

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

II.1 Kajian Pustaka

Terdapat beberapa hasil penelitian terdahulu yang berkaitan dengan penelitian ini. Diantaranya adalah penelitian yang dilakukan Herman Rante dan Dyah Mutiarin (2015) dengan judul Persepsi masyarakat terhadap Layanan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan di RSUD Morangan, Sleman, Daerah Istimewa Yogyakarta. Tujuan dari penelitian ini adalah 1) menganalisis bagaimana implementasi BPJS Kabupaten Sleman dalam mengelola Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) di Kabupaten Sleman, 2) menganalisis faktor apa yang menurut persepsi peserta BPJS Kesehatan tahun 2014 di Kabupaten Sleman sudah baik implementasinya. Berdasarkan hasil penelitian dan pembahasan yang telah dilakukan menyimpulkan bahwa persepsi masyarakat terhadap layanan BPJS kesehatan di RSUD Morangan berdasarkan pasal 10 UU nomor 24 tahun 2011 yang terdiri dari 1) Melakukan dan/atau menerima pendaftaran peserta, 2) Memungut dan mengumpulkan iuran dari peserta dan pemberi kerja, 3) Menerima bantuan iuran dari pemerintah, 4) Mengumpulkan dan mengelola

data peserta program jaminan sosial, 5) Membayarkan manfaat dan/atau membiayai pelayanan kesehatan sesuai dengan ketentuan program jaminan sosial, dan 6) Memberikan informasi mengenai penyelenggaraan program jaminan sosial kepada peserta dan masyarakat sudah baik dengan rentang nilai indeks 2,78 sampai dengan 3,43. Kesimpulan berikutnya bahwa 1) tidak ada perbedaan persepsi yang signifikan antara golongan masyarakat penerima bantuan iuran dan masyarakat non penerima bantuan berdasarkan pelaksanaan dan atau menerima pendaftaran peserta BPJS kesehatan di Sleman. 2) tidak ada perbedaan persepsi yang signifikan antara golongan masyarakat penerima bantuan iuran dan masyarakat non penerima bantuan iuran berdasarkan pengelolaan data peserta BPJS kesehatan di Sleman. 3) ada perbedaan persepsi yang signifikan antara golongan masyarakat penerima bantuan iuran dan masyarakat non penerima bantuan iuran berdasarkan pembayaran manfaat atau membiayai pelayanan kesehatan BPJS Kesehatan di Sleman dan 4) ada perbedaan persepsi yang signifikan antara golongan masyarakat penerima bantuan iuran dan masyarakat non penerima bantuan iuran berdasarkan pemberian informasi penyelenggaraan BPJS Kesehatan di Sleman.

Penelitian kedua yang terkait dengan penelitian ini adalah penelitian yang dilakukan oleh Sunarto (2011) dengan judul penelitian Sistem Pembiayaan dan Skema Kelembagaan Jaminan Kesehatan Daerah Kota Yogyakarta. Hasil dari penelitian ini adalah kebijakan Jamkesda Kota Yogyakarta berlandaskan legalitas berupa Peraturan Walikota No. 203 tahun 2005 tentang pembentukan UPT PJKD pada dinas kesehatan. Implementasinya diperkuat dengan Peraturan Walikota No. 66 Tahun 2007 tentang Penyelenggaraan Program Jamkesda Kota Yogyakarta. Sistem pembiayaan yang digunakan belum sepenuhnya menerapkan *system prospective payment* atau praupaya tetapi masih mengkombinasikan dengan *system retrospective payment*. Alokasi anggaran yang disediakan relatif mencukupi, efektif, berkelanjutan, dan secara bertahap menuju ke arah *universal coverage*. Berdasarkan skema kelembagaan, UPT PJKD relatif belum dapat melayani klaim secara cepat dan masih ada kerancuan pelaksanaan serta sosialisasi kepada masyarakat yang kurang. Kualitas sumber daya manusia pengelola UPT PJKD yang belum sesuai kompetensi dalam bidang asuransi kesehatan. Berdasarkan penilaian masyarakat dengan menggunakan metode CRC, program Jamkesda Kota Yogyakarta telah dapat

membantu pembiayaan kesehatan masyarakat dan memperoleh skor rata-rata 2,78 dari skor maksimal 4.

Penelitian yang dilakukan oleh Eko Subardi (2014) dengan judul penelitian Akuntabilitas Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan dalam Penanganan Klaim Asuransi Program Jaminan Kesehatan Nasional Januari-April 2014. Tujuan dari penelitian adalah untuk mengetahui akuntabilitas BPJS Kesehatan dalam Penanganan Klaim Asuransi Program JKN bulan Januari – April 2014 dan faktor-faktor yang mempengaruhinya. Penelitian ini menggunakan jenis penelitian deskriptif dengan jenis data kualitatif. Sumber datanya meliputi data primer yang diperoleh secara langsung dengan sumber/responden dan data sekunder berasal dari dokumen-dokumen yang berkaitan dengan penelitian. Teknik pengumpulan data yang digunakan adalah wawancara dan studi dokumentasi. Hasil penelitian menunjukkan bahwa akuntabilitas penanganan klaim asuransi yang diajukan Rumah Sakit, bulan Januari-April 2014 oleh BPJS Kesehatan KCU Yogyakarta, secara umum dapat dikatakan sudah akuntabel (80,5 %) walaupun masih ada beberapa indikator pengukuran menunjukkan adanya ketidaksesuaian/belum akuntabel.

Penelitian selanjutnya dari Dedi Rahmat Saputra (2014) yang berjudul Implementasi Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan di RSUD Kota Baubau. Metode penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah deskriptif kualitatif. Adapun teknik pengumpulan data dalam penelitian ini adalah teknik wawancara serta dokumentasi. Sedangkan, teknik yang digunakan untuk menganalisa data dalam penelitian ini adalah teknik analisis deskriptif. Analisis ini meliputi pengecekan data, pengelompokan data, pemeriksaan data, analisis data dan penarikan kesimpulan. Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa implementasi Standar Pelayanan Minimal bidang kesehatan rujukan di Rumah Sakit Umum Daerah Kota Baubau sudah baik. Sedikit kekurangan pelaksanaan SPM bidang kesehatan rujukan di RSUD Kota Baubau yaitu pada jumlah sumber daya manusia yang dibutuhkan. Adapun faktor yang mempengaruhi implementasi standar pelayanan minimal bidang kesehatan rujukan di RSUD Kota Baubau yaitu; Komunikasi, disposisi dan struktur birokrasi. Sedangkan untuk faktor sumber daya masih terdapat kekurangan karena hanya 80% dalam mencukupi kebutuhan SDM RSUD Kota Baubau.

Peneliti juga menemukan jurnal dari Muhammad Ihsan Nur Anwar (2016) dengan judul Responsivitas Pelayanan Publik (Studi Kasus Pelayanan Pasien BPJS Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Barru). Tujuannya adalah untuk menganalisis responsivitas pelayanan kesehatan di Rumah sakit Umum Daerah Kabupaten Barru. Menggunakan pendekatan deskriptif kualitatif. Adapun pengumpulan data yang digunakan adalah observasi, wawancara dan dokumentasi. Hasil penelitian menunjukkan bahwa secara umum Tingkat Responsivitas Pelayanan Publik Pasien BPJS Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Barru yang diukur menggunakan indikator yang dikemukakan oleh Zeithaml yang terdiri dari kemampuan merespon, kecepatan melayani, ketepatan melayani, kecermatan melayani, ketepatan waktu melayani, dan kemampuan menanggapi keluhan sudah baik. Namun dalam indikator kemampuan menanggapi keluhan ada beberapa yang perlu menjadi perhatian dari pihak Rumah Sakit Umum Kabupaten Barru, seperti kenyamanan pasien dan kebersihan lingkungan rumah sakit.

