



**ANALISIS *STAKEHOLDER* DALAM KEBIJAKAN PEMENUHAN  
FASILITAS KESEHATAN TINGKAT PERTAMA PADA  
PROGRAM JAMINAN KESEHATAN NASIONAL  
DI KABUPATEN JEMBER**

**SKRIPSI**

Oleh

**Mohammad Alfian Yuliansyah  
112110101129**

**BAGIAN ADMINISTRASI DAN KEBIJAKAN KESEHATAN  
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT  
UNIVERSITAS JEMBER**

**2015**



**ANALISIS *STAKEHOLDER* DALAM KEBIJAKAN PEMENUHAN  
FASILITAS KESEHATAN TINGKAT PERTAMA PADA  
PROGRAM JAMINAN KESEHATAN NASIONAL  
DI KABUPATEN JEMBER**

**SKRIPSI**

diajukan guna melengkapi tugas akhir dan memenuhi salah satu syarat  
untuk menyelesaikan Program Pendidikan S-1 Kesehatan Masyarakat  
dan mencapai gelar Sarjana Kesehatan Masyarakat

Oleh:

**Mohammad Alfian Yuliansyah  
112110101129**

**BAGIAN ADMINISTRASI DAN KEBIJAKAN KESEHATAN  
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT  
UNIVERSITAS JEMBER**

**2015**

## PERSEMBAHAN

Skripsi ini saya persembahkan dengan rasa hormat dan penghargaan setinggi-tingginya untuk:

1. Kedua orang tua saya, Guntur Hari Purnomo, S.Pd dan Saidah, S.PdI
2. Kedua saudara kandung saya, Mohammad Afton Ilman Huda dan Astridea Mirta Cahyani
3. Guru-guru saya dari TK hingga perguruan tinggi dan seluruh guru-guru non-akademik saya
4. Agama, Negara, dan Almamater tercinta Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember.

**MOTTO**

*“Barang siapa yang disertai oleh Allah mengatur kepentingan kaum muslimin, yang kemudian ia sembunyi dari hajat kepentingan mereka, maka Allah akan menolak hajat kepentingan dan kebutuhannya pada hari qiyamat. Maka kemudian muawiyah mengangkat seorang untuk melayani segala hajat kebutuhan orang-orang (rakyat)”*

*(Abu Dawud, Attirmidzy)\**

---

<sup>\*)</sup> Kementerian Agama RI. 2013. *Bulletin Bimas Islam Jurnal Kegiatan Bulanan-Edisi I Maret 2013*

**PERNYATAAN**

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Mohammad Alfian Yuliansyah

NIM : 112110101129

Menyatakan dengan sesungguhnya bahwa skripsi yang berjudul : *Analisis Stakeholder dalam Kebijakan Pemenuhan Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama Pada Program Jaminan Kesehatan Nasional di Kabupaten Jember* adalah benar-benar hasil karya sendiri, kecuali jika dalam pengutipan substansi disebutkan sumbernya, dan belum pernah diajukan pada institusi manapun, serta bukan karya jiplakan. Saya bertanggung jawab atas keabsahan dan kebenaran isinya sesuai dengan skripsi ilmiah yang harus dijunjung tinggi.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya, tanpa adanya tekanan dan paksaan dari pihak manapun serta bersedia mendapat sanksi akademik jika ternyata di kemudian hari pernyataan ini tidak benar.

Jember, 22 Oktober 2015

Yang menyatakan

Mohammad Alfian Yuliansyah

NIM. 112110101129

**HALAMAN PEMBIMBINGAN**

**SKRIPSI**

**ANALISIS *STAKEHOLDER* DALAM KEBIJAKAN PEMENUHAN  
FASILITAS KESEHATAN TINGKAT PERTAMA PADA  
PROGRAM JAMINAN KESEHATAN NASIONAL  
DI KABUPATEN JEMBER**

Oleh

Mohammad Alfian Yuliansyah

NIM. 112110101129

Pembimbing

Dosen Pembimbing Utama : Nuryadi, S.KM., M.Kes

Dosen Pembimbing Anggota : Yennike Tri Herawati, S.KM., M.Kes

**PENGESAHAN**

Skripsi berjudul *Analisis Stakeholder dalam Kebijakan Pemenuhan Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama Pada Program Jaminan Kesehatan Nasional di Kabupaten Jember*, telah diuji dan disahkan oleh Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember pada:

Hari : Kamis

Tanggal : 22 Oktober 2015

Tempat : Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember

Tim Penguji

Ketua

Sekretaris

Abu Khoiri, S.KM., M.Kes.  
NIP. 197903052005012002

Iken Nafikadini, S.KM., M.Kes.  
NIP. 198311132010122006

Anggota

dr. Lilik Lailiyah, M.Kes  
NIP. 196510281996022001

Mengesahkan

Dekan,

Drs. Husni Abdul Gani, M.S.  
NIP. 195608101983031003

## RINGKASAN

**Analisis *Stakeholder* dalam Kebijakan Pemenuhan Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama Pada Program Jaminan Kesehatan Nasional di Kabupaten Jember;** Mohammad Alfian Yuliansyah; 112110101129; 2015; 84 halaman; Administrasi dan Kebijakan Kesehatan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember

Jaminan Kesehatan Nasional merupakan program pemerintah Indonesia yang bersifat wajib bagi seluruh penduduk Indonesia dan juga warga negara asing yang bekerja di Indonesia melalui suatu Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan yang dilaksanakan mulai tanggal 1 Januari 2014. Pemerintah dan Pemerintah Daerah bertanggung jawab atas ketersediaan fasilitas kesehatan dan penyelenggaraan pelayanan kesehatan untuk pelaksanaan program Jaminan Kesehatan Nasional. Pada tahun 2014 kondisi jumlah pelayanan kesehatan tingkat pertama tidak berimbang dengan jumlah peserta yang terdaftar. BPJS Kesehatan membutuhkan 6.746 FKTP baru untuk bekerja sama pada tahun 2014. Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama yang telah bekerja sama dengan BPJS Kesehatan Cabang Jember berjumlah 97 yang terdiri dari 49 Puskesmas, 19 Dokter Praktik Pribadi, 11 Dokter Gigi, dan 18 Klinik Pratama. Jumlah fasilitas kesehatan tingkat pertama di Kabupaten Jember dapat dikatakan kurang jika didasarkan dengan rasio idealnya. Berdasarkan rasio yang ditetapkan oleh Direksi BPJS Kesehatan, Kabupaten Jember memerlukan sejumlah 230 dokter keluarga dan 57 puskesmas/klinik baru untuk bekerja sama dengan BPJS Kesehatan pada tahun 2015. Dampak yang terjadi akibat jumlah fasilitas kesehatan yang kurang antara lain, terjadinya peningkatan beban kerja fasilitas kesehatan dan antrian pelayanan yang panjang dan pemerataan tenaga kesehatan sehingga pelayanan pada fasilitas kesehatan menjadi tidak efektif dan efisien. Fungsi pokok fasilitas kesehatan tingkat pertama dapat didukung dengan adanya kebijakan terkait pemenuhan kebutuhan fasilitas kesehatan tingkat pertama di daerah. Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis *stakeholder* dalam upaya pemenuhan kebutuhan fasilitas



kesehatan tingkat pertama pada program Jaminan Kesehatan Nasional di Kabupaten Jember. Penelitian ini menggunakan jenis penelitian deskriptif dengan menggunakan pendekatan *mixed method*. Sasaran dalam penelitian adalah BPJS Kesehatan Cabang Jember, Dinas Kesehatan Kabupaten Jember, IDI, PKFI, puskesmas dan klinik pratama. Hasil penelitian menjelaskan bahwa pada tahun 2015 Kabupaten Jember masih membutuhkan 230 dokter umum dan 57 puskesmas/klinik berdasarkan rasio ideal yang ditetapkan BPJS Kesehatan. *Stakeholder* dalam kebijakan pemenuhan kebutuhan fasilitas kesehatan tingkat pertama di Kabupaten Jember adalah Dinas Kesehatan Kabupaten Jember, BPJS Kesehatan Cabang Jember, pihak swasta atau investor, fasilitas kesehatan tingkat pertama, Perhimpunan Klinik dan Fasilitas Pelayanan Kesehatan Primer Indonesia dan IDI Jember. BPJS Kesehatan memiliki kepentingan yang paling kuat dalam kebijakan pemenuhan kebutuhan fasilitas kesehatan tingkat pertama bagi pesertanya untuk menjamin pelayanan kesehatan yang komprehensif bagi peserta JKN. BPJS Kesehatan Cabang Jember telah menyampaikan kebutuhan FKTP tersebut kepada Dinas Kesehatan dan IDI. Dinas Kesehatan sebagai regulator pelayanan kesehatan telah membantu dalam pemenuhan FKTP oleh BPJS Kesehatan dengan menambah 1 puskesmas baru dan menambah 42 dokter umum. IDI sebagai organisasi profesi dokter Indonesia berkepentingan dalam membantu anggotanya selama proses kerjasama dengan BPJS Kesehatan. IDI akan membantu memfasilitasi antara dokter-dokter yang menjadi anggotanya dengan BPJS Kesehatan apabila muncul permasalahan-permasalahan tertentu. BPJS Kesehatan memiliki pengaruh yang paling kuat dalam kebijakan pemenuhan kebutuhan fasilitas kesehatan tingkat pertama. BPJS Kesehatan dapat menjalin kerjasama dengan dokter-dokter dan klinik pratama maupun mengajak pihak swasta yang berada di Kabupaten Jember untuk mendirikan klinik-klinik baru dan bekerja sama dengan BPJS Kesehatan. Dinas Kesehatan sebagai perumus kebijakan teknis dalam penyusunan program pelayanan kesehatan. Dinas Kesehatan memiliki kekuasaan untuk memberikan perizinan pendirian puskesmas, klinik pratama, dan dokter praktik pribadi sebelum menjalin kerjasama dengan BPJS Kesehatan. Dokter praktik pribadi dan klinik pratama memiliki hak dan

beberapa pertimbangan tertentu untuk memilih bekerjasama atau tidak dengan BPJS Kesehatan. Kesimpulan yang dapat ditarik adalah masing-masing *stakeholder* memiliki kepentingan, posisi, tanggung jawab, dan kekuasaannya sesuai dengan peraturan perundang-undangan yang terkait. BPJS Kesehatan memiliki kepentingan dan kekuasaan yang paling kuat dalam kebijakan pemenuhan kebutuhan fasilitas kesehatan tingkat pertama untuk menjamin pelayanan kesehatan yang komprehensif bagi peserta Jaminan Kesehatan Nasional.

## *SUMMARY*

**Stakeholder Analysis in Compliance Policy of The Primary Level-Health Facilities in National Health Insurance at Jember Regency;** Mohammad Alfian Yuliansyah; 112110101129; 2015; 84 pages; Administration and Health Policy Faculty of Public Health Jember University

National Health Insurance is the program of Indonesian government that is compulsory for all peoples in Indonesia and the foreign who works in Indonesia through Social Assurance Agency of Health which have been implemented since 1<sup>st</sup> January 2014. National Health Insurance gives a personal health service comprehensively as the medic need. The government and local government have a responsibility in health facilities availability and health services in National Health Insurance implementation. In 2014, the number of primary level of health facilities was not balanced with the number of people who was registered. Social Assurance Agency of Health needed 6.746 of primary level health facilities to be collaborated with them. In Jember, the number of primary level health facilities was about 102 (49 of primary health care, 19 private practice of doctors, 11 dentist, and 18 clinics). The number of primary level health facilities in Jember Regency were less. Based on that ratio which had been setted by the Director of Social Assurance Agency of Health, Jember Regency needed 49 doctors and 123 primary health care or clinic. The impact of inadequacy of primary level health facilities such as, the increased of primary level health facilities workload and long queue of services that could be ineffective and inefficient. For supporting the main function of the primary level health facilities need a policy to fulfill the primary level of health facilities in the region. The research is for analyzing of stakeholder policy in primary level health facilities compliance in National Health Insurance. It was a descriptive research with mixed methods approach. The result, in 2015 Jember Regency still need 230 doctor and 57 primary health care or clinic, based on the proportional ratio which had been established by Social Assurance Agency of Health. The stakeholder in compliance of the primary level

health facilities policy were Departement of Health Jember Regency, Social Assurance Agency of Health, Investor, Primary level Health Facilities, Association of Clinics and Primary Health Care Facilities Indonesia and Indonesian Doctor Organization. Social Assurance Agency of Health had the strongest interest in fulfillment policy of primary-level health facilities for their members in ensuring a comprehensive health service for them. Social Assurance Agency of Health had presented the primary level-health facilities need through Departement of Health and Doctor Organization. Departement of Health as a regulator of health service had done any efforts to improved 1 primary health care and 42 doctors to fulfilled primary level-health facilities need at Jember. An additional primary level-health facilities was expected to be able to give a primary health service for citizen. Indonesian Doctor Organization was as professional organization that had an interest that help their member during process of cooperation with Social Assurance Agency of Health. Indonesian Doctor Organization would help the doctors with Social Assurance Agency of Health if there is any problems during process of cooperation. Social Assurance Agency of Health had a big power in compliance policy of primary-level health facilities. Social Assurance Agency of Health could get cooperate with the doctors and primary clinics then invite the investor to build any new clinics and getting cooperation with it. The Departement of Health was as an organization that be able to make technical policy to plan any health program It had a power to give a license for primary health care, clinics, and doctors before they get a cooperation with Social Assurance Agency of Health. The doctors and clinic had a rights and any consideration to choose between getting cooperation with Social Assurance Agency of Health or not. The conclusion was each stakeholders had an interest, position, responsibility, and power based on its regulations Social Assurance Agency of Health had a big interest and power in compliance policy of the primary-level health facilities to guarantee the members of National Health Insurance getting a comprehensive health service.

## PRAKATA

Puji syukur kami panjatkan kepada Allah SWT atas segala rahmat dan karunia-Nya sehingga dapat terselesaikannya skripsi dengan judul *Analisis Stakeholder dalam Kebijakan Pemenuhan Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama Pada Program Jaminan Kesehatan Nasional di Kabupaten Jember*, sebagai salah satu persyaratan akademis dalam rangka menyelesaikan Program Pendidikan S-1 Kesehatan Masyarakat di Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember.

Dalam skripsi ini dijabarkan bagaimana kebijakan para pemangku kepentingan terkait peran, tanggung jawab, kepentingan, dan komitmennya dalam rangka pemenuhan kebutuhan fasilitas kesehatan tingkat pertama pada program Jaminan Kesehatan Nasional di Kabupaten Jember, sehingga nantinya dapat menjadi bahan pertimbangan dalam kebijakan pemenuhan kebutuhan fasilitas kesehatan tingkat pertama di Kabupaten Jember. Kebijakan tersebut untuk meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan di era Jaminan Kesehatan Nasional.

Pada kesempatan ini kami menyampaikan terima kasih dan penghargaan yang setinggi-tingginya kepada Bapak Nuryadi, S.KM., M.Kes, selaku dosen pembimbing utama dan Ibu Yennike Tri Herawati, S.KM., M.Kes, selaku dosen pembimbing anggota yang telah memberikan petunjuk, koreksi, motivasi serta saran hingga terselesaikannya skripsi ini.

Terima kasih dan penghargaan kami sampaikan pula kepada yang terhormat:

1. Drs. Husni Abdul Gani, M.S., selaku Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember
2. Eri Witcahyo, S.KM., M.Kes, selaku Dosen Pembimbing Akademik dan Ketua Bagian Administrasi dan Kebijakan Kesehatan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember
3. Abu Khoiri, S.KM., M.Kes, selaku ketua penguji yang telah memberikan saran yang membangun bagi peneliti

4. Iken Nafikadini, S.KM., M.Kes, selaku sekretaris penguji yang telah memberikan saran yang membangun bagi peneliti
5. dr. Lilik Lailiyah, M.Kes, selaku anggota penguji yang telah memberikan saran dan masukan bagi kesempurnaan penulisan skripsi ini
6. Kepala BPJS Kesehatan Cabang Jember yang telah memberikan data-data yang dibutuhkan penulis
7. Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Jember yang telah memberikan data-data yang dibutuhkan penulis
8. Zahrotul Istiqomah yang selalu setia memberikan semangat dan masukan bagi penulis dalam menyelesaikan skripsi ini
9. Badan Eksekutif Mahasiswa periode 2012/2013 dan periode 2013/2014 yang telah memberikan ilmu dan pengalaman yang luar biasa
10. Keluarga besar UKM Olahraga Arkesma, yang telah memberikan rasa kekeluargaan dalam sebuah tim serta prestasi-prestasi yang membanggakan bagi penulis
11. Teman-teman peminatan Administrasi dan Kebijakan Kesehatan 2011 Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember
12. Sahabat-sahabat, Nicko Wahyulianto, Sigit Bayu Permana, M. Noval Ubaidillah, Arifandi Hutomo Fathoni, dan M. Syukron Ma'mun yang selalu memberikan dukungan.

Skripsi ini telah kami susun dengan optimal, namun tidak menutup kemungkinan terdapat kekurangan, oleh karena itu kami dengan tangan terbuka menerima masukan yang dapat menyempurnakan skripsi kami. Semoga tulisan ini dapat berguna bagi semua pihak yang memanfaatkannya.

Jember, Oktober 2015

Penulis

DAFTAR ISI

	Halaman
<b>HALAMAN SAMPUL</b> .....	<b>i</b>
<b>HALAMAN JUDUL</b> .....	<b>ii</b>
<b>HALAMAN PERSEMBAHAN</b> .....	<b>iii</b>
<b>HALAMAN MOTTO</b> .....	<b>iv</b>
<b>HALAMAN PERNYATAAN</b> .....	<b>v</b>
<b>HALAMAN PEMBIMBING</b> .....	<b>vi</b>
<b>HALAMAN PENGESAHAN</b> .....	<b>vii</b>
<b>RINGKASAN</b> .....	<b>viii</b>
<b>SUMMARY</b> .....	<b>xi</b>
<b>PRAKATA</b> .....	<b>xiii</b>
<b>DAFTAR ISI</b> .....	<b>xv</b>
<b>DAFTAR TABEL</b> .....	<b>xvii</b>
<b>DAFTAR GAMBAR</b> .....	<b>xviii</b>
<b>DAFTAR LAMPIRAN</b> .....	<b>xix</b>
<b>BAB 1. PENDAHULUAN</b>	
1.1 Latar Belakang .....	1
1.2 Rumusan Masalah .....	6
1.3 Tujuan .....	6
1.4 Manfaat.....	7
<b>BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA</b>	
2.1 Jaminan Kesehatan Nasional .....	8
2.2 Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama .....	12
2.3 Analisis Pemangku Kepentingan .....	16
2.4 Kebijakan Kesehatan .....	20
2.5 Kerangka Teori .....	27
2.6 Kerangka Konseptual .....	28

**BAB 3. METODE PENELITIAN**

3.1 Jenis Penelitian .....	30
3.2 Lokasi dan Waktu Penelitian .....	30
3.3 Sasaran dan Informan Penelitian .....	31
3.4 Fokus Penelitian dan Pengertian.....	32
3.5 Data dan Sumber Data .....	34
3.6 Teknik dan Instrumen Pengumpulan Data .....	35
3.7 Teknik Penyajian dan Analisis Data .....	37
3.8 Alur Penelitian .....	40

**BAB 4. HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN**

4.1 Karakteristik Informan .....	41
4.2 Kebutuhan Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama di Kabupaten Jember .....	42
4.3 Identifikasi <i>Stakeholder</i> .....	51
4.4 Kepentingan <i>Stakeholder</i> .....	55
4.5 Pengaruh <i>Stakeholder</i> .....	71
4.6 Risiko dan Antisipasi Manajemen Risiko .....	79

**BAB 5. PENUTUP**

5.1 Kesimpulan .....	83
5.2 Saran .....	84

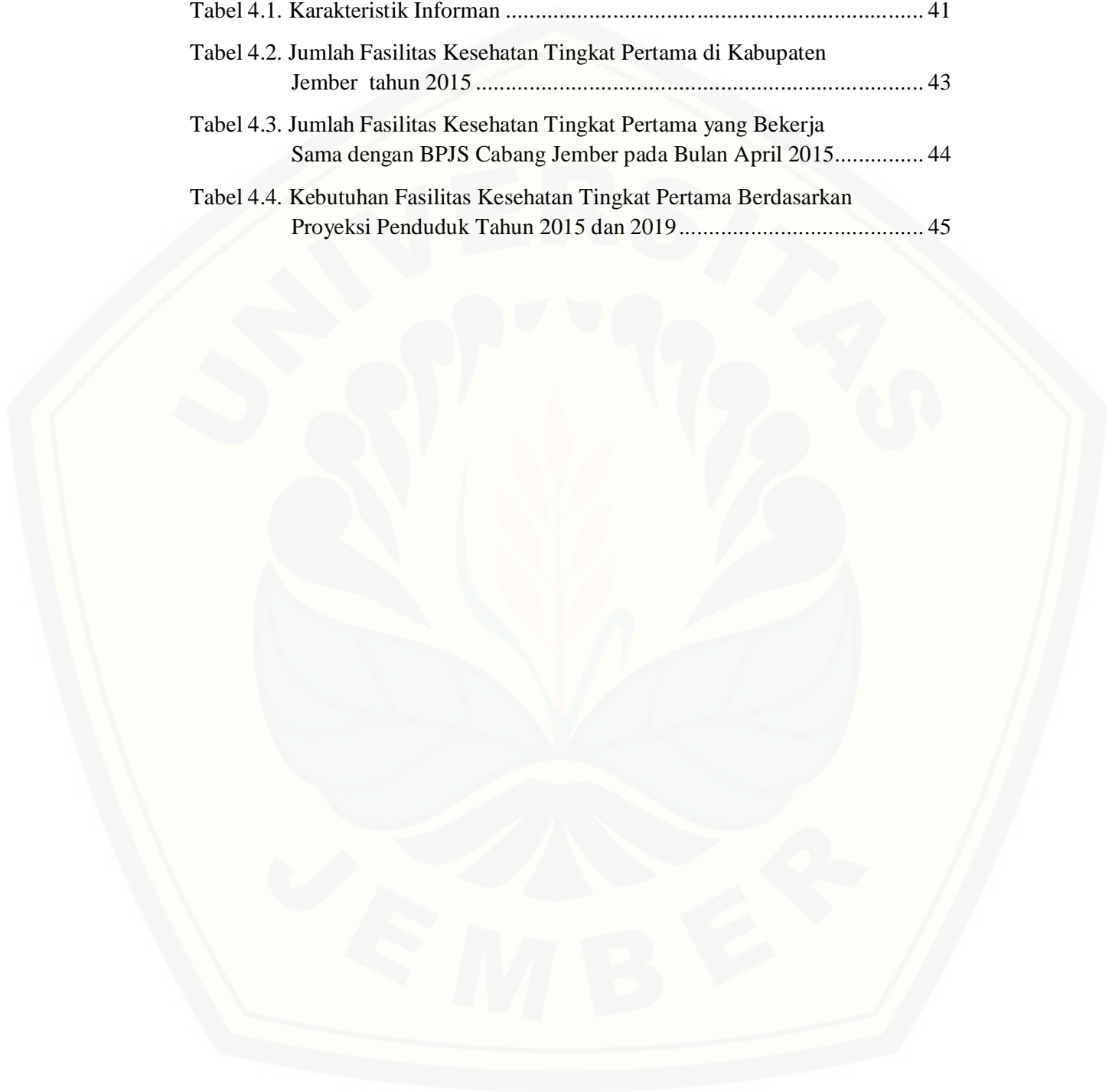
**DAFTAR PUSTAKA**

**LAMPIRAN**



**DAFTAR TABEL**

	Halaman
Tabel 4.1. Karakteristik Informan .....	41
Tabel 4.2. Jumlah Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama di Kabupaten Jember tahun 2015 .....	43
Tabel 4.3. Jumlah Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama yang Bekerja Sama dengan BPJS Cabang Jember pada Bulan April 2015.....	44
Tabel 4.4. Kebutuhan Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama Berdasarkan Proyeksi Penduduk Tahun 2015 dan 2019 .....	45



**DAFTAR GAMBAR**

	Halaman
Gambar 2.1. Mekanisme kerjasama BPJS Kesehatan dengan fasilitas kesehatan tingkat pertama .....	15
Gambar 2.2. Hubungan Komponen dalam Sistem Kebijakan.....	22
Gambar 2.3. Segitiga Kebijakan Walt and Gilson.....	24
Gambar 2.4. Kerangka Teori.....	27
Gambar 2.5. Kerangka Konseptual.....	28
Gambar 3.1. Alur Penelitian.....	40
Gambar 4.1. Kondisi Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama pada Program Jaminan Kesehatan Nasional di Kabupaten Jember .....	49

**DAFTAR LAMPIRAN**

	Halaman
Lampiran A. Lembar Persetujuan .....	89
Lampiran B. Lembar Panduan Wawancara untuk Informan Utama .....	90
Lampiran C. Lembar Panduan Wawancara untuk Informan Tambahan .....	92
Lampiran D. Surat Ijin Penelitian Badan Kesatuan Bangsa dan Politik Kabupaten Jember .....	94
Lampiran E. Surat Ijin Penelitian Dinas Kesehatan Kabupaten Jember .....	95
Lampiran F. Surat Ijin Penelitian Puskesmas .....	96
Lampiran G. Dokumentasi Penelitian .....	97

## **BAB 1. PENDAHULUAN**

### **1.1. Latar Belakang**

Undang-undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional merupakan kebijakan untuk memenuhi hak setiap warga negara agar bisa hidup layak dan bermartabat menuju tercapainya tingkat kesejahteraan yang diharapkan. Hal ini sesuai dengan pengertian jaminan sosial yang memberikan pengertian sebagai perlindungan yang dirancang oleh pemerintah untuk melindungi warga negara terhadap risiko kematian, kesehatan, pengangguran, pensiun, kemiskinan, dan kondisi pekerjaan yang tidak layak. Jaminan Kesehatan Nasional merupakan program pemerintah Indonesia sesuai dengan amanah dari Undang-Undang No. 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) yang mengamanatkan bahwa jaminan sosial bersifat bagi seluruh penduduk Indonesia melalui suatu Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan yang dilaksanakan mulai tanggal 1 Januari 2014. Jaminan kesehatan adalah salah satu bentuk jaminan sosial, yang pada dasarnya bertujuan untuk menjamin stabilitas ekonomi seseorang saat mengalami risiko kesehatan. Dalam Sistem Jaminan Sosial Nasional, jaminan kesehatan diselenggarakan dengan prinsip asuransi sosial, yaitu solidaritas sosial, efisiensi, ekuitas, komprehensif, portabilitas, nirlaba dan responsif. Secara teoritis, prinsip solidaritas sosial bertujuan untuk menjamin agar setiap penduduk bisa mendapatkan pelayanan kesehatan tanpa ada kendala biaya karena adanya partisipasi masyarakat (Murti, 2010:1).

Jaminan Kesehatan Nasional bersifat wajib bagi seluruh masyarakat Indonesia dan juga warga negara asing yang bekerja di Indonesia. Jaminan Kesehatan Nasional mengurangi risiko masyarakat menanggung biaya kesehatan dalam jumlah yang sulit diprediksi dan memerlukan biaya yang sangat besar. Pegawai Negeri Sipil, TNI/Polri, Pedagang, Investor, Badan Usaha dan seluruh elemen masyarakat Indonesia wajib mengikuti Jaminan Kesehatan Nasional yang dikelola oleh Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan (BPJS Kesehatan,

2014). Jaminan Kesehatan Nasional bertujuan untuk melindungi masyarakat terhadap risiko finansial yaitu dengan menggunakan sistem pembiayaan kesehatan pra-upaya (*prepaid system*), bukan pembayaran pelayanan kesehatan secara langsung (*direct payment, out-of-pocket payment, dan fee-for-service*). Dalam *prepaid system* terdapat pihak yang menjamin pembiayaan kesehatan warga sebelum warga sakit dan menggunakan pelayanan kesehatan. Jadi sistem pra-upaya berbeda dengan pembayaran langsung yang tidak menjamin pembiayaan pelayanan kesehatan sebelum warga sakit dan menggunakan pelayanan kesehatan (Murti, 2010:2).

Jaminan Kesehatan Nasional memberikan pelayanan kesehatan perorangan secara komprehensif sesuai dengan kebutuhan medis peserta. Upaya pelayanan yang diberikan kepada peserta meliputi upaya promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif. Jaminan Kesehatan Nasional menyelenggarakan pelayanan kesehatan secara berjenjang sesuai kebutuhan medis peserta. Pelayanan kesehatan terdiri atas pelayanan kesehatan tingkat pertama di Puskesmas, Klinik Pratama, Dokter Praktek, atau Rumah Sakit kelas D pratama, serta pelayanan kesehatan rujukan tingkat lanjut di klinik spesialis, RS Umum, dan RS Khusus. Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 71 Tahun 2013 tentang Pelayanan Kesehatan menjelaskan bahwa Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama merupakan pelayanan kesehatan perorangan yang bersifat non spesialis (primer) meliputi pelayanan rawat jalan dan rawat inap. Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan harus menyelenggarakan pelayanan kesehatan yang komprehensif yaitu berupa pelayanan kesehatan promotif, preventif, kuratif, rehabilitatif, pelayanan kebidanan, dan pelayanan kesehatan darurat medis, termasuk pelayanan penunjang yang meliputi pemeriksaan laboratorium sederhana dan pelayanan kefarmasian. Pelayanan kesehatan dimulai dari fasilitas kesehatan tingkat pertama dan apabila membutuhkan pelayanan lebih lanjut maka akan dirujuk fasilitas kesehatan tingkat lanjut (Buku Pegangan Sosialisasi JKN, 2014:9).

Bulan Desember 2014, jumlah peserta di Indonesia yang telah mendaftar di BPJS Kesehatan sekitar 121,6 juta peserta dan seharusnya jumlah ideal FKTP

yang bekerja sama di tahun 2014 yaitu 22.531 (BPJS Kesehatan, 2014). Pada tahun 2014, Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama yang telah bekerja sama dengan BPJS Kesehatan sejumlah 16.623 yang terdiri dari Balai Pengobatan sejumlah 669, Dokter Umum sejumlah 5.236, Puskesmas Non Rawat Inap sejumlah 8.856, Puskesmas Rawat Inap sejumlah 1.113, dan Dokter Gigi sejumlah 749. Rasio proporsional yang ditetapkan BPJS Kesehatan, jumlah peserta yang terdaftar di Dokter Praktik Perorangan yaitu sejumlah 5.000 peserta, Puskesmas sejumlah 10.000 peserta, Klinik Pratama 10.000 peserta, dengan asumsi satu puskesmas/klinik memiliki 2 dokter umum. Berdasarkan data tersebut, selama tahun 2014 kondisi jumlah pelayanan kesehatan tingkat pertama tidak berimbang dengan jumlah masyarakat yang terdaftar. BPJS Kesehatan membutuhkan 6.746 FKTP baru untuk bekerja sama pada tahun 2014 (Siswandi, 2014).

Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama yang telah bekerja sama dengan BPJS Kesehatan Cabang Jember berjumlah 97 yang terdiri dari 49 Puskesmas, 19 Dokter Praktik Pribadi, 11 Dokter Gigi, dan 18 Klinik Pratama. Jumlah peserta di Kabupaten Jember yang telah terdaftar di BPJS Cabang Jember pada bulan April 2015 sejumlah 1.180.421 peserta yang terdiri dari 249.295 peserta non penerima bantuan iuran dan 931.126 peserta penerima bantuan iuran (BPJS Kesehatan Cabang Jember, 2015). Berdasarkan proyeksi penduduk tahun 2015, jumlah penduduk Kabupaten Jember sejumlah 2.405.261 jiwa. Penduduk Kabupaten Jember yang belum mendaftar ke BPJS Kesehatan Cabang Jember sejumlah 1.224.480 jiwa atau sekitar 50%. Jumlah fasilitas kesehatan tingkat pertama yang seharusnya bekerja sama dengan BPJS Kesehatan pada tahun 2015 adalah sejumlah 241.

Jumlah peserta yang telah mendaftar di BPJS Kesehatan Cabang Jember pada bulan April 2015 yaitu sejumlah 1.180.421. Rasio jumlah Puskesmas dan Klinik Pratama dengan jumlah peserta adalah 1:10.000 peserta dengan asumsi 1 puskesmas atau klinik memiliki 2 dokter dan rasio Dokter Praktik Pribadi adalah 1:5.000 peserta. Berdasarkan rasio tersebut, FKTP yang seharusnya bekerja sama dengan BPJS Kesehatan Cabang Jember adalah 118 FKTP jenis puskesmas dan klinik. Berdasarkan data dari BPJS Kesehatan Cabang Jember, jumlah FKTP yang

bekerja sama adalah 97 FKTP yang meliputi puskesmas, klinik pratama, dan dokter umum. Hal tersebut belum menunjukkan rasio ideal antara jumlah FKTP dengan jumlah peserta. BPJS Kesehatan Cabang Jember memerlukan 21 FKTP baru untuk dapat memenuhi kebutuhan peserta pada tahun 2015. Sedangkan apabila dihitung berdasarkan proyeksi jumlah penduduk Kabupaten Jember pada tahun 2019 yaitu sejumlah 2.463.288 jiwa, jumlah fasilitas kesehatan tingkat pertama yang seharusnya bekerja sama dengan BPJS Kesehatan Cabang Jember yaitu sejumlah 247 FKTP. Hal ini terdapat selisih yang cukup signifikan dengan jumlah FKTP yang telah bekerja sama dengan BPJS Kesehatan Cabang Jember yaitu 97 FKTP. Jumlah fasilitas kesehatan tingkat pertama di Kabupaten Jember kurang jika seluruh masyarakat Kabupaten Jember telah mendaftar di BPJS Kesehatan. Pemerintah Kabupaten Jember juga belum membuat kebijakan terkait dengan pemenuhan kebutuhan fasilitas kesehatan tingkat pertama pada program Jaminan Kesehatan Nasional.

Fasilitas kesehatan diupayakan untuk tidak memiliki beban kerja yang berlebihan (*overload*) yang akan mempengaruhi kualitas pelayanan yang diberikan, untuk itu harus dipertimbangkan jumlah pasien yang dilayani, jumlah dokter yang melayani, lama kerja dokter, dan ada tidaknya *double job* dokter (BPJS Kesehatan, 2014). Dampak yang mungkin terjadi akibat kurangnya jumlah fasilitas kesehatan tingkat pertama antara lain, terjadinya peningkatan beban kerja fasilitas kesehatan tingkat pertama dan antrian pelayanan yang panjang dan pemerataan tenaga kesehatan sehingga pelayanan pada fasilitas kesehatan menjadi tidak efektif dan efisien. Fasilitas kesehatan tingkat pertama diharapkan menjadi *gatekeeper* di era Jaminan Kesehatan. Empat fungsi pokok fasilitas kesehatan tingkat pertama sebagai *gatekeeper* antara lain, fasilitas kesehatan tingkat pertama merupakan tempat pertama yang dikunjungi peserta setiap kali mendapat masalah kesehatan, hubungan fasilitas kesehatan tingkat pertama dengan peserta dapat berlangsung secara berkelanjutan sehingga penanganan penyakit dapat berjalan optimal, fasilitas kesehatan tingkat pertama memberikan pelayanan yang komprehensif terutama untuk pelayanan promotif dan preventif, dan fasilitas kesehatan tingkat pertama melakukan koordinasi pelayanan dengan penyelenggara

kesehatan lainnya dalam memberikan pelayanan kesehatan kepada peserta sesuai kebutuhannya. Untuk mendukung fungsi pokok fasilitas kesehatan tingkat pertama perlu adanya kebijakan terkait pemenuhan kebutuhan fasilitas kesehatan tingkat pertama di daerah.

Peraturan Presiden Nomor 12 Tahun 2013 tentang jaminan kesehatan pasal 35 menjelaskan bahwa pemerintah dan pemerintah daerah bertanggung jawab atas ketersediaan fasilitas kesehatan dan penyelenggaraan pelayanan kesehatan untuk pelaksanaan program jaminan kesehatan. Pemerintah dan pemerintah daerah dapat memberikan kesempatan kepada swasta untuk berperan serta memenuhi ketersediaan fasilitas kesehatan dan penyelenggaraan pelayanan kesehatan. Penyelenggara pelayanan kesehatan meliputi semua fasilitas kesehatan yang menjalin kerjasama dengan BPJS Kesehatan. Fasilitas kesehatan milik pemerintah dan pemerintah daerah yang memenuhi persyaratan wajib bekerjasama dengan BPJS Kesehatan. Pada peraturan Presiden tersebut menjelaskan bahwa pemerintah dan pemerintah daerah dalam hal ini Dinas Kesehatan memiliki tanggung jawab dalam memenuhi kebutuhan fasilitas kesehatan. BPJS Kesehatan sebagai badan penyelenggara jaminan kesehatan menjalin kerjasama dengan fasilitas kesehatan yang tersedia di wilayah kerjanya.

Dalam sistem kebijakan terdapat segitiga kebijakan yang telah dikemukakan Dunn (2003:31). Kebijakan merupakan suatu rangkaian dari beberapa komponen yang saling berkaitan. Segitiga kebijakan dapat digunakan untuk mengkaji atau memahami kebijakan tertentu dan menerapkannya untuk merencanakan suatu kebijakan (Buse *et al*, 2005:24). Segitiga sistem kebijakan menjelaskan adanya aktor kebijakan yang mempengaruhi dan dipengaruhi oleh kebijakan publik itu sendiri. Kedua komponen tersebut juga tidak luput dari pengaruh lingkungan kebijakan. Ketiga komponen tersebut selanjutnya dikenal sebagai sistem kebijakan, yaitu tatanan kelembagaan yang berperan dalam penyelenggaraan kebijakan publik yang mengakomodasi aspek teknis, sosiopolitik maupun interaksi antara unsur kebijakan (Dunn dalam Ayuningtyas, 2014:15).

Berdasarkan segitiga kebijakan tersebut, salah satu faktor yang dapat mendukung pemenuhan fasilitas kesehatan tingkat pertama yaitu aktor atau



pemangku kepentingan (*stakeholder*). Analisis *stakeholder* menjadi agenda yang penting untuk dilakukan dalam tahapan pengembangan kebijakan. Dengan mempertimbangkan peran, pengaruh, dan posisi para *stakeholder* kebijakan akan dapat diketahui nilai-nilai, kepentingan, dukungan atau kemungkinan penentangan terhadap rancangan kebijakan dan kesiapan implementasi kebijakan sehingga lebih mendekati pada ketercapaian tujuan kebijakan terkait pemenuhan kebutuhan fasilitas kesehatan tingkat pertama di Kabupaten Jember.

## 1.2. Rumusan Masalah

Berdasarkan uraian latar belakang di atas dapat dirumuskan suatu masalah: Bagaimana kebijakan *stakeholder* dalam pemenuhan kebutuhan fasilitas kesehatan tingkat pertama di Kabupaten Jember pada program Jaminan Kesehatan Nasional?

## 1.3. Tujuan

### 1.3.1. Tujuan Umum

Tujuan umum dari penelitian ini adalah menganalisis *stakeholder* dalam upaya pemenuhan fasilitas kesehatan tingkat pertama pada program Jaminan Kesehatan Nasional.

### 1.3.2. Tujuan Khusus

- a. Mengidentifikasi kebutuhan fasilitas kesehatan tingkat pertama di Kabupaten Jember.
- b. Mengidentifikasi *stakeholder* dalam pemenuhan kebutuhan fasilitas kesehatan tingkat pertama.
- c. Mengidentifikasi kepentingan *stakeholder* kebijakan pemenuhan kebutuhan fasilitas kesehatan tingkat pertama.
- d. Menggambarkan pengaruh *stakeholder* dalam kaitannya dengan upaya pemenuhan kebutuhan fasilitas kesehatan tingkat pertama.
- e. Mengidentifikasi risiko dan antisipasi manajemen risiko kebijakan pemenuhan kebutuhan fasilitas kesehatan tingkat pertama.

#### **1.4. Manfaat**

##### **1.4.1. Bagi Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember**

Hasil penelitian diharapkan dapat bermanfaat guna menambah referensi dalam pengembangan ilmu pengetahuan bidang administrasi dan kebijakan kesehatan, terutama mengenai penyusunan kebijakan kesehatan terkait FKTP pada Jaminan Kesehatan Nasional di Kabupaten Jember.

##### **1.4.2. Bagi Pemerintah Kabupaten Jember**

Hasil penelitian ini dapat menjadi landasan bagi Pemerintah Kabupaten Jember dalam perumusan kebijakan dan penyusunan langkah strategis tentang pemenuhan kebutuhan FKTP di Kabupaten Jember pada era Jaminan Kesehatan Nasional sesuai dengan Peraturan Presiden Nomor 111 tahun 2013 tentang Jaminan Kesehatan.

##### **1.4.3. Bagi BPJS Kesehatan Cabang Jember**

Hasil penelitian ini dapat menjadi bahan dan informasi untuk mengetahui gambaran yang jelas bagi BPJS Kesehatan selaku badan penyelenggara jaminan sosial, tentang kepentingan, kekuasaan, kekuatan, dan kapasitas serta besarnya pengaruh stakeholder terkait sebagai dasar melihat peluang terbaik untuk mencapai tujuan kebijakan pemenuhan FKTP di Kabupaten Jember.

## BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA

### 2.1. Jaminan Kesehatan Nasional

#### 2.1.1 Definisi

Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) merupakan bagian dari Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) yang diselenggarakan dengan menggunakan mekanisme asuransi kesehatan sosial yang bersifat wajib berdasarkan Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang SJSN dengan tujuan untuk memenuhi kebutuhan dasar kesehatan masyarakat yang layak yang diberikan kepada setiap orang yang telah membayar iuran atau iurannya dibayar oleh pemerintah. Jaminan Kesehatan Nasional adalah jaminan berupa perlindungan kesehatan agar peserta memperoleh manfaat pemeliharaan kesehatan dan perlindungan dalam memenuhi kebutuhan dasar kesehatan yang diberikan kepada setiap orang yang telah membayar iuran atau iurannya dibayar oleh pemerintah (Peraturan Presiden Republik Indonesia Nomor 12 Tahun 2013). Jaminan Kesehatan Nasional mengacu pada prinsip-prinsip Sistem Jaminan Sosial Nasional berikut:

a. Prinsip kegotongroyongan

Prinsip gotong royong berarti peserta yang mampu membantu peserta yang kurang mampu, peserta yang sehat membantu yang sakit atau yang berisiko tinggi. Hal ini terwujud karena kepesertaan JKN bersifat wajib untuk seluruh penduduk.

b. Prinsip nirlaba

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

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

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

d. Prinsip portabilitas

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

e. Prinsip kepesertaan yang bersifat wajib

Kepesertaan wajib dimaksudkan agar seluruh masyarakat menjadi peserta sehingga dapat terlindungi. Kepesertaan wajib tersebut dalam penerapannya tetap disesuaikan dengan kemampuan ekonomi rakyat dan pemerintah serta kelayakan penyelenggaraan program. Tahapan pertama dimulai dari pekerja di sektor formal, bersamaan dengan itu sektor informal dapat menjadi peserta secara mandiri, sehingga pada akhirnya Sistem Jaminan Sosial Nasional dapat mencakup seluruh rakyat.

f. Prinsip dana amanat

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

g. Prinsip hasil pengelolaan Dana Jaminan Sosial

Digunakan seluruhnya untuk pengembangan program dan untuk sebesar-besarnya kepentingan peserta.

### 2.1.2 Kepesertaan

Peserta adalah setiap orang termasuk orang asing yang bekerja paling singkat 6 (enam) bulan di Indonesia yang telah membayar iuran. Pekerja adalah setiap orang yang bekerja dengan menerima gaji, upah atau imbalan dalam bentuk lain. Pemberi kerja adalah orang perseorangan, pengusaha, badan hukum, atau badan lainnya yang mempekerjakan tenaga kerja, atau penyelenggara negara yang mempekerjakan pegawai negeri dengan membayar gaji, upah, atau imbalan dalam bentuk lainnya. Peserta dari Jaminan Kesehatan Nasional meliputi Penerima Bantuan Iuran (PBI) dan bukan PBI (Kementerian Kesehatan RI. 2014:21).

Peserta PBI meliputi orang-orang yang tergolong fakir miskin dan orang tidak mampu. Peserta bukan PBI adalah peserta yang tidak tergolong fakir miskin dan orang tidak mampu yang terdiri atas:

- a. Pekerja penerima upah dan anggota keluarganya, yaitu PNS, anggota TNI, Polri, Pejabat Negara, Pegawai Pemerintah Non PNS, Pegawai Swasta dan pekerja lainnya yang menerima upah.
- b. Pekerja bukan penerima upah dan anggota keluarganya, yaitu pekerja di luar hubungan kerja atau pekerja mandiri dan pekerja bukan penerima upah.
- c. Bukan pekerja dan anggota keluarganya terdiri atas, investor, pemberi kerja, penerima pensiun, veteran, perintis kemerdekaan dan bukan pekerja yang mampu membayar iuran.
- d. Penerima pensiun
- e. WNI di luar negeri

Setiap peserta yang telah terdaftar pada BPJS Kesehatan berhak mendapatkan identitas peserta dan manfaat pelayanan kesehatan yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan. Setiap peserta yang telah terdaftar pada BPJS Kesehatan berkewajiban untuk membayar iuran, melaporkan data kepesertaannya kepada BPJS Kesehatan dengan menunjukkan identitas peserta pada saat pindah domisili atau pindah kerja (Kementerian Kesehatan RI. 2014:24).

### 2.1.3 Pembiayaan

Iuran Jaminan Kesehatan Nasional adalah sejumlah uang yang dibayarkan secara teratur oleh peserta, pemberi kerja, dan/atau pemerintah untuk program Jaminan Kesehatan (Perpres Nomor 12 tahun 2013 pasal 12). Setiap peserta wajib membayar iuran yang besarnya ditetapkan persentase dari upah atau suatu jumlah nominal tertentu.

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. BPJS Kesehatan akan membayar kepada fasilitas kesehatan tingkat pertama dengan kapitasi dan untuk fasilitas kesehatan rujukan tingkat lanjutan dibayarkan dengan sistem paket INA

CBG's. BPJS Kesehatan wajib membayar fasilitas kesehatan atas pelayanan yang diberikan kepada peserta paling lambat 15 hari sejak dokumen klaim diterima lengkap (Kementerian Kesehatan RI. 2014:26).

#### 2.1.4 Manfaat Jaminan Kesehatan Nasional

Manfaat Jaminan Kesehatan Nasional terdiri atas dua jenis yaitu manfaat medis berupa pelayanan kesehatan dan manfaat non medis meliputi akomodasi dan ambulans. Manfaat Jaminan Kesehatan Nasional mencakup pelayanan promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif termasuk pelayanan obat dan bahan medis habis pakai sesuai kebutuhan medis (Kementerian Kesehatan RI. 2014:30).

Manfaat pelayanan promotif dan preventif meliputi pemberian pelayanan:

1. Penyuluhan kesehatan perorangan, meliputi paling sedikit penyuluhan mengenai pengelolaan faktor risiko penyakit dan perilaku hidup bersih dan sehat.
2. Imunisasi dasar meliputi BCG, DPTHB, polio, dan Campak.
3. Keluarga berencana, meliputi konseling, kontrasepsi dasar, vasektomi, dan tubektomi bekerja sama dengan lembaga yang membidangi keluarga berencana. Vaksin untuk imunisasi dasar dan alat kontrasepsi dasar disediakan oleh Pemerintah dan/atau Pemerintah Daerah.
4. Skrining kesehatan diberikan secara selektif yang ditujukan untuk mendeteksi risiko penyakit dan mencegah dampak lanjutan dari risiko penyakit tertentu.

Meskipun manfaat yang dijamin dalam JKN bersifat komprehensif, masih ada manfaat yang tidak dijamin meliputi:

1. Tidak sesuai prosedur
2. Pelayanan di luar fasilitas kesehatan yang bekerja sama dengan BPJS
3. Pelayanan bertujuan kosmetik
4. *General check up*
5. Pengobatan alternatif
6. Pengobatan untuk mendapatkan keturunan dan pengobatan impotensi
7. Pelayanan kesehatan pada saat bencana

8. Pasien bunuh diri, penyakit yang timbul akibat kesengajaan untuk menyiksa diri sendiri, dan narkoba.

## **2.2. Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama**

Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 71 Tahun 2013 tentang Pelayanan Kesehatan pada Jaminan Kesehatan Nasional menjelaskan bahwa penyelenggara pelayanan kesehatan di era Jaminan Kesehatan Nasional meliputi seluruh fasilitas kesehatan yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan berupa Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama dan Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan. Fasilitas kesehatan tingkat pertama yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan harus menyelenggarakan pelayanan kesehatan yang komprehensif. Pelayanan kesehatan komprehensif berupa pelayanan kesehatan promotif, preventif, kuratif, rehabilitatif, pelayanan kebidanan, dan pelayanan kesehatan darurat medis, termasuk pelayanan penunjang yang meliputi pemeriksaan laboratorium sederhana dan pelayanan kefarmasian sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan. Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama dapat berupa Puskesmas, Praktik Dokter, Praktik Dokter Gigi, Klinik pratama, dan RS Kelas D Pratama.

Pelayanan Kesehatan Tingkat Pertama merupakan pelayanan kesehatan non spesialisik yang meliputi:

- a. Administrasi pelayanan
- b. Pelayanan promotif dan preventif
- c. Pemeriksaan, pengobatan, dan konsultasi medis
- d. Tindakan medis non spesialisik, baik operatif maupun non operatif
- e. Pelayanan obat dan bahan medis habis pakai
- f. Transfusi darah sesuai dengan kebutuhan medis
- g. Pemeriksaan penunjang diagnostik laboratorium tingkat pertama
- h. Rawat inap tingkat pertama sesuai dengan indikasi medis

Berdasarkan Peraturan Presiden Nomor 12 Tahun 2013 pasal 35 menjelaskan bahwa Pemerintah dan Pemerintah daerah bertanggung jawab atas ketersediaan Fasilitas Kesehatan dan penyelenggaraan pelayanan kesehatan untuk

pelaksanaan program jaminan kesehatan. Pemerintah dan Pemerintah Daerah dapat memberikan kesempatan kepada swasta untuk berperan serta memenuhi ketersediaan fasilitas kesehatan dan penyelenggaraan pelayanan kesehatan. Menurut Siswandi (2014), rasio proporsional jumlah peserta BPJS Kesehatan yang terdaftar di FKTP Dokter Praktik Perorangan 1:5.000 peserta, untuk Klinik Pratama 1:10.000 peserta, dan untuk Puskesmas 1:10.000 peserta dengan asumsi satu puskesmas atau klinik memiliki 2 dokter.

Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 71 Tahun 2013 tentang pelayanan kesehatan pada Jaminan Kesehatan Nasional, untuk dapat melakukan kerjasama dengan BPJS Kesehatan, Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) harus memiliki persyaratan dan telah terakreditasi. Selain ketentuan memenuhi persyaratan, BPJS Kesehatan dalam melakukan kerjasama dengan fasilitas kesehatan juga harus mempertimbangkan kecukupan antara jumlah fasilitas kesehatan dengan jumlah peserta yang dilayani.

Persyaratan yang harus dipenuhi oleh fasilitas kesehatan tingkat pertama terdiri atas (Pasal 6 Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 71 Tahun 2013 tentang pelayanan kesehatan pada Jaminan Kesehatan Nasional) :

- a. Praktik Dokter atau Dokter Gigi harus memiliki:
  1. Surat izin praktik
  2. Nomor Pokok Wajib Pajak (NPWP)
  3. Perjanjian kerjasama dengan laboratorium, apotek, dan jejaring lainnya
  4. Surat pernyataan kesediaan mematuhi ketentuan yang terkait dengan Jaminan Kesehatan Nasional.
- b. Puskesmas atau yang setara harus memiliki:
  1. Surat Izin Operasional
  2. Surat Izin Praktik (SIP) bagi dokter/dokter gigi, Surat Izin Praktik Apoteker (SIPA) bagi Apoteker, dan Surat Izin Praktik atau Surat Izin Kerja (SIP/SIK) bagi tenaga kesehatan lain
  3. Perjanjian kerjasama dengan jejaring jika diperlukan
  4. Surat pernyataan kesediaan mematuhi ketentuan yang terkait dengan Jaminan Kesehatan Nasional.



- c. Klinik Pratama atau yang setara harus memiliki:
1. Surat Izin Operasional
  2. Surat Izin Praktik (SIP) bagi dokter/dokter gigi dan Surat Izin Praktik atau Surat Izin Kerja (SIP/SIK) bagi tenaga kesehatan lain
  3. Surat Izin Praktik Apoteker (SIPA) bagi Apoteker dalam hal Klinik menyelenggarakan pelayanan kefarmasian
  4. Nomor Pokok Wajib Pajak (NPWP)
  5. Perjanjian kerjasama dengan jejaring jika diperlukan
  6. Surat pernyataan kesediaan mematuhi ketentuan yang terkait dengan Jaminan Kesehatan Nasional.
- d. Rumah Sakit kelas D Pratama atau yang setara harus memiliki:
1. Surat Izin Operasional
  2. Surat Izin Praktik (SIP) bagi tenaga kesehatan yang berpraktik
  3. Nomor Pokok Wajib Pajak (NPWP)
  4. Perjanjian kerjasama dengan jejaring jika diperlukan
  5. Surat pernyataan kesediaan mematuhi ketentuan yang terkait dengan Jaminan Kesehatan Nasional.

Manfaat jaminan kesehatan diberikan oleh fasilitas kesehatan milik pemerintah atau swasta yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan. Jalinan kerjasama antara BPJS Kesehatan dengan fasilitas kesehatan dilakukan berbasis kontrak, yaitu perjanjian tertulis antara BPJS Kesehatan dengan fasilitas kesehatan yang bersangkutan.

Prosedur kerjasama fasilitas kesehatan dengan BPJS Kesehatan adalah sebagai berikut:



Gambar 2.1. Mekanisme kerjasama BPJS Kesehatan dengan fasilitas kesehatan tingkat pertama

Sumber: <http://www.jamkesindonesia.com>

Fasilitas kesehatan tingkat pertama yang menjadi tempat pelayanan kesehatan yang diberikan kepada peserta jaminan kesehatan harus mengikat perjanjian dengan BPJS Kesehatan. Fasilitas kesehatan yang dikontrak tersebut dipilih berdasarkan suatu seleksi oleh BPJS Kesehatan. Fasilitas kesehatan tingkat pertama mengajukan kerjasama kepada BPJS Kesehatan. BPJS Kesehatan melakukan *kredensialing* untuk mengetahui kapasitas dan kualitas fasilitas kesehatan yang akan bekerja sama dengan BPJS Kesehatan sehingga peserta dapat dilayani. Setelah BPJS Kesehatan mengumumkan hasil *kredensialing*, BPJS Kesehatan mengelompokkan fasilitas kesehatan berdasarkan jenis dan lokasinya. Setelah pengelompokkan tersebut, BPJS Kesehatan bersama asosiasi fasilitas kesehatan membuat kesepakatan standar tarif. Fasilitas kesehatan menyetujui tarif yang disepakati dan melakukan diskusi kontrak kerjasama dengan melalui penandatanganan kontrak kerjasama. Setelah proses penandatanganan kontrak

tersebut, fasilitas kesehatan dapat melakukan pelayanan kepada peserta BPJS Kesehatan.

### **2.3. Analisis Pemangku Kepentingan (*Stakeholder*)**

#### **2.3.1. Definisi Pemangku Kepentingan (*Stakeholder*)**

Menurut Buse (2012:254), *stakeholder* adalah individu atau kelompok dengan kepentingan substantif dalam suatu persoalan, termasuk mereka yang mempunyai peran dalam mengambil keputusan atau melakukannya. Definisi lainnya *stakeholder* adalah semua pihak yang berkepentingan dan terlibat dalam setiap tahap siklus pengembangan kebijakan, baik mereka yang menyusun, mengadvokasi, melaksanakan, hingga terkena dampak dari sebuah kebijakan baik secara langsung maupun tak langsung, dan negatif maupun positif. Selain itu, *stakeholder* juga berasal dari kelompok yang relevan memiliki atau memegang kendali beserta semua instrumen yang dibutuhkan dalam implementasi kebijakan.

Buse (2012, 9) menjelaskan penyusun kebijakan juga termasuk *stakeholder*, yaitu mereka yang menyusun kebijakan dalam organisasi seperti pemerintah pusat atau daerah. Pelaku (*stakeholders*) perumusan kebijakan pada dasarnya dapat dibagi dalam dua kelompok, yaitu pembuat kebijakan resmi dan tidak resmi. Pembuat kebijakan resmi atau disebut pula aktor resmi adalah mereka yang memiliki kewenangan legal untuk terlibat dalam perumusan kebijakan publik. Yang termasuk dalam aktor resmi adalah agen-agen pemerintah (birokrasi), presiden (eksekutif), legislatif dan yudikatif. Pelaku kebijakan resmi adalah agen pemerintahan (birokrasi), presiden atau pemimpin negara lainnya (eksekutif, legislatif, dan yudikatif), sedangkan yang termasuk dalam kelompok pelaku kebijakan tidak resmi meliputi kelompok-kelompok kepentingan atas isu tertentu, partai politik, dan warga negara individu.

Menurut Ayuningtyas (2014:77), keuntungan menggunakan pendekatan berbasis *stakeholder* adalah sebagai berikut.

- a. Dapat menggunakan opini dari *stakeholder* yang paling berkuasa untuk membentuk suatu kebijakan pada tahap awal. Tidak hanya kemungkinan besar memberi dukungan, *input* mereka akan memperbaiki kualitas kebijakan.

- b. Mendapat dukungan dari *stakeholder* yang berkuasa untuk membantu dalam memenangkan lebih banyak sumber daya, membuat kemungkinan besar kebijakan akan berhasil.
- c. Dengan komunikasi bersama *stakeholder* lebih awal dan lebih sering, dapat dipastikan bahwa mereka paham secara keseluruhan apa yang dilakukan dan mengerti keuntungan kebijakan yang diberlakukan. Ini berarti bahwa mereka memberi dukungan aktif ketika diperlukan.
- d. Dapat mengantisipasi reaksi apa yang mungkin terjadi pada masyarakat terhadap kebijakan dan menjadi dasar dalam perencanaan mengenai tindakan apa yang dapat memenangkan dukungan masyarakat.

### 2.3.2. Peran Pemangku Kepentingan (*Stakeholder*)

Pemangku kepentingan (*stakeholder*) adalah orang-orang yang mempunyai hak dan kewajiban dalam suatu sistem. Istilah *stakeholder* dimaksudkan semua yang mempengaruhi, dan atau dipengaruhi oleh kebijakan, keputusan dan tindakan dari sistem tersebut. Hal tersebut dapat bersifat individual, masyarakat, kelompok sosial atau institusi dalam berbagai ukuran, kesatuan atau tingkat dalam masyarakat (Muhtaromi, 2013:37).

Peranan analisis *stakeholder* adalah untuk menutupi kesenjangan dengan cara memberi suatu pendekatan yang mulai dengan kepentingan yang berbeda-beda. Terdapat tiga peran *stakeholder* yaitu hak, tanggung jawab, dan manfaat dimana didapatkan bahwa setiap *stakeholder* memiliki hak, tanggung jawab, serta manfaat yang didapatkan sesuai dengan tugas dan fungsi masing-masing *stakeholder* (Muhtaromi, 2013:14).

Dalam suatu kebijakan akan banyak merekrut *stakeholder* yang memiliki kepentingan untuk berpartisipasi dalam penelitian, perancangan, dan pelaksanaan kebijakan, akan tetapi tidak semua *stakeholder* tersebut memiliki kepentingan yang sama untuk menjalankan kebijakan. Jadi semua *stakeholder* yang masuk dalam kebijakan akan berkepentingan sesuai dengan peran mereka masing-masing (Muhtaromi, 2013:14).

### 2.3.3. Analisis Pemangku Kepentingan (*Stakeholder*)

Pentingnya melibatkan seluruh *stakeholder* dalam pembuatan kebijakan atau penyelenggaraan pemerintahan mendesak pembuat kebijakan untuk melakukan analisis *stakeholder* untuk bisa mengakomodasi kepentingan dengan bijak. Menurut Schmeer (1999) dalam Ayuningtyas (2014:78) menyatakan bahwa analisis *stakeholder* adalah sebuah proses dari penggabungan dan analisis kualitatif secara sistematis untuk mengetahui kepentingan siapa saja yang harus dipertimbangkan ketika menyusun, mengembangkan, atau melaksanakan suatu kebijakan atau program. Analisis *stakeholder* merupakan sebuah teknik untuk mengurutkan dalam rangka melakukan pemetaan dan pemahaman kekuasaan, posisi, dan sudut pandang dari para *stakeholder* yang memiliki kepentingan dalam pembuatan kebijakan tersebut, dan atau mereka yang dipengaruhi oleh kebijakan tersebut dan menjadi bagian dari penyusunan kebijakan tersebut (Buse *et al*, 2005:257). Gambaran umum tahapan atau pendekatan dalam melakukan analisis pemangku kepentingan adalah mengidentifikasi *stakeholder* dan kemudian melakukan penilaian atau pengukuran terhadap posisi, peran yang diambil, kekuatan atau kekuasaan yang dimiliki, besarnya pengaruh, serta persepsi, nilai atau ideologi yang ada terkait sebuah kebijakan publik (Roberts *et al* dalam Buse *et al*, 2012:258).

