

TUGAS AKHIR PROGRAM MAGISTER

ANALISIS IMPLEMENTASI KEBIJAKAN
INTEGRASI PROGRAM
JAMINAN KESEHATAN SEMESTA DAERAH
DI KABUPATEN BINTAN



**TAPM diajukan sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar
Magister Sain dalam Administrasi Bidang Minat Administrasi Publik**

Disusun Oleh:

UNTUNG SISWANTO

NIM 500703692

PROGRAM PASCASARJANA

UNIVERSITAS TERBUKA

BATAM

2017

ANALYSIS IMPLEMENTATION OF PROGRAM INTEGRATION POLICY UNIVERSAL HEALTH COVERAGE IN BINTAN REGENCY

Untung Siswanto

(untungsiswanto1971@gmail.com)

Abstract

Universal Health Coverage (UHC) is one of the goals of Sustainable Development Goals (SDG's) which is expected to be realized for all people around the world by 2030. The Government of Indonesia from January 1, 2014 has launched the National Health Insurance (JKN) which aims to provide welfare protection for the Indonesian people from health expenses, which are gradually planned as Universal Health Coverage for all Indonesians by 2019.

To accelerate the implementation of Integration of Regional Health Insurance of Bintan Regency into the National Health Insurance, the Government of Bintan Regency has issued a policy of Regulation of Bupati of Bintan Number 35 Year 2016 about "Free Basic Health Service at Public Health Center and Class III In RSUD Kabupaten Bintan".

This research was conducted to find out how the implementation of the policy of Regent Regulation of Bintan No. 35 of 2016 in integrating local health insurance into the National Health Insurance in an effort to achieve Universal Health Coverage in Bintan Regency in the Year 2019. This research uses qualitative approach method where the research focus on Bupati policy Bintan No. 35 of 2016, data collection using questionnaires, interviews, observation and documentation study with the interview locus involving the head of UPTD Puskesmas in Bintan Regency and personally involved in policy issuance.

The results showed that the policy issued to achieve Universal Health Coverage in 2019 seen from the input indicators, processes, outputs and outcomes was less in line with expectations and ineffective and efficient, the conclusion of this study is the policy that has been run can be enjoyed by the entire community Bintan in obtaining health services for free but has not revealed the expected results that all residents of Bintan become participants of the National Health Insurance in an effort to reach Bintan regency that has been Universal Health Coverage in 2019.

Keyword : implementation, integration, universal health coverage

ANALISIS IMPLEMENTASI KEBIJAKAN INTEGRASI PROGRAM JAMINAN KESEHATAN SEMESTA DAERAH DI KABUPATEN BINTAN

Untung Siswanto

(untungsiswanto1971@gmail.com)

Abstrak

Universal Health Coverage (UHC) atau Perlindungan Kesehatan Semesta merupakan salah satu tujuan dari Sustainable Development Goals (SDG's) yang diharapkan dapat terwujud bagi semua orang di seluruh dunia pada tahun 2030. Pemerintah Indonesia mulai 1 Januari 2014 telah meluncurkan program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) yang bertujuan untuk memberikan perlindungan kesejahteraan bagi masyarakat Indonesia dari guncangan kesehatan, dimana secara bertahap direncanakan sebagai Jaminan Kesehatan Semesta (Universal Health Coverage) bagi seluruh penduduk Indonesia pada tahun 2019.

Untuk mempercepat pelaksanaan integrasi Jaminan Kesehatan Daerah Kabupaten Bintan ke dalam Jaminan Kesehatan Nasional, maka Pemerintah Kabupaten Bintan telah mengeluarkan suatu kebijakan berupa Peraturan Bupati Bintan Nomor 35 Tahun 2016 tentang "Pelayanan Kesehatan Dasar Gratis di Puskesmas dan Rawat Inap Kelas III di RSUD Kabupaten Bintan".

Penelitian ini dilakukan untuk mengetahui bagaimana implementasi kebijakan Peraturan Bupati Bintan Nomor 35 Tahun 2016 dalam mengintegrasikan jaminan kesehatan daerah ke dalam Jaminan Kesehatan Nasional dalam upaya mencapai Universal Health Coverage di Kabupaten Bintan pada Tahun 2019. Penilitin ini menggunakan metode pendekatan kualitatif dimana fokus penelitian pada kebijakan Bupati Bintan Nomor 35 tahun 2016, pengumpulan data dengan menggunakan kuesioner, wawancara, observasi dan studi dokumentasi dengan lokus wawancara melibatkan kepala UPTD Puskesmas di Kabupaten Bintan serta personal yang terlibat dalam penerbitan kebijakan.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa kebijakan yang dikeluarkan untuk mencapai Universal Health Coverage di tahun 2019 dilihat dari indikator input, proses, output dan outcome ternyata kurang sesuai dengan harapan serta tidak efektif dan efisien, kesimpulan dari penelitian ini adalah kebijakan yang telah dijalankan dapat dinikmati oleh seluruh masyarakat Bintan dalam mendapatkan layanan kesehatan secara gratis namun belum menampakan hasil yang diharapkan yaitu seluruh penduduk Bintan menjadi peserta Jaminan Kesehatan Nasional dalam upaya mencapai kabupaten Bintan yang telah Universal Health Coverage di tahun 2019.

Kata kunci : implementasi, integrasi, universal health coverage.

UNIVERSITAS TERBUKA
PROGRAM PASCASARJANA
MAGISTER ADMINISTRASI PUBLIK

PERNYATAAN BEBAS PLAGIARI

TAPM yang berjudul Analisis Implementasi Kebijakan Integrasi Program Jaminan Kesehatan Semesta Daerah di Kabupaten Bintan adalah hasil karya saya sendiri, dan seluruh sumber yang dikutip maupun dirujuk telah saya nyatakan dengan benar.

Apabila di kemudian hari ternyata ditemukan adanya penjiplakan (plagiat), maka saya bersedia menerima sanksi akademik pencabutan ijazah dan gelar.

Batam, Desember 2017

Yang Menyatakan,



UNTUNG SISWANTO

NIM. 500703692

PERSETUJUAN TAPM

Judul TAPM : Analisis Implementasi Kebijakan Integrasi Program Jaminan Kesehatan Semesta Daerah Di Kabupaten Bintan

Nama : UNTUNG SISWANTO

NIM : 500703692

Program Studi : Magister Administrasi Publik

Hari / Tanggal : Sabtu / 20 Januari 2018

Menyetujui :

<p>Pembimbing II</p>  <p><u>Dr. Nur Hidayah, MM</u> NIP. 19590611 201509 173246</p>	<p>Pembimbing I</p>  <p><u>Lisman Manurung, M.Si, Ph.D</u> NIP. 19530721 198303 1 001</p>
<p>Penguji Ahli</p>  <p><u>Prof. Dr. Ngadisah, M.A</u> NIP.</p>	

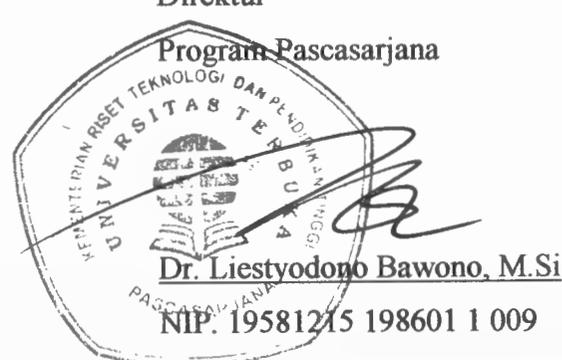
Mengetahui,

Ketua Bidang Ilmu Administrasi Publik
Program Pascasarjana



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

Direktur
Program Pascasarjana



Dr. Liestyodono Bawono, M.Si
NIP. 19581215 198601 1 009

UNIVERSITAS TERBUKA
PROGRAM PASCA SARJANA
PROGRAM MAGISTER ADMINISTRASI PUBLIK

PENGESAHAN

Nama : UNTUNG SISWANTO
 NIM : 500703692
 Program Studi : Magister Administrasi Publik
 Judul TAPM : Analisis Implementasi Kebijakan Integrasi Program Jaminan Kesehatan Semesta Daerah Di Kabupaten Bintan

Telah dipertahankan dihadapan penguji Tugas Akhir Program Magister (TAPM) Admiinistrasi Publik Program Pascasarjana Universitas Terbuka pada :

Hari / Tanggal : Sabtu / 20 Januari 2018

Waktu : 14.30 – 16.00 WIB

Dan telah dinyatakan LULUS

PANITIA PENGUJI TAPM

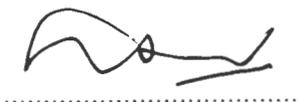
Ketua Komisi Penguji
 Dr. Darmanto, M.Ed



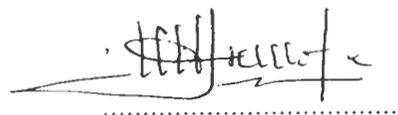
Penguji Ahli
 Prof. Dr. Ngadisah, M.A



Pembimbing I
 Lisman Manurung, M.Si, Ph. D



Pembimbing II
 Dr. Nur Hidayah, MM



KATA PENGANTAR

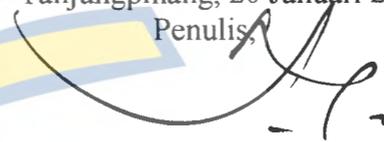
Dengan memanjatkan puji dan syukur kehadirat Allah SWT, karena atas bimbingan dan perkenaan-Nya, penulis dapat menyelesaikan Tugas Akhir Program Magister (TAPM) tepat pada waktunya. Terwujudnya penulisan tesis ini tidak lepas dari bantuan dan dorongan berbagai pihak yang selalu membantu dan mendukung penulis, sehingga penulis lebih mantap dan gigih dalam upaya melanjutkan tahap demi tahap penulisan tesis ini. Untuk itu, penulis dengan segala ketulusan dan kerendahan hati menghaturkan banyak terima kasih dan apresiasi yang setinggi-tingginya kepada berbagai pihak antara lain sebagai berikut :

1. Bapak Drh. Ismed Sawir M.Sc selaku Kepala Unit Program Belajar Jarak Jauh (UPBJJ-Batam)
2. Bapak Dr. Darmanto, M.Ed., selaku Ketua Bidang Ilmu Administrasi Publik Program Pascasarjana Universitas Terbuka dan sebagai Ketua Komisi Penguji.
3. Ibu Prof. Dr. Ngadisah, MA selaku Penguji Ahli dan Dosen UT, yang telah banyak memberikan masukan-masukan dalam pelaksanaan Sidang Tugas Akhir Program Magister.
4. Bapak Lisman Manurung, M.Si, PhD selaku Pembimbing I, yang telah banyak membantu dan memberikan masukan serta motivasi kepada penulis dalam menyelesaikan tesis ini.
5. Ibu Dr. Nur Hidayah, M.M., selaku Pembimbing II, yang telah menyediakan banyak waktunya untuk memberikan arahan dan petunjuk kepada penulis.

6. Seluruh Staf dan Dosen Pengajar Universitas Terbuka
7. Bapak Muhammad Roem selaku Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Bintan Periode 2013 – 2016 yang telah memberikan izin dan berbagai kemudahan untuk mengadakan penelitian pada lembaga yang dipimpin.
8. Rekan-rekan sekerja yang bersedia memberikan waktu dalam menjawab kuisisioner dan semua pihak yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu.
9. Isteri tercinta, Siti Masrumi, S. Pd, serta anak-anak : Raka Aulia Siswanto, Naurah Eritryna dan Aulia Hamzah yang telah memberikan dukungan dengan penuh perhatian selama penulis menimba ilmu.
10. Berbagai pihak yang secara langsung maupun tidak langsung turut membantu dalam perampungan Tesis ini

Akhirnya berbagai saran dan kritik untuk penyempurnaan tesis ini menjadi dambaan dan harapan penulis dalam rangka memperluas wawasan.

Tanjungpinang, 20 Januari 2018
Penulis,

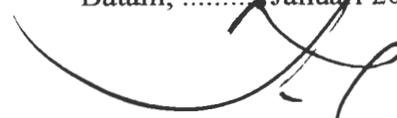


Untung Siswanto

RIWAYAT HIDUP

- Nama : UNTUNG SISWANTO
- NIM : 500703692
- Tempat dan Tanggal Lahir : Jakarta, 14 Februari 1971
- Riwayat Pendidikan : 1. Lulus SD di Tanjungpinang tahun 1983
2. Lulus SMP di Tanjungpinang tahun 1986
3. Lulus SMA di Tanjungpinang tahun 1989
4. Lulus S1 FK-UGM di Yogya tahun 1995
5. Lulus Profesi di Yogya tahun 1997
- Riwayat Pekerjaan : 1. Tahun 1998 s/d 2001 sebagai Dokter PTT di Puskesmas Selat Baru Kabupaten Bengkalis.
2. Tahun 2001 s/d 2002 sebagai Dokter Klinik Ananda di Kijang Kabupaten Bintan.
3. Tahun 2002 s/d 2003 sebagai Dokter di Puskesmas Teluk Bintan Kabupaten Bintan.
4. Tahun 2003 s/d saat ini sebagai Pegawai di Dinas Kesehatan Kabupaten Bintan.
- Alamat Tetap : Perumahan Megah Asri Pratama Blok D-20
RT 007/RW I Kelurahan Pinang Kencana
Kecamatan Tanjungpinang Timur
TANJUNGPINANG Prov. Kepri. 29125
- Telp/HP : 085318949966

Batam, Januari 2018



(UNTUNG SISWANTO)
NIM. 500703692

DAFTAR ISI

Abstrak	i
Lembar Persetujuan	iii
Lembar Pengesahan	iv
Kata Pengantar	v
Riwayat Hidup	vii
Daftar Isi	viii
Daftar Gambar	x
Daftar Grafik	xi
Daftar Tabel	xii
BAB I PENDAHULUAN	
A. Latar Belakang Masalah	1
B. Perumusan Masalah	10
C. Tujuan Penelitian	10
D. Manfaat Penelitian	11
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	
A. Konsep Kebijakan Publik	12
1. Pengertian Kebijakan	12
2. Pengertian Kebijakan Publik	14
3. Tahapan-tahapan Kebijakan Publik	17
4. Implementasi Kebijakan Publik	20
5. Indikator Pengukuran Keberhasilan atau Kegagalan Kebijakan Publik	20
6. Analisis Kebijakan	23
B. Kebijakan Jaminan Kesehatan Daerah (Jamkesda)	25
C. Kebijakan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN)	28
D. Kerangka Pikir Penelitian	31
BAB III METODE PENELITIAN	
A. Pendekatan Penelitian	35
B. Metode Pengumpulan Data	37
C. Fokus Penelitian	38
1. Lokasi Penelitian	39
2. Fenomena Yang Diamati	39
D. Instrumen Penelitian	41
E. Teknik Analisis Data	45

BAB IV	HASIL DAN PEMBAHASAN	
A.	Deskripsi Objek Penelitian	47
1.	Gambaran Umum Objek Penelitian	47
a.	Fokus Kesejahteraan Sosial pada Aspek Kesehatan	51
b.	Cakupan Pelayanan Kesehatan Rujukan Pasien Masyarakat Miskin	56
c.	Analisis Isu-Isu Strategis di Bidang Kesehatan	58
d.	Visi, Misi, Tujuan dan Sasaran	59
e.	Tujuan dan Sasaran di Bidang Kesehatan (Misi ke-4) ...	60
f.	Gambaran Umum Responden Penelitian	60
B.	Hasil Penelitian	67
C.	Pembahasan	78
BAB V	KESIMPULAN DAN SARAN	
A.	Kesimpulan	101
B.	Saran	104
DAFTAR PUSTAKA	106
PEDOMAN WAWANCARA	112
TRANSKRIP HASIL WAWANCARA	114



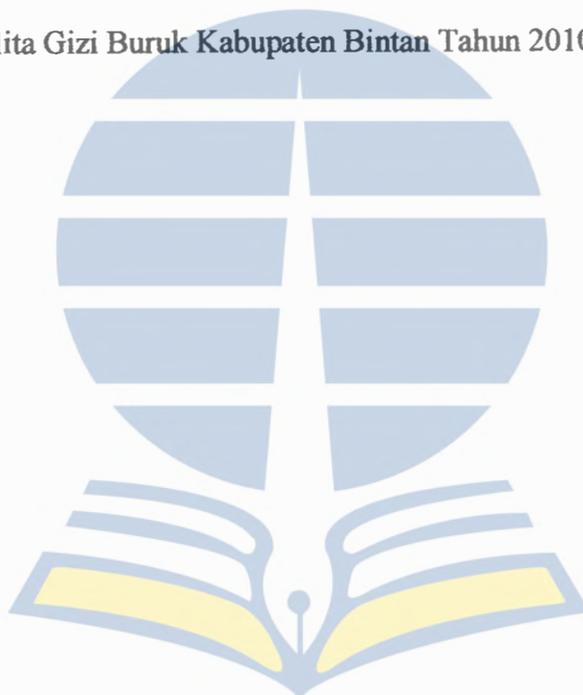
DAFTAR GAMBAR

Gambar 1.1	Latar Belakang Masalah	7
Gambar 1.2	Kondisi Penduduk Bintan Tahun 2016	13
Gambar 1.2	Kerangka Pikir Penelitian 1.....	37
Gambar 2.1	Kerangka Pikir Penelitian 2.....	38
Gambar 4.1	Peta Administratif Kabupaten Bintan	54
Gambar 4.2	Data Cakupan JKN 2016 dan Basis Data TNP2K 2015	76
Gambar 4.3	Progres Kepesertaan JKN Januari – Juli 2017	78
Gambar 4.4	Data Kepesertaan JKN dan Nunggak Premi	81
Gambar 4.4	Kondisi Pelaksanaan Kebijakan	101



DAFTAR GRAFIK

Grafik 4.1	Angka Kematian Bayi per 1.000 Kelahiran Hidup, 2010 – 2014	57
Grafik 4.2	Angka Kematian Balita per 1.000 Kelahiran Hidup, 2010 – 2014	58
Grafik 4.3	Angka Kematian Ibu per 100.000 Kelahiran Hidup, 2010 – 2014	59
Grafik 4.4	Angka Harapan Hidup	60
Grafik 4.5	Balita Gizi Buruk Kabupaten Bintan Tahun 2010-2014	61



DAFTAR TABEL

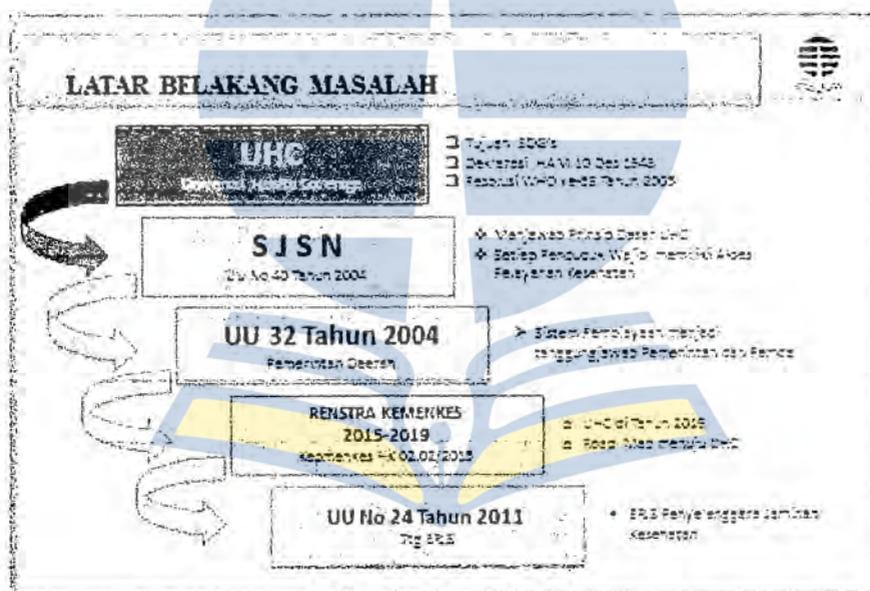
Tabel 4.1	Proporsi Jumlah Penduduk Miskin Terhadap Jumlah Penduduk Kabupaten Bintang 2010-2014	56
Tabel 4.2	Cakupan Pelayanan Kesehatan Rujukan Masyarakat Miskin di Kabupaten Bintang Tahun 2010-2014	62
Tabel 4.3	Data Puskesmas Se-Kabupaten Bintang dan Jumlah Penduduk Tahun 2017	67
Tabel 4.4	Kunjungan Rawat Jalan Puskesmas se-Kabupaten Bintang Tahun 2016	68
Tabel 4.5	Cakupan Jaminan Kesehatan Penduduk Kabupaten Bintang Tahun 2016	69
Tabel 4.6	Data Kepesertaan JKN Tahun 2016	70
Tabel 4.7	Jumlah Masyarakat Prasejahtera Kabupaten Bintang 2015	71
Tabel 4.8	Data Kepesertaan JKN Kabupaten Bintang s/d Juli 2017	69
Tabel 4.9	Progres Kepesertaan JKN di Kabupaten Bintang sampai Juli 2017	70
Tabel 4.10	Matriks Perencanaan dan Realisasi Peraturan Bupati Bintang Nomor 35 Tahun 2016	93

BAB I PENDAHULUAN

A. Latar Belakang Masalah

WHO (*World Health Organization*) telah mencanangkan ‘perlindungan kesehatan untuk semua’ atau disebut juga dengan *Universal Health Coverage* (UHC) di tahun 2014. *Total Coverage* atau *Universal Health Coverage* (UHC) merupakan salah satu tujuan dari *Sustainable Development Goal* (SDG) yang meliputi (i) perlindungan risiko keuangan (*financial risk protection*), (ii) akses atas pelayanan kesehatan yang aman, efektif, berkualitas serta terjangkau dan (iii) pelayanan atas kebutuhan obat-obatan yang diperlukan (www.who.int). UHC diharapkan dapat terwujud bagi semua orang di seluruh dunia pada tahun 2030. UHC didasarkan pada: (i) Deklarasi Hak Asasi Manusia (HAM) atau *Universal Independent of Human Right* 10 Desember 1948 Pasal 25 ayat (1) yang menyebutkan bahwa “Setiap orang berhak atas tingkat hidup yang memadai untuk kesehatan dan kesejahteraan dirinya dan keluarganya, termasuk hak atas pangan, pakaian, perumahan dan perawatan kesehatan serta pelayanan sosial yang diperlukan, dan berhak atas jaminan pada saat menganggur, menderita sakit, cacat, menjadi janda/duda, mencapai usia lanjut atau keadaan lainnya yang mengakibatkanannya kekurangan nafkah, yang berada di luar kekuasaannya”; (ii) Resolusi WHO Ke-58 Tahun 2005 di Jenewa yang mendeklarasikan bahwa: “Setiap negara perlu mengembangkan UHC melalui mekanisme Asuransi Kesehatan Sosial untuk menjamin pembiayaan kesehatan yang berkelanjutan”, serta (iii) Pencapaian *Universal Health Coverage* (UHC) melalui mekanisme

asuransi sosial. Dengan demikian pembiayaan kesehatan dapat dikendalikan sehingga keterjaminan pembiayaan kesehatan menjadi pasti dan terus menerus tersedia bagi semua orang. Republik Indonesia dalam hal ini Kementerian Kesehatan RI, dengan merujuk pada Pancasila yaitu Sila ke-5 Keadilan Sosial bagi seluruh Rakyat Indonesia, telah mengadopsi *Universal Health Coverage* dan diterjemahkan sebagai Jaminan Kesehatan Semesta sebagai bagian Kebijakan Pelayanan Kesehatan Nasional. UHC dicantumkan dalam Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor HK.02.02/Menkes/52/2015 tentang “Rencana Strategis Kementerian Kesehatan Tahun 2015-2019”.



Gambar 1.1 Latar Belakang Masalah

Pada hakekatnya *Universal Health Coverage* (UHC) / Perlindungan Kesehatan Semesta memiliki dua pokok dasar pelayanan yaitu akses untuk mendapatkan pelayanan kesehatan yang adil dan bermutu serta terhindarnya dari resiko finansial saat tertimpa penyakit. Perlindungan Semesta menjamin setiap

warga mendapatkan pelayanan kesehatan berupa pelayanan promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif yang bermutu dan paripurna dengan biaya yang terjangkau.

Sebelum adanya kebijakan UHC, komitmen pemerintah dalam pelaksanaan program asuransi sosial kesehatan untuk keluarga miskin telah dikemas dalam program Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas) yang dilaksanakan sejak tahun 2005. Kemudian mulai 1 Januari 2014, Pemerintah Indonesia meluncurkan program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) yang bertujuan untuk memberikan perlindungan kesejahteraan bagi masyarakat Indonesia dari guncangan kesehatan. JKN kemudian secara bertahap direncanakan sebagai Jaminan Kesehatan Semesta (*Universal Health Coverage*) bagi seluruh penduduk Indonesia pada tahun 2019.

Sebelum Badan Dunia *World Health Organization* (WHO) mendeklarasikan tentang Pelayanan Kesehatan Semesta, Indonesia telah menerbitkan Undang-Undang yang telah menjawab prinsip dasar Pelayanan Kesehatan Semesta melalui Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang "Sistem Jaminan Sosial Nasional" dimana didalamnya mewajibkan setiap penduduk mengikuti jaminan kesehatan sehingga memiliki akses pelayanan kesehatan yang komprehensif dan paripurna melalui sistem pra-upaya, dimana saat ini Indonesia sedang dalam perjalanan menuju Pelayanan Kesehatan Semesta.

Arah perkembangan selanjutnya dalam mencapai *Universal Health Coverage* (UHC), Pemerintah Pusat telah memberikan tanggung jawab kepada Pemerintah Daerah bahwa tanggung jawab menggapai Pelayanan Kesehatan

Semesta juga menjadi bagian tugas dari Pemerintah Daerah, hal ini terlihat dalam Undang-Undang Nomor 32 Tahun 2004 tentang “Pemerintah Daerah” pada Pasal 22 dimana disebutkan bahwa Pemerintah Daerah berkewajiban mengembangkan Sistem Jaminan Sosial dimana didalamnya juga terdapat Sistem Jaminan Kesehatan.

Peran Pemerintah Daerah untuk menyelenggarakan sistem Jaminan Sosial semakin kuat dengan dikabulkannya *judicial review* atas Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang “Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN)” oleh Mahkamah Konstitusi Republik Indonesia. Berdasarkan putusan Mahkamah Konstitusi RI dan untuk menindaklanjuti amanat tersebut, telah ditetapkan kewajiban daerah dan prioritas belanjanya untuk mengembangkan sistem Jaminan Sosial berdasarkan Pasal 22 huruf h dan Pasal 167 Undang-Undang Nomor 32 Tahun 2004 tentang “Pemerintahan Daerah”. Mahkamah Konstitusi memandang bahwa sistem Jaminan Sosial di daerah untuk mewujudkan cakupan terlindunginya semua penduduk hendaknya disadari sebagai pelaksanaan kewajiban konstitusional.

Kebijakan pemerintah tersebut telah mendorong sejumlah Pemerintah Daerah berinisiatif untuk mengembangkan sistem pembiayaan kesehatan berupa Jaminan Kesehatan Daerah (Jamkesda). Sampai dengan tahun 2010, Kementerian Kesehatan telah mencatat ada 352 kabupaten/kota dan 33 provinsi yang telah mengembangkan Jamkesda. Persentase penduduk yang dijamin melalui pelbagai program perlindungan kesehatan, sampai dengan Desember 2012 mencapai 59 %

dari jumlah penduduk di Indonesia (Kemenkes RI, 2011). Dengan demikian, masih ada 41 % penduduk Indonesia yang belum memiliki Jaminan Kesehatan.

Menghadapi hal tersebut pemerintah telah menyusun *roadmap* menuju pencapaian UHC, termasuk integrasi Jamkesda ke dalam Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) yang dimulai pada 1 Januari 2014. Dalam upaya implementasi pengintegrasian Jamkesda ke dalam suatu sistem pelayanan kesehatan nasional Pemerintah menghadapi kendala (Imallah, 2014). Dapat dipahami bahwa upaya implementasi UHC pada hakikatnya tidak mudah. Beberapa keadaan yang akan terpengaruh antara lain: *Pertama*, terdapat variasi penjaminan kesehatan Jamkesda di level Provinsi, Kabupaten dan Kota. *Kedua*, pada dasarnya kemampuan fiskal pemerintah daerah di seluruh Indonesia sangat bervariasi. *Ketiga*, komitmen pimpinan daerah untuk menjalankan pengintegrasian belum tentu sama. *Keempat*, regulasi yang ada baik di daerah maupun di pusat belum tentu 'mendukung' adaptasi pemerintah daerah atas *Universal Health Coverage*.

Pada hakikatnya Pemerintah Pusat telah merumuskan skenario kebijakan terbaik agar Pemerintah Daerah menerapkan *best practices* berdasarkan pelaksanaan Jamkesda sehingga pelaksanaan BPJS akan sesuai dengan kebutuhan masyarakat. Salah satu di antaranya adalah dengan pengintegrasian manajemen sehingga dengan pengelolaan yang tepat akan dapat dicegah terjadinya tumpang-tindih (*overlapping*) wewenang dan tanggung jawab, baik pada Pemerintah Pusat, Daerah maupun BPJS. Hal lain yang sering menjadi perhatian ialah mengenai tepat atau tidak tepatnya sasaran penduduk yang layak sebagai penerima bantuan iuran. Program Jamkesda diselenggarakan bagi masyarakat miskin dan

masyarakat tidak mampu yang belum menjadi peserta Jamkesmas. Besaran bantuan iuran antara daerah satu dengan yang lain menjadi sangat bervariasi.

Beberapa Pemerintah Daerah, khususnya karena terkait dengan janji politik, telah membuat kebijakan yang melebihi kemampuan fiskal di daerahnya. Akibatnya, beberapa Rumah Sakit terutama RSUD terbebani piutang Jamkesda yang sulit ditagih. Dalam jangka panjang kondisi ini akan berdampak pada terganggunya *cash flow* Rumah Sakit. Pemerintah Daerah secara nasional telah menambah 31,4 juta peserta program peserta Jaminan Kesehatan. Besarnya jumlah tersebut dan beragamnya model pengelolaan secara organisasi dan manajemen dapat menjadi hambatan penyempurnaan JKN (Imallah, 2014; Kemenkes RI, 2012: 46).

