

# **Modul Perencanaan dan Evaluasi Kesehatan (Kode : KMS 234)**



**Dosen Pengampu:  
Nauri Anggita Temesvari, SKM, MKM**

**Prodi Kesehatan Masyarakat  
Universitas Esa Unggul  
2018**

## **Pertemuan 9**

### **Perumusan Kebijakan**

Dalam Kamus Besar Bahasa Indonesia, kebijakan diartikan sebagai rangkaian konsep dan asas yang menjadi garis besar dan dasar rencana dalam pelaksanaan suatu pekerjaan, kepemimpinan, dan cara bertindak (tentang pemerintahan, organisasi, dsb); pernyataan cita-cita, tujuan, prinsip dan garis pedoman untuk manajemen dalam usaha mencapai sasaran.

Carl J Federick sebagaimana dikutip Leo Agustino (2008) mendefinisikan kebijakan sebagai serangkaian tindakan/kegiatan yang diusulkan seseorang, kelompok atau pemerintah dalam suatu lingkungan tertentu dimana terdapat hambatan-hambatan (kesulitan-kesulitan) dan kesempatan-kesempatan terhadap pelaksanaan usulan kebijaksanaan tersebut dalam rangka mencapai tujuan tertentu. Pendapat ini juga menunjukkan bahwa ide kebijakan melibatkan perilaku yang memiliki maksud dan tujuan merupakan bagian yang penting dari definisi kebijakan, karena bagaimanapun kebijakan harus menunjukkan apa yang sesungguhnya dikerjakan daripada apa yang diusulkan dalam beberapa kegiatan pada suatu masalah.

Istilah kebijakan sendiri masih terjadi silang pendapat dan merupakan ajang perdebatan para ahli. Beberapa panduan dalam memahami kebijakan adalah sebagai berikut:

- a. kebijakan harus dibedakan dari keputusan
- b. kebijakan sebenarnya tidak serta merta dapat dibedakan dari administrasi
- c. kebijakan mencakup perilaku dan harapan-harapan
- d. kebijakan mencakup ketiadaan tindakan atau pun adanya tindakan
- e. kebijakan biasanya mempunyai hasil akhir yang akan dicapai
- f. setiap kebijakan memiliki tujuan atau sasaran tertentu baik eksplisit maupun implisit
- g. kebijakan muncul dari suatu proses yang berlangsung sepanjang waktu
- h. kebijakan meliputi hubungan-hubungan yang bersifat antar organisasi dan yang bersifat intra organisasi
- i. kebijakan publik meski tidak eksklusif menyangkut peran kunci lembaga-lembaga pemerintah
- j. kebijakan itu dirumuskan atau didefinisikan secara subjektif.

Menurut Budi Winarno (2007), istilah kebijakan (policy term) mungkin digunakan secara luas dan atau mungkin juga dipakai untuk menjadi sesuatu yang lebih khusus, seperti misalnya jika kita mengatakan kebijakan pemerintah tentang debirokratisasi dan deregulasi.

Kebijakan juga berbeda dengan kebijaksanaan. Policy diterjemahkan dengan kebijakan yang berbeda artinya dengan wisdom yang artinya kebijaksanaan. Pengertian

kebijaksanaan memerlukan pertimbangan-pertimbangan lebih jauh lagi, sedangkan kebijakan mencakup aturan-aturan yang ada di dalamnya. Anderson dalam Islamy (2009) menyatakan kebijakan adalah

*“a purposive course of action followed by an actor or set of actors in dealing with a problem or matter of concern”*

Yang artinya adalah serangkaian tindakan yang mempunyai tujuan tertentu yang diikuti dan dilaksanakan oleh seorang pelaku atau sekelompok pelaku guna memecahkan suatu masalah tertentu. Konsep kebijakan yang ditawarkan oleh Anderson ini menurut Winarno (2007) dianggap lebih tepat karena memusatkan perhatian pada apa yang sebenarnya dilakukan dan bukan pada apa yang diusukan atau dimaksudkan. Selain itu konsep ini juga membedakan secara tegas antara kebijakan (policy) dengan keputusan (decision) yang mengandung arti pemilihan diantara berbagai alternative yang ada.

Berdasarkan pendapat berbagai ahli tersebut di atas maka dapat disimpulkan bahwa kebijakan adalah tindakan-tindakan atau kegiatan yang sengaja dilakukan atau tidak dilakukan oleh seseorang, suatu kelompok atau pemerintah yang di dalamnya terdapat unsur keputusan berupa upaya pemilihan diantara berbagai alternative yang ada guna mencapai maksud dan tujuan tertentu.

Dalam kajian kebijakan kita mengenal dua macam cakupan kebijakan, yaitu yang menyangkut sektor publik (*public goods*) dan sektor swasta (*private goods*). Dalam bahasan mengenai kajian kebijakan kesehatan ini kita lebih mengkategorikannya ke dalam sektor publik (*public goods*). Hal ini dikarenakan beberapa sifat yang menjadi ciri dari kebijakan kesehatan itu sendiri, salah satunya bahwa kebijakan-kebijakan kesehatan adalah suatu produk pemerintah walaupun pada pelaksanaannya sangat banyak juga melibatkan swasta yang implementasinya melibatkan serangkaian sistem kesehatan di dalam negara. Kebijakan merupakan produk pemerintah dengan kemitraan dengan sektor swasta, dimana keputusannya mempertimbangkan juga aspek politik (Buse, May & Walt, 2005).

Konsep dari kebijakan publik dapat diartikan sebagai adanya suatu negara yang kokoh dan memiliki kewenangan serta legitimasi, di mana mewakili suatu masyarakat dengan menggunakan administrasi dan teknik yang berkompeten terhadap keuangan dan implementasi dalam mengatur kebijakan. Kebijakan adalah suatu konsensus atau kesepakatan terhadap suatu persoalan, di mana sasaran dan tujuannya diarahkan pada suatu prioritas yang bertujuan, dan memiliki petunjuk utama untuk mencapainya (Evans & Manning, 2003). Kebijakan kesehatan didefinisikan sebagai suatu cara atau tindakan yang berpengaruh terhadap perangkat institusi, organisasi, pelayanan kesehatan dan pengaturan keuangan dari sistem kesehatan (Walt, 1994).

Pengembangan kebijakan biasanya *top-down* di mana Kementerian Kesehatan memiliki kewenangan dalam penyiapan kebijakan. Implementasi dan strateginya adalah

bottom-up. Kebijakan kesehatan harus berdasarkan pembuktian yang menggunakan pendekatan *problem solving* secara linear. Tujuan dari kebijakan kesehatan adalah untuk menyediakan pola pencegahan, pelayanan yang terfokus pada pemeliharaan kesehatan, pengobatan penyakit dan perlindungan terhadap kaum rentan (Gormley, 1999 ). Kebijakan kesehatan juga peduli terhadap dampak dari lingkungan dan sosial ekonomi terhadap kesehatan (Potter, Ogden and Pronyk, 1999). Contohnya, pembiayaan kesehatan dari pemerintah dan swasta atau kebijakan dalam hal pemantapan pelayanan kesehatan ibu dan anak (Walt, 1994). Kebijakan kesehatan berpihak pada hal-hal yang dianggap penting dalam suatu institusi dan masyarakat, bertujuan jangka panjang untuk mencapai sasaran, menyediakan rekomendasi yang praktis untuk keputusan-keputusan penting ( WHO, 2000 ). Kebijakan kesehatan tidak saja terdiri dari dokumen-dokumen strategi dalam suatu negara, tetapi juga bagaimana kebijakan itu diimplementasi oleh pengambil keputusan dan pemegang program kesehatan, dan bagaimana melakukannya secara praktis pada masing-masing tingkatan pemerintahan.

