

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang Masalah

Negara Indonesia merupakan Negara yang berpedoman pada Undang-Undang Dasar 1945 yang merupakan suatu system atau Pemerintahan Demokrasi guna untuk mensejahterakan rakyat dan juga memakmurkan masyarakatnya. Amanat dari Undang-Undang Dasar 1945 bahwa Negara wajib melayani setiap warga Negara untuk memenuhi kebutuhan dasarnya dalam rangka meningkatkan kesejahteraan masyarakat. Dalam rangka merealisasikan kesejahteraan dan juga kemakmuran rakyatnya, pemerintah melaksanakan beberapa program kebijakan.

Kesehatan merupakan kebutuhan setiap manusia untuk dapat hidup layak serta produktif. Penyediaan pelayanan kesehatan diselenggarakan oleh pemerintah sebagaimana telah diamanatkan dalam Undang-Undang Dasar 1945. Dalam Undang-Undang Dasar 1945 disebutkan bahwa jaminan kesehatan khususnya bagi warga kurang mampu merupakan tanggung jawab pemerintah pusat dan daerah. Diatur dalam UUD 1945 Perubahan, Pasal 34 ayat 2 menyebutkan bahwa Negara berhak mengembangkan Sistem Jaminan Sosial bagi seluruh rakyat Indonesia. (UUD RI Tahun 1945 Pasal 34 ayat 2)

Setiap manusia berhak mendapatkan kesehatan dalam jiwa, badan maupun sosial. Pemikiran tentang hidup sehat sudah mulai berkembang, baik dengan melakukan olahraga untuk menjaga kualitas kesehatannya, maupun dengan memperhatikan makanan-makanan bergizi yang dikonsumsi. Tetapi

tidak dengan penduduk yang pendapatannya kurang mencukupi. Bagi penduduk miskin, makanan bergizi jarang mereka konsumsi karena keadaan ekonomi mereka yang dirasa kurang mampu untuk memperolehnya. Mereka cenderung mengabaikan tentang kebersihan makanan yang ternyata hal itu sangat berpengaruh bagi kesehatan jasmani. Dengan kondisi ekonomi masyarakat yang serba kekurangan ini akan mempengaruhi tingkat kesehatan mereka.

Masalah kemiskinan merupakan fenomena sosial kemasyarakatan yang terdapat diberbagai daerah Provinsi, Kabupaten/Kota bahkan Desa di Indonesia. Maka dari itu berbagai upaya penanggulangan telah dilakukan Pemerintah melalui pelaksanaan berbagai kebijakan yang langsung menyentuh kebutuhan hidup masyarakat miskin. Upaya tersebut meliputi perlindungan sosial bagi kelompok rentan, fakir miskin, orang jompo, anak terlantar dan sebagainya serta strategi peningkatan kemampuan dan pendapatan, pengembangan usaha mikro, kecil, dan menengah (UMKM). (bantulkab.go.id) Pemberdayaan masyarakat merupakan upaya pengentasan masyarakat miskin untuk mandiri baik secara ekonomi, sosial maupun aspek kehidupan lainnya, sehingga memerlukan kebijakan yang komprehensif dan sinergis antara pemerintah pusat maupun pemerintah daerah.

Berdasarkan penyebabnya kemiskinan dapat dibedakan menjadi dua, yaitu kemiskinan kronis (*chronic poverty*) dan kemiskinan sementara (*transient poverty*). Kemiskinan kronis (*chronic poverty*) disebabkan oleh sikap dan kebiasaan hidup masyarakat yang tidak produktif, keterbatasan

sumber daya dan keterisolasian dan rendahnya taraf pendidikan dan derajat kesehatan, terbatasnya lapangan kerja. Kemiskinan sementara (*transient poverty*) disebabkan siklus ekonomi dari kondisi normal menjadi kritis ekonomi, perubahan yang bersifat musiman seperti kasus kemiskinan nelayan dan pertanian tanaman pangan dan bencana alam atau dampak dari suatu kebijakan. (UU Nomor 25 Tahun 2000) Dengan kejadian seperti ini, pemerintah selaku aparatur yang berwenang untuk mengatasi masalah kesehatan yang ada di Indonesia telah membuat program yang dapat memudahkan masyarakat menengah kebawah untuk mendapatkan kesetaraan pelayanan di puskesmas dan rumah sakit berupa JKN (Jaminan Kesehatan Indonesia).

Sebelum hadirnya JKN telah terlebih dahulu ada berbagai jaminan kesehatan di Bantul, baik yang dibuat pemerintah pusat maupun pemerintah kab Bantul dan DIY. Berikut adalah jaminan kesehatan yang berlaku di Kab Bantul sebelum JKN:

Tabel 1. 1 Jenis Jaminan Kesehatan Tahun 2012 di Kab Bantul

No	Nama dan Jenis Jaminan	Jumlah Peserta (Jiwa)	Pihak Penyelenggara	Biaya Sumber Premi
1	Jaminan Kesehatan Masyarakat	222.987	Kementrian Kesehatan Republik Indonesia	Pemerintah Republik Indonesia
2	Jaminan Kesehatan Sosial	92.000	Pemprov. Daerah Istimewa Yogyakarta	Pemprov. Daerah Istimewa Yogyakarta
3	Jamkesmas Kader Kesehatan	6.086	Pemprov. DIY	Pemprov. DIY
4	Jamkesda COB	60.815	Pemkab Bantul	Pemkab. Bantul + Pemprov. DIY

5	Jamkesda PBI	88.420	Pemkab Bantul	Pemkab. Bantul
6	Askes PNS	85.549	PT. Askes	PNS & Pemerintah
7	Jamsostek	9.537	PT. Jamsostek	Pegawai & Perusahaan
8	Asabri	5.240	PT. Asabri	ABRI & Pemerintah
9	Asuransi Kesehatan Komersial	6.893	Asuransi Swasta	Masyarakat

Sumber: Dinas Kesehatan, 2018

Pada awal Tahun 2014 tepat tanggal 1 Januari, Pemerintah Republik Indonesia dengan melalui Kementerian Kesehatan mengoperasikan Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN). Program ini diselenggarakan oleh Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) merupakan lembaga yang dibentuk berdasarkan UU Nomor 24 Tahun 2011 tentang BPJS yang diamanatkan dalam UU Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN). Jaminan Kesehatan Nasional ini menjadi suatu upaya bagi pemerintah untuk mengayomi masyarakat kecilnya yang selama ini masih mengalami kesulitan dalam memperoleh pelayanan bagi kesehatan. (Zulkahfi, 2014:1-2)

Program Jaminan Kesehatan Nasional bertujuan untuk memberikan peserta agar mendapat manfaat pemeliharaan kesehatan dan perlindungan akan pemenuhan kebutuhan dasar kesehatan masyarakat yang layak yang diberikan kepada setiap orang yang telah membayar iuran atau iurannya dibayar oleh pemerintah. Pelaksanaan JKN (Jaminan Kesehatan Nasional) bukan tanpa kendala, terlebih dalam menjangkau seluruh wilayah Indonesia yang sangat luas. Hal ini tentu berpengaruh pada pendistribusian saran dan prasarana demi menunjang terlaksananya program. Selanjutnya proses

sosialisasi yang dianggap sangat penting. Sebab tidak semua masyarakat mengetahui akan kebijakan baru dari pemerintah tersebut. Diperlukan adaptasi baru misalnya pada masyarakat awam yang sebelumnya tidak mengetahui tentang JKN kesehatan. (Hubaib, 2015) Sama halnya yang terjadi di daerah dengan adanya program ini masyarakat puskesmas Kasihan II, dengan berbagai macam lapisan masyarakat yang ada didalamnya karena tidak semua masyarakat mengetahui tentang adanya program ini.