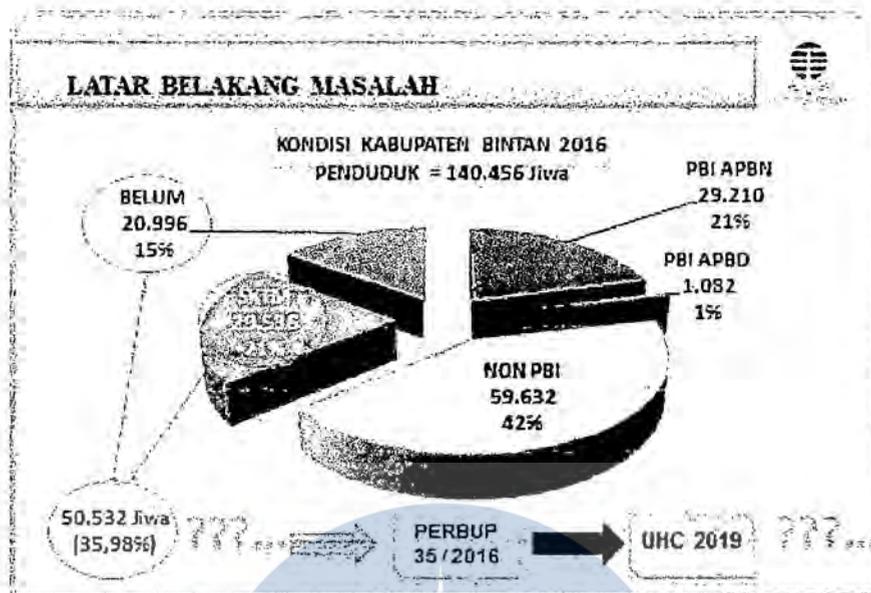
Jaminan Kesehatan merupakan jaminan berupa perlindungan kesehatan agar peserta memperoleh manfaat pemeliharaan kesehatan dan perlindungan dalam memenuhi kebutuhan dasar kesehatan yang diberikan kepada setiap orang yang telah membayar iuran atau iurannya dibayar oleh pemerintah (Kemenkes RI, 2012).

Peserta Jaminan Kesehatan adalah setiap orang, termasuk orang asing yang bekerja paling singkat 6 bulan di Indonesia. Peserta Jaminan Kesehatan Non-PBI merupakan peserta yang tidak masuk dalam golongan fakir miskin dan orang tidak mampu, meliputi pekerja penerima upah dan anggota keluarganya, pekerja bukan penerima upah dan anggota keluarganya, bukan pekerja dan anggota keluarganya. Peserta Non-PBI Mandiri meliputi pekerja bukan penerima upah dan bukan pekerja. Yang dimaksud dengan pekerja bukan penerima upah

adalah setiap orang yang bekerja atau berusaha atas risiko sendiri, sedangkan yang dimaksud dengan bukan pekerja adalah setiap orang yang tidak bekerja tetapi mampu membayar iuran Jaminan Kesehatan secara mandiri (Perpres RI, 2013).

Capaian penduduk yang memiliki Jaminan Kesehatan di Indonesia tahun 2012 mencapai 64,58 % dan targetnya adalah 80,10 %. Untuk wilayah Jawa Tengah dengan jumlah penduduk 32,4 juta, capaian penduduk yang memiliki Jaminan Kesehatan adalah sebesar 17,10 juta (52,8 %) dengan rincian Jamkesmas 14,15 juta Askes Sosial, 2,05 juta TNI/POLRI 681.223 (Dinkes Jawa Tengah, 2014).

Salah satu provinsi di luar Pulau Jawa yang bertindak proaktif dalam peerapan UHC ialah Provinsi Kepulauan Riau, khususnya Kabupaten Bintan. Pemerintah Kabupaten Bintan telah melakukan upaya integrasi Jamkesmas. Kabupaten Bintan merupakan salah satu dari 7 kabupaten/kota yang ada di Provinsi Kepulauan Riau dengan jumlah penduduk sebanyak 140.456 jiwa, terdiri dari 72.390 jiwa laki-laki dan 68.066 jiwa perempuan. Penduduk ini tersebar di sepuluh kecamatan yaitu Kecamatan Bintan Timur, Kecamatan Bintan Pesisir, Kecamatan Mantang, Kecamatan Tambelan, Kecamatan Gunung Kijang, Kecamatan Toapaya, Kecamatan Teluk Bintan, Kecamatan Seri Kuala Lobam, Kecamatan Teluk Sebong dan Kecamatan Bintan Utara. Keadaan demografi distribusi Kepala Keluarga menurut jenis pendidikan tertinggi adalah lulusan SLTA/ sederajat sebesar 20,33 %, diikuti oleh tidak tamat SD 17,89 % dan tamatan SD/ sederajat 16,22 % (Dinas Kependudukan dan Catatan Sipil Kabupaten Bintan, 2015).



Gambar 1.2 Kondisi Penduduk Bintan Tahun 2016

Melihat kondisi saat ini, dari 140.456 jiwa penduduk Kabupaten Bintan, yang mendapatkan Jaminan Sosial Kesehatan dari Pemerintah Pusat sebesar 29.210 jiwa melalui PBI (Penerima Bantuan Iuran) BPJS Kesehatan, yang artinya sebesar 20,8 % telah terlindungi kesehatannya melalui BPJS, selebihnya sebesar 1.082 jiwa atau sekitar 0,77 % telah diintegrasikan menjadi peserta BPJS melalui PBI Pemkab Bintan, serta peserta JKN Non-PBI adalah pekerja penerima upah, pekerja bukan penerima upah dan peserta mandiri sebanyak 59.632 jiwa atau sekitar 42,46 % telah terlindungi Asuransi Kesehatan, sedangkan peserta Jamkesda yang telah terdata melalui SKTM (Surat Keterangan Tidak Mampu) sebanyak 29.536 jiwa atau sekitar 21,03 % yang belum terintegrasikan dengan Program JKN dan selebihnya yaitu sebesar 20.996 jiwa atau sebesar 14,95 % belum terlindungi Jaminan Kesehatan yang apabila suatu waktu mengalami sakit

maka akan mengusahakan mendapatkan SKTM agar pembiayaan selama perawatan menjadi tanggungan Pemerintah Kabupaten Bintan.

Data di atas mengindikasikan bahwa dari jumlah penduduk Kabupaten Bintan, sekitar 119.460 jiwa atau sekitar 64,02 % telah menjadi Peserta JKN baik itu dari peserta mandiri, PBI Pemerintah Pusat dan PBI Pemerintah Kabupaten Bintan, selebihnya sebanyak 50.532 jiwa atau sekitar 35,98 % belum mendapat Jaminan Kesehatan atau sebagai peserta Jamkesda.

Merujuk pada teori kebijakan publik, menurut Anderson (2011), kebijakan publik dibuat pemerintah untuk mengatasi masalah yang dihadapi masyarakat. Sementara itu, kebijakan-kebijakan yang telah dituangkan dalam undang-undang, dalam pelaksanaan atau implementasinya kerap berbeda dengan tujuan-tujuan semula dari suatu kebijakan. Merangkumkan persoalan yang kerap dihadapi pada tahap implementasi kebijakan, Nugroho (2006:119) mengatakan: 'Implementasi kebijakan adalah hal yang paling berat, karena di sini masalah-masalah yang kadang tidak dijumpai dalam konsep, muncul di lapangan. Dalam proses implementasi kebijakan, aparatur pemerintah dihadapkan kepada beberapa kendala. Sedangkan capaian dengan jumlah target kebijakan seringkali terpenuhi, namun bilamana ditelusuri secara mendalam, implementasi bisa berbeda dari tujuan kebijakan. Andaikata ditemukan perbedaan-perbedaan, maka dalam proses kebijakan yang bersifat siklus, kerap sekali dilakukan evaluasi.

Untuk mempercepat pelaksanaan integrasi Jaminan Kesehatan Daerah Kabupaten Bintan ke dalam Jaminan Kesehatan Nasional, maka Pemerintah Kabupaten Bintan telah mengeluarkan suatu kebijakan berupa Peraturan Bupati

Bintan Nomor 35 Tahun 2016 tentang “Pelayanan Kesehatan Dasar Gratis di Puskesmas dan Rawat Inap Kelas III di RSUD Kabupaten Bintan”.

B. Perumusan Masalah

Berdasarkan uraian pada latar belakang di atas, maka rumusan masalah dalam penelitian ini adalah:

1. Bagaimana Implementasi Kebijakan Program Jaminan Kesehatan Daerah (Jamkesda)?
2. Bagaimana Implementasi Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN)?
3. Apakah Program Jaminan Kesehatan Daerah (Jamkesda) terintegrasi dengan Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN)?

C. Tujuan Penelitian

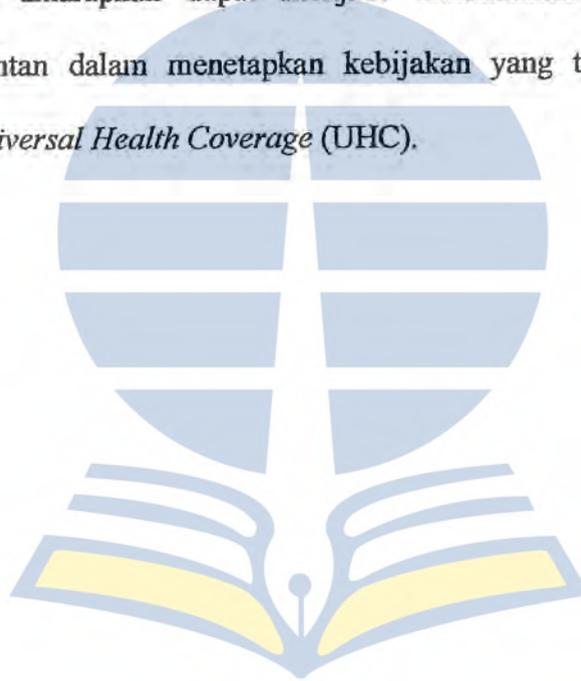
Dari latar belakang dan rumusan masalah yang telah diuraikan di atas, maka tujuan dalam penelitian ini adalah :

1. Melakukan evaluasi Kebijakan Peraturan Bupati Bintan Nomor 35 Tahun 2016 tentang “Pelayanan Kesehatan Dasar Gratis di Puskesmas dan Rawat Inap Kelas III di RSUD Bintan”.
2. Mengembangkan kebijakan alternatif guna mempercepat pencapaian *Universal Health Coverage* di Kabupaten Bintan.

D. Manfaat Penelitian

Hasil dari penelitian ini diharapkan dapat menjadi kontribusi yang berguna oleh berbagai pihak yang terkait, antara lain:

1. Memberikan masukan kepada Pemerintah Kabupaten Bintan terhadap pelaksanaan Kebijakan Pelayanan Kesehatan Dasar Gratis di Puskesmas dan Rawat Inap kelas III di RSUD Bintan.
2. Penelitian ini diharapkan dapat menjadi rekomendasi bagi Pemerintah Kabupaten Bintan dalam menetapkan kebijakan yang tepat dalam upaya pencapaian *Universal Health Coverage* (UHC).



BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Kebijakan Publik

1. Pengertian Kebijakan

Kebijakan publik sebagai sebuah konsep kebijakan, maka untuk mengenal lebih jauh, sebelumnya kita terlebih dahulu perlu mempelajari tentang konsep kebijakan didalam Bahasa Inggris kita mengenalnya dengan sebutan *policy*. Kebijakan itu sendiri didalam Kamus Besar Bahasa Indonesia diartikan sebagai rangkaian konsep dan asas yang menjadi garis besar dan dasar rencana dalam pelaksanaan suatu pekerjaan, kepemimpinan dan cara bertindak (pemerintahan, organisasi dan sebagainya); pernyataan cita-cita, tujuan, prinsip dan garis pedoman untuk manajemen dalam usaha mencapai sasaran.

Definisi kebijakan yang diajukan oleh Carl J Friedrich sebagaimana dikutip Agustina (2008:7) adalah serangkaian tindakan/kegiatan yang diusulkan seseorang, kelompok atau pemerintah dalam suatu lingkungan tertentu dimana terdapat hambatan-hambatan (kesulitan-kesulitan) dan kesempatan-kesempatan terhadap pelaksanaan usulan kebijaksanaan tersebut dalam rangka mencapai tujuan tertentu. Hal ini menunjukkan bahwa ide dan tujuan merupakan bagian yang penting dari definisi kebijakan, karena bagaimanapun kebijakan harus menunjukkan apa yang sesungguhnya dikerjakan daripada apa yang diusulkan dalam beberapa kegiatan pada suatu masalah.

Suandi (2010:12) mengutip seperti apa yang dikatakan oleh Irfan Islamy dimana 'kebijakan' harus dibedakan dengan 'kebijaksanaan'. Kebijakan diterjemahkan dengan *policy* dimana berbeda artinya dengan kebijaksanaan yang diterjemahkan dengan *wisdom*. Kebijaksanaan mempunyai pengertian memerlukan pertimbangan-pertimbangan lebih jauh lagi, sedangkan kebijakan itu sendiri mencakup aturan-aturan yang ada di dalamnya. Irfan Islamy (2009:17) mengutip apa yang dikatakan James E Anderson mengatakan bahwa "kebijakan adalah *a purposive course of action followed by an actor or set of actors in dealing with a problem or matter of concern* (serangkaian tindakan yang mempunyai tujuan tertentu yang diikuti dan dilaksanakan oleh seorang pelaku atau sekelompok pelaku guna memecahkan suatu masalah tertentu)".

Menurut Winarno (2007:18) Konsep kebijakan yang ditawarkan oleh Anderson dianggap lebih tepat, karena memusatkan perhatian pada apa yang sebenarnya dilakukan dan bukan apa yang diusulkan atau dimaksudkan. Disamping itu juga, konsep ini membedakan secara tegas antara kebijakan (*policy*) dengan keputusan (*decision*) yang mempunyai arti pemilihan diantara berbagai alternatif yang ada.

Winarno (2007:17) mengutip apa yang dikatakan Richard Rose, menyarankan juga bahwa "kebijakan hendaknya dipahami sebagai serangkaian kegiatan yang sedikit banyak berhubungan beserta konsekuensi-konsekuensi bagi mereka yang bersangkutan daripada sebagai keputusan yang berdiri sendiri". Kedua pendapat ahli tersebut paing sedikit menjelaskan bahwa mempertukarkan istilah kebijakan dengan keputusan adalah tidak benar, hal ini karena pada

dasarnya kebijakan dipahami sebagai arah atau pola kegiatan dan bukan hanya suatu keputusan untuk melakukan sesuatu.

Dari pendapat beberapa ahli seperti yang disampaikan diatas, maka dapat disimpulkan bahwa kebijakan adalah tindakan-tindakan atau kegiatan yang sengaja dilakukan atau tidak dilakukan oleh seseorang, suatu kelompok atau pemerintah yang didalamnya terdapat unsur keputusan berupa upaya pemilihan diantara berbagai alternatif yang ada guna mencapai maksud dan tujuan tertentu.

2. Pengertian Kebijakan Publik

Kebijakan publik bagi masyarakat pada umumnya hanya dipandang sebagai apa yang dilakukan oleh pemerintah. Padahal, definisi kebijakan publik tidak terbatas pada apa yang hanya dilakukan oleh pemerintah saja, dan juga dapat memiliki definisi yang lebih luas dari itu. Pemberian definisi yang luas ini, dimaksudkan agar pemahaman atas apa yang disebut dengan kebijakan publik dapat menjadi lebih luas pula.

Secara harfiah, kebijakan publik (Abidin, 2004: 17) adalah terjemahan dari kata *policy* yang biasanya dikaitkan dengan Keputusan Pemerintah, oleh karena pemerintahlah yang memunyai wewenang dan bertanggungjawab melayani kepentingan umum. Selain itu juga sejalan dengan pengertian *public* itu sendiri, dalam Bahasa Indonesia yang berarti pemerintah, masyarakat, atau umum.

‘Apapun pilihan pemerintah untuk melakukan atau tidak melakukan’ (*public policy is whatever goverment choose to do or not to do*) adalah Kebijakan Publik yang disampaikan oleh Dye dalam *Understanding Public Policy* (1987:17). Konsep tersebut sangat luas karena kebijakan publik mencakup sesuatu yang tidak

dilakukan oleh pemerintah di samping yang dilakukan oleh pemerintah ketika pemerintah menghadapi suatu masalah publik. Sedangkan menurut Chief J O Udoji dalam Wahab (2001: 5) mendefinisikan “kebijakan publik atau kebijakan negara sebagai *an sanctioned course of action addressed to particular problem or group of related problems that affect society at large* (suatu tindakan bersangsi yang mengarah pada suatu masalah atau sekelompok masalah tertentu yang saling berkaitan mempengaruhi sebagian besar masyarakat)”.

Lebih lanjut Irfan Islamy (1984:16) mengutip apa yang dikatakan oleh Harold D Lasswell dan Abraham Kaplan sebagai “Kebijakan publik sebagai *a projected program of goals, values and practices* (suatu program pencapaian tujuan, nilai-nilai dan praktek-praktek yang terarah)”. Islamy juga mengutip apa yang dikemukakan oleh Amara Raksasataya bahwa “kebijaksanaan publik sebagai suatu taktik dan strategi yang diarahkan untuk mencapai suatu tujuan”.

Anderson mengemukakan definisi lain yaitu, “*Public policy are those policies devoleped by governmental bodies and officials*” (Islamy. 1984:19). Implikasi dari definisi-definisi yang telah dikemukakan oleh beberapa ahli tersebut adalah : *Pertama*, kebijakan publik selalu mempunyai tujuan tertentu atau merupakan tindakan yang berorientasi pada tujuan. *Kedua*, kebijakan itu berisi tindakan-tindakan atau pola-pola tindakan pejabat-pejabat pemerintah. *Ketiga*, kebijakan itu adalah apa yang benar-benar dilakukan oleh pemerintah. *Keempat*, bahwa kebijakan publik itu bersifat positif dalam arti merupakan beberapa bentuk tindakan pemerintah mengenai suatu masalah tertentu atau bersifat negatif dalam arti merupakan keputusan pemerintah untuk tidak melakukan sesuatu. *Kelima*,

bahwa kebijakan pemerintah selalu dilandaskan pada peraturan perundang-undangan yang bersifat memaksa (otoritatif).

Adapun kesimpulan lainnya tentang definisi dari Kebijakan publik seperti yang telah dikemukakan oleh para pakar diatas, adalah apa yang disampaikan oleh Warella dalam modul mata kuliah 'Prinsip-prinsip Kebijakan Publik' telah mengatakan bahwa setidaknya ada empat esensi yang terkandung di dalam pengertian Kebijakan Publik yaitu ; *Pertama*, kebijakan publik adalah merupakan penetapan kebijakan-kebijakan pemerintah. *Kedua*, kebijakan publik tidak hanya dinyatakan namun dilaksanakan. *Ketiga*, kebijakan publik baik untuk melakukan sesuatu atau tidak melakukan sesuatu mempunyai dan dilandasi dengan maksud dan tujuan tertentu. *Keempat*, kebijakan publik harus senantiasa ditujukan untuk kepentingan masyarakat.

Kesimpulan dari apa yang telah disebutkan, pengertian-pengertian dari kebijakan publik diatas menegaskan bahwa pemerintah secara sah dapat berbuat sesuatu terhadap masyarakatnya dan pilihan pemerintah untuk melakukan sesuatu atau tidak melakukan sesuatu diwujudkan dalam bentuk pengalokasian nilai-nilai yang tumbuh dan berkembang dalam masyarakat. Hal ini disebabkan karena apa yang oleh David Easton sebut sebagai "*authorities in a political system*" yaitu penguasa dalam suatu sistem politik yang terlibat dalam masalah sehari-hari yang telah menjadi tanggung jawab atau perannya.

Dari beberapa definisi-definisi diatas, maka dapat dirumuskan makna kebijakan publik adalah sebagai berikut :

- 1) Segala sesuatu yang dikerjakan dan yang tidak dikerjakan oleh pemerintah.

- 2) Kebijakan publik adalah kebijakan yang mengatur kehidupan bersama atau kehidupan publik, bukan kehidupan perorangan atau golongan. Kebijakan publik mengatur semua yang ada di domain lembaga administrator publik.
- 3) Kebijakan publik merupakan kebijakan yang nilai manfaatnya harus senantiasa ditujukan untuk kepentingan masyarakat.

Setelah mengetahui pengertian-pengertian dan konsep-konsep serta pandangan-pandangan beberapa ahli terhadap kebijakan publik, serta mengacu pada hal diatas, maka dapat dikatakan bahwa kebijakan pelayanan kesehatan dasar gratis di Puskesmas dan Rawat Inap Kelas III RSUD Bintan merupakan langkah kebijakan publik dengan dasar hukum Peraturan Bupati Bintan Nomor 35 Tahun 2016 tentang “Pelayanan Kesehatan Dasar Gratis di Puskesmas dan Rawat Inap Kelas III di RSUD Bintan”.

3. Tahapan-tahapan Kebijakan Publik

Tahapan-tahapan dalam kebijakan publik merujuk pada sebuah proses dari awal hingga akhirnya sebuah kebijakan publik dapat benar-benar dirasakan oleh objek kebijakan, baik itu dampak positif maupun dampak negatif yang dirasakan. Setiap tahapan dalam kebijakan publik, harus melewati tahap demi tahap secara berurutan atau tidak secara acak. Oleh karena itu, setiap tahapannya harus diselenggarakan sebaik mungkin. Sebab setiap tahapan akan berpengaruh terhadap penyelenggaraan tahapan selanjutnya.

Menurut Dunn (Winarno, 2014: 35–37), tahapan-tahapan kebijakan publik terdiri atas beberapa tahapan berikut:

1) Tahap penyusunan *agenda setting*

Pada tahap ini, para pejabat yang dipilih dan diangkat menempatkan masalah pada agenda publik. Sebelumnya masalah-masalah publik berkompetisi terlebih dahulu untuk dapat masuk ke dalam agenda kebijakan. Kemudian, barulah pada akhirnya beberapa masalah masuk ke dalam agenda kebijakan.

Pada tahapan *agenda setting*, suatu masalah mungkin tidak disentuh sama sekali, sementara masalah yang lain ditetapkan menjadi fokus pembahasan, atau ada pula masalah karena alasan-alasan tertentu ditunda untuk waktu yang lama.

2) Tahap formulasi kebijakan

Masalah yang telah masuk ke agenda kebijakan kemudian dibahas oleh para pembuat kebijakan. Masalah-masalah tadi didefinisikan untuk kemudian dicari pemecahan masalah terbaik. Pemecahan masalah tersebut berasal dari berbagai alternatif atau pilihan kebijakan yang ada. Pada tahap ini masing-masing aktor akan mengusulkan pemecahan masalah yang terbaik.

3) Tahap adopsi kebijakan

Dari sekian banyak alternatif kebijakan yang ditawarkan, pada akhirnya salah satu dari alternatif kebijakan diadopsi dengan dukungan dari mayoritas legislatif, konsensus antara direktur lembaga atau keputusan pengadilan.

4) Tahap implementasi kebijakan

Keputusan program kebijakan yang telah diambil sebagai alternatif pemecahan masalah harus diimplementasikan, yakni dilaksanakan oleh badan-badan administrasi maupun agen-agen pemerintah di tingkat bawah.

Kebijakan yang telah diambil dilaksanakan oleh unit-unit administrasi yang memobilisasikan sumber daya finansial dan manusia. Pada tahap implementasi ini berbagai kepentingan akan saling bersaing. Beberapa implementasi kebijakan mendapat dukungan dari pelaksana, namun beberapa yang lain mungkin akan ditentang oleh para pelaksana.

5) Tahap evaluasi kebijakan

Pada tahap ini kebijakan yang telah dijalankan akan dinilai atau dievaluasi untuk melihat sejauh mana kebijakan yang telah dibuat mampu memecahkan masalah. Kebijakan publik pada dasarnya dibuat untuk meraih dampak yang diinginkan. Tujuannya adalah memperbaiki masalah yang akan dihadapi masyarakat. Oleh karena itu ditentukanlah ukuran-ukuran atau kriteria-kriteria yang menjadi dasar untuk menilai kebijakan publik telah meraih dampak yang diinginkan.

Akan tetapi menurut Winarno (2014: 251 dan 258), tahap evaluasi kebijakan dapat dipandang sebagai akhir proses kebijakan dan dapat juga diartikan tidak. Setelah tahap evaluasi kebijakan masih ada tahap perubahan dan terminasi kebijakan. Kedua tahapan ini dilaksanakan setelah masalah dan kegagalan kebijakan diidentifikasi. Namun demikian, tentunya tidak semua kebijakan akan menemukan masalah sehingga gagal meraih dampak yang diinginkan, banyak juga di antaranya yang berhasil. Oleh karena itu, rekomendasi yang diajukan adalah terus menjalankan kebijakan tersebut.

4. Implementasi Kebijakan Publik

Implementasi atau pelaksanaan kebijakan (Hamdi, 2014: 97) berkaitan dengan ikhtiar-ikhtiar untuk mencapai tujuan dari ditetapkannya suatu kebijakan. Hal ini senada dengan konsep implementasi van Meter dan van Hom (Wahab, 2012: 135) yang menjelaskan bahwa implementasi kebijakan merupakan tindakan-tindakan yang dilakukan baik oleh individual, pejabat-pejabat, atau kelompok pemerintah atau swasta yang diarahkan pada tercapainya tujuan-tujuan yang telah digariskan dalam keputusan kebijakan. Pada intinya, menurut pendapat peneliti, implementasi kebijakan dapat dipahami sebagai tindakan nyata yang dilakukan oleh pelaksana kebijakan dalam mencapai tujuan kebijakan yang diimplementasikan.

Sebelum tahapan implementasi berlangsung, para implementator (pelaksana) kebijakan publik harus mempersiapkan semua prasyarat implementasi kebijakan terlebih dahulu. Tujuannya agar proses tersebut dapat memiliki semua hal yang diperlukan sebelum kebijakan itu diberlangsungkan. Sehingga pada tahapan implementasi, kebijakan tidak mengalami kesulitan dalam perealisasiannya.

5. Indikator Pengukuran Keberhasilan atau Kegagalan Kebijakan Publik

Pada setiap penilaian terhadap keberhasilan atau kegagalan pelaksanaan kebijakan, menurut Grindle (Suaedi dan Bintoro, 2010: 167) indikator yang dapat digunakan, yaitu:

- 1) Dilihat dari prosesnya, yaitu dengan menanyakan apakah pelaksanaan kebijakan sesuai dengan yang dirancang (*design*) dengan merujuk pada kebijakannya.
- 2) Dilihat dari ketercapaian tujuannya, dengan menanyakan apakah tujuan kebijakan telah tercapai. Pada dimensi ini diukur dengan melihat dua faktor, yaitu:
 - (1) *Impact* atau efeknya pada masyarakat secara individu dan kelompok.
 - (2) Tingkat perubahan yang terjadi serta penerimaan kelompok sasaran.

Lebih lanjut Grindle (Suaedi dan Bintoro, 2010: 168) mengatakan bahwa keberhasilan implementasi kebijakan publik ditentukan oleh tingkat *implementability* kebijakan itu sendiri, yang terdiri atas:

- 1) Isi kebijakan (*Content of policy*)

Isi kebijakan dapat dapat memengaruhi tingkat *implementability*, sebab di dalamnya terdapat beberapa elemen berikut:

- a) Kepentingan-kepentingan yang memengaruhi (*Interest affected*)

Berdasarkan pada indikator ini, suatu kebijakan dalam pelaksanaannya pasti melibatkan banyak kepentingan. Adapun sejauh mana kepentingan-kepentingan tersebut membawa pengaruh terhadap implementasinya, hal inilah yang ingin diketahui lebih lanjut.

- b) Tipe manfaat (*Type of benefit*)

Di dalam suatu kebijakan harus terdapat beberapa jenis manfaat dan menunjukkan dampak positif, yang dihasilkan melalui pengimplementasian kebijakan yang hendak dilaksanakan.

- c) Derajat perubahan yang ingin dicapai (*Extent of change envision*)

Pada sebuah kebijakan publik seberapa besar perubahan yang hendak atau ingin dicapai melalui suatu implementasi kebijakan harus mempunyai skala yang jelas.

d) Letak pengambilan keputusan (*Site decision making*)

Pengambilan keputusan dalam suatu kebijakan memegang peranan penting dalam pelaksanaan kebijakan, maka pada bagian ini harus dijelaskan dimana letak pengambilan keputusan dari suatu kebijakan yang akan diimplementasikan.

e) Pelaksana program (*Program implementer*)

Pada pelaksanaan suatu kebijakan atau program harus didukung oleh pelaksana kebijakan yang kompeten dan kapabel demi keberhasilan suatu kebijakan.

f) Sumber-sumber daya yang digunakan (*Resourches commited*)

Pelaksanaan suatu kebijakan juga harus didukung oleh sumber daya-sumber daya yang mendukung agar pelaksanaannya berjalan dengan baik.

2) Konteks implementasi kebijakan (*Context of policy implementation*)

a) Kekuasaan, kepentingan-kepentingan, dan strategi dari aktor yang terlibat (*power, interest, and strategy of actor involved*). Keempat unsur ini berguna untuk memperlancar suatu implementasi kebijakan, bila hal ini tidak diperhitungkan dengan matang sangat besar kemungkinan kebijakan yang hendak diimplementasikan menjadi sulit terimplementasi.

b) Karakteristik lembaga dan rezim yang berlaku (*institution and regime characteristic*). Sebab, suatu lingkungan dimana kebijakan tersebut dilaksanakan dapat berpengaruh terhadap keberhasilannya.

- c) Tingkat kepatuhan dan adanya respon dari pelaksana (*compliance and responsiveness*). Hal lain yang dirasa penting dalam proses pelaksanaan kebijakan adalah kepatuhan dan respon dari para pelaksana, maka yang hendak dijelaskan pada poin ini adalah sejauh mana kepatuhan dan respon dari pelaksana dalam menanggapi suatu kebijakan.

6. Analisis Kebijakan

Analisis kebijakan merupakan penelitian sosial terapan yang secara sistematis disusun dalam rangka mengetahui substansi dari kebijakan agar dapat diketahui secara jelas informasi mengenai masalah-masalah yang dijawab oleh kebijakan dan masalah-masalah yang mungkin timbul sebagai akibat dari penerapan kebijakan. Ruang lingkup dan metode analisis kebijakan umumnya bersifat deskriptif dan faktual mengenai sebab-sebab dan akibat-akibat suatu kebijakan (Dunn, 2000: 95-97).

Analisis kebijakan dapat dilaksanakan dengan beberapa bentuk. Menurut Dunn (Winarno, 2014: 35-37) terdapat tiga bentuk analisis kebijakan, yaitu:

1) Analisis Kebijakan Prospektif

Adalah analisis kebijakan yang mengarahkan kajiannya pada konsekuensi-konsekuensi kebijakan sebelum suatu kebijakan diterapkan. Model ini dapat disebut sebagai model prediktif.