Penting tidaknya suatu kebijakan kesehatan dapat dipandang karena sektor kesehatan merupakan bagian dari ekonomi. Kepentingan ekonomi tidak bisa dipisahkan dari kajian kebijakan kesehatan. Dalam diskusi tentang *The Politic of Health* (Gardner, 1992) menyimpulkan faktor yang mempengaruhi pengembangan, implementasi, dan evaluasi kebijakan antara lain Ekonomi (Kelangkaan Sumber Daya, Melengkapi beberapa prioritas), Kelembagaan (Partai Politik, Pemilihan Umum, Anggota Dewan/Parlemen, Pemerintah, Pelayanan Publik dan Sistem Pemerintahan), Politik (Kelompok yang berkepentingan, Partai Politik) dan Budaya (Tradisi, nilai dan ideologi).

Sektor kesehatan adalah salah satu sektor yang menyerap banyak anggaran belanja negara (APBN) untuk membayar sumber daya kesehatan, walaupun peran serta pemerintah daerah dengan adanya otonomi yang menyangkut pembagian kepentingan dan tanggungjawab dinilai berkurang, namun sektor kesehatan diamanatkan oleh Undang-Undang menyerap minimal 5% dari APBN. *Walaupun pada tahun 2015 pada pelaksanaannya anggaran kesehatan masih 3,5% dari APBN* (Kemenkeu, 2015).

Dalam kaitan dengan sektor ekonomi, kebijakan kesehatan dapat dijadikan sebagai *driver* dari usaha peningkatan ekonomi. Inovasi dalam bidang kesehatan yang disertai dengan investasi yang besar merupakan potensi ekonomi meliputi teknologi kesehatan, bio-medical maupun produksi, termasuk industri farmasi. Kepentingan keputusan yang dihasilkan dari kebijakan kesehatan melibatkan urusan hidup dan mati manusia, itulah yang menyebabkan kebijakan ini menjadi sangat penting (Buse, Mays dan Walt, 2005).

## Karakteristik Masalah Dalam Kebijakan Kesehatan

Menurut Dunn (1988) dalam pengembangan suatu kebijakan para perancang kebijakan harus memperhatikan karakteristik masalah pokok dari kebijakan yang terdiri dari:

1. Interdependensi (saling tergantung), yaitu kebijakan sering kali dipengaruhi oleh beberapa kebijakan lainnya. Suatu kebijakan kesehatan tidak dapat berdiri sendiri. Masalah pelayanan kesehatan sangat dipengaruhi dengan beberapa kebijakan salah satunya kebijakan subsidi energi, kebijakan ekonomi, dan kebijakan pertanian dan pengelolaan pangan dan lainnya.

Kondisi ini menunjukkan adanya sistem masalah. Sistem masalah ini membutuhkan pendekatan Holistik, satu masalah dengan yang lain tidak dapat di pisahkan dan diukur sendirian.

2. Subjektif, yaitu suatu permasalahan yang diakibatkan oleh kondisi eksternal dalam kebijakan harus diidentifikasi, diklasifikasi dan dievaluasi secara selektif. Contoh: Permasalahan penutupan lokalisasi secara obyektif dapat dilakukan melalui kebijakan Pemimpin Daerah. Terapi kebijakan ini dapat menyimpulkan berbagai pertentangan karena penafsiran yang beragam (a.l Kekhawatiran meluasnya insiden HIV/AIDS, Intervensi terhadap kelompok resiko menjadi sulit dilakukan dll).
3. Artifisial, yaitu masalah kebijakan kesehatan dapat timbul pada perubahan situasi yang bersifat problematis.
4. Dinamis, yaitu suatu masalah dalam kebijakan kesehatan dipecahkan dengan memperhatikan bahwa masalah tersebut akan berubah setiap saat (kontinyu). Pemecahan masalah atas masalah kebijakan sebelumnya akan melahirkan masalah lanjutan (Siklus Kebijakan).
5. Tidak terduga, yaitu permasalahan yang terjadi diluar dari jangkauan kebijakan kesehatan, oleh karena itu suatu siklus kebijakan memuat perihal evaluasi yang dinamis yang menjamin setiap masalah dapat diakomodir dalam kebijakan.

## Ciri dan Tujuan Kebijakan Kesehatan

Dalam kategorinya kebijakan kesehatan dikategorikan sebagai sebuah kebijakan publik (*public goods*). Konsep dari kebijakan publik (*public goods*) merupakan upaya intervensi strategis terhadap sumberdaya dalam usaha memecahkan persoalan publik atau pemerintah. Bentuk intervensi tersebut dilakukan secara terus menerus oleh pemerintah dengan melibatkan juga sektor swasta agar masyarakat dapat berpartisipasi dalam pembangunan secara luas. (Chandler dan Plano, 1988).

Negara sebagai pemegang kewenangan serta legitimasi yang mewakili suatu masyarakat dengan menggunakan administrasi dan berkompeten dalam pengelolaan anggaran keuangan mempunyai kewenangan penuh dalam implementasi kebijakan. Itu dikarenakan kebijakan merupakan suatu konsensus bersama terhadap permasalahan publik, dimana sasaran dan tujuan pembuatannya mempunyai prioritas tertentu (Evans dan Manning, 2003). Kesepakatan melahirkan koordinasi dalam pembuatan kebijakan kesehatan.

Kebijakan kesehatan merupakan bagian dari kebijakan publik karena terdapat unsur keterwakilan masyarakat dan swasta didalamnya yang berkonsensus dalam satu aturan yang dibuat oleh pemerintah. Definisi kebijakan kesehatan sendiri dapat diartikan sebagai suatu cara atau tindakan yang mempunyai pengaruh terhadap perangkat institusi, organisasi, pelayanan kesehatan dan pengelolaan anggaran keuangan dalam satu sistem kesehatan. (Walt, 1994). Sehingga dapat dinyatakan bahwa kebijakan kesehatan merupakan bagian dari sistem kesehatan secara utuh (Bornemisza dan Sondorp, 2002).

Sistem kesehatan merupakan sebuah perangkat yang tidak terbatas pada institusi yang mengatur, masalah pembiayaan dan pelayanan termasuk juga kelompok input pada pelayanan kesehatan, terutama sumberdaya manusia, sumber daya fisik (fasilitas dan alat kesehatan), serta pengembangan pengetahuan dan teknologi (WHO SEARO, 2000). Sistem kesehatan mempunyai *supply side* yaitu penyedia pelayanan kesehatan dan *demand side* sebagai pengguna pelayanan, pelibatan sektor lain juga dimungkinkan seperti pertanian dan lainnya (WHO, 1996).

Dalam pengembangan kebijakan kesehatan biasanya dilakukan secara *top-down*, Kementrian kesehatan memiliki kewenangan dalam perancangan kebijakan kesehatan. Implementasi dari kebijakan kesehatan tersebut dilakukan melalui strategi *bottom-up*. Dalam pengembangan kebijakan kesehatan seharusnya juga dikembangkan melalui upaya partisipatif oleh mereka yang terlibat dalam kebijakan itu. Upaya partisipatif tersebut untuk menjamin bahwa kebijakan tersebut realistis dan dapat mencapai sasaran. Komitmen diperlukan oleh pemegang dan pelaksana kebijakan kesehatan (Massie, 2009).

Kebijakan kesehatan yang diimplementasikan harus didasari atas pembuktian yang menggunakan pendekatan berbasis bukti (*Evidence-Based*). Dalam kebijakan kesehatan, proses implementasi kebijakan atau intervensi kesehatan masyarakat juga dapat berpengaruh terhadap keberhasilan yang dicapai, sehingga hirarki bukti yang

mendewakan uji klinik (*Randomized Clinical Trial*) tidak cocok untuk diterapkan (Kusnanto, 2008).

Tujuan dari kebijakan kesehatan adalah untuk menyediakan suatu pola *preventif*, pelayanan yang berfokus pada pemeliharaan kesehatan, pengobatan penyakit (*kuratif*) dan perlindungan terhadap masyarakat yang rentan (Gormley, 1999). Kebijakan kesehatan didasarkan juga untuk memperhitungkan dampak dari lingkungan dan sosial ekonomi yang merupakan variabel langsung yang mempengaruhi kesehatan. Kebijakan kesehatan memiliki banyak tujuan yang berimplikasi luas terhadap masyarakat, walaupun kadang pengembang kebijakan hanya fokus pada konten saja.

