

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA DAN LANDASAN TEORI**

#### **II.1. Kajian Pustaka**

Menurut Mu'rifah (2007:14) Kesehatan adalah segala usaha dan tindakan seseorang untuk menjaga, memelihara, dan meningkatkan derajat kesehatannya sendiri dalam batas-batas kemampuannya agar mendapatkan kesenangan hidup dan mempunyai tenaga kerja yang sebaik-baiknya.

Pelayanan kesehatan menurut Azwar (2010:21) yaitu menunjuk pada tingkat kesempurnaan penampilan pelayanan kesehatan yang dapat memuaskan setiap pemakai jasa pelayanan kesehatan sesuai dengan tingkat kepuasan rata-rata penduduk, tata cara penyelenggaraannya sesuai dengan standar dan kode etik profesi yang telah ditetapkan (ejournal Administrasi Negara Volume 4 Nomor 1 2016 : 2127 - 2140).

Menurut Mutiarin dkk (2015) dalam penelitiannya *evaluation of Universal Health Coverage Policy : A Comparison Study Between Indonesia and Thailand*. Bahwa permasalahan yang ada dipelaksanaan UCH di Indonesia meliputi pencapaian target, kekurangan dana untuk perawatan kesehatan, dan kualitas pelayanan JKN di Indonesia. sementara di thailand, hasil menunjukkan bahwa pelaksanaan UC umumnya sukses karena pemerintah mempertahankan standar fasilitas dan kualitas layanan rumah sakit. Namun, UC di Thailand juga menghadapi beban keuangan

dari pengeluaran pemerintah dan juga kualitas perawatan medis dengan layanan terhormat dan bertanggung jawab kepada orang-orang miskin perlu ditingkatkan.

Menurut Yandrizal dkk (2015) dalam analisis kemampuan dan kemauan membayar iuran terhadap pencapaian JKN yang mana nantinya wajib bagi seluruh rakyat yang mampu maupun tidak mampu. Penduduk Kota Bengkulu 356.253 jiwa yang menjadi peserta tercatat sekitar 230.576 orang. Kunjungan di Puskesmas Basuki Rahmat tahun 2014 sebanyak 33.336 pasien, belum menggunakan JKN yaitu 21.245 pasien (63,73%). Warga yang belum menjadi peserta 87%, menjadi peserta 13%, pendapatan 5%. Warga sebagian besar 82% kurang dari iuran terendah Rp. 25.500,- atau tidak mampu. Warga tidak mampu membayar 86,59% belum menjadi peserta. Warga yang mampu tetapi belum peserta 88,89%. Warga yang merokok 81,2% tidak mampu.

Menurut Noormalasari dkk (2015) dalam penelitiannya terhadap Kemampuan Membayar Iuran Jaminan Kesehatan Nasional Bagi Nelayan di Kabupaten Jember menunjukkan bahwa sebagian besar pendapatan per bulan responden tergolong sedang yakni berada pada interval  $\geq$ Rp.3.100.000,- s.d  $\leq$ Rp.7.750.000,- dengan rata-rata sebesar Rp.6.200.000, sedangkan rata-rata total pengeluaran rumah tangga mencapai Rp.6.077.424, Sebagian besar responden (54,5%) mampu

membayar iuran Jaminan Kesehatan Nasional. Sebagian besar responden hanya memiliki kemampuan membayar iuran untuk rawat inap kelas 3 (Rp.25.500,- per orang per bulan).

Menurut Sumpri (2015) dalam pelayanan kesehatan ruang rawat inap peserta pengguna BPJS di RSUD Dr. Soedarso Kalimantan Barat menunjukkan bahwa pelayan kesehatan di lihat dari 4 aspek, (1) adanya kemudahan dalam pengurusan kepentingan dengan pelayanan yang cepat sudah cukup, (2) pelayanan yang wajar masih kurang baik, (3) untuk mendapatkan perlakuan yang sama masih kurang baik, (4) dan untuk mendapatkan pelayanan yang jujur dan terus terang sudah cukup baik.

Menurut Arsih (2014) dalam jurnal ilmiahnya tentang kesiapan pemerintah dalam mewujudkan jaman kesehatan nasional bagi warga negara dalam aspek kesehatan, bila pemerintah belum dapat mengendalikan laju pertumbuhan penduduk, maka kebutuhan fasilitas kesehatan dan biaya jaminan kesehatan dari tahun ketahun semakin meningkat pesat, Jumlah penduduk pada tahun 2019 sebagai tahun pelaksanaan total program JKN adalah sebesar 258.437.000. Sebanyak 56,27% penduduk Indonesia tinggal di Pulau Jawa. Kesiapan pemerintah dalam melaksanakan jaminan kesehatan nasional di Indonesia telah sesuai standar, namun kesiapan ini belum terlaksana secara merata. Tampak bahwa program jaminan kesehatan masyarakat yang dimulai pada 2005,

dan upaya pemerintah melakukan percepatan dengan pembentukan Badan Penyelenggara Jaminan Kesehatan (BPJS) pada Januari 2014, masih terdapat tantangan yang harus dihadapi. Hal ini perlu kesiapan semua unsur untuk mendukung pelaksanaan jaminan kesehatan nasional.

**Tabel II.1**  
**Ringkasan Hasil Penelitian Terdahulu**

No	Nama Peneliti	Judul Penelitian	Kesimpulan
1	Fidela Firwan Firdaus, (2015).	Evaluasi Kualitas Pelayanan Terhadap Kepuasan Pasien Rawat Jalan Peserta BPJS di RSUD Panembahan Senopati Bantul	<b>Hasil dan pembahasan:</b> Hal yang mempengaruhi kepuasan pasien antara lain: pendaftaran lancar, waktu tunggu, pelayanan cepat, ramah, sopan, keterampilan dan perawatan medis bagus, profesional, ruangan bersih dan fasilitas lengkap. Sebaliknya, hal-hal yang menjadi hambatan kepuasan pasien antara lain: karyawan pendaftaran datang terlambat, lambat, dan mengobrol sendiri, waktu tunggu lama, nada suara petugas medis tinggi, keramahan kurang, ruangan kurang luas, tidak memakai sekat, ruang tunggu kurang, jarak poli satu ke poli lain terlalu dekat, dan tidak ada pengeras suara. Faktor lain yang mempengaruhi yaitu BPJS.
2	Debra S. S. Rumengan <sup>1</sup> , J. M. L. Umboh <sup>2</sup> , G. D. Kandou <sup>2</sup> (2015)	Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan Pada Peserta BPJS Kesehatan di Puskesmas Paniki Bawah Kecamatan Mapanget Kota Manado	Hasil penelitian menunjukkan ada hubungan yang bermakna antara Persepsi responden tentang JKN, akses layanan dan persepsi responden terhadap tindakan petugas dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan di puskesmas. Kesimpulan dari penelitian yang telah dilakukan di Puskesmas Paniki Bawah Kota Manado maka dapat disimpulkan sebagai berikut: 1. Terdapat hubungan yang bermakna antara Persepsi tentang Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) dengan Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan di Puskesmas. 2. Terdapat hubungan yang bermakna

