia yakni kelas menengah ke bawah dalam pembiayaan kesehatan.

Sebagai langkah awal penyelenggaraan program JKN, pemerintah telah mengimplementasikan Undang-Undang nomor 40 tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) melalui Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor : 903/Menkes/Per/V/2011 tanggal 4 Mei 2011 tentang Pedoman Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Masyarakat, di antaranya bertujuan

agar memberikan kemudahan dan akses pelayanan kesehatan kepada peserta di seluruh jaringan pelayanan kesehatan.

Sebagai salah Satu Kebijakan Publik yang dipilih oleh pemerintah, maka penyelenggaraan JKN yang diarahkan untuk memperbaiki akses layanan kesehatan masyarakat ini sekaligus merupakan implementasi Nawacita Pembangunan Kesehatan yakni pada Nawacita ke 5 (lima) yang menyatakan bahwa pembangunan kesehatan ditujukan untuk **“meningkatkan kualitas hidup manusia Indonesia”** diperlukan dukungan program sosialisasi yang memadai sehingga program JKN ini akan mencapai sarannya secara optimal. Hal ini juga dalam memenuhi tuntutan dari amanat Undang-Undang Nomor 36 tahun 2009 tentang Kesehatan pasal 4 menyebutkan bahwa **“setiap orang berhak atas kesehatan”**. Penjelasan hak atas kesehatan yang dimaksud pada pasal tersebut adalah hak atas setiap warga negara Indonesia untuk memperoleh pelayanan kesehatan dari fasilitas pelayanan kesehatan agar dapat mewujudkan derajat kesehatan yang setinggi-tingginya. (BPPK Ciloto 2015:6).

Untuk mencapai harapan tersebut, pemerintah telah mengeluarkan regulasi melalui Keputusan Menteri Kesehatan nomor 28 tahun 2014 tentang Pedoman Pelaksanaan Jaminan Kesehatan Nasional yang menjadi dasar penyelenggaraan JKN dan mengatur atas peran BPJS Kesehatan, fasilitas kesehatan dan kepesertaan JKN.

Oleh karena itu sebagai konsekuensi dari Nawacita tersebut, pemerintah berkewajiban menyelenggarakan pelayanan kesehatan yang merupakan hak asasi manusia sekaligus unsur kesejahteraan yang harus diwujudkan dalam memenuhi

kewajiban pemerintah kepada rakyatnya sebagai bentuk dari sistem negara kesejahteraan (*welfare state*) yang dianut negara Indonesia.

Dalam agenda nasional pembangunan bidang kesehatan yang merupakan prioritas pertama adalah peningkatan aksesibilitas masyarakat terhadap pelayanan kesehatan dasar termasuk pelayanan rujukan ke rumah sakit. Bagaimana fakta keseriusan Kementerian Kesehatan dalam meningkatkan akses dan mutu layanan setidaknya dengan melihat alokasi anggaran di Kementerian Kesehatan bahwa pada tahun 2015 (APBN) sebesar 47,8 triliun, yang merupakan hasil dari reformasi pembiayaan pembangunan yang diperoleh dari penurunan dan bahkan pencabutan dari subsidi bahan bakar minyak. Sebagian anggaran tersebut digunakan dalam meningkatkan akses pelayanan yakni melalui Kartu Indonesia Sehat (KIS) yang juga masuk dalam rumpun kegiatan Program Jaminan Sosial Nasional bidang Kesehatan.

Oleh karena itu mengawal program besar tersebut menjadi penting agar dapat dirasakan manfaatnya oleh masyarakat maka keberhasilan sosialisasi tentang program JKN ini menjadi kata kunci untuk evaluasi keberhasilannya. Masyarakat yang faham akan program JKN bukan saja dapat memposisikan dirinya sebagai penerima layanan kepesertaan namun juga akan ikut aktif menjadi peserta JKN dengan baik misalnya menjadi peserta JKN mandiri, yang menjadi tujuan utama dari penyelenggaraan JKN itu sendiri.

Disadari bahwa sifat kebutuhan terhadap pelayanan kesehatan menganut asas ketidakpastian (*uncertainly*). Artinya berbeda dengan kebutuhan akan komoditi lain semisal baju, sepatu dan kendaraan, maka seseorang tidak akan tahu secara pasti kapan akan membutuhkan pelayanan kesehatan. Pada dasarnya tidak

ada orang yang menginginkan jatuh sakit dan di rawat di rumah sakit, tetapi justru kalau jatuh sakit masuk dalam kategori mau tidak mau harus membeli pelayanan. Sehingga diperlukan suatu jaminan dalam bentuk asuransi kesehatan yaitu peserta membayar premi dengan besaran tetap, dengan demikian pembiayaan kesehatan ditanggung bersama secara wajib untuk keseluruhan peserta agar tidak membebankan secara orang per orang.

Oleh karena itu untuk melindungi seluruh warga, kepesertaan asuransi kesehatan (JKN) bersifat wajib, karena merupakan program pemerintah dengan tujuan memberikan kepastian jaminan yang menyeluruh bagi setiap rakyat Indonesia agar dapat hidup sehat, produktif dan sejahtera. Ketika seluruh penduduk Indonesia terlindungi dalam sistem asuransi maka mereka dapat memenuhi kebutuhan dasar kesehatan masyarakat yang layak (Kemenkes, RI.2013).

Disinilah pentingnya kegiatan sosialisasi program JKN agar mampu mendorong pemahaman masyarakat luas atas pilihan pemerintah menggulirkan kebijakan yang sangat populis tentang Jaminan Kesehatan Nasional yang pada awalnya dihembuskan melalui isu "pelayanan kesehatan gratis " yang pada akhirnya berubah menjadi program yang bersifat wajib bagi setiap masyarakat.

Pada sisi lain menurut Koalisi Indonesia Sehat dalam Analisis kebijakan (2005:89) masih adanya ketidak seimbangan informasi (*asimetri informasi*) juga berpengaruh terhadap kemampuan masyarakat dalam mengakses pelayanan kesehatan. Ketika seseorang jatuh sakit, keputusan untuk membeli jasa pelayanan kesehatan yang sesuai kebutuhan ada di pihak pemberi pelayanan kesehatan

(dokter, klinik atau rumah sakit), sehingga kondisi ini mendorong seorang pasien dalam posisi ketidaktahuan (*consumer ignorance*).

Kondisi tersebut menjadi pertimbangan mendasar yang perlu segera dicari solusinya mengingat program JKN di Indonesia saat ini menjadi agenda Nasional Pemerintahan. Melalui Strategi Pembangunan Nasional 2015-2019 sekaligus menjadi dasar dalam meningkatkan standar pelayanan kesehatan sekaligus memposisikan pentingnya kejelasan informasi dalam memberikan paket-paket pelayanan kepada masyarakat sebagai pihak pengguna pelayanan. Secara nasional telah dicanangkan bahwa asuransi kesehatan ditargetkan mencapai *total coverage* (100%) atau *Universal Health Coverage* (UHG) pada tahun 2019. Itu artinya Indonesia telah bertekad bahwa penyelenggaraan jaminan kesehatan nasional akan mengkaver seluruh penduduk Indonesia sampai periode tahun 2019. Akankah tercapai? itu baru dari sisi kuantitatif program, bagaimana dengan sisi kualitatifnya.

Kemudahan informasi bagi seluruh peserta JKN untuk memperoleh layanan kesehatan serta prosedur kepesertaan juga mesti disiapkan secara memadai sehingga kebijakan pemerintah atas JKN juga harus diimbangi dengan kebijakan sosialisasinya. Oleh karena itu kualitas penyelenggaraan asuransi kesehatan termasuk pada aspek sosialisasi dituntut untuk semakin baik dan memenuhi keadilan pelayanan kesehatan dengan berbagai kemudahan informasi untuk mengakses layanan kesehatan bagi seluruh masyarakat Indonesia tak terkecuali, baik di layanan tingkat pertama maupun pelayanan rujukan di rumah sakit, termasuk masyarakat di Kabupaten Kotawaringin Barat.

Salah satu unsur penting dalam pemenuhan informasi layanan kesehatan program JKN diperlukan sosialisasi yang memadai khususnya kepada seluruh peserta JKN sebagai pemegang hak layanan yang posisinya dijamin oleh Undang-Undang. Dalam konsep sosialisasi yang perlu diperhatikan adalah tercapainya indikator keberhasilan sosialisasi itu sendiri yakni: peserta mengetahui tentang Jaminan Kesehatan Nasional, serta prosedur-prosedur untuk memperoleh layanan kesehatan. Pemahaman peserta tentang BPJS Kesehatan termasuk hak dan kewajiban sebagai peserta semakin meningkat, dengan demikian akan dicapai sebuah pemahaman oleh setiap peserta JKN dalam mengikuti alur pelayanan kesehatan di setiap jenjang fasilitas kesehatan. Terlebih alur pelayanan kesehatan rujukan di rumah sakit yang lebih kompleks dibanding dengan alur pelayanan kesehatan di fasilitas kesehatan tingkat pertama (puskesmas, klinik, praktek dokter pribadi, dll).

RSUD Sultan Imanuddin Pangkalan Bun sebagai salah satu rumah sakit pusat rujukan propinsi dan rujukan regional Kalimantan Tengah termasuk paling banyak menerima rujukan pasien program BPJS Kesehatan yang berasal dari empat wilayah kabupaten yakni Kabupaten Kotawaringin Barat, Kabupaten Sukamara, Kabupaten Lamandau dan Kabupaten Seruyan. Data Jumlah pemegang kartu BPJS Kesehatan di Kabupaten Kotawaringin Barat setiap tahunnya meningkat, pada bulan Desember tahun 2016 kepesertaan JKN di kabupaten Kotawaringin Barat sebanyak 178.163 orang, sedangkan peserta JKN yang berobat ke rumah sakit Sultan Imanuddin sebanyak 49.014 orang. Angka tersebut setara dengan 48,8% dari total kunjungan pasien ke rumah sakit sebesar 100.297 orang (Profil RSUD Sultan Imanuddin, Tahun 2016).

Jumlah kunjungan pasien peserta JKN ke rumah sakit di RSUD Sultan Imanuddin lebih dari separuh jumlah pasien keseluruhan. Berdasarkan data keluhan yang disampaikan oleh petugas pelayanan bagi peserta JKN/BPJS Kesehatan di RSUD Sultan Imanuddin Pangkalan Bun pada akhir bulan Desember 2016 masih banyak dijumpai masyarakat tidak mengerti mana yang menjadi hak pelayanan sebagai peserta BPJS Kesehatan. Hal ini dapat dibayangkan jika sebagian besar pasien JKN masih belum memahami hak dan prosedur yang harus dilakukan, maka hampir dapat dipastikan ini akan berpengaruh terhadap kelancaran pelayanan di rumah sakit, serta mempengaruhi kualitas pelaksanaan standar pelayanan kesehatan dari sisi waktu yang disediakan, terlebih RSUD Sultan Imanuddin adalah rumah sakit yang berpredikat rumah sakit dengan pelayanan prima se Kalimantan Tengah.

Data dari survei pendahuluan sebagaimana diungkapkan oleh salah seorang petugas pengelola layanan BPJS kesehatan di RSUD Sultan Imanuddin Pangkalan Bun Saudara "GMJ". mengungkapkan :

"Sebagai pengelola layanan BPJS di rumah sakit setiap harinya banyak peserta BPJS salah prosedur dan beda pemahaman atas hak layanan sehingga banyak persyaratan yang tidak dipenuhi sehingga menyulitkan bagi petugas dan harus banyak memberikan penjelasan yang semestinya tidak perlu terjadi. Saya harus memberikan penjelasan dan mengulang-ulang sehingga menambah beban pekerjaan belum lagi kalau ada yang marah-marah karena harus kembali melengkapi berkas-berkas yang kurang sebagai persyaratan memperoleh layanan di rumah sakit." (wawancara April 2017).

Berdasarkan informasi yang diperoleh dari unit layanan pada petugas kesehatan di RSUD Sultan Imanuddin Pangkalan Bun yang menangani pelayanan bagi peserta BPJS Kesehatan masih cukup banyak masyarakat yang belum memahami mengenai jenis pelayanan, hak serta kewajiban yang harus diurus oleh

pemegang kartu BPJS Kesehatan sebelum mengakses pelayanan kesehatan khususnya rujukan di Rumah Sakit, misalnya kebanyakan masyarakat tidak mengetahui bahwa masa aktif kartu BPJS Kesehatan untuk dapat dimanfaatkan harus memenuhi ketentuan tenggang waktu selama 14 (empat belas) hari sejak kartu tersebut diterima. Bagi Pasien rawat inap harus mengurus Surat Eligibilitas Peserta (SEP) selambat-lambatnya setelah masuk rawat inap selama 3 (tiga) hari dan banyaknya anggapan pasien bahwa pelayanan di rumah sakit seluruhnya mendapat jaminan dan gratis.

Simpang siur informasi mengenai proses penggunaan kartu JKN dalam pelayanan kesehatan di Rumah Sakit Sultan Imanuddin Pangkalan Bun juga dirasakan, khususnya menyangkut cakupan pelayanan jaminan yang seakan-akan tidak memberi jaminan. Banyak ungkapan yang muncul ke permukaan bahwa pengguna Kartu JKN masih saja harus membayar, misalnya untuk penggantian obat yang tidak masuk dalam resep, penggantian pembelian alat-alat kesehatan serta pembayaran jasa tindakan estetika lainnya yang nampaknya masih belum memberikan rasa terlindungi sepenuhnya bagi para peserta JKN.

Sementara itu kebanyakan peserta setelah memiliki Kartu JKN merasa sudah terlindungi dari kebutuhan layanan kesehatan, tanpa mempersiapkan beberapa persyaratan yang perlu dilengkapi dan diurus. Kenyataan masih banyak persyaratan yang harus dipenuhi guna memfungsikan kartu sebagai peserta jaminan kesehatan. Beberapa masalah yang sering dijumpai antara lain: perbedaan persepsi atas kasus kecelakaan lalu lintas, kasus perawatan yang minta pulang paksa (Atas Permintaan Sendiri/APS) serta kasus-kasus lainnya yang sebenarnya tidak masuk kategori jaminan.

Hal-hal tersebut diatas menunjukkan adanya indikasi bahwa pengetahuan peserta JKN masih relatif minim terhadap prosedur dan persyaratan pemanfaatan kepesertaan, hak dan kewajiban peserta yang berujung pada pertanyaan tentang sejauhmana sosialisasi program JKN selama ini dilaksanakan khususnya kepada para peserta sebagai pemegang hak layanan kesehatan. Untuk itu peran BPJS Kesehatan dalam melaksanakan sosialisasi program JKN baik kepada peserta JKN, maupun kepada fasilitas pelayanan kesehatan merupakan unsur yang sangat penting terhadap kelancaran pelayanan kesehatan.

Sosialisasi penyelenggaraan JKN kepada peserta dan petugas kesehatan di rumah sakit akan berimplikasi terhadap kelancaran pelayanan kesehatan bagi peserta JKN. Oleh karena itu apabila proses sosialisasi program JKN ini tidak dilakukan dengan baik maka dimungkinkan akan menyebabkan timbulnya berbagai hambatan pada aspek pelayanan kesehatan bagi peserta JKN.

## **B. Perumusan Masalah**

Berdasarkan latar belakang yang dikemukakan diatas maka yang diambil menjadi isu utama dalam penelitian ini adalah implementasi sosialisasi JKN yang menjadi faktor penting dalam penyelenggaraan program JKN tersebut. Sosialisasi JKN bisa menjadi isu utama dan merupakan persoalan yang membutuhkan penyelesaian (Kartasasmita dalam Sri Suwitri dkk,2016;4.5). Bagaimana Pelaksanaan/implementasi kegiatan sosialisasi program JKN yang dilakukan oleh BPJS Kesehatan Kabupaten Kotawaringin Barat kepada peserta JKN, khususnya peserta JKN yang menggunakan layanan rujukan di RSUD Sultan Imanuddin Pangkalan Bun.

Selanjutnya fokus penelitian ini adalah pada hambatan pelayanan kesehatan sebagai dampak dari sosialisasi terhadap pasien JKN, maka rumusan masalah akan ditinjau pada tiga hal yaitu :

1. Bagaimanakah upaya sosialisasi yang telah dilaksanakan oleh Kantor BPJS Kesehatan Kabupaten Kotawaringin Barat kepada peserta JKN yang berobat ke RSUD Sultan Imanuddin Pangkalan Bun?
2. Bagaimanakah kegiatan pemberian informasi yang dilaksanakan oleh RSUD Sultan Imanuddin Pangkalan Bun kepada peserta JKN yang berobat ke Rumah Sakit Sultan Imanuddin Pangkalan Bun?
3. Bagaimanakah tanggapan masyarakat peserta JKN tentang informasi layanan kesehatan rujukan di RSUD Sultan Imanuddin Pangkalan Bun?

### **C. Tujuan Penelitian**

Berdasarkan rumusan masalah yang telah ditentukan maka tujuan dalam penelitian ini adalah sebagai berikut :

1. Untuk mendeskripsikan dan menganalisis upaya sosialisasi program JKN yang dilakukan oleh Kantor BPJS Kesehatan Kabupaten Kotawaringin Barat.
2. Untuk mendeskripsikan dan menganalisis kegiatan pemberian informasi yang dilaksanakan oleh RSUD Sultan Imanuddin Pangkalan Bun kepada peserta JKN yang berobat ke Rumah Sakit Sultan Imanuddin Pangkalan Bun.
3. Untuk mendeskripsikan dan menganalisis tanggapan dari peserta JKN terhadap informasi tentang layanan rujukan di RSUD Sultan Imanuddin Pangkalan Bun.

#### **D. Manfaat Penelitian**

Berdasarkan Tujuan Penelitian yang telah ditentukan maka diharapkan penelitian ini dapat memberi manfaat sebagai berikut :

##### **1. Manfaat Teoritis**

Penelitian ini diharapkan dapat memberikan kontribusi bagi pengembangan ilmu pengetahuan dalam bidang administrasi publik terutama yang berkaitan dengan pelayanan publik dalam hal implementasi sosialisasi program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) di Kabupaten Kotawaringin Barat.

##### **2. Manfaat Praktis**

Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan sumbangan pemikiran dan sebagai evaluasi dalam pelaksanaan program JKN bagi Pemerintah Daerah, Kantor BPJS Kesehatan Kabupaten Kotawaringin Barat dan RSUD Sultan Imanuddin. Bagi masyarakat peserta JKN memberikan kejelasan informasi sehingga paham terhadap prosedur pelayanan, hak dan kewajiban serta manfaat pelayanan. Sedangkan bagi peneliti lain sebagai bahan kajian lebih lanjut tentang program penyelenggaraan JKN di Kabupaten Kotawaringin Barat dalam khasanah keilmuan.

## BAB II

### TINJAUAN PUSTAKA

#### A. Kajian Teori

##### 1. Kebijakan Publik

Kebijakan Publik pada dasarnya berorientasi pada pemecahan masalah riil yang dihadapi oleh masyarakat, kebijakan publik dapat dikatakan sebagai ilmu terapan yang berperan dalam *problem solver*. Oleh karena itu siapapun yang memutuskan untuk merumuskan kebijakan publik dengan sendirinya haruslah berorientasi pada kepentingan publik, harus mempunyai semangat kepublikan dan berpegang pada konsep demokrasi.

Konsep tentang kepentingan publik sering dimaknai dengan definisi yang berbeda-beda oleh masing-masing orang. Denhardt *and* Denhardt mengungkapkan bahwa meskipun kepentingan publik merupakan sasaran utama kegiatan administrasi publik, tetapi kepentingan publik itu sendiri sering menimbulkan (*selected policy maker*) sebagaimana terdapat dalam administrasi publik lama (klasik). Ini berarti kepentingan publik tidak berasal dari masyarakat langsung tetapi dapat diusulkan melalui wakil-wakilnya atau pejabat publik yang ditunjuk untuk memutuskannya. Dalam konteks semacam ini banyak masyarakat yang kecewa karena kebijakan yang diambil tidak sesuai dengan aspirasinya.

Kemudian muncul konsep baru yang menganggap Administrasi Publik telah digantikan oleh koalisi dari kepentingan khusus yang menang (*New Public Management*). Konsep ini diwarnai dengan masuknya prinsip kompetisi dan kewirausahaan serta peran sektor swasta dalam pemerintahan. Namun

perkembangan berikutnya terdapat pendefinisian kepentingan publik sebagai “*Share Values*” atau nilai-nilai yang disepakati bersama oleh masyarakat sebagaimana dinyatakan dalam *The New Public Service* (Denhardt and Denhardt, 2003 dalam Sri Suwitri dkk,2016:2.3)

## 2. Implementasi Kebijakan Publik.

Implementasi Kebijakan Publik menurut Grindle (1980) dalam (Akib 2010: 2) bahwa implementasi merupakan proses umum tindakan administratif yang dapat diteliti pada tingkat program tertentu. Proses implementasi baru akan dimulai apabila tujuan dan sasaran telah ditetapkan, dana telah disiapkan dan disalurkan untuk mencapai sasaran. Deskripsi sederhana tentang konsep implementasi dikenalkan oleh Lane, bahwa implementasi sebagai konsep dapat dibagi menjadi dua bagian, yakni :

- a. Implementasi merupakan persamaan fungsi dari maksud, output dan outcome, sehingga formula dari implementasi yakni meliputi ; maksud, tujuan, hasil sebagai produk dan hasil dari akibat.
- b. Implementasi merupakan persamaan fungsi dari kebijakan, format, implementasi, inisiator dan waktu (Sabatier,1986 dalam Akib 2010) merupakan fungsi dari kebijakan itu sendiri, hasil yang dicapai dan dilaksanakan oleh implementator dalam waktu tertentu.

Implementasi kebijakan menghubungkan antara tujuan kebijakan dan realisasinya dengan hasil kerja kegiatan pemerintah ini sesuai dengan pandangan Van Meter dan Van Horn (Grindel:1980:6) bahwa tugas implementasi adalah membangun jejaring yang memungkinkan tujuan kebijakan publik direalisasikan

melalui aktivitas instansi pemerintah yang melibatkan berbagai pihak yang berkepentingan.

Menurut Edward III (dalam Akib 2010) terdapat empat faktor yang menjadi sumber masalah implementasi kebijakan, yang sekaligus merupakan pra kondisi bagi keberhasilan proses implementasi yakni :

- a. Komunikasi;
- b. Sumber daya;
- c. Disposisi/Sikap pelaksana;
- d. Struktur organisasi termasuk tata kerja birokrasi.

Empat faktor tersebut merupakan kriteria yang perlu ada dalam implementasi suatu kebijakan. Komunikasi suatu program hanya dapat dilaksanakan dengan baik apabila jelas bagi para pelaksana. Hal ini menyangkut proses penyampaian informasi, kejelasan informasi dan konsistensi informasi yang disampaikan. Sumber daya meliputi empat komponen yaitu staf yang cukup (jumlah dan mutu), informasi yang dibutuhkan guna pengambilan keputusan, kewenangan yang cukup guna melaksanakan tugas atau tanggungjawab dan fasilitas yang dibutuhkan dalam pelaksanaan. Disposisi atau sikap pelaksana merupakan komitmen pelaksana terhadap program. Sedangkan struktur birokrasi didasarkan pada prosedur operasional standar yang mengatur tata aliran pekerjaan dan pelaksanaan kebijakan.

Jaminan kelancaran implementasi kebijakan adalah desiminasi yang dilakukan secara baik. Syarat tentang pengelolaan desiminasi adalah : 1) adanya respek anggota masyarakat terhadap otoritas pemerintah untuk menjelaskan perlunya secara moral mematuhi undang-undang oleh pihak berwenang;

2) adanya kesadaran untuk menerima kebijakan. Kesadaran dan kemauan menerima dan melaksanakan kebijakan terwujud manakala kebijakan dianggap logis; 3) keyakinan bahwa kebijakan dibuat secara sah; dan 4) pemahaman bahwa meskipun pada awalnya suatu kebijakan dianggap kontroversial, namun seiring dengan perjalanan waktu maka kebijakan tersebut dianggap sebagai sesuatu yang wajar dilaksanakan.

TB Smith juga mengakui bahwa ketika kebijakan telah dibuat, kebijakan tersebut harus diimplementasikan dan hasilnya sedapat mungkin sesuai dengan apa yang diharapkan oleh pembuat kebijakan (Nakamura dan Smallwood, 1980:2 dalam Akib, 2010). Jika divisualisasikan akan terlihat bahwa suatu kebijakan memiliki tujuan yang jelas sebagai wujud orientasi nilai kebijakan.

Tujuan implementasi kebijakan diformulasikan dalam program aksi dan proyek tertentu yang dirancang dan dibiayai. Program dilaksanakan dengan rencana. Implementasi kebijakan atau program secara garis besar dipengaruhi oleh isi dan konteks implementasi kebijakan keseluruhan. Implementasi kebijakan dievaluasi dengan cara mengukur luaran program berdasarkan kebijakan. Luaran program dilihat dari dampaknya terhadap sasaran yang dituju baik individu dan kelompok maupun masyarakat. Luaran implementasi kebijakan adalah perubahan dan diterimanya perubahan oleh kelompok sasaran.

Alasan lain yang mendasari perlunya implementasi kebijakan dapat dipahami dari pernyataan Grindle dan Quade dalam Akib: 2010, yang mengharapkan agar dapat ditunjukkan konfigurasi dan sinergi dari tiga variabel yang menentukan keberhasilan implementasi kebijakan, yakni hubungan segitiga variabel kebijakan, organisasi dan lingkungan kebijakan. Harapan itu perlu

diwujudkan agar melalui pemilihan kebijakan yang tepat masyarakat dapat berpartisipasi dalam memberikan kontribusi yang optimal untuk mencapai tujuan yang ditetapkan.

Selanjutnya ketika sudah ditemukan kebijakan yang terpilih perlu diwadahi oleh organisasi pelaksana, karena dalam organisasi terdapat kewenangan dan berbagai jenis sumberdaya yang mendukung pelaksanaan kebijakan atau program. Sedangkan penciptaan situasi dan kondisi lingkungan diperlukan agar dapat memberikan pengaruh, meskipun pengaruhnya seringkali bersifat positif atau negatif. Oleh karena itu diasumsikan jika lingkungan berpandangan positif terhadap kebijakan maka akan menghasilkan dukungan positif sehingga lingkungan berpengaruh terhadap kesuksesan implementasi kebijakan. Sebaliknya jika lingkungan berpandangan negatif maka akan terjadi benturan sikap sehingga proses implementasi terancam akan gagal.

Selain tiga aspek diatas perlu pula dipertahankan kepatuhan kelompok sasaran kebijakan yang menentukan efeknya terhadap masyarakat. Implementasi kebijakan diperlukan untuk melihat kepatuhan kelompok sasaran. Oleh karena itu dilihat dari perspektif perilaku, kepatuhan kelompok sasaran merupakan faktor penting yang menentukan keberhasilan implementasi kebijakan. Pemahaman ini sejalan dengan pandangan Ripley dan Franklin dalam Akib (2010 : 3) bahwa untuk mendukung keberhasilan implementasi kebijakan perlu didasarkan pada tiga aspek, yaitu: 1) Tingkat kepatuhan birokrasi terhadap birokrasi di atasnya atau tingkatan birokrasi, sebagaimana diatur dalam undang-undang; 2) adanya kelancaran rutinitas dan tidak adanya masalah; serta 3) pelaksanaan dan dampak (manfaat) yang dikehendaki dari semua program terarah.

Menurut Grogin *et al* dalam Akib (2010) proses implementasi kebijakan sebagai upaya tranfer informasi atau pesan dari institusi yang lebih tinggi kepada institusi yang lebih rendah dapat diukur keberhasilan kinerjanya berdasarkan variabel: 1) dorongan dan paksaan pada tingkat federal, 2) kapasitas pusat/negara dan 3) dorongan dan paksaan pada tingkat pusat dan daerah.

Menurut Edwards, oleh karena empat faktor yang berpengaruh terhadap implementasi kebijakan bekerja secara simultan dan berinteraksi satu sama lain untuk membantu atau menghambat implementasi kebijakan, maka pendekatan yang ideal adalah dengan cara merefleksikan kompleksitas ini dengan membahas semua faktor tersebut sekaligus. Untuk memahami suatu implementasi kebijakan perlu menyederhanakan, dan untuk menyederhanakan perlu merinci penjelasan-penjelasan implementasi dalam komponen-komponen utama. Patut diperhatikan disini bahwa implementasi dari setiap kebijakan merupakan suatu proses yang dinamis yang mencakup banyak interaksi dari banyak variabel. Oleh karena itu tidak ada variabel tunggal dalam proses implementasi, sehingga perlu dijelaskan kaitan antara satu variabel dengan variabel yang lainnya dan bagaimana variabel-variabel ini mempengaruhi proses implementasi kebijakan (Budi Winarno; 2016:156).

### **3. Tujuan dan Sasaran Administrasi Kebijakan Publik.**

Berbagai penulisan kadang memberikan makna yang sama antara tujuan (*goals*) dan sasaran (*objectives*), atau kadang mempergunakan kedua konsep ini secara tumpang tindih yang menyebabkan kebingungan dalam penggunaannya. Menurut Quade dalam Sri suwitri (2016:5.6) antara *goals* dan *objectives* tidak terlalu banyak berbeda. Memang seringkali istilah atau konsep dalam bahasa

inggris tidak mudah dicari padananya apabila harus diterjemahkan dalam bahasa Indonesia.

Pentingnya Tujuan dalam Administrasi Kebijakan Publik menurut Quade dalam Sri Suwitri (2016), perbedaan tujuan kebijakan publik harus dapat dianalisis sehingga para pengambil kebijakan dapat mengambil keputusan apakah kebijakan publik akan diimplementasikan atau tidak akan diimplementasikan. Dalam konteks inilah para profesional di bidang kebijakan harus dapat memformulasikan tujuan analisis kebijakan publik. Sehingga kebijakan publik yang diimplementasikan akan mampu meminimalisir dampak negatif bagi masyarakat luas.

Formula tujuan analisis kebijakan publik juga sangat diperlukan untuk membantu para pengambil kebijakan agar mengetahui apa yang sebenarnya ingin dicapai. Jika para pengambil kebijakan misalnya memutuskan secara implisit merumuskan tujuan kebijakan, maka tugas para analisis kebijakan adalah memformulasikan tujuan analisis kebijakan publik secara eksplisit. Para pengambil kebijakan menghadapi banyak sekali tuntutan dan kepentingan yang harus dipenuhi, sehingga sering kali mengambil posisi yang tidak jelas agar merangkul simpati sebanyak mungkin golongan.

Langkah formulasi tujuan analisis kebijakan publik secara eksplisit ini dilakukan agar para pengambil kebijakan dapat menentukan pemecahan masalah yang terbaik. Akan tetapi harus diakui bahwa hal ini tidak mudah. Akibatnya pemecahan masalah untuk masing-masing tujuan yang spesifik mungkin hanya akan memperoleh hasil "cukup baik" sebagaimana dikutip oleh Quade 1984 dalam Sri Suwitri (2010: 5.9) :

*“Selecting an operational objectives or task, one that policy can be disigned to achieve, is not always an easy task. Even if goals appears obvious, it my be so vague that the effort to formulate it operationally may lead to misinterpretation.”*

Dalam analisis kebijakan publik sangat penting untuk memilih dan merumuskan tujuan yang benar. Rumusan tujuan analisis kebijakan publik ini lebih penting lagi daripada membuat pilihan kebijakan terbaik dari berbagai alternatif kebijakan yang ada. Menurut Budi winarno (2002), kalau para analis merumuskan tujuan yang salah berarti pula masalah yang salah akan dikerjakan. Hal yang sama juga dinyatakan oleh Quade dalam bukunya *“Analysis for public Decision”* dengan mengatakan bahwa :

*“A wrong objectives mean thats the wrong problem is being talked. The designation of less than the best alternative merely means that something less than the ‘best’ policy is being recommended.”*

Yang sangat penting diingat bahwa analis tidak boleh memformulasikan tujuan tanpa mengacu pada perumusan masalah yang sudah dipilih dalam analisis, tujuan-tujuan yang harus dirumuskan sebelumnya. Tujuan-tujuan yang dirumuskan harus berupaya untuk memecahkan permasalahan yang ada. Sehingga pemilihan kriteria untuk mengatasi masalah juga akan sesuai dengan permasalahannya.

#### **4. Kepentingan politik dalam penetapan tujuan kebijakan publik.**

Havey sebagaimana dikutip oleh Quade dalam Sri Suwitri (2010) menyatakan bahwa dalam kenyatannya perumusan tujuan kebijakan publik lebih banyak diwarnai politik ketimbang memperhatikan sasaran kebijakan yang tepat. Disebutkan juga bahwa sasaran kebijakan publik kadang memang tidak sempurna, tidak seperti yang disampaikan oleh para pengambil kebijakan yang

selalu menyatakan bahwa kebijakan publik yang mereka ambil adalah untuk kepentingan publik.

*"...is probably attributable to a hesitancy by any participant in the political process to accept anything less than perfection as his publicly stated objective."*

Di Indonesia, pewarnaan nuansa politik dalam merumuskan tujuan kebijakan publik dapat dipahami dengan penelusuran argumen yang dibangun oleh Purnaweni (2010) yang menemukan bukti bahwa sering kebijakan publik sebagai produk hukum banyak diwarnai oleh kepentingan politik. Hal ini bisa terjadi karena hukum, termasuk di dalamnya kebijakan, merupakan produk politik. Hampir di berbagai negara di dunia ini, hukum dan kebijakan merupakan produk keputusan politik, namun apabila telah menjadi hukum atau kebijakan maka posisinya diatas politik. Berbeda dengan di Indonesia, sering kali kepentingan politik berada di atas kepentingan hukum dan kebijakan, sehingga yang terjadi hampir semua kebijakan akan diwarnai oleh agenda-agenda politik yang tersembunyi (Suwitri,2016:5.17).

Hal diatas bersesuaian dengan apa yang dikemukakan oleh Quade (1984), *"Public policy objectives are usuly the pruduct of political process, not of individual decision"*. Sebagai produk politik, perumusan kebijakan, tujuan kebijakan publik seringkali menjadi rumit dan diwarnai banyak kepentingan. Lebih dari itu perumusan tujuan kebijakan publik seringkali diwarnai oleh konflik kepentingan.

Kepentingan orang yang menunggangi perumusan tujuan kebijakan pada akhirnya akan bersinggungan dengan para aktor kebijakan mempengaruhi suatu kebijakan. Aktor kebijakan yang mengerubungi proses pengambilan keputusan

atau kebijakan dapat berasal dari birokrasi (eksekutif), partai politik, legeslatif, kelompok penekan (LSM), Pers, atau lembaga donor internasional.

Perbedaan kepentingan ataupun konflik yang muncul dalam perumusan tujuan kebijakan dapat bersifat horizontal dan juga vertikal. Konflik horizontal karena ada perbedaan kepentingan antara legeslatif dengan eksekutif, atau antara eksekutif dengan partai politik, antara LSM dengan pihak donor internasional, dan sebagainya. Konflik vertikal dapat terjadi antara atasan dan staf-bawahan dalam eksekutif maupun antara kelengkapan-kelengkapan yang ada di legeslatif dengan pimpinan legeslatif.

Konflik dan perbedaan kepentingan juga dapat menyangkut aspek filosofis dan motivasi dalam perumusan tujuan kebijakan (Dwidjowijito, 2007). Dari pihak legeslatif misalnya, motivasi perumusan tujuan kebijakan publik dikehendaki agar sifatnya populis karena mempunyai nilai politik tinggi kepentingan mereka, namun seringkali kebijakan yang populis tersebut menyulitkan kepentingan eksekutif.

Di tengah banyaknya kepentingan dan konflik kepentingan yang seringkali menyertai proses kebijakan publik, menjadi tidak mudah bagi proses menganalisis kebijakan dalam membantu merumuskan tujuan analisis kebijakan publik. Apalagi sering aparat birokrasi yang menjadi aktor pengambilan keputusan kebijakan tidak bersedia mengungkapkan apa tujuan kebijakan yang sebenarnya, barangkali ingin mengamankan posisi jabatannya atau bahkan karena ketidaktahuannya apa sebenarnya tujuan kebijakan sesungguhnya hendak dicapai.

Dalam hal ini Hitch (dalam Purnaweni, Suwitri, 2016) mengungkapkan dengan pernyataan sebagai berikut :

*“Even in the best circumstances ignorance and uncertainty about high level objectives make reliance on official definitions precarious procedure. We know little enough about our own personal objectives. there are doubt about therapeutic value of psychoanalysis, but no doubt at all that it has revealed to surprised patient after that his real motives for action bear little relation to what he believed were his motives.”*

Dalam kebijakan publik, isu-isu atau pertanyaan-pertanyaan yang menyangkut untuk siapa tujuan kebijakan dilakukan merupakan isu yang relevan dan sangat penting. Leswel (dalam Purnaweni, Suwitri;2016) misalnya mengatakan siapa memperoleh apa, bagaimana dan berapa merupakan suatu hal yang selalu menyertai perumusan tujuan kebijakan. Dengan kata lain aspek politik selalu menyertai perumusan tujuan kebijakan publik. Disini sesungguhnya terletak faktor yang seringkali membuat perumusan tujuan kebijakan publik menjadi sulit.

##### **5. Pendekatan Pengukuran Efektivitas Kebijakan Publik**

Setiap kebijakan publik harus dapat dipertanggungjawabkan, baik mengenai pelaksanaannya maupun efek dari hasil yang dicapai. Oleh karena itu setiap kebijakan publik harus diketahui tingkat efektivitasnya. Namun pembahasan mengenai pengukuran efektivitas program merupakan suatu program yang sangat menyulitkan tidak saja bagi pengambil kebijakan tetapi juga seringkali bagi para pelaku analisis kebijakan itu sendiri. Ketidaksiediaan metode pengukuran yang sahih dan dapat dijadikan rujukan merupakan kesulitan tersendiri bagi pengambil kebijakan. *“The measurement of effectiveness and evaluation of benefits are great stumbling blocks in public policy analysis* (Quade dalam Suwitri,2016).

Pengukuran efektivitas kebijakan dan evaluasi tentang capaian keuntungan dalam analisis perumusan tujuan seringkali memang menjadi batu sandungan tersendiri bagi para pengambil kebijakan. Selain Kompleksitas perhitungan matematis yang mungkin tidak pas dalam analisis sosial, keterbatasan alternatif metode pengukuran juga merupakan faktor utama yang menjadikan kesulitan tersebut berkembang. Namun demikian setiap kebijakan memerlukan pengukuran efektivitasnya mengingat indikator penting pencapaian tujuan dari implementasi kebijakan adalah menjawab pertanyaan seberapa efektif pencapaian tujuan dari sebuah kebijakan tersebut. Setiap kebijakan yang dirumuskan haruslah berlaku efektif dan mempunyai efektivitas yang tinggi terhadap dua faktor utama yakni sistem nilai yang dimasukkan dalam perumusan tujuan kebijakan dan nilai siapa (eksekutif, legislatif atau aktor lain dalam pembuatan kebijakan).

Pengukuran implementasi kebijakan penyelenggaraan JKN yang didalamnya mengandung sebuah amanat pemerintah salah satunya dapat dilihat dari seberapa efektif berbagai informasi pelayanan bagi peserta dapat diakses serta memberikan kemudahan pelayanan serta hubungan yang selaras diantara pelaku penyelenggaraan JKN.

## **6. Prinsip-Prinsip Pemerintahan yang Baik (*Good Governance*)**

Berdasarkan konsep pemerintahan yang baik yang diadopsi oleh Lembaga Administrasi Negara yakni mengandung beberapa prinsip pokok yakni: partisipasi, supremasi hukum, transparansi, cepat tanggap, membangun konsensus, kesetaraan, efektif dan efisien, bertanggungjawab. Kesembilan karakteristik saling memperkuat dan tidak dapat berdiri sendiri sendiri. Berdasarkan prinsip dan karakteristik tersebut Pemerintah telah merumuskan

pengertian dari pemerintahan yang baik (*good governance*) sebagai berikut (LAN.2008:64): "Kepemerintahan yang mengembangkan dan menerapkan prinsip-prinsip profesionalisme, akuntabilitas, transparansi, pelayanan prima, demokrasi, efisien dan efektif, supremasi hukum dan dapat diterima oleh seluruh masyarakat. Selanjutnya dikemukakan adanya empat unsur utama yang dapat memberikan gambaran suatu pemerintahan yang baik sebagai berikut :

a. Akuntabilitas.

Mengandung arti adanya kewajiban bagi aparatur pemerintah untuk bertindak selaku penanggungjawab dan penanggung gugat atas segala tindakan dan kebijakan yang ditetapkannya. Unsur ini merupakan inti dari pemerintahan yang baik (*good governance*).

b. Transparansi.

