

SKRIPSI

**IMPLEMENTASI KEBIJAKAN BADAN PENYELENGGARAAN JAMINAN
SOSIAL TERHADAP PENGGUNA BPJS DI RUMAH SAKIT
UMUM DAERAH DR. ZAINOEL ABIDIN
BANDA ACEH TAHUN 2017**



**CUT MIFTAHL JANNAH
NPM : 1316010058**

**FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS SERAMBI MEKKAH
BANDA ACEH
2017**

SKRIPSI

IMPLEMENTASI KEBIJAKAN BADAN PENYELENGGARAAN JAMINAN SOSIAL TERHADAP PENGGUNA BPJS DI RUMAH SAKIT UMUM DAERAH DR. ZAINOEL ABIDIN BANDA ACEH TAHUN 2017

Skripsi Ini Diajukan Sebagai Salah Satu Syarat
Untuk Memperoleh Gelar Sarjana Kesehatan Masyarakat
Pada Universitas Serambi Mekkah Aceh



**CUT MIFTAHUL JANNAH
NPM : 1316010058**

**FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS SERAMBI MEKKAH
BANDA ACEH
2017**

**IMPLEMENTASI KEBIJAKAN BADAN PENYELENGGARAAN JAMINAN
SOSIAL TERHADAP PENGGUNA BPJS DI RUMAH SAKIT
UMUM DAERAH DR. ZAINOEL ABIDIN
BANDA ACEH TAHUN 2017**

Skripsi Ini Diajukan Sebagai Salah Satu Syarat
Untuk Memperoleh Gelar Sarjana Kesehatan Masyarakat
Pada Universitas Serambi Mekkah Aceh



**CUT MIFTAHUL JANNAH
NPM : 1316010058**

**UNIVERSITAS SERAMBI MEKKAH
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
BANDA ACEH
2017**

Universitas Serambi Mekkah
Fakultas Kesehatan Masyarakat
Peminatan Administrasi Kebijakan Kesehatan
Skripsi, 14 Agustus 2017

ABSTRAK

NAMA : CUT MIFTAHUL JANNAH

NPM : 1316010058

“ Implementasi Kebijakan Badan Penyelenggaraan Jaminan Sosial Terhadap Pengguna BPJS Di Rumah Sakit Umum Daerah dr. Zainoel Abidin Banda Aceh tahun 2017”

xiv + 52 Halaman, 6 Tabel, 6 Lampiran, 2 Gambar

Rujukan yang diberikan oleh pihak puskesmas terhadap pasien BPJS langsung di bawa ke RSUZA, bukan ke rumah sakit diwilayah pasien berobat sehingga tidak sesuai dengan standar operasional prosedur yang telah ditetapkan oleh BPJS. jumlah kunjungan pasien BPJS Kesehatan pada unit rawat jalan poli klinik adalah tahun 2015 sebesar 12.838 (34%) dan tahun 2016 sebesar 16.837 (45%). Sedangkan untuk jumlah kunjungan pasien BPJS Kesehatan pada instalasi rawat inap adalah tahun 2015 sebesar 4.174 (36%) dan tahun 2016 sebesar 5.555 (44%). Selain itu standar operasional prosedur (SOP) terhadap pasien yang akan berobat ke RSUZA masih belum diterapkan sesuai dengan prosedur yang telah ditetapkan, serta kurangnya koordinasi pihak BPJS kesehatan dengan pihak rumah sakit. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui implementasi kebijakan badan penyelenggaraan jaminan sosial terhadap pengguna BPJS di Rumah Sakit Umum Daerah dr. Zainoel Abidin Banda Aceh tahun 2017. Penelitian ini bersifat kualitatif. Populasi dalam penelitian ini adalah petugas BPJS di RSUZA periode sebanyak 2 orang dan masyarakat 2 orang, dengan jumlah sampel sebanyak 4 orang. Tehnik pengumpulan sampel adalah secara *total populasi*. Penelitian telah dilakukan pada 16 s/d 18 Agustus 2017. Analisa data dengan menggunakan *Content Analysis* menggunakan wawancara. Hasil penelitian didapat bahwa ada disposisi atau karakteristik yang dimiliki oleh pihak pelaksana program dan pihak pemberi pelayanan sudah baik. Mengingat pelaksanaan program BPJS Kesehatan di Provinsi Aceh pihak terkait cukup konsisten sehingga keberlangsungan kebijakan/program yang ada telah berjalan cukup efektif dan efisien. Disarankan kepada pihak BPJS agar melakukan penguatan fasilitas yang memadai bagi masyarakat yang menggunakan pelayanan kesehatan serta peningkatan komitmen kerja sama yang telah disepakati oleh pihak rumah sakit, agar tidak terjadinya kesalahpahaman dalam pemberian pelayanan khususnya kepada masyarakat.

Kata Kunci : implementasi, kebijakan, bpjs

Daftar Bacaan : 20 Buah (2007-2016).

Serambi Mekkah University
Faculty of Public Health
Administrasi and Health Policy
Skripsi, August 14th 2017

ABSTRACT

NAME: CUT MIFTAHUL JANNAH

NPM : 1316010058

"Implementation of Social Security Agency Implementation Policy Against BPJS Users In Regional General Hospital dr. Zainoel Abidin Banda Aceh 2017"

xiv, 60 Page, 8 Table, 6 Appendix, 2 Image

Reverence by the community Health centers to BPJS patient is directly taken to RSUZA, not to hospitals in the patient's area of medication so that it is not in accordance with operational standard procedure which has been determined by BPJS. the number of patient visits BPJS Health in the poly-clinic outpatient unit is 2015 year 12,838 (34%) and the year 2016 is 16,837 (45%). As for the number of patient visits BPJS Health on inpatient installation is the year 2015 of 4,174 (36%) and in 2016 amounted to 5,555 (44%). In addition, standard operating procedure (SOP) for patients who will seek treatment to RSUZA still not applied in accordance with established procedures, as well as lack of coordination BPJS health with the hospital. This study aims to determine the implementation of social security policy implementation of BPJS users at the Regional General Hospital dr. Zainoel Abidin Banda Aceh 2017. This research is qualitative. Population in this research is BPJS officer in RSUZA period as much as 2 person and society 2 person, with total sample counted 4 people. The sampling technique is the total population. The study was conducted on 16 s / d 18 August 2017. Data analysis using content analysis using interview. The result of the research shows that there is a disposition or characteristic that is owned by the implementer of the program and the service provider is good. Considering that the implementation of the BPJS Kesehatan program in Aceh Province is consistent, so the sustainability of existing policies / programs has been quite effective and efficient. It is suggested to the BPJS to strengthen adequate facilities for the people who use health services as well as increase the commitment of cooperation that has been agreed by the hospital, in order to avoid misunderstanding in the provision of services, especially to the community.

Keywords : Implementation, policy, bpjs

Reading List : 20 books (2007-2016)

PERNYATAAN PERSETUJUAN

SKRIPSI

**IMPLEMENTASI KEBIJAKAN BADAN PENYELENGGARAAN JAMINAN
SOSIAL TERHADAP PENGGUNA BPJS DI RUMAH SAKIT
UMUM DAERAH DR. ZAINOEL ABIDIN
BANDA ACEH TAHUN 2017**

Oleh :

**CUT MIFTAHUL JANNAH
NPM : 1316010058**

Skripsi Ini Telah Dipertahankan Dihadapan Tim Penguji Skripsi
Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Serambi Mekkah
Banda Aceh, 28 Agustus 2017

Pembimbing I

(Saiful Oetama, SKM., MKM)

Pembimbing II

(Ismail, SKM., M.Pd, M.Kes)

**FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS SERAMBI MEKKAH
DEKAN**

(Dr. H. Said Usman, S.Pd, M. Kes)

TANDA PENGESAHAN PENGUJI

SKRIPSI

**IMPLEMENTASI KEBIJAKAN BADAN PENYELENGGARAAN JAMINAN
SOSIAL TERHADAP PENGGUNA BPJS DI RUMAH SAKIT
UMUM DAERAH DR. ZAINOEL ABIDIN
BANDA ACEH TAHUN 2017**

Oleh :

**CUT MIFTAHUL JANNAH
NPM : 1316010058**

Skripsi Ini Telah Dipertahankan Dihadapan Tim Penguji
Skripsi Fakultas Kesehatan Masyarakat
Universitas Serambi Mekkah

Banda Aceh, 28 Agustus 2017
TANDA TANGAN

Pembimbing I : Saiful Oetama, SKM., MKM ()

Pembimbing II : Ismail, SKM., M.Pd, M.Kes ()

Penguji I : Burhanuddin Syam, SKM, M.Kes ()

Penguji II : Evi Dewi Yani, SKM., M.Kes ()

**FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS SERAMBI MEKKAH
DEKAN**

(Dr. H. Said Usman, SPd, M. Kes)

BIODATA

I. Identitas Penulis

Nama	: Cut Miftahul Jannah
Tempat/tgl. Lahir	: Mns. Blang, 08 Desember 1987
Jenis Kelamin	: Perempuan
Agama	: Islam
Status	: Menikah
Alamat	: Jl. Lampanah Sentosa Ds. Emperum Kota Banda Aceh

II. Identitas orang tua

Nama ayah	: T. Ibrahim
Nama ibu	: Yusri
Alamat	: Mns. Blang Kecamatan Sakti Kabupaten Pidie

III. Identitas suami

Nama	: T. Abdul Hafiz
Pekerjaan	: Swasta
Alamat	: Jl. Lampanah Sentosa Ds. Emperum Kota Banda Aceh

IV. Identitas Anak

- : 1. T. Tsaqif Althaf
- : 2. T. Habibullah

IV. Pendidikan yang ditempuh

1. SD Sakti Kota Bakti Pidie : Lulus tahun 2000
2. MTSN Sakti Kota Bakti Pidie : Lulus tahun 2003
3. MAN Sakti Kota Bakti Pidie : Lulus tahun 2006
4. FKM USM : 2013- Sekarang

Karya Tulis :

1. Implementasi Kebijakan Badan Penyelenggaraan Jaminan Sosial Terhadap Pengguna BPJS Di Rumah Sakit Umum Daerah dr. Zainoel Abidin Banda Aceh tahun 2017

Tertanda

Cut Miftahul Jannah

KATA PENGANTAR



Puji syukur penulis panjatkan kehadirat Allah SWT yang telah melimpahkan karunia-Nya untuk menyelesaikan Skripsi ini yang berjudul “ **Implementasi Kebijakan Badan Penyelenggaraan Jaminan Sosial Terhadap Pengguna BPJS Di Rumah Sakit Umum Daerah dr. Zainoel Abidin Banda Aceh tahun 2017** ”. Salawat beriring salam tak lupa dipanjatkan kepada junjungan alam Nabi Besar Muhammad SAW, yang telah membawa umat manusia dari alam kebodohan kepada alam yang penuh dengan ilmu pengetahuan.

Dalam rangka menyelesaikan tugas akhir di Fakultas Kesehatan Masyarakat pada Universitas Serambi Mekkah Banda Aceh, maka dengan ini dibuat Skripsi sebagai usulan untuk memperoleh gelar sarjana. Dalam penulisan ini, penulis cukup banyak mendapat kesulitan dan hambatan, berkat bantuan bimbingan semua pihak penulis dapat menyelesaikannya.

Untuk itu secara khusus penulis mengucapkan terima kasih yang sebesar-sebesarnya kepada Pembimbing I Bapak **Saiful Oetama, SKM., MKM** dan Bapak Ismail, SKM., M.Pd, M.Kes selaku pembimbing II skripsi yang telah meluangkan waktunya untuk memberikan petunjuk, saran dan bimbingannya, juga kepada teman-teman yang banyak memberikan petunjuk, begitu juga terima kasih yang sebesar-besarnya kepada :

1. Bapak Dr. H. Abdul Gani Asyik, MA, selaku Rektor Universitas Serambi Mekkah Banda Aceh
2. Bapak Dr. H. Said Usman, SPd., M. Kes selaku Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Serambi Mekkah Banda Aceh.

3. Para Dosen dan Staf Akademik Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Serambi Mekkah Banda Aceh.
4. Kepala dan Staf Perpustakan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Serambi Mekkah Banda Aceh
5. Direktur RSUZA yang telah membantu dalam menyelesaikan skripsi ini
6. Semua teman-teman yang telah banyak membantu sampai terselesaiannya skripsi ini.

Semoga Allah SWT membalas semua kebaikannya.

Banda Aceh, Agustus 2017

Penulis

Cut Miftahul Jannah

KATA MUTIARA



Ya, Tuhanmu, berilah ilham untuk tetap mensyukuri nikmat-Mu yang telah engkau anugrahkan kepadaku dan kepada Ibu Bapakku dan untuk mengerjakan amal saleh yang engkau Ridhoi dan masukkanlah aku dengan rahmat-Mu kedalam hamba-hamba-Mu yang saleh.

