

**LAPORAN PENELITIAN  
DOSEN PROGRAM STUDI**

Implementasi Program JKN pada Rumah Sakit sebagai Pemberi Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjut (FKRTL) di Bagian Rawat Inap Rumah Sakit Umum Haji Surabaya



**TIM PENELITIAN**

1. Sri Roekminiati, S.Sos, M.KP (NIDN. 0713087001)
2. Drs. Sapto Pramono, M.Si (NIDN.0711076201)

Dibiayai Oleh Universitas Dr. Soetomo Sesuai Dengan Surat Keputusan Rektor Universitas Dr. Soetomo Nomor: OU.453/B.1.05/XI/2016 tentang Hibah Penelitian DIPA Universitas Dr. Soetomo Tahun 2016, Tanggal 22 Nopember 2016

**JURUSAN ADMINISTRASI NEGARA  
FAKULTAS ILMU ADMINISTRASI  
UNIVERSITAS Dr. SOETOMO  
SURABAYA  
2017**



## HALAMAN PENGESAHAN

1. Judul Penelitian : Implementasi Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) pada Rumah Sakit sebagai Pemberi Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjut di Bagian Rawat Inap Rumah Sakit Haji Surabaya.
2. Ketua Peneliti
- a. Nama lengkap dengan gelar : Sri Roekminiati, S.Sos, M.Kp
  - b. Pangkat/Gol/NPP : Asisten Ahli/III-b/94.01.1.165
  - c. Jabatan Fungsional/Struktural : Dosen Biasa
  - d. Pengalaman penelitian : (*terlampir dalam CV*)
  - e. Program Studi/Jurusan : Administrasi Negaran
  - f. Fakultas : Ilmu Administrasi
  - g. Alamat Rumah/HP : 081230503227
  - h. E-mail : sriroekminiati@gmail.com
3. Jumlah Tim Peneliti : (1) orang
- a. Nama lengkap dengan gelar : Drs.Sapto Pramono, M.Si
  - b. Pangkat/Gol/NIP : Lektor/III-d/88.01.1037
  - c. Jabatan Fungsional / Struktural : Dosen Biasa
4. Lokasi Penelitian : Rumah Sakit Haji Surabaya
5. Jangka waktu penelitian : 7 Bulan
6. Biaya Penelitian : Rp.5.000.000
- a. DIPA Penelitian Unitomo : Rp. 3.000.000,-
  - b. Sumber lain, sebutkan ..... : Rp -

Surabaya, Mei 2017



Ketua Peneliti

(Sri Roekminiati, S.Sos, M.KP)  
NPP: 94.01.1.165



Dr. Sri Utami Ady, SE.MM.  
NIP/NIK: 94.01.1.170

## IDENTITAS DAN URAIAN UMUM PENELITIAN

---

**1. Judul Penelitian :** Implementasi Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) pada Rumah Sakit sebagai Pemberi Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjut di Bagian Rawat Inap Rumah Sakit Haji Surabaya.

**2. Tim Peneliti**

No	Nama	Jabatan	Bidang Keahlian	Instansi Asal	Alokasi Waktu (Jam/minggu)
1	Sri Roekminiati, S.Sos, M.KP	Ketua	Implementasi Kebijakan Publik	Jurusan Administrasi Negara, Fakultas Ilmu Administrasi, Universitas Dr Soetomo	24 minggu
2.	Drs. Sapto Pramono, M.Si	Anggota	Kebijakan Publik	Jurusan Administrasi Negara, Fakultas Ilmu Administrasi, Universitas Dr Soetomo	24 minggu

**3. Obyek Penelitian**

Pelaksanaan Pasien Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) Pada Rumah Sakit sebagai Pemberi Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjut di Bagian Rawat Inap Rumah Sakit Haji Surabaya

**4. Masa Pelaksanaan**

Mulai : bulan: Nopember tahun: 2016  
Berakhir : bulan: Mei tahun: 2017

**5. Usulan Biaya DIPA Penelitian Unitomo :** Rp. 3.000.000,00

**6. Lokasi Penelitian:** Bagian Rawat Inap Rumah Sakit Haji Surabaya.

**7. Temuan yang ditargetkan:** Identifikasi pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan (JKN) dari variabel komunikasi, sumberdaya, disposisi dan struktur birokrasi.

**8. Kontribusi mendasar pada suatu bidang ilmu:**

Program JKN adalah suatu kebijakan pemerintah yang bertujuan untuk memberikan pelayanan kesehatan paripurna. Tetapi pada taraf implementasi masih banyak kekurangan dalam pelayanan, baik di rumah sakit maupun puskesmas. Adanya penelitian ini diharapkan memiliki kontribusi untuk mengidentifikasi hambatan dan dukungan terkait dengan komunikasi; sumberdaya meliputi: SDM, finansial, sarana prasarana; komitmen pimpinan rumah sakit dan hubungan antar lembaga sehingga tujuan Program JKN dapat terwujud.

**9. Jurnal Ilmiah yang menjadi sasaran adalah:**

Jurnal Ilmu Administrasi: Media Pengembangan Ilmu dan Praktek Administrasi, STIAN LAN, Bandung.

**10. Rencana luaran Publikasi Jurnal Ilmiah Tahun 2018**

## KATA PENGANTAR

Dengan memanjatkan puji syukur ke hadirat Allah SWT, atas limpahan rahmat dan hidayah-NYA akhirnya peneliti dapat menyelesaikan laporan penelitian yang berjudul “**Implementasi Program JKN pada Rumah Sakit sebagai Pemberi Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjut (FKRTL) di Bagian Rawat Inap Rumah Sakit Umum Haji Surabaya**”.

Penelitian ini bermaksud untuk dapat mendeskripsikan, menganalisis dan menginterpretasikan Implementasi Program Implementasi Program JKN dalam perspektif George Edward III serta strategi pelayanan yang dikembangkan di Puskesmas Pucang Sewu.

Adapun secara umum penelitian dimaksud akan dipergunakan dan atau berguna untuk: (a) Memberikan masukan bagi rumah sakit pada umumnya terkait strategi pelayanan sesuai dengan kebutuhan masyarakat dalam pelaksanaan Program JKN sehingga menghasilkan pelayanan yang berkualitas. (b) Sebagai salah satu instrumen *monitoring* program JKN dalam upaya merekomendasikan langkah langkah bagi penyempurnaan pelaksanaan Program JKN yang sedang dan telah berjalan khususnya di rumah sakit sebagai FKRTL.

Akhirnya peneliti menyadari sepenuhnya bahwa laporan ini jauh dari sempurna. Tidak menutup kemungkinan apabila masih terdapat beberapa kekurangan. Oleh karenanya, kritik dan saran yang bersifat konstruktif demi penyempurnaan dari semua pihak akan peneliti terima dengan penuh sukacita.

Surabaya, Juni 2017

Peneliti

## RINGKASAN

Tujuan penelitian ini ingin mendeskripsikan, menganalisis dan menginterpretasikan implementasi kebijakan Program JKN pada Rumah Sakit sebagai Pemberi Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjut di Bagian Rawat Inap di Rumah Sakit Umum (RSU) Haji Surabaya. Dilihat dari 4 faktor yang mempengaruhi implementasi kebijakan yaitu: a) Komunikasi; b) Struktur Birokrasi; c) Sumberdaya; d) Sikap/Kecenderungan (*Disposition*) para pelaksana dan inovasi-inovasi pelayanan unggulan yang dikembangkan.

Penelitian ini menggunakan pendekatan deskripsi kualitatif. Adapun teknik penentuan informan dalam penelitian ini adalah Tenaga Kesehatan/medis dan Tenaga non Kesehatan/paramedis dan pasien rumah sakit peserta Program JKN yang datang untuk berobat atau rujukan. Prosedur Pengumpulan Data: a) Observasi atau pengamatan; b) Wawancara Mendalam/*In-Depth interview* dan c) Metode Dokumenter. Metode analisis data menurut Miles dan Huberman yang terdiri tiga alur kegiatan yaitu: 1) Reduksi Data; 2) Penyajian dan analisis data; dan 3) Menarik kesimpulan dan verifikasi/interpretasi.

Hasil penelitian menunjukkan dari 4 (empat) variabel yang mempengaruhi implementasi program JKN di RSU Haji Surabaya relatif berhasil dan mampu menghasilkan pelayanan yang berkualitas. 1) Dari pasien yang menjadi informan penelitian diketahui mengetahui program JKN atau biasa dikenal dengan BPJS dari tetangga, saudara, media maupun informasi dari petugas yang ada di rumah sakit saat berobat serta kepesertaan otomatis perpindahan dari Askes maupun dari Jamkesmas. 2) Di Instalasi Rawat Inap memang tidak bisa dipungkiri kalau kebutuhan ketenagaan masih kurang kira-kira 10%-15% dari pegawai yang sudah ada. Semua fasilitas yang ada di ruangan sesuai dengan kelas hanya ada beberapa hal yang perlu mendapatkan penanganan serius yaitu masalah keamanan pasien waktu dirawat dan juga masalah kenyamanan. Sumber pembiayaan Program JKN berasal dari besaran klaim yang dibayarkan oleh BPJS kepada Rumah Sakit. Sesuai INA CBGs. 3) Komitmen pelaksanaan Program JKN dapat dilihat di Instalasi Rawat Inap dengan berbagai kegiatan yang dilakukan pemerintah melalui Monitong dan Evaluasi (Monev), Pengembangan Standart Operasional Prosedur (SOP) layanan pasien JKN, Alur Layanan Pasien, Pengembangan layanan Pasien JKN dan pengembangan rawat inap untuk

pasien dengan penyakit tertentu. 4) Struktur Birokrasi. Menurut informasi dari beberapa informan, selama ini hubungan relatif baik baik dengan BPJS dalam klaim pembayaran dan Provinsi Jawa Timur, tidak menemui kendala berarti dan satu sama yang lain saling mendukung baik finansial maupun sarana prasarana. Selain hubungan yang bersifat eksternal, dalam struktur organisasi Instalasi Rawat Inap juga menjalin hubungan dan kerjasama dengan baik dengan bagian terkait. Sesuai dengan alur layanan pasien utamanya pasien JKN, baik PBI dan Non PBI yaitu dengan Instalasi Pengendali Kerjasama, Poliklinik, Depo Farmasi, Instalasi penunjang lain misalnya PK/PA/Radiologi maupun Rehabilitasi Medik.

Pada akhirnya dalam penelitian ini peneliti memberikan saran : 1) Bagi Pemerintah. Diharapkan tidak sering melakukan perubahan kebijakan. 2) Bagi BPJS. BPJS sebagai badan yang ditunjuk untuk melakukan Program JKN hendaknya menempatkan petugas yang berada di IGD siap memberikan informasi kepada masyarakat jika ada permasalahan maupun perubahan kebijakan baru. Bagi RSUD Haji Surabaya dan Instalasi Rawat Inap; 3) Terus melakukan inovasi layanan, utamanya layanan untuk pasien JKN baik PBI maupun Non PBI; 4) Bagi Pemerintah Provinsi Jawa Timur. Dukungan baik berupa dana, alat dan juga barang sangat diperlukan untuk peningkatan layanan di RSUD Haji umumnya dan Instalasi Rawat Inap khususnya; 5) Bagi Masyarakat. Selalu cerdas dalam menyikapi informasi khususnya kebijakan program JKN. 6) Bagi Peneliti. Tindak lanjut dari penelitian ini adalah adanya upaya dengan sekelompok dosen untuk melakukan pengabdian masyarakat kepada masyarakat tentang program JKN terkait dengan persyaratan kepesertaan, rujukan di Faskes Tk I dan tingkat lanjutan serta kebijakan terbaru tentang Program JKN.

Key words: Implementasi kebijakan, Program JKN, Rumah sakit

## SUMMARY

The purpose of this study is to describe, analyze and interpret the implementation of the JKN Program policy at the Hospital as the Provider of Advanced Referral Health Facilities at the Inpatient Section at Haji Surabaya General Hospital (RSU). Viewed from 4 factors that influence the implementation of the policy are: a) Communications; B) Bureaucratic Structure; C) Resources; d) Attitudes / Dispositions of executives and leading service innovations developed.

This research uses qualitative description approach. The techniques of determining informants in this study are Health / Medical and non-health / paramedical workers and hospital patients participating JKN Program who came for treatment or referral. Data Collection Procedure: a) Observation or observation; B) In-Depth Interviews and c) Documentary Methods. Data analysis methods according to Miles and Huberman consisting of three activities: 1) Data Reduction; 2) Presentation and analysis of data; And 3) Drawing conclusions and verification / interpretation.

The results showed that 4 (four) variables affecting the implementation of JKN program in RSU Haji Surabaya were relatively successful and able to produce quality services. 1) From the patient who became the research informant known to know JKN program or commonly known as BPJS from neighbors, relatives, media and information from the officers in the hospital during treatment and automatic participation of the movement from Askes and Jamkesmas. 2) In Installation Inpatient can not be denied if the need for energy is still less approximately 10% -15% of existing employees. All the facilities in the room in accordance with the class there are only a few things that need to get a serious handling of the patient's safety issues when treated as well as comfort issues. The source of JKN Program financing comes from the amount of claims paid by BPJS to the Hospital. Appropriate INA CBGs. 3) The commitment of the JKN Program implementation can be seen in the Inpatient Installation with various activities conducted by the government through Monitoring and Evaluation (Monev), Development of Standard Operating Procedure (SOP) of JKN patient service, Patient Service Flow, Development of JKN Patient Service and Inpatient Development for Patients with certain diseases. 4) Bureaucratic

Structure. According to information from some informants, so far relatively good relationship with both BPJS in payment claims and East Java Province, did not encounter significant constraints and each other support each other both financially and infrastructure. In addition to external relationships, in the organizational structure Inpatient Installation also establish relationships and cooperation well with the relevant sections. In accordance with the main patient service flow of JKN patients, both PBI and Non PBI is with the Control Installation Cooperation, Polyclinics, Pharmaceutical Depo, other supporting instalations such as PK / PA / Radiology and Medical Rehabilitation.

Finally in this research the researcher give suggestion: 1) For the Government. It is not expected to make frequent change of policy. 2) For BPJS. BPJS as the agency appointed to conduct the JKN Program should place the officers who are in IGD ready to provide information to the community if there are problems or new policy changes. For RSU Haji Surabaya and Inpatient Installation; 3) Continue to make service innovation, mainly services for JKN patient either PBI or Non PBI; 4) For East Java Provincial Government. Good support in the form of funds, tools and also goods is needed for service improvement in general Haj General Hospital and Installation of Inpatient especially; 5) For Masyarakat. Selalu intelligent in addressing information, especially the policy of JKN program. 6) For Researchers. The follow up of this research is an effort with a group of lecturers to perform community service to the community about JKN program related to membership requirements, references in Faskes Tk I and advanced level as well as the latest policy of JKN Program.

Key words: Policy Implementation, JKN Program, Hospital

## DAFTAR ISI

Sampul Depan .....	i
Sampul Dalam .....	ii
Lembar Pengesahan .....	iii
Identitas dan Uraian Umum Penelitian.....	iv
Kata Pengantar .....	v
Ringkasan .....	vi
Summary .....	viii
DAFTAR ISI .....	ix
DAFTAR GAMBAR .....	xi
DAFTAR TABEL .....	xii
<b>BAB I</b> PENDAHULUAN .....	1
1.1.Latar Belakang .....	1
1.2. Rumusan Masalah .....	7
<b>BAB II</b> TINJAUAN PUSTAKA .....	8
2.1. Kebijakan Publik .....	10
2.2. Proses Kebijakan.....	9
2.3. Model Proses Implementasi Kebijakan .....	12
2.6. Program JKN .....	21
<b>BAB III</b> TUJUAN DAN MANFAAT PENELITIAN .....	26
3.1. Tujuan Penelitian .....	26
3.2. Manfaat Penelitian .....	26
<b>BAB IV</b> METODE PENELITIAN .....	
4.1. Jenis/Rancangan Penelitian .....	28
4.2. Informan .....	29
4.3. Lokasi Penelitian .....	30
4.4. Prosedur Pengumpulan Data .....	30
4.5. Fokus Penelitian .....	31
4.6. Roadmap Penelitian .....	31
4.6. Metode Analisis Data .....	32
<b>BAB V</b> HASIL DAN PEMBAHASAN .....	
<b>BAB V</b> 5.1. Deskripsi Singkat Rumah Sakit Umum (RSU) Haji Surabaya...	35
5.2. Sekilas Tentang Instalasi Rawat Inap Rumah Sakit Umum (RSU) Haji Surabaya.....	39
5.3. Implementasi Program JKN di Rumah Sakit Umum (RSU) Haji Surabaya.....	44
5.2.1. Komunikasi .....	44
5.2.2. Sumberdaya .....	50
5.2.3. Disposisi .....	59
5.2.4. Struktur Birokrasi .....	63
5.4. Kendala-kendala apa yang dialami dalam rangka pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) .....	65
<b>BAB VI</b> PENUTUP .....	
6.1. Kesimpulan.....	70
6.2. Saran dan Rekomendasi .....	72
Daftar Pustaka .....	

## DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1	Ideal Kebijakan Publik.....	7
Gambar 2.2	Tahap-tahap Kebijakan Publik .....	10
Gambar 2.3	Proses Kebijakan yang Ideal .....	12
Gambar 2.4	Sekuensi Implementasi Kebijakan .....	13
Gambar 2.5	Interaksi Faktor-faktor Determinan Implementasi .....	18
Gambar 4.1	Model Analisis Data Interaktif .....	33
Gambar 5.1	Rumah Sakit Umum (RSU) Haji Surabaya tampak samping.....	35
Gambar 5.2	Pelayanan di Instalasi Rawat Jalan .....	38
Gambar 5.3.	Instalasi Pengendalian Internal .....	39
Gambar 5.4	Diagram Kunjungan Pasien Rawat Inap Tahun 2014-2016....	42
Gambar 5.5.	Struktur Organisasi Rawat Inap RSU Haji Surabaya .....	43
Gambar 5.6.	Alur Pasien Kerjasama (BPJS) Rawat Jalan RSU Haji Surabaya.....	46
Gambar 5.7.	Poster BPJS Kesehatan di RSU Haji Surabaya .....	46
Gambar 5.8	Poster JKN-KIS Kesehatan di RSU Haji Surabaya.....	44
Gambar 5.9	Wawancara peneliti dengan pasien PBI di Kelas III Marwah Lantai III .....	50
Gambar 5.10	Kebutuhan Tenaga di Instalasi Rawat Inap Berdasarkan Analisa Jabatan.....	53
Gambar 5.11	Kamar Perawatan RSU Haji Surabaya.....	57
Gambar 5.12	Wawancara peneliti dengan Bapak Imam Sudjono, S.Kep.Ns. Sekretaris Instalasi Rawat Inap .....	60
Gambar 5.13	SOP Pelayanan Administrasi Pasien JKN PBI dan JKN Non PBI yang dirujuk .....	61
Gambar 5.14	Alur Supervisi dan Alur Timbang Terima di Ruangan Rawat Inap .....	62
Gambar 5.15	Wawancara peneliti dengan Tri Wahyuni selaku Staff Admin Instalasi Rawat Inap .....	63
Gambar 5.16	Wawancara peneliti dengan Ibu Tanya selaku Ka. Instalasi Pengendali Kerjasama .....	66
Gambar 5.17	Nota Dinas dan Pengumuman Pemberlakuan Permenkes No 4 tahun 2017 .....	67

## DAFTAR TABEL

Tabel 2.1	Jenis Iuran Per Bulan Kepesertaan JKN.....	24
Tabel 4.1	Roadmap Penelitian .....	32
Tabel 5.1	Jumlah Kunjungan Pasien Berdasarkan Status dan Jenis Pasien.....	42
Tabel 5.2	Laporan Perspektif Pelanggan .....	45
Tabel 5.3	Kondisi Ketenagaan di Instalasi Rawat Inap Periode tahun 2014-2016 .....	51
Tabel 5.4	Jenis Ketenagaan di Instalasi Rawat Inap Periode tahun 2014-2016 .....	52
Tabel 5.5	Hasil Analisa Jabatan Instalasi Rawat Inap Tahun 2016 .....	53
Tabel 5.6	Pelatihan Sumber Daya Manusia Tahun 2013-2014 .....	55

# **BAB I**

## **PENDAHULUAN**

### **1.1.Latar Belakang**

Kesehatan adalah hak dasar setiap orang, dan semua warga negara berhak mendapatkan pelayanan kesehatan. Sesuai dengan falsafah dasar negara Pancasila terutama sila ke-5 mengakui hak asasi warga atas kesehatan. Hal ini juga termaktub dalam pasal 28H dan pasal 34 Undang-Undang Dasar 1945. Dalam Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan ditegaskan bahwa setiap orang mempunyai hak yang sama dalam memperoleh akses atas sumber daya di bidang kesehatan dan memperoleh pelayanan kesehatan yang aman, bermutu, dan terjangkau.

Kesadaran tentang pentingnya jaminan perlindungan sosial terus berkembang sesuai amanat pada perubahan UUD 1945 Pasal 134 ayat(2), yaitu menyebutkan bahwa negara mengembangkan Sistem Jaminan Sosial bagi seluruh rakyat Indonesia. Dengan dimasukkannya Sistem Jaminan Sosial dalam perubahan UUD 1945, kemudian terbitnya Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) menjadi suatu bukti yang kuat bahwa pemerintah dan pemangku kepentingan terkait memiliki komitmen yang besar untuk mewujudkan kesejahteraan sosial bagi seluruh rakyatnya. Melalui Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) sebagai salah satu bentuk perlindungan sosial, pada hakekatnya bertujuan untuk menjamin seluruh rakyat agar dapat memenuhi kebutuhan dasar hidupnya yang layak.

Untuk mewujudkan komitmen global sebagaimana amanat resolusi WHA ke-58 tahun 2005 di Jenewa yang menginginkan setiap negara mengembangkan *Universal Health Coverage (UHC)* bagi seluruh penduduk, maka pemerintah bertanggung jawab atas pelaksanaan jaminan kesehatan masyarakat melalui program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN).

Usaha ke arah itu sesungguhnya telah dirintis pemerintah dengan menyelenggarakan beberapa bentuk jaminan sosial di bidang kesehatan, diantaranya adalah melalui PT Askes (Persero) dan PT Jamsostek (Persero) yang melayani antara lain pegawai negeri sipil, penerima pensiun, veteran, dan

pegawai swasta. Untuk masyarakat miskin dan tidak mampu, pemerintah memberikan jaminan melalui skema Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas) dan Jaminan Kesehatan Daerah (Jamkesda). Namun demikian, skema-skema tersebut masih terfragmentasi, terbagi-bagi sehingga biaya kesehatan dan mutu pelayanan menjadi sulit terkendali.

Dasar kebijakan pelaksanaan JKN adalah: a) UUD 1945 pasal 28 H ayat (1), (2), (3) dan pasal 34 ayat (1), (2); b) UU Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) yang salah satu programnya adalah Jaminan Kesehatan Nasional (JKN), c) UU Nomor 24 tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS); d) PP Nomor 101 Tahun 2012 tentang Penerima Bantuan Iuran (PBI), e) Perpres Nomor 12 Tahun 2013 tentang Jaminan Kesehatan, f) Roadmap JKN, Rencana Aksi Pengembangan Pelayanan Kesehatan, Permenkes, Peraturan BPJS.

Seiring dengan dimulainya JKN per 1 Januari 2014, semua program jaminan kesehatan yang telah dilaksanakan pemerintah tersebut (Askes PNS, JPK Jamsostek, TNI, Polri, dan Jamkesmas), diintegrasikan ke dalam satu Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan (BPJS Kesehatan). Sama halnya dengan program Jamkesmas, pemerintah bertanggungjawab untuk membayarkan iuran JKN bagi fakir miskin dan orang yang tidak mampu yang terdaftar sebagai peserta Penerima Bantuan Iuran (PBI).

Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) yang dikembangkan di Indonesia merupakan bagian Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) yang diselenggarakan dengan mekanisme asuransi kesehatan sosial yang bersifat wajib (*mandatory*) berdasarkan Undang-Undang No. 40 Tahun 2004 tentang SJSN dan bertujuan untuk memenuhi kebutuhan dasar kesehatan masyarakat yang layak untuk setiap orang yang telah membayar iuran atau iurannya dibayar oleh Pemerintah. Artinya, seluruh biaya pengobatan akan ditanggung oleh pemerintah melalui JKN sesuai dengan batas kesepakatan yang telah ditanggung.. Prinsip yang diterapkan oleh JKN adalah prinsip gotong royong. Dalam SJSN, prinsip gotong royong berarti peserta yang mampu membantu peserta yang kurang mampu, peserta yang sehat membantu yang sakit atau yang beresiko tinggi, dan peserta yang sehat membantu yang sakit. Selain itu ada juga prinsip nirlaba,

keterbukaan, kehati-hatian, akuntabilitas, efisiensi dan efektivitas, portabilitas, kepesertaan yang bersifat wajib, dana amanat dan hasil pengelolaan dana digunakan seluruhnya untuk pengembangan program dan sebesar-besarnya untuk kepentingan peserta.

Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) yang diselenggarakan oleh BPJS Kesehatan memasuki tahun ke-4. Ada begitu banyak harapan, pujian, dan juga kritikan yang mengiringi perjalanan program yang memiliki tujuan meningkatkan derajat kesehatan masyarakat tersebut. Sebagai badan hukum publik yang mendapatkan amanat melaksanakan program JKN-KIS, kinerja BPJS Kesehatan sepanjang tahun 2016 juga dinilai semakin positif. Ini tentunya menjadi modal yang sangat penting dalam menuju cakupan semesta (*universal health coverage/UHC*) jaminan kesehatan untuk seluruh rakyat Indonesia.

Pelaksanaan program JKN telah dilewati dengan pencapaian kinerja yang terus membaik. Di usianya yang masih sangat muda, program ini telah dirasakan manfaatnya oleh lebih dari setengah penduduk Indonesia, dari yang di kota hingga yang ada di pelosok negeri. Program ini juga telah membuat Indonesia menjadi fokus perhatian dunia. Karena dari sisi besaran potensi warga yang dilindungi oleh program JKN-KIS merupakan salah satu sistem jaminan kesehatan terbesar di dunia.

Visi BPJS Kesehatan 2021 yaitu “Terwujudnya JKN-KIS Semesta yang Berkualitas dan Berkesinambungan bagi Seluruh Penduduk Indonesia”. Dalam upaya mendukung pencapaian Visi ini menetapkan lima Misi BPJS Kesehatan 2016-2021, yaitu: (1) Meningkatkan kualitas layanan yang berkeadilan, (2) Memperluas kepesertaan JKN-KIS mencakup seluruh Penduduk Indonesia, (3) Menjaga kesinambungan Program JKN-KIS, (4) Memperkuat kebijakan dan implementasi Program JKN-KIS, serta (5) Memperkuat kapasitas dan tata kelola organisasi. Visi dan Misi 2016-2021 ini diharapkan dapat semakin mengoptimalkan penyelenggaraan Program JKN-KIS melalui suatu kerangka program yang *sustain* dan berkualitas, guna meningkatkan kesehatan dan kesejahteraan Rakyat Indonesia.

Terdapat 3 fokus utama yang menjadi landasan dalam menyusun arah dan kebijakan yang akan dijalankan BPJS Kesehatan di tahun 2017. Adapun fokus

pertama adalah **Keberlangsungan finansial**, bagaimana menjamin keberlangsungan program JKN menuju cakupan semesta. Caranya adalah dengan Peningkatan rekrutmen peserta potensial dan meminimalkan *adverse selection*, peningkatan kolektibilitas iuran peserta dan seluruh segmen, peningkatan kepastian dan kemudahan pembayaran iuran, penerpan *law enforcement* bagi fasilitas kesehatan, peserta JKN-KIS dan Badan Usaha yang melanggar, serta efisiensi dan efektivitas pengelolaan dana operasional serta optimalisasi kendali mutu dan kendali biaya Dana Jaminan Sosial (DJS) Kesehatan.

Untuk Fokus kedua yaitu **Kepuasan Peserta** dilakukan dengan perbaikan sistem pelayanan online untuk seluruh peserta, implementasi *Coordination of Benefit (COB)* untuk Peserta Pekerja Penerima Upah, dan perluasan dan peningkatan kualitas fasilitas kesehatan (tingkat pertama dan lanjutan) khususnya optimalisasi peran FKTP sebagai *link* pelayanan tingkat pertama, serta kemudahan penanganan keluhan pelanggan dan akses informasi peserta.

Sedangkan fokus ketiga yaitu **Menuju Cakupan Semesta**, dilakukan dengan cara percepatan rekrutmen peserta, mobilisasi peran strategis kelembagaan baik pemerintah maupun non pemerintah untuk menggerakkan partisipasi dan peran serta masyarakat agar sadar memiliki jaminan kesehatan, serta peran aktif Kader JKN-KIS melalui organisasi kemasyarakatan, keagamaan yang memiliki struktur nasional daerah berbasis masyarakat dengan pola kerjasama dan pertanggungjawaban yang jelas.

Rencana Strategis BPJS Kesehatan Tahun 2016-2021 juga telah disusun sebagai acuan utama bagi BPJS Kesehatan – terutama dalam level strategis, makro, dan nasional – agar dapat menyelaraskan program JKN-KIS dengan Agenda Pembangunan Kesehatan Nasional Pemerintah Indonesia, sebagai salah satu prioritas dalam Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional (RPJMN) 2015-2019. Diharapkan ditahun 2017, Duta BPJS Kesehatan di seluruh Indonesia, dapat terus mengoptimalkan pengelolaan dan menjaga sustainabilitas Program Jaminan Kesehatan Nasional-Kartu Indonesia Sehat (JKN-KIS), di tengah berbagai tantangan yang semakin kompleks dan dinamis.

Dalam JKN, pelayanan kesehatan dilakukan berjenjang, mulai dari fasilitas pelayanan kesehatan primer, sekunder, hingga tersier. Penduduk yang

sakit harus mengakses layanan kesehatan primer terlebih dahulu, yakni puskesmas, dokter keluarga, dan klinik. Jika kompetensi layanan kesehatan primer ini tidak mampu menangani satu kasus, pasien akan dirujuk ke layanan kesehatan sekunder, yakni rumah sakit di daerah. Puskesmas juga akan bermitra dengan dokter umum dan klinik pratama, terutama untuk melakukan promosi pencegahan penyakit.

Tidak bisa dipungkiri selama pelaksanaan JKN yang masih berumur 4 tahun menemui berbagai macam kendala. Salah satu hal yang menjadi kendala adalah akses terhadap pelayanan kesehatan. Jumlah tenaga kesehatan yang ada masih kurang dari jumlah yang dibutuhkan. Kondisinya hingga tahun 2014 masih terdapat kekurangan jumlah tenaga kesehatan dokter spesialis 9.389 orang, dokter umum 33.773 orang, asisten apoteker 6.381 orang, sanitarian 10.687 orang, gizi 13.725 orang, keterampilan fisik 4.107 orang. (diakses tanggal 5 Januari 2015). Jumlah peserta BPJS tumbuh dengan cepat. Sementara pertumbuhan rumah sakit tak bisa mengimbangi. Per 3 Oktober 2014 peserta JKN telah mencapai 129.3 juta jiwa dan per 10 Oktober 2014 rumah sakit yang bekerjasama dengan BPJS sebanyak 1,592 buah. Sebanyak 671 rumah sakit swasta (40%) merupakan mitra BPJS ( sumber: websitepersisumut, diakses 29 Mei 2017). Akibatnya bisa berpengaruh terhadap penumpukan pasien. Peningkatan rumah sakit juga harus diimbangi kualitas. Karena BPJS ingin agar Rumah Sakit kerja sama atau mitra memenuhi standar akreditasi yang telah ditetapkan. Hal ini juga menjadi kendala tersendiri. Hal tersebut juga di perparah oleh tidak meratanya fasilitas kesehatan di daerah. Pada beberapa daerah Indonesia, kondisi geografis juga menjadi suatu masalah tersendiri, dimana infrastruktur jalan yang masih terbilang susah untuk diakses yang berimplikasi pada mahalnya biaya yang dikeluarkan untuk mencapai sarana kesehatan.

Dewan Jaminan Sosial Nasional (DJSN) telah melakukan monitoring dan evaluasi terhadap penyelenggaraan program JKN/KIS yang diselenggarakan BPJS Kesehatan pada semester I tahun 2016. Hasilnya, DJSN menemukan 8 masalah Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) dan Kartu Indonesia Sehat (KIS) yang perlu diperbaiki. Kedelapan masalah itulah yang selama ini dianggap sebagai bagian dari penghambat program JKN/KIS. *Pertama*, aspek kepesertaan, yaitu

penggunaan Nomor Induk Kependudukan (NIK) sebagai syarat pendaftaran peserta JKN/KIS. Ini diatur dalam Peraturan BPJS Kesehatan No. 1 Tahun 2014 dan Surat Edaran (SE) BPJS Kesehatan No. 17 Tahun 2016. *Kedua*, soal pelayanan, menyangkut prinsip portabilitas. Prinsip portabilitas dalam program JKN/KIS yang berjalan selama ini belum optimal. Portabilitas artinya setiap peserta dapat menikmati layanan kesehatan berkelanjutan di seluruh wilayah Indonesia. Kalaupun seorang peserta pergi ke daerah lain, ia tetap bisa mendapatkan layanan. *Ketiga*, menyangkut regionalisasi rujukan. Pelayanan dalam program JKN/KIS dilaksanakan secara berjenjang mulai dari FKTP sampai faskes rujukan tingkat lanjutan (FKRTL). Beberapa provinsi seperti Sumatera Selatan dan Jakarta mengatur rujukan itu berdasarkan wilayah administratif pemerintahan daerah. DJSN menilai regionalisasi rujukan tidak tepat karena menyebabkan peserta terhambat untuk mengakses pelayanan kesehatan. Peserta harus menempuh jarak yang jauh dengan biaya yang besar untuk mencapai sebuah faskes. *Keempat*, soal kriteria gawat darurat (*emergency*). Selama dua tahun program JKN/KIS berjalan, kriteria gawat darurat jadi kendala pelaksanaan pelayanan kesehatan di lapangan. Belum ada regulasi yang detail mengelompokkan kondisi-kondisi yang tergolong gawat darurat atau bukan. *Kelima*, perihal pembagian kelas perawatan. Pembagian kelas perawatan rawat inap yang ada saat ini dinilai DJSN tidak sesuai dengan amanat UU SJSN dan UU BPJS. Regulasi itu jelas menyebut kelas perawatan bagi peserta yang membutuhkan rawat inap menggunakan kelas standar tanpa ada pembagian kelas. *Keenam*, menyoal pengadaan obat-obatan. DJSN berpendapat item obat dalam *e-catalog* tidak dapat memenuhi kebutuhan. Karena itu *e-catalog* bukan satu-satunya cara untuk pengadaan obat dalam program JKN/KIS. Item obat yang tidak ada di *e-catalog* dapat mengacu harga pasar. Tetapi terkendala Permenkes No. 59 Tahun 2014 tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan Dalam Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan. Beleid ini menyebut pengajuan klaim atas obat program rujuk balik, obat penyakit kronis dan kemoterapi serta biaya pelayanan kefarmasian mengacu pada harga dasar obat sesuai *e-catalog*. DJSN merekomendasikan agar Permenkes itu ditinjau ulang. *Ketujuh*, terkait klasifikasi tarif INA-CBGs. Pasal 24 ayat (1) UU No. 40 Tahun 2004 tentang SJSN

mengamanatkan besarnya pembayaran kepada faskes untuk setiap wilayah ditetapkan berdasarkan kesepakatan antara BPJS dan asosiasi faskes di wilayah tersebut. Zaenal mengatakan ketentuan itu tidak terpenuhi karena tarif INA-CBGs sudah ditetapkan berdasarkan regional sehingga menutup ruang kesepakatan antara BPJS Kesehatan dan asosiasi faskes untuk menentukan tarif. *Kedelapan*, pembagian jasa medis di RS pemerintah. Selama ini pengaturan pembagian jasa medis di RS pemerintah berstatus badan layanan umum (BLU) hanya mencantumkan presentase maksimal. Dikhawatirkan ini disalahgunakan manajemen RS dan merugikan tenaga medis. Sementara RS atau faskes pemerintah daerah yang belum BLUD pembagian remunerasinya dapat tertunda dan tidak pasti. Jelas kondisi tersebut menurunkan motivasi tenaga pelaksana, sehingga berpengaruh terhadap mutu pelayanan peserta JKN/KIS.

Melihat segala keterbatasan dan kendala pelaksanaan Program JKN di Indonesia secara umum, dari sisi penyelenggara yaitu BPJS, Rumah Sakit dan puskesmas mendorong penulis ingin mengetahui lebih dalam lagi terkait Implementasi Program JKN pada Rumah Sakit sebagai Pemberi Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjut (FKRTL) di Bagian Rawat Inap Rumah Sakit Umum Haji Surabaya. Penelitian ini merupakan penelitian lanjutan. Penelitian sebelumnya yang telah penulis teliti adalah Implementasi Program JKN di Puskesmas Pucang Sewu Kecamatan Gubeng Kota Surabaya sebagai Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP)

## **1.2. RUMUSAN MASALAH**

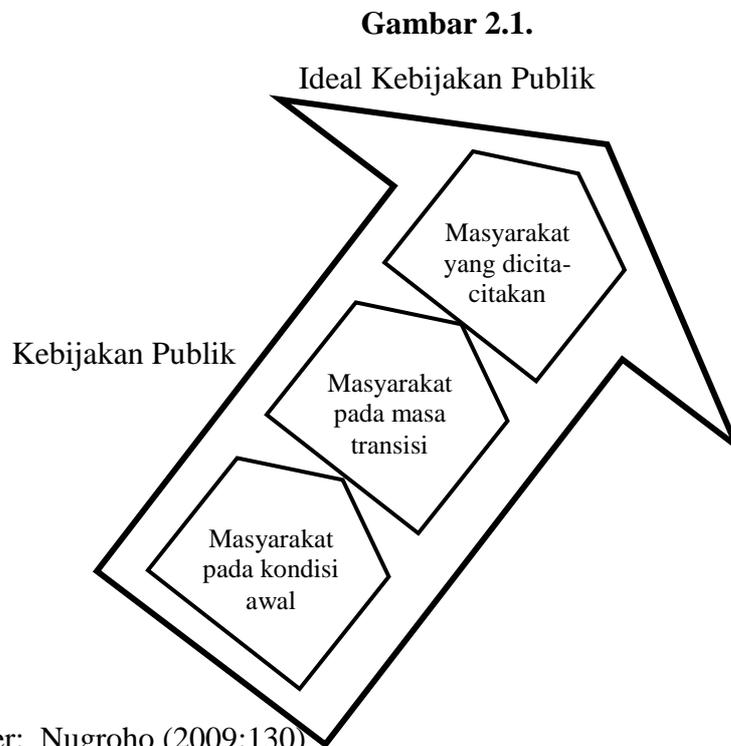
Berdasarkan uraian pendahuluan tersebut di atas, maka rumusan masalah penelitian ini adalah:

- 1) Bagaimanakah Implementasi Program JKN pada Rumah Sakit sebagai Pemberi Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjut (FKRTL) di Bagian Rawat Inap di Rumah Sakit Umum (RSU) Haji Surabaya.
- 2) Kendala-kendala apa yang dialami dalam rangka pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN).

## BAB II TINJAUAN PUSTAKA

### 2.1. Kebijakan Publik

Secara konseptual, kebijakan publik hadir dengan tujuan tertentu, yaitu mengatur kehidupan bersama untuk mencapai tujuan (misi dan visi) bersama yang telah disepakati. Dalam hal ini, kebijakan publik dimaknai sebagai jalan atau alat untuk mencapai tujuan yang dicita-citakan. Jika cita-cita bangsa Indonesia adalah mencapai masyarakat yang adil dan makmur berdasarkan Pancasila dan UUD 1945, maka kebijakan publik yang ideal untuk Indonesia dapat diilustrasikan dengan gambar berikut ini:



Sumber: Nugroho (2009:130)

Kita bisa meletakkan “kebijakan publik” sebagai “manajemen” pencapaian tujuan nasional”. Dapat kita simpulkan bahwa: 1) Kebijakan publik mudah untuk dipahami karena maknanya adalah “hal-hal yang dikerjakan untuk mencapai tujuan nasional” dan 2) Kebijakan publik mudah diukur karena ukurannya jelas, yakni sejauh mana kemajuan pencapaian cita-cita sudah ditempuh. Namun, bukan berarti kebijakan publik mudah dibuat, mudah dilaksanakan, dan mudah dikendalikan, karena kebijakan publik menyangkut faktor politik.

Menurut Nugroho (2009:98), tujuan kebijakan publik dapat dibedakan dari sisi sumberdaya atau *resources*, yaitu 1) Men-*distribusi* sumber daya negara kepada masyarakat, termasuk *alokatif*, *realokatif*, dan *redistribusi*, versus *mengabsorpsi* atau menyerap sumber daya ke dalam negara. 2) *Regulatif* dan versus *deregulatif*. Kebijakan regulatif bersifat mengatur dan membatasi, seperti kebijakan tarif, kebijakan proteksi industri, kebijakan HAM, dan sebagainya. Kebijakan deregulatif bersifat membebaskan, seperti kebijakan privatisasi, kebijakan penghapusan tarif dan kebijakan pencabutan daftar negatif investasi. 3) *dinamisasi* versus *stabilisasi*. Kebijakan dinamisasi adalah kebijakan yang bersifat menggerakkan sumberdaya nasional untuk mencapai kemajuan tertentu yang dikehendaki. Kebijakan stabilisasi bersifat mengerem dinamika yang terlalu tepat agar tidak merusak sistem yang ada, baik sistem politik, keamanan, ekonomi, maupun sosial. 4) Kebijakan yang memperkuat negara versus memperkuat pasar. Kebijakan yang memperkuat negara adalah kebijakan-kebijakan yang mendorong lebih besar peran negara, sementara kebijakan yang memperkuat pasar atau publik adalah kebijakan yang mendorong lebih besar peran publik atau mekanisme pasar daripada peran negara.

Pada prakteknya, setiap kebijakan mengandung lebih dari satu tujuan kebijakan, yang berlainan. Kebijakan publik selalu mengandung multi-tujuan, yaitu untuk menjadikan kebijakan itu sebagai kebijakan yang adil dan seimbang dalam mendorong kemajuan kehidupan bersama.

Kebijakan publik mengajarkan kepada kita, kehidupan bersama harus diatur. Bukan sekedar diatur, melainkan diatur oleh peraturan yang berlaku untuk semuanya dan berlaku mengikat semuanya. Setiap pelanggar akan diberi sanksi sesuai dengan bobot pelanggaran yang dilakukannya, dan sanksi dijatuhkan di depan masyarakat oleh lembaga yang mempunyai tugas menjatuhkan sanksi. Aturan tersebut yang secara sederhana kita pahami sebagai kebijakan publik.

Dalam buku Kebijakan Publik: Teori dan Proses ( Winarno:2007:16), secara umum istilah “kebijakan” atau “*policy*” digunakan untuk menunjuk perilaku seorang aktor (misalnya seorang pejabat, suatu kelompok, maupun suatu lembaga pemerintah) atau sejumlah aktor dalam suatu bidang kegiatan tertentu. Pengertian kebijakan seperti ini dapat digunakan dan relatif memadai untuk

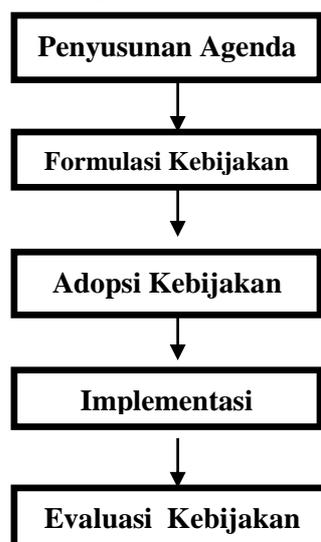
keperluan pembicaraan-pembicaraan biasa, namun menjadi kurang memadai untuk pembicaraan-pembicaraan yang lebih bersifat ilmiah dan sistematis menyangkut analisis kebijakan publik. Pada dasarnya terdapat banyak batasan atau definisi mengenai kebijakan publik (*public policy*) dalam literatur-literatur ilmu politik. Masing-masing definisi tersebut memberi penekanan yang berbeda-beda. Perbedaan ini timbul karena masing-masing ahli mempunyai latar belakang dan sudut pandang yang berbeda-beda. Sementara di sisi yang lain, pendekatan dan model yang digunakan oleh para ahli pada akhirnya juga akan menentukan bagaimana kebijakan publik tersebut hendak didefinisikan.

Secara konseptual, definisi kebijakan publik yang dimaksud juga memberikan pemahaman tentang: proses kebijakan publik, faktor-faktor yang terkait dalam proses kebijakan publik, dan arti penting atau makna kebijakan publik.

## 2.2. Proses Kebijakan

Proses kebijakan publik merupakan proses yang kompleks arena melibatkan banyak proses maupun faktor yang harus dikaji. Oleh karena itu, beberapa ahli politik yang menaruh minat untuk mengkaji kebijakan publik membagi proses-proses penyusunan kebijakan publik ke dalam beberapa tahap. Tahap-tahap kebijakan publik menurut Dunn (2000:24-25) adalah sebagai berikut:

**Gambar 2.2**  
Tahap-tahap Kebijakan Publik



Sumber: Dunn (2000:24-25)

#### (1) Tahap Penyusunan Agenda

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

#### (2) Tahap Formulasi Kebijakan

Masalah yang 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 (*policy alternatives/policy options*) yang ada. Sama halnya dengan perjuangan suatu masalah untuk masuk ke dalam agenda kebijakan, dalam tahap perumusan kebijakan masing-masing, alternatif bersaing untuk dapat dipilih sebagai kebijakan yang diambil untuk memecahkan masalah. Pada tahap ini, masing-masing aktor akan “bermain” untuk mengusulkan pemecahan masalah terbaik.

#### (3) Tahap Adopsi Kebijakan

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

#### (4) Tahap Implementasi Kebijakan

Suatu program kebijakan hanya akan menjadi catatan-catatan elit, jika program tersebut tidak diimplementasikan. Oleh karena itu 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 sumberdaya finansial dan manusia. Pada tahap implementasi ini berbagai kepentingan akan saling bersaing. Beberapa implementasi kebijakan mendapat dukungan para

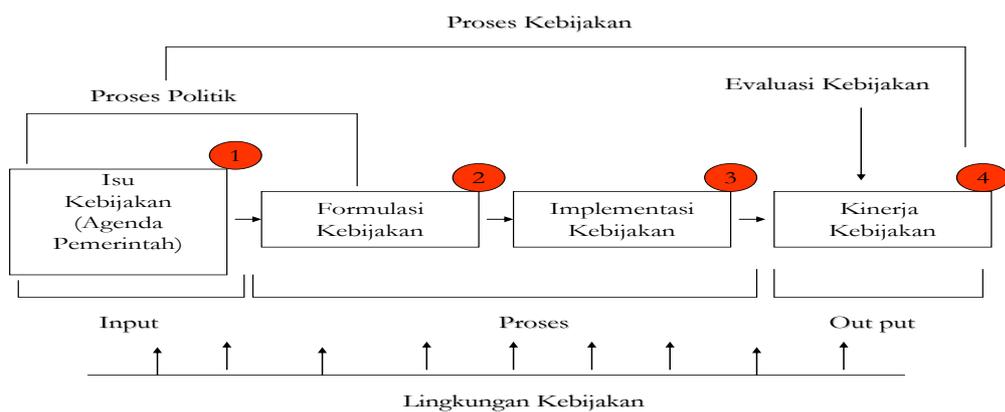
pelaksana (implementors), namun beberapa yang lain mungkin akan ditentang oleh para pelaksana.