Kepemerintahan yang baik akan bersifat transparan terhadap rakyatnya, baik ditingkat pusat maupun di daerah. Rakyat secara pribadi dapat mengetahui secara jelas tanpa ada yang ditutup-tutupi dalam proses perumusan kebijakan publik dan tindakan pelaksanaannya (implementasinya). Dengan kata lain, segala tindakan dan kebijakan pemerintah baik di pusat maupun di daerah harus selalu dilaksanakan secara terbuka dan diketahui umum.

c. Keterbukaan.

Prinsip ini menghendaki terbukanya kesempatan bagi rakyat untuk mengajukan tanggapan dan kritik terhadap pemerintah yang dinilainya tidak transparan. Kepemerintahan yang baik akan memberikan informasi/data yang

memadai bagi masyarakat sebagai bahan untuk melakukan penilaian atas jalannya pemerintahan.

d. Aturan hukum (*rule of law*).

Prinsip ini mengandung arti bahwa pemerintahan yang baik mempunyai karakteristik berupa jaminan kepastian hukum dan rasa keadilan masyarakat terhadap setiap kebijakan publik yang ditempuh. Oleh karena itu setiap kebijakan dan peraturan per undang-undangan harus selalu dirumuskan, ditetapkan dan dilaksanakan berdasarkan prosedur baku yang sudah melembaga dan diketahui oleh masyarakat umum, serta memiliki kesempatan untuk mengevaluasinya.

Dalam penyelenggaraan JKN posisi peserta dengan BPJS kesehatan serta Pemberi Pelayanan Kesehatan (PPK) terikat dalam sebuah regulasi dalam penyelenggaraan JKN. Sehingga konsep penyelenggaraan pemerintahan yang baik sangat relevan dalam memperkuat kualitas penyelenggaraan program JKN.

## **7. Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN)**

Sistem Jaminan Sosial Nasional adalah suatu tata cara penyelenggaraan program jaminan sosial oleh beberapa badan penyelenggara jaminan sosial (Eka Putri, 2014). Sistem Jaminan Sosial Nasional merupakan program Negara yang bertujuan untuk memberi perlindungan dan kesejahteraan sosial bagi seluruh rakyat Indonesia. Melalui program ini, setiap penduduk diharapkan dapat memenuhi kebutuhan hidup dasar yang layak apabila terjadi hal-hal yang dapat mengakibatkan hilangnya atau berkurangnya pendapatan, karena menderita sakit, mengalami kecelakaan, kehilangan pekerjaan, memasuki usia lanjut, atau pensiun.

Sistem Jaminan Sosial Nasional adalah instrumen negara yang dilaksanakan untuk mengalihkan risiko individu secara nasional dengan dikelola sesuai asas dan prinsip-prinsip dalam undang-undang yang membahas mengenai Sistem Jaminan Sosial Nasional.

#### **a. Landasan Filosofi SJSN**

Pemikiran mendasar yang melandasi penyusunan SJSN bagi penyelenggaraan jaminan sosial untuk seluruh warga negara adalah sebagai berikut :

- 1) Penyelenggaraan SJSN berlandaskan kepada hak asasi manusia dan hak konstitusional setiap orang.
- 2) Penyelenggaraan SJSN adalah wujud tanggung jawab Negara dalam pembangunan perekonomian nasional dan kesejahteraan sosial.
- 3) Program jaminan sosial ditujukan untuk memungkinkan setiap orang mampu mengembangkan dirinya secara utuh sebagai manusia yang bermanfaat.
- 4) Penyelenggaraan SJSN berdasarkan asas kemanusiaan dan berkaitan dengan penghargaan terhadap martabat manusia.
- 5) SJSN bertujuan untuk terpenuhinya kebutuhan dasar hidup yang layak bagi setiap peserta dan atau anggota keluarganya.

#### **b. Landasan Yuridis SJSN**

Landasan yuridis penyelenggaraan SJSN adalah UUD Negara Republik Indonesia Pasal 28H ayat (3) dan Pasal 34 ayat (2). Pasal 28H ayat (3) diatur dalam Perubahan Kedua UUD NRI 1945 dan Pasal 34 ayat (2) diatur dalam Perubahan Keempat UUD NRI 1945

Amanat konstitusi tersebut kemudian dilaksanakan dengan UU No. 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (UU SJSN).

Paska putusan Mahkamah Konstitusi atas Perkara No. 007/PUU-III/2005, Pemerintah bersama DPR mengundang sebuah peraturan pelaksanaan UU SJSN setingkat Undang-Undang, yaitu UU No. 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Nasional (UU BPJS).

Peraturan Pelaksanaan UU SJSN dan UU BPJS terbentang mulai Peraturan Pemerintah hingga Peraturan Lembaga. Penyelesaian seluruh dasar hukum bagi implementasi SJSN yang mencakup UUD NRI, UU SJSN dan peraturan pelaksanaannya membutuhkan waktu lima belas tahun (2000-2014).

- 1) UUD Negara Republik Indonesia Perubahan Kedua (2000) dan Perubahan Keempat (2002)

Pasal 28 ayat (3): “Setiap orang berhak atas jaminan sosial yang memungkinkan pengembangan dirinya secara utuh sebagai manusia yang bermanfaat.” Pasal 28H ayat (3) meletakkan jaminan sosial sebagai hak asasi manusia.

Pasal 34 ayat (2) : “Negara mengembangkan sistem jaminan sosial bagi seluruh rakyat dan memberdayakan masyarakat yang lemah dan tidak mampu sesuai dengan martabat kemanusiaan.” Pasal 34 ayat (2) meletakkan jaminan sosial sebagai salah satu elemen penyelenggaraan perekonomian nasional dan kesejahteraan sosial.

- 2) UU No. 40 Tahun 2004 Tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (UU SJSN).

UU SJSN diundangkan pada tanggal 19 Oktober 2004, sebagai pelaksanaan amanat konstitusi tentang hak konstitusional setiap orang atas jaminan sosial yang menyeluruh bagi seluruh warga negara Indonesia.

UU SJSN adalah dasar hukum untuk mensinkronkan penyelenggaraan berbagai bentuk jaminan sosial yang telah dilaksanakan oleh beberapa badan penyelenggara agar dapat menjangkau kepesertaan yang lebih luas serta memberikan manfaat yang lebih besar bagi setiap peserta.

3) UU No. 24 Tahun 2011 Tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (UU BPJS).

UU BPJS adalah dasar hukum bagi pembentukan badan penyelenggara jaminan sosial, yaitu BPJS Kesehatan dan BPJS Ketenagakerjaan. BPJS Kesehatan menyelenggarakan program jaminan kesehatan bagi seluruh penduduk Indonesia. BPJS Ketenagakerjaan menyelenggarakan program jaminan kecelakaan kerja, jaminan kematian, jaminan hari tua, dan jaminan pensiun bagi seluruh tenaga kerja di Indonesia.

UU BPJS mengatur fungsi, tugas, wewenang dan tata kelola Badan Penyelenggara Jaminan Sosial. UU BPJS mengatur tata cara pembubaran empat Persero penyelenggara program jaminan sosial berikut tata cara pengalihan aset, liabilitas, hak, kewajiban, dan pegawai keempat persero kepada BPJS.

### **c. Asas Sistem Jaminan Sosial Nasional**

Dalam UU yang membahas mengenai Sistem Jaminan Sosial Nasional, SJSN memiliki asas :

- 1) Kemanusiaan
- 2) Manfaat
- 3) Keadilan sosial bagi seluruh rakyat Indonesia.

### **d. Program Sistem Jaminan Sosial Nasional**

Dalam UU yang membahas mengenai Sistem Jaminan Sosial Nasional, SJSN memiliki program :

- 1) Jaminan kesehatan
- 2) Jaminan kecelakaan kerja.
- 3) Jaminan hari tua.
- 4) Jaminan pensiun
- 5) Jaminan kematian.

### **e. Prinsip Sistem Jaminan Sosial Nasional**

Dalam UU yang membahas mengenai Sistem Jaminan Sosial Nasional, SJSN memiliki prinsip-prinsip:

- 1) Kegotongroyongan

Dalam sistem JKN, prinsip gotong royong berarti peserta yang mampu membantu peserta yang kurang mampu, peserta yang sehat membantu yang sakit. Hal ini terwujud karena kepesertaannya bersifat wajib untuk seluruh penduduk.

## 2) Nirlaba

Dana yang dikelola oleh BPJS Kesehatan adalah dana amanah yang dikumpulkan dari masyarakat secara nirlaba bukan untuk mencari laba (*for profit oriented*). Tujuan utamanya untuk memenuhi sebesar-besarnya kepentingan peserta.

## 3) Keterbukaan, kehati-hatian, akuntabilitas, efisiensi dan efektivitas.

Prinsip manajemen ini mendasari seluruh kegiatan pengelolaan dana yang berasal dari iuran peserta dan hasil pengembangannya.

## 4) Portabilitas

Prinsip portabilitas jaminan yang berkelanjutan kepada peserta sekalipun mereka berpindah pekerjaan atau tempat tinggal dalam wilayah Negara Kesatuan Republik Indonesia.

## 5) Kepesertaan bersifat wajib.

Dimaksudkan agar seluruh rakyat menjadi peserta sehingga dapat terlindungi. Meskipun kepesertaan bersifat wajib bagi seluruh rakyat, penerapannya tetap disesuaikan dengan kemampuan ekonomi rakyat dan pemerintah, serta kelayakan penyelenggaraan program.

## 6) Dana amanah

Dana yang terkumpul dari iuran peserta merupakan dana titipan kepada badan penyelenggara untuk dikelola sebaik-baiknya dalam rangka mengoptimalkan dana tersebut untuk kesejahteraan peserta.

## 7) Hasil Pengelolaan Dana Jaminan Sosial

Dipergunakan seluruhnya untuk pengembangan program dan untuk sebesar-besarnya kepentingan peserta.

## **f. Organ Sistem Jaminan Sosial Nasional**

Agar Sistem Jaminan Sosial Nasional mampu berjalan maka dibentuk dua organ SJSN, yaitu Dewan Jaminan Sosial Nasional (DJSN) dan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS).

### **1) Dewan Jaminan Sosial Nasional (DJSN)**

DJSN adalah dewan yang dibentuk dengan UU SJSN untuk perumusan kebijakan umum dan sinkronisasi penyelenggaraan SJSN. DJSN bertanggung jawab terhadap Presiden.

Keanggotaan DJSN sebanyak 15 (lima belas) orang terdiri dari empat unsur, yaitu :

- a) Pemerintah (5 orang)
- b) Organisasi pemberi kerja (2 orang)
- c) Organisasi pekerja (2 orang)
- d) Tokoh/ahli yang memahami bidang jaminan sosial (6 orang)

Dalam melaksanakan tugasnya, DJSN dibantu oleh Sekretariat Dewan yang dipimpin oleh seorang Sekretaris yang diangkat dan diberhentikan oleh Ketua DJSN.

### **2) Tugas DJSN**

Dalam rangka melaksanakan fungsinya sebagai perumusan kebijakan umum dan sinkronisasi penyelenggaraan SJSN, DJSN bertugas :

- a) Melakukan kajian dan penelitian yang berkaitan dengan penyelenggaraan jaminan sosial.
- b) Mengusulkan kebijakan investasi Dana Jaminan Sosial Nasional.

- c) Mengusulkan anggaran jaminan sosial bagi penerima bantuan iuran dan tersedianya anggaran operasional kepada Pemerintah.
  - d) Memberikan konsultasi kepada BPJS tentang bentuk dan isi laporan pertanggungjawaban pengelolaan program.
  - e) Menerima tembusan laporan pengelolaan tahunan dan laporan keuangan tahunan yang telah diaudit oleh akuntan publik untuk penyampaian pertanggungjawaban tahunan BPJS kepada Presiden.
  - f) Mengajukan kepada Presiden usulan anggota pengganti antar waktu Dewan Pengawas dan atau anggota Direksi BPJS.
- 3) Wewenang DJSN

Untuk menjamin terselenggaranya program jaminan sosial dan kesehatan keuangan BPJS, DJSN berwenang melakukan pengawasan, monitoring dan evaluasi penyelenggaraan program jaminan sosial.

## 8. Analisis Penyelenggaraan Jaminan Sosial Nasional

Era implementasi SJSN telah dimulai sejak tanggal 1 Januari 2014, sejak tanggal itu kita telah mempunyai Badan Hukum Publik yang diamanatkan untuk penyelenggaraan program jaminan sosial, yakni terdiri dari BPJS Kesehatan dan BPJS Ketenagakerjaan. BPJS Kesehatan menyelenggarakan Program Jaminan Kesehatan bagi seluruh penduduk terhitung sejak tanggal 1 Januari 2014, sedangkan BPJS Ketenagakerjaan tetap menyelenggarakan program Jaminan Kecelakaan Kerja (JKK), Jaminan Hari Tua (JHT) dan Jaminan Kematian (JKM) yang sebelumnya diselenggarakan oleh PT. Jamsostek (Persero) sampai dengan tanggal 30 Juni 2015. Terhitung tanggal 1 Juli 2015 BPJS Ketenagakerjaan mulai beroperasi penuh menyelenggarakan empat program jaminan sosial sesuai

dengan Undang-Undang Sistem Jaminan Sosial Nasional bersama *Stakeholder* terkait telah menyusun Peta jalan menuju Jaminan Kesehatan Nasional dan Peta jalan Penyelenggaraan Program Jaminan Sosial Ketenagakerjaan. Kedua Peta jalan tersebut telah diberikan payung hukum, yaitu Peraturan Presiden Nomor 74 Tahun 2014 (Chazali H.S,2016;24).

Pada saat mulai beroperasinya BPJS Kesehatan pada tanggal 1 januari 2014, seluruh peraturan pelaksanaan program Jaminan Kesehatan sudah dapat diselesaikan sesuai yang ditargetkan dalam Peta jalan. Walaupun dari hasil monitoring dan evaluasi yang dilakukan oleh DJSN dirasakan sangat sedikit waktu yang tersedia untuk memahami dan mensosialisasikannya kepada pemangku kepentingan.

Selain itu regulasi yang ada juga belum secara jelas dijabarkan pada peraturan turunan atau pedoman pelaksanaannya, serta masih terdapat produk hukum penyelenggaraan jaminan kesehatan yang tidak sinkron dengan peraturan perundang-undangan yang lebih tinggi. Untuk hal ini DJSN telah menyampaikan rekomendasi agar BPJS Kesehatan melaksanakan telaah dan analisis terhadap peraturan-peraturan pelaksanaan yang tidak sinkron dengan operasional pelayanan, serta melakukan pembahasan bersama pemangku kepentingan terkait untuk sinkronisasi dan harmonisasi peraturan pelaksanaan jaminan kesehatan

Dari aspek kepesertaan salah satu konsensus yang disepakati dalam peta jalan adalah pentahapan perluasan kepesertaan dengan mempertimbangkan kemudahan penarikan atau pembayaran iuran, sehingga untuk kepesertaan di kalangan pekerja diprioritaskan kepada pekerja penerima upah, namun konsensus ini sama sekali tidak menghalang-halangi bukan penerima upah atau pekerja

mandiri mendaftar sebagai peserta program jaminan kesehatan. Ketentuan tersebut juga telah diatur dalam Perpres Nomor 111 tahun 2013 yang menyatakan bahwa BPJS Kesehatan mulai tanggal 1 Januari 2014 berkewajiban menerima pembayaran kepesertaan yang diajukan oleh pemberi kerja dan pekerja bukan penerima upah. Kenyataan dilapangan menunjukkan bahwa antusiasme masyarakat untuk mendaftar diri sebagai peserta jaminan kesehatan kepada BPJS kesehatan sangat tinggi.

Dalam peta jalan ditargetkan bahwa pada tahun 2014 kepesertaan BPJS kesehatan mencapai 121,6 juta jiwa. Dari hasil monitoring dan evaluasi yang dilakukan DJSN pada semester 1 tahun 2014 peserta BPJS Kesehatan sudah mencapai 124,6 juta jiwa (Chazali.H.S. 2016: 24). Tentu saja diharapkan kepada pemberi kerja untuk segera mendaftarkan diri serta seluruh pekerjanya untuk menjadi peserta jaminan kesehatan pada BPJS Kesehatan.

Kewajiban pemberi kerja untuk mendaftar sebagai peserta pada BPJS Kesehatan dilakukan secara bertahap. Untuk pemberi kerja pada BUMN, usaha besar, usaha menengah dan usaha kecil dilakukan paling lambat tanggal 1 Januari 2015. Sedangkan untuk pemberi kerja pada usaha mikro paling lambat tanggal 1 Januari 2016, dan seluruh pekerja bukan penerima upah diberikan kesempatan untuk mendaftarkan diri dan keluarganya sampai dengan 1 Januari 2019. Dengan demikian pada tahun 2019 seluruh pekerja dan pemberi kerja sudah menjadi peserta program jaminan kesehatan pada BPJS Kesehatan. Kesimpulan dari hasil monitoring dan evaluasi yang dilakukan oleh DJSN.

Pada dasarnya BPJS Kesehatan telah melakukan upaya perbaikan pengelolaan program dari berbagai aspek penyelenggaraan. Namun demikian

berbagai kendala teknis operasional tetap harus segera diselesaikan. Penyiapan sumberdaya manusia BPJS Kesehatan memegang peranan penting. Komunikasi dan koordinasi dengan berbagai pihak harus secara rutin dan intensif dilaksanakan untuk mengantisipasi berbagai persoalan di lapangan.

Belum memadainya fasilitas kesehatan yang tersedia juga dirasakan belum memenuhi harapan masyarakat untuk mendapatkan pelayanan kesehatan yang optimal. Hal ini merupakan tantangan dalam merespon antusiasme masyarakat yang sangat tinggi untuk ikut sebagai peserta program jaminan kesehatan pada BPJS Kesehatan.

Strategi yang mesti dilakukan oleh pemerintah ke depan adalah mengupayakan peningkatan alokasi iuran jaminan kesehatan bagi seluruh masyarakat yang tidak mampu, sehingga seluruhnya dapat dibiayai oleh APBN. Alokasi anggaran APBD di masing-masing daerah didorong agar dapat digunakan untuk meningkatkan penyediaan fasilitas kesehatan serta SDM Kesehatan.

Strategi-Pentahapan Pencapaian *Universal Coverage* JKN patut mencermati berbagai aspek dan situasi implementasi di berbagai negara karena pengembangan cakupan Jaminan Kesehatan merupakan proses yang melibatkan pelaku utama yaitu penyelenggara program, kesiapan institusi pelayanan kesehatan serta kemampuan ekonomi masyarakat sebagaimana yang termuat dalam Jurnal Internasional (E. Richard Brown,1992). "*Problem of health insurance coverage and health care in the united States : Public and Private Solution Strategies*" yang menyatakan :

*"National Health Insurance (NHI) proposal would provide a comprehensive package of benefit coverage essentially the entire population in on financing program what would pay for care obtained from*

*independent practitioners and facilities or organized health plan. Health insurance coverage would no longer depend on or be tied to employment, people would coverage because they are resident of country, and their coverage would not status of the terminate or change due to change in their employment status or marital status."Political pressure is growing rapidly to control health care costs and to extend coverage to the uninsured."*(Brown Richard,1992).

Demikian pula hasil kajian terhadap Reformasi Asuransi Kesehatan di Amerika dalam laporan utama jurnal asuransi kesehatan (Benjamin. D. Sommers dkk, 2014) yang menyatakan dalam "*Health reform and Change in Health Insurance Coverage in 2014* " yang menyatakan :

*"National estimates of coverage after the open-enrollment period will not be available from federal surveys until late 2014, and reliable state level estimate will not be available until the fall of 2015. Future research which these government-conducted surveys will be valuable to collaborate. These findings, minor future trends, and future assess the downstream effect of coverage."* (Benjamin.D.Sommers, 2014).

### **9. Implikasi JKN dalam Isu Pembangunan Prioritas.**

Dalam Agenda Pembangunan Nasional (Nawacita), Pembangunan Kesehatan diterjemahkan ke dalam poin Nawacita 5 yang berbunyi "**Meningkatkan kualitas hidup manusia Indonesia**" dengan salah satu programnya yaitu Kartu Indonesia Sehat (KIS) yang lebih dikenal dengan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN). Melalui Program JKN yang salah satunya diterjemahkan dalam Kartu Indonesia Sehat pemerintahan Jokowi-JK berupaya melakukan akselerasi pembangunan kesehatan guna memenuhi hak warga negaranya. Implikasi dari kebijakan besar tersebut yakni diikuti dengan alokasi anggaran belanja negara yang sangat besar pula. Dalam APBN 2015 sekitar 32% dari total anggaran belanja negara Rp2.039,5 triliun telah disediakan anggaran

untuk kementerian negara/lembaga sekitar 647,3 triliun yang merupakan prosentase terbesar dari seluruh penggunaan anggaran. Untuk Kementerian Kesehatan pada tahun 2015 mendapatkan porsi anggaran sebesar 47,8 triliun. Anggaran itu merupakan amanat guna menjawab tiga tantangan mendasar dalam pembangunan kesehatan salah satunya adalah terkait dengan aksesibilitas pelayanan kesehatan bagi seluruh masyarakat. (BBPK,Ciloto 2015:8)

Dalam Peraturan Presiden Nomor 19 tahun 2016 yang merupakan perubahan ke dua atas Perpres 12 /2013 tentang Jaminan Kesehatan bahwa sesuai dengan pasal 1 ayat 1 yang dimaksud dengan 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 pemerintah. Sedangkan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan yang selanjutnya disebut BPJS Kesehatan adalah badan hukum yang dibentuk untuk menyelenggarakan program jaminan kesehatan. Peserta dalam BPJS Kesehatan adalah setiap orang, termasuk orang asing yang telah bekerja paling singkat 6 (enam) bulan di Indonesia, yang telah membayar iuran. Sedangkan yang dimaksud dengan Manfaat adalah faedah jaminan sosial yang menjadi hak peserta dan/atau anggota keluarganya.

Mengingat pentingnya penyelenggaraan Jaminan Kesehatan Nasional sebagai pilar utama pembangunan nasional Sekretaris Jendral Kementerian Kesehatan Republik Indonesia dalam sambutannya yang dituangkan dalam Buku Pedoman Penyelenggaraan Rapat Kerja Kesehatan Nasional tahun 2016 maka disebutkan juga tentang Pameran Pembangunan Kesehatan yang intinya

memberikan kesempatan bagi daerah propinsi dan kabupaten seluruh Indonesia untuk saling belajar dan berbagi pengalaman. Salah satu pameran tersebut adalah diadakannya Stand Konsultasi Jaminan Kesehatan Nasional. Pameran konsultasi tentang JKN ini dimaksudkan agar daerah dapat berkonsultasi dengan pusat untuk membahas permasalahan yang ada terkait dengan Jaminan Kesehatan Nasional dan pelayanan kesehatan.

Fakta ini menunjukkan bahwa pentingnya pemahaman tentang penyelenggaraan BPJS Kesehatan sebagai pelaksana JKN bagi setiap strata pelayanan sehingga akan memberikan penjelasan yang lengkap bagi penyelenggaraan BPJS Kesehatan di lapangan.

Berdasarkan data evaluasi penyelenggaraan JKN di Kabupaten Kotawaringin Barat tahun 2015 bahwa besaran anggaran Jaminan Kesehatan untuk masyarakat Kotawaringin Barat yang bersumber dari APBD sebesar Rp8.477.700.000,00 sedangkan yang bersumber dari APBN sebesar Rp8.479.609.200,00 sehingga total anggaran sebesar Rp. 16.957.309.200 (enam belas milyar sembilan ratus lima puluh tujuh juta tiga ratus sembilan ribu dua ratus rupiah). Jumlah pasien rujukan yang dikirim dari Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) ke Fasilitas Kesehatan Tingkat Lanjut (FKTL) sebanyak 6.938 orang.

#### **10. Jaminan Kesehatan Nasional (JKN)**

Konsep awal asuransi kesehatan ditujukan untuk mengatasi kesulitan masyarakat memperoleh pelayanan kesehatan karena makin meningkatnya biaya kesehatan tersebut, banyak upaya telah dilakukan, salah satu di antaranya yang dinilai menjanjikan banyak harapan maka diperkenalkannya Program Asuransi

Kesehatan. Adapun yang dimaksud dengan asuransi kesehatan adalah suatu sistem pembiayaan kesehatan yang menggabungkan risiko jatuh sakit seseorang ke dalam suatu kelompok, dan dengan menggunakan dana yang dikumpulkan dari anggota kelompok, ditanggung biaya pelayanan kesehatan yang dibutuhkan oleh setiap anggota kelompok (Athern, 1960 dalam Azwar, 202:55)

Sebenarnya upaya untuk memperkenalkan Program Asuransi Kesehatan yang salah satu tujuan utamanya adalah untuk membebaskan, penataan subsistem masyarakat dari kesulitan menyediakan biaya tunai pada waktu jatuh sakit, telah lama dilakukan. Program ini telah dikenal paling tidak sejak 600 tahun sebelum masehi yakni dengan diperkenalkannya *thiasoi* dan *eranoi* di Yunani serta *collegia* di Roma. Hanya pada waktu itu pesertanya masih terbatas karena hanya diikuti dikalangan rohanian saja.

Program asuransi kesehatan yang lebih intensif baru muncul sekitar abad ke 18, yakni ketika pemerintah mulai memberikan perhatiannya, dirintis pertama kali di Inggris pada tahun 1793, untuk kemudian diikuti oleh banyak negara Eropa lain, antara lain Jerman pada tahun 1883, yakni ketika negara tersebut dibawah kepemimpinan Otto Von Bismark.

Sayangnya perkembangan selanjutnya program Asuransi kesehatan ini kurang menggembirakan, penyebab utamanya adalah karena penyelenggara Program Asuransi kesehatan kurang memperhatikan karakteristik khusus yang dimiliki oleh pelayanan kesehatan. Diperkenalkannya program asuransi kesehatan yang menerapkan sistem tiga pihak (*three parties system*) yakni pengelola program asuransi kesehatan, penyelenggara pelayanan kesehatan serta pemakai jasa pelayanan kesehatan, dengan mekanisme pembayaran kepada penyelenggara

pelayanan dalam bentuk tagihan (*reimbursement*), sebagaimana yang sangat populer di Amerika Serikat pada sekitar tahun 70-an, ternyata banyak menimbulkan malapetaka.

Sebagai jalan keluar, disepakati untuk dapat mengendalikan biaya kesehatan, penataan subsistem pembiayaan kesehatan saja dinilai tidak cukup. Untuk hasil yang optimal penataan sub sistem pembiayaan kesehatan harus dilakukan secara terpadu dengan penataan sub sistem pelayanan kesehatan. Disini subsistem pelayanan kesehatan dirancang sedemikian rupa, sehingga meskipun tetap dituntut dapat mengendalikan sisi supply pelayanan kesehatan, tetapi tetap dapat memuaskan pemakai jasa pelayanan kesehatan, Penataan terpadu kedua subsistem ini dikenal dengan nama pelayanan kesehatan terkendali (*managed care*) yang saat ini tampak sangat populer di banyak negara (Azwar,202 :58).

Asuransi sosial sangat dibutuhkan di Indonesia mengingat kesehatan adalah hak, sedangkan pada saat ini tidak semua masyarakat dapat mengakses pelayanan kesehatan, yang penyebabnya antara lain adalah ketiadaan biaya. (Sulastomo (2002) dalam Djuhaeni,2007).

Pengembangan asuransi kesehatan sosial perlu ditunjang dengan peningkatan sumber daya dari keempat komponen asuransi sebagai berikut :

- 1) Peserta, dalam hal peningkatan premi.
- 2) Badan Penyelenggara, dalam hal peningkatan manajemen.
- 3) Pemberi Pelayanan Kesehatan (PPK), dalam hal peningkatan kualitas dan manajemen.
- 4) Badan Pembina,dalam hal peningkatan pengawasan.

Proses pembuatan undang-undang yang berkaitan dengan asuransi di luar Askes dan Jamsostek serta Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat (JPKM) sebagai cikal bakal pelaksanaan asuransi kesehatan sosial akan mendukung pelaksanaan asuransi kesehatan nasional pada masa yang akan datang.

Sebagai suatu cara penyelenggaraan pemeliharaan kesehatan JPKM mengandung unsur-unsur peningkatan efisiensi dan efektivitas dalam pemeliharaan kesehatan. JPKM tergolong dalam "*managed care*". Namun jurus-jurus untuk efisiensi dan efektivitas dalam JPKM merupakan rumusan Indonesia dengan memilih yang terbaik dari pengalaman banyak negara (Amerika Serikat, Amerika Latin, negara-negara di Eropa) yang sesuai bagi situasi Indonesia.

Dapat dikatakan bahwa JPKM dirancang untuk memberi manfaat kepada semua pihak yang berkaitan dengan pemeliharaan kesehatan, baik masyarakat konsumen jasa kesehatan sendiri, para pelaksana pemeliharaan kesehatan (PPK) baik dijenjang tingkat pertama, sekunder dan tertier, para badan penyelenggara, pemerintah, serta dunia usaha

Berikut beberapa manfaat JPKM bagi berbagai pihak ;

- 1) Manfaat bagi masyarakat ;
  - a. Masyarakat terlindungi/terjamin dalam memperoleh pelayanan kesehatan yang dibutuhkannya.
  - b. Masyarakat memperoleh pelayanan kesehatan paripurna (preventif, promotif, kuratif, rehabilitatif) yang bermutu.
  - c. Masyarakat mengeluarkan biaya yang ringan untuk kesehatan karena asas usaha bersama dan kekeluargaan dalam JPKM memungkinkan terjadi subsidi silang yang mana yang sehat membantu yang sakit.

- d. Terjaminnya pemerataan pelayanan kesehatan bagi masyarakat.
  - e. Meningkatnya derajat kesehatan masyarakat utamanya melalui upaya preventif dan promotif agar seseorang tidak jatuh sakit.
- 2) Manfaat bagi PPK (Pemberi Pelayanan Kesehatan):
- a. PPK dapat merencanakan pelayanan kesehatan yang lebih efisien dan efektif bagi peserta karena ditunjang sistem pembayaran kapitasi.
  - b. PPK akan memperoleh balas jasa yang makin besar dengan terpeliharanya kesehatan konsumen.
  - c. PPK dapat dapat lebih meningkatkan profesionalisme, kepuasan kerja dan mengembangkan mutu pelayanan.
- 3) Manfaat bagi Pemerintah/Pemda :
- a. Subsidi pemerintah dapat dialokasikan kepada yang lebih memerlukan utamanya bagi masyarakat miskin, kapitasi dalam JPKM memakai perhitungan unit cost riil/non subsidi, maka pemda dapat menyesuaikan tarif bagi masyarakat mampu.
  - b. Pengeluaran Pemda untuk membiayai bidang kesehatan dapat lebih efisien.
  - c. Pemda memperoleh masyarakat yang sehat dan produktif dengan biaya yang berasal dari masyarakat sendiri. (Azwar ,202 :11)

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. (Kemenkes RI, 2016.)

Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) yang dikembangkan di Indonesia merupakan bagian dari Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) yang diselenggarakan melalui mekanisme asuransi sosial yang bertujuan agar seluruh penduduk Indonesia terlindungi dalam sistem asuransi sehingga mereka dapat memenuhi kebutuhan dasar kesehatan. Perlindungan ini diberikan kepada setiap orang yang telah membayar iuran atau iurannya dibayar oleh Pemerintah.

Unsur –unsur yang penyelenggaraan dalam JKN meliputi :

1) Regulator

Regulator yang meliputi berbagai kementerian/lembaga terkait antara lain, Kementerian Koordinator Kesejahteraan Rakyat, Kementerian Kesehatan, Kementerian Keuangan, Kementerian Sosial, Kementerian Tenaga Kerja dan Transmigrasi, Kementerian dalam Negeri, dan Dewan Jaminan Sosial Nasional (DJSN).

2) Peserta Program JKN

Peserta program JKN adalah seluruh penduduk Indonesia, termasuk orang asing yang bekerja di Indonesia paling singkat 6 (enam) bulan yang telah membayar iuran.

3) Pemberi Pelayanan Kesehatan

Pemberi Pelayanan Kesehatan adalah seluruh fasilitas layanan kesehatan primer (Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama) dan rujukan (Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjut).

4) Badan Penyelenggara

Badan Penyelenggara adalah badan hukum publik yang menyelenggarakan program jaminan kesehatan sebagaimana yang ditetapkan

oleh undang-undang nomor 24 tahun 2014 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS)

Prinsip-Prinsip Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) mengacu pada prinsip-prinsip SJSN.

## 11. Komunikasi Organisasi

### a. Komunikasi Antar Pribadi

Menurut Judy C, Person 1983 dalam Sandjaja,SD (2014) menyebutkan ada enam karakteristik komunikasi antar pribadi. *Pertama*, komunikasi antar pribadi dimulai dengan diri pribadi (*self*). Berbagai persepsi komunikasi yang menyangkut pengamatan dan pemahaman berangkat dari dalam diri kita, artinya dibatasi oleh siapa diri kita dan bagaimana pengalaman kita. *Kedua*, komunikasi antar pribadi bersifat transaksional. Anggapan ini mengacu pada tindakan pihak-pihak yang berkomunikasi secara serempak penyampaian dan menerima pesan. *Ketiga*, Komunikasi antar pribadi mencakup aspek-aspek isi pesan dan hubungan antar pribadi. Maksudnya komunikasi antar pribadi tidak hanya berkenaan dengan isi pesan yang dipertukarkan, tetapi juga melibatkan partner komunikasi kita dan hubungan kita dengan partner tersebut. *Keempat*, komunikasi antar pribadi mensyaratkan adanya kedekatan fisik antara pihak-pihak yang berkomunikasi. *Kelima*, komunikasi antar pribadi melibatkan pihak-pihak yang saling tergantung satu dengan yang lainnya (interdependen) dalam proses komunikasi. *Keenam*, komunikasi antar pribadi tidak dapat diubah maupun diulang.

Jika kita salah mengucapkan sesuatu kepada partner komunikasi kita, mungkin kita dapat minta maaf dan diberi maaf, tetapi itu tidak berarti menghapus hal yang pernah kita ucapkan. Demikian pula kita tidak dapat mengulang suatu pernyataan dengan harapan untuk mendapatkan hasil yang sama karena dalam proses komunikasi antar manusia, hal ini akan sangat tergantung dari tanggapan partner komunikasi kita. (Sandjaja.SD:2014:2.2).

#### b. Komunikasi Kelompok

Michael Burgoon dan Michael Ruffner dalam bukunya "*Human communication, A Revision Of Approaching Speech/Communication*", memberi batasan komunikasi kelompok sebagai interaksi tatap muka dari tiga atau lebih individu guna memperoleh maksud atau tujuan yang dikehendaki seperti berbagi informasi, pemeliharaan diri atau pemecahan masalah sehingga semua anggota dapat menumbuhkan karakteristik pribadi anggota lainnya dengan akurat (*the face to face interaction of three or more individuals, for a recognized purpose such as information sharing, self – maintenance, or problem solving, such that the members are able to personal characteristics of the other members accurately*). Ada empat elemen dari definisi yang tercakup dalam definisi di atas, yaitu interaksi tatap muka, jumlah partisipan yang terlibat dalam interaksi, maksud atau tujuan yang dikehendaki dan kemampuan anggota untuk dapat menumbuhkan karakteristik pribadi anggota lainnya. (Sandjaja,SD,2014:3.4)

Terminologi tatap muka (*face to face*) mengandung makna bahasa setiap anggota kelompok harus dapat melihat dan mendengar anggota lainnya dan harus juga dapat mengatur umpan balik secara verbal maupun

non verbal dari setiap anggotanya. Jumlah partisipan dalam komunikasi kelompok berkisar antara 3 sampai 20 orang. Pertimbangannya, jika jumlah partisipan melebihi 20 orang, kurang memungkinkan berlangsungnya suatu interaksi dimana setiap anggota kelompok mampu melihat dan mendengar anggota lainnya. Karenanya kurang tepat untuk dikatakan sebagai komunikasi kelompok

### c. Komunikasi Organisasi

Goldhaber 1986 dalam Arni (2009:67) memberikan definisi komunikasi organisasi diperlukan adanya jaringan komunikasi yang akan menentukan perkembangan organisasi sebagai berikut :

*"organization communications is the process of creating, and exchanging messages within network of interdependent relationship to cope with environmental uncertainty"*

Maknanya Komunikasi organisasi adalah proses menciptakan dan saling menukar pesan dalam satu jaringan hubungan yang saling tergantung satu sama lain untuk mengatasi lingkungan yang tidak pasti atau yang selalu berubah ubah. Definisi ini mengandung tujuh konsep kunci yaitu: proses, pesan, jaringan, saling tergantung, hubungan, lingkungan dan ketidakpastian.

Organisasi adalah komposisi sejumlah orang yang menduduki posisi atau peranan tertentu. Diantara orang-orang tersebut terjadi pertukaran pesan melalui jaringan yang disebut dengan jaringan komunikasi. Suatu jaringan komunikasi berbeda dalam besar dan strukturnya. Mungkin harus ada dua orang, tiga atau lebih dan mungkin juga melibatkan keseluruhan organisasi. Bentuk struktur dan jaringannya pun itu berbeda-beda.

Bentuk kesetaraan hubungan penyelenggaraan JKN yang meletakkan antara BPJS Kesehatan, Pemberi Pelayanan Kesehatan dan Peserta menginsyaratkan bahwa pentingnya komunikasi yang efektif akan memberi penguatan dalam operasionalisasi masing-masing pihak sesuai hak dan kewajibannya. Dalam realitas penyelenggaraan JKN hal tersebut akan terimplementasikan pada komunikasi individu para pelaksana kebijakan penyelenggaraan JKN di lapangan.

Peranan individu dalam sistem komunikasi ditentukan oleh hubungan struktur antara satu individu dengan individu lainnya dalam organisasi. Hubungan ini ditentukan oleh pola hubungan antara individu dengan arus informasi dalam jaringan komunikasi organisasi. Oleh karena itu diperlukan suatu analisis jaringan agar mampu memperoleh teknik komunikasi yang efektif. Melalui analisis jaringan ini akan diketahui koneksi antar individu dalam organisasi serta hubungan tertentu (klik), keterbukaan suatu kelompok dengan kelompok dan orang-orang yang memegang peranan utama organisasi. Ada enam peranan jaringan komunikasi (Arni Muhammad, 2009), yaitu :

- a. **Opinion Leader**, adalah pimpinan informal dalam organisasi. Mereka ini tidaklah selalu orang-orang yang mempunyai kedudukan dalam organisasi. Tetapi membimbing tingkah laku anggota organisasi dan mempengaruhi keputusan mereka.
- b. **Gate Keepers**, adalah individu yang mengontrol arus informasi. Mereka berada di tengah suatu jaringan dan menyampaikan pesan dari seseorang kepada orang lain atau tidak memberikan informasi. *Gate Keeper* dapat

menolong anggota penting dari organisasi misalnya pimpinan, menghindari informasi yang terlalu banyak dengan jalan hanya memberikan informasi yang penting-penting saja terhadap mereka. Dalam hal ini *Gate keeper* mempunyai kekuasaan dalam memutuskan apakah suatu informasi penting atau tidak. Jika *gate keeper* memutuskan bahwa suatu informasi dianggap tidak penting, kemudian seseorang harus memerlukan informasi tersebut, maka mungkin informasi tersebut tidak diberikan. Nyatalah bahwa peran *gate keepers* ini sangat penting dalam jaringan komunikasi.

- c. ***Cosmopolites***, adalah individu yang menghubungkan organisasi dengan lingkungannya. Mereka ini mengumpulkan informasi dari sumber-sumber yang ada dalam lingkungannya dan memberikan informasi mengenai organisasi kepada orang-orang tertentu dalam lingkungannya.
- d. ***Bridge***, adalah anggota kelompok dalam organisasi atau klik dalam suatu organisasi yang menghubungkan kelompok itu dengan anggota kelompok lainnya. Individu ini membantu saling memberi informasi diantara kelompok-kelompok dan mengkoordinasi kelompok.
- e. ***Laison***, adalah sama perannya dengan *Bridge*, tetapi individu itu sendiri bukanlah anggota dari satu kelompok, tetapi dia merupakan suatu penghubung di antara satu kelompok dengan kelompok yang lainnya. Individu ini juga membantu dalam membagi informasi yang relevan di antara kelompok-kelompok dalam organisasi.

f. *Isolate*, adalah anggota organisasi yang mempunyai kontak minimal dengan orang lain dalam organisasi. Orang-orang ini menyembunyikan diri dalam organisasi atau diasingkan oleh teman-temannya

Menurut Peter Drucker dalam Michael E. Hattersley (2008) salah satu prinsip fundamental dalam komunikasi :

*“Communication makes demands; “Communication always demands that the recipient become somebody, do something, believe something, Communication is other words, usually invites the recipient to give attention, understanding, insight, support, information and/or money. Perhaps most important, communication demand time, a business persons most valuable commodity.*

Aspek komunikasi ini sangat penting untuk dilakukan antar organisasi maupun antar individu dalam memenuhi kebutuhan perorangan maupun organisasi, sehingga akan menimbulkan sebuah kepercayaan dan saling menghargai antar pihak yang melakukan komunikasi. Konsep penyampaian informasi antara BPJS dengan peserta JKN merupakan bentuk saling menghargai dalam jaringan kerja Sistem penyelenggaraan JKN.