2) Analisis Kebijakan Retrospektif

Adalah analisis kebijakan yang dilakukan terhadap akibat-akibat kebijakan setelah suatu kebijakan diimplementasikan. Model ini biasanya disebut sebagai model evaluatif.

3) Analisis Kebijakan Integratif

Adalah bentuk perpaduan antara analisis kebijakan prospektif dan analisis kebijakan retrospektif.

Bentuk analisis kebijakan prospektif memiliki kelemahan karena hanya berfokus pada analisis kebijakan yang mengarahkan perhatian pada konsekuensi kebijakan sebelum kebijakan diterapkan, begitu juga dengan bentuk analisis kebijakan retrospektif yang hanya memfokuskan kajiannya pada konsekuensi kebijakan setelah kebijakan diterapkan. Maka analisis kebijakan seharusnya menggunakan bentuk kebijakan integratif, yaitu dengan memadukan antara analisis kebijakan prospektif dan analisis kebijakan retrospektif.

Pada umumnya, analisis kebijakan memfokuskan kajiannya pada tiga hal. Ketiga fokus tersebut merupakan pijakan yang dipedomani dalam melakukan analisis kebijakan. Tiga fokus tersebut, yaitu:

- 1) Definisi masalah sosial
- 2) Implementasi kebijakan
- 3) Akibat-akibat kebijakan

Dengan memfokuskan kajian pada ketiga hal di atas, proses analisis kebijakan akan berusaha mendefinisikan secara jelas permasalahan yang akan menjadi fokus kajian untuk ditanggulangi oleh kebijakan. Setelah masalah yang menjadi fokus kajian analisis kebijakan ditentukan, analisis kebijakan bertugas menentukan kebijakan yang sesuai dengan masalah sehingga masalah dapat dipecahkan dengan baik.

Kebijakan yang telah ditetapkan dan diimplementasikan tentu menghasilkan konsekuensi dalam bentuk akibat-akibat. Akibat yang ditimbulkan

dapat berupa akibat positif dan atau akibat negatif. Untuk itulah, analisis kebijakan mengupayakan upaya prediktif dengan meramalkan akibat yang dapat ditimbulkan sebelum kebijakan diimplementasikan dan/atau sesudah kebijakan diimplementasikan.

Dengan demikian, analisis kebijakan selalu berkaitan dengan hal-hal sebelum dan sesudah kebijakan ditetapkan dan diimplementasikan. Analisis kebijakan berusaha memberikan definisi yang jelas mengenai kedudukan suatu masalah kebijakan, prediksi yang berkaitan dengan kebijakan, rekomendasi atau preskripsi yang mungkin dapat bermanfaat bagi kebijakan, deskripsi atau pemantauan terhadap kebijakan, dan evaluasi mengenai kebijakan. Semuanya berjalan sebagai proses yang runtut dan sistematis dalam rangka mendukung kebijakan yang bertujuan untuk mengatasi masalah.

B. Kebijakan Jaminan Kesehatan Daerah (Jamkesda)

Program Jamkesda (Jaminan Kesehatan Daerah) adalah salah satu program Jaminan Kesehatan Sosial yang diselenggarakan oleh Pemerintah Daerah bagi penduduk yang belum terlindungi oleh jaminan pemeliharaan kesehatan dan bertujuan meningkatkan status kesehatan masyarakat melalui pelayanan kesehatan dasar dengan menerapkan sistem pelayanan kesehatan yang bermutu dengan biaya yang terkendali.

Undang-Undang Dasar 1945 mengamanatkan bahwa “Negara wajib melayani setiap warga negara dan penduduk untuk memenuhi kebutuhan dasarnya dalam rangka meningkatkan kesejahteraan masyarakat”. Dalam Undang-Undang Dasar 1945 Pasal 28 H ayat (1): “Setiap orang berhak hidup sejahtera lahir dan

batin, bertempat tinggal, dan mendapatkan lingkungan hidup yang baik dan sehat serta berhak memperoleh pelayanan kesehatan” dan Pasal 34 ayat (1): “Fakir miskin dan anak-anak yang terlantar dipelihara oleh negara”, dan ayat (3): “Negara bertanggung jawab atas penyediaan fasilitas pelayanan kesehatan dan fasilitas pelayanan umum yang layak”.

Undang-Undang Nomor 32 Tahun 2004 tentang “Pemerintah Daerah” memberikan kesempatan bagi Pemerintah Daerah untuk mengembangkan program Jaminan Sosial termasuk Jaminan Kesehatan. Putusan Mahkamah Konstitusi Nomor 007/PUU-III/2005 yang mengizinkan Pemerintah Daerah membentuk lembaga yang mengkhususkan diri dalam mengelola program Jaminan Kesehatan di wilayah masing-masing juga menjadi salah satu pendorong.

Pelaksanaan Jaminan Kesehatan Daerah (Jakesda) di Kabupaten Bintan selama ini dilakukan dengan memberikan pelayanan kesehatan bagi penduduk Bintan yang tergolong miskin dan kurang mampu dengan menunjukkan Surat Keterangan Tidak Mampu (SKTM) yang diterbitkan oleh kepala desa/lurah dan dilegalisir oleh kecamatan, selanjutnya menunjukkan SKTM di puskesmas dan apabila memerlukan pengobatan rujukan maka puskesmas akan memberikan surat rujukan ke Rumah Sakit yang ada di Pulau Bintan, selanjutnya apabila diperlukan rujukan ke tingkat yang lebih tinggi / keluar daerah, maka rumah sakit akan merujuk ke rumah sakit yang berada di luar Pulau Bintan dengan membawa surat jaminan yang diterbitkan oleh Dinas Kesehatan Bintan. Rumah Sakit yang menjadi rujukan adalah yang telah melakukan kerjasama dengan Pemerintah Kabupaten Bintan, antara lain untuk di dalam Pulau Bintan adalah 1). RSUD Tanjungpinang, 2). RSAL Tanjungpinang, 3). RSUD Provinsi Kepri Batu 8

Tanjungpinang dan 4). RSUD Provinsi Kepri di Busung Bintang, untuk rujukan lanjutan ke luar Pulau Bintang, Pemerintah Kabupaten Bintang telah melakukan kerjasama dengan 1). RSUD Embung Fatimah Batam, 2). RSOB Batam, 3). RSJ Tampan Pekanbaru, 4). RS Singkawang Kalbar, 5). RSCM Jakarta, 6). RS Dharmais Jakarta, 7) RS Harkit Jakarta, dan 8). RSI Jakarta. Selanjutnya setelah pemberi pelayanan kesehatan selesai memberikan pengobatan, maka pihak pemberi pelayanan kesehatan mengajukan biaya tagihan pelayanan yang telah diberikan kepada pasien maka setiap bulannya yang ditujukan ke Dinas Kesehatan Kabupaten Bintang, dengan berdasarkan tarif diutamakan tarif INA CBGs yang dipakai sebagai standar tarif pelayanan peserta JKN.

Selama ini yang dirasakan oleh Pemkab adalah belum adanya sistem kendali mutu dan kendali biaya yang khusus bertugas untuk melakukan verifikasi klem pembiayaan yang diajukan, dan belum adanya verifikasi pasien dengan menggunakan SKTM mengingat seluruh penduduk pra-sejahtera yang ada di Bintang berdasarkan data dari Pemuktahiran Basis Data Terpadu Tim Nasional Percepatan Penanggulangan Kemiskinan (BDT TNP2K) tahun 2015 seluruhnya telah menjadi peserta JKN melalui Penerima Bantuan Iuran (PBI) oleh Pusat, sehingga besaran klem tidak dapat dikontrol dengan baik, hal ini juga dirasa kurang baik mengingat pembiayaan yang belum pasti setiap tahunnya.

Pemerintah Kabupaten Bintang pada akhir tahun 2016 telah menerbitkan Peraturan Bupati Bintang Nomor 35 Tahun 2016 tentang “Pelayanan Kesehatan Gratis di Puskesmas dan Rawat Inap Kelas III di RSUD Kabupaten Bintang”. Pelayanan kesehatan gratis ini ditujukan bagi seluruh penduduk Kabupaten Bintang, dimana selanjutnya bagi masyarakat miskin dan kurang mampu yang

belum terlindungi oleh Jaminan Kesehatan maka akan didaftarkan oleh Pemerintah Daerah menjadi peserta JKN dengan iuran tiap bulannya dibayarkan Pemerintah Daerah Bintan ke Badan Pengelola Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan sebagai Peserta Penerima Bantuan Iuran (PBI) Pemda Bintan. Hal ini diharapkan pada tahun 2019 seluruh penduduk Bintan terlindungi oleh Jaminan Kesehatan dan Kabupaten Bintan dapat mencapai *Universal Health Coverage* (UHC).

Pada tahun 2016 Pemerintah Kabupaten Bintan telah mengalokasikan sebesar 5.000 jiwa bagi penduduk miskin dan kurang mampu yang akan dimasukkan menjadi kepesertaan JKN dengan premi bulanan dibayarkan melalui APBD Bintan menjadi kepesertaan JKN PBI APBD, di tahun 2017 kepesertaan ditambah menjadi 12.000 jiwa.

C. Kebijakan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN)

Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) merupakan bagian dari Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) yang diselenggarakan dengan menggunakan mekanisme Asuransi Kesehatan Sosial yang bersifat wajib (*mandatory*) bagi seluruh rakyat Indonesia, maupun untuk warga negara asing yang bekerja paling singkat 6 (enam) bulan di Indonesia yang pengaturannya berdasarkan Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang “Sistem Jaminan Sosial Nasional” dengan tujuan untuk memenuhi kebutuhan dasar kesehatan masyarakat yang layak yang diberikan kepada setiap orang yang telah membayar iuran atau iurannya dibayar oleh pemerintah.

Berikut beberapa dasar hukum yang melatarbelakangi terbentuknya JKN, yaitu:

- 1) Deklarasi Hak Asasi Manusia (HAM) atau *Universal Independent of Human Right*, dicetuskan pada tanggal 10 Desember 1948 yang terdiri dari 30 pasal. Pasal 25 ayat (1) menyebutkan bahwa “Setiap orang berhak atas tingkat hidup yang memadai untuk kesehatan dan kesejahteraan dirinya dan keluarganya, termasuk hak atas pangan, pakaian, perumahan dan perawatan kesehatan serta pelayanan sosial yang diperlukan, dan berhak atas jaminan pada saat menganggur, menderita sakit, cacat, menjadi janda/duda, mencapai usia lanjut atau keadaan lainnya yang mengakibatkan kekurangan nafkah, yang berada di luar kekuasaannya”.
- 2) Resolusi WHA ke-58 Tahun 2005 di Jenewa: “Setiap negara perlu mengembangkan UHC melalui mekanisme Asuransi Kesehatan Sosial untuk menjamin pembiayaan kesehatan yang berkelanjutan”.
- 3) Pencapaian *Universal Health Coverage* (UHC) melalui mekanisme asuransi sosial agar pembiayaan kesehatan dapat dikendalikan sehingga keterjaminan pembiayaan kesehatan menjadi pasti dan terus menerus tersedia yang pada gilirannya Keadilan sosial bagi seluruh rakyat Indonesia (sesuai Sila ke-5 Panca Sila) dapat terwujud.
- 4) Undang-Undang Dasar 1945 Pasal 28 H disebutkan: (1) Setiap orang berhak hidup sejahtera lahir dan batin, bertempat tinggal, dan mendapatkan lingkungan hidup yang baik dan sehat serta berhak memperoleh pelayanan kesehatan. (2) Setiap orang berhak mendapat kemudahan dan perlakuan khusus untuk memperoleh kesempatan dan manfaat yang sama guna mencapai persamaan dan keadilan. (3) Setiap orang berhak atas jaminan sosial yang memungkinkan pengembangan dirinya secara utuh sebagai manusia yang bermartabat.

- 5) Selanjutnya pada Pasal 34 ayat (1), (2), (3) UUD 1945 disebutkan: (1) Fakir miskin dan anak-anak yang terlantar dipelihara oleh negara. (2) Negara mengembangkan sistem jaminan sosial bagi seluruh rakyat dan memberdayakan masyarakat yang lemah dan tidak mampu sesuai dengan martabat kemanusiaan. (3) Negara bertanggung jawab atas penyediaan fasilitas pelayanan kesehatan dan fasilitas pelayanan umum yang layak.

Kementerian Kesehatan, Kementerian PPN/Bappenas dan Kementerian/Lembaga lainnya telah berhasil menyusun Peta Jalan Jaminan Kesehatan Nasional 2012 – 2019 yang merupakan integrasi perencanaan Program Pembangunan Nasional untuk mencapai kepesertaan menyeluruh program Jaminan Kesehatan (*Universal Health Coverage*).

Peta jalan Jaminan Kesehatan Nasional 2012 – 2019 ini merupakan wujud komitmen pemerintah untuk mengimplementasikan program Jaminan Kesehatan sebagaimana yang diamanatkan dalam Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang “Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN)”. Peta jalan Jaminan Kesehatan Nasional ini berisi penjabaran program dan kegiatan dari Kementerian/Lembaga di tingkat Pusat, Propinsi dan Kabupaten/Kota untuk secara sinergis menyelenggarakan program Jaminan Kesehatan bagi warga masyarakatnya.

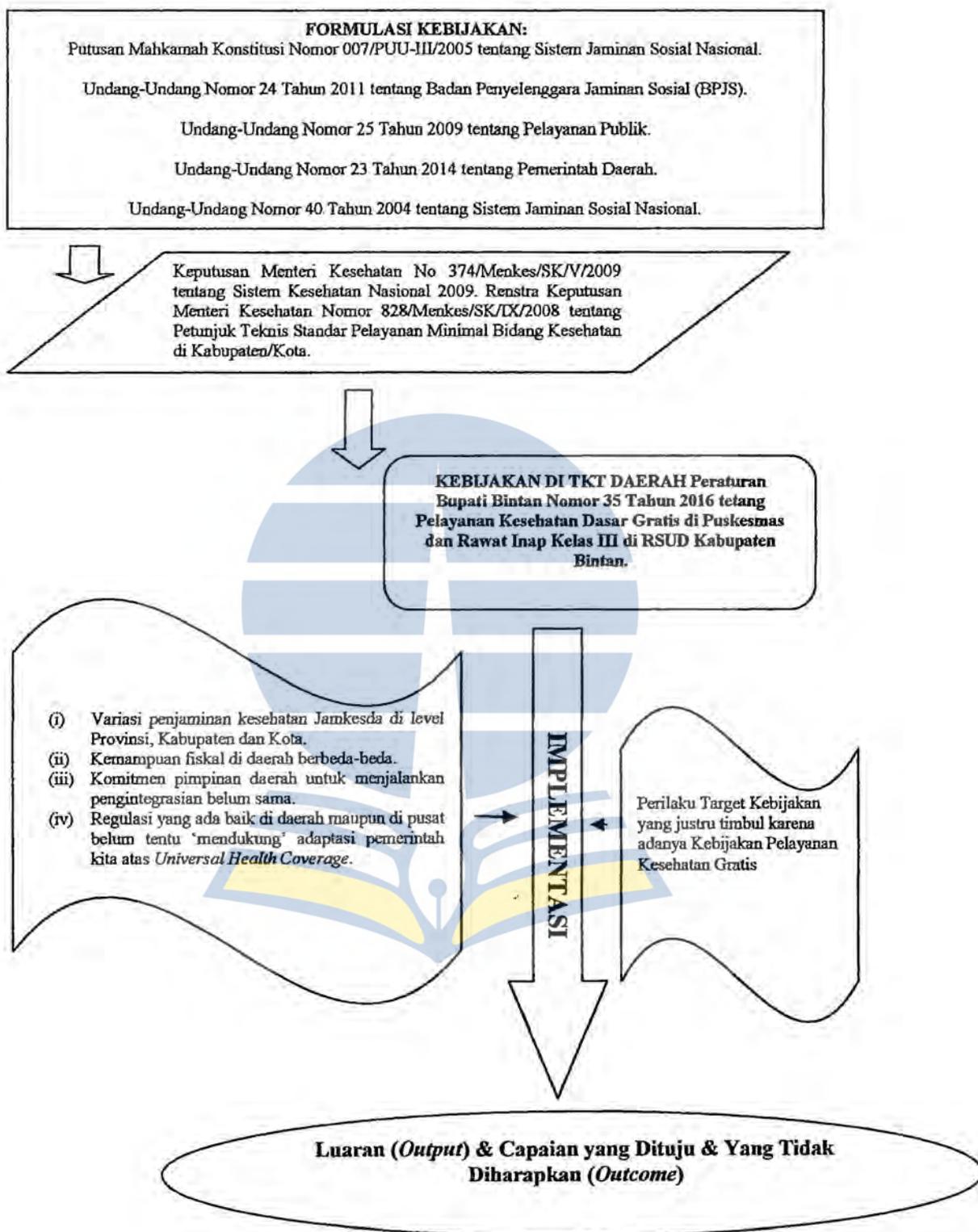
Dalam peta jalan Jaminan Kesehatan Nasional, tahapan pencapaian kepesertaan 2014 – 2019 salah satunya melalui pengintegrasian Jamkesda ke BPJS Kesehatan dengan iuran yang ditetapkan dalam Peraturan Presiden, dimana diharapkan pencapaian *universal coverage* Jaminan Kesehatan ditargetkan dapat tercapai pada akhir tahun 2019 dimana seluruh penduduk Indonesia yang pada

Dengan telah dicanangkannya UHC oleh WHO, UU Nomor 40 Tahun 2004 tentang SJSN, dilanjutkan dengan Putusan MA, UU 25 Tahun 2009 tentang Pelayanan Publik, UU Nomor 24 Tahun 2011 tentang BPJS dan UU Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah, selanjutnya Kemenkes menetapkan Peraturan tentang SPM (Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan) dan Restra Kementerian Kesehatan 2015-2019 tentang pencapaian UHC tahun 2019.

Selanjutnya kebijakan yang telah ditetapkan oleh pemerintah dimana pada tahun 2019 Indonesia diharapkan telah mampu berpredikat menjadi negara yang telah mencapai *Universal Health Coverage (UHC)*/Perlindungan Semesta, dimana seluruh penduduk Indonesia telah terdaftar menjadi peserta JKN yang dikelola oleh Badan Pengelola Jaminan Sosial Bidang Kesehatan.

Adapun untuk pencapaian UHC di Kabupaten Bintan, maka Bupati Bintan mengeluarkan sebuah kebijakan berupa Peraturan Bupati Nomor 35 Tahun 2016 tentang Pelayanan Kesehatan Dasar Gratis di Puskesmas dan Rawat Inap Kelas III di RSUD Bintan, dimana Pemerintah Kabupaten Bintan juga membantu dengan mengalokasikan anggaran untuk menanggung pembayaran premi bagi penduduk miskin dan kurang mampu yang belum tercover oleh JKN menjadi kepesertaan JKN PBI (Penerima Bantuan Iuran) APBD Bintan yang pada tahun 2017 dianggarkan untuk 12.000 jiwa, dengan harapan seluruh penduduk Bintan di tahun 2019 seluruhnya telah menjadi peserta JKN.

Penelitian ini akan melihat bagaimana implementasi kebijakan yang diambil oleh Pemkab Bintan, dimana saat implementasi akan menghadapi beberapa hal yang mempengaruhi tujuan yang akan dicapai, selanjutnya penelitian akan melihat hasil yang dicapai dengan data-data kepesertaan JKN Bintan.



Gambar 2.1
Kerangka Pikir Penelitian

Dari kerangka pikir diatas tersebut, peneliti dapat melihat bahwa penelitian yang dijalankan ini dapat dihasilkan melalui evaluasi Implementasi Kebijakan Pemerintah Bintan berupa Peraturan Bupati Nomor 35 Tahun 2016 tentang “Pelayanan Kesehatan Gratis di Puskesmas dan Rawat Inap Kelas III RSUD Bintan” dalam upaya mengintegrasikan Jaminan Kesehatan Daerah (Jamkesda) ke dalam Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) untuk mencapai *Universal Health Coverge* (UHC) di Kabupaten Bintan pada tahun 2019.



BAB III

METODE PENELITIAN

A. Pendekatan Penelitian

Pendekatan penelitian dalam rangka implementasi kebijakan Jaminan Kesehatan Semesta atau *Universal Health Coverage* yang tertuang dalam Peraturan Bupati Bintan Nomor 35 Tahun 2016 ini penelitian analisis kebijakan publik yang bersifat analisis deskriptif. Analisis adalah proses pemecahan persoalan yang dimulai dengan dugaan akan kebenarannya (Kamus Besar Bahasa Indonesia, 1997:34). Pada prinsipnya, perspektif pendekatan penelitian ini merupakan analisis atas cakupan kebijakan publik, dimana penelitian ini bertujuan untuk menggambarkan secara komprehensif tentang fokus penelitian yaitu Implementasi Kebijakan Integrasi Jaminan Kesehatan Daerah (Jamkesda) ke dalam Jaminan Kesehatan Nasional (JKN), dimana dalam melaksanakannya Pemerintah Kabupaten Bintan telah mengeluarkan Peraturan Bupati Nomor 35 Tahun 2016 tentang “Pelayanan Kesehatan Gratis di Puskesmas dan Rawat Inap Kelas III RSUD Bintan”.

Penggunaan metode penelitian untuk menghasilkan jawaban terhadap masalah yang ditemukan dalam penelitian harus sesuai dengan masalah penelitian yang akan diteliti, namun setiap metode penelitian akan memiliki kekurangan-kekurangan dan kelebihan-kelebihan, maka untuk itu penggunaan metode penelitian akan digunakan metode yang dapat saling mengisi dan saling melengkapi diantara kelemahan dan kelebihan yang dimiliki.

Dalam melakukan suatu penelitian ilmiah, diperlukan suatu metode penelitian yang akan digunakan sebagai *frame* dalam suatu garis pemikiran yang tidak biasa. Terdapat beberapa jenis penelitian yang antara lain adalah ; penelitian survei, eksperimen, kualitatif, kuantitatif, kombinasi pendekatan kualitatif dan kuantitatif, *grounded*, dan analisa data sekunder (Singarimbun dan Effendi, 1987:3). Dalam mencari dan menemukan informasi yang diperlukan guna menjawab pertanyaan-pertanyaan penelitian yang berhubungan dengan penelitian ini, maka peneliti memutuskan untuk menggunakan metode penelitian deskriptif dengan pendekatan kualitatif, analisis serta wawancara mendalam secara langsung dengan responden yang telah ditentukan.

Merujuk pada pendapat yang dikemukakan oleh Bogdan dan Taylor (Moleong, 2001:3) yang menyatakan bahwa penelitian kualitatif adalah prosedur penelitian yang menghasilkan data deskriptif berupa kata-kata tertulis atau lisan dari orang-orang dan perilaku yang diamati. Adapun hasil penelitian dirancang untuk mengumpulkan informasi tentang keadaan yang sebenarnya ditunjukkan dengan memberikan gambaran atau deskripsi secara sistematis, faktual dan akurat terhadap objek yang akan diteliti. Pendapat Singarimbun (1994:4), penelitian deskriptif dimaksudkan untuk pengukuran yang cermat terhadap fenomena sosial tertentu, dimana peneliti mengembangkan dan menghimpun konsep-konsep serta mengumpulkan fakta-fakta, tetapi tidak melakukan hipotesa. Dengan menggunakan metode penelitian deskriptif kualitatif, peneliti akan menggambarkan serta menerjemahkan fakta aktual yang ada di lapangan, sehingga dengan menggunakan metode ini maka tujuan penelitian untuk mengevaluasi kebijakan Bupati Bintan Nomor 35 Tahun 2016 tentang "Pelayanan

Kesehatan Gratis di Puskesmas dan Rawat Inap Kelas III RSUD Bintan” dalam upaya mengintegrasikan Jaminan Kesehatan Daerah ke dalam Jaminan Kesehatan Nasional.

B. Metode Pengumpulan Data

Sebagai penelitian komprehensif yang bersifat deskriptif analisis, penelitian ini mengandalkan data dari para partisipan penelitian. Partisipan tidak saja sebagai informan, namun dalam penelitian kebijakan juga berperan sebagai nara-sumber yang tidak saja memiliki informasi-informasi tetapi juga mempunyai pengetahuan kontekstual tentang seluk-beluk kebijakan dan penerapan kebijakan pemerintah. kunci (*key informan*) yang dibutuhkan di wilayah penelitian. Selanjutnya, dalam pengumpulan data/informasi, peneliti menggunakan teknik “*snowball*” dimana penentuan subyek maupun informan penelitian berkembang dan bergulir mengikuti informasi atau data yang diperlukan dari informan yang diwawancarai sebelumnya. Maka dari itu, spesifikasi dari informan penelitian tidak dijelaskan secara rinci, tetapi berkembang sesuai dengan data yang didapat untuk dianalisis selanjutnya.

Adapun yang menjadi *key informan* dalam penelitian ini adalah aktor-aktor yang berperan dalam pembuatan dan pelaksanaan kebijakan Peraturan Bupati Bintan Nomor 35 Tahun 2016 tentang “Pelayanan Kesehatan Dasar Gratis di Puskesmas dan Rawat Inap Kelas III RSUD Bintan”. Adapun responden-responden tersebut adalah :

- 1) Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Bintan.
- 2) Direktur RSUD Bintan.

- 3) Kepala Bidang Pelayanan Kesehatan Kabupaten Bintan.
- 4) Kepala Seksi Jaminan Pelayanan Kesehatan Masyarakat Kabupaten Bintan.
- 5) Kepala UPTD Puskesmas se-Kabupaten Bintan.
- 6) Kepala Cabang Pembantu BPJS Kabupaten Bintan.
- 7) Peserta Mandiri BPJS Kabupaten Bintan.
- 8) Peserta PBI BPJS Kabupaten Bintan.

Untuk mengetahui secara rinci dan menyeluruh tentang kebijakan peraturan Bupati Nomor 35 Tahun 2016 tentang “Pelayanan Kesehatan Gratis di Puskesmas dan Rawat Inap Kelas III RSUD Bintan”, subjek informan lainnya diluar dari informan yang telah ditentukan, didasarkan pada kebutuhan saat pengumpulan data di lapangan, kebutuhan yang seperti dimaksudkan adalah saat pengumpulan data dilakukan secara lebih mendalam dan ternyata hanya subjek penelitian tertentu yang dapat memberikan datanya, karena pada penelitian yang dilakukan ini ingin menggali informasi/data sebanyak-banyaknya dan sedalam-dalamnya.

C. Fokus Penelitian

Penelitian ini mempunyai fokus untuk mengevaluasi kebijakan Pemerintah Kabupaten Bintan dalam mengintegrasikan Jaminan Kesehatan Daerah ke dalam Jaminan Kesehatan Nasional dalam upaya mencapai *Universal Health Coverage* Tahun 2019.

1. Lokasi Penelitian

Penelitian ini dilaksanakan sejumlah Pusat Kesehatan masyarakat di Kabupaten Bintan.

2. Fenomena yang diamati

Dalam melakukan penelitian ini, peneliti langsung mengamati variabel-variabel yang berkaitan dengan isi dari Peraturan Bupati Bintan Nomor 35 Tahun 2016 tentang “Pelayanan Kesehatan Gratis di Puskesmas dan Rawat Inap Kelas III RSUD Bintan”. Dari implementasi Peraturan Bupati Nomor 35 Tahun 2016 tentang “Pelayanan Kesehatan Gratis di Puskesmas dan Rawat Inap Kelas III RSUD Bintan” menimbulkan pemikiran yang pro dan kontra di kalangan masyarakat, untuk itu peneliti ingin mengetahui dan melakukan penelitian tentang evaluasi implementasi kebijakan Peraturan Bupati Nomor 35 Tahun 2016 tentang “Pelayanan Kesehatan Gratis di Puskesmas dan Rawat Inap Kelas III RSUD Bintan” yang mencakupi fenomena dengan merujuk pada teori yang dikemukakan oleh Bridgman dan Davis, Crossfield dan Byner serta Badjuri dan Yuwono, yakni:

- 1) *Input* (masukan)
- 2) *Proses* (proses)
- 3) *Output* (hasil) dan
- 4) *Outcome* (dampak)

Adapun fenomena yang akan diamati dengan konsep yang diberikan adalah:

- 1) *Input*, yaitu dengan mengamati gejala dari :

- a) Sumber daya pendukung dan bahan-bahan yang diperlukan dalam melaksanakan kebijakan peraturan Bupati Nomor 35 Tahun 2016 tentang “Pelayanan Kesehatan Gratis di Puskesmas dan Rawat Inap Kelas III RSUD Bintang”.
 - b) Sumber daya yakni sumber daya manusia, dana maupun infrastruktur lainnya yang diperlukan.
- 2) *Proses* (proces), yang diamati dari gejala :
- a) Kebijakan ditransformasikan dalam bentuk pelayanan kepada masyarakat.
 - b) Efektivitas dan efisien dalam pelaksanaan Peraturan Bupati Nomor 35 Tahun 2016 tentang “Pelayanan Kesehatan Gratis di Puskesmas dan Rawat Inap Kelas III RSUD Bintang”.
- 3) *Hasil* (output), diamati dari gejala :
- a) Hasil atau produk yang dihasilkan sebuah kebijakan Peraturan Bupati Nomor 35 Tahun 2016 tentang “Pelayanan Kesehatan Gratis di Puskesmas dan Rawat Inap Kelas III RSUD Bintang”.
 - b) Berapa jumlah orang yang berhasil mengikuti kebijakan Peraturan Bupati Nomor 35 Tahun 2016 tentang “Pelayanan Kesehatan Gratis di Puskesmas dan Rawat Inap Kelas III RSUD Bintang”.
- 4) *Dampak* (outcome), diamati dari gejala :
- a) Dampak yang diterima oleh masyarakat luas atau pihak yang terkena kebijakan peraturan Bupati Nomor 35 Tahun 2016 tentang “Pelayanan Kesehatan Gratis di Puskesmas dan Rawat Inap Kelas III RSUD Bintang”.

- b) Dampak positif dan negatif dari kebijakan Peraturan Bupati Nomor 35 Tahun 2016 tentang “Pelayanan Kesehatan Gratis di Puskesmas dan Rawat Inap Kelas III RSUD Bintan”.