Kemudian jurnal dari Muhammad Amril Pratama Putra (2016). Hasil penelitian menunjukkan bahwa: Birokrasi atau Prosesur pelayanan publik pada kantor BPJS sudah sesuai dengan peraturan yang ditetapkan, dan mudah diakses baik secara tertulis

maupun melalui tayangan melalui media TV. Tanggapan masyarakat terhadap birokrasi dapat disimpulkan berdasarkan variabel: Prosedur Pelayanan. Sudah mudah diakses oleh masyarakat dan tidak sulit untuk mengisi formulir pendaftaran. Lama pengurusan juga dinilai cukup baik karena masa tunggu setelah dimasukkan keloket sekitar maksiaml 1 minggu dan minima 4 hari kerja. Lama antrian di nilai cukup lama karena umumnya masyarakat datang lebih cepat sebelum kantor terbuka. Lamanya antrian juga disebabkan karena ada masyarakat yang tidak melengkapi isian format sehingga petugas loket harus meluangkan waktu memberikan penjelasan yang berakibat tertundanya antrian peserta lainnya. Kenyamanan lingkungan dinilai baik karena fasilitas ruangan tempat duduk, nyaman dengan adanya Ac dan fasilitas WC yang baik mendukung ketenangan masyarakat menunggu antrian yang dinilai masih cukup lama.

Jurnal dari Andi Syamsu Rijal (2015), judul Analisis Akuntabilitas Penyelenggaraan Kesehatan Gratis di Kota Makassar. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui dan menganalisis Akuntabilitas Penyelenggaraan Kesehatan Gratis di Kota Makassar dalam pertanggung jawaban kinerja pelayanan publik yang diberikan kepada masyarakat sebagaimana amanat dari Undang-undang

kedalambentuk peraturan daerah. Hasil penelitian bahwa kebijakan dan peraturan pemerintah daerah tentang penyelenggaraan kesehatan gratis bertujuan memberikan kemudahan bagi masyarakat Kota Makassar dalam memperoleh pelayanan kesehatan yang bermutu dan menyeluruh, diperuntukkan bagi warga Kota Makassar yang seharusnya terkhusus pada kalangan menengah kebawah (Kurang mampu), artinya kalangan menengah keatas tidak turut menerima bantuan dan subsidi dari pemerintah yang sudah menjadi hak masyarakat yang kurang mampu, serta proses pelayanan yang diberikan harus mengikuti prosedur yang telah ditetapkan.

Peneliti juga menemukan jurnal internasional, *ASEAN Economic Bulletin*, Vol. 29, No. 3, *Sustainable and Just Social Protection in Southeast Asia (December 2012)*, pp. 184-196. Jurnal terakhir yang terkait dengan penelitian ini adalah yang dilakukan oleh Muliadi Widjaja (2012) dengan judul penelitian *Indonesia in Search of a Placement-Support Social Protection*. Fokus penelitian adalah pada kasus jaminan sosial. Program Asuransi Kesehatan Nasional diperkenalkan pada tahun 2008. Dengan diperkenalkannya UU nomor 24 tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS), Indonesia memulai program perlindungan sosial yang komprehensif yang mencakup perlindungan kesehatan dan pensiun,

mulai dari tahun 2014. Dalam rangka memberikan dukungan lebih untuk program perlindungan sosial, politik pengeluaran pemerintah harus bergeser dari teori utilitarian keadilan ke teori Rawlsian keadilan. Secara ringkas hasil-hasil penelitian terdahulu dapat dilihat dalam tabel 2.1 berikut:

Tabel II.1 Penelitian Terdahulu

No	Nama Peneliti	Judul Penelitian	Hasil
1	Muliadi Widjaja	Indonesia in Search of a Placement-Support Social Protection.	Dalam kasus jaminan sosial, Program Asuransi Kesehatan Nasional (Jamkesmas) diperkenalkan pada tahun 2008, dan itu masih sedang diperbaiki. Dengan diperkenalkannya UU No. 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial, atau BPJS (BPJS), Indonesia memulai program perlindungan sosial yang komprehensif yang mencakup perlindungan kesehatan dan pensiun, mulai dari 2014. Dalam rangka memberikan dukungan lebih untuk program perlindungan sosial, politik pengeluaran pemerintah harus bergeser dari teori utilitarian keadilan ke teori Rawlsian keadilan.
2	Herman Rante dan Dyah Mutiarin	Persepsi Masyarakat terhadap Layanan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan di	Persepsi masyarakat terhadap layanan BPJS kesehatan di RSUD Morangan berdasarkan pasal 10 UU No. 24 Tahun 2011 yang terdiri dari 1) Melakukan dan/atau menerima pendaftaran peserta, 2)

		RSUD Morangan, Sleman, DIY	<p>Memungut dan mengumpulkan iuran dari peserta dan pemberi kerja, 3) Menerima bantuan iuran dari pemerintah, 4) Mengumpulkan dan mengelola data peserta program jaminan sosial, 5) Membayarkan manfaat dan/atau membiayai pelayanan kesehatan sesuai dengan ketentuan program jaminan sosial dan 6) Memberikan informasi mengenai penyelenggaraan program jaminan sosial kepada peserta dan masyarakat sudah baik dengan rentang nilai indeks 2,78 s/d 3,43. Juga menyimpulkan bahwa 1) tidak ada perbedaan persepsi yang signifikan antara golongan masyarakat penerima bantuan iuran dan masyarakat non penerima bantuan berdasarkan pelaksanaan dan atau menerima pendaftaran peserta BPJS kesehatan di Sleman. 2) Tidak ada perbedaan persepsi yang signifikan antara golongan masyarakat penerima bantuan iuran dan masyarakat non penerima bantuan iuran berdasarkan pengelolaan data peserta BPJS kesehatan di Sleman. 3) Ada perbedaan persepsi yang signifikan antara golongan masyarakat penerima bantuan iuran dan masyarakat non penerima bantuan iuran berdasarkan pembayaran manfaat atau membiayai pelayanan kesehatan BPJS</p>
--	--	----------------------------------	---

			kesehatan di Sleman dan 4) Ada perbedaan persepsi yang signifikan antara golongan masyarakat penerima bantuan iuran dan masyarakat non penerima bantuan iuran berdasarkan pemberian informasi penyelenggaraan BPJS kesehatan di Sleman
3	Sunarto	Sistem Pembiayaan dan Skema Kelembagaan Jaminan Kesehatan Daerah Kota Yogyakarta	Sistem pembiayaan yang digunakan pemerintah kota belum sepenuhnya menerapkan <i>prospective payment system</i> , tetapi dikombinasikan dengan sistem <i>Retrospective Payment</i> . Jamkesda kota Yogyakarta belum sepenuhnya mengadopsi sistem jaminan pemeliharaan kesehatan masyarakat, pembiayaan sepenuhnya bersumber pada APBD. Skema kelembagaan menghadapi kendala pengelolaan keuangan oleh pihak UPT PJKD. Kewenangan mengelola dana belum bersifat otonom sehingga mekanisme pencairan klaim lambat. Keterbatasan jumlah perosnil berimplikasi pada efektivitas lembaga melayani penerima manfaat.
4	Eko Subardi	Akuntabilitas Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan dalam Penanganan Klaim Asuransi Program Jaminan	Hasil penelitian menunjukkan bahwa akuntabilitas penanganan klaim asuransi yang diajukan Rumah Sakit, bulan Januari-April 2014 oleh BPJS Kesehatan KCU Yogyakarta, secara umum dapat dikatakan sudah akuntabel (80,5 %) walaupun masih ada beberapa indikator pengukuran

		Kesehatan Nasional Januari – April 2014	menunjukkan adanya ketidaksesuaian / belum akuntabel.
5	Dedi Rahmat Saputra	Implementasi Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan di RSUD Kota Baubau	Implementasi standar pelayanan minimal bidang kesehatan rujukan di RSUD Kota Baubau sudah baik. Sedikit kekurangan pelaksanaan SPM bidang kesehatan rujukan di RSUD Kota Baubau yaitu pada jumlah sumber daya manusia yang dibutuhkan. Adapun faktor yang mempengaruhi implementasi standar pelayanan minimal bidang kesehatan rujukan di RSUD Kota Baubau; komunikasi, disposisi dan struktur birokrasi. Sedangkan untuk faktor sumber daya masih terdapat kekurangan karena hanya 80% dalam mencukupi kebutuhan SDM RSUD Kota Baubau.
6	Muhammad Ihsan Nur Anwar	Responsivitas Pelayanan Publik (Studi Kasus Pelayanan Pasien BPJS Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Barru)	Hasil penelitian menunjukkan bahwa secara umum Tingkat Responsivitas Pelayanan Publik Pasien BPJS Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Barru yang diukur menggunakan indikator yang dikemukakan oleh Zeithaml yang terdiri dari kemampuan merespon, kecepatan melayani, ketepatan melayani, kecermatan melayani, ketepatan waktu melayani, dan kemampuan menanggapi keluhan sudah baik. Namun dalam indikator kemampuan menanggapi keluhan ada beberapa yang perlu menjadi perhatian dari