## 12. Sosialisasi

### a. Pengertian Sosialisasi

Berdasarkan teori yang dikemukakan oleh Soerjono Soekanto, yang dimaksud dengan sosialisasi adalah sesuatu proses anggota masyarakat mempelajari norma-norma dan nilai-nilai sosial dimana ia menjadi anggota. Sedangkan menurut Rittter Jr (1987) bahwa mendefinisikan tentang sosialisasi yakni proses seseorang memperoleh pengetahuan, ketrampilan dan sikap yang diperlukan agar dapat berfungsi sebagai seorang dewasa dan sekaligus sebagai pemeran aktif dalam satu kedudukan atau peranan di

masyarakatnya. Sementara Sosialisasi menurut Slameto (2003:3) sosialisasi adalah suatu proses belajar mengajar. Dalam hal ini belajar merupakan suatu proses usaha yang dilakukan seseorang untuk memperoleh suatu perubahan tingkah laku yang baru secara keseluruhan, sebagai hasil pengalamannya sendiri dalam interaksi dengan lingkungannya.

Secara umum sosialisasi adalah sebuah proses penanaman atau transfer kebiasaan atau nilai dan aturan dari suatu generasi ke generasi lainnya dalam sebuah kelompok atau masyarakat.

Berdasarkan berbagai pendapat diatas Sosialisasi secara sederhana dapat diartikan sebagai penyebaran informasi (program, kebijakan, peraturan) dari satu pihak (pemilik program, kebijakan, peraturan) kepada pihak-pihak lain (aparatur, masyarakat yang terkena program, dan masyarakat umum). Sosialisasi merupakan salah satu strategi komunikasi dalam menyebarkan pesan. Dalam hal ini menunjukkan bahwa komunikasi sebagai proses kegiatan yang bersifat dinamis. Sesuatu yang didefinisikan sebagai proses, berarti unsur-unsur yang ada didalamnya bergerak aktif, dinamis dan tidak statis (Hafied,2009:51).

Komunikasi sebagai proses sosial merupakan bagian integral dari dinamika masyarakat itu sendiri. Kegiatan penyuluhan atau sosialisasi merupakan kegiatan komunikasi, ini ditandai dengan adanya proses penyebaran pengetahuan dari seorang penyuluh (komunikator) kepada masyarakat sasaran (komunikan) dengan tujuan meningkatkan pengetahuan (Suprpto dan Fahrianoor, 2004 :10)

Memperhatikan berbagai definisi serta berbagai ungkapan diatas mengenai Sosialisasi maka dalam hal ini dapat disarikan sebagai berikut :

- 1) Sosialisasi merupakan proses yang berlangsung sepanjang hidup manusia dan berlangsung secara dinamis mengikuti perkembangan peradaban.
- 2) Di dalam sosialisasi terdapat saling pengaruh antara individu beserta potensi kemanusiannya dengan masyarakat beserta kebudayaannya.
- 3) Melalui proses sosialisasi, individu menyerap pengetahuannya, kepercayaan, nilai-nilai, norma-norma, sikap dan ketrampilan-ketrampilan dari kebudayaan masyarakatnya.
- 4) Pada sosialisasi akan menghasilkan perkembangan kepribadian seseorang.

Sosialisasi dapat diartikan sebagai salah satu bentuk kegiatan untuk melakukan promosi. Metode promosi dapat digolongkan berdasarkan teknik komunikasi, sasaran yang dicapai dan indra penerima dari sasaran komunikasi.

Berdasarkan teknik komunikasi metode sosialisasi terdiri dari :

- 1) Metode penyuluhan langsung, yaitu sosialisasi yang dilakukan dengan berhadapan langsung, contohnya : FGD, pertemuan diskusi, pertemuan di balai desa, dll.
- 2) Metode yang tidak langsung, yaitu sosialisasi dilakukan tidak dengan bertatap muka secara langsung, namun melalui perantara, misalnya dalam bentuk media cetak atau elektronik.

Sedangkan berdasarkan jumlah sasaran yang ingin dicapai, sosialisasi yang dilakukan yaitu :

- 1) pendekatan perorangan, misalnya kunjungan rumah, hubungan telepon, dll.
- 2) Pendekatan Kelompok, misalnya pertemuan FGD, diskusi kelompok, forum pertemuan, dll.

#### **b. Proses Sosialisasi program JKN**

Proses sosialisasi terjadi melalui interaksi sosial, yaitu hubungan antara manusia yang menghasilkan adanya proses pengaruh mempengaruhi. WHO menjelaskan bahwa perilaku seseorang dipengaruhi oleh 4 (empat) faktor yaitu: Pengetahuan, Sikap, adanya acuan atau referensi dari seorang atau pribadi yang dipercayai, sumberdaya dan sosial budaya. Sehingga dapat disimpulkan bahwa perilaku seseorang ditentukan oleh pemikiran atau perasaan seseorang dan adanya orang lain sebagai referensi (Notoatmojo,2007).

Dalam proses pendewasaan manusia maka berdasarkan pengalamannya sendiri, ia akan selalu mempunyai suatu sistem tingkah laku (*behavior system*) yang akan diturunkan oleh watak pribadinya, yaitu bagaimana ia akan memberikan reaksi terhadap suatu pengalaman, Akhirnya sistem perilaku itulah yang akan menentukan dan membentuk sikapnya (*attitude*) terhadap sesuatu. Dalam proses komunikasi, menurut Lasswell sebagaimana dikutip Onong U, Effendy paling tidak melibatkan lima unsur, yaitu :

- 1) Komunikator (*communicator, source, sender*) yakni individu yang berinisiatif sebagai sumber atau untuk menyampaikan pesan-pesannya.

- 2) Pesan (*massage*) yaitu suatu gagasan atau ide berupa pesan, informasi, pengetahuan, ajakan, bujukan, atau ungkapan bersifat pendidikan dan emosi lain sebagai yang akan disampaikan komunikator pada perorangan atau kelompok (komunikan).
- 3) Media (*chanel, media*) yakni sarana atau saluran yang digunakan oleh komunikator dalam mekanisme penyampaian pesan-pesan kepada khalayak.
- 4) Komunikan (*communicant, receiver*) yaitu individu yang menerima pesan dari komunikator
- 5) Efek (*effect, impact, influent*) yakni suatu dampak yang terjadi dalam proses penyampaian pesan-pesan tersebut, yang dapat berakibat positif maupun negatif menyangkut tanggapan, persepsi dan opini dari hasil komunikasi tersebut (Effendy, 1989).

Merujuk pada pendapat Bittener (dalam Ardianto & Erdinaya, 2004) dalam teori komunikasi massa adalah pesan yang dikomunikasikan melalui media massa bagi sejumlah besar orang, maka unsur-unsur penting dalam komunikasi massa seperti di atas: dengan adanya komunikator, media massa, informasi (pesan massa) serta efek/dampak yang terjadi dari proses penyampaian pesan-pesan tersebut karena obyek komunikasi bukan saja penyampaian informasi, melainkan juga pembentukan pendapat umum dan sikap publik yang dalam kehidupan sosial memainkan peranan yang amat penting. Maka dalam definisinya secara khusus, disebutkan bahwa komunikasi adalah proses mengubah perilaku orang lain (Effendy,1990).

Agar komunikasi efektif, pesan yang merupakan salah satu faktor kunci komunikasi hendaknya mendapat perhatian yang cukup .

Banyak perencana komunikasi menganut gagasan untuk menggunakan teori perubahan (*theory of change*) sebagai panduan untuk merancang strategi komunikasi. Teori perubahan merupakan representasi dari apa yang perlu diterapkan untuk membuat perubahan tertentu terjadi. Kata kunci “*change*” atau perubahan merujuk pada tujuan pokok dari komunikasi, apakah itu merubah perilaku individu atau merubah kebijakan dan kehendak masyarakat. Teori perubahan mengidentifikasi strategi-strategi kunci yang harus digunakan, dan apa saja hasil yang harus dikeluarkan.(Safitri, 2016).

Dalam proses komunikasi Jaminan Kesehatan Nasional, komunikasi sangat diperlukan, terutama untuk menyampaikan pesan-pesan utama program JKN kepada masyarakat. Dalam konsep penyelenggaraan JKN maka BPJS kesehatan merupakan Komunikator yang bertugas menyampaikan pesan-pesan kepada peserta serta kepada pihak pemberi Pelayanan Kesehatan agar program JKN dapat berjalan sesuai aturan dan ketentuan yang berlaku dalam azas penyelenggaraan JKN. Sebagai sebuah kebijakan nasional serta JKN yang diselenggarakan oleh BPJS kesehatan tentunya memerlukan berbagai pesan-pesan utama dalam proses komunikasi sehingga pihak peserta memperoleh informasi yang memadai dalam merespon terhadap aturan dan prosedur yang perlu dilalui oleh masyarakat guna memperoleh manfaat. Dengan Demikian maka sosialisasi sebagai proses komunikasi program JKN harus dilakukan dengan

mempertimbangkan berbagai media untuk menyampaikan pesan utama yang tentu saja sangat beragam sesuai kondisi budaya masyarakat. Tanpa memperhatikan ragam masyarakat maka proses komunikasi program ini akan mengalami hambatan. Bukan saja isi pesan yang menjadi pokok komunikasi namun karakteristik masyarakat sasaran juga perlu diperhatikan agar efek dari komunikasi ini mampu membentuk pengetahuan serta melahirkan perilaku positif sebagai peserta JKN dalam mengikuti tata aturan serta prosedur untuk memperoleh layanan kesehatan.

Berdasarkan teori yang ada sesungguhnya yang sangat mendasar adalah apakah kegiatan sosialisasi JKN sudah sedemikian dilakukan sehingga masyarakat sebagai peserta bisa mengakses pelayanan secara benar untuk memperoleh hak pelayanan. Indikator ini juga bisa dilihat dari apakah sudah ada kemudahan informasi dalam memperoleh manfaat Jaminan Kesehatan Nasional ini. Karena target kepesertaan JKN ini adalah seluruh penduduk Indonesia. Sosialisasi prosedur Pelayanan rujukan merupakan unsur penting karena sifatnya yang cenderung "emergency" karena menyangkut unsur penyelamatan jiwa serta pembiayaan, disisi lain sifatnya mendesak untuk dilayani maka sudah barang tentu menjadi titik kritis dalam aspek pelayanan kesehatan di rumah sakit. Oleh karena itu ketepatan informasi sudah barang tentu menjadi faktor terpenting dalam hal jaminan kebenaran prosedur penanganan JKN.

Jumlah anggaran yang begitu besar berfungsi untuk terjadinya penjaminan pelayanan harus diikuti dengan pelaksanaan yang akuntabilitas, mudah diperoleh serta pelayanan yang terstandarisasi menjadi sebuah

tuntutan yang harus dipenuhi oleh para Pelaku yang termasuk dalam penyelenggaraan Jaminan Kesehatan Nasional. Jumlah Kasus Rujukan dari rawat FKTP (Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama) ke FKTL (Fasilitas Kesehatan Tingkat Lanjut) tahun 2015 di Kabupaten Kotawaringin Barat tercatat sebanyak 6.938 orang akan berbaur dengan pasien lain yang menggunakan layanan pihak pemberi pelayanan kesehatan FKTP yakni RSUD Sultan Imanuddin Pangkalan Bun. Kasus rujukan BPJS Kesehatan yang masuk di layanan RSUD Sultan Imanuddin Pangkalan Bun tahun 2016 tercatat sebanyak 49.014 orang. Jumlah pasien BPJS Kesehatan yang mencari pelayanan rujukan ke RSUD Sultan Imanuddin ini tentu harus mengikuti prosedur dan tatacara memperoleh layanan rujukan.

Minimnya informasi termasuk salah satu masalah yang dikemukakan oleh pihak Dinas Kesehatan Kabupaten Kotawaringin Barat terhadap sosialisasi penyelenggaraan JKN sangat mengidikasikan terjadinya *mis-informasi* khususnya bagi penyelenggara yang pasti juga berdampak pada minimnya pengetahuan BPJS Kesehatan bagi peserta. Hal ini akan sangat mempengaruhi kemampuan akses masyarakat peserta khususnya pada layanan rujukan yang tentu lebih kompleks baik dari sisi prosedur dan jenis pelayanan yang lebih bervariasi. Sudahkah program prioritas ini mampu menyajikan layanan yang komprehensif, mudah diakses, memberi informasi yang cukup kepada peserta, informasi yang jelas, serta memberi manfaat yang sebesar-besarnya bagi peserta JKN.

## **B. Penelitian Terdahulu**

Penelitian tentang Implementasi dan Sosialisasi Program Jaminan Kesehatan Nasional sudah pernah dilakukan. Beberapa penelitian memiliki kesamaan persepsi serta menjabarkan tinjauan dan pandangan yang menjadi tambahan keilmuan untuk penelitian ini, namun penelitian ini dilakukan pada lokus dan daerah yang berbeda dengan tinjauan dan indikator yang berbeda pula.

Beberapa penelitian terdahulu tersebut sebagaimana tercantum dalam tabel sebagai berikut :



Tabel 2.1: Penelitian Terdahulu

NO	TOPIK	METODE	TUJUAN PENELITIAN	HASIL	PERSAMAAN	PERBEDAAN
1	Rismawati,2014, Studi Evaluasi Sistem Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) oleh Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan dalam memberikan Jaminan Kesehatan	Kualitatif	Tujuan dari penelitian ini adalah untuk melihat gambaran pelayanan BPJS terhadap jaminan kesehatan bagi peserta sebagai salah satu tanggungjawab pemerintah dalam memberikan pelayanan kesehatan sebagaimana tujuan yang telah ditetapkan dalam penyelenggaraan Jaminan Kesehatan Nasional.	Sejak dilaksanakan program BPJS Mulai tanggal 1 januari 2014 maka tanggungjawab BPJS selaku badan bentukan negara yang bertugas mengelola jaminan Kesehatan warga masyarakat dalam bentuk jaminan pelayanan kesehatan. Setelah dalam kurun penyelenggaraan Jaminan Kesehatan Nasional, yang meliputi dari implementasi sistem Kepesertaan, sistem Pelayanan dan sistem pembiayaan. Hasil Penelitian menunjukkan bahwa masih diperlukan perbaikan sistem pengelolaan Kepesertaan dan Pembiayaan, serta mutu layanan kesehatan belum mencapai standar yang telah di syatkan dalam pencapaian tujuan penyelenggaraan Jaminan Kesehatan bagi peserta	Kedua penelitian ini sama-sama membahas peran BPJS dalam memberikan pelayanan kepada peserta JKN.	Penelitian Rismawati lebih mengarah pada bagaimana BPJS melakukan Pengelolaan pada sub sistem Kepesertaan, dan sub sistem Pembiayaan bagi peserta terhadap pencapaian tujuan pemerintah dalam penyelenggaraan JKN

NO	TOPIK	METODE	TUJUAN PENELITIAN	HASIL	PERSAMAAN	PERBEDAAN
				JKN. Disarankan agar bisa melakukan penguatan sub sistem kepesertaan dan pembiayaan dalam pencaiajan tujuan JKN.		
2	Sri Mursifah,2014 Studi Implementasi Kebijakan Transisi dari Jamkesda ke JKN di Kabupaten Tuban.	Kualitatif	Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui faktor-faktor sosial politik yang menyebabkan diambilnya kebijakan Jaminan Kesehatan Daerah (Jamkesda) dan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN). Serta untuk mengetahui penjelasan adanya Kepentingan negara untuk menyehatkan warganya dan untuk menjelaskan adanya implikasi politik dari kebijakan jaminan	Hasil dari penelitian ini menyatakan bahwa Jaminan Kesehatan Daerah lahir karena adanya program Jaminan Kesehatan Masyarakat Miskin (Jamkesmas) dalam pelaksanaanya tidak mencakup semua masyarakat miskin Karena keterbatasan dana yang dimiliki oleh pemerintah pusat sehingga diserahkan kepada pemeritah daerah setempat yang berasasal dari APBD masing-masing daerah. Sedangkan Kebijakan Jaminan Nasional (JKN) lahir dengan tujuan untuk mencapai <i>Universal health Coverage</i> (jaminan kesehatan bagi semua penduduk). JKN ternyata juga mempunyai tujuan antara lain memenuhi kesepakatan	Kedua penelitian ini sama-sama melihat kebijakan pemerintah dalam Implementasi JKN.	Pada penelitian Sri Mursifah penelitian kebijakan difokuskan pada unsur politik terhadap implikasi pada kebijakan peyelenggaraan Jamkesda dan JKN, sehingga lebih melihat sisi politik yang mempengaruhi terhadap pelaksanaan sebuah kebijakan bisa disebabkan

NO	TOPIK	METODE	TUJUAN PENELITIAN	HASIL	PERSAMAAN	PERBEDAAN
			kesehatan daerah dan jaminan kesehatan nasional.	internasional yaitu pembangunan millenium (MDGs) serta untuk memenuhi syarat bagi cairnya pinjaman dari Asean Development Bank (ADB) sebesar 1,4 Milyar US Dollar.		adanya momentum pemilihan Kepala Daerah.
3	M. Irwanda Firmansyah, 2016. Studi deskriptif tentang Sinergitas antara BPJS Kesehatan dengan Organisasi Profesi dalam penyediaan layanan kesehatan di Kota Surabaya.	Kualitatif	Untuk melihat sistem kesehatan yang dilaksanakan oleh BPJS secara utuh dan bagaimana sinergitas kewenangan antara BPJS Kesehatan dengan Organisasi profesi Kesehatan dalam penyediaan layanan kesehatan .	Sinergitas kewenangan antara BPJS Kesehatan dengan Organisasi Profesi dalam penyediaan layanan kesehatan di Kota Srabaya masih kurang. Hal ini terletak pada masih rendahnya koordinasi antara lembaga sehingga berdampak pada belum optimalnya komunikasi untuk merespon sebuah informasi karena masing-masing pihak memiliki berbagai kepentingan dari sudut pandang yang berbeda-beda, dan dalam kewenangan mengatur penyediaan layanan kesehatan hanyalah sebatas memberikan rekomendasi atau catatan saja karena di dalam penegakan hukum	Kedua penelitian ini sama sama membahas implementasi penyelenggaraan Jaminan Kesehatan pada aspek layanan kepada peserta, serta melibatkan pihak BPJS sebagai salah satu Informannya.	Penelitian M. Irwanda Firmansyah lebih menekankan pada aspek koordinasinya dan pembagian kewenangan dua pihak dalam penyediaan layanan kesehatan bagi peserta BPJS Kesehatan, sedangkan penelitian saya lebih fokus pada

NO	TOPIK	METODE	TUJUAN PENELITIAN	HASIL	PERSAMAAN	PERBEDAAN
				masih sebatas sosialisasi belum sampai dilakukannya pemberian sanksi administrasi.		implementasi sosialisasi atas hak dan kewajiban peserta dalam menerima layanan kesehatan sebagai peserta BPJS Kesehatan dalam hal ini JKN.
4	Rahma, S Mulisari, 2016. Studi deskriptif Kualitas Pelayanan Kesehatan untuk pasien peserta BPJS Kesehatan di RSUD Ibnu Sina Kabupaten Gresik .	Kualitatif	Studi ini bertujuan untuk mendeskripsikan kualitas pelayanan bagi penerima program BPJS Kesehatan di RSUD Ibnu Sina Kabupaten Gresik, Dimana Rumah sakit ini menjadi tempat	Hasil penelitian diperoleh informasi adanya enam dimensi pada kualitas layanan kesehatan, yaitu 1. <i>Tangibles</i> (bukti fisik), 2. <i>Responsifeness</i> (daya tanggap), 3. <i>Competence</i> (Kometensi), 4. <i>Credibility</i> (Kredibilitas), 5. <i>Access</i> (Akses), 6. <i>Communication</i> (komunikasi).	Kedua Penelitian ini sama-sama membahas implementasi kebijakan atas pelayanan peserta JKN,	Penelitian Rahma, S Mulisari, lebih menekankan atas deskripsi kualitas pelayanan kesehatan dengan berbagai dimensinya, kalau penelitian saya lebih pada

NO	TOPIK	METODE	TUJUAN PENELITIAN	HASIL	PERSAMAAN	PERBEDAAN
			<p>rujukan pasien BPJS.</p>			<p>implementasi sosialisasi agar pasien atau peserta BPJS mampu mengakses pelayanan dengan tepat dan tanpa menemui kendala yang bermakna dalam menerima haknya sebagai peserta JKN.</p>
5	<p>Yuliana Marsum, 2015. Evaluasi strategi komunikasi program sosialisasi reformasi birokrasi (studi kasus pada program pencatatan nikah di kementerian</p>	<p>Kualitatif</p>	<p>Tujuan penelitian ini yaitu untuk mengevaluasi implementasi strategi komunikasi sebagai salah satu program reformasi birokrasi pada pencatatan nikah</p>	<p>Hasil dari penelitian ini adalah bahwa strategi komunikasi pada program pelayanan pencatatan nikah di Kementerian Agama telah menerapkan kerangka <i>Nine Steps of Strategic Public Relations</i> yaitu; Analisa situasi, analisa organisasi, analisa publik, tujuan dan sasaran, tindakan dan respon strategis.</p>	<p>Kedua Penelitian ini sama-sama membahas implementasi aspek komunikasi dan sosialisasi sebagai bagian</p>	<p>Yuliana Marsum lebih meneliti tentang komunikasi sosialisasi pada reformasi birokrasi di kementaerian agama,</p>

NO	TOPIK	METODE	TUJUAN PENELITIAN	HASIL	PERSAMAAN	PERBEDAAN
	Agama)		di kementerian agama.	Namun demikian terdapat step yang harus dioptimalkan ; <i>Beuraucratic, Reform of Indonesia Government and accountable.</i>	kebijakan publik.	sedangkan penelitian saya meneliti tentang sosialisasi tentang hak dan kewajiban peserta JKN, oleh BPJS Kesehatan.
6	Rika Rejeki,2014. Sosialisasi Program Jaminan Kesehatan Nasional Oleh Tim Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kepada Pasien di RSUD RAA Soewondo Kabupaten Pati.	Kualitatif	Tujuan penelitian ini Tujuan Penelitian yaitu untuk mengetahui capaian indikator keberhasilan indikator sosialisasi antara lain masyarakat mengetahui tentang JKN beserta prosedur-prosedurnya, serta pemahaman masyarakat tentang BPJS dapat meningkat.	Hasil dari penelitian diketahui Hasil Penelitian bahwa proses perencanaan terkait sosialisasi program JKN kepada pasien, meliputi perencanaan SDM, pelaksanaan sosialisasi, sarana dan prasarana, penentuan sasaran, menyusun strategi dan metode serta materi yang akan di sampaikan. Penelitian ini juga menunjukkan adanya peningkatan pengetahuan pasien setelah mengikuti sosialisasi JKN, diantaranya mengenai manfaat,	Kedua penelitian ini sama-sama melihat aspek sosialisasi JKN yang diberikan kepada Peserta JKN .	Penelitian Rika Rejeki, fokus pada sosialisasi yang dilakukan oleh TIM BPJS, sedangkan penelitian saya disamping meneliti sosialisasi yang dilakukan oleh BPS juga meneliti

NO	TOPIK	METODE	TUJUAN PENELITIAN	HASIL	PERSAMAAN	PERBEDAAN
				<p>persyaratan kepesertaan dan alur pendaftaran. Respon atau tanggapan pasien terhadap pelaksanaan sosialisasi program JKN ada yang senang , antusias dan ada pula yang masih acuh.</p>		<p>Penyampaian informasi yang dilakukan oleh Petugas di Rumah sakit, Disamping itu karakteristik Rumah Sakit sebagai lokusnya berbeda.</p>
7	<p>Marlia Saftri, 2015. Implementasi Sosialisasi Jaminan Kesehatan Nasional (Studi di kelurahan Langka Pura, Kecamatan Langka Pura, Kota Bandar Lampung).</p>	Kualitatif	<p>Penelitian ini bertujuan untuk medeskripsikan Implementasi Sosialisasi Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) di Kelurahan Langkapura, Kecamatan Kemiling, Kota Bandar Lampung penyebaran informasi yang dilakukan Badan</p>	<p>Sosialisasi jaminan kesehatan nasional dilakukan dengan komunikasi tidak langsung, Sosialisasi ini masih sangat minim karena komunikasi langsung hanya melalui puskesmas, sedangkan kecamatan dan kelurahan hanya berperan dalam pendistribusian kartu BPJS bagi masyarakat yang tergolong penerima bantuan iuran (PBI) sedangkan komunikasi tidak langsung BPJS memasang spanduk dan menyebarkan leaflet</p>	<p>Kedua penelitian ini sama-sama meneliti tentang tema imlementasi Sosialisasi JKN oleh BPJS Kesehatan.</p>	<p>Pada penelitian Marlia safitri mengambil sasaran penelitian pada sebuah kelurahan serta sasarannya peserta PBI. Interaksi BPJS dalam sosialisasi ini mengambil level koordinasi pada Fasilitas</p>

NO	TOPIK	METODE	TUJUAN PENELITIAN	HASIL	PERSAMAAN	PERBEDAAN
			Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) dalam program JKN.	<p>di puskesmas. Program jaminan Kesehatan ini masih banyak kendala seperti sosialisasi yang masih belum maksimal dan penyebaran informasi tidak merata.</p> <p>Sosialisasi yang minim tersebut mengakibatkan masyarakat tidak memahami program JKN mengenai konsep JKN, sistem pendanaan, kepesertaan, manfaat dan tatacara pelayanannya sehingga berdampak terjadinya kebingungan pada masyarakat, pemahaman yang berbeda-beda dan ketidaktahuan masyarakat bahwa JKN berbeda dengan Jamkesmas serta menganggap bahwa program JKN adalah gratis. Padahal program JKN menerapkan sistem iuran per bulan sesuai dengan tingkat kelas yang diinginkan. Akibatnya terjadi ketidaklancaran pembayaran klaim yang dapat menghambat pelayanan</p>		pelayanan Kesehatan tingkat pertama yaitu Puskesmas. Sedangkan Penelitian saya mengambil sasaran pada peserta JKN yang mengambil pelayanan rujukan di rumah sakit. Level koordinasi antara BPJS dengan Rumah Sakit. Sarasan tidak hanya pada peserta Penerima Bantuan Iuran (PBI) namun juga semua peserta yang mengambil

NO	TOPIK	METODE	TUJUAN PENELITIAN	HASIL	PERSAMAAN	PERBEDAAN
				kepada masyarakat.		layanan rujukan ke Rumah Sakit.
8	Misrarinda Leander, 2015, Implementasi sosialisasi jaminan Kesehatan nasional dalam pelayanan di Poli Gigi Puskesmas Rurukan Tomohon Sulawesi.	Kualitatif	Tujuan penelitian ini adalah untuk melihat cakupan pelayanan gigi dan gambaran pelaksanaan sosialisasi pelayanan kesehatan JKN pada peserta dengan pelayanan kesehatan gigi dan mendeskripsikan cakupan pelayanan unit pelayanan gigi dan mulut bagi peserta dan sosialisasi prosedur pendaftaran dan pelayanan gigi dan mulut.	Hasil penelitian ini adalah :1) Sosialisasi cakupan pelayanan gigi dan mulut bagi peserta BPJS di Puskesmas Rurukan Tomohon belum terlaksana dengan baik karena masyarakat belum memahami dengan baik tentang cakupan pelayanan gigi yang dijamin oleh BPJS Kesehatan di fasilitas kesehatan tingkat pertama. 2) Sosialisasi prosedur pendaftaran pasien gigi dan mulut di Puskesmas Rurukan Tomohon belum terlaksana dengan baik karena masyarakat terlihat belum memahami secara menyeluruh prosedur ketika akan mendaftar sebagai peserta BPJS. 3) Sosialisasi prosedur pelayanan pasien gigi dan mulut bagi peserta belum terlaksana dengan baik.	kedua penelitian ini sama-sama meneliti pada aspek sosialisasi implementasi Program JKN.	Penelitian yang dilakukan Misranda Leander, fokus pada peserta layanan kesehatan di fasilitas pelayanan tingkat pertama dan fokus pada unit layanan kesehatan gigi dan mulut. Penelitian saya fokus pada sosialisasi pada peserta JKN yang menggunakan layanan Rujukan pada fasilitas rumah sakit sebagai layanan

NO	TOPIK	METODE	TUJUAN PENELITIAN	HASIL	PERSAMAAN	PERBEDAAN
						<p>rujukan dari FKTP. Fokus penelitian saya juga pada seluruh layanan dan pada setiap level kelas perawatan di rumah sakit rujukan regional propinsi di wilayah Kalimantan Tengah.</p>
9.	<p>Azaria Yenni Amira, 2014</p> <p>Evaluasi Pelaksanaan Sosialisasi Program Jaminan Kesehatan Nasional dari Aspek Struktur dan Interaksi Sosialisasi</p>	Kualitatif	<p>Tujuan dari penelitian ini adalah untuk melihat gambaran pelaksanaan sosialisasi program JKN oleh BPJS kepada Pimpinan Puskesmas yang secara struktur akan disampaikan kepada tenaga kesehatan di</p>	<p>Hasil penelitian bahwa sosialisasi program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) yang dilakukan oleh Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan kepada pimpinan Puskesmas adalah Bagian Manajemen Pelayanan Kesehatan Primer (MPKP), dan masalah yang disampaikan terlalu umum, sehingga kurang dapat membantu tenaga</p>	<p>Kedua penelitian ini sama-sama meneliti tentang tema imlementasi Sosialisasi JKN oleh BPJS Kesehatan</p>	<p>Pada penelitian Azaria Yenni Amira, melakukan evaluasi pelaksanaan sosialisasi program Jaminan Kesehatan</p>

NO	TOPIK	METODE	TUJUAN PENELITIAN	HASIL	PERSAMAAN	PERBEDAAN
	pada Bulan Januari s.d Maret		Puskesmas	kesehatan di Puskesmas dalam pemberian pelayanan kepada pasien peserta JKN, serta didukung dengan peralatan yang kurang memadai		Nasional dari aspek struktur dan Interaksi Sosialisasi terhadap pimpinan puskesmas. Sedangkan penelitian saya adalah sosialisasi BPJS terhadap pasien peserta JKN yang menggunakan layanan Rumah Sakit.

### C. Kerangka Berfikir

Penyelenggaraan program JKN yang menerapkan sistem tiga pihak (*Three parties System*) yakni BPJS Kesehatan, Fasilitas Pelayanan Kesehatan dan Peserta sebagai pemakai jasa pelayanan. Masing-masing terikat dalam sebuah mekanisme kerjasama sesuai hak, kewajiban dan kedudukannya sebagai bagian yang tak terpisahkan dalam implementasi kebijakan penyelenggaraan JKN. Dalam hal penyelenggaraan program JKN, Badan Penyelenggaraan Jaminan Sosial Bidang Kesehatan memiliki peran sentral. Sehingga pelaksanaan Penyelenggaraan Program JKN menjadi tanggungjawab BPJS Kesehatan selaku pemrakarsa sebagai Badan Usaha Negara diberi tanggung jawab Pemerintah dalam penyelenggaraan JKN termasuk pelaksanaan sosialisasi berbagai kebijakan dan aturan operasional baik yang harus dilakukan oleh Peserta maupun oleh Fasilitas pelayanan kesehatan.

Dalam pelaksanaan program JKN tentunya diperlukan informasi yang cukup mengenai mekanisme yang berlaku khususnya untuk peserta sebagai yang menerima layanan kesehatan serta bagi fasilitas kesehatan yang telah dipilih melalui ikatan kerjasama dengan BPJS kesehatan, agar masing masing bisa melaksanakan hak dan kewajibannya dengan baik.

Kurangnya Sosialisasi program JKN bagi masyarakat, yang berakibat masyarakat tidak memahami tentang prosedur, hak dan kewajiban peserta serta manfaat program tersebut. Padahal sosialisasi merupakan cara yang tepat untuk memberikan informasi terhadap suatu hal yang baru kepada masyarakat umum

agar tidak terjadi kesalahpahaman informasi yang dapat menghasilkan persepsi dan respon yang negatif dari masyarakat.

Persepsi negatif yang muncul terkait program JKN tersebut seperti adanya keluhan dan kebingungan dalam proses kepesertaan, pendaftaran dalam mendapatkan pelayanan prosesnya berbelit-belit, besaran premi iuran yang dibayarkan, serta banyaknya keluhan dan kasus yang terjadi di rumah sakit terhadap pelayanan yang diberikan. Hal tersebut berpengaruh terhadap jumlah peserta yang belum mengikuti program JKN.

Untuk menjamin proses Penyelenggaraan JKN agar mencapai sasaran secara optimal serta mampu mengimplementasikan salah satu regulasi yang berupa Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 28 Tahun 2014 tentang Pedoman Pelaksanaan Jaminan Kesehatan Nasional, pelaksanaan kegiatan sosialisasi program JKN ini memiliki fungsi penting guna keberhasilan program JKN ini dalam memberikan manfaat sekaligus kewajiban negara dalam penyediaan layanan kesehatan yang berkualitas dan terjangkau dalam hal pembiayaan kesehatan.

Oleh karena itu BPJS Kesehatan harus berupaya meningkatkan kinerja sosialisasi melalui perencanaan strategi komunikasi agar penyebaran pesan dapat berlangsung secara efektif dan tepat sasaran. Perlunya dilakukan sosialisasi melalui penyebaran pesan/informasi mengenai JKN adalah agar peserta BPJS Kesehatan dapat memahami dengan baik apa yang menjadi hak dan kewajiban peserta, prosedur dan teknis pelaksanaannya serta informasi lainnya secara jelas dan lengkap.

Sosialisasi dapat dilakukan secara langsung maupun tidak langsung. Sosialisasi juga harus dilakukan ke berbagai instansi pemerintah yang menjadi mitra BPJS Kesehatan dalam menyebarkan informasi seperti rumah sakit baik rumah sakit pemerintah maupun rumah sakit swasta, dinas kesehatan, puskesmas dan lain-lain.

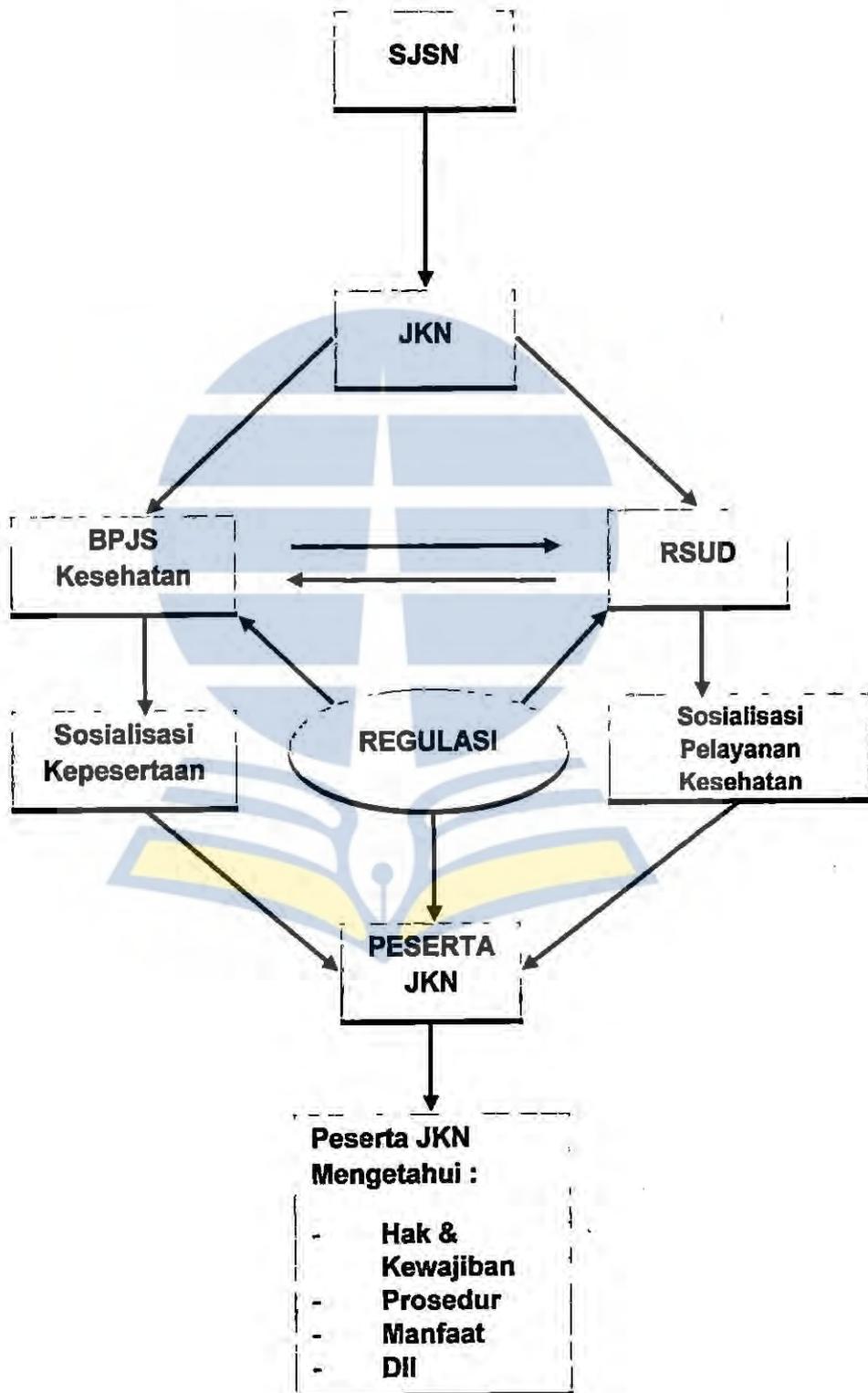
Untuk Mendukung keberhasilan Program JKN maka diperlukan kegiatan Sosialisasi yang menganut mekanisme alur pikir operasional yang meliputi unsur input proses dan output. Melalui mekanisme ini maka rangkaian implementasi kebijakan tentang sosialisasi Program JKN akan di susun mulai dari ketersediaan SDM, Visi Misi BPJS Kesehatan, serta ketersediaan Sumberdaya keuangan dan pendukung lainnya. Program Sosialisasi juga memerlukan tahapan perencanaan yang baik menyangkut agenda pelaksanaan, jadwal dan sasaran sosialisasi sehingga informasi mengenai penyelenggaraan JKN akan dapat berlangsung dengan optimal. Dan pada akhirnya mampu mendorong keberhasilan penyelenggaraan program JKN yang merupakan kebijakan populis bagi pemerintah guna mencapai pelayanan kesehatan yang optimal sebagai bagian dari unsur kesejahteraan masyarakat.

Secara sistematis implementasi sosialisasi yang dilakukan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan bagi Peserta JKN di RSUD Sultan Imanuddin Pangkalan Bun, dengan kerangka berfikir sebagai berikut :



## Bagan 2.1. Kerangka Pikir

### Analisis Implementasi Sosialisasi Program JKN dan Implikasinya di RSUD Sultan Imanuddin Pangkalan Bun.



#### **D. Operasionalisasi Konsep**

Operasionalisasi Konsep adalah menjelaskan tentang dimensi-dimensi utama dalam penelitian kualitatif untuk dapat menemukan pola-pola hubungan antara dimensi-dimensi tersebut. Operasionalisasi Konsep menghasilkan kerangka konseptual yang akan menjadi panduan bagi peneliti dalam proses penelitian, meliputi : karakteristik data yang harus dikumpulkan, strategi dalam melakukan kategorisasi, maupun dalam menemukan relasi antar kategori.



## BAB III

### METODE PENELITIAN

#### A. Desain Penelitian

##### 1. Metode Penelitian

Penelitian ini dirancang menggunakan metode deskriptif kualitatif yaitu suatu penelitian dengan prosedur pemecahan masalah yang diselidiki dengan memfokuskan keadaan subyek dan obyek penelitian (perusahaan, seseorang, lembaga masyarakat, dll) pada saat sekarang, berdasarkan faktor-faktor yang nampak atau sebagaimana adanya (Nawawi,1998:63). Penelitian kualitatif berakar pada latar alamiah sebagai keutuhan, mengandalkan manusia sebagai alat penelitian, memanfaatkan metode kualitatif, dengan analisis data secara induktif (Moleong,2002). Metode penelitian kualitatif selalu berangkat dari fenomena-fenomena sosial yang ditangkap oleh peneliti, hal ini dikarenakan dalam penelitian kualitatif gejala sosial dan fenomena sudah cukup menjadi syarat dalam penentuan masalah penelitian (Bungin, 2010).

