



**IMPLEMENTASI PELAKSANAAN JAMINAN KESEHATAN  
NASIONAL (JKN) PADA PEMANFAATAN PELAYANAN  
KESEHATAN PASIEN RAWAT JALAN DI PUSKESMAS  
JATILAWANG KABUPATEN BANYUMAS  
TAHUN 2015**

SKRIPSI

Diajukan sebagai salah satu syarat  
Untuk memperoleh gelar Sarjana Kesehatan Masyarakat

Oleh

Fenti Kusuma Dewi  
NIM. 6411411083

**JURUSAN ILMU KESEHATAN MASYARAKAT**

**FAKULTAS ILMU KEOLAHRAGAAN**

**UNIVERSITAS NEGERI SEMARANG**

**2015**

Jurusan Ilmu Kesehatan Masyarakat  
Fakultas Ilmu Keolahragaan  
Universitas Negeri Semarang  
September 2015

## ABSTRAK

Fenti Kusuma Dewi

**Implementasi Pelaksanaan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) pada Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan Pasien Rawat Jalan di Puskesmas Jatilawang Kabupaten Banyumas Tahun 2014,**

xvi + 169 halaman + 27 tabel + 9 gambar + 14 lampiran

Kesehatan dapat dipandang sebagai cara hidup secara produktif. Salah satu diantaranya adalah program jaminan kesehatan. Undang - undang No. 40 Tahun 2004 menyatakan bahwa jaminan sosial wajib bagi seluruh penduduk termasuk Jaminan Kesehatan Nasional (JKN). Namun pada pelaksanaannya terdapat beberapa kendala.

Penelitian menggunakan metode kualitatif dengan teknik pengambilan informan secara *purposive sampling*. Informan utama berjumlah 5 orang dan informan triangulasi 5 orang. Teknik pengambilan data menggunakan teknik wawancara mendalam, dilanjutkan analisis data deskriptif.

Hasil penelitian menunjukkan pelaksanaan JKN di Puskesmas Jatilawang cukup baik dimana tidak ada perbedaan pelayanan, sumber daya, sarana dan prasarana namun ada yang belum optimal terlihat dari sasaran JKN yang belum tercapai, kurang pahamiannya pasien dimana dilayani. Faktor predisposisi (umur, jumlah keluarga), faktor enabling (jaminan kesehatan, sarana dan prasarana), need faktor (kebutuhan pasien) menjadi faktor pengaruh pemanfaatan pelayanan kesehatan.

Sehingga disarankan Puskemas Jatilawang melakukan pengembangan implementasi JKN agar lebih optimal.

**Kata Kunci:** Implementasi; Jaminan Kesehata Nasional (JKN); Puskesmas.

**Kepustakaan :** 62 (2004-2015)

Public Health Science Department  
Faculty of Sport Science  
Semarang State University  
September 2015

## ABSTRACT

Fenti Kusuma Dewi

### **Implementation of the National Health Insurance on The Utilization of Outpatient Health Care in The Jatilawang Public Health Center Banyumas District 2014,**

xvi + 169 pages + 27 table + 9 image + 14 attachments

Health was the way to live productively. One of which was the health insurance program. In Law - No. 40 of 2004 states that social security was mandatory for all people, including the National Health Insurance (JKN). But there are constraints on implementation.

In this research used qualitative method with took informant technique by purposive sampling. There are 5 informants principal and there are 5 informants triangulation. Data collection technique using in-depth interviews, then continued with descriptive data analysis.

Result of this research showed that the implementation of national health insurance (JKN) in the Jatilawang public health center was good because there was no difference in service, resource, facilities but, there are some have not been optimal, was showed from the target JKN not achieve, the lack of understanding of the patient where the patient was served. Predisposing factors (age, family size), Enabling factors (health insurance, infrastructure), Need factors (the patient's needs) be an influencing factor in the use of outpatient health services.

The advice for jatilawang health center was develop the programs in the implementation of national health insurance to be optimized.

Keyword: Implementation; National Health Insurance (JKN); Public Health center (Puskesmas).

**Literature** : 62 (2004-2015)



### PERNYATAAN

Saya menyatakan bahwa yang tertulis di dalam skripsi atas nama Fenti Kusuma Dewi, NIM: 6411411083, dengan Judul “Implementasi Pelaksanaan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) pada Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan Pasien Rawat Jalan di Puskesmas Jatilawang Kabupaten Banyumas Tahun 2014” ini semua benar-benar hasil karya sendiri, bukan jiplakan dari karya orang lain, baik sebagian atau seluruhnya. Pendapat atau temuan orang lain yang terdapat dalam skripsi ini dikutip atau dirujuk berdasarkan kode etik ilmiah.

Semarang, September 2015



Fenti Kusuma Dewi  
NIM 6411411083

**UNNES**  
UNIVERSITAS NEGERI SEMARANG

## PENGESAHAN

Telah dipertahankan dihadapan panitia sidang ujian skripsi Fakultas Ilmu Keolahragaan Universitas Negeri Semarang, skripsi atas nama Fenti Kusuma Dewi, NIM : 6411411083, dengan judul "Implementasi Pelaksanaan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) pada Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan Pasien Rawat Jalan di Puskesmas Jatilawang Kabupaten Banyumas Tahun 2015"

Pada hari : Selasa

Tanggal : 6 Oktober 2015



Dr. H. Harry Pramono, M. Si  
NIP. 19591019.198503.1.001

Panitia Ujian

Sekretaris,

Irwan Budiono, SKM, M. Kes (Epid)  
NIP. 19751217 200501 1 003

Dewan Penguji

Tanggal Persetujuan

Ketua Penguji 1. Drs. Bambang Wahyono, M. Kes.  
NIP. 19600610 198703 1 002

16 Oktober 2015

Anggota Penguji 2. dr. Anik Setyo Wahyuningsih, M. Kes.  
NIP. 19740903 200604 2 001

23 oktober 2015

Anggota Penguji 3. dr. Intan Zainafree, MH. Kes.  
(Pembimbing Utama) NIP. 19790105 200604 2 002

23/10/15

## MOTTO DAN PERSEMBAHAN

### MOTTO:

- Jadikanlah sabar dan sholat sebagai penolongmu, sesungguhnya Allah beserta orang-orang yang sabar (QS 2:153).
- Belajar yang Ku mau mati syahid Ku terima, itu yang kupinta dari dunia.
- Sesungguhnya bersama kesulitan ada kemudahan. (QS. Al-Insyirah: 6) .

### PERSEMBAHAN:

- Allah SWT atas berkah dan karunia-Nya.
- Kedua Orang tuaku Bapak Alm. Eko Yulianto dan Ibu Tarliyah serta kakak (Tanti dan Andi) dan keponakan tercinta (baby Nanu) atas segala doa, pengorbanan dan kasih sayangnya.
- Untuk keluarga besar yang selalu mendukung dengan tulus dan ikhlas.
- Teman – teman IKM'11

## KATA PENGANTAR

Puji syukur kehadirat Allah SWT atas segala limpahan rahmat-Nya dan berkat bimbingan Bapak dan Ibu Dosen, sehingga skripsi yang berjudul “Implementasi Pelaksanaan Jaminan Kesehatan Nasional pada Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan Pasien Rawat Jalan di Puskesmas Jatilawang Kabupaten Banyumas Tahun 2014” dapat terselesaikan. Penyelesaian skripsi ini dimaksudkan sebagai syarat untuk memperoleh gelar Sarjana Kesehatan Masyarakat pada Fakultas Ilmu Keolahragaan, Universitas Negeri Semarang. Perlu disadari bahwa penyusunan skripsi ini tidak dapat selesai tanpa bantuan dari berbagai pihak. Oleh karena itu, dengan kerendahan hati disampaikan terima kasih kepada yang terhormat:

1. Dekan Fakultas Ilmu Keolahragaan Universitas Negeri Semarang, Bapak Drs. Harry Pramono, M.Si atas izin penelitian.
2. Ketua Jurusan Ilmu Kesehatan Masyarakat Fakultas Ilmu Keolahragaan Universitas Negeri Semarang, Bapak Irwan Budiono, S.KM, M.Kes (Epid), atas persetujuan penelitian.
3. Dosen Pembimbing, Ibu dr Intan Zainafree, MH. Kes atas bimbingan, arahan serta masukan dalam penyusunan skripsi ini.
4. Bapak dan Ibu Dosen Jurusan Ilmu Kesehatan Masyarakat, atas ilmu yang diberikan selama kuliah.
5. Kepala Puskesmas Jatilawang Ibu dr. Esti Haryati, atas ijin penelitiannya.

6. Petugas JKN Puskesmas Jatilawang, Ibu Darwati dan Ibu Salinah, atas bantuannya dalam proses penelitian.
7. Petugas Rawat Jalan Puskesmas Jatilawang, Bapak Daryono dan Ibu Murniati atas bantuannya dalam proses penelitian.
8. Pasien Rawat Jalan Puskesmas Jatilawang, atas bantuannya dalam proses penelitian.
9. Bapak Alm. Eko Yulianto, Ibu Tarliyah, Kakak Tanti dan Andi serta Keponakan tersayang Keanu Rafasya Pratama atas bimbingan, dukungan, doa dan motivasi selama menempuh pendidikan dan penyelesaian skripsi ini.
10. Teman-Temanku Kikim, Iput, Rizki, Ana dan Dek dini atas motivasi, dukungan, kebahagiaan, dan doa dalam penyusunan skripsi ini serta Prabowo Rizki Usman atas perhatian dan semangat yang selalu diberikan.
11. Seluruh mahasiswa jurusan Ilmu Kesehatan Masyarakat angkatan 2011 atas motivasi dan doa dalam penyusunan skripsi ini
12. Semua pihak yang tidak dapat disebutkan satu persatu, atas bantuannya dalam penyelesaian skripsi ini

Semoga amal baik dari semua pihak mendapatkan pahala yang berlipat ganda dari Allah SWT. Disadari bahwa skripsi ini masih jauh dari sempurna. Oleh karena itu, kritik dan saran yang membangun sangat diharapkan guna penyempurnaan skripsi ini. Semoga skripsi ini bermanfaat bagi semua pihak

Semarang, September 2015

Penyusun



## DAFTAR ISI

	Halaman
<b>JUDUL</b> .....	i
<b>ABSTRAK</b> .....	ii
<b>ABSTRACK</b> .....	iii
<b>PERNYATAAN</b> .....	iv
<b>PENGESAHAN</b> .....	v
<b>MOTTO DAN PERSEMBAHAN</b> .....	vi
<b>KATA PENGANTAR</b> .....	vii
<b>DAFTAR ISI</b> .....	ix
<b>DAFTAR TABEL</b> .....	xiii
<b>DAFTAR GAMBAR</b> .....	xv
<b>DAFTAR LAMPIRAN</b> .....	xvi
 <b>BAB I PENDAHULUAN</b>	
1.1 Latar Belakang Masalah .....	1
1.2 Rumusan Masalah .....	8
1.3 Tujuan Penelitian .....	8
1.4 Manfaat Penelitian .....	9
1.5 Keaslian Penelitian .....	11
1.6 Ruang Lingkup Penelitian .....	13
 <b>BAB II TINJAUAN PUSTAKA</b>	
2.1 Landasan Teori .....	14
2.1.1 Implementasi .....	14

2.1.1.1 <i>Implementasi Kebijakan</i> .....	16
2.1.2 Jaminan Kesehatan Nasional (JKN).....	19
2.1.3 Pelayanan Kesehatan.....	24
2.1.4 Rawat Jalan. ....	34
2.1.5 Puskesmas. ....	38
2.1.6 Faktor Pengaruh Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan .....	46
2.2 Kerangka teori .....	54
<b>BAB III METODOLOGI PENELITIAN</b>	
3.1 Alur Pikir.....	55
3.2 Fokus Penelitian .....	56
3.3 Jenis Dan Rancangan Penelitian .....	56
3.4 Sumber Informasi .....	57
3.5 Instrumen Penelitian Dan Teknik Pengambilan Data .....	58
3.6 Prosedur Penelitian.....	62
3.7 Pemeriksaan Keabsahan Data .....	63
3.8 Teknik Analisis Data.....	64
<b>BAB IV HASIL PENELITIAN</b>	
4.1 Gambaran Umum .....	67
4.1.1 Gambaran Umum Lokasi Penelitian .....	67
4.2 Hasil Penelitian .....	71
4.2.1 Gambaran Umum Informan Utama .....	71
4.2.2 Gambaran Umum Informan Triangulasi .....	72
4.2.3 Implementasi JKN Pasien Rawat Jalan .....	73

4.2.3.1 Standar dan Sasaran Kebijakan .....	73
4.2.3.2 Sumber Daya .....	75
4.2.3.3 Hubungan Antar Organisasi .....	79
4.2.3.4 Karakteristik Agen Pelaksana .....	82
4.2.3.5 Kondisi Sosial, Politik, dan Ekonomi .....	86
4.2.3.6 Disposisi Implementor .....	89
4.2.4 Faktor Pengaruh Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan .....	91
4.2.4.1 Faktor Predisposing .....	92
4.2.4.2 Faktor Pemungkin .....	93
4.2.4.3 Need Factors .....	94
4.2.5 Kendala Pelaksanaan JKN .....	94
<b>BAB V PEMBAHASAN</b>	
5.1 Pembahasan Hasil Penelitian .....	96
5.1.1 Implementasi JKN Pasien Rawat Jalan .....	96
5.1.1.1 Standar dan Sasaran Kebijakan .....	97
5.1.1.2 Sumber Daya .....	101
5.1.1.3 Hubungan Antar Organisasi .....	108
5.1.1.4 Karakteristik Agen Pelaksana .....	112
5.1.1.5 Kondisi Sosial, Politik, dan Ekonomi .....	117
5.1.1.6 Disposisi Implementor .....	120
5.1.2 Faktor Pengaruh Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan .....	123
5.1.2.1 Faktor Predisposing .....	123
5.1.2.2 Faktor Pemungkin .....	125

5.1.2.3 <i>Need Factors</i> .....	126
-----------------------------------	-----

5.2 Kelemahan Penelitian .....	127
--------------------------------	-----

## **BAB VI SIMPULAN DAN SARAN**

6.1 Simpulan .....	128
--------------------	-----

6.2 Saran .....	130
-----------------	-----

<b>DAFTAR PUSTAKA</b> .....	132
-----------------------------	-----

## **LAMPIRAN**



## DAFTAR TABEL

	Halaman
Tabel 1.1. Matriks Keaslian Penelitian .....	11
Tabel 1.2. Matriks Perbedaan Penelitian.....	12
Tabel 4.1 Jumlah Penduduk Banyumas Tahun 2009-2013 .....	68
Tabel 4.2 Data Ketenagaan Puskesmas Jatilawang .....	70
Tabel 4.3 Gambaran Umum Informan Utama .....	71
Tabel 4.4 Gambaran Umum Informan Triangulasi .....	72
Tabel 4.5 Tujuan dan Sasaran JKN .....	74
Tabel 4.6 Peraturan Program JKN .....	75
Tabel 4.7 Sumber Daya Manusi.....	76
Tabel 4.8 Sumber Daya Sarana dan Prasarana.....	77
Tabel 4.9 Sumber Daya Finansial. ....	78
Tabel 4.10 Komunikasi Antar Lembaga.....	79
Tabel 4.11 Sosialisasi Program JKN.....	81
Tabel 4.12 Karakteristik Agen Pelaksana.....	83
Tabel 4.13 Pemberian Pelayanan pada Pasien.....	84
Tabel 4.14 Prosedur Pelayanan Pasien.....	85
Tabel 4.15 Kondisi Sosial Politik, dan Ekonomi.....	86
Tabel 4.16 Kepuasan Pasien Pengguna JKN.....	87
Tabel 4.17 Kunjungan Pasien Rawat Jalan.....	88
Tabel 4.18 Sikap Para Pelaksana.....	89
Tabel 4.19 Penanganan Komplain Pasien.....	90