D. Instrumen Penelitian

Dalam menerapkan metode penelitian kualitatif untuk penelitian ini dapat memberikan keterkaitan yang sangat besar antara penelitian yang dijalankan dengan peneliti itu sendiri. Hal ini disebabkan oleh peran peneliti sebagai perencana, pelaksana, pengumpul, penganalisa, penafsir data dan pada akhirnya melapor hasil penelitiannya, seperti apa yang dikemukakan oleh Moleong (1996:121). Peneliti berperan dalam mengungkap fenomena yang ada di lapangan yang sebelumnya tidak dirumuskan dalam pedoman wawancara dan observasi, dengan demikian instrumen yang digunakan sebagai alat bantu dalam penelitian ini adalah :

- 1) *Interview Guide*, yaitu dengan menggunakan pertanyaan terbuka untuk melakukan wawancara secara mendalam dan menggunakan alat bantu berupa *tape recorder* serta kamera foto.
- 2) Dokumentasi, yaitu pengambilan data melalui pengumpulan dokumen-dokumen yang diperlukan dalam menjalankan penelitian ini sesuai dengan data-data yang dibutuhkan.

Data adalah bahan keterangan tentang sesuatu objek penelitian yang pada dasarnya lebih menekankan pada aspek materi, menurut pendapat yang dikemukakan oleh Bungin (2001:123) data adalah segala sesuatu yang hanya

berhubungan dengan keterangan tentang suatu fakta yang ditemui oleh peneliti di daerah penelitian.

Metode yang digunakan dalam mengumpulkan data penelitian ini meliputi: observasi/pengamatan, dokumentasi, dan wawancara.

1) Observasi

Dalam sebuah penelitian kualitatif, peranan metode pengamatan sangat penting dikarenakan dengannya memungkinkan peneliti mendapatkan informasi yang lengkap sesuai dengan apa yang dibutuhkan. Fenomena merupakan hal yang selalu berhubungan dengan penelitian kualitatif, sehingga kehadiran peneliti sangat diperlukan dalam rangka mengetahui langsung fenomena dan kondisi di lapangan. Menurut pendapat Denim (2002:121) bahwa hubungan kerja di lapangan antara peneliti dan subjek penelitian merupakan suatu keharusan dalam pengumpulan data pada penelitian kualitatif.

Dalam penelitian kualitatif, observasi merupakan tehnik pengumpulan data yang paling lazim dipergunakan, untuk memperoleh informasi tentang perilaku manusia seperti yang terjadi dalam kenyataan, maka observasi perlu dilakukan. Melalui observasi, gambaran dan keterangan yang lebih jelas dapat kita peroleh dan banyak hal yang juga akan diperoleh tentang banyak masalah objek penelitian. Sebagai alat pengumpul data, observasi harus dilakukan secara sistematis, dalam arti observasi juga pencatatannya dilakukan menurut prosedur dan aturan-aturan tertentu sehingga dapat diulangi kembali oleh peneliti lain, dan selain itu juga hasil observasi harus memberi kemungkinan untuk menafsirkannya secara ilmiah (Nasution, 2002:107).

Mengungkapkan data-data kualitatif dalam bentuk kalimat serta uraian sebagai suatu ciri khasnya adalah dengan menjelaskan kasus-kasus tertentu serta tidak bertujuan untuk digeneralisasikan. Menurut Bungin (2001:128), data kualitatif disebut sebagai data primer karena data yang diambil dari sumber pertama subjek penelitian di lapangan.

2) Wawancara

Menurut Nasution (2002:113) wawancara/*interview* adalah suatu bentuk komunikasi verbal yang bertujuan memperoleh informasi, dan menurut pendapat Mulyana (2002:180) mengatakan bahwa “wawancara merupakan bentuk komunikasi antara dua orang, melibatkan seseorang yang ingin memperoleh informasi dari seorang lainnya dengan mengajukan pertanyaan-pertanyaan berdasarkan tujuan tertentu”.

Dalam penelitian ini, tehnik wawancara yang digunakan adalah wawancara terstruktur dan wawancara tidak terstruktur. Pada wawancara terstruktur, peneliti (pewawancara) telah menetapkan sendiri pertanyaan-pertanyaan dan masalah-masalah yang akan diajukan kepada responden (yang diajak wawancara), hal ini ditempuh karena sejumlah informan yang representatif ditanyai dengan sejumlah pertanyaan yang sama, sehingga diketahui informasi dan data yang penting (Moleong, 2001). Sedangkan menurut Mulyana (2002:181) metode wawancara tak berstruktur atau terbuka bersifat luwes, susunan kata-kata dalam setiap pertanyaan dapat diubah pada saat wawancara, hal ini disesuaikan dengan apa yang dibutuhkan dan disesuaikan dengan kondisi saat wawancara.

Menurut pendapat dai Nasution (2002:119) mengatakan bahwa “wawancara terbuka memungkinkan informan spontan dapat mengeluarkan segala sesuatu yang ingin dikemukakannya”, dengan demikian pewawancara akan memperoleh gambaran yang lebih luas dan mendalam tentang masalah yang diajukan, hal ini dikarenakan setiap informan bebas meninjau berbagai aspek menurut pendirian dan pikiran masing-masing sehingga dengan demikian dapat dipergunakan untuk memperkaya pandangan peneliti.

Dalam penelitian ini, maka dipilihnya metode wawancara dimaksudkan untuk ;

- (1) Memperoleh keterangan yang sedalam-dalamnya (a) bagaimana pelaksanaan pelayanan kesehatan gratis di Puskesmas dan Rawat Inap Kelas III di RSUD Bintan; (b) bagaimana teknik pelaksanaannya; (c) seberapa besarkan pengaruh terhadap penggunaan obat dan Bahan Medis Habis Pakai.
- (2) Peneliti dapat memperoleh informasi dan data dengan cepat dan langsung dari informan.
- (3) Peneliti dapat memperoleh jawaban yang valid berdasarkan mimik dan emosi informan sat memberikan informasi atau pendapat.
- (4) Peneliti akan memperoleh jawaban yang akurat, karena apabila terdapat salah penefsiran dari informan, maka peneliti dapat langsung memperbaiki atau meluruskan pertanyaan dimaksud oleh peneliti.

Hasil dari penelitian kualitatif merupakan data material mentah yang akan dikumpulkan oleh peneliti dalam bentuk catatan atau rekaman dari bidng yang diteliti, selanjutnya data tersebut berakumulasi menjadi sesuatu yang bermakna

dan sekaligus sebagai basis merekonstruksi dasar analisis atas data itu (Danim, 2002:162).

E. Teknik Analisis Data

Dalam melakukan analisis terhadap data yang telah dikumpulkan serta untuk memberikan pemaknaan terhadap fenomena dan data yang diperoleh dan dikumpulkan dalam menjalankan penelitian ini, maka dilakukanlah analisis dengan pendekatan kualitatif dengan eksplanasi bersifat deskriptif. Seperti yang dikatakan oleh Arikunto (1998:194), “penelitian yang menjawab problematika serta ingin mengetahui status dan mendeskripsikan fenomena, lebih tepat digunakan teknik analisis deskriptif kualitatif”.

Dalam melaksanakan penelitian ini, maka dipilihnya teknik analisis deskriptif kualitatif karena permasalahan atau sasaran penelitian adalah kebijakan peraturan Bupati Nomor 35 Tahun 2016 tentang “Pelayanan Kesehatan Gratis di Puskesmas dan Rawat Inap Kelas III RSUD Bintang”. Penelitian akan melibatkan pencarian data dari puskesmas-puskesmas yang ada di wilayah Bintang yang melaksanakan kebijakan ini melalui kepala puskesmas, kepala Instalasi Farmasi Kabupaten, Kepala Bidang Pelayanan Kesehatan, Kepala Seksi Jaminan Pelayanan Kesehatan Masyarakat serta Kepala Bagian Hukum Setda Bintang. Langkah yang ditempuh dengan mengorganisir data berupa gambar, foto, dokumen berupa laporan, biografi, artikel atau buku-buku pedoman dan sebagainya (Moleong, 2001:103). Data lainnya juga diperoleh dari internet atau surat kabar berkaitan dengan masalah yang ingin diteliti. Tahap selanjutnya data dan informasi yang telah diperoleh dan dikumpul dianalisis dengan model siklus

interaktif sebagaimana dikemukakan oleh Miles dan Huberman (1992). Proses ini dilakukan selama proses penelitian dijalankan melalui serangkaian proses, pengumpulan, reduksi, penyajian dan verifikasi data.

Reduksi data dimaksudkan sebagai langkah atau proses mengurangi atau membuang data yang tidak perlu, penyederhanaan, memfokuskan, atau menyeleksi untuk menajamkan data yang diperoleh. Penyajian data dimaksudkan sebagai proses analisis untuk merakit temuan data di lapangan dalam bentuk matriks, tabel, atau paparan-paparan deskriptif dalam satuan satuan kategori bahasan dari yang umum menuju yang khusus, dalam istilah Spradly (1980) disebut dengan analisis domain, taksonomik, dan komponensial.

Akhirnya berdasarkan sajian data tersebut, peneliti melakukan penarikan kesimpulan atau verifikasi, setelah terlebih dahulu melihat hubungan satu dengan yang lain dalam kesatuan bahasan. Selanjutnya peneliti melakukan interpretasi dan memberi makna terhadap fenomena/gejala yang ditemukan. Proses verifikasi ini ditempuh dengan tujuan untuk lebih memperkaya dan mengabsahkan hasil interpretasi yang dilakukan.

BAB IV

HASIL DAN PEMBAHASAN

A. Deskripsi Objek Penelitian

1. Gambaran Umum Objek Penelitian

Secara geografis, wilayah Kabupaten Bintan terletak antara $0^{\circ}00'$ Lintang Utara $1^{\circ}20'$ Lintang Selatan $104^{\circ}00'$ Bujur Timur $108^{\circ}30'$ Bujur Timur. Secara keseluruhan luas wilayah Kabupaten Bintan adalah $87.411,92 \text{ km}^2$ terdiri atas wilayah daratan seluas $1.319,51 \text{ km}^2$ (1,50 %) dan wilayah laut seluas $86.092,41 \text{ km}^2$ (98,50 %). Pada Tahun 2007 Pemerintah Kabupaten Bintan telah memekarkan beberapa wilayahnya melalui Peraturan Daerah Nomor 11 Tahun 2007 tentang “Pembentukan Kelurahan Toapaya Asri di Kecamatan Gunung Kijang, Desa Dendun, Desa Air Glubi di Kecamatan Bintan Timur, Kelurahan Tanjung Permai, Kelurahan Tanjung Uban Timur di Kecamatan Bintan Utara, Kelurahan Tembeling Tanjung di Kecamatan Bintan Teluk Bintan, Desa Kukup dan Desa Pengikik di Kecamatan Tambelan dan Kelurahan Kota Baru di Kecamatan Teluk Sebong”.

Selain itu juga dilakukan pemekaran kecamatan melalui Peraturan Daerah Nomor 12 Tahun 2007 tentang “Pembentukan Kecamatan Toapaya, Kecamatan Mantang, Kecamatan Bintan Pesisir dan Kecamatan Seri Kuala Lobam”. Dengan terjadinya pemekaran wilayah, maka jumlah Kecamatan yang terdapat di wilayah Kabupaten Bintan bertambah dari 6 (enam) Kecamatan menjadi 10 (sepuluh)

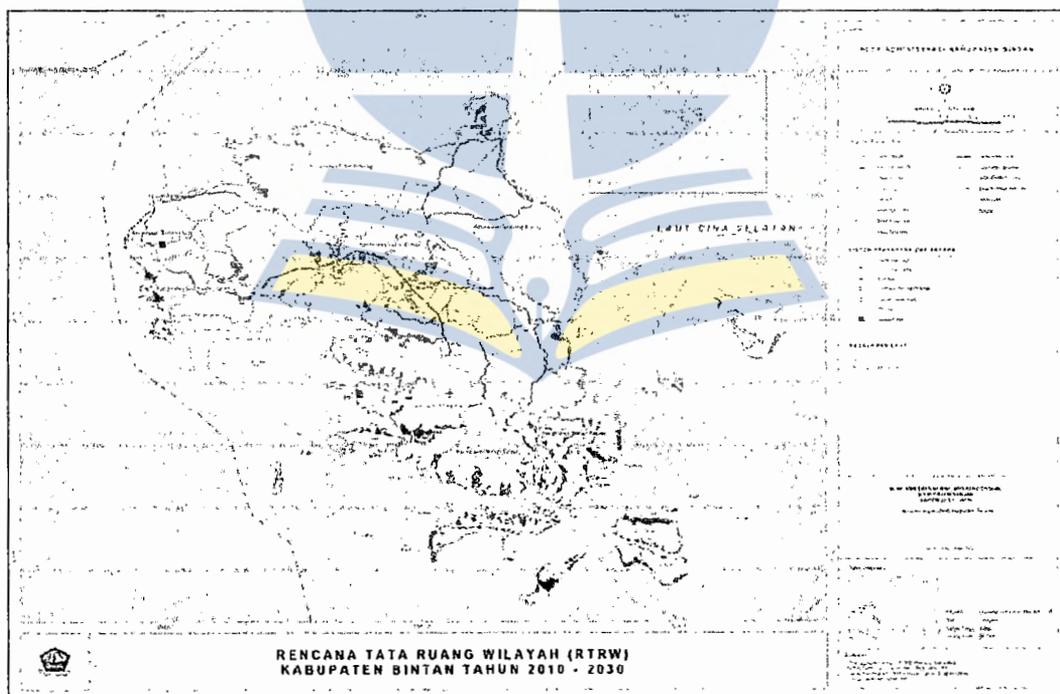
Kecamatan, yaitu Kecamatan Teluk Bintan, Kecamatan Sri Kuala Lobam, Kecamatan Bintan Utara, Kecamatan Teluk Sebong, Kecamatan Bintan Timur, Kecamatan Bintan Pesisir, Kecamatan Mantang, Kecamatan Gunung Kijang, Kecamatan Toapaya, dan Kecamatan Tambelan.

Kabupaten Bintan memiliki 240 buah pulau besar dan kecil. Hanya 49 buah di antaranya yang sudah dihuni, sedangkan sisanya walaupun belum berpenghuni namun sudah dimanfaatkan untuk kegiatan pertanian, khususnya usaha perkebunan. Dilihat dari topografinya, pulau-pulau di Kabupaten Bintan sangat bervariasi. Umumnya dibentuk oleh perbukitan rendah membundar yang dikelilingi oleh daerah rawa-rawa. Wilayah Kabupaten Bintan merupakan bagian paparan kontinental yang dikenal dengan nama Paparan Sunda, dengan batas wilayah sebagai berikut:

- Sebelah Utara : Kabupaten Natuna, Anambas dan Malaysia
- Sebelah Selatan : Kabupaten Lingga
- Sebelah Barat : Kota Batam dan Kota Tanjungpinang
- Sebelah Timur : Provinsi Kalimantan Barat

Secara morfologi, Pulau Bintan memiliki perbedaan ketinggian yang tidak ekstrim, yaitu antara 0-350 meter dari permukaan laut. Puncak tertinggi berada di Gunung Bintan 348 meter, dan selanjutnya Gunung Bintan Kecil 196 meter. Bukit-bukit lainnya merupakan bukit-bukit dengan ketinggian di bawah 100 meter. Bukit-bukit tersebut merupakan daerah hulu-hulu sungai yang sebagian besar mengalir ke arah Utara dan Selatan dengan pola subparalel, sedangkan pola anak-anak sungainya berpola subradial. Sungai-sungai itu umumnya pendek-pendek, dangkal dan tidak lebar.

Kabupaten Bintan pada umumnya memiliki topografi yang bervariasi dan bergelombang dengan kemiringan lereng berkisar dari 0 - 3 % hingga di atas 40 % pada wilayah pegunungan. Ketinggian wilayah pada pulau-pulau yang terdapat di Kabupaten Bintan berkisar antara 0 - 50 meter di atas permukaan laut hingga mencapai ketinggian 400-an meter di atas permukaan laut. Secara keseluruhan, kemiringan lereng di Kabupaten Bintan relatif datar, umumnya didominasi oleh kemiringan lereng yang berkisar antara 0 % - 15 % dengan luas mencapai 55,98 % (untuk wilayah dengan kemiringan 0 - 3 % mencapai 37,83 % dan wilayah dengan kemiringan 3 % - 15 % mencapai 18,15 %). Sedangkan luas wilayah dengan kemiringan 15 % - 40 % mencapai 36,09 % dan wilayah dengan kemiringan >40 % mencapai 7,92 %.



Gambar 4.1

Peta Administratif Kabupaten Bintan

Sumber: Rencana Tata Ruang Wilayah Kabupaten Bintan, tahun 2011-2031

Berdasarkan Badan Pusat Statistik Penduduk (BPS), penduduk Kabupaten Bintan tahun 2015 berjumlah 153.020 jiwa yang terdiri dari 39.079 rumah tangga dengan Laju Pertumbuhan Penduduk (LPP) sebesar 1,26 %. Jumlah penduduk laki-laki sebesar 78.824 jiwa (51,51 %) dan penduduk perempuan sebesar 74.196 jiwa (48,49 %). Perbandingan antara jumlah penduduk laki-laki dengan perempuan (*sex ratio*) sebesar 106,24. Artinya setiap 100 perempuan berbanding dengan 106 penduduk laki-laki, jumlah penduduk laki-laki 3,02 % lebih banyak dibandingkan jumlah penduduk perempuan. Persentase ini tidak mengalami peningkatan yang signifikan dari tahun sebelumnya. Kecamatan yang terpadat penduduknya masih tercatat Kecamatan Bintan Timur dengan jumlah penduduk tertinggi 41.607 jiwa (27,19 %), sedangkan yang terendah adalah di Kecamatan Mantang yakni sebanyak 4.168 jiwa (2,75 %).

Tingkat kemiskinan di Kabupaten Bintan pada tahun 2010 mencapai 10.545 jiwa (7,34 %). Namun tahun 2014 tingkat kemiskinan mengalami penurunan menjadi sebanyak 9.600 jiwa (6,32 %) (LKPJ AMJ Kabupaten Bintan). Jumlah penduduk miskin berdasarkan BPS dapat dilihat pada tabel di bawah ini.

Tabel 4.1
Proporsi Jumlah Penduduk Miskin Terhadap Jumlah Penduduk
Kabupaten Bintan 2010-2014

Tahun	Jumlah Penduduk (Jiwa)	Laju Pertumbuhan Penduduk (%)	Jumlah Penduduk Miskin (Jiwa)	Persentase Penduduk Miskin
2010	143.020	2,59	10.545	7,34
2011	145.057	1,42	9.307	6,04
2012	147.212	14,9	10.000	6,29
2013	149.120	1,3	9.325	6,23
2014	151.123	1,34	9.600	6,32

Sumber: BPS Kabupaten Bintan, 2015

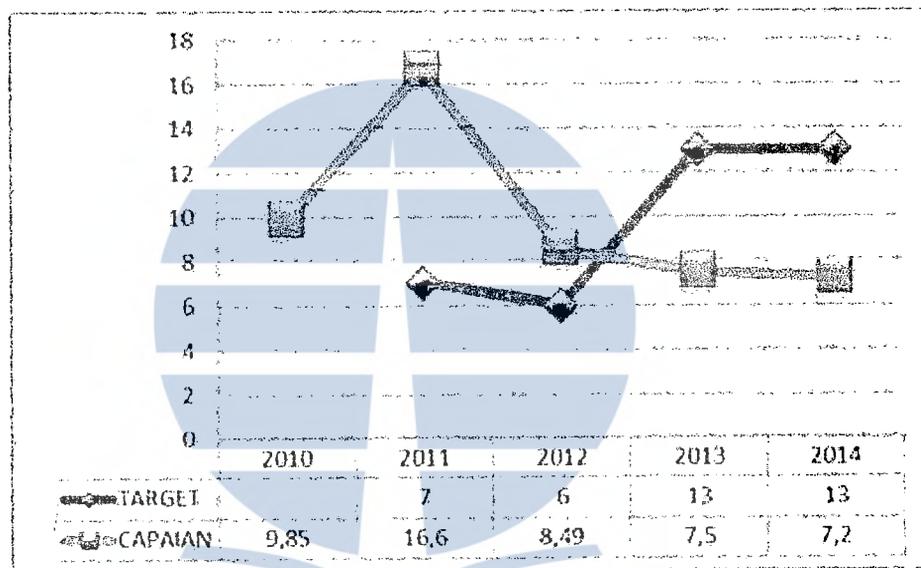
Pada tabel 4.1 tergambar bahwa terjadi penurunan penduduk miskin di Kabupaten Bintan, dimana pada tahun 2010 persentase penduduk miskin sebesar 7,34 % atau sebanyak 10.545 jiwa menurun selama 5 tahun yaitu menjadi 6,32 % tahun 2014 atau sebesar 9.600 jiwa, walaupun terjadi penurunan yang cukup tajam di tahun 2011 yaitu sebesar 6,04 %, di tahun 2012 naik menjadi 6,29 % dan menurun di tahun 2013 sebesar 6,23 %.

a. Fokus Kesejahteraan Sosial pada Aspek Kesehatan

1) Angka Kematian Bayi

Angka Kematian Bayi (AKB) di Kabupaten Bintan tahun 2014 sebesar 7,2 per 1.000 Kelahiran Hidup (23 kasus), bila dibandingkan dengan tahun-tahun sebelumnya terjadi penurunan AKB yaitu: 8,49 per 1.000 KH (2012) dan 7,50 per 1.000 KH (2013). Angka kematian bayi nasional berada di 32 kematian per 1.000 kelahiran hidup. AKB Kabupaten Bintan sudah berada pada tingkat yang cukup baik.

Terlihat bahwa target capaian angka kematian bayi di Kabupaten Bintan mengalami perubahan, dimana target yang ditetapkan pada tahun 2011 sebesar 7 per 1.000 kelahiran hidup turun menjadi 6 per 1.000 kelahiran hidup pada tahun 2012 dan naik sebesar dua kali lipat untuk tahun 2013 dan 2014 yaitu sebesar 13 per 1.000 kelahiran hidup, capaian yang didapat sebesar 7,2 per 1.000 kelahiran hidup tahun 2014.



Grafik 4.1

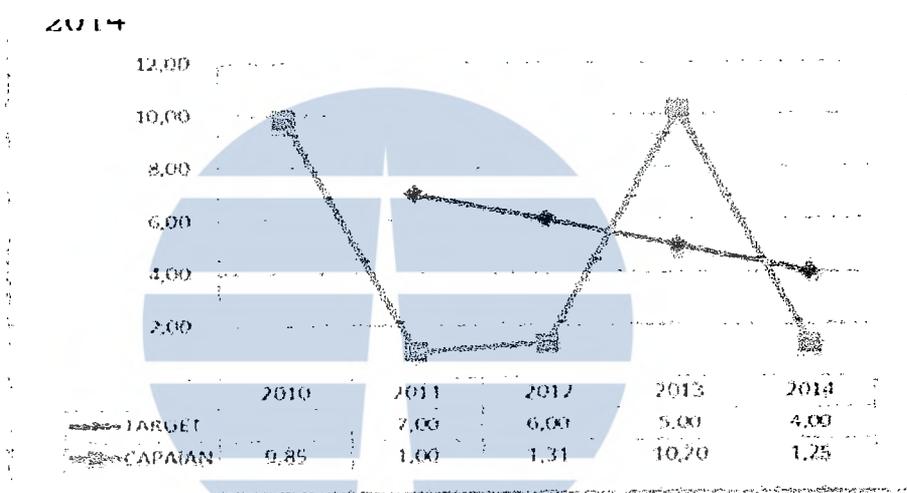
Angka Kematian Bayi per 1.000 Kelahiran Hidup 2010 – 2014

Sumber: Dinas Kesehatan Kab. Bintan, tahun 2015

2) Angka Kematian Balita

Angka Kematian Anak Balita (AKABA) di Kabupaten Bintan tahun 2014 sebesar 1,25 per 1.000 Kelahiran Hidup (4 kasus), bila dibandingkan dengan tahun-tahun sebelumnya terjadi penurunan AKABA yaitu: 1,31 per 1.000 KH (2012) dan 2,63 per 1000 KH (2013). Angka kematian balita nasional menurut Rancangan Awal RPJMN 2015 - 2019 berada di angka 40 kematian per 1.000 balita. Hal ini berarti AKABA di Kabupaten Bintan sudah cukup rendah.

Angka Kematian Balita di Kabupaten Bintan seperti terlihat pada grafik 4.2 mengalami kenaikan dan penurunan. Pada tahun 2010 capaian sebesar 9,85 per 1.000 KH menurun dengan tajam menjadi 1,00 per 1.000 KH dan naik sedikit menjadi 1,35 per 1.000 KH pada tahun 2012, serta naik tajam pada tahun 2013 sebesar 10,20 per 1.000 KH dimana melebihi target yang ditetapkan yaitu sebesar 5,00 per 1.000 KH.



Grafik 4.2

Angka Kematian Balita per 1.000 Kelahiran Hidup 2010 - 2014

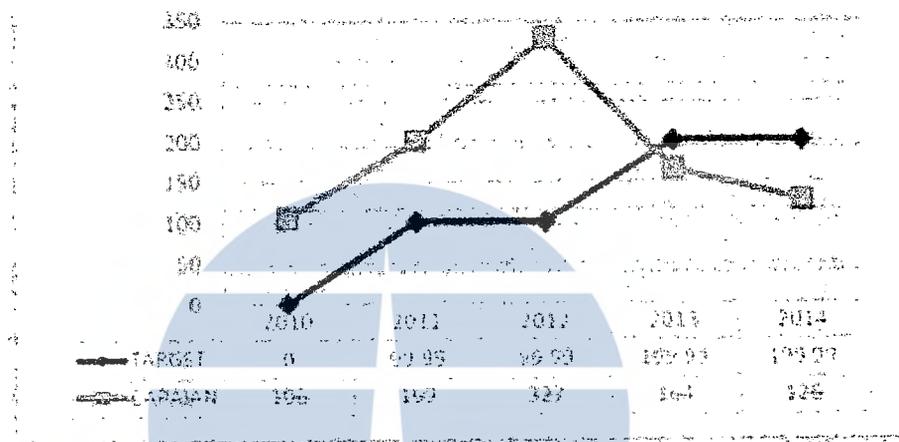
Sumber: Dinas Kesehatan Kab. Bintan, tahun 2015

1) Angka Kematian Ibu Melahirkan

Angka Kematian Ibu (AKI) di Kabupaten Bintan tahun 2014 sebesar 126 per 100.000 Kelahiran Hidup (4 kasus), bila dibandingkan dengan tahun-tahun sebelumnya terjadi penurunan AKI yaitu: 327 per 100.000 KH (2012) dan 164 per 100.000 KH (2013). Angka ini masih lebih baik dari angka kematian ibu melahirkan nasional yang berada di 359 kematian per 100.000 kelahiran hidup.

Apabila dilihat dari target yang ditetapkan selama periode waktu 2010 – 2014, terlihat bahwa capaian yang telah berhasil melebihi target yang ditetapkan adalah capaian di tahun 2013 dan 2014, dimana di tahun 2013 sebesar 164 per

100.000 KH dari target 199,99 per 100.000 KH, dan di tahun 2014 tercapai 126 per 100.000 KH dari target yang telah ditetapkan sebesar 199,99 per 100.000 KH. Adapun di tahun 2010, 2011 dan 2012 capaiannya masih jauh berbeda dari target yang telah ditetapkan.



Grafik 4.3

Angka Kematian Ibu per 100.000 Kelahiran Hidup 2010 – 2014

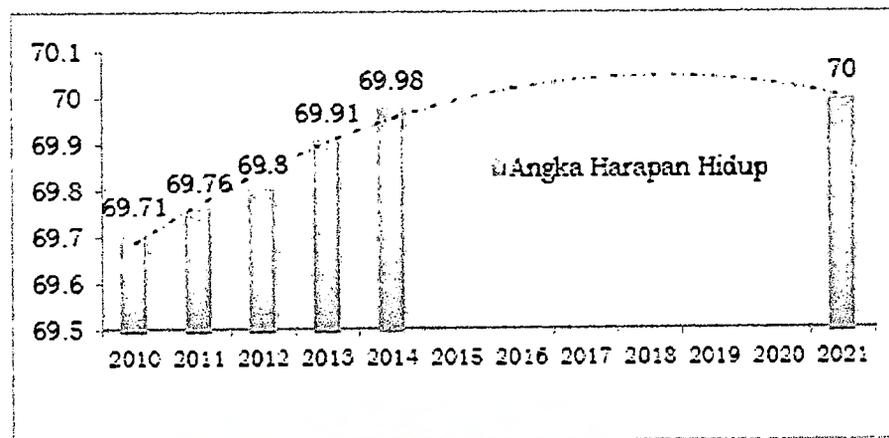
Sumber: Dinas Kesehatan Kab. Bintan, tahun 2015

2) Angka Usia Harapan Hidup

Angka Harapan Hidup (AHH) adalah perkiraan rata-rata banyak tahun yang dapat ditempuh oleh seseorang selama hidup. Indikator ini dapat digunakan untuk mengevaluasi kinerja pemerintah dalam meningkatkan kualitas hidup dan kesejahteraan penduduk secara umum. Karena salah satu komponen kesejahteraan adalah kualitas kesehatan yang dapat diturunkan melalui umur harapan hidup.

Dari grafik 4.4 di bawah terlihat bahwa usia harapan hidup masyarakat Kabupaten Bintan terus meningkat, dimulai pada tahun 2010 dimana angka harapan hidup penduduk Bintan berada di usia 69,71 tahun dan terus meningkat di tahun 2011 sampai 2014, yaitu 69,76 tahun, 69,8 tahun, 69,91 tahun dan 69,98 tahun, dan diperkirakan untuk tahun 2021 sesuai dengan target RPJMD (Rencana

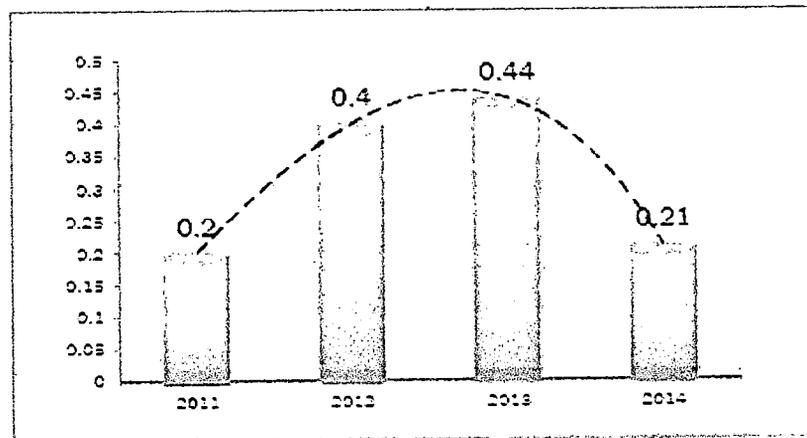
Pembangunan Jangka Menengah Daerah) setinggi 70 tahun akan tercapai.