Masalah yang akan diteliti dalam penelitian kualitatif pada dasarnya adalah hal atau keadaan yang ingin diketahui maknanya atau duduk perkaranya dan juga hal yang akan ditelusuri latar belakangnya. (Muchlis Hamdi; 2014:6.5).

Menurut Creswell (2010:4-5) Penelitian Kualitatif merupakan metode-metode untuk mengeksplorasi dan memahami makna yang oleh sejumlah individu atau sekelompok orang dianggap dari masalah sosial atau kemanusiaan.

Berdasarkan pemikiran tersebut di atas, penulis menentukan bahwa penelitian kualitatif sebagai metode yang tepat untuk mendalami fenomena tersebut, karena untuk mengungkap tentang suatu fenomena yang terjadi, tidak hanya didasarkan pada fakta empirik yang bersifat objektif, tetapi lebih banyak didasarkan pada situasi subyektif yang melatarbelakangi mengapa suatu fenomena tersebut bisa terjadi.

Data kualitatif merupakan sumber dari deskripsi yang luas serta memuat penjelasan tentang proses-proses yang terjadi dalam lingkup setempat. Dengan data kualitatif, alur peristiwa secara kronologis dapat diikuti serta dapat menilai sebab akibat dari lingkup fikiran orang-orang yang terlibat di dalamnya. Data kualitatif lebih dapat membimbing memperoleh penemuan-penemuan yang tidak diduga sebelumnya dan untuk membentuk kerangka teoritis baru. Data kualitatif dapat membantu melangkah lebih jauh dari praduga-praduga dan kerangka kerja awal.

## **2. Fokus Penelitian**

Penetapan fokus dalam penelitian kualitatif disesuaikan dengan rumusan masalah yang telah ditetapkan. Permasalahan yang ditentukan pada rumusan masalah merupakan pedoman dalam menentukan fokus penelitian. Dalam praktek di lapangan, fokus penelitian kemungkinan dapat berkembang atau berubah sesuai dengan perkembangan dengan hasil temuan di lapangan.

Menurut Lexy J Moleong (2011) Fokus penelitian sangat penting dalam suatu penelitian yang bersifat kualitatif. Fokus penelitian dimaksudkan untuk memberi studi kualitatif, sekaligus membatasi penelitian guna memilih mana data yang relevan dan mana data yang tidak relevan. Data yang relevan

dimasukan dan dianalisis, sedangkan yang tidak relevan dengan permasalahan, akan dikeluarkan.

Fokus dalam penelitian ini ditetapkan meliputi analisis tentang :

- a. Kegiatan Sosialisasi program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) yang dilakukan oleh Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan Kabupaten Kotawaringin Barat.
- b. Kebijakan RSUD Sultan Imanuddin Pangkalan Bun dalam memberikan informasi layanan bagi peserta JKN di RSUD Sultan Imanuddin Pangkalan Bun.
- c. Tanggapan Peserta JKN sebagai Pengguna layanan Rujukan di RSUD Sultan Imanuddin Pangkalan Bun.

### **3. Lokasi dan Situs Penelitian**

Penelitian ini dilakukan dengan mengambil lokasi di Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Sultan Imanuddin Pangkalan Bun, dengan pertimbangan objektif bahwa :

- a. RSUD Sultan Imanuddin Pangkalan Bun sebagai Pemberi Pelayanan Kesehatan (PPK) dan merupakan Fasilitas Kesehatan Rujukan Tindak Lanjut (FKRTL) satu-satunya di Kabupaten Kotawaringin Barat. RSUD Sultan Imanuddin Berdasarkan Peraturan Gubernur Kalimantan Tengah Nomor 83 Tahun 2013 tentang Pedoman Pelaksanaan Sistem Rujukan Pelayanan Kesehatan Provinsi Kalimantan Tengah yang melayani rujukan dari beberapa rumah sakit satelit kabupaten (Seruyan, Lamandau, Sukamara dan sebagian wilayah Kalimantan Barat) dan puskesmas sekitarnya. Berdasarkan Keputusan Direktur Jenderal Bina Upaya

Kesehatan Nomor HK.02.03/I/0363/2015 tentang Penetapan Rumah Sakit Rujukan Provinsi dan Rumah Sakit Rujukan Regional. RSUD Sultan Imanuddin Pangkalan Bun sebagai rumah sakit yang berpredikat Rumah Sakit dengan pelayanan prima dan rumah sakit menuju terakreditasi versi 2012.

- b. Peneliti bertugas di RSUD Sultan Imanuddin Pangkalan Bun, sehingga memahami permasalahan dalam implementasi program JKN di Rumah Sakit dan berbagai hambatan yang terjadi dalam pemberian pelayanan kepada peserta JKN.
- c. Belum pernah dilakukan penelitian terkait Implementasi Program JKN dan Implikasinya di RSUD Sultan Imanuddin Pangkalan Bun.

Situs Penelitian ini adalah tempat di mana penulis melakukan pengumpulan data penelitian, berupa pengamatan, wawancara dan dokumentasi. Tempat tersebut adalah Kantor BPJS Kesehatan Kabupaten Kotawaringin Barat.

#### **B. Sumber Informan Dan Pemilihan Informan**

Informan adalah orang-orang yang memahami langsung dalam penelitian ini, yaitu informan-informan yang peneliti tentukan merupakan orang-orang yang menurut peneliti memiliki informasi yang dibutuhkan dalam penelitian ini, karena mereka informan dalam kesehariannya berurusan dengan permasalahan yang sedang diteliti oleh peneliti. (Sutopo (2002)).

Informan adalah orang yang dapat membantu peneliti memberikan data yang diperlukan, yaitu tentang penentuan informan pada tahap awal dilakukan penelitian dengan mempertimbangkan latar, perilaku, peristiwa dan proses

yang sesuai dengan kerangka dan perumusan masalah, kemudian dipilih informan selanjutnya dengan teknik bergulir “*snowball sampling*” (Sugiyono,2006). Informan yang dipilih juga harus memiliki pengetahuan dan pengalaman terkait penelitian yang sedang berjalan.

Dalam penelitian kualitatif penentuan jumlah informan dilakukan melalui berdasarkan pertimbangan peneliti dalam unit yang dianggap paling bermanfaat dan representatif dengan pemikiran informan dan dipilih tidak secara acak, tapi berdasarkan kebutuhan dan kepentingan penelitian.

Pemilihan dan penetapan informan adalah orang-orang yang menurut peneliti memiliki informasi yang dibutuhkan dalam penelitian ini, karena mereka dalam kesehariannya berurusan dengan permasalahan yang sedang diteliti, memiliki pengetahuan dan pengalaman terkait dengan penelitian serta sebagai tokoh kunci dan sumber data utama yang memiliki berbagai informasi yang diperlukan dalam penelitian ini, yaitu :

- a. Kepala Kantor BPJS Kesehatan Kotawaringin Barat.
- b. Direktur RSUD Sultan Imanuddin Pangkalan Bun.
- c. Kepala Puskesmas Madurejo Pangkalan Bun.
- d. Staf BPJS Kesehatan Kabupaten Kotawaringin Barat.
- e. Pengelola BPJS Kesehatan RSUD Sultan Imanuddin Pangkalan Bun.
- f. Tenaga Medis (dokter, dokter gigi dan dokter spesialis) RSUD Sultan Imanuddin Pangkalan Bun.
- g. Kepala Instalasi Gawat Darurat (IGD).
- h. Kepala ruang perawatan VIP, Kelas I, Kelas II, Kelas III.

- i. Peserta JKN yang menggunakan layanan RSUD Sultan Imanuddin Pangkalan Bun.

Pemilihan informan-informan tersebut di atas adalah orang-orang yang menurut peneliti memiliki informasi yang dibutuhkan dalam penelitian ini karena mereka dalam kesehariannya berurusan dengan permasalahan yang sedang diteliti, memiliki pengetahuan dan pengalaman terkait dengan penelitian, serta sebagai sumber utama yang memiliki berbagai informasi yang diperlukan dalam penelitian ini.

### **C. Instrumen Penelitian**

Moleong (2009:19) menyatakan bahwa instrumen dalam penelitian kualitatif, pengumpulan data lebih banyak bergantung pada dirinya sebagai alat pengumpulan data, oleh karena itu instrumen utama dalam penelitian ini adalah peneliti sendiri. Peneliti sebagai instrumen utama dalam penelitian ini sesuai dengan kapasitasnya mengamati, bertanya, mengidentifikasi, melacak dan mengabstraksi. Dalam posisi sebagai instrumen penelitian, maka kemampuan peneliti menjadi faktor utama. Peneliti sebagai instrumen penelitian harus memiliki sifat sabar, bijak, fleksibel dan mampu berkomunikasi dengan baik untuk menghasilkan informasi yang dibutuhkan selama pengumpulan data untuk menghasilkan studi kualitatif yang kaya akan informasi. Peneliti sedapat mungkin menghilangkan sifat subjektif untuk memperoleh hasil penelitian yang objektif. Selain itu diperlukan instrumen penunjang yang digunakan adalah pedoman wawancara, alat perekam, kamera dan perangkat komputer, agar informasi dapat ditangkap secara utuh.

Dalam melakukan wawancara dengan para informan, peneliti mengajukan pertanyaan-pertanyaan yang sifatnya terbuka secara langsung dengan berpedoman pada pertanyaan-pertanyaan yang telah disusun oleh peneliti yang ditujukan pada informan, sehingga diharapkan peneliti mendapatkan jawaban dan penjelasan yang sesuai dengan permasalahan yang diteliti.

#### **D. Prosedur Pengumpulan Data**

##### **1. Sumber Data**

Data penelitian ini diperoleh dari data primer dan data sekunder, sebagai berikut :

###### **a. Data Primer**

Data Primer adalah data yang diperoleh secara langsung melalui pengamatan dan wawancara dengan informan. Meleong (dalam Basrowi dkk,2008). Data primer diperoleh langsung dari sumbernya baik berupa kata-kata, tindakan-tindakan orang-orang yang berasal dari orang-orang yang berkaitan dengan penelitian ini.

###### **b. Data Sekunder**

Data sekunder atau data yang tersedia dikumpulkan dengan cara studi dokumentasi. Teknik ini digunakan dalam pengumpulan data yang tidak langsung ditujukan kepada subjek penelitian, menggunakan bahan-bahan tertulis yang mencakup dokumen penting berkaitan dengan permasalahan pokok. Data sekunder dikumpulkan dan diperoleh melalui pemanfaatan arsip-arsip atau dokumen-dokumen, petunjuk teknis atau pelaksanaan yang ditemukan di lapangan.

## 2. Teknik Pengumpulan Data

Teknik Pengumpulan Data yang dilakukan oleh peneliti dan yang dianggap cocok dalam penelitian ini adalah terdiri dari :

### a. Wawancara

Mengacu pada metodologi penelitian kualitatif dalam bidang kesehatan (Saryono:2010:74) bahwa wawancara dapat digunakan dalam pengumpulan data guna melakukan *re-checking* atau pembuktian terhadap informasi atau keterangan yang diperoleh sebelumnya. Teknik wawancara yang digunakan dalam penelitian kualitatif yaitu wawancara mendalam. Wawancara mendalam (*indepth Interview*) adalah proses memperoleh keterangan untuk tujuan penelitian dengan cara tanya jawab tatap muka antara pewawancara dengan *informan* atau orang yang diwawancarai dengan atau tanpa menggunakan pedoman (*guide*) wawancara, dimana antara *informan* dan pewawancara telah terlibat dalam kehidupan sosial yang relatif lama.

Wawancara dapat dilakukan dengan seseorang untuk mendapat data atau informasi mengenai sesuatu hal tertentu atau mengenai orang lain. Orang yang diwawancarai untuk maksud memperoleh data mengenai sesuatu hal tertentu mengenai orang lain itu disebut sebagai *informan*. *Informan* diwawancarai berdasarkan pertimbangan ia adalah seorang ahli dalam bidang yang diwawancarakan, atau orang yang memiliki pemahaman mendalam tentang bidang yang diwawancarakan tersebut. Di sisi lain, wawancara juga bisa dilakukan kepada seorang tertentu untuk memperoleh data dan informasi tentang dirinya, baik mengenai sikap dan prilakunya maupun mengenai persepsi dan visinya. Orang yang diwawancarai dengan tujuan yang demikian

itu disebut dengan istilah responden. Dalam penelitian kualitatif, kedua kelompok sasaran wawancara tersebut memiliki arti penting yang saling mengisi dalam upaya memperoleh data yang dibutuhkan oleh peneliti. (Sugiyono, 2012 :316)

Penting diperhatikan bagi seseorang peneliti pada saat mewawancarai responden adalah intonasi suara, kecepatan bicara, sensitifitas pertanyaan, kontak mata dan kepekaan non verbal. Wawancara dimulai dengan pertanyaan yang mudah, mulai dengan informasi fakta, hindari pertanyaan multipel, ulangi lagi pertanyaan untuk klarifikasi, berikan kesan positif, dan kontrol emosi negatif.

#### **b. Observasi (Pengamatan)**

Observasi dilakukan oleh peneliti karena didorong oleh keinginan untuk mengetahui sesuatu melalui indra penglihatannya. Dari pengamatan tersebut seseorang akan memperoleh sejumlah data yang akan menjadi pengetahuannya tentang hal tersebut. Dalam metodologi penelitian observasi selalu merupakan kegiatan yang terencana. Tujuan observasi adalah untuk memperoleh data tentang sesuatu keadaan atau peristiwa secara sistematis dan dilakukan dengan bantuan instrumen atau panduan observasi sesuai dengan masalah yang diteliti (Muchlis Hamdi, Siti Ismaryati 2014:7.4).

Menarik untuk diperhatikan bahwa dalam penelitian kualitatif bahwa ketika merancang penelitian dengan menggunakan teknik pengambilan data melalui observasi perlu ditentukan mengenai :

- 1) Apa yang akan diobservasi.
- 2) Dimana observasi dilakukan.

- 3) Kapan observasi akan dilakukan.
- 4) Bagaimana cara melakukan observasi dilakukan.

Hal ini penting karena observasi yang baik akan membantu mencapai tujuan penelitian, sekaligus akan mengarahkan peneliti dalam membatasi kegiatan observasi, sehingga observasi berjalan efektif, termasuk juga mempertimbangkan kaitannya teknik observasi/pengamatan dengan teknik pengambilan data lain yang digunakan oleh peneliti.

Objek yang dapat di observasi dalam penelitian kualitatif dapat berupa *place* (tempat interaksi dalam situasi sosial sedang berlangsung), aktor (orang-orang yang sedang memainkan peranan tertentu), *activities* (kegiatan yang dilakukan oleh aktor dalam situasi sosial yang sedang berlangsung). Metode observasi akan bermanfaat dalam memperoleh pengalaman langsung pada penggunaan pendekatan induktif serta menemukan hal-hal yang tidak terungkap dalam pelaksanaan wawancara.

Dalam perencanaan observasi perlu dikaji tentang apa atau siapa yang akan diobservasi, tempat di mana observasi akan dilangsungkan, waktu pelaksanaan observasi, cara melakukan observasi, dan penjelasan tentang mengapa peneliti merancang seperti itu. Kemudian, pencatatan perlu dilakukan secara sistematis. Dengan persyaratan ini, perlu di ingat bahwa pencatatan dapat dilakukan dengan berbagai cara. Pencatatan dapat berarti dicatat di selembar kertas, dicatat di sebuah buku tulis, di rekam dengan *tape recorder*, atau di foto dengan kamera. Apa pun alat yang digunakan, pertama-tama perlu dipastikan bahwa catatan tersebut tidak mudah hilang dan terbaca. Berikutnya, catatan-catatan tersebut saling melengkapi penyediaan data untuk menjawab

pertanyaan penelitian. Dengan semua perencanaan tersebut, penggunaan teknik observasi juga perlu dijamin validitas dan realitasnya dalam proses penelitian, teknik observasi akan menjadi bagian juga dari proses triangulasi. (Cresswell 2010:267 dalam Muchlis Hamdi 2016).

### c. Dokumentasi

Teknik pengumpulan data dalam penelitian kualitatif, selain berupa observasi dan wawancara, juga dapat berupa dokumentasi. Dalam hal ini, dokumentasi berarti semua publikasi atau data tercetak yang dihasilkan oleh seseorang atau sesuatu instansi. Creswell (2010:270) membedakan dokumen menjadi dua kelompok, yakni dokumen publik, seperti makalah, atau surat. Selain yang dikemukakan oleh Creswell, dokumen publik juga dapat berupa naskah peraturan perundang-undangan dan naskah keputusan atau peraturan yang ditetapkan oleh suatu instansi.

Teknik dokumentasi ini digunakan dalam pengambilan data penelitian karena disadari bahwa sejumlah fakta dan data tersimpan dalam bentuk dokumentasi. Sebagian besar data tersimpan dalam bentuk surat-surat, catatan harian, laporan, cinderamata, artefak, foto dan lain sebagainya. Sifat utama data ini tak terbatas pada ruang dan waktu, sehingga memberi peluang kepada peneliti untuk mengetahui mengenai hal-hal yang pernah terjadi di waktu silam.

Secara detail bahan dokumenter terbagi dalam beberapa macam, yaitu otobiografi, surat-surat pribadi, buku catatan atau catatan harian, memorial, kliping, dokumen pemerintah atau swasta, data di server atau *flasdisk*, data tersimpan di *website* dan lain-lain (Saryono,2010:78).

### 3. Keabsahan Data

Dalam penelitian kualitatif penting dilakukan pengujian keabsahan hasil penelitian. Banyak hasil penelitian kualitatif diragukan kebenarannya karena beberapa hal seperti subyektivitas peneliti yang dominan, alat yang diandalkan seperti wawancara dan observasi yang mengandung banyak kelemahan ketika dilakukan secara terbuka apalagi tanpa kontrol, serta sumber data kualitatif yang kurang kredibel, akan mempengaruhi hasil akurasi penelitian (Bungin,2007).

Untuk menentukan keabsahan (*trustworthiness*) data diperlukan teknik pemeriksaan. Pelaksanaan teknik pemeriksaan didasarkan atas sejumlah kriteria tertentu. Kriteria yang digunakan yaitu :

#### a. Derajat Kepercayaan (*Credibility*)

Penerapan kriteria derajat kepercayaan pada dasarnya menggantikan konsep validitas internal dari non-kualitatif. Dalam kegiatan penelitian ini peneliti menanyakan suatu permasalahan kepada informan. Untuk mendapatkan informasi dan data yang akurat maka peneliti mencari informasi ke beberapa informan. Pengumpulan dari beberapa jawaban informan tersebut kemudian ditarik kesimpulan sehingga jawaban informan menjadi valid.

#### b. Keteralihan (*Transferability*)

Keteralihan dalam penelitian ini dilakukan dengan cara peneliti memilih informan kunci untuk menjawab pertanyaan yang diberikan peneliti. Pertanyaan tersebut ditanyakan berulang-ulang kepada informan kunci, sehingga jawaban informan kunci menjadi valid dan sesuai dengan di lapangan.

c. Menghindari bias yang berasal dari efek peneliti

Bias dapat terjadi karena peneliti melakukan pengumpulan data yang tidak terstruktur dan bersifat sangat fleksibel, di mana peneliti mungkin hanya meneliti hal-hal yang menarik perhatiannya saja, sehingga kehilangan informasi-informasi penting dan melupakan fakta-fakta lain yang seharusnya dicatat.

Beberapa cara untuk menghindari terjadinya bias yang berasal dari efek peneliti, yaitu antara lain :

- 1) Peneliti tinggal di lokasi penelitian, untuk melihat kondisi dan menyesuaikan diri dengan latar belakang fokus penelitian.
- 2) Mencari informan yang tepat untuk menggali informasi yang valid.
- 3) Melakukan wawancara dengan informan dan menciptakan suasana nyaman mungkin bagi informan, sehingga informan tidak mengalami ketakutan dan ketegangan.
- 4) Peneliti mencatat semua jawaban informan tanpa adanya pengaruh atau tambahan dari opini peneliti.

Sedangkan untuk menghindari terjadinya bias yang berasal dari masyarakat terhadap peneliti, yaitu antara lain :

- 1) Memilih informan secara menyebar dan melibatkan orang yang secara langsung terlibat dalam fokus kajian penelitian.
- 2) Melibatkan informan penelitian yang pro dan kontra terhadap permasalahan yang dikaji dalam penelitian ini.

- 3) Memberikan pertanyaan kepada informan dan mengajak informan untuk menceritakan permasalahan yang dikaji berdasarkan informasi yang informan ketahui.
- 4) Catatan dari informan pertama dibuat sedetail mungkin. Untuk memastikan kebenaran informan pertama, maka dilakukan pertanyaan serupa kepada informan selanjutnya, sehingga informasi yang didapatkan tidak menyesatkan.

Semakin banyak waktu yang dimiliki oleh peneliti, maka semakin banyak informasi yang didapatkan, sehingga mendapatkan informasi yang benar dan valid serta semakin kurang kemungkinan bias yang didapatkan di lapangan.

#### d. Triangulasi

Sebagai penelitian kualitatif dengan nuansa evaluatif guna melakukan validitas dan realibilitas data digunakan metode Triangulasi. Triangulasi bertujuan mengecek kebenaran data tertentu dan membandingkan dengan data yang diperoleh dari sumber lain, pada berbagai langkah penelitian di lapangan, pada waktu yang berlainan dan sering pula dengan menggunakan metode yang berlainan pula. Triangulasi mendukung satu temuan dengan memperlihatkan bahwa ukuran yang tidak tergantung darinya sesuai dengan temuan tersebut, atau tidak bertentangan dengannya. Ukuran-ukuran tersebut ditemukan peneliti di lapangan. Sebuah sumber baru memaksa peneliti untuk "mereplika" temuan di suatu tempat, yang bila ini sah, temuan tersebut terulang kembali. Akhirnya pengambilan informasi dapat mengorek dengan sumber yang berbeda

dalam rangka mengumpulkan dan memeriksa kembali temuan-temuan, dengan menggunakan sumber-sumber ganda dalam cara-cara perolehan data.

#### 4. Etika Penelitian

Menurut Moleong (2007) agar studi alamiah benar-benar dapat terjadi dan peneliti tidak mendapat persoalan masalah etik maka perlu diperhatikan dan dipersiapkan oleh seorang peneliti antara lain :

- 1) Meminta izin pada pihak penguasa setempat dimana penelitian akan dilakukan sekaligus memberikan penjelasan tentang maksud dan tujuan penelitian.
- 2) Menempatkan orang-orang yang diteliti bukan sebagai “objek” melainkan orang yang derajatnya sama dengan peneliti.
- 3) Menghargai, menghormati dan patuh pada semua peraturan dan norma, nilai masyarakat, adat istiadat dan kebudayaan yang hidup pada masyarakat tempat penelitian dilakukan.
- 4) Memegang rahasia yang berkaitan dengan informasi yang diberikan.
- 5) Informasi tentang subjek tidak dipublikasikan bila subjek tidak menghendaki, termasuk nama subjek tidak akan dicantumkan jika tidak dikehendaki.
- 6) Selama dan sesudah penelitian (*privacy*) tetap dijaga, semua partisipan diperlakukan sama, nama peserta diganti dengan nomor (*anonymity*).

#### 5. Teknik Pengolahan Data

Pengolahan data merupakan bagian yang amat penting dalam metode ilmiah, karena dengan pengolahan data, karena dengan pengolahan data, data tersebut mempunyai arti dan makna yang berguna dalam memecahkan masalah

penelitian. Teknik pengolahan data merupakan teknik operasional setelah data terkumpul. Nasution dalam Sugiyono (2010). Adapun tahapan pengolahan data dalam penelitian ini adalah sebagai berikut :

- a. Inventarisasi data, yaitu pengumpulan data dilakukan dengan cara wawancara langsung dengan informan yang telah ditentukan melalui media perekam. Data yang berasal dari studi kepustakaan dikumpulkan melalui penelusuran perundang-undangan, literatur (buku) ataupun dokumen-dokumen lainnya.
- b. Menyeleksi data yang sesuai dengan permasalahan yang diteliti. Penyeleksian data ini dilakukan dengan cara memilah-milah data yang diperoleh dari hasil wawancara ataupun hasil studi kepustakaan untuk ditentukan mana yang berguna dan dapat dipakai dalam penelitian.
- c. Mengklasifikasikan data. Data yang telah diseleksi tersebut diklasifikasikan dan dilihat jenisnya serta hubungannya berdasarkan panduan wawancara yang telah dibuat (jika data dari hasil wawancara), atau berdasarkan jenis kegiatan jika data tersebut berbentuk dokumen kegiatan.
- d. Menyusun data dengan menempatkan data tersebut pada posisi pokok bahasan secara sistematis. Penyusunan dan pengumpulan data ini sesuai dengan alur analisis yang telah disusun.

#### **E. Metode Analisis Data**

Penelitian ini merupakan salah satu isi dari disiplin ilmu Administrasi Publik yaitu evaluasi program yang dilakukan oleh pemerintah yang melibatkan sekurang-kurang tiga elemen utama, yaitu Badan Penyelenggara

Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan selaku Badan Penyelenggara JKN, Rumah Sakit sebagai Pemberi Pelayanan Kesehatan dan Masyarakat selaku Peserta JKN yang memanfaatkan layanan kesehatan.

Sebagai penelitian evaluasi kualitatif diperlukan adanya gambaran rinci tentang aktivitas, proses dan pelaksanaan kebijakan sosialisasi program JKN yang dilaksanakan oleh Kantor BPJS Kesehatan Kabupaten Kotawaringin Barat, Kebijakan Rumah Sakit dalam pemberian informasi pelayanan kesehatan serta terhadap tanggapan peserta JKN yang mengambil layanan kesehatan rujukan di Rumah Sakit Sultan Imanuddin Pangkalan Bun. Analisis dilakukan dalam hal kaitannya dengan kebijakan pelaksanaan kegiatan sosialisasi program JKN mengacu pada teori analisis kebijakan publik dengan harapan dapat memberikan rekomendasi kepada *public policy maker* dalam rangka memecahkan masalah yakni BPJS Kesehatan (Sri Suwatri dkk,2016:2.4).

Sumber penting data evaluasi kualitatif adalah pengamatan langsung dari tangan pertama tentang suatu program. Nilai data pengamatan menjadi penting agar evaluator dapat mengakses pengetahuan personal dan pengalaman langsung untuk membantu dalam interpretasi program yang sedang berlangsung (Patton,2004:125).

Dalam penelitian kualitatif, peneliti harus masuk ke latar tertentu yang sedang diteliti karena konsermnya dengan konteks. Bagi peneliti kualitatif fenomena dapat dimengerti maknanya secara baik apabila dilakukan interaksi dengan subyek melalui wawancara mendalam dan diobservasi pada latar

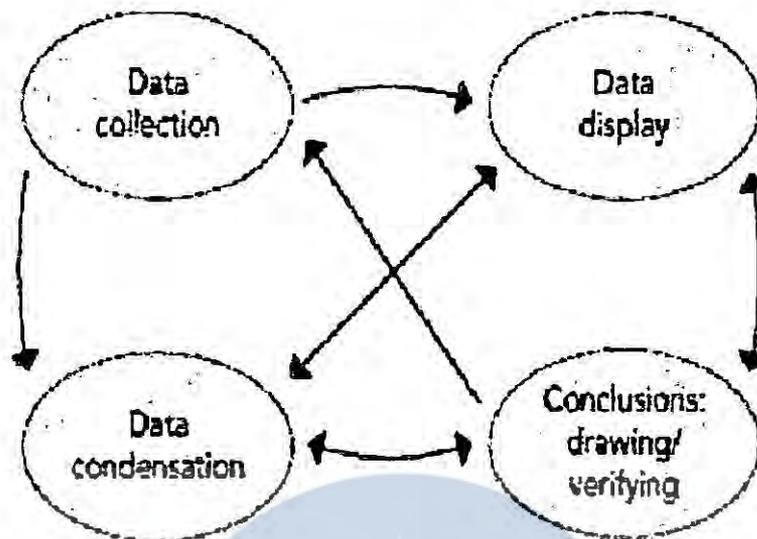
dimana fenomena tersebut sedang berlangsung serta teknik dokumentasi sangat penting (Suratno,2010).

Analisis data kualitatif cukup sulit, karena belum ada polanya yang jelas, Miles dan Huberman (1984) dalam Sugiyono "*The most serious and central difficulty in the use of central difficulty in the use of qualitative data is that methods of analysis are not well formulate*", kesulitan analisis data kualitatif karena metode analisis belum dirumuskan dengan baik.

Moleong (1991:103) mengatakan bahwa prinsip penelitian kualitatif adalah menemukan teori dan data. Peranan teori baru atau verifikasi teori baru akan tampak sewaktu analisis data ini mulai dilakukan. Tahapan analisis data merupakan satu bagian yang tidak terpisahkan dengan tahapan-tahapan lainnya. Data primer dan sekunder dianalisis secara kualitatif, melalui interpretasi atau juga disebut dengan tafsir.

Selaras dengan model analisis data diatas, Miles dan Huberman (1992) menggunakan model analisis interaktif. Pada intinya mengadakan aktivitas pengamatan mendalam untuk menemukan, memahami, dan menguji serta menganalisis suatu obyek tertentu dengan menggunakan metode ilmiah tertentu.

Analisis yang kemudian dikembangkan oleh Miles, Huberman dan Saldana (2014) dengan melihatnya sebagai tiga rangkaian aktivitas bersamaan, yaitu: 1) Kondensasi data, 2) Display data, dan 3) Penarikan kesimpulan/verifikasi.



Gambar 3.1. Komponen-Komponen Analisis Data : Model Interaktif

Sumber : Miles, Huberman dan Saldana (2014)

Analisis data kualitatif model Miles, Huberman dan Saldana terdapat 3 (tiga) tahap :

### 1. Kondensasi Data

Kondensasi Data mengacu pada proses pemilihan, pemfokusan, penyederhanaan, mengabstraksi dan atau transformasi data yang muncul sesuai dari yang tertulis di catatan lapangan, transkrip wawancara, dokumen-dokumen dan material-material empiris lainnya. Dengan kondensasi, data dibuat semakin kuat (meninggalkan istilah reduksi data sebab memiliki implikasi untuk melemahkan atau kehilangan sesuatu dalam prosesnya).

Data kondensasi terjadi terus menerus sepanjang proyek yang berorientasi kualitatif. Bahkan sebelum data tersebut dikumpulkan, antisipasi data kondensasi dilakukan sesuai keputusan peneliti (seringkali tanpa sadar) sesuai kerangka konseptual, sesuai pertanyaan penelitian, dan sesuai

pendekatan pengumpulan data yang dipilih. Sebagai proses pengumpulan data, episode data kondensasi selanjutnya menulis ringkasan, pengkodean, mengembangkan tema, menggenalisir kategori-kategori, dan menulis catatan analisis. Proses kondensasi/transformasi data berlanjut setelah penelitian lapangan berakhir, sampai laporan akhir diselesaikan.

Kondensasi data bukanlah merupakan sesuatu yang terpisah dari analisis. Ini adalah bagian dari analisis. Keputusan peneliti memilih potongan data untuk dikodifikasi dan yang dikeluarkan, merangkum label kategori ringkasan terbaik sejumlah potongan data, mengembangkan kisah untuk diceritakan adalah seluruh pilihan analisis. Kondensasi data adalah sebuah bentuk analisis yang mempertajam, meringkas, memfokuskan, membuang, dan mengorganisasikan data sedemikian rupa sehingga kesimpulan "akhir" bisa ditarik dan diverifikasi.

## **2. Display Data**

Langkah kedua dari kegiatan analisis adalah menampilkan data. Umumnya, sebuah tampilan adalah sesuatu yang diorganisasikan, mengkompresi bagian informasi yang memungkinkan menggambarkan kesimpulan dan tindakan. Melihat tampilan data membantu kita memahami apa yang terjadi dan melakukan sesuatu, baik menganalisis lebih lanjut atau mengambil tindakan berdasarkan pemahaman itu.

Seperti kondensasi data, penciptaan dan penggunaan display tidak terpisah dari analisis itu adalah bagian dari analisis. Merancang tampilan memutuskan pada baris dan kolom dari matriks untuk data kualitatif dan memutuskan, di mana bentuk, harus dimasukkan dalam seluruh kegiatan

analitis. (Perhatikan bahwa merancang display juga memiliki implikasi Data kondensasi yang jelas). Penyajian data diarahkan agar data hasil reduksi terorganisirkan, tersusun dalam pola hubungan, sehingga makin mudah dipahami dan merencanakan kerja penelitian selanjutnya. Pada langkah ini peneliti berusaha menyusun data yang yang relevan sehingga menjadi informasi yang dapat disimpulkan dan memiliki makna tertentu. Prosesnya dapat dilakukan dengan cara menampilkan data, membuat hubungan antar fenomena untuk memaknai apa yang sebenarnya terjadi dan apa yang perlu ditindaklanjuti untuk mencapai tujuan penelitian. Penyajian data yang baik merupakan satu langkah penting menuju tercapainya analisis kualitatif yang valid dan handal.

Miles and Huberman (1984) menyatakan : "*the most frequent form of display data for qualitative research data in the past has been narrative text*". (yang paling sering digunakan untuk menyajikan data dalam penelitian kualitatif adalah dengan teks yang bersifat naratif). Miles dan Huberman membantu para peneliti kualitatif dengan model-model penyajian data yang analog dengan model-model penyajian data kuantitatif statis, dengan menggunakan tabel, grafiks, matriks dan semacamnya, bukan diisi dengan angka-angka melainkan dengan kata atau *phase* verbal.

Dalam melakukan display data, selain dengan teks yang naratif juga dapat berupa : bagan, hubungan antar kategori, diagram alur (*flow chart*), pictogram, dan sejenisnya. Kesimpulan yang dikemukakan ini masih bersifat sementara dan akan berubah bila ditemukan bukti-bukti kuat yang mendukung tahap pengumpulan data berikutnya.

Penyajian data merupakan rangkaian kalimat yang disusun secara logis dan sistematis sehingga mudah dipahami. Kemampuan manusia sangat terbatas dalam menghadapi catatan lapangan yang bias, jadi mencapai ribuan halaman. Oleh karena itu diperlukan sajian data yang jelas dan sistematis dalam membantu peneliti menyelesaikan pekerjaannya. Penyajian data dalam hal ini adalah penyampaian tanggapan peserta JKN yang menggunakan layanan di RSUD Sultan Imanuddin Pangkalan Bun dan implementasi sosialisasi JKN yang dilakukan oleh Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan Kabupaten Kotawaringin Barat kepada peserta JKN tersebut.

### **3. Menggambarkan dan Memverifikasi Kesimpulan**

Langkah ke tiga dalam proses analisa adalah kesimpulan dan verifikasi data. Mulai dari pengumpulan data analisa kualitatif mengartikan apa dan bagaimana pola pencatatan, penjelasan mengenai kondisi lapangan, kausalitas lapangan dan pembuatan proposisi. Peneliti yang memiliki kompetensi memegang kesimpulan, menjaga keterbukaan data dan tentang skeptis. Kesimpulan akhir dari suatu penelitian mungkin tidak bisa selesai sampai sempurna tergantung kondisi lapangan, metode pengumpulan data, dan batas waktu penyelesaian pengambilan data.

Selanjutnya adalah melakukan kondensasi data, penyajian data dan pembuatan kesimpulan atau verifikasi, proses ini berada pada waktu penelitian sedang berjalan dan setelah pengumpulan data dimana proses ini dilakukan secara paralel. Hal ini dilakukan untuk membuat pandangan umum yang disebut analisis. Tiga tahapan ini bisa dipresentasikan dalam penyajian data. Dalam pandangan ini tiga tipe aktivitas analisis dan aktifitas

pengumpulan data dilakukan oleh peneliti dengan cara interaktif. Pengkodean data, contohnya (kondensasi data), mengawali ide baru untuk apa yang harus dilakukan dalam matrik (penyajian data). Memasukkan data dalam kondensasi data.

Dalam kolom lain hasil dari matrik ini untuk melakukan test terhadap kesimpulan. Dalam pandangan ini, analisa kualitatif dilakukan secara berkelanjutan, dengan interaktif isu yang ada dalam kondensasi data, penyajian data, dan kesimpulan yang diakhiri dengan verifikasi data akan menghasilkan episode analisa yang baik dan antara satu data dengan data yang lain saling melengkapi. Proses ini sebenarnya tidak terlalu kompleks, yaitu bagaimana konsep pembicaraan, kemudian model analisa kuantitatif bisa dilakukan. Pada akhirnya penelitian kualitatif lebih menempatkan sisi humanis. Dari sini penelitian kualitatif diperlukan untuk mendokumentasikan proses pembelajaran untuk kita. Kita perlu lebih mengerti dengan lebih jelas apa yang akan terjadi ketika kita menganalisa data, dan untuk memperbaiki metode kita sehingga dapat di gunakan secara umum oleh banyak orang.

## BAB IV

### HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

#### A. Deskripsi Objek Penelitian

##### 1. Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Sultan Imanuddin Pangkalan Bun.

Penelitian ini dilaksanakan di Rumah Sakit Sultan Imanuddin Pangkalan Bun yang beralamat di Jalan Sutan Syahrir Nomor 17 Pangkalan Bun wilayah Kabupaten Kotawaringin Barat Propinsi Kalimantan Tengah. Rumah Sakit dengan kelas B dan terakreditasi Paripurna.

Bangunan Rumah Sakit Umum Daerah Sultan Imanuddin Pangkalan Bun seluas 13.333,70 m<sup>2</sup>, terdiri di atas lahan seluas 53.426,87 m<sup>2</sup>, berada di tengah-tengah kota yang sangat mudah diakses masyarakat serta memiliki kemudahan jalur transportasi karena dihubungkan beberapa jalan utama di dalam kota Pangkalan Bun serta memiliki ruas jalan yang langsung bisa menuju seluruh kecamatan di wilayah kabupaten Kotawaringin Barat, termasuk kemudahan akses dari tiga kabupaten yang ada di sekitarnya yaitu Kabupaten Lamandau, Kabupaten Sukamara serta Kabupaten Seruyan.

Karena posisinya yang strategis dan kemudahan akses tersebut maka Rumah Sakit Sultan Imanuddin Pangkalan Bun telah ditetapkan sebagai Pusat Rujukan Regional berdasarkan Peraturan Gubernur Kalimantan Tengah Nomor 83 Tahun 2013 tentang Pedoman Pelaksanaan Sistem Rujukan Pelayanan Kesehatan Propinsi Kalimantan Tengah yang melayani rujukan dari beberapa rumah sakit satelit kabupaten (Seruyan, Lamandau,

Sukamara, sebagian wilayah Kalimantan Barat), dan puskesmas sekitarnya; serta Keputusan Direktur Jenderal Bina Upaya Kesehatan Nomor HK.02.03/I/0363/2015 tentang Penetapan Rumah Sakit Rujukan Propinsi dan Rumah Sakit Rujukan Regional.

Mengacu pada Undang -Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit, yang menyebutkan bahwa rumah sakit adalah institusi pelayanan kesehatan bagi masyarakat dengan karakteristik tersendiri yang dipengaruhi oleh perkembangan ilmu pengetahuan kesehatan, kemajuan teknologi dan kehidupan sosial ekonomi masyarakat yang harus tetap mampu meningkatkan pelayanan yang lebih bermutu dan terjangkau oleh masyarakat agar terwujud derajat kesehatan yang setinggi-tingginya, maka rumah sakit telah menetapkan visi dan misi sbb:

**a. Visi**

Visi RSUD Sultan Imanuddin Pangkalan Bun yaitu **Rumah Sakit Mandiri dengan Pelayanan Prima.**

**b. Misi**

- 1) Mewujudkan pengelolaan rumah sakit yang profesional dengan prinsip sosial ekonomi secara efektif dan efisien serta mampu berdaya saing;
- 2) Meningkatkan kualitas sumberdaya rumah sakit yang profesional, produktif dan berkomitmen sesuai dengan perkembangan ilmu kedokteran/kesehatan;
- 3) Meningkatkan mutu pelayanan kesehatan kepada semua lapisan masyarakat secara cepat, tepat, nyaman dan terjangkau dengan dilandasi etika profesi;

- 4) Mewujudkan pelayanan yang proaktif dan perluasan jangkauan pelayanan kepada masyarakat.