Tabel 4.20 Faktor Predisposing. ....	92
Tabel 4.21 Faktor Pemungkin. ....	93
Tabel 4.22 Need Factors. ....	94
Tabel 4.23 Kendala Pelaksanaan JKN. ....	94



## DAFTAR GAMBAR

	Halaman
Gambar 2.1 Pembagian Pelayanan Kesehatan .....	26
Gambar 2.2 Alur Pelayanan Rawat Jalan.....	37
Gambar 2.3 <i>The Initial Behavioral Model</i> .....	46
Gambar 2.4 <i>Additional Measure Of Access</i> .....	52
Gambar 2.5 Kerangka Teori.....	54
Gambar 3.1 Kerangka Alur Pikir Penelitian.....	55
Gambar 3.2 Prosedur Penelitian.....	63
Gambar 5.1 Alur Pelayanan Rawat Jalan Puskesmas Jatilawang .....	115
Gambar 5.2 Alur Pelayanan Rawat Jalan (UU No. 24 tahun 2011). .....	116

## LAMPIRAN

	Halaman
1. Surat Tugas Pembimbing.....	137
2. Surat Ijin Penelitian untuk Puskesmas Jatilawang .....	138
3. Surat Ijin Penelitian Dinas untuk Kesehatan Kabupaten Banyumas .....	139
4. Surat Ijin Penelitian untuk Kesbangpol Banyumas .....	140
5. Surat Ijin Penelitian dari Kesbangpol Banyumas .....	141
6. Surat Ijin Penelitian dari BAPPEDA Banyumas .....	142
7. Surat Ijin Penelitian dari Dinas Kesehatan Kabupaten Banyumas .....	143
8. Surat Ijin Telah Melakukan Penelitian dari Puskesmas Jatilawang .....	144
9. Instrumen Penelitian (Panduan Wawancara) .....	145
10. Check List Data Sekunder .....	157
11. Lembar Observasi .....	158
12. Hasil Check List Data Sekunder .....	160
13. Hasil Observasi .....	161
14. Daftar Peserta JKN di Puskesmas Jatilawang.....	163
15. Data Ketenagaan Wilayah Kerja Puskesmas Jatilawang.....	164
16. Alur Pelayanan di BP Rawat Jalan.....	165
17. Laporan Kunjungan Pasien Rawat Jalan.....	166
18. Dokumentasi .....	167



# **BAB I**

## **PENDAHULUAN**

### **1.1 Latar Belakang**

Kesehatan adalah suatu kondisi atau keadaan dinamis yang sifatnya multi dimensional dan merupakan hasil dari adaptasi seseorang terhadap lingkungannya, kesehatan merupakan sumber bagi kehidupan dan ada dalam berbagai tingkatan (McKenzie,J.F, 2007 : 4). Kesehatan dipandang sebagai cara untuk dapat hidup secara produktif. Sehingga, untuk mewujudkan derajat kesehatan masyarakat banyak hal yang perlu dilakukan. Salah satu diantaranya yang dipandang mempunyai peranan yang cukup penting adalah adanya program jaminan kesehatan. Jaminan kesehatan untuk masyarakat akan memberikan sumbangan yang besar bagi terwujudnya kesehatan yang jauh lebih baik ( Novayanti, 2013). Menurut Mey Harsanti (2014 : 2) “Semakin baik status kesehatan penduduk suatu negara semakin baik pula tingkat perekonomiannya dengan demikian akan lebih mempercepat peningkatan kesejahteraan masyarakat di negara tersebut”. Adanya penjaminan hak kesejahteraan inilah yang mendorong pemerintah untuk menyelenggarakan program jaminan kesehatan bagi masyarakat (Ika W, 2014: 1).

Undang - Undang Nomor 36 tahun 2009 tentang kesehatan menegaskan bahwa setiap orang mempunyai hak yang sama dalam memperoleh akses atas sumber daya di bidang kesehatan dan memperoleh pelayanan kesehatan yang aman, bermutu, dan terjangkau. Setiap orang mempunyai kewajiban turut serta dalam program jaminan kesehatan sosial. Dalam undang - undang No. 40 Tahun

2004 tentang Sistem Jaminan Nasional (SJSN) menyatakan bahwa jaminan sosial wajib bagi seluruh penduduk termasuk Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) melalui suatu Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS). Terdapat 5 program mengenai jaminan sosial dalam UU SJSN, antara lain jaminan kesehatan, jaminan kecelakaan kerja, jaminan hari tua, jaminan pensiun dan jaminan kematian.

JKN adalah program pemerintah yang mempunyai tujuan untuk memberikan kepastian jaminan kesehatan yang menyeluruh bagi setiap penduduk Indonesia, agar hidup sehat, produktif, dan sejahtera. Program JKN akan diselenggarakan oleh BPJS kesehatan yang implementasinya dimulai 1 Januari 2014. Peserta JKN dibagi menjadi Penerima Bantuan Iuran (PBI) dan non - Penerima Bantuan Iuran (non-PBI) (Kemenkes RI, 2013 dalam Buku Pegangan Sosialisasi JKN dan SJSN). Sesuai dengan Undang – Undang No 40 tahun 2004 pasal 22 disebutkan jika manfaat jaminan kesehatan bersifat pelayanan perseorangan berupa pelayanan kesehatan yang mencakup pelayanan promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif, termasuk obat dan bahan medis habis pakai yang diperlukan. Untuk manfaat pelayanan promotif dan preventif yang diberikan, meliputi penyuluhan kesehatan perorangan, imunisasi dasar, keluarga berencana, skrining kesehatan tertentu, dan pemeriksaan penunjang pelayanan skrining kesehatan.

Berbagai pro kontra bermunculan sejak lahirnya program JKN sampai 1 tahun pelaksanaan JKN. Sebagai penyelenggara tunggal, BPJS diupayakan dapat mengakomodir pelaksanaan program JKN ini secara sistematis demi memenuhi amanat undang-undang. Namun tidak bisa dipungkiri adanya polemik yang terjadi

dapat karena faktor kelalaian BPJS, PPK maupun peserta sendiri, yang pada ujungnya merugikan peserta (Mey Harsanti, 2014). Menurut Dewan Jaminan Sosial Nasional dalam peta Jalan JKN 2012-2019 menyatakan bahwa peserta JKN yang dikelola oleh BPJS sebanyak 121,6 juta jiwa diantaranya 96 juta jiwa peserta PBI dan selebihnya merupakan peserta non-PBI. Pada provinsi Jawa Tengah dengan jumlah penduduk 32.382.657 . Jumlah kepesertaan jaminan kesehatan sebanyak 17.097.750 (Rakerkesda Dinkes Prov. Jateng)

Untuk BPJS Kesehatan cabang Purwokerto menargetkan jumlah kepesertaan tahun 2014 sebanyak 139.392 peserta yang mencakup Kabupaten Banyumas, Kabupaten Banjarnegara, Kabupaten Purbalingga, dan Kabupaten Cilacap. Menurut Kepala Cabang BPJS Kesehatan Cabang Utama Purwokerto, Arief Syaefudin, target tersebut terdiri dari pekerja penerima upah sebanyak 132.643 dan juga pekerja bukan penerima upah/ masyarakat umum sebanyak 6.749 peserta. Pengelolaan asuransi kesehatan diserahkan masing-masing pada rumah sakit dan puskesmas (Fadjriadi Nur, 2014).

Dalam undang – undang No. 75 tahun 2014 disebutkan jika Pusat Kesehatan Masyarakat yang selanjutnya disebut Puskesmas adalah fasilitas pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan upaya kesehatan masyarakat dan upaya kesehatan perseorangan tingkat pertama, dengan lebih mengutamakan upaya promotif dan preventif, untuk mencapai derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya di wilayah kerjanya. Sebagai fasilitas kesehatan tingkat pertama puskesmas memiliki peranan penting dalam sistem kesehatan nasional. Kabupaten Banyumas terdiri dari 49 puskesmas yang terdaftar sebagai peserta

BPJS. Puskesmas Jatilawang merupakan puskesmas yang terdapat di Kabupaten Banyumas. Puskesmas Jatilawang adalah puskesmas yang memiliki VISI “Pelayanan Kesehatan Prima Dalam Kemandirian”. Puskesmas Jatilawang yang berlokasi di Jl. Raya Jatilawang No. 24 Jatilawang Banyumas 53174, mencakup 11 desa sebagai wilayah kerja. Puskesmas Jatilawang memiliki fasilitas antara lain: Rawat Jalan, Rawat Inap. Fasilitas Penunjang antara lain: BP, KIA-KB, farmasi, Poli Gigi, TB Kusta, Laboratorium, Manajemen Terpadu Balita Sakit (MTBS) (Studi Pendahuluan pada tanggal 22 Januari 2014).

Puskesmas menyediakan pelayanan dalam bidang kesehatan yang merupakan salah satu bentuk pelayanan yang paling banyak dibutuhkan oleh masyarakat. Tidak mengherankan apabila bidang kesehatan perlu untuk selalu dibenahi agar bisa memberikan pelayanan kesehatan yang terbaik untuk masyarakat (Mey Harsanti, 2014). “Pelayanan kesehatan yang bermutu adalah pelayanan kesehatan yang peduli dan terpusat pada pelanggan, kebutuhan, serta harapan” (Tjahjono Koentjoro, 2007 : 7). Pelayanan kesehatan yang dimaksud tentunya adalah pelayanan yang cepat dan tepat, murah dan ramah. Mengingat bahwa sebuah negara akan bisa menjalankan pembangunan dengan baik apabila didukung oleh masyarakat yang sehat baik secara jasmani maupun rohani (Pradika, 2013). Sebagaimana telah diamanatkan dalam Undang-undang Dasar 1945 pasal 28 H ayat (1) “Setiap orang berhak hidup sejahtera lahir dan batin, bertempat tinggal, dan mendapatkan lingkungan hidup yang baik dan sehat serta berhak memperoleh pelayanan kesehatan” dan Pasal 34 ayat (3) “Negara bertanggung jawab atas penyediaan fasilitas pelayanan kesehatan dan fasilitas

pelayanan umum yang layak”. Untuk itu diperlukan penyelenggaraan pelayanan kesehatan yang terkendali biaya dan terkendali mutu.

Berdasarkan studi pendahuluan yang sudah peneliti lakukan pada tanggal 22 Januari 2014, Puskesmas Jatilawang dalam wilayah Kecamatan Jatilawang memiliki kunjungan pasien rawat jalan terbanyak diantara wilayah sekitarnya yaitu 38.027 pada tahun 2014. Dengan jumlah pasien rawat jalan yang berkunjung secara fluktuatif setiap bulannya selama tahun 2014 (Januari – Desember ). Peserta umum sebanyak 21.716 atau 57,1 %, peserta BPJS PBI 12.887 atau 33,88 %, peserta BPJS non-PBI 1.861 atau 4,89 %, dan peserta Kartu Banyumas Sehat (KBS) 141 atau 0,37 % . (Data kunjungan pasien rawat jalan Puskesmas jatilawang 2014). Data kepesertaan JKN yang terdaftar di Puskesmas Jatilawang per Desember tahun 2014 berjumlah 32.331 jiwa. Dengan jumlah penduduk di wilayah kecamatan Jatilawang tahun 2013 berjumlah 81.866 jiwa. (Studi pendahuluan pada tanggal 2 Mei 2015).

Dalam pelaksanaannya kunjungan pasien rawat jalan di Puskesmas Jatilawang terbanyak adalah pasien umum dengan jumlah 21.716 atau 57, 1 % lebih dari setengah dari total jumlah kunjungan pasien di Puskesmas Jatilawang sedangkan pasien peserta BPJS PBI dan non-PBI justru hanya 14.748 atau 38,7 %. Terlihat jika dalam era JKN masyarakat justru kurang mamahami penggunaan kartu BPJS kesehatan dan tidak semua masyarakat memiliki dan memakai kartu BPJS tersebut. Sesuai dengan UU No. 24 tahun 2011 tentang BPJS pasal 4 dikatakan bahwa kepesertaan BPJS bersifat wajib. Artinya seluruh penduduk

Indonesia wajib terdaftar menjadi peserta JKN, sesuai dengan yang ditargetkan pemerintah hingga tahun 2019 nanti.

Berdasarkan wawancara yang dilakukan oleh peneliti pada saat melakukan studi pendahuluan dengan narasumber dr. Esti Haryati sebagai Kepala Puskesmas Jatilawang pada tanggal 22 Januari 2014 didapatkan informasi jika pendapatan puskesmas setelah adanya program JKN ini semakin meningkat, dalam proses pelayanan pasien Puskesmas Jatilawang telah memberikan yang terbaik kemudian kesadaran masyarakat yang sudah cukup tinggi. Namun pada saat peneliti melakukan studi pendahuluan dengan narasumber saudari Nurkholifah sebagai pasien pengguna rawat jalan pada tanggal 22 Januari saat melakukan pemeriksaan pasien umum dengan belum memiliki kartu BPJS kesehatan, menurut pendapat saudari Nurkholifah jika berobat dirawat jalan tidak membutuhkan BPJS kesehatan, uang yang dikeluarkan untuk membayar setiap bulannya mubazir, belum prosedur pembuatannya yang rumit harus antri di kantor BPJS kesehatan karena tidak menjadi peserta PBI dari pemerintah.

Kemudian studi pendahuluan yang dilakukan di Puskesmas Jatilawang pada tanggal 22 Januari 2015, dengan narasumber bapak Daryono sebagai staf umum Puskesmas Jatilawang didapatkan informasi dalam pelayanan kesehatan pada peserta JKN menekankan pelayanan *basic need* (kebutuhan dasar) dan bukan kenyamanan. Menurut Tjahjono (2007: 7) Keselamatan pasien merupakan upaya yang harus diutamakan dalam penyediaan pelayanan kesehatan. Pasien harus memperoleh jaminan keselamatan selama mendapatkan perawatan atau pelayanan pada lembaga pelayanan kesehatan, yakni terhindar dari berbagai kesalahan

tindakan medis (*medical error*) maupun kejadian yang tidak diharapkan. Lembaga pelayanan kesehatan kesehatan tidak hanya reaktif terhadap kebutuhan, tetapi harus dapat mengantisipasi kebutuhan pelanggan dan mampu menyediakan pelayanan yang dibutuhkan.

Kegiatan pelaksanaan Jaminan Kesehatan Nasional di Puskesmas Jatilawang sangat disayangkan ketika ternyata masih banyak lapisan masyarakat yang tidak memahami prosedur dan cara berobat dengan menggunakan layanan BPJS akibat kurang terpapar informasi. Terdapatnya beberapa kondisi faktual yang dapat ditemui di lapangan yakni belum sepenuhnya masyarakat mengetahui prosedur pemanfaatan JKN pada pelayanan kesehatan khususnya pada instalasi rawat jalan yang bergulir di masyarakat. Kemudian anggapan masyarakat jika hanya berobat dirawat jalan tidak membutuhkan BPJS kesehatan, selain prosedur pembuatannya yang merepotkan juga pengeluaran uang yang dibayarkan setiap bulan untuk peserta non PBI dianggap terbuang sia-sia. Permasalahan lain yang muncul adalah kurang pahamnya pasien dimana harus dilayani dan masih ditemukannya kartu yang belum ada pemberi pelayanan kesehatan (PPK) nya.

Sehingga berdasarkan uraian di atas, peneliti tertarik untuk melakukan penelitian tentang Implementasi Pelaksanaan JKN Pada Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan Pasien Rawat Jalan Di Puskesmas Jatilawang Kabupaten Banyumas Tahun 2014.

## **1.2 Rumusan Masalah**

Berdasarkan uraian dalam latar belakang masalah, maka permasalahan yang dirumuskan adalah sebagai berikut:

### 1.2.1 Rumusan Masalah Umum

Bagaimana Implementasi Pelaksanaan JKN Pada Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan Pasien Rawat Jalan Di Puskesmas Jatilawang Kabupaten Banyumas ?