(QS. An-Naml: 19)

Dan andaikan semua pohon yang ada dibumi dijadikan pena, dan lautan dijadikan tinta dan ditambah lagi dengan lautan sesudah itu, maka belum habislah kalimat-kalimat Allah yang akan dituliskan. (Qs. Luqman ;027)

*Kemenangan terasa lebih indah bila mencapainya melalui perjuangan
Alhamdulillah.....*

Akhirnya sebuah perjalanan telah berhasil penulis tempuh

Walau terkadang penulis tersandung dan terjatuh

Namun semangat penulis tak pernah rapuh dalam mengejar cita-cita

Alhamdulillah

*Dengan penuh keikhlasan kupersembahkan sebuah karya untuk orang tua tercinta
Yusri dan Ayahanda T. Ibrahim, serta Suami Tercinta T. Abudl Hafis atas
keberhasilanku*

*Tetasan kebahagiaan kuwujudkan dari bimbinganmu dan ciptakan kesejukan bagi
ku.....*

*Penulis
CUT MIFTAHUL JANNAH*

DAFTAR ISI

	Halaman
JUDUL LUAR	
JUDUL DALAM.....	i
ABSTRAK.....	ii
PERNYATAAN PERSETUJUAN.....	iii
PENGESAHAN TIM PENGUJI.....	iv
BIODATA PENULIS.....	v
KATA PENGANTAR.....	vi
KATA MUTIARA.....	viii
DAFTAR ISI.....	ix
DAFTAR TABEL.....	xi
DAFTAR SINGKATAN.....	xii
DAFTAR GAMBAR.....	xiii
DAFTAR LAMPIRAN.....	xiv
BAB I. PENDAHULUAN.....	1
1.1. Latar Belakang.....	1
1.2. Rumusan Masalah.....	5
1.3. Tujuan Penelitian.....	6
1.3.1. Tujuan Umum.....	6
1.3.2. Tujuan Khusus.....	6
1.4. Manfaat Penelitian.....	6
BAB II TINJAUAN KEPUSTAKAAN.....	7
2.1. Badan Penyelenggaraan Jaminan Sosial (BPJS).....	7
2.2. Implementasi Kebijakan BPJS Terhadap Pengguna BPJS	15
2.3. Rumah Sakit Umum dr. Zainoel Abidin Banda Aceh....	29
2.4. Kerangka Teoritis.....	30
BAB III KERANGKA KONSEP PENELITIAN.....	31
3.1. Kerangka Konsep	31
3.2. Definisi Operasional.....	31
3.4. Cara Pengukuran Variabel.....	32
3.5. Pertanyaan Penelitian.....	32
BAB IV METODOLOGI PENELITIAN.....	33
4.1. Jenis Penelitian.....	33
4.2. Populasi dan Sampel.....	33
4.3. Tempat dan Waktu Penelitian.....	33
4.4. Tehnik Pengumpulan Data.....	34
4.5. Pengolahan Data.....	34
4.6. Analisa Data.....	35
4.7. Penyajian Data.....	37
BAB V HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN.....	38
5.1. Gambaran Umum.....	38
5.2. Hasil Penelitian.....	40

5.3. Pembahasan.....	44
BAB VI KESIMPULAN DAN SARAN.....	51
6.1. Kesimpulan.....	51
6.2. Saran.....	51
DAFTAR PUSTAKA.....	53
LAMPIRAN	

DAFTAR GAMBAR

Halaman

Gambar 2.1. Kerangka Teoritis.....	30
Gambar 3.1. Kerangka Konsep.....	31

DAFTAR TABEL

	Halaman
1. Defenisi Operasional.....	31
2. Hasil <i>Focus Group Discussion</i> (FGD) 1.....	41
3. Hasil <i>Focus Group Discussion</i> (FGD) 1.....	41
4. Hasil <i>Focus Group Discussion</i> (FGD) 2.....	42
5. Hasil <i>Focus Group Discussion</i> (FGD) 4.....	43
6. Hasil <i>Focus Group Discussion</i> (FGD) 5.....	44

DAFTAR LAMPIRAN

Halaman

Lampiran 1. Kuesioner Penelitian	56
Lampiran 2. Surat Keputusan Pembimbing.....	57
Lampiran 3. Izin Pengambilan Data Awal.....	58
Lampiran 4. Selesai Pengambilan Data Awal.....	59
Lampiran 5. Lembaran Konsul Proposal Skripsi.....	60
Lampiran 6. Lembar Kendali Peserta Yang Mengikuti Seminar Proposal	61
Lampiran 7. Format Seminar Proposal	62

BAB I

PENDAHULUAN

1.1. Latar Belakang

Pelayanan di bidang kesehatan merupakan salah satu bentuk pelayanan yang paling banyak di butuhkan oleh masyarakat. Tidak mengherankan apabila bidang kesehatan perlu untuk selalu di benahi agar bisa memberikan pelayanan kesehatan yang terbaik untuk masyarakat. Pelayanan kesehatan yang di maksud tentunya adalah pelayanan yang cepat, tepat, murah dan ramah. Mengingat bahwa sebuah Negara akan bisa menjalankan pembangunan dengan baik apabila didukung oleh masyarakat yang sehat secara jasmani dan rohani (Sabarguna, 2011).

Implementasi kebijakan pada prinsipnya adalah cara agar sebuah kebijakan dapat mencapai tujuannya. Untuk mengimplementasikan kebijakan publik ada dua pilihan langkah yang ada yaitu langsung mengimplementasikan dalam bentuk program atau melalui formulasi kebijakan derivat atau turunan dari kebijakan publik tersebut (Isna, 2008).

Pada dasarnya ada “empat tepat” yang perlu dipenuhi dalam hal efektifitas implementasi kebijakan. Pertama apakah kebijakan itu sendiri sudah tepat, ketepatan kebijakan ini dinilai dari sejauhmana kebijakan yang ada telah bermuatan hal-hal yang memang memecahkan masalah. Kedua tepat pelaksanaanya, faktor implementasi kebijakan bukan hanya pemerintah, kerjasama antara pemerintah, masyarakat atau implementasi kebijakan diswastakan. ketiga tepat target, dan keempat adalah tepat lingkungan, lingkungan yang paling menentukan yaitu lingkungan kebijakan dengan lembaga lain yang terkait (Sabarguna, 2011).

Upaya-upaya yang dilakukan pemerintah untuk mengatasi persoalan pelayanan kesehatan diantaranya adalah dengan membuat regulasi yang salah satunya Undang-Undang No 36 tahun 2009 tentang kesehatan pemerintah mulai menggalakkan program-program yang diarahkan kepada masyarakat kurang mampu sehingga semua masyarakat dapat menikmati pelayanan kesehatan secara adil dan merata (Kemenkes RI, 2009).

Pelaksanaan Sistem Jaminan Sosial Nasional yang sekarang lebih dikenal sebagai Sistem Jaminan Nasional (JKN) dengan BPJS sebagai intrumennya sejatinya merupakan bukan hal yang baru, namun tindak lanjut dan penyempurnaan dari program terdahulu. Embrio JKN diawali dengan pelaksanaan Program Jaminan Pemeliharaan Kesehatan bagi Masyarakat Miskin (JPMM) dan lebih dikenal dengan istilah Askeskin. Kebijakan ini dimaksudkan untuk menjamin akses pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin dan kurang mampu, agar mendapatkan pelayanan kesehatan yang memadai pada unit-unit pelayanan kesehatan milik pemerintah seperti : Puskesmas dan Rumah Sakit serta beberapa unit pelayanan kesehatan milik swasta yang bekerjasama dengan Kementerian Kesehatan, sehingga dapat meningkatkan derajat kesehatan masyarakat khususnya masyarakat miskin dan kurang mampu (Anwar, 2008).

BPJS Kesehatan hadir sebagai sebuah badan hukum pemerintah yang memiliki tugas khusus yaitu menyelenggarakan jaminan pemeliharaan kesehatan bagi seluruh rakyat Indonesia, terutama untuk Pegawai Negeri Sipil, Penerima Pensiun PNS dan TNI/POLRI, Veteran, Perintis Kemerdekaan beserta keluarganya dan Badan Usaha lainnya ataupun rakyat biasa. Dan bertujuan untuk mewujudkan terselenggaranya pemberian jaminan kesehatan yang layak bagi setiap Peserta dan/ atau anggota

keluarganya. Badan publik ini terbentuk berdasarkan hasil transformasi dari PT Askes (Persero) yang pelaksanaannya mulai diberlakukan pada tanggal 1 Januari 2014.

BPJS Kesehatan adalah bagian dari JKN (Jaminan Kesehatan Nasional) yang merupakan kebijakan pemerintah di bidang kesehatan dan bertujuan untuk mewujudkan terselenggaranya pemberian jaminan kesehatan yang layak bagi seluruh masyarakat Indonesia khususnya bagi setiap peserta dan/atau anggota keluarganya. Oleh karena itu, untuk mendukung kesuksesan penyelenggaraan kebijakan ini, dibutuhkan fasilitas kesehatan seperti rumah sakit. Yang mekanisme penyelenggaranya diatur di dalam Peraturan Kementerian Kesehatan Nomor 71 Tahun 2013 tentang Pelayanan Kesehatan Pada Jaminan Kesehatan Nasional dan Peraturan Kementerian Kesehatan Nomor 28 Tahun 2014 Tentang Pedoman Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Nasional.

Kebijakan rumah sakit terhadap badan penyelenggaraan jaminan sosial tidak lepas dari sifat kebijakan publik itu sendiri untuk memperhatikan empat isu pokok agar implementasi kebijakan menjadi efektif, yaitu *communication, resource, disposition or attitudes, dan bureaucratic structures*. Pelaksanaan keputusan kebijakan dasar biasanya dalam bentuk undang-undang namun dapat pula berbentuk perintah-perintah atau keputusan-keputusan eksekutif yang penting atau keputusan badan peradilan. Lazimnya keputusan tersebut mengidentifikasi masalah yang ingin diatasi, menyebutkan secara tegas tujuan/ sasaran yang ingin dicapai dan berbagai cara untuk menstruktur/ mengatur proses implementasinya (Nugroho, 2012)

Berdasarkan data yang diperoleh dari BPJS Kesehatan, dapat diketahui bahwa tahun 2015 tercatat jumlah masyarakat yang terdaftar sebagai peserta BPJS Kesehatan adalah sebesar 124.553.040 jiwa, sedangkan data tahun 2016 menyebutkan bahwa

jumlah total peserta BPJS Kesehatan adalah 156.487.166 jiwa (Data Kinerja BPJS Kesehatan).

Rumah Sakit Umum Daerah dr. Zaioel Abidin Banda Aceh merupakan rumah sakit yang bertipe A dan sebagai satu-satunya rumah sakit pemerintah Aceh yang menerima pelayanan rujukan dari puskesmas untuk wilayah kabupaten/kota disekitarnya. Rumah sakit ini merupakan milik pemerintah Aceh yang terletak di pusat kota Banda Aceh dan menjadi mitra kerja BPJS Kesehatan untuk menyelenggarakan pelayanan kesehatan bagi seluruh masyarakat khususnya pasien pengguna BPJS Kesehatan. Keberadaan rumah sakit ini di Provinsi Aceh sangat mendukung terselenggaranya kebijakan BPJS Kesehatan dan memancing animo masyarakat untuk melakukan pengobatan serta mendapatkan pelayanan kesehatan. Untuk jumlah kunjungan pasien BPJS Kesehatan pada unit rawat jalan poli klinik adalah tahun 2015 sebesar 12.838 (34%) dan tahun 2016 sebesar 16.837 (45%). Sedangkan untuk jumlah kunjungan pasien BPJS Kesehatan pada instalasi rawat inap adalah tahun 2015 sebesar 4.174 (36%) dan tahun 2016 sebesar 5.555 (44%).

Berdasarkan studi pendahuluan yang dilakukan di Rumah Sakit Umum Daerah dr. Zaioel Abidin Banda Aceh bahwa berbagai permasalahan yang muncul terhadap pelayanan BPJS pada masyarakat miskin dapat penulis rangkum sebagai berikut banyaknya pasien yang harus dilayani di Provider Pertama (PPK 1) menyebabkan antrian menjadi lebih panjang, pemeriksaan dilakukan dengan cepat dan terkesan tergesa-gesa sehingga pasien merasa tidak cukup waktu untuk berkonsultasi dengan dokter. Pemberian obat yang dibatasi membuat pasien tidak nyaman, karena peserta BPJS Kesehatan harus bolak-balik mengantre untuk berobat lagi. Dengan menggunakan sistem rujukan berjenjang, pasien merasa proses rujukan menjadi lebih

lama. Selain itu rujukan yang diberikan oleh pihak puskesmas terhadap pasien BPJS langsung di bawa ke RSUZA, bukan ke rumah sakit diwilayah pasien berobat sehingga tidak sesuai dengan standar operasional prosedur yang telah ditetapkan oleh BPJS. Namun sejalan dengan bertambahnya jumlah pasien tersebut, juga diiringi dengan banyaknya permasalahan yang muncul. Berdasarkan informasi yang diperoleh dari beberapa staf rumah sakit terkait penyelenggaraan BPJS Kesehatan, terdapat beberapa kendala di dalam penyelenggarannya seperti diantaranya kasus keterlambatan penerbitan SEP (Surat Elegibilitas Pasien) beberapa orang pasien peserta BPJS Kesehatan di RSUZA sehingga klaimnya tidak dapat dibayarkan oleh pihak BPJS Kesehatan. Selain itu standar operasional prosedur (SOP) terhadap pasien yang akan berobat ke RSUZA masih belum diterapkan sesuai dengan prosedur yang telah ditetapkan, serta kurangnya koordinasi pihak BPJS kesehatan dengan pihak rumah sakit

Berdasarkan kompleksitas masalah diatas maka peneliti tertarik untuk melakukan penelitian dengan judul “Implementasi Kebijakan Badan Penyelenggaraan Jaminan Sosial Terhadap Pengguna BPJS Di Rumah Sakit Umum Daerah dr. Zainoel Abidin Banda Aceh tahun 2017”.

1.2. Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang yang telah diuraikan diatas maka permasalahan dalam penelitian ini adalah apakah “Implementasi Kebijakan Badan Penyelenggaraan Jaminan Sosial Terhadap Pengguna BPJS Di Rumah Sakit Umum Daerah dr. Zainoel Abidin Banda Aceh tahun 2017”?

1.3 Tujuan Penelitian

Untuk mengetahui bagaimana implementasi kebijakan badan penyelenggaraan jaminan sosial terhadap pengguna BPJS di Rumah Sakit Umum Daerah dr. Zainoel Abidin Banda Aceh tahun 2017.

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Manfaat Praktis

- 1.4.1.1. Kepada pemerintah, khususnya Dinas Kesehatan dan Instansi terkait untuk bahan masukan dalam hal menentukan kebijakan yang berhubungan dengan implementasi kebijakan BPJS di Rumah Sakit.
- 1.4.1.2. Kepada Direkrut RSUZA, sebagai bahan masukan agar dapat memberikan informasi yang lebih lanjut berkaitan dengan implementasi kebijakan BPJS di Rumah Sakit.

1.4.2 Manfaat Teoritis

- 1.4.2.1. Sebagai bahan masukan dan menambah wawasan ilmu pengetahuan, khususnya tentang implementasi kebijakan BPJS terhadap pengguna BPJS.
- 1.4.2.2. Untuk Fakultas Kesehatan Masyarakat khususnya dan mahasiswa umumnya, dapat dijadikan bahan bacaan dan bahan Inventaris di perpustakaan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas serambi Mekkah.

BAB II

TINJAUAN KEPUSTAKAAN

2.1.Badan Penyelenggaraan Jaminan Sosial (BPJS)

2.1.1. Pengertian

Jaminan sosial adalah perlindungan yang diberikan oleh masyarakat bagi anggota-anggotanya untuk resiko-resiko atau peristiwa-peristiwa tertentu dengan tujuan, sejauh mungkin, untuk menghindari peristiwa-peristiwa tersebut yang dapat mengakibatkan hilangnya atau turunnya sebagian besar penghasilan, dan untuk memberikan pelayanan medis dan/atau jaminan keuangan terhadap konsekuensi ekonomi dari terjadinya peristiwa tersebut, serta jaminan untuk tunjangan keluarga dan anak. Secara singkat jaminan sosial diartikan sebagai bentuk perlindungan sosial yang menjamin seluruh rakyat agar dapat mendapatkan kebutuhan dasar yang layak (Kemenkes RI, 2013).

Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan yang selanjutnya disingkat BPJS Kesehatan adalah badan hukum yang dibentuk untuk menyelenggarakan program Jaminan Kesehatan. Di dalam program BPJS jaminan sosial dibagi kedalam 5 jenis program jaminan sosial dan penyelenggaraan yang dibuat dalam 2 program penyelenggaraan, yaitu : (Zaeni, 2007)

1. Program yang diselenggarakan oleh BPJS Kesehatan, dengan programnya adalah Jaminan Kesehatan yang berlaku mulai 1 Januari 2014.
2. Program yang diselenggarakan oleh BPJS Ketenagakerjaan, dengan programnya adalah Jaminan Kecelakaan Kerja, Jaminan Hari Tua, Jaminan Pensiun, dan Jaminan Kematian yang direncanakan dapat dimulai mulai 1 Juli 2015.

Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) akhirnya di Undang-Undangkan pada tahun 2011 melalui Undang-Undang No 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS), seterusnya akan disebut Undang-Undang BPJS saja. Pada Undang-Undang BPJS, ditetapkan bahwa, Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) akan dibagi atas dua BPJS yang terdiri atas BPJS Kesehatan dan BPJS Ketenagakerjaan. Jaminan Sosial Nasional itu otomatis akan diselenggarakan oleh kedua jenis BPJS tersebut. Pada Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) akan diselenggarakan oleh BPJS Kesehatan yang akan diimplementasikan pada 1 Januari 2014. Jadi terhitung tanggal 1 Januari 2014 semua jaminan kesehatan yang ada dan berlaku sebelumnya melebur dan menyatu dalam semua BPJS Kesehatan, termasuk juga Jaminan Pengobatan Pelayanan *Thalassemia* yang sebelumnya masuk dalam Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas) dan sudah mempunyai aturan baku dan bagus pelaksanaannya dari waktu ke waktu (Ricky, 2015).

Menurut Tjiptono (2014), kualitas pelayanan menjadi indikator kinerja bagi penyelenggara pelayanan kesehatan. Terdapat berbagai ukuran untuk menilai kualitas pelayanan. Menurut Parasuraman, et.al. dalam Kotler, (2013) ada lima dimensi utama kualitas pelayanan sesuai urutan derajat kepentingan relatifnya yaitu (1) *Realibilitas/keandalan (reliability)* yaitu kemampuan memberikan pelayanan yang dijanjikan dengan segera, akurat, dan memuaskan (2) *Daya Tanggap (responsiveness)* yaitu keinginan para staf untuk membantu pelanggan dan memberikan layanan dengan tanggap, (3) *Jaminan (assurance)* mencakup pengetahuan, kompetensi, kesopanan dan sifat dapat dipercaya yang dimiliki para staf; bebas dari bahaya, risiko atau keraguan (4) *Empati (empathy)* meliputi kemudahan dalam menjalin relasi, komunikasi yang baik, perhatian pribadi, dan pemahaman atas kebutuhan individual para

pelanggan (5) *Bukti fisik (tangible)* meliputi fasilitas fisik, perlengkapan, pegawai dan sarana komunikasi.

Sesuai dengan UU NO 24 Tahun 2011 Tentang BPJS Kesehatan, mewajibkan seluruh penduduk Indonesia untuk menjadi peserta BPJS Kesehatan. Peserta adalah setiap orang, termasuk orang asing yang bekerja paling singkat 6 (enam) bulan di Indonesia, yang telah membayar iuran. Kepesertaan dibagi menjadi dua yaitu (1) *Penerima Bantuan Iuran (PBI)* Jaminan Kesehatan yaitu fakir miskin dan orang tidak mampu yang ditetapkan oleh pemerintah dan diatur melalui peraturan pemerintah, dan (2) *Bukan Penerima Bantuan Iuran (NON PBI)* Jaminan Kesehatan yaitu pekerja penerima upah dan anggota keluarganya, pekerja bukan penerima upah dan anggota keluarganya, bukan pekerja dan anggota keluarganya, veteran, perintis kemerdekaan, janda, duda, anak yatim veteran dan perintis kemerdekaan

2.1.2. Manfaat BPJS Kesehatan

- 1) Pelayanan kesehatan tingkat pertama, yaitu pelayanan kesehatan non spesialistik mencakup: (Kemenkes RI, 2013)
 - a. Administrasi pelayanan
 - b. Pelayanan promotif dan preventif
 - c. Pemeriksaan, pengobatan dan konsultasi medis
 - d. Tindakan medis non spesialistik, baik operatif maupun non operatif
 - e. Pelayanan obat dan bahan medis habis pakai
 - f. Transfusi darah sesuai kebutuhan medis
 - g. Pemeriksaan penunjang diagnosis laboratorium tingkat pertama
 - h. Rawat inap tingkat pertama sesuai indikasi

2) Pelayanan kesehatan rujukan tingkat lanjutan, yaitu pelayanan kesehatan mencakup:

a. Rawat jalan, meliputi:

1. Administrasi pelayanan
2. Pemeriksaan, pengobatan dan konsultasi spesialistik oleh dokter spesialis dan sub spesialis
3. Tindakan medis spesialistik sesuai dengan indikasi medis
4. Pelayanan obat dan bahan medis habis pakai
5. Pelayanan alat kesehatan implant
6. Pelayanan penunjang diagnostic lanjutan sesuai dengan indikasi medis
7. Rehabilitasi medis
8. Pelayanan darah
9. Pelayanan kedokteran forensik
10. Pelayanan jenazah di fasilitas kesehatan

b. Rawat Inap yang meliputi:

- 1) Perawatan inap non intensif
- 2) Perawatan inap di ruang intensif
- 3) Pelayanan kesehatan lain yang ditetapkan oleh Menteri

Selama dua (2) tahun berjalan antara tahun 2011 sampai akhir 2013 jaminan ini berlangsung dengan keadaan baik, yang walaupun dalam pelaksanaannya ditemui kendala, dan masalah disana-sini, tapi berlahan-lahan mulai dapat teratasi kendala dan permasalahan yang muncul itu, meskipun tidak teratasi semua yang muncul. Saat akhir 2013 jaminan ini sudah mulai menemukan polanya, baik itu segi penderitanya, pelayanannya, pendataannya.

Pembiayaan kesehatan merupakan bagian yang penting dalam implementasi Jaminan Kesehatan Nasional (JKN). Menurut Miller (2007) tujuan dari pembiayaan kesehatan adalah mendorong peningkatan mutu, mendorong layanan berorientasi pasien, mendorong efisiensi tidak memberikan *reward* terhadap provider yang melakukan *over treatment, under treatment* maupun melakukan *adverse event* dan mendorong pelayanan tim. Dengan sistem pembiayaan yang tepat diharapkan tujuan diatas bisa tercapai (Kemenkes RI, 2013).

Terdapat dua metode pembayaran rumah sakit yang digunakan yaitu metode pembayaran retrospektif dan metode pembayaran prospektif. Metode pembayaran retrospektif adalah metode pembayaran yang dilakukan atas layanan kesehatan yang diberikan kepada pasien berdasar pada setiap aktifitas layanan yang diberikan, semakin banyak layanan kesehatan yang diberikan semakin besar biaya yang harus dibayarkan. Contoh pola pembayaran retrospektif adalah *Fee For Services* (FFS). Metode pembayaran prospektif adalah metode pembayaran yang dilakukan atas layanan kesehatan yang besarannya sudah diketahui sebelum pelayanan kesehatan diberikan. Contoh pembayaran prospektif adalah *global budget*, Perdiem, Kapitasi dan *case based payment*. Tidak ada satupun sistem pembiayaan yang sempurna, setiap sistem pembiayaan memiliki kelebihan dan kekurangan. (Kemenkes RI, 2013).

Prosedur pelayanan kesehatan bagi peserta adalah sebagai berikut: (Kemenkes RI, 2017)

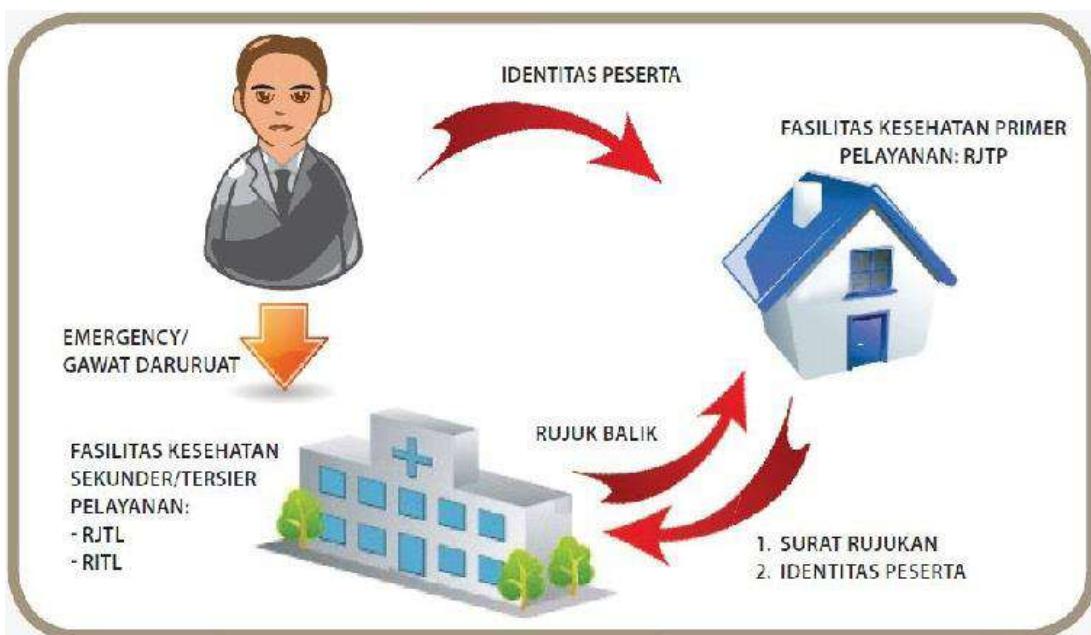
- 1) Pelayanan kesehatan bagi Peserta dilaksanakan secara berjenjang sesuai kebutuhan medis dimulai dari Fasilitas Kesehatan tingkat pertama
- 2) Pelayanan Kesehatan Tingkat Pertama bagi Peserta diselenggarakan oleh Fasilitas Kesehatan tingkat pertama tempat Peserta terdaftar

- 3) Dalam keadaan tertentu, ketentuan sebagaimana dimaksud di atas tidak berlaku bagi peserta yang berada di luar wilayah fasilitas kesehatan tingkat pertama tempat peserta terdaftar, atau dalam keadaan kedaruratan medis.
- 4) Dalam hal peserta memerlukan pelayanan kesehatan rujukan tingkat lanjutan atas indikasi medis, fasilitas kesehatan tingkat pertama harus merujuk ke fasilitas kesehatan rujukan tingkat lanjutan terdekat sesuai dengan sistem rujukan yang diatur dalam ketentuan peraturan perundang-undangan.
- 5) Pelayanan kesehatan tingkat kedua hanya dapat diberikan atas rujukan dari Pelayanan Kesehatan Tingkat Pertama.
- 6) Pelayanan kesehatan tingkat ketiga hanya dapat diberikan atas rujukan dari pelayanan kesehatan tingkat kedua atau tingkat pertama.
- 7) Ketentuan sebagaimana dimaksud di atas dikecualikan pada keadaan gawat darurat, bencana, kekhususan permasalahan kesehatan pasien, pertimbangan geografis, dan pertimbangan ketersediaan fasilitas.
- 8) Tata cara rujukan dilaksanakan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

Untuk menemukan keberhasilan di dalam pengimplementasian suatu kebijakan maka diperlukan langkah-langkah yang tepat untuk dilakukan oleh para aktor implementasi demi mendukung kesuksesan kebijakan yang ada. Karena keberhasilan suatu implementasi kebijakan dapat diukur atau dilihat dari proses dan pencapaian tujuan hasil akhir (*output*), yaitu: tercapai atau tidaknya tujuan-tujuan yang ingin diraih.

2.1.3. Alur Pelaksanaan Pelayanan BPJS di Rumah Sakit

Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 71 Tahun 2013 tentang Pelayanan Kesehatan Pada Jaminan Kesehatan nasional, Penyelenggara pelayanan kesehatan meliputi semua Fasilitas Kesehatan yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan berupa Fasilitas Kesehatan tingkat pertama dan Fasilitas Kesehatan rujukan tingkat lanjutan (Permenkes No. 71/2013 pasal 2).



Menurut Permenkes RI (2014) tentang Pengaturan Pedoman Pelaksanaan Jaminan Kesehatan Nasional bertujuan untuk memberikan acuan bagi Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan, Pemerintah (Pusat, Propinsi, Kabupaten/Kota) dan Pihak Pemberi Pelayanan Kesehatan yang bekerjasama dengan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan (Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama dan Fasilitas Kesehatan Tingkat Lanjutan), peserta program Jaminan Kesehatan Nasional dan pihak terkait dalam penyelenggaraan Jaminan Kesehatan Nasional. Unsur-unsur penyelenggaraan dalam Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) meliputi:

1. Regulator

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

2. Peserta Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN)

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

3. Pemberi Pelayanan Kesehatan

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

4. Badan Penyelenggara

Badan Penyelenggara adalah badan hukum publik yang menyelenggarakan program jaminan kesehatan sebagaimana yang ditetapkan oleh Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS).

Fasilitas kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan untuk peserta JKN terdiri atas fasilitas kesehatan tingkat pertama (FKTP) dan fasilitas kesehatan rujukan tingkat lanjut (FKRTL). FKTP dimaksud adalah:

1. Puskesmas atau yang setara,
2. Praktik Dokter,
3. Praktik dokter gigi,
4. Klinik Pratama atau yang setara,

5. Rumah Sakit Kelas D Pratama atau yang setara

2.2. Implementasi Kebijakan BPJS

Sejalan dengan adanya desentralisasi di bidang kesehatan maka peran Negara telah bergeser dari sebelumnya adalah sebagai pelaksana pelayanan kesehatan menjadi sebagai regulator yang membuat sebuah kebijakan kesehatan. Menurut Susilawaty (2007) bahwa tujuan implementasi kebijakan bidang kesehatan adalah mewujudkan pembangunan nasional di bidang kesehatan yang berlandaskan prakarsa dan aspirasi masyarakat dengan cara memberdayakan, menghimpun, dan mengoptimalkan potensi daerah untuk kepentingan daerah dan prioritas Nasional. Kebijakan kesehatan pada pelaksanaannya tidak hanya terbatas terhadap kepentingan individu per individu, akan tetapi cakupannya sangat luas untuk kepentingan umum, tujuan umum dan warga Negara pada umumnya.