**c. Tujuan :**

Tujuan RSUD Sultan Imanuddin Pangkalan Bun adalah :

- 1) Mengembangkan pusat sistem informasi dan manajemen rumah sakit;
- 2) Mengembangkan sistem rujukan dengan biaya yang terjangkau oleh seluruh lapisan masyarakat;
- 3) Meningkatkan efisien manajemen rumah sakit;
- 4) Meningkatkan pengetahuan karyawan melalui pendidikan dan pelatihan;
- 5) Meningkatkan kinerja karyawan melalui audit dan evaluasi;
- 6) Meningkatkan kepuasan pelanggan (*customer*) internal dan eksternal;
- 7) Meningkatkan jenis layanan melalui pusat unggulan;
- 8) Meningkatkan layanan baru non tradisional.

**d. Sasaran :**

Adapun sasaran RSUD Sultan Imanuddin Pangkalan Bun adalah :

- 1) Tersedianya sistem informasi dan manajemen rumah sakit yang lengkap, cepat, akurat dan dapat dipertanggungjawabkan;
- 2) Meningkatnya jumlah rujukan pasien ke RSUD Sultan Imanuddin dari sarana kesehatan lain baik dari dalam maupun luar wilayah dan menurunnya jumlah pasien yang dirujuk ke rumah sakit lain;
- 3) Terlaksananya efisiensi pengelolaan rumah sakit melalui pengendalian biaya (*cost containment*);

- 4) Meningkatnya karyawan rumah sakit yang mengikuti tugas belajar dan izin belajar;
- 5) Meningkatnya karyawan rumah sakit yang mengikuti pelatihan;
- 6) Dilaksanakannya kegiatan audit medis dan evaluasi kinerja karyawan;
- 7) Tersedianya dokumen standar pelayanan;
- 8) Tersedianya teknologi kedokteran dan obat-obatan di rumah sakit;
- 9) Dilakukan pengembangan layanan lama;
- 10) Dilakukannya optimalisasi pelayanan;
- 11) Meningkatnya pemeliharaan sarana dan prasarana;
- 12) Meningkatnya kepuasan pelanggan eksternal dan internal;
- 13) Tersedianya pusat unggulan trauma, stroke, penyakit jantung, ginjal, malaria tumbuh kembang anak dan mata;
- 14) Tersedianya layanan baru.

**e. Unit / Instalasi Pelaksana Fungsional**

- 1) Pelayanan Instalasi Gawat Darurat : 24 jam
- 2) Pelayanan Rawat Jalan :
  - a) Klinik Kebidanan dan Kandungan;
  - b) Klinik Kesehatan Anak;
  - c) Klinik Penyakit Dalam;
  - d) Klinik Bedah;
  - e) Klinik Mata;
  - f) Klinik Syaraf;
  - g) Klinik THT;
  - h) Klinik Umum;

- i) Klinik Psikologi;
  - j) Klinik Gizi;
  - k) Klinik Rehabilitasi Medik;
  - l) Klinik VCT;
  - m) Klinik KIA-KB;
  - n) Klinik Imunisasi;
  - o) Klinik Jiwa;
  - p) Klinik Kulit dan Kelamin;
  - q) Klinik Tumbuh Kembang Balita;
  - r) Unit Elektro Kardiografi;
  - s) Pojok Laktasi;
  - t) *Medical Check Up*;
  - u) Pojok DOTs;
  - v) Unit Hemodialisis;
  - w) Klinik Orthopedi.
- 3) Pelayanan Rawat Inap :
- a) Ruang Perawatan Kebidanan dan Kandungan;
  - b) Ruang Perawatan Anak;
  - c) Ruang Perawatan VIP;
  - d) Ruang Perawatan Bedah;
  - e) Ruang Perawatan Perinatologi;
  - f) Ruang Perawatan Penyakit Dalam (Penyakit dalam Pria dan Penyakit dalam Wanita);
  - g) Ruang Perawatan ICU/ICCU;

h) Ruang Perawatan Keluarga Miskin /Kelas III.

4) Pelayanan Penunjang Medis :

- a) Bedah sentral : 24 jam;
- b) Anestesi dan Reanimasi : 24 jam;
- c) Laboratorium Patologi Klinik : 24 jam;
- d) Radiodiagnostik;
- e) Rekam Medis : pelayanan dokumen rekam medis, resume medis, *visum et repertum*;
- f) Farmasi : 24 jam dengan pelayanan obat generik sesuai formularium;
- g) Gizi : 24 jam, pelayanan makan pasien dan konsultasi gizi;
- h) Gas Medis : 24 jam.

5) Pelayanan Penunjang Non Medis :

- a) Laundry;
- b) Pemulasaraan Jenazah : 24 jam;
- c) Ambulans : 24 jam, dengan pelayanan mobil jenazah dan ambulans 118;
- d) Perpustakaan konvensional;
- e) Elektromedik;
- f) Sentra Administrasi dan Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit (SIMRS) : 24 jam.
- g) Promosi Kesehatan Rumah Sakit (PKRS) : melalui leaflet, brosur, poster, banner, TV internal dan penyuluhan langsung.

**f. Struktur Organisasi RSUD :**

Rumah Sakit Umum Daerah Sultan Imanuddin Pangkalan Bun adalah unsur pelaksana Lembaga Teknis Daerah sebagai pendukung Pemerintah Daerah Kabupaten, yang dipimpin oleh seorang kepala dengan sebutan Direktur yang berkedudukan dibawah dan bertanggungjawab kepada Bupati melalui Sekretaris Daerah, membawahi 1 (satu) Kepala Bagian Tata Usaha, 3 (tiga) Kepala Bidang, 3 (tiga) Kepala Subbagian, 6 (enam) Kepala Seksi dan Kelompok Jabatan Fungsional: Komite Medik, Staf Medik Fungsional, Komite Keperawatan, dan Satuan Pemeriksaan Internal (SPI). Secara rinci sebagai berikut :

- 1) Direktur
- 2) Bagian Tata Usaha, terdiri atas :
  - a) Subbagian Umum, Kepegawaian dan Perlengkapan;
  - b) Subbagian Keuangan; dan
  - c) Subbagian Perencanaan dan Pengendalian Program
- 3) Bidang Sarana dan Prasarana, terdiri atas :
  - a) Seksi Pemeliharaan Sarana dan Prasarana; dan
  - b) Seksi Logistik dan Perbekalan
- 4) Bidang Pelayanan Medik, terdiri atas :
  - a) Seksi Pelayanan Rawat Jalan; dan
  - b) Seksi Pelayanan Rawat Inap
- 5) Bidang Penunjang Pelayanan, terdiri atas :
  - a) Seksi Penunjang Pelayanan Medik; dan
  - b) Seksi Penunjang Pelayanan Non Medik

Kelompok Jabatan Fungsional: Komite Medik, Staf Medik Fungsional, Komite Keperawatan, dan Satuan Pemeriksaan Internal (SPI).

**g. Data Layanan di Rumah Sakit Sultan Imanuddin Pangkalan Bun**

Tabel 4.1. Jumlah Pasien RSUD Sultan Imanudin Pangkalan Bun  
Tahun 2016

No	Uraian	Jumlah (orang)	%
1.	<b>Jenis Kelamin :</b>		
	a. Laki-Laki	51.442	51,29 %
	b. Perempuan	48.855	48,71 %
2.	<b>Jenis Kunjungan :</b>		
	a. Pasien Baru	21.376	21,31 %
	b. Pasien Lama	78.921	78,69 %
3.	<b>Cara Membayar :</b>		
	a. Umum	41.079	40,9 %
	b. BPJS Kesehatan	49.014	48,8 %
	c. Perusahaan	10.201	10,17 %
	d. Jamkesda/Kobar Sehat	3	0,003%

Sumber : Profil RSUD SI 2016

Berdasarkan tabel tersebut diatas diketahui bahwa pengguna layanan terbanyak adalah pasien BPJS Kesehatan (peserta JKN), 49.014 orang (48,8%) dari total kunjungan pasien rumah sakit sebanyak 100.297 orang. Hal ini menggambarkan bahwa pasien dari peserta JKN cukup banyak yang memanfaatkan pelayanan rujukan ke RSUD Sultan Imanuddin Pangkalan Bun, dan setiap tahunnya akan meningkat sejalan dengan target *universal coverage*

kepesertaan JKN pada tahun 2019. Dengan demikian implementasi sosialisasi terhadap pasien peserta JKN perlu dilakukan secara benar, sehingga peserta JKN mempunyai pemahaman yang memadai terhadap kepesertaan dan pelayanan kesehatan yang akan diperolehnya.

**Tabel 4.2. : Jumlah Pasien RSUD Sultan Imanuddin Pangkalan Bun  
Menurut Instalasi Tahun 2013 s.d 2016**

<b>Instalasi/Tahun</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>
Rawat Darurat	14.637	12.214	15.621	16.100
Rawat Jalan	56.693	61.833	65.553	68.414
Rawat Inap	13.464	14.973	15.907	15.783
<b>Jumlah</b>	<b>84.794</b>	<b>89.020</b>	<b>97.081</b>	<b>100.297</b>

*Sumber : Profil RSUD SI 2016*

Pada Tahun 2016 peningkatan jumlah pasien di RSUD Sultan Imanuddin sebanyak 3,31% dibandingkan tahun 2015. Menurut instalasi yang mendapatkan pelayanan kesehatan pasien paling banyak berasal dari kunjungan rawat jalan sebanyak 68.414 orang dan yang paling sedikit pasien yang mendapatkan pelayanan rawat inap sebanyak 15.783 orang. Terlihat pada tabel tersebut adanya kecenderungan peningkatan jumlah kunjungan pasien yang berobat ke RSUD termasuk kunjungan pasien JKN. Hal ini dikarenakan sejak tahun 2013 Rumah sakit Sultan Imanuddin Pangkalan Bun telah ditetapkan sebagai rumah sakit rujukan regional wilayah barat di Propinsi Kalimantan Tengah. Peningkatan jumlah kunjungan tersebut berakibat pada beban kerja pegawai menjadi meningkat, terlebih apabila implementasi sosialisasi terhadap pasien peserta JKN belum dilakukan secara benar, sehingga peserta JKN masih belum mempunyai

pemahaman yang memadai terhadap kepesertaan dan pelayanan kesehatan yang akan diperolehnya, akan menjadi beban tambahan bagi petugas rumah sakit.

**Tabel 4.3. Data Jumlah Tempat Tidur Rumah Sakit Per-Kelas dan Ruang Perawatan RSUD Sultan Imanuddin Pangkalan Bun Tahun 2016**

No.	Nama Ruangan	Kelas Perawatan								Jumlah
		VIP	Utama Paviliun	Utama Ruangan	I	II	III	Tanpa Kelas	Isolasi	
1	Ulin (VIP)	8	-	-	-	-	-	-	-	8
2	Ramin	-	8	-	-	-	-	-	-	8
3	Bengkirai (Obsgyn)	-	-	2	4	6	19	5	2	38
4	Perinatologi	-	-	-	-	-	-	24	-	24
5	Meranti (Bedah)	-	-	-	6	10	14	-	2	32
6	Lanan (Anak)	-	-	2	4	10	20	-	2	38
7	Sindur (Peny. Dalam Pria)	-	-	2	4	10	14	-	1	31
8	Akasia (Peny. Dalam Wanita)	-	-	1	6	10	12	-	1	30
9	ICU/ICCU	-	-	-	-	-	-	11	-	11
<b>JUMLAH</b>		<b>8</b>	<b>8</b>	<b>7</b>	<b>24</b>	<b>46</b>	<b>79</b>	<b>40</b>	<b>8</b>	<b>220</b>
		<b>4%</b>	<b>4%</b>	<b>3%</b>	<b>11%</b>	<b>21%</b>	<b>36%</b>	<b>18%</b>	<b>4%</b>	<b>100%</b>

Sumber : Profil RSUD SI 2016

Berdasarkan Tabel diatas diketahui bahwa tempat tidur pasien RSUD yang tersebar di 9 ruang perawatan, yang dibagi berdasarkan kelas perawatan berjumlah 220 buah tempat tidur. Alokasi terbanyak di kelas perawatan III, 79 buah (36%) dan yang paling sedikit di kelas perawatan 'Utama ruangan', 7 buah (3%). Sesuai Permenkes No. 56 Tahun 2014 tentang Klasifikasi & Perizinan

Rumah Sakit, tempat tidur kelas III minimal sebesar 30% dan untuk ruang intensif minimal sebesar 5%, dengan demikian jumlah tempat tidur RSUD sesuai standar. Hal ini menunjukkan bahwa RSUD Sultan Imanuddin telah memiliki relevansi atas ketersediaan tempat tidur bagi peserta JKN khususnya yang menggunakan kelas III.

Tingkat keberhasilan atau gambaran tentang keadaan pelayanan di rumah sakit dapat dinilai dari berbagai segi, yaitu (1) Tingkat Pemanfaatan sarana pelayanan; (2) Mutu Pelayanan; (3) Tingkat Efisiensi Pelayanan. Untuk mengetahui tingkat pemanfaatan, mutu dan efisiensi pelayanan rumah sakit, diperlukan berbagai indikator. Selain itu agar informasi yang ada dapat bermakna harus ada nilai parameter yang akan dipakai sebagai nilai banding antara fakta dengan standar yang diinginkan. Indikator yang dipakai untuk menilai suatu rumah sakit, yang paling sering dipergunakan di antaranya adalah :

- a. *Bed Occupancy Rate (BOR)*;
- b. *Average Length of Stay (Av LOS)*;
- c. *Bed Turn Over (BTO)*;
- d. *Turn Over Interval (TOI)*;
- e. *Net Death Rate (NDR)*;
- f. *Gross Death Rate (GDR)*.

***Bed Occupancy Rate (BOR)***, yaitu persentase pemakaian tempat tidur pada satu satuan waktu tertentu, standar ideal : 60-85%. Tahun 2016 sebesar 77,27%, hal ini menunjukkan masih tingginya tingkat pemanfaatan tempat tidur pasien, dengan jumlah pasien rawat inap sebanyak 15.783 orang.

*Average Length of Stay (AvLOS)*, yaitu rata-rata lama perawatan seseorang, standar ideal : 6 – 9 hari. Tahun 2016 sebesar **3,52 hari**, rata-rata lama perawatan pasien waktunya lebih singkat dikarenakan jumlah tempat tidur pasien terbatas dibandingkan dengan banyaknya jumlah pasien yang dirawat inap.

*Bed Turn Over (BTO)*, yaitu frekuensi pemakaian tempat tidur dalam satu tahun. Idealnya selama satu tahun, satu tempat tidur rata-rata dipakai : 40-50 kali. Tahun 2016 sebesar **80,29 kali**, hal ini dikarenakan meningkatnya pasien rawat inap.

*Turn Over Internal (TOI)*, yaitu rata-rata hari tempat tidur tidak ditempati dari saat terisi ke saat terisi berikutnya. Idealnya tempat tidur kosong 1-3 hari. Tahun 2016 sebesar **1,04 hari**.

*Net Death Rate (NDR)*, yaitu angka kematian  $\geq 48$  jam setelah dirawat untuk tiap-tiap 1000 orang penderita keluar, angka yang masih dapat ditolerir adalah kurang dari 25 per 1000. Tahun 2016 sebesar **23,39 permil (2,33%)**, artinya angka kematian bersih di rumah sakit berkategori baik karena terletak dalam range angka ideal.

*Gross Death Rate (GDR)*, yaitu angka kematian umum untuk tiap-tiap 1000 penderita keluar, nilai GDR seyogyanya tidak lebih dari 45 per 1000 penderita keluar. Tahun 2016 sebesar **35,02 permil (3,5%)** berkategori cukup baik karena terletak dalam range angka ideal, hal ini dikarenakan antara lain karena semakin baiknya mutu pelayanan di RSUD Sultan Imanuddin Pangkalan Bun.

Berdasarkan data tersebut dapat digambarkan bahwa secara kualitas kinerja RSUD Sultan Imanuddin Pangkalan Bun sebagai fasilitas pelayanan kesehatan rujukan bagi peserta JKN yang telah bekerjasama dengan BPJS Kesehatan

memiliki kinerja yang relatif baik. Sehingga pihak rumah sakit senantiasa berupaya untuk meningkatkan kualitas layanan termasuk kepada peserta JKN.

Tabel 4.4. Indikator Mutu Pelayanan Rumah Sakit  
RSUD Sultan Imanuddin Pangkalan Bun Tahun 2012 – 2016.

Tahun/ Indikator	BOR (%)	Av LOS (hari)	TOI (hari)	BTO (kali)	GDR (%)	NDR (%)
2012	46,03	2,47	2,90	68,03	2,75	0,99
2013	52,53	2,72	2,46	70,50	2,50	1,05
2014	72,66	3,49	1,31	75,94	3,15	1,65
2015	77,00	3,54	1,06	79,34	3,48	1,44
2016	77,27	3,52	1,04	80,29	3,50	2,33

Sumber : Profil RSUD SI 2016

Berdasarkan tabel di atas diketahui bahwa pada tahun 2016 *Bed Occupancy Rate* (BOR) yaitu persentase pemakaian tempat tidur sebesar 77,27% sesuai dengan standar (60-85%), *Average Length of Stay* (Av LOS) adalah rata-rata lama perawatan seseorang yaitu 3,52 hari, angka tersebut di bawah standar ideal (6-9 hari), *Turn Over Internal* (TOI) yaitu rata-rata tempat tidur tidak ditempati dari saat terisi ke terisi berikutnya, sebesar 1,04 hari, sesuai standar ideal (1-3 Hari). *Bed Turn Over* (BTO) yaitu frekuensi rata-rata pemakaian tempat tidur dalam satu tahun sebesar 80,29 kali, melebihi dari standar (40-50 kali), hal ini dikarenakan meningkatnya jumlah pasien rawat inap. *Net Death Rate* (NDR) dan *Gross Death Rate* (GDR), masih sesuai standar.

Tabel 4.5. Indikator Mutu Pelayanan Rumah Sakit Berdasarkan Kelas Ruang Perawatan Tahun 2016.

Kelas Perawatan	Indikator					
	BOR (%)	Av LOS (hari)	TOI (hari)	BTO (kali)	NDR (%)	GDR (%)
Penyakit Dalam Wanita (Akasia)	71,35	4,12	1,27	82,29	23,91	48,22
Penyakit Dalam Pria (Sindur)	60,09	3,92	2,00	73,11	32,83	73,08
Kebidanan (Bengkirai)	46,50	2,29	1,57	124,97	0,71	1,88
ICU/CCU	40,71	3,04	3,81	57,00	164,91	378,95
Anak (Lanan)	26,72	2,90	5,40	49,69	4,47	8,38
Bedah (Meranti)	50,89	2,75	1,70	105,77	6,40	14,03
Perinatologi	22,27	2,84	7,56	37,63	9,97	25,91
VIP	61,10	3,93	1,87	76,13	17,24	19,70
<b>Total Presentase</b>	<b>46,08</b>	<b>3,12</b>	<b>2,58</b>	<b>76,47</b>	<b>14,91</b>	<b>31,55</b>

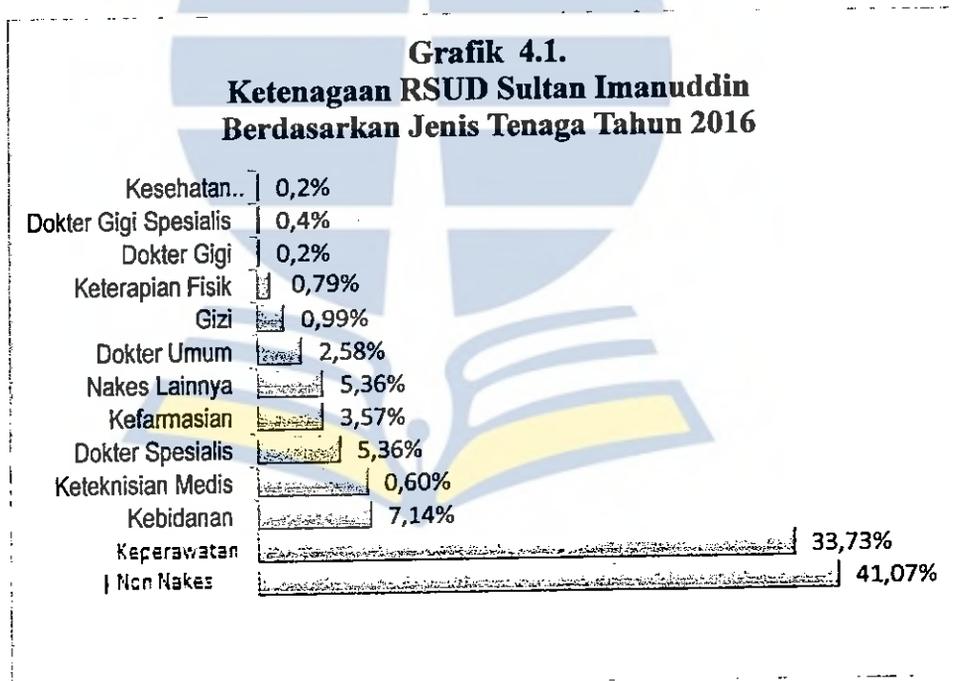
Sumber : Profil RSUD SI 2016

Berdasarkan tabel di atas BOR tertinggi pada ruang perawatan penyakit dalam wanita (Akasia) 71,35%, diikuti ruang perawatan VIP 61,10% dan ruang perawatan penyakit dalam pria (Sindur) 60,09%, sedangkan yang terendah pada ruang perawatan Perinatologi 22,27%. Av LOS, rata-rata lama perawatan pasien yang terlama ada di ruang perawatan penyakit dalam wanita (Akasia) 4,12 hari dan lama perawatan terpendek di ruang kebidanan 2,29 hari. TOI, rata-rata tempat tidur tidak ditempati yang terlama di ruang perawatan anak (lanan) yaitu 5,4 hari, sedangkan yang terpendek di ruang perawatan penyakit dalam wanita (Akasia) 1,27 hari. BTO, frekuensi pemakaian tempat tidur terbanyak di ruang kebidanan

124,97 kali, sedangkan yang paling sedikit di ruang perawatan perinatologi 37,63 kali. Angka NDR dan GDR tertinggi di ruang perawatan ICU/ICCU sebesar 164,91% dan 378,95%, dan yang terendah di ruang perawatan kebidanan yaitu NDR 0,71% dan GDR 1,88%.

#### 4. Jumlah Tenaga

Tenaga RSUD Sultan Imanuddin Pangkalan Bun pada Tahun 2016 keseluruhan berjumlah 504 orang. Apabila dikelompokkan berdasarkan *status tenaga*, dengan rincian sbb : PNS, 318 orang (63,10%); Kontrak, 180 orang (35,71%); Tenaga Kerja Sukarela/Mitra, 6 orang (1,19%).



Sumber : Profil RSUD SI 2016

Tabel 4.6. Data Ketenagaan RSUD Sultan Imanuddin Pangkalan Bun  
Per 31 Desember 2016

No.	Jenis Tenaga	Jumlah	%
1.	Keperawatan	170	33,73
2.	Non Nakes	207	41,07
3.	Kebidanan	36	7,14
4.	Keteknisan Elektromedik	3	0,60
5.	Dokter Spesialis	27	5,36
6.	Kefarmasian	18	3,57
7.	Nakes Lainnya	16	3,17
8.	Dokter Umum	13	2,58
9.	Gizi	5	0,99
10.	Keterapian Fisik	4	0,79
11.	Dokter Gigi	1	0,20
12.	Dokter Gigi Spesialis	2	0,40
13.	Kesehatan Lingkungan	1	0,20
14.	Kesehatan Masyarakat	1	0,20
Total		504	100

Sumber : Profil RSUD SI 2016

Pada tahun 2016 jenis ketenagaan di RSUD Sultan Imanuddin Pangkalan Bun meliputi non tenaga kesehatan sebanyak 41,07% dan tenaga kesehatan 58,93%. Tenaga kesehatan terbanyak adalah tenaga keperawatan 33,73%, tenaga dokter, dokter gigi dan dokter spesialis sebanyak 8,54% dan tenaga kebidanan 7,14%.

Fungsi pemberian informasi layanan kepada peserta JKN dilakukan oleh berbagai tenaga di rumah sakit, mulai dari petugas pendaftaran, tenaga perawat yang ada di ruang perawatan, tenaga dokter dan dokter spesialis serta tenaga

lainnya. Selain itu juga pemberian informasi layanan melalui brosur/leaflet, *stand banner*, yang disediakan di tempat pendaftaran, poliklinik, IGD dan ruang perawatan.

## **2. Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan Kabupaten Kotawaringin Barat.**

Penelitian juga dilaksanakan di Kantor BPJS Kesehatan Kabupaten yang beralamat di Jl. Sudirman,SH. Pangkalan Bun.

Visi dan Misi BPJS Kesehatan Kabupaten Kotawaringin Barat mengacu pada Visi dan Misi BPJS Kesehatan Pusat tahun 2016-2021, yaitu:

### **a. Visi :**

Terwujudnya jaminan kesehatan (JKN-KIS) yang berkualitas dan berkesinambungan bagi seluruh penduduk Indonesia pada tahun 2019 berlandaskan gotong royong yang berkeadilan melalui BPJS Kesehatan yang handal, unggul dan terpercaya.

### **b. Misi :**

- 1) Meningkatkan kualitas layanan yang berkeadilan kepada peserta, pemberi layanan kesehatan dan pemangku kepentingan lainnya melalui sistem kerja yang efektif dan efisien.
- 2) Memperluas kepesertaan JKN KIS mencakup seluruh penduduk Indonesia paling lambat 01 Januari 2019 melalui peningkatan kemitraan dengan seluruh pemangku kepentingan dan mendorong partisipasi masyarakat serta meningkatkan kepatuhan kepesertaan.

- 3) Menjaga kesinambungan program JKN KIS dengan mengoptimalkan kolektabilitas iuran, sistem pembayaran, fasilitas kesehatan dan pengelolaan keuangan secara transparan dan akuntabel.
- 4) Memperkuat kebijakan dan implementasi program JKN-KIS melalui peningkatan kerjasama antar lembaga, kemitraan, koordinasi dan komunikasi dengan seluruh pemangku kepentingan.
- 5) Memperkuat kapasitas dan tata kelola organisasi dengan didukung SDM yang profesional, penelitian, perencanaan dan evaluasi, proses bisnis dan manajemen risiko yang efektif dan efisien serta infrastruktur dan teknologi informasi yang handal.

**c. Sasaran Strategis :**

- 1) Terwujudnya layanan jaminan kesehatan nasional yang berkualitas dan berkeadilan.
- 2) Terwujudnya cakupan semesta.
- 3) Tercapainya kesinambungan program jaminan kesehatan nasional.
- 4) Terwujudnya jaminan kesehatan nasional yang didukung oleh seluruh pemangku kepentingan.
- 5) Terwujudnya organisasi Badan Penyelenggara Jaminan Kesehatan Nasional yang handal, unggul dan terpercaya.

**d. Struktur Organisasi Kantor Kabupaten**

Struktur Organisasi Kantor Kabupaten BPJS Kesehatan terdiri dari: 1) Kepala Kabupaten, 2) Staf perluasan peserta dan kepatuhan, 3) Staf kepesertaan dan pelayanan peserta, 4) Staf penagihan dan keuangan, 5. Verifikator penjaminan manfaat.

Jumlah sumberdaya manusia pada BPJS Kabupaten sebanyak tujuh orang yang terdiri dari : kepala kantor 1 orang, staf kepesertaan dan pelayanan peserta (KPP) 1 orang, verifikator penjaminan manfaat 2 orang, dan 1 orang pegawai tidak tetap (PTT) sebagai *relationship officer*, serta tenaga *outsourcing cleaning sevice* dan satpam masing-masing 1 orang.

**e. Kegiatan Implementasi Sosialisasi**

Kegiatan sosialisasi yang dilakukan oleh BPJS Kesehatan adalah melalui pemberian penjelasan langsung, brosur/leaflet oleh petugas pendaftaran, selain itu juga tersedianya *stand banner* dan spanduk di tempat pendaftaran.

Beberapa bentuk sosialisasi yang dilakukan BPJS Kesehatan Kabupaten adalah melalui forum komunikasi pemangku kepentingan utama, forum kemitraan, pemberian informasi langsung, Komunikasi, Informasi dan Edukasi (KIE) serta sosialisasi kepada tokoh masyarakat.

Pada tahun 2017 kegiatan sosialisasi dilakukan melalui pertemuan dengan tokoh masyarakat sebanyak tujuh kali di wilayah empat kecamatan, yaitu : 1) Kecamatan Kumai (desa Kumai Hulu) satu kali. 2) Kecamatan Pangkalan Lada empat kali (Kecamatan Pangkalan Lada sebanyak tiga kali dan desa Kadipi Atas satu kali). 3) Kecamatan Kotawaringin Lama (desa Riam Durian) satu kali. 4) Kecamatan Arut Selatan (Kelurahan Madurejo) satu kali.

## B. Hasil Penelitian

Dalam penelitian ini wawancara dilaksanakan dengan teknik *purposive* terhadap narasumber kunci yang memiliki informasi penting di RSUD Sultan Imanuddin Pangkalan Bun. Wawancara dilaksanakan kepada informan Direktur RSUD Sultan Imanuddin, dokter dan dokter spesialis sebanyak 7 orang serta seluruh kepala ruangan perawatan, di berbagai kelas perawatan yang berjumlah 8 orang, dokter dan dokter spesialis sebanyak 7 orang yang dilaksanakan dari tanggal 5 Agustus sd tanggal 9 September 2017, sedangkan untuk wawancara dengan pasien yakni peserta JKN yang dirawat sebanyak 8 orang masing-masing di ruang perawatan penyakit dalam pria (Sindur) kelas 2 sebanyak 3 orang, di ruang perawatan bedah (Meranti) kelas 2 ada 1 orang, di ruang perawatan kebidanan dan kandungan (Bengkirai) kelas 3 sebanyak 2 orang, dan IGD 1 orang serta ruang perawatan VIP 1 orang, selain itu wawancara juga dilakukan kepada informan petugas pendaftaran pasien rawat inap dan petugas pembuat Surat Eligibilitas Peserta (SEP).

Wawancara kepada informan pihak BPJS kesehatan dilakukan dengan Kepala Kantor BPJS Kesehatan kabupaten yang dilaksanakan pada tanggal 24 Agustus 2017 pada acara Rakernis di Dinas Kesehatan Kabupaten Kotawaringin Barat dan tanggal 28 Agustus 2017 di ruang kerjanya serta kepada petugas pendaftaran di kantor BPJS Kesehatan kabupaten Kotawaringin Barat. Informan lainnya adalah kepala Puskesmas Madurejo Pangkalan Bun.

Data yang tidak terungkap melalui wawancara, dilengkapi dengan data hasil observasi langsung dengan partisipatif dan pengamatan langsung pada objek penelitian pada bulan Agustus 2017. Guna memperkuat substansi data hasil

wawancara dan observasi, maka dalam penelitian ini juga dilakukan penelusuran terhadap dokumen, arsip, serta berbagai bahan-bahan laporan serta visualisasi yang ada di lokasi objek penelitian. Hasil penelitian serta fokus pertanyaan dapat disajikan sebagai berikut :

Peneliti meminta tanggapan kepada seluruh kepala ruangan perawatan terkait pasien peserta JKN/BPJS Kesehatan yang dirawat di rumah sakit. NK selaku kepala ruangan perawatan penyakit dalam pasien pria (Sindur), memberikan tanggapan dan penjelasan mengenai peserta JKN yang dirawat di ruangan Sindur sebagai berikut :

“Pasien peserta JKN yang dilayani di ruang Sindur sekitar 80%. Pemahaman pasien peserta JKN banyak pasien PBI yang hanya berhak dikelas III, namun minta naik ke kelas perawatan di atasnya, tidak memahami harus mengurus SEP dalam batas waktu 3x24 jam. Pasien merasa ribet harus mondar-mandir. Banyaknya pasien yang kurang paham terhadap aturan BPJS menjadi beban tambahan bagi petugas RSSI. Adanya peraturan yang berubah-ubah tanpa pemberitahuan, membuat kami di ruangan merasa ragu-ragu untuk menjelaskan ke pasien, sehingga agar aman petugas di ruangan mengarahkan pasien ke petugas BPJS untuk mendapatkan penjelasan yang lengkap.” (wawancara, 8 Agustus 2017)

Terlihat dari ungkapan petugas di atas bahwa masih banyak peserta JKN yang belum mengetahui prosedur mendapatkan jaminan oleh BPJS kesehatan, termasuk untuk prosedur pindah kelas perawatan, sehingga membebani petugas billing untuk menguruskan kewajiban pasien mengenai persyaratan yang semestinya sudah bisa dilengkapi ketika pasien dirawat di rumah sakit. Selain itu adanya ungkapan mengenai berbagai dinamika perubahan aturan pelaksanaan JKN menyebabkan keragu-raguan bagi petugas untuk menjelaskan kepada pasien mengenai hak kepesertaannya. Ini menyebabkan ketidakpastian atas pelayanan

JKN tersebut yang tentu saja berdampak kurang baik bagi citra pelayanan di rumah sakit.

Sejalan dengan pendapat NK maka apa yang disampaikan oleh MU Kepala Ruangan perawatan bedah (Meranti) menyatakan bahwa :

“Pasien peserta JKN yang dilayani di ruang Meranti sekitar 75%, banyak pasien tidak paham bahwa pembayaran iuran harus setiap bulan. Pasien hanya membayar 1x sehingga pada waktu masuk ke RSSI mempunyai tunggakan dan harus mengurus supaya kartunya aktif kembali. Banyak Pasien merasa ribet harus bolak balik ketika pengurusan administrasi dan belum paham bahwa masa aktif berlakunya kartu adalah 14 hari setelah mendaftar dan meminta obat-obatan paten serta tidak memahami harus mengurus surat jaminan/SEP dalam batas waktu 3 x 24 jam. Petugas di ruangan sering dibingungkan dengan aturan BPJS yang berubah-ubah, pasien mengira petugas RSSI yang mempersulit. Setiap perubahan yang ada tidak disosialisasikan, sehingga petugas ruangan disibukan untuk menjelaskan alur kepesertaan BPJS.” (wawancara, 9 Agustus 2017)

Berdasarkan ungkapan tersebut nampak bahwa peserta JKN belum sepenuhnya memahami hak atas kepesertaan JKN. Termasuk untuk prosedur pembayaran iuran. Ketidakhahaman peserta tersebut menyebabkan kesan bahwa pelayanan BPJS berbelit-belit, sehingga pasien mengira petugas rumah sakit yang mempersulit. Oleh karena itu perlu pemberian informasi yang lebih jelas dan detail, dan tentu saja ini akan menambah beban pekerjaan bagi kepala ruangan.

Demikian pula pendapat saudara SR selaku kepala ruangan kebidanan dan kandungan (Bengkirai) memberikan tanggapan tentang pasien peserta JKN yang dirawat di ruangan tersebut, menyatakan bahwa :

“Pasien peserta JKN yang dilayani di ruang Bengkirai sekitar 80-90%. Banyak pasien tidak tahu mendapatkan hak kelas perawatan, yang diketahuinya adalah mendapatkan pelayanan gratis. Banyak pasien nunggak pembayaran sehingga perlu mengaktifkan kartunya kembali dengan cara membayar tunggakan dan dendanya. Pasien yang melahirkan melalui SC banyak yang tidak paham bahwa bayinya harus didaftarkan ketika masih dalam kandungan. Karena bayi belum terdaftar sebagai peserta JKN, dianggap sebagai pasien umum dan membayar.

Kurangnya sosialisasi dari BPJS terhadap peserta JKN menjadikan beban tambahan bagi pegawai RSSI, tugasnya jadi dobel, memberi pelayanan kebidanan dan persalinan juga memberikan penjelasan terkait kepesertaan pasien JKN.” (wawancara, 5 Agustus 2017).

Hal yang sama diungkapkan oleh kepala ruangan perinatologi CR, menyatakan bahwa :

“Pasien BPJS ada yang memahami, ada yang kurang memahami. Paling banyak pasien tidak memahami bahwa bayi harus didaftarkan sebelum bayi itu lahirkan, berlakunya 14 hari setelah didaftarkan baru bisa ditanggung. Jadi mereka terpaksa harus membayar. Setahu mereka setelah bayi lahir baru didaftarkan. Kebanyakan alasannya seperti itu.

... Menurut saya saat mereka mendaftar, semua keluarga yang mendaftar harus disosialisasikan....kalau sosialisasi dari BPJS sudah maksimal, tentunya kejadian-kejadian dimaksud di ruangan tidak banyak terjadi.” (wawancara, 28 Agustus 2017).

Ungkapan petugas tersebut bahwa ternyata banyak pasien yang apabila sudah merasa membayar iuran ke BPJS Kesehatan sudah otomatis akan mendapatkan pelayanan gratis di rumah sakit. Pasien yang melahirkan banyak yang tidak paham bahwa bayinya harus didaftarkan ketika masih dalam kandungan. Karena bayi belum terdaftar sebagai peserta JKN, sehingga dianggap pasien umum dan pasien diwajibkan membayar.

Demikian pula apabila peserta JKN menunggak pembayaran maka mekanisme pemulihan kembali kartu BPJS nya juga masih banyak yang tidak faham caranya. Ketidakhahaman pasien terhadap batasan waktu pembuatan SEP juga berdampak pada pembayaran biaya perawatan yang harus ditanggung pasien ketika pulang. Adakalanya pasien benar-benar tidak mampu sehingga pihak rumah sakit yang harus mengatasinya.

Sementara pendapat RW selaku Kepala ruang perawatan penyakit dalam pasien perempuan di Ruang Akasia, menyatakan bahwa :

“Pasien peserta JKN yang dilayani di ruang Akasia sekitar 90%, namun didominasi oleh pasien PBI sekitar 70%. Banyak pasien menunggak iuran dan pasien PBI menginginkan naik kelas perawatan. Banyak Pasien memahami bahwa dengan memiliki kartu BPJS mendapatkan pelayanan gratis, dan menganggap semua pelayanan adalah gratis. Karena banyaknya ketidakpahaman pasien menganggap pelayanan RSSI kurang baik, kepala ruangan merasa habis waktu untuk menjelaskan secara detail sehingga pasien tau mana yang menjadi kewenangan RSSI dan mana yang menjadi kewenangan BPJS. Aturan BPJS seringkali berubah-ubah tanpa pemberitahuan terlebih dahulu, sehingga membuat petugas di ruangan menjadi bingung.” (wawancara, 9 Agustus 2017)

Ungkapan diatas masih ada peserta JKN yang menganggap pembayaran hanyalah satu kali bayar saja. Sehingga banyak peserta JKN yang menunggak membayar iuran. Berdasarkan informasi tersebut setelah dikonfirmasi kepada kepala Kantor BPJS Kesehatan Kabupaten bahwa tunggakan peserta JKN mencapai 8 Milyar. Adanya ungkapan mengenai aturan BPJS kesehatan yang seringkali berubah-ubah membuat petugas di ruangan menjadi bingung menjadikan hambatan dalam pelayanan.

Bagaimana tanggapan kepala ruangan di bagian VIP ? AS selaku informan kepala ruangan Perawatan VIP mengatakan bahwa :

“Pasien peserta JKN yang dilayani di ruang perawatan VIP sekitar 75%. Masih banyak Penerima Bantuan Iuran (PBI) yang naik ke kelas VIP, sehingga tidak menggunakan kartu BPJS, tapi sebagai pasien umum. Pasien banyak yang naik kelas perawatan namun kurang paham terhadap aturan yang berlaku. Banyak pasien yang menunggak pembayaran iuran sehingga harus melunasi terlebih dahulu, dan merasa bolak-balik mengurusnya. Ketidakpahaman pasien menimbulkan komplain kepada RSSI. Ketidakuasan pasien oleh petugas ruangan diarahkan kepada petugas BPJS Kesehatan selama jam kerja. Kepala Ruangan merasa terbebani jika harus memberikan penjelasan secara detail.” (wawancara, 10 Agustus 2017).

Kebanyakan pasien perawatan yang berada di ruang perawatan VIP ternyata berasal dari peserta JKN yang naik kelas perawatan. Ini menyebabkan perhitungan selisih tarif perlu dilakukan. Kenyataannya banyak pasien VIP tidak memahami

mekanisme selisih tarif jika naik ke kelas VIP. Sehingga adanya keluhan terkait besaran tarif yang diselisihkan. Adanya peserta PBI yang naik kelas perawatan ke kelas perawatan VIP, selain menunjukkan ketidakpahaman yang bersangkutan juga mengindikasikan adanya penetapan PBI yang tidak tepat sasaran. Sehingga kepala ruangan perawatan VIP perlu memberikan informasi yang detail dan merasa mendapat beban tambahan dalam menjalankan tugasnya.