			<p>pihak Rumah Sakit Umum Kabupaten Barru, seperti kenyamanan pasien dan kebersihan lingkungan rumah sakit.</p>
7	Muhammad Amril Pratama Putra	Analisis Birokrasi Pelayanan Publik Di Kantor Bpjs Kota Makassar	<p>Hasil penelitian menunjukkan bahwa: Birokrasi atau Prosesur pelayanan publik pada kantor BPJS sudah sesuai dengan peraturan yang ditetapkan, dan mudah diakses baik secara tertulis maupun melalui tayangan melalui media TV. Tanggapan masyarakat terhadap birokrasi dapat disimpulkan berdasarkan variabel: Prosedur Pelayanan. Sudah mudah diakses oleh masyarakat dan tidak sulit untuk mengisi formulir pendaftaran. Lama pengurusan juga dinilai cukup baik karena masa tunggu setelah dimasukkan keloket sekitar maksiaml 1 minggu dan minima 4 hari kerja. Lama antrian di nilai cukup lama karena umumnya masyarakat datang lebih cepat sebelum kantor terbuka. Lamanya antrian juga disebabkan karena ada masyarakat yang tidak melengkapi isian format sehingga petugas loket harus meluangkan waktu memberikan penjelasan yang berakibat tertundanya antrian peserta lainnya. Kenyamanan lingkungan dinilai baik karena fasilitas ruangan tempat duduk, nyaman dengan adanya Ac dan fasilitas WC yang baik mendukung ketenangan</p>

			masyarakat menunggu antrian yang dinilai masih cukup lama.
8	Andi Syamsu Rijal	Analisis Akuntabilitas Penyelenggaraan Kesehatan Gratis Di Kota Makassar	Kebijakan dan peraturan pemerintah daerah tentang penyelenggaraan kesehatan gratis bertujuan memberikan kemudahan bagi masyarakat Kota Makassar dalam memperoleh pelayanan kesehatan yang bermutu dan menyeluruh, diperuntukkan bagi warga Kota Makassar yang seharusnya terkhusus pada kalangan menengah kebawah (Kurang mampu), artinya kalangan menengah keatas tidak turut menerima bantuan dan subsidi dari pemerintah yang sudah menjadi hak masyarakat yang kurang mampu, serta proses pelayanan yang diberikan harus mengikuti prosedur yang telah ditetapkan.

Penelitian yang dilakukan saat ini berbeda dengan beberapa penelitian dan kajian yang telah dilakukan oleh peneliti terdahulu seperti yang telah dijelaskan di atas. Penelitian ini lebih cenderung untuk mendapatkan informasi dan data yang akurat mengenai evaluasi program BPJS pada fasilitas kesehatan tingkat pertama. BPJS Kesehatan merupakan skema *Universal Health Coverage* yang diterapkan di Indonesia.

Selain melakukan penelitian terkait dengan evaluasi program BPJS pada fasilitas kesehatan tingkat pertama, peneliti juga akan mencari tahu tentang bagaimana prosedur pelayanan dan model pelayanan yang diterapkan BPJS Kesehatan.

II.2 Kerangka Teori

II.2.1 *Universal Health Coverage (UHC)*

Universal coverage menurut Mundiharno (2012) dapat diartikan sebagai cakupan menyeluruh. Istilah *universal coverage* berasal dari WHO (*World Health Organisation*), lebih tepatnya *universal health coverage*. Istilah tersebut sebenarnya kelanjutan dari jargon sebelumnya yaitu *health for all*. *Universal Health Coverage* adalah layanan kesehatan yang bahwa semua orang dapat menggunakan promotif, preventif, kuratif, rehabilitatif dan layanan kesehatan paliatif yang mereka butuhkan, dengan kualitas yang cukup efektif, sementara juga memastikan bahwa pengguna layanan ini tidak menunjukkan pengguna yang kesulitan keuangan (www.who.int).

Universal Health Coverage meliputi (www.oxfam.org):

a. Akses layanan yang diperlukan berkualitas baik.

Terdiri dari pencegahan, promosi, pengobatan, rehabilitasi, dan perawatan paliatif.

b. Perlindungan finansial

Tidak ada yang menghadapi kesulitan keuangan atau pemiskinan untuk membayar layanan yang dibutuhkan.

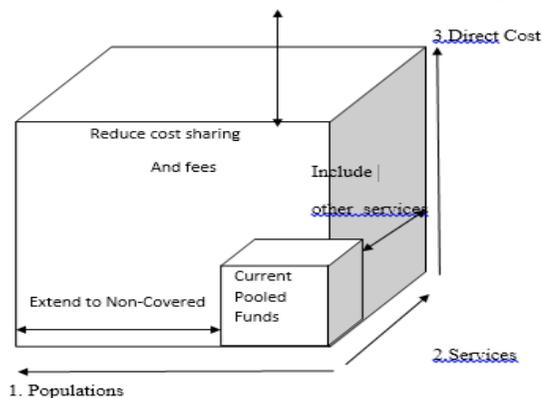
c. Keadilan

Semua orang, universal.

Mundiharno (2012) menyatakan dalam perspektif jaminan kesehatan, istilah *universal coverage* memiliki beberapa dimensi. Pertama, dimensi cakupan kepesertaan. Dari dimensi ini *universal coverage* dapat diartikan sebagai “kepesertaan menyeluruh”, dalam arti semua penduduk dicakup menjadi peserta jaminan kesehatan. Dengan menjadi peserta jaminan kesehatan diharapkan mereka memiliki akses terhadap pelayanan kesehatan. Namun tidak semua penduduk yang telah menjadi peserta jaminan kesehatan dapat serta merta mengakses pelayanan kesehatan. Jika di daerah tempat penduduk tinggal tidak ada fasilitas kesehatan, penduduk akan tetap sulit menjangkau

pelayanan kesehatan. Oleh karena itu dimensi kedua dari *universal health coverage* adalah akses yang merata bagi semua penduduk dalam memperoleh pelayanan kesehatan. Secara *implicit* pengertian ini mengandung implikasi perlu tersedianya fasilitas dan tenaga kesehatan agar penduduk yang menjadi peserta jaminan kesehatan benar-benar dapat memperoleh pelayanan kesehatan. Ketiga, *universal coverage* juga berarti bahwa proporsi biaya yang dikeluarkan secara langsung oleh masyarakat (*out of pocket payment*) makin kecil sehingga tidak mengganggu keuangan peserta (*financial catastrophic*) yang menyebabkan peserta menjadi miskin. WHO merumuskan tiga dimensi dalam pencapaian universal coverage yang digambarkan melalui gambar kubus berikut:

Gambar II.1 Dimensi *Universal Health Coverage*



Sumber: World Health Organisation

Ketiga dimensi *universal coverage* menurut WHO adalah (1) seberapa besar persentase penduduk yang dijamin; (2) seberapa lengkap pelayanan yang dijamin, serta (3) seberapa besar proporsi biaya langsung yang masih ditanggung oleh penduduk. Dimensi pertama adalah jumlah penduduk yang dijamin. Dimensi kedua adalah layanan kesehatan yang dijamin, misalnya apakah hanya layanan di rumah sakit atau termasuk juga layanan rawat jalan. Dimensi ketiga adalah proporsi biaya kesehatan yang dijamin. Makin banyak dana yang tersedia, makin banyak pula penduduk yang terlayani, makin komprehensif paket pelayanannya serta makin kecil proporsi biaya yang harus ditanggung penduduk. Alokasi atau pengumpulan dana yang terbatas berpengaruh terhadap komprehensif tidaknya pelayanan yang dijamin serta proporsi biaya pengobatan/perawatan yang dijamin (Mundiharno, 2012).