Dengan demikian kebijakan kesehatan seyogyanya mampu memberdayakan dan meningkatkan peran serta masyarakat dalam pembangunan kesehatan. Dengan demikian maka, kebijakan kesehatan harus mengupayakan ketersediaan pelayanan kesehatan yang berkeadilan dan merata tanpa membedakan antara golongan masyarakat yang satu dengan yang lainnya. Termasuk dalam menjamin tersedianya pelayanan kesehatan bagi kelompok masyarakat miskin/ kurang mampu serta masyarakat yang rentan miskin (Nugroho, 2012).

Secara umum, implementasi kebijakan merupakan suatu proses yang dinamis, dimana pelaksana kebijakan melakukan suatu aktivitas atau kegiatan, sehingga pada akhirnya akan mendapatkan suatu hasil yang sesuai dengan tujuan atau sasaran kebijakan itu sendiri. Sementara Nugroho (2012) menjelaskan bahwa implementasi kebijakan pada prinsipnya adalah cara agar sebuah kebijakan dapat mencapai

tujuannya. Pada dasarnya implementasi kebijakan merupakan sebuah tindakan/program yang nyata yang dilaksanakan berdasarkan rumusan kebijakan yang telah disusun sebelumnya untuk mencapai tujuan tertentu. Rangkaian implementasi kebijakan, yaitu mulai dari program, ke proyek, dan ke kegiatan.

Implementasi kebijakan yang telah melalui tahap rekomendasi merupakan prosedur yang relatif kompleks, sehingga tidak selalu ada jaminan bahwa kebijakan tersebut akan berhasil dalam penerapannya. Implementasi kebijakan merupakan tahapan yang sangat penting dalam keseluruhan struktur kebijakan, karena melalui prosedur ini proses kebijakan secara keseluruhan dapat dipengaruhi oleh tingkat keberhasilan atau tidaknya pencapaian tujuan. Hal ini dipertegas oleh Agustino (2012) bahwa pelaksanaan kebijakan adalah suatu yang penting bahkan jauh lebih penting dari pada pembuatan kebijakan. Kebijakan-kebijakan hanya akan sekedar berupa impian atau rencana bagus yang tersimpan rapi dalam arsip kalau tidak diimplementasikan.

Kebijakan bidang kesehatan tidak lepas dari sifat kebijakan publik itu sendiri untuk memperhatikan empat isu pokok agar implementasi kebijakan menjadi efektif, yaitu *communication, resource, disposition or attitudes, dan bureaucratic structures*.

Lebih lanjut lagi dijelaskan oleh Nugroho (2012) bahwa:

1. Komunikasi berkenaan dengan bagaimana kebijakan dikomunikasikan pada organisasi dan/ atau publik dan sikap serta tanggapan dari para pihak yang terlibat. Peningkatan komunikasi antara pasien dan petugas kesehatan dalam pelayanan BPJS sangat diperlukan, dimana dengan adanya komunikasi maka pelayanan yang diberikan oleh pihak rumah sakit akan memuaskan serta tidak menimbulkan kesalahpahaman dalam penerimaan pelayanan di masyarakat.

2. *Resources* berkenaan dengan ketersediaan sumber daya pendukung, khususnya sumber daya manusia. Hal ini berkenaan dengan kecakapan pelaksana kebijakan publik untuk *carry out* kebijakan secara efektif. Ketersediaan sumber daya yang baik dalam pelayanan kesehatan bagi peserta BPJS dapat mempermudah masyarakat dalam menerima pengobatan di rumah sakit.
3. *Disposition* berkenaan dengan kesediaan dari para implementor untuk *carry out* kebijakan publik tersebut. Kecakapan saja tidak mencukupi, tanpa kesediaan dan komitmen untuk melaksanakan kebijakan. Kebijakan yang diberikan oleh pihak BPJS dapat diterima dengan mudah dan baik oleh masyarakat, tanpa membuat masyarakat sulit dalam menerima pelayanan yang diberikan oleh pihak rumah sakit.
4. Struktur Birokrasi berkenaan dengan kesesuaian organisasi birokrasi yang menjadi penyelenggara implementasi. Solusi dari masalah yang dihadapi dalam implementasi BPJS kesehatan adalah pihak pertama pihak BPJS kesehatan diharapkan dapat merangkul lebih banyak pihak baik rumah sakit, klinik dan sebagainya yang kaitannya dengan penyediaan fasilitas kesehatan agar tidak ada lagi penolakan terhadap pasien dan memenuhi kewajiban kepada pihak rumah sakit dan sejenisnya agar terjalin komunikasi yang baik antara pihak BPJS kesehatan dan pihak rumah sakit. Yang kedua pihak rumah sakit maupun BPJS kesehatan sama-sama menetapkan standar pengobatan agar dapat meningkatkan suatu pelayanan kesehatan, sedangkan ketiga pihak BPJS kesehatan diharapkan bisa meningkatkan system pelayanan agar pelayanan cepat dan mudah.

Menurut Undang-undang nomor 24 tahun 2011 tentang BPJS maka, BPJS bertugas

untuk :

1. Melakukan dan/atau menerima pendaftaran Peserta
2. Memungut dan mengumpulkan Iuran dari Peserta dan Pemberi Kerja
3. Menerima Bantuan Iuran dari Pemerintah.
4. Mengelola Dana Jaminan Sosial untuk kepentingan Peserta.
5. Mengumpulkan dan mengelola data Peserta program Jaminan Sosial.
6. Membayarkan Manfaat dan/atau membiayai pelayanan kesehatan sesuai dengan ketentuan program Jaminan Sosial; dan
7. Memberikan informasi mengenai penyelenggaraan program Jaminan Sosial kepada Peserta dan masyarakat.

Pelaksanaan keputusan kebijakan dasar biasanya dalam bentuk undang-undang namun dapat pula berbentuk perintah-perintah atau keputusan-keputusan eksekutif yang penting atau keputusan badan peradilan. Lazimnya keputusan tersebut mengidentifikasi masalah yang ingin diatasi, menyebutkan secara tegas tujuan/sasaran yang ingin dicapai dan berbagai cara untuk menstruktur/mengatur proses implementasinya. Proses ini berlangsung setelah melalui sejumlah tahapan tertentu biasanya diawali dengan tahapan pengesahan undang-undang, kemudian output kebijakan dalam bentuk pelaksanaan keputusan oleh badan pelaksanaan, kesediaan dilaksanakannya keputusan-keputusan tersebut oleh kelompok-kelompok sasaran, dampak nyata baik yang dikehendaki atau yang tidak dikehendaki dari output tersebut berdampak terhadap keputusan yang dipersepsi oleh badan-badan yang mengambil keputusan dan akhirnya dilakukan perbaikan-perbaikan penting terhadap undang-undang/peraturan yang bersangkutan.

Visi BPJS Kesehatan “Cakupan Semesta 2019” Paling lambat 1 Januari 2019, seluruh penduduk Indonesia memiliki jaminan kesehatan nasional untuk memperoleh

manfaat pemeliharaan kesehatan dan perlindungan dalam memenuhi kebutuhan dasar kesehatannya yang diselenggarakan oleh BPJS Kesehatan yang handal, unggul dan terpercaya.

Misi BPJS Kesehatan a. Membangun kemitraan strategis dengan berbagai lembaga dan mendorong partisipasi masyarakat dalam perluasan kepesertaan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN). b. Menjalankan dan memantapkan sistem jaminan pelayanan kesehatan yang efektif, efisien, dan bermutu kepada peserta melalui kemitraan yang optimal dengan fasilitas kesehatan c. Mengoptimalkan pengelolaan dana program jaminan sosial dan dana BPJS Kesehatan secara efektif, efisien, transparan dan akuntabel untuk mendukung kesinambungan program. d. Membangun BPJS Kesehatan yang efektif berlandaskan prinsip-prinsip tata kelola organisasi yang baik dan meningkatkan kompetensi pegawai untuk mencapai kinerja unggul. e. Mengimplementasikan dan mengembangkan sistem perencanaan dan evaluasi, kajian, manajemen mutu dan manajemen risiko atas seluruh operasionalisasi BPJS Kesehatan. f. Mengembangkan dan memantapkan teknologi informasi dan komunikasi untuk mendukung keseluruhan operasionalisasi BPJS Kesehatan (BPJS Kesehatan, 2014).

Prinsip-Prinsip tata kelola yang baik BPJS antara lain sebagai berikut : (BPJS, 2014)

1. Keterbukaan (*Transparency*) Yaitu keterbukaan dalam melaksanakan proses pengambilan keputusan dan keterbukaan dalam mengungkapkan informasi material dan relevan mengenai organisasi;
 - a. Prinsip Dasar : Untuk menjaga obyektivitas dalam menjalankan bisnis, organisasi harus menyediakan informasi yang material dan relevan dengan cara yang mudah diakses dan dipahami oleh pemangku kepentingan.

Organisasi harus mengambil inisiatif untuk mengungkapkan tidak hanya masalah yang disyaratkan oleh peraturan perundang-undangan, tetapi juga hal yang penting untuk pengambilan keputusan oleh pemangku kepentingan lainnya.

- b. Pedoman Pokok Pelaksanaan : 1) Organisasi harus menyediakan dan mengungkapkan informasi secara tepat waktu, memadai, jelas, akurat dan dapat diperbandingkan serta mudah diakses oleh pemangku kepentingan sesuai dengan haknya. 2) Informasi yang harus diungkapkan meliputi, tetapi tidak terbatas pada, visi, misi, sasaran dan strategi organisasi, kondisi keuangan, susunan dan komposisi Dewan Pengawas dan Direksi, tidak ada yang memiliki benturan kepentingan, sistem manajemen risiko, sistem pengawasan dan pengendalian internal, sistem dan pelaksanaan Tata Kelola yang Baik serta tingkat kepatuhannya, dan kejadian penting yang dapat mempengaruhi kondisi organisasi. 3) Prinsip keterbukaan yang dianut oleh organisasi tidak mengurangi kewajiban untuk memenuhi ketentuan kerahasiaan organisasi sesuai dengan peraturan perundang-undangan, rahasia jabatan, dan hak-hak pribadi. 4) Kebijakan organisasi harus tertulis dan secara proporsional dikomunikasikan kepada pemangku kepentingan. 5) Dewan Pengawas dan Direksi bertanggung jawab kepada organisasi untuk menjaga kerahasiaan informasi.
 2. Akuntabilitas (*accountability*) Yaitu kejelasan fungsi, pelaksanaan dan pertanggungjawaban organisasi sehingga pengelolaan organisasi terlaksana secara efektif;

- a. Prinsip Dasar : Organisasi harus dapat mempertanggungjawabkan kinerjanya secara transparan dan wajar. Untuk itu organisasi harus dikelola secara benar, terukur dan sesuai dengan kepentingan organisasi dengan tetap memperhitungkan kepentingan stakeholder. Akuntabilitas merupakan prasyarat yang diperlukan untuk mencapai kinerja yang berkesinambungan.
- b. Pedoman Pokok Pelaksanaan : 1) Organisasi harus menetapkan rincian tugas dan tanggung jawab masing-masing organ dan semua pegawai secara jelas dan selaras dengan visi, misi, sasaran dan strategi organisasi. 2) Organisasi harus meyakini bahwa semua organ dan semua pegawai mempunyai kemampuan sesuai dengan tugas, tanggung jawab, dan perannya dalam pelaksanaan Tata Kelola yang Baik. 3) Organisasi harus memastikan adanya sistem pengendalian intern yang efektif dalam pengelolaan organisasi. 4) Organisasi harus memiliki ukuran kinerja untuk semua jajaran organisasi yang konsisten dengan nilai-nilai organisasi, sasaran utama dan strategi organisasi, serta memiliki sistem penghargaan dan sanksi (*reward and punishment system*). 5) Dalam melaksanakan tugas dan tanggung jawabnya, setiap Duta BPJS Kesehatan harus berpegang pada etika bisnis dan pedoman perilaku (*code of conduct*) yang telah disepakati. 6) Dewan Pengawas dan Direksi beserta seluruh jajarannya harus membuat pertanggungjawaban atas pelaksanaan tugasnya secara periodik dan berkesinambungan.

3. Responsibilitas (*responsibility*) yaitu kesesuaian di dalam pengelolaan organisasi terhadap peraturan perundang-undangan dan prinsip-prinsip organisasi yang sehat;
 - a. Prinsip Dasar Organisasi harus mematuhi peraturan perundang-undangan serta melaksanakan tanggung jawab terhadap masyarakat dan lingkungan sehingga dapat terpelihara kesinambungan organisasi dalam jangka panjang dan mendapat pengakuan sebagai *good organization citizen*.
 - b. Pedoman Pokok Pelaksanaan 1) Organisasi melaksanakan tanggung jawab sosial terhadap masyarakat dan lingkungan, sehingga dapat terpelihara kesinambungan usaha dalam jangka panjang dengan membuat perencanaan dan pelaksanaan yang memadai. 2) Organisasi harus berpegang pada prinsip kehati-hatian dan memastikan kepatuhan terhadap peraturan perundang-undangan dan peraturan organisasi (*by laws*). 3) Organisasi bertanggung jawab atas segala risiko usaha yang terjadi dengan melakukan pengelolaan risiko secara baik
4. Independensi (*independency*) yaitu keadaan di mana organisasi dikelola secara profesional tanpa benturan kepentingan dan pengaruh/tekanan dari pihak manapun yang tidak sesuai dengan peraturan perundang-undangan dan prinsip-prinsip organisasi yang sehat (Azwar, 2010)
 - a. Prinsip dasar untuk melancarkan pelaksanaan asas tata kelola yang baik, organisasi harus dikelola secara independen sehingga masing-masing organ organisasi tidak saling mendominasi dan tidak dapat diintervensi oleh pihak lain.