Grafik 4.4
Angka Harapan Hidup
Sumber: Dinas Kesehatan Kab. Bintan, tahun 2015

3) Persentase Balita Gizi Buruk

Balita gizi buruk adalah status gizi balita sangat kurus berdasarkan Standar Antropometri. Berat badan dibanding tinggi badan atau panjang badan (BB/TB), nilai ambang batas z score <-3 SD. Prevalensi balita gizi buruk di Kabupaten Bintan tahun 2014 sebesar 0,21 persen (26 kasus dari 11.860 Balita yang ditimbang). Angka ini lebih rendah dibanding angka gizi buruk Provinsi Kepulauan Riau dan Nasional tahun 2013 (Risksdas, 2013) dimana angka gizi buruk Provinsi Kepulauan Riau 6 persen dan angka gizi buruk Nasional 5,3 persen. Sedangkan target Nasional adalah <10 (kurang dari sepuluh) persen. Kalau dilihat, tren prevalensi gizi buruk Kabupaten Bintan lima tahun terakhir terlihat peningkatan di tahun 2013 (57 kasus) dan terjadi penurunan sebesar 0,21 persen pada tahun 2014.



Grafik 4.5

Balita Gizi Buruk Kabupaten Bintan Tahun 2010-2014

Sumber: BPS Kabupaten Bintan, 2015

b. Cakupan Pelayanan Kesehatan Rujukan Pasien Masyarakat Miskin

Cakupan pelayanan kesehatan dasar pasien masyarakat miskin adalah jumlah kunjungan pasien masyarakat miskin di sarana kesehatan strata pertama di satu wilayah kerja tertentu pada kurun waktu tertentu. Sarana kesehatan strata pertama adalah tempat pelayanan kesehatan yang meliputi Puskesmas, Balai Pengobatan pemerintah dan swasta, praktek bersama dan perorangan.

Berdasarkan Standar Pelayanan Minimal untuk kabupaten dan kota di seluruh Indonesia, target yang harus dicapai oleh masing-masing kabupaten untuk indikator cakupan pelayanan kesehatan dasar pasien miskin adalah 100 % di tahun 2015. Berdasarkan data perkembangan cakupan pelayanan kesehatan dasar masyarakat di Kabupaten Bintan, terjadi peningkatan dari tahun 2010 hingga 2014. Selama tahun 2011 sampai dengan 2014 cakupan pelayanan dasar untuk masyarakat miskin mencapai 100 %, sehingga memenuhi target SPM Indonesia.

Tabel 4.2
Cakupan Pelayanan Kesehatan Rujukan Masyarakat Miskin
di Kabupaten Bintan Tahun 2010-2014

Indikator Kinerja	Tahun				
	2010	2011	2012	2013	2014
Cakupan pelayanan kesehatan rujukan pasien masyarakat miskin	90,30%	100%	100%	100%	100%

Sumber: Dinas Kesehatan Kabupaten Bintan Tahun 2015

Pada tahun 2014 jumlah pelayanan Kesehatan Dasar dan rujukan bagi masyarakat miskin Kabupaten Bintan sebesar 4.653 kunjungan dengan rincian pelayanan menggunakan Surat Keterangan Tidak Mampu (SKTM) sebesar 2.445 kunjungan dan yang menggunakan Kartu Bintan Sejahtera (KBS) sebesar 2.208 kunjungan. Bila dibandingkan tahun sebelumnya, terjadi peningkatan sebanyak 3486 kunjungan dari 1.167 kunjungan (2013). Hal ini disebabkan karena kurangnya pemahaman masyarakat tentang SKTM, sebagian masyarakat menganggap SKTM adalah hak bagi semua masyarakat sebagai jaminan kesehatan, padahal sesuai namanya SKTM (Surat Keterangan Tidak Mampu) hanya berlaku bagi masyarakat tidak mampu. Upaya-upaya yang dilakukan untuk menurunkan jumlah pelayanan kesehatan dasar dan rujukan bagi masyarakat miskin tahun 2015 adalah mengarahkan masyarakat yang menggunakan SKTM untuk mendaftar ke BPJS Kesehatan, karena premi asuransi BPJS Kesehatan tidak terlalu besar untuk pelayanan kelas III, yaitu 25.500 per bulan per jiwa, dimana pemerintah mengharapkan adanya kesadaran masyarakat untuk menjadi peserta JKN Mandiri.

c. Analisis Isu-Isu Strategis di Bidang Kesehatan

Masih dijumpai permasalahan-permasalahan di bidang kesehatan, baik jangkauan layanan, aksesibilitas maupun kualitas dan kuantitas pelayanan. Beberapa indikator dapat dilihat sebagai berikut:

- 1) Angka Harapan Hidup (AHH) sebagai *general indicator* kualitas kesehatan menunjukkan peningkatan, pada tahun 2010 adalah 69,71 tahun, meningkat pada tahun 2014 menjadi 69,98 tahun, kondisi ini sudah berada di atas rata-rata Nasional 69,65 tahun, dan di atas rata-rata Provinsi Kepulauan Riau 69,85 tahun. AHH secara umum dipengaruhi oleh kualitas hidup masyarakat, dimulai dari asupan nutrisi yang cukup, pola hidup sehat, penanganan penyakit dan kualitas lingkungan yang baik, sehingga masih bisa diupayakan untuk meningkat pada masa yang akan datang;
- 2) Masih ditemukannya angka kematian bayi yang merupakan indikator perhitungan kelangsungan hidup bayi sejumlah 7,5 per 1000 kelahiran hidup pada tahun 2013 dan menurun menjadi 7,2 pada tahun 2014. Meskipun demikian, angka kematian bayi masih di bawah standar nasional, sehingga perlu menjadi perhatian pemerintah mendatang;
- 3) Masih ditemukan balita dengan gizi buruk pada tahun 2014 sejumlah 0,21 %, sehingga tetap memerlukan penanganan lebih lanjut dan dilakukan deteksi dini pertumbuhan dan perkembangan anak dengan unit-unit pelayanan kesehatan yang telah ada;
- 4) Terdapat penderita HIV/AIDS pada tahun 2014 sejumlah 58 orang, sehingga perlu penanganan sangat serius mengingat penyakit ini tergolong

menular dan mematikan. Dalam jangka panjang, perlu ditargetkan untuk tidak ada lagi penderita HIV/AIDS;

- 5) Masih ditemukan penyandang cacat sejumlah 478 jiwa pada tahun 2014, khususnya cacat bawaan. Hal ini disebabkan banyak faktor, yakni dimulai sejak anak di dalam kandungan, pengaruh penyakit menular, nutrisi, maupun genetis, sehingga penanggulangannya perlu dilaksanakan secara komprehensif dan berkelanjutan.

d. Visi, Misi, Tujuan dan Sasaran

1) Visi

Visi Kabupaten Bintan tahun 2016-2021 adalah: “Terwujudnya Kabupaten Bintan yang Madani dan Sejahtera Melalui Pencapaian Bintang Gemilang 2025 (Gerakan Melangkah Maju di Bidang Kelautan, Pariwisata, dan Kebudayaan)”.

2) Misi

Dalam rangka mewujudkan visi pembangunan tersebut maka ditentukan 8 (delapan) misi pembangunan 2016-2021 yang akan dicapai yaitu:

- a) Mewujudkan Kabupaten Bintan sebagai daerah tujuan investasi yang berdaya saing dengan mengoptimalkan potensi ekonomi local terutama di bidang pariwisata dan kelautan.
- b) Mewujudkan pelayanan infrastruktur daerah yang berkualitas, terintegrasi dan merata.
- c) Mewujudkan penyelenggaraan tata kelola pemerintahan yang baik (*good governance*) dan demokratis sebagai langkah melayani masyarakat dengan sepenuh hati.

- d) Meningkatkan kualitas pendidikan, kesehatan serta kualitas SDM agar bisa bersaing dalam kompetisi global.
- e) Mewujudkan pembangunan karakter masyarakat yang religius dan berbudaya Melayu sebagai landasan pembangunan masyarakat.
- f) Mengoptimalkan pemberdayaan masyarakat, mewujudkan Kesejahteraan Sosial dan pengarus-utamaan gender dalam berbagai aspek pembangunan.
- g) Memberdayakan pemuda sebagai pelopor pembangunan di Kabupaten Bintan.
- h) Mewujudkan ketahanan pangan dan meningkatkan kualitas pengelolaan lingkungan hidup yang berkelanjutan.

e. Tujuan dan Sasaran di Bidang Kesehatan (Misi ke-4)

Tujuan: Meningkatkan derajat kesehatan masyarakat yang tinggi dengan pelayanan yang terjangkau dan berkualitas.

Sasaran:

- 1) Meningkatnya status kesehatan dan gizi ibu, anak dan lansia serta pengendalian penyakit menular dan tidak menular.
- 2) Meningkatnya kualitas dan kuantitas sumber daya kesehatan serta ketersediaan obat dan alat kesehatan.
- 3) Meningkatnya cakupan jaminan pemeliharaan kesehatan keluarga miskin serta pemberdayaan dan promosi kesehatan kepada masyarakat.

f. Gambaran Umum Responden Penelitian

Responden dalam penelitian ini dilakukan terhadap Kepala UPTD Puskesmas se-Kabupaten Bintan yang merupakan tempat pelayanan kesehatan

gratis dijalankan, yaitu 15 Kepala Puskesmas di 10 kecamatan, yang terdiri dari Kepala Puskesmas Tanjung Uban Kecamatan Bintang Utara, Kepala Puskesmas Teluk Sasah Kecamatan Seri Kuala Lobam, Kepala Puskesmas Teluk Sebong Kecamatan Teluk Sebong, Kepala Puskesmas Berakit Kecamatan Teluk Sebong, Kepala Puskesmas Sri Bintang Kecamatan Teluk Sebong, Kepala Puskesmas Kuala Sempang Kecamatan Seri Kuala Lobam, Kepala Puskesmas Teluk Bintang Kecamatan Teluk Bintang, Kepala Puskesmas Toapaya Kecamatan Toapaya, Kepala Puskesmas Kawal Kecamatan Gunung Kijang, Kepala Puskesmas Sei Lekop Kecamatan Bintang Timur, Kepala Puskesmas Kijang Kecamatan Bintang Timur, Kepala Puskesmas Kelong Kecamatan Bintang Pesisir, Kepala Puskesmas Numbing Kecamatan Bintang Pesisir, Kepala Puskesmas Mantang Kecamatan Mantang dan Kepala Puskesmas Tambelan Kecamatan Tambelan.

Dari data dibawah pada Tabel 4.3, terlihat bahwa terdapat beberapa Puskesmas yang keberadaannya di dalam satu kecamatan, yaitu Puskesmas Teluk Sebong, Berakit dan Sri Bintang berada dalam satu Kecamatan Teluk Sebong, Puskesmas Kijang dan Sei Lekop berada di Kecamatan Bintang Timur, serta Puskesmas Kelong dan Numbing berada di Kecamatan Bintang Pesisir.

Jumlah penduduk yang berada di wilayah kerja Puskesmas, dapat dilihat bahwa Puskesmas dengan jumlah penduduk yang besar berada di Puskesmas Kijang dan Puskesmas Tanjung Uban, dimana masing-masing Puskesmas dipersiapkan untuk melayani 33.512 jiwa dan 21.470 jiwa yang merupakan 20,1 % dan 14,8 % dari jumlah penduduk di Kabupaten Bintang. Sementara, Puskesmas dengan jumlah penduduk terkecil yang dilayani adalah Puskesmas Berakit dengan 2.902 jiwa (2 %), Puskesmas Numbing dengan 3.034 jiwa (2,1 %), Puskesmas

Kelong dengan 4.115 jiwa (2,8 %), Puskesmas Mantang dengan 4.185 jiwa (2,9 %) dan Puskesmas Tambelan dengan 4.339 jiwa (3 %).

Tabel 4.3
Data Puskesmas Se-Kabupaten Bintan dan Jumlah Penduduk Tahun 2017

NO	PUSKESMAS	KECAMATAN	JUMLAH PENDUDUK	%
1	Tanjung Uban	Bintan Utara	21.470	14,8
2	Teluk Sasah	Seri Kuala Lobam	12.966	8,9
3	Teluk Sebong	Teluk Sebong	9.292	6,4
4	Berakit	Teluk Sebong	2.902	2
5	Sri Bintan	Teluk Sebong	6.342	4,4
6	Kuala Sempang	Seri Kuala Lobam	6.157	4,2
7	Teluk Bintan	Teluk Bintan	5.025	3,5
8	Toapaya	Toapaya	11.252	7,7
9	Kawal	Gunung Kijang	12.583	8,7
10	Kijang	Bintan Timur	33.512	20,1
11	Sei Lekop	Bintan Timur	8.115	8,6
12	Kelong	Bintan Pesisir	4.115	2,8
13	Numbing	Bintan Pesisir	3.034	2,1
14	Mantang	Mantang	4.185	2,9
15	Tambelan	Tambelan	4.339	3
			145.289	

Sumber: Disdukcapil Bintan, 2017

Adapun jumlah kunjungan Rawat Jalan yang telah dilaksanakan pada tahun 2016 di seluruh Puskesmas dapat dilihat pada tabel dibawah.

Tabel 4.4
Kunjungan Rawat Jalan Puskesmas se-Kabupaten Bintan Tahun 2016

NO	PUSKESMAS	KECAMATAN	KUNJUNGAN	%
1	Tanjung Uban	Bintan Utara	20.025	15,46%
2	Teluk Sasah	Seri Kuala Lobam	12.591	9,72%
3	Teluk Sebong	Teluk Sebong	14.462	11,16%
4	Berakit	Teluk Sebong	1.480	1,14%
5	Sri Bintan	Teluk Sebong	6.277	4,85%
6	Kuala Sempang	Seri Kuala Lobam	5.275	4,07%
7	Teluk Bintan	Teluk Bintan	7.161	5,53%
8	Toapaya	Toapaya	5.582	4,31%
9	Kawal	Gunung Kijang	6.866	5,30%
10	Kijang	Bintan Timur	14.560	11,24%
11	Sei Lekop	Bintan Timur	6.965	5,38%
12	Kelong	Bintan Pesisir	6.006	4,64%
13	Numbing	Bintan Pesisir	4.388	3,39%
14	Mantang	Mantang	5.224	4,03%
15	Tambelan	Tambelan	12.678	9,79%
Jumlah Kunjungan Rawat Jalan 2016			129.540	100%

Sumber: Profil Kesehatan Kabupaten Bintan 2016

Dari tabel di atas didapatkan bahwa persentase kunjungan Rawat Jalan terbesar terjadi di Puskesmas Tanjung Uban sebanyak 20.025 kunjungan Rawat Jalan (15,46 %), Puskesmas Kijang sebanyak 14.560 kunjungan (11,24 %) dan Puskesmas Teluk Sebong sebanyak 14.462 kunjungan (11,16 %) dan Puskesmas yang kunjungannya terendah terjadi pada Puskesmas Berakit sebanyak 1.480 kunjungan (1,14 %).

Data Kepesertaan Jaminan Kesehatan di Kabupaten Bintan sampai dengan tahun 2016 didapat dari dua sumber, yaitu dari Dinas Kesehatan melalui Seksi JPKM dan data yang didapat dari BPJS Kesehatan Cabang Bintan.

Tabel 4.5
Cakupan Jaminan Kesehatan Penduduk Kab. Bintan Tahun 2016

NO	JENIS JAMINAN KESEHATAN	JUMLAH	%
1.	JKN	80.716	59,69
	1. PBI APBN	• 31.000	• 21,34
	2. PBI APBD	• 4.240	• 2,92
	3. Pekerja Penerima Upah (PPU)	• 41.183	• 28,35
	4. Pekerja Bukan Penerima Upah (PBPU)/Mandiri	• 9.115	• 6,27
	5. Bukan Pekerja (BP)	• 1.178	• 0,81
2.	Jamkesda	5.000	3,44
3.	Asuransi Swasta	0	0
4.	Asuransi Perusahaan	0	0
	TOTAL	91.716	63,13

Sumber: Profil Kesehatan Kabupaten Bintan, 2016

Dari data di atas didapat bahwa penduduk yang telah terlindungi Jaminan Kesehatan sebanyak 91.716 jiwa atau sekitar 63,13 % sehingga masih terdapat sekitar 36,87 % penduduk yang belum memiliki Jaminan Kesehatan atau sebanyak 53.565 jiwa.

Data yang didapat dari BPJS Kesehatan Cabang Bintan per Desember 2016 sebagai berikut:

Tabel 4.6
Data Kepesertaan JKN Tahun 2016

NO	JENIS JAMINAN KESEHATAN	JUMLAH
1.	Penerima Bantuan Iuran (PBI)	30.398
2.	Bukan PBI	
	• Pekerja Penerima Upah (PPU)	41.183
	• Pekerja Bukan Penerima Upah (PBPU)	9.115
3.	Bukan Pekerja	1.178
4.	Jamkesda dan PJKMU Askes (transisi)	4.269
TOTAL		86.143
Jumlah Penduduk		144.096
% Kepesertaan		59,78

Sumber: BPJS Kesehatan Cabang Bintan Tahun 2016

Dari data yang diperoleh di BPJS Kesehatan Cabang Bintan, sampai dengan Desember 2016 terdapat kepesertaan Jaminan Kesehatan sebesar 59,78 % dari jumlah penduduk atau sebanyak 86.143 jiwa, sehingga yang belum terdaftar menjadi peserta dari 144.096 jiwa penduduk adalah sebanyak 57.143 jiwa atau sebesar 40,22 %.

Pemerintah Kabupaten Bintan dalam upaya menjadikan seluruh penduduk terlindungi Jaminan Kesehatan mengupayakan terobosan baru melalui kebijakan pelayanan kesehatan dasar gratis di Puskesmas dan Rawat Inap Kelas III di RSUD Bintan dengan harapan di tahun 2019 seluruh tercapai *total coverage*.

Tabel 4.7
Jumlah Masyarakat Prasejahtera Kabupaten Bintan Tahun 2015

No.	KECAMATAN	DESA / KELURAHAN	JUMLAH PENDUDUK	JUMLAH MASYARAKAT PRASEJAHTERA	% KEMISKINAN
I	BINTAN PESISIR	AIR GLUBI	898	319	35,52
		KELONG	2.312	485	20,98
		MAPUR	905	320	35,36
		NUMBING	3.034	746	24,59
		SUBTOTAL	7.149	1.870	26,16
II	BINTAN TIMUR	GN LENGKUAS	94	1.002	17,60
		KIJANG KOTA	26.725	3.903	14,60
		SEI ENAM	2.421	348	14,37
		SEI LEKOP	6.787	1.131	16,66
		SUBTOTAL	41.627	6.384	15,34
III	BINTAN UTARA	LANCANG KUNING	1.340	121	9,03
		TG UBAN KOTA	8.288	1.997	24,10
		TG UBAN SELATAN	5.971	706	11,82
		TG UBAN TIMUR	1.178	231	19,61
		TG UBAN UTARA	4.693	305	6,50
	SUBTOTAL	21.470	3.360	15,65	
IV	GN KIJANG	GN KIJANG	69	364	16,04
		KAWAL	6.189	1.264	20,42
		MALANG RAPAT	2.170	436	20,09
		TELUK BAKAU	1.955	185	9,46
		SUBTOTAL	12.583	2.249	17,87
V	MANTANG	DENDUN	980	217	22,14
		MANTANG BARU	945	111	11,75
		MANTANG BESAR	1.330	249	18,72
		MANTANG LAMA	930	65	6,99
		SUBTOTAL	4.185	642	15,34
VI	SERI KUALA LOBAM	BUSUNG	1.314	485	36,91
		KUALA SEMPANG	1.729	738	42,68
		TG PERMAI	3.289	408	12,40
		TL LOBAM	2.787	483	17,33
		TL SASAH	6.890	949	13,77
	SUBTOTAL	16.009	3.063	19,13	
VII	TAMBELAN	BATU LEPUK	500	277	55,40
		KP HILIR	1.267	723	57,06
		KP MELAYU	586	279	47,61
		KUKUP	708	515	72,74
		PENGIKIK	99	126	127,27
		MENTEBUNG	232	226	97,41
		PULAU PINANG	165	141	85,45
		TL SEKUNI	782	464	59,34
		SUBTOTAL	4.339	2.751	63,40
VIII	TL BINTAN	BINTAN BUYU	2.457	322	13,11
		PANGKIL	1.317	190	14,43
		PENAGA	1.779	455	25,58
		PENGUJIAN	1.335	214	16,03
		TEMBELING	1.192	345	28,94
		TEMBELING TANJUNG	2.516	422	16,77
	SUBTOTAL	10.596	1.948	18,38	
IX	TELUK SEBONG	BERAKIT	1.808	554	30,64
		EKANG ANCULAI	1.843	156	8,46
		KOTA BARU	2.121	227	10,70
		PENGUDANG	1.094	279	25,50
		SEBONG LAGOI	3.518	636	18,08
		SEBONG PEREH	3.653	512	14,02
		SRI BINTAN	2.042	371	18,17
		SUBTOTAL	16.079	2.735	17,01
X	TOAPAYA	TOAPAYA	1.435	361	25,16
		TOAPAYA ASRI	3.565	485	13,60
		TOAPAYA SELATAN	4.853	705	14,53
		TOAPAYA UTARA	1.399	237	16,94
		SUBTOTAL	11.252	1.788	15,89
	GRAND TOTAL	145.289	26.790	18,44	

Sumber: Pemutahiran Basis Data Terpadu TNP2K Tahun 2015

B. Hasil Penelitian

- 1) Gambaran Umum Kebijakan Peraturan Bupati Nomor 35 Tahun 2016 tentang “Pelayanan Kesehatan Dasar Gratis di Pusat Kesehatan Masyarakat dan Rawat Inap Kelas III Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Bintang”.

Kebijakan Peraturan Bupati Bintang Nomor 35 Tahun 2016 tentang “Pelayanan Kesehatan Dasar Gratis di Pusat Kesehatan Masyarakat dan Rawat Inap Kelas III RSUD Kabupaten Bintang” dilatarbelakangi oleh :

- a) Tujuan Peraturan Bupati Bintang Nomor 35 Tahun 2016 tentang “Pelayanan Kesehatan Dasar Gratis di Pusat Kesehatan Masyarakat dan Rawat Inap Kelas III Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Bintang”

Dalam Peraturan Bupati Bintang Nomor 35 Tahun 2016 tentang “Pelayanan Kesehatan Dasar Gratis di Pusat Kesehatan Masyarakat dan Rawat Inap Kelas III Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Bintang” dalam Bab II (Tujuan dan Sasaran), Pasal 2 dijelaskan: “Tujuan umum pelaksanaan pelayanan kesehatan dasar di Puskesmas dan Rawat Inap Kelas III RSUD gratis adalah meningkatnya akses, pemerataan dan mutu pelayanan kesehatan terhadap seluruh masyarakat Kabupaten Bintang guna tercapainya derajat kesehatan masyarakat yang optimal secara efektif dan efisien”. Pasal 3 disebutkan: Tujuan khusus pelaksanaan pelayanan kesehatan dasar di Pusat Kesehatan Masyarakat dan Rawat Inap Kelas III RSUD gratis adalah: (a) membantu dan meringankan beban masyarakat dalam

pembiayaan pelayanan kesehatan; (b) meningkatnya cakupan masyarakat dalam mendapatkan pelayanan kesehatan pada Puskesmas beserta jaringannya dan pada Rumah Sakit rujukan milik Pemerintah Daerah; (c) meningkatnya kualitas pelayanan kesehatan bagi masyarakat di daerah; (d) meningkatnya pemerataan pelayanan kesehatan bagi masyarakat di daerah; (e) terselenggaranya jaminan pembiayaan pelayanan kesehatan masyarakat di daerah.

- b) Sasaran Peraturan Bupati Bintang Nomor 35 Tahun 2016 tentang “Pelayanan Kesehatan Dasar Gratis di Pusat Kesehatan Masyarakat dan Rawat Inap Kelas III Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Bintang”

Dalam Peraturan Bupati Bintang Nomor 35 Tahun 2016 tentang “Pelayanan Kesehatan Dasar Gratis di Pusat Kesehatan Masyarakat dan Rawat Inap Kelas III Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Bintang” dalam Bab II Pasal 4 dijelaskan: “Sasaran Penyelenggaraan Pelayanan Kesehatan dasar Gratis adalah seluruh masyarakat Kabupaten Bintang yang tidak terlindungi oleh jaminan pelayanan kesehatan oleh BPJS atau Jaminan Kesehatan lainnya”.

Dengan demikian, sasaran dengan adanya Peraturan Bupati Bintang Nomor 35 Tahun 2016 tentang “Pelayanan Kesehatan Dasar Gratis di Pusat Kesehatan Masyarakat dan Rawat Inap Kelas III Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Bintang” adalah seluruh masyarakat Kabupaten Bintang yang tidak terlindungi oleh jaminan pelayanan kesehatan.

c) Dasar Hukum Peraturan Bupati Bintang Nomor 35 Tahun 2016 tentang “Pelayanan Kesehatan Dasar Gratis di Pusat Kesehatan Masyarakat dan Rawat Inap Kelas III Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Bintang” adalah :

- (1) Pasal 34 ayat (1), ayat (2), dan ayat (3) Undang-Undang Dasar Republik Indonesia Tahun 1945;
- (2) Undang-Undang Nomor 12 Tahun 1956 tentang “Pembentukan Daerah Otonom Kabupaten Dalam Lingkungan Daerah Propinsi Sumatera Tengah” (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1956 Nomor 25, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 3896);
- (3) Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang “Sistem Jaminan Sosial Nasional (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 150, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4456);
- (4) Undang-Undang Nomor 28 Tahun 2009 tentang “Pajak Daerah dan Retribusi Daerah” (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 130, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5049);
- (5) Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang “Kesehatan” (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 144, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5063);
- (6) Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang “Pemerintah Daerah” (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014

Nomor 244, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5587);

(7) Peraturan Pemerintah Nomor 5 Tahun 2006 tentang “Perubahan Nama Kabupaten Kepulauan Riau Menjadi Kabupaten Bintan” (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2006 Nomor 16, Tambahan Lembaran Negara Nomor 4605);

(8) Peraturan Daerah Kabupaten Bintan Nomor 3 Tahun 2011 tentang “Retribusi Jasa Umum” (Lembaran Daerah Kabupaten Bintan Tahun 2011 Nomor 3);

d) Peserta Peraturan Bupati Bintan Nomor 35 Tahun 2016 tentang “Pelayanan Kesehatan Dasar Gratis di Pusat Kesehatan Masyarakat dan Rawat Inap Kelas III Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Bintan” dalam Bab III Pasal 5 dijelaskan: “Peserta pelayanan kesehatan dasar gratis di Puskesmas dan Rawat Inap Kelas III RSUD adalah seluruh masyarakat di daerah dengan menunjukkan: (1) identitas diri berupa Kartu Tanda Penduduk Elektronik yang dikeluarkan oleh Dinas Kependudukan dan Catatan sipil daerah; (2) Akte Kelahiran dan Kartu Keluarga atau Kartu Tanda Penduduk Elektronik dari ibu yang dikeluarkan oleh Dinas Kependudukan dan Catatan Sipil Daerah khusus anak baru lahir sampai dengan umur 17 (tujuh belas) tahun”, dan di Pasal 6 dijelaskan: “Pelayanan kesehatan dasar gratis di Puskesmas dan Rawat Inap Kelas III RSUD dikecualikan bagi masyarakat di daerah yang sudah memiliki Jaminan Kesehatan lainnya atau telah terdaftar sebagai peserta BPJS Kesehatan”.

Hasil penelitian dapat dilihat dari progres kepesertaan Jaminan Pelayanan Kesehatan yang dikelola oleh Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Bidang

Tahun 2013 tentang “Perubahan atas Peraturan Presiden Nomor 12 Tahun 2013 tentang Jaminan Kesehatan” dalam Bab II Pasal 2 disebutkan bahwa “Peserta Jaminan Kesehatan meliputi: (a) PBI Jaminan Kesehatan dan (b) bukan PBI Jaminan Kesehatan”. Pada Pasal 3 dijelaskan bahwa “Peserta PBI Jaminan Kesehatan meliputi orang yang tergolong fakir miskin dan orang tidak mampu”, sedangkan pada Pasal 4 dijelaskan “Peserta bukan PBI Jaminan Kesehatan merupakan peserta yang tidak tergolong fakir miskin dan orang tidak mampu yang terdiri atas: (a) Pekerja Penerima Upah dan anggota keluarganya; (b) Pekerja Bukan Penerima Upah dan anggota keluarganya dan (c) Bukan Pekerja dan anggota keluarganya”.

Pekerja Penerima Upah terdiri atas: (a) Pegawai Negeri Sipil; (b) Anggota TNI; (c) Anggota Polri; (d) Pejabat Negara; (e) Pegawai Pemerintah Non-Pegawai Negeri; (f) Pegawai swasta; dan (g) Pekerja yang tidak termasuk dalam huruf a sampai dengan huruf f yang menerima upah.

Pekerja Bukan Penerima Upah terdiri atas: (a) Pekerja di luar hubungan kerja atau pekerja mandiri dan (b) Pekerja yang tidak termasuk huruf a yang bukan penerima upah.

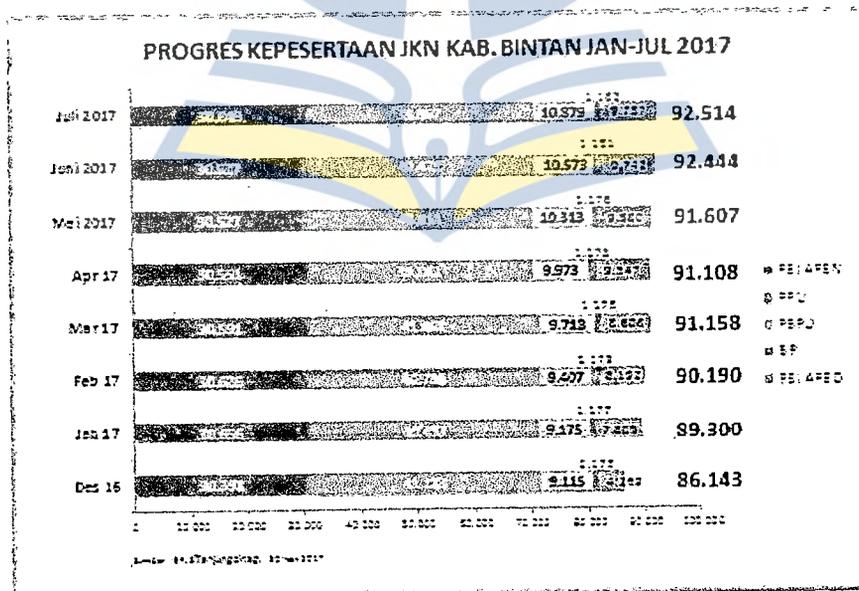
Bukan Pekerja terdiri atas: (a) investor; (b) Pemberi Kerja; (c) Penerima pensiun; (d) Veteran; (e) Perintis Kemerdekaan dan (f) Bukan pekerja yang tidak termasuk dalam huruf a sampai dengan huruf e yang mampu membayar iuran.