Sejalan dengan keadaan diatas maka menarik juga diperhatikan apa yang dikemukakan oleh Kepala Ruang Instalasi Gawat darurat (IGD), AF menyatakan :

“Pasien peserta JKN yang dilayani di IGD sekitar 75-80%. Pemahaman tentang kegawat daruratan secara medis berbeda dengan yang dipahami oleh pasien. Sehingga setelah dilakukan pemeriksaan apabila pasien dianggap tidak gawat darurat, diarahkan ke poliklinik dan harus membawa surat rujukan dari puskesmas atau dokter keluarga. Hal tersebut dianggap menyulitkan pasien, sehingga seringkali pasien beralih sebagai pasien umum. Hal itu menimbulkan anggapan bahwa ketika menggunakan kartu BPJS, prosedurnya berbelit, sedangkan sebagai pasien umum, prosedur cepat. Pada kasus kecelakaan lalu lintas, peserta JKN tidak bisa mengklaim kepada BPJS Kesehatan, namun kepada Jasa Raharja. Banyak pasien yang tidak memahaminya sehingga seringkali pasien komplain ke petugas RSSI.” (wawancara, 12 Agustus 2017).

Ungkapan tersebut dapat menggambarkan bahwa pasien JKN yang masuk IGD kemudian setelah pemeriksaan secara indikasi medis tidak masuk kriteria layanan kegawatdaruratan, maka yang bersangkutan diarahkan ke Poliklinik Umum. Disini mereka harus melalui prosedur rujukan, yang sudah barang tentu harus kembali ke pelayanan tingkat pertama (puskesmas atau dokter keluarga). Kondisi ini menyebabkan persepsi bahwa pelayanan BPJS di rumah sakit berbelit-belit dan anggapan bila pasien umum mendapatkan pelayanan yang cepat.

Demikian pula apa yang diungkapkan oleh TM selaku kepala Ruang Perawatan Anak (Lanan), yang menyatakan bahwa :

“Pasien peserta JKN yang dilayani di ruang Lanan sekitar 60%. Banyak pasien yang menunggak pembayaran iuran, bahkan ada yang sampai 2 tahun. Sehingga pasien merasa terbebani dan harus mengurus proses administrasinya. Selain itu banyak pasien yang sudah dijelaskan agar mengurus SEP paling lambat 3 x 24 jam, namun melebihi waktu yang telah ditetapkan sehingga ketika pasien tidak mendapat jaminan. Banyaknya pasien yang tidak paham terkait hal tersebut di atas menimbulkan komplain kepada petugas RSSI, sehingga petugas RSSI harus menjelaskannya secara lengkap dan detail dan mengarahkannya ke petugas BPJS di RSSI pada waktu jam kerja.” (wawancara, 12 Agustus 2017).

Berdasarkan pernyataan tersebut, ternyata banyak pasien yang menunggak pembayaran, sehingga terasa berat untuk melunasi tunggakan tersebut. Batas waktu maksimal mengurus keterlambatan SEP pun tidak dipahami, sehingga merugikan rumah sakit karena komplain atas masalah ini ditujukan kepada rumah sakit.

Banyaknya pasien peserta JKN yang tidak memahami hal-hal tersebut di atas juga diungkapkan oleh para dokter yang bertugas di unit layanan spesialistik, di antaranya dokter di unit layanan klinik spesialis kulit dan kelamin, dr.MW menyatakan bahwa :

“Pasien banyak belum paham tentang beberapa hal yang dapat dilayani dan tidak dengan jaminan BPJS. Beberapa kasus kosmetik estetik tidak ditanggung BPJS, tindakan dan obat-obat tidak tersedia dalam Fornas. Namun pasien memaksa untuk dilayani, sehingga pasien daftar secara umum. Pasien ada yang menerima ada yang tidak, memaksa untuk dilayani dan obatnya dibeli di luar. Seharusnya sebelumnya sudah dapat pengertian dari BPJS, atau paling tidak dari Faskes pertama yang memberi rujukan.” (wawancara, 23 Agustus 2017)

Berdasarkan penjelasan dokter spesialis di atas bahwa beberapa kasus kosmetik estetik tidak ditanggung BPJS Kesehatan serta tindakan dan obat-obat tidak tersedia dalam Fornas (Formularium Nasional) banyak tidak dipahami oleh pasien JKN. Obat-obat yang tidak terdaftar dalam Fornas menyebabkan dilema

dalam pelayanan, satu sisi pasien JKN tetap minta dilayani, sementara obat tidak tersedia di Fornas. Timbul masalah berikutnya yaitu, pasien membeli obat di apotek luar dan jadi pasien umum, sehingga berpengaruh buruk terhadap kualitas layanan peserta JKN. Karena pasien harus mendaftar lagi menjadi pasien umum, jadi terkesan panjang urusannya.

Demikian pula menarik juga diperhatikan apa yang disampaikan oleh dokter yang bertugas di layanan klinik spesialis gigi (orthodontis), drg.ST, menyatakan bahwa :

“Pasien BPJS yang dirawat di Poli Gigi 80%. Sebagian besar pasien tidak paham proses yang harus dijalani. Pasien datang dengan diagnosa yang berbeda, dan tidak bisa dilakukan dalam satu hari yang sama, karena klaim untuk satu diagnosa. Kewajiban menjelaskan adalah BPJS, harusnya 3 komponen : peserta, BPJS dan pemberi pelayanan mempunyai peranan yang seimbang. Jangan hanya BPJS menerima pendaftaran dan pembayaran, tapi juga penjelasan bahwa RS mempunyai keterbatasan. Kita sudah menerima pasien, memberi pelayanan tindakan, harus masih menjelaskan administrasi BPJS. Pasien harapannya sudah tinggi, setelah sampai di RS kecewa. Kita menerima pasien berbeda-beda, yang ditanyakan sama.” (wawancara, 26 Agustus 2017).

Ungkapan dokter spesialis gigi yang menyatakan seharusnya BPJS Kesehatan jangan hanya menerima pendaftaran saja, mesti seimbang dengan tugas memberikan penjelasan mengenai prosedur dan hak peserta JKN. Petugas kesehatan sudah menerima pasien, memberi pengobatan dan masih harus menjelaskan masalah administrasi. Rata-rata pasien JKN yang datang ke rumah sakit memiliki harapan yang tinggi. Namun karena ketidaktahuannya dengan mekanisme pelayanan, jadi kecewa. Hal ini nampaknya menjadi tanggapan yang memerlukan solusi dari mekanisme koordinasi antara BPJS Kesehatan dan Rumah sakit.

Pendapat yang dikemukakan oleh dokter di Poliklinik Umum, yang sering mendapat pengalihan pasien JKN dari IGD dan kenyataannya tidak masuk dalam kategori gawat darurat, dr.AA menyatakan bahwa :

“Banyak pasien BPJS belum paham prosedur yang semestinya harus dilayani di Faskes pertama langsung minta dilayani di RS tanpa membawa surat rujukan. Dia berharap dengan kartu BPJS dapat dilayani semua. Ada juga sampai di RS belum membayar iuran. Seharusnya BPJS memberi tahu peserta BPJS hak dan kewajiban, prosedur dan apa yang bisa ditanggung BPJS. Ada jenis obat-obatan yang tidak dijamin seperti obat-obat stroke dan vitamin-vitamin.” (wawancara, 26 Agustus 2017).

Menarik untuk dicermati juga bagaimana pendapat dokter di unit layanan klinik spesialis penyakit dalam, dr.NW menyatakan bahwa :

“Pasien hampir semua tidak memahami prosedur rujukan, pasien BPJS merasa seolah-olah dipimpong, harus lewat Faskes satu. Pasien yang tiap bulan harus kontrol, kan mondar mandir. Banyak tidak ngerti, banyak komplain, misal pasien dari luar daerah, tapi sudah pindah di Pangkalan Bun, rujukannya balik ke daerah asal. Sosialisasinya memang kurang, kami tidak pernah disosialisasi, Cuma satu tahun sekali. Kalau ada perubahan kami tidak tahu, malah tahunya dari pasien karena pasiennya sudah ketemu dengan BPJS. Obat-obat yang masuk Fornas, ada obat yang sebelumnya tidak ditanggung, kemudian ditanggung, sehingga harus dikembalikan.” (wawancara, 26 Agustus).

Ungkapan dokter tersebut, bahwa sebagai tenaga pelayanan kesehatan bagi peserta JKN hanya menerima kegiatan sosialisasi setahun sekali, sehingga banyak aturan mekanisme pelayanan yang sudah berubah namun petugas di pelayanan belum mengetahuinya.

Demikian pula pendapat dr.US spesialis penyakit dalam, menyatakan bahwa :

“Pasien BPJS yang berobat hampir 80%. Mereka kurang puas dengan fasilitas obat BPJS, menganggap obat yang diberikan di bawah standar, fasilitas dan pelayanan kurang, dibandingkan yang non BPJS. Hampir 50% tidak paham, kenyataan di lapangan pasien membuat kartu BPJS pada waktu

terdesak, misalnya mau operasi, seharusnya orang BPJS yang memberi sosialisasi ke masyarakat. Jadi kebanyakan setelah berobat baru mengerti BPJS, itupun mendapat informasi dari tenaga kesehatan yang memberi pelayanan baik di RS maupun praktek. karena sosialisasi dari BPJS sendiri kurang, tentang yang ditanggung dan yang tidak, tentang lama berlakunya rujukan, kapan berlakunya rujukan dari ruangan ke RS lain.” (wawancara, 27 Agustus 2017).

Pada kesempatan yang berbeda, dr. AG dokter di layanan klinik spesialis mata, menyatakan bahwa :

“Setiap hari rata-rata pasien di poli mata baik itu rawat jalan dan rawat inap paling banyak di rawat jalan kisaran 15 sampai 20 orang. Untuk BPJS sendiri itu sekitar 80%, Mereka rata-rata sudah mulai paham, karena mulai dari awal dia masuk sudah dijelaskan oleh petugas di pendaftaran. Saya rasa selama ini dengan proses yang sudah berjalan, sudah mulai lancar-lancar saja. Kebetulan kita punya 2 perawat mata yang siap mengantar ke meja BPJS. Kalau untuk BPJS perlu adanya terus memberikan sosialisasi tentang macam-macam atau apapun informasi tentang BPJS kepada kita-kita ini. Mereka ga pernah.... kita sendiri yang selama ini memahami.” (wawancara, 29 Agustus 2017).

Pernyataan dr.AG tersebut mengindikasikan bahwa penjelasan kepada pasien JKN sudah dilakukan di pendaftaran awal ketika mereka masuk ke rumah sakit, pasien JKN sudah banyak yang memahami terkait pelayanan di klinik spesialis mata, namun tetap berharap agar pihak BPJS Kesehatan perlu terus memberikan sosialisasi tentang macam-macam atau apapun informasi tentang BPJS kepada tenaga kesehatan di rumah sakit.

Tanggapan yang lebih kompleks seperti yang dikemukakan oleh dokter spesialis bedah, dr.AS menyatakan bahwa :

“Pasien BPJS sudah hampir 90%. Pasien BPJS sebagian besar tidak memahami, tidak ngerti kalau BPJS itu rujukannya harus bertahap, kalau kecelakaan, disangkanya ditanggung BPJS. Pasien yang akan operasi tapi baru membuat kartu, itu kan nunggu 14 hari lagi. Pasien yang gawat darurat, harus dioperasi tapi belum daftar BPJS, tapi minta ditanggung BPJS. Pasien menganggap keloid sebagai penyakit, waktu diklaim ke BPJS itu

kosmetik, sehingga tidak ditanggung BPJS. Pasien keberatan, karena sudah punya kartu BPJS dan bayar iuran tiap bulan, namun ketika berobat tidak ditanggung. Ada perubahan peraturan tidak pernah ada sosialisasi lagi.” (wawancara, 29 Agustus 2017).

Menarik dikaji pula pendapat ND selaku petugas pendaftaran pasien rawat inap di RSUD Sultan Imanuddin Pangkalan Bun, ND menyatakan bahwa :

“Banyak sekali pasien peserta JKN baik PBI maupun mandiri, yang tidak paham prosedur, hak dan kewajiban peserta JKN. Setelah ditanya ketika mereka mendaftar sebagai peserta mandiri di kantor BPJS, hanya diberi kartu dan disuruh bayar lalu pulang. Sedangkan pasien Penerima Bantuan Iuran (PBI) mendapatkannya dari ketua RT dan dijelaskan ini kartu untuk berobat gratis. Sebagai petugas pendaftaran banyak menerima keluhan dari pasien. Pasien tidak mengerti bahwa harus membuat SEP yang waktu pembuatannya adalah 3x24 jam, apabila melebihi waktu tersebut pasien tidak mendapat jaminan dan harus membayar.” (wawancara, 21 Agustus 2017).

Sama halnya seperti yang diungkapkan oleh RT salah seorang petugas pembuat Surat Elegibilitas Peserta (SEP) menyatakan bahwa :

“Banyak pasien yang datang tidak membawa surat rujukan dari puskesmas, terpaksa saya memberikan penjelasan agar kembali ke puskesmas. Banyak juga yang kasus kecelakaan sudah bawa rujukan dari puskesmas tapi ga paham kalau harus ngurus ke kantor polisi, minta surat keterangan. Terpaksa saya harus jelaskan, kadang mereka memahami, kadang juga ya... mereka marah-marah... Saya juga menjelaskan pada ibu-ibu yang periksa ke poli kandungan, supaya mereka mendaftarkan bayinya. Mereka banyak yang ga tau.... Ya ... sebenarnya BPJS sih yang harus menjelaskannya.” (wawancara, 7 September 2017)

Pernyataan yang sama terkait pemahaman peserta JKN disampaikan oleh GM selaku petugas rumah sakit yang menangani klaim peserta JKN, menyatakan bahwa :

“Pada kasus kecelakaan tunggal ditanggung BPJS, dengan membuat surat keterangan dari kepolisian. Sedangkan kalau lakalantas ditanggung jasa raharja. Pasien merasa tidak diberi penjelasan bahwa lakalantas tidak dijamin. Kebanyakan di IGD bayar, pasien agak susah kalau membuat surat keterangan, harus ada bukti-bukti kecelakaannya. Kebanyakan peserta

komplain karena ketidaktahuannya. Tahunya dijamin BPJS padahal ada yang tidak dijamin, mendaftarkan bukan yang bersangkutan dan peserta mau ngurus pas sakit saja, bayarnya pertama aja, timbul utang tahunya pas berobat. Pasien langsung ke RS tidak ke Faskes tingkat 1, banyak yang kecewa karena tidak dilayani di klinik rawat jalan. Yang belum mengerti biasanya pasien yang baru masuk. Seolah-olah RS yang diribetkan, padahal itu aturan BPJS. Lebih fair bila BPJS harus menjelaskan hak dan kewajiban A sd Z.” (wawancara, 26 Agustus 2017).

Ketidakhahaman pasien terkait kasus kecelakaan yang ditanggung BPJS Kesehatan ataupun yang tidak ditanggung, yang telah diungkapkan oleh kepala IGD, mendapatkan tanggapan yang sama dari dokter di klinik umum, dr.AA, petugas pendaftaran pasien rawat inap ND, petugas pembuat SEP,.RT serta GM. Hal ini menunjukkan bahwa pasien peserta JKN belum memahami sebagian hak dan kewajibannya.

Lalu bagaimana tanggapan peserta JKN yang memperoleh pelayanan rujukan di RSUD Sultan Imanuddin Pangkalan Bun? Hasil wawancara peneliti dengan seorang pasien yang di rawat di ruang perawatan kebidanan dan kandungan (Bengkirai) kelas 3, SMN, yang beralamat di Jl. A.Yani Sei Rangit SP2 Kecamatan Kumai, menyatakan :

“Saya Mendaftar menjadi peserta JKN diberitahu oleh tetangga, mendaftarnya langsung ke kantor BPJS di Pangkalan Bun. Pada waktu mendaftar mendapatkan kartu BPJS, yang dijelaskan oleh petugas BPJS adalah mengenai besarnya biaya iuran sebagai peserta kelas III sebesar Rp.25.000 dan tempat pembayarannya di kantor pos atau ATM. Tidak dijelaskan secara detail tentang prosedur, hak dan kewajiban. Saya berobat ke RSSI untuk persalinan anak ke 3, rujukan dari puskesmas. Saya sering mengalami kendala ketika membayar iuran BPJS ke kantor pos atau pun melalui ATM ada gangguan jaringan.” (wawancara, 21 Agustus 2017).

Alasan kurangnya penjelasan dari BPJS kesehatan mengenai cara pembayaran iuran nampaknya masih dirasakan oleh peserta JKN. Termasuk jika

mengalami gangguan jaringan di ATM. Peserta juga merasa belum mendapatkan penjelasan secara detail mengenai hak dan kewajiban sebagai peserta JKN.

Pendapat seorang pasien yang dirawat di ruang perawatan penyakit dalam (Sindur), KDM yang beralamat di SP4 Pandu Sanjaya kecamatan Pangkalan Lada, menyatakan bahwa :

“Saya mendaftar menjadi peserta BPJS diberitahu pada waktu berobat ke tempat praktek dokter spesialis penyakit dalam. Karena tidak tahu cara mendaftar maka saya minta tolong pengurusan pembuatan kartu lewat kader, sekaligus untuk istri dan anak saya 1 orang. Saya bikin kartu BPJS sudah setahunan. Saya mendaftar kelas 2 yang iurannya lima puluh ribuan, dan saya bayar tiap bulan titip pada kader. Saya tidak pernah mendapatkan informasi dari BPJS. Saya mengerti proses/prosedur di rumah sakit, karena sebelumnya saya sudah pernah berobat ke Sultan Imanuddin, pada waktu sakit liver masuk ke UGD. Saya disuruh ngurus ke BPJS.” (wawancara, 15 Agustus 2017)

Nampaknya peserta tersebut sering berobat ke tempat praktek dokter spesialis penyakit dalam, sehingga oleh dokter tersebut disarankan untuk menjadi peserta JKN. KDM menjadi peserta JKN melalui pertolongan kader, dan melakukan pembayaran secara rutin juga melalui kader. Pasien ini merasa tidak pernah mendapatkan informasi dari BPJS Kesehatan. Namun demikian yang bersangkutan merasa mengetahui tentang prosedur untuk memperoleh jaminan BPJS Kesehatan, karena yang bersangkutan sudah punya pengalaman berobat di RSUD Sultan Imanuddin.

Berikut ini hasil wawancara beberapa pasien yang dirawat di RSUD Sultan Imanuddin, antara lain pernyataan pasien yang dirawat di Ruang Meranti yaitu perawatan penyakit bedah, saudara PR yang beralamat di Kecamatan Pangkalan Banteng, menyatakan bahwa :

“Saya didaftarkan menjadi peserta BPJS oleh perusahaan, bila mau berobat ke RS Sultan Imanuddin prosesnya terlalu panjang harus ke puskesmas dulu

minta rujukan. Di perusahaan saya sosialisasi BPJS sampai sekarang tidak ada. Saya juga tidak tahu apa yang ditanggung dan tidak ditanggung oleh BPJS. Karena dibayar oleh perusahaan jadi tidak pernah nunggak. Setelah ikut aturan BPJS tidak bisa lagi berobat ke tempat praktek dokter spesialis, tapi harus rujukan puskesmas baru ke RS. Dulu sebelum BPJS, saya berobat ke dokter spesialis dan nebus obat bisa diklaimkan ke perusahaan. Setelah ada BPJS tidak bisa lagi. Jadi obatnya yang dapat dari rumah sakit saja”(wawancara, 15 Agustus 2017).

Berdasarkan ungkapan tersebut bahwa yang bersangkutan merupakan peserta JKN yang berasal dari sebuah perusahaan, sehingga yang bersangkutan tidak melakukan pembayaran secara langsung ke BPJS Kesehatan, karena pembayaran dilakukan oleh perusahaan tempatnya bekerja. Sehingga yang bersangkutan tidak mengetahui berapa jumlah iuran yang dibayar setiap bulannya. Pengalaman pemanfaatan pelayanan yang harus melalui rujukan dulu ke puskesmas dianggapnya juga mengurangi kualitas dan kemudahan layanan bagi peserta JKN dibandingkan bukan peserta JKN.

Pernyataan pasien yang dirawat di Ruang Perawatan Kebidanan dan kandungan (Bengkirai) kelas 3, KA yang beralamat di Jl. Termili Kelurahan Sidorejo Kecamatan Arut Selatan, menyatakan bahwa :

“Saya mendaftar BPJS pada bulan Juni 2017, dikasih tahu kaka saya. Saya daftar sekalian bayi saya didaftarkan juga. Saya melahirkan di rumah sakit ini anak pertama. Pada waktu saya daftar di kantor BPJS saya diberi penjelasan syarat-syarat membuat kartunya, terus dikasih brosur. Brosurnya saya baca di rumah. Saya sudah bayar iuran tiap bulan ke ATM BRI, tidak ada masalah.” (wawancara, 21 Agustus 2017).

Berdasarkan pernyataan tersebut bahwa pasien menyatakan sudah mengerti tentang prosedur pelayanan, termasuk sudah memahami bahwa bayi yang didalam kandungannya sudah didaftarkan menjadi peserta JKN. Di samping diberi penjelasan oleh pihak BPJS Kesehatan pada saat mendaftar maka yang bersangkutan juga membaca brosur yang diberikan oleh BPJS Kesehatan,

sehingga membantu memahami peserta atas prosedur pelayanan dan jaminan sebagai peserta BPJS Kesehatan, yang bersangkutan juga memiliki kebiasaan membayar iuran secara rutin melalui ATM.

Pernyataan pasien yang dirawat di Ruang Sindur, yaitu Ruang Perawatan penyakit dalam untuk pasien laki-laki kelas 2, JR yang beralamat di Jl. Padat Karya, Kelurahan Baru Kecamatan Arut Selatan Pangkalan Bun, menyatakan bahwa :

“Saya mendaftar BPJS sudah 2 tahunan yang lalu, waktu saya masuk UGD terus dirawat di rumah sakit ini. Saya didaftarkan istri saya, katanya kelas 2. Saya sudah dirawat hari ketiga ini. Tadi istri saya diberitahu perawat katanya kartunya tidak aktif karena ada tunggakan. Katanya hari ini terakhir harus diurus supaya bisa dijamin BPJS. Tunggakannya dua tahunan, ada dendanya juga. Saya tidak paham.” (wawancara, 21 Agustus 2017).

Pernyataan pasien lain yang dirawat di Ruang Perawatan penyakit dalam (Sindur) kelas 2, TRZ yang beralamat di Kecamatan Pasir Putih Kotawaringin Timur, menyatakan bahwa :

“Saya mendaftar BPJS di Sampit, didaftarkan anak saya bidan. Saya dirawat di RS Sultan Imanuddin ini, lagi menengok anak di Pangkalan Bun, saya sakit sudah dua hari. Saya paham aturan-aturannya, anak saya yang menjelaskan. Iuran BPJS anak saya juga yang membayar, jadi saya tidak punya masalah.” (wawancara, 21 Agustus 2017).

Pernyataan pasien yang menjalani Rawat Transit di IGD, NSM yang beralamat di Kelurahan Mendawai Pangkalan Bun, menyatakan bahwa :

“Saya masuk daftar ke IGD, setelah diperiksa, kata perawatnya disuruh ke poliklinik. Di tempat pendaftaran saya kasih kartu BPJS, disuruh bawa rujukan dari puskesmas. Kepala saya pusing, disuruh ke puskesmas, saya mau cepet diperiksa. Kata pegawai pendaftaran kalau tidak ada rujukan dari puskesmas, bisa diperiksa tapi harus bayar. Saya kan sudah bayar setiap bulan, tapi saya berobat harus bayar. Saya punya kartu BPJS sudah 1 tahun. Saya bikin kartu BPJS di kantor sebelah RSUD, dulu waktu saya daftar yang dijelaskan saya harus bayar iuran. Kartunya bisa di pake di puskesmas sama rumah sakit.” (wawancara, 21 Agustus 2017).

Bagaimana Pendapat pasien yang dirawat di Ruang VIP ? Ny.MSH yang beralamat di Manis Mata Wilayah Kalimantan Barat, melalui anaknya AP, menyatakan bahwa:

“Tbu saya menjadi peserta BPJS didaftarkan oleh saya di kantor BPJS Pangkalan Bun, karena akses ke Ketapang lebih jauh. Pada waktu mendaftar, dijelaskan aturan-aturannya oleh BPJS. Tidak ada keluhan terkait BPJS. Pembayaran iuran ada tunggakan 12 bulan, masalahnya pembayaran di manis mata sering ada gangguan. Jadi bayarnya kalau pas ke Pangkalan Bun. Saya diberi tahu tunggakannya ada denda. Saya tahu kalau naik ke kelas VIP harus membayar selisihnya, tapi saya belum paham aturan selisih tarifnya. Di lokasi kami akses pembayaran susah, jadi banyak yang daftarnya ke Kalteng, padahal lokasi di Kalbar.” (wawancara, 26 Agustus 2017).

Informasi yang peneliti peroleh dari pihak Kepala Kantor BPJS Kesehatan Kabupaten Saudara ST, pada saat acara Rakernis di Dinas Kesehatan Kabupaten Kotawaringin Barat, menyatakan bahwa :

“Di RSSI, ada petugas melayani peserta JKN mengenai informasi atas jaminan, tetapi hanya melayani di jam kerja. Jadi kalau datang ke rumah sakit datanglah pertama kali ke petugas BPJS sehingga tahu pelayanan yang dijamin atau tidak. Petugas pelayanan rumah sakit belum tentu tahu tentang tatacara pelayanan JKN, makanya terkadang banyak tidak pas. Memang benar salah satu tugas BPJS adalah memberikan informasi kepada peserta JKN itu termuat di UU 24 tentang BPJS, ada kewajiban BPJS untuk memberikan informasi dan menerima pengaduan. Di kantor cabang ada unit pelayanan peserta dan perluasan kepesertaan, anggaran mereka itu besar, di situ fungsi pemberian informasi dijalankan. Di Kantor BPJS Kabupaten, menjadi tugas saya. Diakui bahwa BPJS Kabupaten memang masih kekurangan tenaga untuk melaksanakan fungsi penyampaian informasi tersebut.”( wawancara, 24 Agustus 2017).

Berdasarkan informasi dari Kepala Kantor BPJS Kesehatan Kabupaten bahwa salah satu tugas BPJS adalah memberikan informasi kepada peserta JKN itu termuat di UU 24 tentang BPJS, namun terkendala dengan keterbatasan tenaga. Berdasarkan data kepesertaan di Kantor BPJS Kesehatan Kabupaten pada

tahun 2016, jumlah peserta JKN di Kabupaten Kotawaringin Barat sebanyak 178.163 orang sedangkan jumlah penduduk Kabupaten Kotawaringin Barat sebanyak 273.761 orang. Pada tahun 2016 baru tercapai sasaran penduduk yang menjadi peserta JKN sebanyak 65,08%, sedangkan pada tahun 2019 target penduduk Kotawaringin Barat menjadi peserta JKN adalah 100% sesuai dengan target kepesertaan secara nasional (*Universal Coverage*).

Pada kesempatan lain, terkait dengan pernyataan-pernyataan yang disampaikan oleh seluruh kepala ruangan perawatan dan para dokter spesialis selaku informan, peneliti melakukan wawancara dan konfirmasi pernyataan-pernyataan tersebut kepada Kepala Kantor BPJS Kesehatan Kabupaten Kotawaringin Barat Saudara ST, di ruang kerjanya menyatakan bahwa :

“Kita sudah beriklan dengan media massa, soal pembayaran, soal tunggakan. sosialisasi masih terbatas di tokoh agama dan masyarakat, karena individu masyarakat belum bisa terjangkau karena keterbatasan waktu dan tenaga. Tokoh agama, tokoh masyarakat per kecamatan sudah pernah sosialisasi kerjasama dengan Kantor Perizinan, ketika ada kegiatan, kami ikut menyampaikan ketentuan-ketentuan. Peraturan tentang rujukan, pihak RS pun seharusnya bisa menjelaskan, karena bukan peraturan BPJS, tapi peraturan menkes dan peraturan gubernur. Banyak yang ngurusnya diwakili, sebenarnya tidak masalah, namun penyampaian informasinya terkendala. Tunggakkan sampai 8 M, banyak yang lebih dari 2 tahun, tapi sesuai Perpres nomor 19 tahun 2015 berapa tahun pun tunggakkannya maksimal yang ditagihkan 13 bulan.” (wawancara, 28 Agustus 2017).

Berdasarkan informasi yang disampaikan oleh Kepala Kantor BPJS Kesehatan Kabupaten Kotawaringin Barat bahwa ada satu unit organisasi yang bertugas memberikan informasi kepada peserta JKN atas hak dan kepesertaannya. Untuk di kantor pelaksana Kabupaten Kotawaringin Barat tugas itu melekat menjadi tugas yang diberikan kepada kepala kantor pelaksana. Oleh karena itu fungsi ini belum bisa dilakukan secara maksimal, karena terkendala keterbatasan

waktu dan tenaga. Sesuai dengan struktur organisasi Kantor BPJS Kesehatan Kabupaten hanya memiliki beberapa orang staf yaitu: a) staf perluasan peserta dan kepatuhan, b) staf kepesertaan dan pelayanan peserta, c) staf penagihan dan keuangan serta d) verifikator penjaminan manfaat. Namun demikian Kepala Kantor BPJS Kesehatan Kabupaten Kotawaringin Barat menyampaikan himbauan kepada para peserta JKN yang memanfaatkan layanan ke Rumah Sakit diminta untuk pertama kali mengambil layanan dengan mendatangi loket BPJS yang ada untuk meminta informasi apakah bisa memperoleh jaminan atau tidak. Sehingga peserta dapat informasi yang benar atas jaminan pelayanannya. Loket BPJS di Rumah Sakit bekerja sesuai ketentuan jam kerja karyawan yakni mulai pukul 08.00 s/d 16.00 WIB.

Yang sering terjadi masalah adalah peserta JKN yang datang ke rumah sakit belum tentu langsung menuju loket BPJS Kesehatan melainkan menuju ruang atau poli pelayanan kesehatan sesuai rujukan yang diperlukan. Disisi lain bagi peserta JKN yang datang ke rumah sakit diluar jam kerja sudah pasti dia akan menemui petugas pelayanan rumah sakit, sehingga kemungkinan mendapatkan penjelasan tentang konsep jaminan kesehatan tidak sesuai dengan apa yang dijelaskan oleh petugas BPJS Kesehatan.

Kenyataan ini akan menimbulkan pemberian informasi yang tidak tepat karena mengenai hak dan kewajiban peserta JKN semestinya dilakukan oleh petugas BPJS Kesehatan, sedangkan untuk prosedur pelayanan kesehatan diberikan oleh petugas layanan kesehatan. Nampak bahwa disini sudah kelihatan adanya awal mula proses yang menyebabkan terjadinya mis informasi yang cenderung menyebabkan proses-proses berikutnya menjadi tidak efisien bahkan

terkesan panjang, berbelit-belit dan bahkan bisa keliru prosedur. Hal ini bisa terjadi jika informasi yang diperoleh mengenai jaminan pelayanan tidak sesuai dengan ketentuan penjaminan oleh pihak BPJS. Seyogyanya pihak BPJS Kesehatan pun memberi sosialisasi kepada petugas rumah sakit sehingga terjadi pemahaman yang sama dalam memberikan penjelasan kepada pasien.

Pada kesempatan lain peneliti melakukan wawancara dengan petugas pendaftaran peserta JKN di Kantor BPJS Kesehatan Kabupaten Kotawaringin Barat DM, yang menyatakan bahwa :

“Pada proses pendaftaran sudah dijelaskan dari awal, ada poster-poster juga. Masalah bayi di kandungan, biasanya sudah dijelaskan di puskesmas. Itu sebagian kecil saja, sudah banyak yang tahu, di kantor banyak ibu-ibu yang hamil mendaftar 6 bulan. Pada waktu membuat kartu dijelaskan cara pendaftaran, persyaratan yang wajib, dikasih brosur, ada hak, kewajiban dan prosedur. Kadang pesertanya dari jauh banyak yang daftar secara kolektif, bukan pesertanya yang ke kantor, tapi dikuasakan. Sudah disampaikan oleh BPJS tapi tidak disampaikan oleh yang mendaftar ke pesertanya.” (wawancara, 26 Agustus 2017).

Berdasarkan informasi dari petugas pendaftaran peserta JKN di Kantor BPJS Kesehatan Kabupaten Kotawaringin Barat DM menyatakan sudah melaksanakan tugasnya memberi informasi kepada para peserta JKN yang mendaftar di Kantor BPJS Kesehatan tentang cara pendaftaran, persyaratan yang wajib, prosedur alur berobat, serta pemberian brosur yang berisi hak dan kewajiban serta prosedur. DM menyatakan bahwa ketidakpahaman peserta JKN banyak yang daftar secara kolektif dan dikuasakan kepada orang lain. Sudah disampaikan oleh BPJS Kesehatan tapi tidak disampaikan oleh yang mendaftar ke pesertanya. Pernyataan tersebut dipertegas oleh kepala Kantor BPJS Kesehatan ST bahwa “banyak yang ngurusnya diwakili, sebenarnya tidak masalah, namun penyampaian informasinya terkendala.” Selain itu juga ST menyatakan bahwa

BPJS sudah beriklan dengan media massa, namun sosialisasi masih terbatas pada tokoh masyarakat, secara individu masyarakat masih belum terjangkau karena keterbatasan waktu dan tenaga. Sosialisasi kepada tokoh masyarakat pernah dilakukan per kecamatan kerja sama dengan Kantor Pelayanan Terpadu Perizinan, waktu kantor tersebut ada kegiatan, BPJS Kesehatan ikut menyampaikan ketentuan-ketentuan. ST juga menyatakan masih mencari mekanisme sosialisasi di luar konvensional, mencari terobosan, masih harus dicarikan solusinya.

Ketidakhahaman peserta JKN juga tidak semata-mata karena kekurangan informasi, tergambar pada beberapa pemahaman peserta terkait peserta PBI yang minta naik kelas, DM menyatakan pasien pura-pura tidak paham karena sejak dulu PBI Jamkesmas haknya kelas 3. Untuk kasus peserta JKN berobat ke Rumah Sakit sebagai pasien umum, namun ketika pulang baru menunjukkan kepemilikan kartunya, ST menyatakan bahwa bukan karena kurang informasi, "Biasanya setelah mengetahui biaya baru mengurus, macam-macam alasannya, kasuistik." Sama halnya seperti yang disampaikan oleh dokter spesialis bedah "Ada juga pasien yang nakal, ketika sakit ikut BPJS bayar sekali, pakai BPJS berobat, habis itu stop. Nanti kalau sakit lagi bayar lagi, kalau sampai dioperasi kan masih untung."

Berdasarkan wawancara terhadap seluruh kepala ruangan, dokter dan dokter spesialis serta petugas pendaftaran dan pembuat SEP, peneliti melakukan wawancara dengan informan Direktur RSUD Sultan Imanuddin Pangkalan Bun SS, menyatakan bahwa :

"Sosialisasi yang dilakukan oleh BPJS Kesehatan terhadap pesertanya masih sangat minim. Dampaknya sering terjadi konflik antara petugas RS atau RS dengan pasien terkait prosedur dan hak-hak pasien. Hal ini dapat diminimalisir jika fungsi FKTP berjalan dengan baik. Fungsi *gate keeper*

yang seharusnya dijalankan oleh FKTP dengan menyaring pasien yang akan dirujuk ke FKTL belum berjalan sebagaimana mestinya. Masih banyak FKTP yang merujuk tanpa indikasi memadai, akhirnya pasien ditolak lalu muncul konflik dengan petugas RS. FKTP sebelum merujuk mestinya juga telah memberikan arahan tentang prosedur, hak dan kewajiban peserta saat dirujuk.” (wawancara, 2 September 2017).

Berdasarkan informasi dari Direktur RSUD Sultan Imanuddin bahwa sosialisasi terkait prosedur dan hak-hak pasien yang dilakukan oleh BPJS Kesehatan terhadap pesertanya masih sangat minim, sehingga menimbulkan konflik antara petugas Rumah Sakit atau antara petugas Rumah Sakit dengan pasien peserta JKN. Hal ini dapat diminimalisir jika fungsi FKTP (Puskesmas) berjalan dengan baik, termasuk sebelum merujuk FKTP memberikan informasi tentang prosedur, hak dan kewajiban peserta saat dirujuk ke Rumah Sakit.

Selanjutnya peneliti melakukan wawancara dengan informan Kepala Puskesmas Madurejo Pangkalan Bun MH, menyatakan bahwa :

“Sebelum dirujuk, puskesmas menjelaskan prosedur rujukan, kalau tidak layak dirujuk, pasien tidak akan dirujuk. Pasien belum mengerti kasus-kasus apa yang dirujuk, kalau sudah dijelaskan kadang-kadang menerima saja. Sosialisasi oleh BPJS Kesehatan dilakukan setahun dua kali melibatkan lintas sektor puskesmas dan rumah sakit. Pasien yang langsung berobat ke rumah sakit tidak ke puskesmas dulu, seharusnya BPJS yang menjelaskan. Biasanya pasien yang mandiri mendapat penjelasan, namun pasien yang dibayarkan oleh Pemda tidak mendapat penjelasan”. (wawancara, 22 Januari 2018).

Berdasarkan informasi dari kepala Puskesmas Madurejo bahwa sosialisasi perlu dilakukan oleh BPJS Kesehatan, Puskesmas hanya melayani pasien, jika tidak dapat ditangani maka akan dirujuk ke rumah sakit, dan pasien diberi penjelasan prosedur rujukan, sehingga bagi pasien yang dirujuk disertakan surat rujukannya.”

### C. Pembahasan.

Berdasarkan hasil wawancara, observasi dan studi literatur diperoleh gambaran bahwa praktek pemberian informasi terhadap prosedur dan proses pelayanan peserta JKN ketika mereka mengambil pelayanan kesehatan rujukan ke rumah sakit masih banyak yang belum memiliki persepsi yang sesuai dengan prosedur pelayanan. Kebanyakan pasien tidak memahami mekanisme penjaminan oleh BPJS Kesehatan atas pelayanan yang diperoleh di rumah sakit. Azas kecukupan informasi bagi peserta JKN yang semestinya diperoleh dari kedua pelaku utama yakni BPJS Kesehatan selaku Badan Penyelenggara yang bertanggungjawab atas kepesertaan dan pembiayaan dengan Rumah Sakit selaku pihak Pemberi Pelayanan Kesehatan.

Dalam Implementasi Kebijakan Jaminan Kesehatan Nasional, peserta memiliki peranan yang penting karena disamping sebagai objek penyelenggaraan Program JKN, peserta juga memiliki dimensi sentral dalam mencapai indikator keberhasilan tujuan program nasional ini. Implementasi Kebijakan Publik menurut Grindle (1980) dalam Akib 2010: 2) bahwa implementasi merupakan proses umum tindakan administratif yang dapat diteliti pada tingkat program tertentu. Proses implementasi baru akan dimulai apabila tujuan dan sasaran telah ditetapkan, dana telah disiapkan dan disalurkan untuk mencapai sasaran. Deskripsi sederhana tentang konsep implementasi dikenalkan oleh Lane, bahwa implementasi sebagai konsep dapat dibagi menjadi dua bagian, yakni :

1. Implementasi merupakan persamaan fungsi dari maksud, *output* dan *outcome*, sehingga formula dari implementasi yakni meliputi; maksud, tujuan, hasil sebagai produk dan hasil dari akibat.

2. Implementasi merupakan persamaan fungsi dari kebijakan, format, implementasi, inisiator dan waktu (Sabatier,1986 dalam Akib 2010) merupakan fungsi dari kebijakan itu sendiri, hasil yang dicapai dan dilaksanakan oleh implementator dalam waktu tertentu.

Oleh karena itu dari sudut pandang penyelenggaraan JKN yang fokus kepada pemahaman peserta atas hak dan kewajiban serta kemampuannya dalam mengetahui proses pelayanan kesehatan di rumah sakit merupakan salah satu inti dari implementasi kebijakan JKN yang mana tujuan dari dilaksanakannya program JKN ini adalah dalam rangka meningkatkan derajat kesehatan masyarakat sebagaimana tertuang dalam Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 28 tahun 2014 tentang Pedoman Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Nasional.

Kebijakan menghubungkan antara tujuan kebijakan dan realisasinya dengan hasil kerja kegiatan pemerintah ini sesuai dengan pandangan Van Meter dan Van Horn (Grindle:1980:6) bahwa tugas implementasi adalah membangun jejaring yang memungkinkan tujuan kebijakan publik direalisasikan melalui aktivitas instansi pemerintah yang melibatkan berbagai pihak yang berkepentingan.