- b. Pedoman Pokok Pelaksanaan 1) Masing-masing organ harus menghindari terjadinya dominasi oleh pihak manapun, tidak terpengaruh oleh kepentingan tertentu, bebas dari benturan kepentingan dan dari segala pengaruh atau tekanan, sehingga pengambilan keputusan dapat dilakukan secara obyektif. 2) Masing-masing organ harus melaksanakan fungsi dan tugasnya sesuai dengan peraturan perundang-undangan, tidak saling mendominasi dan atau melempar tanggung jawab antara satu dengan yang lain sehingga terwujud sistem pengendalian intern yang efektif.
5. Prediktabilitas (*predictability*) yaitu implementasi yang konsisten dari kebijakan pendukung, peraturan dan regulasi. a. Prinsip Dasar Prediktabilitas mengacu pada penerapan yang konsisten dan sesuai dengan hukum, termasuk aturan dan peraturan untuk menerapkannya. b. Pedoman Pokok Pelaksanaan
 - 1) Organisasi harus menegaskan hak dan kewajiban penerima manfaat jaminan sosial 2) Organisasi melakukan komunikasi dan koordinasi dengan stakeholder sebelum pelaksanaan perubahan dalam sebuah program. 3) Organisasi membangun strategi komunikasi yang efektif dan program public relations dengan tujuan stakeholder selalu mendapatkan informasi tentang perkembangan dalam skema jaminan sosial yang berdampak terhadap hak dan kewajiban mereka.
6. Partisipasi (*participation*) yaitu adanya masukan dari stakeholder dalam pengambilan keputusan organisasi untuk melindungi kepentingannya dalam mendukung program jaminan sosial a. Prinsip Dasar Organisasi membangun kemitraan, rasa saling percaya dan memberikan kesempatan seluasnya kepada stakeholder untuk memberikan partisipasi efektif demi

kemajuan organisasi dalam menjalankan program jaminan sosial. b. Pedoman Pokok Pelaksanaan 1) Organisasi membangun komunikasi yang terbuka dengan stakeholder untuk mendorong pertukaran saran agar organisasi dapat lebih responsif terhadap kebutuhan dan keinginan stakeholder. 2) Organisasi harus memastikan bahwa stakeholder memahami program dan memungkinkan partisipasi efektif mereka

7. Kewajaran dan Kesetaraan (*fairness*) yaitu keadilan dan kesetaraan di dalam memenuhi hak-hak Pemangku Kepentingan (*stakeholder*) yang timbul berdasarkan perjanjian dan peraturan perundang-undangan.
8. Dinamis (*dynamism*) yaitu inovasi atau perubahan positif dalam tata kelola yang efeknya meningkatkan efisiensi kinerja organisasi a. Prinsip Dasar Harus ada fleksibilitas yang cukup, yang diatur dalam regulasi hukum, yang memungkinkan organisasi untuk memperkenalkan inovasi dan perbaikan dalam pelaksanaan program jaminan sosial, tanpa harus mengubah undang-undang, kebijakan atau keputusan. b. Pedoman Pokok Pelaksanaan 1) Organisasi harus memberikan kesempatan, memberi motivasi dan menginspirasi sehingga seluruh Duta BPJS Kesehatan dapat mengusulkan ide-ide inovatif selama tidak bertentangan dengan peraturan perundangan yang berlaku. 2) Organisasi harus memastikan bahwa para inovator tidak memiliki konflik kepentingan dalam usulan ide-ide yang diberikan. 3) Organisasi harus menetapkan proses dan mengevaluasi atas manfaat dan risiko yang akan muncul sebelum inovasi tersebut di adopsi dan diimplementasikan

Menurut Basuki dkk (2016) Dalam konteks implementasi kebijakan, keberhasilan sebuah kebijakan dibagi menjadi dua bagian yaitu isi kebijakan dan lingkungan kebijakan. Isi kebijakan terdiri dari: (1) Kepentingan kelompok sasaran, (2) Tipe Manfaat, (3) Letak pengambilan keputusan, (4) Derajat Perubahan, (5) Pelaksana program, (6) Sumber Daya.

a) Kepentingan Kelompok Sasaran

Jaminan Kesehatan Nasional memiliki sasaran untuk semua masyarakat Indonesia tanpa memisahkan golongan apapun, karena mereka miliki misi pada tahun 2019 semua masyarakat Indonesia sudah menjadi peserta Jaminan Kesehatan Nasional. Hal tersebutlah yang menjadi kelompok sasaran dari Jaminan Kesehatan Nasional, jadi semua masyarakat Indonesia yang menjadi kelompok sasaran.

b) Manfaat Yang Dapat Diperoleh Dari Peserta Jaminan Kesehatan Nasional

Kebijakan Jaminan Kesehatan Nasional ini bertujuan untuk meningkatkan pelayanan mutu kesehatan dan mampu dijangkau oleh semua golongan, terutama kalangan masyarakat menengah ke bawah. Pelayanan kesehatan menjadi aspek penting yang diperhatikan oleh pemerintah selain pendidikan dan ekonomi. Masyarakat yang sudah terdaftar sebelumnya sebagai peserta ASKES, ASKESKIN, JAMKESMAS, JAMKESDA secara otomatis tersebut tidak lagi membayar iuran setiap bulannya karena sudah mendapatkan Penerima Bantuan Iuran (PBI). Manfaat yang didapat dari pelayanan kesehatan yang diberikan kepada peserta JKN terdapat dalam Peraturan Menteri Kesehatan No. 28 Tahun 2014 tentang Pedoman Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Nasional.

- c) Letak Kebijakan Jaminan Kesehatan Nasional. Untuk dapat diimplementasikan, kebijakan-kebijakan yang telah diambil dan dibuat oleh berbagai instansi pemerintah, kemudian dituangkan dalam bentuk dokumen tertulis dan juga mempunyai kekuatan hukum. Dokumen tertulis yang lazim ini disebut dengan produk hukum, dibuat berjenjang sesuai dengan hierarki pengambilan keputusan dalam kebijakan. Kebijakan JKN sudah sesuai dengan koridor hukum yang berlaku.

Dasar hukumnya adalah UU No. 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional. Ketika awal pelaksanaan JKN tahun 2014 ini memang memiliki banyak masalah yang terjadi di lapangan karena masih terjadi kurangnya koordinasi. Akhirnya munculah Peraturan Menteri Kesehatan No. 28 tahun 2014 tentang pedoman pelaksanaan JKN. Semua pelaksanaan sudah diatur dalam Permenkes No. 28 tersebut. Dalam penerapan kebijakan JKN, ada tiga lembaga yang juga berpengaruh didalamnya yaitu BPJS Kesehatan selaku lembaga yang ditugaskan untuk menjalankan JKN, Kementerian Kesehatan Pusat serta Dinas Kesehatan kabupaten/kota.

- d) Derajat Perubahan Jaminan Kesehatan Nasional

Setiap kebijakan memiliki tujuan yang ingin dicapainya. Seperti halnya kebijakan Jaminan Kesehatan Nasional, memiliki tujuan untuk memberikan pelayanan kesehatan dan juga meningkatkan mutu kesehatan bagi seluruh masyarakat Indonesia. meningkatkan mutu kesehatan bagi seluruh masyarakat Indonesia. Pada awalnya, pelayanan kesehatan yang diberikan oleh pemerintah baik itu pusat maupun kabupaten/kota masih jauh dari harapan terutama bagi masyarakat golongan kebawah. Akan tetapi, pemerintah terus berusaha untuk

memberikan pelayanan kesehatan yang baik dengan memunculkan kebijakan-kebijakan terkait jaminan kesehatan.

Puncaknya adalah ketika pada tanggal 1 Januari 2014 silam yaitu dengan di terbitkannya Jaminan Kesehatan Nasional yang dikelola oleh BPJS Kesehatan sebagai wujud perbaikan system jaminan kesehatan yang ada di Indonesia. BPJS Kesehatan ini merupakan bentuk transformasi dari PT. ASKES (Persero). Tentunya, kemunculan kebijakan Jaminan Kesehatan Nasional ini merupakan awal perubahan untuk pelayanan kesehatan bagi masyarakat Indonesia guna meningkatkan mutu kesehatan. Agar nantinya tidak ada lagi yang merasa disulitkan ketika akan berobat kerumah sakit terutama bagi masyarakat miskin.

e) Karakteristik Pelaksana Kebijakan Jaminan Kesehatan Nasional

Karakteristik dari para pelaksana kebijakan adalah salah satu faktor yang mendorong berhasil atau tidaknya suatu kebijakan.

f) Sumber Daya Terhadap Implementasi Kebijakan Jaminan Kesehatan Nasional

Peranan sumber daya bagi implementasi sebuah kebijakan memiliki peranan yang sangat penting terutama sumber daya manusia dan sumber daya finansial atau anggaran. Sebuah kebijakan pastilah dibutuhkan sumber daya untuk menjamin keberlangsungan kebijakan tersebut baik itu sumber daya manusia maupun sumber daya anggaran. Sumber daya manusia sebagai implementasi suatu kebijakan, sehingga dapat berjalan secara efisien apabila sumber dayanya mencukupi dan dapat bekerja secara profesional dan efektif didalam menjalankan sebuah program sesuai dengan rumusan kebijakan yang telah ditentukan. Adapun sumber daya finansial juga memiliki kedudukan yang sangat penting karena implementasi kebijakan tidak akan berjalan apabila secara finansial tidak

mencukupi. Akibatnya implementasi kebijakan akan berjalan lamban (Basuki, 2016).

Pasien yang akan berobat ke rawat jalan harus memenuhi syarat prosedur yang ditetapkan oleh BPJS Kesehatan, berikut langkah-langkahnya: (Permenkes RI, 2014)

1. Pasien harus berobat ke Fasilitas Kesehatan Tingkat 1 (Dokter Keluarga atau Puskesmas) dan RS Tk II, sesuai yang ditentukan saat terdaftar. Pasien tidak dapat langsung ke rumah sakit dr. Zainoel Abidin (kecuali kondisi darurat dengan prosedur gawat darurat). Jika langsung ke rumah sakit tingkat lanjut, tanpa melampirkan surat rujukan, maka pelayanan tersebut tidak dapat dijamin BPJS Kesehatan sesuai dengan ketentuan Permenkes No. 28 th 2014.
2. Jika fasilitas kesehatan tingkat 1 merujuk atau RS TK. II, maka akan dibuatkan surat rujukan menggunakan aplikasi PCARE BPJS Kesehatan (Jika Fasilitas Kesehatan Tingkat 1 tersedia jika tidak kemungkinan dibuat secara manual). Pasien dirujuk ke rawat jalan atau ke Unit Gawat Darurat tergantung kondisi pasien.
3. Pasien ke rumah sakit ke Unit Rawat Jalan rumah sakit dr. Zainoel Abidin dengan membawa surat rujukan beserta kartu JKN (Kartu JKN/KIS, Askes PNS, JKRA, Jamkesmas dan JKN Mandiri) dan juga dilengkapi foto copy kartu keluarga/KTP.
4. Saat mendaftar di unit rawat jalan pasien akan dibuatkan surat eligibilitas peserta (SEP) sebagai bukti bahwa pasien layak menerima pelayanan kesehatan rawat jalan di rumah sakit.
5. Pasien menuju poliklinik rawat jalan untuk mendapatkan pelayanan kesehatan.

6. Surat rujukan dibutuhkan untuk pertama kali pengobatan ke rumah sakit (Fasilitas kesehatan tingkat lanjutan) dan selanjutnya jika masih dianjurkan untuk kontrol atau berobat ulang dapat di foto copy dengan melampirkan yang asli dari fasilitas kesehatan tingkat pertama atau rumah sakit tingkat II. Surat rujukan ini berlaku 1 bulan untuk kasus biasa dan 3 bulan untuk kasus kronis sejak dirujuk dari puskesmas/RS tempat rujukan.
7. Khusus pasien pasca rawat inap, untuk kontrol ulang ke poliklinik RS dapat menyerahkan/melampirkan surat pulang rawat inap (resume medis) yang di berikan oleh ruang rawat inap pada saat pasien pulang dan berlaku untuk 2 kali kontrol ulang poliklinik.
8. Jika tidak dianjurkan lagi untuk kontrol berobat ulang maka akan diberikan surat rujuk balik ke fasilitas kesehatan tingkat pertama/RS Tk II.

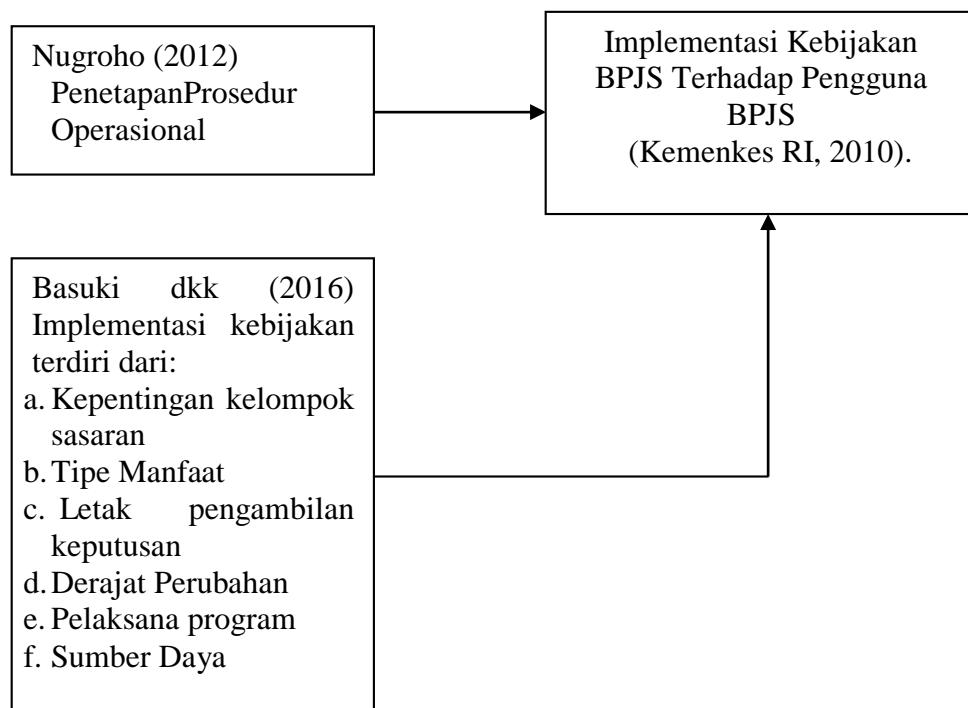
2.3. Rumah Sakit Umum dr. Zainoel Abidin Banda Aceh

Rumah Sakit Umum Daerah dr. Zainoel Abidin beroperasi sebagai unit kerja Pemerintah Aceh untuk tujuan pemberian layanan umum yang pengelolaannya berdasarkan pendeklasian kewenangan oleh Pemerintah Aceh. Dengan kata lain, Rumah Sakit Umum Daerah dr. Zainoel Abidin merupakan bagian perangkat daerah dalam pencapaian tujuan Pemerintah Aceh yang tidak terpisah dari Pemerintah Aceh sebagai instansi induk. Satuan Kerja Perangkat Aceh ini mengelola penyelenggaraan layanan kesehatan dan pendidikan kesehatan sejalan dengan praktek bisnis yang sehat. Dalam struktur Pemerintah Aceh, Rumah Sakit Umum dr. Zainoel Abidin merupakan Lembaga Teknis Daerah yang memberikan Pelayanan Kesehatan kepada masyarakat dan sebagai Pusat Rujukan Provinsi Aceh serta Pendidikan (Profil RSUZA, 2016)

Rumah Sakit Umum Daerah dr. ZainoelAbidin dipimpin oleh seorang Direktur yang berada di bawah dan bertanggungjawab kepada Gubernur melalui Sekda. Tugas Rumah Sakit Umum Daerah dr.Zainoel Abidin adalah melaksanakan pelayanan pengobatan, pemulihan, peningkatan kesehatan dan pencegahan penyakit melalui pelayanan rawat inap, rawat jalan, gawat darurat (emergency) dan tindakan medik.