### 1.2.2 Rumusan Masalah Khusus

1.2.2.1 Bagaimana pelayanan kesehatan pasien JKN rawat jalan di puskesmas Jatilawang ?

1.2.2.2 Faktor apa saja yang mempengaruhi pemanfaatan pelayanan kesehatan pada pengguna JKN di instalasi rawat jalan di Puskesmas Jatilawang?

1.2.2.3 Apa saja kendala yang dihadapi saat melakukan proses pelaksanaan JKN pada pemanfaatan pelayanan kesehatan pasien rawat jalan di Puskesmas Jatilawang Kabupaten Banyumas ?

## 1.3 Tujuan Penelitian

Berdasarkan rumusan masalah yang dipaparkan di atas, maka tujuan penelitian ini adalah sebagai berikut :

### 1.3.1 Tujuan Umum

Untuk mengetahui implementasi pelaksanaan JKN pada pemanfaatan pelayanan kesehatan pasien rawat jalan di Puskesmas Jatilawang Kabupaten Banyumas.



### 1.3.2 Tujuan Khusus

1.3.2.1 Untuk mengetahui bagaimana pelayanan kesehatan pasien JKN rawat jalan di Puskesmas Jatilawang.

1.3.2.2 Untuk mengetahui faktor apa saja yang mempengaruhi pemanfaatan pelayanan kesehatan pada pengguna JKN di instalasi rawat jalan Puskesmas Jatilawang

1.3.2.3 Untuk mengetahui apa saja kendala yang dihadapi saat melakukan proses pelaksanaan JKN pada pemanfaatan pelayanan kesehatan pasien rawat jalan di Puskesmas Jatilawang Kabupaten Banyumas.

## 1.4 Manfaat Penelitian

### 1.4.1 Bagi penulis

Penelitian ini memberikan pemahaman lebih mendalam mengenai Implementasi Pelaksanaan JKN Pada Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan Pasien Rawat Jalan Di Puskesmas Jatilawang Kabupaten Banyumas.

### 1.4.2 Bagi Ilmu Pengetahuan

Penelitian ini dapat menambah referensi yang ada, sehingga semua pihak yang membutuhkan dapat menggunakannya. Diharapkan penelitian ini juga dapat memberikan sumbangan pemikiran terutama dalam pengaturan kebijakan kesehatan.

### 1.4.3 Bagi Masyarakat

Penelitian ini diharapkan memberikan informasi mengenai pelaksanaan JKN pada pemanfaatan pelayanan kesehatan yang lebih baik lagi bagi masyarakat.

#### 1.4.4 Bagi Puskesmas Jatilawang

Diharapkan memberi informasi, dan masukan mengenai pelaksanaan JKN dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan, khususnya pasien JKN rawat jalan di Puskesmas Jatilawang.

#### 1.4.5 Bagi Dinas Kesehatan

Diharapkan memberikan gambaran tentang pemanfaatan pelayanan kesehatan oleh peserta JKN sehingga dapat dijadikan untuk membuat kebijakan tentang keefektifan jalannya JKN.

## 1.5 Keaslian Penelitian

Keaslian penelitian dapat digunakan untuk membedakan penelitian yang dilakukan sekarang dengan penelitian sebelumnya.

Tabel 1.1 Matriks Keaslian Penelitian

No	Judul Penelitian	Nama Peneliti	Tahun dan Tempat Penelitian	Rancangan Penelitian	Hasil Penelitian
1.	Implementasi Program Jaminan Kesehatan Masyarakat (JAMKESMAS) di Puskesmas Jagir Surabaya	Norman andika	2010, Puskesmas Jagir Surabaya	Penelitian secara deskriptif kualitatif	Pelaksanaan program Jamkesmas di Puskesmas Jagir sesuai dengan tujuan yaitu biaya pelayanan, cakupan pelayanan, kualitas pelayanan sudah dilaksanakan dengan cukup baik
2.	Implementasi Program Jaminan Kesehatan Gratis Daerah di Puskesmas Sumbang Kecamatan Curio Enrekang	Novayanti Sopia Rukman a S	2013, Puskesmas Sumbang Kecamatan Curio Enrekang	Penelitian secara deskriptif kualitatif	Implementasi program jaminan kesehatan gratis belum terlaksana secara maksimal.

Tabel 1.2 Matriks Perbedaan Penelitian

No	Perbedaan	Norma Andika	Novayanti Sopia Rukmana S	Fenti Kusuma Dewi
1.	Judul	Implementasi Program Jaminan Kesehatan Masyarakat (JAMKESMAS) di Puskesmas Jagir Surabaya	Implementasi Program Jaminan Kesehatan Gratis Daerah di Puskesmas Sumbang Kecamatan Curio Enrekang	Implementasi Pelaksanaan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) Pada Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan Pasien Rawat Jalan Di Puskesmas Jatilawang Kabupaten Banyumas
2.	Tahun dan Tempat Penelitian	2010, Puskesmas Jagir Surabaya	2013, Puskesmas Sumbang Kecamatan Curio Enrekang	2015, Puskesmas Jatilawang
3.	Rancangan Penelitian	Penelitian secara deskriptif kualitatif	Penelitian secara deskriptif kualitatif	Penelitian Secara deskriptif kualitatif
4.	Subjek Penelitian	Staf karyawan Puskesmas Jagir Surabaya	Masyarakat yang menjadi sasaran dari program kesehatan gratis, Kepala Puskesmas	Staf Karyawan Puskesmas Jatilawang, Pasien JKN PBI dan non-PBI rawat jalan Puskesmas Jatilawang.

Hal yang membedakan penelitian ini dengan penelitian terdahulu terletak pada tempat dan fokus penelitian. Pada penelitian yang dilakukan Norman Andika membahas mengenai implementasi Jaminan Kesehatan Masyarakat di Puskesmas Jagir Surabaya, pada penelitian yang dilakukan oleh Novayanti Sopia membahas mengenai implementasi program Jaminan Kesehatan Gratis Daerah di Puskesmas Sumbang, sedangkan pada penelitian yang akan dilakukan oleh saya membahas mengenai pelaksanaan Jaminan Kesehatan Nasional pada pasien rawat jalan di Puskesmas Jatilawang.

## **1.6 Ruang Lingkup Penelitian**

### **1.6.1 Ruang Lingkup Tempat**

Lokasi yang akan dilakukan penelitian adalah di Puskesmas Jatilawang Kabupaten Banyumas.

### **1.6.2 Ruang Lingkup Waktu**

Penelitian ini dilakukan pada bulan Januari 2015 sampai dengan selesai.

### **1.6.3 Ruang lingkup keilmuan**

Lingkup penelitian ini termasuk dalam ilmu kesehatan masyarakat bidang administrasi kebijakan kesehatan khususnya tentang implementasi pelaksanaan Jaminan Kesehatan Nasional pada kebijakan kesehatan.

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **2.1 Landasan Teori**

##### **2.1.1 Implementasi**

Menurut Mazmanian dan Sabatier mengemukakan bahwa implementasi adalah upaya melaksanakan keputusan kebijakan. Katanya, “ *Implementation is the carrying out of basic policy decision, usually incorporated in a statute but which can also take the form of important executive orders or court decision. Ideally, that decision identifies the problem(s) to be addressed, stipulates the objective(s) to be pursued, and in a variety of ways, “structures” the implementation process.*” (dikutip deLeon & deLeon, 2001, 473). Implementasi adalah menyediakan sarana untuk melaksanakan sesuatu untuk menimbulkan dampak terhadap sesuatu (Riant Nugroho D, 2006: 119). Akan tetapi, pemerintah dalam membuat kebijakan juga harus mengkaji terlebih dahulu apakah kebijakan tersebut dapat memberikan dampak yang buruk atau tidak bagi masyarakat. Hal tersebut bertujuan agar suatu kebijakan tidak bertentangan dengan masyarakat apalagi sampai merugikan masyarakat (Solichin Abdul W. 2008: 183).

Keberhasilan implementasi menurut Merilee S. Grindle (1980) dalam Subarsono (2010: 93) dipengaruhi oleh dua variabel besar, yakni isi kebijakan (*content of policy*) dan lingkungan implementasi. Variabel isi kebijakan ini mencakup : (1) kepentingan kelompok sasaran; (2) tipe manfaat; (3) derajat perubahan yang diinginkan; (4) letak pengambilan keputusan; (5) pelaksanaan program; (6) sumberdaya yang dilibatkan. Sedangkan variabel lingkungan

mencangkup : (1) kekuasaan, kepentingan dan strategi aktor yang terlibat; (2) karakteristik lembaga dan penguasa; (3) kepatuhan dan daya tanggap.

Menurut Meter dan Horn ada enam variabel yang mempengaruhi kinerja implementasi, yakni :

1. Standar dan sasaran kebijakan

Standar dan sasaran kebijakan harus jelas dan terukur sehingga dapat direalisasikan. Apabila standar dan sasaran kebijakan kabur, maka akan terjadi *multiinterpretasi* dan mudah menimbulkan konflik diantara para agen implementasi.

2. Sumberdaya

Implementasi kebijakan perlu dukungan sumberdaya baik sumberdaya manusia (*human resources*) maupun sumberdaya non-manusia (*non human resources*). Dalam berbagai kasus program pemerintah, seperti program jaring pengaman sosial (JPS) untuk kelompok miskin di pedesaan kurang berhasil karena keterbatasan kualitas aparat pelaksana.

3. Hubungan antar organisasi

Dalam banyak program, implementasi sebuah program perlu dukungan dan komunikasi dengan instansi lain. Untuk itu, diperlukan komunikasi dan kerjasama antar instansi bagi keberhasilan suatu program.

4. Karakteristik agen pelaksana

Yang dimaksud karakteristik agen pelaksana adalah mencangkup struktur birokrasi, norma-norma, dan pola-pola hubungan yang terjadi dalam

birokrasi, yang semuanya itu akan mempengaruhi implementasi suatu program.

5. Kondisi sosial, politik, dan ekonomi

Variabel ini mencakup sumberdaya ekonomi lingkungan yang dapat mendukung keberhasilan implementasi kebijakan; sejauh mana kelompok-kelompok kepentingan memberikan dukungan bagi implementasi kebijakan; karakteristik para partisipan, yakni mendukung atau menolak; bagaimana sifat opini publik yang ada di lingkungan; dan apakah elite politik mendukung implementasi kebijakan.

6. Disposisi implementor

Disposisi implementor ini mencakup tiga hal yang penting, yakni : (a) respons implementator terhadap kebijakan, yang akan mempengaruhi kemauannya untuk melaksanakan kebijakan; (b) kognisi, yakni pemahamannya terhadap kebijakan; dan (c) intensitas disposisi implementator, yakni preferensi nilai yang dimiliki oleh implementator (Subarsono, 2010: 99-101).

### **2.1.1.1 Implementasi Kebijakan**

Menurut Mazmanian dan Sabatier (1986) dalam Solichin Abdul W. (2008: 184) implementasi kebijakan berarti berusaha untuk memahami “apa yang senyatanya terjadi sesudah suatu program diberlakukan atau dirumuskan, yakni peristiwa-peristiwa dan kegiatan-kegiatan yang terjadi setelah proses pengesahan/legislatif kebijakan publik, baik itu menyangkut usaha-usaha untuk



mengadministrasikannya maupun usaha-usaha untuk memberikan dampak tertentu pada masyarakat ataupun peristiwa-peristiwa”. Kebijakan publik menurut Thomas Dye (1981: 1) dalam Subarsono (2010: 2) adalah apapun pilihan pemerintah untuk melakukan atau tidak melakukan (*public policy is whatever governments choose to do or not to do*). Definisi kebijakan publik dari Thomas Dye tersebut mengandung makna bahwa (1) kebijakan publik tersebut dibuat oleh badan pemerintah, bukan organisasi swasta; (2) kebijakan publik menyangkut pilihan yang harus dilakukan atau tidak dilakukan oleh badan pemerintah. Dalam pandangan Edwards III (1980) dalam Subarsono (2010: 90) implementasi kebijakan dipengaruhi oleh empat variable, yakni : komunikasi, sumberdaya, disposisi, dan struktur birokrasi.

Proses kebijakan publik terdiri dari lima tahapan yaitu sebagai berikut :

1. Penyusunan agenda (*agenda setting*), yakni suatu proses agar suatu masalah bisa mendapat perhatian dari pemerintah.
2. Formulasi kebijakan (*policy formulation*), yakni proses perumusan pilihan-pilihan kebijakan oleh pemerintah.
3. Pembuatan kebijakan (*decision making*), yakni proses ketika pemerintah memilih untuk melakukan suatu tindakan atau tidak melakukan suatu tindakan.
4. Implementasi kebijakan (*policy implementation*), yaitu proses untuk melaksanakan kebijakan supaya mencapai hasil.

5. Evaluasi kebijakan (*policy evaluation*), yakni proses untuk memonitor dan menilai hasil atau kinerja kebijakan. Berdasarkan Michael H. dan M. Ramesh (1995: 11) dalam Subarsono (2010: 13-14).

Kerangka kerja kebijakan publik akan ditentukan oleh beberapa variabel sebagai berikut :

1. Tujuan yang akan dicapai. Ini mencangkup kompleksitas tujuan yang akan dicapai. Apabila tujuan kebijakan semakin kompleks, maka semakin sulit mencapai kinerja kebijakan. Sebaliknya, apabila tujuan kebijakan semakin sederhana, maka semakin mudah untuk mencapainya.
2. Preferensi nilai seperti apa yang perlu dipertimbangkan dalam pembuatan kebijakan. Suatu kebijakan yang mengandung berbagai variasi nilai akan jauh lebih sulit untuk dicapai dibanding dengan suatu kebijakan yang hanya mengejar satu nilai.
3. Sumberdaya yang mendukung kebijakan. Kinerja suatu kebijakan akan ditentukan oleh sumberdaya finansial, material, dan infrastruktur lainnya.
4. Kemampuan aktor yang terlibat dalam pembuatan kebijakan. Kualitas dari suatu kebijakan akan dipengaruhi oleh kualitas para aktor yang terlibat dalam proses penetapan kebijakan. Kualitas tersebut akan ditentukan dari tingkat pendidikan, kompetensi dalam bidangnya, pengalaman kerja, dan integritas moralnya.

5. Lingkungan yang mencakup lingkungan sosial, ekonomi, politik dan sebagainya. Kinerja dari suatu kebijakan akan dipengaruhi oleh konteks sosial, ekonomi, politik tempat kebijakan tersebut diimplementasikan.
6. Strategi yang digunakan untuk mencapai tujuan. Strategi yang digunakan untuk mengimplementasikan suatu kebijakan akan mempengaruhi kinerja dari suatu kebijakan. Strategi yang digunakan dapat bersifat *top-down approach* atau *bottom-up approach*, otoriter atau demokratis (Subarsono, 2010 :6-8).

## **2.1.2 Jaminan Kesehatan Nasional (JKN)**

### **2.1.2.1 Definisi**

Berdasarkan UU No 40 tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional Pasal 19 Jaminan Kesehatan, diselenggarakan secara nasional berdasarkan prinsip asuransi sosial dan prinsip ekuitas. Jaminan kesehatan ini diselenggarakan dengan tujuan menjamin agar peserta memperoleh manfaat pemeliharaan kesehatan dan perlindungan dalam memenuhi kebutuhan dasar kesehatan. Menurut Hasbullah Thabrany (2014: 20) Asuransi sosial adalah asuransi yang wajib diikuti oleh seluruh atau sebagian penduduk (misalnya pegawai), premi atau iurannya bukan nilai nominal tetapi persentase upah yang wajib dibayarkan, dan manfaat asuransi (benefit) ditetapkan peraturan perundangan dan sama untuk semua peserta. Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) adalah suatu program pemerintah dengan tujuan memberikan kepastian jaminan kesehatan yang menyeluruh bagi setiap rakyat Indonesia agar penduduk Indonesia hidup sehat, produktif, dan sejahtera. JKN yang dikembangkan di Indonesia

merupakan bagian dari Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN). SJSN adalah suatu tata cara penyelenggaraan program jaminan sosial oleh beberapa badan penyelenggaraan jaminan sosial. SJSN diselenggarakan melalui mekanisme Asuransi Kesehatan Sosial yang bersifat wajib (*mandatory*) berdasarkan Undang-Undang No. 40 Tahun 2004 tentang SJSN. Jaminan Sosial adalah bentuk perlindungan sosial untuk menjamin seluruh rakyat agar dapat memenuhi kebutuhan dasar hidup yang layak. Tujuan dari SJSN agar semua penduduk Indonesia terlindungi dalam sistem asuransi, sehingga mereka dapat memenuhi kebutuhan dasar kesehatan masyarakat yang layak (Kemenkes RI, 2013 dalam Buku Pegangan Sosialisasi JKN dan SJSN).