Indonesia berupaya mencapai *universal coverage* dalam tiga dimensi tersebut secara bertahap. Prioritas pertama dalam pencapaian *universal coverage* adalah perluasan penduduk yang dijamin, yaitu agar semua penduduk terjamin sehingga setiap penduduk yang sakit

tidak menjadi miskin karena beban biaya berobat yang tinggi. Langkah berikutnya adalah memperluas layanan kesehatan yang dijamin agar setiap orang dapat memenuhi kebutuhan medis (yang berarti pula makin komprehensif paket manfaatnya). Dan terakhir adalah peningkatan biaya medis yang dijamin sehingga makin kecil proporsi biaya langsung yang ditanggung penduduk. Sesuai dengan pengalaman masa lalu dan pengalaman penyediaan jaminan kesehatan untuk pegawai negeri, Indonesia menghendaki jaminan kesehatan untuk semua penduduk (dimensi I), menjamin semua penyakit (dimensi II) dan porsi biaya yang menjadi tanggungan penduduk (peserta) sekecil mungkin.

Cepat tidaknya pencapaian *universal coverage* melalui asuransi kesehatan sosial (*social health insurance*) dipengaruhi oleh beberapa faktor. Carrin dan James Sebagaimana dikutip oleh Mundiharno (2012) menyebut ada lima faktor yang mempengaruhi cepat lambatnya suatu negara mencapai *universal coverage*. Pertama, tingkat pendapatan penduduk. Makin tinggi tingkat pendapatan penduduk makin tinggi kemampuan penduduk dan juga majikan dalam membayar iuran (premi). Kedua, struktur

ekonomi negara terutama berkaitan dengan besarnya proporsi sektor formal dan informal. Ketiga, distribusi penduduk negara. Distribusi penduduk yang tersebar luas ke berbagai wilayah menyebabkan biaya administrasi penyelenggaraan yang lebih tinggi dibanding kalau penduduknya terpusat pada daerah-daerah tertentu. Keempat, kemampuan negara dalam mengelola asuransi kesehatan sosial. Penyelenggaraan jaminan kesehatan memerlukan sumberdaya terampil yang memadai. Kelima faktor tersebut perlu diperhatikan oleh pemerintah dalam membuat pedoman dan aturan (*stewardship*) dalam mencapai *universal health coverage* melalui asuransi kesehatan sosial (SHI).

Upaya pemerintah Indonesia dalam mencapai *universal health coverage* dilakukan dengan cara menerbitkan UU No 24 Tahun 2011 tentang BPJS. Undang-undang tersebut merupakan badan hukum yang dibentuk untuk menyelenggarakan program jaminan sosial yang merupakan badan hukum publik. Asuransi sosial merupakan mekanisme pengumpulan iuran yang bersifat wajib dari peserta, guna memberikan perlindungan kepada

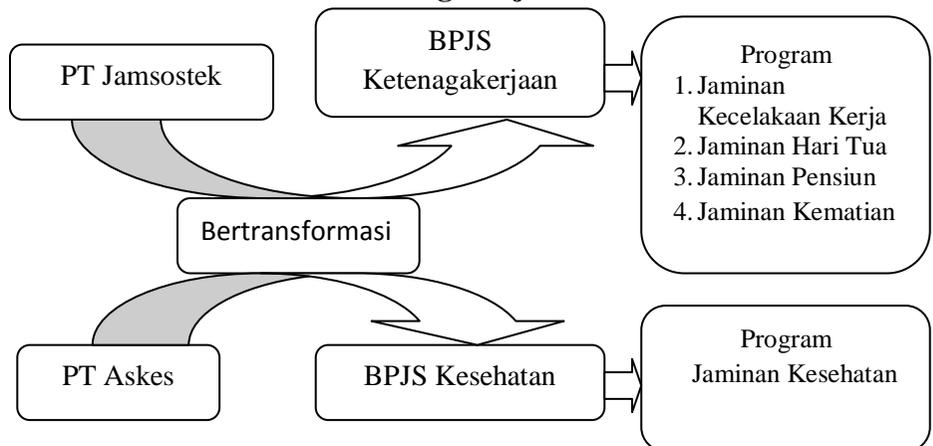
peserta atas risiko sosial ekonomi yang menimpa mereka dan atau anggota keluarganya (UU SJSN No.40 tahun 2004). Jaminan Sosial adalah bentuk perlindungan sosial untuk menjamin seluruh rakyat agar dapat memenuhi kebutuhan dasar hidupnya yang layak. Sedangkan, sistem Jaminan Sosial Nasional adalah tata cara penyelenggaraan program Jaminan Sosial oleh Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan dan BPJS Ketenagakerjaan. Hal ini tercantum di dalam pasal 5 ayat 2 UU No 24 Tahun 2011 tentang BPJS menyebutkan bahwa terdapat dua jaminan sosial yaitu BPJS Kesehatan dan BPJS Ketenagakerjaan.

Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) yang dikembangkan di Indonesia merupakan bagian dari Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) (Buku Pegangan JKN). Sistem Jaminan Sosial Nasional ini diselenggarakan melalui mekanisme Asuransi Kesehatan Sosial yang bersifat wajib (mandatory) berdasarkan Undang-Undang No.40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional. Tujuannya adalah agar semua penduduk Indonesia terlindungi dalam sistem asuransi, sehingga mereka dapat

memenuhi kebutuhan dasar kesehatan masyarakat yang layak (Buku Pegangan JKN).

PT Askes (persero) bertransformasi menjadi BPJS Kesehatan. BPJS kesehatan ini mulai menyelenggarakan jaminan kesehatan terhitung sejak awal bulan Januari 2014. Sedangkan PT Jamsostek (persero) bertransformasi menjadi BPJS Ketenagakerjaan paling lambat bulan Juli 2015 dengan menyelenggarakan program jaminan kecelakaan kerja, jaminan hari tua, jaminan pensiun dan jaminan kematian. Secara ringkas transformasi PT Askes dan PT Jamsostek menjadi BPJS Kesehatan dan ketenagakerjaan dapat dilihat pada gambar berikut

Gambar II.2 Transformasi BPS Kesehatan dan Ketenagakerjaan



Sumber: Diadaptasi dari Peraturan BPJS No 1 2014

Undang-undang No 24 Tahun 2011 tentang BPJS dalam pasal 10 menyebutkan bahwa BPJS memiliki tugas sebagai berikut:

1. melakukan dan/atau menerima pendaftaran Peserta;
2. memungut dan mengumpulkan Iuran dari Peserta dan Pemberi Kerja;
3. menerima Bantuan Iuran dari Pemerintah;
4. mengelola Dana Jaminan Sosial untuk kepentingan Peserta;
5. mengumpulkan dan mengelola data Peserta program Jaminan Sosial;
6. membayarkan Manfaat dan/atau membiayai pelayanan kesehatan sesuai dengan ketentuan program Jaminan Sosial; dan
7. memberikan informasi mengenai penyelenggaraan program Jaminan Sosial kepada Peserta dan masyarakat.

Pasal 14 Undang-undang No 24 Tahun 2011 tentang BPJS menyebutkan setiap orang, termasuk orang asing yang bekerja paling singkat 6 (enam) bulan di Indonesia, wajib menjadi Peserta program Jaminan Sosial. BPJS

kesehatan memiliki dua kategori kepesertaan yaitu Penerima Bantuan Iuran (PBI) dan peserta Bukan Penerima Bantuan Iuran (BPBI). Sebagaimana dijelaskan dalam peraturan BPJS No 1 tahun 2014 tentang jaminan kesehatan bahwa Peserta PBI jaminan kesehatan adalah orang yang tergolong fakir miskin dan orang tidak mampu.

Sedangkan Peserta Bukan PBI Jaminan Kesehatan sebagaimana tercantum dalam peraturan badan penyelenggara jaminan sosial kesehatan nomor 1 tahun 2014 tentang penyelenggaraan jaminan kesehatan Pasal 6 Peserta bukan PBI Jaminan Kesehatan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 14 terdiri atas:

1. Pekerja Penerima Upah dan anggota keluarganya termasuk warga negara asing yang bekerja di Indonesia paling singkat 6 (enam) bulan dan anggota keluarganya;
2. Pekerja Bukan Penerima Upah dan anggota keluarganya termasuk warga negara asing yang bekerja di Indonesia paling singkat 6 (enam) bulan dan anggota keluarganya;
3. Bukan Pekerja dan anggota keluarganya.