(5) Tahap evaluasi kebijakan

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

Model proses kebijakan lain yang dikembangkan dari pendekatan dalam teori sistem. Model formal proses kebijakan adalah dari “gagasan kebijakan”, “formalisasi dan legalisasi kebijakan”, “implementasi”, baru kemudian menuju pada kinerja atau mencapai prestasi yang diharapkan yang didapatkan setelah dilakukan evaluasi kinerja kebijakan seperti yang disampaikan pada gambar berikut ini:

**Gambar 2.3**  
Proses Kebijakan yang Ideal



Sumber: Nugroho (2009:389)

**2.3. Model Proses Implementasi Kebijakan**

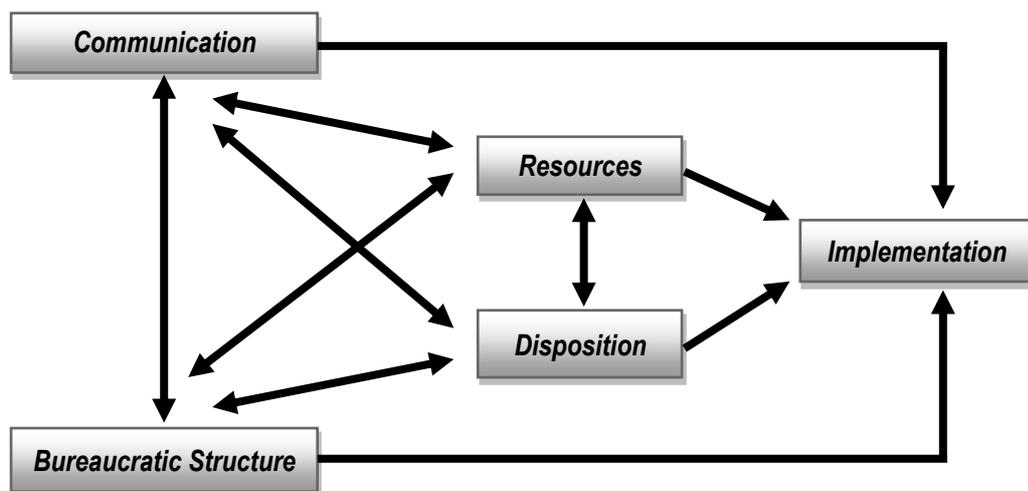
Secara konseptual, pendekatan terhadap studi implementasi dapat dilakukan dari beberapa sudut pandang atau model, diantaranya adalah pendekatan

berdasarkan: Analisis kegagalan, Model Rasional (“top-down”), Kritik “bottom-up” terhadap model “top-down”, dan Teori “hybrid” (Parsons, 2005: 465). Mengingat budaya implementasi kebijakan di Indonesia lebih dominan menganut model rasional (*top-down*), serta sejalan dengan permasalahan dan tujuan penulisan ini, maka kajian pustaka dan kerangka teori model proses implementasi kebijakan yang akan diuraikan berikut ini adalah lebih dominan pada model rasional.

Dalam perkembangan penerapan model rasional, beberapa studi yang dilakukan untuk menjelaskan faktor atau faktor-faktor determinan keberhasilan implementasi kebijakan, telah mengalami perkembangan menuju kemajuan. Pada mulanya studi implementasi cenderung mengambil fokus lebih sempit, yaitu pada karakteristik birokrasi pelaksana (Grindle, 1980). Studi implementasi dalam perspektif ini misalnya yang dilakukan oleh Edward III (1980) yang mengidentifikasi adanya 4 (empat) faktor determinan utama yang akan mempengaruhi proses dan hasil implementasi kebijakan yaitu: (1) komunikasi (*communication*), (2) struktur birokrasi (*bureaucratic structure*), (3) sumberdaya (*resources*), dan (4) disposisi (*disposition*) (Edward III, 1980:148). Interaksi antar keempat faktor determinan implementasi ini, secara ringkas dapat disarikan pada bagan berikut.

**Gambar 2.4**

Interaksi Faktor-Faktor Determinan Implementasi



Sumber : Edward III, 1980 : 148

Berdasar bagan di atas, kualitas proses dan hasil implementasi kebijakan, secara langsung dan tidak langsung akan dipengaruhi oleh interaksi timbal balik antara kualitas faktor komunikasi, struktur birokrasi, sumberdaya dan disposisi aparat pelaksana.

#### (1) Komunikasi Antarorganisasi dan Aktivitas Pelaksana

Efektivitas implementasi juga membutuhkan adanya pemahaman yang terpadu dari segenap aktor yang terlibat terhadap tujuan dan standar kebijakan. Komunikasi ke dalam dan antar organisasi, akan ikut menjadi faktor determinan implementasi kebijakan. Implementasi akan gagal apabila berbagai sumber komunikasi tidak memberikan informasi yang jelas dan konsisten. Atau pihak implementor tidak memiliki kewenangan memadai untuk melakukan aktivitas paksaan guna menjamin perilaku berbagai pihak tetap konsisten dengan tujuan dan standar kebijakan. (Downs dalam Van Meter dan Van Horn (1965:466)

Komunikasi dalam implementasi program, mensyaratkan agar para pelaksana mengetahui apa yang harus dilakukan. Hal ini sesuai dengan yang dikemukakan oleh Brian W. Hogwood dan Lewis A. Gun dalam Nugroho . Menurut kedua pakar ini, untuk melakukan implementasi kebijakan diperlukan adanya pemahaman yang mendalam & kesepakatan terhadap tujuan, dan komunikasi yang sempurna ( Nugroho, 2004:17)

Komunikasi kebijakan memiliki beberapa macam dimensi, antara lain dimensi transmission, kejelasan (*clarity*) dan konsistensi (*consistency*). (Agustino, 2006:150). Dimensi transmisi (*transmission*) menghendaki agar kebijakan publik disampaikan tidak hanya saja kepada pelaksana kebijakan, tetapi juga disampaikan kepada kelompok sasaran kebijakan. Dimensi kejelasan (*clarity*) menghendaki agar kebijakan yang ditransmisikan kepada para pelaksana, target group harus dengan jelas, sehingga diantara mereka mengetahui apa yang menjadi maksud, tujuan dan sasaran serta substansi dari kebijakan publik tersebut. Dimensi konsistensi (*consistency*) menghendaki perintah yang diberikan dalam pelaksanaan suatu komunikasi haruslah konsisten untuk diterapkan atau dijalankan.

Kejelasan isi pesan yang disampaikan akan sangat mempengaruhi penerima pesan. Sehingga diantara mereka mengetahui apa yang menjadi maksud,

tujuan dan sasaran serta substansi dari program. Karena pesan yang jelas atau tidak samar-samar akan menghindari penafsiran menyimpang dari yang dimaksudkan. Selain itu juga harus memperhatikan aspek konsistensi. Suatu pesan yang disampaikan haruslah konsisten, karena jika pesan yang diberikan sering berubah-ubah, maka dapat menimbulkan kebingungan bagi penerima pesan. Dimana pesan tersebut haruslah mempunyai kesesuaian antara apa yang diberikan oleh pengirim pesan dengan petunjuk pelaksana yang telah ditetapkan dan dengan yang disampaikan oleh media lain ( media cetak dan elektronik).

## (2) Sumberdaya

Edward III (1980:11) mengemukakan bahwa faktor sumber daya ini juga mempunyai peranan penting dalam implementasi kebijakan. Lebih lanjut Edward III (1980:11) menegaskan bahwa “Bagaimanapun jelas dan konsistennya ketentuan-ketentuan atau aturan-aturan tersebut, jika para pelaksana kebijakan yang bertanggungjawab untuk melaksanakan kebijakan kurang mempunyai sumber-sumber daya untuk melakukan pekerjaan secara efektif, maka implementasi kebijakan tersebut tidak akan efektif.” Yang dimaksud sumber daya dalam pengertian Edward disini meliputi sumberdaya staf (jumlah dan kompetensinya), sumberdaya fisik (fasilitas), sumberdaya komunikasi/ informasi dan sumberdaya kewenangan (*Authority*).

Sumber daya (*resources*) manusia merupakan salah satu faktor yang mempengaruhi keberhasilan dan kegagalan pelaksanaan kebijakan. Edward III (1980:53) menegaskan bahwa “*Probably the most essential resources in implementing policy is staff* “. Sumber daya manusia (staff), harus cukup (jumlah) dan cakap (keahlian). Edward III (1980:10-11) pada bagian sebelumnya menegaskan bahwa “*No matter how clear and consistent implementation orders are and no matter accurately they are transmitted, if the personnel responsible for carrying out policies lack the resources to do an effective job, implementation will not effective*”. Jika demikian, efektivitas pelaksanaan kebijakan sangat tergantung kepada sumber daya manusia (aparatur) yang bertanggung jawab melaksanakan kebijakan. Sekalipun aturan main pelaksanaan kebijakan jelas dan kebijakan telah ditransformasikan dengan tepat, namun manakala sumber daya manusia terbatas

baik dari jumlah maupun kualitas (keahlian) pelaksanaan kebijakan tidak akan efektif.

Sumber daya yang mempengaruhi efektivitas pelaksanaan kebijakan, selain sumber daya manusia adalah dana (anggaran) dan peralatan yang diperlukan untuk membiayai operasionalisasi pelaksanaan kebijakan. Terbatasnya anggaran yang tersedia menyebabkan kualitas pelayanan pada publik yang harus diberikan kepada masyarakat juga terbatas. Hal tersebut ditegaskan oleh Edward III (1980:82) dalam kesimpulan studinya yakni *“Budgetary adequate facilities. This in turn limit the acquisition of adequate facilities. This in turn limit the quality of the services that implementors can be provide to the public”*. Kondisi tersebut juga menyebabkan para pelaku kebijakan tidak dapat melaksanakan tugas dan fungsinya secara optimal dan mereka tidak mendapatkan insentif sesuai dengan yang diharapkan sehingga menyebabkan gagalnya pelaksanaan program.

Sumber daya peralatan merupakan sarana yang digunakan untuk operasionalisasi implementasi suatu kebijakan yang meliputi gedung, tanah, dan sarana yang semuanya akan memudahkan dalam memberikan pelayanan dalam implementasi kebijakan (Edward III, 1980:11). Pertanyaan yang muncul kemudian adalah bagaimana pengaruh terbatasnya fasilitas dan peralatan dalam pelaksanaan kebijakan? Edward III, (1980:77) menegaskan bahwa terbatasnya fasilitas dan peralatan yang diperlukan dalam pelaksanaan kebijakan, menyebabkan gagalnya pelaksanaan kebijakan. Mengapa demikian, karena dengan terbatasnya fasilitas (apalagi yang sudah usang, terutama teknologi informasi) sulit untuk mendapatkan informasi yang akurat, tepat, andal, dan dapat dipercaya akan sangat merugikan pelaksanaan akuntabilitas. Terbatasnya fasilitas yang tersedia, kurang menunjang efisiensi dan tidak mendorong motivasi para pelaku dalam melaksanakan kebijakan.

Kewenangan (*authority*) juga merupakan sumberdaya lain yang mempengaruhi efektivitas pelaksanaan kewenangan. Kewenangan sangat diperlukan, terutama untuk menjamin dan meyakinkan bahwa kebijaksanaan yang akan dilaksanakan adalah sesuai dengan yang mereka kehendaki.

Dapat disimpulkan bahwa sumber daya memegang peranan penting dalam implementasi program. Sebagus apapun suatu kebijakan jika tidak didukung oleh

sumberdaya yang mencukupi akan sulit untuk diimplementasikan. Dalam merancang sebuah kebijakan agar dapat sesuai dengan konteks lingkungannya, memerlukan perkiraan sumberdaya. Dengan demikian yang dimaksud dengan sumberdaya disini adalah input/peralatan yang sesuai dengan kebutuhan lingkungan kebijakan. Dalam operasionalisasinya sumberdaya tidak dapat berdiri sendiri, akan tetap dipadukan dengan keselarasan dan dapat saling menunjang dalam menentukan suatu keberhasilan proses implementasi.

### (3) Struktur Birokrasi

Ripley (1985:471) menegaskan bahwa karakteristik struktur, norma dan pola-pola hubungan dalam lembaga, memiliki pengaruh terhadap tingkat kinerja lembaga dalam implementasi kebijakan. Ia merinci sejumlah karakter lembaga pelaksana yang dapat mempengaruhi implementasi kebijakan, yaitu: 1) kompetensi dan besarnya staf, 2) tingkat kendali hirarkhi pengambilan keputusan, 3) dukungan politik terhadap lembaga pelaksana, 4) tingkat keterbukan komunikasi dalam implementasi, dan 5) keterkaitan formal dan informal lembaga pelaksanan dengan pembuat kebijakan dan penegak hukum.

### (4) Sikap/Kecenderungan (*Disposition*) para Pelaksana

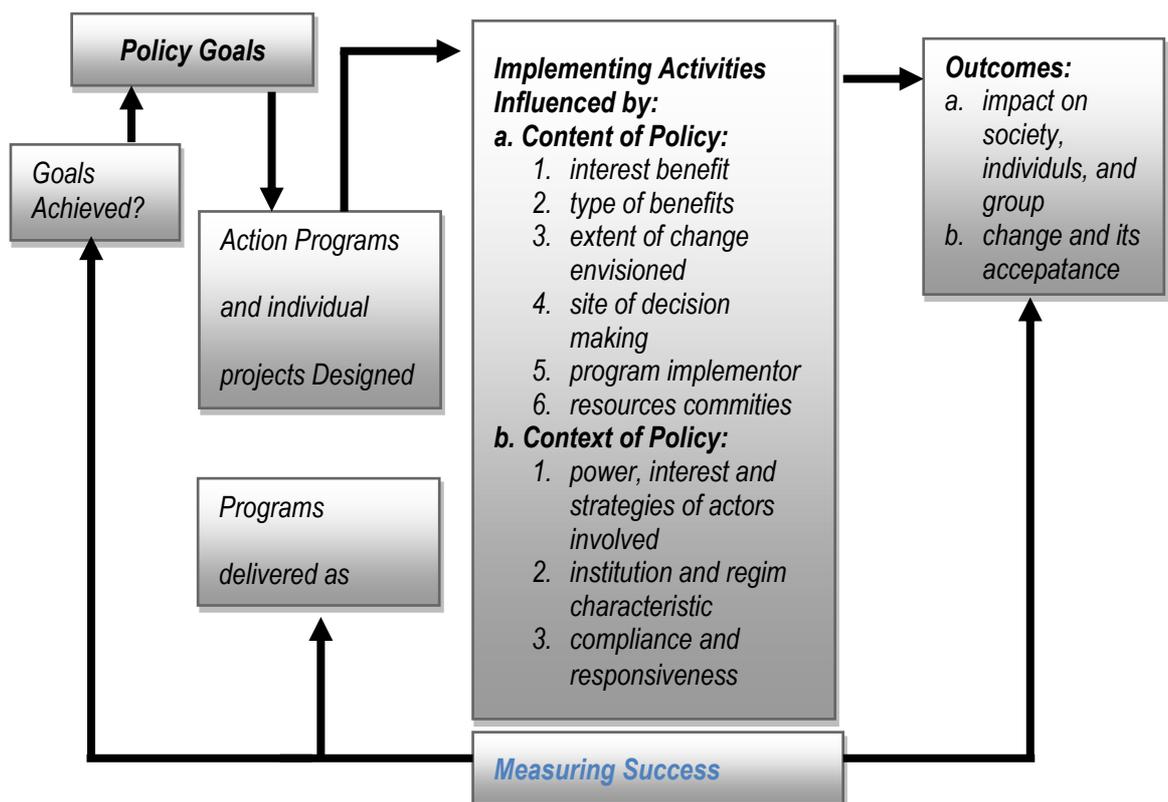
*Disposition* berkenaan dengan kesediaan dari para implementor untuk *carry out* kebijakan tersebut. Kecakapan saja tidak mencukupi, tanpa kesediaan dan komitmen untuk melaksanakan kebijakan ( Nugroho: 2009:512). Menurut Van Meter dan Van Horn (1975:472) ada tiga unsur yang dapat mempengaruhi persepsi berpikir pelaksana dalam yurisdiksi di mana kebijakan tersebut disampaikan yaitu: a. pengetahuan (pemahaman, pengertian) dari kebijakan tersebut, b. respon mereka terhadap kebijakan (penerimaan, netralitas, penolakan), dan c. intensitas tanggapan. Pemahaman pelaksana tentang maksud umum, serta standar spesifik dan tujuan dari kebijakan tersebut, adalah penting. Selain itu, kegagalan implementasi mungkin ketika para pejabat tidak menyadari bahwa mereka tidak memahami sepenuhnya dengan kebijakan.

Studi implementasi yang menaruh perhatian akan pentingnya faktor isi kebijakan dan lingkungan kebijakan (administrasi dan politik), misalnya diformulasikan oleh Grindle (1980), Van Meter dan Van Horn (1975), Mazmanian dan Sabatier (1983), dan sebagainya. Grindle (1980) melihat implementasi

kebijakan lebih sebagai proses administrasi dan sekaligus sebagai proses politik. Dalam perspektif ini, proses dan hasil implementasi akan dipengaruhi oleh sejumlah faktor yang dikelompokkan ke dalam 2 (dua) faktor besar yaitu faktor “isi kebijakan” (*content of policy*) dan “lingkungan kebijakan” (*context of policy*).

Faktor isi kebijakan, terutama mencakup faktor kepentingan yang hendak dicapai, tipe keuntungan, tingkat perubahan yang dikehendaki, ruang pengambilan keputusan, kondisi implementor, dan dukungan sumberdana. Sedangkan faktor lingkungan kebijakan, terutama mencakup faktor kekuasaan, kepentingan dan strategi keterlibatan antar aktor, karakter lembaga pelaksana/pemerintah, serta kepatuhan dan daya-tanggap lembaga pelaksana. Interaksi kedua faktor penentu keberhasilan implementasi ini secara ringkas disarikan pada bagan berikut.

**Gambar 2.5**  
*Implementation As A Political and Administrative Process*



Sumber : Grindle, 1980 : 11.

Keberhasilan implementasi, akan dipengaruhi sifat atau jenis kepentingan yang hendak dicapai oleh kebijakan itu sendiri. Jenis kebijakan tertentu, akan memiliki dampak tertentu terhadap aktivitas proses implementasi (Grindle, 1980).

Misalnya, kebijakan pelistrikan dan air bersih, pada umumnya tidak banyak menimbulkan konflik sehingga kepatuhan dari kelompok sasaran relatif mudah diperoleh. Sebaliknya, kebijakan yang bersifat redistributif, akan cenderung mudah mengundang munculnya konflik kepentingan, sehingga akan relatif sulit diimplementasikan (Ripley, 1985:60-71).

Tingkat perubahan perilaku yang hendak dicapai pada kelompok sasaran, merupakan cara lain bagaimana isi kebijakan akan mempengaruhi keberhasilan implementasi. Program atau kebijakan yang dirancang mencapai sasaran jangka panjang untuk menimbulkan perubahan cukup besar pada masyarakat, pada umumnya akan relatif sulit diimplementasikan dibanding program yang dirancang untuk mencapai perubahan yang lebih sederhana. Isi kebijakan juga dapat menentukan rentang kendali pengambilan keputusan. Misalnya, kebijakan moneter pada umumnya akan lebih tergantung pada sejumlah unit pengambilan keputusan yang relatif terbatas. Sebaliknya, kebijakan perumahan atau pertanian, akan melibatkan sejumlah besar unit organisasi atau individu dari pusat sampai daerah. Kebijakan yang rentang kendali keputusan melibatkan berbagai unit atau individu, akan relatif sulit diimplementasikan dibanding kebijakan dimana rentang pengambilan keputusan relatif terbatas.

Isi kebijakan, dengan demikian merupakan faktor penting yang ikut menentukan hasil implementasi kebijakan. Namun dampak nyata faktor isi kebijakan, akan tergantung pada kondisi lingkungan kebijakan. Baik itu lingkungan sosial, ekonomi dan politik. Implementasi akan melibatkan sejumlah aktor. Berbagai aktor ini dapat mengajukan dan membuat tuntutan tertentu, atau ikut mempengaruhi keputusan tentang alokasi sumberdaya yang tersedia. Keterlibatan berbagai aktor ini, dapat berlangsung intensif atau marginal, tergantung pada kepentingan mereka terhadap kebijakan, posisi kekuasaan yang mereka memiliki, serta strategi keterlibatan aktor dalam proses implementasi.

Adanya keterlibatan berbagai aktor, berpotensi melahirkan problem bagi aparat pelaksana untuk menjamin diperolehnya kepatuhan dari berbagai aktor tersebut, serta bagaimana dapat menjamin adanya daya tanggap para aparat pelaksana terhadap berbagai kepentingan yang mencul dari berbagai lapisan. Problem yang sering muncul adalah bagaimana menjamin adanya daya tanggap

yang memadai daya tanggap yang memadai agar implementor memungkinkan dapat meningkatkan fleksibilitas, dukungan, umpan balik dan pada saat yang sama mampu mempertahankan kendali menjamin diperolehnya kepatuhan dan pola distribusi sumberdaya tetap sejalan dengan tujuan kebijakan.

Aktivitas dan hasil implementasi akhirnya tidak akan dapat dilepaskan dari kondisi struktur politik dan tipe rezim politik yang ada. Daya tanggap implementor sering menjadi problem akibat pola kekuasaan yang lebih bercorak sentralistis, sehingga ia tidak memiliki kewenangan yang memadai untuk mengambil keputusan penting sesuai dengan kondisi sosial politik dan ekonomi di tingkat regional atau lokal. Demikian pula manfaat program seringkali menyimpang dari sasaran utama, akibat kelompok sasaran tidak memiliki akses memadai ke dalam proses implementasi, dan aktivitas politik pembuatan keputusan tentang distribusi sumberdaya yang bercorak faksionalisme, patron klien, hubungan etnis, koalisi bersifat pribadi, dan pertimbangan elit untuk tetap mempertahankan dukungan politiknya.

Van Meter dan Van Horn (1975) memformulasikan adanya 6 (enam) faktor yang mempengaruhi hasil implementasi kebijakan, yaitu: (1) standar dan tujuan kebijakan, (2) sumberdaya, (3) komunikasi dan penggunaan paksaan, (4) disposisi implementor, (5) karakter lembaga pelaksana, dan (6) kondisi sosial, ekonomi dan politik.

Dalam penulisan ini, elaborasi dari berbagai model proses kebijakan model rasional di atas yang akan digunakan peneliti untuk mengukur implementasi kebijakan Program JKN. Khususnya menggunakan model proses implementasi dalam perspektif Edward III. Pada proses implementasi kebijakan ini ada empat faktor yang mempengaruhi kinerja kebijakan publik. Menurut penulis proses implementasi kebijakan dalam perspektif Edward III paling relevan untuk mengukur kebijakan Program JKN yang tertuang dalam UU Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional ( SJSN ) yang salah satu programnya adalah Jaminan Kesehatan Nasional ( JKN ). Karena kebijakan terkait dengan Program JKN ini adalah kebijakan pusat dan model implementasi ini adalah paling sesuai dengan kebijakan yang bersifat Top Down. Ke-empat

faktor tersebut lebih luas dan rinci untuk mengetahui dan mendeskripsikan keadaan yang sesungguhnya utamanya pelaksanaan program JKN.