#### a. Identifikasi Pemangku Kepentingan

*Stakeholder* dapat dikategorikan dalam beberapa cara. Misal membaginya dalam *stakeholder* primer dan sekunder. *Stakeholder* primer adalah pihak yang memiliki kepentingan langsung terhadap kebijakan pemenuhan kebutuhan fasilitas kesehatan tingkat pertama. *Stakeholder* sekunder adalah pihak yang memiliki kepentingan secara tidak langsung, dalam hal ini adalah pihak-pihak yang mendukung dalam upaya pemenuhan kebutuhan fasilitas kesehatan tingkat pertama. Ketersediaan informasi yang memadai menjadi syarat penting yang menentukan keberhasilan analisis *stakeholder* (Ayuningtyas, 2014:79). *Stakeholder* dapat dibagi ke dalam dua kelompok, yakni para pelaku kebijakan resmi dan tidak resmi. Pelaku kebijakan resmi adalah agen pemerintahan (birokrasi), presiden atau pemimpin negara lainnya (eksekutif, legislatif, dan

yudikatif), sedangkan yang termasuk dalam kelompok pelaku kebijakan tidak resmi meliputi kelompok-kelompok kepentingan atas isu tertentu, partai politik, dan warga negara individu (Ayuningtyas, 2014:76).

b. Identifikasi Kepentingan

Kepentingan, posisi, dan komitmen pihak-pihak yang berwenang terhadap permasalahan tertentu akan menentukan bagaimana menerapkan sumber daya politik. Pada masing-masing kelompok kepentingan, diidentifikasi apa saja kepentingan mereka baik eksplisit maupun implisit dalam kebijakan, dan bagaimana itu dapat memberikan dampak terhadap mereka berdasarkan skala prioritas masing-masing. Dari sini dapat dilakukan analisis dengan pemetaan pada masing-masing *stakeholder* (Ayuningtyas, 2014:80).

c. Menganalisis Pengaruh *Stakeholder* Kebijakan

Pengaruh merupakan kekuasaan yang dimiliki *stakeholder* untuk mengontrol keputusan apa yang dibuat, memfasilitasi pelaksanaannya, atau dapat pula melakukan pendesakan yang mempengaruhi proses kebijakan yang sedang berlangsung. Pengaruh dipahami sebagai sejauh mana orang-orang, kelompok atau organisasi (*stakeholder*) dapat membujuk atau memaksa orang lain dalam pembuatan keputusan dan mengikuti rangkaian tindakan tertentu. Kekuasaan mungkin berasal dari sumber daya organisasi *stakeholder*, atau posisi mereka dalam hubungannya dengan *stakeholder* lainnya. Perlu juga untuk mempertimbangkan *stakeholder* yang berkuasa.

Kepentingan menunjukkan prioritas kebutuhan dalam memuaskan atau memenuhi kebutuhan dan kepentingan para *stakeholder* yang diharapkan dapat terwujud melalui kebijakan. Ada *stakeholder* yang memiliki kepentingan yang besar, kekuasaan dan kapasitas kuat yang menjadi alasan untuk mereka berpartisipasi penuh akan tetapi ada pula *stakeholder* yang hanya memiliki kapasitas lemah untuk berpartisipasi dalam suatu proses kebijakan dan kekuasaan yang terbatas untuk mempengaruhi keputusan. Analisis terhadap kepentingan, kekuasaan, kapasitas *stakeholder* menjadi dasar untuk memberi penilaian terhadap *stakeholder* mana yang penting bagi kesuksesan kebijakan (Ayuningtyas, 2014).

d. Identifikasi Risiko dan Antisipasi Manajemen Risiko

Keberhasilan penentuan kebijakan sebagian bergantung pada keabsahan asumsi yang dibuat oleh beberapa *stakeholder* dan risiko-risiko yang akan dihadapi dalam kebijakan tersebut. Beberapa risiko berasal dari konflik kepentingan. Risiko potensial yang signifikan terutama datang dari *stakeholder* yang memiliki *high influence* dan kepentingannya mungkin terganggu atau tidak terlalu menjadi prioritas dalam kebijakan (Ayuningtyas, 2014:85). Antisipasi manajemen risiko ditujukan untuk meminimalisir dampak yang muncul akibat adanya kebijakan.

Para pakar kebijakan, akademisi, dan peneliti kebijakan melakukan analisis pemangku kepentingan (*stakeholder*) dengan tujuan mengetahui arah kebijakan sebagai bentuk kontribusi dalam penguatan kebijakan kesehatan. Asumsi yang dipakai selama proses analisis adalah dimilikinya gambaran yang jelas tentang kepentingan, kekuasaan, kapasitas, termasuk pula kekuasaan dan besarnya pengaruh masing-masing pemangku kepentingan, sebagai dasar melihat peluang terbaik untuk mencapai tujuan kebijakan (Ayuningtyas, 2014:90).

## 2.4. Kebijakan Kesehatan

### 2.4.1 Definisi

Menurut Walt (1994) dalam Ayuningtyas (2014:10) menjelaskan bahwa kebijakan kesehatan melingkupi berbagai upaya dan tindakan pengambilan keputusan yang meliputi aspek teknis medis dan pelayanan kesehatan, serta keterlibatan pelaku/aktor baik pada skala individu maupun organisasi atau institusi dari pemerintah, swasta, LSM, dan representasi masyarakat lainnya yang membawa dampak pada kesehatan.

Secara sederhana kebijakan kesehatan dipahami sebagai kebijakan publik yang berlaku untuk bidang kesehatan. Urgensi kebijakan kesehatan sebagai bagian dari kebijakan publik semakin menguat mengingat karakteristik unik yang ada pada sektor kesehatan sebagai berikut.

- a. Sektor kesehatan sangat kompleks karena menyangkut hajat hidup orang banyak dan kepentingan masyarakat luas. Kesehatan menjadi hak dasar setiap

individu yang membutuhkannya secara adil dan setara. Artinya, setiap individu tanpa terkecuali berhak mendapatkan akses dan pelayanan kesehatan yang layak apa pun kondisi dan status finansialnya.

- b. *Consumer ignorance*, keawaman masyarakat membuat posisi dan relasi antara masyarakat dengan tenaga medis menjadi tidak sejajar dan cenderung berpola paternalistik, artinya masyarakat atau dalam hal ini pasien tidak memiliki posisi tawar yang baik, bahkan hampir tanpa daya tawar ataupun daya pilih.
- c. Kesehatan memiliki sifat *uncertainty* atau ketidakpastian. Kebutuhan akan pelayanan kesehatan sama sekali tidak berkaitan dengan kemampuan ekonomi rakyat, artinya seluruh masyarakat baik dari kalangan ketika jatuh sakit tentu akan membutuhkan pelayanan kesehatan. Seseorang tidak akan pernah tahu kapan akan sakit dan berapa biaya yang akan dikeluarkan. Dalam hal ini pemerintah harus berperan untuk menjamin setiap warga negara mendapatkan pelayanan kesehatan ketika membutuhkan, terutama bagi masyarakat miskin.
- d. Karakteristik lain dari sektor kesehatan adalah adanya eksternalitas, yaitu keuntungan yang dinikmati atau kerugian yang diderita oleh sebagian masyarakat karena tindakan kelompok masyarakat lainnya. Sebagai contoh, jika di suatu lingkungan rukun warga sebagian besar masyarakat tidak menerapkan pola hidup bersih dan sehat sehingga nyamuk *Aedes aigepty*, maka dampaknya kemungkinan tidak hanya mengenai sebagian masyarakat tersebut saja melainkan diderita pula oleh kelompok masyarakat lain yang telah menerapkan pola hidup bersih dan sehat.

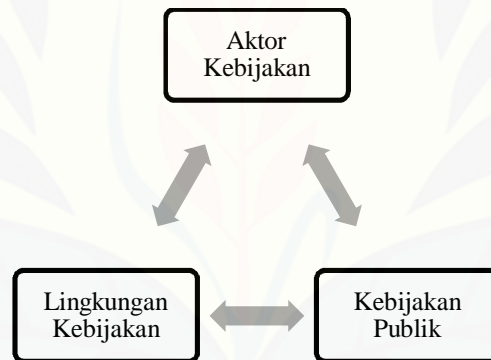
Dengan karakteristik kesehatan tersebut, pemerintah wajib berperan membuat kebijakan mengenai sektor kesehatan dengan tujuan meningkatkan derajat kesehatan bagi setiap warga negara. Secara lebih rinci WHO (2005) membedakan peran negara dan pemerintah sebagai pelaksana di bidang kesehatan, yaitu sebagai pengarah (*stewardship* atau *oversight*), *regulator* (yang melaksanakan regulasi), dan yang dikenakan regulasi. Fungsi *stewardship* atau *oversight* ini terdiri dari tiga aspek utama:



- a. Menetapkan, melaksanakan, dan memantau aturan main dalam sitem kesehatan.
- b. Menjamin keseimbangan antara berbagai pelaku utama (*key player*) dalam sektor kesehatan (terutama pembayar, penyedia pelayanan, dan pasien).
- c. Menetapkan perencanaan strategis bagi seluruh sistem kesehatan.

#### 2.4.2 Sistem dan Komponen Kebijakan

Sistem adalah serangkaian bagian yang saling berhubungan dan bergantung dan diatur dalam aturan tertentu untuk menghasilkan satu kesatuan. Menurut Dunn (1994) dalam Ayuningtyas (2014:15), sistem kebijakan (*policy system*) mencakup hubungan timbal balik dari tiga unsur, yaitu kebijakan publik, pelaku kebijakan, dan lingkungan kebijakan. Hubungan timbal balik antara ketiga komponen sistem kebijakan tersebut digambarkan dalam gambar berikut ini.



Gambar 2.2. Hubungan Komponen dalam Sistem Kebijakan

Sumber: William Dunn, *Pengantar Analisis Kebijakan Publik* (Yogyakarta: Gadjah Mada University Press, 1994:65).

Gambar di atas dapat dijelaskan bahwa sebagai sebuah sistem, kebijakan merupakan suatu rangkaian dari beberapa komponen yang saling terkait, dan bukan komponen yang berdiri sendiri. Segitiga sistem kebijakan menjelaskan adanya aktor kebijakan yang mempengaruhi dan dipengaruhi oleh kebijakan publik. Ketiga komponen tersebut selanjutnya dikenal sebagai sistem kebijakan, yaitu tatanan kelembagaan yang berperan dalam penyelenggaraan kebijakan

publik yang mengakomodasi aspek teknis, sosiopolitik maupun interaksi antara unsur kebijakan.

Penjelasan lebih lanjut tentang sistem dan komponen kebijakan publik dikemukakan pula oleh William Dunn (1994) dalam Ayuningtyas (2014:16) sebagai berikut.

1. Isi Kebijakan (*Policy Content*)

Terdiri dari sejumlah daftar pilihan keputusan tentang urusan publik (termasuk keputusan untuk tidak melakukan tindakan apapun) yang dibuat oleh lembaga dan pejabat pemerintah. Isi sebuah kebijakan merepons berbagai masalah publik (*public issue*) yang mencakup berbagai bidang kehidupan mulai dari pertahanan, keamanan, energi, kesehatan, pendidikan, kesejahteraan, dan sebagainya. Secara umum isi kebijakan dituangkan dalam bentuk dokumen tertulis yang memiliki standar isi sebagai berikut.

- a. Pernyataan tujuan: mengapa kebijakan tersebut dibuat dan apa dampak yang diharapkan.
- b. Ruang lingkup: menjelaskan siapa saja yang tercakup dalam kebijakan dan tindakan-tindakan apa yang dipengaruhi oleh kebijakan.
- c. Durasi waktu yang efektif: mengindikasikan kapan kebijakan mulai diberlakukan.
- d. Bagian pertanggungjawaban: mengindikasikan siapa individu atau organisasi yang bertanggung jawab dalam melaksanakan kebijakan.
- e. Pernyataan kebijakan: mengindikasikan aturan-aturan khusus atau modifikasi aturan terhadap perilaku organisasi yang membuat kebijakan tersebut.
- f. Latar belakang: mengindikasikan alasan dan sejarah pembuatan kebijakan tersebut (faktor motivasional).
- g. Definisi: menyediakan secara jelas dan tidak ambigu mengenai definisi bagi istilah dan konsep dalam dokumen kebijakan.

2. Aktor atau Pemangku Kepentingan Kebijakan (*Policy Stakeholder*)

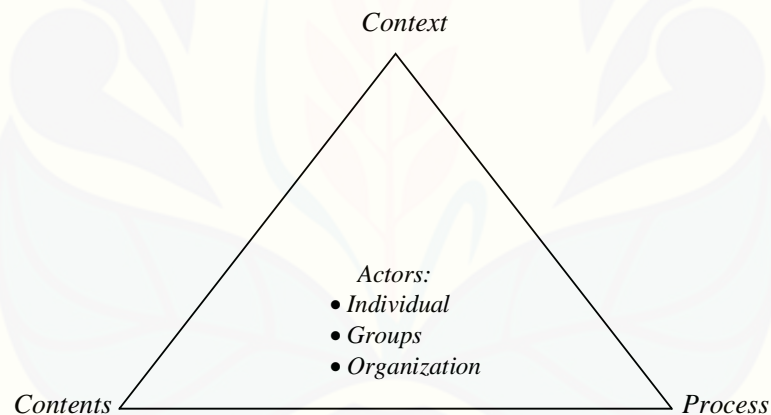
Dalam segitiga kebijakan terdapat aktor kebijakan yang merupakan individu, kelompok, atau organisasi yang mempengaruhi atau dipengaruhi oleh kebijakan (Buse, 2005:14). *Stakeholder* kebijakan adalah individu atau kelompok

dengan kepentingan substantif dalam suatu persoalan, termasuk mereka yang memiliki peran dalam mengambil keputusan atau melakukannya dan biasa digunakan dalam konteks yang sama dengan pelaku kebijakan (Buse, 2005:254). *Stakeholder* kebijakan tersebut bisa terdiri dari sekelompok warga, organisasi buruh, pedagang kaki lima, komunitas wartawan, partai politik, lembaga pemerintahan, dan sebagainya.

### 3. Lingkungan Kebijakan (*Policy Environment*)

Lingkungan kebijakan (*policy environment*) merupakan latar khusus di mana sebuah kebijakan terjadi, yang berpengaruh dan dipengaruhi oleh *stakeholder* kebijakan serta kebijakan publik itu sendiri.

Istilah lingkungan dalam segitiga sistem kebijakan disebut sebagai konteks. Konteks ini memiliki peran yaitu merupakan faktor yang memberi pengaruh dan dipengaruhi oleh unsur lain dalam sistem kebijakan.



Gambar 2.3. Segitiga Kebijakan (*Triangle of Health Policy*) (Walt dan Gilson, 1994 dalam Ayuningtyas, 2014:17)

Segitiga kebijakan kesehatan merupakan sebuah representasi dari kesatuan kompleksitas hubungan antar unsur-unsur kebijakan (konten, proses, konteks, dan aktor) yang dalam interaksinya saling berpengaruh. Segitiga kebijakan dapat digunakan untuk mengkaji atau memahami kebijakan tertentu dan menerapkannya untuk merencanakan suatu kebijakan (Buse *et al*, 2005:24). Salah satu unsur dari segitiga kebijakan adalah aktor-aktor kebijakan (*stakeholder*), misalnya

dipengaruhi oleh konteks dimana mereka bekerja atau menjalankan perannya. Konteks merupakan hasil interaksi dinamis dari banyak faktor seperti ideologi atau kebijakan yang berubah. Proses pengembangan kebijakan yaitu bagaimana sebuah isu strategis diangkat menjadi penetapan agenda dalam formulasi kebijakan, bagaimana peran, posisi dan pengaruh aktor-aktor tersebut menjelaskan tentang konteks dalam segitiga kebijakan kesehatan tersebut. Oleh karena itu, segitiga kebijakan bermanfaat untuk dapat secara sistematis menganalisis dan mengetahui tentang berbagai faktor yang berpengaruh terhadap kebijakan (Buse *et al*, 2005 dalam Ayuningtyas, 2014:18).

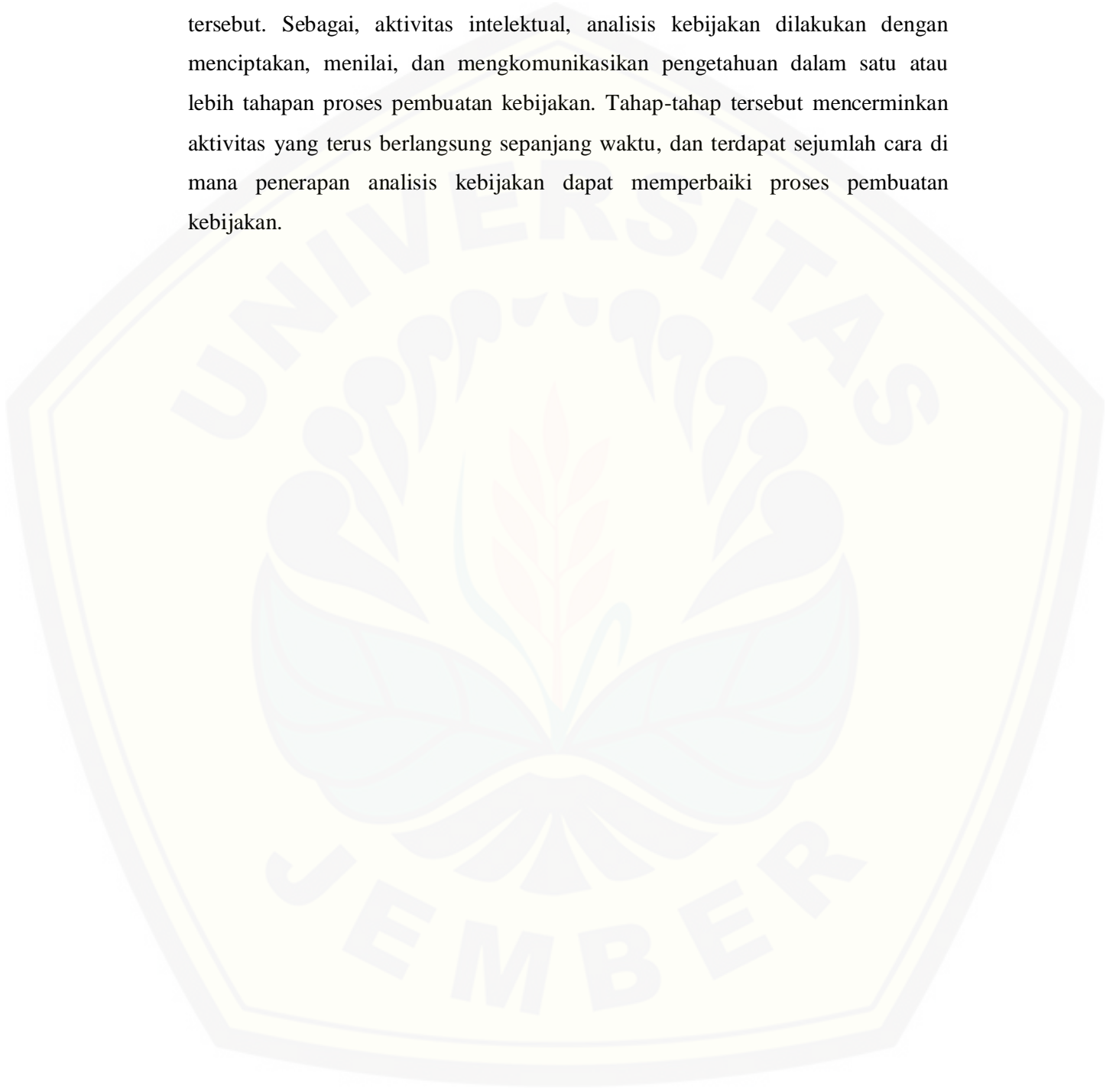
#### 2.4.3 Analisis Kebijakan

Pengertian mengenai analisis kebijakan telah dikembangkan dan dirumuskan sejak lama. Sejumlah pakar bahkan telah memiliki definisi tersendiri mengenai analisis kebijakan. Analisis kebijakan adalah disiplin ilmu sosial terapan yang menerapkan berbagai metode analisis, dalam konteks argumentasi dan debat publik untuk menciptakan secara kritis kegiatan penaksiran, serta pengkomunikasian pengetahuan yang relevan dengan kebijakan tersebut (Dunn, 1994:35).

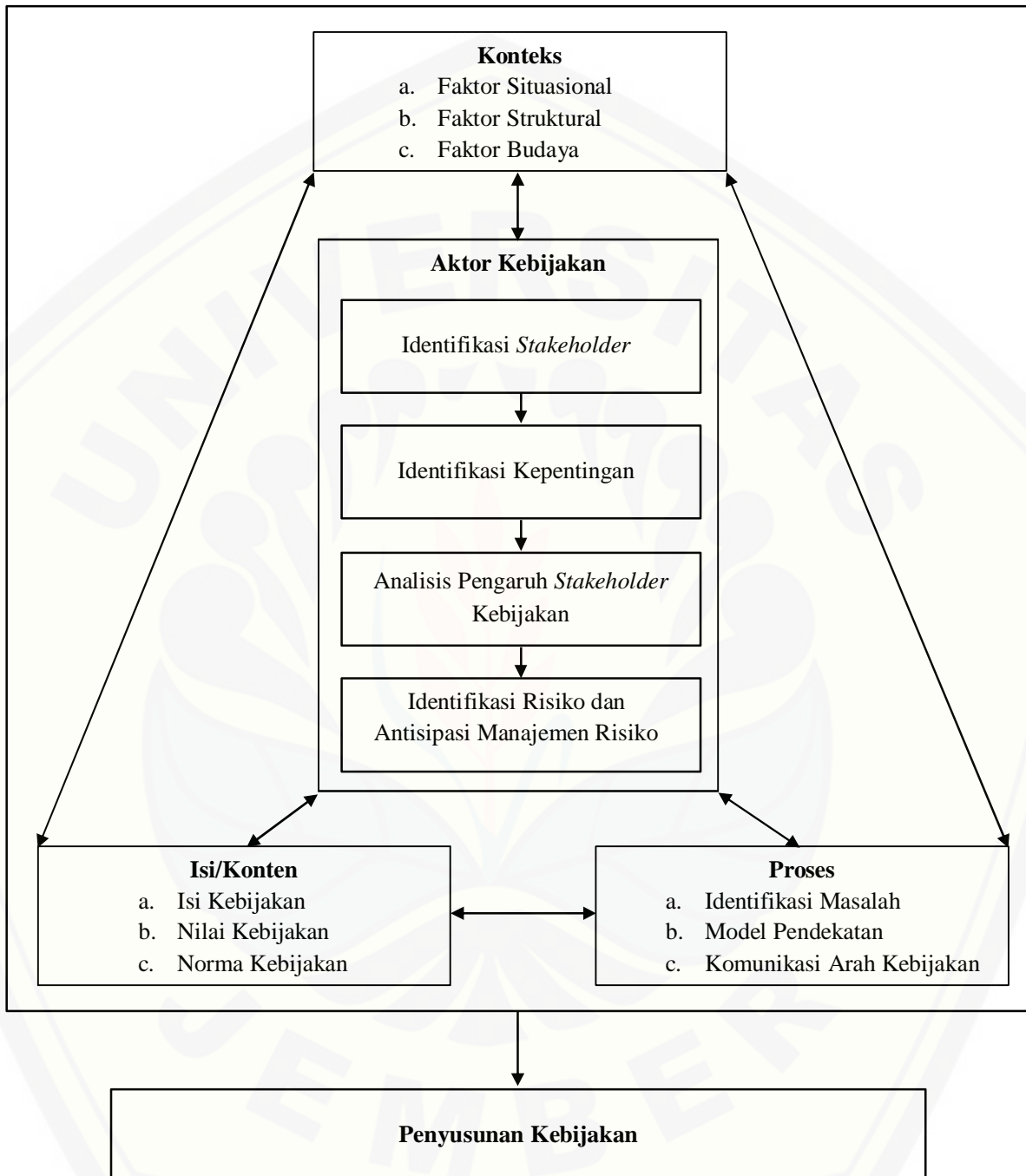
Pada dasarnya pengertian analisis kebijakan kesehatan tidak berbeda jauh dengan pengertian analisis kebijakan publik, hanya saja pada kebijakan kesehatan dibutuhkan pendekatan dari berbagai aspek untuk memahami masalah dan isu secara utuh sehingga alternatif kebijakan yang lebih komprehensif. Sebagaimana dijelaskan oleh Walt (2004) dan Buse Mays & Walt (2012) dalam Ayuningtyas (2014:51), bahwa analisis kebijakan kesehatan adalah suatu pendekatan multi-disiplin dalam kebijakan publik yang bertujuan menjelaskan interaksi antara intitusi, kepentingan, dan ide dalam proses pengembangan kebijakan kesehatan. Analisis kebijakan ini penting baik secara retrospektif maupun prospektif untuk memahami kegagalan atau keberhasilan kebijakan yang pernah terjadi serta rencana implementasi kebijakan di masa yang akan datang (Buse, 2012:274).

Analisis kebijakan pada bidang kesehatan juga merupakan suatu bentuk riset terapan yang dilaksanakan untuk memperoleh pemahaman yang lebih mendalam

mengenai masalah kesehatan masyarakat secara utuh sehingga dengan pemahaman tersebut dapat mengarahkan pada alternatif solusi untuk masalah tersebut. Sebagai, aktivitas intelektual, analisis kebijakan dilakukan dengan menciptakan, menilai, dan mengkomunikasikan pengetahuan dalam satu atau lebih tahapan proses pembuatan kebijakan. Tahap-tahap tersebut mencerminkan aktivitas yang terus berlangsung sepanjang waktu, dan terdapat sejumlah cara di mana penerapan analisis kebijakan dapat memperbaiki proses pembuatan kebijakan.

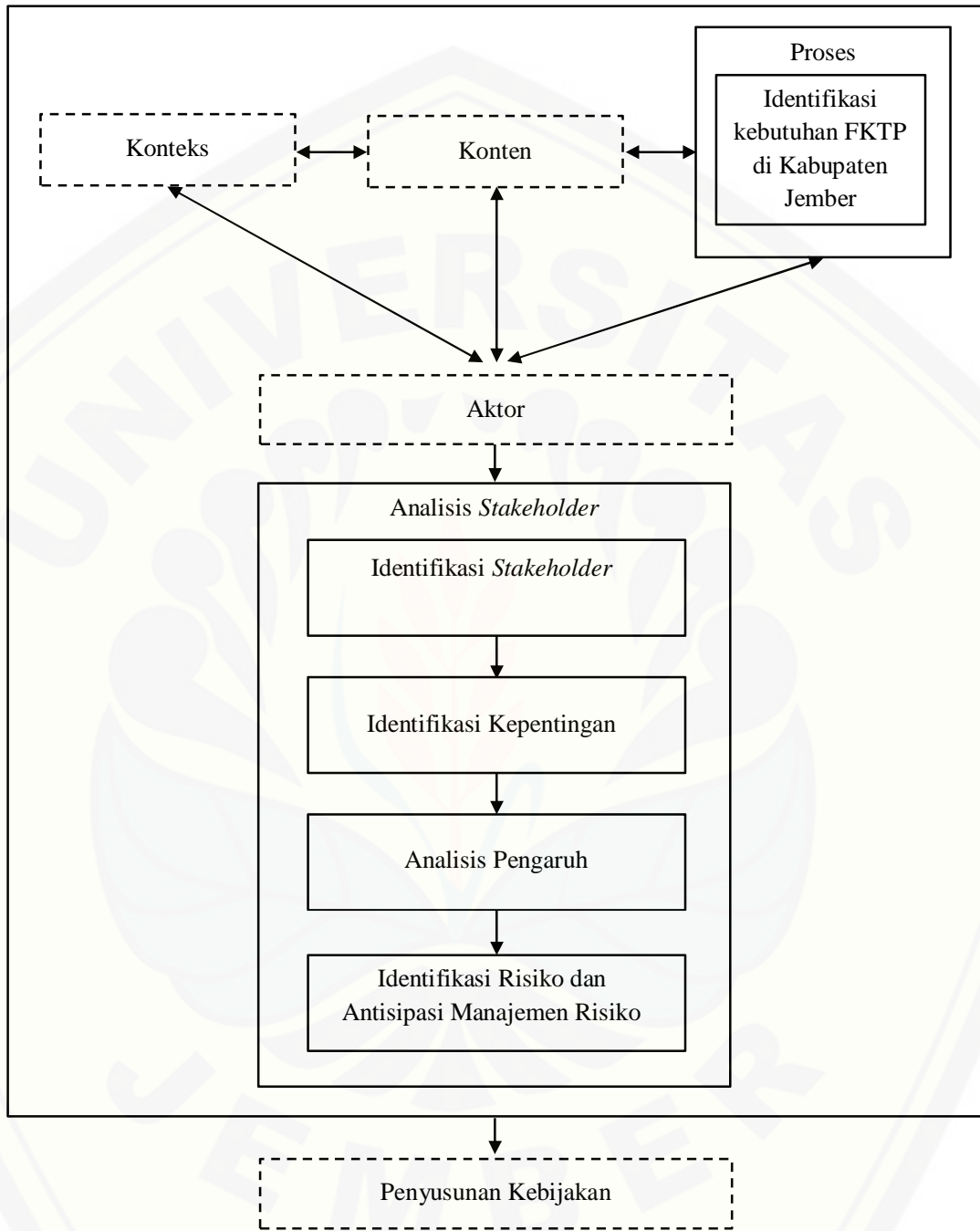


## 2.5. Kerangka Teori

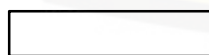


Gambar 2.4. Kerangka Teori Segitiga Kebijakan modifikasi dari Ayuningtyas (2014:79) dan Walt and Gilson dalam Buse *et al* (2005:13)

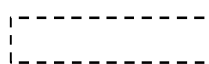
2.6. Kerangka Konseptual



Keterangan :



: Diteliti



: Tidak Diteliti

Kerangka konseptual tersebut menjelaskan segitiga kebijakan kesehatan yang merupakan suatu pendekatan sederhana untuk suatu tatanan hubungan yang kompleks. *Stakeholder* kebijakan dalam penelitian ini adalah individu atau kelompok dengan kepentingan substantif dalam permasalahan kurangnya kebutuhan fasilitas kesehatan tingkat pertama, termasuk mereka yang mempunyai peran dalam mengambil kebijakan dan melakukannya. Para pelaku kebijakan dapat dipengaruhi dalam konteks dimana mereka tinggal dan bekerja. Konteks dipengaruhi oleh banyak faktor, seperti ketidakstabilan atau ideologi, dalam hal sejarah dan budaya serta proses penyusunan kebijakan. Segitiga kebijakan juga dapat menjelaskan bagaimana isu dapat menjadi suatu agenda kebijakan dan bagaimana isu tersebut dapat berharga dan dipengaruhi oleh pelaksana, kedudukan, norma, dan harapan. Segitiga kebijakan tersebut dapat membantu dalam berpikir sistematis tentang pelaku-pelaku yang berbeda yang mempengaruhi kebijakan. Segitiga kebijakan dapat digunakan untuk mengkaji atau memahami kebijakan tertentu dan menerapkannya untuk merencanakan suatu kebijakan.

Analisis *stakeholder* kebijakan dalam pemenuhan kebutuhan FKTP di Kabupaten Jember, merupakan sebuah teknik untuk mengurutkan dalam rangka melakukan pemetaan dan pemahaman kekuasaan, posisi, dan sudut pandang dari para *stakeholder* kebijakan yang berwenang dalam pembuatan kebijakan tersebut, dan atau mereka yang dipengaruhi oleh kebijakan tersebut dan menjadi bagian dari penyusunan kebijakan tersebut. Tahapan dalam analisis *stakeholder* kebijakan antara lain, identifikasi *stakeholder* lain pemenuhan kebutuhan FKTP di Kabupaten Jember, identifikasi kepentingan, menganalisis pengaruh *stakeholder*, dan identifikasi risiko dan antisipasi manajemen risiko.