			<p>antara Akses Layanan dengan Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan di Puskesmas.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>3. Terdapat hubungan yang bermakna antara Persepsi terhadap Tindakan Petugas Kesehatan dengan Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan di Puskesmas.</li> <li>4. Secara Faktor Persepsi tentang Jaminan Kesehatan Nasional, Akses Layanan serta Persepsi terhadap Tindakan Petugas Kesehatan memiliki hubungan bermakna dan dengan Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan di Puskesmas, dan yang paling dominan hubungannya adalah Persepsi terhadap tindakan petugas.</li> </ol>
3	Yandrizal <sup>1</sup> , Betri Anita <sup>1</sup> , Desri Suryanti <sup>1</sup> (2013).	Analisis Kebijakan Jaminan Kesehatan Kota Bengkulu Dalam Upaya Efisiensi dan Efektifitas Pelayanan di Puskesmas	<p><b>Hasil Penelitian:</b> Kebijakan Jamkeskot Bengkulu dilaksanakan belum menerapkan prinsip asuransi, dimana penyelenggara berfungsi mengendalikan mutu dan biaya pelayanan kesehatan yang diberikan baik di pelayanan dasar/primer maupun di pelayanan rujukan.</p> <p><b>Kesimpulan</b> dari penelitian ini adalah Puskesmas merujuk pasien sebagian besar (67%) masih berwenang puskesmas melakukan pengobatan, Puskesmas merujuk karena peralatan dan obat yang terbatas di Puskesmas, Pasien yang dirujuk sebagian memaksa untuk dirujuk karena pelayanan gratis di puskesmas kurang berkualitas, bagian belum optimal melakukan koordinasi dengan Dinas Kesehatan Kota untuk melakukan pembinaan kepada Puskesmas dalam upaya peningkatan efektifitas pelayanan. Pelaksanaan Jamkeskot belum menerapkan prinsip jaminan kesehatan sosial.</p>

4	Asun, (2015).	Kualitas Pelayanan Kesehatan Masyarakat di Puskesmas Simpang Tiga Kecamatan Banyuke Hulu Kabupaten Landak	Model penelitian yang digunakan yaitu kualitatif bersifat deskriptif. Hasil penelitian menunjukkan bahwa kualitas pelayanan kesehatan di puskesmas simpang tiga belum optimal dalam pelaksanaannya. Dikarenakan belum adanya alat Rongent, belum adanya tenaga farmasi dan tenaga analisis kesehatan, masih ada yang kurang ramah, masih kurang mampu untuk menangani pasien secara cepat, masih kurang mampu membuat masyarakat lebih percaya, kurang tanggap dan cepat melayani pasien.
5	Maya Widyana Dewi, (2015).	Perbandingan Premi Asuransi Kesehatan Peserta BPJS Badan Usaha Dengan Asuransi Kesehatan Swasta	Penelitian ini lebih tertuju pada penelitian komparatif yaitu penelitian yang bersifat membandingkan, dalam hal ini adalah membandingkan hasil perhitungan premi asuransi BPJS badan usaha dengan premi asuransi kesehatan swasta, dimana hasilnya akan diturunkan untuk melihat adanya kelebihan dan kekurangan masing-masing. Hasil perbandingan perhitungan premi asuransi kesehatan BPJS badan usaha dan asuransi kesehatan swasta menghasilkan premi asuransi kesehatan BPJS badan usaha yang jauh lebih murah dari pada premi asuransi kesehatan swasta.
6	Sutanta, (2016).	Persepsi Masyarakat Yang Tidak Menjadi Anggota Jaminan Kesehatan Nasional Terhadap Program Jaminan Kesehatan Nasional	Kesimpulan dari analisis penelitian sebagai berikut: 1. Motivasi masyarakat untuk tidak menjadi anggota JKN adalah dapat timbul karena faktor intrinsik yaitu motivasi yang timbul dari dalam diri individu yang ditandai dengan adanya hasrat untuk hidup sehat tanpa ada beban ketika sedang mengalami sakit, namun dapat juga karena faktor ekstrinsik yaitu perasaan ingin membahagiakan diri sendiri dan anggota keluarga sehingga ada kepuasan tersendiri bagi masyarakat tersebut. Faktor ekstrinsik yang mempengaruhi motivasi bisa berasal dari lingkungan

			<p>keluarga, teman maupun kondisi lingkungan sosial dimana masyarakat itu tinggal.</p> <p>2. Masyarakat yang ekonominya cukup semuanya memiliki motivasi yang tinggi karena mereka mempunyai pekerjaan tetap dan secara otomatis mereka terdaftar sebagai anggota BPJS.</p> <p>3. Ada keterkaitan antara motivasi dengan pelayanan kesehatan baik di dirumah sakit ataupun puskesmas dibuktikan dengan pelayanan yang kurang baik mempengaruhi motivasi masyarakat mendaftar menjadi anggota JKN yaitu pengalaman dari anggota masyarakat yang kurang memuaskan karena ada perbedaan pelayananan di rumah sakit antara yang menggunakan kartu JKN dengan yang tidak menggunakan kartu JKN sehingga mempengaruhi motivasi masyarakat.</p> <p>4. Terdapat dua faktor yang mempengaruhi motivasi masyarakat untuk ikut menjadi anggota JKN yaitu faktor intrinsik dan faktor ekstrinsik (lingkungan), yang ditemukan pada informan faktor intrinsik meliputi: keinginan sehat, (pengetahuan, pengalaman, sosail ekonomi. Sedangkan untuk faktor ekstrinsik meliputi: dorongan orang tua, keluarga, teman, saudara yang pernah mendapatkan pengalaman mendapatkan pelayanan yang kurang memuaskan ketika meng- gunakan kartu JKN di rumah sakit.</p>
--	--	--	--

