



**ANALISIS STAKEHOLDER DALAM KEIKUTSERTAAN KLINIK SWASTA DAN
DOKTER PRAKTIK PERORANGAN SEBAGAI FASILITAS KESEHATAN
TINGKAT PERTAMA PROGRAM JAMINAN KESEHATAN NASIONAL**

SKRIPSI

Oleh

**Ummi Kholilatul Ela
NIM 132110101206**

**ADMINISTRASI DAN KEBIJAKAN KESEHATAN
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS JEMBER
2017**



**ANALISIS STAKEHOLDER DALAM KEIKUTSERTAAN KLINIK SWASTA DAN
DOKTER PRAKTIK PERORANGAN SEBAGAI FASILITAS KESEHATAN
TINGKAT PERTAMA PROGRAM JAMINAN KESEHATAN NASIONAL**

SKRIPSI

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

Oleh

**Ummi Kholilatul Ela
NIM 132110101206**

**ADMINISTRASI DAN KEBIJAKAN KESEHATAN
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS JEMBER
2016**

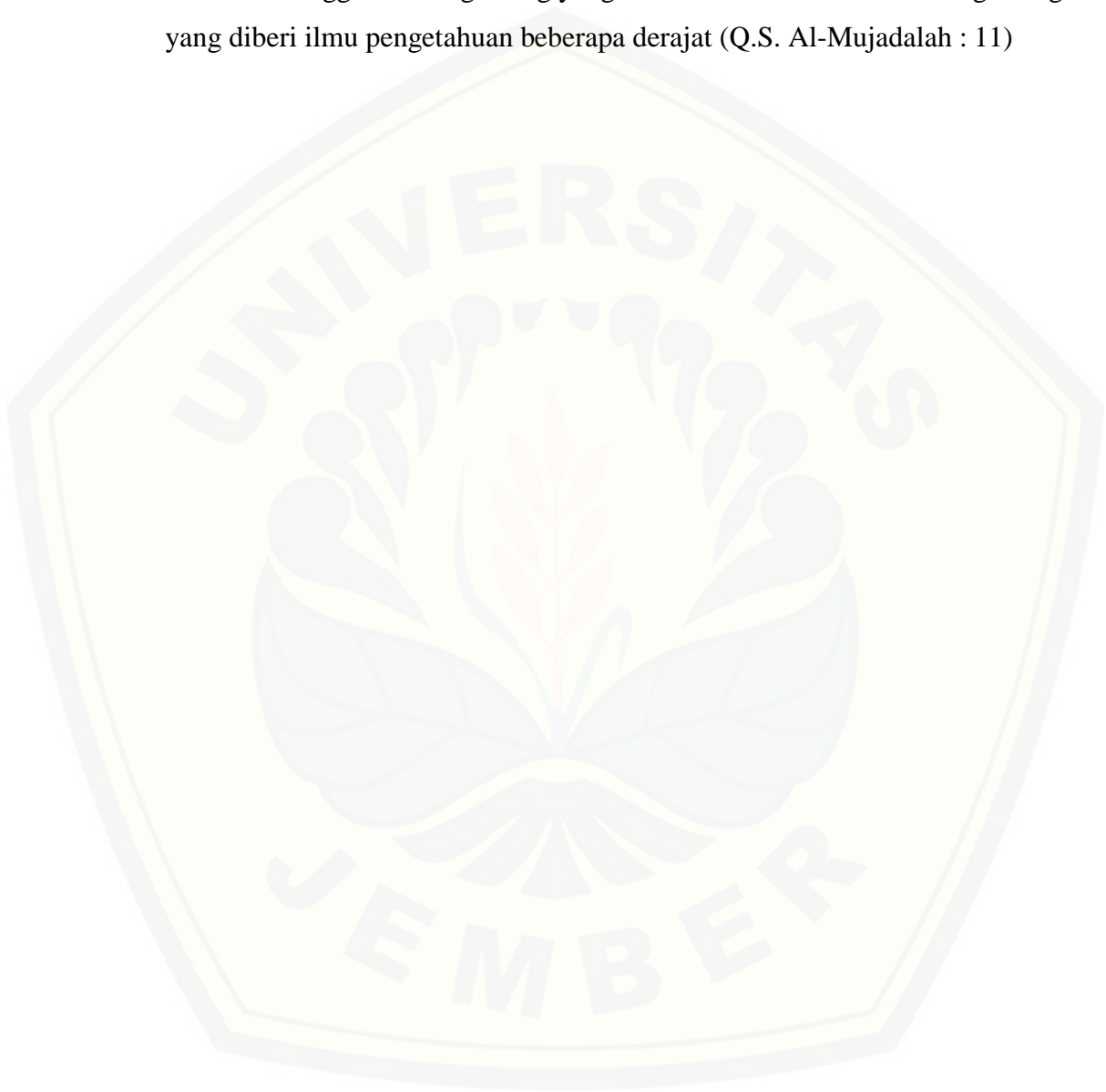
PERSEMBAHAN

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

1. Kedua orang tuaku tercinta, ibu Romelah SpdI dan Alm.bapak Jawari
2. Adikku tercinta Amalia S.Kep. Ners
3. Suamiku Fillian Nuzulul Khalami Amd.Nautika.
4. Semua sahabat dan teman-temanku.

MOTTO

Allah akan meninggikan orang-orang yang beriman di antaramu dan orang-orang yang diberi ilmu pengetahuan beberapa derajat (Q.S. Al-Mujadalah : 11)



*) Source: <http://muslimfiqih.blogspot.co.id/2015/05/kumpulan-hadist-nabi-tentang-menuntut-ilmu.html>

HALAMAN PERNYATAAN

Saya yang bertanda tangan di bawahini:

Nama : Ummi Kholilatul Ela
NIM : 13211010101206

Menyatakan dengan sesungguhnya bahwa skripsi yang berjudul: *Analisis Stakeholder dalam Keikutsertaan Klinik Swasta dan Dokter Praktik Perorangan Sebagai Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama program Jaminan Kesehatan Nasional* 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, 31 Desember 2016