Sebagaimana tampak pada gambar di atas, Mundiharno (2012) memberikan penjelasan bahwa penyelenggaraan jaminan kesehatan perlu memperhatikan berbagai aspek berikut.

1. Aspek regulasi. Oleh karena jaminan kesehatan yang akan dikembangkan adalah jaminan kesehatan sosial yang melibatkan kepentingan publik yang demikian banyak, aspek regulasi sangat penting diperhatikan dan bahkan menjadi dasar dalam penyelenggaraan jaminan kesehatan. Perlu disusun sejumlah peraturan yang mendasari penyelenggaraan jaminan kesehatan
2. Aspek kepesertaan. UU SJSN menyatakan bahwa program jaminan sosial bersifat wajib yang memungkinkan mencakup seluruh rakyat (*universal social security*) yang akan dicapai secara bertahap. Seluruh rakyat wajib menjadi peserta tanpa kecuali. Program jaminan sosial yang terlebih dahulu diprioritaskan untuk mencakup seluruh penduduk adalah program jaminan kesehatan. Dengan demikian terkait aspek kepesertaan hal yang perlu diperhatikan

adalah bagaimana semua penduduk dapat tercakup menjadi peserta jaminan kesehatan.

3. Aspek manfaat dan iuran. Jaminan kesehatan diperlukan untuk menjamin agar peserta tidak mengalami masalah pembiayaan kesehatan ketika jatuh sakit. Oleh karena itu jenis penyakit yang dicakup dalam manfaat jaminan kesehatan haruslah sesuai dengan kebutuhan medis peserta. UU SJSN menyatakan bahwa manfaat jaminan kesehatan yang dicakup adalah komprehensif sesuai kebutuhan medis. Namun cakupan yang komprehensif berimplikasi pada besarnya iuran. Agar tidak terjadi ketimpangan dalam pelayanan kesehatan maka cakupan manfaat yang ingin dicapai adalah manfaat yang komprehensif, sesuai kebutuhan medis dan sama bagi semua peserta.
4. Aspek pelayanan kesehatan. Salah satu masalah kritis dalam pelayanan kesehatan adalah tersedianya fasilitas kesehatan dan tenaga kesehatan yang merata di seluruh wilayah Indonesia. Jaminan kesehatan hanya bermakna jika diiringi dengan ketersediaan fasilitas kesehatan dan tenaga kesehatan yang merata dan dengan kualitas

yang terjaga. Sistem rujukan berjenjang perlu diperkuat dalam upaya mengembangkan pelayanan kesehatan.

5. Aspek keuangan. Salah satu fungsi yang harus dijalankan dalam penyelenggaraan jaminan kesehatan adalah menjaga agar dana yang tersedia selalu mencukupi untuk menyelenggarakan jaminan kesehatan, termasuk untuk membayar klaim-klaim biaya yang dibayarkan kepada para providers. Untuk itu dari aspek keuangan perlu dipastikan agar dana mencukupi dan pengelolaannya efisien dan akuntabel.
6. Aspek organisasi dan kelembagaan. UU BPJS menyatakan bahwa badan penyelenggara yang menyelenggarakan jaminan kesehatan sosial di Indonesia adalah BPJS Kesehatan yang akan beroperasi mulai 1 Januari 2014. Perlu dipersiapkan berbagai hal agar BPJS Kesehatan mulai 1 Januari 2014 sudah beroperasi dengan baik sesuai dengan prinsip-prinsip *good corporate givernance*.

II.2.2 Pembiayaan Asuransi Kesehatan Publik

1. Iuran

Iuran Jaminan Kesehatan adalah sejumlah uang yang dibayarkan secara teratur oleh Peserta, Pemberi Kerja, dan/atau Pemerintah untuk program Jaminan Kesehatan (Perpres No. 12 tahun 2013 tentang Jaminan Kesehatan).

2. Pembayar Iuran

- 1) Bagi Peserta PBI, iuran dibayar oleh Pemerintah.
- 2) Bagi peserta PBI yang didaftarkan Pemerintah Daerah, iuran dibayar Pemerintah Daerah.
- 3) Bagi Peserta Pekerja Penerima Upah, Iurannya dibayar oleh Pemberi Kerja dan Pekerja.
- 4) Bagi Peserta Pekerja Bukan Penerima Upah dan Peserta Bukan Pekerja iuran dibayar oleh Peserta yang bersangkutan.
- 5) Bagi anggota keluarga peserta, iuran dibayar oleh peserta.
- 6) 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 (Perpres No. 111 tahun 2013).

3. Pembayaran Iuran

Setiap Peserta wajib membayar iuran yang besarnya ditetapkan berdasarkan persentase dari upah (untuk pekerja penerima upah) atau suatu jumlah nominal tertentu (bukan penerima upah dan PBI). Setiap Pemberi Kerja wajib memungut iuran dari pekerjanya, menambahkan iuran peserta yang menjadi tanggung jawabnya, dan membayarkan iuran tersebut setiap bulan kepada BPJS Kesehatan secara berkala (paling lambat tanggal 10 setiap bulan). Apabila tanggal 10 (sepuluh) jatuh pada hari libur, maka iuran dibayarkan pada hari kerja berikutnya. Keterlambatan pembayaran iuran JKN dikenakan denda administratif sebesar 2% (dua persen) perbulan dari total iuran yang tertunggak dan dibayar oleh Pemberi Kerja.

Peserta Pekerja Bukan Penerima Upah dan Peserta bukan Pekerja wajib membayar iuran JKN pada setiap bulan yang dibayarkan paling lambat tanggal 10

(sepuluh) setiap bulan kepada BPJS Kesehatan. Pembayaran iuran JKN dapat dilakukan diawal.

BPJS Kesehatan menghitung kelebihan atau kekurangan iuran JKN sesuai dengan Gaji atau Upah Peserta. Dalam hal terjadi kelebihan atau kekurangan pembayaran iuran, BPJS Kesehatan memberitahukan secara tertulis kepada Pemberi Kerja dan/atau Peserta paling lambat 14 (empat belas) hari kerja sejak diterimanya iuran. Kelebihan atau kekurangan pembayaran iuran diperhitungkan dengan pembayaran Iuran bulan berikutnya (Perpres No. 111 tahun 2013).

Tabel II.2 Besaran Iuran Per Bulan Tertentu Yang Harus Dibayar Sesuai Dengan Jenis Kepesertaan Masing-Masing Dalam JKN

PESERTA	BENTUK IURAN	BESARAN IURAN	KET
PBI	Nilai Nominal (per jiwa)	Rp. 19.225 (dibayarkan oleh pemerintah)	Rawat inap kelas 3
PNS/TNI/POLRI/PENSIUN	5% (per keluarga)	2% dari pekerja 3% dari pemberi kerja	Rawat Inap Kelas 1 Kelas 2
Pekerja Penerima Upah Selain PNS dll	4,5% (per keluarga) Dan 5% (per keluarga)	s/d 30 juni 2015: 0,5% dari pekerja 4% dari pemberi kerja Mulai 1 juli 2015: 1% dari pekerja 4% dari pemberi kerja	Rawat inap kelas 1, kelas 2
Pekerja Bukan Penerima Upah dan Bukan Pekerja	Nilai nominal (per jiwa)	Mulai 29 Februari 2016: 1. Rp. 25.000 2. Rp. 51.000 3. Rp. 80.000	1. Rawat inap kelas 3 2. Rawat inap kelas 2 3. Rawat inap kelas 1

II.2.3 Prosedur Kepesertaan Asuransi Kesehatan Publik

Prosedur pendaftaran peserta JKN dijelaskan pada Peraturan BPJS No.1 tahun 2014 dan secara ringkas dijelaskan pada website BPJS (2014) adalah sebagai berikut:

1. Pendaftaran Bagi Penerima Bantuan Iuran / PBI

Pendataan Fakir Miskin dan Orang Tidak mampu yang menjadi peserta PBI dilakukan oleh lembaga yang menyelenggarakan urusan Pemerintahan di bidang statistik (Badan Pusat Statistik) yang diverifikasi dan divalidasi oleh Kementerian Sosial.