7	Ni Made Widiastuti, (2015).	Hubungan Jenis Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama, Status Kepesertaan dan Karakteristik Sosio-Demografis Dengan Tingkat Kepuasan Pasien Jaminan Kesehatan Nasional di Kota Denpasar	Hasil dari penelitian yang dilakukan oleh Ni Made Widiastuti yaitu Sebagian besar pasien JKN (69,6%) puas terhadap mutu layanan pada FKTP dengan tingkat kepuasan tertinggi (90%) di dokter umum dan terendah di klinik swasta (47,5%). Berdasarkan dimensi mutu, kepuasan tertinggi pada dimensi <i>empathy</i> (96,6%) dan terendah pada dimensi <i>tangible</i> (71,1%). Analisis bivariat menunjukkan ada hubungan signifikan jenis FKTP (dokter umum PR=1,9; 95% CI =1,1-3,4; p=0,034 dan Puskesmas PR= 1,9; 95% CI =1,2- 3,0; P=0,009), status kepesertaan (PR= 1,5; 95% CI= 1,3-1,7; p=0,009) dan pendidikan (PR= 0,7; 95% CI =0,6-0,9; p=0,023) dengan kepuasan pasien JKN. Pada analisis multivariat variabel yang berhubungan dengan kepuasan pasien JKN adalah jenis FKTP yaitu dokter umum (PR=1,9; 95% CI=1,1-3,5; p=0,032) dan Puskesmas (PR=1,8; 95% CI =1,0- 3,0; p=0,034).
8	Sri Wahyuningsih Nugraheni, (2015).	Evaluasi Penerapan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) di RSUD Dr. Moewardi Surakarta	Hasil dari penelitian ini adalah RSUD Dr. Moewardi Surakarta melayani semua jenis pasien jaminan kesehatan, baik dari JKN, PKMS, maupun jaminan kesehatan komersial lainnya. RSUD DR. Moewardi Surakarta menyediakan jenis pelayanan dan kelas perawatan sesuai dengan premi masing-masing jaminan kesehatan dan menggunakan sistem case-mix (sistem INA CBG's). Permasalahan yang timbul dari penerapan JKN di RSUD DR. Moewardi Surakarta meliputi bangsal perawatan kelas III sering penuh, adanya batasan-batasan jenis pelayanan untuk tiap jenis jaminan kesehatan, dan adanya obat yang tidak termasuk kedalam Fornas.



9	Elvita Chandra Pranata, Jati Listiyanto Pujo <sup>1</sup> , (2015).	Tingkat Kepuasan Keluarga Pasien Pengguna Program Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Terhadap Kualitas Pelayanan Perawatan Pasien Instalasi Rawat Intensif (IRIN) di RSUP. Dr.Kariadi Semarang	Hasil dari penelitian ini adalah Tingkat kepuasan keluarga pasien pengguna BPJS terhadap aspek bukti fisik adalah puas dengan indeks tanggapan : 80,92. Tingkat kepuasan keluarga pasien pengguna BPJS terhadap aspek keandalan adalah puas dengan indeks tanggapan : 80,92. Tingkat kepuasan keluarga pasien pengguna BPJS terhadap aspek daya tangkap adalah puas dengan indeks tanggapan : 85,54. Tingkat kepuasan keluarga pasien pengguna BPJS terhadap aspek jaminan adalah puas dengan indeks tanggapan : 84,99. Tingkat kepuasan keluarga pasien pengguna BPJS terhadap aspek empati adalah puas dengan indeks tanggapan : 81,64.
10	Rismawati <sup>1</sup> . (2016).	Pelayanan BPJS Kesehatan Masyarakat di Puskesmas Karang Asam Kecamatan Sungai Kunjang Kota Samarinda	Hasil penelitian menunjukkan bahwa Pelayanan BPJS kesehatan masyarakat di Puskesmas Karang Asam dilihat dari segi peserta adalah masyarakat Kota Samarinda yang sudah mendaftar di Kantor BPJS dan harus memenuhi persyaratan administrasi yang ditetapkan oleh Puskesmas Karang Asam sesuai peraturan BPJS kesehatan. Dalam pemberian pelayanan kesehatan sering terjadi antrian panjang karena banyaknya jumlah pasien. Pendaftaran peserta dilakukan di kantor BPJS. Tahap verifikasi dan identifikasi peserta dilakukan oleh staf kantor BPJS setelah berbagai persyaratan pendaftaran dipenuhi oleh calon peserta BPJS. Hak dan kewajiban peserta diatur dalam Peraturan BPJS serta perubahan data dan status peserta dapat terjadi berkenaan dengan perubahan data dari Puskesmas.

11	Andri Putra Kesmawan, Dyah Mutiarin <sup>1</sup> . (2015).	Implementasi Kebijakan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan di Kabupaten Bantul Daerah Istimewa Yogyakarta	Hasil penelitian ini, implementasi kebijakan BPJS Kesehatan di Kabupaten Bantul dilaksanakan dengan sangat baik. Setelah dilakukan penelitian diperoleh hasil nilai indeks dimensi komunikasi 4,44 (sangat baik), dimensi sumber daya 4,59 (sangat baik), dimensi disposisi 4,44 (sangat baik) dan dimensi struktur birokrasi 4,57 (sangat baik). Variabel yang mempengaruhi implementasi Badan Penyelenggaraan Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan di Kabupaten Bantul adalah Konteks Kebijakan (X2) yakni sebesar 0.839 (sangat kuat). Sementara itu variabel Isi Kebijakan (X1) korelasinya signifikan terhadap variabel Implementasi (Y) lebih kecil yakni sebesar 0.768 (sangat kuat). Selanjutnya, ada perbedaan pengaruh Implementasi Kebijakan BPJS Kesehatan terhadap peserta PBI Jaminan Kesehatan dan peserta bukan PBI Jaminan Kesehatan pada semua dimensi yakni dimensi kepesertaan dengan nilai Fh=100, dimensi pelayanan dengan nilai Fh=100 dan dimensi finansial dengan nilai Fh=100.
12	Herman Rante, Dyah Mutiarin <sup>1</sup> . (2015).	Persepsi Masyarakat Terhadap Layanan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan di RSUD Morangan Sleman DIY	Berdasarkan hasil penelitian dapat disimpulkan bahwa persepsi masyarakat terhadap layanan BPJS kesehatan di RSUD Morangan Sleman DIY berdasarkan Pasal 10 undang-undang No 24 tahun 2011 yang terdiri dari. <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Melakukan dan/atau menerima pendaftaran Peserta.</li> <li>2. Memungut dan mengumpulkan iuran dari Peserta dan Pemberi Kerja.</li> <li>3. Menerima Bantuan Iuran dari Pemerintah.</li> <li>4. Mengumpulkan dan mengelola data Peserta program Jaminan Sosial.</li> <li>5. Membayarkan Manfaat dan/atau</li> </ol>

			<p>membayai pelayanan kesehatan sesuai dengan ketentuan program Jaminan Sosial dan</p> <p>6. Memberikan informasi mengenai penyelenggaraan program Jaminan Sosial kepada Peserta dan masyarakat sudah baik dengan rentang nilai indeks 2,78 s/d 3,43.</p> <p>Hasil penelitian ini dapat disimpulkan sebagai berikut:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. tidak ada perbedaan persepsi yang signifikan antara golongan masyarakat penerima bantuan iuran dan masyarakat non penerima bantuan iuran berdasarkan pelaksanaan dan atau menerima pendaftaran peserta BPJS Kesehatan di Sleman.</li> <li>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.</li> <li>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</li> <li>4. ada perbedaan persepsi yang signifikan antara golongan masyarakat penerima bantuan iuran dan masyarakat non penerima bantuan iuran berdasarkan pemberian informasi penyelenggaraan BPJS Kesehatan Sleman.</li> </ol>
--	--	--	--

## **II.2. Landasan Teori**

### **II.2.1. Universal Health Coverage**

*Universal Health Coverage* menurut Mundiharno (2012:209) dapat diartikan sebagai cakupan menyeluruh. Istilah *universal coverage* berasal dari WHO (*World Health Organisation*), lebih tepatnya *universal health coverage*.