Yang menyatakan,

Ummi Kholilatul Ela
NIM 132110101206

HALAMAN PEMBIMBINGAN

SKRIPSI

**ANALISIS STAKEHOLDER DALAM KEIKUTSERTAAN KLINIK SWASTA DAN
DOKTER PRAKTIK PERORANGAN SEBAGAI FASILITAS KESEHATAN
TINGKAT PERTAMA PROGRAM JAMINAN KESEHATAN NASIONAL**

Oleh
Umami Kholilatul Ela
NIM 132110101206

Pembimbing

Dosen Pembimbing Utama : Abu Khoiri, S.KM., M.Kes.

Dosen Pembimbing Anggota : Christyana Sandra, S.KM., M.Kes.

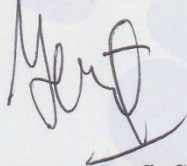
PENGESAHAN

Skripsi berjudul “*Analisis Stakeholder dalam Keikutsertaan Klinik Swasta dan Dokter Praktik Perorangan sebagai Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama Program Jaminan Kesehatan Nasional*” telah diuji dan disahkan oleh Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember pada :

Hari : Kamis
tanggal : 26 Januari 2017
tempat : Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember

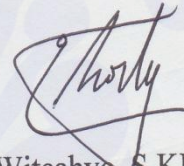
Tim Penguji:

Ketua,



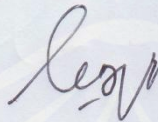
Dr. Isa Ma'rufi, S. KM., M. Kes
NIP. 197509142008121002

Sekretaris,



Eri Witcahyo, S.KM.,M.Kes
NIP. 198207232010121003

Anggota,



Kaspar, AMG.,Spsi.,MPH.,AAAK
NIP.197307202000031004



Mengesahkan
Dekan,



Irma Prasetyowati.,S. KM., M. Kes.
NIP. 198005162003122002

RINGKASAN

Analisis Stakeholder dalam Keikutsertaan Klinik Swasta dan Dokter Praktik Perorangan Sebagai Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama Program Jaminan Kesehatan Nasional; Ummi Kholilatul Ela; 132110101206 ;2016; 67 halaman; Administrasi dan Kebijakan Kesehatan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember.

Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) atau sering disebut sebagai *gatekeeper* adalah sistem pelayanan kesehatan yang berperan sebagai pemberi pelayanan kesehatan dasar berfungsi optimal sesuai standar kompetensinya dan memberikan pelayanan kesehatan sesuai standart pelayanan medik. Dalam menjalin kemitraan dengan BPJS Kesehatan, fasilitas kesehatan milik pemerintah yang memenuhi persyaratan diwajibkan untuk bekerjasama dengan BPJS kesehatan, sedangkan fasilitas kesehatan milik swasta yang memenuhi persyaratan dapat bekerjasama dengan BPJS Kesehatan. Data yang diperoleh dari BPJS kesehatan Jember bulan Februari 2015, Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama yang telah bekerjasama dengan BPJS Kesehatan Jember berjumlah 113 yang terdiri dari 49 puskesmas, 27 dokter praktek perorangan, 15 dokter gigi, dan 16 klinik pratama, 5 klinik TNI dan 1 klinik POLRI, dengan jumlah peserta di Kabupaten Jember yang telah terdaftar di BPJS kesehatan Jember sejumlah 1.180.421 peserta. Data dari Dinas Kesehatan Kabupaten Jember berdasarkan laporan tahunan per Juli 2015, menyebutkan jumlah Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama yang terdaftar di Dinas Kesehatan Kabupaten Jember terdapat 328 dokter praktek perorangan dan 52 klinik pratama. Dari data Dinas Kesehatan Kabupaten Jember dan BPJS kesehatan Jember tersebut dapat diperoleh hanya 8% jumlah dokter praktik perorangan yang bekerjasama dengan BPJS dari total jumlah dokter praktik perorangan di Kabupaten Jember dan 32% klinik pratama yang bekerjasama dengan BPJS dari total klinik pratama di Kabupaten Jember. Jika dilihat dari jumlah penduduk seluruh penduduk Kabupaten Jember sejumlah 2.332.726 jiwa, fasilitas kesehatan tingkat pertama yang seharusnya bekerja sama dengan BPJS Kesehatan adalah 233 FKTP, hal ini terdapat selisih yang cukup

signifikan dengan jumlah FKTP yang sudah bekerja sama dengan BPJS kesehatan Jember, sehingga perlu dilakukan analisis *stakeholder*. Jenis penelitian yang digunakan adalah penelitian deskriptif, sasaran penelitian ini adalah perwakilan kepala klinik dan DPP di Kabupaten Jember, IDI dan Perhimpunan Klinik dan Fasilitas Kesehatan Primer Indonesia (PKFI) selaku organisasi profesi, Dinas Kesehatan Kabupaten Jember dan BPJS Kesehatan Jember selaku penentu kebijakan. Hasil penelitian menjelaskan bahwa *Stakeholder* dalam keikutsertaan klinik swasta dan DPP sebagai FKTP program JKN digolongkan dalam 3 golongan yaitu BPJS Kesehatan cabang Jember dan Dinas Kesehatan Kabupaten Jember sebagai *stakeholder* kunci, klinik swasta dan DPP sebagai *stakeholder* utama dan IDI dan PKFI sebagai *stakeholder* pendukung (sekunder). BPJS Kesehatan cabang Jember memiliki kepentingan terkuat berdasarkan kepentingan, posisi dan kewenangannya dalam keikutsertaan klinik swasta dan DPP sebagai FKTP program JKN, Dinas Kesehatan cabang Jember, IDI dan PKFI memiliki kepentingan yang lemah karena peran dan kepentingan mereka yang belum sesuai dengan kewenangannya sedangkan klinik swasta dan DPP memiliki kepentingan yang kuat kaitannya dalam partisipasinya sebagai FKTP program JKN. BPJS Kesehatan cabang Jember selaku *stakeholder* kunci memiliki pengaruh terbesar dalam keikutsertaan klinik swasta dan DPP sebagai FKTP program JKN namun tidak dengan Dinas Kesehatan kabupaten Jember, IDI dan PKFI sebagai organisasi profesi memiliki pengaruh lemah, sedangkan berbagai kebutuhan dari klinik swasta dan DPP ini dapat menjadi alasan untuk berpartisipasi sebagai FKTP program JKN dengan beberapa pertimbangan tertentu. Dampak negatif yang bisa muncul dari keikutsertaan klinik swasta dan DPP sebagai FKTP program JKN ini adalah mengenai distribusi fasilitas klinik swasta dan DPP dan konflik kepentingan antar sesama FKTP untuk meminimalisir dampak yang mungkin terjadi tersebut BPJS Kesehatan cabang Jember melakukan antisipasi manajemen resiko dengan melakukan *Mapping* berdasarkan jumlah rasio faskes dan jumlah peserta di kabupaten Jember