2.4. Kerangka Teoritis

Berdasarkan teori-teori yang telah dibahas dalam tinjauan kepustakaan, maka kerangka teoritis diadopsi dari pendapat Kemenkes RI (2010) dan Nugroho (2012), maka kerangka teoritis dapat digambarkan sebagai berikut :



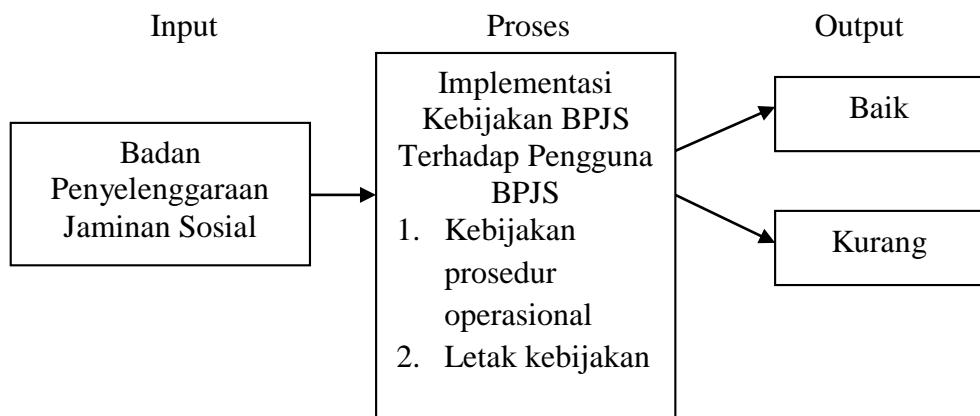
Gambar 2.1. Skema Kerangka Teoritis

BAB III

KONSEP PENELITIAN

3.1. Kerangka Konsep

Konsep penelitian ini di dasarkan atas pendapat Nugroho (2012), dan Kemenkes RI (2010). Yang dirancang dengan pendekatan variabel independen dan dependen. Adapun kerangka konsep dapat dijabarkan sebagai berikut:



Gambar 3.1. Skema Kerangka Konsep

3.3. Definisi Operasional

Variabel	Definisi Operasional
Implementasi Kebijakan BPJS Terhadap Pengguna BPJS	Suatu peraturan yang berkaitan dengan peraturan yang diberikan oleh BPJS kepada rumah sakit
Kebijakan prosedur operasional	Kesesuaian kegiatan yang diberikan oleh BPJS kepada rumah sakit

Tabel 3.1. Definisi Operasional

3.5. Pertanyaan Penelitian

Bagaimana implementasi kebijakan badan penyelenggaraan jaminan sosial terhadap pengguna BPJS di Rumah Sakit Umum Daerah dr. Zainoel Abidin Banda Aceh tahun 2017.

BAB IV

METODOLOGI PENELITIAN

4.1. Jenis Penelitian

Penelitian ini merupakan penelitian yang bersifat kualitatif dengan yaitu hanya ingin mengetahui implementasi kebijakan badan penyelenggaraan jaminan sosial terhadap pengguna BPJS di Rumah Sakit Umum Daerah dr. Zainoel Abidin Banda Aceh tahun 2017.

4.2. Populasi dan Sampel

4.2.1. Populasi

Menurut Notoatmodjo (2010) populasi adalah keseluruhan objek penelitian atau objek yang diteliti. Populasi dalam penelitian ini adalah petugas BPJS di ruang center di RSUZA periode sebanyak 2 orang dan masyarakat yang menggunakan BPJS sebanyak 2 orang.

4.2.2. Sampel

Sampel merupakan bagian dari populasi yang ingin diteliti, dipandang sebagai suatu pendugaan terhadap populasi, namun bukan populasi itu sendiri (Notoatmodjo, 2010). Sampel diambil secara *total sampling*, responden dalam penelitian ini adalah petugas BPJS di ruang center di RSUZA periode sebanyak 2 orang dan masyarakat yang menggunakan BPJS sebanyak 2 orang.

4.3. Tempat dan Waktu Penelitian

4.3.1. Tempat

Tempat penelitian telah dilakukan di ruang center BPJS RSUZA.

4.3.2. Waktu

Penelitian telah dilakukan pada 16 s/d 18 Agustus 2017.

4.4. Tehnik Pengumpulan Data

4.41. Data Primer

Data yang diperoleh dari peninjauan langsung kelapangan melalui wawancara dengan menggunakan keusioner yang telah disusun sebelumnya.

4.4.2. Data Sekunder

Data yang diperoleh dari Dinas Kesehatan, serta instansi yang terkait dengan penelitian ini terdiri dari jumlah penduduk dan luas wilayah.

4.5. Pengolahan Data

Data yang telah didapat kemudian dikumpulkan yaitu dengan tahapan sebagai berikut :

4.5.1. *Editing*, memeriksa apakah semua responden telah lengkap menjawab pertanyaan instrumen penelitian dan menilai apakah responden telah menjawab semua pertanyaan sesuai dengan instrumen penelitian.

4.5.2. *Coding*, yaitu memberikan tanda atas jawaban dari pertanyaan yang diajukan dalam checklist dan mengklasifikasikan jawaban-jawaban yang ada menurut macam pertanyaan.

4.5.3. *Transfering*, yaitu data yang telah diberi kode disusun secara berurutan dari responden pertama sampai responden terakhir untuk dimasukkan

kedalam master tabel dan data tersebut diolah dengan menggunakan program komputer.

4.5.4. *Tabulating*, yaitu data yang telah terkumpul ditabulasi dalam bentuk tabel distribusi frekwensi.

4.6. Analisa Data

Analisa data kualitatif merupakan proses sistematis yang berlangsung terus menerus bersamaan dengan pengumpulan data. Teknik analisa data terhadap dokumentasi transkip wawancara yang akan dilakukan adalah teknik analisis isi (*Content Analysis*). Secara teknik *content* memulai analisisnya dengan menggunakan lambang-lambang tertentu, mengklasifikasikan data tersebut dengan kriteria-kriteria tertentu serta melakukan prediksi/menganalisa data dengan teknik analisis yang tertentu pula (Bungin, 2012).

Braun & Clarke (2006) menjelaskan tentang proses analisa data kualitatif dengan pendekatan tematik. Pendekatan analisa data ini dilakukan dengan 6 langkah, yaitu mengakrabkan diri dengan data, membuat kode awal, mencari tema, review tema, mendefinisikan dan memberi nama tema dan membuat laporan.

Dalam rangka menjawab permasalahan penelitian, maka analisis data dalam penelitian ini dilakukan secara kualitatif yaitu suatu analisis yang berusaha mencari pola, model, tema, hubungan, persamaan, dan makna dari data yang dinyatakan dalam bentuk pernyataan-pernyataan, tafsiran-tafsiran setelah menggali data dari beberapa orang informan kunci yang ditabulasikan dan dipresentasikan sesuai dengan hasil temuan (observasi) dan wawancara mendalam penulis dengan para informan, hasil pengumpulan data tersebut diolah secara manual, direduksi

selanjutnya hasil reduksi tersebut dikelompokkan dalam bentuk segmen tertentu (*display data*) dan kemudian disajikan dalam bentuk *content analysis* dengan penjelasan-penjelasan, selanjutnya diberi kesimpulan, sehingga dapat menjawab rumusan masalah, menjelaskan dan terfokus pada representasi tehadap fenomena yang hadir dalam penelitian.

- a. Mengakrabkan diri dengan data, langkah pertama dalam mengalisa data yaitu dengan membaca dan membaca ulang data agar peneliti menjadi familiar dengan data yang diperlukan, memberi perhatian khusus pada pola yang terjadi. Pada tahap ini, peneliti mencatat dan mengidentifikasi kemungkinan tema dan pola yang akan muncul dari data yang dikumpulkan. Kegiatan yang dilakukan pada fase ini berupa transkripsi data.
- b. Membuat kode awal, pada tahap ini peneliti mulai menghasilkan kode-kode melalui pendokumentasian tentang di mana dan bagaimana pola terjadi. Proses ini terjadi melalui reduksi data di mana peneliti mempersempit data menjadi label untuk membuat kategori bagi analisa data yang lebih efisien. Komplikasi data juga diselesaikan pada tahap ini. Tahap ini juga meliputi pembuat kesimpulan tentang apa yang dimaksudkan oleh kode data.
- c. Mencari tema, pada tahap ini, peneliti mengkombinasikan kode menjadi tema yang menggambarkan data secara akurat. Dalam pengembangan tema, peneliti perlu menggambarkan maksud tema dengan jelas, walaupun tema yang dihasilkan kadang kurang sesuai. Peneliti juga harus menggambarkan tentang unsur yang terlewatkan dari proses analisa.

- d. Review tema, pada tahap ini, peneliti mencari bagaimana tema mendukung data mencakup perspektif teoritikal. Jika analisa data ternyata tidak lengkap, maka peneliti perlu untuk mengulang dan menemukan data yang terlewatkan.
- e. Mendefinisikan dan memberi nama tema, peneliti perlu mendefinisikan setiap tema, aspek data cakupannya, dan hal yang menarik tentang tema tersebut. Dalam rangka mengidentifikasi apakah tema yang didapat mengandung sub tema dan untuk menemukan kedalaman tema, penting untuk mengajukan tema dalam bentuk gambaran yang utuh dan secara otomatis. Peneliti harus melakukan dan mencatat analisa data secara detil untuk mengidentifikasi cerita setiap tema dan sifatnya. Pada akhir tahap ini, peneliti dapat menemukan isi tema dan menjelaskan tema dalam beberapa kalimat.
- f. Membuat laporan, saat peneliti menuliskan laporan penelitian, ia harus memutuskan tema mana yang memiliki kontribusi yang bermakna untuk memahami fenomena yang terjadi dalam data.

4.7. Penyajian Data

Data yang telah dikumpulkan dan diolah disajikan dalam bentuk tabel distribusi frekuensi dan narasi.

BAB V

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

5.1. Gambaran Umum RSUZA

5.1.1. Data Geografi

Rumah Sakit Umum Daerah dr. Zainoel Abidin mempunyai area ± 15 ha yang terletak di jalan Tgk. H. Daud Beureueh No.108 Kel. Bandar Baru Kec. Kuta Alam Banda Aceh yang juga berbatasan langsung dengan :

1. Sebelah timur berbatasan dengan AKPER/PMI/Stadion H. Dimurtala
2. Sebelah barat berbatasan dengan jalan dr. T. Syarif Thaeib/Kel. Beurawe
3. Sebelah utara berbatasan dengan jalan Tgk. H Daud Beureueh
4. Sebelah selatan berbatasan dengan AKBID Poltekkes

RSUD dr.Zainoel Abidin Banda Aceh ditetapkan sebagai Rumah Sakit Pendidikan Utama Fakultas Kedokteran Universitas Syah Kuala Banda Aceh sesuai dengan Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor:HK.03.05/III/327/2011 yang ditetapkan di Jakarta pada tanggal 24 Januari 2011.

RSUD dr. Zainoel Abidin Banda Aceh memiliki luas tanah 55615.58 m². Rumah sakit ini berdiri pada tanggal 22 Februari 1979 atas dasar Keputusan Menteri Kesehatan RI No.551/Menkes/SK/2F/1979 yang menetapkan RSU dr. Zainoel Abidin sebagai rumah sakit kelas C. Selanjutnya dengan SK Gubernur Daerah Istimewa Aceh No. 445/173/1979 tanggal 7 Mei 1979 Rumah Sakit Umum (RSU) dr. Zainoel Abidin ditetapkan sebagai Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) dr. Zainoel Abidin. Kemudian dengan adanya Fakultas Kedokteran Unsyiah, maka dengan SK Menkes RI No. 233/Menkes/SK/IV/1983 tanggal 11 Juni 1983, RSUD

dr. Zainoel Abidin ditingkatkan kelasnya menjadi rumah sakit kelas B Pendidikan dan rumah sakit rujukan untuk Propinsi Daerah Istimewa Aceh.

Dalam rangka menjamin peningkatkan mutu dan jangkauan pelayanan kesehatan sesuai kebutuhan masyarakat serta optimalisasi fungsi rumah sakit rujukan dan juga sebagai sumah sakit pendidikan, maka dengan Peraturan Daerah Propinsi Daerah Istimewa Aceh Nomor 8 Tahun 1997 tanggal 17 Nopember 1997 dilakukan penyempurnaan Susunan Organisasi dan Tata Kerja RSUD dr. Zainoel Abidin.

5.1.2. Visi dan Misi

5.1.2.1. Visi

- a. Meningkatkan Kompetensi SDM melalui pendidikan dan penelitian yang berstandar Internasional.
- b. Memberikan pelayanan kesehatan individu yang menyenangkan dan mampu memberikan kepuasan terhadap pelanggan
- c. Mendukung Upaya Pemerintah Aceh dalam meningkatkan derajat kesehatan masyarakat untuk mencapai *Sustainable Development Goals* (SDGs) yangdiaplikasikan melalui pencapaian Human Development Index.
- d. Menerapkan prinsip-prinsip Islami dalam pengembangan sistem pelayanan kesehatan, administrasi dan pengelolaan keuangan.

5.1.2.2. Misi

Terwujudnya Rumah Sakit terkemuka dalam Pelayanan, Pendidikan dan Penelitian yang berstandar Internasional”.