## **Komponen Kebijakan**

Komponen kebijakan dibagi menjadi empat komponen yaitu konten, proses, konteks dan aktor (Walt dan Gilson, 1994). Komponen kebijakan tersebut adalah sebagai berikut:

### *Konten*

Konten dalam suatu kebijakan kesehatan mencerminkan beberapa dimensi yang berkaitan dengan kebijakan itu sendiri. Dimensi itu berhubungan dengan aspek teknis dan institusi.

Konten kebijakan mempunyai beberapa tingkatan dalam operasionalisasinya antara lain:

1. **Tingkatan Sistemik**  
Corak utama yang membentuk sebuah isi dari kebijakan kesehatan secara menyeluruh. Sebagai contoh dalam membangun sistem kesehatan nasional maka pemerintah melibatkan sektor swasta dan beberapa kementerian lainnya karena corak dari kebijakan adalah dilakukan dengan pelibatan semua sektor.
2. **Tingkatan Program (Programatik)**  
Memutuskan prioritas untuk pelayanan kesehatan, kebijakan kesehatan dilaksanakan ke dalam bentuk yang nyata (program) dengan mengalokasikan sumberdaya untuk operasional kegiatan.
3. **Tingkatan Organisasi**  
Isi dari kebijakan difokuskan pada upaya struktural pada sebuah institusi yang dapat memberikan usaha produktif bagi tersedianya pelayanan kesehatan yang bermutu tinggi. Pada tingkatan organisasi, struktural memegang peranan yang penting terhadap upaya implementasi kebijakan.
4. **Tingkatan Instrumental**  
Fokus utama dalam tingkatan instrumental adalah didasari pada upaya mendapatkan informasi demi meningkatkan fungsi dan sistem kesehatan. Kebijakan kesehatan dibuat untuk menciptakan instrumen yang tangguh bagi pemecahan permasalahan kesehatan.

## Proses

Suatu kebijakan dipandang sebagai sebuah agenda yang teratur melalui suatu proses rancang dan implementasi. Pendekatan yang digunakan dalam implementasi kebijakan antara lain:

### 1. *To-Down Approaches*

Pendekatan dari atas ke bawah memuat beberapa model yaitu:

- a. Model Perspektif (*Rational*) yaitu semua asumsi yang memformulasikan kebijakan yang masuk akal berdasarkan informasi yang sah.
- b. Model *Punctuated Equilibria* yaitu kebijakan difokuskan kepada isu yang menjadi pokok perhatian utama dari penentu kebijakan

### 2. *Bottom-Up Approaches*

Pendekatan dari bawah ke atas memuat beberapa model yaitu:

- a. Model *Incrementalist* (Prioritas pilihan) yaitu dalam pembuatan kebijakan, pembuat kebijakan menggunakan pendekatan negosiasi dengan kelompok yang berminat untuk menyeleksi kebijakan yang menjadi prioritas
- b. Model *Rational (Mixed Scanning Model)* dimana penentu kebijakan mengambil langkah untuk melakukan review secara penuh terhadap kebijakannya dan membuat upaya negosiasi dengan kelompok untuk memprioritaskan model kebijakan yang paling sesuai.

## Konteks

Konteks dalam kebijakan kesehatan merupakan agenda setting dimana kebijakan tersebut dibuat dan diimplementasikan (Kitson, Ahmed, Harvey, Seers, Thompson, 1996). Menurut Walt (1994) faktor yang berpengaruh dalam konteks kebijakan terdiri dari faktor situasional (peristiwa perubahan politik dan pemerintahan), faktor struktural (sistem politik, struktur ekonomi, kondisi demografi), faktor budaya (etnis, suku, ras, bahasa) dan faktor internasional (globalisasi).

## Aktor

Menurut model segitiga kebijakan (Walt dan Gilson, 1994) aktor merupakan mereka yang berada pada pusat dalam kerangka kebijakan. Aktor dalam kebijakan biasanya mempengaruhi proses pada tingkat pusat, propinsi dan kabupaten/kota. Mereka merupakan bagian dari jaringan yang berperan untuk memutuskan kebijakan kesehatan pada masing-masing tingkatnya (Walt, 1994). Peran politik disebut-sebut sebagai salah satu cara para aktor dalam pengambilan keputusan yang berujung pada lahirnya suatu kebijakan kesehatan, cara kompromi banyak ditempuh pada proses ini.

## Proses Kebijakan

Proses kebijakan adalah serangkaian proses dari inisiasi, pengembangan atau formulasi, negosiasi, komunikasi, implementasi dan evaluasi dari suatu kebijakan (Sutcliffe dan Court, 2006). Langkah dalam memformulasikan proses kebijakan dengan menentukan pilihan dan membuat prioritas yang diutamakan. Pemilihan dalam pembuatan keputusan dalam suatu kebijakan hendaknya dilakukan secara rinci dan melakukan proses pemilihan yang spesifik, hal itu membuat keputusan dapat diimplementasikan (Sutton, 1999).

Proses pengembangan kebijakan dilakukan dengan mengumpulkan, memproses, dan mendesiminasikan informasi yang berhubungan dengan kebijakan yang akan dikembangkan, mempromosikan pilihan-pilihan untuk langkah yang akan diambil, melakukan implementasi, serta melakukan evaluasi. Dalam mempelajari proses kebijakan maka dikenal *stages heuristic* yaitu pemilihan proses kebijakan menjadi tingkatan dengan menggunakan teori dan model yang ditujukan agar pemilihan proses tersebut tidak mewakili kondisi yang terjadi pada keadaan sebenarnya. Langkah dalam melakukan *stages heuristic* menurut Pollard dan Court (2005) adalah sebagai berikut:

1. Identifikasi masalah dan pengenalan situasi (hal-hal yang baru) dengan mengetahui besaran masalah
2. Formulasi kebijakan dengan langkah eksplorasi aktor perumusan kebijakan
3. Implementasi kebijakan
4. Evaluasi kebijakan termasuk identifikasi efek *outcome* yang timbul dari implementasi kebijakan

*Agenda setting* dari kebijakan kesehatan didominasi oleh permasalahan spesifik yang berhubungan dengan konteks sistem kesehatan untuk menjawab persoalan hidup atau mati, persoalan kesehatan masyarakat, determinan penyebab penyakit serta hal yang menyangkut organisasi dan manajemen pelayanan kesehatan meliputi obat, peralatan kesehatan, akses pelayanan kesehatan dan keadilan dalam pembiayaan kesehatan.

### **Implementasi Kebijakan**

Implementasi dalam kebijakan didefinisikan sebagai apa yang terjadi sesuai dengan harapan dan akibat dari kebijakan yang dirasakan (DeLeon, 1999). Pada implementasi kebijakan, maka harus dilihat apakah terdapat kesenjangan antara perencanaan kebijakan dengan apa yang terjadi sebagai hasil dari kebijakan. Studi kasus mengenai dampak kebijakan sering dilakukan yang bertujuan untuk mengukur keberhasilan implementasi kebijakan. Sebagai contoh studi tentang kebijakan penanggulangan HIV/AIDS dimana sering terdapat kesenjangan antara aktor yang berperan dan proses dalam implementasi yang kadang tidak sesuai dengan perencanaan.

Memasukkan pertimbangan yang berisi informasi yang relevan merupakan langkah yang harus dilakukan oleh pengembangan kebijakan. Namun demikian apabila pada implementasi tidak mencapai apa yang diharapkan, kesalahan sering kali bukan pada kebijakan itu namun kepada faktor politik atau manajemen yang kurang mendukung implementasi kebijakan (Juma dan Clarke, 1995). Suatu kebijakan kesehatan dapat berubah pada proses implementasi, saat pada output dan dampak ditemukan masalah atau akses yang kurang bermanfaat bagi masyarakat. (Baker, 1996).