Kategori pelayanan Jaminan Kesehatan Nasional yang dijamin adalah pelayanan yang sesuai dengan ketentuan dalam JKN, untuk pelayanan diluar ketentuan JKN pesertra tidak mendapatkan jaminan, akan tetapi peserta tetap mendapatkan pelayanan namun tidak menggunakan jaminan. Sehingga masyarakat mendapatkan kualitas pengobatan dan kesehatan dengan baik. Dengan demikian program tersebut pihak pemerintah sudah membantu menekan angka kematian yang diakibatkan karena ketidak tersedianya pelayanan kesehatan di masyarakat miskin. Adanya program ini dapat memenuhi kebutuhan kesehatan sehingga dapat meningkatkan derajat kesehatan masyarakat di Indonesia.

Kabupaten Bantul inimiliki luas wilayah keseluruhan mencapai 506,9 Km² yang juga merupakan 15,91% dari wilayah Provinsi Daerah Istimewa Yogyakarta. Dilihat dari segi administratif Kabupaten Bantul terdiri dari 17 kecamatan, terdapat 75 desa dan juga 933 pedukuhan. Kepadatan penduduk di Kabupaten Bantul rata-rata 1.852 orang per Km². Kontur geografis meliputi dataran rendah dan perbukitan. Kabupaten Bantul tergolong wilayah yang

rawan bencana alam, seperti gempa bumi, tanah longsor, banjir, tsunami dan bencana akibat dampak letusan gunung Merapi. Kabupaten Bantul memiliki 27 puskesmas terdiri dari 16 puskesmas rawat inap dan 11 puskesmas non rawat inap. (Dinkes.bantulkab.go.id)

Semenjak diberlakukannya Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) pada awal tahun 2014 terjadi peningkatan jumlah kunjungan pasien ke puskesmas Kabupaten Bantul. Peningkatan ini mencapai 70% di banding tahun sebelumnya.

Tabel 1. 2 Daftar Kunjungan Masyarakat ke Puskesmas

No	Tahun	Jumlah Kunjungan
1	2012	867.257
2	2013	976.277
3	2014	1.159.584

Sumber: Linangkung E, 2015

Peningkatan jumlah kunjungan pasien ini disebabkan adanya sistem rujukan berjenjang yang diterapkan dalam era JKN, dengan peningkatan tersebut tanggung jawab fasilitas kesehatan tingkat pertama meningkat sehingga tenaga medis perlu mempersiapkan diri untuk tetap memberikan upaya kesehatan yang optimal. (Linangkung E, 2015)

Faktor pemilihan Bantul sebagai tempat penelitian dikarenakan Bantul merupakan Kabupaten dengan penyebaran penduduknya merata di desa-desa dan sudah mengimplementasikan program JKN. Kabupaten Bantul juga cenderung belum maju, sehingga masyarakatnya masih banyak yang berobat di Puskesmas terdekat karena tidak banyaknya rumah sakit di Kabupaten Bantul. (bantulkab.go.id) Kota Jogja tidak dipilih sebagai lokasi penelitian

karena untuk daerah perkotaan fasilitas kesehatan sudah relatif lebih maju dibanding kabupaten. Begitu juga daerah-daerah tertinggal tidak dipilih sebagai lokasi penelitian karena kesiapan fasilitas kesehatan di daerah tertinggal sudah mengarah kategori tidak siap. Sementara program JKN berlaku nasional dan proses pelaksanaannya diselenggarakan secara bertahap. Kabupaten Bantul masuk dalam nominasi tersebut.

Sedangkan faktor pemilihan Puskesmas Kasihan II sebagai tempat penelitian adalah Puskesmas Kasihan II merupakan Puskesmas di Kabupaten Bantul yang terus berusaha memberikan peranan selalu meningkatkan prosentase kesehatan masyarakat di Kasihan. Berbagai upaya telah dilakukan guna meningkatkan tingkat kesadaran masyarakat Kasihan untuk ikut serta bertanggungjawab atas kesehatan lingkungannya serta dalam perilaku hidup sehat yang mandiri. Puskesmas Kasihan II juga merupakan salah satu puskesmas di Kabupaten Bantul yang memiliki fasilitas kesehatan cukup lengkap dan juga menerapkan program Jaminan Kesehatan Nasional.

Puskesmas Kasihan II merupakan salah satu puskesmas di Kabupaten Bantul yang terus berbenah diri. Mulai yang dulunya sepi, kemudian semakin lama semakin berkembang. Penataan ruangan yang semakin bagus, pembukaan poli-poli baru yang semakin lengkap. Sehingga pelayanan tidak hanya membludak di poli umum saja. Berbeda dengan puskesmas yang masih terfokus pada poli umum yang mengakibatkan antrian begitu panjang, sehingga mengurangi kenyamanan pengunjung. Oleh karena itu, penulis memilih Puskesmas Kasihan II sebagai objek penelitian.

Puskesmas Kasihan II aktif dalam penyuluhan kesehatan kepada masyarakat tentang berbagai penyakit menular. Seperti yang diunggah di website puskesmas Kasihan II yaitu melalui vector nyamuk penyebab penyakit (DBD, Chikungunya, Malaria, Kaki Gajah) oleh Tim Epidemiologi Puskesmas Kasihan II. Puskesmas Kasihan II juga melaksanakan simulasi audit kematian DBD di Puskesmas Kasihan II.

Berdasarkan uraian di atas, peneliti mengambil judul tentang Implementasi Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) di Puskesmas Kasihan II Tahun 2016-2017. Untuk mengetahui bagaimana program ini berjalan di Puskesmas Kasihan II. Melihat dan menganalisis implementasi program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) di Puskesmas Kasihan II serta antusias masyarakat Kecamatan Kasihan khususnya dalam implementasi program JKN itu sendiri.

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang di atas, dapat diambil rumusan masalahnya yaitu bagaimana implementasi program Jaminan Kesehatan Nasional di Puskesmas Kasihan II tahun 2016-2017?