SUMMARY

Stakeholder Analysis in Participation of Private Clinics and Doctors Individual Practice as Primary Health Facilities in National Health Insurance Program; Umami Kholilatul Ela; 132110101206 ;2016; 67 pages; Administration and Health Policy Faculty of Public Health Jember University.

The primary health facilities (FKTP) or gatekeeper is a system health services role as a basic health services function optimally according to standard competition and provide health care service in accordance standart medical services. In established a partnership with BPJS of health, health facilities state owned meet the requirements are required to cooperate with BPJS of health, while health facilities privately fulfilling the requirements can cooperate with BPJS of health. No compulsion for health facilities privately to become partners BPJS of health. The statistic from BPJS of health Jember on February 2015, primary health facilities who has worked with BPJS of health Jember were 113 consisting of 49 primary health care, 27 doctors individuals, 15 dentist, and 16 first level clinic, 5 clinic army and 1 police clinic, by the number of participants in the Jember who has been listed in BPJS of health Jember some 1.180.421 participants. The statistic from district health offices Jember based on the annual report on July 2015, put the number of health facilities the first enrolled in the Departement of Health Jember Regency there are 328 doctors individual and 52 first level clinic. From the statistic Departement of Health Jember Regency and BPJS of health Jember, can be obtained only 8 % the number of a general practitioner individuals who collaborated with BPJS of the total number of a general practitioner individuals in kabupaten jember and 32 % clinic who collaborated with BPJS of health Jember in Jember. If viewed from the population Jember have 2.332.726 population, primary health facilities which ought to cooperate with BPJS health is 233 FKTP , that is a significant difference of FKTP already working with BPJS of health Jember, so needed stakeholders analysis. It was a descriptive research, objective of this study is representative the head of the clinic and DPP in Jember district , IDI and Association of Clinics and Primary Health Care Facilities Indonesia

as the organization of the profession, Departement of health Jember regency and BPJS of health Jember as health determinants of policy. The results of research to explain that the stakeholders in the participation of private clinic and DPP for FKTP in National Health Insurance have 3 classed in category is BPJS of health Jember o and Departement of health jember regency as key stakeholders , private clinic and DPP as main stakeholders and IDI and PKFI as stakeholders supporter (secondary). BPJS of health Jember have interest strongest based on interests, the position and authority in the participation of private clinic and DPP as FKTP in National Health Insurance program, Departement of health jember regency, IDI and PKFI having weak interest because of the role and interests of those who are not in accordance with the related authority while private clinic and DPP has interests that strong relation in their participation as FKTP in National Health Insurance program. BPJS of health Jember stakeholders key to have the biggest impact in participation clinics and DPP as FKTP the program but not with Departement of health jember regency, IDI and PKFI the profession having influence weak, while various requirement of health clinics and DPP this can be reason to participate for FKTP the program with some certain consideration. Negative impact could arise from participation clinics and DPP as FKTP the program it is about distribution facilities clinics and DPP and conflict of interest among fellow FKTP to minimize possible BPJS branch of the health Jember the risk management by doing mapping based on the number of faskes and the ratio of participants in the Jember .

PRAKATA

Puji Syukur kami panjatkan kepada Allah SWT atas segala rahmat dan karunia-Nya serta tidak lupa sholawat dan salam kepada junjungan Nabi Muhammad SAW sehingga penulis dapat menyelesaikan proposal skripsi guna melengkapi tugas akhir dan memenuhi salah satu syarat untuk menyelesaikan Program Pendidikan S-1 Kesehatan Masyarakat dan mencapai gelar Sarjana Kesehatan Masyarakat (SKM). Proposal skripsi ini bertujuan menganalisis Stakeholder dalam Keikutsertaan Klinik Swasta dan Dokter Praktik Perorangan Sebagai Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama Program Jaminan Kesehatan Nasional.