## BAB 3. METODE PENELITIAN

### 3.1. Jenis Penelitian

Penelitian ini merupakan jenis penelitian deskriptif. Penelitian deskriptif merupakan penelitian yang dilakukan terhadap sekumpulan objek yang bertujuan untuk melihat gambaran fenomena yang terjadi di dalam masyarakat (populasi) tertentu (Notoatmodjo, 2010:35). Penelitian menggunakan pendekatan metode penelitian *mixed methods* yaitu suatu metode penelitian yang mengkombinasikan atau menggabungkan antara metode kuantitatif dengan metode kualitatif untuk digunakan secara bersama-sama dalam suatu kegiatan penelitian, sehingga diperoleh data yang lebih komprehensif, *valid, reliable*, dan objektif (Sugiyono, 2012:404). Pendekatan kuantitatif digunakan untuk menghitung kebutuhan dan kekurangan fasilitas kesehatan tingkat pertama di Kabupaten Jember pada tahun 2015 berdasarkan rasio ideal. Pendekatan kualitatif ini digunakan untuk menggambarkan dan mengidentifikasi para pelaku kebijakan, posisi dan kepentingan *stakeholder* dalam pemenuhan kebutuhan fasilitas kesehatan tingkat pertama di Kabupaten Jember pada program Jaminan Kesehatan Nasional. Pada penelitian ini objek yang diteliti adalah kebijakan Dinas Kesehatan Kabupaten Jember dan BPJS Kesehatan Cabang Jember, fasilitas kesehatan tingkat pertama, Ikatan Dokter Indonesia, dan Perhimpunan Klinik dan Fasilitas Pelayanan Kesehatan Primer Indonesia dalam pemenuhan kebutuhan FKTP pada program Jaminan Kesehatan Nasional di Kabupaten Jember.

### 3.2. Lokasi dan Waktu Penelitian

#### 3.2.1 Lokasi Penelitian

Penelitian ini dilakukan di BPJS Kesehatan Cabang Jember, Dinas Kesehatan Kabupaten Jember, Perhimpunan Klinik dan Fasilitas Pelayanan Kesehatan Primer Indonesia, Puskesmas Kalisat, Puskesmas Gladak Pakem, Klinik Camar dan Ikatan Dokter Indonesia.

### 3.2.2 Waktu Penelitian

Penelitian ini dilaksanakan pada bulan April-Oktober 2015.

## 3.3 Sasaran Penelitian dan Informan Penelitian

### 3.3.1 Sasaran Penelitian

Sasaran dalam penelitian kualitatif adalah narasumber, partisipan, informan, teman atau guru penelitian. Dalam penelitian kualitatif tidak menggunakan populasi karena penelitian kualitatif berangkat dari kasus tertentu yang ada pada situasi sosial tertentu dan hasil kajiannya tidak akan diberlakukan ke populasi (Sugiyono, 2013:50). Sasaran dalam penelitian adalah BPJS Kesehatan Cabang Jember sebagai badan pelaksana Jaminan Kesehatan Nasional, Dinas Kesehatan Kabupaten Jember sebagai unit pelaksana yang membantu Bupati dalam merumuskan kebijakan, melaksanakan koordinasi, perencanaan, pelaksanaan dan pengawasan kesehatan masyarakat salah satu fungsinya yaitu perumusan kebijakan teknis dalam penyusunan program pelayanan kesehatan, Ikatan Dokter Indonesia (IDI) selaku organisasi profesi dokter dan Perhimpunan Klinik dan Fasilitas Pelayanan Kesehatan Primer Indonesia sebagai representatif dari fasilitas kesehatan tingkat pertama meliputi klinik pratama dan praktik dokter.

### 3.3.2. Penentuan Informan Penelitian

Informan merupakan orang yang menguasai dan memahami data, informasi, ataupun fakta dari suatu objek penelitian (Bungin, 2007:108). Penentuan informan pada penelitian ini menggunakan teknik *Purposive*. Teknik *Purposive* adalah teknik pengambilan sampel dengan pertimbangan tertentu. Pertimbangan tersebut antara lain, subjek tersebut dianggap orang yang paling tahu tentang apa yang kita harapkan (Sugiyono, 2013:54). Informan penelitian meliputi informan utama, kunci, dan tambahan. Rancangan informan penelitian yang digunakan dalam penelitian ini terdiri dari:

- a. Informan utama adalah mereka yang terlibat langsung dalam interaksi sosial yang diteliti. Berdasarkan Peraturan Presiden Nomor 12 Tahun 2013 menjelaskan bahwa Pemerintah Daerah dalam hal ini Dinas Kesehatan

Kabupaten Jember dan BPJS Kesehatan Cabang Jember bertanggung dalam pemenuhan kebutuhan fasilitas kesehatan tingkat pertama. Dalam penelitian ini yang menjadi informan utama adalah Bidang Pengembangan Sumber Daya Kesehatan Dinas Kesehatan Kabupaten Jember dan Kepala Bidang Manajemen Pelayanan Kesehatan Primer BPJS Kesehatan Cabang Jember. Bidang Pengembangan Sumber Daya Kesehatan Dinas Kesehatan Kabupaten Jember dipilih karena berdasarkan tugas pokok dan fungsinya yaitu melaksanakan perencanaan program pembinaan dan pengawasan dan pengendalian dalam kegiatan perencanaan pendayagunaan dan pengembangan sumberdaya manusia kesehatan. Bidang Manajemen Pelayanan Kesehatan Primer BPJS Kesehatan Cabang Jember dipilih karena bidang tersebut berhubungan erat dengan fasilitas kesehatan tingkat pertama.

- b. Informan tambahan adalah mereka yang dapat memberikan informasi walaupun tidak langsung terlibat dalam interaksi sosial yang diteliti. Informan tambahan pada penelitian ini adalah Perhimpunan Klinik dan Fasilitas Pelayanan Kesehatan Primer Indonesia (PKFI), Ikatan Dokter Indonesia (IDI) Cabang Jember, dan fasilitas kesehatan tingkat pertama di Kabupaten Jember. Fasilitas kesehatan tingkat pertama yang dipilih adalah Puskesmas Kalisat, Puskesmas Gladak Pakem, dan Balai Pengobatan Camar. Puskesmas Kalisat adalah puskesmas yang memiliki rasio dokter dengan peserta Jaminan Kesehatan Nasional terbesar. Puskesmas Gladak Pakem adalah puskesmas yang memiliki rasio dokter dengan peserta Jaminan Kesehatan Nasional terkecil. Balai Pengobatan Camar adalah klinik yang memiliki rasio dokter dengan peserta Jaminan Kesehatan Nasional terbesar di antara klinik pratama lainnya.

### **3.4 Fokus Penelitian dan Pengertian**

Fokus penelitian mengandung penjelasan mengenai dimensi-dimensi apa yang menjadi pusat perhatian serta kelak dibahas secara mendalam dan tuntas (Bungin, 2003:41). Fokus penelitian dalam penelitian kualitatif berkaitan erat dengan rumusan masalah, dimana rumusan masalah penelitian dijadikan acuan

dalam menentukan fokus penelitian. Dalam hal ini fokus penelitian dapat berkembang atau berubah sesuai dengan perkembangan masalah penelitian di lapangan. Hal tersebut sesuai dengan sifat pendekatan kualitatif yang lentur, yang mengikuti pola pikir yang *empirical* induktif, dimana segala sesuatu dalam penelitian ini ditentukan dari hasil akhir pengumpulan data yang mencerminkan keadaan yang sebenarnya. Adapun fokus penelitian dan pengertian yang digunakan dalam penelitian ini adalah:

No	Fokus Penelitian	Pengertian	Teknik Pengumpulan Data dan Instrumen	Informan
1	Kebutuhan fasilitas kesehatan tingkat pertama di Kabupaten Jember	Jumlah kebutuhan dan kekurangan FKTP yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan pada program JKN di Kabupaten Jember tahun 2015 dan 2019 berdasarkan proyeksi jumlah penduduk Kabupaten Jember.	Studi dokumentasi	Informan Utama
2	Pemangku Kepentingan ( <i>stakeholder</i> )	Pemangku kepentingan dalam hal ini adalah mereka yang memiliki kewenangan legal untuk terlibat dalam perumusan kebijakan dan memiliki peran dalam mengambil keputusan atau melakukannya.	a. Wawancara mendalam (panduan wawancara) b. Dokumentasi ( <i>recorder</i> )	Informan Utama dan Informan Tambahan
3	Kepentingan	Maksud eksplisit maupun implisit dari pelaku kebijakan dan bagaimana hal tersebut dapat memberikan dampak terhadap pemenuhan kebutuhan FKTP di Kabupaten Jember.  a. Kepentingan, menunjukkan prioritas kebutuhan <i>stakeholder</i> kebijakan dalam memuaskan atau memenuhi kebutuhan dan kepentingan para <i>stakeholder</i> lain yang	a. Wawancara mendalam (panduan wawancara) b. Dokumentasi ( <i>recorder</i> )	Informan Utama dan Informan Tambahan

No	Fokus Penelitian	Pengertian	Teknik Pengumpulan Data dan Instrumen	Informan
		<p>diharapkan dapat terwujud melalui kebijakan pemenuhan kebutuhan FKTP di Kabupaten Jember.</p> <p>b. Posisi, merupakan kedudukan <i>stakeholder</i> kebijakan dalam kebijakan pemenuhan kebutuhan FKTP di Kabupaten Jember.</p> <p>c. Tanggung jawab, merupakan kewajiban dari <i>stakeholder</i> dalam kebijakan pemenuhan kebutuhan FKTP di Kabupaten Jember.</p>		
4	Pengaruh <i>stakeholder</i>	Kekuasaan yang dimiliki pelaku kebijakan dalam mengontrol keputusan yang dibuat, memfasilitasi pelaksanaannya, atau dapat melakukan pendesakan yang mempengaruhi proses penyusunan kebijakan pemenuhan FKTP di Kabupaten Jember.	<p>a. Wawancara mendalam (panduan wawancara)</p> <p>b. Dokumentasi (<i>recorder</i>)</p>	Informan Utama dan Informan Tambahan
5	Risiko dan Antisipasi Manajemen Risiko	Risiko-risiko atau dampak-dampak yang akan dihadapi apabila kebijakan pemenuhan kebutuhan FKTP di Kabupaten Jember. Antisipasi manajemen risiko ditujukan untuk meminimalisir dampak yang muncul akibat adanya kebijakan.	<p>a. Wawancara mendalam (panduan wawancara)</p> <p>b. Dokumentasi (<i>recorder</i>)</p>	Informan Utama dan Informan Tambahan

### 3.5 Data dan Sumber Data

Data merupakan kumpulan huruf atau kata, kalimat atau angka yang dikumpulkan melalui proses pengumpulan data. Data tersebut merupakan sifat

atau karakteristik dari sesuatu yang diteliti (Notoatmodjo, 2010:180). Penelitian ini menggunakan sumber data primer dan data sekunder. Data primer merupakan data sumber pertama yang diperoleh dari individu seperti hasil kumpulan wawancara atau hasil pengisian kuesioner yang dilakukan oleh peneliti. Data sekunder adalah sumber yang tidak langsung memberikan data kepada pengumpul data, misalnya melalui orang lain atau dokumen (Sugiyono, 2013:62)

- a. Data primer dalam penelitian ini diperoleh melalui wawancara mendalam dengan informan, yaitu Dinas Kesehatan Kabupaten Jember, BPJS Kesehatan Cabang Jember, Perhimpunan Klinik dan Fasilitas Pelayanan Kesehatan Primer Indonesia, Puskesmas Kalisat dan Gladak Pakem, Balai Pengobatan Camar, dan IDI Jember.
- b. Data sekunder dalam penelitian ini yaitu data jumlah fasilitas kesehatan tingkat pertama dan jumlah peserta di masing-masing fasilitas kesehatan tingkat pertama di Kabupaten Jember yang diperoleh dari BPJS Kabupaten Jember dan data kependudukan dan jumlah fasilitas kesehatan di BPS Kabupaten Jember.

### **3.6. Teknik dan Instrumen Pengumpulan Data**

#### **3.6.1. Teknik Pengumpulan Data**

Teknik pengumpulan data merupakan langkah yang paling strategis dalam penelitian karena tujuan utama dari penelitian adalah mendapatkan data. Pengumpulan data dapat dilakukan dengan berbagai *setting*, berbagai sumber, dan berbagai cara. Dalam penelitian kualitatif, pengumpulan data dilakukan pada *natural setting* (Sugiyono, 2013:62). Penelitian ini menggunakan teknik pengumpulan sebagai berikut:

- a. Wawancara Mendalam (*in-depth interview*)

Wawancara adalah suatu metode yang digunakan untuk mengumpulkan data di mana peneliti mendapatkan keterangan informasi secara lisan dari sasaran penelitian (Notoatmodjo, 2010:139). Wawancara digunakan sebagai teknik

pengumpulan data apabila peneliti ingin mengetahui hal-hal dari responden yang lebih mendalam (Sugiyono, 2013:72).

Wawancara mendalam dilakukan dengan menggunakan jenis wawancara tidak terstruktur. Wawancara tidak terstruktur adalah wawancara yang bebas dimana peneliti tidak menggunakan pedoman wawancara yang telah tersusun secara sistematis dan lengkap untuk pengumpulan datanya (Sugiyono, 2013:74). Pedoman wawancara yang digunakan hanya berupa garis besar permasalahan yang akan ditanyakan. Peneliti melakukan wawancara secara mendalam untuk mendapatkan data mengenai para pelaku kebijakan, memahami posisi dan kepentingan pelaku kebijakan dalam kaitannya dengan pemerintah, penyelenggaraan, dan pengawasan.

b. Dokumentasi

Metode dokumentasi adalah mencari data mengenai hal-hal atau variabel-variabel yang berupa catatan, transkrip, buku, surat kabar, majalah, prasasti, notulen rapat, agenda dan sebagainya (Arikunto, 2006:231). Dokumentasi untuk sumber data primer dalam penelitian ini adalah dokumen resmi seperti Peraturan Presiden RI dan Peraturan Menteri Kesehatan RI serta hasil rekaman wawancara dan foto saat wawancara untuk melengkapi dokumentasi. Dokumentasi untuk sumber sekunder dilakukan dengan mengkaji data jumlah peserta di masing-masing FKTP Kabupaten Jember yang didapat dari BPJS Kesehatan Cabang Jember.

c. Triangulasi

Dalam teknik pengumpulan data, triangulasi diartikan sebagai teknik pengumpulan data yang bersifat menggabungkan dari berbagai teknik pengumpulan data dan sumber data yang telah ada. Apabila peneliti melakukan pengumpulan data dengan triangulasi, maka peneliti sebenarnya mengumpulkan data sekaligus menguji kredibilitas data, yaitu mengecek kredibilitas data dengan teknik pengumpulan data dari berbagai sumber data (Sugiyono, 2010).

Triangulasi yang digunakan dalam penelitian ini adalah triangulasi sumber yaitu untuk mendapatkan data dari sumber yang berbeda-beda dengan

menggunakan teknik yang sama (Sugiyono, 2013:83). Teknik pengumpulan data melalui wawancara mendalam untuk mendapatkan data dari Dinas Kesehatan Kabupaten Jember, BPJS Kesehatan Cabang Jember, Kepala Puskesmas, Kepala Klinik Pratama, Ikatan Dokter Indonesia, dan Perhimpunan Klinik dan Fasilitas Pelayanan Kesehatan Primer Indonesia. Sumber lain yang digunakan adalah Peraturan Presiden RI Nomor 12 Tahun 2013 tentang Jaminan Kesehatan dan Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 71 Tahun 2013 tentang Pelayanan Kesehatan pada Jaminan Kesehatan Nasional.

### 3.6.2. Instrumen Pengumpulan Data

Dalam penelitian kualitatif, instrumen utamanya adalah peneliti sendiri, akan tetapi selanjutnya setelah fokus penelitian menjadi jelas, maka kemungkinan akan dikembangkan instrumen penelitian sederhana yang diharapkan dapat melengkapi data (Sugiyono, 2013:59).

Instrumen pengumpulan data adalah alat bantu yang digunakan sebagai sarana yang dapat diwujudkan dalam benda. Instrumen yang digunakan dalam pengumpulan data pada penelitian ini adalah dengan menggunakan panduan wawancara (garis-garis besar permasalahan) yang akan digunakan dalam wawancara mendalam dengan dibantu oleh alat perekam suara (*recorder*) yang digunakan adalah *handphone*. Instrumen untuk pengamatan langsung menggunakan kamera *handphone* agar lebih efektif dan efisien.

## 3.7. Teknik Penyajian dan Analisis Data

### 3.7.1. Teknik Penyajian Data

Teknik penyajian data yang digunakan dalam penelitian kualitatif diungkapkan dalam bentuk kalimat serta uraian-uraian, bahkan dapat berupa cerita pendek (Bungin, 2007:103). Teknik penyajian data dalam penelitian ini adalah dalam bentuk narasi atau uraian kata-kata dan kutipan-kutipan langsung (*quotes*) dari informan yang disesuaikan dengan bahasa dan pandangan informan, tabel tentang kepesertaan di masing-masing fasilitas kesehatan, dan diagram. Penyajian



secara narasi dilakukan dalam bahasa yang tidak formal dalam kalimat-kalimat yang digunakan sehari-hari dan pilihan kata atau konsep asli informan.

### 3.7.2. Teknik Analisis Data

Analisis data adalah proses mencari dan menyusun secara sistematis data yang diperoleh dari hasil wawancara, catatan lapangan, dan bahan-bahan lain sehingga dapat mudah dipahami dan temuannya dapat diinformasikan kepada orang lain. Analisis data dilakukan dengan mengorganisasikan data, menjabarkannya ke dalam unit-unit, melakukan sintesa, menyusun ke dalam pola, memilih mana yang penting dan yang akan dipelajari, dan membuat kesimpulan yang dapat diceritakan kepada orang lain (Sugiyono, 2013:88).

Analisis data dalam penelitian kualitatif dilakukan pada saat pengumpulan data berlangsung dan setelah selesai pengumpulan data dalam periode tertentu. Miles dan Huberman (1984) dalam Sugiyono (2013:91) mengemukakan bahwa aktivitas dalam analisis data kualitatif dilakukan secara interaktif dan berlangsung secara terus menerus sampai tuntas, sehingga datanya telah jenuh. Aktivitas dalam analisis data yaitu *data reduction*, *data display*, dan *conclusion drawing and verification*.

#### a. Reduksi Data (*Data Reduction*)

Reduksi data adalah merangkum semua data yang telah diperoleh, memilih hal-hal yang pokok, memfokuskan pada hal-hal yang penting, dicari tema dan polanya (Sugiyono, 2013:92). Dengan demikian data yang telah direduksi akan memberikan gambaran yang lebih jelas, dan mempermudah peneliti untuk melakukan pengumpulan data selanjutnya, dan mencarinya bila diperlukan.

#### b. Penyajian Data (*Data Display*)

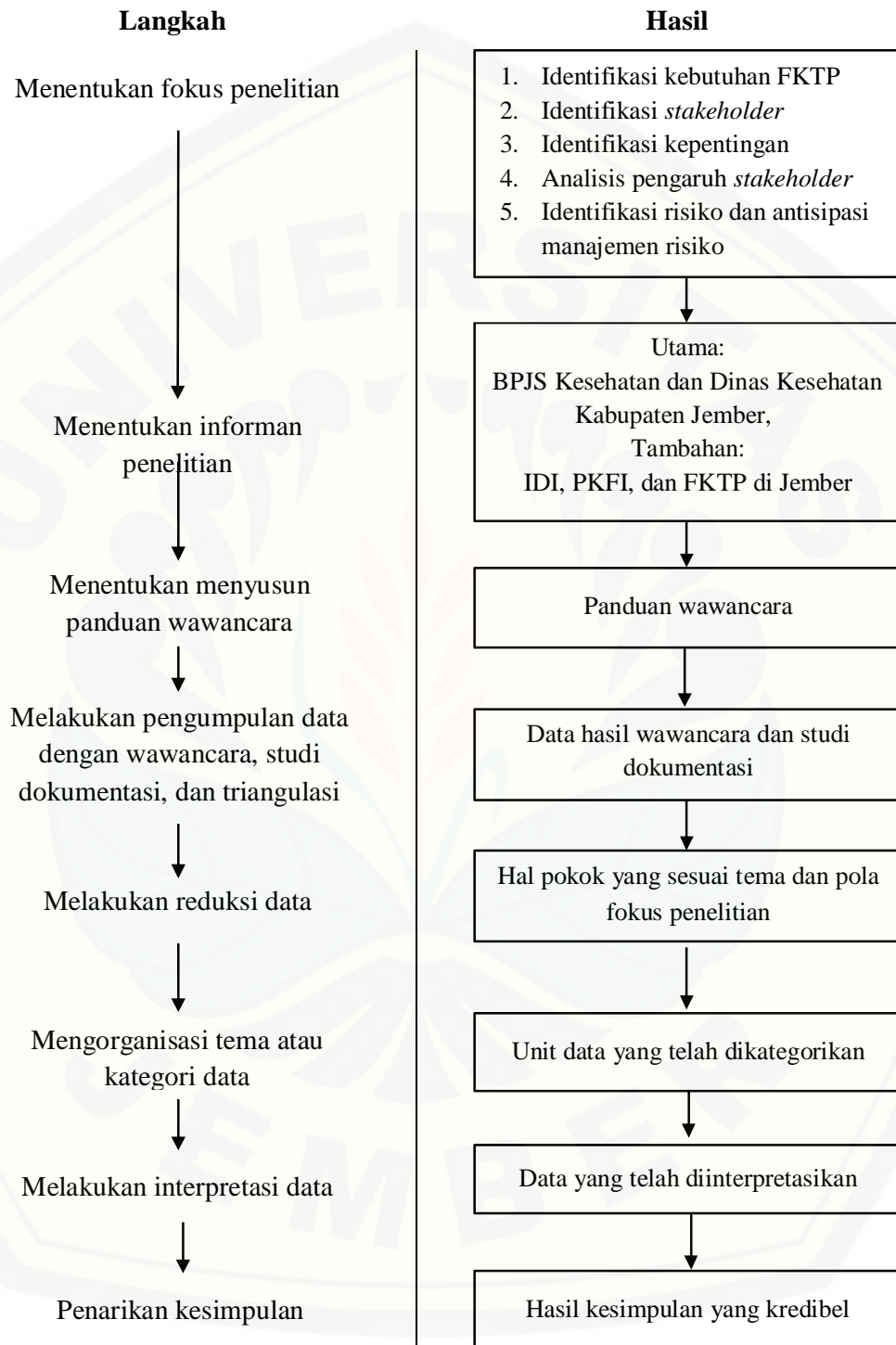
Dalam penelitian kualitatif penyajian data bisa dilakukan dalam bentuk uraian singkat, bagan, hubungan antar kategori, *flowchart* dan sejenisnya. Menurut Miles and Huberman (1984) dalam Sugiyono (2013:95), yang paling sering digunakan untuk menyajikan data dalam penelitian kualitatif adalah dengan teks yang bersifat naratif.

c. Penarikan Kesimpulan (*Conclusion Drawing and Verification*)

Kesimpulan awal yang dikemukakan bersifat sementara dan akan berubah bila tidak ditemukan bukti-bukti yang kuat yang mendukung pada tahap pengumpulan data berikutnya. Tetapi apabila kesimpulan yang dikemukakan pada tahap awal didukung oleh bukti-bukti yang valid dan konsisten saat peneliti kembali ke lapangan mengumpulkan data, maka kesimpulan yang dikemukakan merupakan kesimpulan yang kredibel (Sugiyono, 2013:99).



## 3.8 Alur Penelitian



Gambar 3.1. Alur Penelitian

**BAB 4. HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN**

**4.1. Karakteristik Informan**

Informan yang diwawancarai dalam penelitian ini berjumlah 8 orang yaitu Kepala Seksi Pembiayaan Kesehatan dan Kepala Seksi Perencanaan, Pendayagunaan dan Pengembangan SDM Dinas Kesehatan Kabupaten Jember, Kepala Bidang Manajemen Pelayanan Kesehatan Primer BPJS Kesehatan Cabang Jember, Kepala Puskesmas Kalisat, Kepala Puskesmas Gladak Pakem, dan Kepala Balai Pengobatan Camar, Sekretaris II IDI Cabang Jember, Sekretaris PKFI Cabang Jember. Karakteristik informan disajikan dalam tabel 4.1 berikut.

Tabel 4.1. Karakteristik Informan

<b>Informan</b>	<b>Jenis Kelamin</b>	<b>Inisial</b>	<b>Instansi</b>	<b>Alamat</b>
Informan I	Laki-laki	K	Bidang Pengembangan Sumber Daya Kesehatan Dinas Kesehatan Kabupaten Jember	Jember
Informan II	Laki-laki	AY	Bidang Pengembangan Sumber Daya Kesehatan Dinas Kesehatan Kabupaten Jember	Jember
Informan III	Perempuan	E	Bidang Manajemen Pelayanan Kesehatan Primer BPJS Kesehatan Cabang Jember	Jember
Informan IV	Perempuan	S	Kepala Puskesmas Kalisat	Jember
Informan V	Laki-laki	AS	Kepala Puskesmas Gladak Pakem	Jember
Informan VI	Perempuan	N	Balai Pengobatan Camar	Jember
Informan VII	Perempuan	F	Sekretaris II Ikatan Dokter Indonesia Cabang Jember	Jember
Informan VIII	Perempuan	P	Sekretaris Perhimpunan Klinik dan Fasilitas Pelayanan Kesehatan Primer Inonesia Cabang Jember	Jember

Informan penelitian tersebut merupakan pihak yang mengetahui kondisi fasilitas kesehatan tingkat pertama di Kabupaten Jember. Informan dari Bidang Pengembangan Sumber Daya Kesehatan Dinas Kesehatan Kabupaten Jember dan Kepala Bidang Manajemen Pelayanan Kesehatan Primer BPJS Kesehatan Cabang Jember merupakan pihak yang dapat mengambil keputusan dalam kebijakan pemenuhan kebutuhan fasilitas kesehatan tingkat pertama berdasarkan posisi masing-masing. Bidang Pengembangan Sumber Daya Kesehatan memiliki tugas menyusun perencanaan, perumusan kebijakan teknis operasional, melaksanakan kegiatan pembimbingan dan pengawasan dan pengendalian dalam kegiatan perencanaan pendayagunaan dan pengembangan sumberdaya manusia kesehatan, kefarmasian dan perbekalan kesehatan, pembiayaan kesehatan dan tugas lain yang diberikan oleh kepala dinas. Bidang Manajemen Pelayanan Kesehatan Primer BPJS Kesehatan memiliki tugas yang berkaitan dengan pelayanan kesehatan primer pada program Jaminan Kesehatan Nasional. Informan tambahan meliputi Sekretaris II IDI Cabang Jember yang mengetahui kebijakan IDI dalam pemenuhan kebutuhan dokter umum, Sekretaris Perhimpunan Klinik dan Fasilitas Pelayanan Kesehatan Primer Indonesia yang merupakan representatif dari fasilitas kesehatan tingkat pertama dan mengetahui kondisi klinik di Kabupaten Jember, dari Kepala fasilitas kesehatan tingkat pertama yang mengetahui kondisi kebutuhan fasilitas kesehatan tingkat pertama di Kabupaten Jember.

#### **4.2. Kebutuhan Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama di Kabupaten Jember**

Fasilitas kesehatan adalah fasilitas pelayanan kesehatan yang digunakan untuk menyelenggarakan upaya pelayanan kesehatan perorangan baik promotif, preventif, kuratif maupun rehabilitatif yang dilakukan oleh Pemerintah, Pemerintah Daerah, dan masyarakat. Fasilitas kesehatan dapat berupa fasilitas kesehatan primer dan fasilitas kesehatan rujukan tingkat lanjut. Fasilitas kesehatan tingkat pertama meliputi puskesmas, klinik pratama, dokter praktik perorangan, dokter gigi, dan rumah sakit pratama tipe D. Fasilitas kesehatan rujukan tingkat

lanjut meliputi klinik utama, rumah sakit umum, dan rumah sakit khusus. Jumlah fasilitas kesehatan tingkat pertama di Kabupaten Jember dapat dilihat di tabel 4.2.

Tabel 4.2. Jumlah Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama di Kabupaten Jember tahun 2015

No	Jenis Sarana Kesehatan	Jumlah	
		n	%
Instansi			
	Puskesmas	49	6,0
	Balai Pengobatan/Klinik	52	6,4
	Rumah Sakit Kelas D pratama	0	0
Praktik Perorangan			
	Dokter Umum	209	25,6
	Dokter Gigi	505	62,0
	Jumlah	789	100

Sumber: Renstra Dinas Kesehatan Kabupaten Jember 2011-2015

Berdasarkan tabel tersebut jumlah fasilitas kesehatan tingkat pertama di Kabupaten Jember dalam bentuk instansi berjumlah 101. Pada fasilitas kesehatan tingkat pertama yang berbentuk instansi, jumlah klinik pratama lebih besar dari jumlah puskesmas yaitu sebesar 52 atau sebesar 6,4%. Fasilitas kesehatan tingkat pertama yang berbentuk praktik perorangan sejumlah 814. Pada fasilitas kesehatan tingkat pertama dalam bentuk praktik perorangan, jumlah dokter gigi lebih besar dari jumlah dokter umum yaitu sebesar 505 atau sekitar 62,0%.

Badan Penyelenggara Jaminan Sosial adalah badan hukum yang dibentuk untuk menyelenggarakan program jaminan sosial. BPJS Kesehatan sebagai badan hukum dalam menjalankan amanah sebagai pengelola jaminan sosial akan bekerja sama dengan sejumlah fasilitas kesehatan untuk memberikan pelayanan kepada peserta BPJS Kesehatan. Fasilitas kesehatan tingkat pertama yang telah bekerja sama dengan BPJS Kabupaten Jember dapat dilihat pada tabel 4.3 berikut.

Tabel 4.3. Jumlah Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama yang Bekerja Sama dengan BPJS Cabang Jember pada Bulan April 2015

Jenis Sarana Kesehatan	Jumlah	
	n	%
Instansi		
Puskesmas	49	51
Klinik Pratama	18	19
Praktik Perorangan		
Dokter Umum	19	20
Dokter Gigi	11	11
<b>Jumlah</b>	<b>97</b>	<b>100%</b>

Sumber: BPJS Kesehatan Cabang Jember, 2015

Berdasarkan tabel di atas jumlah fasilitas kesehatan tingkat pertama yang berbentuk instansi dan telah bekerja sama dengan BPJS Kesehatan Cabang Jember adalah 67. Jumlah tertinggi fasilitas kesehatan tingkat pertama yang berbentuk instansi adalah puskesmas sebesar 49 atau sekitar 51%. Jumlah puskesmas tersebut lebih besar dari jumlah klinik pratama pada fasilitas kesehatan tingkat pertama yang berbentuk instansi. Jumlah fasilitas kesehatan tingkat pertama yang berbentuk praktik perorangan dan telah bekerja sama dengan BPJS Kesehatan Cabang Jember adalah 30. Jumlah tertinggi fasilitas kesehatan tingkat pertama yang berbentuk praktik perorangan adalah dokter umum sebesar 19 atau sekitar 20%. Jumlah dokter umum tersebut lebih besar dari jumlah dokter gigi pada fasilitas kesehatan tingkat pertama yang berbentuk praktik perorangan. Jumlah total ketersediaan fasilitas kesehatan tingkat pertama yang memberikan pelayanan komprehensif meliputi puskesmas, klinik pratama, dan dokter umum adalah 86.

Berdasarkan peta jalan menuju Jaminan Kesehatan Nasional dan amanah Direksi BPJS Kesehatan Pusat bahwa kondisi ideal 1 dokter dapat melayani 5.000 peserta. Ketersediaan fasilitas kesehatan tingkat pertama di Kabupaten Jember sangat kurang dari kondisi ideal. Proyeksi jumlah penduduk Kabupaten Jember tahun 2015 adalah sebesar 2.405.261 jiwa. Jumlah penduduk tersebut tersebar di 31 kecamatan. Jumlah kebutuhan fasilitas kesehatan tingkat pertama yang harus dipenuhi oleh BPJS Kesehatan berdasarkan rasio jumlah penduduk disajikan dalam tabel 4.4 berikut.