### **Analisis Kebijakan**

Analisis kebijakan dilakukan bertujuan untuk memahami area yang potensial dalam intervensi proses kebijakan yang dikembangkan dan diimplementasikan. Analisis dari kebijakan umumnya bersifat retrospektif dengan mengeksplorasi determinan-determinan kebijakan dan kontennya. Menurut Blaikie *et al* (2001) dalam analisis hubungan antara proses kebijakan dan implementasi ada beberapa yang langkah sebagai berikut:

1. Menganalisis *milestones* kunci kebijakan yang terdiri atas keseluruhan kebijakan terdahulu, yang sudah ada sebelumnya atau peraturan/program yang sementara masih berjalan.
2. Perhatikan konteks pemerintah (gaya birokrasi) dan politik, hal ini menentukan kemampuan institusi publik dalam implementasi kebijakan dimana unsur sosial dan politik bersifat dinamis sehingga para pengembang kebijakan harus memperhatikan perubahannya
3. Pendekatan isu-isu kunci kebijakan dan hubungannya dengan pendapatan keluarga
4. Menganalisis proses pengembangan kebijakan, termasuk mempelajari struktur formal organisasi yang berhubungan.
5. Mempertimbangkan proses pengembangan kebijakan menyangkut hasil, luaran dan dampak kebijakan bagi kesejahteraan masyarakat

**CONTOH  
KEBIJAKAN  
KESEHATAN  
DI INDONESIA**

Di dalam Naskah Akademik UU SJSN 2004 disebutkan bahwa Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) adalah suatu program pemerintah dan masyarakat dengan tujuan memberikan kepastian jaminan kesehatan yang menyeluruh bagi setiap rakyat Indonesia agar penduduk Indonesia dapat hidup sehat, produktif, dan sejahtera.

Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (UU SJSN) tidak menetapkan definisi atau pengertian JKN dalam salah satu ayat atau pasalnya. Dengan merangkai beberapa pasal dan ayat yang mengatur tentang program jaminan sosial, manfaat, tujuan dan tatalaksananya, dapat dirumuskan pengertian Program Jaminan Kesehatan Nasional sebagai berikut:

*“Program jaminan sosial yang menjamin biaya pemeliharaan kesehatan serta pemenuhan kebutuhan dasar kesehatan yang diselenggarakan nasional secara bergotong-royong wajib oleh seluruh penduduk Indonesia dengan membayar iuran berkala atau iurannya dibayari oleh Pemerintah kepada Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan – BPJS Kesehatan”*

Dua Peraturan Pelaksanaan UU SJSN, yaitu Peraturan Pemerintah No. 101 Tahun 2012 Tentang Penerima Bantuan Iuran Jaminan Kesehatan dan Peraturan Presiden No. 12 Tahun 2013 Tentang Jaminan Kesehatan menetapkan bahwa yang dimaksud dengan:

*“Jaminan Kesehatan adalah jaminan berupa perlindungan kesehatan agar Peserta memperoleh manfaat pemeliharaan kesehatan dan perlindungan dalam memenuhi kebutuhan dasar kesehatan yang diberikan kepada setiap yang telah membayar iuran atau iurannya dibayar oleh Pemerintah”.*

Manfaat yang dijamin oleh Program JKN berupa pelayanan kesehatan perseorangan yang komprehensif, mencakup pelayanan peningkatan kesehatan (promotif), pencegahan penyakit (preventif), pengobatan (kuratif) dan pemulihan (rehabilitative) termasuk obat dan bahan medis. Pemberian manfaat tersebut dengan menggunakan teknik layanan terkendali mutu dan biaya (*managed care*).

Program JKN hadir dalam pelayanan kesehatan karena perintah peraturan perundang-undangan. Peraturan perundangan mengatur dengan rinci tujuan, prinsip, para pelaku, dan tata kelola JKN dalam satu kesatuan sistem penyelenggaraan program jaminan sosial, yaitu Sistem Jaminan Sosial Nasional. Penetapan hal-hal tersebut melalui proses penetapan kebijakan publik.

Hal ini berbeda dengan penyelenggaraan program jaminan/asuransi kesehatan privat/komersial. Asuransi kesehatan komersial berlangsung berdasarkan kesepakatan jual beli antara perusahaan asuransi dengan pembeli produk asuransi. Peraturan

perundang-undangan hanya mengatur hal-hal berkaitan dengan perizinan usaha perasuransian dan tata cara perjanjian jual-beli. Manfaat, besar iuran, dan tata cara pengelolaan diatur oleh masing-masing perusahaan asuransi. Perusahaan asuransi dan peserta menegosiasikan hal-hal tersebut dan melaksanakannya sesuai dengan perjanjian dan kesepakatan yang tercantum dalam polis asuransi.

Mencermati karakteristik JKN tersebut, seluruh pemangku kepentingan JKN perlu memahami dasar hukum JKN, peraturan perundang-undangan yang terkait JKN, kebijakan pemerintah, serta rujukan internasional. Di bawah ini terdapat studi kasus terhadap implementasi kebijakan Jaminan Kesehatan Nasional, silahkan dipelajari dan eksplorasi kembali produk Kebijakan Kesehatan di Indonesia

**Implementasi Kebijakan Jaminan Kesehatan Nasional  
Melalui Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (Bpjs) Kesehatan  
Di Kota Makassar**

**Muhammad Irvan Nur Iva**  
Jurusan Ilmu Administrasi, Universitas Sulawesi Barat, Majene  
*m.irvan.nuriva@gmail.com*

**Abstrak**

Implementasi kebijakan Jaminan Kesehatan Nasional yang diselenggarakan melalui Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan adalah kebijakan yang bertujuan memberikan jaminan kesehatan kepada masyarakat. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui dan menganalisa bagaimana implementasi kebijakan Jaminan Kesehatan Nasional Melalui Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan di Kota Makassar. Penelitian ini menggunakan pendekatan kualitatif. Pengumpulan data dilakukan melalui pengamatan, wawancara dan dokumentasi terhadap informan yang terlibat langsung dalam implementasi kebijakan Jaminan Kesehatan Nasional tersebut. Proses analisis data meliputi pengumpulan data, reduksi data, penyajian data, dan penarikan kesimpulan. Hasil penelitian menunjukkan bahwa : (1) Kebijakan Jaminan Kesehatan Nasional merupakan kebijakan dalam bidang kesehatan yang tepat sasaran bagi masyarakat. (2) Implementasi kebijakan Jaminan Kesehatan Nasional melalui Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan (BPJS) Kesehatan belum sepenuhnya berjalan dengan baik.

Kata kunci: Implementasi Kebijakan, Jaminan Kesehatan Nasional, BPJS Kesehatan

**Abstract**

*The Implementation of National Health Insurance held by the Healthcare and Social Security Agency (BPJS) of Health is a policy which aims to provide health insurance to the public. The aims of this study is to understand and analyze the policy implementation of the National Health Insurance through the Social Security Organizer Agency (BPJS) of Health in Makassar. This study employed a qualitative approach. Data were collected with observation, documentation, and interviews of informants directly involved in the implementation of the National Health Insurance policy. The process of data analysis includes data collection, data reduction, presentation, and conclusion. The results of the research indicated that: (1) National Health Insurance Policy is a policy in the health sector with an appropriate target for the community. (2) Implementation of the National Health Insurance policy through the Social Security Organizer Agency (BPJS) of Health had not completely worked well.*

*Keywords: Policy Implementation, National Health Insurance, Social Security Organizer Agency (BPJS) of Health*

## I. PENDAHULUAN

Kesehatan adalah hak dasar setiap warga negara sebagaimana tercantum dalam Undang-Undang Dasar 1945 dalam rangka meningkatkan kesejahteraan rakyat. Oleh karena itu negara bertanggung jawab untuk memenuhi kebutuhan dasar setiap warga negara. Salah satunya dengan memberikan dan menjamin warga negara memperoleh pelayanan kesehatan yang layak. Di Indonesia, falsafah dan dasar negara Pancasila terutama sila ke-5 juga mengakui hak asasi warga atas kesehatan. Hak ini juga termaktub Undang-Undang Dasar 1945 pasal 28 dan pasal 34, dan diatur dalam Undang-Undang Nomor 23 Tahun 1992 yang kemudian diganti dengan Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang kesehatan yang menegaskan bahwa setiap orang mempunyai hak yang sama dalam memperoleh akses atas sumber daya dibidang kesehatan dan memperoleh pelayanan kesehatan yang aman, bermutu dan terjangkau.