Penulis menyadari bahwa dalam penyusunan proposal skripsi ini tidak lepas dari bantuan serta bimbingan dari berbagai pihak. Sehingga dalam kesempatan kali ini penulis ingin menyampaikan ucapan rasa terima kasih dan penghargaan kepada Bapak Abu Khoiri, S.KM., M.Kes selaku pembimbing utama dan Ibu Christyana Sandra, S.KM., M.Kes selaku pembimbing anggota, yang telah memberikan bimbingan, pengarahan, koreksi dan saran hingga terselesaikannya proposal skripsi ini.

Penyusunan proposal skripsi ini tidak lepas dari bantuan berbagai pihak. Oleh karena itu, penulis menyampaikan terima kasih kepada:

1. Irma Prasetyowati, S.KM., M.Kes selaku Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember
2. Andrei Rahmani, S. KM., M.Kes selaku Dosen Pembimbing Akademik yang telah membimbing penulis selama menjadi mahasiswa;
3. Eri Witcahyo, S.KM., M.Kes., selaku Ketua Bagian Administrasi dan Kebijakan Kesehatan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember dan sekretaris penguji;
4. Dr. Isa Ma'rufi S.KM., M.Kes. selaku ketua penguji yang telah memberikan saran yang membangun untuk peneliti
5. Kaspar AMG., Spsi., MPH., AAK selaku penguji yang telah memberikan saran dan masukan bagi peneliti.

6. Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Jember yang telah memeberikan data-data yang dibutuhkan penulis.
7. Kepala BPJS Kesehatan Jember yang telah mmberikan data-data yang dibutuhkan penulis.
8. Kedua orang tua dan suami yang selalu memberikan dukungan dan doa.
9. Teman-teman alih jenis 2013 Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember
10. Serta semua pihak yang telah membantu dalam penyusunan skripsi ini yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu.

Penulis menyadari bahwa proposal skripsi ini masih belum sempurna. Oleh karena itu, penulis mengharapkan kritik dan saran semua pihak demi kesempurnaan proposal skripsi ini. Atas perhatian dan dukungannya, penulis menyampaikan terima kasih.

Jember, Desember 2016

Penulis

DAFTAR ISI

COVER...	i
PERSEMBAHAN.....	ii
MOTTO	iii
HALAMAN PERNYATAAN.....	iv
HALAMAN PEMBIMBINGAN.....	v
SKRIPSI.....	v
PENGESAHAN	Error! Bookmark not defined.
RINGKASAN	vii
SUMMARY.....	ix
PRAKATA	xi
DAFTAR ISI.....	xiii
DAFTAR LAMPIRAN	xv
DAFTAR TABEL.....	xvi
DAFTAR SINGKATAN	xvii
BAB 1. PENDAHULUAN.....	1
1. 1. Latar Belakang	1
1. 2. Rumusan Masalah	5
1. 3. Tujuan	5
1.3.1 Tujuan Umum.....	5
1.3.2 Tujuan Khusus	5
1. 4. Manfaat	6
1.4.1 Bagi Fakultas Kesehatan Masyarakat	6
1.4.2 Bagi BPJS Kesehatan Kabupaten Jember.....	6
1.4.3 Bagi peneliti dan riset selanjutnya	6
BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA	7
2.1. Jaminan Kesehatan Nasional (JKN)	7
2.1.1. Definisi.....	7
2.1.2. Tujuan	7
2.1.3. Kepesertaan.....	7
2.1.4. Pembiayaan	10