C. Tujuan dan Manfaat Penelitian

1. Tujuan

Berdasarkan rumusan masalah diatas, maka tujuan dari penelitian ini yaitu untuk mengetahui bagaimana implementasi Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) di Puskesmas Kasihan II Tahun 2016-2017.

2. Manfaat

Hasil penelitian ini diharapkan mampu memberikan kontribusi dan manfaat untuk berbagai pihak:

a. Manfaat Teoritis

Penelitian ini diharapkan mampu memberikan kontribusi terhadap perkembangan Ilmu Pemerintahan khususnya dalam masalah kebijakan publik.

b. Manfaat praktis

- 1) Bagi peneliti, penelitian ini sebagai sarana mengaplikasikan berbagai ilmu pengetahuan yang telah dipelajari sekaligus untuk menambah pengetahuan tentang implementasi kebijakan publik serta untuk menyelesaikan tugas akhir.
- 2) Bagi pemerintah, hasil penelitian ini diharapkan mampu memberikan masukan bagi Pemerintah Kabupaten Bantul mengenai implementasi kebijakan program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) yang telah dilakukan di Puskesmas Kasihan II.
- 3) Bagi pihak-pihak lain, semoga penelitian ini dapat menjadi sebuah rujukan jika ingin mengangkat penelitian yang sama.

D. Studi Terdahulu

Penelitian ini mengacu pada penelitian-penelitian sebelumnya yang dapat dijadikan pedoman dalam penulisan skripsi. Terdapat penelitian terdahulu yang membahas tentang program jaminan kesehatan nasional.

Skripsi dari Marlia Safitri yang berjudul Implementasi Sosialisasi Jaminan Kesehatan Nasional (Studi di Kelurahan Langkapura, Kecamatan Langkapura, Kota Bandar Lampung). Dalam skripsi ini implementasi sosialisasi JKN dilakukan dengan komunikasi langsung dan tidak langsung. Sosialisasi ini masih sangat minim karena komunikasi langsung hanya melalui puskesmas, sedangkan kecamatan dan kelurahan hanya berperan dalam pendistribusian kartu BPJS bagi masyarakat yang tergolong penerima bantuan iuran (PBI) sedangkan komunikasi tidak langsung BPJS memasang spanduk dan menyebarkan leaflet di puskesmas.

Kedua skripsi dari Muhammad Three Anugrah yang berjudul Analisis Program Jaminan Kesehatan Nasional ditinjau Menurut Studi Islam. Dijelaskan dalam skripsi ini bahwa konsep JKN di Indonesia merupakan suatu konsep yang menganggap bahwa layanan kesehatan dianggap lebih baik diselenggarakan melalui asuransi sosial dari pada diselenggarakan oleh pemerintah, yaitu melalui institusi yang dianggap berkemampuan lebih tinggi dalam membiayai kesehatan atas nama peserta jaminan sosial

Ketiga skripsi dari Ahmad Hunaepi dengan judul Implementasi Kepesertaan Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) bagi Kategori Pekerja Bukan Penerima Upah (PBPU) di Kabupaten Lebak. Dalam skripsi ini konsep JKN di Indonesia merupakan suatu konsep yang menganggap bahwa layanan kesehatan dianggap lebih baik diselenggarakan melalui asuransi sosial dari pada ii diselenggarakan oleh pemerintah, yaitu melalui institusi yang dianggap berkemampuan lebih tinggi dalam membiayai kesehatan atas nama peserta jaminan sosial

Skripsi selanjutnya yang menjadi acuan penulis merupakan skripsi dari Wahyu Manggala Putra. Pembahasan skripsi ini yaitu Implementasi Program Jaminan Kesehatan Nasional di Rumah Sakit Umum Kota Tangerang Selatan yang belum maksimal dalam pelaksanaannya. Belum maksimal dalam hal ini terutama dalam pencairan klaim yang masih sering mengalami keterlambatan, tarif dari pelayanannya yang mengalami perbedaan dari paket INA-CBGs, teknologi informasi yang ada belum maksimal penerapannya, serta Sumber Daya Manusia yang menangani hal non-medis yang dinilai masih kurang dan perlu adanya penambahan.

Terakhir yaitu skripsi yang ditulis oleh Zulkahfi. Judulnya yaitu Jaminan Kesehatan Nasional dalam Perspektif Hukum Islam. Pembahasan dari skripsi ini yaitu tentang program Jaminan Kesehatan Nasional yang diterapkan di Indonesia dirasa belum sepenuhnya tepat sasaran, karena keadaan rakyat Indonesia sendiri belum terlalu mapan dan masih tergolong menengah kebawah. Dengan adanya klarifikasi dari masyarakat sendiri justru akan menambah tingkat kesenjangan sosial antara yang kaya dan yang miskin.

E. Kerangka Teori

1. Kebijakan Publik

Kebijakan publik diambil dari kata kebijakan, yang kemudian kata kebijakan ini memiliki istilah dalam Bahasa Inggris yaitu *policy*. Kata kebijakan atau sering dikenal *policy* diterapkan untuk menunjukkan perilaku dari seorang aktor contoh seorang pejabat, atau suatu kelompok maupun dari suatu lembaga pemerintah atau juga beberapa aktor yang

menanganis suatu bidang kegiatan. Kata *policy* mempunyai dua aspek pokok. Aspek yang pertama, *policy* (kebijakan) merupakan suatu hal yang dihasilkan oleh pemerintah yang bersumber dari beberapa kejadian di masyarakat. Kedua, *policy* yaitu suatu dorongan atau *incentive* yang digunakan bagi suatu pihak yang sudah dengan sepakat menentukan tujuannya bersama untuk bekerja bersama dalam tingkat rasional. (Tangkilisan, 2003)

Oleh karena itu, dua aspek tersebut ditarik simpulkannya yaitu bahwa *policy* atau kebijakan di salah satu pihak bisa berbentuk suatu usaha yang cukup kompleks dari masyarakat sendiri untuk kepentingan masyarakat juga. Di pihak lain *policy* atau kebijakan merupakan suatu teknik ataupun cara yang digunakan untuk mengatasi permasalahan yang dapat menghasilkan insentif. Arti kata kebijakan atau yang beberapa orang memberikan istilah kebijakan sering kali pengertiannya disamakan dengan arti kata *policy*. Hal ini bisa dikarenakan hingga saat ini belum juga diketahui arti yang cocok ataupun tetap dari kata *policy* dalam Bahasa Indonesia.