Hal ini sejalan dengan konsep *Universal Health Coverage* yang disepakati oleh negara-negara yang menjadi anggota *World Health Organization* pada tahun 2005. *Universal Health Coverage* adalah sistem kesehatan dimana setiap masyarakat di dalam populasi memiliki akses yang adil terhadap pelayanan kesehatan yang bersifat holistik meliputi pelayanan promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif yang bermutu dan dibutuhkan dengan biaya yang terjangkau (Yuningsih, 2013).

Pada umumnya di Indonesia, tingkat kesehatan masyarakat miskin masih tergolong rendah,serta jaminan kesehatan untuk masyarakat miskin masih rendah.Berdasarkan hasil Riset Kesehatan Dasar tahun 2013 (Kemenkes, 2013), menunjukkan sebanyak 50,5% penduduk Indonesia belum memiliki jaminan kesehatan. ASKES/ASABRI dimiliki oleh sekitar 6,0% penduduk, Jamsostek 4,4% penduduk, asuransi kesehatan swasta dan tunjangan kesehatan perusahaan masing-masing sebesar 1,7% penduduk. Kepemilikan jaminan kesehatan didominasi oleh Jamkesmas 28,9% dan Jamkesda 9,6%.

Implementasi kebijakan adalah salah satu bagian dari proses kebijakan yang merupakan pelaksanaan dari sebuah kebijakan agar kebijakan tersebut dapat mencapai tujuan yang dikehendaki. Edward dalam Nugroho (2014:673), menegaskan bahwa masalah utama dari administrasi publik adalah "*lack of attention to implementation*". Edward mengatakan bahwa "*without effective implementation the decision of policymakers will not be carried out successfully*"(Ibid).Edward menyaranakan untuk memperhatikan empat isu pokok agar implementasi kebijakan menjadi efektif, yaitu komunikasi (*communication*), sumber daya (*resource*), Disposisi atau sikap (*disposition or attitudes*) dan struktur birokrasi (*buereaucratic structures*).

Kebijakan Jaminan Kesehatan Nasional di Indonesia dimulai sejak 1 Januari tahun 2014 yang dilakukan secara bertahap dengan harapan dapat mencapai *Universal Health Coverage* pada tahun 2019 sebagaimana diamanatkan Undang Undang. Tujuan Jaminan Kesehatan Nasional dijelaskan dalam UU SJSN (2004) Pasal 2 yang menyatakan bahwa kebijakan ini dipilih oleh pemerintah dengan tujuan untuk meningkatkan keadilan sosial bagi rakyat Indonesia. Dengan demikian prinsip keadilan harus dipergunakan dalam kebijakan JKN.

Berdasarkan hasil penelitian sebelumnya yang dilakukan oleh Hajar (2013),yang bertujuan untuk menganalisis implementasi kebijakan Jaminan Kesehatan Daerah yang temuan penelitiannya adalah kebijakan tersebut belum berjalan dengan optimal.Hasil penelitian lainnyaoleh Ernawati (2013) yang bertujuan untuk mengevaluasi pelaksanaan kebijakan Jaminan Kesehatan Daerah menunjukkan bahwa penelitian mengenai kebijakan tersebut belum berjalan dengan sesuai dengan regulasi yang telah ditetapkan.Kemudian hasil penelitian Darlianti (2014) yang mengevaluasi pelaksanaan pelayanan Jaminan Kesehatan Nasional menunjukkan bahwa pelayanan kesehatan pada Jaminan Kesehatan tersebut belum berjalan optimal.

Kebijakan Jaminan Kesehatan Nasional mulai di implementasikan per tanggal 1 Januari 2014 melalui Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan. Di Kota Makassar ditemukan beberapa kendala atau masalah dalam implementasinya. Pada aspek kepesertaan masih banyak yang belum mendaftarkan diri sebagai peserta BPJS Kesehatan. Berdasarkan data BPJS Kesehatan Kota Makassar jumlah peserta Penerima Bantuan Iuran (PBI) dan non PBI hingga bulan Januari 2015 sebanyak 783,893 penduduk atau baru mencapai 47% dari keseluruhan jumlah penduduk Kota Makassar.

Dalam aspek pendanaan, masih banyak tunggakan premi peserta. Sementara dari aspek pelayanan kesehatan sistem rujukan berjenjang belum berjalan dengan baik berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 001 Tahun 2012 tentang Sistem Rujukan Pelayanan Kesehatan Perorangan.

Berdasarkan fenomena yang telah diuraikan sebelumnya, maka penulis melakukan penelitian ini dengan tujuan untuk mengetahui dan menganalisa implementasi Kebijakan Jaminan Kesehatan Nasional melalui Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan di Kota Makassar.

## II. Kajian Literatur Kebijakan Publik

Kebijakan publik adalah satu studi yang hingga saat ini masih menarik untuk dikaji secara mendalam. Studi kebijakan publik umumnya fokus pada perumusan kebijakan, implementasi dan evaluasi kebijakan. Kebijakan publik adalah suatu otoritas yang dimiliki negara yang bertujuan untuk mengatur kehidupan di dalam negara. Thomas R. Dye dalam Nugroho (2014:126) mengemukakan bahwa kebijakan publik adalah “*whatever government choose to do or no to do*”. Kebijakan publik adalah apapun yang pemerintah pilih untuk melakukan atau tidak melakukan sesuatu. Senada dengan Dye, Anderson dalam Nugroho (2014:125) menjelaskan bahwa “*.....a purposive course of action followed by an actor or set of actors in dealing with a*

*problem or matter concern.*” (serangkaian tindakan yang mempunyai tujuan tertentu yang diikuti dan dilaksanakan oleh seorang pelaku atau sekelompok pelaku guna memecahkan suatu masalah). Dengan demikian, dapat disimpulkan bahwa kebijakan publik adalah tindakan yang dilakukan pemerintah yang berhubungan dengan kelangsungan hidup negara beserta rakyatnya.

### **Implementasi Kebijakan**

Implementasi merupakan tahap yang sangat menentukan dalam proses kebijakan karena tanpa implementasi yang efektif maka kebijakan tidak akan berhasil dilaksanakan. Implementasi kebijakan publik merupakan salah satu tahapan dari proses kebijakan publik (*publik policy process*) sekaligus studi yang sangat krusial. Bersifat krusial karena bagaimanapun baiknya suatu kebijakan, kalau tidak dipersiapkan atau direncanakan secara baik dalam implementasinya, maka tujuan kebijakan tidak akan terealisasi dengan maksimal.

Dengan demikian, kalau menghen-daki tujuan kebijakan dapat dicapai dengan baik, maka bukan saja pada tahap implementasi yang harus dipersiapkan dan direncanakan dengan baik, tetapi juga pada tahap perumusan atau pembuatan kebijakan juga telah diantisipasi untuk dapat diimplementasikan.

Peter de Leon dan Linda de Leon dalam Nugroho (2014:664-665) mengemukakan pendekatan-pendekatan dalam implementasi kebijakan publik dapat dikelompokkan menjadi tiga generasi. Generasi pertama, memahami implementasi kebijakan sebagai masalah-masalah yang terjadi di antara kebijakan dan eksekusinya. Generasi kedua, mengembangkan pendekatan implementasi kebijakan yang bersifat *top-down* dan secara bersamaan juga muncul pendekatan *bottom-up*.