2.2.	Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama.....	12
2.3.	Konsep Kebijakan Kesehatan.....	16
2.3.1.	Definisi.....	16
2.3.2.	Segitiga Kebijakan Kesehatan.....	18
2.4.	Analisis Pemangku Kepentingan (<i>Stakeholders</i>).....	20
2.4.1.	Definisi Pemangku Kepentingan (<i>Stakeholder</i>).....	20
2.4.2.	Analisis Pemangku Kepentingan (<i>Stakeholder</i>).....	21
2.5.	Kerangka Teori.....	25
2.6.	Kerangka konseptual.....	26
BAB 3.	METODE PENELITIAN.....	28
3.1.	Jenis Penelitian.....	28
3.2.	Lokasi dan waktu penelitian.....	28
3.3.	Sasaran penelitian dan informan penelitian.....	30
3.4.	Fokus penelitian dan pengertian.....	31
3.5.	Data dan sumber data.....	32
3.6.	Teknik dan Instrumen Pengumpulan Data.....	32
3.6.1.	Teknik Pengumpulan Data.....	32
3.6.2.	Instrumen Pengumpulan Data.....	33
3.7.	Teknik Penyajian dan Analisis Data.....	34
3.7.1.	Teknik Penyajian data.....	34
3.7.2.	Teknik Analisis Data.....	34
3.8.	Alur penelitian.....	36
BAB 4.	HASIL DAN PEMBAHASAN.....	37
4.1	Gambaran Penelitian.....	37
4.2	Karakteristik Informan Penelitian.....	38
4.3	Gambaran Kabupaten Jember.....	40
4.4	Hasil dan Pembahasan.....	41
BAB 5.	PENUTUP.....	65
DAFTAR PUSTAKA.....		67

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran A. Lembar Persetujuan	69
Lampiran B. Lembar Panduan Wawancara untuk Informan Kunci	70
Lampiran C. Lembar Panduan Wawancara untuk Informan Utama....	72
Lampiran D. Lembar Panduan Wawancara untuk Informan Tambahan.....	74
Lampiran E Surat Ijin Penelitian Badan Kesatuan Bangsa dan Politik Kabupaten Jember	76
Lampiran F. Surat Ijin Penelitian Dinas Kesehatan Kabupaten Jember	77
Lampiran G. Dokumentasi Penelitian	78

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Rincian besar iuran peserta JKN.....	12
Tabel 2.2 Strategi Perencanaan dan Pengaturan Implementasi Perubahan.....	22
Tabel 3.1 Fokus Penelitian dan Pengertian.....	31
Tabel 4.1 Gambaran Informan kunci.....	39
Tabel 4.2 Gambaran informan utama	39
Tabel 4.3 Gambaran Informan tambahan.....	40

DAFTAR SINGKATAN

ASKES	= Asuransi Kesehatan
BPJS	= Badan Penyelenggara Jaminan Sosial
DPP	= Dokter Praktik Perorangan
FKTL	= Fasilitas Kesehatan Tingkat Lanjutan
FKTP	= Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama
IDI	= Ikatan Dokter Indonesia
JAMKESMAS	= Jaminan Kesehatan Masyarakat
JKN	= Jaminan Kesehatan Nasional
KJS	= Kartu Jaminan Sosial
PBI	= Penerima Bantuan Iuran
PBPU	= Peserta Bukan Penerima Upah
PERMENKES	= Peraturan Menteri Kesehatan
PERPRES	= Peraturan Presiden
PKFI	= Persatuan Klinik dan Fasilitas Kesehatan Primer Indonesia
SJSN	= Sistem Jaminan Sosial Nasional
SKM	= Sarjana Kesehatan Masyarakat
UUD	= Undang-Undang Dasar

BAB 1. PENDAHULUAN

1. 1. Latar Belakang

Kesehatan merupakan kebutuhan yang utama bagi setiap manusia dan pembangunan kesehatan pada dasarnya menyangkut kesehatan fisik maupun kesehatan mental. Keadaan kesehatan seseorang dapat dipengaruhi oleh keadaan sosial ekonominya pada suatu bangsa dan negara, baik di negara yang sudah maju maupun di negara yang sedang berkembang seperti Indonesia. Hal ini mendorong pemerintah untuk menyelenggarakan *Universal Health Coverage(UHC)*, dimana semua warga berhak mendapat jaminan kesehatan.