#### **2.1.2.2 Prinsip-prinsip JKN**

Menurut (Kemenkes RI, 2013 dalam Buku Pegangan Sosialisasi JKN dan SJSN) Jaminan Kesehatan Nasional mengacu pada prinsip-prinsip SJSN sebagai berikut berikut:

1. Prinsip kegotongroyongan

Gotong royong dalam SJSN berarti peserta yang mampu membantu peserta yang kurang mampu, peserta yang sehat membantu peserta yang sakit. Melalui prinsip gotong royong jaminan sosial dapat menumbuhkan keadilan sosial bagi seluruh rakyat Indonesia.

2. Prinsip nirlaba

Pengelolaan dana amanat oleh BPJS adalah nirlaba dan bukan untuk mencari laba, namun untuk memenuhi sebesar-besarnya kepentingan peserta. Dana yang dikumpulkan dari masyarakat adalah dana amanat,

sehingga hasil pengembangannya, akan dimanfaatkan sebesar-besarnya untuk kepentingan peserta.

3. Prinsip keterbukaan, kehati-hatian, akuntabilitas, efisiensi, dan efektivitas.

Prinsip-prinsip manajemen ini diterapkan dan mendasari seluruh kegiatan pengelolaan dana yang berasal dari iuran peserta dan hasil pengembangannya.

4. Prinsip portabilitas

Prinsip portabilitas jaminan sosial dimaksudkan untuk memberikan jaminan yang berkelanjutan kepada peserta sekalipun berpindah pekerjaan atau tempat tinggal dalam wilayah Negara Kesatuan Republik Indonesia.

5. Prinsip kepesertaan bersifat wajib

Dimaksudkan agar seluruh rakyat menjadi peserta sehingga dapat terlindungi. Penerapannya disesuaikan dengan kemampuan ekonomi rakyat dan pemerintah serta kelayakan penyelenggaraan program. Tahap ini dimulai dari pekerja di sektor formal, bersamaan dengan itu sektor informal dapat menjadi peserta secara mandiri, sehingga pada akhirnya SJSN dapat mencakup seluruh rakyat.

6. Prinsip dana amanat

Dana yang terkumpul dari iuran peserta merupakan dana titipan kepada badan-badan penyelenggara untuk dikelola sebaik-baiknya dalam rangka mengoptimalkan dana tersebut untuk kesejahteraan peserta.

7. Prinsip hasil pengelolaan dana jaminan sosial

Dipergunakan seluruhnya untuk pengembangan program dan untuk sebesar-besar kepentingan peserta.

### **2.1.2.3 Kepesertaan**

Peserta JKN meliputi Penerima Bantuan Iuran (PBI) dan non-PBI dengan rincian sebagai berikut:

1. Peserta PBI meliputi orang yang tergolong fakir miskin dan tidak mampu. Sebelum diberlakukan JKN, asuransi seperti Jamkesmas, Jamkesda secara otomatis masuk dalam golongan ini.
2. Peserta non-PBI terdiri dari:
  - 1) Pekerja Penerima Upah: PNS, TNI, POLRI, pegawai swasta dll.
  - 2) Pekerja Bukan Penerima Upah: pekerja mandiri.
  - 3) Bukan Pekerja: investor, veteran, penerima pensiun dll.
  - 4) Warga Negara Indonesia yang berada di luar negeri diatur dengan ketentuan peraturan perundang-undangan tersendiri (Kemenkes RI, 2013 dalam Buku Pegangan Sosialisasi JKN dan SJSN).

### **2.1.2.4 Prosedur Pelayanan**

Peserta yang memerlukan pelayanan kesehatan pertama-tama harus memperoleh pelayanan kesehatan pada fasilitas kesehatan tingkat pertama berupa puskesmas, klinik kesehatan, atau dokter keluarga yang telah bekerjasama dengan BPJS. Bila peserta memerlukan pelayanan kesehatan tingkat lanjutan, maka hal itu harus dilakukan melalui rujukan oleh fasilitas kesehatan tingkat pertama, kecuali dalam keadaan kegawatdaruratan medis. Ada dua jenis pelayanan yang

akan diperoleh oleh peserta JKN, yaitu berupa pelayanan kesehatan (manfaat medis) serta akomodasi dan ambulan (manfaat non medis). Ambulan hanya diberikan untuk pasien rujukan dari fasilitas kesehatan dengan kondisi tertentu yang ditetapkan oleh BPJS setempat (Kemenkes RI, 2013 dalam Buku Pegangan Sosialisasi JKN dan SJSN).

### **2.1.2.5 Pembiayaan JKN**

Iuran Jaminan Kesehatan adalah sejumlah uang yang dibayarkan secara teratur oleh Peserta, Pemberi Kerja, dan/atau Pemerintah untuk program Jaminan Kesehatan (pasal 16, Perpres No. 12/2013 tentang Jaminan Kesehatan). Besarnya iuran JKN ditetapkan melalui Peraturan Presiden yang ditinjau ulang secara berkala sesuai dengan perkembangan sosial, ekonomi, dan kebutuhan dasar hidup yang layak.

#### **2.1.2.5.1 Pembayar Iuran**

1. Bagi Peserta PBI, iuran dibayar oleh Pemerintah.
2. Bagi Peserta Pekerja Penerima Upah, iurannya dibayar oleh Pemberi Kerja dan Pekerja.
3. Bagi Peserta Pekerja Bukan Penerima Upah dan Peserta Bukan Pekerja iuran dibayar oleh Peserta yang bersangkutan.

Besarnya Iuran Jaminan Kesehatan Nasional ditetapkan melalui Peraturan Presiden dan ditinjau ulang secara berkala sesuai dengan perkembangan sosial, ekonomi, dan kebutuhan dasar hidup yang layak (Kemenkes RI, 2013 dalam Buku Pegangan Sosialisasi JKN dan SJSN). Iuran peserta PBI JKN secara teratur dibayar oleh pemerintah sebesar Rp. 19.225 per bulan. Menteri Keuangan Agus D.W. Martowardojo mengatakan Pemerintah menganggarkan dana sebesar Rp26 triliun

untuk mendanai persiapan dan operasionalisasi Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan pada 2014 bagi masyarakat miskin dan rentan kemiskinan di Indonesia yang berjumlah 86,4 juta jiwa. Iuran peserta non-PBI dibayar sendiri sesuai dengan level tingkat premi berdasarkan kemampuan ekonomi: (1) 59.500 per orang per bulan dengan manfaat pelayanan di ruang perawatan Kelas I; (2) 42.500 per orang per bulan dengan manfaat pelayanan di ruang perawatan Kelas II; (3) 25.500 per orang per bulan dengan manfaat pelayanan di ruang perawatan Kelas III (pasal 16, Perpres No. 12/2013 Tentang Jaminan Kesehatan).

#### **2.1.2.6 Kelembagaan**

Program Jaminan Kesehatan Nasional diselenggarakan oleh Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) yang mengurus kegiatan terkait pelayanan jaminan kesehatan nasional. Untuk pelaksanaan di lapangan BPJS kesehatan akan menjadi badan pelaksana untuk program JKN ini. Sedangkan rumah sakit dan puskesmas sebagai provider (penyedia jasa) pelayanan (Kemenkes RI, 2013 dalam Buku Pegangan Sosialisasi JKN dan SJSN).

#### **2.1.3 Pelayanan Kesehatan**

Menurut Wahid dan Nurul (2009 : 132) Pelayanan merupakan kegiatan dinamis berupa membantu menyiapkan, menyediakan dan memproses, serta membantu keperluan orang lain. Pelayanan kesehatan adalah setiap upaya yang diselenggarakan sendiri atau secara bersama-sama dalam suatu organisasi untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan, mencegah dan menyembuhkan penyakit, serta memulihkan kesehatan perseorangan, keluarga, kelompok dan



masyarakat. Pelayanan dibidang kesehatan merupakan salah satu bentuk pelayanan yang paling banyak dibutuhkan oleh masyarakat. Salah satu sarana pelayanan kesehatan yang mempunyai peran sangat penting dalam memberikan pelayanan kesehatan kepada masyarakat adalah puskesmas (Priyoto, 2014: 243). Dalam pelayanan kesehatan, sangat penting untuk menganalisis kualitas jasa dari perspektif pasien sendiri (R. Gopal dan Satvinder S.B, 2014 : 37)

Menurut pendapat Hodgetts dan Cascio (1983) dalam Wahid dan Nurul ( 2009 : 140) ada dua macam jenis pelayanan kesehatan :

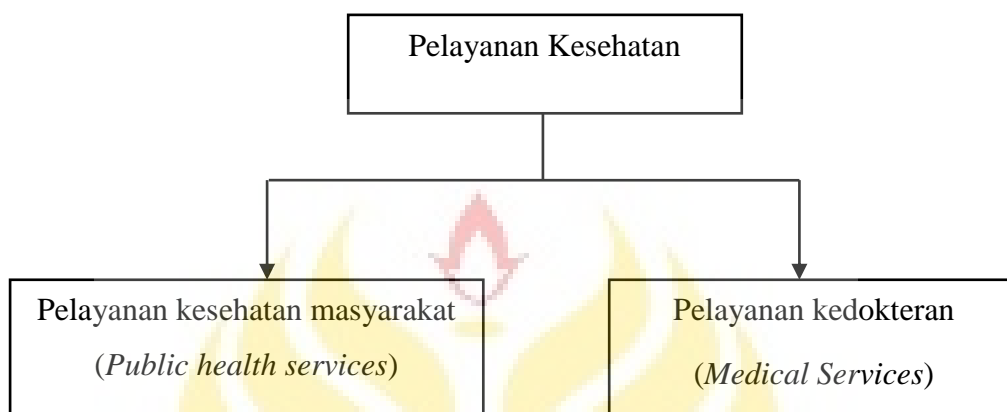
1. Pelayanan kesehatan masyarakat

Pelayanan kesehatan yang termasuk dalam kelompok pelayanan kesehatan masyarakat (*public health services*) ditandai dengan cara pengorganisasian yang umumnya secara dalam satu organisasi. Tujuan utamanya adalah untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan, mencegah penyakit, serta sasarannya terutama untuk kelompok dan masyarakat.

2. Pelayanan kedokteran

Pelayanan kesehatan yang termasuk dalam kelompok pelayanan kedokteran (*medical services*) ditandai dengan cara pengorganisasian yang dapat bersifat sendiri (*solo practice*) atau secara bersama-sama dalam satu organisasi (*institution*), tujuan utamanya untuk menyembuhkan penyakit dan memulihkan kesehatan , serta sasarannya terutama untuk perseorangan dan keluarga. Menurut Leavel & Clark (1953) dalam Wahid dan Nurul

(2009) bentuk pelayanan kesehatan dan perbedaan pelayanan kesehatan yang secara sederhana dapat dilihat pada gambar berikut :



Gambar 2.1 Pembagian Pelayanan Kesehatan (Wahid dan Nurul, 2009: 141)

### 2.1.3.1 Syarat Pokok Pelayanan Kesehatan

Suatu pelayanan kesehatan dikatakan baik apabila memenuhi syarat-syarat sebagai berikut ini :

1. Tersedia (*available*) dan berkesinambungan (*continous*). Artinya semua jenis pelayanan kesehatan yang dibutuhkan oleh masyarakat tidak sulit ditemukan, serta keberadaannya dalam masyarakat adalah pada setiap saat yang dibutuhkan.
2. Dapat diterima (*acceptable*) dan bersifat wajar (*appropriate*). Artinya pelayanan kesehatan tersebut tidak bertentangan dengan keyakinan dan kepercayaan masyarakat. Pelayanan kesehatan yang bertentangan dengan adat istiadat kebudayaan, keyakinan, kepercayaan masyarakat, dan bersifat tidak wajar bukanlah suatu pelayanan kesehatan yang baik

3. Mudah dicapai (*accessible*). Ketercapaian yang dimaksudkan disini terutama dari sudut lokasi. Dengan demikian, untuk dapat mewujudkan pelayanan kesehatan yang baik, maka pengaturan distribusi sarana kesehatan menjadi sangat penting. Pelayanan kesehatan yang terlalu terkonsentrasi di daerah perkotaan saja dan itu tidak ditemukan di daerah pedesaan bukanlah pelayanan kesehatan yang baik.
4. Mudah dijangkau (*affordable*). Keterjangkauan yang dimaksud adalah terutama dari sudut biaya. Untuk dapat mewujudkan keadaan yang seperti ini, harus diupayakan biaya pelayanan kesehatan tersebut sesuai dengan kemampuan ekonomi masyarakat. Pelayanan kesehatan yang mahal dan karena itu hanya mungkin dinikmati oleh sebagian kecil masyarakat saja, bukanlah pelayanan kesehatan yang baik.
5. Bermutu (*quality*). Mutu yang dimaksud disini adalah yang merujuk pada tingkat kesempurnaan pelayanan kesehatan yang diselenggarakan, tata cara penyelenggaraannya sesuai dengan kode etik serta standar yang telah ditetapkan (Wahid dan Nurul, 2009 : 142).

### **2.1.3.2 Konsep Pelayanan Prima di Bidang Kesehatan**

Menurut Wahid dan Nurul (2009 : 132) Konsep prima memiliki arti harfiah “yang terbaik”. Jadi pelayanan prima berarti pelayanan terbaik yang dapat diberikan oleh pemerintah kepada masyarakat dalam bidang kesehatan. Berarti ukuran terbaik sangat relatif dan biasanya dikaitkan dengan standar pelayanan minimal (SPM). Pelayanan prima dibedakan menjadi tiga level yaitu :

1. Pelayanan yang dianggap terbaik oleh lembaga pemerintah yang belum memiliki SPM. Lembaga ini memiliki kewajiban segera menyusun SPM.
2. Pelayanan yang sesuai dengan SPM. Bagi lembaga pemerintah yang telah memiliki SPM.
3. Pelayanan yang melebihi persyaratan SPM. Bagi lembaga pemerintah yang telah melakukan, wajib memperbarui SPM untuk menampung ide-ide maupun terobosan baru (Wahid dan Nurul, 2009 : 132).

Menurut Wahid dan Nurul ( 2009 : 134) Prinsip pelayanan prima dibidang kesehatan yaitu:

1. Mengutamakan pelanggan

Prosedur pelayanan disusun demi kemudahan dan kenyamanan pelanggan, bukan untuk memperlancar pekerjaan kita sendiri.

2. Sistem yang efektif

Proses pelayanan perlu dilihat sebagai sebuah sistem yang nyata (*hard system*), yaitu tatanan yang memadukan hasil-hasil kerja dari berbagai unit dalam organisasi. Perpaduan tersebut harus terlihat sebagai sebuah proses pelayanan yang berlangsung dengan tertib dan lancar dimata para pelanggan.

3. Melayani dengan hati nurani (*soft system*)

Dalam transaksi tatap muka dengan pelanggan, yang diutamakan keaslian sikap dan perilaku sesuai dengan hati nurani, perilaku yang dibuat-buat

sangat mudah dikenali pelanggan dan memperburuk citra pribadi pelayan.