### **C.1. Analisis Implementasi Sosialisasi Program JKN yang dilakukan oleh BPJS Kesehatan.**

BPJS Kesehatan Kabupaten Kotawaringin Barat sebagai koordinator penyelenggaraan BPJS Kesehatan Kabupaten sudah selayaknya memiliki konsep perencanaan dan pengembangan program, bukan saja karena adanya amanat dari sebuah regulasi, namun sebagai organisasi implementasi kebijakan memiliki konsep analisis implementasi JKN yang mendasarkan pada aspek komunikasi,

koordinasi dan pengembangan sumberdaya manusia dan struktur organisasi untuk bisa mencapai tujuan penyelenggaraan JKN yang ditugaskan oleh pemerintah kepada BPJS Kesehatan.

Menurut Edwards III (dalam Akib 2010) terdapat empat faktor yang menjadi sumber masalah implementasi kebijakan, yang sekaligus merupakan pra kondisi bagi keberhasilan proses implementasi yakni ;

- 1) Komunikasi
- 2) Sumber daya
- 3) Disposisi/Sikap birokrasi/pelaksana
- 4) Struktur organisasi termasuk tata kerja birokrasi.

Edward III dalam Winarno (2007: 125) mengemukakan bahwa implementasi sebagai tahapan dalam proses kebijakan yang berada di antara tahapan penyusunan kebijakan dan hasil atau konsekuensi-konsekuensi (output, outcomes) yang ditimbulkan oleh kebijakan itu. Implementasi kebijakan merupakan suatu proses yang dinamis dan dipengaruhi empat faktor atau variabel yang krusial. Keempat faktor atau variabel tersebut berpengaruh terhadap keberhasilan atau kegagalan implementasi kebijakan.

#### 1) Komunikasi (*communication*)

Secara umum Edward III dalam Winarno (2007: 126) membahas tiga hal penting dalam proses komunikasi kebijakan, yaitu transformasi informasi (*transmisi*), kejelasan informasi (*clarity*) dan konsistensi informasi (*consistency*). Komunikasi merupakan persyaratan utama dalam implementasi kebijakan yang efektif karena pelaksana kebijakan (*implementator*) harus

memahami isi dan tujuan-tujuan kebijakan sebelum meneruskannya kepada pelaku (personil) kebijakan.

Dimensi transmisi menghendaki agar kebijakan publik disampaikan tidak hanya disampaikan kepada pelaksana (implementors) kebijakan tetapi juga disampaikan kepada kelompok sasaran kebijakan dan pihak lain yang berkepentingan baik secara langsung maupun tidak langsung. Dalam mentransmisikan informasi kebijakan ada beberapa hal yang dapat menghambat proses tersebut, antara lain : Pertama, pertentangan pendapat antara para pelaksana dengan perintah yang dikeluarkan oleh pengambil kebijakan. Pertentangan terhadap kebijakan-kebijakan ini akan menimbulkan hambatan-hambatan atau distorsi seketika terhadap komunikasi kebijakan. Kedua, informasi melewati berlapis-lapis hierarki birokrasi. Seperti kita ketahui birokrasi mempunyai struktur yang ketat dan cenderung hierarkis, kondisi ini akan sangat mempengaruhi tingkat efektivitas komunikasi yang dijalankan. Ketiga, pada akhirnya penangkapan komunikasi mungkin dihambat oleh persepsi yang selektif dan ketidakmauan para pelaksana untuk mengetahui persyaratan-persyaratan suatu kebijakan. Kadang-kadang para pelaksana mengabaikan apa yang sudah jelas dan mencoba menduga-duga makna komunikasi-komunikasi yang “sebenarnya”.

Dimensi kejelasan (*clarity*) menghendaki agar kebijakan yang ditransmisikan kepada pelaksana, target grup dan pihak lain yang berkepentingan secara jelas sehingga di antara mereka mengetahui apa yang menjadi maksud, tujuan, sasaran, serta substansi dari kebijakan publik tersebut sehingga masing-masing akan mengetahui apa yang harus

dipersiapkan serta dilaksanakan untuk mensukseskan kebijakan tersebut secara efektif dan efisien. Edward mengidentifikasi 6 faktor yang mendorong terjadinya ketidakjelasan komunikasi kebijakan, faktor-faktor tersebut antara lain adalah kompleksitas kebijakan publik, keinginan untuk tidak mengganggu kelompok-kelompok masyarakat, kurangnya konsensus mengenai tujuan-tujuan kebijakan, masalah-masalah dalam memulai suatu kebijakan baru, menghindari pertanggung jawaban kebijakan dan sifat pembentukan kebijakan pengadilan.

Dimensi konsistensi (*consistency*) diperlukan agar kebijakan yang diambil tidak simpang siur sehingga membingungkan pelaksana kebijakan, target grup dan pihak-pihak yang berkepentingan.

Pemberian informasi hak dan kewajiban peserta JKN merupakan kewajiban BPJS sesuai dengan Undang-Undang No.24 tahun 2011 tentang BPJS. Beberapa hal yang menunjukkan bahwa Undang-Undang tersebut belum disosialisasikan secara baik, berdasarkan hasil wawancara dengan peserta JKN, petugas layanan di rumah sakit serta hasil observasi pada pelayanan pendaftaran di BPJS Kesehatan Kabupaten, adalah (a) Banyak peserta yang memahami bahwa kewajiban membayar iuran JKN hanya cukup sekali pada waktu mendaftar. (b) Banyak peserta JKN yang berobat ke rumah sakit tidak membawa surat rujukan dari Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) puskesmas atau dokter keluarga. (c) Banyak pasien yang tidak mengetahui harus mengurus Surat Eligibilitas Peserta (SEP) ketika berobat ke rumah sakit, kecuali pasien yang pernah berobat di rumah sakit. (d) Peserta JKN tidak memahami bahwa tidak semua pelayanan di rumah sakit dapat

dijamin oleh BPJS Kesehatan berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan nomor 28 tahun 2014 Bab IV tentang Pelayanan Kesehatan. (e) Pasien yang mendaftar sendiri memperoleh penjelasan, mendapatkan brosur/leaflet, menyatakan memahami JKN namun hak, prosedur dan manfaat tidak tidak dijelaskan secara detail.

Kondisi tersebut di atas menggambarkan bahwa faktor Komunikasi belum efektif dilaksanakan oleh BPJS Kesehatan Kabupaten, sosialisasi terkait kepesertaan JKN, berdasarkan wawancara dengan kepala Kantor BPJS Kesehatan Kabupaten dan berdasarkan data-data pendukung bahwa sosialisasi hanya dilakukan mengikuti agenda sosialisasi BPJS Kesehatan Cabang Sampit dan berdasarkan permintaan sosialisasi dari pihak-pihak institusi tertentu serta kegiatan sosialisasi yang diminta oleh kelompok masyarakat atau pemerintah desa dan kelurahan melalui surat permintaan sosialisasi ke BPJS Kesehatan. Jika melihat pola implementasi sosialisasi yang dilakukan oleh BPJS Kesehatan Kabupaten, maka dapat dipastikan bahwa masih banyak masyarakat yang belum mendapatkan sosialisasi sebagai peserta JKN. Hal tersebut akan berimplikasi pada kelancaran pelayanan di rumah sakit sehingga dapat berpengaruh pada kualitas pelayanan di rumah sakit.

## 2) Sumberdaya (*resources*)

Sumberdaya merupakan faktor penting dalam melaksanakan kebijakan. Isi dan tujuan-tujuan kebijakan mungkin dapat dikomunikasikan tetapi jika para pelaksana (*implementator*) kurang sumberdaya yang diperlukan untuk melaksanakan isi kebijakan, maka implementasi pun cenderung tidak berjalan

efektif. Sumberdaya tersebut meliputi : staf, anggaran, fasilitas-fasilitas dan wewenang.

Menurut Edward III dalam Widodo (2010:98) bahwa sumberdaya tersebut meliputi sumberdaya manusia, sumberdaya anggaran, dan sumberdaya peralatan dan sumberdaya kewenangan.

a) Sumberdaya Manusia

Sumberdaya manusia merupakan salah satu variabel yang mempengaruhi keberhasilan pelaksanaan kebijakan. Edward III dalam Widodo (2010:98) menyatakan bahwa "*probably the most essential resources in implementing policy is staff*". Edward III dalam Widodo (2010:98) menambahkan "*no matter how clear and consistent implementation order are and no matter accurately they are transmitted, if personnel responsible for carrying out policies lack the resources to do an effective job, implementing will not effective*"

b) Sumberdaya Anggaran

Edward III dalam Widodo (2010:100) menyatakan dalam kesimpulan studinya "*budgetary limitation, and citizen opposition limit the acquisition of adequate facilities. This in turn limit the quality of service that implementor can be provide to public*". Menurut Edward III, terbatasnya anggaran yang tersedia menyebabkan kualitas pelayanan yang seharusnya diberikan kepada masyarakat juga terbatas. Edward III dalam Widodo (2010:100) menyatakan bahwa "*new towns studies suggest that the limited supply of federal incentives was a major contributor to the failure of the program*". Menurut Edward III,

terbatasnya insentif yang diberikan kepada implementor merupakan penyebab utama gagalnya pelaksanaan program. Edward III dalam Widodo (2010:101) menyimpulkan bahwa terbatasnya sumberdaya anggaran akan mempengaruhi keberhasilan pelaksanaan kebijakan. Disamping program tidak bisa dilaksanakan dengan optimal, keterbatasan anggaran menyebabkan disposisi para pelaku kebijakan rendah.

c) Sumberdaya Peralatan

Edward III dalam Widodo (2010:102) menyatakan bahwa sumberdaya peralatan merupakan sarana yang digunakan untuk operasionalisasi implementasi suatu kebijakan yang meliputi gedung, tanah, dan sarana yang semuanya akan memudahkan dalam memberikan pelayanan dalam implementasi kebijakan. Edward III dalam Widodo (2010:102) menyatakan :*Physical facilities may also be critical resources in implementation. An implementor may have sufficient staff, may understand what he supposed to do, may have authority to exercise his task, but without the necessary building, equipment, supplies and even green space implementation will not succeed.*

d) Sumberdaya Kewenangan

Sumberdaya lain yang cukup penting dalam menentukan keberhasilan suatu implementasi kebijakan adalah kewenangan. Menurut Edward III dalam Widodo (2010:103) menyatakan bahwa: Kewenangan (*authority*) yang cukup untuk membuat keputusan sendiri yang dimiliki oleh suatu lembaga akan mempengaruhi lembaga itu dalam

melaksanakan suatu kebijakan. Kewenangan ini menjadi penting ketika mereka dihadapkan suatu masalah dan mengharuskan untuk segera diselesaikan dengan suatu keputusan. Oleh karena itu, Edward III dalam Widodo (2010:103), menyatakan bahwa pelaku utama kebijakan harus diberi wewenang yang cukup untuk membuat keputusan sendiri untuk melaksanakan kebijakan yang menjadi kewenangannya.

Berdasarkan hasil wawancara dengan kepala Kantor BPJS Kesehatan Kabupaten dan data-data pendukung hasil observasi bahwa faktor sumberdaya manusia yang melaksanakan implementasi sosialisasi belum maksimal, hal tersebut disebabkan karena keterbatasan tenaga BPJS Kesehatan Kabupaten.

Jumlah sumberdaya manusia pada BPJS Kesehatan Kabupaten sebanyak tujuh orang yang terdiri dari : kepala kantor 1 orang, staf kepesertaan dan pelayanan peserta (KPP) 1 orang, verifikator penjaminan manfaat 2 orang, dan 1 orang pegawai tidak tetap (PTT) sebagai *relationship officer*, serta tenaga *outsourcing cleaning service* dan satpam masing-masing 1 orang.

Jumlah staf dalam implementasi kebijakan sangat menentukan, di samping juga harus memiliki kecakapan dalam pelaksanaan kegiatan. Kasus rendahnya pelayanan birokrasi di Indonesia salah satu karena rendahnya mutu sumberdaya manusia. Kurangnya personil yang terlatih dengan baik akan dapat menghambat pelaksanaan kebijakan-kebijakan yang menjangkau banyak pembaharuan.

Jika melihat sumberdaya manusia pada BPJS Kesehatan Kabupaten, maka dapat dipastikan bahwa masih banyak masyarakat yang belum mendapatkan sosialisasi sebagai peserta JKN. Berdasarkan data kegiatan

sosialisasi yang dilakukan BPJS Kesehatan Kabupaten pada tahun 2017, dari enam kecamatan yang ada, baru empat kecamatan yang telah dilaksanakan sosialisasi melalui pertemuan dengan tokoh masyarakat sebanyak tujuh kali, yaitu : 1) Kecamatan Kumai (desa Kumai Hulu) satu kali. 2) Kecamatan Pangkalan Lada empat kali (Kecamatan Pangkalan Lada sebanyak tiga kali dan desa Kadipi Atas satu kali). 3) Kecamatan Kotawaringin Lama (desa Riam Durian) satu kali. 4) Kecamatan Arut Selatan (Kelurahan Madurejo) satu kali.

Dari segi sumberdaya anggaran, ketersediaan anggaran operasional BPJS Kesehatan Kabupaten mengindik pada kantor cabang BPJS Kesehatan Sampit. Edward III dalam Widodo (2010:101) menyimpulkan bahwa terbatasnya sumberdaya anggaran yang tersedia menyebabkan kualitas pelayanan yang seharusnya diberikan kepada masyarakat juga terbatas. Terbatasnya sumberdaya anggaran akan mempengaruhi keberhasilan pelaksanaan kebijakan. Disamping program tidak bisa dilaksanakan dengan optimal, keterbatasan anggaran menyebabkan disposisi para pelaku kebijakan rendah.

Kewenangan yang cukup untuk membuat keputusan sendiri yang dimiliki oleh suatu lembaga akan mempengaruhi lembaga itu dalam melaksanakan suatu kebijakan. Implementasi sosialisasi dan ketersediaan anggaran yang mengindik pada kantor cabang BPJS Kesehatan Sampit, membatasi kewenangan yang seharusnya dimiliki oleh BPJS Kesehatan Kabupaten.

3) Disposisi (*dispositions*) atau sikap

Pengertian disposisi menurut Edward III dalam Widodo (2010:104) dikatakan sebagai “kemauan, keinginan dan kecenderungan para pelaku kebijakan untuk melaksanakan kebijakan tadi secara sungguh-sungguh sehingga apa yang menjadi tujuan kebijakan dapat diwujudkan”. Edward III dalam Widodo (2010:104-105) mengatakan bahwa: jika implementasi kebijakan ingin berhasil secara efektif dan efisien, para pelaksana (*implementors*) tidak hanya mengetahui apa yang harus dilakukan dan mempunyai kemampuan untuk melakukan kebijakan tersebut, tetapi mereka juga harus mempunyai kemauan untuk melaksanakan kebijakan tersebut. Faktor-faktor yang menjadi perhatian Edward III mengenai disposisi dalam implementasi kebijakan terdiri dari:

- a) Pengangkatan birokrasi. Disposisi atau sikap pelaksana akan menimbulkan hambatan-hambatan yang nyata terhadap implementasi kebijakan bila personel yang ada tidak melaksanakan kebijakan yang diinginkan oleh pejabat-pejabat yang lebih atas. Karena itu, pengangkatan dan pemilihan personel pelaksana kebijakan haruslah orang-orang yang memiliki dedikasi pada kebijakan yang telah ditetapkan, lebih khusus lagi pada kepentingan warga masyarakat.
- b) Insentif merupakan salah-satu teknik yang disarankan untuk mengatasi masalah sikap para pelaksana kebijakan dengan memanipulasi insentif. Pada dasarnya orang bergerak berdasarkan kepentingan dirinya sendiri, maka memanipulasi insentif oleh para pembuat kebijakan mempengaruhi tindakan para pelaksana kebijakan. Dengan cara menambah keuntungan atau biaya tertentu mungkin akan menjadi faktor pendorong yang

membuat para pelaksana menjalankan perintah dengan baik. Hal ini dilakukan sebagai upaya memenuhi kepentingan pribadi atau organisasi.

Faktor Disposisi dalam implementasi sosialisasi program JKN masih kurang, berdasarkan hasil wawancara dan observasi serta data pendukung bahwa BPJS Kesehatan Kabupaten sebagai pelaku utama kebijakan di Kabupaten tidak menyusun rencana kerja tahunan tentang implementasi sosialisasi di berbagai level kelompok masyarakat, kegiatan tahunan terkait pengembangan teknis operasional, data capaian kinerja sosialisasi program JKN, serta data capaian kinerja koordinasi lintas sektor dalam sosialisasi JKN, ataupun menyusun laporan evaluasi capaian kinerja sosialisasi program JKN. Rencana kerja tahunan dan laporan evaluasi capaian kinerja sosialisasi program JKN dilakukan oleh BPJS Kesehatan Cabang Sampit.

Hal tersebut belum sesuai dengan amanat Perpres Nomor : 19 tahun 2016 tentang perubahan kedua atas Perpres Nomor 12 tahun 2013 tentang Jaminan Kesehatan Nasional Pasal 43A yang menyatakan bahwa (ayat 1): BPJS Kesehatan mengembangkan teknis operasional sistem pelayanan kesehatan, sistem kendali mutu pelayanan, dan sistem pembayaran pelayanan kesehatan untuk meningkatkan efisiensi dan efektivitas. (Ayat 2): Pengembangan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilaksanakan dalam rangka penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan. (Ayat 3) : Dalam melaksanakan pengembangan sebagaimana dimaksud pada ayat (1), BPJS Kesehatan berkoordinasi dengan kementerian/lembaga terkait.

Berdasarkan ketentuan tersebut pihak BPJS Kesehatan memiliki tugas untuk menyusun agenda koordinasi pada setiap level organisasi guna

menyusun dokumen perencanaan program dan pengembangan sebagai tolok ukur kinerja manajemen dan implementasi kebijakan UU nomor 24 tahun 2011 yang mengatur tentang hak dan kewajiban BPJS.

#### 4) Struktur birokrasi (*bureaucratic structure*)

Menurut Edwards III dalam Winarno (2007:150) terdapat dua karakteristik utama dari birokrasi yakni: "*Standard Operational Procedure* (SOP) dan fragmentasi". Menurut Winarno (2007:150), "*Standard operational procedure* (SOP) merupakan perkembangan dari tuntutan internal akan kepastian waktu, sumber daya serta kebutuhan penyeragaman dalam organisasi kerja yang kompleks dan luas". Edward III dalam Widodo (2010:107) menyatakan bahwa :demikian pula dengan jelas tidaknya standar operasi, baik menyangkut mekanisme, system dan prosedur pelaksanaan kebijakan, pembagian tugas pokok, fungsi dan kewenangan, dan tanggung jawab diantara pelaku, dan tidak harmonisnya hubungan di antara organisasi pelaksana satu dengan yang lainnya ikut pula menentukan keberhasilan implementasi kebijakan. Namun, berdasarkan hasil penelitian Edward III dalam Winarno (2007:152) menjelaskan bahwa: SOP sangat mungkin dapat menjadi kendala bagi implementasi kebijakan baru yang membutuhkan cara-cara kerja baru atau tipe-tipe personil baru untuk melaksanakan kebijakan-kebijakan. Dengan begitu, semakin besar kebijakan membutuhkan perubahan dalam cara-cara yang lazim dalam suatu organisasi, semakin besar pula probabilitas SOP menghambat implementasi.

Edward III dalam Winarno (2007:155) menjelaskan bahwa "*fragmentasi merupakan penyebaran tanggung jawab suatu kebijakan kepada*

beberapa badan yang berbeda sehingga memerlukan koordinasi” Edward III dalam Widodo (2010:106), mengatakan bahwa:struktur birokrasi yang terfragmentasi (terpecah-pecah atau tersebar) dapat meningkatkan gagalnya komunikasi, karena kesempatan untuk instruksinya terdistorsi sangat besar. Semakin terdistorsi dalam pelaksanaan kebijakan, semakin membutuhkan koordinasi yang intensif”.

Faktor struktur birokrasi yang berpengaruh terhadap implementasi sosialisasi program JKN adalah belum adanya unit pelaksana sosialisasi pada struktur organisasi BPJS Kesehatan Kabupaten yang dilengkapi dengan sumberdaya manusia dalam jumlah dan mutu yang cukup.

Dalam penyelenggaraan JKN komunikasi antara BPJS Kesehatan dan Rumah Sakit merupakan faktor penting dalam implementasi program. Berdasarkan kaidah para pelaku JKN maka antara BPJS kesehatan, Rumah Sakit dan peserta terikat dalam jaringan kinerja program yang salah satu bentuk realisasinya adalah komunikasi penyelenggaraan JKN, atas dasar kontrak kerja yang telah disepakati serta berorientasi pada tercapainya tujuan penyelenggaraan JKN itu sendiri.

Komunikasi antar organisasi mutlak diperlukan untuk memperkecil kesenjangan informasi dan meningkatkan sinergi, karena begitu kompleksnya permasalahan yang dihadapi oleh pihak rumah sakit atas berbagai masalah akibat kurangnya informasi yang diterima oleh peserta JKN dalam menggunakan haknya di pelayanan rujukan. Saluran komunikasi yang bisa menjadi solusi atas berbagai hambatan teknis dan hambatan administrasi pelayanan kesehatan bagi peserta JKN di rumah sakit sebagai bagian dari proses administrasi pelayanan publik.

Dalam teori komunikasi organisasi, disebutkan bahwa komunikasi adalah suatu proses karena komunikasi merupakan suatu seri kegiatan yang terus menerus (Ari M, 2009: 19), sehingga dengan adanya kontrak kerjasama antara BPJS Kesehatan dengan Rumah Sakit maka proses komunikasi antar instansi ini perlu dilakukan proses yang terus menerus, bukannya berhenti kemudian berjalan sendiri-sendiri tanpa adanya komunikasi. Karena sangat mungkin dalam prakteknya masih banyak masalah yang belum terselesaikan, bahkan naskah kerjasama itu sendiri memunculkan masalah dalam pelaksanaannya, Sehingga perencanaan dan pelaksanaan program komunikasi perlu direalisasikan secara berkala.

Kewajiban koordinasi yang dilakukan oleh BPJS Kesehatan menjadi instrumen agar setiap ada perubahan regulasi dan ketentuan operasional bisa secara cepat dilakukan penyesuaian, jangan sampai pelaksanaan kegiatan pelayanan kesehatan di lapangan ketinggalan dengan perubahan regulasi yang justru menjadi dasar pelaksanaan di lapangan. Ungkapan yang disampaikan oleh seorang dokter spesialis bedah dan dokter spesialis penyakit dalam di rumah sakit, seringnya perubahan aturan dan tidak tersampaikan pada tataran klinik pelayanan kesehatan di rumah sakit setidaknya mengindikasikan bahwa ada hambatan komunikasi yang selama ini terjadi antara BPJS Kesehatan dan Rumah Sakit secara pengorganisasiannya.

Berdasarkan observasi, ketiadaan unit kerja yang fokus terhadap masalah komunikasi dan koordinasi pada Kantor BPJS Kesehatan Kabupaten Kotawaringin Barat menjadi indikasi fungsi ini tidak dapat dijalankan dengan maksimal. Sehingga dari sisi implementasi kebijakan ini menjadi masalah yang

harus diatasi. Karena Komunikasi merupakan salah satu hal penting pra kondisi untuk sebuah implementasi kebijakan ( Akib, 2010).

Minimnya informasi termasuk salah satu masalah yang dikemukakan oleh pihak Dinas Kesehatan Kabupaten Kotawaringin Barat terhadap sosialisasi penyelenggaraan JKN sangat mengindikasikan terjadinya *mis-informasi* khususnya bagi penyelenggara yang pasti juga berdampak pada minimnya pengetahuan BPJS Kesehatan bagi peserta. Hal ini akan sangat mempengaruhi kemampuan akses masyarakat peserta khususnya pada layanan rujukan yang tentu lebih kompleks baik dari sisi prosedur dan jenis pelayanan yang lebih bervariasi.

Sejalan dengan yang disampaikan oleh Kepala Puskesmas Madurejo Pangkalan Bun bahwa implementasi sosialisasi yang dilakukan oleh BPJS Kesehatan Kabupaten hanya dilakukan setahun dua kali dengan melibatkan lintas sektor puskesmas dan rumah sakit. Tentu saja frekuensi sosialisasi tersebut belum memadai untuk dapat memberikan informasi kepada seluruh sasaran sosialisasi baik tenaga kesehatan maupun peserta JKN.

Berdasarkan hasil penelitian Marlia Safitri (2015), implementasi sosialisasi JKN di Kota Bandar Lampung bahwa sosialisasi masih sangat minim karena komunikasi langsung hanya melalui puskesmas, sedangkan kecamatan dan kelurahan hanya berperan dalam pendistribusian kartu JKN bagi masyarakat yang tergolong Oenerima Bantuan Iuran (PBI). Sosialisasi yang minim tersebut mengakibatkan masyarakat tidak memahami program JKN mengenai konsep JKN, sistem pendanaan, kepesertaan, manfaat dan tatacara pelayanan sehingga berdampak terjadinya kebingungan pada masyarakat, pemahaman yang berbeda-beda dan menganggap program JKN adalah gratis.

## **C.2. Analisis Kebijakan pemberian informasi yang diberikan oleh RSUD Sultan Imanuddin kepada Peserta JKN**

Ungkapan yang disampaikan oleh kepala ruang perawatan kandungan dan kebidanan, serta kepala ruangan perawatan penyakit dalam pasien pria (Sindur) yang menyatakan bahwa banyaknya pasien yang kurang paham terhadap aturan BPJS kesehatan menjadi beban tambahan bagi petugas rumah sakit. Beban tambahan ini dikhawatirkan akan mempengaruhi kualitas pelayanan rumah sakit kepada peserta JKN yang pada akhirnya juga akan mengganggu aspek pencapaian tujuan dari implementasi kebijakan JKN tersebut.

Hal ini sangat mendasar mengingat Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) yang dikembangkan di Indonesia merupakan bagian dari Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) yang diselenggarakan melalui mekanisme asuransi sosial yang bertujuan agar seluruh penduduk Indonesia terlindungi dalam sistem asuransi sehingga mereka dapat memenuhi kebutuhan dasar kesehatan. Perlindungan ini diberikan kepada setiap orang yang telah membayar iuran atau iurannya dibayar oleh Pemerintah, dengan memperhatikan pertautan antara berbagai unsur-unsur penyelenggaraan JKN yang meliputi : 1) Regulator, 2) Peserta Program JKN, 3) Pemberi Pelayanan Kesehatan dan 4) Badan Penyelenggara.

Fakta yang diperoleh dari penelusuran Dokumen Perjanjian Kerja Sama antara Rumah Sakit Sultan Imanuddin Pangkalan Bun dengan pihak BPJS Kesehatan tentang Pelayanan Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan bagi Peserta Program Jaminan Kesehatan, tidak ada klausul yang secara jelas menyatakan siapa yang bertugas memberikan informasi kepada peserta JKN terkait proses dan

segala yang bersinggungan dengan pelayanan peserta JKN, termasuk formularium obat, karena menyangkut ketersediaan obat bagi pasien, demikian pula terhadap isi kerjasama yang memuat tentang mana layanan yang bisa dijamin oleh BPJS Kesehatan serta mana yang tindakan pelayanan yang tidak ditanggung. Tanggung jawab yang termuat dalam perjanjian kerjasama tersebut ada di Pasal IV ayat 2 butir d yang menyebutkan bahwa Pihak Pertama dalam hal ini BPJS Kesehatan bersama-sama Pihak Kedua dalam hal ini Rumah Sakit, melakukan sosialisasi prosedur pelayanan, tata cara pengajuan klaim, kepada pihak yang berkepentingan. Kontek melakukan sosialisasi secara bersama-sama belum ditindaklanjuti dengan adanya petunjuk pelaksanaan dilapangan. Hal ini bertentangan dengan Teori Implementasi Kebijakan menurut Edward dalam Budi Winarno (2016:157) disebutkan bahwa dalam implementasi kebijakan diperlukan petunjuk-petunjuk pelaksanaan yang konsisten agar kebijakan dapat dilaksanakan secara efektif. Disamping itu harus adanya kejelasan terhadap kebijakan yang harus dilakukan agar memudahkan pemahaman para pelaksana kebijakan.

Belum adanya kejelasan tentang petunjuk teknis untuk pedoman pelaksanaan di lapangan sehingga menyebabkan para petugas di rumah sakit tidak memiliki kewenangan yang jelas informasi mana yang bisa disampaikan kepada peserta JKN sebagai pedoman baku untuk sosialisasi JKN. Kondisi ini bisa memicu munculnya salah penafsiran bagi peserta ketika masuk ke rumah sakit sehingga sangat wajar jika kebanyakan pasien belum paham prosedur pelayanan, mengingat tidak ada kepastian tugas dalam memberikan informasi kepada Peserta JKN yang dalam hal ini menjadi inti dari pelaksanaan Perjanjian

Kerjasama tersebut. Hal ini bertolak belakang dengan Teori Implementasi Kebijakan yang dikemukakan oleh Van Meter dan Van Horn (Grindle:1980:6) bahwa tugas implementasi adalah membangun jejaring yang memungkinkan tujuan kebijakan publik direalisasikan melalui aktivitas instansi pemerintah yang melibatkan berbagai pihak yang berkepentingan.

Tujuan secara umum diselenggarakannya JKN oleh BPJS Kesehatan yakni sebagai upaya memberikan perlindungan kesehatan kepada peserta untuk memperoleh manfaat pemeliharaan kesehatan dan perlindungan dalam memenuhi kebutuhan dasar kesehatan. Untuk itu relevansi pemberian informasi yang tergambar dari berbagai hasil wawancara yang diperoleh dari Pelaksana Unit layanan rujukan bagi peserta JKN di rumah sakit merupakan gambaran terhadap realisasi pelaksanaan kebijakan pemerintah dalam penyelenggaraan JKN tersebut.

Pemberian informasi mengenai hak dan kewajiban Peserta JKN sesungguhnya merupakan kewajiban BPJS sebagaimana dijelaskan dalam Undang Undang Nomor 24 tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) pada pasal 13 disebutkan bahwa dalam melaksanakan tugasnya BPJS berkewajiban untuk :

1. Memberikan informasi melalui media massa cetak dan elektronik mengenai kinerja, kondisi keuangan, serta kekayaan dan hasil pengembangannya.
2. memberikan manfaat kepada seluruh peserta sesuai dengan Undang-Undang SJSN.
3. Memberikan informasi kepada peserta mengenai hak dan kewajiban untuk mengikuti ketentuan yang berlaku.

4. Memberikan informasi kepada peserta mengenai prosedur untuk mendapatkan hak dan memenuhi kewajibannya.

Demikian pula bahwa Peraturan Menteri Kesehatan nomor 28 tahun 2014 tentang Pedoman Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Nasional, mengatur tentang hak dan kewajiban peserta antara lain : 1. Setiap peserta JKN berhak :

- a) mendapatkan nomor identitas tunggal Peserta,
- b) memperoleh manfaat pelayanan kesehatan di Fasilitas Kesehatan yang bekerjasama dengan BPJS Kesehatan,
- c) memilih fasilitas kesehatan tingkat pertama yang bekerjasama dengan BPJS Kesehatan sesuai yang diinginkan,
- d) mendapatkan informasi dan menyampaikan keluhan terkait dengan pelayanan kesehatan dalam JKN.

2. Setiap Peserta JKN berkewajiban untuk :

- a) Mendaftarkan diri dan membayar iuran kecuali Penerima Bantuan Iuran (PBI), jaminan kesehatan pendaftaran dan pembayaran iurannya dilakukan oleh Pemerintah.
- b) mentaati prosedur dan ketentuan yang telah ditetapkan
- c) Melaporkan perubahan data kepersertaan kepada BPJS Kesehatan dengan menunjukkan identitas Peserta pada saat pindah domisili, pindah kerja, menikah, perceraian, kematian, kelahiran, dll.

Beberapa hal yang perlu diketahui oleh peserta BPJS Kesehatan terkait layanan rujukan yang dapat memberikan layanan rujukan berdasarkan ketentuan adalah a. Klinik utama atau yang setara, b. Rumah Sakit Umum, c. Rumah Sakit Khusus. Baik milik pemerintah maupun swasta yang bekerjasama dengan BPJS kesehatan.

Bagaimana cara peserta BPJS Kesehatan untuk memperoleh jasa layanan rujukan ke rumah sakit? Peserta yang dengan indikasi medis memerlukan pelayanan rujukan tingkat lanjutan, maka peserta harus mengurus surat rujukan

dari puskesmas atau fasilitas kesehatan tingkat pertama lain yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan, kecuali dalam keadaan gawat darurat, bencana, kekhususan permasalahan kesehatan pasien, dan pertimbangan geografis.

Prosedur yang harus diikuti oleh peserta dalam mengakses pelayanan rawat inap di fasilitas rujukan tingkat lanjutan (Kemenkes 2014:45) antara lain :

- a. Peserta melakukan pendaftaran ke RS dengan membawa identitas BPJS Kesehatan serta perintah rawat inap dari poli atau unit gawat darurat.
- b. Peserta harus melengkapi persyaratan administrasi sebelum pasien pulang maksimal 3 x 24 jam hari kerja sejak masuk rumah sakit.
- c. Petugas RS melakukan pengecekan keabsahan kartu dan surat rujukan serta menerbitkan Surat Eligibilitas Peserta (SEP).
- d. Petugas BPJS kesehatan melakukan legalisasi SEP.
- e. Selanjutnya peserta mendapatkan pelayanan kesehatan sesuai kebutuhan indikasi medisnya. Setelah mendapatkan pelayanan kesehatan peserta menandatangani bukti pelayanan pada lembar yang disediakan.

Beberapa kasus salah persepsi oleh pasien peserta JKN yang masuk IGD, pada saat didiagnosa ternyata secara indikasi medis tidak memenuhi persyaratan pasien dengan kegawatdaruratan maka peserta harus diarahkan ke poliklinik umum. Pada saat yang sama diperlukan rujukan dari Pelayanan kesehatan tingkat pertama, maka pasien harus kembali ke fasilitas pelayanan tingkat pertama untuk meminta rujukan atas kasus penyakitnya.

Ungkapan dokter yang bertugas di poliklinik umum yang menyatakan bahwa banyak pasien peserta JKN yang belum paham prosedur yang semestinya harus dilayani di Faskes pertama langsung minta dilayani di Rumah Sakit tanpa

membawa rujukan. Pasien beranggapan dengan kepemilikan kartu BPJS Kesehatan semua layanan telah dijamin. Persepsi yang dikemukakan peserta antara lain karena sudah merasa membayar tapi mengapa tidak dijamin. Hal ini menunjukkan bahwa peserta JKN juga belum mengetahui secara pasti bahwa ternyata ada beberapa layanan di rumah sakit yang tidak semuanya dijamin. Artinya meskipun peserta telah memiliki kartu BPJS Kesehatan dan telah membayar iuran, tidak serta merta peserta JKN dapat memperoleh jaminan atas pelayanan yang diinginkan.

Berdasarkan penelusuran dokumen memang kenyataannya tidak semua pelayanan di rumah sakit dapat dijamin oleh BPJS Kesehatan. Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan nomor 28 tahun 2014 Bab IV huruf C. Manfaat Jaminan Kesehatan point 2 dijelaskan tentang manfaat yang tidak dijamin dalam program JKN meliputi :

- a. Pelayanan kesehatan yang dilakukan tanpa melalui prosedur sebagaimana diatur dalam peraturan yang berlaku.
- b. Pelayanan kesehatan yang dilakukan di Fasilitas Kesehatan yang tidak bekerjasama dengan BPJS Kesehatan, kecuali dalam keadaan darurat.
- c. Pelayanan kesehatan yang telah dijamin oleh program jaminan kecelakaan kerja terhadap penyakit atau cedera akibat kecelakaan kerja dan hubungan kerja.
- d. Pelayanan kesehatan yang telah dijamin oleh program jaminan kecelakaan lalu lintas yang bersifat wajib sampai nilai yang ditanggung oleh program jaminan kecelakaan lalu lintas.
- e. Pelayanan kesehatan yang dilakukan di luar negeri.

- f. Pelayanan kesehatan untuk tujuan estetik.
- g. Pelayanan kesehatan untuk mengatasi infertilitas.
- h. Pelayanan meratakan gigi (ortodonsi).
- i. Gangguan kesehatan akibat sengaja menyakiti diri sendiri, atau akibat melakukan hobi yang membahayakan diri sendiri.
- j. Pengobatan komplementer, alternatif dan tradisional, belum termasuk akupuntur non medis, *shin she*, *chiropractic*, yang belum dinyatakan efektif berdasarkan penilaian teknologi kesehatan (*health technology assessment*).
- k. Pengobatan dan tindakan medis yang dikategorikan sebagai percobaan (eksperimen).
- l. Alat kontrasepsi, kosmetik, makanan bayi, dan susu.
- m. Perbekalan kesehatan rumah tangga.
- n. Pelayanan kesehatan akibat bencana pada masa tanggap darurat, kejadian luar biasa/wabah.
- o. Biaya pelayanan kesehatan pada kejadian tak diharapkan yang dapat dicegah (*preventable adverse events*); yang dimaksud *preventable adverse events* adalah cedera yang berhubungan dengan kesalahan/kelalaian penatalaksanaan medis termasuk kesalahan terapi dan diagnosis, ketidaklayakan alat dan lain-lain. Kecuali komplikasi penyakit terkait.
- p. Biaya pelayanan lainnya yang tidak ada hubungan dengan manfaat Jaminan Kesehatan yang diberikan.

Berdasarkan ketentuan tersebut maka dapat dijelaskan bahwa secara khusus keberadaan surat rujukan merupakan persyaratan untuk memperoleh pelayanan di rumah sakit. Kenyataan yang terjadi di lapangan, dari pada pasien harus balik ke

puskesmas minta surat rujukan, maka akhirnya memilih untuk menjadi pasien umum sehingga harus membayar. Banyak pasien JKN yang tidak tertib untuk secara berjenjang mengikuti alur pelayanan dari Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama ke Fasilitas Kesehatan Tingkat II, sebagaimana tercantum dalam Laman BPJS 2014 “Permasalahan dalam pelaksanaan JKN.”

Kenyataan di lapangan tersebut muncul persepsi bahwa ternyata kalau pakai BPJS Kesehatan prosesnya masih panjang, dan dengan menjadi pasien umum maka langsung mendaftar dan memperoleh pelayanan, seolah-olah memberi kesan bahwa rumah sakit mempersulit dan pelayanan pasien umum lebih cepat. Fakta bahwa sebuah surat rujukan dari fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama merupakan persyaratan untuk memperoleh layanan tingkat lanjutan di rumah sakit masih banyak belum diketahui oleh peserta JKN, seperti diungkapkan oleh dokter klinik umum dan petugas pembuat SEP di rumah sakit.

Perihal mengenai ketentuan pentingnya surat rujukan bagi peserta JKN yang akan memanfaatkan pelayanan di rumah sakit tercantum dalam Peraturan Menteri Kesehatan RI. Nomor 28 Tahun 2014 BAB IV huruf A. Ketentuan Umum point 5 bahwa: Pelayanan Kesehatan dilakukan secara berjenjang dimulai dari pelayanan kesehatan tingkat pertama. Pelayanan kesehatan tingkat ke dua hanya dapat diberikan atas rujukan dari pelayanan kesehatan tingkat pertama. Pelayanan Kesehatan tingkat ketiga hanya dapat diberikan atas rujukan dari pelayanan kesehatan tingkat kedua atau pertama, kecuali pada keadaan gawat darurat, kekhususan permasalahan kesehatan pasien, pertimbangan geografis, dan pertimbangan ketersediaan fasilitas (Kemenkes, RI. 2014). Hal ini menyebabkan

munculnya persepsi pelayanan bagi peserta JKN memerlukan proses yang panjang.

Hasil wawancara kepada petugas pelayanan di rumah sakit ternyata setiap pasien hampir tidak mengetahui tentang pentingnya Surat Elegibilitas Peserta (SEP) yang harus diurus ketika masuk ke rumah sakit, kecuali pasien yang sebelumnya pernah berobat ke rumah sakit. Peserta kebanyakan menganggap bahwa karena sudah memiliki kartu JKN maka secara otomatis ketika ke rumah sakit sudah pasti mendapatkan jaminan. Kenyataannya bahwa Surat Elegibilitas Peserta harus diurus dalam waktu 3x24 jam hari kerja. Hal ini sesuai dengan salah satu isi Surat Perjanjian Kerjasama antara BPJS Kesehatan dengan Rumah Sakit Nomor : 169/KTR/VIII-07/1216 dan Nomor : RS/U.17.01.42.1.1 tanggal 27 Desember 2016, pasal 1 ayat 15 menyatakan bahwa Surat Eligibilitas Peserta (SEP) adalah tanda keabsahan peserta untuk mendapatkan jaminan oleh BPJS Kesehatan. Dengan demikian maka jika peserta tidak mengurus SEP maka sudah barang tentu tidak akan memperoleh jaminan dari BPJS Kesehatan atas pelayanan kesehatan yang diterimanya.