Kebijakan publik untuk menyelenggarakan *UHC* ini,oleh pemerintah dituangkan dalam Undang-undang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) No. 40 tahun 2004, yang mengamanatkan bahwa jaminan sosial wajib bagi seluruh penduduk termasuk Jaminan Kesehatan Nasional (JKN). Kebijakan publik yang dikeluarkan oleh pemerintah ini merupakan upaya pemecahan masalah yang ada, program Jaminan Kesehatan Nasional dibuat oleh pemerintah untuk memenuhi kebutuhan kesehatan masyarakat yang layak yang diberikan kepada setiap orang yang telah membayar iuran atau iurannya dibayarkan oleh pemerintah. Untuk menyelenggarakan program Jaminan Kesehatan Nasional pemerintah dibentuklah Badan Penyelenggara Jaminan Sosial kesehatan.

Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan yang selanjutnya disingkat BPJS Kesehatan adalah badan hukum yang dibentuk untuk menyelenggarakan program Jaminan Kesehatan (Peraturan Menteri Kesehatan No.71 tahun 2013 tentang Pelayanan Kesehatan pada JKN), dalam sistem JKN kepesertaan bersifat wajib untuk seluruh penduduk Indonesia, seperti yang tertuang dalam Peraturan Presiden (Perpres) 111 tahun 2013 tentang Jaminan Kesehatan, sebagai salah satu unsur pemerataan akses, optimalisasi sumber daya dan pengorganisasian pelayanan primer menjadi salah satu fokus pembangunan

kesehatan di Indonesia. Kebijakan Kementerian Kesehatan Republik Indonesia yang tertuang dalam Sistem Kesehatan Nasional dan undang-undang tentang BPJS, mengamanatkan bahwa pelayanan kesehatan primer sebagai salah satu sub sistem Sistem Kesehatan Nasional (SKN) diselenggarakan dengan memberikan penekanan pada upaya pengobatan tanpa mengabaikan upaya-upaya pencegahan. Fasilitas Kesehatan tingkat pertama sebagaimana dimaksud pada ayat (1) Peraturan Menteri Kesehatan (Permenkes) No. 99/Th 2015 tentang pelayanan kesehatan pada JKN dapat berupa: a. puskesmas atau yang setara; b. praktik dokter; c. praktik dokter gigi; d. klinik

Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) atau sering disebut sebagai *gatekeeper* adalah sistem pelayanan kesehatan yang berperan sebagai pemberi pelayanan kesehatan dasar berfungsi optimal sesuai standar kompetensinya dan memberikan pelayanan kesehatan sesuai standart pelayanan medik. Adapun 4 fungsi pokok fasilitas kesehatan tingkat pertama adalah sebagai kontak pertama pelayanan (*first contact*), pelayanan berkelanjutan (*continuity*), pelayanan paripurna (*comprehensiveness*), koordinasi pelayanan (*coordination*), (BPJS kesehatan, 2014). Hal ini membuktikan bahwa peran FKTP sangat diperlukan dalam mensukseskan Program Jaminan Kesehatan Nasional. Dalam menjalin kemitraan dengan BPJS Kesehatan, fasilitas kesehatan milik pemerintah yang memenuhi persyaratan diwajibkan untuk bekerjasama dengan BPJS kesehatan, sedangkan fasilitas kesehatan milik swasta yang memenuhi persyaratan dapat bekerjasama dengan BPJS Kesehatan. Tidak ada paksaan bagi fasilitas kesehatan milik swasta untuk menjadi mitra BPJS kesehatan. Untuk menjamin ketersediaan dan kualitas pelayanan bagi peserta, BPJS kesehatan melakukan penetapan kriteria seleksi fasilitas kesehatan dan penilaian fasilitas kesehatan yang layak dan memenuhi syarat dilakukanlah kredensialing.

Pada bulan Desember 2014, jumlah peserta yang telah terdaftar di BPJS kesehatan di Indonesia sekitar 121,6 juta peserta, dengan jumlah Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama yang telah bekerjasama dengan BPJS Kesehatan sejumlah 16.623 yang terdiri dari balai pengobatan sejumlah 669, Dokter umum

sejumlah 5236, puskesmas non rawat inap sejumlah 8856, puskesmas rawat inap sejumlah 1113, dan dokter gigi sejumlah 749, idealnya jumlah FKTP yang telah bekerjasama dengan BPJS pada tahun 2014 adalah 22.531 (BPJS kesehatan, 2014). Berdasarkan data tersebut pada tahun 2014 BPJS kesehatan masih memerlukan tambahan FKTP yang bekerjasama sebesar 6.746.