Generasi ketiga dikembangkan oleh Malcolm L. Goggin (1990) memperkenalkan pemikiran bahwa variabel perilaku dari aktor pelaksana implementasi kebijakan yang lebih menentukan keberhasilan implementasi kebijakan. Pada saat yang sama muncul

pendekatan kontijensi atau situasional dalam implementasi kebijakan yang mengemukakan bahwa implementasi kebijakan banyak didukung oleh adaptabilitas implementasi kebijakan tersebut.

Terdapat beberapa model yang dapat diadopsi dalam mengimplementasikan kebijakan, seperti model yang diperkenalkan oleh Mazmanian dan Sabatier dalam Nugroho (2014:666) yang dikenal sebagai model kerangka analisis implementasi (*A Framework for Implementation Analysis*). Model ini menekankan pada pengklasifikasian proses implementasi ke dalam tiga variabel, yaitu variabel independen, variabel intervening dan variabel dependen. Ketiga variabel ini menjadi dasar dalam mengimplementasikan suatu kebijakan sehingga dapat mencapai tujuan yang diharapkan.

Implementasi kebijakan merupakan salah satu proses yang paling substansial, seringkali terdapat masalah-masalah yang tidak terprediksi sebelumnya yang menyebabkan kebijakan tersebut mengalami kegagalan dalam implementasinya. Oleh karena itu model-model implementasi kebijakan yang berkembang menjadi solusi pemecahan masalah dalam mengimplementasikan kebijakan. Brian W. Hogwood dan Lewis A. Gunn dalam Nugroho (2014 : 668-670), mengemukakan bahwa untuk mengimplementasikan kebijakan secara sempurna maka diperlukan 10 (sepuluh) persyaratan tertentu. Syarat pertama, jaminan bahwa kondisi eksternal yang dihadapi oleh lembaga/badan pelaksana tidak akan menimbulkan masalah yang besar. Syarat kedua, ketersediaan sumberdaya yang memadai. Syarat ketiga, adanya perpaduan sumberdaya-sumberdaya yang diperlukan. Syarat keempat, kebijakan yang akan diimplementasikan didasari hubungan kausal yang andal.

Syarat kelima, seberapa hubungan kausalitas yang terjadi. Syarat keenam, hubungan saling ketergantungan kecil. Syarat ketujuh, pemahaman yang mendalam dan kesepakatan terhadap tujuan. Syarat kedelapan, tugas-tugas telah dirinci dan

ditempatkan dalam urutan yang benar. Syarat kesembilan, komunikasi dan koordinasi yang sempurna. Syarat kesepuluh, pihak-pihak yang memiliki wewenang kekuasaan dapat menuntut dan mendapatkan kepatuhan yang sempurna.

### III. METODE PENELITIAN

Dalam penelitian ini penulis menggunakan pendekatan kualitatif. Metode penelitian ini dilakukan secara deskriptif untuk mengetahui atau menggambarkan kenyataan dari kejadian yang diteliti sehingga memudahkan penulis untuk mendapatkan data yang objektif.

Penelitian ini dilakukan di Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan di kota Makassar yang beralamat di Jalan Andi Pangeran Pettarani No 78 Makassar dan Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) kota Makassar yang beralamat di Jalan Perintis Kemerdekaan No 14 kota Makassar. Waktu pelaksanaan penelitian ini pada bulan Mei sampai dengan Juli 2015.

Informan penelitian ini, adalah: kepala-kepala unit BPJS Kesehatan, pegawai BPJS Kesehatan, masyarakat peserta BPJS Kesehatan dan pegawai RSUD kota Makassar. Data juga diperoleh melalui fenomena yang terjadi di lokasi penelitian yang sesuai dengan fokus penelitian. Adapun sumber data lainnya yaitu dokumen-dokumen yang berkaitan dengan fokus penelitian. Teknik pengumpulan data yang digunakan yakni observasi, wawancara dan dokumentasi. Dalam teknik analisis data peneliti mengacu kepada beberapa tahapan yang dijelaskan Miles dan Huberman dalam Moleong (2009), terdiri dari beberapa tahapan antara lain: *data reduction, data display*, dan *conclusion drawing/ verification*.

### IV. HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

Untuk menjelaskan hasil penelitian implementasi kebijakan Jaminan Kesehatan Nasional melalui Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan di kota Makassar, penulis menggunakan 4 (empat)

indikator yang terkait dengan kondisi dan fakta dalam menjelaskan penelitian ini.

Indikator pertama adalah kondisi eksternal yang dihadapi Badan pelaksana yaitu BPJS Kesehatan. Kondisi eksternal yang ditekankan dalam penelitian ini adalah tingkat pemahaman dan penerimaan masyarakat sebagai *target group*.

Berdasarkan hasil wawancara dan data dari penelusuran dokumen dilokasi penelitian yang berkaitan pemahaman masyarakat mengenai kebijakan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) ini, penulis menemukan bahwa kebijakan ini bersifat wajib bagi seluruh Warga Negara. Oleh karena ini menjadi sebuah kewajiban, maka setiap warga negara diharuskan mendaftarkan diri sebagai syarat untuk mendapatkan pelayanan Jaminan Kesehatan Nasional sesuai dengan ketentuan yang berlaku. Adapun untuk memperoleh akses jaminan kesehatan ini di badan penyelenggara, masyarakat selaku sasaran kebijakan harus memenuhi dan mematuhi berbagai syarat dan aturan yang berlaku. Menurut BPJS Kesehatan cabang Makassar, bahwa tingkat penerimaan masyarakat Kota Makassar terhadap kebijakan ini cukup tinggi. Jumlah peserta yang telah terdaftar mencapai 52% dari jumlah penduduk di kota Makassar sejak dioperasikannya BPJS Kesehatan per tanggal 1 Januari 2014 sampai dengan bulan Mei 2015.

Indikator penelitian kedua adalah kesiapan dan ketersediaan sumber daya yang dimiliki oleh Badan pelaksana. Dalam penelitian ini, terkait dengan kesiapan dan ketersediaan sumber daya yang dimiliki serta digunakan oleh Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan. Sumber daya pertama yaitu sumber daya manusia dimiliki Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan selaku Badan Penyelenggara kebijakan Jaminan Kesehatan Nasional.

SDM yang digunakan dalam Kebijakan Jaminan Kesehatan Nasional melalui BPJS Kesehatan, merupakan pegawai PT. Askes yang bertransformasi menjadi BPJS Kesehatan. Pada tahun 2014, jumlah keseluruhan pegawai BPJS Kesehatan cabang

Makassar sebanyak 111 orang yang terdiri dari 1 orang manager, 10 orang asisten manager dan 100 orang staf pegawai. Sedangkan jumlah TKWT Outsourcing sebanyak 15 orang. Jumlah tersebut termasuk didalamnya pegawai BPJS yang ditempatkan pada loket BPJS di fasilitas kesehatan tingkat rujukan (rumah sakit) di kota Makassar yang bertugas untuk menyediakan informasi bagi peserta mengenai hak dan kewajibannya serta bagaimana teknis pemanfaatan kartu jaminan kesehatan tersebut ketika peserta mengakses pelayanan kesehatan di rumah sakit.

Sumber daya kedua adalah pembiayaan, ketersediaan pembiayaan menjadi faktor penting dalam mengimplementasi kebijakan yang tentu juga berlaku dalam kebijakan Jaminan Kesehatan Nasional yang diselenggarakan melalui BPJS Kesehatan ini. Untuk kebijakan ini, terdapat 2 jenis mekanisme pendanaan, yaitu pembiayaan untuk operasional internal badan pelaksana dan pembiayaan jaminan kesehatan masyarakat yang dikelola oleh BPJS Kesehatan.