Public Policy atau kebijakan publik dapat dilihat sebagai konsep filosofi suatu produk, sebagai suatu proses, dan sebagai suatu kerangka kerja. Kebijakan publik memiliki tujuan sebagai “suatu bentuk intervensi yang kontinum oleh pemerintah demi kepentingan orang-orang yang tidak berdaya dalam masyarakat agar mereka dapat hidup dan berpartisipasi dalam pemerintahan”. Kebijakan publik dapat berupa keputusan yang

dikeluarkan oleh berbagai hierarki pemerintahan sepanjang hal tersebut mempengaruhi kehidupan publik, karena tidak semua keputusan lembaga pemerintah dapat disebut sebagai kebijakan/*policy*. Penjelasan lebih lanjut yaitu sebagai berikut:

- a. Kebijakan dilihat sebagai suatu kerangka kerja, merupakan sebuah proses tawar menawar atau negosiasi digunakan untuk merumuskan isu-isu dan metode pelaksanaannya.
- b. Kebijakan sebagai suatu produk, kebijakan dilihat sebagai serangkaian rekomendasi atau suatu kesimpulan.
- c. Kebijakan sebagai sebuah proses, dilihat sebagai sebuah cara dimana dengan cara tersebut suatu organisasi dapat mengetahui apa yang diharapkan darinya. Hal tersebut yaitu program dan mekanisme dalam mencapai suatu produk.
- d. Kebijakan sebagai sebuah konsep filosofis yaitu sebagai serangkaian prinsip ataupun suatu kondisi yang diharapkan.

Kebijakan publik merupakan sejumlah kegiatan pemerintah untuk memecahkan masalah di masyarakat, baik secara langsung maupun melalui berbagai lembaga yang mempengaruhi kehidupan masyarakat. Adapun pengaruh dari tindakan pemerintah tersebut adalah:

- a. Adanya pilihan kebijakan yang dibuat oleh politisi, pegawai pemerintah atau yang lainnya yang bertujuan menggunakan kekuatan publik untuk mempengaruhi kehidupan masyarakat.
- b. Adanya output kebijakan, dimana kebijakan yang diterapkan pada level ini menuntut pemerintah untuk melakukan pengaturan,

penganggaran, pembentukan personil dan membuat regulasi dalam bentuk program yang akan mempengaruhi kehidupan masyarakat.

- c. Adanya dampak kebijakan yang merupakan efek pilihan kebijakan yang mempengaruhi kehidupan masyarakat.

Suatu proses analisis kebijakan public atau *public policy* merupakan serangkaian kegiatan intelektual yang dilaksanakan dalam suatu proses kegiatan yang aslinya bersifat politis. Kegiatan politis tersebut dijabarkan sebagai suatu proses pembuatan kebijakan, dan divisualisasikan sebagai suatu rangkaian tahapan yang saling bergantung dan diatur sesuai dengan urutan waktu, hal ini meliputi penyusunan agenda, rumusan kebijakan, adopsi kebijakan, pelaksanaan kebijakan, dan pemberian nilai terhadap suatu kebijakan. Sedangkan kegiatan intelektual diantaranya perumusan masalah, *forecasting*, rekomendasi kebijakan, monitoring atau pengamatan, dan evaluasi atau penilaian kebijakan. (Keban, 2004) Secara umum tahapan- tahapan dalam pembuatan kebijakan digambarkan sebagai suatu siklus yang mengandung formulasi dari beberapa kebijakan publik, antara lain:

- a. Masalah yang memerlukan intervensi kebijakan.
- b. Mendefinisikan permasalahan sebenarnya, yakni mencari penyebab atau akar permasalahan, bukan akibat yang timbul dari masalah tersebut.
- c. Mengidentifikasi solusi-solusi untuk mengatasi permasalahan tersebut, Dari berbagai solusi yang ada.

d. Kemudian dievaluasi opsi-opsi yang paling memungkinkan untuk dilakukan dengan mempertimbangkan dampaknya.

Dari hasil evaluasi tersebut, maka dipilih opsi yang terbaik dalam bentuk sebuah kebijakan. Kebijakan itulah yang nantinya akan diimplementasikan dalam bentuk program-program sebagai bentuk intervensi nyata pemerintah terhadap permasalahan publik. (Keban, 2004)

2. Implementasi Kebijakan

Semua program kebijakan harus di implementasikan agar mempunyai dampak dan tujuan yang diharapkan. Implementasi merupakan sebuah tahapan yang menghubungkan antara rencana dengan tujuan yang telah ditetapkan. Dengan arti lain, implementasi merupakan suatu proses penerjemah pernyataan kebijakan menjadi aksi kebijakan. (Winarno 2008)

Ripley dan Frankin berpendapat bahwa implementasi adalah apa yang terjadi setelah undang-undang ditetapkan yang memberikan otoritas program kebijakan, keuntungan (*benefit*), atau suatu jenis keluaran yang nyata (*tangible output*). Dari definisi diatas implementasi merupakan rangkaian tindakan untuk mencapai sebuah tujuan yang telah ditetapkan. Sebagai suatu rangkaian kegiatan yang bersifat komplementer terhadap kebijakan yang lain.

Definisi implementasi kebijakan dari Van Meter dan Van Horn merupakan suatu tindakan yang diambil dari keputusan yang sudah diputuskan sebelumnya. Tindakan-tindakan ini meliputi usaha yang digunakan untuk mengubah keputusan yang menjadi tindakan operasional

dalam waktu tertentu maupun digunakan dalam rangka usaha untuk mencapai sebuah perubahan kecil dan besar yang diputuskan oleh keputusan kebijakan yang dilaksanakan oleh organisasi publik yang ditujukan untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan. (Winarno, 2008)

Artikel implementasi selanjutnya dari Paul Sabatier dan Daniel A. Mazmanian adalah sebuah upaya memahami realita yang terjadi setelah suatu program dikatakan berguna atau dijelaskan sehingga fokus dari perhatian tersebut yaitu implementasi kebijakan. Dalam hal ini implementasi kebijakan yaitu seluruh kejadian dan kegiatan yang muncul setelah disahkannya pedoman-pedoman kebijaksanaan Negara yang meliputi usaha-usaha untuk mengadministrasikan maupun untuk menimbulkan dampak nyata pada masyarakat. (Solichin, 2008)

Menurut pendapat Cleaves, secara tegas menyebutkan bahwa, Implementasi itu mencakup suatu proses pergerakan menuju tujuan kebijakan dengan cara langkah administratif dan politik. Keberhasilan atau kegagalan implementasi demikian ini dapat dievaluasi dari sudut kemampuannya secara nyata dalam meneruskan atau mengoperasionalkan program-program yang telah dirancang sebelumnya. (Solichin, 2008)

Kesimpulannya, implementasi kebijakan dipandang dalam pengertian luas merupakan alat administrasi hukum dimana berbagai aktor, organisasi, prosedur dan teknik yang bekerja bersama-sama untuk menjalankan kebijakan guna meraih dampak atau tujuan yang diinginkan". (Winarno, 2002)

Terdapat beberapa model-model implementasi, pertama model yang dikembangkan oleh Van Mater dan Van Horn (1975), yang disebut sebagai *A Model of the Policy Implementation Process* (model proses implementasi kebijakan) Teori ini beranjak dari suatu argumen bahwa perbedaan-perbedaan dalam proses implementasi akan dipengaruhi oleh sifat kebijakan yang akan dilaksanakan.