Keaslian perilaku hanya dapat muncul pada pribadi yang sudah matang.

#### 4. Perbaikan berkelanjutan

Pelanggan pada dasarnya juga belajar mengenali kebutuhan dirinya dari proses pelayanan. Semakin baik mutu pelayanan akan menghasilkan pelanggan yang semakin sulit untuk dipuaskan, karena tuntutan juga semakin tinggi, kebutuhannya juga semakin luas dan beragam, maka sebagai pemberi jasa harus mengadakan perbaikan terus-menerus.

#### 5. Memberdayakan pelanggan

Menawarkan jenis-jenis layanan yang dapat digunakan sebagai sumber daya atau perangkat tambahan oleh pelanggan untuk menyelesaikan persoalan hidupnya sehari-hari.

Berdasarkan Ratminto & Atik Septik (2005) dalam Khozin (2010) Ketentuan tentang Standar Pelayanan Minimal (SPM) diatur dalam surat edaran Menteri Dalam Negeri No. 100/756/OTDA/2002, kemudian diatur lebih lanjut dalam Peraturan Pemerintah No. 65/2005. Ketentuan tentang SPM yang harus dipenuhi oleh pemerintah kabupaten/kota dalam penyediaan pelayanan publik. Menurut Keputusan MENPAN No. 63/2004, standar pelayanan sekurang-kurangnya meliputi:

##### 1) Prosedur pelayanan

Prosedur pelayanan yang dibakukan bagi pemberi dan penerima pelayanan.

2) Waktu penyelesaian

Waktu penyelesaian yang ditetapkan sejak saat pengajuan permohonan sampai dengan penyelesaian pelayanan, termasuk pengaduan.

3) Biaya pelayanan

Tarif pelayanan termasuk rinciannya ditetapkan dalam proses pemberian pelayanan.

4) Produk pelayanan

Hasil pelayanan yang akan diterima sesuai dengan ketentuan yang telah ditetapkan.

5) Sarana dan prasarana

Penyediaan sarana dan prasarana pelayanan yang memadai oleh penyelenggara pelayanan.

6) Kompetensi petugas pemberi pelayanan

Kompetensi petugas pemberi pelayanan harus ditetapkan dengan tepat berdasarkan pengetahuan, keahlian, keterampilan, sikap dan perilaku yang dibutuhkan.

Mengacu pada tingkatan baik tidaknya atau berharga tidaknya sesuatu.

Oleh karena itu, kata mutu pelayanan juga mengacu pada tingkatan baik tidaknya sebuah pelayanan. Ukuran baik tidaknya sebuah pelayanan tidak mudah untuk disepakati, karena setiap jenis pelayanan memiliki ciri khas masing-masing, berkembang untuk memenuhi kebutuhan yang khusus dan digunakan dalam lingkungan pelayanan yang saling berbeda. Berdasarkan Brown et al, (1998) dalam penelitian R. Gopal dan Satvinder S.B (2014 : 39) Terdapat delapan

dimensi pelayanan kesehatan: efektivitas, efisiensi, kompetensi teknis, hubungan interpersonal, akses ke layanan, keamanan, kontinuitas dan aspek fisik peduli kesehatan. Menurut Wahid dan Nurul (2009: 134) Ukuran mutu pelayanan sering dijumpai diberbagai bidang kajian diantaranya adalah sebagai berikut:

1. Proses pelayanan dilaksanakan sesuai prosedur pelayanan yang standar.
2. Petugas pelayanan memiliki kompetensi yang diperlukan.
3. Pelaksanaan pelayanan di dukung teknologi, sarana, dan prasarana yang memadai.
4. Pelayanan dilaksanakan tidak bertentangan dengan kode etik.
5. Pelaksanaan layanan dapat memuaskan pelanggan.
6. Pelaksanaan layanan dapat memuaskan petugas pelayanan.
7. Pelaksanaan pelayanan mendapatkan keuntungan bagi lembaga penyedia pelayanan.

Menurut Wahid dan Nurul (2009 : 143) Sistem pelayanan kesehatan di Indonesia meliputi :

1. Pelayanan kesehatan dasar

Pada umumnya pelayanan dasar dilaksanakan di puskesmas, puskesmas pembantu, puskesmas keliling, dan pelayanan lainnya di wilayah kerja puskesmas selain rumah sakit.

2. Pelayanan kesehatan rujukan

Pada umumnya dilaksanakan di rumah sakit. Pelayanan keperawatan diperlukan, baik dalam pelayanan kesehatan dasar maupun pelayanan kesehatan rujukan.

Menurut Robert K dan Elizabeth F (2014: 127-128) ada beberapa macam Model penyediaan layanan kesehatan yaitu:

1. Model kesehatan nasional

Juga dikenal sebagai *model Beveridge* ditandai dengan cakupan perawatan kesehatan universal semua warga oleh pemerintah pusat. Hal ini dibiayai melalui pendapatan pajak umum. Penyedia perawatan dikendalikan oleh pemerintah pusat dan daerah. Pembayaran distribusi layanan dan penyedia layanan dikendalikan oleh pemerintah. Contoh model kesehatan nasional termasuk Denmark, Irlandia, Selandia Baru, dan Inggris.

2. Sosial Model asuransi

Dikenal sebagai *model Bismarck* ditandai dengan cakupan wajib yang didanai oleh pemberi kerja, individu dan asuransi dana swasta. Faktor-faktor produksi dikendalikan dan dimiliki oleh pemerintah atau swasta. Hal ini juga disebut sebagai asuransi berbasis pajak. Pendanaan berasal dari pajak pekerjaan dan diadakan dana terpisah khusus untuk program kesehatan nasional. Contoh model asuransi sosial termasuk Austria, Belgia, Perancis, Jerman, Luxemburg, dan Belanda.

3. Model asuransi swasta



Model ini ditandai dengan jabatan individu berdasarkan pekerjaan, asuransi kesehatan swasta yang dibiayai oleh kontribusi individu dan pemberi kerja. Layanan pengiriman dan pembiayaan dimiliki dan dikelola oleh swasta yang beroperasi di ekonomi pasar terbuka. Contoh model asuransi swasta termasuk Swiss dan Amerika Serikat.

### **2.1.3.3 Faktor Pengaruh Sistem Pelayanan Kesehatan**

1. Pergeseran masyarakat dan konsumen. Hal ini sebagai akibat dari peningkatan pengetahuan dan kesadaran konsumen terhadap peningkatan kesehatan, pencegahan penyakit dan upaya pengobatan. Sebagai masyarakat yang memiliki pengetahuan tentang masalah kesehatan yang meningkat, maka mereka mempunyai kesadaran lebih besar yang berdampak pada gaya hidup terhadap kesehatan. Akibatnya kebutuhan masyarakat akan pelayanan kesehatan meningkat.
2. Ilmu pengetahuan dan teknologi baru. Pengembangan ilmu pengetahuan dan teknologi di sisi lain dapat meningkatkan pelayanan kesehatan karena adanya peralatan kedokteran yang lebih canggih dan memadai, namun di sisi lain kemajuan ilmu pengetahuan dan teknologi juga berdampak pada beberapa hal diantaranya adalah sebagai berikut :
  - 1) Dibutuhkan tenaga kesehatan profesional
  - 2) Melambungnya biaya kesehatan
  - 3) Meningkatnya biaya pelayanan kesehatan.

3. Isu legal dan etik. Sebagai masyarakat yang sadar terhadap haknya untuk mendapatkan pelayanan kesehatan dan pengobatan, isu etik dan hukum semakin tinggi (Wahid dan Nurul, 2009 : 145).

#### **2.1.4 Rawat Jalan**

Menurut Permenkes No. 269/MenKes/Per/III/2008 yang dimaksud dengan pasien adalah setiap orang yang melakukan konsultasi masalah kesehatannya untuk memperoleh pelayanan kesehatan yang diperlukan baik secara langsung maupun tidak langsung kepada dokter atau dokter gigi. Rawat jalan adalah pelayanan keperawatan kesehatan perorangan yang meliputi observasi, diagnosa, pengobatan, rehabilitasi medik tanpa tinggal di ruang rawat inap pada sarana kesehatan puskesmas. Pelayanan rawat jalan merupakan salah satu dari 6 (enam) program pokok di Puskesmas. Hampir seluruh institusi kesehatan (Rumah Sakit Pusat, Rumah Sakit Daerah dan Puskesmas) berusaha untuk meningkatkan mutu dan kualitas pelayanan terhadap pasien. Masalah yang dihadapi oleh pasien di rawat jalan, biasanya seperti kepadatan penduduk, keterlambatan dalam konsultasi, kurang tepatnya konsultasi yang mengarah ketidakpuasan pada pasien (R. Gopal dan Satvinder S.B, 2014 : 37).

Cakupan rawat jalan adalah jumlah kunjungan kasus baru rawat jalan di sarana kesehatan puskesmas dalam kurun waktu satu tahun. Kunjungan pasien baru adalah seseorang yang baru berkunjung ke sarana kesehatan puskesmas dengan kasus penyakit baru ( Endang S, 2011: 355-366). Tujuan pelayanan rawat jalan diantaranya untuk menentukan diagnosa penyakit dengan tindakan pengobatan, untuk rawat inap atau untuk tindakan rujukan. Tenaga pelayanan di

rawat jalan adalah tenaga yang langsung berhubungan dengan pasien, yaitu : 1) Tenaga administrasi (*non medis*) yang memberikan pelayanan penerimaan pendaftaran dan pembayaran, 2) Tenaga keperawatan (*paramedis*) sebagai mitra dokter dalam memberikan pelayanan pemeriksaan / pengobatan, 3) Tenaga dokter (*medis*) pada masing-masing poliklinik yang ada (Iga T, 2008 : 18).

#### **2.1.4.1 Pelayanan Rawat Jalan Tingkat Pertama**

Menurut Kemenkes RI (2013 dalam Buku Pegangan Sosialisasi JKN dan SJSN) Peraturan Badan Penyelenggara Jaminan Kesehatan pasal 50 menyatakan bahwa pelaksanaan kesehatan rawat jalan tingkat pertama harus memiliki fungsi pelayanan kesehatan yang komprehensif, berupa pelayanan kesehatan promotif, preventif, kuratif, rehabilitatif, pelayanan kebidanan dan pelayanan kesehatan gawat darurat. Termasuk di dalamnya adalah pelayanan penunjang yang meliputi pemeriksaan laboratorium sederhana dan pelayanan farmasi.

Berdasarkan UU No 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan, pelayanan promotif adalah suatu kegiatan dan/atau serangkaian kegiatan pelayanan kesehatan yang lebih mengutamakan kegiatan yang bersifat promosi kesehatan. Pelayanan preventif adalah Suatu kegiatan pencegahan terhadap suatu masalah kesehatan/penyakit. Pelayanan Kuratif adalah Suatu Kegiatan dan/atau serangkaian kegiatan pengobatan yang ditujukan untuk penyembuhan penyakit, pengurangan penderitaan akibat penyakit, pengendalian penyakit, atau pengendalian kecacatan agar kualitas penderita dapat terjaga seoptimal mungkin. Pelayanan Rehabilitatif adalah Suatu kegiatan dan/atau serangkaian kegiatan

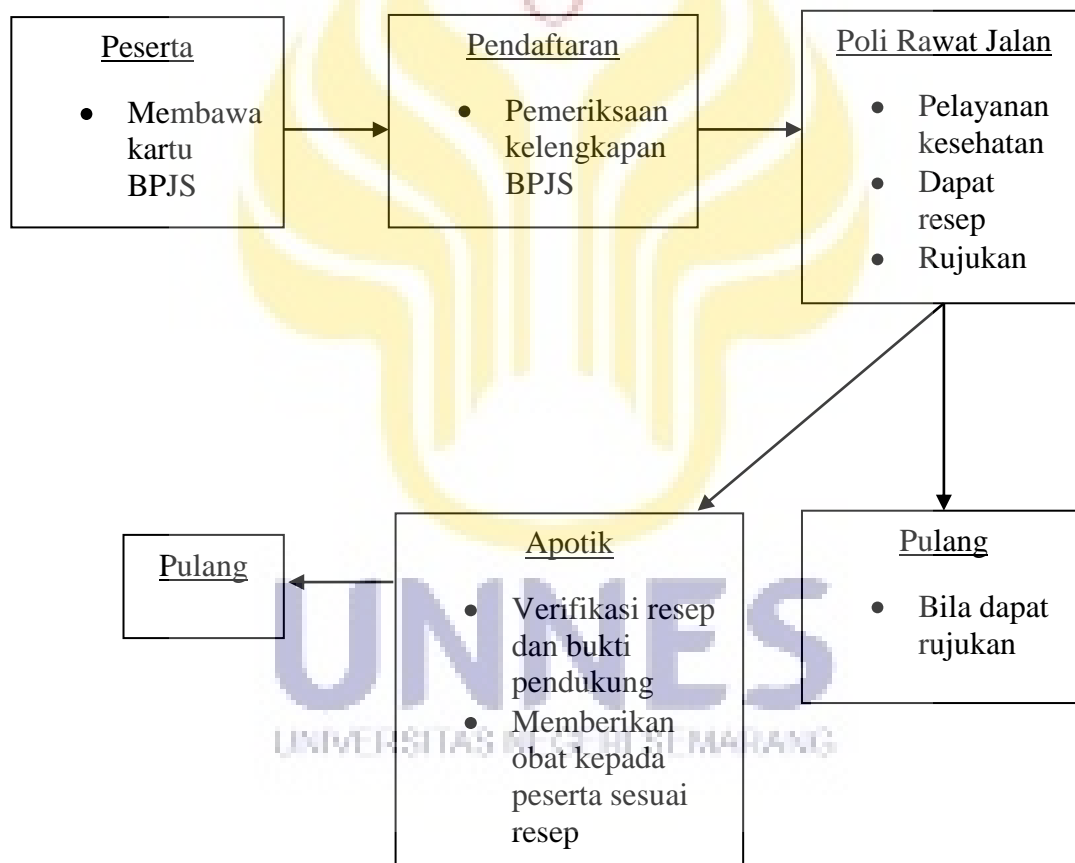
untuk mengembalikan bekas penderita ke dalam masyarakat sehingga dapat berfungsi lagi sebagai anggota masyarakat yang berguna untuk dirinya dan masyarakat semaksimal mungkin sesuai dengan kemampuannya.

Pelayanan JKN bersifat komprehensif, namun masih ada yang dibatasi, yaitu pelayanan yang tidak sesuai prosedur, pelayanan di fasilitas kesehatan yang tidak bekerja sama dengan BPJS Kesehatan kecuali keadaan gawat darurat, pelayanan kesehatan yang telah dijamin oleh Program Jaminan Kecelakaan BPJS Ketenagakerjaan dan Program Kecelakaan Lalu Lintas PT. Jasa Raharja sampai nilai yang ditanggung PT. Jasa Raharja, pelayanan kesehatan untuk tujuan estetik, pengobatan alternatif, *general check up*, pelayanan untuk mengatasi infertil, pelayanan kesehatan pada saat bencana, serta pelayanan pada pasien percobaan bunuh diri dan penggunaan narkoba (Kemenkes RI, 2013 dalam Buku Pegangan Sosialisasi JKN dan SJSN).

Menurut Yustisia (2014: 10) Pelayanan kesehatan rujukan tingkat lanjutan, yaitu pelayanan kesehatan rawat jalan, meliputi :

1. Administrasi pelayanan
2. Pemeriksaan, pengobatan dan konsultasi spesialistik oleh dokter subspecialis.
3. Tindakan medis spesialis, baik bedah maupun non bedah sesuai dengan indikasi medis.
4. Pelayanan obat dan bahan medis habis pakai.

5. Pelayanan penunjang diagnostik lanjutan sesuai dengan indikasi medis.
6. Rehabilitasi medis.
7. Pelayanan darah.
8. Pelayanan kedokteran forensik.
9. Pelayanan jenazah di fasilitas kesehatan.