Hal ini bukan berarti model pendekatan implementasi kebijakan publik yang lain tidak lengkap. Jika dibandingkan model pendekatan implementasi dari Grindle sama-sama lengkap dan detail. Hanya menurut penulis model pendekatan dari Grindle lebih cocok dengan kebijakan yang penuh dengan muatan politik. Misalnya: Kebijakan pemberantasan korupsi dan Kebijakan pemilihan kepala daerah. Diperkuat dengan unsur *Context of policy* menurut Grindle adalah adanya *Power, Interest, and Strategy of Actor Involved* (kekuasaan, kepentingan-kepentingan, dan strategi dari aktor yang terlibat) dan *Institution and Regime Characteristic* (karakteristik lembaga dan rezim yang berkuasa) sangat mempengaruhi keberhasilan implementasi kebijakan.

## **2.4. Program JKN**

### **1) Pengertian Asuransi Kesehatan Sosial**

Pengertian Asuransi Kesehatan Sosial adalah : Jaminan kesehatan nasional (JKN) yang dikembangkan di Indonesia merupakan bagian dari sistem jaminan sosial nasional yang diselenggarakan dengan menggunakan mekanisme asuransi kesehatan sosial yang bersifat wajib (mandatory) berdasarkan Undang-Undang No.40 Tahun 2004 tentang SJSN dengan tujuan untuk memenuhi kebutuhan dasar kesehatan masyarakat yang layak yang diberikan kepada setiap orang yang telah membayar iuran atau iurannya dibayar oleh pemerintah.

### **2) Prinsip Pelaksanaan Program JKN**

Sesuai dengan UU No 40 Tahun 2004 tentang SJSN, maka Jaminan Kesehatan Nasional dikelola dengan prinsip :

- (a) Gotong royong. Dengan kewajiban semua peserta membayar iuran maka akan terjadi prinsip gotong royong dimana yang sehat membantu yang sakit, yang kaya membantu yang miskin
- (b) Nirlaba. Badan Penyelenggara Jaminan Sosial tidak diperbolehkan mencari untung. Dana yang dikumpulkan dari masyarakat adalah dana amanat, sehingga hasil pengembangannya harus dimanfaatkan untuk kepentingan peserta.

- (c) Keterbukaan, kehati – hatian, akuntabilitas, efisiensi, dan efektivitas. Prinsip manajemen ini mendasari seluruh pengelolaan dana yang berasal dari iuran peserta dan hasil pengembangan
- (d) Portabilitas. Prinsip ini menjamin bahwa sekalipun peserta berpindah tempat tinggal atau pekerjaan, selama masih di wilayah Negara Republik Indonesia tetap dapat mempergunakan hak sebagai peserta JKN
- (e) Kepesertaan bersifat wajib. Agar seluruh rakyat menjadi peserta sehingga dapat terlindungi. Penerapannya tetap disesuaikan dengan kemampuan ekonomi rakyat dan pemerintah serta kelayakan penyelenggaraan program.
- (f) Dana Amanat. Dana yang terkumpul dari iuran peserta merupakan dana titipan kepada badan penyelenggara untuk dikelola sebaik – baiknya demi kepentingan peserta.
- (g) Hasil pengelolaan dana jaminan sosial dipergunakan seluruhnya untuk pengembangan program dan untuk sebesar – besar kepentingan peserta.

### 3) Peserta JKN

Sebagaimana telah dijelaskan dalam prinsip pelaksanaan program JKN di atas, maka kepesertaan bersifat wajib. Peserta adalah setiap orang, termasuk orang asing yang bekerja paling singkat 6 (enam) bulan di Indonesia, yang telah membayar iuran. Peserta JKN terdiri dari Peserta Penerima Bantuan Iuran (PBI) dan Peserta Non Penerima Bantuan Iuran (Non PBI).

#### (a) Peserta Penerima Bantuan Iuran (PBI)

Dalam Peraturan Pemerintah Nomor 101 Tahun 2012 tentang Penerima Bantuan Iuran Jaminan Kesehatan, diantaranya disebutkan bahwa:

- (1) Kriteria fakir miskin dan orang tidak mampu ditetapkan oleh Menteri Sosial setelah berkoordinasi dengan Menteri dan/atau pimpinan lembaga terkait.
- (2) Hasil pendataan fakir miskin dan orang tidak mampu yang dilakukan oleh lembaga yang menyelenggarakan urusan pemerintahan di bidang statistik (BPS) diverifikasi dan divalidasi oleh Menteri Sosial untuk dijadikan data terpadu.

(3) Data terpadu yang ditetapkan oleh Menteri Sosial dirinci menurut provinsi dan kabupaten/kota dan menjadi dasar bagi penentuan jumlah nasional PBI Jaminan Kesehatan

(4) Menteri Kesehatan mendaftarkan jumlah nasional PBI Jaminan Kesehatan sebagai peserta program Jaminan Kesehatan kepada BPJS Kesehatan.

Untuk tahun 2014, peserta PBI JKN berjumlah 86,4 juta jiwa yang datanya mengacu pada Basis Data Terpadu (BDT) hasil Pendataan Program Perlindungan Sosial (PPLS) yang dilaksanakan pada tahun 2011 oleh BPS dan dikelola oleh Sekretariat Tim Nasional Percepatan Penanggulangan Kemiskinan (TNP2K).

Namun demikian, mengingat sifat data kepesertaan yang dinamis, dimana terjadi kematian, bayi baru lahir, pindah alamat, atau peserta adalah PNS, maka Menteri Kesehatan mengeluarkan Surat Edaran Nomor 149 tahun 2013 yang memberikan kesempatan kepada Pemerintah Daerah untuk mengusulkan peserta pengganti yang jumlahnya sama dengan jumlah peserta yang diganti. Adapun peserta yang dapat diganti adalah mereka yang sudah meninggal, merupakan PNS/TNI/POLRI, pensiunan PNS/TNI/POLRI, tidak diketahui keberadaannya, atau peserta memiliki jaminan kesehatan lainnya. Disamping itu, sifat dinamis kepesertaan ini juga menyangkut perpindahan tingkat kesejahteraan peserta, sehingga banyak peserta yang dulu terdaftar sebagai peserta Jamkesmas saat ini tidak lagi masuk ke dalam BDT.

**(b) Peserta Non Penerima Bantuan Iuran (Non PBI)**

Yang dimaksud dengan Peserta Non PBI dalam JKN adalah setiap orang yang tidak tergolong fakir miskin dan orang tidak mampu, yang membayar iurannya secara sendiri ataupun kolektif ke BPJS Kesehatan. Peserta Non PBI JKN terdiri dari :

(1) Peserta penerima upah dan anggota keluarganya, yaitu Setiap orang yang bekerja pada pemberi kerja dengan menerima gaji atau upah, antara lain Pegawai Negeri Sipil, Anggota TNI, Anggota Polri, Pejabat Negara, Pegawai Pemerintah Non Pegawai Negeri Sipil, Pegawai Swasta, dan Pekerja lain yang memenuhi kriteria pekerja penerima upah

- (2) Pekerja bukan penerima upah dan anggota keluarganya, yaitu setiap orang yang bekerja atau berusaha atas risiko sendiri, antara lain pekerja di luar hubungan kerja atau pekerja mandiri, dan lain sebagainya
- (3) Bukan pekerja penerima dan anggota keluarganya, setiap orang yang tidak bekerja tapi mampu membayar iuran Jaminan Kesehatan, antara lain Investor, Pemberi kerja, Penerima pensiun, Veteran, Perintis kemerdekaan, dan bukan pekerja lainnya yang memenuhi kriteria bukan pekerja penerima upah.

#### 4) Iuran dalam Program JKN?

Tarif Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan akan naik mulai 1 April 2016. Kenaikan tersebut tertuang dalam Peraturan Presiden nomor 19 Tahun 2016 tentang Jaminan Kesehatan.

**Tabel 2.1**  
Jenis Iuran Per Bulan Kepesertaan JKN

	Iuran Awal	Iuran Baru	Nilai Kenaikan
Kelas 1	Rp 59.500	Rp 80.000	Rp20.500
Kelas 2	Rp 42.500	Rp 51.000	Rp8.500
Kelas 3	Rp 25.500	Rp 25.500	Tidak Berubah

Sumber: via wordpress.com, 2016

#### 5) Manfaat Peserta JKN

Pelayanan yang dijamin bagi peserta adalah **komprehensif** sesuai kebutuhan medis yang meliputi:

(a) Pelayanan Kesehatan Tingkat I/Dasar, yaitu pelayanan kesehatan non spesialistik yang mencakup:

- (1) Administrasi pelayanan
- (2) Pelayanan promotif dan preventif
- (3) Pemeriksaan, pengobatan & konsultasi medis
- (4) Tindakan medis non spesialistik, baik operatif maupun non operatif
- (5) Pelayanan obat dan bahan medis habis pakai
- (6) Transfusi darah sesuai kebutuhan medis
- (7) Pemeriksaan penunjang diagnostik lab Tk. I

(8) Rawat Inap Tk. I sesuai dengan Indikasi Medis

(b) Pelayanan Kesehatan Tingkat II/Lanjutan, terdiri dari:

(1) Rawat jalan, meliputi:

- a. Administrasi pelayanan
- b. Pemeriksaan, pengobatan & konsultasi spesialisik
- c. Tindakan medis spesialisik sesuai dengan indikasi medis
- d. Pelayanan obat dan bahan medis habis pakai
- e. Pelayanan alat kesehatan implant
- f. Pelayanan penunjang diagnostik lanjutan sesuai dengan indikasi medis
- g. Rehabilitasi medis
- h. Pelayanan darah
- i. Pelayanan kedokteran forensik
- j. Pelayanan jenazah di fasilitas kesehatan

(2) Rawat Inap yang meliputi:

- a. Perawatan inap non intensif
- b. Perawatan inap di ruang intensif
- c. Pelayanan kesehatan lain yang ditetapkan oleh Menteri

## **BAB III**

### **TUJUAN DAN MANFAAT PENELITIAN**

#### **3.1. TUJUAN PENELITIAN**

Atas dasar latar belakang dan rumusan masalah yang telah diuraikan, maka rumusan tujuan dari penelitian ini adalah:

1) Tujuan Umum penelitian ini adalah:

Untuk mendeskripsikan implementasi kebijakan Program JKN pada Rumah Sakit sebagai Pemberi Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjut di Bagian Rawat Inap di Rumah Sakit Umum (RSU) Haji Surabaya.

2) Tujuan Khusus penelitian ini adalah untuk:

Mendiskripsikan implementasi kebijakan Program JKN dilihat dari 4 faktor yang mempengaruhi implementasi kebijakan yaitu: a) Komunikasi; b) Struktur Birokrasi; c) Sumberdaya; d) Sikap/Kecenderungan (*Disposition*) para pelaksana.

#### **1.8. MANFAAT PENELITIAN**

Manfaat yang diharapkan dari penelitian ini adalah:

1) Manfaat Akademik: hasil penelitian ini diharapkan dapat bermanfaat dalam memberikan kontribusi bagi perkembangan Ilmu Administrasi Negara pada umumnya dan bidang Implementasi Kebijakan pada khususnya. Temuan-temuan yang didapatkan dalam penelitian ini diharapkan akan dapat memberikan informasi dan gambaran tentang pelaksanaan program JKN di bagian rawat inap Rumah Sakit Umum (RSU) Haji Surabaya khususnya berhubungan dengan: a) Komunikasi; b) Struktur Birokrasi; c) Sumberdaya; d) Sikap/Kecenderungan (*Disposition*) para pelaksana di Kota Surabaya pada umumnya dan/atau Rumah Sakit Umum (RSU) Haji Surabaya pada khususnya.

2) Manfaat praktis:

- a. Sebagai salah satu instrumen *monitoring* program dalam upaya merekomendasikan langkah langkah bagi penyempurnaan pelaksanaan Program JKN yang sedang dan telah berjalan.
- b. Memberikan pertimbangan atau sebagai acuan strategis untuk pengembangan dan atau keberlangsungan program JKN di Indonesia pada umumnya serta di Jawa Timur dan di bagian rawat inap Rumah Sakit Umum (RSU) Haji Surabaya pada khususnya.

## **BAB IV**

### **METODE PENELITIAN**

#### **4.1. Jenis/Rancangan Penelitian**

Penelitian ini diorientasikan pada upaya untuk menjawab atau memberi penjelasan yang lebih terperinci mengenai gejala sosial sebagaimana yang dimaksud dalam permasalahan penelitian. Pada prinsipnya penelitian ini menggunakan pendekatan kualitatif. Dengan pendekatan kualitatif diharapkan mampu menghasilkan suatu uraian mendalam tentang ucapan, tulisan dan/atau perilaku yang dapat diamati dari suatu individu, kelompok, masyarakat, suatu organisasi/komunitas dalam konteks tertentu yang dikaji dari sudut pandang yang utuh, komprehensif dan holistik.

Pertimbangan lain dalam penelitian yang bersifat kualitatif adalah bahwa dampak kebijakan tidak hanya mengungkapkan peristiwa riil yang bisa dikuantitatifkan, tetapi lebih dari itu hasilnya diharapkan dapat mengungkapkan nilai-nilai tersembunyi dari kebijakan tersebut, khususnya yang berkaitan dengan pelaksanaan UU No 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) melalui Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN). Selain itu penelitian ini akan lebih peka terhadap informasi yang bersifat kualitatif deskriptif dengan cara relatif berusaha mempertahankan keutuhan dari obyek yang diteliti.

Ditinjau dari tingkat analisis yang akan digunakan untuk menjawab permasalahan penelitian ini, peneliti menggunakan analisis deskriptif. Maksudnya, dalam melakukan analisis deskriptif ini penulis akan mencoba memberikan gambaran sejelas mungkin implementasi program JKN pada Rumah Sakit sebagai Pemberi Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjut di Bagian Rawat Inap di Rumah Sakit Umum (RSU) Haji Surabaya akan dikaji berdasarkan empat (4) faktor yang mempengaruhi implementasi kebijakan, yaitu: 1) a) Komunikasi; b) Struktur Birokrasi; c) Sumberdaya; d) Sikap/Kecenderungan (*Disposition*) para pelaksana.

## 4.2. Informan

Berbeda dengan penelitian kuantitatif yang mengutamakan keterwakilan dan menggunakan istilah responden dalam penentuan sampel, dalam penelitian kualitatif yang lebih diutamakan adalah keleluasaan, cakupan rentangan informasi dan menggunakan istilah informan. Menurut Bungin (2007:108) adalah orang yang diwawancarai, diminta informasi oleh pewawancara. Informan adalah orang yang diperkirakan menguasai dan memahami data, informasi, ataupun fakta dari suatu objek penelitian.

Adapun teknik penentuan informan dalam penelitian ini adalah:

### 1) *Purposive sampling*

Yang dimaksud *purposive sampling* adalah pengambilan sampel sumber data dengan pertimbangan/tujuan tertentu. Pertimbangan tertentu ini, misalnya orang tersebut yang dianggap paling tahu tentang apa yang kita harapkan, atau mungkin dia sebagai penguasa sehingga akan memudahkan peneliti menjelajahi obyek/situasi sosial yang diteliti. Beberapa informan telah ditetapkan sebelumnya. Informan yang peneliti wawancarai ini kemudian disebut sebagai informan kunci.

Informan yang ditentukan dengan cara ini adalah:

- (1) Dr. Tanya Elize Viyaya S., M.Kes selaku Ka. Instalasi. Pengendali Kerjasama
- (2) Imam Sudjono, S.Kep. Ns selaku Sekretaris Instalasi Rawat Inap
- (3) Tri Wahyuni, S.Sos selaku Staff Admin Instalasi rawat inap

### 2) Secara Kebetulan (*accidental*)

Informan yang ditentukan dengan cara ini adalah pasien peserta Program JKN yang datang untuk rawat inap berdasarkan rujukan dari Puskesmas, dokter keluarga sebagai faskes Tingkat I ke Rumah Sakit Umum (RSU) Haji Surabaya baik peserta JKN PBI maupun non PBI.

- (1) Anwar (P1), Pasien PBI
- (2) Legiman (P2), Pasien Non PBI
- (3) Puji Astuti (P3), Pasien PBI
- (4) Musringatun (P4), Pasien PBI
- (5) Hendra (P5), Pasien Non PBI
- (6) Eny Suryani (P6), Pasien Non PBI

### **4.3. Lokasi Penelitian**

Penelitian ini dilakukan di Bagian Rawat Inap di Rumah Sakit Umum (RSU) Haji Surabaya. Peneliti mengambil lokasi ini karena Rumah Sakit Umum (RSU) Haji Surabaya adalah rumah sakit Tipe B yang sebagai mitra BPJS dan lokasinya dekat dengan tempat kerja peneliti. Hal ini memudahkan peneliti untuk menggali data lebih detail dan mendalam yang tidak terkendala jarak. Selain itu RSU Haji merupakan salah satu rumah sakit umum di Surabaya yang lulus ISO. ISO 9001:2000 di paviliun kelas utama pada tanggal 30 Januari 2007-30 Januari 2008, ISO 9001:2000 di paviliun kelas utama pada tanggal 22 Januari 2008-22 Januari 2009, ISO 9001:2000 di paviliun kelas utama pada tanggal 22 Januari 2009-22 Januari 2010, re-certification ISO 9001:2000 di paviliun kelas utama pada tanggal 22 Juni.

### **4.4. Prosedur Pengumpulan Data**

Dalam penyelenggaraan penelitian ini, proses pengumpulan data merupakan tahapan penting yang memerlukan kecermatan, ketelitian, dan kerja keras dari penulis. Terdapat dua jenis data yang dikumpulkan dalam Penelitian ini, yaitu data sekunder dan data primer. Metode utama yang digunakan dalam penelitian kualitatif adalah observasi, wawancara, dan analisis dokumen

Penelitian ini menggunakan tiga (3) teknik pengumpulan data, yakni: observasi, wawancara mendalam, dan metode documenter.

#### **1) Observasi** atau pengamatan

Dalam penelitian ini teknik pengamatan yang dipakai adalah pengamatan tidak terlibat/*non-participant observation*. Karena dalam teknik pengamatan ini peneliti tidak terlibat langsung dalam kegiatan penyelenggaraan Program JKN. Hal ini dilakukan terhadap data dan aktivitas yang dapat diamati, baik berupa data/aktivitas umum maupun data/aktivitas khusus yang berkaitan langsung dengan fenomena implementasi kebijakan SJSN melalui program JKN di bagian rawat inap Rumah Sakit Umum (RSU) Haji Surabaya.

- 2) **Wawancara Mendalam/ In-Depth interview** menurut Bungin (2007:108). adalah sama seperti metode wawancara lainnya, hanya peran pewawancara, tujuan wawancara, peran informan, dan cara melakukan wawancara yang berbeda dengan wawancara pada umumnya. Wawancara mendalam dilakukan utamanya pada tenaga kesehatan dan tenaga non kesehatan di bagian rawat inap Rumah Sakit Umum (RSU) Haji Surabaya. Penelitian ini melakukan wawancara/diskusi terhadap para informan, yang dilakukan melalui media : (i) *Focused Group Discussion* (FGD); (ii) wawancara tatap muka
- 3) **Metode Dokumenter** menurut Bungin ( 2007:121) adalah satu metode pengumpulan data yang digunakan dalam metodologi penelitian sosial. Pada intinya metode dokumenter adalah metode yang digunakan untuk menelusuri data historis.

#### **4.5. Fokus Penelitian**

Dalam penelitian kualitatif dibutuhkan fokus penelitian sebagai wahana untuk membatasi studi, dan pada dasarnya penelitian kualitatif tidak mulai dari suatu yang kosong (*blank*), akan tetapi dilakukan berdasarkan persepsi peneliti terhadap adanya suatu permasalahan.

Berdasarkan permasalahan yang telah dirumuskan sebelumnya, maka fokus penelitian ini adalah pengkajian proses implementasi Program JKN di bagian rawat inap Rumah Sakit Umum (RSU) Haji Surabaya dilihat dari empat faktor yang mempengaruhi implementasi kebijakan

#### **4.6. Roadmap Penelitian**

Keterkaitan antara penelitian yang diusulkan dan penelitian yang sedang berjalan atau yang sudah dihasilkan adalah sebagai berikut:

**Tabel 4.1.**  
*Roadmap Penelitian*

<b>Tahun</b>	<b>Kegiatan</b>	<b>Luaran</b>	<b>Indikator Capaian</b>
Penelitian Pendahuluan Tahun, 2011,2013, 2015	Pelaksanaan Pelayanan Perijinan Terpadu (P2T) di Provinsi Jawa Timur (2011)	Laporan Penelitian	Tersedianya data awal tentang pelayanan sebagai pijakan menentukan topik dan permasalahan penelitian
	Kajian Pengembangan Model Pemberdayaan Masyarakat Miskin melalui Optimalisasi Peran Tenaga Kerja Indonesia (TKI) Purna (2013)	Laporan Penelitian	Tersedianya data awal tentang model pemberdayaan sebagai pijakan menentukan topik dan permasalahan penelitian
	Penelitian Implementasi Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) Pada Puskesmas Sebagai Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) (2015)	Laporan Penelitian	Tersedianya data awal tentang Pelaksanaan Program JKN sebagai pijakan menentukan topik dan permasalahan penelitian
	Evaluasi Terhadap Pelayanan Rapor <i>Online</i> di Surabaya (2015)	Laporan Penelitian	Tersedianya data awal tentang evaluasi pelaksanaan kebijakan sebagai pijakan menentukan topik dan permasalahan penelitian

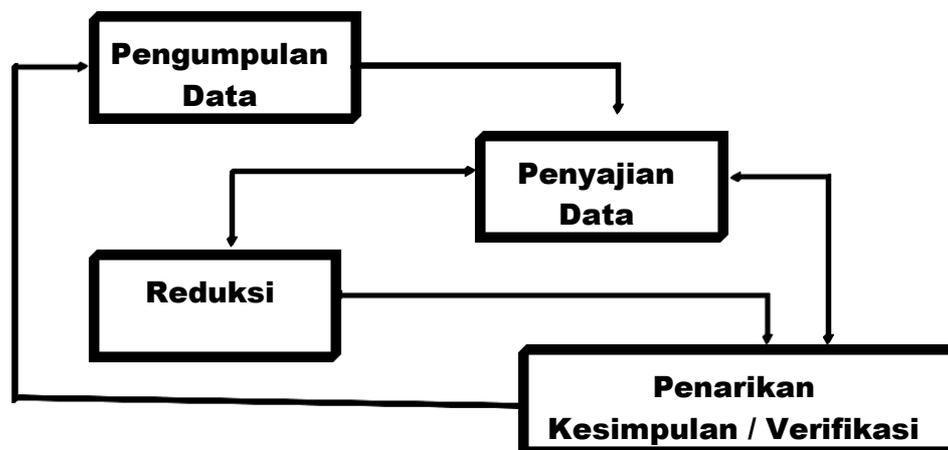
#### **4.7. Metode Analisis Data**

Melalui 3 macam teknik pengumpulan data sebagaimana diuraikan di depan akan diperoleh data dengan kualifikasi sebagai berikut :

- a.** Melalui metode dokumenter dokumen akan diperoleh data sekunder berupa sejumlah dokumen yang relevan dengan pelaksanaan Program JKN di bagian rawat inap Rumah Sakit Umum (RSU) Haji Surabaya
- b.** Melalui wawancara mendalam akan diperoleh data primer yang berupa penjelasan langsung dari pejabat yang berwenang dan/atau yang ditunjuk

tentang hal-hal yang berkaitan dengan data dan pendapat mereka tentang pelaksanaan Program JKN di bagian rawat inap Rumah Sakit Umum (RSU) Haji Surabaya.