Van Mater dan Van Horn membuat tipologi kebijakan menurut jumlah masing masing perubahan yang akan dihasilkan dan jangkauan atau lingkup kesepakatan terhadap tujuan diantara pihak-pihak yang terlibat dalam proses implementasi. Alasan dikemukakannya hal tersebut adalah bahwa proses implementasi itu akan dipengaruhi oleh dimensi-dimensi kebijakan semacam itu, dalam artian bahwa implementasi kebanyakan akan berhasil apabila perubahan yang relatif sedikit, sementara kesepakatan terhadap tujuan, terutama dari mereka yang mengoperasikan program di lapangan relatif tinggi. Jalan yang menghubungkan antara kebijakan dan prestasi kerja dipisahkan oleh variabel bebas (*independent variable*) yang saling berkaitan. Beberapa variabel yang dimasukkan sebagai variabel yang mempengaruhi kebijakaan publik adalah variabel:

- a. Standar dan Sasaran kebijakan
- b. Sumber daya
- c. Aktivitas implementasi dan komunikasi antar organisasi
- d. Karakteristik dari agen pelaksana/implementor

Model implementasi kebijakan yang berperspektif *top down* dikembangkan oleh George C. Edwards III (1980). Definisi menurut

George C. Edwards implementasi kebijakan merupakan suatu tahap pembuatan kebijakan mulai dari pembentukan kebijakan beserta konsekuensi-konsekuensi kebijakan untuk masyarakat yang mendapat pengaruhnya. Dalam buku yang berjudul *“Implementing Public Policy”* Edward mengemukakan bahwa terdapat empat faktor atau variabel kritis dalam implementasi kebijakan publik, diantaranya yaitu 1) Komunikasi, 2) Sumberdaya, 3) Disposisi (sikap kecenderungan) dan 4) Struktur birokrasi. (Dwiyanto, 2009) Adapun Edwards (1980) menjelaskan keempat faktor tersebut secara terperinci sebagai berikut:

a. Komunikasi

Implementasi dapat berjalan secara efektif apabila penanggung jawab implementasi tersebut merupakan sebuah keputusan yang harus mengetahui kegiatan yang dilakukan. Ketika mengimplementasikan suatu kebijakan, perintah untuk mengimplementasikan kebijakan harus ditransmisikan kepada individu yang tepat dan perintahnya harus jelas, serta konsisten/tetap. Faktor komunikasi terdapat tiga aspek pokok, yaitu transmisi (*transmission*), kejelasan (*clarity*) dan konsistensi (*consistency*).

1) Transmisi (*transmission*):

Sebelum pejabat dapat melaksanakan sebuah keputusan, pejabat harus dapat menyadari bahwa sebuah keputusan sudah dibuat dan surat perintahnya harus sudah dikeluarkan. Namun terdapat beberapa hambatan yang kemungkinan timbul dalam menransmisikan perintah-perintah implementasi tersebut:

- a) Distorsi yang ditimbulkan karena informasi melalui banyak lapisan hirarki.
 - b) Perbedaan pendapat antarapihak pelaksana beserta perintah yang telah dikeluarkan oleh pengambil kebijakan (*Disagreement of Implementers*).
 - c) Penangkapan komunikasi mungkin dihambat oleh persepsi yang selektif dan ketidakmauan para pelaksana untuk mengetahui persyaratan-persyaratan suatu kebijakan.
 - d) Birokrasi (*Distortion may arise as information passes through multiple layers of the bureaucratic hierarchy*).
- 2) Kejelasan (*Clarity*)

Jika sebuah kebijakan diimplementasikan atau dilaksanakan seperti yang diharapkan, maka petunjuk pelaksanaannya tidak hanya harus bisa diterima tetapi juga harus jelas (*clear*). Berdasarkan identifikasi dari Edward terdapat enam faktor yang mendorong terjadinya ketidakjelasan komunikasi kebijakan, yaitu:

- a) Hakekat pembuatan keputusan judicial.
- b) Keinginan untuk tidak mengganggu kelompok-kelompok dalam masyarakat.
- c) Menghindari akuntabilitas kebijakan.
- d) Kurangnya konsensus mengenai tujuan-tujuan kebijakan.
- e) Kompleksitas Kebijakan Publik.
- f) Masalah-masalah dalam memulai kebijakan baru.

3) Konsistensi (*Consistency*)

Untuk mengimplementasikan kebijakan agar lebih efektif, Perintah pelaksanaan harus konsisten dan jelas. Beberapa faktor yang menghasilkan komunikasi yang tidak jelas, dapat menyebabkan komunikasi yang tidak konsisten, antara lain:

- a) Kesulitan-kesulitan untuk memulai program baru
- b) Kompleksitas kebijakan publik
- c) Banyaknya tujuan dari berbagai kebijakan

b. Sumber daya

Untuk dapat mengimplementasikan atau melaksanakan kebijakan secara efektif tentu saja dibutuhkan sumber daya yang mencukupi. Pelaksanaan kebijakan akan terlihat tidak efektif apabila implementor kekurangan sumber daya yang penting untuk mengimplementasikan kebijakan. Suatu sumber daya yang terlihat penting untuk mengimplementasikan kebijakan meliputi staf dengan jumlahnya yang sesuai serta dengan keahlian yang memadai dan relevan dengan implementasi kebijakan, fasilitas dan kewenangan.

- 1) Staf (*Staffs*). Jumlah staf harus dapat mencukupi kebutuhan dan skill yang dimiliki harus memadai untuk melaksanakan tugas-tugas yang ada.
- 2) Informasi (*Information*). Informasi mempunyai dua bentuk, yaitu :
 - a) Informasi mengenai bagaimana melaksanakan suatu kebijakan, implementor perlu mengetahui apa yang dilakukan.

- b) Data mengenai ketaatan personil-personil yang lain terhadap peraturan pemerintah. Pelaksana harus mengetahui apakah orang-orang yang terlibat dalam pelaksanaan kebijakan tersebut mentaati undang-undang ataupun tidak.
 - 3) Wewenang (*Authority*): pada dasarnya wewenang akan berbeda-beda dari satu program ke program lain serta memiliki bentuk yang berbeda-beda, seperti misalnya: hak untuk mengeluarkan surat panggilan untuk datang ke pengadilan, mengeluarkan perintah kepada pejabat lain, menarik dana dari suatu program, menyediakan dana, staf dan bantuan teknis kepada pemerintahan di tingkat lebih rendah, membeli barang dan jasa, dan memungut pajak.
 - 4) Fasilitas-Fasilitas (*Facilities*). Fasilitas-fasilitas meliputi bangunan, perlengkapan dan perbekalan.
- c. Disposisi (Sikap Kecenderungan)

Jika pelaksana kebijakan bersikap memiliki sikap baik kepada suatu kebijakan, maka terdapat kemungkinan para pelaksana akan melaksanakan kebijakan sesuai dengan yang diharapkan oleh para pembuat keputusan awal. Hal ini juga jika sebelumnya terdapat sikap-sikap dan perspektif pelaksana yang berbeda dari pembuatan keputusan, maka proses pelaksanaan kebijakannya menjadi semakin sulit.