Mundiharno (2012:209) menjelaskan lebih jauh lagi mengenai tiga dimensi *universal health coverage* yakni bahwa:

#### **1. 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.

#### **2. Akses Yang Merata**

*Universal health coverage* adalah akses yang merata bagi semua penduduk dalam memperoleh pelayanan kesehatan. Secara implisit pengertian ini mengandung implikasi perlu tersedianya

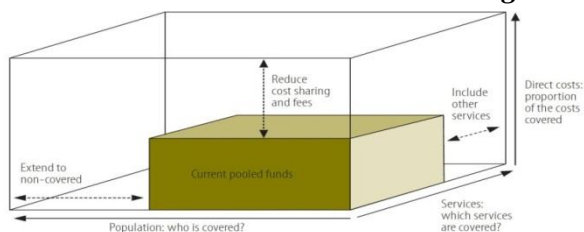
fasilitas dan tenaga kesehatan agar penduduk yang menjadi peserta jaminan kesehatan benar-benar dapat memperoleh pelayanan kesehatan.

### 3. Pembiayaan Yang Ringan

*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.

Dari uraian-uraian tersebut di atas dapat disimpulkan bahwa semua masyarakat berhak mendapatkan pelayanan kesehatan, fasilitas kesehatan yang dibutuhkan tanpa ada kesulitan dan masyarakat tidak harus memikirkan bagaimana cara membayarnya. Hal ini sesuai dengan kerangka konsep yang disebutkan oleh *World Health Organization* (WHO) bahwa “*The WHO’s conceptual framework suggests three broad dimensions of UHC: population coverage, service coverage, and financial coverage*”.

**Gambar II.1**  
**Dimensi Universal Health Coverage**



Sumber: WHO, *The World Health Report* (2010)

World Health Organization (WHO) menambahkan bahwa tiga dimensi dalam pencapaian *Universal Health Coverage* yang digambarkan melalui kubus/gambar di atas. Ketiga dimensi *Universal Health Coverage* dapat diterjemahkan sebagai berikut yaitu:

1. seberapa besar persentase penduduk yang dijamin, maksudnya yaitu jumlah penduduk yang dijamin.
2. seberapa lengkap pelayanan yang dijamin maksudnya layanan kesehatan yang dijamin apakah hanya layanan di rumah sakit atau termasuk juga layanan rawat jalan.
3. seberapa besar proporsi biaya langsung yang masih ditanggung oleh penduduk maksudnya semakin banyak dana yang disediakan, maka semakin banyak pula penduduk yang terlayani, sehingga semakin komprehensif paket pelayanannya serta semakin kecil proporsi biaya yang harus ditanggung oleh penduduk.

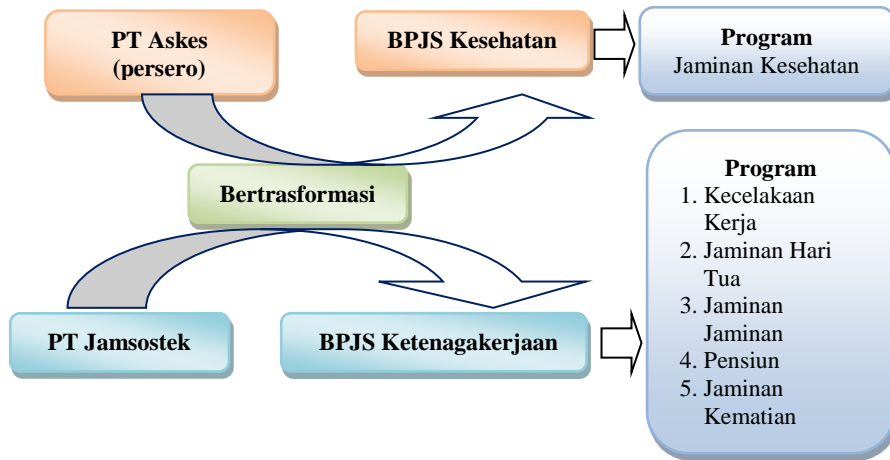
Indonesia dapat berupaya untuk mencapai *universal health coverage* dalam tiga dimensi UHC menurut *World Health Organization* (WHO) secara bertahap. Kuncinya bahwa prioritas pertama dalam pencapaian *Universal Health Coverage* yakni perluasan penduduk yang dijamin, yaitu agar semua penduduk terjamin sehingga setiap penduduk yang sakit tidak menjadi miskin karena beban biaya berobat yang tinggi. Langkah selanjutnya adalah memperluas layanan kesehatan yang dijamin

agar setiap orang dapat memenuhi kebutuhan medis. Dan terakhir adalah peningkatan biaya medis yang dijamin sehingga semakin kecil jumlah biaya langsung yang ditanggung penduduk.

Cepat tidaknya pencapaian *Universal Health Coverage* melalui jaminan sosial (*social security*) dipengaruhi oleh beberapa faktor. (1) Tingkat pendapatan penduduk. (2) Struktur ekonomi negara terutama berkaitan dengan besarnya proporsi sektor formal dan informal. (3) Distribusi penduduk negara. (4) Kemampuan negara dalam mengelola asuransi kesehatan sosial. (5) Tingkat solidaritas sosial di dalam masyarakat (Carrin dan James dalam Mundiharno 2012).

Pelayanan Asuransi Kesehatan bertransformasi pada 1 Januari 2014 dari PT Asuransi Kesehatan yang akan menjadi Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS), sedangkan PT Jamsostek (persero) bertransformasi menjadi BPJS Ketenagakerjaan bulan Juli 2015 dengan menyelenggarakan program jaminan kecelakaan kerja, jaminan hari tua, jaminan pension dan jaminan kematian. Secara ringkas transformasi PT Askes dan PT Jamsostek menjadi BPJS Kesehatan dan ketenagakerjaan dapat dilihat pada gambar berikut.

**Gambar II.2**  
**Trasformasi BPJS Kesehatan dan Ketenagakerjaan**



Sumber: *Diadaptasi dari Peraturan BPJS No 1 2014*

### II.2.2. Pengertian Lembaga

Dalam dekade sosiologi klasik, Spencer misalnya melihat masyarakat sebagai sebuah sistem organis yang terbentuk oleh proses waktu. Sementara bagi Sumner, lembaga berisi konsep (*ide*, *notion*, *doktrin*, *interest*) dan sebuah struktur (Sumner dalam Soemardjan dan Soemardi, 1964:67), sementara Cooley dalam Mitchell (1968:173) melihat pada kesalinghubungan antara individu dengan lembaga dalam konteks *self* dan *structure*. Perilaku individu terbentuk atau terpengaruh oleh lembaga tempat dimana ia hidup (Scott, 2008:10). Dalam kurun ini pula, Durkheim menjelaskan masyarakat dengan memberi perhatian terhadap lembaga yang menghasilkan keteraturan kolektif yang didasarkan pada tindakan-tindakan rasional (Durkheim dalam Scott, 2008). Bagi



Durkheim, lembaga sosial adalah sistem simbol yang berisi pengetahuan, kepercayaan dan otoritas moral (Jurnal Lembaga dan Organisasi Petani Dalam Pengaruh Negara Dan Pasar, Forum Penelitian Argo Ekonomi. Volume 28 No. 1, Juli 2010 :35-53).