Gambar 2.2 Alur pelayanan rawat jalan (UU No. 24 Tahun 2011 tentang BPJS)

### 2.1.5 Puskesmas

Dalam Undang-Undang No. 75 Tahun 2014 Pusat Kesehatan Masyarakat yang selanjutnya disebut Puskesmas adalah fasilitas pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan upaya kesehatan masyarakat dan upaya kesehatan perseorangan tingkat pertama, dengan lebih mengutamakan upaya promotif dan preventif, untuk mencapai derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya di wilayah kerjanya. Sejarah dan perkembangan puskesmas di Indonesia dimulai dari didirikannya berbagai institusi dan sarana kesehatan seperti balai pengobatan, balai kesehatan ibu dan anak, serta diselenggarakannya berbagai upaya kesehatan seperti usaha hygiene dan sanitasi lingkungan yang masing-masing berjalan sendiri-sendiri (Sudibyo S, dkk 2008: 136). Penggunaan istilah puskesmas pertama kali di muat pada *Master Plan of Operation for Strengthening National Health Service in Indonesia* tahun 1969 (Endang S, 2011: 1). Puskesmas di setiap kecamatan terdapat sedikitnya satu puskesmas yang dikelola oleh pemerintah.

Menurut Al-Assaf (2009 : 208) Puskesmas di Indonesia menyediakan layanan kesehatan terpadu yang menyeluruh termasuk layanan preventif, promotif dan kuratif. Puskesmas juga bertanggung jawab terhadap pembangunan kesehatan di wilayah layanan mereka melalui kegiatan yang melibatkan masyarakat dan penggunaan berbagai pendekatan yang inovatif. Puskesmas beroperasi di bawah kewenangan administratif tingkat kedua pemerintah daerah, yaitu kotamadya atau administrasi tingkat kabupaten. Puskesmas secara administratif dan teknis bertanggung jawab kepada kepala dinas kesehatan kabupaten. Peran puskesmas diperluas melalui beberapa unit dibawahnya, yaitu

puskesmas pembantu, bidan terlatih yang ditempatkan ditingkat desa, dan pos pelayanan terpadu (posyandu) (Al-Assaf, 2009 : 208).

Menurut Endang S (2011: 6) Pada saat ini puskesmas telah didirikan di hampir seluruh pelosok tanah air. Untuk menjangkau seluruh wilayah kerjanya, puskesmas diperkuat dengan puskesmas pembantu serta puskesmas keliling. Kecuali itu untuk daerah yang jauh dari sarana pelayanan rujukan, puskesmas dilengkapi dengan fasilitas rawat inap. Secara kuantitatif jumlah puskesmas sudah mencukupi dan tersebar merata diseluruh pelosok tanah air, namun secara kualitatif masih jauh dari harapan. Hal ini disebabkan antara lain lemahnya organisasi dan manajemen puskesmas serta dukungan sumber dayanya (Endang S, 2011: 7). Puskesmas didirikan untuk memberikan pelayanan kesehatan dasar, menyeluruh, paripurna, dan terpadu bagi seluruh penduduk yang tinggal di wilayah kerja puskesmas. Program dan upaya kesehatan pokok yang diselenggarakan oleh puskesmas merupakan program pokok (*public health essential*) yang wajib dilaksanakan oleh pemerintah untuk mewujudkan kesejahteraan masyarakat.

#### **2.1.5.1 Prinsip Penyelenggaraan Puskesmas**

Menurut Undang-Undang No 75 Tahun 2014 Prinsip penyelenggaraan Puskesmas meliputi:

### 1. Paradigma sehat

Puskesmas mendorong seluruh pemangku kepentingan untuk berkomitmen dalam upaya mencegah dan mengurangi resiko kesehatan yang dihadapi individu, keluarga, kelompok dan masyarakat.

### 2. Pertanggung jawaban wilayah

Puskesmas menggerakkan dan bertanggung jawab terhadap pembangunan kesehatan di wilayah kerjanya.

### 3. Kemandirian masyarakat

Puskesmas mendorong kemandirian hidup sehat bagi individu, keluarga, kelompok, dan masyarakat.

### 4. Pemerataan

Puskesmas menyelenggarakan Pelayanan Kesehatan yang dapat diakses dan terjangkau oleh seluruh masyarakat di wilayah kerjanya secara adil tanpa membedakan status sosial, ekonomi, agama, budaya dan kepercayaan.

### 5. Teknologi tepat guna

Puskesmas menyelenggarakan Pelayanan Kesehatan dengan memanfaatkan teknologi tepat guna yang sesuai dengan kebutuhan pelayanan, mudah dimanfaatkan dan tidak berdampak buruk bagi lingkungan.



6. Keterpaduan dan kesinambungan.

Puskesmas mengintegrasikan dan mengoordinasikan penyelenggaraan UKM dan UKP lintas program dan lintas sektor serta melaksanakan Sistem Rujukan yang didukung dengan manajemen Puskesmas.

Menurut Endang S (2011: 10-12) paradigma sehat adalah perubahan sikap dan orientasi atau mindset :

1. Dari pola pikir yang memandang kesehatan sebagai kebutuhan yang bersifat pasif, menjadi sesuatu yang bersifat aktif yang mau tidak mau harus diupayakan, karena kesehatan merupakan keperluan dan bagian dari hak azasi manusia / HAM (kebutuhan/*need*) → (keperluan /*demand*).
2. Kesehatan bukannya sesuatu yang konsumtif melainkan investasi, karena kesehatan menjamin adanya sumber daya manusia (SDM) yang produktif secara sosial dan ekonomi (kesehatan sebagai konsumtif → investasi).
3. Semula kesehatan hanya bersifat penanggulangan yang sifatnya jangka pendek, kedepan kesehatan adalah bagian dari pengembangan SDM yang berjangka panjang (jangka pendek/*treatment*) → (jangka panjang / pengembangan SDM).
4. Pelayanan kesehatan bukan hanya pelayanan medis yang melihat bagian-bagian yang sakit saja, tetapi adalah pelayanan kesehatan paripurna yang memandang manusia sebagai manusia seutuhnya (pelayanan medis → pelayanan kesehatan). *Medical care* konotasinya adalah penyembuhan atau terbebas dari sakit. *Health care* (pemeliharaan kesehatan) konotasinya

adalah mencegah dan meningkatkan mutu hidup (*mediacal care* → *health care*).

5. Pelayannan kesehatan tidak lagi terpecah-pecah / *fragmented* tetapi menjadi terpadu / *integrated* (*fragmented* → *integrated*).
6. Kesehatan juga bukan hanya jasmani atau fisik, tetapi juga mencakup mental dan sosial ( sehat jasmani → sehat jasmani, rohani, dan sosial ).
7. Fokus kesehatan bukan hanya penyakit, tetapi tergantung pada permintaan pasar (fokus pada penyakit → segmen pasar ).
8. Sasaran pelayanan kesehatan bukan hanya masyarakat umum, tapi juga masyarakat swasta ( sasaran masyarakat umum / *public* → juga swasta / *private* ).
9. Kesehatan bukan hanya menjadi urusan pemerintah tetapi juga menjadi urusan swasta (urusan pemerintah → juga urusan swasta).
10. Biaya yang ditanggung oleh pemerintah adalah bagi keperluan publik seperti pemberantasan penyakit menular, penyuluhan/promosi kesehatan, dan lain-lain, sedangkan yang lain perlu ditanggung bersama dengan pengguna jasa (subsidi pemerintah → juga pengguna jasa ).
11. Biaya kesehatan juga bergeser dari pembayaran setelah pelayanan menjadi pembayaran di muka dengan model Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat/JPKM (biaya setelah pelayanan → biaya di muka).
12. Ada kecenderungan untuk memberikan otonomi pada fasilitas kesehatan pemerintah (rumah sakit dan puskesmas), sehingga fasilitas tersebut

mampu menangkap potensi pasar segmen sebagaimana halnya dengan fasilitas kesehatan milik swasta.

13. Pengaturan kesehatan tidak lagi sentralistik, tetapi desentralisasi (*sentralisasi* → *desentralisasi*).
14. Bukan lagi pengaturan dari atas/*top down* melainkan dari bawah / *bottom up* (dari atas/*top down* → dari bawah/*bottom up*).
15. Bukan lagi birokratis tetapi *entrepreneur* (usahawan). Istilah birokrasi memberi kesan kaku dan tidak responsif terhadap tantangan dan peluang yang dinamis. Sikap *entrepreneurship* (kewirausahaan) menunjukkan bahwa perencanaan kesehatan harus inovatif dan responsif terhadap lingkungan (birokrasi → *entrepreneur*).
16. Konsep partisipasi pada masa lalu lebih bernuansa mengajak masyarakat untuk menyetujui dan melaksanakan program kesehatan yang disusun oleh pemerintah. Konsep kemitraan menunjukkan nuansa keikutsertaan aktif masyarakat pada semua langkah kegiatan dan program kesehatan sejak perencanaan, pelaksanaan, pemantauan sampai evaluasi program kesehatan (partisipasi → *partnership*).
17. Ada keseimbangan antara sikap “*rule driven*”, yaitu setiap langkah gerak dikendalikan oleh berbagai macam peraturan dengan “*mission driven*”, yaitu setiap langkah gerak juga didorong oleh visi dan misi yang telah ditetapkan (*rule driven* → *mission driven*).

Secara umum kegiatan pelayanan di puskesmas dapat dikelompokkan dalam 2 kelompok yaitu: kegiatan pelayanan di dalam gedung puskesmas dan

kegiatan pelayanan di luar gedung puskesmas berdasarkan konsep wilayah kerja (Farich, 2012 : 46).

Terdapat tiga fungsi utama puskesmas, yakni :

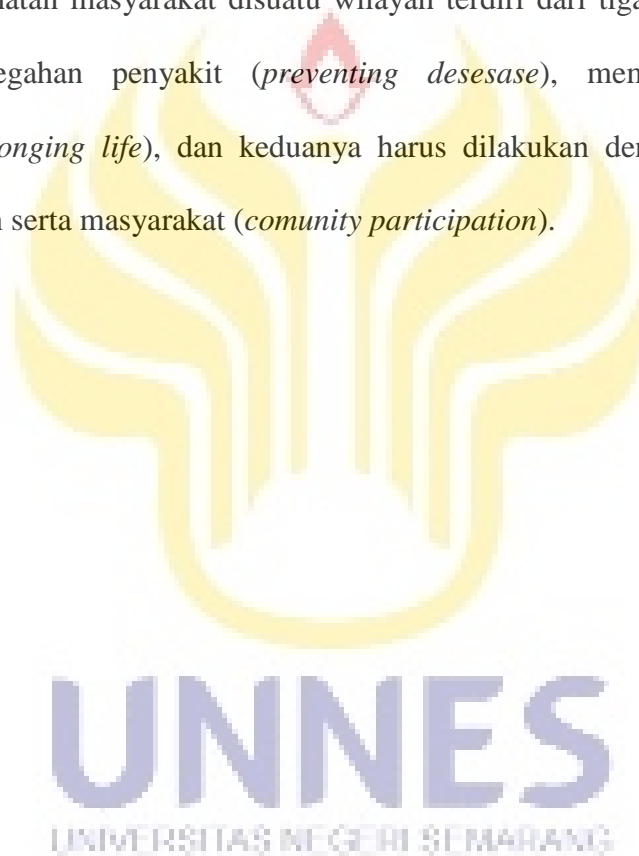
1. Pusat penggerak pembangunan berwawasan kesehatan
2. Pusat pemberdayaan masyarakat di bidang kesehatan
3. Pusat pelayanan kesehatan tingkat dasar (Farich, 2012 : 47).

#### **2.1.5.2 Program Pokok Puskesmas**

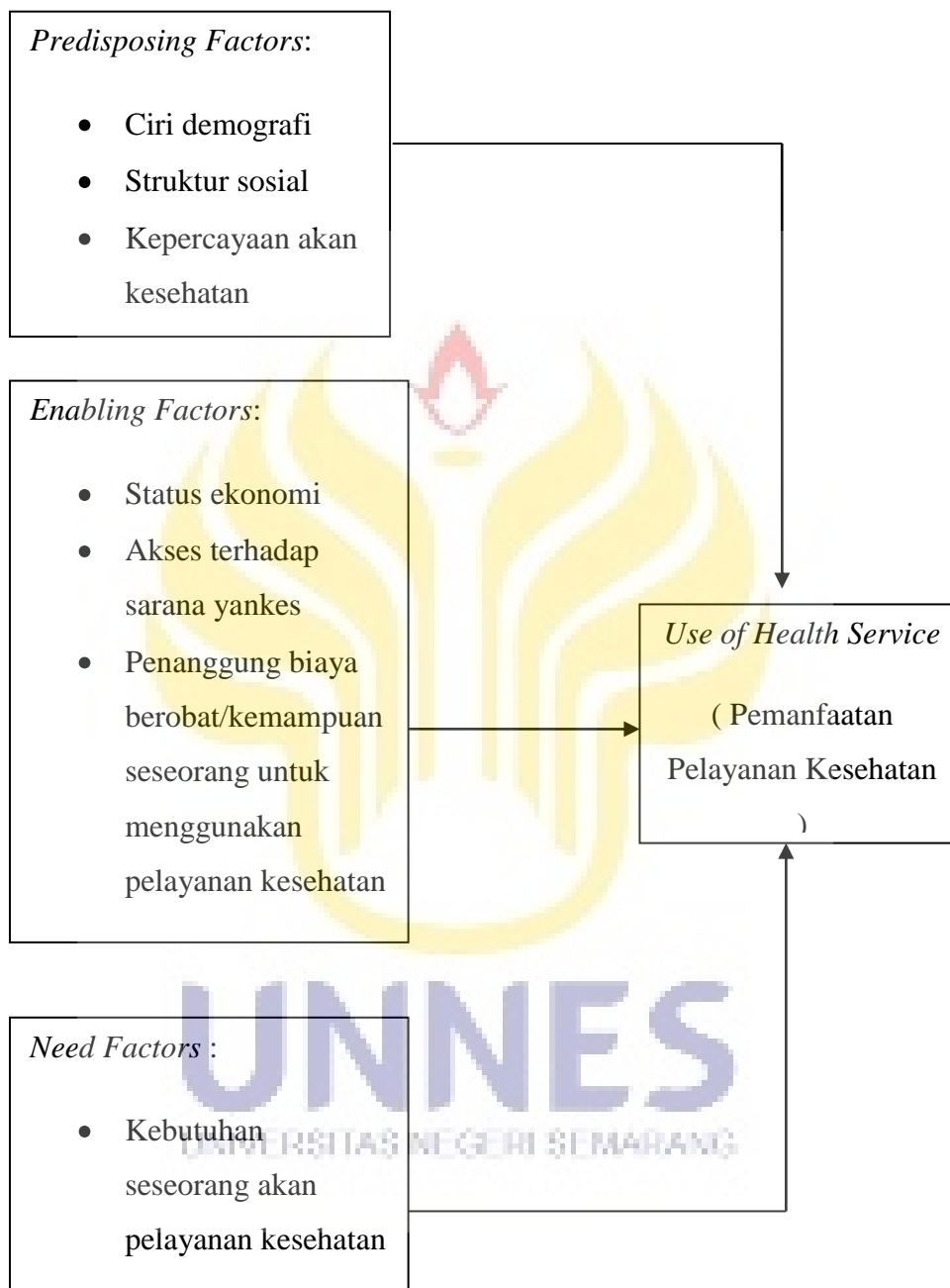
Menurut Syafrudin (2009 : 158) Program Pokok Puskesmas yaitu :

1. Kesehatan ibu dan anak (KIA)
2. Keluarga Berencana (KB)
3. Pemberantasan penyakit menular (P2M)
4. Peningkatan gizi
5. Kesehatan lingkungan
6. Pengobatan yang terdiri dari rawat jalan, rawat inap, penunjang medik (laboratorium dan farmasi)
7. Penyuluhan kesehatan masyarakat (PKM)
8. Laboratorium
9. Kesehatan sekolah
10. Perawatan kesehatan masyarakat
11. Kesehatan jiwa
12. Kesehatan gigi

13. Semua program pokok puskesmas didasarkan pada “*Basic Seven*” oleh WHO: *Material and child helath care, medical care, environmental sanitation, helath education, simple laboratory, comunicable dis-ase control dan simple statistic.*
14. Definisi public health menurut Winslow, pengembangan program kesehatan masyarakat disuatu wilayah terdiri dari tiga komponen pokok: pencegahan penyakit (*preventing desesase*), memperpanjang hidup (*prolonging life*), dan keduanya harus dilakukan dengan meningkatkan peran serta masyarakat (*comunity participation*).