Terdapat beberapa kebijakan yang masuk ke dalam *Zone of Indifference* oleh para administrator. Kebijakan yang dimaksud dalam

hal ini mungkin dapat merupakan konflik terhadap pandangan kebijakan substansi implementor atau kepentingan pribadi/organisasinya. Dalam hal inilah disposisi/ sikap kecenderungan menimbulkan hambatan dalam pelaksanaan atau implementasi.

Kecenderungan yang mungkin menghalangi implementasi kebijakan yaitu apabila implementor atau pelaksana benar-benar tak setuju dengan substansi suatu kebijakan. Terkadang implementasi kebijakan terhambat oleh keadaan yang sangat kompleks, seperti apabila para pelaksana menanggukkan pelaksanaan suatu kebijakan yang mereka setuju untuk meningkatkan kemungkinan-kemungkinan mencapai tujuan kebijakan lain yang berbeda.

Unit birokrasi yang berbeda kemungkinan mempunyai pandangan-pandangan berbeda tentang kebijakan. Ketidaksepakatan antar badan dapat menghalangi kerjasama dan menghambat implementasi suatu bidang kebijakan. Masing-masing badan terkait kemungkinan memiliki prioritas yang berbeda satu dan lainnya, dengan cara penanggulangan masalah yang berbeda pula.

Mengubah anggota dalam suatu birokrasi pemerintah menjadi hal yang sulit dan juga tidak menjamin bahwa dalam suatu teknik potensial untuk dapat mengatasi kecenderungan masalah para pelaksana adalah dengan cara mengubah sikap implementor melalui manipulasi insentif-insentif.

d. Struktur birokrasi

Menurut Edwards III struktur yang tepat dapat digunakan untuk memberikan dukungan yang kuat terhadap kelancaran implementasi kebijakan tersebut. Dua hal yang cukup penting dalam struktur birokrasi yaitu prosedur-prosedur kerja standar (*standard Operating Procedures*) dan Fragmentasi (*Fragmentation*).

1) Standar Operating Procedures (SOP)

SOP dikembangkan sebagai sebuah tanggapan internal terhadap keterbatasan waktu dan juga sumber daya pelaksana dengan keinginan untuk kesamaan dalam bekerjanya organisasi-organisasi yang kompleks dan tersebar luas. SOP yang didesain untuk suatu tipikal di masa lalu dapat menghambat kebijakan yang tidak sesuai dengan situasi atau suatu program baru. Standar Operating Prpcedures sangat mungkin menghalangi sebuah pelaksanaan kebijakan baru yang membutuhkan cara kerja baru atau tipe-tipe personal baru untuk mengimplementasikan kebijakan. Semakin besar suatu kebijakan membutuhkan perubahan dalam kegiatan rutin dari suatu organisasi, semakin besar probabilitas SOP dapat menghambat implementasi kebijakan. Meskipun SOP dapat menyebabkan suatu masalah dalam implementasi, namun SOP juga mempunyai kegunaan. Organisasidengan prosedur pelaksanaan yang fleksibel dapat beradaptasi lebih terhadap tanggung jawab baru dari birokrasi yang tidak memiliki karakteristik seperti ini.

2) Fragmentasi

Fragmentasi berasal dari tekanan-tekanan di luar unit-unit birokrasi, seperti komisi-komisi legislatif, kelompok kepentingan, pejabat eksekutif, konsitusi negara dan sifat kebijakan, dan sifat kebijakan yang mempengaruhi organisasi birokrasi publik. Edwards III menyatakan fragmentasi adalah penyebaran tanggung jawab terhadap suatu wilayah kebijakan diantara beberapa unit organisasi. “ Fragmentation is the dispersion of responsibility for a policy area among several organitational units”. Semakin banyak aktor-aktor dan badan-badan yang terlibat dalam suatu kebijakan tertentu dan semakin saling berkaitan keputusan-keputusan mereka, semakin kecil kemungkinan keberhasilan implementasi. Menurut Edwards III fragmentasi memiliki kesamaan arti terhadap definisi dari kata tanggung jawab, hal ini dapat mengakibatkan berkoordinasi menentukan sebuah kebijakan menjadi cukup sulit. Sumber serta kewenangan yang dibutuhkan untuk menyelesaikan suatu permasalahan secara komprehensif seringkali terdistribusi diantara beberapa unit birokrasi. Semakin banyak koordinasi dibutuhkan untuk melaksanakan suatu kebijakan, semakin kecil pula peluang untuk dapat berhasil.

Faktor-faktor inilah yang secara langsung mempengaruhi implementasi. Namun secara tidak langsung faktor ini juga mempengaruhi implementasi dengan melalui pengaruh antara satu terhadap lainnya. (Dwiyanto, 2009)

3. Sistem Jaminan Kesehatan Nasional

a. Kerangka Teori JKN

Kebijakan publik bersifat disiplin yang beranekaragam, hal ini termasuk didalam bidang kesehatan sehingga kebijakan pada bidang kesehatan merupakan suatu bagian dari kebijakan publik. Dari penjelasan di atas, maka dapat diuraikan mengenai pengertian kebijakan untuk kesehatan yaitu suatu konsep dan garis besar sebuah rencana pemerintah yang dapat digunakan untuk mengatur ataupun mengawasi implementasi pembangunan kesehatan dalam rangka mencapai derajat kesehatan yang optimal pada seluruh rakyatnya. (AKK, 2010)

Kebijakan dalam bidang kesehatan merupakan pedoman yang dijadikan sebagai acuan untuk seluruh pelaku pembangunan kesehatan, baik oleh pemerintah, pihak swasta, maupun masyarakat dalam penyelenggaraan pembangunan kesehatan dengan memperhatikan kerangka desentralisasi dan otonomi daerah. (depkes.go.id)

Jaminan Kesehatan adalah jaminan berupa perlindungan kesehatan agar peserta memperoleh manfaat pemeliharaan dan perlindungan dalam memenuhi kebutuhan dasar kesehatan yang diberikan kepada setiap orang yang telah membayar iuran atau iurannya dibayar oleh pemerintah. (Perpres Nomor 12 Tahun 2013) Program Jaminan Kesehatan Nasional disingkat program JKN adalah suatu program pemerintah dan masyarakat (rakyat) dengan tujuan

memberikan kepastian jaminan kesehatan yang menyeluruh bagi setiap rakyat Indonesia agar penduduk Indonesia dapat hidup sehat, produktif dan sejahtera.

Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) yang berkembang di Indonesia merupakan suatu bagian dari Sistem Jaminan Sosial Nasional. Sistem Jaminan Sosial Nasional ini diselenggarakan dengan menggunakan mekanisme Asuransi Kesehatan Sosial yang bersifat wajib (mandatory) berdasarkan Undang-Undang No 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional. Tujuan diadakannya adalah agar seluruh masyarakat Indonesia dapat terlindungi dengan sistem asuransi, sehingga masyarakat dapat memenuhi kebutuhan dasar kesehatannya dengan layak. (Naskah Akademik SJSN, 2004)

Prosedur pelayanan dalam jaminan kesehatan nasional ialah

- 1) Seluruh peserta harus memperoleh pelayanan kesehatan pada fasilitas kesehatan tingkat I tempat peserta terdaftar sebagai anggota
- 2) Apabila peserta memerlukan pelayanan kesehatan pada tingkat lanjutan, fasilitas kesehatan tingkat pertama harus merujuk kepada fasilitas kesehatan rujukan tingkat lanjutan terdekat sesuai dengan sistem rujukan.

Prosedur pelayanan JKN, yaitu peserta JKN diharuskan untuk berobat di fasilitas kesehatan tingkat pertama seperti puskesmas, klinik swasta, dokter praktik, klinik TNI atau POLRI yang bekerjasama dengan BPJS kesehatan sesuai dengan tempat peserta mendaftar.

Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) yang tidak dapat ditangani, maka FKTP yang disebutkan di atas dapat merujuk ke fasilitas kesehatan tingkat lanjut yang bekerjasama dengan BPJS. (UU Nomor 40 Tahun 2004)

b. Peraturan JKN

Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama salah satunya adalah puskesmas. Berdasarkan Peraturan Presiden No 32 tahun 2014, pemanfaatan dana kapitasi JKN pada FKTP digunakan untuk jasa pelayanan kesehatan dan biaya operasional pelayanan kesehatan. Jasa pelayanan ditetapkan minimal sebesar 60% dari jumlah kapitasi yang diperoleh oleh FKTP dan sisanya digunakan sebagai biaya operasional pelayanan kesehatan lainnya. Standar tarif kapitasi di FKTP diatur pada Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 59 tahun 2014 pasal 4 yaitu untuk puskesmas sebesar Rp 3.000,00 sampai dengan Rp 6.000,00 untuk rumah sakit kelas D, klinik pratama, praktik dokter sebesar Rp 8.000,00 sampai dengan Rp 10.000,00, dan untuk praktik dokter gigi perorangan sebesar Rp 2.000,00. Tarif kapitasi untuk puskesmas yang memiliki dokter gigi berdasarkan Surat Edaran Menteri Kesehatan No. HK/MENKES/32/I/2014 adalah sebesar Rp 6.000,00 dan Rp 10.000,00 untuk RS kelas D pratama, klinik pratama atau fasilitas kesehatan setara.

Alokasi dana kapitasi berdasarkan Permenkes Nomor 19 tahun 2014 tentang Penggunaan Dana Kapitasi Jaminan Kesehatan Nasional

untuk Jasa Pelayanan Kesehatan dan Dukungan Biaya Operasional pada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama Milik Pemerintah Daerah pasal 4, alokasi dana kapitasi dimanfaatkan untuk pembayaran jasa pelayanan kesehatan bagi tenaga kesehatan dan tenaga non kesehatan yang melakukan pelayanan di fasilitas kesehatan tingkat pertama.

Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 75 tahun 2014 pasal 1 tentang pusat kesehatan masyarakat, pengertian puskesmas adalah fasilitas pelayanan kesehatan masyarakat yang menyelenggarakan upaya kesehatan masyarakat dan upaya kesehatan perorangan tingkat pertama, dengan lebih mengutamakan upaya promotif dan preventif, untuk mencapai derajat kesehatan masyarakat setinggi-tingginya di wilayah kerjanya. Wilayah kerja puskesmas meliputi satu kecamatan, dalam satu kecamatan minimal terdapat 1 unit puskesmas dengan jumlah penduduk 30.000–50.000 jiwa. Sesuai peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 5/74, secara administratif berada di bawah administrasi Daerah Kabupaten atau Kota, tetapi secara administrasi medis teknis mendapat pembinaan dari Dinas Kesehatan Kabupaten atau Kota dan Propinsi. Wewenang untuk menetapkan wilayah kerja puskesmas dilaksanakan oleh Bupati atau Walikota berdasarkan saran kepala Dinas Kesehatan Kabupaten atau Kota. (Muninjaya, 2004)

Upaya wajib (*basic six*) yang harus dilaksanakan oleh seluruh puskesmas yang ada di Indonesia antara lain (Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 128 Tahun 2008):

- 1) Upaya promosi kesehatan
- 2) Upaya kesehatan lingkungan
- 3) Upaya kesehatan ibu dan anak serta keluarga berencana
- 4) Upaya perbaikan gizi
- 5) Upaya pencegahan dan pemberantasan penyakit menular
- 6) Upaya pengobatan

Peran puskesmas dalam pelayanan JKN berdasarkan prinsip dari puskesmas adalah melakukan upaya promotif dan preventif yang sejalan dengan konsep JKN yaitu prinsip paradigma sehat yang berarti mendorong pelayanan kesehatan untuk melakukan upaya promotif dan preventif. Puskesmas juga merupakan fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama yang wilayahnya berada di kecamatan sehingga lebih mudah diakses oleh masyarakat untuk mendapatkan pelayanan kesehatan. Sehingga dalam pelayanan JKN ini puskesmas menjadi gate keeper atau ujung tombak dalam pelayanan kesehatan. (Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 128 Tahun 2008)

Era JKN ini prosedur pelayanan kesehatan dirubah, di mana masyarakat sebagai peserta JKN yang ingin berobat harus terlebih dahulu mendapatkan pelayanan kesehatan di puskesmas sebagai fasilitas tingkat pertama. Peserta JKN tidak diperkenankan langsung datang ke rumah sakit sebagai fasilitas kesehatan tingkat lanjutan. Fasilitas kesehatan tingkat I memiliki wewenang untuk merujuk ke fasilitas kesehatan tingkat lanjutan apabila tidak mampu

menanggulangi masalah kesehatan yang dialami oleh peserta. (BPJS, 2013)

F. Definisi Konseptual

1. Kebijakan Publik adalah sejumlah aktivitas pemerintah untuk memecahkan masalah di masyarakat, baik secara langsung maupun melalui berbagai lembaga yang mempengaruhi kehidupan masyarakat.
2. Implementasi Kebijakan adalah tahap pembuatan kebijakan antara pembentukan kebijakan dan konsekuensi-konsekuensi kebijakan bagi masyarakat yang dipengaruhinya.
3. Jaminan Kesehatan Nasional adalah suatu program pemerintah dan masyarakat (rakyat) dengan tujuan memberikan kepastian jaminan kesehatan yang menyeluruh bagi setiap rakyat Indonesia agar penduduk Indonesia dapat hidup sehat, produktif dan sejahtera.