Menurut Ostrom dalam Djogo dkk (2003:2) yaitu aturan dan rambu-rambu sebagai panduan yang dipakai oleh para anggota suatu kelompok masyarakat untuk mengatur hubungan yang saling mengikat atau saling tergantung satu sama lain. Penataan institusi (*institutional arrangements*) dapat ditentukan oleh beberapa unsur: aturan operasional untuk pengaturan pemanfaatan sumber daya, aturan kolektif untuk menentukan, menegakan hukum atau aturan itu sendiri dan untuk merubah aturan operasional serta mengatur hubungan kewenangan organisasi.

Berdasarkan definisi diatas dapat disimpulkan bahwa lembaga adalah suatu konsep pola perilaku sosial yang sudah berlangsung secara terus menerus dan peraturan suatu lembaga yang berprinsip pada norma-norma yang positif.

Schmid North mengartikan kelembagaan sebagai sejumlah peraturan yang berlaku dalam sebuah masyarakat, kelompok atau komunitas, yang mengatur hak, kewajiban, tanggung jawab, baik sebagai individu maupun sebagai kelompok. Menurut Schotter kelembagaan merupakan regulasi atas tingkah laku manusia yang disepakati oleh semua

anggota masyarakat dan merupakan penata interaksi dalam situa tertentu yang berulang (jurnal Teori dan Model Pengembangan Kelembagaan Pendidikan Tinggi Islam, Media Akademika, Vol. 28, No. 3, Juli 2013).

Berdasarkan atas bentuknya (tertulis/tidak tertulis) menurut North dalam Syarif (2013) kelembagaan dibagi menjadi dua yaitu:

1. Kelembagaan informal adalah kelembagaan yang keberadaannya di masyarakat umumnya tidak tertulis: adat istiadat, tradisi, pamali, kesepakatan, konvensi dan sejenisnya dengan beragam nama dan sebutan dikelompokkan sebagai kelembagaan informal.
2. kelembagaan formal adalah peraturan tertulis seperti perundang-undangan, kesepakatan (*agreements*), perjanjian kontrak, peraturan bidang ekonomi, bisnis, politik dan lainlain. Kesepakatan-kesepakatan yang berlaku baik pada level international, nasional, regional maupun lokal termasuk ke dalam kelembagaan formal.

### **II.2.3. Stakeholder**

Stakeholders menurut Freeman (1984: 2) merupakan sebuah kelompok atau individu yang dipengaruhi oleh atau dapat mempengaruhi pencapaian tujuan sebuah organisasi (Jurnal Administrasi Publik (JAP), Vol 2, No.3, Hal. 407-413).

Menurut Ghozali dan Chariri (2007) stakeholder theory mengatakan bahwa perusahaan bukanlah entitas yang hanya beroperasi

untuk kepentingannya sendiri namun harus memberikan manfaat bagi stakeholdernya (shareholders, kreditor, konsumen, supplier, pemerintah, masyarakat, analis dan pihak lain). Dengan demikian, keberadaan suatu perusahaan sangat dipengaruhi oleh dukungan yang diberikan oleh stakeholder kepada perusahaan tersebut (dalam Tesis Sains Akuntansi 2009).

Menurut Freeman dalam Susanto dan Tarigan (2013) memperkenalkan konsep *stakeholder* dalam dua model yaitu:

1. Model kebijakan dan perencanaan bisnis

Model pertama, fokusnya adalah mengembangkan dan mengevaluasi persetujuan keputusan strategis perusahaan dengan kelompok-kelompok yang dukungannya diperlukan untuk kelangsungan usaha perusahaan. Dapat dikatakan bahwa, dalam model ini, *stakeholder theory* berfokus pada cara-cara yang dapat digunakan oleh perusahaan untuk mengelola hubungan perusahaan dengan *stakeholder*-nya.

2. Model tanggung jawab sosial perusahaan dari manajemen *stakeholder*

Sementara dalam model kedua, perencanaan perusahaan dan analisis diperluas dengan memasukkan pengaruh *eksternal* yang mungkin berlawanan bagi perusahaan. Kelompok-kelompok yang berlawanan ini termasuk badan regulator (*government*) dengan

kepentingan khusus yang memiliki kepedulian terhadap permasalahan sosial.

Kasali dalam Wibisono (2007) membagi stakeholders menjadi sebagai berikut:

1. *Stakeholders* Internal dan *stakeholders* eksternal

*Stakeholders* internal adalah *stakeholders* yang berada di dalam lingkungan organisasi. Misalnya karyawan, manajer dan pemegang saham (*shareholder*). Sedangkan *stakeholders* eksternal adalah *stakeholders* yang berada di luar lingkungan organisasi, seperti penyalur atau pemasok, konsumen atau pelanggan, masyarakat, pemerintah, pers, kelompok *social responsible investor*, *licensing partner* dan lain-lain.

2. *Stakeholders* primer, sekunder dan marjinal

Tidak semua elemen dalam *stakeholders* perlu diperhatikan. Perusahaan perlu menyusun skala prioritas. *Stakeholders* yang paling penting disebut *stakeholders* primer, *stakeholders* yang kurang penting disebut *stakeholders* sekunder dan yang biasa diabaikan disebut *stakeholders* marjinal. Urutan prioritas ini berbeda bagi setiap perusahaan meskipun produk atau jasanya sama. Urutan ini juga bisa berubah dari waktu ke waktu.

3. *Stakeholders* tradisional dan *stakeholders* masa depan

Karyawan dan konsumen dapat disebut sebagai *stakeholders* tradisional, karena saat ini sudah berhubungan dengan organisasi. Sedangkan *stakeholders* masa depan adalah *stakeholders* pada masa yang akan datang diperkirakan akan memberikan pengaruhnya pada organisasi seperti mahasiswa, peneliti dan konsumen potensial.

4. *Proponents*, *opponents*, dan *uncommitted*

Diantara *stakeholders* ada kelompok yang memihak organisasi (*proponents*), menentang organisasi (*opponents*) dan ada yang tidak peduli atau abai (*uncommitted*). Organisasi perlu mengenal *stakeholders* yang berbeda-beda ini agar dapat melihat permasalahan, menyusun rencana dan strategi untuk melakukan tindakan yang proposional.

5. *Silent majority* dan *vokal minority*

Dilihat dari aktivitas *stakeholders* dalam melakukan komplain atau mendukung perusahaan, tentu ada yang menyatakan pertentangan atau dukungannya secara *vokal* (aktif) namun ada pula yang menyatakan secara *silent* (pasif).