Penerima pensiun terdiri atas: (a) Pegawai Negeri Sipil yang berhenti dengan hak pensiun; (b) Anggota TNI dan Anggota Polri yang berhenti dengan hak pensiun; (c) Pejabat Negara yang berhenti dengan hak pensiun; (d) Penerima pensiun selain huruf a, huruf b, dan huruf c dan (e) Janda, duda, atau anak yatim

piatu dari penerima pensiun sebagaimana dimaksud pada huruf a sampai dengan huruf d yang mendapat hak pensiun.

Pekerja Penerima Upah dan anggota keluarganya, dan Pekerja Bukan Penerima Upah dan anggota keluarganya termasuk warga negara asing yang bekerja di Indonesia paling singkat 6 (enam) bulan. Pekerja Penerima Upah sebagaimana dimaksud terdiri atas: (a) Pegawai Negeri Sipil; (b) Anggota TNI; (c) Anggota Polri; (d) Pejabat Negara; (e) Pegawai Pemerintah Non-Pegawai Negeri; (f) Pegawai swasta dan (g) Pekerja yang tidak termasuk huruf a sampai dengan huruf f yang menerima upah.

Bukan Pekerja sebagaimana dimaksud terdiri atas: (a) investor; (b) Pemberi Kerja; (c) Penerima pensiun; (d) Veteran; (e) Perintis Kemerdekaan dan (f) Bukan pekerja yang tidak termasuk huruf a sampai dengan huruf e yang mampu membayar iuran.



Gambar 4.3 Progres Kepesertaan JKN Januari – Juli 2017

Tabel 4.8
Data Kepesertaan JKN Kabupaten Bintan s/d Juli 2017

Dati II		KAB. BINTAN (KEPRI)									
REALISASI BULAN		Des 16	Jan 17	Feb 17	Mar 17	Apr 17	Mei 2017	Juni 2017	Juli 2017		
Penerima Bantuan Iuran (PBI)		30.398	30.656	30.626	30.591	30.551	30.527	30.527	30.849		
Bukan PBI	Pekerja Penerima Upah (PPU)	a. PNS	7.211	7.235	7.251	7.262	7.262	7.275	7.461	7.260	
		b. TNI/POLRI/ PNS Kemhan/Polri	2.114	2.141	2.207	2.289	2.289	2.290	2.104	2.302	
		c. Pejabat Negara	-	-	-	11	11	76	84	88	
		d. Pegawai Pemerintah Non PNS	1.498	1.112	1.116	1.130	1.322	1.527	1.700	1.834	
		Pegawai BUMN	-	-	-	-	-	-	-	-	
		Pegawai BUMD	152	153	156	157	161	161	163	162	
		e. Pegawai Swasta/Lainnya	Eks Jamsostek	13.749	13.669				13.090	13.075	12.505
			Pegawai Swasta Lainnya	16.459	16.173	30.056	30.219	28.817	15.592	15.834	15.716
		Pekerja Penerima Upah selain a) - e)		-	-				-	-	
		Warga Asing bekerja ≥ 6 Bulan		-	-					-	
	Sub Total PPU		41.183	40.483	40.786	41.068	39.862	40.011	40.421	39.867	
	Pekerja Bukan Penerima Upah (PBPU)	a. Pekerja Mandiri (PM)	9.115	9.175	9.407	9.718	9.973	10.313	10.573	10.879	
		b. PBPU selain PM	-	-				-	-		
		Sub Total PBPU	9.115	9.175	9.407	9.718	9.973	10.313	10.573	10.879	
Bukan PBI	Bukan Pekerja (BP)	a. Investor	-	-			3	3	3	3	
		b. Pemberi Kerja	10	10	10	10	16	16	16	16	
		c. Penerima Pensiun (PP)	Eks Askes Sosial	785	781	783	780	778	781	846	782
			PP TNI/POLRI	307	310	310	307	302	300	240	302
			PP Pejabat Negara	-	-			-	-	-	-
		d. Veteran	71	71	71	71	71	71	71	74	
		e. Perintis Kemerdekaan (PK)	5	5	5	5	5	5	5	5	
		f. Penerima Pensiun Swasta	-	-				-	-	-	
		g. BP Mampu Bayar selain a) - f)	-	-				-	-	-	
Sub Total BP	1.178	1.177	1.179	1.173	1.175	1.176	1.181	1.182			
Jamkesda dan PJKMU Askes (transisi)		4.269	7.809	8.192	8.608	9.547	9.580	9.742	9.737		
Total		86.143	89.300	90.190	91.158	91.108	91.607	92.444	92.514		
Jumlah Penduduk		144.096	144.096	144.096	144.096	144.096	144.096	144.096	144.096		
% kepesertaan		59,78%	61,97%	62,59%	63,26%	63,23%	63,57%	64,15%	64,20%		

Sumber : BPJS Kesehatan Cabang Bintan Tahun 2017

Dari data pada tabel 4.8 di atas, kenaikan kepesertaan dapat dilihat berapa kepesertaan yang telah mengikuti program JKN baik itu kepesertaan PBI (Penerima Bantuan Iuran), Bukan Penerima Bantuan Iuran dan dari kepesertaan Jamkesda yang diintegrasikan ke Jaminan Kesehatan Nasional yang dikelola oleh BPJS Kesehatan. Namun kepesertaan yang menunggak pembayaran premi bulanan tidak terlihat. Untuk mengetahuinya, maka diambil data yang telah diolah dari kepesertaan yang menunggak pembayaran premi.

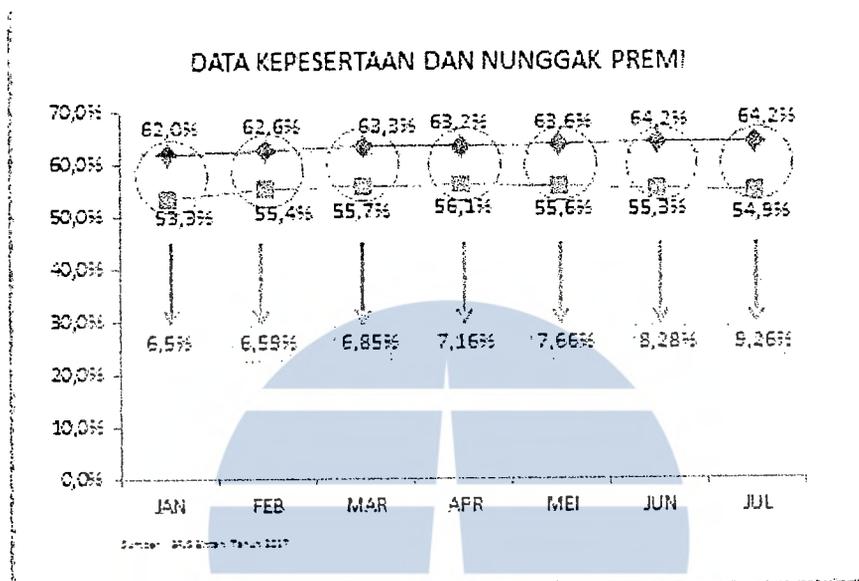
Tabel 4.9
Progres Kepesertaan JKN di Kabupaten Bintang sampai Juli 2017

BULAN	JLH	%	% KENAIKAN KEPESERTAAN	JUMLAH PENAMBAHAN PESERTA	JUMLAH PESERTA MENUNGGAK	%
DESEMBER 2016	86.143	59,78%			5.599	6,50%
JANUARI 2017	89.300	61,97%	2,19%	3.157	5.889	6,59%
FEBRUARI 2017	90.190	62,59%	0,62%	890	6.182	6,85%
MARET 2017	91.158	63,26%	0,67%	968	6.524	7,16%
APRIL 2017	91.108	63,23%	-0,03%	-50	6.979	7,66%
MEI 2017	91.607	63,57%	0,35%	499	7.581	8,28%
JUNI 2017	92.444	64,15%	0,58%	837	8.556	9,26%
JULI 2017	92.514	64,20%	0,05%	70	NA	

Sumber: BPJS Kesehatan Cabang Bintang Tahun 2017

Dari data tabel 4.9 di atas, didapat bahwa terdapat kenaikan kepesertaan dari bulan Desember 2016 ke bulan Januari 2017 sebanyak 3.157 peserta atau sebesar 2,19 %, di bulan Februari terjadi penambahan sebanyak 890 peserta atau sebesar 0,62 %, di bulan Maret 2017 sebanyak 968 peserta atau sebesar 0,67 %, di bulan April terjadi penurunan peserta sebanyak 50 peserta atau sebesar 0,03 %, di bulan Mei terjadi penambahan peserta sebanyak 499 peserta atau sebesar 0,35

%, di bulan Juni terjadi penambahan peserta sebanyak 837 peserta atau sebesar 0,58 % dan di bulan Juli terjadi penambahan sebanyak 70 Peserta atau sebesar 0,05 %.



Gambar 4.4 Data Kepesertaan JKN dan Nunggak Premi

Jika dilihat pada tabel 4.9, terjadi penambahan kepesertaan JKN di awal tahun 2017 sampai dengan pertengahan tahun 2017 sebanyak 6.371 peserta atau sebesar 4,42 % semenjak kebijakan dilaksanakan. Namun perlu diperhatikan bahwa di dalam Daftar Pelaksanaan Anggaran (DPA) Dinas Kesehatan Kabupaten Bintan tahun 2017 telah dianggarkan untuk memasukkan kepesertaan penduduk miskin atau kurang mampu yang tidak terdaftar sebagai peserta PBI menjadi Peserta Penerima Bantuan Iuran (PBI) APBD Bintan, yang artinya bahwa seluruh premi akan menjadi tanggungan Pemerintah Kabupaten Bintan yang ditagihkan oleh BPJS Kesehatan.

Pada tabel 4.8 terlihat bahwa penambahan kepesertaan JKN sebanyak 6.371 peserta dalam 6 bulan menjalani kebijakan yang telah ditetapkan terdiri dari

471 peserta atau sekitar 7,08 % kepesertaan Penerima Bantuan Iuran (PBI) yang preminya dibayarkan oleh Pemerintah Pusat, terjadi penurunan kepesertaan dari Pekerja Penerima Upah (PPU) sebesar 20,66 % atau sebanyak 1.316 peserta yang mana dapat dijelaskan bahwa pada waktu yang bersamaan telah terjadi Pemutusan Hubungan Kerja bagi pekerja-pekerja di kawasan industri lobam, terjadi penambahan kepesertaan dari Pekerja Bukan Penerima Upah (PBPU) sebanyak 1.764 peserta atau sebesar 27,69 % yaitu dari Kepesertaan Pekerja Mandiri, terdapat penambahan sebanyak 4 peserta atau sekitar 0,06 % dari Bukan Pekerja (BP) yaitu dari Vetaran dan Penerima Pensiun dan yang terbesar adalah dari Jamkesda yaitu PBI melalui APBD sebanyak 5.468 peserta atau sebesar 85,83 %.

Dari tabel 4.8 dan tabel 4.9 di atas juga dapat dilihat bahwa kepesertaan yang tidak melakukan pembayaran premi JKN pada tahun 2016 sebanyak 5.599 peserta atau sebesar 6,5 % dari total kepesertaan sampai dengan Desember tahun 2016 sebanyak 86.143 peserta. Dengan dimulainya kebijakan ini, di awal tahun 2017 peserta JKN yang tidak melakukan kewajiban membayar premi JKN bulanan pada bulan Januari bertambah lagi sebanyak 290 peserta sehingga menjadi sebanyak 5.889 peserta atau sekitar 6,59 % dari total kepesertaan di bulan Januari sebanyak 89.300 peserta, di bulan Februari yang tidak melakukan pembayaran premi JKN bertambah sebanyak 293 peserta menjadi 6.182 peserta yang menunggak atau sebesar 6,85 % dari total kepesertaan di bulan Februari sebanyak 90.190 peserta, di bulan Maret yang tidak melakukan pembayaran premi JKN bertambah sebanyak 342 peserta menjadi 6.524 peserta yang menunggak atau sebesar 7,16 % dari total kepesertaan di bulan Maret sebanyak 91.158 peserta, di bulan April yang tidak melakukan pembayaran premi JKN bertambah sebanyak 455 peserta

menjadi 6.979 peserta yang menunggak atau sebesar 7,66 % dari total kepesertaan di bulan April sebanyak 91.108 peserta, di bulan Mei yang tidak melakukan pembayaran premi JKN bertambah sebanyak 602 peserta menjadi 7.581 peserta yang menunggak atau sebesar 8,28 % dari total kepesertaan di Bulan Mei sebanyak 91.607 peserta, dan di bulan Juni yang tidak melakukan pembayaran premi JKN bertambah sebanyak 975 peserta menjadi 8.556 peserta yang menunggak atau sebesar 9,26 % dari total kepesertaan di bulan Juni sebanyak 92.444 peserta.

C. Pembahasan

Dalam pembahsan penelitian ini akan merujuk pada teori yang dikemukakan oleh Bridgmand dan Davis, Badjuri dan Yuwono, dimana berdasarkan teori yang dikemukakan terdapat empat aspek yang akan dikaji dalam melakukan penelitian ini, keempat aspek tersebut adalah ; *Pertama, input* (masukan) dimana pada aspek ini akan mengamati (a) sumber daya pendukung dan bahan-bahan dasar yang diperlukan untuk melaksanakan kebijakan Peraturan Bupati Bintan Nomor 35 Tahun 2016 tentang “Pelayanan Kesehatan Dasar Gratis di Puskesmas dan Rawat Inap Kelas III RSUD Bintan”, dan (b) sumber daya manusia, uang dan atau infrastruktur pendukung lainnya yang diperlukan. *Kedua, proses* (proses) adalah salah satu aspek yang diamati dengan (a) kebijakan yang ditransformasikan dalam bentuk pelayanan dari kebijakan ini kepada masyarakat, dan (b) Efektivitas dan efisiensi dalam pelaksanaan kebijakan ini. *Ketiga, output* (hasil) dalam aspek ini dilakukan dengan mengamati (a) hasil atau produk yang dihasilkan oleh kebijakan ini dan (b) berapa orang yang telah berhasil mengikuti program atau kebijakan ini.

Keempat, outcome (dampak) salah satu aspek yang diamati dengan : (a) dampak yang diterima oleh masyarakat luas atau pihak yang terkena kebijakan dan (b) dampak positif dan dampak negatif yang ditimbulkan oleh kebijakan ini. Hasil dari penelitian ini dari keempat aspek dapat dijelaskan satu persatu sebagai berikut:

1) *Input* (masukan), yang diamati dari gejala :

- a) Sumber daya pendukung dan bahan-bahan dasar yang diperlukan untuk melaksanakan kebijakan.

Sumber daya adalah semua potensi yang dimiliki untuk melaksanakan pekerjaan sesuai dengan bidang tugasnya secara berhasil guna dan berdaya guna sesuai dengan ketentuan yang berlaku. Sumber daya pendukung dan bahan-bahan dasar yang diperlukan dalam melaksanakan kebijakan peraturan Bupati Bintang Nomor 35 Tahun 2016 tentang "Pelayanan Kesehatan Dasar Gratis di Puskesmas dan Rawat Inap Kelas III di RSUD Bintang meliputi : penyediaan obat dan bahan habis pakai, peralatan penunjang medis, jaringan internet serta alat tulis kantor.

Adapun sumber daya pendukung seluruhnya ternyata sudah mencukupi di tingkat Puskesmas, hanya di tingkat Dinas Kesehatan terjadi kekurangan obat dikarenakan penyediaan obat dan bahan medis habis pakai yang dilaksanakan oleh pihak ketiga dikarenakan ketersediaannya akan terpenuhi pada triwulan keempat tahun berjalan. Namun hal ini dapat dipenuhi oleh Puskesmas melalui Dana Kapitasi JKN dengan rekomendasi dari dinas terhadap item-item obat yang belum tersedia dan dapat dipenuhi oleh Puskesmas dengan memakai Dana Kapitasi. Seperti yang

disampaikan oleh Sri Purnama Rezeki (Plh. Kepala UPTD Puskesmas Tanjung Uban Kecamatan Bintang Utara) yaitu:

“Untuk kesiapan obat dan bahan habis pakai, karena Puskesmas Tanjung Uban adalah Puskesmas BLUD, alhamdulillah tidak mengalami kekurangan karena apabila obat dan bahan habis pakai dari dinas tidak mencukupi maka akan digunakan biaya dari Puskesmas untuk membelinya.” (Wawancara Rabu, 02 Agustus 2017)

Begitu pula menurut dr. Kurniawan (Kepala UPTD Puskesmas Teluk Sasah Kecamatan Seri Kuala Lobam) yaitu:

“untuk ketersediaan obat sampai saat ini belum banyak masalah masih lancar, untuk bahan habis pakai juga, karena Puskesmas BLUD jika mengalami kekurangan bisa dianggarkan.” (Wawancara Rabu, 02 Agustus 2017)

Senada dengan hal di atas, ketersediaan obat dan bahan medis habis pakai di Puskesmas Teluk Bintang Kecamatan Teluk Bintang seperti apa yang disampaikan oleh Kepala Puskesmas UPTD Teluk Bintang, dr. Febby Wardhani Utami, yaitu:

“Untuk obat dan bahan habis pakai serta alat kesehatan yang ada di Puskesmas Teluk Bintang sejauh ini memadai, hanya saja ada beberapa obat yang habis dan bisa kami atasi dengan pembelian obat dana JKN.” (Wawancara Jum’at, 04 Agustus 2017)

Hal senada juga disampaikan oleh dr. Elly May Yulis yang menjabat sebagai Kepala UPTD Puskesmas Toapaya Kecamatan Toapaya sebagai berikut:

“Sejak Januari 2017, ketersediaan obat tidak pernah mengalami kekosongan. Memang ada beberapa obat dari dinas mengalami kekosongan, dipenuhi melalui dana kapitasi JKN, namun perlu rekomendasi dari dinas terhadap obat-obat apa saja yang tidak tersedia.” (Wawancara Jum’at, 04 Agustus 2017)

Agak sedikit berbeda dengan apa yang disampaikan oleh Kepala UPTD Puskesmas Mantang Kecamatan Mantang, dr. Muhammad Yamin sebagai berikut:

“Berhubung dengan obat, karena meningkatnya jumlah kunjungan pasien dibandingkan sebelum ada kebijakan ini, jumlah obat di Puskesmas Mantang lebih cepat habis, akibatnya ada beberapa obat yang kehabisan. Pada saat meminta ke Instalasi Farmasi Kabupaten ternyata obatnya belum datang. Untuk perlengkapan, dari Kabupaten telah dilengkapi.” (Wawancara Kamis, 03 Agustus 2017)

Dari hasil wawancara, penulis menyimpulkan bahwa ketersediaan sumber daya pendukung dan bahan-bahan dasar yang diperlukan untuk melaksanakan kebijakan peraturan Bupati Bintan Nomor 35 Tahun 2016 tentang “Pelayanan Kesehatan Dasar Gratis di Pusat Kesehatan Masyarakat dan Rawat Inap kelas III di Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Bintan” sudah tergolong cukup memadai, dengan demikian berarti tidak ada masalah pada tahap ini, hanya saja di tingkat Dinas Kesehatan masih mengalami kekurangan.

b) Sumber daya manusia

Sumber daya manusia dalam penelitian ini adalah sumber daya manusia yang terlibat atau ikut berperan dalam pelaksanaan peraturan Bupati Bintan Nomor 35 Tahun 2016 tentang “Pelayanan Kesehatan Dasar Gratis di Pusat Kesehatan Masyarakat dan Rawat Inap kelas III di Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Bintan” cukup banyak. Di tingkat Puskesmas sebagai pemberi pelayanan tingkat pertama melibatkan tenaga

medis (Dokter dan Dokter Gigi), paramedis (Perawat, Bidan, Analis Laboratorium, Tenaga Gizi, Rekam Medis dan tenaga Apoteker) serta tenaga nonmedis (petugas pendaftaran, petugas loket, petugas kasir dan supir ambulans).

Seperti yang disampaikan oleh Plh. Kepala UPTD Puskesmas Tanjung Uban Kecamatan Bintan Utara, Sri Purnama Rezeki, SKM sebagai berikut:

“Ketersediaan SDM Kesehatan ditinjau dari Permenkes 75 masih banyak kekurangan terutama di SDM fungsional seperti perawat. Karena Puskesmas perawatan yang harus 24 jam operasional sehingga ada tiga *shift*, dengan jumlah pegawai PNS dan non-PNS sebanyak 56 orang, namun persentase untuk dokter dan perawat cukup kecil.” (Wawancara Rabu, 02 Agustus 2017)

Senada dengan apa yang disampaikan oleh Sri Purnama Rezeki, SKM., apa yang disampaikan oleh dr. Kurniawan yang menjabat sebagai Kepala UPTD Puskesmas Teluk Sasah Kecamatan Seri Kuala Lobam adalah sebagai berikut:

“Yang jadi masalah adalah SDM yang masih kurang, karena dokter yang ada hanya dua orang dan salah satunya sedang cuti.” (Wawancara Rabu, 02 Agustus 2017)

Hal yang sama juga disampaikan oleh dr. Muhammad Yamin selaku Kepala Puskesmas UPTD Mantang Kecamatan Mantang terhadap masalah ketersediaan SDM untuk menjalani kebijakan ini, yaitu:

“Untuk SDM kita ada kekurangan, hanya ada dua dokter termasuk saya yang bergantian melayani. Jadi mengalami kekurangan tenaga. Ditambah lagi Puskesmas melayani Rawat Inap dan sampai saat ini tidak ada Analis Laboratorium.” (Wawancara Kamis, 03 Agustus 2017)

Lain halnya dengan apa yang dialami oleh dr. Febby Wardhani Utami terhadap ketersediaan SDM dalam menjalani kebijakan ini yaitu:

“Sejauh ini SDM kami cukup, hanya saja ada satu Polindes yang tidak ada tenaga bidan “. (Wawancara Jum’at, 04 Agustus 2017)

Hal ini juga disampaikan oleh Kepala UPTD Puskesmas Toapaya Kecamatan Toapaya, dr. Elly May Yulis yaitu:

“SDM Kesehatan untuk Puskesmas Toapaya telah terpenuhi, baik untuk pelayanan dalam gedung maupun kegiatan di luar gedung Puskesmas sudah cukup.” (Wawancara Jum’at, 04 Agustus 2017)

Dari wawancara ini, penulis menyimpulkan bahwa sumber daya manusia yang ada di Puskesmas dalam menjalankan kebijakan Peraturan Bupati Bintan Nomor 35 Tahun 2016 tentang “Pelayanan Kesehatan Dasar Gratis di Pusat Kesehatan Masyarakat dan Rawat Inap kelas III di Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Bintan” masih relatif berimbang antara kekurangan SDM dan kecukupan.

Namun dapat dilihat bahwa kunjungan yang pernah dicatatkan pada tahun 2016, khususnya pelayanan Rawat Jalan Puskesmas bahwa kunjungan Rawat Jalan di Puskesmas Tanjung Uban termasuk sangat tinggi dan di Puskesmas Teluk Sasah termasuk tinggi sama halnya dengan Puskesmas Toapaya dan Mantang. Namun untuk Puskesmas Teluk Bintan kunjungan Rawat Jalannya tergolong rendah sehingga kebutuhan akan SDM yang mencukupi masih dirasa kurang.

2) Proses, aspek yang diamati dari gejala :

a) Kebijakan ditransformasikan dalam bentuk pelayanan kepada masyarakat.

Berdasarkan tujuan dari kebijakan peraturan Bupati Bintan Nomor 35 Tahun 2016 tentang “Pelayanan Kesehatan Dasar Gratis di Pusat Kesehatan Masyarakat dan Rawat Inap kelas III di Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Bintan” terlihat pada tujuan umumnya yaitu untuk meningkatkan akses, pemerataan dan mutu pelayanan kesehatan terhadap seluruh masyarakat Kabupaten Bintan guna tercapainya derajat kesehatan masyarakat yang optimal secara efektif dan efisien, serta tujuan khususnya yaitu: membantu dan meringankan beban masyarakat dalam pembiayaan pelayanan kesehatan, meningkatnya cakupan masyarakat dalam mendapatkan pelayanan kesehatan pada Puskesmas beserta jaringannya dan pada Rumah Sakit rujukan milik Pemerintah Daerah, meningkatnya kualitas pelayanan kesehatan bagi masyarakat di daerah, meningkatnya pemerataan pelayanan kesehatan bagi masyarakat di daerah serta terselenggaranya jaminan pembiayaan pelayanan kesehatan masyarakat di daerah.

Hal ini dapat dilihat dari hasil wawancara Plh. Kepala UPTD Puskesmas Tanjung Uban Kecamatan Bintan Utara, Sri Purnama Rezeki, SKM sebagai berikut:

“Untuk kebijakan pemberian pelayanan kepada masyarakat kesehatan gratis tidak ada bedanya dengan pelayanan yang umum dan BPJS, karena tata cara pemberiannya tetap sama, hanya mekanisme dan sistemnya yang berbeda.” (Wawancara Rabu, 02 Agustus 2017)

Begitu juga dengan apa yang disampaikan oleh dr. Kurniawan yang menjabat sebagai Kepala UPTD Puskesmas Teluk Sasah Kecamatan Seri Kuala Lobam adalah sebagai berikut:

“Untuk pelayanan setelah kebijakan dijalankan efeknya tidak terlalu besar dengan Puskesmas lain. Ada peningkatan namun tidak spesifik. Dengan menunjukkan KTP masyarakat dapat berobat gratis, walaupun tanpa ada jaminan BPJS. Ada peningkatan namun tidak terlalu besar.” (Wawancara Rabu, 02 Agustus 2017)

Hal senada juga disampaikan oleh dr. Muhammad Yamin selaku Kepala Puskesmas UPTD Mantang Kecamatan Mantang yaitu:

“Pelayanan kepada masyarakat dilakukan seperti biasa, dilayani semaksimalnya, seperti kebijakan-kebijakan yang sudah diberikan, sesuai dengan KTP Bintang dan digratiskan.” (Wawancara Kamis, 03 Agustus 2017)

Begitu juga apa yang disampaikan oleh Kepala Puskesmas Teluk Bintang dr. Febby Wardhani Utami:

“Yang sudah dilayani walaupun ada yang tidak membawa KTP tetap dilayani, dan akan ditelusuri dan sejauh ini tidak ada masalah.” (Wawancara Jum'at, 04 Agustus 2017)

Dan juga seperti yang disampaikan oleh Kepala Puskesmas Toapaya, dr. Elly May Yulis terhadap kebijakan terhadap pelayanan kepada masyarakat sebagai berikut:

“Untuk ke masyarakat selama proses pelayanan gratis tidak mengalami kendala, yang tidak mempunyai KTP untuk pelayanan berikutnya harus membawa KTP.” (Wawancara Jum'at, 04 Agustus 2017)

Hasil dari wawancara ini, penulis melihat bahwa tujuan kebijakan peraturan Bupati Bintang Nomor 35 Tahun 2016 tentang “Pelayanan

Kesehatan Dasar Gratis di Pusat Kesehatan Masyarakat dan Rawat Inap Kelas III Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Bintan” terhadap pelayanan kesehatan kepada masyarakat tetap sama dan tidak membedakan.

b) Efektivitas dan efisiensi dalam pelaksanaan kebijakan.

Dunn (2002:610) mengatakan bahwa “Efektivitas berarti apakah hasil yang diinginkan telah dicapai, sedangkan efisien berarti seberapa banyak usaha diperlukan untuk mencapai hasil yang diinginkan”. Efektivitas dari kebijakan Peraturan Bupati Bintan Nomor 35 Tahun 2016 tentang “Pelayanan Kesehatan Dasar Gratis di Pusat Kesehatan Masyarakat dan Rawat Inap kelas III di Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Bintan” dalam mencapai *total coverage* atau cakupan semesta dapat dilihat apakah akan menambah kepesertaan JKN khususnya yang Mandiri semakin meningkat, dimana masyarakat mempunyai kesadaran dan kemauan untuk menjadi peserta JKN dengan kemampuan membayar premi asuransi secara mandiri, mengingat masyarakat miskin dan tidak mampu sudah menjadi tanggungan Pemerintah Pusat menjadi peserta PBI dan ditambah dengan anggaran APBD bagi masyarakat miskin dan kurang mampu yang tidak *tercover* oleh pusat menjadi tanggungan daerah menjadi peserta PBI APBD. Hal ini dapat dilihat bahwa angka kemiskinan di Kabupaten Bintan sebesar 6,23 % atau 9.600 jiwa. Jika dilihat bantuan yang telah disalurkan dan menjadi tanggungan Pemerintah Pusat yang diberikan sebanyak 30.000 jiwa serta ditambah dari APBD Kabupaten Bintan sebesar 10.000 jiwa sehingga tidak ada lagi masyarakat miskin

yang tidak terlindungi Jaminan Kesehatan Nasional. Dan ini berarti selebihnya masyarakat yang belum *tercover* oleh JKN sudah dikatakan masyarakat yang mampu menjadi kepesertaan mandiri.

Efisiensi Peraturan Bupati Bintan Nomor 35 Tahun 2016 tentang “Pelayanan Kesehatan Dasar Gratis di Pusat Kesehatan Masyarakat dan Rawat Inap kelas III di Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Bintan” berarti dengan biaya atau dana yang dikeluarkan oleh pemerintah dapat mendongkrak kepesertaan menuju *total coverage* atau cakupan semesta di Kabupaten Bintan, dimana Pemerintah Kabupaten Bintan untuk tahun 2017 menganggarkan untuk membantu masyarakat miskin dan kurang mampu di luar tanggungan PBI Pusat menjadi PBI Daerah dengan mengeluarkan biaya sebesar Rp. 23.000,- per jiwa per bulan sebanyak 10.000 jiwa selama 12 bulan.