G. Definisi Operasional

Variabel yang dijadikan sebagai acuan dalam penelitian ini yaitu tentang implementasi program. Dalam definisi operasional ini penulis menggunakan Teori George C. Edward III serta Van Mater dan Van Horn. Alasan penulis menggunakan teori George C. Edward III serta Van Mater dan Van Horn karena menurut penulis teori ini sudah kompleks dalam memenuhi semua kriteria apa saja yang dibutuhkan untuk melakukan penelitian dalam hal implementasi. Dan juga teori ini mempunyai indikator-indikator yang dibutuhkan. Sehingga tidak hanya terfokus pada implementasinya saja, melainkan banyak faktor-faktor lain yang mempengaruhi dalam melakukan pengukuran implementasi

tersebut. Indikator-indikator untuk mengukur implementasi kebijakan adalah sebagai berikut:

1. Komunikasi

Komunikasi melalui sosialisasi

2. Sumber Daya

- a. Sumber daya manusia
- b. Sumber daya informasi
- c. Sumber daya finansial
- d. Sumber daya sarana dan prasarana

3. Disposisi

Pemahaman pelaksanaan kebijakan

4. Struktur Birokrasi

Standar Operasional Prosedur (SOP)

H. Metode Penelitian

1. Jenis Penelitian

Penelitian ini menggunakan penelitian kualitatif. Metode penelitian kualitatif merupakan suatu metode penelitian yang berlandaskan pada filsafat *postpositivisme*, digunakan untuk meneliti pada kondisi obyek yang alamiah, dimana peneliti sebagai instrument kunci, pengambilan sampel sumber data dilakukan secara *purposive dan snowbaal*, teknik pengumpulan data *tringgulasi* (gabungan) analisis data bersifat induktif/kualitatif, dan hasil penelitian kualitatif lebih menekankan makna dari pada *generalisasi*. (Sugiyono, 2010)

Sesuai dengan dasar penelitian tersebut maka penelitian ini diharapkan mampu menciptakan atau menemukan konsep serta memecahkan atau menemukan permasalahan yang timbul dari Implementasi Jaminan Kesehatan Nasional terhadap pelayanan kesehatan bagi warga Kecamatan Kasihan yang berobat di Puskesmas Kasihan II.

2. Unit Analisis

Menurut Hamidi, unit analisis adalah satuan yang diteliti yang bisa berupa individu, kelompok, benda atau suatu latar peristiwa sosial seperti misalnya aktivitas individu atau kelompok sebagai subjek penelitian. (Hamidi, 2005) Unit analisis yang digunakan dalam penelitian ini adalah narasumber yang terkait dengan penelitian ini, antara lain:

- a. Kepala Puskesmas Kasihan II yaitu Bapak Eko Budi Santoso, SST.,
M,Kes
- b. Pegawai Puskesmas Kasihan II yaitu Kasubag TU Bapak Yulisnaka
Rasa Susila, SKM
- c. Masyarakat Kasihan yang memanfaatkan Program Jaminan Kesehatan
Nasional II
 - 1) Ayu Laras Saraswati, 28 tahun
 - 2) Budiharjo, 81 tahun
 - 3) Linda Pangestuti, 22 tahun
 - 4) Sujinah, 46 tahun
 - 5) Jarot Nugroho, 55 tahun

3. Data dan Sumber Data

Sumber data dari penelitian ini adalah subjek dari mana data diperoleh. (Suharsimi, 2002) Sumber data dalam penelitian ini adalah:

a. Data Primer

Data primer merupakan sumber data yang diperoleh langsung dari informan penelitian yang akan dituju (Hamidi, 2005). Melalui data primer diharapkan penelitian ini mampu memberikan hasil sesuai dengan yang diharapkan. Data primer dalam penelitian ini yaitu mengenai implementasi program JKN di Puskesmas Kasihan II, sumber datanya yaitu narasumber yang ada di Puskesmas Kasihan II.

b. Data Sekunder

Data sekunder merupakan data yang diperoleh untuk melengkapi data primer yang telah ada. (Hamidi, 2005) Data sekunder dalam penelitian ini yaitu peraturan pemerintah, buku, jurnal, skripsi, thesis, dan media massa mengenai program JKN.

4. Teknik Pengumpulan Data

a. Wawancara (Interview)

Dilakukan kepada instansi terkait untuk mengumpulkan data-data sebagai bahan untuk melakukan penelitian. Untuk memperoleh data yang lebih akurat mengenai implementasi Jaminan Kesehatan Nasional di Puskesmas Kasihan II, peneliti melakukan wawancara dengan cara bertatap muka (*face to face*) dengan responden secara langsung untuk mengadakan tanya jawab mengenai masalah-masalah yang diteliti.

Disini penulis melakukan Wawancara dengan narasumber yang ada di Puskesmas Kasihan II.

Pihak-pihak yang diwawancarai dalam penelitian ini adalah:

- 1) Kepala Puskesmas Kasihan II yaitu Bapak Eko Budi Santoso, SST., M,Kes
- 2) Pegawai Puskesmas Kasihan II yaitu Kasubag TU Bapak Yulisnaka Rasa Susila, SKM
- 3) Masyarakat Kasihan yang memanfaatkan Program Jaminan Kesehatan Nasional II
 - a) Ayu Laras Saraswati, 28 tahun
 - b) Budiharjo, 81 tahun
 - c) Linda Pangestuti, 22 tahun
 - d) Sujinah, 46 tahun
 - e) Jarot Nugroho, 55 tahun

b. Dokumentasi

Dokumentasi adalah teknik pengumpulan data yang dilakukan dengan cara membaca dan mencatat berbagai referensi seperti dari buku, jurnal, majalah, artikel, skripsi, tesis, dan lain-lain yang berkaitan dengan penelitian.

5. Teknik Analisis Data

Analisis data dalam penelitian kualitatif dilakukan sejak sebelum memasuki lapangan, selama dilapangan, dan setelah selesai dilapangan. Analisis sebelum dilapangan dilakukan terhadap data-data sekunder yang akan digunakan untuk menentukan fokus penelitian yang masih sementara

dan masih bisa berkembang selama penelitian berlangsung. Selanjutnya yaitu analisis selama dilapangan menggunakan model Miles and Huberman diantaranya yaitu (Sugiyono, 2010):

a. Pengumpulan data

Merupakan informasi dari responden baik data primer maupun data sekunder.

b. Reduksi data

Merupakan merangkum, memilih hal-hal yang pokok, memfokuskan pada hal-hal yang penting, dicari tema dan polanya serta membuang yang tidak perlu.

c. Penyajian data

Dilakukan dalam bentuk uraian singkat, bagan, hubungan antar kategori, *flowchart* dan sejenisnya. Yang paling sering digunakan untuk menyajikan data dalam penelitian kualitatif adalah dengan teks yang bersifat naratif.

d. Penarikan kesimpulan

Merupakan suatu usaha untuk menarik konklusi dari hal-hal yang ditemui dalam reduksi maupun penyajian data.