#### **II.2.4. Pembiayaan Kesehatan**

Konsep biaya dalam bahasa Inggris biasa menggunakan istilah *cost*, *financial*, *expenditure*. Biaya menurut akuntan dalam Usry dan

Hammer (1991:23) adalah sebagai *cost as an exchange, a forgoing made to secure benefit*. *Cost* sinonim dengan *expense* yang digunakan untuk mengukur pengeluaran (*outflow*) barang atau jasa yang disandingkan dengan pendapatan untuk mengukur pendapatan (Akdon dkk, 2015: 5).

*The decrease in net assets as a results of the use of economic services in the reaction of the imposition of taxes by government units, expense is maesured by the amount of the decrease in assets of increase in liabilities related to the production and delivery of goods and the rendering of services. Expense in its broadest sense include all expired cost which are deductible from revenues. (Usry dan Hammer, 1991: 23).*

#### 1. Definisi pembiayaan kesehatan

Yang dimaksud dengan pembiayaan adalah besarnya dana yang harus disediakan untuk menyelenggarakan dan atau memanfaatkan berbagai upaya kesehatan yang diperlukan oleh perorangan, keluarga, kelompokdan masyarakat ( Azrul A, 1996). Pembiayaan kesehatan harus stabil dan selalu berkesinambungan untuk menjamin terselenggaranya kecukupan (*adequacy*), pemerataan (*equity*), efisiensi (*efficiency*), dan efektifitas (*effectiveness*) pembiayaan kesehatan itu sendiri.

Pengertian pembiayaan tersebut merujuk pada dua sudut pandang berikut:

- 1) Penyedia Pelayanan Kesehatan (*health provider*) adalah besarnya dana yang harus disediakan untuk dapat menyelenggarakan upaya kesehatan.
- 2) Pemakaian jasa pelayanan (*health consumer*) adalah besarnya dana yang harus disediakan untuk dapat memanfaatkan jasa pelayanan.

Sektor pemerintah dan sektor swasta yang menyelenggarakan kesehatan sangat memengaruhi perhitungan total biaya kesehatan suatu negara. Total biaya dari sektor pemerintah dihitung dari besarnya dana yang dikeluarkan oleh pemerintah untuk penyelenggaraan pelayanan kesehatan. Hal yang penting dalam pembiayaan kesehatan adalah cara memanfaatkan biaya tersebut secara efektif dan efisien dari aspek ekonomi dan sosial serta dapat dinikmati oleh seluruh masyarakat yang membutuhkan. Oleh karena itu syarat pokok dalam pembiayaan kesehatan yang harus saling berkesinambungan terdiri dari :

- 1) Jumlah harus memadai untuk menyelenggarakan pelayanan kesehatan dan tidak menyulitkan masyarakat yang memanfaatkannya.

- 2) Penyebaran harus sesuai dengan kebutuhan untuk penyelenggaraan pelayanan kesehatan dan masyarakat.
- 3) Pemanfaatan harus diatur setepat mungkin agar tercapai efektifitas dan efisiensi pembiayaan kesehatan.

Cara-cara pembiayaan kesehatan terdiri atas :

- 1) *Out Of Pocket*, yakni masyarakat harus mengeluarkan dari kantong sendiri.
- 2) Perusahaan tempat pasien bekerja yang membiayai kesehatan pekerjanya.
- 3) Perusahaan asuransi bagi pasien yang menjadi peserta asuransi tertentu.
- 4) Charity, yakni sumbangan dari individu atau lembaga sosial, dan
- 5) Pemerintah yang memberikan melalui alokasi anggaran untuk pelayanan publik.

Jenis-jenis pembiayaan kesehatan dilihat dari pembagian pelayanan kesehatan tersendiri atas :

- 1) Biaya pelayanan kedokteran yaitu biaya untuk menyelenggarakan dan/atau memanfaatkan pelayanan kedokteran yang tujuan utamanya mengarah ke pengobatan dan pemulihan dengan sumber dana dari sektor pemerintah maupun swasta.



- 2) Biaya pelayanan kesehatan masyarakat yaitu biaya untuk menyelenggarakan dan/atau memanfaatkan pelayanan kesehatan masyarakat yang tujuan utamanya mengarah ke peningkatan kesehatan dan pencegahan dengan sumber dana terutama dari sektor pemerintah.

Pelayanan kesehatan dibiayai dari sumber seperti :

- 1) Pemerintah, baik pemerintah pusat maupun pemerintah daerah (provinsi dan kabupaten/kota) dengan dana bersal dari pajak umum dan pajak penjualan, pinjaman luar negri (*deficil financial*), serta asuransi sosial.
- 2) Swasta, dengan sumber dana dari perusahaan, asuransi kesehatan swasta, sumbangan sosial, pengeluaran rumah tangga, serta *communan self help*.

Penerapan pembiayaan kesehatan dengan sistem asuransi akan menggeser tanggung jawab perorangan menjadi tanggung jawab kelompok. Sistem asuransi juga akan mengubah sistem pembayaran dari setelah pelayanan diberikan menjadi sebelum pelayan diberikan serta sesudah sakit menjadi sebelum sakit. Sitem asuransi ini menguntungkan masyarakat sebagai pengguna layanan kesehatan dan menjadi sarana sektor swasta untuk berperan dalam upaya kesehatan nasional.

## II.2.5. Outcome Program Jaminan Kesehatan Nasional - JKN

Outcome adalah hasil nyata dari output suatu kegiatan dan merupakan ukuran kinerja dari suatu program dalam memenuhi sasarannya. Outcome adalah tolak ukur kinerja berdasarkan tingkat keberhasilan yang akan dicapai berdasarkan tujuan program atau kegiatan yang sudah dilaksanakan.

Dalam meraih tujuan jaminan kesehatan, WHO memberikan pedoman dalam bentuk kubus Jaminan Kesehatan yang disebut Cakupan Universal. Dimensi *pertama* adalah jumlah penduduk yang dijamin. Suatu sistem akan baik, jika seluruh penduduk (100%) memiliki jaminan kesehatan. Dimensi *kedua* adalah jenis layanan. Secara teoritis, sesuai dengan definisi kebutuhan dasar medis, seluruh pengobatan penyakit dijamin, sejauh secara medis dokter menetapkan ada obat atau terapi non obat yang dapat memulihkan kesehatan pasien atau menyembuhkan penyakit. Dimensi *ketiga* adalah dimensi tinggi (biaya dari kantong sendiri). Dalam bahasa Inggris biaya dari kantong sendiri ini disebut *Out of pocket* (OOP). Dalam sistem jaminan kesehatan yang sudah maju, baik yang dijamin dengan model asuransi seperti JKN atau model pajak seperti Malaysia dan Inggris, besar *Out of pocket* relatif kecil. Ukuran besaran *Out of pocket* ini merupakan ukuran protektabilitas, sejauh mana penduduk dilindungi dari jatuh miskin akibat sakit (Thabrany, 2015: 253).