Untuk mengetahui efektivitas dan efisiensi kebijakan ini dalam mencapai *Universal Health Coverage* (UHC) seperti apa yang disampaikan oleh Plh. Kepala Puskesmas Tanjung Uban Sri Purnama Rezeki, SKM yaitu:

“Kalau menurut saya, kebijakan pelayanan kesehatan gratis ini kurang efisien karena di satu sisi membantu masyarakat untuk mendapatkan pelayanan tanpa mengeluarkan biaya tapi masyarakat bila tidak diberikan edukasi akan menjadi manja karena tidak akan berusaha memberdayakan dirinya karena tanpa biayapun sudah bisa berobat.” (Wawancara Rabu, 02 Agustus 2017)

Seperti halnya juga apa yang disampaikan oleh dr. Kurniawan, Kepala Puskesmas UPTD Teluk Sasah terhadap keefektifan dan keefisienan kebijakan ini, yaitu:

“Masyarakat sekarang mengandalkan dengan KTP saja, yang sudah punya BPJS ada beberapa yang tidak membayar karena merasa sudah ada tanggungan lain dan yang belum menjadi peserta BPJS tidak mendaftar ke BPJS, namun tetap dimotivasi untuk menjadi peserta BPJS, karena sifatnya sementara dan layanannya terbatas.” (Wawancara Rabu, 02 Agustus 2017)

Seperti juga yang disampaikan oleh dr. Muhammad Yamin, Kepala UPTD Puskesmas Mantang tentang efektif dan efisien kebijakan ini, yaitu:

“Kebijakan ini sebenarnya bagus, mungkin pada pelaksanaannya yang masih kurang, seperti obat. Yang kedua, jika merujuk ke Rumah Sakit, gratis hanya di Bintan saja, itupun kalau ada KTP. Pada pasien yang tidak punya BPJS, yang harus dirujuk dari RS Bintan mereka harus membayar, sedangkan banyak masyarakat yang tidak tercover BPJS. Di wilayah kerja Puskesmas malah menurun untuk peserta BPJS Mandiri, karena mereka sekarang lebih mengharapkan KTP, namun tetap dimotivasi untuk menjadi peserta BPJS Mandiri.” (Wawancara Kamis, 03 Agustus 2017)

Tidak jauh berbeda dengan apa yang disampaikan oleh dr. Febby Wardhani Utami, Kepala Puskesmas Teluk Bintan, yaitu:

“Kebijakan ini membuat masyarakat tidak menjadi peserta JKN dan malah peserta JKN menjadi tidak lagi membayar iurannya, tetapi Puskesmas tetap menyarankan agar menjadi peserta JKN, namun tetap dengan program ini masyarakat menjadi terlena.” (Wawancara Jumat, 04 Agustus 2017)

Seperti halnya yang lain, dr. Elly May Yulis memberikan tanggapannya terhadap efektivitas dan efisiensi kebijakan ini, yaitu:

“Pada awal kegiatan, masyarakat merasa sudah keenan dan peserta BPJS banyak yang menunggak, namun 2-3 bulan ini mereka sudah kembali membayar iuran.” (Wawancara Jumat, 04 Agustus 2017)

Dari paparan hasil wawancara dan hasil capaian sampai dengan bulan Juli 2017, penulis mendapatkan bahwa kebijakan Peraturan Bupati

Bintan Nomor 35 Tahun 2016 tentang “Pelayanan Kesehatan Dasar Gratis di Pusat Kesehatan Masyarakat dan Rawat Inap Kelas III Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Bintan” untuk mencapai *Universal Health Coverge* (UHC) pada tahun 2019 tidak efektif dan tidak efisien.

3) Hasil (*output*), diamati dari gejala :

a) Hasil atau produk yang dihasilkan

Hasil atau produk dari kebijakan adalah Dinas Kesehatan Kabupaten Bintan sebagai salah satu organisasi perangkat daerah yang membawahi 15 UPTD Puskesmas dan RSUD Bintan melaksanakan kebijakan dengan memberikan layanan pengobatan dasar gratis di Puskesmas dan layanan Rawat Inap Kelas III di RSUD Kabupaten Bintan bagi seluruh penduduk Bintan dengan menunjukkan identitas berupa KTP ataupun KK Bintan.

Adapun pelaksanaannya di masing-masing Puskesmas dengan mengikuti SOP (Standar Operasional Prosedur) yang telah dibuat oleh Puskesmas dari mulai awal pendaftaran sampai dengan akhir pelayanan. Konsekuensi dari kebijakan ini adalah bahwa Puskesmas tidak memungut biaya dan Puskesmas tidak melakukan penyetoran retribusi ke kas daerah. Namun untuk penggantian pelayanan yang telah dilakukan maka dibuatlah suatu kegiatan di masing-masing Puskesmas pada RKA (Rencana Kerja dan Anggaran) tahun 2017 untuk penggantian biaya jasa medis yang telah diberikan sebanyak jumlah kunjungan pasien yang dilayani.

Bagaimana hasil atau produk yang dihasilkan dari sebuah kebijakan peraturan Bupati Bintan Nomor 35 tahun 2016 tentang

“Pelayanan Kesehatan Dasar Gratis di Pusat Kesehatan Masyarakat dan Rawat Inap Kelas III Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Bintang” dapat diketahui dari hasil wawancara yang telah dilakukan.

Tanggapan dari Plh. Kepala UPTD Puskesmas Tanjung Uban, Sri Purnama Rezeki, SKM terhadap hasil atau produk yang dihasilkan dari kebijakan ini:

“Jumlah kunjungan pasien melonjak hampir 50 %, untuk kebijakan pemberian pelayanan kepada masyarakat kesehatan gratis tidak ada bedanya dengan pelayanan yang umum dan BPJS, karena tata cara pemberiannya tetap sama hanya mekanisme dan sistemnya yang berbeda.” (Wawancara Rabu, 02 Agustus 2017)

Sedangkan dr. Muhammad Yamin, Kepala UPTD Puskesmas Mantang, mengatakan:

“Di Puskesmas Mantang sampai saat ini dilakukan pengobatan gratis, untuk kunjungan pasien meningkat jauh lebih besar, sebelum kebijakan dilakukan kunjungan ke puskesmas paling banyak 10 pasien dalam 24 jam, saat ini setelah kebijakan dilaksanakan dalam 24 jam kunjungan pasien 35 -40 orang.” (Wawancara Kamis, 03 Agustus 2017)

Begitu pula apa yang dinyatakan oleh dr. Febby Wardhani Utami, Kepala Puskesmas Teluk Bintang, yaitu:

“Pasien yang datang dengan KTP Bintang walaupun bukan penduduk Teluk Bintang akan dilayani gratis. Semenjak pengobatan gratis ini menjadi meningkat yang biasanya 5 pasien menjadi 20 pasien.” (Wawancara Jum’at, 04 Agustus 2017)

Sama halnya dengan apa yang dinyatakan oleh dr. Elly May Yulis, Kepala UPTD Puskesmas Toapaya, yaitu:

“Untuk masyarakat Toapaya yang menggunakan KTP Bintang telah berjalan dengan baik walaupun berdomisili di luar kecamatan

Toapaya. Semenjak diberlakukan pelayanan gratis ini mengalami kenaikan, yang biasanya sehari 15-20 pasien menjadi 20-30 pasien.” (Wawancara Jum’at, 04 Agustus 2017)

Dari apa yang telah disampaikan oleh masing-masing Kepala UPTD Puskesmas, penulis mendapatkan bahwa hasil atau produk yang dihasilkan dari kebijakan peraturan Bupati Bintan Nomor 35 Tahun 2016 tentang “Pelayanan Kesehatan Dasar Gratis di Pusat Kesehatan Masyarakat dan Rawat Inap kelas III di Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Bintan” tetap biasa seperti pelayanan kepada masyarakat tanpa mempedakan status pembayarannya, sedangkan yang menjadi signifikan adalah jumlah kunjungan berobat ke Puskesmas menjadi meningkat.

b) Beberapa orang yang berhasil mengikuti kebijakan.

Peneliti menilai bahwa yang mengikuti Kebijakan Peraturan Bupati Bintan Nomor 35 Tahun 2016 tentang “Pelayanan Kesehatan Dasar Gratis di Pusat Kesehatan Masyarakat dan Rawat Inap kelas III di Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Bintan” dari hasil wawancara dengan kepala UPTD Puskesmas didapati kunjungan ke Puskesmas telah melonjak sebanyak 50 % - 200 %. Namun hasil akhirnya yang menjadi peserta JKN hanya sebatas bantuan dari Pemerintah Kabupaten Bintan (PBI APBD) sedangkan yang Mandiri tidak banyak berarti. Bahkan sebaliknya yang telah menjadi Peserta JKN Mandiri banyak yang menunggak pembayaran premi bulanan ke BPJS Kesehatan seperti tergambar dalam Tabel 4.8 Data Kepesertaan JKN Kabupaten Bintan s/d Juli 2017, dimana pada akhir tahun 2016 terdapat 5.599 peserta yang menunggak, di awal tahun 2017

penambahan peserta sebanyak 3.157 orang yang didapat dari bantuan pembiayaan dari Pemkab Bintan namun penunggakan bertambah menjadi 5.889 orang. Penambahan terus terjadi sampai kuota yang disediakan oleh Pemkab terpenuhi dimana pada semester pertama tahun 2017 terjadi penambahan peserta sebanyak 6.371 peserta sedangkan kepesertaan mandiri yang menunggak sebanyak 8.556 peserta. Hal ini patut menjadi perhatian pemerintah mengingat keterbatasan anggaran yang ada dan masih banyak peserta yang belum terdaftar menjadi peserta JKN sedangkan waktu pelaksanaan *total coverage* sudah dekat.

4) Dampak (*outcome*), diamati dari gejala :

- a) Dampak yang diterima oleh masyarakat luas atau pihak yang terkena kebijakan.

Dampak yang diterima oleh masyarakat luas adalah bahwa seluruh masyarakat Bintan yang datang berobat ke puskesmas dan dirujuk ke RSUD Bintan dengan menunjukkan bukti berupa KTP (Kartu Tanda Penduduk) atau KK (Kartu Keluarga) Bintan dapat dilayani tanpa harus dipungut biaya.

Seperti apa yang disampaikan oleh dr. Kurniawan, Kepala UPTD Puskesmas Teluk Sasah Kecamatan Seri Kuala Lobam, yaitu:

“...dengan menunjukkan KTP masyarakat dapat berobat gratis, walaupun tanpa ada jaminan BPJS.” (Wawancara Rabu, 02 Agustus 2017)

Sama halnya dengan apa yang disampaikan oleh Kepala UPTD Puskesmas Mantang, dr. Muhammad Yamin, yaitu:

“Masyarakat lebih mudah mendapatkan pelayanan, baik obat dan penyakit-penyakit yang perlu penanganan jangka panjang tidak lagi terputus-putus.” (Wawancara Kamis, 03 Agustus 2017)

Hal yang sama juga disampaikan oleh dr. Febby Wardhani Utami, Kepala UPTD Puskesmas Teluk Bintang, yaitu:

“Yang belum memiliki kartu JKN-KIS dengan menunjukkan KTP dapat berobat gratis.” (Wawancara Jum’at, 04 Agustus 2017)

Begitu juga dengan apa yang disampaikan oleh dr. Elly May Yulis, Kepala UPTD Puskesmas Toapaya:

“Yang belum memiliki kartu JKN/KIS dengan menunjukkan KTP dapat berobat gratis.” (Wawancara Jum’at, 04 Agustus 2017)

Dijalankannya kebijakan Peraturan Bupati Bintang Nomor 35 Tahun 2016 tentang “Pelayanan Kesehatan Dasar Gratis di Pusat Kesehatan Masyarakat dan Rawat Inap kelas III di Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Bintang” telah menimbulkan dampak pada kunjungan berobat Masyarakat Kabupaten Bintang yang memiliki KTP atau KK sebagai pengganti identitas penduduk Bintang dapat mengikuti pelayanan kesehatan gratis di Puskesmas-puskesmas di Kabupaten Bintang, sehingga tidak ada lagi alasan bahwa masyarakat Bintang tidak dapat berobat ke Puskesmas dikarenakan biaya pengobatan. Artinya, kebijakan ini sangat membantu masyarakat Bintang dalam memperoleh pelayanan kesehatan dasar di Puskesmas.

b) Dampak positif dan negatif.

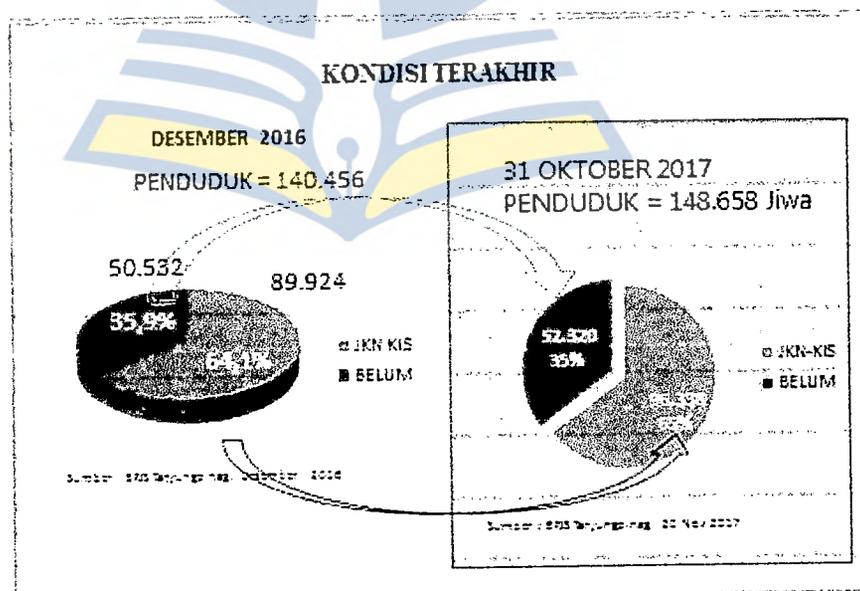
Dampak positif Peraturan Bupati Bintan Nomor 35 Tahun 2016 tentang “Pelayanan Kesehatan Dasar Gratis di Pusat Kesehatan Masyarakat dan Rawat Inap kelas III di Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Bintan, seperti apa yang disampaikan akibat dampak kebijakan ini secara umum, yaitu seluruh penduduk Bintan mendapatkan pelayanan kesehatan dasar gratis di seluruh puskesmas yang ada di Wilayah Kabupaten Bintan tanpa memandang kemampuan atau status sosial ekonomi masyarakat, baik orang yang masuk kedalam katagori mampu maupun tidak mampu apalagi miskin dan rentan miskin dengan menunjukkan bukti sebagai penduduk Bintan, bahkan yang lupa membawa identitas ataupun sedang mengurus identitas tetap dilayani dengan tanpa dipungut biaya.

Adapun dampak negatif yang ditimbulkan akibat kebijakan Peraturan Bupati Bintan Nomor 35 Tahun 2016 tentang “Pelayanan Kesehatan Dasar Gratis di Pusat Kesehatan Masyarakat dan Rawat Inap kelas III di Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Bintan” merupakan hal yang perlu mendapatkan perhatian khusus oleh Pemkab Bintan, mengingat tujuan akhir dari kebijakan ini adalah bahwa Pemerintah Kabupaten Bintan berharap pada 1 Januari 2019 seluruh penduduk Bintan telah menjadi Peserta Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) sesuai dengan Peraturan Presiden Republik Indonesia Nomor 111 Tahun 2013 tentang “Perubahan Atas Peraturan Presiden Republik Indonesia Nomor 12 Tahun 2013 tentang Jaminan Kesehatan”.

Jika diamati sejak diberlakukannya Kebijakan Peraturan Bupati Bintang Nomor 35 Tahun 2016 tentang “Pelayanan Kesehatan Dasar Gratis di Pusat Kesehatan Masyarakat dan Rawat Inap kelas III di Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Bintang” per Januari 2017, dimana pada akhir tahun 2016 dari Tabel 4.8 Data Kepesertaan JKN Kabupaten Bintang s/d Juli 2017, Data BPJS Kesehatan Cabang Bintang Tahun 2017 terlihat bahwa dari 144.096 jiwa penduduk Bintang, yang telah terlindungi Jaminan Kesehatan Nasional dari berbagai jenis kepesertaan adalah sebesar 59,78 % atau sebanyak 86.143 jiwa. Artinya Pemerintah Kabupaten Bintang masih harus mengupayakan agar sisa penduduk Bintang yang belum terlindungi dengan Jaminan Kesehatan sebanyak 57.953 jiwa atau sebesar 40,22 % serta mempertahankan agar peserta yang telah menjadi peserta JKN namun menunggak dari kewajiban membayar premi bulanan yang sampai dengan akhir Desember sebanyak 5.599 jiwa atau sebesar 3,89 % dapat meneruskan pembayaran premi yang tertunda dan menjadi peserta JKN aktif.

Hasil yang didapat setelah kebijakan Peraturan Bupati Bintang Nomor 35 Tahun 2016 tentang “Pelayanan Kesehatan Dasar Gratis di Pusat Kesehatan Masyarakat dan Rawat Inap kelas III di Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Bintang” dijalankan selama 6 bulan terakhir didapatkan kondisi sebagai berikut: Pada Bulan Juli 2017 total kepesertaan menjadi 92.515 jiwa atau sebesar 64,20 % dari 144.096 jiwa, berarti ada kenaikan kepesertaan sebanyak 6.371 jiwa atau naik sebesar 4,42 % dan yang masih belum terlindungi JKN menjadi 51.582 jiwa atau sebesar

35,80 %, ini dapat dilihat bahwa kenaikan sebesar 6.371 jiwa yang berasal dari kepesertaan Mandiri hanya 0,06 % atau sebanyak 4 peserta dan yang terbesar adalah dengan menggunakan Jamkesda yaitu PBI APBD sebesar 85,83 % atau sebanyak 5.468 jiwa, sementara peserta JKN Mandiri yang menunggak menjadi sebanyak 8.556 jiwa naik sebesar 5,37 % dari 5.599 atau dari total kepesertaan bulan juni sebanyak 92.444 atau sebesar 9,26 %. Sehingga dapat disimpulkan bahwa dengan dijalankannya kebijakan Peraturan Bupati Bintang Nomor 35 Tahun 2016 tentang “Pelayanan Kesehatan Dasar Gratis di Pusat Kesehatan Masyarakat dan Rawat Inap kelas III di Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Bintang” tidak banyak berarti untuk mengajak masyarakat untuk menjadi peserta JKN Mandiri, sebaliknya peserta JKN Mandiri banyak yang menunggak pembayaran iuran premi bulanan.



Gambar 4.5 Kondisi Pelaksanaan Kebijakan

Dari hasil wawancara untuk mengetahui dampak positif dan negatif dari kebijakan peraturan Bupati Bintan Nomor 35 Tahun 2016 tentang “Pelayanan Kesehatan Dasar Gratis di Pusat Kesehatan Masyarakat dan Rawat Inap kelas III di Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Bintan”, seperti apa yang disampaikan oleh Sri Purnama Rezeki (Plh. Kepala UPTD Puskesmas Tanjung Uban Kecamatan Bintan Utara) yaitu :

“Dampak positif dari kebijakan ini masyarakat terbantu, yang memiliki KTP bisa mendapatkan pelayanan kesehatan secara gratis di puskesmas, dari peserta BPJS sendiri justru tidak nampak dampak positif tapi dampak negatif karena yang terjadi di puskesmas yang awalnya mereka menjadi peserta BPJS Mandiri menjadi enggan meneruskan kepesertaannya dengan terus membayar premi.” (Wawancara Rabu, 02 Agustus 2017)

Begitu juga apa yang disampaikan oleh Kepala UPTD Puskesmas Teluk Sasah, dr. Kurniawan:

“semua masyarakat yang memiliki KTP bahkan yang sedang dalam pengurusan bisa mendapatkan pelayanan, jadi masyarakat dipermudah, kemudian dampak negatif mereka hanya mendapatkan pelayanan dasar dan mereka tidak mau mengikuti BPJS dan malah ada yang berhenti membayar premi, jadi masih menjadi kendala untuk memotivasi mengikuti BPJS.” (Wawancara Rabu, 02 Agustus 2017)

Demikian juga halnya dengan apa yang disampaikan oleh dr. Muhammad Yamin, Kepala UPTD Puskesmas Mantang:

“dampak positif tingkat kesehatan masyarakat meningkat, kesadaran masyarakat untuk berobat lebih tinggi, kepercayaan masyarakat kepada puskesmas lebih tinggi. Negatifnya, mereka tidak mau menjadi BPJS Mandiri.” (Wawancara Kamis, 03 Agustus 2017)

Hal senada juga disampaikan oleh Kepala UPTD Puskesmas Teluk Bintang, dr. Febby Wardhani Utami, yaitu:

“Dampak positif di masyarakat tidak takut berobat ke puskesmas karena tidak dipungut biaya, kekurangannya masyarakat yang sudah menjadi JKN Mandiri akan lalai membayar iuran dan akan memberatkan mereka sendiri jika dirujuk ke Rumah Sakit.”
(Wawancara Jum’at, 04 Agustus 2017)

Hal senada juga dapat dilihat dari pernyataan Kepala UPTD Puskesmas Toapaya, dr. Elly May Yulis:

“Masyarakat merasa ringan dengan pengobatan gratis, dampak positif lebih mudah mendapat pelayanan tanpa mengeluarkan biaya dan dampak negatifnya merasa terlena sehingga ada yang berpikiran tidak guna lagi menggunakan BPJS Kesehatan.”
(Wawancara Jum’at, 04 Agustus 2017)

Dari hasil yang diperoleh terhadap empat fenomena diatas, yaitu; *input*, proses, *output* dan *outcome*, peneliti selanjutnya membuat tabel matriks perencanaan dan realisasi diantara empat fenomena yang diharapkan oleh Pemerintah Kabupaten Bintang dengan kenyataan yang terjadi. Berikut ini adalah tabel matriks perencanaan dan realisasi terhadap kebijakan peraturan Bupati Bintang Nomor 35 Tahun 2016 tentang “Pelayanan Kesehatan Dasar Gratis di Pusat Kesehatan Masyarakat dan Rawat Inap kelas III di Rumah Sakit Daerah Kabupaten Bintang”:

Tabel 4.10
Matriks Perencanaan dan Realisasi
Peraturan Bupati Bintang Nomor 35 Tahun 2016

No	Fenomena	Perencanaan	Realisasi
1.	Input	<p>a. Sumber daya pendukung dan bahan-bahan dasar yang diperlukan untuk melaksanakan kebijakan yang disediakan oleh Dinas Kesehatan dan puskesmas sebagai pelaksana kebijakan.</p> <p>b. Sumber daya manusia yang dipersiapkan untuk menjalankan kebijakan yang terdiri dari tenaga medis, paramedis dan non paramedis</p>	<p>a. Sumber daya pendukung dan bahan-bahan dasar yang diperlukan untuk melaksanakan kebijakan yang disediakan oleh Dinas Kesehatan dan puskesmas sebagai pelaksana kebijakan.</p> <p>b. Sumber daya manusia yang dipersiapkan untuk menjalankan kebijakan yang terdiri dari dokter, dokter gigi, perawat, bidan, analis labor, analis apoteker, administrasi, supir ambulans menggunakan tenaga yang tersedia di puskesmas dengan mengupayakan tambahan tenaga sebagai Tenaga Harian Lepas.</p>
2.	Proses	<p>a. Kebijakan ditujukan untuk seluruh penduduk Bintang dengan menggunakan KTP dan KK</p> <p>b. Efektifitas ditujukan bagi masyarakat Bintang yang telah berobat agar menjadi peserta JKN Mandiri apabila tidak tergolong miskin/kurang mampu dan bagi masyarakat Bintang yang tidak mampu akan didaftarkan menjadi peserta JKN PBI APBD dengan membawa SKTM ke Dinas Sosial</p>	<p>a. Kebijakan ditujukan untuk semua penduduk Bintang baik yang menggunakan KTP atau KK serta bagi penduduk Bintang yang tidak memiliki atau sedang memproses pembuatan KTP atau KK.</p> <p>b. Efektifitas kurang berjalan dengan baik karena masyarakat yang tidak tergolong miskin/kurang mampu tidak mendaftarkan sebagai peserta JKN Mandiri malah terjadi penunggakan pembayaran premi bagi peserta JKN Mandiri (drop out)</p>

		c. Efisiensi ditunjukkan dengan kebijakan ini maka diharapkan seluruh masyarakat Bintan di tahun 2019 seluruhnya sudah menjadi peserta JKN (<i>total coverage</i> tercapai)	c. Efisiensi tidak terjadi, malah seluruh masyarakat menginginkan menjadi peserta JKN dengan iuran yang dibayarkan oleh pemerintah, padahal pemerintah menginginkan terjadinya kepesertaan yang mandiri.
3.	Hasil	Terwujudnya masyarakat dengan derajat kesehatan yang baik, ditandai dengan mudahnya mendapatkan pelayanan kesehatan yang diterima tanpa biaya yang dikeluarkan.	Masyarakat dengan mudah dan tanpa biaya memperoleh layanan kesehatan, terjadinya kunjungan yang meningkat dan efek yang tidak diinginkan adalah bahwa masyarakat kurang menjaga kesehatannya karena biaya kesehatan gratis sehingga program promosi kesehatan tidak dapat berjalan sebagaimana mestinya yaitu terciptanya pemberdayaan masyarakat.
4.	Dampak	Tercapainya tujuan Pemerintah Bintan bahwa seluruh masyarakat terlindungi Jaminan Kesehatan Nasional atau tercapainya <i>Universal Health Coverage</i> di tahun 2019	Masyarakat hanya mau menjadi peserta JKN dengan anggaran yang ditanggung oleh pemerintah daerah walaupun termasuk masyarakat mampu, malah terjadi penunggakan pembayaran premi oleh peserta JKN Mandiri.

BAB V

KESIMPULAN DAN SARAN

A. Kesimpulan

Berdasarkan hasil analisis implementasi kebijakan bidang pelayanan kesehatan yaitu Peraturan Bupati Bintan Nomor 35 Tahun 2016 tentang “Pelayanan Kesehatan Dasar Gratis di Pusat Kesehatan Masyarakat dan Rawat Inap Kelas III Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Bintan” maka peneliti menarik kesimpulan sebagai berikut:

- 1) Implementasi Jaminan Kesehatan Daerah (Jamkesda) di Kabupaten Bentan melalui Kebijakan Peraturan Bupati Nomor 35 Tahun 2016 yakni pelayanan kesehatan secara gratis untuk seluruh warga di Kabupaten Bintan telah dilaksanakan di semua Puskesmas dan sebagai Fasilitas Rawat Inap Kelas III RSUD di Kabupaten Bintan. Sejak dilaksanakan, program ini telah menimbulkan respons warga secara beragam. Dalam setiap implementasi kebijakan secara perdana secara teoritis selalu didapati hal-hal yang berbeda dengan harapan atau tujuan yang dicantumkan di dalam kebijakan. Setelah pelaksanaan kebijakan telah terjadi kenaikan jumlah kunjungan pasien secara signifikan. Kenaikan jumlah pasien ini menimbulkan penambahan beban kerja bagi para petugas kesehatan di Puskesmas maupun di RSUD. Namun penghargaan terhadap tambahan beban kenerja petugas tidak dapat diberikan karena belum diatur dalam peraturan yang berlaku. Dengan adanya Peraturan Bupati Nomor 35 Tahun 2016 masyarakat Bintan telah semakin banyak yang memperoleh pelayanan kesehatan secara gratis. Namun kemudian, sebaliknya

semakin banyak pula peserta JKN Mandiri yang menunggak kewajiban pembayaran premi asuransi bulanan. Melalui penelitian ini, terkait dengan target kebijakan, ditemukan pula adanya kecenderungan tidak tepat sasaran, yaitu pasien-pasien tidak seluruhnya merupakan target kebijakan yakni warga yang mampu. Di dalam prakteknya, terdapat penduduk yang sudah tergolong mampu justru menjadi peserta. Selain itu ditemukan pula bahwa kebutuhan obat-obatan dan bahan medis habis pakai mengalami peningkatan. Hal ini hanya terjadi sejak diterapkannya kebijakan kesehatan ini.

Adapun dampak positif kebijakan pelayanan kesehatan yang didasarkan pada Peraturan Bupati Bintang Nomor 35 Tahun 2016 ini adalah terbukanya peluang bagi seluruh penduduk Kabupaten Bintang untuk memperoleh pelayanan kesehatan dasar gratis di Puskesmas dan Rawat Inap Kelas III di RSUD Bintang. Dampak positif implementasi Peraturan Bupati Nomor 35 Tahun 2016 ini ialah tidak ada alasan untuk menolak setiap pasien atas alasan tidak ada biaya. Namun demikian, dampak negatif adalah bahwa sebagian masyarakat memandang bahwa mereka tidak perlu lagi menjadi peserta JKN Mandiri. Dapat ditambahkan bahwa program ini berdampak seolah-olah sehat itu gratis sehingga pemberdayaan pemerintah agar masyarakat berperilaku hidup bersih dan sehat sulit dijalankan.

- 2) Implementasi Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) di Kabupaten Bintang telah berjalan sesuai dengan ketentuan yang digariskan melalui kementerian Kesehatan, paket manfaat yang diterima oleh peserta dimana pelayanan diberikan di seluruh FKTP (Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama) berupa seluruh puskesmas yang ada di Kabupaten Bintang dan juga klinik swasta

mandiri yang ditunjuk dan bekerjasama dengan BPJS Kabupaten Bintan. Pelayanan diberikan secara berjenjang dimulai dari puskesmas dengan diwajibkan dapat menyelesaikan 155 jenis penyakit. Pembayaran Dana Kapitasi bulanan yang wajib diberikan oleh BPJS kepada puskesmas telah dilaksanakan serta pengelolaan keuangan dana kapitasi telah diberikan pedoman penggunaan dana kapitasi. Pembinaan dan pemantauan pelaksanaan JKN telah dilaksanakan, setiap tahunnya akan dievaluasi oleh BPKP dan BPK terhadap penggunaan dana kapitasi, perbaikan pelayanan terus diupayakan dimana diwajibkan adanya loket pengaduan, dan juga saat ini puskesmas diwajibkan untuk terakreditasi sebagai sebagian syarat pelaksanaan JKN.

- 3) Integrasi Jaminan Kesehatan Daerah (Jakesda) ke dalam Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) di Kabupaten Bintan sejak diterbitkannya Peraturan Bupati Bintan Nomor 35 Tahun 2016 dimana bertujuan agar pencapaian *Universal Health Coverage* (UHC) tahun 2019 tercapai di Kabupaten Bintan, dimana seluruh Penduduk Bintan telah menjadi peserta JKN ternyata masih sulit diwujudkan. Berdasarkan data yang didapat bahwa peningkatan kepesertaan JKN menuju UHC sangat kecil sekali, dimana penambahan banyak terjadi dari jenis kepesertaan yang pembiayaannya dari pemerintah Kabupaten Bintan, untuk jenis kepesertaan mandiri tidak bertambah, malahan kepesertaan Mandiri semakin banyak yang tidak lagi mau membayar premi bulanan dan menjadi peserta yang DO (*drop out*) dimana hal ini dikarenakan bahwa pelayanan kesehatan di Kabupaten Bintan telah digratiskan.