Selain dana awal yang diperoleh dari APBN Tahun 2013, BPJS Kesehatan juga mengelola aset Dana Jaminan Sosial (DJS) yg diperuntukkan untuk pembayaran manfaat atau pembiayaan layanan Jaminan Kesehatan, sebagai dana operasional penyelenggaraan program Jaminan Sosial yang jumlahnya sebesar 6,25% dari total Dana Jaminan Sosial dan keperluan investasi yang dananya bersumber dari iuran peserta dan sumber-sumber lainnya.

Iuran peserta tersebut dibayarkan paling lambat pada tanggal 10 (sepuluh) setiap bulannya, jika mengalami keterlambatan maka akan diberikan sanksi. Di Kota Makassar jumlah Dana Jaminan Sosial yang terkumpul dari iuran peserta PBI yang dibayarkan oleh pemerintah pusat setiap bulannya sebesar Rp. 5.966.267.275.00 yang dihitung berdasarkan jumlah peserta PBI dikalikan dengan jumlah iuran peserta PBI Rp.19.225,00 per orangnya . Adapun iuran yang terkumpul dari peserta bukan PBI tidak dapat diakses oleh penulis karena data tersebut hanya untuk internal BPJS

Kesehatan. Dana Jaminan Sosial tersebut digunakan untuk pembayaran dana kapitasi dan non kapitasi pada pelayanan di Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) dan pada Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan (FKRTL) atau rumah sakit yaitu pembayaran tarif Indonesian Case Base Group (INA-CBG's) atau sistem paket berdasarkan diagnosis penyakit yang diderita oleh pasien peserta Jaminan Kesehatan Nasional.

Sumber daya ketiga adalah sumber daya berupa fasilitas kesehatan yang digunakan dalam implementasi kebijakan ini. Berdasarkan hasil penelitian penulis, jenis dan jumlah Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama di kota Makassar yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan terdiri dari 46 puskesmas, 33 praktek dokter umum, 21 praktek dokter gigi, 44 klinik pratama dan 19 fasilitas kesehatan TNI/POLRI. Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama tersebut memberikan pelayanan kesehatan kepada seluruh peserta BPJS kota Makassar yang terdaftar. Sementara itu jumlah Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan milik pemerintah dan swasta yang telah bekerja sama dengan BPJS Kesehatan untuk memberikan pelayanan kesehatan rujukan tingkat lanjutan kepada peserta BPJS Kesehatan yang terdapat di kota Makassar secara keseluruhan sebanyak 30 jumlah Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan di kota Makassar yang melayani rujukan peserta BPJS Kesehatan dari dalam dan dari luar kota Makassar.

Adapun indikator ketiga penelitian ini adalah tugas-tugas dirinci dan ditempatkan sesuai dalam urutan yang benar, hal ini berkaitan dengan Standar Operasional Prosedur (SOP) pelayanan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan. Untuk memperoleh jaminan kesehatan melalui Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan, masyarakat perlu mengetahui sejumlah Standar Operasional Prosedur atau mekanisme yang berlaku secara nasional karena kebijakan Jaminan Kesehatan Nasional adalah produk kebijakan Pemerintah Pusat. Dalam penelitian ini tidak semua

mekanisme pelayanan Jaminan Kesehatan Nasional akan dijelaskan oleh penulis, mengingat banyaknya mekanisme yang berlaku untuk memperoleh pelayanan Jaminan Kesehatan ini.

Untuk memperoleh jaminan kesehatan ini, masyarakat harus terdaftar sebagai peserta BPJS. Pendaftaran dapat dilakukan dengan datang langsung ke kantor BPJS Kesehatan atau mendaftarkan diri secara online. Setelah melengkapi dokumen pendaftaran maka pendaftar perorangan atau badan usaha akan memperoleh *Virtual Account*, iuran pertama baru dapat dibayarkan setelah 14 hari kerja sejak diterimanya *Virtual Account* tersebut. Setelah peserta membayar iuran untuk pertama kali, maka manfaat pelayanan kesehatan bagi peserta telah dapat diperoleh dan digunakan untuk mengakses pelayanan kesehatan pada fasilitas kesehatan tingkat pertama dan fasilitas kesehatan rujukan tingkat lanjutan.

Jika masyarakat ingin memperoleh pelayanan kesehatan, BPJS Kesehatan telah menerapkan sistem rujukan berjenjang untuk pelayanan kesehatan bagi peserta Jaminan Kesehatan Nasional yaitu jika masyarakat ingin memperoleh pelayanan kesehatan diharuskan terlebih dahulu pada fasilitas kesehatan tingkat pertama kemudian jika membutuhkan penanganan lebih lanjut maka dirujuk pada fasilitas kesehatan tingkat lanjutan. Jika pada kondisi darurat maka diperbolehkan untuk langsung mendapatkan pelayanan kesehatan pada fasilitas kesehatan rujukan tingkat lanjutan (Rumah Sakit).

Indikator terakhir dalam penelitian ini adalah komunikasi dan koordinasi. Dalam penelitian implementasi kebijakan Jaminan Kesehatan Nasional yang diselenggarakan oleh BPJS Kesehatan, komunikasi dan koordinasi yang baik serta efektif antara pimpinan dan karyawan serta komunikasi antar sesama karyawan dalam badan pelaksana sangat dibutuhkan. Tidak hanya itu, komunikasi dan koordinasi dengan badan/instansi lain yang terkait juga perlu demi kelancaran implementasi kebijakan ini.

Penelitian ini menunjukkan bahwa implementasi kebijakan Jaminan Kesehatan

Nasional melalui Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan di kota Makassar bertujuan untuk memberi jaminan kesehatan bagi masyarakat namun implementasinya belum berjalan secara optimal. Berdasarkan teori implementasi kebijakan model Hogwood dan Gunn dalam Nugroho (2014), yang mengemukakan 10 (sepuluh) indikator dalam implementasi kebijakan, penulis memilih 4 indikator utama yang terkait dengan kondisi dan fakta dilapangan dalam menjelaskan penelitian ini. Adapun indikatornya yaitu kondisi eksternal yang dihadapi oleh lembaga/badan pelaksana, sumber daya yang memadai, tugas-tugas diperinci dan ditempatkan dalam urutan yang tepat, komunikasi dan koordinasi yang sempurna.

Dari hasil penelitian memperlihatkan bahwa keempat indikator dalam implementasi kebijakan Jaminan Kesehatan Nasional melalui Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan di kota Makassar belum berjalan dengan optimal. Apabila BPJS Kesehatan aktif melakukan sosialisasi yang berkualitas kepada masyarakat dan Badan Usaha kemudian disambut secara positif oleh pihak-pihak tersebut, tentu masyarakat dan badan usaha secara sukarela akan mendaftar sebagai peserta jaminan kesehatan nasional.

Kebijakan tersebut dapat berjalan dengan baik sesuai harapan apabila badan pelaksana mampu memberikan pemahaman secara menyeluruh kepada masyarakat melalui sosialisasi yang berdampak pada penerimaan masyarakat terhadap kebijakan tersebut. Akan tetapi realita yang terjadi tidak semua masyarakat dan badan usaha sepenuhnya memahami secara detail mengenai kebijakan ini, termasuk mengenai hal-hal teknis yang bersifat prosedural untuk mengikuti jaminan kesehatan ini. Dibutuhkan pemahaman yang mendalam dari masyarakat dan itu merupakan bagian dari tugas penyelenggara jaminan kesehatan untuk melakukan sosialisasi secara kontinu agar tidak terjadi ketidakpahaman masyarakat mengenai kebijakan tersebut. Pemahaman yang mendalam yaitu kondisi ketika masyarakat benar-benar memahami segala

bentuk proses, persyaratan, tujuan dan manfaat yang mereka terima jika menerima untuk mengikuti kebijakan jaminan kesehatan tersebut. Pemahaman yang mendalam dibutuhkan agar masyarakat mengetahui secara spesifik mengenai kebijakan ini sehingga implementasi kebijakan Jaminan Kesehatan Nasional tidak mengalami kendala yang berarti dari masyarakat yang menjadi objek sasaran kebijakan ini.