## **II.2.6. Evaluasi Kebijakan Publik**

Bila kebijakan dipandang sebagai suatu pola kegiatan yang berurutan, maka evaluasi kebijakan merupakan tahap akhir dalam proses kebijakan. Namun demikian, ada beberapa ahli yang mengatakan sebaliknya bahwa evaluasi bukan merupakan tahap akhir dari proses kebijakan publik. Pada dasarnya, kebijakan publik dilakukan dengan maksud tertentu, untuk meraih tujuan-tujuan tertentu yang berangkat dari masalah-masalah yang telah dirumuskan sebelumnya.

Menurut Lester dan Stewart dalam Budi Winarno (2014:228-229) Evaluasi dilakukan karena tidak semua program kebijakan publik meraih hasil yang diinginkan. Seringkali terjadi, kebijakan publik gagal meraih maksud atau tujuan yang telah ditetapkan sebelumnya. Dengan demikian, evaluasi kebijakan ditujukan untuk melihat sebab-sebab kegagalan suatu kebijakan atau untuk mengetahui apakah kebijakan publik yang telah dijalankan meraih dampak yang diinginkan. Selanjutnya menurut Jones (1975) dalam bahasa yang lebih singkat evaluasi adalah kegiatan yang bertujuan untuk menilai manfaat suatu kebijakan.

Secara umum evaluasi kebijakan dapat dikatakan sebagai kegiatan yang menyangkut estimasi atau penilaian kebijakan yang mencakup substansi, implementasi dan dampak (Anderson dalam Budi Winarno, 2014: 229). Dalam hal ini, evaluasi kebijakan dipandang sebagai

suatu kegiatan fungsional. Artinya, evaluasi kebijakan tidak hanya dilakukan pada tahap akhir saja, melainkan dilakukan dalam seluruh proses kebijakan. Dengan demikian, evaluasi kebijakan bisa meliputi tahap perumusan masalah-masalah kebijakan, program-program yang diusulkan untuk menyelesaikan masalah kebijakan, implementasi maupun dampak kebijakan.

Menurut Lester dan Stewart dalam Budi Winarno (2014: 229) evaluasi kebijakan dapat dibedakan kedalam dua tugas yang berbeda yaitu:

*Tugas pertama* adalah untuk menentukan kosekuensi-kosekuensi apa yang ditimbulkan oleh suatu kebijakan dengan cara menggambarkan dampaknya. Tugas pertama mrujuk pada usaha untuk melihat apakah program kebijakan publik mencapai tujuan atau dampak yang diinginkan ataukah tidak. Bila tidak, faktor-faktor apa yang menjadi penyebabnya? Misalnya, apakah karena terjadi kesalahan dalam merumuskan masalah ataukah karena faktor-faktor lain?

*Tugas kedua* adalah untuk menilai keberhasilan atau kegagalan dari suatu kebijakan berdasarkan *standard* atau kriteria yang telah ditetapkan sebelumnya. Tugas kedua dalam evaluasi kebijakan pada dasarnya berkait erat dengan tugas yang *pertama*. Setelah kita mengetahui kosekuensi-kosekuensi kebijakan melalui penggambaran dampak

kebijakan publik, maka kita dapat mengetahui apakah program kebijakan yang dijalankan sesuai atau tidak dengan dampak yang diinginkan. Dari sini kita dapat melakukan penilaian apakah program yang diinginkan berhasil atau gagal? Dengan demikian, tugas kedua dalam evaluasi kebijakan adalah menilai apakah suatu kebijakan berhasil atau tidak dalam meraih dampak yang diinginkan.

Dari kedua hal yang dipaparkan diatas, maka kita dapat menarik suatu kesimpulan mengenai arti pentingnya evaluasi dalam kebijakan publik. Pengetahuan menyangkut sebab-sebab kegagalan suatu kebijakan dalam meraih dampak yang diinginkan dapat dijadikan pedoman untuk mengubah atau memperbaiki kebijakan di masa yang akan datang.

### **1. Tipe-tipe evaluasi kebijakan publik**

Jemes Anderson dalam Budi Winarno (2014: 230) membagi evaluasi kebijakan ke dalam tiga tipe yaitu:

*Tipe pertama*, evaluasi kebijakan dipahami sebagai kegiatan fungsional. Bila evaluasi kebijakan dipahami sebagai kegiatan fungsional, maka evaluasi kegiatan dipandang sebagai kegiatan yang sama pentingnya dengan kebijakan itu sendiri. Para pembentuk kebijakan dan administrator selalu membuat pertimbangan-pertimbangan mengenai manfaat atau dampak dari kebijakan-kebijakan, program-program dan proyek-proyek. Pertimbangan ini

banyak memberi kesan bahwa pertimbangan tersebut didasarkan pada bukti yang terpisah-pisah dan dipengaruhi oleh ideologi, kepentingan para pendukungnya dan kriteria-kriteria lainnya.

*Tipe kedua* merupakan tipe evaluasi yang memfokuskan diri pada bekerjanya kebijakan atau program-program tertentu. Tipe evaluasi seperti ini berangkat dari pertanyaan-pertanyaan dasar yang menyangkut: Apakah program dilaksanakan dengan semestinya? Berapa biayanya? Siapa yang menerima manfaat (pembayaran atau pelayanan), dan berapa jumlahnya? Apakah terdapat duplikasi atau kejenuhan dalam program-program lain? Apakah ukuran-ukuran dasar dan prosedur-prosedur secara sah diikuti? Dengan menggunakan pertanyaan-pertanyaan seperti ini dalam melakukan evaluasi dan memfokuskan diri pada bekerjanya kebijakan atau program-program, maka evaluasi dengan tipe seperti ini akan lebih membicarakan sesuatu tentang kejujuran atau efisiensi dalam melaksanakan program. Namun demikian, evaluasi dengan menggunakan tipe seperti ini mempunyai kelemahan, yakni kecenderungannya untuk menghasilkan informasi yang sedikit mengenai dampak suatu program terhadap masyarakat.

*Tipe evaluasi yang ketiga* adalah tipe evaluasi kebijakan yang sistematis. Tipe ini secara komparatif masih dianggap baru, tetapi akhir-akhir ini telah dapat perhatian yang meningkat dari para peminat

kebijakan publik. Evaluasi sistematis melihat secara objektif program-program kebijakan yang dijalankan untuk mengukur dampaknya bagi masyarakat dan melihat sejauh mana tujuan-tujuan yang telah dinyatakan tersebut tercapai. Lebih lanjut, evaluasi sistematis diarahkan untuk melihat dampak yang ada dari suatu kebijakan dengan berpihak pada sejauh mana kebijakan tersebut menjawab kebutuhan atau masalah masyarakat. Dengan demikian, evaluasi sistematis akan berusaha menjawab pertanyaan-pertanyaan seperti: Apakah kebijakan yang dijalankan mencapai tujuan sebagaimana yang telah ditetapkan sebelumnya? Berapa biaya yang dikeluarkan serta keuntungan apa yang didapat? Siapa yang menerima keuntungan dari program kebijakan yang telah dijalankan?