Selain peserta PBI yang ditetapkan oleh Pemerintah Pusat, juga terdapat penduduk yang didaftarkan oleh Pemerintah Daerah berdasarkan SK Gubernur/Bupati/Walikota bagi Pemda yang mengintegrasikan program Jamkesda ke program JKN.

2. Pendaftaran Bagi Peserta Pekerja Penerima Upah atau PPU

- 1) Perusahaan/Badan usaha mendaftarkan seluruh karyawan beserta anggota keluarganya ke Kantor BPJS Kesehatan dengan melampirkan :

- a. Formulir Registrasi Badan Usaha/Badan Hukum Lainnya.
 - b. Data Migrasi karyawan dan anggota keluarganya sesuai format yang ditentukan oleh BPJS Kesehatan.
- 2) Perusahaan/Badan Usaha menerima nomor Virtual Account (VA) untuk dilakukan pembayaran ke Bank yang telah bekerja sama (BRI/Mandiri/BNI).
- 3) Bukti Pembayaran iuran diserahkan ke Kantor BPJS Kesehatan untuk dicetak kartu JKN atau mencetak e-ID secara mandiri oleh Perusahaan/Badan Usaha.
3. Pendaftaran bagi peserta pekerja bukan penerima upah / pbpu dan bukan pekerja
- 1) Pendaftaran PBPU dan Bukan Pekerja
 - a. Calon peserta mendaftar secara perorangan di Kantor BPJS Kesehatan.
 - b. Mengisi formulir Daftar Isian Peserta (DIP) dengan melampirkan Fotokopi Kartu Keluarga (KK), Fotokopi KTP/Paspor, dan Pasfoto 3 x 4 sebanyak 1 lembar. Untuk anggota keluarga

menunjukkan Kartu Keluarga/Surat Nikah/Akte Kelahiran.

- c. Setelah mendaftar, calon peserta memperoleh Nomor Virtual Account (VA).
- d. Melakukan pembayaran iuran ke Bank yang bekerja sama (BRI/Mandiri/BNI).
- e. Bukti pembayaran iuran diserahkan ke kantor BPJS Kesehatan untuk dicetakkan kartu JKN.

2) Pendaftaran bukan pekerja melalui entitas berbadan hukum (pensiunan BUMN/BUMD)

Proses pendaftaran pensiunan yang dana pensiunnya dikelola oleh entitas berbadan hukum dapat didaftarkan secara kolektif melalui entitas berbadan hukum yaitu dengan mengisi formulir registrasi dan formulir migrasi data peserta.

II.2.4 Kualitas Layanan Asuransi Kesehatan Publik

Secara umum kualitas layanan mengandung berbagai pengertian menurut beberapa pemikir kualitas layanan dapat diartikan; Goeth dan Davis yang dikutip Tjiptono (2012) bahwa kualitas merupakan suatu kondisi dinamis yang berhubungan dengan produk, jasa, manusia,

proses, dan lingkungan yang memenuhi atau melebihi harapan. Sebaliknya, definisi kualitas yang bervariasi dari yang kontroversional hingga kepada yang lebih strategik. Menurut Garvin yang dikutip Tjiptono (2012) menyatakan bahwa terdapat lima perspektif mengenai kualitas, salah satunya yaitu bahwa kualitas dilihat tergantung pada orang yang menilainya, sehingga produk yang paling memuaskan preferensi seseorang merupakan produk yang berkualitas paling tinggi. Pada prinsipnya konsep pelayanan memiliki berbagai macam definisi yang berbeda menurut penjelasan para ahli, namun pada intinya tetap merujuk pada konsepsi dasar yang sama. Menurut Sutedja (2007) pelayanan atau servis dapat diartikan sebagai sebuah kegiatan atau keuntungan yang dapat ditawarkan oleh satu pihak kepada pihak lain. Pelayanan tersebut meliputi kecepatan melayani, kenyamanan yang diberikan, kemudahan lokasi, harga wajar dan bersaing (Sunarto, 2007).

Pengertian kualitas jasa atau pelayanan berpusat pada upaya pemenuhan kebutuhan dan keinginan pelanggan serta ketetapan penyampaiannya untuk mengimbangi harapan memenuhi kesehatan publik. Artinya kualitas

pelayanan ditentukan oleh kemampuan perusahaan atau lembaga tertentu untuk memenuhi kebutuhan yang sesuai dengan apa yang diharapkan atau diinginkan berdasarkan kebutuhan dasar dari kesehatan yang dibutuhkan oleh masyarakat luas. Dengan kata lain, faktor utama yang mempengaruhi kualitas pelayanan adalah pelayanan asuransi yang diharapkan pelanggan/pengunjung dan persepsi masyarakat terhadap pelayanan tersebut.

Kualitas pelayanan memberikan suatu dorongan kepada pelanggan atau dalam hal ini masyarakat yang membutuhkan pelayanan kesehatan untuk menjalin ikatan hubungan yang kuat dengan lembaga atau instansi pemberi pelayanan asuransi kesehatan. Ikatan hubungan yang baik ini akan memungkinkan lembaga pelayanan asuransi kesehatan untuk memahami dengan seksama harapan pelanggan/pengunjung serta kebutuhan kesehatan publik. Dengan demikian penyedia layanan jasa dapat meningkatkan kepuasan pengunjung dengan memaksimalkan pengalaman masyarakat yang menyenangkan dan meminimumkan pengalaman masyarakat yang kurang menyenangkan.

Ada 2 (dua) jenis pelayanan yang akan diperoleh oleh Peserta JKN, yaitu berupa pelayanan kesehatan (manfaat medis) serta akomodasi dan ambulans (manfaat non medis). Peserta yang memerlukan pelayanan kesehatan pertama-tama harus memperoleh pelayanan kesehatan pada fasilitas kesehatan tingkat pertama. Bila Peserta memerlukan pelayanan kesehatan tingkat lanjutan, maka hal itu harus dilakukan melalui rujukan oleh Fasilitas kesehatan tingkat pertama, kecuali dalam keadaan kegawatdaruratan medis.

Menurut Donald dalam Hardiyansyah (2011) pelayanan pada dasarnya adalah merupakan kegiatan atau manfaat yang ditawarkan oleh suatu pihak kepada pihak lain dan pada hakekatnya tidak berwujud serta tidak menghasilkan kepemilikan sesuatu, proses produksinya mungkin juga tidak dikaitkan dengan suatu produksi fisik. Dari uraian tersebut, maka pelayanan dapat diartikan sebagai aktivitas yang diberikan untuk membantu, menyiapkan dan mengurus baik itu berupa barang atau jasa dari satu pihak kepada pihak lain.

Menurut Zeithaml dalam Hardiansyah (2011) dari sepuluh dimensi kualitas pelayanan tersebut, kemudian disederhanakan menjadi lima dimensi, yaitu dimensi *SERVQUAL* (Kualitas Pelayanan) sebagai berikut:

1. *Tangibles*, meliputi fasilitas fisik, perlengkapan, pegawai dan sarana komunikasi.
2. *Reliability*, yaitu kemampuan perusahaan untuk memberikan pelayanan yang dijanjikan dengan tepat waktu dan memuaskan.
3. *Responsibility*, yaitu kemampuan para staf untuk membantu para pelanggan dan memberikan pelayanan dengan tenggap.
4. *Assurance*, mencakup kemampuan, kesopanan dan sifat dapat dipercaya yang dimiliki para staf, bebas dari biaya, resiko atau keragu-raguan.
5. *Empathy*, mencakup kemudian dalam melakukan hubungan komunikasi yang baik dan memahami kebutuhan para pelanggan.