Dalam kebijakan Jaminan Kesehatan Nasional yang diselenggarakan melalui BPJS Kesehatan yang kepesertaannya bersifat wajib bagi setiap Warga Negara (Kemenkes, 2013), salah satu indikator keberhasilan dari kebijakan jaminan kesehatan ini dinilai dari penerimaan masyarakat yang ikut terlibat sebagai peserta dari BPJS Kesehatan.

Dalam pelaksanaan jaminan kesehatan ini, kesadaran masyarakat untuk mendaftarkan diri sebagai peserta masih tergolong rendah. Meskipun kepesertaannya bersifat wajib sehingga tren peningkatan kepesertaan terus meningkat tapi tidak sedikit masyarakat yang baru melakukan pendaftaran karena dalam keadaan terdesak membutuhkan biaya atau jaminan kesehatan untuk penanganan medis di fasilitas kesehatan. Ironisnya, mayoritas masyarakat yang melakukan pendaftaran pada saat sedang sakit sudah mengetahui sebelumnya bahwa manfaat dari mendaftarkan diri sebagai peserta dalam Jaminan Kesehatan yang diselenggarakan oleh BPJS kesehatan adalah pemberian jaminan pembiayaan dalam pelayanan kesehatan.

Sumber Daya Manusia BPJS Kesehatan cabang Makassar saat ini masih mampu untuk menjalankan tugas dan fungsinya. Untuk saat ini, penambahan pegawai belum menjadi suatu kebutuhan yang mendesak bagi BPJS Kesehatan cabang Makassar sehingga saat ini belum mengusulkan penambahan pegawai baru dalam rangka memberikan pelayanan terhadap peserta Jaminan Kesehatan Nasional.

Iuran yang dikumpulkan oleh peserta perorangan dan badan usaha diperuntukkan untuk pembiayaan jaminan kesehatan di

fasilitas kesehatan (Kemenkes, 2013), selama ini faktanya iuran tersebut seringkali mengalami tunggakan. Jumlah tunggakan di Kota Makassar tersebut tentu tidak akan menjadi masalah berarti jika seluruh Dana Jaminan Sosial yang dananya dihimpun secara nasional mampu untuk menutupi seluruh pembiayaan Jaminan Kesehatan di Indonesia tapi jika terdapat banyak tunggakan di setiap daerah tentu saja akan menghambat pembiayaan Jaminan Kesehatan secara keseluruhan. Tentunya besar kecilnya tunggakan iuran Jaminan Kesehatan pasti akan tetap mempengaruhi pembiayaan Jaminan Kesehatan. Hal ini tentu menjadi suatu masalah yang harus diselesaikan oleh BPJS Kesehatan selaku penyelenggara.

Temuan adanya *fraud* dalam implementasi kebijakan ini mengindikasikan bahwa sistem pembayaran klaim pelayanan kesehatan yang diperoleh peserta dari fasilitas kesehatan yang ditagihkan kepada BPJS Kesehatan cabang Makassar membutuhkan pengawasan dari penyelenggara dan kesadaran dari fasilitas kesehatan untuk transparan dan menagihkan klaim sesuai dengan yang semestinya diperoleh.

Kota Makassar telah memiliki kuantitas dan kualitas fasilitas kesehatan yang cukup memadai. Akan tetapi belum semua fasilitas kesehatan baik tingkat pertama dan tingkat lanjutan telah bekerja sama dengan BPJS Kesehatan untuk memberikan pelayanan kesehatan kepada peserta Jaminan Kesehatan Nasional.

Adapun Standar Operasional Prose-dur (SOP) Pelayanan untuk mendapatkan jaminan kesehatan belum berjalan dengan optimal, salah satunya disebabkan ketidakpatuhan terhadap sistem rujukan berjenjang yang telah ditetapkan seperti yang telah diatur dalam Peraturan Perundang-Undangan Jaminan Kesehatan Nasional di Indonesia (Putri *et al.*, 2014), padahal komitmen dari BPJS Kesehatan, fasilitas kesehatan dan masyarakat yang mengakses pelayanan kesehatan dibutuhkan agar aturan dapat berjalan sebagaimana mestinya.

Komunikasi dan koordinasi dari pegawai dalam badan pelaksana serta

hubungan BPJS Kesehatan cabang Makassar dengan lembaga pemerintah atau organisasi non pemerintah yang turut berperan serta dalam implementasi kebijakan Jaminan Kesehatan Nasional juga menjadi salah satu hal penting. Komunikasi yang efektif disertai koordinasi dari berbagai pihak yang berperan serta tentunya akan menunjang keberhasilan dari implemmentasi kebijakan tersebut.

## V. PENUTUP

Penelitian ini berkesimpulan bahwa BPJS Kesehatan cabang Makassar selaku badan penyelenggara kebijakan Jaminan Kesehatan Nasional di Kota Makassar belum sepenuhnya menjalankan tugas dan fungsinya secara optimal. Sosialisasi BPJS Kesehatan masih kurang sehingga berdampak pada pemahaman dan penerimaan masyarakat terhadap kebijakan Jaminan Kesehatan Nasional. Iuran premi peserta masih seringkali mengalami tunggakan serta ditemukan kasus *fraud* yang dilakukan oleh fasilitas kesehatan. Sistem rujukan berjenjang masih belum berjalan dengan maksimal. Berdasarkan hasil dan pembahasan peneliti, maka disarankan BPJS Kesehatan cabang Makassar selaku penyelenggara Jaminan Kesehatan Nasional perlu meningkatkan kinerjanya agar implementasi kebijakan berjalan sesuai dengan yang diharapkan. Selain itu masyarakat sebagai objek sasaran kebijakan seharusnya turut berperan aktif dalam penyelenggaraan kebijakan pemerintah.

## DAFTAR PUSTAKA

- Darlianti.(2014). *Evaluasi Pelaksanaan Pelayanan Kesehatan Pada Jaminan Kesehatan Nasional di RSUD Ajjappangge Soppeng*. Program Pascasarjana Universitas Hasanuddin
- Ernawati Tuty. (2013). *Studi Pelaksanaan Kebijakan Peraturan Daerah Jaminan Kesehatan Daerah Sumatera Barat Sakato dalam Menghadapi Undang-Undang Sistem Jaminan Sosial Nasional dan Undang-Undang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Tahun 2013*. Jurnal Kebijakan Kesehatan Indonesia. Vol 02 Nomor 03 September 2013 : 134-140
- Putri E.A. & Eka M. (2014).*Himpunan Lengkap Peraturan Perundang-Undangan Jaminan Kesehatan Nasional*. Tangerang: PT. Martabat Prima Konsultindo
- Hajar Mukhlis. (2013). *Implementasi Kebijakan Jaminan Kesehatan Daerah di kabupaten Sinjai*. Program Pascasarjana Universitas Hasanuddin
- Kemenkes. (2013). *Bahan Paparan Jaminan Kesehatan Nasional dalam Sistem Jaminan Sosial Nasional*. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI
- Kemenkes. (2013). *Buku Pegangan Sosialisasi Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) dalam Sistem Jaminan Sosial Nasional*. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI.
- Kemenkes.(2013). *Riset Kesehatan Dasar Tahun 2013*. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI
- Moleong J.L. (2009). *Metode Penelitian Kualitatif*. Bandung:PT. Remana Rosdakarya.
- Nugroho Riant. (2014). *Public Policy, Edisi kelima*. Jakarta: Gramedia
- Nugroho Riant. (2014).*Kebijakan Publik di Negara-Negara Berkembang*.Yogyakarta: Pustaka Pelajar
- Yuningsih Rahmi. (2013). *Permasalahan Dalam Persiapan Pelaksanaan Jaminan Kesehatan Nasional 2014*. Info Singkat Kesejahteraan Sosial.Vol. V Nomor 17 September 2013 : 09-12