Informasi yang diperoleh terkait anggapan pasien JKN apabila diberi obat sesuai dengan standar resep yaitu obat generik, sebagian menolak dengan alasan tidak sebgus obat paten. Sementara berdasarkan Formularium nasional (Fornas), itu adalah standar pengobatan sesuai dengan kepesertaannya dalam JKN. Hal ini sesuai dengan ketentuan tentang Formularium Nasional yang termuat dalam naskah kontrak kerjasama antara BPJS kesehatan dengan Rumah Sakit pada pasal 1 ayat 10 yang menyatakan bahwa "Formularium Nasional yang selanjutnya disebut Fornas adalah daftar obat yang disusun oleh komite nasional yang

ditetapkan oleh Menteri Kesehatan, didasarkan pada bukti ilmiah mutakhir berkhasiat, aman, dan dengan harga yang terjangkau yang disediakan serta digunakan sebagai acuan penggunaan obat dalam Jaminan Kesehatan Nasional (JKN)". Dengan demikian maka pasien JKN harus mengikuti Fornas tersebut. Kenyataan pasien memang tidak tahu kalau Fornas ini telah diatur dalam ketentuan pelayanan obat bagi peserta JKN. Lagi-lagi keluhan peserta JKN tertuju kepada rumah sakit dan ada kesan bahwa obat bagi peserta JKN memang obat murahan. Untuk menyalurkan keluhan peserta JKN maka perlu diarahkan kepada mekanisme penanganan keluhan yang telah ditetapkan oleh Peraturan Menteri Kesehatan bahwa keluhan peserta merupakan sebuah mekanisme yang lazim dalam penyelenggaraan JKN. Adapun Prinsip Penanganan Keluhan dalam Penyelenggaraan JKN (Kemenkes RI; 2014) yaitu:

- 1) Obyektif: penanganan keluhan masyarakat harus berdasarkan fakta atau bukti yang dapat dinilai berdasarkan kriteria tertentu yang ditetapkan.
- 2) Responsif: (cepat dan akurat) setiap pengaduan dan permasalahan perlu ditangani/ditanggapi secara cepat dan tepat.
- 3) Koordinatif : Penanganan keluhan masyarakat harus dilaksanakan dengan kerjasama yang baik antara pejabat yang berwenang dan terkait, berdasarkan mekanisme, tata kerja dan prosedur yang berlaku, sehingga permasalahan dapat diselesaikan sebagaimana mestinya.
- 4) Efektif dan efisien : penanganan keluhan harus dilaksanakan secara tepat sasaran, hemat tenaga, waktu dan biaya.

- 5) Akuntabel : proses penanganan keluhan masyarakat dan tindak lanjutnya harus dapat dipertanggungjawabkan kepada masyarakat sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan dan prosedur yang berlaku.
- 6) Transparan: penanganan keluhan masyarakat dilakukan berdasarkan mekanisme dan prosedur yang jelas dan terbuka, sehingga masyarakat yang berkepentingan dapat mengetahui perkembangan tindak lanjutnya.

Dengan demikian maka mekanisme keluhan yang muncul di unit layanan Rumah Sakit sepanjang itu menyangkut masalah hak dan kewajiban pasien maka itu merupakan tanggungjawab BPJS Kesehatan untuk mensosialisasikan mengenai tata penyampaian keluhan tersebut.

Ungkapan dokter spesialis kulit dan kelamin mengenai seringnya konflik antara dokter dengan pasien berujung pada keinginan pasien untuk pelayanan sesuai keinginannya dan mengabaikan prinsip-prinsip penyelenggaraan JKN. Oleh karena itu setiap peserta sudah harus mendapatkan informasi tentang prinsip-prinsip tersebut sehingga memiliki persepsi yang sama dimungkinkan mampu mengurangi sikap konflik antara peserta dengan petugas. Karena pemberian informasi tentang prinsip-prinsip penyelenggaraan JKN ini bisa memberikan pengetahuan kepada peserta. Prinsip-prinsip Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) yaitu : 1. Kegotongroyongan, 2. Nirlaba, 3. Keterbukaan, kehati-hatian, akuntabilitas, efisiensi, dan efektivitas, 4. Portabilitas, 5. Kepesertaan bersifat wajib, 6. Dana amanah dan 7. Hasil Pengelolaan Dana Jaminan Sosial. dipergunakan seluruhnya untuk pengembangan program dan untuk sebesar-besarnya kepentingan peserta.

Ungkapan dokter spesialis bedah yang menyatakan bahwa peserta JKN memiliki persepsi bahwa kalau menjadi pasien BPJS Kesehatan itu pasti dinomor duakan, kurang diperhatikan. Kenyataannya berbeda, karena setiap pasien BPJS Kesehatan pasti dilayani, kecuali administrasinya tidak lengkap. Kebanyakan pasien bingung masalah administrasi. Kemudian petugas rumah sakit menyuruh pasien untuk bertanya ke loket BPJS Kesehatan yang ada di rumah sakit. Namun banyak juga terjadi perubahan aturan yang tidak diikuti dengan sosialisasi. Tugas dokter di rumah sakit melayani kesehatan pasien, namun sering dalam kondisi terpaksa harus menjelaskan masalah administrasi, inilah yang dirasa membebani dokter.

Kenyataan tersebut sejalan dengan apa yang dikemukakan oleh Edwards bahwa ketidakjelasan pesan komunikasi yang disampaikan berkenaan dengan implementasi kebijakan akan mendorong terjadinya interpretasinya yang salah bahkan mungkin bertentangan dengan makna pesan awal. Disamping itu juga terjadinya pertentangan pendapat antara pelaksana dengan perintah yang dikeluarkan oleh pengambil kebijakan. Pertentangan ini akan menimbulkan hambatan-hambatan atau distorsi seketika terhadap komunikasi kebijakan.

Peserta JKN minta dilayani, karena salah persepsi pasien atas pelayanan yang semestinya tidak ditanggung namun pasien ngotot minta ditanggung. Relevan dengan kondisi tersebut beberapa pasien JKN yang sedang menjalani perawatan di Rumah Sakit menyatakan bahwa sebagian dari mereka didaftarkan menjadi peserta JKN oleh orang lain, di antaranya oleh salah seorang dari keluarganya atau melalui kader kesehatan demikian pula cara membayarnya.

Sehingga peserta tidak pernah memperoleh informasi langsung dari pihak BPJS Kesehatan, termasuk mengenai hak dan kewajiban sebagai peserta JKN.

Sering kali Peserta mengetahui prosedur mengenai proses rujukan dan mekanisme penjaminan pelayanan kesehatan karena telah mengalami dirujuk ke rumah sakit. Artinya apa? setelah mengalami berbagai kebingungan dan kesalahan prosedur akibat ketidaktahuannya mengenai cara penggunaan kartu JKN, dan setelah dibantu oleh petugas rumah sakit akhirnya peserta punya pengalaman tentang tatacara penggunaan kartu JKN jika berobat ke rumah sakit.

Hal ini relevan dengan apa yang dikemukakan oleh dokter spesialis bedah, yang selama ini harus menjelaskan masalah administrasi peserta BPJS kesehatan yang masuk di klinik bedah. Sehingga dokter spesialis merasa mendapat tugas tambahan untuk menjelaskan masalah prosedur administrasi dalam melengkapi persyaratan untuk masuk ke layanan, yang semestinya ini tugas dari BPJS Kesehatan.

Fakta lain ada peserta yang memiliki tanggapan bahwa dengan masuk sebagai peserta BPJS Kesehatan mereka menjadi dibatasi akses ke pelayanan kesehatan. Peserta dari perusahaan juga tidak pernah mendapat penjelasan langsung mengenai mekanisme pelayanan sebagai peserta JKN Perusahaan, mana yang ditanggung dan mana yang tidak ditanggung. Berdasarkan hasil wawancara bahwa peserta JKN yang dari perusahaan setelah ada BPJS Kesehatan tidak boleh lagi langsung ke tempat praktek dokter spesialis. Kalau mau ke dokter spesialis di rumah sakit harus membawa rujukan dari puskesmas. Ada yang dikeluhkan bahwa kalau ke tempat praktek dokter swasta khususnya dokter spesialis,

beranggapan bahwa obatnya bagus-bagus, namun kalau berobat ke rumah sakit obatnya ya apa adanya.

Hal ini dapat dimengerti karena kalau berobat ke tempat praktek dokter swasta sebelum masuk sebagai peserta BPJS Kesehatan maka pola pengobatannya adalah model klaim. Pasien ketika berobat, meminta obat sesuai keinginannya termasuk vitamin-vitamin, baru kemudian dimintakan penggantian ke pihak perusahaan. Hal ini berbeda jika menggunakan aturan BPJS Kesehatan, maka semua pelayanan kesehatan harus dilayani secara berjenjang, sebagaimana dijelaskan dalam ketentuan Pelayanan Kesehatan Bab IV huruf A. Ketentuan Umum point 4 dari Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 28 tahun 2014 yang menyatakan bahwa : Pelayanan Kesehatan dalam program JKN diberikan secara berjenjang, efektif dan efisien dengan menerapkan prinsip kendali mutu dan kendali biaya.

Beberapa pasien JKN yang melakukan pendaftaran sendiri tanpa mewakilkan, menyatakan bahwa penjelasan oleh pihak BPJS Kesehatan seringkali hanya menyangkut kewajiban membayar iuran, yang meliputi cara dan tempat pembayaran. Sehingga penjelasan mengenai hak dan bagaimana prosedur penggunaannya tidak dengan jelas diberikan oleh BPJS Kesehatan. Hal ini diungkapkan oleh peserta yang merasa harus membayar ketika berobat ke rumah sakit, karena tidak memenuhi kewajiban membawa surat rujukan, dan pasien pasien tersebut meminta agar langsung dapat dilayani maka dia mendaftar sebagai pasien umum, akibatnya harus membayar tunai. Lalu apakah yang diungkapkan oleh peserta JKN tersebut? mereka berkesimpulan bahwa sudah membayar setiap bulan ke BPJS Kesehatan tapi pada saat berobat harus

membayar juga. Sangat disayangkan bahwa peserta yang tidak memperoleh penjelasan yang memadai justru akan membuat dirinya kesulitan dalam penggunaan kartu JKN khususnya untuk memperoleh layanan di rumah sakit. Disamping itu juga akan memberikan persepsi negatif terhadap JKN dan citra pelayanan di rumah sakit.

Pesan utama yang diperlukan oleh seseorang sebagai peserta JKN yang meliputi hak dan kewajiban serta prosedur pelayanan di rumah sakit nampaknya belum tersampaikan dengan baik. Hal ini patut dicermati karena dalam teori komunikasi bahwa “pesan” merupakan hal vital yang harus disampaikan kepada si penerima pesan, sehingga petugas yang memberikan penjelasan kepada peserta JKN harus juga memperoleh respon terhadap pesan yang diberikan sebagai balikan bahwa apa yang dijelaskan telah diinterpretasikan sama oleh penerima pesan (M.Arne, 2009:18).

Berbagai permasalahan yang berbasis dari kurang-jelasan informasi mengenai hak dan kewajiban peserta JKN juga terekam dari hasil wawancara peserta JKN di ruang perawatan penyakit dalam (Ruang Sindur) yang ternyata ketika dirujuk ke rumah sakit kartunya tidak bisa diaktifkan, karena ternyata menunggak iuran selama dua tahun. Ketika ditanyakan kepada peserta apakah tahu cara mengaktifkan kembali kartu JKNnya, peserta juga menyatakan tidak mengetahui bagaimana cara mengaktifkannya. Kenyataan tersebut sebenarnya sudah sangat serius, karena jika pasien menunggak lebih dari 6 bulan itu masuk dalam kategori dihentikan hak pelayanannya. Hasil penelusuran dokumen dalam observasi ke Kantor BPJS Kesehatan Kabupaten Kotawaringin Barat pada tanggal 28 Agustus 2017 ditemukan sebuah informasi mengenai ketentuan “sanksi

perorangan” yang termuat dalam ketentuan Prosedur Pendaftaran bukan pekerja yakni bagi peseta JKN yang menunggak selama 6 (enam) bulan maka pada bulan ke 7 (tujuh) pelayanan akan dihentikan. Berdasarkan wawancara dengan Kepala Kantor BPJS Kesehatan Kabupaten Kotawaringin Barat bahwa walaupun pasien menunggak 2 tahun atau lebih, maksimal yang ditagihkan adalah sebanyak 13 bulan.

### C.3. Analisis tanggapan Peserta JKN

Tanggapan sebagian besar peserta JKN yang menggunakan pelayanan kesehatan rujukan di RSUD Sultan Imanuddin bahwa pelayanan BPJS Kesehatan terkesan rumit, pasien ditolak di IGD karena bukan kasus *emergency*, masyarakat belum paham manfaat JKN, yakni mana pelayanan yang dapat dijamin dan mana pelayanan yang tidak dijamin oleh BPJS Kesehatan. Hal tersebut juga tercantum dalam tulisan “Mencoba memetakan masalah program JKN oleh BPJS Kesehatan” ([www.mashani77.kesehatan](http://www.mashani77.kesehatan)).

Bagaimana dengan hasil wawancara terhadap peserta yang ketika melakukan pendaftaran JKN di BPJS Kesehatan memperoleh penjelasan yang cukup, ditambah dengan pemberian brosur. Seorang pasien JKN yang dirawat di ruang perawatan kebidanan dan kandungan kelas 3 menyatakan bahwa baginya tidak ada masalah dengan JKN, tahu prosedur rujukan ke rumah sakit dan membayar iuran pada setiap bulan melalui ATM. Mengetahui prosedur pelayanan rujukan karena pernah memperoleh penjelasan dari pihak BPJS Kesehatan serta brosur yang diberikan cukup memberikan pengetahuan terhadap peserta dalam melakukan pengobatan di rumah sakit.

Tanggapan peserta JKN yang berasal dari Kecamatan Manis Mata luar wilayah Kabupaten Kotawaringin Barat, ketika dirawat di rumah sakit Sultan Imanuddin Pangkalan Bun, menyatakan bahwa secara umum tidak ada masalah dengan kepesertaan BPJS lintas Propinsi, hanya saja proses pembayaran iuran selama ini mengalami hambatan karena sulitnya jaringan ATM di wilayahnya. Dari sisi pelayanan di rumah sakit yang tidak difahami adalah mekanisme pindah kelas perawatan dari kelas satu ke kelas VIP, baik prosedur dan perhitungan selisih tarifnya peserta belum mengetahui.

Mekanisme pindah kelas dan selisih tarif bagi peserta JKN yang dirawat di rumah sakit mengacu pada naskah kerjasama antara BPJS Kesehatan dan Rumah Sakit. Hal ini telah diatur dalam pasal 6 ayat 2 menyatakan bahwa Peserta JKN yang menginginkan kelas yang lebih tinggi daripada haknya, dapat meningkatkan haknya dengan mengikuti asuransi kesehatan tambahan, atau membayar selisih antara biaya yang dijamin oleh BPJS Kesehatan dengan biaya yang harus dibayar akibat peningkatan kelas perawatan.

Selanjutnya di ayat 7 disebutkan bahwa; bagi pasien yang menginginkan kelas pelayanan rawat inap yang lebih tinggi dari haknya, harus membayar tambahan biaya dengan ketentuan : a. Untuk kenaikan kelas pelayanan rawat inap ke kelas 2 atau kelas 1, tambahan pembayaran adalah sebesar selisih antara tarif INA-CBG pada kelas rawat inap yang lebih tinggi terhadap tarif INA-CBG pada kelas rawat inap yang sesuai dengan haknya, b. Untuk kenaikan kelas pelayanan rawat inap VIP, tambahan pembayaran adalah sesuai dengan ketentuan yang berlaku.

Berdasarkan teori komunikasi antar pribadi maka peserta JKN mestinya memposisikan diri dalam konteks komunikasi yang memiliki makna saling ketergantungan (interdependen) dengan pihak BPJS Kesehatan. Bertemunya seorang peserta JKN dengan petugas BPJS Kesehatan yang memberikan penjelasan atas hak dan kewajiban serta prosedur penggunaan kartu JKN, merupakan bentuk komunikasi antar pribadi yang saling mengambil manfaat di antara kedua belah pihak (Sandjaja.SD,2014). Sehingga adanya pemberian informasi tersebut memang sesuatu yang merasa diperlukan oleh kedua belah pihak yang pada akhirnya akan mempermudah untuk mencapai pengetahuan tentang hak dan kewajiban peserta JKN, sekaligus juga merupakan realisasi dari kewajiban BPJS Kesehatan sebagai penyelenggaranya. Keberhasilan komunikasi sangat berpengaruh terhadap tinggi rendahnya derajat partisipasi masyarakat ([www.uiac.id- online resources](http://www.uiac.id-online_resources),2015).

Munculnya kesadaran oleh peserta JKN atas pentingnya mengetahui hak dan kewajiban, serta prosedur pelayanan kesehatan akan berdampak pada derajat kepatuhan peserta, yang pada akhirnya akan sangat membantu terhadap kualitas implementasi kebijakan JKN, mengingat faktor kepatuhan masyarakat merupakan prasyarat untuk mencapai tujuan Implementasi Kebijakan (Akib:2016).

## BAB V

### SIMPULAN DAN SARAN

#### a. Simpulan

Berdasarkan hasil penelitian dan pembahasan yang telah dilakukan peneliti terhadap Implementasi Sosialisasi Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) dan Implikasinya di Rumah Sakit Umum Sultan Imanuddin Pangkalan Bun dapat disimpulkan sebagai berikut :

1. Upaya yang telah dilakukan BPJS Kesehatan Kabupaten Kotawaringin Barat dalam implementasi program JKN khususnya kegiatan sosialisasi terhadap peserta JKN masih sangat kurang, baik dari sisi mekanisme maupun frekuensinya, ditinjau dari Teori Model Implementasi George C. Edward III.
2. Pemberian Informasi yang dilakukan oleh RSUD Sultan Imanuddin Pangkalan Bun terhadap peserta JKN, sebagai berikut :
  - a. Melalui Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit (SIM RS), di loket pendaftaran Instalasi Gawat Darurat (IGD), di ruangan perawatan, di unit pendaftaran rawat jalan serta pada unit penerbitan Surat Elegibilitas Peserta (SEP).
  - b. Pemasangan *Stand banner* tentang syarat-syarat memperoleh SEP serta petunjuk arah bagi pelayanan rawat jalan dan rawat inap.
  - c. Pemberian informasi menjadi beban tambahan bagi petugas Rumah Sakit dikarenakan banyaknya pasien peserta JKN yang tidak memahami prosedur, hak dan kewajibannya yang sebelumnya tidak memperoleh penjelasan dari BPJS Kesehatan.

3. Tanggapan Peserta JKN terhadap informasi layanan rujukan di RSUD Sultan Imanuddin Pangkalan Bun adalah sebagai berikut :
  - a. Sebagian besar peserta JKN yang masuk IGD belum memahami bahwa tidak semua pasien yang masuk IGD pasti mendapat jaminan dari BPJS Kesehatan.
  - b. Peserta JKN yang berobat ke rumah sakit, harus membawa surat rujukan dari Puskesmas atau dokter keluarga, peserta beranggapan bahwa prosedurnya berbelit-belit.
  - c. Peserta yang melakukan pendaftaran ke BPJS Kesehatan melalui orang lain atau diwakilkan menyebabkan mereka tidak tahu bagaimana prosedur pelayanan di rumah sakit, sedangkan yang mendaftar sendiri relatif memahami prosedur, hak dan kewajibannya.
  - d. Kebanyakan peserta JKN juga belum mengetahui mengenai pelayanan yang tidak ditanggung oleh BPJS Kesehatan, mereka beranggapan bahwa bila berobat ke rumah sakit mendapatkan semua pelayanan secara gratis.
  - e. Peserta JKN yang mendaftar sendiri dan pernah berobat ke rumah sakit, relatif memahami prosedur, hak dan kewajibannya ketika berobat ke rumah sakit.

#### **B. Saran**

Berdasarkan Kesimpulan diatas, maka peneliti menyampaikan saran-saran sebagai berikut :

1. Untuk Kantor BPJS Kesehatan Kabupaten Kotawaringin Barat :
  - a. Memberikan brosur/leaflet dan menjelaskan isi brosur/leaflet kepada peserta JKN.

- b. Memberikan sarana pemberian informasi visual tentang kepesertaan JKN agar bisa diputar di RSSI-TV.
  - c. Memberikan informasi kepada tenaga yang memberikan pelayanan di rumah sakit melalui forum komunikasi/pertemuan secara berkala.
  - d. Bekerjasama dengan seluruh Puskesmas di Kotawaringin Barat agar peserta yang dirujuk oleh Puskesmas memiliki pemahaman yang memadai terkait prosedur pelayanan rujukan.
  - e. Seiring dengan rencana target *Universal Coverage*, maka selayaknya BPJS Kesehatan membuat rencana operasional sosialisasi JKN pada setiap tahunnya.
  - f. Kepala BPJS Kesehatan Kabupaten mengusulkan kepada kepala BPJS Cabang Sampit untuk membentuk unit sosialisasi pada struktur organisasi BPJS Kesehatan Kabupaten dan didukung dengan penempatan SDM dan biaya operasional.
2. Untuk Pihak RSUD Sultan Imanuddin Pangkalan Bun :
- a. Menambah jumlah Stand banner tentang pelayanan rujukan di tempat pendaftaran, Poliklinik dan IGD.
  - b. Meningkatkan fungsi media siaran rumah sakit dan RSSI-TV untuk mensosialisasikan persyaratan dan prosedur pelayanan rujukan bagi peserta JKN.
  - c. Melakukan penyegaran informasi/pertemuan dengan mengundang pihak BPJS Kesehatan secara berkala.
  - d. Melakukan diklat bagi petugas pemberi pelayanan agar dapat memberikan pelayanan yang memuaskan bagi pelanggan pasien rumah sakit.

e. Menjalin kerjasama dengan Dinas Kesehatan Kabupaten agar dapat difasilitasi untuk menyamakan persepsi bagi seluruh puskesmas tentang informasi pelayanan dan mekanisme rujukan bagi peserta JKN.

3. Bagi Peserta JKN :

- a. Meminta dan membaca brosur/leaflet pada waktu mendaftar, meminta penjelasan kepada petugas BPJS Kesehatan mengenai hak dan kewajiban, cara pembayaran serta prosedur pelayanan kesehatan. Jika diperlukan dapat menghubungi telepon pusat informasi BPJS Kesehatan di nomor 1500400.
- b. Meminta penjelasan pada petugas di loket BPJS di rumah sakit.
- c. Apabila berobat ke rumah sakit wajib membawa surat rujukan, dari FKTP (puskesmas atau dokter keluarga).
- d. Peserta yang berobat ke rumah sakit harus mengurus Surat Eligibilitas Peserta (SEP) dalam waktu 2x24 jam.
- e. Wajib mengetahui bahwa tidak semua pelayanan di rumah sakit dapat dijamin oleh BPJS Kesehatan.
- f. Peserta JKN sebagai pelaku dalam penyelenggaraan JKN setara dengan BPJS Kesehatan dan Pemberi Pelayanan Kesehatan, dapat membentuk asosiasi peserta JKN dalam rangka memperjuangkan hak yang terabaikan baik yang dilakukan oleh BPJS Kesehatan maupun oleh rumah sakit.

**DAFTAR PUSTAKA**

- Azwar-azrul (2002). *Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat*, Departemen Kesehatan, RI Jakarta.
- Akib Akbar (2013), *Teori Implementasi Kebijakan*, Jurnal Universitas Sam Ratulangi.
- Ardianto, Elvinaro dan Lukiat Komala Erdinaya (2004), *Komunikasi Massa Suatu Pengantar*, Badung: PT.Remaja Rosdakarya.
- BPPK Ciloto (2005), *Pembangunan Kesehatan di era Nawacita*, Ciloto.
- Brown Ricchad E (1992), *Problem of health Insurance Coverage and health care in the United States : public and private solution strategies*, School of Public Health, Univercity California.
- Dinas Kesehatan Kabupaten Kotawaringin Barat (2015), *Evaluasi JKN*, Pangkalan Bun.
- Hafied Cangara, *Pengantar Ilmu Komunikasi* (2009), Jakarta. Rajawali Pers, (hal,51) Mengutip David K. Berlo. 1960 *The process of Communication; An Introduction to Theory and Practice* . New York: Holt, Rinehart ang Winston.
- Hamdi Muchlis, Siti Ismaryanti (2014), *Metodologi Penelitian Administrasi*, Tangerang.
- Huberman Michael, Miles Matthew and Johnny Saldana. 2014. *Qualitative Data Analysis*. Arizona State University.- Third edition.
- Koalisi Untuk Indonesia Sehat (2005), *Sehat itu Hak, Kumpulan Materi Advokasi Bidang Kesehatan Masyarakat*, Yogyakarta.
- Laswell, Harorld D. Pilitic, *Who gets What, When How*, New York: 1972 Word Publishing Co.
- Mariza dan Sutopo (2014). *Efektivitas Sosialisasi Jaminan Kesehatan Nasional oleh Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan di Kabupaten Temanggung*, Program Studi Ilmu Komunikasi Fakultas Ilmu Sosial dan Ilmu Politik Universitas Sebelas Maret.
- Mirsarinda Leander (2014). *Implementasi Sosialisasi Jaminan Kesehatan Nasional dalam Pelayanan di Poli Gigi Puskesmas Rurukan Tomohon*, Pascasarjana Universitas Sam Ratulangi.

- Marlia Safitri (2016). *Implementasi Sosialisasi Jaminan Kesehatan Nasional (Studi di kelurahan Langkapura, kecamatan Langkapura, Kota Bandar Lampung, Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Diponegoro.*
- Muhammad Arni (2009), *Komunikasi Organisasi*, Jakarta.
- Notoatmodjo, S. *Promosi Kesehatan dan Ilmu Perilaku* (2007). Jakarta, Rieneka Cipta.
- Norhadi (2007), *Mengembangkan Jaminan Sosial Mengentaskan Kemiskinan*, Yogyakarta.
- Primantika A.D. (2014). *Evaluasi Pelaksanaan Sosialisasi Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) dari Aspek Struktur dan Interaksi Sosialisasi di Rumah Sakit Permata Medika Kota Semarang.*
- Putri Eka Asih (2014), *Paham SJSN, Sistem jaminan Sosial Nasional*, Jakarta.
- Onong. U, Effendy (1997), *Ilmu Komunikasi, Teori dan Praktek*, Bandung Remaja Rosdakarya, hal :9
- RSUD Sultan Imanuddin (2016), *Profil Rumah Sakit Sultan Imanuddin Pangkalan Bun*, Pangkalan Bun.
- Rolos W. (2014). *Implementasi Program Badan Penyelenggara Jaminan Sosial kepada Pasien Di RSUD RAA Soewondo Kabupaten Pati*, Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Diponegoro Semarang.
- Rika Rejeki (2014). *Sosialisasi Program Jaminan Kesehatan Nasional oleh Tim Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan di Kabupaten Temanggung*, Program Studi Ilmu Komunikasi Fakultas Ilmu Sosial dan Ilmu Politik Universitas Sebelas Maret.
- Sendjaya Djuarsa dkk (2014), *Teori Komunikasi*, Tangerang.
- Situmorang.H.Chazali (2016), *Dinamika Penyelenggaraan Jaminan Sosial di Era SJSN*, Depok.
- Slamet (2003), *Belajar dan Faktor-Faktor yang mempengaruhinya*, Jakarta. PT. Rieneke Cipta
- Sommers D. Benjamin (2014), *Health Reform and Change in Health Insurance Coverage in 2014*, The new England Journal of Medicine , August 28,2014
- Sundarto dkk (2014), *Teori Administrasi*. Universitas Terbuka. Tangerang
- Sugiyono, *Metode penelitian Kuantitatif Kualitatif dan R & D* (2010) , Bandung. Alfabeta , Hl. 140.

Suwitri Sri dkk (2016), *Analisis Kebijakan Publik*, Universitas Terbuka Tangerang.

Winarno, Budi, 2016, *Kebijakan Publik Era Globalisasi (Terori ,Proses, dan Studi Kasus Komparatif)*, Center of Academic Publishing Service, Yogyakarta.

### **Dokumen-Dokumen Peraturan dan Perundang-undangan :**

Undang-Undang Nomor 40, *Sistem Jaminan Sosial Nasional*, Jakarta 2004.

Undang-Undang Nomor 36, *Kesehatan*. Jakarta 2009

Undang-Undang Nomor 24, *Badan Penyelenggara Jaminan Sosial* , Jakarta,2011.

Peraturan Pemerintah Nomor 72, *Sistem Kesehatan Nasional*, Jakarta 2012

Peraturan Pemerintah Nomor 101, *Penerima Bantuan Iuran*, Jakarta 2012

Peraturan Presiden Nomor 12, *Jaminan Kesehatan Nasional*, Jakarta 2013

Peraturan Presiden Nomor 32, *Pengelolaan dan Pemanfaatan Dana Kapitasi Jaminan Kesehatan Nasional pada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama Milik Pemerintah Daerah*, Jakarta 2014.

Peraturan Presiden Nomor 19, *Perubahan kedua atas Peraturan Presiden No.12, Jaminan Kesehatan Nasional*, Jakarta 2016

Peraturan Presiden Nomor 28, *Perubahan ketiga atas Peraturan Presiden No.12, Jaminan Kesehatan Nasional*, Jakarta 2016

Kemenkes RI, Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 903/Menkes/Per/V/2011, tentang *Pedoman Pelaksanaan Jaminan Kesehatan Masyarakat*, Jakarta 2011.

Kemenkes RI, Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 71, tentang *Pelayanan Kesehatan pada JKN*, Jakarta 2013.

Kemenkes RI, Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 28, *Pedoman Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Nasional*, Jakarta 2014.

**Dokumen Perjanjian Kerjasama :**

\_\_\_ Dokumen Perjanjian Kerjasama Antara BPJS Kesehatan Cabang Sampit dengan RSUD Sultan Imanuddin Pangkalan Bun, 2017.

**Dokumen dari Internet, halaman web :**

Rizki Abadi. Nopember (2015) : Beda JKN dengan BPJS. Diambil 20 Oktober 2017 dari situs *Word Wide Web*: [http:// www.studentjob.co.id](http://www.studentjob.co.id)

Mencoba memetakan masalah program JKN oleh BPJS Kesehatan. Diambil 20 Oktober 2017 dari situs *Word Wide Web*: [http:// www.mashani77.kesehatan](http://www.mashani77.kesehatan).

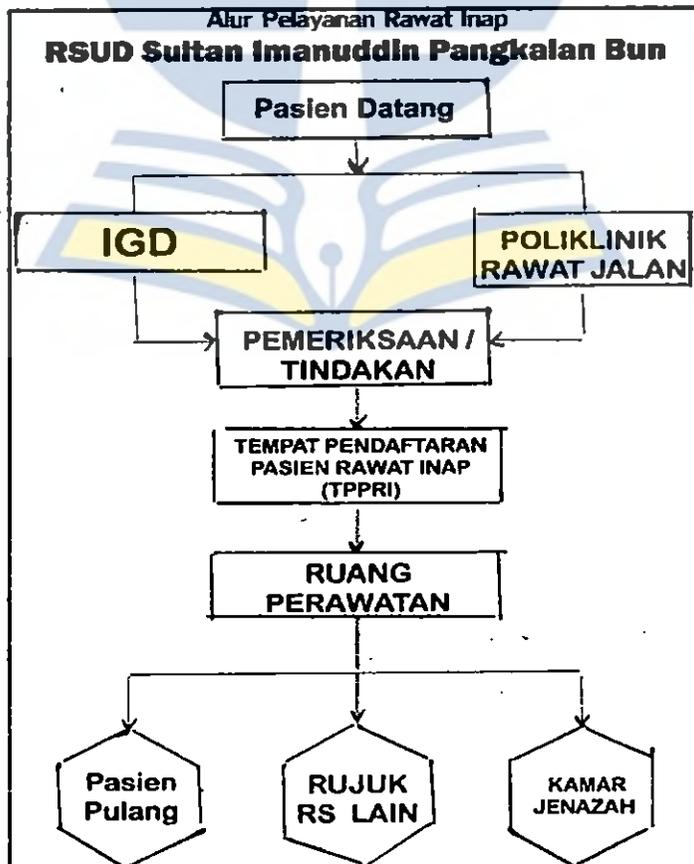
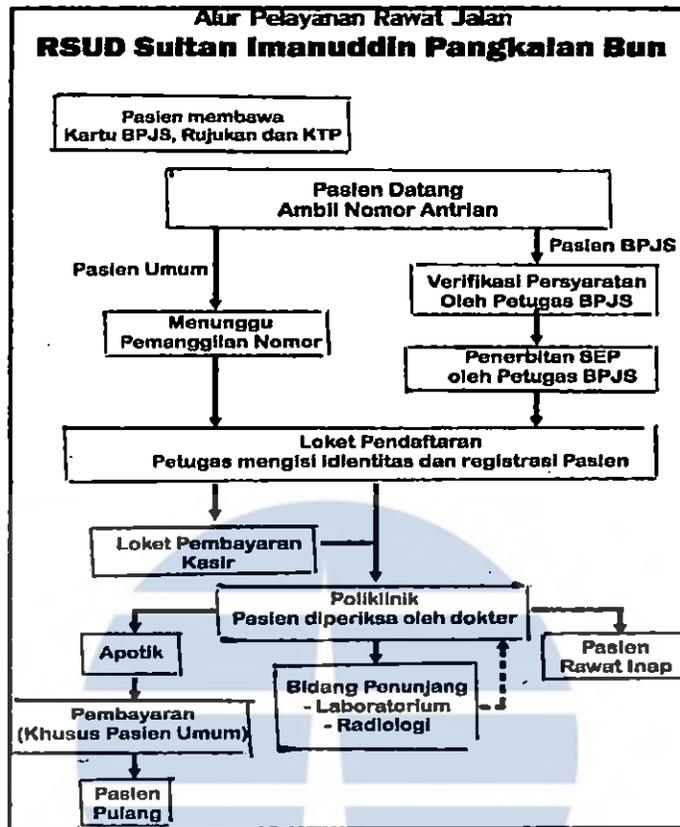
*Communication, Mass media. Marketing Strategy* (2004). Diambil 24 Oktober 2017 dari situs *Word Wide Web*: [http:// www.uiac.id](http://www.uiac.id). universitas Indonesia 2003-2017.

Reformasi birokrasi terkait evaluasi implementasi komunikasi (2015). Diambil 24 Oktober 2017 dari situs *Word Wide Web*: [http:// www.uiac.id-online](http://www.uiac.id-online) *resourches*.2015

Permasalahan dalam pelaksanaan JKN. Di download pada tanggal 30 Oktober 2017 dari *Facebook*.BPJS. 2014.



## LAMPIRAN



## **FOTO-FOTO KEGIATAN WAWANCARA**



Wawancara dengan Informan dokter umum, dokter spesialis dan Direktur RSUD Sultan Imanuddin

Wawancara dengan Informan dokter spesialis penyakit dalam, dr.Untung Surapati,Sp.PD. 27 Agustus 2017, jam 12.30 WIB



Wawancara dengan Informan dokter umum, dr.Agus Asari 26 Agustus 2017, jam 11.00 WIB.



Wawancara dengan Informan dokter spesialis bedah, dr.Asep Agus Supriatna,Sp.B. 29 Agustus 2017, jam 14.00 WIB.

Wawancara dengan Informan dokter spesialis penyakit kulit dan kelamin, dr.Milana Widyasari,MSc.Sp.KK 23 Agustus 2017, jam 09.00 WIB.





Wawancara dengan Informan  
dokter spesialis mata,  
dr. Agus Ariyanto, Sp.M.  
29 Agustus 2017,  
jam 10.30 WIB.



Wawancara dengan Informan  
dokter spesialis gigi,  
dr. Siswanto, Sp.Ort.  
6 Agustus 2017 jam 08.35 WIB



Wawancara dengan Informan  
dokter spesialis penyakit dalam,  
dr. Novie Widjaja, Sp.PD.  
26 Agustus 2017 jam 14.00 WIB



Wawancara dengan Informan  
Direktur RSUD Sultan  
Imanuddin Pangkalan Bun,  
dr. Suyuti Syamsul, MPPM.  
4 September 2017 WIB

**Wawancara dengan Informan Kepala  
IGD dan Kepala Ruangan di RSUD  
Sultan Imanuddin Pangkalan Bun**



**Wawancara dengan Informan  
Kepala IGD, Anifa,AMK  
12 Agustus 2017, jam 07.30  
WIB.**



**Wawancara dengan Informan  
Kepala Ruangan  
Meranti,Muksin,Amd.Kep.  
12 Agustus 2017,  
Jam 08.30 WIB.**



**Wawancara dengan Informan  
Kepala Ruangan  
Perinatologi, Catur Rini,SST.  
28 Agustus 2017,  
jam 07.45 WIB.**

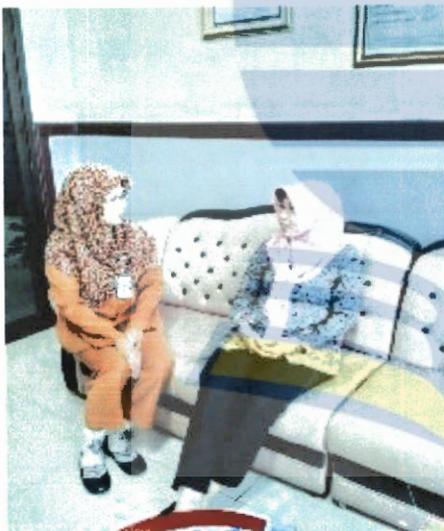


**Wawancara dengan Informan  
kepala ruangan zal anak,  
Treki Muslim,S.Kep.  
27 Agustus 2017, jam 12.30  
WIB.**

Wawancara dengan Informan  
Kepala Ruangan Sindur, Nur  
Khafsoh, S.Kep. 27 Agustus  
2017, jam 12.30 WIB.



Wawancara dengan Informan  
Kepala Ruangan Bengkirai,  
Surati, Amd.Keb.  
27 Agustus 2017,  
jam 12.30 WIB.



Wawancara dengan Informan  
Kepala Ruangan Akasia, Retno  
Widyaningsih, S.Kep. tanggal 9  
Agustus 2017, Jam 13.15 WIB.



Wawancara dengan Informan  
Kepala Ruangan VIP, Almi  
Saprianingsih, AMK. tanggal 10  
Agustus 2017, Jam 07.45 WIB.

Kegiatan wawancara dan observasi  
di Kantor BPJS Kesehatan Kabupaten  
Kotawaringin Barat,  
28 Agustus 2017



Wawancara dengan Informan  
Kepala Kantor BPJS Kesehatan  
Kabupaten Kotawaringin Barat,  
Septa Tarigan,SKM  
28 Agustus 2017,  
jam 11.00 WIB.



Kegiatan pendaftaran peserta JKN  
di Kantor BPJS Kesehatan  
Kabupaten Kotawaringin Barat.  
28 Agustus 2017,  
jam 10.30 WIB.

Petugas Kantor BPJS Kesehatan  
Kab. Kotawaringin Barat sedang  
melayani pendaftaran peserta  
JKN, 28 Agustus 2017  
jam 10.30 WIB.



Petugas BPJS Kesehatan  
sedang memberikan  
pelayanan pendaftaran,  
28 Agustus 2017,  
jam 10.30 WIB.



Kegiatan wawancara dan observasi di  
Poliklinik RSUD Sultan Imanuddin  
Pangkalan Bun



Wawancara dengan Informan  
Petugas Pendaftaran Pasien  
Rawat Inap, Nurmalinda,  
26 Agustus 2017, jam 10.30  
WIB.



Wawancara dengan Informan  
Petugas Loker BPJS  
Kesehatan di RSSI, Damiasi  
26 Agustus 2017,  
jam 11.30 WIB.



Petugas Pendaftaran RSSI  
sedang memberikan  
pelayanan, 21 Agustus 2017,  
jam 11.00 WIB.

Petugas Pendaftaran Pasien  
Rawat Inap sedang memberikan  
pelayanan, 21 Agustus 2017,  
jam 11.00 WIB.



Wawancara dengan Informan  
petugas RSSI (BPJS),  
Gst.Majeri,SE.  
27 Agustus 2017,  
jam 12.30 WIB.



Sosialisasi BPJS Kesehatan  
kepada Masyarakat di KDP  
Desa Medang Sari  
Kecamatan Pangkalan Lada



Sosialisasi BPJS Kesehatan  
kepada Kelompok Masyarakat  
di Kelurahan Kumai Hulu  
Tanggal 21 Mei 2017



**Sosialisasi BPJS kepada Tokoh  
Masyarakat di Aula Kantor Camat  
Pangkalan Lada Tanggal 10 Juli 2017**



**Sosialisasi BPJS Kesehatan  
kepada Masyarakat di  
Puskesmas Riam Durian  
Kecamatan Kotawaingin Lama**