Tabel 4.4. Kebutuhan Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama Berdasarkan Proyeksi Penduduk Tahun 2015 dan 2019

No	Kecamatan	Proyeksi Jumlah Penduduk Tahun 2015	Proyeksi Jumlah Penduduk Tahun 2019	Kebutuhan FKTP Ideal Berdasarkan Rasio Pada Tahun 2015				Kebutuhan FKTP Ideal Berdasarkan Rasio Pada Tahun 2019				Ketersediaan FKTP Tahun 2015 (MoU dengan BPJS Kesehatan Jember)			Kekurangan FKTP untuk Tahun 2015				
				Versi 1		Versi 2		Versi 3		Versi 1		Versi 2		Versi 3		Versi I	Versi II	Versi III	
				Dr	PKM/Klinik	Dr	PKM/Klinik	Dr	PKM/Klinik	Dr	PKM/Klinik	Dr	PKM/Klinik	Dr	PKM/Klinik	Dr	PKM/Klinik	Dr	PKM/Klinik
1	Kencong	65.397	65.575	14	7	8	3	14	7	6	4	2	0	0	14	5	8	1	
2	Gumukmas	80.627	81.749	17	8	9	4	16	8	8	4	2	0	1	16	6	8	2	
3	Puger	118.343	121.413	24	12	12	6	24	12	12	6	2	1	0	24	9	12	3	
4	Wuluhan	116.715	118.330	24	12	12	6	24	12	12	6	2	1	1	23	9	11	3	
5	Ambulu	107.019	108.551	22	11	10	6	22	11	12	5	3	1	1	21	7	9	2	
6	Tempurejo	72.085	73.223	15	7	7	4	15	7	7	4	2	0	0	15	5	7	2	
7	Silo	108.496	112.213	22	11	12	5	22	11	10	6	2	0	1	21	9	11	3	
8	Mayang	50.452	52.124	11	5	5	3	10	5	4	3	1	0	1	10	4	4	2	
9	Mumbulsari	65.245	67.570	14	7	6	4	14	7	8	3	1	0	0	14	6	6	3	
10	Jenggawah	83.516	85.274	17	8	9	4	18	9	8	5	2	0	1	16	6	8	2	
11	Ajung	77.507	79.979	16	8	8	4	16	8	8	4	1	0	1	15	7	7	3	
12	Rambipuji	81.094	82.822	17	8	9	4	17	8	9	4	2	0	1	16	6	8	2	
13	Balung	78.277	79.295	16	8	8	4	16	8	8	4	2	0	1	15	6	7	2	
14	Umbulsari	70.139	70.618	15	7	7	4	14	7	6	4	2	0	0	15	5	7	2	
15	Semboro	44.236	44.844	9	4	5	2	9	4	5	2	1	0	1	8	3	4	1	
16	Jombang	50.122	50.217	11	5	5	3	10	5	4	3	1	0	1	10	4	4	2	
17	Sumberbaru	100.904	102.094	21	10	11	5	20	10	10	5	2	0	1	20	8	10	3	
18	Tanggul	84.434	85.772	17	8	9	4	18	9	8	5	2	2	1	16	4	8	0	



No	Kecamatan	Proyeksi Jumlah Penduduk Tahun 2015	Proyeksi Jumlah Penduduk Tahun 2019	Kebutuhan FKTP Ideal Berdasarkan Rasio Pada Tahun 2015				Kebutuhan FKTP Ideal Berdasarkan Rasio Pada Tahun 2019				Ketersediaan FKTP Tahun 2015 (MoU dengan BPJS Kesehatan Jember)			Kekurangan FKTP untuk Tahun 2015									
				Versi 1		Versi 2		Versi 3		Versi 1		Versi 2		Versi 3		PKM	Klinik	Dr	Versi I		Versi II		Versi III	
				Dr	PKM/ Klinik	Dr	PKM/ Klinik	Dr	PKM/ Klinik	Dr	PKM/ Klinik	Dr	PKM/ Klinik	Dr	PKM/ Klinik	PKM	Klinik	Dr	Dr	PKM/ Klinik	Dr	PKM/ Klinik	Dr	PKM/ Klinik
19	Bangsalsari	117.489	120.356	24	12	12	6	24	12	12	6	2	0	0	24	10	12	4						
20	Panti	61.354	62.918	13	6	7	3	13	6	7	3	1	0	0	13	5	7	2						
21	Sukorambi	39.448	40.646	8	4	4	2	8	4	4	2	1	0	0	8	3	4	1						
22	Arjasa	37.017	36.186	8	4	4	2	8	4	4	2	1	0	0	8	3	4	1						
23	Pakusari	43.051	44.121	9	4	5	2	9	4	5	2	1	0	0	9	3	5	1						
24	Kalisat	78.431	81.205	16	8	8	4	16	8	8	4	1	1	0	16	6	8	2						
25	Ledokombo	64.544	66.157	13	6	7	3	14	7	6	4	1	0	1	12	5	6	2						
26	Sumberjambe	62.582	64.547	13	6	7	3	13	6	7	3	1	0	0	13	5	7	2						
27	Sukowono	60.237	61.439	13	6	7	3	12	6	6	3	1	0	0	13	5	7	2						
28	Jelbuk	33.112	34.031	7	3	3	2	7	3	3	2	1	0	0	7	2	3	1						
29	Kaliwates	120.203	126.877	25	12	13	6	26	13	12	7	3	3	1	24	6	12	0						
30	Sumbersari	134.026	140.224	27	13	13	7	28	14	14	7	2	6	0	27	5	13	0						
31	Patrang	99.165	102.920	20	10	10	5	21	10	11	5	1	3	4	16	6	6	1						
<b>JUMLAH</b>		<b>2.405.261</b>	<b>2.463.288</b>	<b>494</b>	<b>241</b>	<b>249</b>	<b>123</b>	<b>497</b>	<b>246</b>	<b>245</b>	<b>126</b>	<b>49</b>	<b>18</b>	<b>19</b>	<b>475</b>	<b>174</b>	<b>230</b>	<b>57</b>						

Keterangan:

PKM : Puskesmas

Dr : Dokter Umum

Berdasarkan tabel 4.4 tersebut, terdapat 3 versi kebutuhan ideal jumlah fasilitas kesehatan tingkat pertama yang harus bekerjasama dengan BPJS Kesehatan Cabang Jember pada tahun 2015. Versi 1 membutuhkan 494 dokter umum, versi 2 dengan 241 puskesmas/klinik, atau versi 3 dengan 249 dokter keluarga dan 123 puskesmas/klinik dengan asumsi ideal satu puskesmas/klinik terdapat 2 dokter umum. Pada tahun 2019, seluruh masyarakat Indonesia diharapkan telah menjadi peserta Jaminan Kesehatan Nasional. Berdasarkan rasio, terdapat 3 versi kebutuhan ideal jumlah fasilitas kesehatan tingkat pertama pada tahun 2019 yaitu versi 1 dengan 497 dokter umum, atau versi 2 dengan 246 puskesmas/klinik atau versi 3 dengan 245 dokter keluarga dan 126 puskesmas/klinik dengan asumsi ideal satu puskesmas/klinik terdapat 2 dokter umum.

Tabel tersebut menjelaskan proyeksi kebutuhan ideal untuk puskesmas, klinik, dan dokter praktik pribadi yang harus dipenuhi BPJS Kesehatan selaku badan penyelenggara Jaminan Kesehatan Nasional. Tabel tersebut berisi ketersediaan fasilitas kesehatan tingkat pertama yang telah bekerja sama dengan BPJS Kesehatan Cabang Jember di masing-masing kecamatan. Selisih antara kebutuhan dan ketersediaan tersebut merupakan kekurangan fasilitas kesehatan tingkat pertama yang harus dipenuhi oleh BPJS Kesehatan pada program Jaminan Kesehatan Nasional. Tabel proyeksi tersebut menjelaskan kebutuhan dan kekurangan fasilitas kesehatan tingkat pertama apabila satu dokter berpraktik hanya pada satu tempat. Prinsip pelayanan kesehatan di cakupan universal (*Universal Health Coverage*) yaitu keadilan, efisiensi, dan daya tanggap. Pelayanan kesehatan dapat efisien apabila jumlah pelayanan kesehatan sesuai dengan rasio jumlah penduduk dan juga satu dokter hanya memberi pelayanan pada satu tempat saja.

Berdasarkan arahan Direksi BPJS Kesehatan pusat dan peta jalan menuju Jaminan Kesehatan Nasional, kondisi ideal 1 dokter melayani 5.000 peserta. Kebutuhan ideal jumlah fasilitas kesehatan tingkat pertama di Kabupaten Jember pada tahun 2015 berdasarkan rasio yaitu versi 1 dengan 494 dokter umum, versi 2 dengan 241 puskesmas/klinik, atau versi 3 dengan 249 dokter keluarga dan 123

puskesmas/klinik dengan asumsi ideal satu puskesmas/klinik terdapat 2 dokter umum. Kebutuhan dan ketersediaan fasilitas kesehatan tingkat pertama yang harus dipenuhi oleh BPJS Kesehatan pada tahun 2015 memiliki kesenjangan yang cukup besar. Ketersediaan fasilitas kesehatan tingkat pertama pada program Jaminan Kesehatan Nasional yang telah bekerja sama dengan BPJS Kesehatan Cabang Jember dapat dikatakan sangat kurang. Terdapat 3 versi kekurangan fasilitas kesehatan tingkat pertama yang harus dipenuhi oleh BPJS Kesehatan pada tahun 2015, meliputi versi 1 yaitu kekurangan 475 dokter umum, atau versi 2 yaitu kekurangan 174 puskesmas/klinik, atau versi 3 dengan kekurangan 230 dokter umum dan 57 puskesmas/klinik. Kecamatan yang paling membutuhkan penambahan fasilitas kesehatan tingkat pertama BPJS Kesehatan antara lain Kecamatan Puger, Wuluhan, Silo, Sumberbaru, dan Bangsalsari. Kondisi kekurangan tersebut dikarenakan tidak sesuai dengan arahan Direksi BPJS Kesehatan Pusat dan peta jalan menuju Jaminan Kesehatan Nasional bahwa kondisi ideal 1 dokter melayani 5.000 peserta.

Pada tahun 2015, rata-rata jumlah kepesertaan pada Puskesmas di Kabupaten Jember juga dinilai berlebih. Sebagai contoh, Puskesmas Kalisat memiliki satu dokter dan mencakup 46.159 peserta. Kondisi tersebut jauh melebihi standar rasio yang telah ditetapkan yaitu satu dokter melayani 5.000 pasien. Kecamatan Kalisat hanya memiliki dua FKTP yaitu satu puskesmas dan satu klinik pratama. Jumlah kepesertaan di puskesmas yang melebihi rasio tersebut didukung oleh pernyataan berdasarkan hasil wawancara dengan BPJS Kesehatan Cabang Jember dan Kepala Puskesmas Kalisat berikut ini.

“...kalau dari arahan direksi kami, itu idealnya 1 dokter umum itu bisa mengcover 5.000 jiwa ...” (E3, pada hari Rabu tanggal 24 Juni 2015)

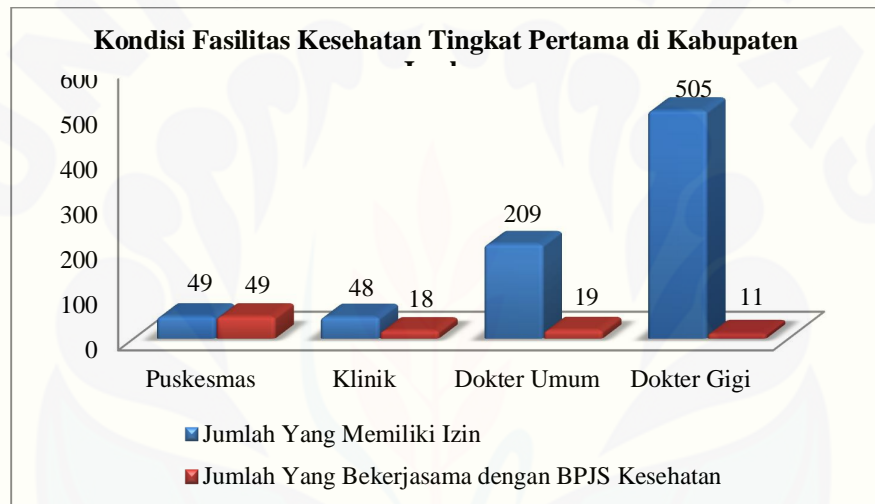
“...jadi kalau melihat keidealan, ini saya lihat dari Kalisat, tetep kurang ideal...” (S16, pada hari Rabu tanggal 24 Juni 2015)

Berdasarkan hasil wawancara dengan Dinas Kesehatan Kabupaten Jember pada tahun 2015 ini terdapat penambahan 1 puskesmas baru yaitu Puskesmas Banjarsengon yang berada di Kecamatan Patrang. Penambahan tersebut didasarkan atas pertimbangan luasan wilayah, pertimbangan jumlah penduduk dan

ketersediaan petugas kesehatan yang dapat dimobilisasi di wilayah Banjarsengon tersebut. Total keseluruhan puskesmas di Kabupaten Jember yaitu sejumlah 50 puskesmas dan merupakan peringkat kedua jumlah puskesmas terbanyak di Provinsi Jawa Timur.

Data jumlah fasilitas kesehatan tingkat pertama yang diperoleh dari Dinas Kesehatan Kabupaten Jember dan BPJS Kesehatan Cabang Jember seperti pada gambar 4.1 berikut.

Gambar 4.1. Kondisi Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama pada Program Jaminan Kesehatan Nasional di Kabupaten Jember.



Berdasarkan gambar 4.1 tersebut terdapat kesenjangan antara jumlah fasilitas kesehatan tingkat pertama yang telah terdaftar di Dinas Kesehatan Kabupaten Jember dengan fasilitas kesehatan tingkat pertama yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan Cabang Jember. Jumlah klinik yang belum bekerja sama dengan BPJS Kesehatan Cabang Jember sekitar 30 klinik. Jumlah dokter umum yang belum bekerja sama dengan BPJS Kesehatan Cabang Jember kurang lebih sekitar 190 dokter umum. Jumlah dokter gigi yang belum bekerja sama dengan BPJS Kesehatan Cabang Jember kurang lebih sekitar 486 dokter gigi. Berdasarkan rasio ideal dokter dibandingkan dengan peserta, Kabupaten Jember masih memerlukan tambahan sekitar 287 dokter umum atau 144 klinik pratama. Pemenuhan tersebut merupakan tanggung jawab bersama Dinas Kesehatan Kabupaten Jember dan BPJS Kesehatan Cabang Jember.

Fasilitas kesehatan tingkat pertama atau pelayanan kesehatan tingkat pertama merupakan pelayanan kesehatan perorangan yang bersifat non spesialisik (primer) meliputi pelayanan rawat jalan dan rawat inap. Pada program Jaminan Kesehatan Nasional, berdasarkan amanah Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 71 Tahun 2013 tentang pelayanan kesehatan, fasilitas kesehatan tingkat pertama harus menyelenggarakan pelayanan kesehatan komprehensif. Pelayanan kesehatan komprehensif merupakan pelayanan yang berupa promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif, pelayanan kebidanan, dan pelayanan kesehatan darurat medis, termasuk pelayanan penunjang yang meliputi pemeriksaan laboratorium sederhana dan pelayanan kefarmasian. Fasilitas kesehatan tingkat pertama juga diharapkan menjadi *gatekeeper* yaitu konsep sistem pelayanan kesehatan dimana fasilitas kesehatan dimana fasilitas kesehatan tingkat pertama yang berperan sebagai pemberi pelayanan kesehatan dasar berfungsi optimal sesuai standar kompetensinya dan memberikan pelayanan kesehatan sesuai standar pelayanan medis.

Konsep *gatekeeper* tersebut juga harus memperhatikan ketersediaan jumlah fasilitas kesehatan dan sumberdaya kesehatan yang memadai. Menurut BPJS Kesehatan Cabang Jember, pelayanan yang diberikan oleh fasilitas kesehatan tingkat pertama tidak hanya pelayanan kuratif. Pelayanan promotif dan preventif juga harus dilayani, misalkan seperti konsultasi KB. Rasio dokter terhadap jumlah penduduk dan rasio puskesmas/klinik pratama dengan jumlah penduduk yang ideal diharapkan dapat memaksimalkan peran dokter dalam melakukan anamnesa dan penegakan diagnosa. Berdasarkan hasil wawancara dengan BPJS Kesehatan Cabang Jember, pada beberapa puskesmas yang melakukan anamnesa dan penegakan diagnosa bukan seorang dokter. Beberapa puskesmas yang melakukan anamnesa dan penegakan diagnosa adalah tenaga paramedis sehingga pasien tidak dapat konsultasi secara mendalam dengan dokter.

Permasalahan lain yang muncul akibat kurangnya ketersediaan fasilitas kesehatan tingkat pertama adalah menumpuknya antrian pasien di beberapa fasilitas kesehatan. Penumpukan tersebut juga menyebabkan pelayanan yang diberikan kurang maksimal. Fasilitas kesehatan tingkat pertama yang diharapkan

memberikan pelayanan yang komprehensif akan terganggu dengan menumpuknya pasien di fasilitas kesehatan tingkat pertama tersebut. Pasien tidak bisa konsultasi secara mendalam dengan dokter. Pasien hanya datang dan diberikan obat tanpa bisa berkonsultasi dengan dokter. Peran fasilitas kesehatan tingkat pertama dalam sistem pelayanan kesehatan menjadi tidak optimal dan kepuasan peserta juga menjadi rendah.

Kebijakan dibuat dalam kerangka untuk memecahkan masalah dan untuk mencapai tujuan dan sasaran tertentu yang diinginkan. Kebijakan ini berkaitan dengan apa yang senyatanya dilakukan oleh pemerintah dan bukan sekadar apa yang ingin dilakukan. Maksud dan tujuan suatu kebijakan adalah untuk memecahkan masalah yang muncul di masyarakat. Proses kebijakan perlu memperhatikan siapa yang berwenang untuk merumuskan, menetapkan, melaksanakan, memantau, dan mengevaluasi kinerja kebijakan. Kurangnya jumlah fasilitas kesehatan tingkat pertama di Kabupaten Jember menjadi masalah dalam pelaksanaan program Jaminan Kesehatan Nasional. Kebijakan pemenuhan kebutuhan fasilitas kesehatan tingkat pertama di Kabupaten Jember perlu dibuat dan dilaksanakan untuk mendukung program Jaminan Kesehatan Nasional. Analisis *stakeholder* merupakan tahapan awal dalam perumusan kebijakan untuk mengetahui kepentingan siapa saja yang harus dipertimbangkan untuk menyusun suatu kebijakan.

#### **4.3. Identifikasi *Stakeholder***

Pemangku kepentingan (*stakeholder*) adalah orang-orang yang memiliki kepentingan dan dipengaruhi oleh isu strategis atau masalah kebijakan yang berkembang, termasuk pula pihak yang memiliki kekuatan untuk mempengaruhi isu/masalah tersebut, yaitu mereka yang memiliki informasi, sumber daya, dan keahlian yang diperlukan untuk merumuskan dan mengimplementasikan strategi dan pilihan kebijakan. Berdasarkan hasil wawancara, Dinas Kesehatan Kabupaten Jember dan BPJS Kesehatan Cabang Jember merupakan *stakeholder* utama dalam kebijakan pemenuhan kebutuhan fasilitas kesehatan tingkat pertama di Kabupaten

Jember. Berikut kutipan wawancara dengan Dinas Kesehatan Kabupaten Jember dan BPJS Kesehatan Cabang Jember.

“...Ya kami bertanggung jawab untuk pemenuhan jumlah ya, fasilitas kesehatan maupun jenis-jenis tenaga kesehatan yang diperlukan dalam pelayanan kepada masyarakat...” (K27, pada hari Jumat tanggal 19 Juni 2015)

“...Iya jelas dong mas. Di peraturan presiden kita juga diamanahkan untuk menjalin kerjasama dengan FKTP swasta yang tentunya harus sesuai dengan persyaratan. ...” (E32, pada hari Rabu tanggal 24 Juni 2015)

Pernyataan tersebut juga didukung oleh informan tambahan bahwa *stakeholder* yang berwenang dalam kebijakan pemenuhan kebutuhan fasilitas kesehatan tingkat pertama adalah pihak pemerintah daerah dalam hal ini adalah Dinas Kesehatan Kabupaten Jember dan Kepala Puskesmas Kalisat.

“...Di JKN sendiri BPJS mempunyai kewenangan untuk menjalin kerjasama dengan FKTP yang ada...” (K135, pada hari Jum’at tanggal 19 Juni 2015)

“...Idealnya sih dari Pemerintah Daerah, bukan Dinas Kesehatan saja. Saya pikir kalau dari Dinas Kesehatan itu sudah memikirkan...” (S30, pada hari Rabu tanggal 24 Juni 2015)

Berdasarkan informasi yang didapat dari hasil wawancara, *stakeholder* lain dalam upaya pemenuhan kebutuhan fasilitas kesehatan tingkat pertama selain Dinas Kesehatan Kabupaten Jember dan BPJS Kesehatan Cabang Jember, adalah fasilitas kesehatan tingkat pertama, pihak swasta atau investor dalam hal ini perorangan atau instansi yang dapat mendirikan klinik, dan IDI. Berikut hasil wawancara dengan Dinas Kesehatan Kabupaten Jember dan BPJS Kesehatan Cabang Jember.

“...*Stakeholder* lainnya ada investor, perorangan yang ingin mendirikan klinik, dokter-dokter perorangan... saya rasa itu ya *stakeholder*-nya yang dapat membantu dalam pemenuhan kebutuhan FKTP di era JKN ini...”(K90, pada hari Jumat tanggal 19 Juni 2015)

“...Seperti yang saya jelaskan tadi mas, ada pihak swasta, investor, FKTP itu sendiri sebagai pemberi pelayanan, dan IDI mas selaku organisasi profesi dokter...” (E104, pada hari Rabu tanggal 24 Juni 2015)

“...Disini PKFI dibentuk itu untuk negosiasi dengan pihak BPJS Kesehatan terkait tarif kapitasi dan pelayanannya...”  
(P43, pada hari Kamis tanggal 1 Oktober 2015)

Berdasarkan pernyataan-pernyataan dari beberapa informan di atas dapat disimpulkan bahwa *stakeholder* dalam kebijakan pemenuhan kebutuhan fasilitas kesehatan tingkat pertama adalah Dinas Kesehatan Kabupaten Jember, BPJS Kesehatan Cabang Jember, fasilitas kesehatan tingkat pertama, pihak swasta atau investor dalam hal ini perorangan atau instansi yang dapat mendirikan klinik, Perhimpunan Klinik dan Fasilitas Pelayanan Kesehatan Primer Indonesia Cabang Jember dan Ikatan Dokter Indonesia Cabang Jember.

*Stakeholder* tersebut dapat dikelompokkan menjadi *stakeholder* primer dan sekunder. *Stakeholder* primer adalah pihak yang memiliki kepentingan langsung terhadap kebijakan pemenuhan kebutuhan fasilitas kesehatan tingkat pertama. *Stakeholder* sekunder adalah pihak yang memiliki kepentingan secara tidak langsung, dalam hal ini adalah pihak-pihak yang mendukung dalam upaya pemenuhan kebutuhan fasilitas kesehatan tingkat pertama.

*Stakeholder* primer dalam kebijakan pemenuhan kebutuhan fasilitas kesehatan tingkat pertama di Kabupaten Jember adalah Dinas Kesehatan Kabupaten Jember dan BPJS Kesehatan Cabang Jember. Dinas Kesehatan sebagai bagian dari Pemerintah Daerah yang berfokus pada bidang kesehatan termasuk terkait penyediaan fasilitas kesehatan dan sumberdaya kesehatan. Berdasarkan Peraturan Presiden RI Nomor 12 tahun 2013 pasal 35 menjelaskan bahwa Pemerintah dan Pemerintah Daerah bertanggung jawab atas ketersediaan fasilitas kesehatan dan penyelenggaraan pelayanan kesehatan untuk pelaksanaan program jaminan kesehatan. Pemerintah dan Pemerintah Daerah dapat memberikan kesempatan kepada swasta untuk berperan serta memenuhi ketersediaan fasilitas kesehatan dan penyelenggaraan pelayanan kesehatan. Berdasarkan Peraturan Bupati tahun 2008 tentang tugas pokok dan fungsi organisasi Dinas Kesehatan Kabupaten Jember, Dinas Kesehatan mempunyai tugas pokok membantu Bupati dalam merumuskan kebijakan, melaksanakan koordinasi, perencanaan, pelaksanaan dan pengawasan kesehatan masyarakat dan tugas lain yang diberikan oleh Bupati. Untuk melaksanakan tugas tersebut, Dinas Kesehatan mempunyai



fungsi perumusan kebijakan teknis dalam penyusunan program pelayanan kesehatan, pelaksanaan pengendalian penyakit dan kesehatan lingkungan, dan pelaksanaan pengembangan sumberdaya kesehatan dan pemberdayaan kesehatan masyarakat.

Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 71 tahun 2013 menjelaskan bahwa BPJS Kesehatan dalam kebijakan pemenuhan kebutuhan fasilitas kesehatan tingkat pertama dengan melakukan kerjasama dengan fasilitas kesehatan pada program Jaminan Kesehatan Nasional. Manfaat jaminan kesehatan diberikan oleh fasilitas kesehatan milik pemerintah atau swasta yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan. Fasilitas kesehatan tingkat pertama merupakan pelayanan kesehatan perorangan yang bersifat non spesialisik meliputi puskesmas, klinik pratama, dan dokter praktik pribadi. Fasilitas kesehatan tingkat pertama bekerja sama dengan BPJS Kesehatan dan memberikan pelayanan komprehensif kepada peserta Jaminan Kesehatan Nasional. Jalinan kerjasama antara BPJS Kesehatan dengan fasilitas kesehatan dilakukan berbasis kontrak, yaitu perjanjian tertulis antara BPJS Kesehatan dengan fasilitas kesehatan yang bersangkutan.

*Stakeholder* sekunder dalam pemenuhan kebutuhan fasilitas kesehatan tingkat pertama yaitu pihak swasta atau investor, fasilitas kesehatan tingkat pertama, dan organisasi profesi (IDI). Pihak swasta atau investor dapat sesuai dengan Peraturan Presiden RI Nomor 12 tahun 2013 pasal 35 diberikan kesempatan untuk berperan serta memenuhi ketersediaan fasilitas kesehatan dan penyelenggaraan pelayanan kesehatan. Fasilitas kesehatan tingkat pertama adalah pelayanan kesehatan perorangan yang bersifat non spesialisik meliputi pelayanan rawat jalan dan rawat inap. Fasilitas kesehatan tingkat pertama menyelenggarakan pelayanan kesehatan komprehensif yaitu berupa pelayanan kesehatan promotif, preventif, kuratif, rehabilitatif, pelayanan kebidanan, dan pelayanan kesehatan darurat medis, termasuk pelayanan penunjang yang meliputi pemeriksaan laboratorium sederhana dan pelayanan kefarmasian. Organisasi profesi dokter atau IDI merupakan organisasi yang menghimpun para dokter Indonesia yang dapat bermitra dengan pemerintah dalam pengembangan kebijakan dan dalam program-program kesehatan pada program Jaminan Kesehatan Nasional. Perhimpunan

Klinik dan Fasilitas Pelayanan Kesehatan Primer Indonesia Cabang Jember merupakan organisasi yang menghimpun seluruh fasilitas kesehatan tingkat pertama meliputi klinik pratama, praktik dokter, praktik dokter gigi, dan rumah sakit tipe D pratama yang berada di Kabupaten Jember. Berdasarkan uraian tersebut, *stakeholder* yang teridentifikasi sesuai dengan peran dan kapasitas masing-masing dalam upaya pemenuhan kebutuhan fasilitas kesehatan tingkat pertama di Kabupaten Jember.

Berdasarkan uraian di atas dapat disimpulkan bahwa Dinas Kesehatan Kabupaten Jember, BPJS Kesehatan Cabang Jember, fasilitas kesehatan tingkat pertama, pihak swasta atau investor, dan IDI dianggap memiliki peran masing-masing dalam pelaksanaan Jaminan Kesehatan Nasional, khususnya dalam pemenuhan kebutuhan fasilitas kesehatan tingkat pertama. Proses identifikasi *stakeholder* didukung dengan informasi yang memadai untuk mengetahui latar belakang para *stakeholder* khususnya *stakeholder* primer yang memiliki kepentingan langsung terhadap kebijakan pemenuhan kebutuhan fasilitas kesehatan tingkat pertama.

#### **4.4. Kepentingan Stakeholder**

Kepentingan, posisi, dan tanggung jawab dari pihak-pihak yang berwenang terhadap permasalahan tertentu akan menentukan bagaimana menerapkan sumberdaya politik. Pada masing-masing kelompok kepentingan, diidentifikasi apa saja kepentingan mereka baik secara eksplisit maupun implisit dalam kebijakan dan bagaimana itu dapat memberikan dampak terhadap mereka berdasarkan skala prioritas masing-masing.

##### **4.4.1. Kepentingan**

Kepentingan menunjukkan prioritas kebutuhan dalam memenuhi kebutuhan dan kepentingan para *stakeholder* yang diharapkan dapat terwujud melalui kebijakan. Kepentingan BPJS Kesehatan Cabang Jember dalam tugasnya sebagai penyelenggara jaminan sosial yaitu dengan pemenuhan kebutuhan fasilitas kesehatan tingkat pertama dapat memastikan masyarakat mendapatkan

pelayanan komprehensif. Pernyataan BPJS Kesehatan seperti pada kutipan wawancara berikut.

“...kepentingannya peserta yang terdaftar di BPJS, itu pada saat dia menggunakan fasilitas kesehatan jadi harapannya bukan cuma hanya untuk kuratif...” (E85, pada hari Rabu tanggal 24 Juni 2015)

Pernyataan BPJS Kesehatan Cabang Jember terkait kepentingannya dalam kebijakan pemenuhan kebutuhan fasilitas kesehatan tingkat pertama tersebut didukung oleh informan lainnya. Berikut kutipan wawancara dengan Dinas Kesehatan Kabupaten Jember dan informan tambahan lainnya.

“...Ya tentu, kalau fasilitas kesehatannya itu dipenuhi harapannya adalah masyarakat bisa terlayani...” (K83, pada hari Jum’at tanggal 19 Juni 2015)

“...JKN ini kan harusnya BPJS Kesehatan juga menjamin pesertanya mendapatkan pelayanan optimal *toh...*” (AS47, pada hari Sabtu tanggal 27 Juni 2015)

Berdasarkan beberapa pernyataan informan di atas dapat disimpulkan bahwa kepentingan BPJS Kesehatan dalam kebijakan pemenuhan kebutuhan fasilitas kesehatan tingkat pertama adalah memastikan seluruh peserta Jaminan Kesehatan tingkat pertama mendapatkan pelayanan kesehatan komprehensif meliputi pelayanan promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif. Pelayanan kesehatan yang komprehensif tersebut tentu harus didukung dengan ketersediaan jumlah fasilitas kesehatan tingkat pertama yang memadai.

Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 71 tahun 2013 menjelaskan bahwa fasilitas kesehatan tingkat pertama yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan harus menyelenggarakan pelayanan kesehatan komprehensif. Kepentingan BPJS Kesehatan telah sesuai dengan Peraturan Menteri Kesehatan nomor 71 tahun 2013. Pelayanan komprehensif yang dimaksud berupa pelayanan preventif, promotif, kuratif dan rehabilitatif. Pasien yang datang ke FKTP tidak hanya sekadar menerima obat, akan tetapi ada konsultasi dengan dokter. BPJS Kesehatan dalam mendukung pelayanan komprehensif tersebut juga berharap adanya penambahan jumlah fasilitas kesehatan tingkat pertama oleh Pemerintah Daerah berdasarkan rasio ideal dokter dibanding dengan jumlah penduduk adalah 1:5.000. BPJS Kesehatan menjelaskan bahwa sumber daya yang dibutuhkan

dalam pemenuhan kebutuhan FKTP yaitu tenaga kesehatan dan modal dalam hal ini untuk mendirikan sebuah klinik.

Undang-undang nomor 40 tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional menjelaskan bahwa jaminan kesehatan diselenggarakan dengan tujuan menjamin agar peserta memperoleh manfaat pemeliharaan kesehatan dan perlindungan dalam memenuhi kebutuhan dasar kesehatan. Manfaat jaminan kesehatan bersifat pelayanan perseorangan berupa pelayanan kesehatan yang mencakup pelayanan promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif, termasuk obat dan bahan medis habis pakai yang diperlukan. Hal tersebut didukung oleh pernyataan dari informan tambahan bahwa BPJS Kesehatan harus menjamin peserta untuk memperoleh pelayanan yang optimal. Kepentingan BPJS Kesehatan tersebut sesuai dengan amanah UU Nomor 40 tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional yaitu menjamin peserta mendapatkan manfaat pemeliharaan kesehatan.

Kepentingan Dinas Kesehatan Kabupaten Jember terhadap pemenuhan fasilitas kesehatan tingkat pertama adalah sebagai upaya untuk meningkatkan pelayanan kepada masyarakat.

“...Kami sangat berkepentingan terhadap pemenuhan fasilitas, pemenuhan sumberdaya, dan pemenuhan dalam hal ini kebutuhan kesehatan yang lain dalam upaya yang tadi meningkatkan pelayanan kepada masyarakat untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat di Kabupaten Jember...” (K75, pada hari Jum’at tanggal 19 Juni 2015)

Kepentingan Dinas Kesehatan Kabupaten Jember dalam kebijakan pemenuhan kebutuhan fasilitas kesehatan tingkat pertama menjamin masyarakat Kabupaten Jember menerima pelayanan yang baik. Pernyataan Dinas Kesehatan tersebut juga didukung oleh beberapa informan lain. Berikut hasil wawancara dengan BPJS Kesehatan Cabang Jember dan fasilitas kesehatan tingkat pertama.

“...Jadi sebenarnya gini, kalau penyediaan fasilitas kesehatan harusnya kan pemerintah daerah. Tapi kita juga tidak bisa menutup mata, mereka juga ada keterbatasan...” (E37, pada hari Rabu tanggal 24 Juni 2015)

“...Nah kembali lagi ini ke kebijakan pemerintah daerah, ya (dengan tertawa) kembali ke kebijakan pemerintah daerah...” (S36, pada hari Rabu tanggal 24 Juni 2015)

“...pemerintah daerah berkewajiban ya memenuhi apapun yang dibutuhkan masyarakat terkait fasilitas. Tapi kan masing-masing memiliki kemampuan yang berbeda...” (AS42, pada hari Sabtu tanggal 27 Juni 2015)

Berdasarkan pernyataan dari beberapa informan di atas dapat disimpulkan bahwa kepentingan Dinas Kesehatan Kabupaten Jember dalam pemenuhan kebutuhan fasilitas kesehatan tingkat pertama adalah meningkatkan pelayanan kepada masyarakat pada program Jaminan Kesehatan Nasional.

Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan dan Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah, secara umum menjelaskan Dinas Kesehatan mempunyai kewenangan dalam hal pengawasan terhadap berbagai kegiatan dan upaya kesehatan. Berdasarkan Peta Jalan JKN, Kementerian Kesehatan dan Dinas Kesehatan memantau dan mengorganisir upaya-upaya peningkatan kualitas layanan kesehatan, membantu mengisi kekosongan tenaga maupun bahan-bahan medis serta obat agar penduduk di daerahnya mendapatkan jaminan kesehatan yang berkualitas. Kepentingan Dinas Kesehatan Kabupaten Jember dalam kebijakan pemenuhan kebutuhan fasilitas kesehatan tingkat pertama secara umum telah sesuai dengan Peta Jalan JKN, Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan dan Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah. Kepentingan Dinas Kesehatan tersebut sesuai dengan Peta Jalan JKN, Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan dan Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah

Berdasarkan hasil wawancara, Dinas Kesehatan Kabupaten Jember memiliki keterbatasan antara lain terdapat moratorium pegawai negeri sipil, keterbatasan pembiayaan kesehatan khususnya untuk perekrutan tenaga kesehatan oleh daerah, dan keterbatasan sumber daya manusia kesehatan. Dalam kepentingan pemenuhan kebutuhan fasilitas kesehatan tingkat pertama, Dinas Kesehatan Kabupaten Jember memiliki keterbatasan. Pada program Jaminan Kesehatan Nasional, fasilitas kesehatan tingkat pertama tidak hanya berbentuk puskesmas atau klinik akan tetapi dapat berbentuk dokter praktik perorangan. Moratorium pegawai negeri sipil seharusnya tidak menjadi masalah dalam upaya

memenuhi kebutuhan fasilitas kesehatan tingkat pertama. Dinas Kesehatan Kabupaten Jember dapat mendorong organisasi profesi dokter untuk berani mendirikan praktik pribadi pada program Jaminan Kesehatan Nasional dan tidak berstatus sebagai pegawai negeri sipil. Dinas Kesehatan Kabupaten Jember juga dapat membuka kesempatan kepada pihak swasta untuk mendirikan klinik. Dinas Kesehatan Kabupaten Jember belum memprioritaskan pemenuhan kebutuhan FKTP sebagai program yang utama dalam pembangunan kesehatan di Kabupaten Jember. Dinas Kesehatan Kabupaten Jember lebih pada mengatur pola persebaran FKTP di Kabupaten Jember. Pola persebaran yang dimaksud yaitu dengan mengatur jarak antar fasilitas kesehatan di wilayah dengan fasilitas kesehatan yang menumpuk.

Ikatan Dokter Indonesia merupakan organisasi profesi kedokteran yang menghimpun para dokter Indonesia, bersifat independen, nirlaba, dijiwai oleh sumpah dokter dan kode etik kedokteran Indonesia (AD/ART IDI). Berdasarkan hasil wawancara, IDI tidak memiliki kepentingan secara langsung dalam kebijakan pemenuhan kebutuhan fasilitas kesehatan tingkat pertama. Berikut kutipan wawancara dengan informan dari IDI Cabang Jember.

“...Kepentingan IDI sebetulnya sih ndak ada ya kalau yang langsung ya mas...” (F17, pada hari Rabu tanggal 30 September 2015)

“...Di IDI terdapat Sie JKN (Jaminan Kesehatan Nasional) yang bertugas membantu anggota-anggota IDI dalam bekerjasama dengan BPJS dalam menangani masalah itu...” (F23, pada hari Rabu tanggal 30 September 2015)

Ikatan Dokter Indonesia berperan sebagai pelaku advokasi dan pelaku pengubah dalam pembangunan kesehatan. Beberapa peraturan terkait Jaminan Kesehatan Nasional tidak mencantumkan terkait kepentingan IDI dalam kebijakan pemenuhan fasilitas kesehatan tingkat pertama. Kesimpulan yang dapat ditarik adalah IDI memiliki kepentingan dalam pemenuhan kebutuhan fasilitas kesehatan tingkat pertama di Kabupaten Jember dengan berupaya membantu para dokter yang menjadi anggotanya apabila terdapat masalah yang berhubungan dengan Jaminan Kesehatan Nasional.

Tidak terdapatnya regulasi terkait kepentingan IDI dalam kebijakan pemenuhan kebutuhan fasilitas kesehatan tingkat pertama di Kabupaten Jember mengakibatkan IDI tidak melakukan advokasi kepada dokter-dokter yang menjadi anggotanya untuk mendirikan fasilitas kesehatan tingkat pertama. IDI tidak menjadikan pemenuhan fasilitas kesehatan tingkat pertama menjadi prioritas utama. Kebijakan IDI untuk menggerakkan anggotanya untuk mendirikan fasilitas kesehatan tingkat pertama tidak dapat dilaksanakan dan pelayanan di fasilitas kesehatan dengan jumlah dokter yang sedikit akan mempengaruhi pelayanan kesehatan yang diberikan.

Fasilitas kesehatan tingkat pertama meliputi puskesmas, klinik pratama, praktik dokter, praktik dokter gigi, dan rumah sakit tipe D pratama, dalam pemenuhan fasilitas kesehatan tingkat pertama berkepentingan untuk meningkatkan mutu pelayanan kesehatan kepada masyarakat pada program Jaminan Kesehatan Nasional. Berikut kutipan wawancara dengan informan.

“...jadi masyarakat nggak datang terus langsung dapat obat, tapi juga dapat konsultasi dengan dokter...” (AS61, pada hari Sabtu tanggal 27 Juni 2015)

“...Jadi dengan penambahan klinik-klinik baru nantinya juga akan meningkatkan pelayanan kepada masyarakat...” (P14, pada hari Kamis tanggal 1 Oktober 2015)

Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan nomor 71 Tahun 2013 pasal 13 menjelaskan bahwa setiap peserta berhak memperoleh pelayanan kesehatan paripurna. Kesimpulan yang dapat ditarik adalah kepentingan puskesmas, klinik pratama, praktik dokter, praktik dokter gigi, dan rumah sakit tipe D pratama dalam upaya pemenuhan kebutuhan fasilitas kesehatan tingkat pertama itu sendiri yaitu agar peserta yang telah terdaftar pada program Jaminan Kesehatan Nasional dapat memperoleh pelayanan kesehatan yang mencakup pelayanan promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif termasuk pelayanan obat dan bahan medis habis pakai sesuai dengan kebutuhan medis yang diperlukan. Kepentingan fasilitas kesehatan tingkat pertama telah sesuai dengan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 71 Tahun 2013 tentang pelayanan kesehatan pada Jaminan Kesehatan Nasional.

Pemenuhan fasilitas kesehatan tingkat pertama dapat mengurai antrian di beberapa fasilitas kesehatan tingkat pertama yang memiliki cakupan peserta

Jaminan Kesehatan Nasional yang melebihi rasio idealnya seperti pada puskesmas. Rasio ideal dokter dibandingkan dengan peserta adalah 1:5.000 jiwa. Dengan terpenuhinya rasio ideal tersebut diharapkan fasilitas kesehatan tingkat pertama dapat melaksanakan pelayanan kesehatan secara komprehensif. Pasien yang datang di fasilitas kesehatan tingkat pertama tersebut dapat menerima pelayanan preventif, promotif, kuratif, dan rehabilitatif. Fasilitas kesehatan tingkat pertama yang mungkin dapat ditambah adalah klinik dan dokter praktik pribadi. Berdasarkan hasil wawancara dengan pengurus PKFI bahwa nantinya akan dibangun klinik-klinik baru di daerah pinggiran. BPJS Kesehatan perlu untuk duduk bersama dengan PKFI sebagai perhimpunan klinik dan IDI sebagai organisasi dokter membicarakan kebutuhan fasilitas kesehatan tingkat pertama di masing-masing kecamatan.

#### 4.4.2. Posisi

Posisi merupakan kedudukan organisasi (*stakeholder*) dalam suatu kebijakan atau dalam penyusunan suatu kebijakan. Posisi BPJS Kesehatan adalah sebagai badan penyelenggara jaminan sosial, Posisi tersebut salah satunya berkaitan dengan upaya pemenuhan kebutuhan fasilitas kesehatan tingkat pertama yaitu dengan menjalin kerjasama kontrak dengan fasilitas kesehatan yang ada di Kabupaten Jember. Berikut pernyataan dari BPJS Kesehatan Cabang Jember dan informan tambahan.

“...Kalau kami memang, kalau kita terlalu berharap ke pemerintah daerah mas, nggak akan bisa terselesaikan. Maka kita mengajak pihak swasta....” (E69, pada hari Rabu tanggal 24 Juni 2015)

“...selama ini BPJS juga sudah menjalin kerjasama dengan beberapa klinik swasta...” (N21, pada hari Rabu tanggal 24 Juni 2015)

Pernyataan BPJS Kesehatan Cabang Jember terkait dengan posisinya dalam kebijakan pemenuhan kebutuhan fasilitas kesehatan tingkat pertama tersebut didukung oleh beberapa informan lainnya. Berikut kutipan wawancara dengan Dinas Kesehatan Kabupaten Jember dan informan tambahan lainnya.



“...Di JKN sendiri BPJS mempunyai kewenangan untuk menjalin kerjasama dengan FKTP yang ada dengan sistem kontrak, ya seperti itu...” (K135, pada hari Jum’at tanggal 19 Juni 2015)

“...Sudah, kalau swasta ya dengan klinik itu tadi. Kan mulai menjamur itu tadi kan klinik swasta...” (AS80, pada hari Senin tanggal 29 Juni 2015)

Berdasarkan pernyataan dari beberapa informan di atas dapat disimpulkan posisi BPJS Kesehatan Cabang Jember dalam kebijakan pemenuhan kebutuhan fasilitas kesehatan tingkat pertama adalah sebagai badan penyelenggara jaminan sosial berdasarkan Undang-Undang Nomor 24 tahun 2011, salah satunya yaitu upaya pemenuhan kebutuhan fasilitas kesehatan tingkat pertama yaitu dengan menjalin kerjasama kontrak dengan fasilitas kesehatan yang ada di Kabupaten Jember. Pemenuhan fasilitas kesehatan tingkat pertama tersebut merupakan tanggung jawab dari BPJS Kesehatan sebagai badan penyelenggara Jaminan Kesehatan Nasional.

Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 71 tahun 2013 tentang pelayanan kesehatan dalam Jaminan Kesehatan Nasional menjelaskan bahwa fasilitas kesehatan tingkat pertama mengadakan kerjasama dengan BPJS Kesehatan. Kerja sama fasilitas kesehatan dengan BPJS Kesehatan dilakukan melalui perjanjian kerjasama. Perjanjian tersebut dilakukan pimpinan atau pemilik fasilitas kesehatan tingkat pertama yang berwenang dengan BPJS Kesehatan. Perjanjian kerjasama tersebut berlaku sekurang-kurangnya satu tahun dan dapat diperpanjang kembali atas kesepakatan bersama. Posisi BPJS Kesehatan Jember tersebut telah sesuai dengan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 71 Tahun 2013 yaitu menjalin kerjasama dengan fasilitas kesehatan tingkat pertama di Kabupaten Jember.

Fasilitas kesehatan mengajukan diri untuk bekerjasama dengan BPJS Kesehatan. BPJS Kesehatan sebelum bekerjasama dengan fasilitas kesehatan melakukan *kredensialing*. *Kredensialing* dilakukan untuk mengetahui kapasitas dan kualitas fasilitas kesehatan yang akan bekerjasama dengan BPJS sehingga peserta dapat dilayani dan tujuan pembangunan kesehatan dapat tercapai. Kebijakan *kredensialing* memberikan jaminan kualitas pelayanan yang relatif

sama kepada seluruh rakyat Indonesia. BPJS Kesehatan akan mengumumkan hasil *kredensialing*. Setelah itu, BPJS Kesehatan mengelompokkan fasilitas kesehatan berdasarkan jenis dan lokasi yang didasarkan pada rasio dokter dibanding dengan jumlah penduduk yang akan dilayani. Setelah pengelompokkan tersebut, BPJS Kesehatan dan asosiasi fasilitas kesehatan membuat kesepakatan standar tarif dan memberitahukan kesepakatan tarif kepada fasilitas kesehatan. Setelah fasilitas kesehatan setuju dengan tarif yang disepakati, dilanjutkan dengan diskusi kontrak kerjasama dan penandatanganan kontrak. Setelah penandatanganan kontrak kerjasama, fasilitas kesehatan dapat melayani peserta BPJS Kesehatan.

BPJS Kesehatan memahami bahwa pemerintah daerah dalam tanggung jawabnya untuk memenuhi kebutuhan fasilitas kesehatan juga memiliki keterbatasan. BPJS Kesehatan Cabang Jember juga menyampaikan kondisi kebutuhan fasilitas kesehatan di Kabupaten Jember pada pertemuan lintas sektoral dan BPJS Kesehatan juga melakukan upaya dengan bertemu dengan pihak organisasi profesi dokter untuk menyampaikan kebutuhan dokter di Kabupaten Jember.

Posisi Dinas Kesehatan Kabupaten Jember sebagai regulator jaminan kesehatan dalam upaya pemenuhan kebutuhan fasilitas kesehatan tingkat pertama yaitu dengan membuat telaah-telaah yang hasilnya nanti akan diusulkan kepada Bupati untuk adanya penambahan fasilitas kesehatan tingkat pertama. Pernyataan Dinas Kesehatan Kabupaten Jember adalah sebagai berikut.

“...kami di sisi pemerintah Dinas Kesehatan dalam jaminan ini kan kami ini sebagai *regulator to ...*” (K230, pada hari Jum’at tanggal 19 Juni 2015)

Pernyataan Dinas Kesehatan Kabupaten Jember tersebut didukung oleh beberapa informan lain. Berikut kutipan wawancara dengan BPJS Kesehatan Cabang Jember dan informan tambahan.

“...Setau saya Dinas melakukan telaah untuk membuat usulan ke Pemda itu mas...” (E202, pada hari Rabu tanggal 24 Juni 2015)

“...Kami kan mengusulkan ke Dinas, berarti kan nanti Dinas yang mengelola usul kami...” (S64, pada hari Rabu tanggal 24 Juni 2015)

Berdasarkan informasi di atas dapat disimpulkan bahwa posisi Dinas Kesehatan Kabupaten Jember secara umum dalam kebijakan pemenuhan fasilitas kesehatan tingkat pertama adalah sebagai *regulator*. Fungsi *regulator* yang dimaksud adalah menyiapkan arah untuk menyeimbangkan penyelenggaraan pembangunan melalui kebijakan, yaitu dengan membuat telaah-telaah yang hasilnya nanti akan diusulkan kepada Bupati untuk adanya penambahan fasilitas kesehatan tingkat pertama. Fungsi regulator Dinas Kesehatan dinyatakan tegas dalam Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang kesehatan dan Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah. Dinas Kesehatan mempunyai kewenangan dalam melakukan pengawasan terhadap berbagai kegiatan dan upaya kesehatan. Maksud dari fungsi *regulator* tersebut adalah Dinas Kesehatan dapat membantu BPJS Kesehatan dalam pemenuhan kebutuhan fasilitas kesehatan tingkat pertama di Kabupaten Jember.

Posisi Ikatan Dokter Indonesia adalah sebagai organisasi profesi kedokteran nasional di Indonesia. Berikut kutipan wawancara dengan IDI.

“...IDI disini kan organisasi profesi dokter, jadi anggotanya dokter kan...” (F18, pada hari Rabu tanggal 30 September 2015)

“...Seperti yang saya jelaskan tadi mas, ada pihak swasta, investor, FKTP itu sendiri sebagai pemberi pelayanan, dan IDI mas selaku organisasi profesi dokter...” (E104, pada hari Rabu tanggal 24 Juni 2015)

“...IDI memang kelihatannya tidak terlibat dalam kegiatan ini. Ya entah belum dilibatkan atau memang sengaja tidak dilibatkan hehehe...” (F7, pada hari Rabu tanggal 30 September 2015)

Ikatan Dokter Indonesia merupakan organisasi profesi kedokteran yang menghimpun para dokter Indonesia yang berperan sebagai pelaku advokasi dan pelaku perubahan dalam pembangunan kesehatan. Posisi IDI dalam Jaminan Kesehatan Nasional tidak tercantum dalam beberapa peraturan terkait Jaminan Kesehatan. Kesimpulan yang dapat ditarik adalah IDI merupakan organisasi profesi kedokteran Indonesia yang berperan dalam pelaku advokasi dan perubahan dalam pelaku perubahan pembangunan kesehatan di Indonesia, akan tetapi IDI belum memiliki peran dalam program Jaminan Kesehatan Nasional.

Pada beberapa peraturan terkait Jaminan Kesehatan Nasional, tidak dijelaskan secara spesifik terkait posisi IDI dalam Jaminan Kesehatan. Beberapa organisasi selain IDI juga tidak dilibatkan secara partisipatif dalam regulasi Jaminan Kesehatan Nasional. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 455 Tahun 2015 terkait asosiasi fasilitas kesehatan juga tidak menjelaskan keterkaitan antara organisasi profesi dengan Jaminan Kesehatan Nasional. Ketidakjelasan posisi IDI dalam implementasi Jaminan Kesehatan Nasional ini dapat berdampak pada lemahnya posisi IDI dalam menggerakkan anggotanya untuk bekerja sama dengan BPJS Kesehatan.

Posisi fasilitas kesehatan tingkat pertama dalam kebijakan pemenuhan fasilitas kesehatan tingkat pertama di Kabupaten Jember adalah sebagai pemberi pelayanan kesehatan kepada peserta Jaminan Kesehatan Nasional di Kabupaten Jember. Berikut kutipan wawancara dari informan.

“...jadi pelayanan kita sama seperti biasanya karena kan kami ini di bawah naungan Dinas Kesehatan, instansi pemerintah, jadi kami mengikuti semua instruksi...” (S4, pada hari Rabu tanggal 24 Juni 2015)

“...Iya betul. Kan emang klinik ini pemberi pelayanan kesehatan mas selain puskesmas dan DPP...” (P16, pada hari Kamis tanggal 1 Oktober 2015)

Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 71 Tahun 2013 pasal 2 menjelaskan bahwa penyelenggara pelayanan kesehatan meliputi semua fasilitas kesehatan yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan, salah satunya adalah fasilitas kesehatan tingkat pertama yang meliputi puskesmas, klinik pratama, praktik dokter dan dokter gigi, serta rumah sakit tipe D. Posisi fasilitas kesehatan tingkat pertama dalam Jaminan Kesehatan Nasional adalah sebagai pemberi pelayanan kesehatan dasar non spesialisistik.

Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 71 Tahun 2013 tentang pelayanan kesehatan pada Jaminan Kesehatan Nasional menjelaskan bahwa pelayanan kesehatan tingkat pertama merupakan pelayanan kesehatan non spesialisistik meliputi:

- a. Administrasi pelayanan
- b. Pelayanan promotif dan preventif

- c. Pemeriksaan, pengobatan, dan konsultasi medis
- d. Tindakan medis non spesialisistik baik operatif maupun non operatif
- e. Pelayanan obat dan bahan medis habis pakai
- f. Transfusi darah sesuai kebutuhan medis
- g. Pemeriksaan penunjang diagnostik laboratorium tingkat pertama
- h. Rawat inap tingkat pertama sesuai dengan indikasi medis.

#### 4.4.3. Tanggung Jawab

Tanggung jawab merupakan kewajiban dari masing-masing stakeholder dalam kebijakan pemenuhan fasilitas kesehatan tingkat pertama di Kabupaten Jember. Berdasarkan hasil wawancara, BPJS Kesehatan Cabang Jember bertanggung jawab memenuhi kebutuhan fasilitas kesehatan yaitu dengan mengajak pihak swasta untuk mendirikan fasilitas kesehatan dan menyampaikan kebutuhan dokter kepada organisasi profesi dokter. Berikut kutipan wawancara dengan BPJS Kesehatan Cabang Jember

“...kami juga bertanggung jawab mengajak pihak swasta...”  
(E39, pada hari Rabu tanggal 24 Juni 2015)

“...Jadi kami sudah pernah menyurati, yang pasti kami nyuratin karena kami tidak mungkin bergerak sendiri ya. Kami udah nyuratin terus kami kontak Dinas Kesehatan terus kami juga menyampaikan juga lewat organisasi profesi...” (E186, pada hari Rabu tanggal 24 Juni 2015)

Pernyataan BPJS Kesehatan Cabang Jember terkait dengan tanggung jawab tersebut didukung oleh beberapa pernyataan dari informan. Berikut kutipan wawancara dengan Dinas Kesehatan Kabupaten Jember dan informan tambahan.

“...Kalau swasta masih mungkin menurut saya, karena itu tergantung modal orang per orang. BPJS saya rasa juga sudah mengajak pihak swasta...” (K127, pada hari Jum’at tanggal 19 Juni 2015)

“...Saya rasa selama ini BPJS sudah mengajak pihak swasta untuk mendirikan klini, bahkan dimulai sejak jaman Jamsostek itu tadi mas...” (N21, pada hari Senin tanggal 29 Juni 2015)

Berdasarkan pernyataan dari beberapa informan tersebut dapat disimpulkan bahwa tanggung jawab yang dilaksanakan BPJS Kesehatan Cabang Jember adalah memenuhi kebutuhan fasilitas kesehatan tingkat pertama bagi peserta

Jaminan Kesehatan Nasional salah satunya dengan mengajak pihak swasta untuk mendirikan fasilitas kesehatan dan menyampaikan kebutuhan dokter kepada organisasi profesi dokter. Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 71 tahun 2013, BPJS Kesehatan juga memiliki tanggung jawab dalam hal di suatu kecamatan tidak terdapat dokter, BPJS Kesehatan dapat bekerja sama dengan praktik bidan atau perawat untuk memberikan pelayanan kesehatan tingkat pertama sesuai dengan kewenangan yang ditentukan dalam peraturan. Peraturan tersebut juga menjelaskan bahwa tanggung jawab BPJS Kesehatan terhadap peserta yaitu setiap peserta berhak memperoleh pelayanan kesehatan yang mencakup pelayanan promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif termasuk pelayanan obat dan bahan medis habis pakai sesuai dengan kebutuhan medis yang diperlukan. Tanggung jawab BPJS Kesehatan dalam upaya pemenuhan kebutuhan fasilitas kesehatan tingkat pertama telah sesuai dengan amanah Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 71 Tahun 2013 yaitu dengan mengajak pihak swasta khusus perawat atau bidan jika di suatu daerah dinyatakan tidak terdapat dokter umum.

BPJS Kesehatan Cabang Jember juga menyampaikan kondisi kebutuhan fasilitas kesehatan di Kabupaten Jember pada pertemuan lintas sektoral dan BPJS Kesehatan juga melakukan upaya dengan bertemu dengan pihak organisasi profesi dokter untuk menyampaikan kebutuhan dokter di Kabupaten Jember. BPJS Kesehatan Cabang Jember tidak mengetahui secara pasti bagaimana tanggapan dari Dinas Kesehatan Kabupaten Jember akan tetapi organisasi profesi dokter menanggapi dengan baik terkait kerjasama dengan BPJS Kesehatan Cabang Jember. Anggota organisasi profesi dokter tersebut dibawah naungan Dinas Kesehatan, sehingga ada hal-hal yang mereka ingin lakukan akan tetapi ada aturan yang menyebabkan tidak bisa bergerak.

BPJS Kesehatan juga telah melakukan *mapping* fasilitas kesehatan di seluruh wilayah kecamatan di Kabupaten Jember. Pada masing-masing FKTP dihitung sesuai dengan jumlah dan dokter dan jumlah peserta yang akan dilayani. Jika peserta yang dilayani masih melebihi standar rasio, maka upaya yang dilakukan BPJS Kesehatan yaitu dengan menambah jumlah dokter di FKTP tersebut dan menambah jam pelayanan. Jika jumlah peserta belum juga sesuai dengan standar

rasio maka BPJS Kesehatan mengusulkan untuk menambah jumlah dokter praktik pribadi atau klinik. Fasilitas kesehatan dan dokter praktik pribadi yang ingin bekerja sama dengan BPJS Kesehatan tidak dapat langsung diterima karena terdapat kebijakan *mapping* penyebaran fasilitas kesehatan.

Dinas Kesehatan Kabupaten Jember bertanggung jawab dalam pemenuhan kebutuhan fasilitas kesehatan tingkat pertama di Kabupaten Jember. Bentuk tanggung jawab yang telah dilakukan Dinas Kesehatan dalam upaya pemenuhan kebutuhan FKTP yaitu dengan adanya upaya-upaya terobosan untuk tetap menambahkan jumlah sumberdaya manusia kesehatan. Berikut kutipan wawancara dengan Dinas Kesehatan Kabupaten Jember.

“...Ya kami bertanggung jawab untuk pemenuhan jumlah ya, fasilitas kesehatan maupun jenis-jenis tenaga kesehatan yang diperlukan dalam pelayanan kepada masyarakat. Betul, kami mempunyai tanggung jawab untuk melaksanakan itu karena itu melekat pada tupoksi lembaga...” (K27, pada hari Jum’at tanggal 19 Juni 2015)

“...Tapi kami tahu bahwa kebijakan pemerintah saat ini rasa-rasanya tidak memungkinkan untuk memenuhi amanah dari peraturan tersebut ...” (K14, pada hari Jum’at tanggal 19 Juni 2015)

Pernyataan dari Dinas Kesehatan Kabupaten Jember tersebut didukung oleh beberapa pernyataan informan lainnya. Berikut kutipan wawancara dengan BPJS Kesehatan Cabang Jember dan informan lainnya.

“...Jadi sebenarnya gini, kalau penyediaan fasilitas kesehatan harusnya kan pemerintah daerah...” (E37, pada hari Rabu tanggal 24 Juni 2015)

“...Yang bertanggung jawab (ketawa)... ya pemerintah jelas ya. Jadi pemerintah daerah berkewajiban ya memenuhi apapun yang dibutuhkan masyarakat terkait fasilitas...” (AS41, pada hari Sabtu tanggal 27 Juni 2015)

Berdasarkan beberapa pernyataan di atas dapat disimpulkan bahwa Dinas Kesehatan bertanggung jawab dalam pemenuhan kebutuhan fasilitas kesehatan tingkat pertama. Pada tahun 2015 ini, Dinas Kesehatan Kabupaten Jember telah merekrut 42 dokter dengan memakai jalur khusus untuk membantu memenuhi kebutuhan di FKTP berdasarkan rasio. Upaya penambahan fasilitas, sumberdaya manusia kesehatan, alat-alat kesehatan tetap dilaksanakan walaupun terdapat

penghentian perekrutan yang diamanahkan pemerintah pusat. Hal tersebut sebagai wujud tanggung jawab Dinas Kesehatan Kabupaten Jember dalam melaksanakan amanah dari Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 71 Tahun 2013. Amanah Peraturan Presiden Nomor 12 Tahun 2013 menjelaskan bahwa Pemerintah dan Pemerintah Daerah bertanggung jawab atas ketersediaan fasilitas kesehatan dan penyelenggaraan pelayanan kesehatan untuk pelaksanaan program jaminan kesehatan, serta Pemerintah dan Pemerintah Daerah dapat memberikan kesempatan kepada swasta untuk berperan serta memenuhi ketersediaan fasilitas kesehatan dan penyelenggaraan pelayanan kesehatan. Dinas Kesehatan membantu BPJS Kesehatan dalam menyediakan fasilitas kesehatan tingkat pertama dalam program Jaminan Kesehatan Nasional.