- c. Melalui observasi akan diperoleh data berupa dokumen, baik yang bersifat kualitatif maupun kuantitatif yang berkaitan dengan pelaksanaan JKN di bagian rawat inap Rumah Sakit Umum (RSU) Haji Surabaya. Terhadap sejumlah data tersebut, peneliti melakukan analisis kualitatif Menurut Miles dan Huberman dalam bukunya Analisa Data Kualitatif (2009:20) terdiri tiga alur kegiatan yaitu: 1) Reduksi Data; 2) Penyajian dan analisis data; dan 3) Menarik kesimpulan dan verifikasi/interpretasi. Ketiga tahap ini jalin-menjalin pada saat sebelum, selama dan sesudah pengumpulan data dalam bentuk yang sejajar serta merupakan proses siklus dan interaktif sebagaimana terlihat dalam berikut ini:



**Gambar 4.1.** Model Analisis Data Interaktif  
Sumber : Miles & Huberman, 2009:20

Secara sederhana dapat dijelaskan, dengan reduksi data kita dapat menyederhanakan data kualitatif dan melakukan transformasi data dengan berbagai cara, seperti misalnya melalui seleksi yang ketat dengan cara membuat ringkasan dan atau menggolongkannya dalam suatu pola yang lebih luas. Penyajian data merupakan alur penting yang kedua dari kegiatan analisis. Peneliti membatasi suatu 'penyajian' sebagai kumpulan informasi tersusun yang memberi

kemungkinan adanya penarikan kesimpulan atau pengambilan tindakan. Kegiatan analisis yang ketiga yang penting adalah menarik kesimpulan atau verifikasi. Peneliti yang berkompeten akan menangani kesimpulan dengan longgar, tetap terbuka dan *skeptic* (Miles & Huberman, 2009:16-21).

Implementasi ini juga akan menjaring berbagai data primer dan sekunder yang berhubungan dengan pelaksanaan program JKN di di bagian rawat inap Rumah Sakit Umum (RSU) Haji Surabaya

## BAB V

### HASIL DAN PEMBAHASAN

#### 5.1. Deskripsi Singkat Rumah Sakit Umum (RSU) Haji Surabaya



**Gambar 5.1.** Rumah Sakit Umum (RSU) Haji Surabaya tampak samping  
Sumber: Dokumetasi peneliti

Rumah Sakit Umum Haji Surabaya yang didirikan berkenaan dengan peristiwa yang menimpa para Jamaah Haji Indonesia di terowongan Mina Arab Saudi pada tahun 1990 dan pada tanggal 17 April 1993 resmi dibuka sebagai rumah sakit umum kelas C non Pendidikan milik Pemerintah Daerah Tingkat I Jawa Timur dengan Surat Keputusan Gubernur Kepala Daerah Tingkat I Jawa Timur No. 136 Tahun 1997. Pada Tahun 1998 diterbitkan Peraturan Daerah Propinsi Daerah Tingkat I Jawa Timur Tanggal 22 Desember 1998, Nomor : 9 Tahun 1998 Tentang Organisasi dan Tata Kerja Rumah Sakit Umum Daerah Haji Surabaya Propinsi Daerah Tingkat I Jawa Timur yang merupakan sebuah organisasi kecil. Dalam Bab III pasal 5, pasal 6, pasal 8 ayat (3), pasal 10 ayat (3), pasal 12 ayat (3) dan pasal 14 ayat (3) Surat Keputusan Gubernur Kepala Daerah Tingkat I Jawa Timur Nomor 23 Tahun 1993 disebutkan bahwa Organisasi Rumah Sakit Umum Haji Surabaya terdiri dari :

- A. Direktur;
- B. Sub Bagian Tata Usaha terdiri dari :
  - 1. Urusan Umum dan Rumah Tangga;
  - 2. Urusan Program dan Laporan;
- C. Seksi Penunjang Medik terdiri dari :
  - 1. Sub Seksi Diagnostik Medik;
  - 2. Sub Seksi Tindak Medik;
- D. Seksi Keperawatan terdiri dari :
  - 1. Sub Seksi Asuhan Keperawatan;
  - 2. Sub Seksi Logistik Keperawatan;
  - 3. Sub Seksi Peningkatan Keterampilan Keperawatan;
- E. Seksi Rekam Medik terdiri dari :
  - 1. Sub Seksi Pengumpulan dan Pengolahan Data;
  - 2. Sub Seksi Penyajian dan Penyimpanan Data;
- F. Instalasi terdiri dari :
  - 1. Instalasi Rawat Jalan;
  - 2. Instalasi Inap;
  - 3. Instalasi Intensif;
  - 4. Instalasi Darurat Medik;
  - 5. Instalasi Bedah Sentral;
  - 6. Instalasi Pathologi Klinik;
  - 7. Instalasi Farmasi;
  - 8. Instalasi Radio Diagnostik;
  - 9. Instalasi Gizi;
  - 10. Instalasi Pemeliharaan Sarana;
  - 11. Instalasi Rehabilitasi Medik;
  - 12. Instalasi Kedokteran Forensik;
- G. Komite Medik;
- H. Staf Medis Fungsional.

Pada tahun 1998 berkembang menjadi Rumah Sakit Umum kelas B Non Pendidikan. Berdasarkan Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Tanggal 21 September 1998, Nomor : 1006/MENKES/SK/IX/1998

Tentang Penetapan Kelas Rumah Sakit Umum Daerah Haji Surabaya Milik Pemerintah Provinsi Daerah Tingkat I Jawa Timur (Menetapkan Kelas B Non Pendidikan), sehingga kelas Rumah Sakit meningkat dari kelas C menjadi kelas B Non Pendidikan.

Namun dalam perkembangannya menjadi organisasi yang besar yang berdasarkan Peraturan Daerah No. 11 Tahun 2008 tanggal 8 Agustus 2008 menjadi rumah sakit kelas B Pendidikan, struktur organisasinya terdiri dari :

1. Direktur
2. Wakil Direktur Umum dan Keuangan, terdiri dari :
  - a. Kepala Bagian Umum, terdiri dari :
    - 1) Kepala Sub Bagian Tata Usaha dan Rumah Tangga
    - 2) Kepala Sub Bagian Kepegawaian
    - 3) Kepala Sub Bagian Perlengkapan
  - b. Kepala Bagian Perencanaan Program dan Evaluasi, terdiri dari :
    - 1) Kepala Sub Bagian Penyusunan Program dan Anggaran
    - 2) Kepala Sub Bagian Hukum, Hubungan Masyarakat dan Pemasaran
    - 3) Kepala Sub Bagian Evaluasi dan Pelaporan
  - c. Kepala Bagian Keuangan, terdiri dari :
    - 1) Kepala Sub Bagian Penerimaan dan Pendapatan
    - 2) Kepala Sub Bagian Perbendaharaan
    - 3) Kepala Sub Bagian Verifikasi dan Akuntansi
3. Wakil Direktur Pelayanan Medik dan Keperawatan
  - a. Kepala Bidang Pelayanan Medik, terdiri dari :
    - 1) Kepala Seksi Pengembangan Medik
    - 2) Kepala Seksi Monitoring dan Evaluasi Pelayanan Medik
  - b. Kepala Bidang Keperawatan, terdiri dari :
    - 1) Kepala Seksi Pengembangan Pelayanan Keperawatan
    - 2) Kepala Seksi
4. Wakil Direktur Penunjang Medik dan Diklit, terdiri dari :
  - a. Kepala Bidang Penunjang Medik, terdiri dari :
    - 1) Kepala Seksi Pengembangan Fasilitas Medik dan Keperawatan

- 2) Kepala Seksi Rekam Medik
- b. Kepala Bidang Pendidikan dan Penelitian, terdiri dari :
  - 1) Kepala Seksi Pendidikan dan Pelatihan
  - 2) Kepala Seksi Penelitian dan Pengembangan
5. Kepala Instalasi, terdiri dari :
  - a. Instalasi Rawat Jalan



**Gambar 5.2.** Pelayanan di Instalasi Rawat Jalan  
Sumber: Dokumentasi peneliti

- b. Instalasi Inap
- c. Instalasi Gawat Darurat
- d. Instalasi ICU
- e. Instalasi Gigi dan Mulut
- f. Instalasi Bedah Sentral
- g. Instalasi Gizi
- h. Instalasi Hemodialisa
- i. Instalasi Paviliun
- j. Instalasi Radiologi
- k. Instalasi Rehabilitasi Medik
- l. Instalasi Patologi Klinik
- m. Instalasi Patologi Anatomi
- n. Instalasi Forensik

- o. Instalasi Farmasi
  - p. Instalasi Pemeliharaan Sarana (IPS)
  - q. Instalasi Kerjasama
  - r. Instalasi Sistem Informasi Manajemen (SIM)
  - s. Instalasi PSP
  - t. Instalasi Sanitasi
  - u. Instalasi Binrohjas
6. Satuan Pengendalian Internal



**Gambar 5.3.** Instalasi Pengendalian Internal  
Sumber: Dokumentasi peneliti

- 7. Komite Medik
- 8. Staf Medik Fungsional

## **5.2. Sekilas Tentang Instalasi Rawat Inap Rumah Sakit Umum (RSU) Haji Surabaya**

Instalasi Rawat Inap terdiri dari tiga buah bangunan / gedung bertingkat empat yang dibagi dalam 8 ruangan perawatan, 3 ruangan perawatan di gedung Shofa dan 4 ruangan perawatan di gedung marwah dan 1 ruangan di gedung Al-aqsoh. Keseluruhan ruangan perawatan mampu menampung 188 pasien dan dilayani oleh 128 tenaga perawat. Terdapat beberapa ruang perawatan khusus yang terdiri dari Ruang bersalin dan ruangan jantung , ruang perawatan mata,

ruang perawatan anak, ruang perawatan Stroke, ruang perawatan Diabet ( DM ) ,  
ruang perawatan bedah dan ruang perawatan isolasi.

#### **A. Visi, Misi dan Motto Instalasi Rawat Inap**

**Visi:**

“ Pelayanan Instalasi Rawat Inap Profesional, Prima dan Islami “

**Misi:**

1. Meningkatkan kemampuan dan kerampilan SDM sesuai dengan standart pelayanan
2. Meningkatkan mutu pelayanan
3. Meningkatkan sarana dan prasarana yang memadai

**Nilai-Nilai:**

Memberikan pelayanan yang Profesional dan beretika

**Motto:**

“ Pelayanan prima adalah bagian dari profesionalisme dan ibadah ”

#### **B. Macam – macam Jenis Pelayanan di Instalasi Rawat Inap**

- 1) Pasien Askes PNS
- 2) Pasien Umum
- 3) Pasien JPS
  - JPS – Jamkesmas
  - JPS – Jamkesda
  - JPS – Jampersal
  - JPS – Sehati
  - JPS – SKM – SBY
  - JPS – SPM – Prov
- 4) Pasien JKN
  - JKN – Non PBI
  - JKN – PBI
- 5) Pasien Kerjasama / Inhelth
- 6) Pasien Jamsostek
- 7) Pasien Jama'ah Haji

- 8) Pasien asuransi / Pihak – 3
- 9) Karyawan

**C.Kunjungan Pasien di Instalasi rawat Inap**

Selanjut pada tabel berikut disajikan jumlah kunjungan pasien berdasarkan status dan jenis pasien serta kunjungan pasien berdasarkan jenis kelamin

**Tabel 5.1.**  
Jumlah Kunjungan Pasien Berdasarkan Status dan Jenis Pasien

No	Kegiatan	Tahun		
		2015	2015	2016
1	Kunjungan Pasien Berdasarkan Status dan Jenis pasien.			
	1. Pasien Umum	3913	3741	2545
	2. Pasien JPS- SKM SBY	748	487	714
	3. Pasien Jama`a Haji	79	18	37
	4. Pasien JPS – Jamkesda	81	64	59
	5. Pasien SPM Prov	7	1	1
	6. Pasien Pihak – 3	533	163	76
	7. Pasien JKN- non PBI	5694	9749	8536
	8. Pasien JKN PBI	916	1662	2180
	9. Pasien Jamsostek	2	59	0
	10. Pasien JPS sehati	7	4	1
2	Kunjungan Pasien Berdasarkan Jenis Kelamin			j
	1. Laki – laki	5309	6228	6340
	2. Perempuan	6789	6227	7809

Sumber: Laporan Akuntabilitas Kinerja Rawat Inap, 2016,

Berdasarkan data pada tabel 5.3 dapat diketahui bahwa kunjungan pasien berdasarkan status dan jenis pasien di Instalasi Rawat Inap pada priode tahun 2014 - 2016 paling banyak adalah jenis pasien JKN non PBI (Peserta Non Penerima Bantuan Iuran) dan Pasien JKN PBI (Peserta Penerima Bantuan Iuran). Sedangkan kunjungan menurut Jenis Kelamin yang dari tahun ke tahun adalah perempuan.

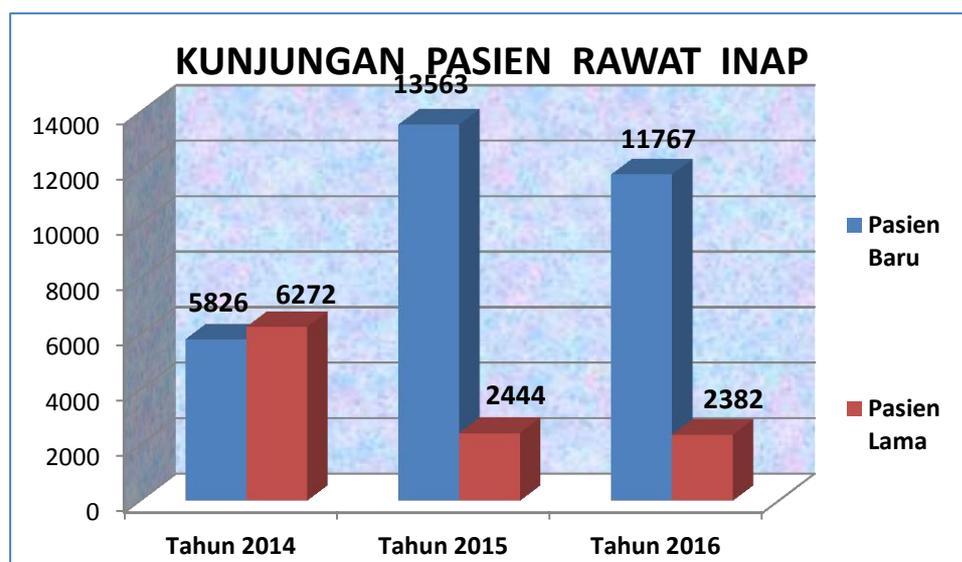
#### D. Persepektif Pelanggan

**Tabel 5.2.**  
Laporan Persepektif Pelanggan

NO	KEGIATAN	HASIL / REALISASI			PENCAPAIAN (%)	TREND
		2014	2015	2016		
1	Status Pasien					
	a. Pasien Baru	5826	13563	11767	13 %	Turun
	b. Pasien Lama	6272	2444	2382	6 %	Turun

Sumber: Laporan Akuntabilitas Kinerja Rawat Inap, 2016,

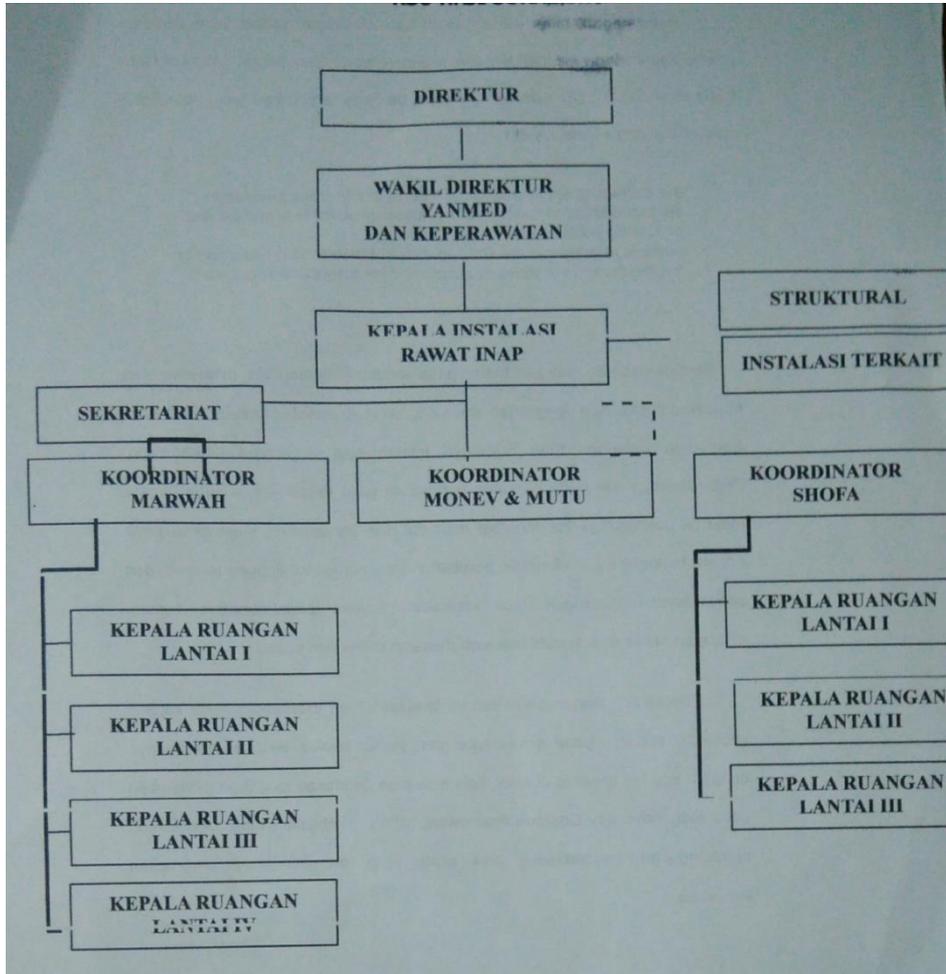
Berdasarkan data pada tabel 5.2 diatas dapat diketahui bahwa kunjungan pasien di Instalasi Rawat Inap pada priode tahun 2014 – periode tahun 2016 mengalami penurunan. Dapat dilihat pada diagram dibawah ini.



**Gambar 5.4** : Diagram Kunjungan Pasien Rawat Inap Tahun 2014-2016  
Sumber: Instalasi Rawat Inap RSU Haji Surabaya

Berdasarkan pada gambar 5.4. dapat diketahui bahwa **perspektif pelanggan / kunjungan pasien** di Instalasi Rawat Inap pada priode tahun 2014-2016 bersifat flukuatif yaitu mengalami kenaikan dan penurunan pada periode tertentu. Kunjungan pasien tertinggi yaitu pada periode tahun 2015 terjadi pada pasien baru sebesar **13563** (13%.)

**STRUKTUR ORGANISASI INSTALASI RAWAT INAP  
RSU HAJI SURABAYA**



**Gambar 5.5** : Struktur Organisasi Rawat Inap RSU Haji Surabaya  
Sumber: Instalasi Rawat Inap RSU Haji Surabaya

**E. Hasil Kegiatan Instalasi Rawat Inap Tahun 2014-2016**

No	Jenis Kegiatan	Tahun 2014	Tahun 2015	Tahun 2016
1.	<i>Jumlah Pasien</i>			
	MRS	11911	16007	14149
	KRS	9956	10793	11466
2.	<b>Jumlah hari Perawatan</b>	52388	49413	46723

3.	<b>Jalur Pasien MRS</b>			
	<b>IGD</b>	<b>10585( 89%)</b>	<b>12914( 89%)</b>	<b>12082 ( 85%)</b>
	Poli	1326 ( 11%)	3093 ( 11%)	2067 (15%)
4.	<b>Keadaan Pasien Pulang</b>			
	<b>- Sembuh</b>	<b>8529 (93%)</b>	<b>9287 ( 86%)</b>	
	- Dirujuk	307(3%)	443 ( 4%)	
	- Meninggal	253 (3%)	329 ( 3%)	
	- Melarikan Diri	0 (0%)	0 (0%)	
	- Pulang Paksa	66 (1%)	734 ( 7%)	
		<b>8529 (93%)</b>		
5.	<b>Jumlah Kematian Menurut Golongan Umur</b>	253	329	301
	- 0 - < 28 hari	8 ( 4%)	10 ( 3%)	10 ( 3%)
	- 28 < 1 tahun	9( 3%)	15 ( 5%)	15 ( 5%)
	- 1 tahun - 4 tahun	12 ( 5%)	7 ( 2%)	7 ( 2%)
	- 5 tahun -14 tahun	13 ( 6%)	5 ( 2%)	5 ( 2%)
	- 15 tahun - 24 tahun	18( 7%)	5 ( 2%)	5 ( 2%)
	- 25 tahun - 44 tahun	29 ( 11%)	43 ( 13%)	43 ( 13%)
	- 45 tahun – 65 tahun	115 ( 40%)	131 ( 39%)	131 ( 39%)
	- 65 tahun keatas	49 ( 24%)	113 ( 34%)	113 ( 34%)

## 5.2. Implementasi Program JKN di Rumah Sakit Umum (RSU) Haji

### Surabaya

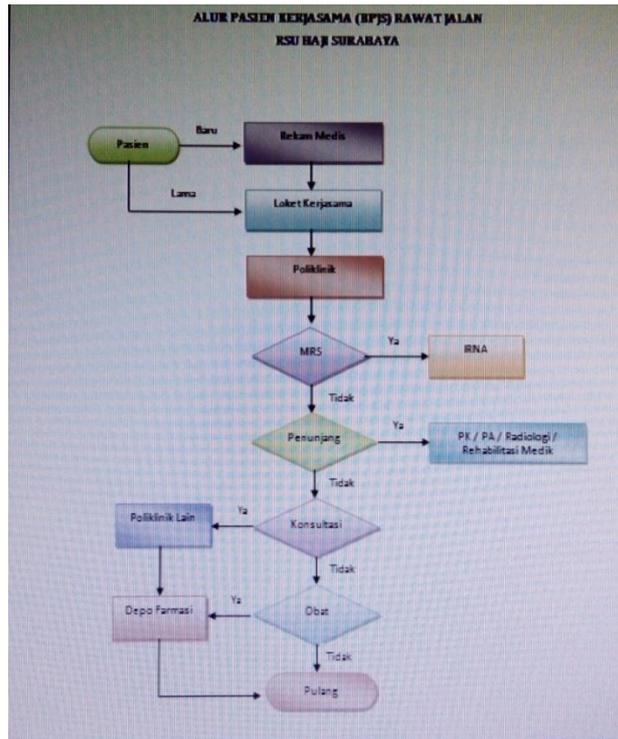
Menurut George Edward III ada empat faktor yang mempengaruhi implementasi kebijakan dapat bekerja secara simultan dan berinteraksi satu sama lain untuk membantu dan menghambat implementasi kebijakan, yaitu: 1) Komunikasi, 2) Sumberdaya, 3) Disposisi dan 4) Struktur Birokrasi. Berikut ini disajikan hasil penelitian dan pembahasan terkait dengan 4 (empat) variabel yang mempengaruhi implementasi Program JKN di RSU Haji Surabaya.