5.1.3. Peralatan canggih di RSUZA

- a. MRI 3 - Tesla (Magnetic Resonance Imaging)
 - a. CT - Scanner
 - b. Kateterisasi Jantung

- c. Endoskopi
- d. Haemodialisa
- e. USG 4D
- f. USG 3D

5.1.4. Fungsi RSUZA

Untuk melaksanakan tugas dimaksud, Rumah Sakit Umum Daerah dr. Zainoel Abidin menyelenggarakan fungsi:

- a. Pelaksanaan urusan ketatausahaan rumah sakit;
- b. Penyusunan program kerja tahunan, jangka menengah dan jangka panjang;
- c. Penyusunan kebijakan teknis di bidang pelayanan medis, keperawatan;
- d. Pelayanan medis, penunjang medis dan non medis;
- e. Penyelenggaraan asuhan keperawatan;
- f. Penyelenggaraan pendidikan dan pelatihan;
- g. Penyelenggaraan penelitian dan pengembangan ilmu serta teknologi kedokteran;
- h. Penyelenggaraan pelayanan rujukan;
- i. Penyelenggaraan Administrasi Umum dan Keuangan

5.2. Hasil Penelitian

Pengumpulan data penelitian ini dilaksanakan di Rumah Sakit Umum Daerah dr. Zainoel Abidin pada tanggal 16 s/d 18 Agustus 2017. Informan dalam penelitian adalah sebanyak 4 orang yang terdiri dari 2 orang petugas BPJS dan 2 orang masyarakat.

a. **Implementasi Kebijakan BPJS Terhadap Pengguna BPJS**

Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan yang selanjutnya disingkat BPJS Kesehatan adalah badan hukum yang dibentuk untuk menyelenggarakan program Jaminan Kesehatan. Pembiayaan kesehatan merupakan bagian yang penting dalam

implementasi Jaminan Kesehatan Nasional (JKN). Menurut Miller (2007) tujuan dari pembiayaan kesehatan adalah mendorong peningkatan mutu, mendorong layanan berorientasi pasien, mendorong efisiensi tidak memberikan *reward* terhadap provider yang melakukan *over treatment, under treatment* maupun melakukan *adverse event* dan mendorong pelayanan tim. Dengan sistem pembiayaan yang tepat diharapkan tujuan diatas bisa tercapai (Kemenkes RI, 2013).

1. Hasil FGD dengan pihak petugas BPJS

Berikut hasil *Focus Group Discussion* (FGD) tentang standar operasional prosedur (SOP) terhadap pasien yang akan berobat ke RSUZA:

Tabel 5.1.
Hasil *Focus Group Discussion* (FGD) 1

No	Pertanyaan	Jawaban
1	Apakah anda mengetahui apa itu SOP (standar operasional prosedur)?	R1 : “..... SOP adalah peraturan yang dibuat untuk mempermudah dalam melakukan pekerjaan” R2: “.....SOP dilaksanakan ketika adanya peraturan yang melibatkan khalayak ramai sehingga mudah dalam melakukan pekerjaan yang sesuai dengan yang telah ditetapkan”

Berdasarkan hasil FGD diatas diketahui bahwa rata-rata petugas mengetahui makna dari SOP yang telah diterapkan di tempat kerja masing-masing.

Tabel 5.2.
Hasil *Focus Group Discussion* (FGD) 1

No	Pertanyaan	Jawaban
1	Apakah Pihak BPJS kesehatan memberikan standar operasional prosedur (SOP) terhadap pasien yang akan berobat ke RSUZA	R1 : “..... karena hak, kewajiban dan tanggung jawab BPJS kesehatan/Rumah Sakit/pasien dilaksanakan sesuai dengan ketentuan perundang-undangan yang berlaku” R2: “.....BPJS dan pihak rumah sakit sesuai memberikan pelayanan kepada pasien sesuai SOP yang berlaku”

Berdasarkan hasil FGD diatas diketahui bahwa pihak BPJS sebelum bekerja sama dengan pihak rumah sakit telah melakukan standar operasional prosedur sesuai kebutuhan pasien.

Tabel 5.3.
Hasil Focus Group Discussion (FGD) 2

No	Pertanyaan	Jawaban
1	Apakah petugas BPJS yang berada di RSUZA melakukan koordinasi dengan pihak rumah sakit terhadap pengguna BPJS	R1: “eeeeum.....koordinasi yang dilakukan oleh pihak BPJS dan rumah sakit telah dilakukan sebelum BPJS memberikan pelayanan kepada masyarakat” R2: “.....kami melakukan koordinasi”

Berdasarkan hasil FGD diatas diketahui bahwa koordinasi antara pihak BPJS dan rumah sakit dilakukan sesuai dengan pelayanan yang akan diberikan kepada pasien. Berdasarkan paparan hasil wawancara diatas diketahui bahwa BPJS Kesehatan dan Penyelenggara Asuransi Kesehatan Tambahan dapat melakukan koordinasi dalam memberikan manfaat untuk peserta jaminan kesehatan nasional yang memiliki hak atas perlindungan program Asuransi Kesehatan Tambahan

Tabel 5.4.
Hasil Focus Group Discussion (FGD) 3

No	Pertanyaan	Jawaban
1	Apakah pihak rumah sakit bekerja sama dengan pihak BPJS sesuai dengan koridor hukum yang berlaku	R1: “.....sesuai dengan koridor hukum yang berlaku”. R2: “..... Setiap rumah sakit yang mengajukan permohonan kerjasama akan diproses sesuai ketentuan perundang-undangan yang berlaku (Permenkes No. 7 tahun 2013)”

Berdasarkan hasil FGD diatas diketahui bahwa setiap rumah sakit memiliki koridor hukum sesuai dengan undang-undang yang berlaku serta pihak BPJS dan rumah sakit bekerja sama sesuai dengan koordinasi dari kedua belah pihak.

2. Hasil FGD dengan masyarakat

Berikut hasil *Focus Group Discussion* (FGD) tentang pelayanan kesehatan yang diberikan oleh pihak RSUZA:

Tabel 5.5.
Hasil *Focus Group Discussion* (FGD) 4

No	Pertanyaan	Jawaban
1	Apasaja yang mempersulit anda saat berobat ke rumah sakit	R3 : “..... <i>saya berobat ke rumah sakit melalui pengambilan rujukan puskesmas, baru membawa ke rumah sakit umum....saat di rumah sakit saya merasa bahwa petugas masih mempersulit saya saat berobat, seperti antrian yang sangat panjang dan kurangnya perhatian petugas terhadap pasien</i> ” R4: “..... <i>BPJS dan pihak rumah sakit tidak mempersulit, tapi hanya perlu evaluasi dalam pelayanan kesehatan agar masyarakat tidak terbebani dengan prosedur yang telah dibuat</i> ”

Berdasarkan hasil FGD diatas diketahui bahwa pihak BPJS dan rumah sakit perlu melakukan evaluasi dalam hal pelayanan kepada masyarakat, sehingga masyarakat yang berobat tidak dipersulit dan tidak menunggu lama dalam berobat.

Tabel 5.6.
Hasil *Focus Group Discussion* (FGD) 5

No	Pertanyaan	Jawaban
1	Apakah anda mengetahui informasi alur berobat di rumah sakit	R3 : “..... <i>mereka memberikan informasi prosedur berobat kepada kami</i> ” R4: “..... <i>menurut saya, yang perlu diberikan adalah cara yang lebih cepat</i> ”

		<i>dan mudah dalam berobat menggunakan kartu BPJS”</i>
--	--	--

Berdasarkan hasil FGD diatas diketahui bahwa pihak BPJS dan rumah sakit perlu memberikan informasi yang akurat dan tepat dalam memberikan pelayanan kepada masyarakat.

5.3. Pembahasan

5.3.1. Implementasi Kebijakan BPJS Terhadap Pengguna BPJS

Dari hasil penelitian menunjukkan bahwa standar operasional prosedur (SOP) terhadap pasien yang akan berobat ke RSUZA dilakukan oleh pihak BPJS sesuai dengan perundang-undagan yang berlaku, yaitu menurut Permenkes RI No. 7 Tahun 2013.

Menurut informan bahan BPJS kesehatan dan penyelenggara asuransi kesehatan tambahan dapat melakukan koordinasi dalam memberikan manfaat untuk peserta jaminan kesehatan nasional yang memiliki hak atas perlindungan program Asuransi Kesehatan Tambahan. Selain itu setiap rumah sakit memiliki koridor hukum sesuai dengan undang-undang yang berlaku serta pihak BPJS dan rumah sakit bekerja sama sesuai dengan koordinasi dari kedua belah pihak.

Menurut Permenkes Nomor 001 tahun 2012 tentang sistem rujukan pelayanan kesehatan perorangan, dalam pedoman sistem rujukan nasional karakteristik rujukan meliputi rujukan berdasarkan indikasi, prosedur rujukan pada kasus kegawatan, melakukan rujukan balik kefasilitas perujuk, keterjangkauan fasilitas rujukan dan rujukan pertama dari fasilitas primer.

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan oleh Niah (2016) tentang pelaksanaan kebijakan BPJS di Kabupaten Jombang diketahui bahwa masalah

koordinasi merupakan masalah serius dalam pelaksanaan BPJS. Lemahnya koordinasi pelaksana BPJS di Jombang juga ditandai penolakan pasien BPJS. Kenyataan pahit dialami Saiful Bakhri (37), warga Desa Selorejo, Kecamatan Mojowarno, Jombang (saat wawancara dengan peneliti). Meski sudah mengantongi kartu BPJS (Badan Penyelenggara Jaminan Sosial), namun dia justru ditolak saat berobat ke RSUD Jombang. Sudah begitu, dia juga disemprot kata-kata kurang sopan oleh dokter yang menangani. *"Lantas apa gunanya saya punya kartu BPJS, kalau tidak bisa berobat secara gratis. Padahal, saya sudah membayar iuran bulanan sebesar Rp 25.500,"* demikian kata Saiful sambil menunjukkan kartu BPJS kelas tiga, (Wawancara 5 Mei 2015).

BPJS merupakan badan hukum dengan tujuan yaitu mewujudkan terselenggaranya pemberian jaminan untuk terpenuhinya kebutuhan dasar hidup yang layak bagi setiap peserta dan/atau anggota keluarganya. Dalam penyelenggaraannya BPJS ini terbagi menjadi dua yaitu BPJS kesehatan dan BPJS ketenagakerjaan (Tabrany, 2009).

Berdasarkan hasil FGD yang dilakukan pada masyarakat yang berobat ke RSUZA diketahui bahwa pihak BPJS dan rumah sakit perlu melakukan evaluasi dalam hal pelayanan kepada masyarakat, sehingga masyarakat yang berobat tidak dipersulit dan tidak menunggu lama dalam berobat. Selain itu pihak BPJS dan rumah sakit perlu memberikan informasi yang akurat dan tepat dalam memberikan pelayanan kepada masyarakat.

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan oleh Lila (2016) diketahui bahwa BPJS Kesehatan mendesak rumah sakit terbuka kepada pasien. Sebab berdasar aturan rumah sakit memiliki kewajiban untuk menginformasikan soal kapasitas dan tingkat keterisian ruangan. Informasi ini penting karena sering kali

pasien BPJS kerap dipaksa naik kelas menjadi VVIP dengan dalih ruangan penuh. Akibatnya karena ruangan penuh dan pasien butuh perawatan, maka keluarga pasien mau menandatangani pernyataan naik kelas tersebut.

Menurut Tjiptono (2014), kualitas pelayanan menjadi indikator kinerja bagi penyelenggara pelayanan kesehatan. Terdapat berbagai ukuran untuk menilai kualitas pelayanan. Menurut Parasuraman, et.al. dalam Kotler, (2013) ada lima dimensi utama kualitas pelayanan sesuai urutan derajat kepentingan relatifnya yaitu (1) *Realibilitas/keandalan (reliability)* yaitu kemampuan memberikan pelayanan yang dijanjikan dengan segera, akurat, dan memuaskan (2) *Daya Tanggap (responsiveness)* yaitu keinginan para staf untuk membantu pelanggan dan memberikan layanan dengan tanggap, (3) *Jaminan (assurance)* mencakup pengetahuan, kompetensi, kesopanan dan sifat dapat dipercaya yang dimiliki para staf; bebas dari bahaya, risiko atau keragu-raguan (4) *Empati (empathy)* meliputi kemudahan dalam menjalin relasi, komunikasi yang baik, perhatian pribadi, dan pemahaman atas kebutuhan individual para pelanggan (5) *Bukti fisik (tangible)* meliputi fasilitas fisik, perlengkapan, pegawai dan sarana komunikasi.

Menurut Elfira (2013) menyatakan bahwa hampir dua tahun lebih pemerintah mewajibkan semua masyarakat menjadi anggota BPJS Kesehatan. Namun masih banyak keluhan yang dirasakan oleh masyarakat, khususnya pasien dan keluarganya terkait dengan pelayanan yang diberikan dokter maupun tempat pelayanan kesehatan, baik Puskesmas, tempat dokter praktik yang melayani pasien BPJS maupun Rumah Sakit. Upaya pemerintah untuk memberikan pelayanan kesehatan yang murah kepada masyarakat, melalui kartu BPJS kesehatan, nampaknya belum sepenuhnya diikuti dengan tingkat pelayanan yang memuaskan seperti harapan masyarakat. Banyak keluhan sana-sini dari para pasien BPJS kesehatan. Bahkan, banyak yang

merasa pasien BPJS ini dinomorduakan, apalagi di tempat dokter praktek yang melayani pasien BPJS.

Penyelenggara pelayanan kesehatan meliputi semua fasilitas kesehatan yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan berupa Fasilitas Kesehatan tingkat pertama dan fasilitas kesehatan rujukan tingkat lanjutan. Fasilitas kesehatan tingkat pertama berupa: (Permenkes RI, 2013)

- a. Puskesmas atau yang setara;
- b. Praktik dokter;
- c. Praktik dokter gigi;
- d. Klinik pratama atau yang setara; dan
- e. Rumah Sakit Kelas D Pratama atau yang setara.

Fasilitas kesehatan rujukan tingkat lanjutan berupa:

- a. Klinik utama atau yang setara;
- b. Rumah sakit umum; dan
- c. Rumah sakit khusus

Fasilitas Kesehatan tingkat pertama yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan harus menyelenggarakan pelayanan kesehatan komprehensif. Pelayanan kesehatan komprehensif berupa pelayanan kesehatan promotif, preventif, kuratif, rehabilitatif, pelayanan kebidanan, dan Pelayanan Kesehatan Darurat Medis, termasuk pelayanan penunjang yang meliputi pemeriksaan laboratorium sederhana dan pelayanan kefarmasian sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan. (Permenkes RI, 2013)

Menurut Miller (2007) tujuan dari pembiayaan kesehatan adalah mendorong peningkatan mutu, mendorong layanan berorientasi pasien, mendorong efisiensi

tidak memberikan *reward* terhadap provider yang melakukan *over treatment, under treatment* maupun melakukan *adverse event* dan mendorong pelayanan tim.