Tanggung jawab IDI dalam pelaksanaan Jaminan Kesehatan Nasional yaitu membantu fasilitas kesehatan tingkat pertama dalam hal ini dokter praktik perorangan apabila terdapat masalah dengan BPJS Kesehatan akan dibantu untuk menyelesaikan masalah tersebut. Berikut kutipan wawancara dengan IDI.

“...IDI sampai turun tangan untuk menyelesaikan itu. Kemudian BPJS juga masih menghargai IDI, jadi kalau misalnya ada teguran terhadap DPP misalnya tentang etika atau bagaimana itu suratnya juga ditembusi ke IDI...” (F12, pada hari Rabu tanggal 30 September 2015)

“...Ada beberapa dokter yang ingin bekerja sama yang sudah dikredensialing tapi tidak ada kelanjutannya. Jadi mereka sudah kredensialing tapi kok ndak ada tindak lanjut gitu. Itu kami berperan membantu mereka...” (F55, pada hari Minggu tanggal 30 September 2015)

Berdasarkan Anggaran Dasar dan Anggaran Rumah Tangga, IDI merupakan organisasi profesi kedokteran yang memiliki usaha memperjuangkan dan memelihara kepentingan serta kedudukan dokter di Indonesia sesuai dengan harkat dan martabat profesi kedokteran. Beberapa peraturan terkait Jaminan Kesehatan Nasional juga tidak menjelaskan secara jelas terkait tanggung jawab IDI. Kesimpulan yang dapat ditarik adalah IDI tidak memiliki tanggung jawab dalam pemenuhan kebutuhan fasilitas kesehatan.

Pada implementasi Jaminan Kesehatan Nasional, IDI membantu anggota-anggotanya dalam menyelesaikan beberapa permasalahan yang muncul antara



dokter dengan BPJS Kesehatan. IDI turun tangan untuk membantu fasilitas kesehatan tingkat pertama dalam hal ini dokter praktik perorangan dalam menghadapi permasalahan terkait implementasi Jaminan Kesehatan Nasional. Bentuk bantuan dari IDI misalnya apabila terdapat etika dokter praktik pribadi yang kurang baik, surat teguran dari BPJS Kesehatan Cabang Jember juga memberikan tembusan kepada IDI. Hal tersebut juga berkaitan dengan pelayanan dokter dalam program Jaminan Kesehatan Nasional. Contoh lain terkait tanggung jawab IDI dalam implementasi Jaminan Kesehatan Nasional yaitu ketika anggotanya mengajukan kerjasama dengan BPJS Kesehatan akan tetapi menemui hambatan pada saat kredensialing, IDI melakukan koordinasi dengan BPJS Kesehatan dalam menyelesaikan permasalahan tersebut. Terkait pemenuhan kebutuhan fasilitas kesehatan tingkat pertama, IDI tidak memiliki tanggung jawab apapun dalam memenuhi kebutuhan fasilitas kesehatan tingkat pertama di Kabupaten Jember karena tidak memiliki landasan hukum yang jelas dalam pelaksanaannya.

Tanggung jawab fasilitas kesehatan tingkat pertama yaitu memberikan pelayanan medis primer non spesialisik kepada peserta Jaminan Kesehatan Nasional. Berikut kutipan wawancara dengan informan.

“...Kalau kita pelayanannya maksimal, kita sudah mengupayakan yang terbaik...” (N67, pada hari Senin tanggal 29 Juni 2015)

“...Iya nantinya banyak klinik-klinik swasta baru akan dibangun di daerah pinggiran. Dalam rangka untuk itu...” (P18, pada hari Kamis tanggal 1 Oktober 2015)

Berdasarkan hasil wawancara tersebut dapat ditarik kesimpulan bahwa fasilitas kesehatan tingkat pertama meliputi puskesmas, klinik pratama, praktik dokter, praktik dokter gigi, dan rumah sakit tipe D pratama tetap bertanggung jawab dalam pelayanan kesehatan yang diberikan meskipun perbandingan rasio dokter dan peserta tidak sesuai dengan standar yang ditetapkan. Keterbatasan sumber daya pada fasilitas kesehatan tingkat pertama tidak mengurangi tanggung jawab fasilitas kesehatan tingkat pertama yang memberikan pelayanan medik non spesialisik pada program Jaminan Kesehatan Nasional. Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 71 Tahun 2013, fasilitas kesehatan tingkat pertama

memiliki kewajiban dalam memberikan pelayanan kesehatan kepada peserta sesuai ketentuan yang berlaku dan memberikan laporan pelayanan sesuai waktu dan jenis yang telah disepakati.

Pendirian klinik-klinik swasta baru dan dokter praktik perorangan di daerah pinggiran dapat membantu dalam pemenuhan kebutuhan fasilitas kesehatan tingkat pertama di Kabupaten Jember. Bentuk tanggung jawab klinik swasta dan dokter praktik perorangan dalam membantu memberikan pelayanan kesehatan di daerah pinggiran yang sangat minim jumlah fasilitas kesehatan tingkat pertama. Diharapkan dengan pembangunan klinik-klinik baru dan pendirian dokter praktik perorangan tersebut dapat meningkatkan pelayanan kesehatan primer di daerah pinggiran. Klinik-klinik baru tersebut dapat melakukan pelayanan promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif sesuai dengan fungsi fasilitas kesehatan tingkat pertama yang telah diamanahkan oleh Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 71 Tahun 2013 tentang pelayanan kesehatan pada program Jaminan Kesehatan Nasional.

#### **4.5. Pengaruh Stakeholder**

Pengaruh merupakan kekuasaan yang dimiliki *stakeholder* untuk mengontrol keputusan yang dibuat, memfasilitasi pelaksanaannya atau dapat pula melakukan pendesakan yang mempengaruhi proses kebijakan yang sedang berlangsung. Pengaruh dipahami sebagai sejauh mana orang-orang, kelompok atau organisasi dapat membujuk atau memaksa orang lain dalam pembuatan keputusan dan mengikuti rangkaian tindakan tertentu.

BPJS Kesehatan sebagai badan penyelenggara jaminan sosial khususnya jaminan kesehatan memiliki tujuan menjamin seluruh peserta mendapatkan manfaat pemeliharaan kesehatan dan perlindungan dalam memenuhi kebutuhan dasar kesehatan. BPJS Kesehatan memiliki kekuasaan dalam penyelenggaraan Jaminan Kesehatan Nasional dengan melakukan kerjasama dengan fasilitas kesehatan tingkat pertama sesuai dengan persyaratan yang telah ditetapkan. Berikut kutipan wawancara dengan BPJS Kesehatan Cabang Jember.

“...sudah sesuaikah rasio dokter dan pesertanya. Kalau masih belum sesuai atau masih berlebih, berarti alternatifnya dia

menambah dokter dan menambah jumlah layanan. Kalau masih belum sesuai rasionalnya, rasionya belum ideal berarti kita harus menambah dokter praktik perorangan atau klinik...” (E151, pada hari Rabu tanggal 24 Juni 2015)

“...Kami coba hitungkan lagi dengan angka kesakitannya dia, angka kunjungannya juga, bapak batas kapasitasnya sekian. Kecuali njenengan berani menambah jam pelayanan akan kami coba hitung lagi. Jadi masih ada yang bisa dikonfirmasi karena kembali lagi pada saat kita kerjasama ada perjanjiannya dituliskan berapa jam pelayanannya. Kalau tidak mampu ya mohon maaf kontrak tidak bisa diperpanjang...” (E303, pada hari Rabu tanggal 24 Juni 2015)

Pernyataan BPJS Kesehatan Cabang Jember terkait dengan kekuasaan dalam kebijakan pemenuhan kebutuhan fasilitas kesehatan tingkat pertama juga didukung oleh beberapa informan lainnya. Berikut kutipan wawancara dengan Dinas Kesehatan Kabupaten Jember dan informan tambahan.

“...Di JKN sendiri BPJS mempunyai kewenangan untuk menjalin kerjasama dengan FKTP yang ada dengan sistem kontrak, ya seperti itu...” (K135, pada hari Juma’at tanggal 19 Juni 2015)

“...Sebenarnya kan kalau dari BPJSnya katanya dulu kan ada pemetaan ya mas...” (N29, pada hari Senin tanggal 29 Juni 2015)

Berdasarkan beberapa pernyataan di atas dapat disimpulkan BPJS Kesehatan Cabang Jember memiliki kekuasaan dalam penyelenggaraan Jaminan Kesehatan Nasional salah satunya yaitu menjalin kerjasama dengan fasilitas kesehatan tingkat pertama di Kabupaten Jember berdasarkan persyaratan-persyaratan yang telah ditetapkan dan mengatur pelaksanaan pelayanan kesehatan di fasilitas kesehatan tingkat pertama. BPJS Kesehatan Cabang Jember dapat lebih intens lagi dalam menjalin kerjasama dengan fasilitas kesehatan di Kabupaten Jember. BPJS Kesehatan diharapkan berkoordinasi lebih intens dengan IDI terkait dengan kebutuhan dokter di Kabupaten Jember. BPJS Kesehatan dapat secara langsung mengeluarkan regulasi-regulasi yang harus ditaati oleh fasilitas kesehatan tingkat pertama, termasuk kepada puskesmas yang merupakan unit pelaksana teknis daerah milik Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota.

Kurangnya kebutuhan fasilitas kesehatan tingkat pertama di Kabupaten Jember merupakan permasalahan dalam pelaksanaan pelayanan kesehatan pada era Jaminan Kesehatan Nasional. Berdasarkan arahan direksi BPJS Kesehatan, rasio ideal dokter dibandingkan dengan jumlah penduduk adalah 1:5.000 dan puskesmas/klinik adalah 1:10.000 dengan asumsi ideal satu puskesmas/klinik memiliki 2 dokter umum. Kurangnya ketersediaan fasilitas kesehatan tingkat pertama seharusnya dapat diatasi dengan adanya kebijakan penambahan fasilitas kesehatan tingkat pertama seperti puskesmas, klinik pratama, atau dokter praktik perorangan.

Kondisi Dinas Kesehatan Kabupaten Jember terdapat keterbatasan sumber daya kesehatan dan moratorium pegawai negeri sipil seharusnya tidak menjadi masalah dalam upaya pemenuhan kebutuhan fasilitas kesehatan tingkat pertama di Kabupaten Jember. Pada program Jaminan Kesehatan Nasional, BPJS Kesehatan memiliki kekuasaan dalam memenuhi kebutuhan fasilitas kesehatan tingkat pertama. Hal yang memungkinkan dapat dilakukan oleh BPJS Kesehatan Cabang Jember adalah mendorong pihak organisasi profesi dokter agar seluruh anggotanya bekerjasama dengan BPJS Kesehatan untuk mendirikan praktik perorangan dan tidak harus berstatus pegawai negeri sipil. BPJS Kesehatan Cabang Jember memiliki kekuasaan dalam menjalin kerjasama dengan fasilitas kesehatan tingkat pertama yang tersedia sesuai dengan persyaratan yang telah ditentukan, termasuk dokter umum yang memungkinkan untuk mendirikan fasilitas kesehatan tingkat pertama jenis praktik perorangan.

Dinas Kesehatan Kabupaten Jember dalam upaya pemenuhan kebutuhan fasilitas kesehatan tingkat pertama secara umum mempunyai kekuasaan dalam perumusan kebijakan teknis dalam penyusunan program pelayanan kesehatan dan pengembangan sumberdaya kesehatan. Berikut pernyataan dari Dinas Kesehatan Kabupaten Jember.

“...Baik usulan tambahan fasilitas, usulan untuk menambah SDM, sumberdaya kesehatan, itu tetap kita lakukan..” (K59, pada hari Jum’at tanggal 19 Juni 2015)

“...kita pasti akan melakukan itu selama ada aturan yang secara eksplisit mengatur...” (AY51, pada hari Rabu tanggal 23 September 2015)

Pernyataan tersebut juga didukung oleh Kepala Puskesmas Kalisat dan Gladak Pakem yang merupakan UPTD di bawah naungan Dinas Kesehatan dan juga BPJS Kesehatan. Berikut pernyataan dari BPJS Kesehatan Cabang Jember, Kepala Puskesmas Kalisat dan Kepala Puskesmas Gladak Pakem.

“...Dalam perencanaannya ke depannya tentu lah, apa itu menginginkan yang sesuai standar, tapi kembali lagi kemampuan masing-masing daerah ...” (AS45, pada hari Sabtu tanggal 27 Juni 2015)

Berdasarkan pernyataan dari beberapa informan dapat disimpulkan bahwa Dinas Kesehatan Kabupaten Jember secara umum memiliki kekuasaan dalam perumusan kebijakan teknis dalam penyusunan program pelayanan kesehatan dan pengembangan sumberdaya kesehatan berdasarkan Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan dan Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah. Dinas Kesehatan Kabupaten Jember dalam upaya pemenuhan kebutuhan fasilitas kesehatan tingkat pertama memiliki keterbatasan dari sisi sumber daya kesehatan, pembiayaan kesehatan, dan kebijakan pemerintah pusat tentang moratorium pegawai negeri sipil.

Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 9 Tahun 2014 tentang Klinik menjelaskan bahwa Dinas Kesehatan memiliki kekuasaan untuk memberikan izin operasional kepada klinik. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 512 Tahun 2007 tentang izin praktik dan pelaksanaan praktik kedokteran juga menjelaskan bahwa Dinas Kesehatan mengeluarkan surat izin praktik bagi dokter dengan beberapa persyaratan tertentu. Fasilitas kesehatan yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan harus memenuhi persyaratan. Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 71 Tahun 2013 tentang pelayanan kesehatan pada Jaminan Kesehatan Nasional, syarat mutlak yang harus dipenuhi fasilitas kesehatan adalah izin praktek atau izin operasional. Berdasarkan peraturan-peraturan tersebut dapat disimpulkan bahwa Dinas Kesehatan memiliki pengaruh dalam upaya pemenuhan fasilitas kesehatan tingkat pertama.

Pengaruh Dinas Kesehatan yaitu memberikan izin praktik dokter dan pendirian klinik. Sebelum klinik pratama dan dokter praktik pribadi tersebut bekerja sama dengan BPJS Kesehatan harus mendapatkan izin operasional dan izin praktik dari Dinas Kesehatan terlebih dahulu. Dalam upaya pemenuhan fasilitas kesehatan tingkat pertama, Dinas Kesehatan Kabupaten Jember telah melakukan upaya untuk memberikan kemudahan dalam izin pendirian dokter praktik pribadi dan klinik pratama dalam rangka pemenuhan kebutuhan fasilitas kesehatan tingkat pertama di Kabupaten Jember. Berdasarkan uraian tersebut, Dinas Kesehatan memiliki pengaruh dalam pemenuhan fasilitas kesehatan tingkat pertama di Kabupaten Jember yaitu dengan memberikan keringanan dalam izin operasional bagi klinik pratama dan izin praktik bagi dokter untuk bekerja sama dengan BPJS Kesehatan.

Dinas Kesehatan Kabupaten Jember tidak memiliki kekuasaan untuk mengatur dokter-dokter yang memiliki Surat Izin Praktek (SIP) tersebut untuk bergabung dengan BPJS Kesehatan Cabang Jember. Dokter Praktik Pribadi maupun Klinik memiliki hak masing-masing untuk bersedia bergabung dengan BPJS Kesehatan Cabang Jember. Hal tersebut dikarenakan tidak adanya regulasi yang secara jelas bagi Dinas Kesehatan Kabupaten Jember untuk mendorong dokter praktik pribadi dan klinik swasta bergabung dengan BPJS Kesehatan.

Ikatan Dokter Indonesia yang merupakan organisasi profesi dokter Indonesia. Dalam kebijakan pemenuhan kebutuhan fasilitas kesehatan tingkat pertama, IDI tidak memiliki pengaruh secara penuh dalam mendorong atau memaksa anggotanya untuk mendirikan dokter praktik perorangan. Berikut kutipan wawancara dengan IDI Cabang Jember.

“...Hanya itu aja sih, seperti yang saya bilang tidak langsung mendorong, ayo kamu ikut ini, tidak begitu. Jadi kan masing-masing personal kan beda-beda ya memandangnya. Ada yang merasa ndak butuh bekerjasama dengan BPJS, ada DPP yang begitu. Jadi kita juga tidak bisa mendorong...” (F27, pada hari Rabu tanggal 30 September 2015)

Berdasarkan hasil wawancara, IDI tidak berhak untuk mendorong atau memaksa dokter-dokter yang menjadi anggotanya untuk mendirikan fasilitas kesehatan tingkat pertama. IDI memiliki usaha untuk bermitra dengan pemerintah

dalam pengembangan kebijakan dan dalam program-program kesehatan serta mengadakan hubungan kerjasama dengan badan-badan lain yang mempunyai tujuan yang sama atau selaras, pemerintah atau swasta, di dalam negeri atau di luar negeri. Pada peraturan terkait Jaminan Kesehatan Nasional, IDI juga tidak memiliki kekuasaan dalam kebijakan pemenuhan kebutuhan fasilitas kesehatan tingkat pertama. Kesimpulan yang dapat ditarik terkait kekuasaan IDI dalam pemenuhan kebutuhan fasilitas kesehatan tingkat pertama adalah IDI tidak memiliki kekuasaan untuk memaksa atau mendorong dokter-dokter yang menjadi anggotanya untuk mendirikan fasilitas kesehatan tingkat pertama.

Terkait kesediaan kerjasama antara fasilitas kesehatan tingkat pertama dengan BPJS Kesehatan tersebut kembali ke masing-masing fasilitas kesehatan tingkat pertama. IDI dan beberapa organisasi profesi tidak memiliki kekuasaan dalam mendorong atau memaksa anggotanya untuk bekerja sama dengan BPJS Kesehatan. Berdasarkan hasil wawancara, banyak faktor yang mempengaruhi kesediaan dokter dalam mendirikan fasilitas kesehatan tingkat pertama antara lain besaran kapitasi yang kurang memadai, keterbatasan sumberdaya, dan penempatan fasilitas kesehatan tingkat pertama yang menyebar ke pelosok. Fasilitas kesehatan tingkat pertama saat ini menumpuk di daerah perkotaan saja dan sebagian besar dokter berdomisili di daerah perkotaan. Apabila dokter tersebut ingin mengajukan izin untuk mendirikan fasilitas kesehatan tingkat pertama maka harus rela untuk berpraktik di daerah perifer. Hal tersebut juga tidak dapat dipaksakan oleh IDI selaku organisasi profesi kedokteran di Indonesia.

Fasilitas kesehatan tingkat pertama meliputi puskesmas, klinik, praktik dokter, praktik dokter gigi, dan rumah sakit tipe D pratama, sebagai pemberi pelayanan kesehatan pada program Jaminan Kesehatan Nasional tidak memiliki kekuasaan dalam kebijakan pemenuhan kebutuhan fasilitas kesehatan tingkat pertama. Berikut kutipan wawancara dengan informan.

“...Nah kembali lagi ini kebijakan pemerintah daerah, ya (dengan tertawa) kembali ke kebijakan pemerintah daerah...”  
(S36, pada hari Rabu tanggal 24 Juni 2015)

“...kan ada juga yang berpraktik swasta mungkin punya keinginan menjalin kerjasama dengan BPJS. Itu kan memang

keinginan dari masing-masing...” (AY6, pada hari Rabu tanggal 23 September 2015)

“...Sama halnya dengan yang lain ya mas. Kita tidak bisa memaksakan mendorong juga klinik yang ada disitu untuk ayo ikut gitu. Itu semua kembali ke hak masing-masing...” (P21, pada hari Kamis tanggal 1 Oktober 2015)

Fasilitas kesehatan tingkat pertama dapat memilih untuk bergabung dengan BPJS Kesehatan atau tidak. Peraturan Presiden Nomor 12 Tahun 2013 pasal 36 ayat 2 dan 3 menjelaskan fasilitas kesehatan milik pemerintah dan pemerintah daerah yang memenuhi persyaratan wajib bekerja sama dengan BPJS Kesehatan, serta fasilitas kesehatan milik swasta yang memenuhi persyaratan dapat menjalin kerjasama dengan BPJS Kesehatan. Puskesmas selaku UPTD Dinas Kesehatan wajib menjalin kerjasama dengan BPJS Kesehatan, akan tetapi klinik swasta dan praktik dokter memiliki hak untuk bekerja sama atau tidak. Persyaratan yang harus dipenuhi oleh fasilitas kesehatan tingkat pertama terdiri atas (Pasal 6 Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 71 Tahun 2013 tentang pelayanan kesehatan pada Jaminan Kesehatan Nasional) :

- a. Praktik Dokter atau Dokter Gigi harus memiliki:
  1. Surat izin praktik
  2. Nomor Pokok Wajib Pajak (NPWP)
  3. Perjanjian kerjasama dengan laboratorium, apotek, dan jejaring lainnya
  4. Surat pernyataan kesediaan mematuhi ketentuan yang terkait dengan Jaminan Kesehatan Nasional.
- b. Puskesmas atau yang setara harus memiliki:
  1. Surat Izin Operasional
  2. Surat Izin Praktik (SIP) bagi dokter/dokter gigi, Surat Izin Praktik Apoteker (SIPA) bagi Apoteker, dan Surat Izin Praktik atau Surat Izin Kerja (SIP/SIK) bagi tenaga kesehatan lain
  3. Perjanjian kerjasama dengan jejaring jika diperlukan
  4. Surat pernyataan kesediaan mematuhi ketentuan yang terkait dengan Jaminan Kesehatan Nasional.



- c. Klinik Pratama atau yang setara harus memiliki:
1. Surat Izin Operasional
  2. Surat Izin Praktik (SIP) bagi dokter/dokter gigi dan Surat Izin Praktik atau Surat Izin Kerja (SIP/SIK) bagi tenaga kesehatan lain
  3. Surat Izin Praktik Apoteker (SIPA) bagi Apoteker dalam hal Klinik menyelenggarakan pelayanan kefarmasian
  4. Nomor Pokok Wajib Pajak (NPWP)
  5. Perjanjian kerjasama dengan jejaring jika diperlukan
  6. Surat pernyataan kesediaan mematuhi ketentuan yang terkait dengan Jaminan Kesehatan Nasional.
- d. Rumah Sakit kelas D Pratama atau yang setara harus memiliki:
1. Surat Izin Operasional
  2. Surat Izin Praktik (SIP) bagi tenaga kesehatan yang berpraktik
  3. Nomor Pokok Wajib Pajak (NPWP)
  4. Perjanjian kerjasama dengan jejaring jika diperlukan
  5. Surat pernyataan kesediaan mematuhi ketentuan yang terkait dengan Jaminan Kesehatan Nasional.

Berdasarkan hasil wawancara dan melihat peraturan di atas dapat disimpulkan bahwa fasilitas kesehatan tingkat pertama selain puskesmas dan fasilitas kesehatan milik pemerintah memiliki hak untuk bekerjasama dengan BPJS Kesehatan maupun tidak.

Dinas Kesehatan tidak dapat memaksa dokter-dokter dan klinik yang tersedia di Kabupaten Jember untuk bergabung dengan BPJS Kesehatan. Dokter praktik pribadi dan klinik yang tersedia di Jember memiliki pertimbangan-pertimbangan tersendiri untuk bergabung dengan BPJS Kesehatan antara lain besaran kapitasi yang tidak sesuai, sulitnya mencari peserta yang akan mendaftar di fasilitas kesehatan tingkat pertama untuk klinik dan dokter praktik pribadi. Dokter praktik pribadi dan klinik swasta tersebut di luar kendali Dinas Kesehatan maupun IDI dan belum terdapat regulasi yang jelas untuk mewajibkan seluruh fasilitas kesehatan yang tersedia agar bergabung dengan BPJS Kesehatan. Diharapkan dengan adanya regulasi yang mewajibkan dokter-dokter praktik dan

klinik swasta dapat memenuhi kebutuhan fasilitas kesehatan tingkat pertama yang dapat melayani peserta Jaminan Kesehatan Nasional di Kabupaten Jember.

#### 4.6. Risiko dan Antisipasi Manajemen Risiko

Keberhasilan penentuan kebijakan sebagian bergantung pada keabsahan asumsi yang dibuat oleh beberapa *stakeholder* yang berwenang dalam kebijakan dan risiko-risiko yang akan dihadapi dalam kebijakan tersebut. Beberapa risiko berasal dari konflik kepentingan. Risiko potensial yang signifikan terutama datang dari *stakeholder* yang memiliki *high influence* dan kepentingannya mungkin terganggu atau tidak terlalu menjadi prioritas dalam kebijakan.

Kebijakan pemenuhan kebutuhan fasilitas kesehatan tingkat pertama tentu memberikan dampak positif maupun dampak negatif. Berdasarkan hasil wawancara dengan Kepala Puskesmas Gladak Pakem beberapa dampak yang muncul akibat kurangnya jumlah FKTP antara lain, antrian di Puskesmas menumpuk, peserta tidak dapat menerima pelayanan yang komprehensif, dan mengakibatkan mutu pelayanan di FKTP juga turun. Pernyataan dari Kepala Puskesmas Gladak Pakem adalah sebagai berikut.

“...yang antriannya segitu banyaknya nanti kan tidak. Pasien akan ada waktu untuk konsultasi...” (AS67, pada hari Sabtu tanggal 27 Juni 2015)

“...Pelayanannya seperti itu. Pasien bertanya aja, pasien berkonsultasi aja nggak sempet. Apa lagi ya, mutu pelayanan nah kembali lagi kesitu...” (AS58, pada hari Sabtu tanggal 27 Juni 2015)

Berdasarkan pernyataan beberapa informan di atas dapat disimpulkan bahwa risiko yang muncul apabila kebijakan pemenuhan kebutuhan fasilitas kesehatan tidak dilaksanakan adalah terjadi penurunan mutu pelayanan di fasilitas kesehatan tingkat pertama seperti, antrian di Puskesmas menumpuk, peserta tidak dapat menerima pelayanan yang komprehensif, dan mengakibatkan mutu pelayanan di FKTP juga turun.

Pelayanan Kesehatan berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 71 Tahun 2013 tentang pelayanan kesehatan pada Jaminan Kesehatan Nasional harus

melaksanakan pelayanan kesehatan yang komprehensif berupa pelayanan promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif yang bermutu. Berdasarkan hasil wawancara dengan beberapa informan terkait dengan risiko yang muncul apabila kebijakan pemenuhan kebutuhan fasilitas kesehatan tingkat pertama tidak dilaksanakan dapat bertentangan dengan amanah Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 71 Tahun 2013 tersebut. Beberapa permasalahan yang muncul antara lain penurunan kualitas pelayanan di fasilitas kesehatan tingkat pertama yang memiliki peserta melebihi rasio dan antrian yang panjang dalam pelayanan. Penurunan kualitas pelayanan yang dimaksud antara lain pasien tidak bisa konsultasi secara mendalam dengan dokter. Pasien hanya datang dan diberikan obat tanpa bisa berkonsultasi dengan dokter. Peran fasilitas kesehatan tingkat pertama dalam sistem pelayanan kesehatan menjadi tidak optimal dan kepuasan peserta juga menjadi rendah.

Berdasarkan hasil wawancara dengan beberapa informan, risiko yang mungkin muncul apabila penerapan kebijakan pemenuhan kebutuhan FKTP di Kabupaten Jember adalah konflik kepentingan antar fasilitas kesehatan tingkat pertama.

“...seandainya itu FKTPnya berjubel itu tadi sekali lagi andai kata itu ada maka reaksi negatifnya itu mungkin aja muncul itu tadi ya, karena ada konflik kepentingan itu di antara FKTP-FKTP itu...” (K217, pada hari Jumat tanggal 19 Juni 2015)

“...kalau jadi rebutan peserta, mereka nanti khawatirnya pendapatannya akan menurun...” (E259, pada hari Rabu tanggal 24 Juni 2015)

“...Jadi kalau kita bicara negatifnya dimana dia jumlah kepesertaan BPJSnya berkurang tadi kan, dana yang diterima juga akan berkurang...” (AS64, pada hari Sabtu tanggal 27 Juni 2015)

Berdasarkan kutipan wawancara dengan beberapa informan, reaksi negatif yang muncul terkait kebijakan pemenuhan kebutuhan FKTP tersebut yaitu adanya konflik kepentingan antar FKTP yaitu terkait perebutan kepesertaan. Berdasarkan beberapa pernyataan di atas dapat disimpulkan apabila kebijakan pemenuhan kebutuhan fasilitas kesehatan tingkat pertama di Kabupaten Jember dilaksanakan dapat menimbulkan konflik kepentingan antar FKTP yaitu terkait perebutan

kepesertaan yang dapat mempengaruhi dana kapitasi di masing-masing fasilitas kesehatan tingkat pertama. Jumlah kepesertaan di FKTP tentu berpengaruh terhadap pendapatan kapitasi yang diterima.

Antisipasi reaksi negatif tersebut, Dinas Kesehatan juga akan mengatur terkait jarak antar fasilitas kesehatan yang akan didirikan di Kabupaten Jember. Peraturan Bupati Nomor 41 tahun 2014 tentang pengaturan jarak antar fasilitas kesehatan. Peraturan Bupati tersebut mengatur jarak antar fasilitas kesehatan untuk kecamatan kota minimal 500 meter, dan di kecamatan non kota minimal 1 kilometer. Peraturan tersebut diharapkan meminimalisir adanya perebutan kepesertaan antar fasilitas kesehatan tingkat pertama di Kabupaten Jember. Pengaturan jarak tersebut bertentangan dengan acuan dari BPJS Kesehatan yang menyatakan bahwa rasio yang ideal adalah jumlah fasilitas kesehatan dibanding dengan jumlah penduduk. Rasio ideal menurut BPJS Kesehatan yaitu satu dokter melayani 5.000 penduduk dan bukan pada jarak antar fasilitas kesehatan. Pernyataan dari BPJS Kesehatan Cabang Jember adalah sebagai berikut.

“...kalau umpamanya jarak itu yang saya sampaikan tadi ya, jarak terus penduduknya kalau banyak Alhamdulillah. Tapi kalau penduduknya sedikit? orang yang mendirikan fasilitas kesehatan itu ada yang diinvestasikan, ada yang dikomitmenin, kita harus komitmen...” (E226, pada hari Rabu tanggal 24 Juni 2015)

Layanan kesehatan yang berkualitas dan tersedia dalam jarak tempuh relatif singkat merupakan kunci keberhasilan dari penyelenggaraan Jaminan Kesehatan Nasional. Dalam UU No. 40 tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional telah ditetapkan bahwa BPJS Kesehatan akan membayar fasilitas kesehatan milik pemerintah maupu milik swasta dengan kesepakatan tarif untuk suatu wilayah. Fasilitas kesehatan tingkat pertama akan dibayar dengan tarif orang per orang setiap bulan (kapitasi). Penetapan tarif yang sama untuk seluruh fasilitas kesehatan di suatu wilayah, maka akan terjadi persaingan dalam mutu pelayanan. Kebijakan pemenuhan kebutuhan fasilitas kesehatan tingkat pertama seharusnya bukan menjadi ancaman bagi fasilitas kesehatan lain khususnya pada aspek kepesertaan. Fasilitas kesehatan tingkat pertama seharusnya berlomba dalam meningkatkan mutu pelayanan mereka. Pelayanan yang baik akan memberikan

kepuasan kepada peserta sehingga akan berkunjung kembali ke fasilitas kesehatan tersebut apabila mengalami masalah kesehatan.