### 5.2.1. Komunikasi

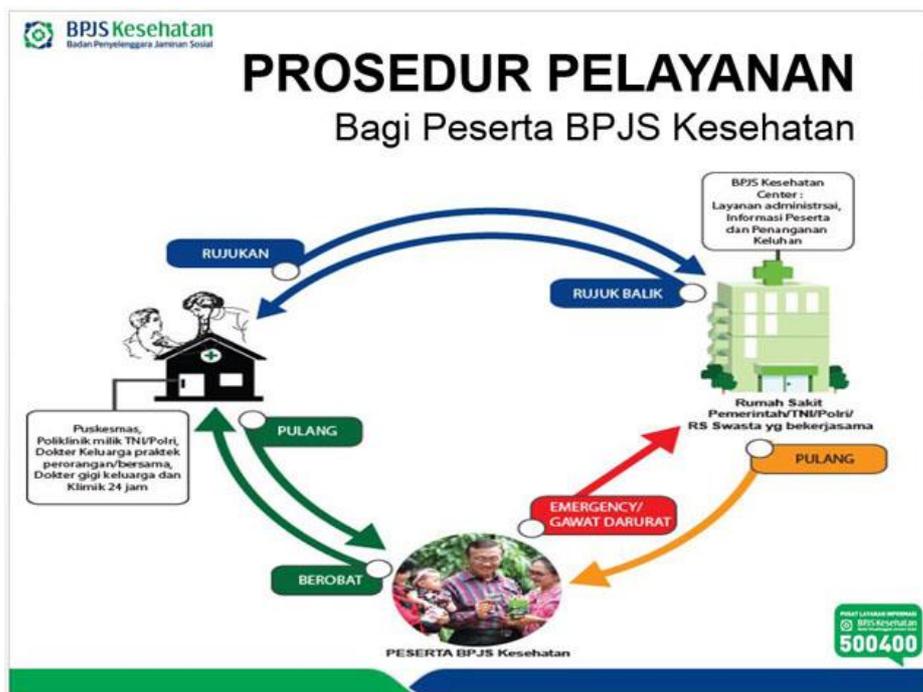
Komunikasi dalam implementasi program, mensyaratkan agar para pelaksana mengetahui apa yang harus dilakukan. Hal ini sesuai dengan yang dikemukakan oleh Brian W. Hogwood dan Lewis A. Gun dalam Nugroho. Menurut kedua pakar ini, untuk melakukan implementasi kebijakan diperlukan adanya pemahaman yang mendalam & kesepakatan terhadap tujuan, dan komunikasi yang sempurna (Nugroho, 2004:17)

Kejelasan isi pesan yang disampaikan akan sangat mempengaruhi penerima pesan. Sehingga diantara mereka mengetahui apa yang menjadi maksud, tujuan dan sasaran serta substansi dari program. Karena pesan yang jelas atau tidak samar-samar akan menghindari penafsiran menyimpang dari yang dimaksudkan. Selain itu juga harus memperhatikan aspek konsistensi. Suatu pesan yang disampaikan haruslah konsisten, karena jika pesan yang diberikan sering berubah-ubah, maka dapat menimbulkan kebingungan bagi penerima pesan. Dimana pesan tersebut haruslah mempunyai kesesuaian antara apa yang diberikan oleh pengirim pesan dengan petunjuk pelaksana yang telah ditetapkan dan dengan yang disampaikan oleh media lain ( media cetak dan elektronik).

Dalam penyelenggaraan Program JKN komunikasi program ini menggunakan berbagai media cetak dan elektronik. Mengingat program ini adalah Program Nasional untuk menyampaikan pesan kepada masyarakat baik pemerintah pusat, pemerintah provinsi, pemerintah kab/kota, Rumah Sakit dan puskesmas saling bahu membahu melengkapi informasi melalui media cetak seperti Koran (Jawa Pos, Kompas, dan sebagainya) , Spanduk atau banner yang dipasang di depan Rumah Sakit, Puskesmas dan juga billboard di jalan-jalan strategis ( misalnya: di Surabaya Pojok Dolog Jemursari), Pamflet, Brosur serta media Elektronik (Televisi) yang diperankan oleh artis Ria Irawan. Disamping itu komunikasi juga disampaikan melalui sosialisasi, rapat dengar pendapat antar institusi penyelenggara Program JKN. Berikut adalah contoh Poster, pengumuman, Alur layanan Pasien JKN yang ada di Rumah Sakit Haji Surabaya dan ini berlaku bagi seluruh instalasi yang ada RSU Haji Surabaya termasuk untuk Instalasi Rawat Inap.



**Gambar 5.6.** Alur Pasien Kerjasama (BPJS) Rawat Jalan RSU Haji Surabaya  
 Sumber: Dokumen Peneliti



**Gambar 5.7.** Poster BPJS Kesehatan di RSU Haji Surabaya  
 Sumber: Dokumen Peneliti

Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) sebagai badan pelaksana program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN), saat ini berupaya untuk memberikan

penyuluhan bagaimana masyarakat mampu mendapatkan pelayanan kesehatan yang maksimal. Hal tersebut bisa terlaksana apabila masyarakat terdaftar sebagai peserta di BPJS. Adapun alur Pelayanan BPJS adalah sebagai berikut:

- 1) Peserta BPJS membawa kartu BPJS Kesehatan atau kartu anggota Askes yang lama mendatangi fasilitas kesehatan tingkat pertama tempat peserta terdaftar, (Puskesmas, dokter keluarga, klinik TNI/Polri, dan fasilitas kesehatan setingkat itu). Pada tahap ini peserta akan mendapatkan pelayanan kesehatan sesuai kompetensi dan kapasitas fasilitas kesehatan di tingkat pertama tersebut (seperti konsultasi kesehatan, laboratorium klinik dasar dan obat-obatan).
- 2) Apabila setelah pemeriksaan awal pasien belum sembuh, maka pasien dirujuk ke fasilitas kesehatan tingkat lanjutan (Rumah Sakit Pemerintah, Rumah Sakit Swasta, Rumah Sakit TNI-Polri yang bekerjasama dengan BPJS kesehatan). Sedangkan untuk kondisi gawat darurat, peserta BPJS bisa mendapatkan pelayanan fasilitas kesehatan tingkat lanjutan, tanpa mendapatkan rujukan dari fasilitas kesehatan tingkat pertama.
- 3) Di fasilitas Kesehatan Tingkat lanjutan, peserta menunjukkan kartu BPJS Kesehatan atau kartu lama dan surat rujukan Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama kepada petugas BPJS kesehatan Center. Selanjutnya petugas akan menerbitkan surat Eligibilitas Peserta (SEP) sebagai dokumen yang menyatakan bahwa peserta dirawat dengan biaya BPJS Kesehatan.
- 4) Setelah mendapatkan SEP, pasien akan mendapatkan pelayanan kesehatan di Fasilitas Kesehatan Tingkat Lanjutan, baik untuk pelayanan rawat jalan ataupun rawat inap. Apabila penyakit pasien dapat ditangani tanpa harus mendapatkan perawatan inap, pasien boleh pulang atau dirujuk kembali ke Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama. Sedangkan untuk pasien dengan penyakit kronis, dapat masuk ke dalam program Pengelolaan Penyakit Kronis (Prolanis) di Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama tersebut.



**Gambar 5.8.** Poster JKN-KIS Kesehatan di RSU Haji Surabaya  
 Sumber: Dokumen Peneliti

Di lingkungan RSU Haji Surabaya komunikasi Program JKN dilakukan dengan memasang spanduk, Banner dan poster. Berbeda dengan di puskesmas sosialisasi dilakukan dalam bentuk penyuluhan langsung oleh dokter puskesmas misalnya masuk ke acara pertemuan rutin PKK, posyandu, pertemuan berkala kelurahan, arisan PKK RT dan lain sebagainya. Di Rumah Sakit karena merupakan rujukan lanjutan biasanya pasien sudah mengetahui informasi tentang Program JKN atau masyarakat umum lebih mengenalnya dengan BPJS baik berasal dari tetangga, saudara, media maupun informasi dari petugas yang ada di rumah sakit saat berobat serta kepesertaan otomatis perpindahan dari Askes maupun dari Jamkesmas. Hanya mungkin yang belum diketahui masyarakat ketika ada peraturan baru. Pernyataan di atas sesuai dengan oleh petikan wawancara dengan pasien berikut ini:

Bapak Anwar (P1), Petemon, Pekerjaan Sales, 41 Tahun

“.....saya adalah peserta pasien PBI buk...kelas II. Mendapatkan informasi BPJS ini dari saudara yang kebetulan sudah menjadi anggota BPJS sejak 2015...kalau saya kebetulan baru jadi anggota BPJS tahun

2016.....selain itu juga sering dapat informasi dari TV.....” ( wawancara 16 maret 2017)

Sedangkan Menurut Bapak Legiman (P2), Karah IV, 66 Tahun

“.....saya kebetulan menjadi pasien BPJS ini otomatis dari dulu kalau tidak salah dari Askeskin....trus ke Jamkesmas.....sekarang BPJS buk. Tapi anehnya satu rumah kok gak sama....saya bisa masuk BPJS gak mbayar....lha istri saya ini gak bisa. Sudah saya tanyakan ke Kelurahan katanya tidak ada kuota.....ya sudah ya hanya saya yang dapat BPJS....tapi ya itu ...kelas III ..tapi alhamdulillah..” ( wawancara 16 maret 2017)

Puji Astuti (P3), Kediri, 45 tahun

“.....saya ikut BPJS kelas II buk....ikut kebetulan bareng-bareng kolektif sama teman saya....alasan nya untuk jaga-jaga waktu itu. Menurut saya kalau toh tidak sakit ya buat shodaqoh buk.....” ( wawancara 16 maret 2017)

Musringatun (P4), Kedung Barok, 55 tahun

“.....saya ikut BPJS karena kebetulan berobat buk...waktu itu anak saya kena tifus....satu hari dirawat disini disarankan oleh perawat mengurus BPJS tepatnya awal 2015....ya sampek sekarang ikut ...dan terus mbayar...semua keluarga 4 orang ikut buk...tapi yang kelas 3 buk..he...he...yach supaya cukup semuanya...untuk pendidikan, kesehatan dll..” ( wawancara 15 maret 2017)

Berbeda dengan Hendra (P5), Tambak Ngrinsing Baru, 45 tahun

“.....kebetulan saya bekerja buk....jadi ya ikut BPJS ketenagakerjaan ya. Alhamdulillah....sama aja dulu Askes. Tidak ada masalah selama dirawat disini....kalau masalah prosedur ya biasa memang semua ada aturannya” ( wawancara 15 maret 2017)

Eny Suryani (P6) , Wonorejo Indah Timur, Surabaya, 24 Tahun

“.....saya ikut BPJS dari kantor buk.....yang mbayari kantor buk..ya dulu adalah Askes sekarang menjadi BPJS ketenagakerjaan kalau tidak salah. Kelas II buk...tapi menurut saya pelayanan baik dan ramah. Saya tidak menemui masalah dalam layanan...” ( wawancara 15 maret 2017)

Jika dibuat matrik berdasarkan wawancara diatas, bagaimana pasien (masyarakat) mengetahui informasi tentang program JKN dengan para pasien tersebut diatas sebagai berikut:

Pasien	Jenis JKN	Sumber informasi program JKN
P1	PBI	Saudara dan media televisi
P2	Non PBI	Tempat kerja
P3	PBI	Teman

Pasien	Jenis JKN	Sumber informasi program JKN
P4	PBI	Perawat saat berobat
P5	Non PBI	Tempat kerja
P6	Non PBI	Tempat kerja



**Gambar 5.9.** Wawancara peneliti dengan pasien PBI di Kelas III Marwah Lantai III  
Sumber: Dokumentasi peneliti

### 5.2.2. Sumberdaya

Sumber daya yang mempengaruhi efektivitas pelaksanaan kebijakan, selain sumber daya manusia adalah dana (anggaran) dan peralatan yang diperlukan untuk membiayai operasionalisasi pelaksanaan kebijakan. Terbatasnya anggaran yang tersedia menyebabkan kualitas pelayanan pada publik yang harus diberikan kepada masyarakat juga terbatas. Hal tersebut ditegaskan oleh Edward III (1980:82) dalam kesimpulan studinya yakni *“Budgetary adequate facilities. This in turn limit the acquisition of adequate facilities. This in turn limit the quality of the services that implementors can be provide to the public”*. Kondisi tersebut juga menyebabkan para pelaku kebijakan tidak dapat melaksanakan tugas dan fungsinya secara optimal dan mereka tidak mendapatkan insentif sesuai dengan yang diharapkan sehingga menyebabkan gagalnya pelaksanaan program.

Sumberdaya yang dimiliki Puskesmas Pucang Sewu dapat dideskripsikan sebagai berikut:

1) Sumber Daya manusia (SDM)

Kondisi ketenagaan berdasarkan Jenis pendidikan serta Jenis Ketenagaan di Instalasi Rawat Inap tersaji pada tabel berikut ini:

**Tabel 5.3.**

Kondisi Ketenagaan di Instalasi Rawat Inap Periode tahun 2014-2016

No	Jenis Pendidikan	Tahun 2014	Tahun 2015	Tahun 2016
1	Tdk Sekolah	-	-	2
2	SMA	22	22	24
3	SMEA / SMK	2	2	2
4	S1 Umum	-	-	1
5	D1 Gizi	0	1	1
6	D3 Keperawatan	92	90	97
7	D3 Kebidanan	12	12	14
8	D3 Gizi	1	1	1
9	D3 Umum	0	1	1
10	D4 Keperawatan	2	2	2
11	D4 Kebidanan	1	1	1
12	S1 Keperawatan	15	15	23
13	S2 Dokter Spesialis Anak	1	1	1

Sumber: Laporan Akuntabilitas Kinerja Rawat Inap, 2016,

Berdasarkan Tabel diatas, jenis pendidikan paling banyak ketenagaan di Instalasi Rawat Inap adalah lulusan D3 keperawatan berjumlah 97 orang pada tahun 2016.

**Tabel 5.4.**

Jenis Ketenagaan di Instalasi Rawat Inap Periode tahun 2014-2016

No	Jenis Ketenagaan	Tahun 2014	Tahun 2015	Tahun 2016
1	Instalasi	1	1	1
2	Sekretaris	1	1	1
3	Kepala Ruangan	8	8	8
4	Perawat Penanggung Jawab / KATIM	33	33	33
5	Perawat Pelaksana	80	80	96
6	PRS	24	25	29
7	Adminstrasi	2	2	2

Sumber: Laporan Akuntabilitas Kinerja Rawat Inap, 2016.

Berdasarkan data pada tabel 5.4 diatas dapat diketahui bahwa jenis ketenagaan di Instalasi Rawat Inap paling banyak adalah Perawat Pelaksana dan mengalami kenaikan jumlahnya pada tahun 2016. Di Instalasi Rawat Inap memang tidak bisa dipungkiri kalau kebutuhan ketenagaan masih kurang. Apalagi layanan BPJS baik PBI maupun Non PBI yang terus meningkat masih memerlukan tambahan tenaga kerja seperti yang disampaikan dalam akuntabilitas Kinerja Rawat Inap tahun 2016.

Berdasarkan analisa jumlah tenaga yang ada a) di ruang nifas kekurangan tenaga PRS : 1 dan tenaga adminitrasi : 1, b) Di ruang sofa 3, maka kita kekurangan tenaga perawat 2, PRS 1 dan tenaga adminitrasi : 1, c) di ruang sofa 4, maka kita kekurangan tenaga Perawat 6, PRS 1 dan tenaga adminitrasi sebanyak 1, d) di ruang marwah 2, maka kita kekurangan tenaga perawat 3, PRS 1 dan adminitrasi sebanyak 1, e) di ruang marwah 3, maka kita kekurangan tenaga perawat 3, dan adminitrasi sebanyak 1; f) di ruang marwah 4, kekurangan tenaga perawat 2 , PRS 1 dan adminitrasi sebanyak 1; g) di ruang marwah 4 ruang jantung, kekurangan tenaga perawat 3 , PRS 1 dan adminitrasi sebanyak 1; dan h) Di ruang marwah 4 ruang bedah, maka kita kekurangan tenaga PRS 1 dan adminitrasi sebanyak 1.

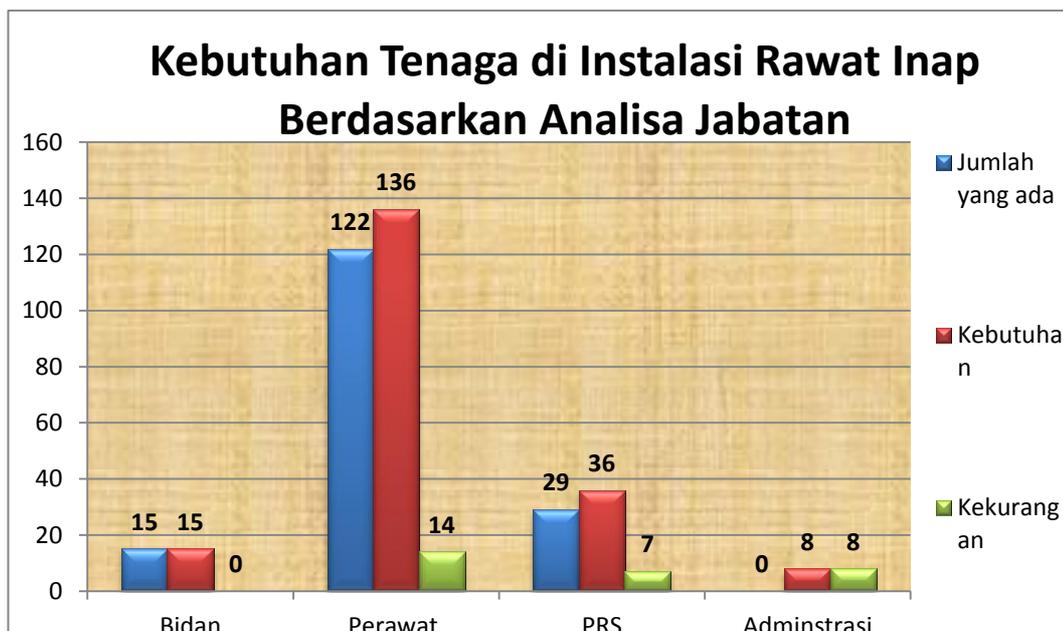
Jika di tabel dan diagram kekurangan tenaga di Instalasi Rawat Inap adalah sebagai berikut:

**Tabel 5.5.**  
**Hasil Analisa Jabatan Instalasi Rawat Inap Tahun 2016**

No	Jenis Ketenagaan	Jumlah yang ada	Kebutuhan	Kekurangan
1	Bidan	15	15	0
2	Perawat	122	136	14
3	PRS	29	36	7
4	Adminstrasi	0	8	8

Sumber : Laporan Akuntabilitas Instalasi Rawat Inap 2014

Berdasarkan data pada tabel 3.4 diatas dapat diketahui bahwa kebutuhan tenaga di Instalasi Rawat Inap berdasarkan Analisa Jabatan pada priode tahun 2016 masih kurang. Dapat dilihat pada diagram di bawah ini.



**Gambar 5.10:** Kebutuhan Tenaga di Instalasi Rawat Inap Berdasarkan Analisa Jabatan

Sumber : Laporan Akuntabilitas Instalasi Rawat Inap 2016

Berdasarkan data tersebut di atas dapat diketahui bawah kebutuhan beberapa tenaga di Instalasi Rawat Inap berdasarkan analisa jabatan masih kurang di banding dengan jumlah tempat tidur yang ada. Dari segi kuantitas jumlah tenaga perawat masih kurang dilihat dari kebutuhan beban kerja menurut perhitungan acuan DepKes atau Gillis, Jumlah tenaga PRS sebagian di ruangan masih kurang dan tenaga Administrasi. Dari segi kualitas masih perlu ditingkatkan pelatihan bagi perawat mengikuti pelatihan perawatan khusus misal : Perawatan

dan Penanganan Combustio, Manajemen BBLR, Pelatihan Edukator Diabet, dan Penanganan Kemoterapi. Selain itu Semua tenaga perawat dan bidan sudah memenuhi standart minimal D3. Pernyataan di atas sesuai dengan petikan wawancara dengan Bapak Imam Sudjono, S.Kep.Ns selaku sekretaris Instalasi Rawat Inap sebagai berikut:

“....seperti yang sudah ada di laporan akuntabilitas kinerja memang benar buk.....tenaga kita khususnya di Instalasi Rawat Inap masih kekurangan meskipun tidak banyak kira-kira kurang 10-15% lah....tapi ya kita khan hanya sekedar mengusulkan aja bagaimana pemenuhannya bukan wewenang kami..” (wawancara, 14 Maret 2017)

Upaya lain yang dilakukan oelh Instalasi Rawat Inap dalam meningkatkan kompetensi SDM adalah mengikuti berbagai pelatihan, sebagai upaya untuk meningkatkan pelayanan serta inovasi pelayanan. Berikut adalah tabel jenis pelatihan SDM yang dilakukan pada Instalasi Rawat Inap adalah sebagai berikut:

**Tabel 5.6**  
Pelatihan Sumber Daya Manusia Tahun 2013-2014

NO	JENIS PELATIHAN
1	Pelatihan Pengisian Case Report Form ( CRF ) Stroke Registry Indonesia di ruangan Konferensi RS Premier Surabaya
2	Pelatihan PPGD di RSU haji Surabaya
3	Pelatihan CST ( Care Support Treatment ) bagi petugas Rumah sakit yang bertanggungjawab dalam pengobatan bagi ODHA di hotel Country Heritage jln. Nginden Intan Utara 7
4	Pelatihan edukator Diabetes” 11 <sup>th</sup> National Diabetes Educator Training camp.” di Kinasih Resort Bogor
5	Seminar dan Workshop dengan tema ” Reduce Nosocomial Infection and Improve Safety in Healthcare Worker and Patient” di somerset Surabaya Hotel
6	Workshop National Perumahsakit dan surabaya Hospital Expo ke IX tahun 2013 dengan tema ” standart kreditasi RS versi 2012 di Balroom Shangri-la Hotel Surabaya
7	Pelatihan Calon Pembina QCC dengan metodologi PDCA TULTA di kondominium Taman Anggrek jl. Letjend.S. Parman kav.21 Jakarta
8	Pelatihan PPGD Keperawatan di RSU Haji Surabaya
9	Seminar Pendidikan Kedokteran Berkelanjutan dengan tema “ Shock in Pediatrics di Hotel Shangri-la , surabaya
10	Diklat Penanggulangan Penyakit Tropis di jln. Balongsari Tama Tandes

NO	JENIS PELATIHAN
	Surabaya
11	60 menit Sholat Bahagia di RSUD Haji Surabaya
12	Workshop sehari dengan tema " Joint Reseach for Building ASEAN Community 2015" di Gedung G Inspire Universitas Muhammadiyah surabaya.
13	Pelatihan Building Healthy Relationship antara 2 pilar di RSUD Haji Surabaya
14	Seminar sehari tumbuh kembang anak dan Kesehatan Kulit, Kuku serta rambut di RSUD Haji Surabaya
15	Bimbingan Teknis Akreditasi RS terkait Pelayanan MDG'S oleh Kemenkes di RSUD Haji Surabaya
16	Sosialisasi Sistem Manajemen Keselamatan Kerja Rumah Sakit ( SMK3RS ) di RSUD Haji Surabaya
17	Seminar Sehari dan Workshop Keperawatan Peningkatan Kualitas Hidup Pasien Kanker dengan Meningkatkan kompetensi perawat dengan tema Breast Cancer Ners Comprehensif di Gedung Diagnostik Center RSUD Dr. Soetomo Surabaya
18	Pelatihan System pelaporan HIV/AIDS di rawat inap dan rawat jalan UPIPI RSUD Dr. Soetomo surabaya.
19	Sosialisasi Peningkatan Program 5 S ( Salam, Senyum, Sapa, Sabar, dan Sentuhan Rohani ) RSUD Haji Surabaya dan Program Character Builiding di hotel De View Batu Malang.
20	Bimbingan Teknis Penyusunan Penilaian Kinerja PNS di RSUD Haji Surabaya
21	Bimbingan KBK Persiapan Konvensi KBK Tingkat Nasional Dan Internasional di RSUD Haji Surabaya
22	Pelatihan Keperawatan Neonatologi di IRNA Anak RSUD Dr. Soetomo Surabaya
23	Pelatihan PPGD di RSUD Haji Surabaya
24	Pelatihan Preseptorship bagi Dosen / CI di Stikes Hangtua Surabaya

## **2) Sarana Prasarana**

Terdiri dari tiga buah bangunan / gedung bertingkat empat yang dibagi dalam 8 ruangan perawatan, 3 ruangan perawatan di gedung Shofa dan 4 ruangan perawatan di gedung marwah dan 1 ruangan di gedung Al-aqsoh. Keseluruhan ruangan perawatan mampu menampung 188 pasien dan dilayani oleh 128 tenaga perawat.