### 2.1.6 Faktor yang Mempengaruhi Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan



Gambar 2.3 *The Initial Behavioral Model* (1960) dalam Priyoto (2014: 247)

Menurut Andersen R (1968) dalam *Behavioral Model of Families use of Health Services*, perilaku orang sakit berobat ke pelayanan kesehatan secara bersama dipengaruhi oleh faktor predisposisi (*predisposing factors*), faktor pemungkin (*enabling factors*), dan faktor kebutuhan (*need factors*). Model penggunaan pelayanan kesehatan semula berfokus pada keluarga, karena pelayanan kesehatan individu sebagian besar sebagai fungsi karakteristik sosio-demografi dan ekonomi dari sebuah keluarga (Priyoto, 2014: 246).

Menurut ( Priyoto, 2014 : 247) Gambar 2.2 : merupakan kerangka asli dari model Anderson yang menggambarkan suatu frekuensi (rangkaian), determinan ( faktor yang menentukan ) pemanfaatan pelayanan kesehatan oleh keluarga maupun individu bergantung pada beberapa karakteristik yaitu :

1. Faktor predisposisi (*predisposing characteristic*) : menggambarkan bahwa setiap individu mempunyai kecenderungan yang berbeda-beda dalam menggunakan pelayanan kesehatan. Faktor predisposisi adalah ciri-ciri yang telah ada pada individu dan keluarga sebelum menderita sakit, yaitu pengetahuan, sikap dan kepercayaan terhadap kesehatan. Faktor predisposisi berkaitan dengan karakteristik individu yang mencakup :
  - 1) Ciri demografi seperti : usia, jenis kelamin, status perkawinan dan jumlah keluarga.
  - 2) Struktur sosial seperti : pendidikan, pekerjaan dan kesukuan (budaya).
  - 3) Sikap dan keyakinan individu terhadap pelayanan kesehatan.

### 1). Jenis kelamin

Meskipun pengeluaran untuk pemanfaatan pelayanan kesehatan yang kurang lebih sama untuk kedua jenis kelamin pada tahun-tahun awal, ada perbedaan dalam kebutuhan pelayanan kesehatan antara pria dan wanita. Dikemudian hari, perempuan yang dikeluarkan oleh perempuan melebihi dari yang dikeluarkan oleh laki-laki terutama karena biaya kandungan.

### 2). Usia

Hubungan antara umur dan penggunaan pelayanan medis, bagaimanapun tidak linier juga tidak sama untuk setiap jenis pelayanan kesehatan. Karena semakin bertambah usia akan semakin membutuhkan pelayanan kesehatan.

### 3). Status perkawinan dan jumlah anggota keluarga

Seseorang dengan status belum menikah lebih banyak menggunakan pelayanan dibandingkan dengan seseorang yang sudah menikah. Selain status perkawinan, jumlah orang dalam keluarga juga mempengaruhi permintaan untuk pelayanan kesehatan.



#### 4). Pendidikan

Pendidikan juga diyakini dapat mempengaruhi permintaan pelayanan medis. Jumlah yang lebih besar dari pendidikan di rumah tangga dapat memungkinkan keluarga untuk mengenali gejala awal penyakit, sehingga kesediaan yang lebih besar untuk mencari pelayanan kesehatan awal. Tingginya tingkat pendidikan juga dapat menyebabkan peningkatan efisiensi dalam pembelian keluarga dan penggunaan pelayanan medis.

#### 5). Preferensi pasien

Preferensi yang dimiliki pasien bisa didapatkan melalui iklan, orang sekitar dan dokter yang dapat mempengaruhi pelayanan kesehatan yang diinginkan oleh pasien.

2. Faktor pemungkin (*enabling characteristic*) adalah kondisi yang memungkinkan orang sakit memanfaatkan pelayanan kesehatan, yang mencakup status ekonomi keluarga, akses terhadap sarana pelayanan kesehatan yang ada, dan penanggung biaya berobat / *aspek logistic* untuk mendapatkan perawatan, yang meliputi :

- 1) Pribadi / keluarga : adanya sumber pembiayaan dari diri sendiri maupun keluarga, sarana dan akses pelayanan kesehatan, asuransi kesehatan, perjalanan, kualitas hubungan sosial.
- 2) *Community* : tenaga kesehatan, fasilitas yang tersedia serta kecepatan pelayanan

Faktor lain yang juga memungkinkan pemanfaatan pelayanan kesehatan adalah :

1). Pendapatan

Sejumlah penelitian telah mengungkapkan hubungan antara pendapatan keluarga dan pengeluaran untuk pelayanan kesehatan. Ketika studi ini didasarkan pada data survey, sering ditemukan bahwa keluarga-keluarga dengan pendapatan yang lebih tinggi memiliki pengeluaran yang lebih besar untuk pelayanan kesehatan.

2). Harga

Hubungan tarif dengan *demand* (permintaan) terhadap pelayanan kesehatan adalah negatif. Semakin tinggi tarif maka *demand* akan menjadi semakin rendah. sangat penting untuk dicatat bahwa hubungan negatif ini secara khusus terlihat pada keadaan pasien yang mempunyai pilihan.

3). Jaminan atau asuransi kesehatan

Asuransi dan jaminan kesehatan dapat meningkatkan *demand* terhadap pelayanan kesehatan, dengan demikian hubungan dari asuransi kesehatan dan jaminan kesehatan terhadap *demand* terhadap pelayanan kesehatan adalah bersifat positif. Pada

negara maju faktor asuransi kesehatan menjadi penting dalam hal *demand* pelayanan kesehatan.

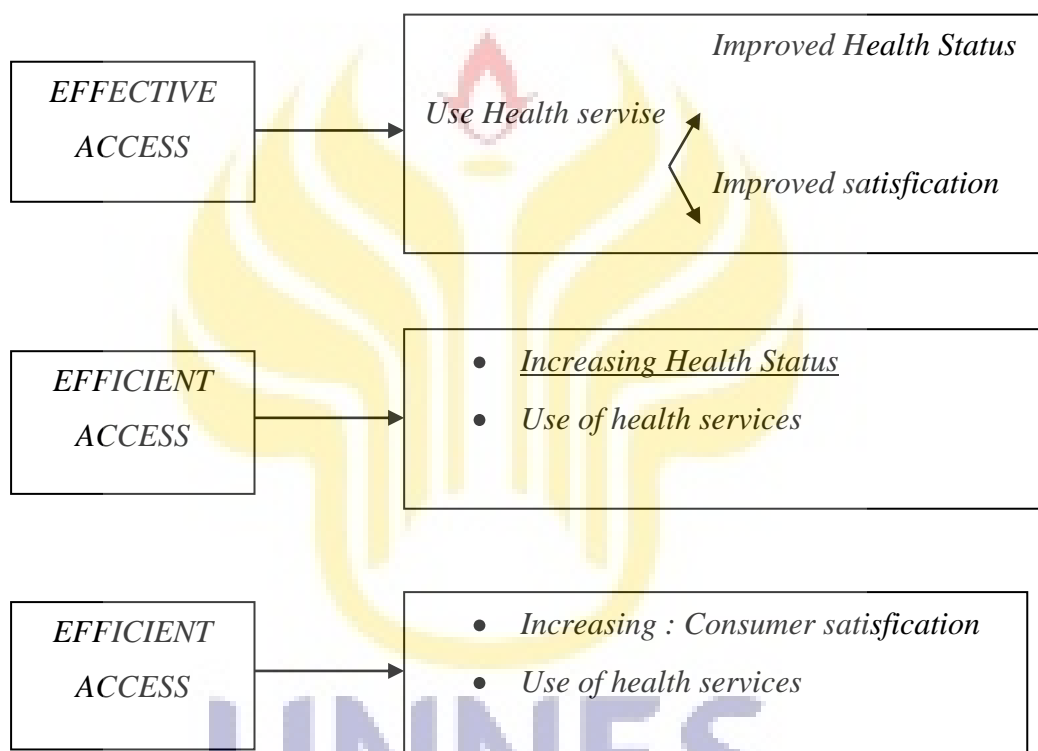
4). Nilai waktu bagi pasien

Ketika harga pelayanan kesehatan diminimalkan maka seseorang akan mempertimbangkan penggunaan waktu seperti jauh dekatnya dengan tempat pelayanan kesehatan atau lama waktu tunggu sebelum mendapat pelayanan kesehatan juga akan mendapatkan perhatian dari konsumen.

3. *Need factors*, teori pemanfaatan pelayanan kesehatan berkaitan erat dengan permintaan akan pelayanan kesehatan oleh konsumen. Permintaan akan pelayanan kesehatan justru selama ini yang meningkat. Hal ini dikarenakan masyarakat sudah benar-benar mengeluh sakit serta mencari pengobatan. Faktor-faktor yang mempengaruhi permintaan pelayanan kesehatan diantaranya adalah pengetahuan tentang kesehatan sikap terhadap fasilitas kesehatan dan pengalaman terhadap kemampuan fasilitas kesehatan tersebut.

Faktor predisposisi dan faktor pendukung dapat terwujud menjadi tindakan pencarian pengobatan, apabila tindakan itu dirasakan sebagai kebutuhan. Kebutuhan merupakan dasar dan stimulasi langsung untuk menggunakan pelayanan kesehatan. Kebutuhan pelayanan kesehatan dapat dikategorikan menjadi :

- 1) Kebutuhan yang dirasakan (*perceived need*), yaitu keadaan kesehatan yang dirasakan oleh keluarga.
- 2) Evaluate / *clinical diagnosis* yang merupakan penilaian keadaan sakit didasarkan oleh penilaian petugas  
(Priyoto, 2014: 247-251).



Gambar 2.4 *Additional Measure Of Access* (Priyoto, 2014: 256)

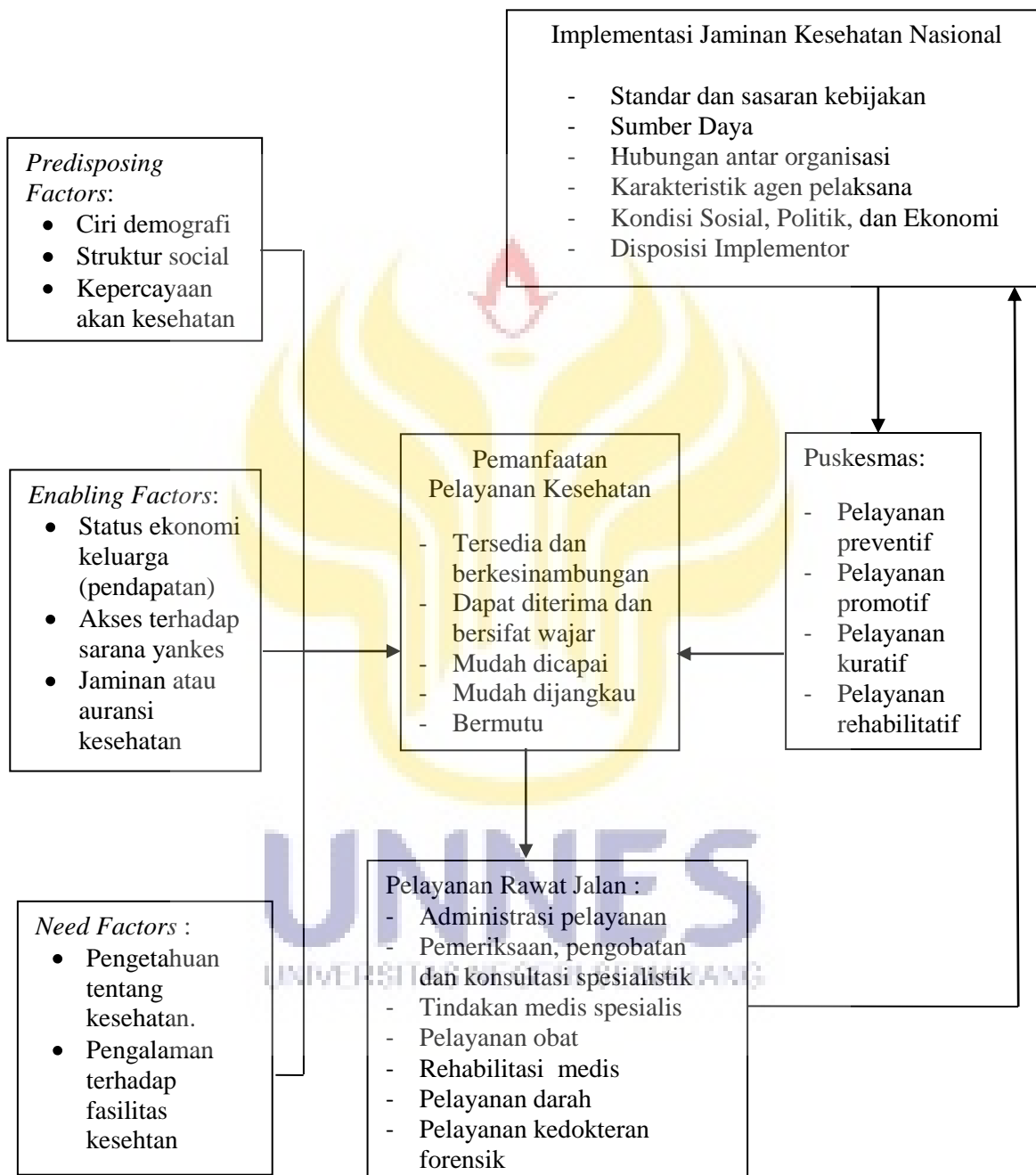
Pada gambar ini merupakan beberapa pertimbangan tambahan dalam pemilihan tempat pelayanan kesehatan, yaitu atas pertimbangan :

1. Menerangkan bahwa akses yang efektif akan memudahkan pemanfaatan pelayanan kesehatan oleh individu atau keluarga sehingga dapat tercapainya peningkatan status kesehatan dan pemanfaatan pelayanan kesehatan.

2. Akses yang efisien akan berdampak pada peningkatan status kesehatan dan pemanfaatan pelayanan kesehatan.
3. Akses yang efektif juga akan berdampak pada peningkatan kepuasan konsumen dan pemanfaatan pelayanan kesehatan ( Priyoto, 2014 : 256)



## 2.2 Kerangka Teori



**Gambar 2.5** Kerangka Teori (Sumber : *Theory Anderson*, dalam Priyoto (2014), Yustisia (2014), Wahid dan Nurul (2009), Subarsono (2010))

## **BAB VI**

### **SIMPULAN DAN SARAN**

#### **6.1 Simpulan**

Berdasarkan hasil penelitian mengenai Implementasi Pelaksanaan Jaminan Kesehatan Nasional pada Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan Pasien Rawat Jalan di Puskesmas Jatilawang Kabupaten Banyumas, maka dapat ditarik simpulan sebagai berikut:

1. Implementasi pelaksanaan Jaminan Kesehatan Nasional pada pemanfaatan pelayanan kesehatan pasien rawat jalan sudah berlangsung sejak diluncurkan pertama kali oleh pemerintah yaitu Januari 2014. Implementasi pelaksanaan JKN pada puskesmas Jatilawang sudah cukup baik. Namun ada beberapa hal yang belum optimal, terutama terlihat dari:
  - 1) Standar dan Sasaran kebijakan, bahwa standar dan sasaran dari program Jaminan Kesehatan Nasional belum tercapai dimana peserta JKN di wilayah Puskesmas Jatilawang yang sudah terdaftar menjadi peserta JKN 39% dari total jumlah penduduk kecamatan Jatilawang yaitu 81.866 jiwa.
  - 2) Sumberdaya, sudah baik untuk sumberdaya finansial semakin banyak peserta yang terdaftar di Puskesmas Jatilawang maka akan memberikan sumber daya yang lebih baik lagi untuk pengembangan puskesmas dalam hal fasilitas, sarana, dan prasarana.