Kepentingan merupakan prioritas kebutuhan dalam memenuhi kebutuhan. Pemangku kepentingan memiliki kepentingan, kekuasaan dan kapasitas yang berbeda dan terbatas untuk mempengaruhi keputusan. Berdasarkan penilaian risiko *stakeholder* terhadap kebijakan di atas, dapat disimpulkan bahwa respon *stakeholder* kunci adalah belum sepenuhnya mendukung adanya kebijakan pemenuhan kebutuhan FKTP di Kabupaten Jember. Dinas Kesehatan selaku pemangku kepentingan kunci lebih memprioritaskan terkait pola penyebaran fasilitas kesehatan tingkat pertama dan peningkatan sumber daya kesehatan. BPJS Kesehatan berupaya mengajak pihak swasta dalam untuk mendirikan klinik. BPJS Kesehatan juga berupaya untuk bekerja sama dengan organisasi profesi dokter dalam upaya untuk mendirikan dokter praktik perorangan dalam pemenuhan kebutuhan fasilitas kesehatan tingkat pertama di Kabupaten Jember. Pemerintah Kabupaten Jember dalam hal ini Dinas Kesehatan sebagai lembaga eksekutif memiliki kepentingan, pengaruh, serta kekuasaan dalam menentukan kebijakan tersebut.

## BAB 5. PENUTUP

### 5.1. Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian tentang analisis *stakeholder* dalam kebijakan pemenuhan kebutuhan fasilitas kesehatan tingkat pertama di Kabupaten Jember, maka dapat diambil kesimpulan sebagai berikut.

- a. Kebutuhan jumlah fasilitas kesehatan tingkat pertama yang harus bekerja sama dengan BPJS Kesehatan pada tahun 2015 berdasarkan rasio ideal adalah 494 dokter, atau 241 puskesmas/klinik pratama, atau 249 dokter umum dan 123 puskesmas/klinik.
- b. *Stakeholder* primer dalam pemenuhan kebutuhan fasilitas kesehatan tingkat pertama di Kabupaten Jember adalah Dinas Kesehatan Kabupaten Jember dan BPJS Kesehatan Cabang Jember. *Stakeholder* sekunder yaitu pihak swasta atau investor, Perhimpunan Klinik dan Fasilitas Pelayanan Kesehatan Primer Indonesia, dan organisasi profesi kedokteran atau IDI.
- c. BPJS Kesehatan memiliki kepentingan yang paling kuat dalam kebijakan pemenuhan kebutuhan fasilitas kesehatan tingkat pertama bagi pesertanya untuk menjamin pelayanan kesehatan yang komprehensif bagi peserta JKN. BPJS Kesehatan Cabang Jember telah menyampaikan kebutuhan FKTP tersebut kepada Dinas Kesehatan dan IDI. Dinas Kesehatan sebagai *regulator* pelayanan kesehatan telah membantu BPJS Kesehatan dalam pemenuhan kebutuhan fasilitas kesehatan tingkat pertama melakukan upaya dengan menambah 1 puskesmas baru dan menambah 42 dokter umum untuk memenuhi kebutuhan FKTP pada di Kabupaten Jember.
- d. BPJS Kesehatan memiliki pengaruh yang paling kuat dalam kebijakan pemenuhan kebutuhan fasilitas kesehatan tingkat pertama. BPJS Kesehatan dapat menjalin kerjasama dengan dokter-dokter dan klinik pratama maupun mengajak pihak swasta yang berada di Kabupaten Jember untuk mendirikan klinik-klinik baru dan bekerja dengan BPJS Kesehatan. Dinas Kesehatan sebagai perumus kebijakan teknis dalam penyusunan program pelayanan kesehatan, memiliki kekuasaan untuk memberikan perizinan pendirian

puskesmas, klinik pratama, dan dokter praktik pribadi sebelum menjalin kerjasama dengan BPJS Kesehatan. Dokter praktik pribadi dan klinik pratama memiliki hak dan beberapa pertimbangan tertentu untuk memilih bekerjasama atau tidak dengan BPJS Kesehatan.

- e. Risiko yang mungkin muncul apabila kebijakan pemenuhan kebutuhan fasilitas kesehatan tingkat pertama tidak dilakukan adalah antrian di Puskesmas menumpuk, peserta tidak dapat menerima pelayanan yang komprehensif, dan mengakibatkan mutu pelayanan di FKTP juga turun. Risiko yang mungkin muncul apabila kebijakan pemenuhan kebutuhan fasilitas kesehatan tingkat pertama dilakukan adalah konflik kepentingan antar fasilitas kesehatan tingkat pertama yaitu terkait perebutan kepesertaan. Antisipasi manajemen risiko yang dilakukan Dinas Kesehatan Kabupaten Jember dan BPJS Kesehatan Cabang Jember akan melakukan *mapping* fasilitas kesehatan yang akan berdiri.

## 5.2. Saran

Berdasarkan hasil pembahasan maka dapat diberikan saran-saran dengan harapan dapat memberikan masukan yang bermanfaat bagi pemenuhan kebutuhan fasilitas kesehatan tingkat pertama, antara lain:

- a. Bagi Pemerintah Daerah dan Dinas Kesehatan Kabupaten Jember

Dinas Kesehatan Kabupaten Jember dapat mengeluarkan kebijakan untuk menghimbau dokter praktik pribadi dan klinik swasta yang telah memiliki izin operasional untuk bekerja sama dengan BPJS Kesehatan sesuai dengan persyaratan yang ditentukan sehingga kebutuhan FKTP dapat terpenuhi. Dinas Kesehatan terus berupaya untuk membimbing fasilitas kesehatan yang telah ada agar sesuai dengan syarat kredensialing BPJS Kesehatan. Dinas Kesehatan melalui Asosiasi Dinas Kesehatan perlu mendorong Kementerian Kesehatan untuk menerbitkan peraturan perundangan terkait peran dan fungsi Dinas Kesehatan dalam regulasi dan pengawasan sistem kesehatan termasuk kegiatan BPJS Kesehatan dan pelaksanaan JKN di daerah.

b. Bagi BPJS Kesehatan Cabang Jember

BPJS Kesehatan dengan melihat keterbatasan yang ada diharapkan memberikan toleransi rasio jumlah penduduk dengan jumlah fasilitas kesehatan tingkat pertama hingga tahun 2019. BPJS Kesehatan diharapkan lebih intens dalam mengajak dan menjalin kerjasama dengan praktik dokter dan klinik swasta yang tersedia di Kabupaten Jember dengan cara memberikan kemudahan dalam *kredensialing* FKTP. BPJS Kesehatan juga tetap melakukan seleksi sesuai dengan persyaratan dan melakukan *mapping* fasilitas kesehatan tingkat pertama secara merata dengan mempertimbangkan kecukupan antara jumlah FKTP dengan peserta yang dilayani sehingga terjadi pemerataan baik jumlah FKTP maupun kualitas pelayanan FKTP di seluruh wilayah Kabupaten Jember.

c. Bagi Peneliti Selanjutnya

Peneliti selanjutnya dapat menganalisis *stakeholder* lain yang dapat membantu dalam pemenuhan kebutuhan FKTP serta mengkaji terkait kebijakan pendistribusian kembali (redistribusi) peserta Jaminan Kesehatan Nasional di Kabupaten Jember agar terjadi pemerataan peserta sesuai dengan rasio ideal jumlah FKTP dan jumlah penduduk agar pelayanan yang diberikan berjalan dengan optimal. Peneliti selanjutnya juga dapat mengkaji terkait faktor-faktor yang menyebabkan praktik dokter dan klinik swasta belum bekerja sama dengan BPJS Kesehatan.



**DAFTAR PUSTAKA**

- Abdurrahman. 2012. “Kebijakan Pemerintah Daerah dalam Pelayanan Kesehatan Masyarakat di Kecamatan Bacan Tengah Kabupaten Halmahera Selatan”. Tidak Diterbitkan. *Skripsi*. Makassar: Universitass Hasanuddin
- Akmaludin. 2005. “Kebijakan Pemerintah tentang Pembiayaan Pendidikan Dasar pada Era Otonomi Daerah”. Tidak Diterbitkan. *Skripsi*. Jakarta: UIN Syarif Hidayatullah
- Arikunto, S. 2006. *Prosedur Penelitian Suatu Pendekatan Praktik, Edisi Revisi VI*. Jakarta: Penerbit PT Rineka Cipta
- Ayuningtyas, D. 2014. *Kebijakan Kesehatan Prinsip dan Praktek*. Jakarta: Rajawali Pers
- BPJS Kesehatan. “Panduan Praktis *Gate Keeper Concept* Faskes BPJS Kesehatan”. Diterbitkan. *Buletin*. Jakarta: BPJS Kesehatan
- BPJS Kesehatan. 2014. “KIS Tidak Tumpang Tindih dengan Kartu BPJS Kesehatan”. Diterbitkan. *Buletin*. Jakarta: BPJ Kesehatan
- BPJS Kesehatan. 2014. “Laporan Kinerja Semester I BPJS: UKP4 Berikan Nilai Baru untuk Kinerja BPJS Kesehatan”. Diterbitkan. *Buletin*. Jakarta: BPJS Kesehatan
- Bungin, B. 2003. *Analisis Data Penelitian Kualitatif, Pemahaman Filosofis, dan Metodologis ke Arah Penguasaan Model Aplikasi*. Jakarta: PT. Raja Grafindo Persada
- Bungin, B. 2007. *Penelitian Kualitatif : Komunikasi, Ekonomi, Kebijakan Publik, dan Ilmu Sosial*. Jakarta: Kencana Prenama Media Group
- Buse, et al. 2005. *Making Health Policy*. New York: Open University Press
- Dunn, W.N. 2003. *Pengantar Analisis Kebijakan Publik Edisi Kedua*. Yogyakarta: Gadjah Mada University Press
- Fajriadinur. 2014. “Gambaran Pelaksanaan JKN dalam Sudut Pandang BPJS Kesehatan”. Tidak Diterbitkan. *Prosiding*. Jakarta.

- Fakultas Kesehatan Masyarakat. 2015. *Pedoman Penulisan Skripsi*. Jember: Universitas Jember
- Faqih, D.M. 2015. “Perkembangan Terkini Dokter (Faskes) Layanan Primer di Era JKN”. Tidak Diterbitkan. *Prosiding*. Jakarta.
- Health Policy and Management. 2015. Peran dan Posisi Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota dan Propinsi dalam Era BPJS Kesehatan. <https://efraimugm.wordpress.com/>. [serial online]. [3 Agustus 2015]
- Idris, Fachmi. 2014. *Evaluasi Pelaksanaan JKN*. Jakarta: BPJS Kesehatan
- Juliwanto. 2009. “Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Keputusan Memilih Penolong Persalinan Pada Ibu Hamil di Kecamatan Babul Rahmah Kabupaten Aceh Tenggara Tahun 2008”. Tidak Diterbitkan. *Tesis*. Medan: Universitas Sumatera Utara
- Kementerian Kesehatan RI. 2014. *Buku Pegangan Sosialisasi Jaminan Kesehatan Nasional dalam Sistem Jaminan Sosial Nasional*. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI
- Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 128/MENKES/SK/II/2004. 2004. *Kebijakan Dasar Pusat Kesehatan Masyarakat*
- Khudhori. 2012. “Analisis Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Keputusan Pemilihan Tempat Persalinan Pasien Poliklinik Kandungan dan Kebidanan Rumah Sakit IMC Bintaro Tahun 2012”. Tidak Diterbitkan. *Tesis*. Depok: Universitas Indonesia
- Misnaniarti. 2013. “Analisis Kebijakan Pemerintah Daerah dalam Pengembangan Jaminan Sosial Kesehatan Sumatera Selatan Semesta Menyambut *Universal Health Coverage*”. Diterbitkan. *Jurnal Kebijakan Kesehatan Indonesia Volume 02: 118-125*.
- Moleong, J. 2010. *Metode Penelitian Kualitatif*. Bandung: PT. Remaja Rosdakarya
- Murti, B. 2010. Strategi untuk Mencapai Cakupan Universal Pelayanan Kesehatan di Indonesia. Tidak Diterbitkan. *Prosiding*. Surakarta
- Notoatmodjo, S. 2010. *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta
- Nugroho, R.D. 2008. *Public Policy*. Jakarta: PT. Elex Media Komputindo
- Peraturan Direksi BPJS Kesehatan Nomor 211. 2014. *Petunjuk Teknis Pendaftaran dan Penjaminan Peserta Perorangan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan*.

- Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 5. 2014. *Panduan Praktik Klinis Bagi Dokter di Fasilitas Pelayanan Kesehatan Primer*
- Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 9. 2014. *Klinik*
- Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 19. 2014. *Penggunaan Dana Kapitasi Jaminan Kesehatan Nasional untuk Jasa Pelayanan Kesehatan dan Dukungan Biaya Operasional pada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama Milik Pemerintah Daerah.*
- Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 28. 2014. *Pedoman Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Nasional*
- Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 59. 2014. *Standar Tarif Pelayanan Kesehatan dalam Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan.*
- Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 71. 2013. *Pelayanan Kesehatan pada Jaminan Kesehatan Nasional.*
- Peraturan Presiden RI Nomor 12. 2013. *Jaminan Kesehatan.*
- Peraturan Presiden RI Nomor 32. 2014. *Pengelolaan dan Pemanfaatan Dana Kapitasi Jaminan Kesehatan Nasional pada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama Milik Pemerintah Daerah.*
- PT Askes Regional I. 2014. “Menyambut SJSN: Kebijakan BPJS Kesehatan pada Dokter Layanan Primer”. Tidak Diterbitkan. *Prosiding*. Jakarta: PT. Askes Indonesia.
- Rachmanita, F. 2014. “Problematika Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) di Era JKN”. Tidak Diterbitkan. *Prosiding*. Surabaya
- Ratnaningsih, E. 2013. *Akses Layanan Kesehatan*. Jakarta: PT. Raja Grafindo Persada
- Rerey, dkk. 2012. “Model Minat Ibu Memilih Tempat Bersalin di Wilayah Kerja Puskesmas Sentani Kabupaten Jayapura Tahun 2012”. Diterbitkan. *Jurnal*. Yogyakarta: Universitas Respati
- Siswandi. 2014. “Peran BPJS Kesehatan dalam Penjaminan Kesehatan Dasar”. Tidak Diterbitkan. *Prosiding*. Yogyakarta
- Siswanto, dkk. 2007. “Kebijakan Pemerintah Daerah Kota Metro Terhadap Persyaratan Perizinan Pendirian Apotek”. Diterbitkan. *Jurnal*. Lampung: Universitas Lampung

- Sugiyono, 2012. *Metode Penelitian Kuantitatif Kualitatif dan R & D*. Bandung: Alfabeta
- Sugiyono, 2013. *Memahami Penelitian Kualitatif*. Bandung: Alfabeta
- Suharto, Edi. 2005. *Analisis Kebijakan Publik: Panduan Praktis Mengkaji Masalah dan Kebijakan Sosial*. Bandung: Alfabeta
- Sulistyo, dkk. 2015. Dalam era JKN: Apakah Dinas Kesehatan Kabupaten/ Kota hanya akan berperan sebagai “kontraktor” BPJS? <http://manajemen-pelayanankesehatan.net/index.php/component/content/article/74-kaleidoskop/1075-outlook-dinas-kesehatan-di-tahun-2015>. [serial online]. [3 Agustus 2015]
- Tim Nasional Percepatan Penanggulangan Kemiskinan. 2014. “Peran Pemerintah Daerah dalam Implementasi Jaminan Kesehatan Nasional (JKN)”. Tidak Diterbitkan. *Prosiding*. Jakarta
- Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN)
- Widodo, J. 2006. *Analisis Kebijakan Publik*. Malang: Bayumedia Publishing
- Winarno, Budi. 2007. *Kebijakan Publik: Teori dan Proses, Edisi Revisi*. Yogyakarta: Media Pressindo
- Winarno, Budi. 2008. *Teori dan Kebijakan Publik*. Yogyakarta: Media Press
- Yandrizal, Suryani. 2015. “Analisis Peran Pemerintah Daerah terhadap Ketersediaan Fasilitas Kesehatan pada Pelaksanaan Jaminan Kesehatan Nasional di Provinsi Bengkulu”. Diterbitkan. *Jurnal*. Bengkulu: Universitas Andalas
- Yasa, IMP. 2014. “Pelayanan Kesehatan di Era Jaminan Kesehatan Nasional”. Tidak Diterbitkan. *Prosiding*. Surabaya
- Sindo. 2014. *Penumpukan Pasien di Puskesmas BPJS Perlu Gelar Pemetaan Faskes*. <http://keuda.kemendagri.go.id/berita/detail/1633-penumpukan-pasien-di-puskesmas---bpjs-perlu-gelar-pemetaan-faskes>. [serial online]. [24 April 2015]
- Pusat Pembiayaan dan Jaminan Kesehatan Sekretariat Jenderal Kementerian Kesehatan RI. *Jaminan Kesehatan Nasional Untuk Indonesia Lebih Sehat*. <http://www.jkn.kemkes.go.id/detailfaq.php?id=1>. [24 April 2015]

## Lampiran A

**LEMBAR PERSETUJUAN*****INFORMED CONSENT***

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : .....  
Alamat : .....  
Instansi : .....  
No. Telp/HP : .....

Menyatakan bersedia menjadi informan penelitian dari:

Nama : Mohammad Alfian Yuliansyah  
NIM : 112110101129  
Instansi : Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas  
Jember  
Judul : “Analisis *Stakeholder* dalam Kebijakan  
Pemenuhan Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama  
pada Program Jaminan Kesehatan Nasional di  
Kabupaten Jember”

Persetujuan ini saya buat secara sukarela dan tanpa paksaan dari pihak manapun. Saya telah diberikan penjelasan mengenai penelitian dan saya telah diberikan kesempatan untuk bertanya mengenai hal-hal yang belum saya mengerti. Dengan ini saya menyatakan bahwa saya memberikan jawaban dengan sejujur-jujurnya.

Jember, Juni 2015  
Informan

(.....)



---

## B. Lembar Panduan Wawancara untuk Informan Utama

Judul : “Analisis *Stakeholder* dalam Kebijakan Pemenuhan Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama pada Program Jaminan Kesehatan Nasional di Kabupaten Jember”

Tanggal Wawancara : .....

Panduan Wawancara:

- a. Mohon dengan hormat bantuan dan kesediaan Bapak/Ibu dalam menjawab seluruh pertanyaan yang ada.
- b. Mohon jawab pertanyaan dengan jujur dan sesuai dengan hati nurani.

---

### Identifikasi *Stakeholder*

1. Informan/instansi merupakan *stakeholder* dalam kebijakan pemenuhan kebutuhan FKTP
2. *Stakeholder* lain dalam kebijakan tentang pemenuhan kebutuhan fasilitas kesehatan tingkat pertama pada program Jaminan Kesehatan Nasional di Kabupaten Jember
3. Peran masing-masing *stakeholder* dalam kebijakan tentang pemenuhan kebutuhan fasilitas kesehatan tingkat pertama di Kabupaten Jember

### Identifikasi Kepentingan

4. Kepentingan informan dan instansi dalam upaya pemenuhan kebutuhan fasilitas kesehatan tingkat pertama (FKTP).
5. Posisi informan dan instansi dalam upaya pemenuhan kebutuhan fasilitas kesehatan tingkat pertama (FKTP)
6. Tanggung jawab informan dan instansi dalam upaya pemenuhan kebutuhan fasilitas kesehatan tingkat pertama (FKTP)



### **Identifikasi Pengaruh Pemangku Kepentingan Teridentifikasi**

7. Kekuasaan informan dan instansi dalam pemenuhan kebutuhan fasilitas kesehatan tingkat pertama.
8. Dampak/pengaruh dari kebijakan pemenuhan kebutuhan fasilitas kesehatan tingkat pertama.
9. Upaya mengatasi permasalahan

### **Identifikasi Risiko dan Antisipasi Manajemen Risiko**

10. Peran dan reaksi informan dan instansi jika ingin kebijakan tersebut dibuat dan dilaksanakan.
11. Reaksi negatif atau dampak yang muncul jika terdapat kebijakan pemenuhan kebutuhan fasilitas kesehatan tingkat pertama (FKTP)



---

### C. Lembar Panduan Wawancara untuk Informan Tambahan

Judul : “Analisis *Stakeholder* dalam Kebijakan Pemenuhan Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama pada Program Jaminan Kesehatan Nasional di Kabupaten Jember”

Tanggal Wawancara : .....

Panduan Wawancara:

- a. Mohon dengan hormat bantuan dan kesediaan Bapak/Ibu dalam menjawab seluruh pertanyaan yang ada.
- b. Mohon jawab pertanyaan dengan jujur dan sesuai dengan hati nurani.

---

#### Identifikasi Pemangku Kepentingan

1. Konfirmasi jumlah FKTP di Kabupaten Jember ini memang benar kurang
2. Pihak yang bertanggung jawab dalam pemenuhan kebutuhan FKTP
3. Konfirmasi bahwa informan dan instansi juga merupakan pemangku kepentingan dalam kebijakan tentang pemenuhan kebutuhan fasilitas kesehatan tingkat pertama pada program Jaminan Kesehatan Nasional di Kabupaten Jember

#### Identifikasi Kepentingan

4. Kepentingan informan dan instansi dalam upaya pemenuhan kebutuhan fasilitas kesehatan tingkat pertama (FKTP).
5. Posisi informan dan instansi dalam upaya pemenuhan kebutuhan fasilitas kesehatan tingkat pertama (FKTP)
6. Tanggung jawab informan dan instansi dalam upaya pemenuhan kebutuhan fasilitas kesehatan tingkat pertama (FKTP)

#### Identifikasi Pengaruh Pemangku Kepentingan Teridentifikasi

7. Kekuasaan informan dan instansi dalam pemenuhan kebutuhan FKTP
8. Informan dan instansi apakah mendapatkan pengaruh jika terjadi penumpukan atau kekurangan pasien (peserta BPJS) yang terdaftar di masing-masing FKTP







9. Kepentingan *stakeholder* mana yang paling dekat dengan tujuan kebijakan tersebut

**Identifikasi Risiko dan Antisipasi Manajemen Risiko**

10. Reaksi negatif yang muncul akibat pemenuhan kebutuhan fasilitas kesehatan tingkat pertama (FKTP) dari berbagai pihak
11. Apa dampak yang dirasakan bagi informan dan instansi nantinya jika kebijakan tersebut dilaksanakan?

**Lampiran D. Surat Ijin Penelitian Badan Kesatuan Bangsa dan Politik  
Kabupaten Jember**

 <p><b>PEMERINTAH KABUPATEN JEMBER</b> <b>BADAN KESATUAN BANGSA DAN POLITIK</b> Jalan Letjen S Parman No. 89 ☎ 337853 Jember</p>	
<p>K e p a d a</p> <p>Yth. Sdr. 1. Kepala Dinas Kesehatan Kab. Jember 2. Kepala BPJS Kesehatan Cab. Jember 3. Kepala Balai Pengobatan Camar 4. Kepala Balai Pengobatan Rawat Inap Madinah 5. Sdr. dr. Fauziah Pratiwi 6. Sdr. dr. Nova Afendi di - J E M B E R</p>	
<p><b><u>SURAT REKOMENDASI</u></b> Nomor : 072/1023/314/2015</p> <p>Tentang</p> <p><b><u>PENELITIAN</u></b></p>	
Dasar	: 1. Peraturan Daerah Kabupaten Jember No. 6 Tahun 2012 tentang Susunan Organisasi dan Tata Kerja Perangkat Daerah Badan Kesatuan Bangsa dan Politik Kab. Jember 2. Peraturan Bupati Jember No. 46 Tahun 2014 tentang Pedoman Penertiban Surat Rekomendasi Penelitian Kabupaten Jember
Memperhatikan	: Surat Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember tanggal 29 Mei 2015 Nomor : 1862/UN25.1.12/SP/2015 perihal Permohonan Ijin Penelitian.
<p><b><u>MEREKOMENDASIKAN</u></b></p>	
Nama / NIM.	: Mohammad Alfian Yuliansyah 112110101129
Instansi	: Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember
Alamat	: Jl. Kalimantan No. 37 Jember
Keperluan	: Mengadakan Penelitian dengan judul : "Analisis Stakeholder Dalam Kebijakan Pemenuhan Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama Pada Program Jaminan Kesehatan Nasional di Kabupaten Jember".
Lokasi	: Dinas Kesehatan, Puskesmas Kalisat & Gladak Pakem, BPJS Kesehatan, Balai Pengobatan Camar, Balai Pengobatan Rawat Inap Madinah, Dokter Praktik Pribadi (dr. Fauziah Pratiwi & dr. Nova Afendi) di Kabupaten Jember.
Tanggal	: 03-06-2015 s/d 03-09-2015
<p>Apabila tidak bertentangan dengan kewenangan dan ketentuan yang berlaku, diharapkan Saudara memberi bantuan tempat dan atau data seperlunya untuk kegiatan dimaksud.</p> <p>Pelaksanaan Rekomendasi ini diberikan dengan ketentuan :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kegiatan dimaksud benar-benar untuk kepentingan Pendidikan</li> <li>2. Tidak dibenarkan melakukan aktivitas politik</li> <li>3. Apabila situasi dan kondisi wilayah tidak memungkinkan akan dilakukan penghentian kegiatan.</li> </ol> <p>Demikian atas perhatian dan kerjasamanya disampaikan terima kasih.</p>	
<p>Ditetapkan di : Jember Tanggal : 03-06-2015</p> <p>An. KEPALA BAKESBANG DAN POLITIK KABUPATEN JEMBER Sekretaris</p> <p> Drs. MOH. HASYIM, M.Si. Berkas Tingkat I 19590213198211001</p>	
Tembusan :	
Yth. Sdr. :	1. Dekan FKM Universitas Jember 2. Ybs.

## Lampiran E. Surat Ijin Penelitian Dinas Kesehatan Kabupaten Jember



## PEMERINTAH KABUPATEN JEMBER

## DINAS KESEHATAN

Jl. Srikoyo I/03 Jember Telp. (0331) 487577 Fax (0331) 426624  
 Website : [dinkes.jemberkab.go.id](http://dinkes.jemberkab.go.id) E-mail : [sikdajember@yahoo.co.id](mailto:sikdajember@yahoo.co.id)

Jember, 12 Juni 2015

Nomor : 440 / 13516 / 414 / 2015  
 Sifat : Penting  
 Lampiran : -  
 Perihal : Ijin Penelitian

Kepada :  
 Yth. Sdr. Kepala Bidang PSDK  
 Dinas Kesehatan Kab. Jember  
 di -

JEMBER

Menindak lanjuti surat Badan Kesatuan Bangsa Politik dan Linmas Kabupaten Jember Nomor : 072/1023/314/2015, Tanggal 03 Juni 2015, Perihal Ijin Penelitian, dengan ini harap saudara dapat memberikan data seperlunya kepada :

Nama : MOHAMMAD ALFIAN YULIANSYAH  
 NIM : 112110101129  
 Alamat : Jl. Kalimantan No. 37 Jember  
 Fakultas : Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember  
 Keperluan : Mengadakan penelitian dengan judul "Analisis Stakeholder Dalam Kebijakan Pemenuhan Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama Pada Program Jaminan Kesehatan Nasional di Kabupaten Jember"  
 Waktu Pelaksanaan : 12 Juni 2015 s/d 12 Agustus 2015

Sehubungan dengan hal tersebut pada prinsipnya kami tidak keberatan, dengan catatan:

1. Penelitian ini benar-benar untuk kepentingan penelitian
2. Tidak dibenarkan melakukan aktifitas politik
3. Apabila situasi dan kondisi wilayah tidak memungkinkan akan dilakukan penghentian kegiatan

Selanjutnya Saudara dapat memberi bimbingan dan arahan kepada yang bersangkutan.

Demikian dan atas perhatiannya disampaikan terima kasih.



Tembusan:  
 Yth. Sdr. Yang bersangkutan  
 di Tempat

## Lampiran F. Surat Ijin Penelitian Puskesmas



**PEMERINTAH KABUPATEN JEMBER**  
**DINAS KESEHATAN**

Jl. Srikoyo 1/03 Jember Telp. (0331) 487577 Fax (0331) 426624  
 Website : [dinkes.jemberkab.go.id](http://dinkes.jemberkab.go.id) E-mail : [sikdajember@yahoo.co.id](mailto:sikdajember@yahoo.co.id)

Jember, 12 Juni 2015

Nomor : 440 / 1956 - / 414 / 2015  
 Sifat : Penting  
 Lampiran : -  
 Perihal : Ijin Penelitian

Kepada :  
 Yth. Sdr. 1. Plt. Kepala Puskesmas Kalisat  
 2. Plt. Kepala Puskesmas Gladakpakem  
 di -

JEMBER

Menindak lanjuti surat Badan Kesatuan Bangsa Politik dan Linmas Kabupaten .  
 Nomor : 072/1023/314/2015, Tanggal 03 Juni 2015, Perihal Ijin Penelitian, dengan in  
 saudara dapat memberikan data seperlunya kepada :

Nama : MOHAMMAD ALFIAN YULIANSYAH  
 NIM : 112110101129  
 Alamat : Jl. Kalimantan No. 37 Jember  
 Fakultas : Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember  
 Keperluan : Mengadakan penelitian dengan judul "Analisis Stakeholder  
 Kebijakan Pemenuhan Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama  
 Program Jaminan Kesehatan Nasional di Kabupaten Jember"  
 Waktu Pelaksanaan : 12 Juni 2015 s/d 12 Agustus 2015

Sehubungan dengan hal tersebut pada prinsipnya kami tidak keberatan, dengan catatan:

1. Penelitian ini benar-benar untuk kepentingan penelitian
2. Tidak dibenarkan melakukan aktifitas politik
3. Apabila situasi dan kondisi wilayah tidak memungkinkan akan dilakukan pengli kegiatan

Selanjutnya Saudara dapat memberi bimbingan dan arahan kepada yang bersangkutan.

Demikian dan atas perhatiannya disampaikan terima kasih.



Tembusan:  
 Yth Sdr Yang bersangkutan  
 di Tempat

Lampiran G. Dokumentasi Penelitian



Gambar 1. Wawancara dengan Kasie Pembiayaan Dinas Kesehatan Kabupaten Jember (Sumber: Dokumentasi Peneliti)

 A photograph of a large table with multiple columns and rows of text. The title at the top reads "DAFTAR NOMINATIF PNS SATUAN KERJA PUSKESMAS KALISAT". The table lists various personnel details, including names, positions, and other administrative information.

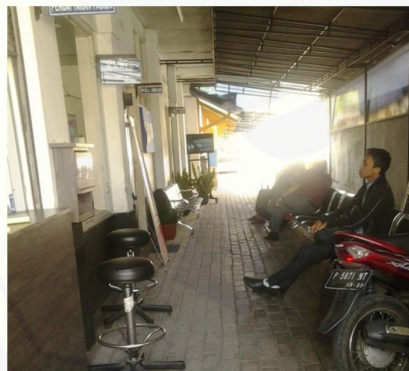
Gambar 2. Daftar Nominatif PNS Puskesmas Kalisat (Sumber: Dokumentasi Peneliti)



Gambar 3. Visi Misi Puskesmas Gladak Pakem (Sumber: Dokumentasi Peneliti)



Gambar 4. Loker Pendaftaran Pasien Puskesmas Gladak Pakem (Sumber: Dokumentasi Peneliti)



Gambar 5. Pelayanan di Balai Pengobatan Camar (Sumber: Dokumentasi Peneliti)



Gambar 6. Wawancara dengan manajemen Klinik Camar (Sumber: Dokumentasi Peneliti)