### **Ruangan dan Kelas Pasien JKN**

#### **Kelas I**

Lokasi di Gedung Shofa, satu kamar untuk 3 (tiga) orang pasien dengan fasilitas

- Kipas Angin
- Lemari Pakaian
- Wastafel
- Kamar Mandi

#### **Kelas II**

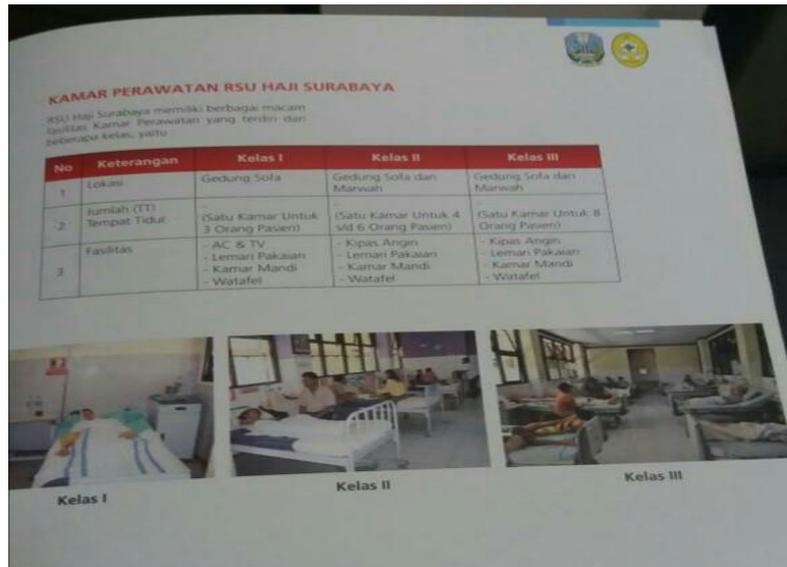
Lokasi di Gedung Shofa dan Marwah, satu kamar untuk 4 - 6 (empat s.d enam) orang pasien dengan fasilitas

- Kipas Angin
- Lemari Pakaian
- Wastafel
- Kamar Mandi

#### **Kelas III**

Lokasi di Gedung Shofa dan Marwah, satu kamar untuk 8 - 9 (delapan s.d sembilan) orang pasien dengan fasilitas

- Kipas Angin
- Lemari Pakaian
- Wastafel
- Kamar Mandi



**Gambar 5.11.** Kamar Perawatan RSU Haji Surabaya  
Sumber: Instalasi rawat Inap

Pemenuhan sarana prasarana sebenarnya sudah lengkap. Semua fasilitas yang ada di ruangan sesuai dengan kelas tentunya hanya ada beberapa hal yang perlu mendapatkan penanganan serius yaitu masalah keamanan pasien waktu dirawat dan juga masalah kenyamanan. Keamanan pasien disini adalah masih ditemui kehilangan barang-barang milik pasien dan atau keluarganya. Kenyamanan baik petugas rawat inap maupun pasien terganggu dengan adanya Kebocoran dikamar mandi ( 4C dan 3C ) dan adanya rayap ( ruangan rawat inap 3C, 2C ). Pernyataan di atas sesuai dengan petikan wawancara dengan Bapak Imam Sudjono, S.Kep.Ns selaku sekretaris Instalasi Rawat Inap sebagai berikut:

“....untuk sarana prasarana kita sudah terpenuhi buk. Karena kita termasuk rumah sakit milik provinsi kita banyak dibantu....hanya mungkin tinggal masalah maintenance yang masih kurang. Karena masih saja ditemui kebocoran AC. Selain itu ada dompet atau hape ...keluar pasien yang hilang....jadi kurang masalah keamanan menurut saya..” (wawancara, 14 Maret 2017)

### 3) Finansial

Sumber pembiayaan pasien JKN PBI maupun non PBI berasal dari beberapa sumber antara lain:

- (1) Klaim JKN

Sumber pembiayaan Program JKN berasal dari besaran klaim yang dibayarkan oleh BPJS kepada Rumah Sakit. Sesuai INA CBGs.. Karena status RSUD Haji Surabaya adalah Badan Layanan Umum Daerah (BLUD) maka klaim bisa langsung diterima oleh rumah sakit. Berdasarkan Peraturan Presiden No. 12/2013 menyatakan BPJS wajib membayar Fasilitas kesehatan atas pelayanan yang diberikan kepada Peserta paling lambat 15 (lima belas) hari sejak dokumen klaim diterima lengkap dan sah.. Faskes mengajukan klaim setiap bulan secara reguler paling lambat tanggal 10 bulan berikutnya. Dapat dipenuhi dengan cara:

- Kecepatan/ketepatan entri pada aplikasi Pelaksanaan Pembayar
- Kecepatan/ketepatan verifikasi oleh petugas
- Dukungan infrastruktur
- SDM yang memadai

Aplikasi sudah dibuat untuk memudahkan. Nilai ganti disepakati maka tagihan bisa segera dibayarkan.

Hal sesuai dengan pernyataan Dr. Tanya Viyaya S.M.Kes selaku Ka. Instalasi Pengendali Kerjasama dalam petkan wawancara berikut ini:

“.....salah satu sumber pembiayaan rumah sakit termasuk di Instalasi Rawat Inap ya dari klaim yang dibayarkan oleh BPJS. Karena rumah sakit ini sebagai provider....” (wawancara, 14 Maret 2017)

## **2) Dana Pembangunan dari Provinsi Jawa Timur**

Karena RSUD Haji Surabaya berdasarkan Surat Keputusan Gubernur Kepala Daerah Tingkat I Jawa Timur No. 136 Tahun 1997. tanggal 17 April 1993 resmi dibuka sebagai rumah sakit umum kelas C non Pendidikan milik Pemerintah Daerah Tingkat I Jawa Timur dan Pada Tahun 1998 diterbitkan Peraturan Daerah Propinsi Daerah Tingkat I Jawa Timur Tanggal 22 Desember 1998, Nomor : 9 Tahun 1998 Tentang Organisasi dan Tata Kerja Rumah Sakit Umum Daerah Haji Surabaya Propinsi Daerah Tingkat I Jawa Timur yang merupakan sebuah organisasi kecil. Dalam Bab III pasal 5, pasal 6, pasal 8 ayat (3), pasal 10 ayat (3), pasal 12 ayat (3) dan pasal 14 ayat (3) Surat Keputusan Gubernur Kepala Daerah Tingkat I Jawa Timur Nomor 23 Tahun 1993

disebutkan bahwa Organisasi Rumah Sakit Umum Haji Surabaya maka RSUD Haji Surabaya mendapat pembiayaan dari Provinsi baik berupa alat maupun barang.

### 5.2.3. Disposisi

*Disposition* berkenaan dengan kesediaan dari para implementor untuk *carry out* kebijakan tersebut. Kecakapan saja tidak mencukupi, tanpa kesediaan dan komitmen untuk melaksanakan kebijakan ( Nugroho: 2009:512). RSUD Haji Surabaya mempunyai komitmen yang tinggi dalam memberikan layanan. Hal ini dapat dilihat dari perbaikan dan penambahan sarana prasarana, penambahan instalasi, SDM yang handal dan terus meningkatkan kompetensi. Hal dapat dilihat dari perolehan ISO. ISO 9001:2000 di paviliun kelas utama pada tanggal 30 Januari 2007-30 Januari 2008, ISO 9001:2000 di paviliun kelas utama pada tanggal 22 Januari 2008-22 Januari 2009, ISO 9001:2000 di paviliun kelas utama pada tanggal 22 Januari 2009-22 Januari 2010, re-certification ISO 9001:2000 di paviliun kelas utama pada tanggal 22 Juni. Komitmen pelaksanaan Program JKN dapat dilihat di Instalasi Rawat Inap dengan berbagai kegiatan yang dilakukan pemerintah melalui Monitong dan Evaluasi (Monev), Pengembangan Standart Operasional Prosedur (SOP) layanan pasien JKN , Alur Layanan Pasien, Pengembangan layanan Pasien JKN dan pengembangan rawat inap untuk pasien dengan penyakit tertentu.

#### (1) Monitoring dan Evaluasi

Monitoring dan Evaluasi selalu dilakukan secara periodik ( 1 tahun ) melalui Laporan Akuntabilitas Kinerja di semua instalasi termasuk Instalasi Rawat Inap. Hal ini sebagai upaya untuk mengetahui Rencana strategis per tahun, Capaian Rencana Strategis, Pencapaian Indikator pelayanan, Analisis Ketenagaan, Analisis jabatan , Capaian sasaran mutu, Permasalahan dan Pemecahan. Dari sini akan dapat diketahui berbagai permasalahan serta kebutuhan masing-masing instalasi dalam peningkatan mutu layanan termasuk layanan pasien JKN baik PBI mau non PBI.

Hal ini sesuai dengan pendapat bapak Imam pada petikan berikut ini:

“.....begini komitmen kita dalam memberikan layanan selalu kita tingkatankan. Salah satunya adalah dengan melakukan monitoing dan

evaluasi yang kita tuangkan dalam Laporan Akuntabilitas Kinerja setiap tahun. Di dalamnya berisi rencana dan capaian layanan....dan juga permasalahan dan solusinya....”. (wawancara, 14 Maret 2017)

Sejalan dengan Bapak Imam berikut petikan dengan Ibu Tanya sebagai berikut:

“.....kami selalu berupaya memberikan layanan terbaik untuk pasien JKN baik PBI maupun Non PBI. Apalagi kami yang berada di garda depan layanan ....selalu mengevaluasi layanan dan SDM yang kurang kompeten dalam memberikan layanan...selanjutnya kami akan berbenah....” (wawancara, 14 Maret 2017)



**Gambar 5.12 :** Wawancara peneliti dengan Bapak Imam Sudjono, S.Kep.Ns. Sekretaris Instalasi Rawat Inap

Sumber : Dokumen Peneliti

## (2) Standart Operasional Prosedur (SOP)

Keseriusan dalam memberikan pelayanan prima dapat terlihat dari peraturan dan mekanisme yang jelas dibangun sebuah lembaga dalam memberikan pelayanan kepada pasien JKN PBI maupun PBI oleh Instalasi Rawat Inap yang dituangkan dalam SOP. Adapun beberapa SOP yang telah di kembangkan di Instalasi Rawat Inap khususnya adalah: 1) Standar Prosedur Operasional (SPO) Pelayanan Administrasi Pasien JKN PBI dan Non PBI Yang Dirujuk; 2) SOP Pelayanan Penerbitan Surat Elegibilitas Peserta (SEP) Rawat Inap Pasien JKN dan Pihak Ketiga, 3) SOP Hak dan Kewajiban Pasien dan keluarga pasien, 4) SOP Penerbitan Surat Keterangan Rawat Inap; 5) SOP Persetujuan Umum Pasien

Masuk Rumah Sakit; 6) SOP Persyaratan Pasien JKN; 7) SOP Persyaratan Pulang Pasien JKN; 8) SOP Visite dokter; dan lain sebagainya.

STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL PELAYANAN ADMINISTRASI PASIEN JKN PBI DAN JKN NON PBI YANG DIRUJUK	
RSU HAJI Jl. Mayor Kartini Surabaya	No. Dokumen 002 SPO Rujuk/RSUH/09
No. Revisi 1/1	Tahun 1/1
Tanggal Terbit 11 MAY 2015	Ditandatangani Ditandatangani di: Revisi/Kurasi/Trabasan, M.Kes.
<b>SPO</b>	
<b>Pengertian</b>	Pelayanan administrasi pasien JKN PBI dan JKN NON PBI yang dirujuk, meliputi pelayanan administrasi yang diperuntukkan pasien JKN-PBI (Pembekuan, Nawa, Indonesia Sehat (KIS) dan PBI Kota Surabaya) dan kartu JKN Non-PBI (Gelas, PINS, TNE-POLRI, JAMSOSTEK dan peserta JKN Mandiri) yang dirujuk dari IKIP/RSU/RSU Haji Surabaya ke Rumah Sakit Rujukan berdasarkan indikasi medis, ketersediaan sumber daya kesehatan atau karena kamar perawatan penuh sehingga pasien harus dirujuk.
<b>Tujuan</b>	Terlayannya pasien JKN-PBI dan pasien JKN-Non PBI secara optimal.
<b>Kebijakan</b>	1. Keputusan Direktur RSU Haji Surabaya Nomor 44/S/008/2014, tentang Kebijakan Akses Pelayanan dan Kontinuitas Pelayanan di Rumah Sakit Utama Haji Surabaya. 2. Keputusan Direktur RSU Haji Surabaya Nomor 44/S/132/2014, tentang Kebijakan Pelayanan Pasien di Rumah Sakit Utama Haji Surabaya.
<b>Media</b>	1. Dokter DPJP yang merujuk membuat surat pengantar/rujukan untuk diserahkan ke pasien. 2. Pasien mengurus persyaratan administrasi ke loket BPJS Center (selama jam buka atau ke rekam medik IGD (jika diluar jam kerja) dengan membawa surat pengantar/rujukan dari dokter DPJP RSU Haji ke rumah sakit penerima rujukan. 3. Petugas BPJS center atau petugas rekam medik IGD membuat Surat Pengantar Peserta (SEP) rujukan antar rumah sakit. 4. Berkas point 1 dan 3 diserahkan ke pasien/keluarga pasien untuk dibawakan ke rumah sakit yang dituju.
<b>Terkait</b>	- Seksi Rekam Medis - Instalasi Gawat Darurat - Instalasi Farmasi - Instalasi Pengendali Kerjasama

**Gambar 5.13** : SOP Pelayanan Administrasi Pasien JKN PBI dan JKN Non PBI yang dirujuk  
Sumber: Dokumen Peneliti

### 3). Pengembangan Layanan Obat Pasien JKN

Salah satu pengembangan layanan yang dilakukan di Instalasi Rawat Inap adalah UDD (unit Dosis Dispensing). Unit ini memberikan layanan untuk pemenuhan obat bagi pasien. Jadi pasien atau biasanya dilakukan oleh keluarga pasien tidak perlu lagi mengurus obat ke apotik atau bagian farmasi. Hanya jika ada beberapa obat yang tidak bisa dicover oleh BPJS keluarga pasien dipersilakan untuk membeli sendiri. Sementara layanan ini masih ada di satu ruangan yaitu di Ruang Aqso. Ke depan layanan ini akan dikembangkan di 7 (tujuh) ruangan yang ada di Instalasi rawat Inap.

#### 4) Alur Layanan Pasien

Beberapa alur pelayanan sudah dibuat di Instalasi Rawat Inap Hal ini untuk memudahkan pasien untuk mendapatkan layanan prima. Beberapa Alur yang sudah ada di Instalasi Irna antara lain: a) Alur Penerimaan Pasien Baru Di Ruang Rawat Inap; b) Alur Penanganan Kegawatan di IRNA; c) Alur Timbang Terima di Ruang Rawat Inap; d) Alur Supervisi; e) Alur Pelaksanaan Sentralisasi Obat dan lain sebagainya; f) Alur Discharge Planning di Ruang Rawat Inap; dan lain sebagainya. Berikut adalah contoh alur di Ruang Rawat Inap:



**Gambar 5.14:** Alur Supervisi dan Alur Timbang Terima di Ruang Rawat Inap  
Sumber: Dokumen Peneliti

#### 5) Pengembangan rawat inap untuk pasien dengan penyakit tertentu

Pengembangan Instalasi ini diarahkan pada spesifik pada penyakit khusus atau perawatan khusus Yaitu Ruang Rawat Inap Jantung, Ruang Rawat Inap Bedah dan yang baru dibuka adalah Ruang Rawat Inap Paru. Sedangkan yang akan di kembangkan lebih lanjut adalah Ruang Kemoterapi dan Ruang

Rawat Inap Diabet.

Hal yang sama disampaikan oleh Ibu Tri Wahyuni, S.Sos sebagai berikut:

“.....berbaikan layanan terus dilakukan buk di IRNA ini...selain kenyamanan pasien dan keluarga pasien juga akan dikembangkan ruang untuk penyakit khusus...misalnya yang akan dibuka adalah Ruang Paru...” (wawancara, 14 Maret 2017)



**Gambar 5.15.:** Wawancara peneliti dengan Tri Wahyuni selaku Staff Admin Instalasi Rawat Inap.

Sumber : Dokumen Peneliti

#### **5.2.4. Struktur Birokrasi**

Ripley (1985:471) menegaskan bahwa karakteristik struktur, norma dan pola-pola hubungan dalam lembaga, memiliki pengaruh terhadap tingkat kinerja lembaga dalam implementasi kebijakan. Dalam penyelenggara Program JKN RSUD Haji Surabaya sebagai provider (penyedia jasa/penyelenggara pelayanan kesehatan tingkat lanjutan) yang telah bekerjasama dengan BPJS. Untuk itu hendaknya adanya kerjasama yang baik dan harmonis antara Rumah Sakit, BPJS sebagai pembayar klaim dan tentunya kepada semua pihak terkait. Karena RSUD Haji Surabaya adalah termasuk rumah sakit umum Provinsi, hubungan dengan Pemerintah Provinsi juga harus dipelihara dengan baik.

Menurut informasi dari beberapa informan, selama ini hubungan relatif baik baik dengan BPJS dalam klaim pembayaran dan Provinsi Jawa Timur, tidak menemui kendala berarti dan satu sama yang lain saling mendukung baik finansial

maupun sarana prasarana. Berbagai regulasi yang dibuat tujuannya untuk peningkatan layanan kesehatan di Surabaya khususnya dan Jawa Timur umumnya. Hal ini sesuai dengan pernyataan Bapak Imam Sudjono dalam petikan wawancara berikut ini:

“.....kita ini khan RSUD Provinsi yang menjadi provider dalam penyelenggaraan Jaminan Kesehatan. Atau istilahnya RSJKN...ya kita harus menjalin hubungan baik dengan BPJS supaya tidak terjadi masalah ketika ada klaim. Selain itu juga adanya pertanggungjawaban kepada Pemerintah Provinsi ....karena Provinsi juga membiayai rumah sakit ini khususnya dalam peralatan rumah sakit “(wawancara, Tanggal 16 maret 2017)

Sejalan dengan pendapat Bapak Imam, pendapat Ibu Tania dari Instalasi Pengendali Kerjasama sebagai berikut:

“.....selama ini hubungan baik, komunikasi dan koordinasi dengan pihak BPJS terkait dengan klaim relatif baik dan lancar. Yah....kadang terjadi masalah sedikit dalam coding ....tapi selama ini bisa terselesaikan dengan baik”

Selain hubungan yang bersifat eksternal, dalam struktur organisasi Instalasi Rawat Inap juga menjalin hubungan dan kerjasama dengan bagian terkait. Sesuai dengan alur layanan pasien utamanya pasien JKN, baik PBI dan Non PBI yaitu dengan Instalasi Pengendali Kerjasama, Poliklinik, Depo Farmasi, Instalasi penunjang lain misalnya PK/PA/Radiologi maupun Rehabilitasi Medik. Hal ini selaras dengan pernyataan Bapak Imam selaku sekretaris Instalasi rawat inap sebagai berikut:

“.....layanan pasien yang dirawat di instalasi disini khan berdasarkan diagnosa penyakit tertentu, yang masing-masing memerlukan penanganan yang harus berhubungan dengan poliklinik, farmasi dan instalasi lain....ya koordinasi dan hubungan harus dijalin dan berjalan secara sinergi....demi layanan yang paripurna..” (wawancara, Tanggal 16 maret 2017)

Komunikasi dalam kerangka penyampaian informasi kepada para pelaksana kebijakan tentang apa yang menjadi standar dan tujuan harus konsisten dan seragam (*consistency and uniformity*) dari berbagai sumber informasi. Di samping itu, koordinasi merupakan mekanisme yang ampuh dalam implementasi kebijakan, maka kesalahan akan semakin kecil demikian sebaliknya. Hubungan antara lembaga terkait baik eksternal maupun internal serta masyarakat yang tidak

kalah pentingnya menjadi penentu akan keberhasilan kebijakan JKN. Hal ini selaras dengan petikan wawancara berikut ini:

Bapak Imam

“.....kita sudah berusaha semaksimal mungkin bu untuk memberi layanan terbaik. Tapi saya rasa masyarakat juga harus paham dan mengerti akan posisi kita. Karena sering kita menemui pasien yang ...maaf nakalan. Kadang ngakali petugas....ngakunya bukan peserta BPJS eh hanya mengelabui supaya cepat dilayani katanya. Padahal kami melayani sama aja....ini kadang menyulitkan dalam administrasi...” (wawancara, Tanggal 16 maret 2017)

Sama halnya dengan pernyataan Ibu Tri Wahyuni selaku Staff Admin  
“.....masih saja masyarakat berburuk sangka kalau layanan BPJS di nomor duakan bu....biasanya masyarakat masuk tidak ngaku kalau pakek BPJS.....supaya segera dapat penanganan....begitu dah masuk rawat inap...katanya punya kartu BPJS.....ini menyusahkan kita bu...”

Dari beberapa pendapat informan tersebut dapat disimpulkan kalau hubungan, komunikasi dan koordinasi antara seluruh *stakeholder* BPJS relatif sudah baik dan lancar. Hanya memang yang masih perlu diefektifkan adalah sosialisasi kepada masyarakat terkait dengan hak dan kewajiban sebagai peserta JKN utamanya adanya regulasi yang terus mengalami perubahan. Sehingga tidak terjadi kesimpangsiuran informasi yang berakibat pada salah interpretasi.

#### **5.4. Kendala-kendala Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN).**

Delapan (8) masalah pelaksanaan JKN hasil monitoring dan evaluasi yang dilakukan Dewan Jaminan Sosial Nasional diselenggarakan BPJS Kesehatan pada semester I tahun 2016 yang telah dikemukakan peneliti pada latar belakang sebenarnya merupakan masalah yang hampir dialami oleh seluruh Faskes termasuk juga di RSUD Haji Surabaya dan juga masyarakat baik yang sudah menjadi peserta maupun akan menjadi peserta JKN. Masalah spesifik yang bisa dikatakan juga sebagai kendala dalam pelaksanaan JKN di RSUD Haji Surabaya umumnya dan Instalasi Rawat Inap khususnya adalah sebagai berikut :

##### **1) Kebijakan yang sering mengalami perubahan**

Sering berubahnya kebijakan akan membuat para pelaksana kebijakan JKN yaitu Faskes Tingkat Pertama yaitu Puskesmas, klinik

maupun dokter pribadi yang bermitra dengan BPJS dan Fasilitas Kesehatan Tingkat Lanjut (FKTL) yaitu RSJS mengalami kesulitan dan kebingungan. Hal ini selaras dengan pernyataan para informan pada petikan wawancara berikut ini:

Ibu Tanya, Ka. Instalasi Pengendali Kerjasama, wawancara 16 Maret 2017

“.....yang membingungkan kita para pelaksana JKN ini adalah seringnya kebijakan mengalami perubahan. Ini membuat kita kalang kabut. Otomatis ketika ada perubahan kita juga harus mengubah prosedur, alur dan juga administrasi tentunya.....dan masih banyak akibat lainnya.....”