- 3) Hubungan antar organisasi, sudah cukup baik dimana pemerintah dan masyarakat sangat mendukung adanya program JKN, serta pihak BPJS kesehatan dan penyedia jasa yaitu puskesmas Jatilawang yang terjalin cukup baik.
- 4) Karakteristik agen pelaksana, sudah sangat baik dimana pemberi pelayanan kesehatan sudah berpengalaman dan bekerja sesuai dengan kemampuan masing-masing serta ramah, dan memberikan kepuasan kepada pasien hal tersebut juga membuktikan komitmen puskesmas untuk memberikan pelayanan yang terbaik.
- 5) Kondisi sosial, politik, dan ekonomi keterlibatan unsur-unsur politik memang perlu ditiadakan karena program ini adalah program jaminan kesehatan nasional yang merupakan program pemerintah yang bertujuan untuk memberikan pemerataan pelayanan kesehatan kepada masyarakat. Untuk kondisi sosial masyarakat sendiri masih ditemukan adanya hambatan pada pelaksanaan yaitu kurang pahaman pasien karena tidak sesuai dengan PPK nya, maka harus ditingkatkan lagi untuk sosialisasi dan pengetahuan masyarakat.
- 6) Disposisi Implementor, sudah cukup baik dimana Puskesmas Jatilawang memiliki pandangan yang sama terhadap program JKN dan memberikan respon positif terhadap program JKN.



2. Faktor pengaruh pemanfaatan Pelayanan Kesehatan pasien rawat jalan. Hasil penelitian menunjukkan adanya peningkatan jumlah kunjungan pasien rawat jalan di puskesmas Jatilawang yang bersifat fluktuatif.

1) Faktor *Predisposing* pada bagian rawat jalan di Puskesmas Jatilawang faktor usia, jumlah anggota keluarga menjadi faktor predisposing dalam pemanfaatan pelayanan kesehatan.

2) Faktor *Enabling* Kepemilikan jaminan kesehatan dan pemberian saran dan prasarana yang baik menjadi faktor penentu dalam pemanfaatan pelayanan kesehatan.

3) *Need* Faktor, dimana kebutuhan pasien akan memperoleh kesehatan juga menjadi faktor dalam pemanfaatan pelayanan kesehatan.

3. Kendala Pelaksanaan JKN pada Pelayanan Rawat Jalan

Keluhan masyarakat pada sistem rujukan menjadi kendala dalam pelaksanaan JKN, kurang pahaman masyarakat dimana pasien harus dilayani karena tidak sesuai dengan PPK pertamanya juga menjadi kendala dalam pelaksanaan JKN

## 6.2 Saran

Berdasarkan kesimpulan dari hasil penelitian ini, beberapa saran yang dapat diberikan antara lain:

1. Bagi Puskesmas Jatilawang Kabupaten Banyumas

Seiring dengan pengembangan program kedepannya petugas diharapkan untuk lebih mengintensifkan sosialisasi dan penyuluhan kepada

masyarakat. Kemudian untuk petugas harus lebih memahami tentang aturan dan pedoman pelaksana program JKN.

2. Bagi BPJS kesehatan

Untuk monitoring dan evaluasi sebaiknya dilakukan setiap bulan pada provider kesehatan (Puskesmas Jatilawang).

3. Bagi Masyarakat

Masyarakat agar lebih memahami tentang adanya program JKN, rasa ingin tahu akan adanya program JKN harus lebih ditingkatkan dengan cara hadir pada sosialisasi yang dilakukan baik itu oleh pemerintah desa, puskesmas, pihak BPJS atau yang lainnya serta peningkatan partisipasi untuk menjadi peserta JKN agar seluruh masyarakat dapat terdaftar menjadi peserta program JKN.

4. Bagi Dinas Kesehatan

Ikut melakukan monitoring dan evaluasi agar dapat mengontrol jalannya pelaksanaan JKN di Puskesmas. Serta ikut dalam partisipasi untuk melakukan sosialisasi kepada masyarakat akan pentingnya program JKN.

5. Bagi peneliti selanjutnya

Melakukan penelitian dengan pendekatan teori lain dan menguji pengaruh variabel-variabel yang ada dalam Teori Meter dan Horn seberapa kuat pengaruhnya terhadap implementasi pelaksanaan JKN pada pelayanan kesehatan disemua bidang khususnya pada fasilitas kesehatan tingkat pertama yaitu puskesmas.

## DAFTAR PUSTAKA

- Abdul Wahab, Solichin, 2006, *Analisis Kebijakan: dari Formulasi ke Implementasi Kebijaksanaan Negara*, Jakarta: Bumi Aksara.
- , 2008, *Pengantar Analisis Kebijakan Publik*, Malang: UMM Press.
- , 2012, *Analisis Kebijakan: dari Formulasi ke Penyusunan Model-Model Implementasi Kebijakan*, Jakarta: Bumi Aksara.
- Adam, 2008, *Analisis Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan Masyarakat Suku Bajo di Kabupaten Kolaka Sulawesi Tenggara Tahun 2008*, diakses 18 Agustus 2014, *Jurnal Kesehatan Universitas Muslim Indonesia*.  
<http://BarlinAdam/journal.umi.ac.id/jurnal-kesehatan-masyarakat-universitas-muslim-indonesia>
- Al-Assaf, A.F, 2009, *Mutu Pelayanan Kesehatan : Prespektif Internasional*, Jakarta: EGC.
- Argo B dan Sri S, *Implementasi Kebijakan Program Jaminan Kesehatan Masyarakat ( Jamkesmas ) Di Kecamatan Banyumanik Semarang*, laporan penelitian, Universitas Diponegoro Semarang.
- Ayu, PS, 2012, *Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Keterlambatan Berobat Pada Pasien Patah Tulang yang Menggunakan Sistem Pembiayaan Jamkesmas*, Skripsi, Universitas Diponegoro Semarang.
- Aspuah, Siti, 2013, *Kumpulan Kuesioner dan Instrumen Penelitian Kesehatan*, Yogyakarta : Nuha Medika.
- Dwidjowijoto, Riant Nugroho, 2006, *Kebijakan Publik untuk Negara-Negara Berkembang*, Jakarta: Elex Media Komputindo.
- [Eryanto, Henry, 2011, Hubungan Antara Mutu Pelayanan dengan Kesetiaan Pasien \(Survey pada Pasien Bagian Jantung Rumah Sakit Internasional Bintaro\), Volume IX, No 2, Agustus 2011, hlm. 107-118.](#)
- Fadjriadi, Nur. *Persiapan PT. Askes Sebagai BPJS Kesehatan 2014*, diakses tanggal 6 Januari 2015, (<http://www.ptaskes.com>).
- Farich, Achmad, 2012, *Manajemen Pelayanan Kesehatan Masyarakat*, Yogyakarta: Gosyen Publishing.

- Fathoni, Abdurrahmat, 2006, *Organisasi dan Manajemen Sumber Daya Manusia*, Jakarta: Rineke Cipta.
- Fatmawati, S, 2010, *Faktor-faktor yang berhubungan dengan kunjungan antenatal lengkap (k4) di wilayah kerja Puskesmas Sungayang Kabupaten Tanah datar tahun 2011*, Skripsi, Universitas Indonesia.
- Harsanti, Mey, 2014, *Hubungan Pengetahuan tentang JKN dengan Perilaku Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan pada Pasien JKN Rawat Jalan di Puskesmas Pekuncen*, Skripsi, Universitas Jendral Soedirman.
- Indiahono, Dwiyanto, 2009, *Kebijakan Publik Berbasis Dynamic Policy Analysis*, Jogjakarta: Gava Media.
- Kementrian Kesehatan RI, 2013, *Buku Pegangan Sosialisasi Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) dalam Sistem Jaminan Sosial Nasional*, Jakarta: Pusat Promosi Kesehatan Kemenkes RI.
- Khozin, Mohammad, 2010, *Evaluasi Implementasi Kebijakan Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan di Kabupaten Gunung Kidul, Studi Pemerintahan*, Volume I, No 1, Agustus 2010, hlm. 29-56.
- Koentjoro, Tjahjono, 2007, *Regulasi Kesehatan di Indonesia*, Yogyakarta: Andi.
- Kris, Kirana. Peduli Jkn : Transparansi Premi PBI, 25 Agustus 2014, diakses tanggal 22 Maret 2015 (<http://kesehatan.kompasiana.com/medis/2014/01/24/transparansi-anggaran-bpjs-untuk-peserta-pbi-630244.html>)
- Liliwari, Alo, 2009, *Dasar-Dasar Komunikasi Kesehatan*, Yogyakarta: Pustaka Pelajar.
- Maulana, Heri D.J, 2009, *Promosi Kesehatan*, Jakarta : EGC.
- Maridhayani, S, 2013, *Implementasi Program Jaminan Kesehatan Masyarakat (JAMKESMAS) pada Rumah Sakit Grandmedistra Lubuk Pakam*, Skripsi, Universitas Sumatera Utara.
- McKenzie, James F, 2006, *Kesehatan Masyarakat Suatu Pengantar Edisi 4*, Jakarta : EGC.
- Moleong, Lexy J, 2010, *Metodologi Penelitian Kualitatif*, Bandung: Remaja Rosdakarya.
- Mondy, Wayne, 2008, *Manajemen Sumber Daya Manusia*, Jakarta: Erlangga.
- Nanik, SW, 2012, *Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan di Puskesmas Sumber Rejo Kota Balikpapan Provinsi Kalimantan Timur*, Skripsi, Universitas Indonesia.

- Ninda, P. *Upaya Promotif dan Preventif Anak Tiri JKN*, 31 Oktober 2014. Diakses tanggal 3 maret 2015, (<http://www.kompasiana-tentang> Jkn.co.id)
- Notoatmodjo, Soekidjo, 2010, *Ilmu Perilaku Kesehatan*, Jakarta : Rineke Cipta.
- Parson, Wayne, 2006, *Public Policy: Pengantar Teori dan Praktik Analisis Kebijakan*, Jakarta: Kencana.
- Peta Jalan Menuju Jaminan Kesehatan Nasional 2012-2019.
- Pohan, Imbalo S, 2006, *Jaminan Mutu Layanan Kesehatan: Dasar-Dasar Pengertian dan Penerapan*, Jakarta: EGC.
- Pradika, YA, 2013, *Implementasi Regulasi Jaminan Sosial Terhadap Pelayanan Kesehatan Bagi Warga Miskin Di Kota Semarang*, Skripsi, Universitas Negeri Semarang.
- Priyoto, 2014, *Teori Sikap dan Perilaku dalam Kesehatan*, Yogyakarta: Nuha Medika.
- Raco, J.R, 2010, *Metode Penelitian Kualitatif: Jenis, Karakteristik, dan Keunggulannya*, Jakarta: Grasindo.
- Rapat Kerja Kesehatan Daerah Provinsi Jawa Tengah Tahun 2014.
- Rencana Kerja Pemerintah Daerah Kabupaten Banyumas Tahun 2015.
- R. Gopal dan Satvinder S, 2014, *Impact of Hospital Services on Outpatient Satisfaction, Business Management*, Volume 2, No 4, April 2014, hlm. 38-46.
- Robert K dan Elizabeth F, 2014, *International Models of Health Systems Financing, Hospital Administration*, Volume 3, No 4, May 2014, hlm. 127-139.
- Subarsono, 2010, *Analisis Kebijakan Publik Konsep, Teori dan Aplikasi*, Yogyakarta: Pustaka Pelajar.
- Sudibyo S, dkk, 2008, *Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Kepuasan Pasien Rawat Jalan dan Rawat Inap di Puskesmas (Analisa Data SKRT 2004)*, Penelitian Kesehatan, Volume 36, No 3, 2008, hlm. 135-144.
- Sugiyono, 2010, *Metode Penelitian Pendidikan (Pendekatan Kuantitatif, Kualitatif, dan R&D)*, Bandung: Alfabeta.
- , 2014, *Memahami Penelitian Kualitatif*, Bandung: Alfabeta.
- Sulaeman, Endang Sutisna, 2011, *Manajemen Kesehatan Teori dan Praktik di Puskesmas*, Yogyakarta : Gadjah Mada University Press.

- Suriani, O et al, 2006, *Gambaran Ketanggapan System Pelayanan Kesehatan dan Status Ekonomi Terhadap Kesenambungan Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan Balita di Indonesia Tahun 2004*, Jakarta, Majalah Kesehatan Perkotaan, Pusat Penelitian Kesehatan Universitas Katolik Indonesia Atma Jaya.
- Suryani, AP, 2014, *Analisis Implementasi Pembinaan dan Pengembangan Usaha Kesehatan Sekolah di Kota Semarang*, Skripsi, Universitas Diponegoro Semarang.
- Syafrudin, 2009, *Organisasi dan Manajemen Pelayanan Kesehatan Dalam Kebidanan*, Jakarta : TIM.
- Syarifah, Usman, 2013, *Pelaksanaan Pemberian Pelayanan Kesehatan Rawat Jalan Tingkat Lanjutan bagi Peserta Jamkesmas (Studi Implementasi Pasal 19 ayat (2) jo Pasal 20 ayat (1) jo Pasal 22 ayat (1) Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 Tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional di Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Saiful Anwar Kota Malang)*, Jurnal Ilmiah, Universitas Brawijaya, Malang.
- Thabrany, Hasbullah, 2014, *Jaminan Kesehatan Nasional*, Jakarta: Rajawali.
- Trimurthy, Iga, 2008, *Analisis Hubungan Persepsi Pasien Tentang Mutu Pelayanan dengan Minat Pemanfaatan Ulang Pelayanan Rawat Jalan Puskesmas Pandanaran Kota Semarang*, Tesis, Universitas Diponegoro Semarang.
- Peraturan Presiden Republik Indonesia Nomor 12 Tahun 2013 Tentang Jaminan Kesehatan.
- Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 59 Tahun 2014 Tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan Pada Dalam Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan.
- Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 71 Tahun 2013 Tentang Pelayanan Kesehatan Pada Jaminan Kesehatan Nasional Dengan Rahmat Tuhan Yang Maha Esa Menteri Kesehatan Republik Indonesia.
- Peraturan Menteri Kesehatan No. 269/MenKes/Per/III/2008
- Undang - Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional.
- Undang - Undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial.
- Undang - Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan.
- Undang – Undang No 75 Tahun 2014 tentang Puskesmas.

Wahid Iqbal M, dan Nurul Chayatin, 2009, *Ilmu Kesehatan Masyarakat Teori dan Aplikasi*, Jakarta : Salemba Medika.

Wahyu, MP, 2014, *Analisis Implementasi Kebijakan Jaminan Kesehatan Nasional di Rumah Sakit Umum Kota Tangerang Selatan Tahun 2014*. Skripsi, Universitas Islam Negeri Syarif Hidayatullah.

Wahyuningtyas, Ika, 2014, *Transformasi Kelembagaan PT. Askes Menjadi BPJS Kesehatan dalam Mendukung Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan Nasional di Kabupaten Kudus*, Skripsi, Universitas Negeri Semarang, Semarang.

Yustisia, visi, 2014, *Panduan Resmi Memperoleh Jaminan Kesehatan dari BPJS*, Jakarta: Visi media.