Dengan mendasarkan pada tipe-tipe pertanyaan eevaluatif seperti ini, maka kosekuensi yang diberikan oleh evaluasi sistematis adalah bahwa evaluasi ini akan memberi suatu pemikiran tentang dampak dari kebijakan dan merekomendasikan perubahan-perubahan kebijakan dengan mendasarkan kenyataan yang sebenarnya kepada para pembentuk kebijakan dan masyarakat umum. Penemuan kebijakan dapat digunakan untuk mengubah kebijakan-kebijakan dan program-program sekarang dan membantu dalam merencanakan kebijakan-kebijakan dan program-program lain di masa depan.

## 2. Beberapa langkah dalam evaluasi kebijakan

Evaluasi dengan menggunakan tipe sistematis atau juga sering disebut sebagai evaluasi ilmiah merupakan evaluasi yang mempunyai kemampuan lebih baik untuk menjalankan evaluasi kebijakan dibandingkan dengan tipe evaluasi yang lain. Menyangkut evaluasi kebijakan dalam pandangan Jones, didorong oleh persyaratan-persyaratan legal untuk evaluasi program dan pembiayaan untuk melakukan kerja, untuk melakukan evaluasi yang baik dengan *margin* kesalahan yang minimal beberapa ahli mengembangkan langkah-langkah dalam evaluasi kebijakan. Salah satu ahli tersebut adalah Edward A. Suchman.

Suchman dalam Budi Winarno (2014: 233) mengemukakan enam langkah dalam evaluasi kebijakan, yaitu:

1. Mengidentifikasi tujuan program yang akan dievaluasi
2. Analisis terhadap masalah
3. Deskripsi dan standarisasi kegiatan
4. Pengukuran terhadap tingkatan perubahan yang terjadi
5. Menentukan apakah perubahan yang diamati merupakan akibat dari kegiatan tersebut atau karena penyebab yang lain
6. Beberapa indikator untuk menentukan keberadaan suatu dampak



Menurut Dunn dalam Riant Nugroho (2009: 289) evaluasi adalah menentukan pada penciptaan premis-premis nilai dengan kebutuhan untuk menjawab pertanyaan: “*apa perbedaan yang dibuat?*” kriteria untuk evaluasi diterapkan secara *restrospektif (ex post)*, sementara kriteria untuk rekomendasi diterapkan secara *prospektif (ex ante)*.

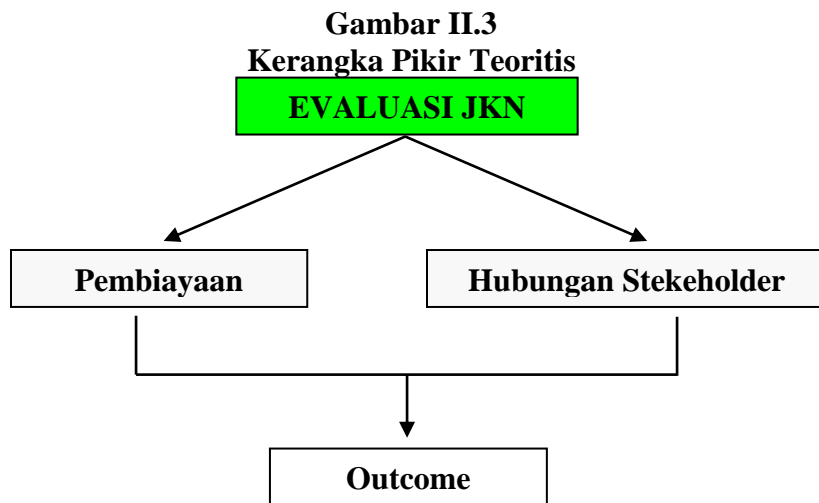
Menurut Dunn dalam Riant Nugroho (2009: 289) kriteria kebijakan sama dengan kriteria rekomendasi kebijakan, yang dijabarkan sebagai berikut:

**Tabel II.2**  
**Model Evaluasi**

Tipe Kriteria	Pertanyaan
Efektifitas	Apakah hasil yang diinginkan telah tercapai?
Efisiensi	Berapa banyak dipergunakan sumber daya?
Kecukupan	Seberapa jauh pencapaian hasil yang diinginkan telah memecahkan masalah?
Peralatan ( <i>equity</i> )	Apakah biaya dan mafaat didistribusikan dengan merata pada kelompok target yang berbeda?
Responsivitas	Apakah hasil kebijakan memuaskan kebutuhan, preferensi, atau nilai kelompok-kelompok tertentu?
ketepatan	Apakah hasil yang diinginkan benar-benar berguna atau bernilai?

### II.3. Kerangka Pikir Teoritis

Kerangka pemikiran sebagai acuan dalam pembahasan tesis dengan maksud untuk pengayaan teori-teori sehingga menghasilkan temuan-temuan baru yang relevan dengan penelitian ini.



Dari gambar diatas memperlihatkan bahwa kerangka pemikiran mengenai Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) yang dibahas dalam tesis ini adalah bagaimana Evaluasi Pelaksanaan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) dilihat dari Model Pembiayaan, Hubungan Antar Stakeholder dan Outcome.

Evaluasi Pelaksanaan 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. Definisi Konsep**

Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) adalah program yang dirumuskan oleh pemerintah untuk mempermudah dalam mendapatkan pelayanan kesehatan, berdasarkan UUD 1945 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 pelaksanaan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) adalah untuk menilai ketercapaian dari tujuan dan manfaat suatu program di Kabupaten Bantul Provinsi Daerah Istimewa Yogyakarta.

#### **II.5. Definisi Operasional dan Variabel/Indikator Penelitian**

Dalam menjawab pertanyaan rumusan masalah, maka dalam definisi operasional dibahas indikator dalam penelitian. Namun sebelum itu peneliti terlebih dahulu mendefinisikan beberapa hal yang menjadi fokus penelitian.

Evaluasi Pelaksanaan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) dapat diartikan sebagai upaya menilai seberapa besar hasil yang dicapai dalam

sebuah rencana. Evaluasi pelaksanaan program yang dimaksudkan disini adalah menilai sejauhmana hasil atau capaian atas pelaksanaan Progam Jamianan Kesehatan Nasional (JKN) di Kabupaten Bantul dilihat dari aspek Hubungan Stakeholder, Model Pembiayaan dan Outcome JKN di Kabupaten Bantul Provinsi D. I. Yogyakarta.

**Tabel II.3**  
**Variabel dan Indikator Penelitian**

<b>Variabel</b>	<b>Indikator</b>
<b>Hubungan Stakeholder</b>	Hubungan Kerja Sama BPJS Kesehatan Dengan Rumah Sakit
	Hubungan Kerja Sama BPJS Kesehatan Dengan Puskesmas
	Alur Pelayanan Peserta BPJS Kesehatan
<b>Model Pembiayaan</b>	Pembiayaan Peserta BPJS Kesehatan
	Skema Pembayaran BPJS Kesehatan Kepada Rumah Sakit
	Skema Pembayaran BPJS Kesehatan Kepada Puskesmas
<b>Outcome JKN</b>	Persentase Terjamannya Kesehatan
	Terjamannya Pelayanan Kesehatan
	Ringannya Biaya Kesehatan