Selaras dengan pernyataan Ibu Tanya adalah pernyataan Bapak Imam sekretaris Instalasi Rawat Inap sebagai berikut:

“.....begini buk kita ini sebagai pelaksana sering dipusingkan dengan seringkalinya ada perubahan kebijakan. Masak kebijakn yang masih satu tahun sudah diubah lagi.....lha kita kan harus adaptasi lagi...merubah semuanya. Kadang yang kita khawatirkan juga masyarakat menganggap kita mencal-mencle....padahal kita adaptasi dengan kebijakan” wawancara 16 Maret 2017

Demikian juga yang disampaikan oleh Ibu Tri Wahyuni

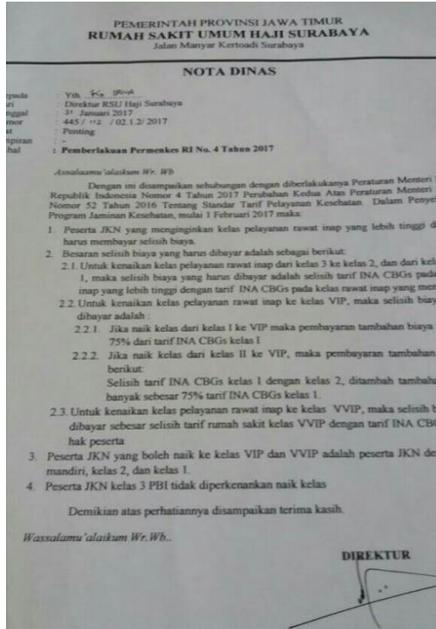
“.....begini buk kebijakan yang sering berubah akan berakibat kita yang dibawah kalang kabut. Misalnya adalah kebijakan pasien boleh pindah kelas tidak sesuai dengan kelas pembayaran preminya.....karena selisihnya tidak banyak ada pembekakan dikelas II dan I.....” wawancara 16 Maret 2017



**Gambar 5.16** : Wawancara peneliti dengan Ibu Tanya selaku Ka. Instalasi Pengendali Kerjasama

Sumber: Dokumen Peneliti

Dari petikan wawancara di atas dapat diketahui bahwa akibatnya perubahan kebijakan memerlukan waktu tersendiri untuk adaptasi karena akan mengubah SOP dan juga alur layanan Pasien JKN. Sebagai contoh adalah: adanya kebijakan yang diperbolehkan pasien pindah kelas. Dulu pasien harus sesuai dengan haknya. Berikut instruksinya:



**Gambar 5.17:** Nota Dinas dan Pengumuman Pemberlakuan Permenkes No 4 tahun 2017  
Sumber: Instalasi Rawat Inap RSU Haji Surabaya

Nota Dinas dan Pengumuman diatas adalah tindak lanjut pemberlakuan Peraturan Menteri kesehatan Nomor 4 Tahun 2017 tentang Perubahan kedua atas Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 52 Tahun 2016 Tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan Dalam Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan. Peraturan yang baru berumur 1 (satu) tahun sudah mengalami perubahan. Contoh lain Perubahan yang juga mengalami perubahan dalam waktu singkat adalah Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 23 Tahun 2017 Tentang Perubahan Kedua Atas Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 71 Tahun 2013 Tentang Pelayanan Kesehatan Pada Jaminan Kesehatan Nasional. Dan yang masih menuai kebingungan adalah permenkes baru tentang standar tarif pelayanan JKN yaitu permenkes Nomor 64 tahun 2016 dan Ketentuan selisih bayar juga mengalami perubahan dalam Perpres 19/2016 yang mana sebelumnya apabila naik kelas maka selisih biaya dibayar

sendiri atau melalui CoB dengan asuransi komersil. Namun sekarang terdapat pilihan dimana selisih tersebut dapat dibayarkan oleh pemberi kerja.

(2) Perbedaan interpretasi coding pada saat pengajuan klaim

Menurut informan, mekanisme pembayaran INA-CBG's kepada fasilitas kesehatan terlebih dahulu dilakukan verifikasi berkas oleh verifikator internal rumah sakit dan verifikator BPJS Kesehatan, setelah semua berkas lengkap dan sah maka data jumlah klaim diserahkan kepada bagian keuangan BPJS Kesehatan untuk dibayar kepada rumah sakit. Pembayaran kepada rumah sakit sesuai dengan nomor rekening yang dimasukkan ke BPJS Kesehatan. Permasalahan kadang timbul ada interpretasi yang berbeda antara verifikator internal rumah sakit dan verifikator BPJS kesehatan. Ini yang kadang menimbulkan masalah sehingga harus adu argumen agar berkas dinyatakan lengkap dan sah. Hal ini selaras dengan pernyataan Ibu Tanya, Ka. Instalasi Pengendali Kerjasama, wawancara 16 Maret 2017

“.....Terkadang waktu mengajukan klaim ke BPJS ada masalah ketidaksesuaian coding ...terjadi adu argumen antara verifikator rumah sakit dan verifikator BPJS...tapi sejauh ini bisa kami selesai dengan baik.....”

(3) Sosialisasi yang masih kurang

Sosialisasi utamanya perberlakuan kebijakan baru masih sangat dibutuhkan utamanya bagian pasien. Hal ini dikarena kadang masih dijumpai pasien yang masih belum mengerti aturan, prosedur layanan yang baru. Terkadang pekerjaan sosialisasi dilakukan oleh perawat atau kadang petugas yang jaga. Hal akan menghabiskan waktu tersendiri. Sehingga perawat atau petugas jaga kadang malah keteteran melakukan tugas pokok dan fungsinya sendiri. Jika tidak dilayani nanti malah menjadi bumerang kalau RSUD Haji tidak memberi pelayanan prima. Padahal memang bukan menjadi Tuposinya. Sejalan pernyataan di atas ini adalah petikan wawancara dari informan.

Ibu Tanya, Ka. Instalasi Pengendali Kerjasama, wawancara 16 Maret 2017

“.....begini dari pemantauan kami perawat atau petugas jaga utamanya yang ada IGD kadang waktu banyak dihabiskan untuk memberikan penjelasan kepada pasien atau keluarga pasien terkait dengan persyaratan menjadi peserta JKN ataupun terkait aturan layanan.....ruangan dan pengobatan..mangkanya menurut saya perlu ada petugas BPJS yang stanby”

Selaras dengan pernyataan Ibu Tanya adalah pernyataan Bapak Imam sekretaris Instalasi Rawat Inap sebagai berikut:

“.....begini banyak keluarga pasien yang bertanya kepada perawat atau petugas jaga di masing-masing ruang terkait dengan BPJS.....hal ini kadang menghabiskan waktu.” wawancara 16 Maret 2017

Dari petikan wawancara dari beberapa informan bisa diketahui, meskipun Rumah Sakit sudah membantu untuk sosialisasi mengenai program JKN melalui pengumuman, poster, banner tapi masih memerlukan tenaga khusus dari BPJS untuk stanby di front office atau di ruang IGD.

#### (4) Tenaga Perawat dan Administrasi masih kurang memadai

Di Instalasi rawat inap khususnya masih kurang tenaga perawat dan admin. Konsekwensi upaya memberikan layanan prima memerlukan SDM yang cakap dan memadai. Upaya Instalasi Rawat Inap yang terus mengembangkan layanan dirasa masih kurang tenaga perawat dan admin di masing-masing ruang perawatan. Hal ini terlihat pada akuntabilitas kerja tahun 2016 kebutuhan ketenagaan sebagai berikut: a) di ruang nifas kekurangan tenaga PRS : 1 dan tenaga adminitrasi : 1, b) Di ruang sofa 3, maka kita kekurangan tenaga perawat 2, PRS 1 dan tenaga adminitrasi : 1, c) di ruang sofa 4, maka kita kekurangan tenaga Perawat 6, PRS 1 dan tenaga adminitrasi sebanyak 1, d) di ruang marwah 2, maka kita kekurangan tenaga perawat 3, PRS 1 dan adminitrasi sebanyak 1, e) di ruang marwah 3, maka kita kekurangan tenaga perawat 3, dan adminitrasi sebanyak 1; f) di ruang marwah 4, kekurangan tenaga perawat 2 , PRS 1 dan adminitrasi sebanyak 1; g) di ruang marwah 4 ruang jantung, kekurangan tenaga perawat 3 , PRS 1 dan adminitrasi sebanyak 1; dan h) Di ruang marwah 4 ruang bedah, maka kita kekurangan tenaga PRS 1 dan adminitrasi sebanyak 1. Hal ini sesuai dengan pernyataan Bapak Imam dalam petikan wawancara berikut ini:

“..... di rawat inap ini masih kurang tenaga buk. Tenaga admin misalnya masih satu....ya Mbak Tri ini. Pada harus keliling di 4 lantai perawatan. Idelanya di masing-masing ruangan ada tenaga admin nya. Demikian juga tenaga perawat kita juga masih kurang buk...apalagi akan dikembangkan ruang pelayanan penyakit khusus...misalnya yang akan dibuka Ruang Paru..ini pasti memerlukan tenaga lagi...” (wawancara, Tanggal 16 maret 2017)

## **BAB VI**

### **PENUTUP**

#### **6.1. Kesimpulan**

Menurut George Edward III ada empat faktor yang mempengaruhi implementasi kebijakan dapat bekerja secara simultan dan berinteraksi satu sama lain untuk membantu dan menghambat implementasi kebijakan, yaitu: 1) Komunikasi, 2) Sumberdaya, 3) Disposisi dan 4) Struktur Birokrasi. Berikut ini disajikan hasil penelitian dan pembahasan terkait dengan 4 (empat) variabel yang mempengaruhi implementasi Program JKN di RSUD Haji Surabaya

Dari hasil penelitian yang dilakukan tentang Implementasi Program Jaminan JKN di RSUD Haji Surabaya dapat diambil kesimpulan sebagai berikut:

##### 1) Komunikasi

Mengingat program ini adalah Program Nasional untuk menyampaikan pesan kepada masyarakat baik pemerintah pusat, pemerintah provinsi, pemerintah kab/kota, Rumah Sakit dan puskesmas saling bahu membahu melengkapi informasi melalui media cetak seperti Koran (Jawa Pos, Kompas, dan sebagainya) , Spanduk atau banner yang dipasang di depan Rumah Sakit, Puskesmas dan juga billboard di jalan-jalan strategis ( misalnya: di Surabaya Pojok Dolog Jemursari), Pamflet, Brosur serta media Elektronik (Televisi) yang diperankan oleh artis Ria Irawan. Disamping itu komunikasi juga disampaikan melalui sosialisasi, rapat dengar pendapat antar institusi penyelenggara Program JKN. Selain itu masyarakat dalam hal ini pasien yang menjadi informan penelitian mengetahui tentang program JKN atau biasa dikenal dengan BPJS dari tetangga, saudara, media maupun informasi dari petugas yang ada di rumah sakit saat berobat serta kepesertaan otomatis perpindahan dari Askes maupun dari Jamkesmas.

##### 2) Sumberdaya

Sumberdaya disini meliputi 3 komponen yaitu:

###### a. Sumberdaya Manusia (Tenaga Medis dan Paramedis)

Berdasarkan data tahun 2016 Ketenagaan di Instalasi Rawat Inap berjumlah 170 terbagi dalam jenis tenaga Instalasi 1 orang, Sekretaris 1 orang ,

Kepala Ruang 8 orang, Penanggung Jawab/KATIM 33 orang, Perawat Pelaksana 96 orang, PRS 29 orang dan Tenaga Administrasi 1 orang. Paling banyak adalah Perawat Pelaksana sebanyak 96 orang. Di Instalasi Rawat Inap memang tidak bisa dipungkiri kalau kebutuhan ketenagaan masih kurang. Apalagi layanan BPJS baik PBI maupun Non PBI yang terus meningkat masih memerlukan tambahan tenaga kerja seperti yang disampaikan dalam akuntabilitas Kinerja Rawat Inap tahun 2016.

b. Sarana Prasarana

Terdiri dari tiga buah bangunan / gedung bertingkat empat yang dibagi dalam 8 ruangan perawatan, 3 ruangan perawatan di gedung Shofa dan 4 ruangan perawatan di gedung marwah dan 1 ruangan di gedung Al-aqsoh. Keseluruhan ruangan perawatan mampu menampung 188 pasien dan dilayani oleh 128 tenaga perawat. Terbagi ke dalam Kelas I, II dan III. Pemenuhan sarana prasarana sebenarnya sudah lengkap. Semua fasilitas yang ada di ruangan sesuai dengan kelas tentunya hanya ada beberapa hal yang perlu mendapatkan penanganan serius yaitu masalah keamanan pasien waktu dirawat dan juga masalah kenyamanan

c. Keuangan

Sumber pembiayaan Program JKN berasal dari besaran klaim yang dibayarkan oleh BPJS kepada Rumah Sakit. Sesuai INA CBGs.. Karena status RSUD Haji Surabaya adalah Badan Layanan Umum Daerah ( BLUD ) maka klaim bisa langsung diterima oleh rumah sakit dan juga dari Pemerintah Provinsi Jawa Timur berupa alat dan barang

3) Disposisi

Komitmen pelaksanaan Program JKN dapat dilihat di Instalasi Rawat Inap dengan berbagai kegiatan yang dilakukan pemerintah melalui Monitong dan Evaluasi (Monev), Pengembangan Standart Operasional Prosedur (SOP) layanan pasien JKN , Alur Layanan Pasien, Pengembangan layanan Pasien JKN dan pengembangan rawat inap untuk pasien dengan penyakit tertentu.

#### 4) Struktur Birokrasi

Menurut informasi dari beberapa informan, selama ini hubungan relatif baik baik dengan BPJS dalam klaim pembayaran dan Provinsi Jawa Timur, tidak menemui kendala berarti dan satu sama yang lain saling mendukung baik finansial maupun sarana prasarana. Berbagai regulasi yang dibuat tujuannya untuk peningkatan layanan kesehatan di Surabaya khususnya dan Jawa Timur umumnya. Selain hubungan yang bersifat eksternal, dalam struktur organisasi Instalasi Rawat Inap juga menjalin hubungan dan kerjasama dengan baik dengan bagian terkait. Sesuai dengan alur layanan pasien utamanya pasien JKN, baik PBI dan Non PBI yaitu dengan Instalasi Pengendali Kerjasama, Poliklinik, Depo Farmasi, Instalasi penunjang lain misalnya PK/PA/Radiologi maupun Rehabilitasi Medik.

Jika dilihat dari 4 (empat) variabel yang mempengaruhi implementasi program JKN di RSUD Haji Surabaya khususnya di Instalasi Rawat Inap relatif berhasil dan mampu menghasilkan pelayanan yang berkualitas. Tetapi tidak hanya 4 (empat) variabel di atas yang mempengaruhi keberhasilan Instalasi Rawat Inap dalam memberikan layanan kepada pasien program JKN tetapi juga inovasi pelayanan misalnya dibukanya ruangan khusus penyakit tertentu misalnya Ruang Bedah, Ruang Jantung dan Ruang Paru dan lain sebagainya juga memiliki andil yang besar menghasilkan kualitas layanan baik. Hal ini tentukan bisa dipakai sebagai model pelayanan di Instalasi Rawat Inap rumah sakit lain yang mengadaptasikan muatan lokal yang ada wilayah rumah sakit masing-masing. Atau lebih spesifik adalah model pengembangan pelayanan sesuai dengan kebutuhan masyarakat sekitar atau berbasis kearifan lokal.

## 6.2. Saran dan Rekomendasi

Berdasarkan hasil penelitian ini, terdapat beberapa saran praktis yang peneliti sampaikan demi sempurnanya implementasi dari kebijakan Program JKN khususnya di Instalasi Rawat Inap RSUD Haji Surabaya yaitu :

### 1) Bagi Pemerintah

Diharapkan tidak sering melakukan perubahan kebijakan. Hal ini agar tidak terkesan pemerintah tidak terlalu terburu-buru dan kurang

memperhatikan dampak dari kebijakan tersebut di lapangan seperti FKTP maupun FKTL sebagai implementor. Akibat perubahan kebijakan memerlukan waktu tersendiri untuk adaptasi karena akan mengubah SOP dan juga alur layanan Pasien JKN

2) Bagi BPJS

BPJS sebagai badan yang ditunjuk untuk melakukan Program JKN hendaknya menempatkan petugas yang berada di IGD siap memberikan informasi kepada masyarakat jika ada permasalahan maupun perubahan kebijakan baru. Serta menempatkan verifikator yang handal dan kompeten sehingga tidak terjadi kesalahan interpretasi, mengingat latar belakang pendidikan yang berbeda antara verifikator rumah sakit dan verifikator BPJS.

3) Bagi RSUD Haji Surabaya dan Instalasi Rawat Inap

Terus melakukan inovasi layanan, utamanya layanan untuk pasien JKN baik PBI maupun Non PBI. Meskipun tidak perlu diragukan lagi dengan status sakit yang sudah mendapatkan ISO layanan sudah bagus. Tapi Inovasi layanan misalnya yang ada di Instalasi Rawat Inap dengan membuka ruangan khusus untuk penyakit tertentu adalah sangat bagus. Dan tentunya juga diikuti oleh instalasi-instalsi yang lain.

4) Bagi Pemerintah Provinsi Jawa Timur

Dukungan baik berupa dana, alat dan juga barang sangat diperlukan untuk peningkatan layanan di RSUD Haji umumnya dan Instalasi Rawat Inap khususnya.

5) Bagi Masyarakat

Selalu cerdas dalam menyikapi informasi khususnya kebijakan program JKN. Masyarakat juga memiliki komitmen untuk jujur dan ikut mendukung dalam pelayanan kesehatan serta tertib dalam membayar premi khususnya untuk peserta non PBI.

6) Bagi Peneliti

Tindak lanjut dari penelitian ini adalah adanya upaya dengan sekelompok dosen untuk melakukan pengabdian masyarakat kepada masyarakat tentang program JKN terkait dengan persyaratan kepesertaan, rujukan di

Faskes Tk I dan tingkat lanjutan serta kebijakan terbaru tentang Program JKN.

Tidak bisa dipungkiri Program JKN memiliki nilai tambah sebagai upaya untuk perbaikan kualitas kesehatan maka kebijakan ini dapat dilanjutkan dengan beberapa rekomendasi antara lain :

- 1) Dipandang perlu seluruh instansi terkait melakukan sosialisasi secara kontinu dan yang lebih utama puskesmas dan rumah sakit sehingga masyarakat mengetahui hak dan kewajibannya sebagai pemegang kartu BPJS. Hal ini dilakukan untuk menghindari berbagai macam kecaman dari masyarakat yang merasa tidak puas akan layanan yang diberikan puskesmas dan rumah sakit.
- 2) Diharapkan seluruh jenjang fasilitas kesehatan Program JKN mulai dari fasilitas pelayanan kesehatan primer (Puskesmas, klinik, dokter keluarga), sekunder (Rumah sakit tipe B, C) , hingga tersier (Rumah Sakit tipe A) memiliki komitmen yang tinggi untuk mewujudkan pelayanan yang berkualitas sesuai dengan peraturan yang berlaku.
- 3) Karena ini adalah program nasional, dipandang perlu untuk terus melakukan penambahan, peningkatan kualitas sumber daya meliputi SDM, sarana prasarana kesehatan pada puskesmas dan rumah sakit yang dilakukan oleh pemerintah pusat, pemerintah daerah dan institusi terkait lainnya agar mampu memberikan layanan yang berkualitas.

## Daftar Pustaka

- Abdul Wahab, S., 1997. *Analisis Kebijakan dari Formulasi ke implementasi Kebijakan Negara*. Bumi Aksara. Jakarta.
- Agustino, Leo, 2006. *Dasar-Dasar Kebijakan Publik*, CV. Alfabeta, Bandung
- Andrew, L. Friedman, Miles, Samantha, 2006, *Stakeholders Theory and Practice*, Oxford University Press.
- Anderson, J.E, 1975. *Public Policy Making*, London:Nelson.
- Bryant C. & White, L.G., 1982, *Managing Development in The Third World*
- Bungin, Burhan, 2007. *Penelitian Kualitatif*, Prenada Media Group
- Dunn , Willian N., 2000. *Pengantar Analisis Kebijakan Publik*, Gadjah Mada University Press, Yogyakarta
- Edward III, George C., 1980. *Implementing Public Policy*, Washington D.C: Congressional Quartely, Inc.
- Grindle, Merilee S., (ed)., 1980. *Politic and Policy Implementation in The Third World*, Princeton-New Jersey: Princeton University Press.
- Jones, Charles O, 1991. *Pengantar Kebijakan Publik (Public Policy)*, CV. Rajawali , Jakarta.
- Malo, Manasse & Trisnoningtias,Sri,. *Metode Penelitian Masyarakat*, Pusat Antar Universits Ilmu-Ilmu Sosial Universitas Indonesia, Jakarta.
- Miles B. Mathew dan A. Michall Huberman. (2009), *Analisa Data Kualitatif*, Penerbit Universitas Indonesia (UI-Press), Jakarta.
- Moleong, Lexy J, 2005, *Metodologi penelitian Kualitatif*. Bandung: Remaja Rosdakarya.
- Mulyana, Deddy, 2003, *Metodologi Penelitian Kualitatif: Paradigma Baru Ilmu Komunikasi dan Ilmu Sosial Lainnya*, PT. Remaja Rosdakarya, Bandung.
- Nugroho, Riant. 2009, *Public Policy*, PT Elex Media komputindo, Kelompok Gramedia, Jakarta
- Parsons, Wayne, 2006, *Public Policy (Pengantar Teori dan Praktek Analisis Kebijakan)*, Kencana Prenada Media Group, Jakarta.

Ratminto & Winarsih, AS (2005), *Manajemen Pelayanan : Pengembangan Model Konseptual, Penerapan Citizen's Charter dan Standar Pelayanan Minimal*, Cetakan Pertama, Pustaka Pelajar, Yogyakarta.

Ripley, Randall B., 1985. *Policy Analysis in Political Science*, Chicago: Nelson-Hall Publisher, Inc.

Van Meter, D.S and C.E Van Horn., 1975. *The Policy Implementation Process : A Conceptual Framework*, Administration and Society

Winarno, Budi, 2007. *Kebijakan Publik: Teori dan Proses*, Media Pressindo, Jakarta.

Widodo, Joko, 2008, Analisis Kebijakan Publik. Konsep dan Aplikasi Analisis Proses Kebijakan Publik, Bayusindo Publishing, Malang.

### **Sumber Lain:**

Undang-Undang nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional

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

Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 75 Tahun 2014 Tentang Pusat Kesehatan Masyarakat

Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 28 Tahun 2014 Tentang Pedoman Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Nasional

Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 64 Tahun 2016 tentang Perubahan Atas Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 52 Tahun 2016 Tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan Dalam Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan.

Kepmenpan Nomer 63 Tahun 2003 tentang Pedoman Umum Penyelenggaraan Pelayanan Publik

Jumlah Puskesmas Sudah Cukup Untuk Sistem JKN,  
<http://health.kompas.com>, diakses tanggal 12 Januari 2015.

Analisa Tantangan dan Hambatan Pelaksanaan JKN, <http://www.slideshare.net>, diakses tanggal 5 Januari 2015

Jumlah Puskesmas 2012, <http://www.slideshare.net>, diakses tanggal 8 Januari 2015

....., <http://www.siknasonline.depkes.go.id>, diakses tanggal 12 Januari 2015

....., websitepersisumut, diakses 29 Mei 2017

## SURAT PERNYATAAN KETUA PENGUSUL

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : SRI ROEKMINIATI, S.SOS, M.KP  
NIDN : 0713087001  
Pangkat/Golongan : Penata/ III-c  
Jabatan Fungsional : Lektor

Dengan ini menyatakan bahwa proposal saya dengan judul:  
Implementasi Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) pada Rumah Sakit sebagai Pemberi Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjut di Bagian Rawat Inap Rumah Sakit Haji Surabaya. yang diusulkan dalam DIPA Universitas DR. Soetomo tahun anggaran 2015-2016 bersifat **original dan tidak melakukan plagiat**

Bilamana dikemudian hari ditemukan ketidaksesuaian dengan pernyataan ini, maka saya bersedia dituntut dan diproses sesuai ketentuan yang berlaku dan mengembalikan seluruh biaya penugasan yang sudah diterima.

Demikian pernyataan ini dibuat dengan sesungguhnya dan dengan sebenar-benarnya.

Surabaya, Juni 2017

Ketua Peneliti



Sri Roekminiati, S.Sos, M.KP

NPP: 94.01.1.165