B. Saran

Berdasarkan kesimpulan diatas, maka berikut ini disampaikan beberapa saran atau rekomendasi sebagai masukan untuk melakukan perbaikan pelaksanaan Pelayanan Kesehatan Dasar Gratis di Pusat Kesehatan Masyarakat dan Rawat Inap Kelas III di Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Bintan, yaitu:

1. Kebijakan tentang Pelayanan Kesehatan Dasar Gratis hendaknya dilakukan secara selektif bagi masyarakat Bintan yang termasuk kategori miskin dan kurang mampu serta perlu mendaftarkan pasien dalam kepesertaan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) Penerima Bantuan Iuran (PBI) dengan premi ditanggung Pemerintah Daerah. Dengan demikian, menggunakan dana APBD Pemerintah Daerah ikut membantu mewujudkan *Universal Health Coverage* (UHC) di Kabupaten Bintan.
2. Bagi masyarakat mampu yang belum menjadi peserta JKN atau peserta JKN yang masih **menunggak/mangkir** membayar premi bulanan, pelayanan kesehatan gratis hendaknya dibatasi saja hanya sampai 2 – 3 kali pengobatan. Upaya ini merupakan cara agar mereka menjadi menjadi peserta JKN Mandiri aktif.
3. Perlu diberikan bantuan pendampingan dalam menjalani pengobatan terbatas kepada peserta JKN untuk pembiayaan-pembiayaan yang dibutuhkan namun tidak menjadi tanggungan BPJS jika akan dirujuk ke unit rujukan yang lebih tinggi seperti bantuan biaya transportasi, rujukan bagi pasien dan seorang anggota keluarga, biaya penggantian obat-obatan dan bahan medis habis pakai

yang diperlukan namun tidak menjadi tanggungan BPJS serta peruntukan rumah singgah selama menjalani pengobatan.

4. Perlu diupayakan subsidi pembayaran premi bagi peserta JKN Mandiri kepada Pemerintah Provinsi dengan pola yang diatur pembagiannya antar Pemprov, Pemkab dan peserta sehingga masyarakat yang ingin menjadi peserta JKN Mandiri tidak terbebani seluruh biaya premi yang harus disetorkan setiap bulannya.
5. Salah satu persyaratan atau indikator utama dalam penilaian kinerja pemerintah desa/kelurahan dan kecamatan ialah banyaknya persentase masyarakat yang telah menjadi peserta JKN di desa/kelurahan serta di kecamatan. Oleh sebab itu perlu dilakukan evaluasi yang berkesinambungan, dimana pemerintah desa/kelurahan serta kecamatan hendaknya berusaha agar seluruh masyarakatnya menjadi peserta JKN
6. Pemerintah Kabupaten Bintan perlu mendukung pengembangan kompetensi SDM (Sumber Daya Manusia) di Pusekesmas sekaligus memberikan dukungan perbaikan remunerasi para petugas yang secara langsung terkait dengan pelaksanaan Peraturan Bupati Bintan berupaya melengkapi sumber daya manusia di Puskesmas untuk menjalani kebijakan ini terutama pada Puskesmas-puskesmas yang mengalami kunjungan tinggi.
7. Perlu diupayakan pemanfaatan dana CSR (*Corporate Social Responsibility*) sebagai alternatif keharusan setiap perusahaan membantu pembayaran premi peserta JKN yang tergolong miskin dan tidak mampu, dengan melihat peraturan perundangan yang berlaku.

DAFTAR PUSTAKA

- Abidin, Said Zainal. (2004). *Kebijakan Publik*. Jakarta: Yayasan Pancur Siwah.
- Agustino, Leo. (2008). *Dasar-Dasar Kebijakan Publik*. Bandung: Alfabeta.
- Anderson, James E. (1969). *Public Policy Making*, 2nd edition. New York: Holt, Rinehart and Winston.
- _____ (2011). *Public Policymaking: An Introduction*. New York: Cengage.
- Arikunto, S. (1998). *Prosedur Penelitian: Suatu Pendekatan Praktek*. Jakarta: PT Rineka Cipta.
- Badjuri, Abdul Kahar & Yuwono, Teguh. (2005). *Kebijakan Publik Konsep dan Strategi*. Semarang: JLP UNDIP.
- Bogdan, R. & Taylor, Steven J. (1975). *Introduction to Qualitative Research Method*. New York: John Wiley & Sons.
- Bridgman, P. & Davis, G. (2000). *Australian Policy Handbook*. Sydney: Allen & Unwin.
- Bungin, Burhan. (2001). *Metodologi Penelitian Kualitatif dan Kuantitatif*. Yogyakarta: Gadjah Mada Press.
- Creswell, John W. (2007). *Qualitative Inquiry & Research Design: Choosing Among Five Approaches*. New Delhi: Sage Publications.
- Crossfield, Len & Byrne, Anne. (1994). *Review of The Evaluation Function in Department of Employment, Education and Training*. Canberra: Australia Govt. Pub. Service.
- Danim, Sudarwan. (2002). *Menjadi Peneliti Kualitatif*. Bandung: Pustaka Setia.
- Dunn, W. N. (2000). *Analisis Kebijakan Publik*. Yogyakarta: Gadjah Mada University Press.
- _____ (2002). *Pengantar Analisis Kebijakan Publik*, Terjemahan. Yogyakarta: Gadjah Mada University Press.
- Dye, Thomas R. (1987). *Understanding Public Policy*. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice-Hall, Inc.
- Easton, David. (1953). *The Political System: An Inquiry into The State of Political Science*. Alfred A. Knopf, N.Y; 2nd ed. 1971, 1981.

- Friedrich, Carl J. (1963). *Man and His Government*. New York: McGraw-Hill.
- Grindle, M. S. (1980). *Politics and Policy Implementation in the Third World*. New Jersey: Princeton University Press.
- Hamdi, Muchlis. (2014). *Kebijakan Publik: Proses, Analisis dan Partisipasi*. Bogor: Ghalia Indonesia.
- Islamy, Irfan M. (1984). *Prinsip-Prinsip Perumusan Kebijakan Negara*. Jakarta: Bumi Aksara.
- _____ (2009). *Prinsip-Prinsip Perumusan Kebijakan Negara*. Jakarta: Bumi Aksara.
- Lasswell, Harold D. & Kaplan, Abraham. (1970). *Power and Society*. New Haven: Yale University Press.
- Miles, B. Mathew & Huberman, Michael. (1992). *Qualitative Data Analysis*. New York: Sage Publishing.
- Moleong, Lexy J. (1996). *Metode Penelitian Kualitatif*. Bandung: PT Remaja Rosdakarya.
- _____ (2001). *Metodologi Penelitian Kualitatif*. Bandung: PT Remaja Rosdakarya.
- _____ (2011). *Metode Penelitian Kualitatif, Edisi Revisi*. Bandung: PT Remaja Rosdakarya.
- Mukti, Ali Gufron. (2007). *Reformasi Sistem Pembiayaan Kesehatan di Indonesia dan Prospek ke Depan*. Yogyakarta: PT Karya Husada Mukti.
- _____ (2007). *Strategi Terkini Peningkatan Mutu Pelayanan Kesehatan, Konsep dan Implementasi*. Pusat Pengembangan Sistem Pembiayaan dan Manajemen Asuransi/Jaminan Kesehatan Fakultas Kedokteran Universitas Gadjah Mada: Yogyakarta.
- Mulyana, Deddy. (2002). *Ilmu Komunikasi Suatu Pengantar*. Bandung: PT Remaja Rosdakarya.
- Nasution, S. (2002). *Metode Research: Penelitian Ilmiah*. Jakarta: Bumi Aksara.
- Nugroho, Riant D (2002). *Kebijakan Publik untuk Negara-Negara Berkembang. Model-model Perumusan, Implementasi, dan Evaluasi*. Jakarta: Elex Media Komputindo.
- Riduwan. (2004). *Metode dan Teknik Menyusun Tesis*. Bandung: Alfa Beta.
- Rose, Richard. (1969). *Policy Making in Great Britain*. London: McGraw-Hill.

- Singarimbun, Masri. (1994). *Metode Penelitian Survei*. Jakarta: LP3ES.
- Singarimbun, Masri dan Effendi, Sofyan. (1987). *Metodologi Penelitian Survei*. Jakarta: LP3ES.
- Spradley, James. (1980). *Participant Observation*. Florida: Holt, Rinehart and Winston.
- Suaedi, F. & W. Bintoro. (2010). *Revitalisasi Administrasi Negara: Reformasi Birokrasi dan E-Governance*. Jakarta: Graha Ilmu.
- Udoji, Chief J. O. (1981). *The African Public Servant: As A Public Policy in Africa*. Addis Abba: African Association for Public Administration and Management.
- Van Meter, Donalds and van Horn, Carl. (1975). *The Policy Implementation Process: A Conceptual Framework*. Department of Political Science: Ohio State University.
- Wahab, Abdul. (2004, 2012). *Analisis Kebijakan: Dari Formulasi ke Implementasi Kebijakan Negara*. Jakarta: Bumi Aksara.
- Warella, Y. (2002). *Prinsip-Prinsip Kebijakan Publik*, Modul Mata Kuliah. Semarang: Universitas Diponegoro.
- Winarno, Budi. (2007). *Kebijakan Publik: Teori dan Proses*. Jakarta: Media Presindo.
- _____ (2014). *Kebijakan Publik, Teori, Proses dan Studi Kasus*. Yogyakarta: CAPS.

Buku Pedoman

- Departemen Pendidikan dan Kebudayaan. (1997). *Kamus Besar Bahasa Indonesia*. Jakarta: Balai Pustaka.
- Kementerian Kesehatan RI. (2004). *Sistem Kesehatan Nasional*. Jakarta.
- _____ (2007). *Pedoman Pelaksanaan JPK Masyarakat Miskin (Askeskin) 2007*. Jakarta.
- _____ (2015). *Rencana Strategis Kementerian Kesehatan 2015-2019*.

Jurnal dan Artikel

- Dinas Kependudukan dan Catatan Sipil Kabupaten Bintan. (2015). *Data Kependudukan*, dari situs resmi Kementerian Dalam Negeri: <https://dukcapil.kemendagri.go.id>
- Dinas Kesehatan Jawa Tengah. (2014). *Profil Kesehatan Provinsi Jawa Tengah*, dari situs resmi Departemen Kesehatan RI: www.depkes.go.id
- Imallah, Rosiana Nur. (2014). Menganalisa Pelaksanaan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN): Sebuah Bukti atau Harapan Semu? *Kompasiana*, www.kompasiana.com
- Mukti, Ali Gufron. (2009). *Pengembangan Jaminan Pembiayaan Kesehatan Dalam Kontes Kesejahteraan Minimum: Studi Kasus Di Indonesia*. Dipaparkan dalam Seminar Nasional "Kesejahteraan Sosial Minimum" dalam Rangka Dies Natalies Ke-60 Universitas Gadjah Mada. Yogyakarta.
- Raksasataya, Amara. (1974). *Institutions and Processes for Policy Development in Thailand*, Policy Series, Colloquium on Policy Analysis and Development. *Asian Centre for Development Administration*, 25 – 28 November, Kuala Lumpur.
- Suandi, I Wayan. (2010). Eksistensi Kebijakan Publik dan Hukum Dalam Penyelenggaraan Pemerintah Daerah. *Jurnal Ilmiah Fakultas Ilmu Sosial dan Politik*, Vol. 1, No. 1, 2010.

Situs

World Health Organization. www.who.int

Peraturan Perundangan

- Keputusan Menteri Kesehatan Nomor HK.02.02/Menkes/52/2015 tentang Rencana Strategis Kementerian Kesehatan Tahun 2015 – 2019.
- Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 061/Menkes/SK/II/2012 tentang Kelompok Kerja Persiapan Pelaksanaan SJSN.
- Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 374/Menkes/SK/V/2009 tentang Sistem Kesehatan Nasional 2009.
- Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 828/Menkes/SK/IX/2008 tentang Petunjuk Teknis Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan di Kabupaten/Kota.

Peraturan Bupati Bintan Nomor 35 Tahun 2016 tentang Pelayanan Kesehatan Dasar Gratis di Puskesmas dan Rawat Inap Kelas III di RSUD Kabupaten Bintan.

Peraturan Daerah Kabupaten Bintan Nomor 3 Tahun 2011 tentang Retribusi Jasa Umum.

Peraturan Daerah Kabupaten Bintan Nomor 11 Tahun 2007 tentang Pembentukan Kelurahan Toapaya Asri di Kecamatan Gunung Kijang, Desa Dendun, Desa Air Glubi di Kecamatan Bintan Timur, Kelurahan Tanjung Permai, Kelurahan Tanjung Uban Timur di Kecamatan Bintan Utara, Kelurahan Tembeling Tanjung di Kecamatan Bintan Teluk Bintan, Desa Kukup dan Desa Pengikik di Kecamatan Tambelan dan Kelurahan Kota Baru di Kecamatan Teluk Sebong.

Peraturan Daerah Kabupaten Bintan Nomor 12 Tahun 2007 tentang Pembentukan Kecamatan Toapaya, Kecamatan Mantang, Kecamatan Bintan Pesisir dan Kecamatan Seri Kuala Lobam.

Peraturan Menteri Nomor 75 Tahun 2014 tentang Puskesmas.

Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 001 Tahun 2012 tentang Sistem Rujukan Kesehatan Perorangan.

Peraturan Pemerintah Nomor 5 Tahun 2006 tentang Perubahan Nama Kabupaten Kepulauan Riau Menjadi Kabupaten Bintan.

Peraturan Presiden Nomor 12 Tahun 2013 tentang Jaminan Kesehatan.

Peraturan Presiden Nomor 111 Tahun 2013 tentang Perubahan Atas Peraturan Presiden Nomor 12 Tahun 2013 tentang Jaminan Kesehatan.

Putusan Mahkamah Konstitusi Nomor 007/PUU-III/2005 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional.

Undang-Undang Dasar 1945 Pasal 28 H.

Undang-Undang Dasar 1945 Pasal 34 ayat (1), (2) dan (3).

Undang-Undang Nomor 12 Tahun 1956 tentang Pembentukan Daerah Otonom Kabupaten Dalam Lingkungan Daerah Propinsi Sumatera Tengah.

Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintah Daerah.

Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS).

Undang-Undang Nomor 25 Tahun 2009 tentang Pelayanan Publik.

Undang-Undang Nomor 28 Tahun 2009 tentang Pajak Daerah dan Retribusi Daerah.

Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional.

PEDOMAN WAWANCARA

PEDOMAN WAWANCARA

ANALISIS IMPLEMENTASI KEBIJAKAN INTEGRASI PROGRAM KESEHATAN DAERAH DI KABUPATEN BINTAN

Pengantar Kepada Para Narasumber/Partisipan

Pemerintah Pusat telah menyepakati kebijakan Universal Health Coverage. UHC sudah merupakan program yang juga diadaptasi sebagai salah satu tujuan dalam pengentasan kemiskinan global, yaitu Sustainable Development Goals 2030. SDG ini merupakan lanjutan dari MDGs.

UHC mempunyai beberapa tujuan strategis. Tujuan itu sudah diadaptasi oleh Pemerintah RI dengan serangkaian kebijakan. Sebelumnya juga terdapat upaya meraih tujuan yang sudah dipunyai RI sebelum adanya UHC, misalnya BPJS. Pertanyaannya memang ialah tatkala salah satunya tujuan UHC adalah dapat memungkinkan seluruh penduduk mengatasi masalah pembiayaan, padahal sebagaimana kita ketahui, jika sesuatu diperoleh secara gratis maka pemerintahlah yang menanggungnya, Sedangkan pemerintah memperoleh uangnya iya dari rakyat juga.

Baiklah, di Kabupaten Bintan dengan digulirkannya Peraturan Bupati Nomor 35 Tahun 2016, yang merupakan pengejawantahan dari Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor HK.02.02/Menkes/52/2015 tentang Rencana Strategis Kementerian Kesehatan Tahun 2015-2019. Perbup telah dilaksanakan. Di lapangan tentu terjadi dinamika, Pertanyaan kami, apa saja dinamika itu dan mengapa menurut Bapak/Ibu bisa terjadi hal-hal demikian? Kemudian, jika ditelaah, pasti selalu ada keadaan yang tidak diharapkan. Sedangkan di sisi lain tidak selalu keadaan yang tidak diharapkan mengganggu program. Akan tetapi ada jua kemungkinannya bahwa keadaan yang ditimbulkan oleh kebijakan, bisa membebani aparatur lain yang secara tidak langsung berurusan dengan suatu program. Atau, siapa tahu..... apakah ada hal-hal yang merupakan akibat dari digulirkannya kebijakan perbup di atas dan memang TELAH menimbulkan beban pembiayaan yang lebih tinggi dan dalam jangka panjang akan merugikan keuangan negara?

INPUT : Sumber daya pendukung dan bahan-bahan yang diperlukan

Bagaimana kesiapan obat dan bahan habis pakai serta peralatan kesehatan dalam menjalankan kebijakan ini (Perbup 35 Tahun 2016)

Bagaimana ketersediaan SDM kesehatan

PROSES : Kebijakan ditransformasikan dalam bentuk pelayanan kepada masyarakat

Bagaimana pelayanan kepada masyarakat terhadap kebijakan ini

Apakah kebijakan ini efektif dan efisien untuk mencapai tujuan universal health coverage di tahun 2019

OUT PUT : Hasil atau produk yang dihasilkan dari kebijakan yang dijalankan

Apakah hasil yang didapatkan dari kebijakan ini

Berapa orang yang berhasil mengikuti kebijakan ini

OUT COME : Dampak yang diterima oleh masyarakat luas atau pihak yang terkena kebijakan ini

1. Bagaimana akibat yang ditimbulkan kepada masyarakat atas kebijakan ini
2. Apa dampak positif dan negatif dari kebijakan ini

Pengukuran dan Kriteria Evaluasi Kebijakan Publik

Menurut Bridgman & Davis (2000:130) pengukuran evaluasi kebijakan publik secara umum mengacu pada empat indikator pokok, yaitu : (1) indikator input, (2) indikator proses, (3) indikator output dan (4) indikator outcome. Adapun penjelasannya sebagai berikut :

Indikator input memfokuskan pada penilaian apakah sumber daya pendukung dan bahan-bahan dasar yang diperlukan untuk melaksanakan kebijakan. Indikator ini dapat meliputi sumber daya manusia, uang atau infrastruktur pendukung lainnya.

Indikator proses memfokuskan pada penilaian bagaimana sebuah kebijakan ditransformasikan dalam bentuk pelayanan langsung kepada masyarakat. Indikator ini meliputi aspek efektivitas dan efisiensi dari metode atau cara yang dipakai untuk menilai kebijakan publik tertentu.

Indikator Output (hasil) memfokuskan penilaian pada hasil atau produk yang dapat dihasilkan dari sistem atau proses kebijakan publik. Indikator hasil ini misalnya berapa orang yang berhasil mengikuti program tertentu.

Indikator outcomes (dampak) memfokuskan diri pada pertanyaan dampak yang diterima oleh masyarakat luas atau pihak yang terkena kebijakan.

TRANSKRIP HASIL WAWANCARA DENGAN RESPONDEN

1. Plh. Kepala Puskesmas Tg Uban
SRI PURNAMA REZEKI, SKM
Rabu, 2 Agustus 2017

INPUT

“Untuk kesiapan obat dan bahan habis pakai, karena puskesmas Tg Uban adalah Puskesmas BLUD, alhamdulillah tidak mengalami kekurangan, karena apabila obat dan bahan habis pakai dari Dinas tidak mencukupi maka akan digunakan biaya dari puskesmas untuk membelinya”.

“Ketersediaan SDM Kesehatan ditinjau dari Permenkes 75 masih banyak kekurangan terutama di SDM fungsional seperti perawat, karena puskesmas perawatan yang harus 24 jam operasional sehingga ada tiga shift, dengan jumlah pegawai PNS dan NonPNS sebanyak 56 orang namun presentase untuk dokter dan perawat cukup kecil”.

PROSES

“Untuk kebijakan pemberian pelayanan kepada masyarakat kesehatan gratis tidak ada bedanya dengan pelayanan yang umum dan BPJS, karena tata cara pemberiannya tetap sama hanya mekanisme dan sistemnya yang berbeda”.

“Kalau menurut saya kebijakan pelayanan kesehatan gratis ini kurang efisien karena di satu sisi membantu masyarakat untuk mendapatkan pelayanan tanpa mengeluarkan biaya tapi masyarakat bila tidak diberikan edukasi akan menjadi manja karena tidak akan berusaha memberdayakan dirinya karena tanpa biayaapun sudah bisa berobat”.

OUT PUT

“Jumlah kunjungan pasien melonjak hampir 50%...”.

OUTCOME

“Dampak positif dari kebijakan ini masyarakat terbantu, yang memiliki KTP bisa mendapatkan pelayanan kesehatan secara gratis di puskesmas, dari peserta BPJS sendiri justru tidak nampak dampak positif tapi dampak negatif karena yang terjadi di puskesmas yang awalnya mereka menjadi peserta BPJS Mandiri menjadi enggan meneruskan kepesertaannya dengan terus membayar premi”.

2. KEPALA PUSKESMAS TELUK SASAH
dr. KURNIAWAN
Rabu, 2 Agustus 2017

INPUT.

“Untuk ketersediaan obat sampai saat ini belum banyak masalah masih lancar, untuk bahan habis pakai juga, karena puskesmas BLUD jika mengalami kekurangan bisa dianggarkan. Kemudian yang jadi masalah adalah SDM yang masih kurang, karena dokter yang ada hanya dua orang dan salah satunya sedang cuti”.

PROSES

“Untuk pelayanan setelah kebijakan dijalankan efeknya tidak terlalu besar dengan puskesmas lain, ada peningkatan namun tidak spesifik, dengan menunjukkan KTP masyarakat dapat berobat gratis, walaupun tanpa ada jaminan BPJS, ada peningkatan namun tidak terlalu besar”.

“Masyarakat sekarang menghandalkan dengan KTP saja, yang sudah punya BPJS ada beberapa yang tidak membayar karena merasa sudah ada tanggungan lain dan yang belum menjadi peserta BPJS tidak mendaftar ke BPJS, namun tetap dimotivasi untuk menjadi peserta BPJS, karena sifatnya sementara dan layanannya terbatas”.

OUTPUT

“Untuk pelayanannya tidak membedakan antara pasien BPJS, pasien umum maupun pasien yang datang dengan membawa KTP Bintang...”.

OUT COME

“Semua masyarakat yang memiliki KTP bahkan yang sedang dalam pengurusan bisa mendapatkan pelayanan, jadi masyarakat dipermudah, kemudian dampak negatif mereka hanya mendapatkan pelayanan dasar dan mereka tidak mau mengikuti BPJS dan malah ada yang berhenti membayar premi, jadi masih menjadi kendala untuk memotivasi mengikuti BPJS”.

3. KEPALA PUSKESMAS MANTANG

Dr. MUHAMMAD YAMIN

Kamis, 3 Agustus 2017

INPUT

“Berhubung dengan obat, karena meningkatnya jumlah kunjungan pasien dibandingkan sebelum ada kebijakan ini, jumlah obat di puskesmas mantang lebih cepat habis, akibatnya ada beberapa obat yang kehabisan, pada saat meminta ke Instalasi Farmasi Kabupaten ternyata obatnya belum datang, untuk perlengkapan dari Kabupaten telah dilengkapi”.

“Untuk SDM kita ada kekurangan, hanya ada dua dokter termasuk saya yang bergantian melayani. Jadi menalami kekurangan tenaga ditambah lagi puskesmas melayani rawat inap dan sampai saat ini tidak ada analisis laboratorium”.

PROSES

“Pelaan kepada masyarakat dilakukan seperti biasa, dilayani semaksimalnya, seperti kebijakan-kebijakan yang sudah diberikan, sesuai dengan KTP Bintang dan digratiskan”.

“Kebijakan ini sebenarnya bagus, mungkin pada pelaksanaannya yang masih kurang, seperti obat, yang kedua jika merujuk ke rumah sakit, gratis hanya di bintang saja, itupun kalau ada KTP, pada pasien yang tidak punya BPJS, yang

harus dirujuk dari RS Bintan mereka harus membayar, sedangkan banyak masyarakat yang tidak tercover BPJS”.

“Di wilayah kerja puskesmas, malah menurun untuk peserta BPJS Mandiri, karena mereka sekarang lebih mengharapkan KTP, namun tetap dimotivasi untuk menjadi peserta BPJS Mandiri”.

OUTPUT

“Di Puskesmas Mantang sampai saat ini dilakukan pengobatan gratis, untuk kunjungan pasien meningkat jauh lebih besar, sebelum kebijakan dilakukan kunjungan ke puskesmas paling banyak 10 pasien dalam 24 jam, saat ini setelah kebijakan dilaksanakan dalam 24 jam kunjungan pasien 35 -40 orang”.

OUT COME

“Masyarakat lebih mudah mendapatkan pelayanan, baik obat dan penyakit-penyakit yang perlu penanganan jangka panjang tidak lagi terputus-putus”.

“Dampak positif tingkat kesehatan masyarakat meningkat, kesadaran masyarakat untuk berobat lebih tinggi, kepercayaan masyarakat kepada puskesmas lebih tinggi. Negatifnya, mereka tidak mau menjadi BPJS Mandiri”.

4. KEPALA PUSKESMAS TELUK BINTAN

Dr. Febby Wardhani Wulandari
Jum'at, 4 Agustus 2017

INPUT

“Untuk obat dan bahan habis pakai serta alat kesehatan yang ada di Puskesmas Teluk Bintan sejauh ini memadai, hanya saja ada beberapa obat yang habis dan bisa kami atasi dengan pembelian obat dana JKN”.

“Sejauh ini SDM kami cukup, hanya saja ada satu polindes yang tidak ada tenaga bidan”.

PROSES

“Yang sudah dilayani walaupun ada yang tidak membawa KTP tetap dilayani, dan akan ditelusuri dan sejauh ini tidak ada masalah”.

“Kebijakan ini membuat masyarakat tidak menjadi peserta JKN dan malah peserta JKN menjadi tidak lagi membayar iurannya, tetapi puskesmas tetap menyarankan agar menjadi peserta JKN, namun tetap dengan program ini masyarakat menjadi terlena”.

OUTPUT

“Pasien yang datang dengan KTP Bintan walaupun bukan penduduk teluk bintan akan dilayani gratis”.

“Semenjak pengobatan gratis ini menjadi meningkat yang biasanya 5 pasien menjadi 20 pasien”.

OUTCOME

“Untuk saat sekarang ada baiknya karena banyak yang belum memiliki kartu JKN/KIS dengan menunjukkan KTP dapat berobat gratis, hanya saja kalau akan dirujuk ke Rumah Sakit mereka tetap akan membayar. Sebaiknya kedepan jika termasuk tidak mampu agar diberikankartu JKN”.

“Dampak positif di masyarakat tidak takut berobat ke puskesmas karena tidak dipungut biaya, kekurangannya masyarakat yang sudah menjadi JKN Mandiri akan lalai membayar iuran dan akan memberatkan mereka sendiri jika dirujuk ke Rumah sakit”.

5. KEPALA PUSKESMAS TOAPAYA

Dr. ELLY MAY YULIS

JUM'AT, 4 AGUSTUS 2017

INPUT

“Sejak januari 2017 ketersediaan obat tidak pernah mengalami kekosongan, memang ada beberapa obat dari dinas mengalami kekosongan, dipenuhi melalui dana kapitasi JKN, namun perlu rekomendasi dari dinas terhadap obat-obat apa saja yang tidak tersedia”.

“SDM Kesehatan untuk puskesmas toapaya telah terpenuhi, baik untuk pelayanan dalam gedung maupun kegiatan di luar gedung puskesmas sudah cukup”.

PROSES

“Untuk ke masyarakat selama proses pelayanan gratis tidak mengalami kendala, yang tidak mempunyai KTP untuk pelayanan berikutnya harus membawa KTP Pada awal kegiatan, masyarakat merasa sudah keenakkan dan peserta BPJS banyak yang menunggak, namun 2 -3 bulan ini mereka sudah kembali membayar iuran”..

OUTPUT

“Untuk masyarakat toapaya yang menggunakan KTP Bintang telah berjalan dengan baik walaupun berdomisili di luar kecamatan Toapaya”.

“Semenjak diberlakukan pelayanan gratis ini mengalami kenaikan, yang biasanya sehari 15-20 pasien menjadi 20-30 pasien”.

OUTCOME

“Masyarakat merasa ringan dengan pengobatan gratis, dampak positif lebih mudah mendapat pelayanan tanpa mengeluarkan biaya dan dampak negatifnya merasa terlena sehingga ada yang berpikiran tidak guna lagi menggunakan BPJS Kesehatan”.

ANALYSIS IMPLEMENTATION OF PROGRAM INTEGRATION POLICY UNIVERSAL HEALTH COVERAGE IN BINTAN REGENCY

Untung Siswanto

(untungsiswanto1971@gmail.com)

Abstract

Universal Health Coverage (UHC) is one of the goals of Sustainable Development Goals (SDG's) which is expected to be realized for all people around the world by 2030. The Government of Indonesia from January 1, 2014 has launched the National Health Insurance (JKN) which aims to provide welfare protection for the Indonesian people from health expenses, which are gradually planned as Universal Health Coverage for all Indonesians by 2019.

To accelerate the implementation of Integration of Regional Health Insurance of Bintan Regency into the National Health Insurance, the Government of Bintan Regency has issued a policy of Regulation of Bupati of Bintan Number 35 Year 2016 about "Free Basic Health Service at Public Health Center and Class III In RSUD Kabupaten Bintan".

This research was conducted to find out how the implementation of the policy of Regent Regulation of Bintan No. 35 of 2016 in integrating local health insurance into the National Health Insurance in an effort to achieve Universal Health Coverage in Bintan Regency in the Year 2019. This research uses qualitative approach method where the research focus on Bupati policy Bintan No. 35 of 2016, data collection using questionnaires, interviews, observation and documentation study with the interview locus involving the head of UPTD Puskesmas in Bintan Regency and personally involved in policy issuance.

The results showed that the policy issued to achieve Universal Health Coverage in 2019 seen from the input indicators, processes, outputs and outcomes was less in line with expectations and ineffective and efficient, the conclusion of this study is the policy that has been run can be enjoyed by the entire community Bintan in obtaining health services for free but has not revealed the expected results that all residents of Bintan become participants of the National Health Insurance in an effort to reach Bintan regency that has been Universal Health Coverage in 2019.

Keyword : implementation, integration, universal health coverage