II.2.5 Hasil-Hasil Program Asuransi Kesehatan Publik

Pengertian umum dari *outcome* (hasil) adalah suatu konsekuensi awal dan dampak akhir yang dicapai akibat dari suatu perbuatan. *Outcome* yang berkaitan dengan "tujuan jangka pendek" pada aspek pembelajaran, yaitu terciptanya kualitas lulusan yang memiliki karakteristik seperti kesadaran, pengetahuan, atitud, skill, opini, aspirasi dan motivasi. *Outcome* yang berkaitan dengan "tujuan jangka menengah" pada aspek kegiatan yang meliputi aspek-aspek seperti perilaku, praktek, penentu keputusan, kebijakan dan aksi-aksi yang berpengaruh pada kualitas pelayanan salah satu institusi.

Program asuransi kesehatan publik sebagai program yang menyelenggarakan kesehatan publik mengharapkan suatu *outcome* atau produktivitas yang memuaskan sebagaimana yang ditetapkan dalam tujuan jangka pendek dalam mewujudkan kesejahteraan kesehatan masyarakat luas. Hal tersebut dapat ditentukan dengan adanya perubahan derajat kesehatan dan adanya manfaat jaminan kesehatan, sehingga *outcome* dari program dapat ditentukan dari keberhasilan dari factor-faktor tersebut.

II.2.6 Evaluasi Kebijakan Publik

Evaluasi biasanya ditujukan untuk menilai sejauh mana keefektivan kebijakan publik guna dipertanggungjawabkan kepada konstituennya. Sejahter mana tujuan dicapai serta untuk melihat sejauh mana kesenjangan antara harapan dengan kenyataan. Secara umum, evaluasi kebijakan dapat dikatakan sebagai kegiatan yang menyangkut estimasi atau penilaian kebijakan yang mencakup substansi, implementasi dan dampak pelaksanaan kebijakan tersebut (Anderson dalam Winarno 2008).

Evaluasi memainkan sejumlah fungsi utama dalam analisis kebijakan. Menurut William N. Dunn (2003) yaitu:

“Pertama, dan yang paling penting, evaluasi memberi informasi yang valid dan dapat dipercaya mengenai kinerja kebijakan. Kedua, evaluasi memberi sumbangan pada klarifikasi dan kritik terhadap nilai-nilai yang mendasari pemilihan tujuan dan target. Ketiga, evaluasi memberi sumbangan pada aplikasi metode-metode analisis kebijakan lainnya, termasuk perumusan masalah dan rekomendasi” (Dunn, 2003)

Berdasarkan pendapat William Dunn di atas dapat disimpulkan bahwa evaluasi merupakan suatu proses kebijakan yang paling penting karena dengan evaluasi kita

dapat menilai seberapa jauh kebutuhan, nilai dan kesempatan dengan melalui tindakan publik, dimana tujuan-tujuan tertentu dapat dicapai. Sehingga kepantasan dari kebijakan dapat dipastikan dengan alternatif kebijakan yang baru atau merevisi kebijakan.

Menurut Dunn (2003) evaluasi mempunyai karakteristik yang membedakannya dari metode-metode analisis kebijakan lainnya yaitu:

1. Fokus nilai. Evaluasi berbeda dengan pemantauan, dipusatkan pada penilaian menyangkut keperluan atau nilai dari sesuatu kebijakan dan program.
2. Interdependensi fakta-nilai. Tuntutan evaluasi tergantung baik “fakta” maupun “nilai”.
3. Orientasi masa kini dan masa lampau. Tuntutan evaluatif, berbeda dengan tuntutan-tuntutan advokat, diarahkan pada hasil sekarang dan masa lalu, ketimbang hasil di masa depan.
4. Dualitas nilai. Nilai-nilai yang mendasari tuntutan evaluasi mempunyai kualitas ganda, karena mereka dipandang sebagai tujuan dan sekaligus cara.

Berdasarkan penjelasan di atas, karakteristik evaluasi terdiri dari empat karakter. Pertama yaitu fokus nilai, karena evaluasi adalah penilaian dari suatu kebijakan dalam ketepatan pencapaian tujuan dan sasaran kebijakan. Kedua, yaitu interdependensi fakta-nilai, karena untuk menentukan nilai dari suatu kebijakan bukan hanya dilihat dari tingkat kinerja tetapi juga dilihat dari bukti atau fakta bahwa kebijakan dapat memecahkan masalah tertentu. Ketiga, yaitu orientasi masa kini dan masa lampau, karena tuntutan evaluatif diarahkan pada hasil sekarang dan masa lalu sehingga hasil evaluasi dapat dibandingkan nilai dari kebijakan tersebut. Keempat, yaitu dualitas nilai, karena nilai-nilai dari evaluasi mempunyai arti ganda baik rekomendasi sejauh berkenaan dengan nilai yang ada maupun nilai yang diperlukan dalam mempengaruhi pencapaian tujuan-tujuan lain.

Tujuan kebijakan publik sosial, dalam konteks pembangunan sosial, kebijakan sosial merupakan suatu perangkat, mekanisme, dan sistem yang dapat mengarahkan dan menterjemahkan tujuan-tujuan pembangunan (Suharto, 2012). Kebijakan sosial senantiasa berorientasi kepada

pencapaian tujuan sosial. Tujuan sosial ini mengandung dua pengertian yang saling terkait, yakni memecahkan masalah sosial dan memenuhi kebutuhan sosial (Suharto, 2012).

Menurut Edi Suharto (2012), model-model yang umumnya digunakan dalam analisis kebijakan publik adalah:

- a. Model Prospektif adalah bentuk kebijakan yang mengarahkan kajiannya pada konsekuensi-konsekuensi kebijakan sebelum suatu kebijakan diterapkan. Model ini dapat disebut juga model prediktif
- b. Model Retrospektif adalah analisis kebijakan yang dilakukan terhadap akibat-akibat kebijakan setelah kebijakan diimplementasikan. Model ini biasa disebut model evaluatif, karena banyak melibatkan pendekatan evaluasi terhadap dampak-dampak kebijakan yang sedang atau telah diterapkan
- c. Model Integratif adalah model perpaduan antara kedua model diatas. Model ini kerap disebut sebagai model komprehensif atau model holistik, karena analisis dilakukan terhadap konsekuensi-konsekuensi kebijakan

yang mungkin timbul, baik sebelum maupun sesudah suatu kebijakan dioperasikan.

Menurut Lester dan Stewart (2000) untuk menilai keberhasilan atau kegagalan berdasarkan standar atau kriteria yang telah ditetapkan. Ada dua hal penilaian dalam evaluasi pada kebijakan yang sudah berjalan yaitu:

1. Penilaian terhadap hasil (*outcome*), dapat juga dikatakan evaluasi kinerja. Evaluasi ini dilakukan untuk kegiatan yang telah berjalan. Karena sifatnya hanya bisa dilakukan untuk kegiatan yang telah berjalan maka hasil dari evaluasi *outcome* dapat digunakan untuk penyempurnaan kegiatan selanjutnya.
2. Penilaian terhadap dampak (*impact*), evaluasi ini lebih fokus terhadap *output* atau dampak dibandingkan pada prosesnya. Dapat dikatakan untuk menilai hasil, atau target jangka panjang dari kebijakan.

Menurut Dunn (2000), istilah evaluasi dapat disamakan dengan penaksiran (*appraisal*), pemberian angka (*rating*), dan penilaian (*assessment*). Evaluasi berkenaan dengan produksi informasi mengenai nilai atau manfaat kebijakan. evaluasi memberi informasi yang valid

dan dapat dipercaya mengenai kinerja kebijakan, yaitu seberapa jauh kebutuhan, nilai dan kesempatan telah dapat dicapai melalui tindakan publik; evaluasi memberikan sumbangan pada klarifikasi dan kritik terhadap nilai-nilai yang mendasari tujuan dan target; dan evaluasi memberikan sumbangan pada aplikasi metode-metode analisis kebijakan lainnya, termasuk perumusan masalah dan rekomendasi (Dunn, 2000). Jadi, meskipun berkenaan dengan keseluruhan proses kebijakan, evaluasi kebijakan lebih berkenaan pada kinerja dari kebijakan, khususnya pada implementasi kebijakan publik.