Untuk menemukan keberhasilan di dalam pengimplementasian suatu kebijakan maka diperlukan langkah-langkah yang tepat untuk dilakukan oleh para aktor implementasi demi mendukung kesuksesan kebijakan yang ada. Karena keberhasilan suatu implementasi kebijakan dapat diukur atau dilihat dari proses dan pencapaian tujuan hasil akhir (*output*), yaitu: tercapai atau tidaknya tujuan-tujuan yang ingin diraih. Implementasi kebijakan yang telah melalui tahap rekomendasi merupakan prosedur yang relatif kompleks, sehingga tidak selalu ada jaminan bahwa kebijakan tersebut akan berhasil dalam penerapannya. Implementasi kebijakan merupakan tahapan yang sangat penting dalam keseluruhan struktur kebijakan, karena melalui prosedur ini proses kebijakan secara keseluruhan dapat dipengaruhi oleh tingkat keberhasilan atau tidaknya pencapaian tujuan (Nugroho, 2012).

Saat ini masalah banyak yang muncul dari implementasi BPJS yaitu : (Gunawan, 2014)

3. Sistem pelayanan kesehatan (*Health Care Delivery System*)

a. Penolakan pasien tidak mampu di fasilitas pelayanan kesehatan hal ini dikarenakan PP No. 101/2012 tentang PBI jo. Perpres 111/2013 tentang Jaminan kesehatan hanya mengakomodasi 86,4 juta rakyat miskin sebagai PBI padahal menurut BPS (2011) orang miskin ada 96,7 juta. Pelaksanaan BPJS tahun 2014 didukung pendanaan dari pemerintah sebesar Rp. 26 triliun yang dianggarkan di RAPBN 2014. Anggaran tersebut dipergunakan untuk Penerima Bantuan Iuran (PBI) sebesar Rp. 16.07 triliun bagi 86,4 juta masyarakat miskin sedangkan sisanya bagi PNS, TNI dan Polri. Pemerintah harus secepatnya menganggarkan biaya kesehatan Rp. 400 miliar untuk

gelandangan, anak jalanan, penghuni panti asuhan, panti jompo dan penghuni lapas (jumlahnya sekitar 1,7 juta orang). Dan tentunya jumlah orang miskin yang discover BPJS kesehatan harus dinaikkan menjadi 96,7 juta dengan konsekuensi menambah anggaran dari APBN.

- b. Pelaksanaan di lapangan, pelayanan kesehatan yang diselenggarakan oleh PPK I (Puskesmas klinik) maupun PPK II (Rumah Sakit) sampai saat ini masih bermasalah. Pasien harus mencari-cari kamar dari satu RS ke RS lainnya karena dibilang penuh oleh RS, bukanlah hal yang baru dan baru sekali terjadi.

4. Sistem pembayaran (*Health Care Payment System*)

- a. Belum tercukupinya dana yang ditetapkan BPJS *dengan real cost*, terkait dengan pembiayaan dengan skema INA CBGs dan Kapitasi yang dikebiri oleh Permenkes No. 69/2013. Dikeluarkannya SE No. 31 dan 32 tahun 2014 oleh Menteri Kesehatan untuk memperkuat Permenkes No.69 ternyata belum bisa mengurangi masalah di lapangan.
- b. Kejelasan area pengawasan masih lemah baik dari segi internal maupun eksternal. Pengawasan internal seperti melalui peningkatan jumlah peserta dari 20 juta (dulu dikelola PT Askes) hingga lebih dari 111 juta peserta, perlu diantisipasi dengan perubahan system dan pola pengawasan agar tidak terjadi korupsi. Pengawasan eksternal, melalui pengawasan Otoritas jasa Keuangan (OJK), Dewan Jaminan Sosial Nasional (DJSN) dan Badan Pengawas Keuangan (BPK) masih belum jelas area pengawasannya.

5. Sistem mutu pelayanan kesehatan (Health Care Quality System)

- a. Keharusan perusahaan BUMN dan swasta nasional, menengah dan kecil masuk menjadi peserta BPJS Kesehatan belum terealisasi mengingat manfaat

tambahan yang diterima pekerja BUMN atau swasta lainnya melalui regulasi turunan belum selesai dibuat. Hal ini belum sesuai dengan amanat Perpres No. 111/2013 (pasal 24 dan 27) mengenai keharusan pekerja BUMN dan swasta menjadi peserta BPJS Kesehatan paling lambat 1 Januari 2015. Dan regulasi tambahan ini harus dikomunikasikan secara transparan dengan asuransi kesehatan swasta, serikat pekerja dan Apindo sehingga soal Manfaat tambahan tidak lagi menjadi masalah.

- b. Masih kurangnya tenaga kesehatan yang tersedia di fasilitas kesehatan sehingga peserta BPJS tidak tertangani dengan cepat.

UU BPJS menentukan bahwa, “BPJS Kesehatan berfungsi menyelenggarakan program jaminan kesehatan.” Jaminan kesehatan menurut UU SJSN diselenggarakan secara nasional berdasarkan prinsip asuransi sosial dan prinsip ekuitas, dengan tujuan menjamin agar peserta memperoleh manfaat pemeliharaan kesehatan dan perlindungan dalam memenuhi kebutuhan dasar kesehatan. BPJS Ketenagakerjaan menurut UU BPJS berfungsi menyelenggarakan 4 (empat) program, yaitu program jaminan kecelakaan kerja, jaminan hari tua, jaminan pensiun, dan jaminan kematian.

Dalam melaksanakan fungsi sebagaimana tersebut diatas BPJS bertugas untuk:

1. melakukan dan/atau menerima pendaftaran peserta;
2. memungut dan mengumpulkan iuran dari peserta dan pemberi kerja;
3. menerima bantuan iuran dari Pemerintah;
4. mengelola Dana Jaminan Sosial untuk kepentingan peserta;
5. mengumpulkan dan mengelola data peserta program jaminan sosial;
6. membayarkan manfaat dan/atau membiayai pelayanan kesehatan sesuai dengan ketentuan program jaminan sosial;
7. memberikan informasi mengenai penyelenggaraan program jaminan sosial kepada peserta dan masyarakat.

BAB VI

KESIMPULAN DAN SARAN

6.1. Kesimpulan

- 6.1.1. Disposisi atau karakteristik yang dimiliki oleh pihak pelaksana program dan pihak pemberi pelayanan sudah baik. Mengingat pelaksanaan program BPJS Kesehatan di Provinsi Aceh pihak terkait cukup konsisten sehingga keberlangsungan kebijakan/program yang ada telah berjalan cukup efektif dan efisien.
- 6.1.2. Struktur birokrasi implementasi standar operasional prosedur dalam pelayanan BPJS Kesehatan sudah tertata dengan baik. Baik dari susunan unit-unit kerja,tugas masing-masing komponen dengan fungsinya, tanggung jawab dalam melaksanakan dan memberikan program pelayanan serta penerapan SOP pelayanan BPJS Kesehatan yang cukup baik.

6.2. Saran

- 6.2.1 Kepada pihak BPJS agar melakukan penguatan fasilitas yang memadai bagi masyarakat yang menggunakan pelayanan kesehatan serta peningkatan komitmen kerja sama yang telah disepakati oleh pihak rumah sakit, agar tidak terjadinya kesalahpahaman dalam pemberian pelayanan khususnya kepada masyarakat.
- 6.2.2.Pihak manajemen rumah sakit harus memastikan semua petugas rumah sakit mendapatkan informasi seperti sosialisasi dan pemahaman tentang jaminan pelayanan kesehatan lanjutan yang diselenggarakan BPJS kesehatan agar

informasi yang diterima pasien sesuai dengan pelayanan kesehatan BPJS yang berlaku.

6.2.3. Kepada peneliti lain dapat melanjutkan penelitian ini dengan variabel yang berbeda, dan dapat menambah data dari dinas terkait setempat untuk lebih jelas dan akurat.

DAFTAR PUSTAKA

- Anwar, Prabu M., 2008. *Perencanaan dan Pengembangan Sumber Daya Manusia*. Refika Aditama. Bandung
- Azwar, Azrul., 2010, *Pengantar Administrasi Kesehatan Masyarakat*, Edisi Ketiga, Bina Rupa Aksara : Jakarta
- Basuki E.W, Sulistyowati, Retno N., 2016. *Implementasi Kebijakan Jaminan Kesehatan Nasional oleh BPJS Kesehatan di Kota Semarang*. Semarang Dalam Angka.
- Budiarto, Eko., 2013. *Pengantar Epidemiologi*, Jakarta: EGC.
- Dainur., 2012. *Ilmu Kesehatan Masyarakat*, Materi-Materi Pokok, Jakarta : Widya Medika.
- FKM Serambi Mekkah., 2007, *Pedoman Penulisan Skripsi*.
- Hasibuan Malayu, SS. 2007., *Manajemen Sumber Daya Manusia*. Edisi Revisi. BUMI Aksara: Jakarta.
- Hartono, P, S., 2010, *Statistik Kesehatan*, PT.RajaGrafindo Persada: Jakarta.
- Kemenkes RI, 2009. *Undang-undang No 36 tahun 2009 tentang Kesehatan*. Jakarta.
- Kemenkes RI, 2013. *Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 326/MENKES/SK/IX/2013 Tentang Penyiapan Kegiatan Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan Nasional*. Jakarta.
- Kementerian Kesehatan RI (2012). *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia, No. 001 Tahun 2012 tentang Sistem Rujukan Pelayanan Kesehatan Perorangan*. Jakarta. 2012.
- Julita, 2001. *Menuju Kepuasan Pelanggan Melalui Penciptaan Kualitas Pelayanan*, Jurnal Ilmiah Manajemen dan Bisnis Program Studi Manajemen, Fakultas Ekonomi Universitas Muhammadiyah Sumatera Utara. Volume 01 No 01 Oktober 2001, hlm. 3.
- Nasrul, E., 2008. *Dasar-dasar Keperawatan Kesehatan Masyarakat*, Edisi Kedua, EGC: Jakarta
- Notoatmodjo, S., 2010. *Metodelogi Penelitian Kesehatan*. Rineka Cipta, Jakarta.
- Niah, N.S. 2016. *Pelaksanaan Kebijakan Bpjs Di Kabupaten Jombang*. Jurnal Penelitian Administrasi Publik,

- Sabarguna S.B., 2011. *Buku Pengangan Mahasiswa Manajemen Rumah Sakit*, Jilid 3. CV Sagung Seto. Jakarta.
- Susilawaty, S, 2007. *Analisis kebijakan publik bidang keselamatan dan kesehatan kerja di kota tasikmalaya*. Tesis. Universitas Diponegoro Semarang.
- Nugroho, 2012. *Implementasi Kebijakan Publik*. Jurnal Undip, 2(2);2-8.
- Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 24 Tahun 2011. *Tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial*. Jakarta.
- World Health Organizations. 2012. *Management of Health Facilities: Referral systems (Health Referral System and Minimum Packages of Service)*. Diunduh pada 14 Maret 2017.

JADWAL RENCANA PENELITIAN

KUESIONER PENELITIAN

IMPLEMENTASI KEBIJAKAN BADAN PENYELENGGARAAN JAMINAN SOSIAL TERHADAP PENGGUNA BPJS DI RUMAH SAKIT UMUM DAERAH DR. ZAINOEL ABIDIN BANDA ACEH TAHUN 2017

I. Data Umum Responden

1. No Responden :
2. Alamat :
3. Umur :

II. Data Khusus

A. Implementasi Kebijakan BPJS Terhadap Pengguna BPJS

Pertanyaan Untuk Petugas BPJS

1. Apakah anda mengetahui apa itu SOP (standar operasional prosedur)?
2. Apakah Pihak BPJS kesehatan memberikan standar operasional prosedur (SPO) terhadap pasien yang akan berobat ke RSUZA?
3. Apakah anda mengetahui koordinasi apa saja yang dilakukan dengan pihak rumah sakit terhadap pengguna BPJS?
4. Apakah pihak rumah sakit bekerja sama dengan pihak BPJS sesuai dengan koridor hukum yang berlaku?

Pertanyaan Untuk Masyarakat

1. Apa saja yang mempersulit anda saat berobat ke rumah sakit?
2. Apakah anda mengetahui informasi alur berobat di rumah sakit?

No.	Pernyataan	Ya	Tidak
1	Peraturan yang diberikan oleh BPJS bagi masyarakat berjalan dengan baik di RSUZA		
2	Peraturan yang dikeluarkan oleh BPJS terhadap masyarakat dijelaskan dengan baik		
3	Peningkatan komunikasi antara pasien dan petugas kesehatan dalam pelayanan BPJS sangat diperlukan		
4	Proses implementasi kebijakan telah dirumuskan dengan rinci oleh BPJS kepada pasien miskin yang berobat ker RSUZA		
5	BPJS kesehatan menjelaskan program-program yang akan diberikan kepada masyarakat		

6	BPJS memberikan informasi kepada RSUZA kebijakan tentang bagaimana program-program yang dijalankan		
7	BPJS menyediakan obat-obatan yang kompeten bagi pesertanya		
8	Pelayanan yang diberikan oleh pihak rumah sakit akan memuaskan serta tidak menimbulkan kesalahpahaman dalam penerimaan pelayanan di masyarakat		
9	Kebijakan Jaminan Kesehatan Nasional ini bertujuan untuk meningkatkan pelayanan mutu kesehatan dan mampu dijangkau oleh semua golongan		
10	Kebijakan BPJS sudah sesuai dengan koridor hukum yang berlaku.		

B. Kebijakan Prosedur

No.	Pernyataan	Ya	Tidak
1	Kebijakan rumah sakit menyesuaikan dengan kebutuhan masyarakat yang telah disepakati oleh BPJS		
2	Memberikan pelayanan yang sesuai dan merata untuk semua pasien BPJS sesuai dengan prosedur		
3	Pihak BPJS memberikan SPO terhadap pasien yang akan berobat ke RSUZA		
4	Sumber daya manusia sebagai implementasi suatu kebijakan untuk meningkatkan pelayanan kesehatan bagi masyarakat		
5	Masyarakat menerima pelayanan yang diberikan oleh pihak rumah sakit terkait dengan pengobatan yang sesuai dengan prosedur yang telah ditetapkan oleh pihak rumah sakit		

TABEL SKORE

--	--	--	--

No.	Variabel yang diteliti	No. Urut Pertanyaan	Rentang		
			Ya	Tidak	
1.	Implementasi Kebijakan BPJS Terhadap Masyarakat Miskin	1	2	1	Baik,jika 80-100% Kurang, jika <70-50%
		2	2	1	
		3	2	1	
		4	2	1	
		5	2	1	
		6	2	1	
		7	2	1	
		8	2	1	
		9	2	1	
		10	2	1	
2.	Kebijakan Prosedur	1	2	1	Baik,jika 80-100% Kurang, jika <70-50%
		2	2	1	
		3	2	1	
		4	2	1	
		5	2	1	