Secara umum, Dunn (2000) menggambarkan kriteria-kriteria evaluasi kebijakan publik sebagai berikut:

Tabel II.3 Tipe Evaluasi Kebijakan Publik

Tipe kriteria	Pertanyaan	Ilustrasi
efektivitas	Apakah hasil yang diinginkan telah dicapai?	Unit pelayanan
Efisiensi	Seberapa banyak usaha yang diperlukan untuk mencapai hasil yang diinginkan	Unit biaya, manfaat bersih, rasio cost-benefit
Kecukupan	Seberapa jauh pencapaian hasil yang diinginkan memecahkan masalah?	Biaya tetap, efektifitas tetap
Perataan	Apakah biaya dan manfaat didistribusikan secara merata kepada kelompok-kelompok berbeda?	Kriteria pareto, kriteria kaldor-hicks, kriteria rawls
Responsivitas	Apakah hasil kebijakan memuaskan kebutuhan, preferensi atau nilai-nilai kelompok tertentu?	Konsistensi survei warga negara
ketepatan	Apakah hasil (tujuan) yang diinginkan benar-benar berguna atau bernilai?	Program publik harus merata dan efisien

Berdasarkan table diatas menurut Dunn (2000), bahwa kriteria-kriteria evaluasi kebijakan publik dapat diterangkan sebagai berikut:

1. Efektifitas, berkenaan dengan apakah suatu alternatif mencapai hasil (akibat) yang diharapkan.

2. Efisiensi, berkenaan dengan jumlah usaha yang diperlukan untuk menghasilkan tingkat efektifitas yang dikehendaki.
3. Kecukupan, berkenaan dengan seberapa jauh suatu tingkat efektifitas memuaskan kebutuhan, nilai, atau kesempatan yang menumbuhkan adanya masalah.
4. Perataan (equity), berkenaan dengan pemerataan distribusi manfaat kebijakan.
5. Responsivitas, berkenaan dengan seberapa jauh suatu kebijakan dapat memuaskan kebutuhan, preferensi, atau nilai kelompok-kelompok masyarakat yang menjadi target kebijakan.
6. Kelayakan (appropriateness), berkenaan dengan pertanyaan apakah kebijakan tersebut tepat untuk suatu masyarakat.

Evaluasi kebijakan memiliki empat fungsi, menurut Samudra dan kawan-kawan (Nugroho,2003) yaitu:

- a. Eksplanasi. Melalui evaluasi dapat dipotret realitas pelaksanaan program dan dapat dibuat suatu generalisasi tentang pola-pola hubungan antar berbagai dimensi realitas yang diamatinya. Dari evaluasi ini

evaluator dapat mengidentifikasi masalah, kondisi, dan aktor yang mendukung keberhasilan atau kegagalan program.

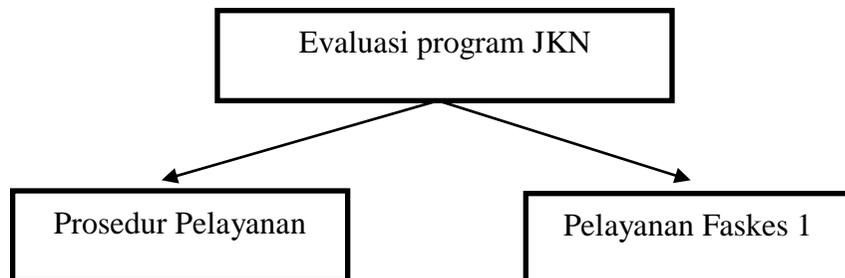
- b. Kepatuhan. Melalui evaluasi dapat diketahui apakah tindakan yang dilakukan oleh para pelaku, baik birokrasi maupun pelaku lainnya sesuai dengan standar dan prosedur yang ditetapkan oleh kebijakan.
- c. Audit. Melalui evaluasi dapat diketahui, apakah output benar-benar sampai ke tangan kelompok sasaran kebijakan, atau justru ada kebocoran atau penyimpangan.
- d. Akunting. Dengan evaluasi dapat diketahui apa akibat sosial ekonomi dari kebijakan tersebut.

Dampak dari kebijakan mempunyai beberapa dimensi dan semuanya harus diperhatikan dalam membicarakan evaluasi. Menurut Winarno (2002) setidaknya ada lima dimensi yang harus dibahas dalam memperhitungkan dampak dari sebuah kebijakan. dimensi-dimensi tersebut meliputi:

1. Dampak kebijakan pada masalah-masalah publik dan dampak kebijakan pada orang-orang yang terlibat

2. Kebijakan mungkin mempunyai dampak pada keadaan-keadaan atau kelompok-kelompok diluar sasaran atau tujuan kebijakan
3. Kebijakan mungkin akan mempunyai dampak pada keadaan-keadaan sekarang dan yang akan datang
4. Evaluasi juga menyangkut unsur yang lain yakni biaya langsung yang dikeluarkan untuk membiayai program-program kebijakan publik
5. Biaya-biaya tidak langsung yang ditanggung oleh masyarakat atau beberapa anggota masyarakat akibat adanya kebijakan publik.

II.3 Kerangka Pikir



Dari gambar tersebut yang dibahas dalam penelitian merupakan penelusuran teori evaluasi kebijakan publik yang terkait dengan pelaksanaan program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) serta kebijakan yang terkait dengan penelitian. Evaluasi program

Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) merupakan penilaian atas tercapainya tujuan program tersebut, yang diukur dari parameter meningkatnya derajat kesehatan masyarakat dan meningkatnya pelayanan kepada masyarakat.

II.4 Defenisi Konsepsional

Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) adalah program yang dibikan oleh pemerintah untuk mempermudah dalam mendapatkan pelayan kesehatan berdasarkan UUD 45 pasal 28H dan pasal 34, dan diatur dalam UU No. 23/1992 yang kemudian diganti dengan UU 36/2009 tentang Kesehatan. Dalam UU 36/2009 ditegaskan bahwa setiap orang mempunyai hak yang sama dalam memperoleh akses atas sumber daya di bidang kesehatan dan memperoleh pelayanan kesehatan yang aman, bermutu, dan terjangkau. Sebaliknya, setiap orang juga mempunyai kewajiban turut serta dalam program jaminan kesehatan sosial.

Evaluasi program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) adalah untuk menilai ketercapaian dari tujuan dan manfaat suatu program di Kabupaten Sleman Provinsi Daerah Istimewa Yogyakarta. Pelayanan publik adalah Rangkaian

kegiatan yang dilakukan oleh lembaga pemerintah dalam rangka memenuhi kebutuhan warga yang membutuhkannya.

II.5 Defenisi Operasional

Defenisi operasional adalah mendefenisikan suatu variabel yang akan diamati dalam proses dengan mana variabel itu akan diukur. Definisi operasional adalah definisi yang didasarkan atas sifat-sifat variabel yang diamati. Definisi operasional mencakup hal-hal penting dalam penelitian yang memerlukan penjelasan. Definisi operasional bersifat spesifik, rinci, tegas dan pasti yang menggambarkan karakteristik variabel-variabel penelitian dan hal-hal yang dianggap penting.

Evaluasi Program Jaminan Kesehatan (JKN) dapat diartikan sebagai upaya menilai seberapa besar hasil yang dicapai dalam sebuah rencana. Evaluasi program yang dimaksudkan disini adalah menilai sejauhmana hasil atau capaian atas pelaksanaan progam Jamianan Kesehatan Nasional (JKN) di Kabupaten Sleman.

Tabel II.4 Variabel dan Indikator Penelitian

Variabel	Indikator
Model Pelayanan	Prosedur Pelayanan Kesehatan
	Capaian Pelayanan Kesehatan
Kualitas Pelayanan Faskes 1	<i>Tangible:</i> 1. Ketersediaan Fasilitas Kesehatan 2. Kelengkapan Fasilitas Kesehatan
	<i>Reliability:</i> 1. Pelaksana Pelayanan Kesehatan 2. Tanggap dalam Memberikan Pelayanan Kesehatan
	<i>Responsiveness:</i> Efektifitas Pelaksana Pelayanan Kesehatan
	<i>Assurance:</i> Kerjasama Pelaksana Kesehatan
	<i>Emphaty:</i> Kesopanan dalam Pelayanan Kesehatan Komunikasi dan Infromasi Kesehatan