Data yang diperoleh dari BPJS kesehatan Jember bulan Februari 2015, Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama yang telah bekerjasama dengan BPJS Kesehatan Jember berjumlah 113 yang terdiri dari 49 puskesmas, 27 dokter praktek perorangan, 15 dokter gigi, dan 16 klinik pratama, 5 klinik TNI dan 1 klinik POLRI, dengan jumlah peserta di Kabupaten Jember yang telah terdaftar di BPJS kesehatan Jember 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). Rasio proporsional yang ditetapkan BPJS kesehatan, jumlah peserta yang terdaftar di dokter perorangan yaitu 5000 peserta, klinik pratama 10.000 peserta. Apabila dihitung berdasarkan standart rasio jumlah peserta JKN di FKTP yang dapat dilayani hanya sekitar 850.000 peserta JKN, Jumlah FKTP ini dianggap belum memadai untuk menampung seluruh peserta JKN di Kabupaten Jember.

Data dari Dinas Kesehatan Kabupaten Jember berdasarkan laporan tahunan per Juli 2015, menyebutkan jumlah Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama yang terdaftar di Dinas Kesehatan Kabupaten Jember terdapat 328 dokter praktek perorangan dan 52 klinik pratama. Dari data Dinas Kesehatan Kabupaten Jember dan BPJS kesehatan Jember tersebut dapat diperoleh hanya 8% jumlah dokter praktik perorangan yang bekerjasama dengan BPJS dari total jumlah dokter praktik perorangan di Kabupaten Jember dan 32% klinik pratama yang bekerjasama dengan BPJS dari total klinik pratama di Kabupaten Jember. Jika dilihat dari jumlah penduduk seluruh penduduk Kabupaten Jember sejumlah 2.332.726 jiwa, fasilitas kesehatan tingkat pertama yang seharusnya bekerja sama dengan BPJS Kesehatan adalah 233 FKTP, hal ini terdapat selisih yang cukup signifikan dengan jumlah FKTP yang sudah bekerja sama dengan BPJS kesehatan Jember.

Pemerintah dan pemerintah daerah bertanggung jawab atas ketersediaan fasilitas kesehatan dan penyelenggaraan pelayanan kesehatan untuk pelaksanaan program Jaminan Kesehatan berdasarkan Peraturan Presiden (Perpres) no.12 Tahun 2013, pada Perpres tersebut menjelaskan bahwa pemerintah daerah dapat memberikan kesempatan kepada swasta untuk berperan dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan dalam hal ini adalah menjadi FKTP. Masih banyaknya kebutuhan FKTP di Kabupaten Jember maka dibutuhkan partisipasi swasta dalam hal ini adalah Klinik Swasta dan Dokter Praktik Perorangan (DPP) yang bekerja sama dengan BPJS kesehatan Jember. Partisipasi Klinik swasta dan DPP memegang peran penting dalam tercapainya tujuan kebijakan, sehingga perlu dilakukan analisis *stakeholder*. Analisis *stakeholder* adalah suatu teknik untuk mengurutkan dalam rangka melakukan pemetaan dan pemahaman kekuasaan, posisi, dan sudut pandang dari para pelaku kepentingan yang memiliki kepentingan dalam pembuatan kebijakan tersebut, dan atau mereka yang dipengaruhi oleh kebijakan tersebut, atau pula menjadi bagian dari penyusunan kebijakan tersebut (Buse *et al.*,2005)

Penelitian sebelumnya yang dilakukan oleh Yuliansyah (2015), menunjukkan bahwa dalam pemenuhan kebutuhan Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama di Kabupaten Jember, BPJS kesehatan selaku stakeholder memiliki kekuatan dan kekuasaan yang paling kuat dalam kebijakan pemenuhan kebutuhan Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama di Kabupaten Jember. Aprianto *et al.* (2012) menyatakan bahwa beberapa kendala yang dihadapi pada pelaksanaan JKN pada tahun 2012 adalah jumlah fasilitas pelayanan kesehatan yang kurang mencukupi dan persebarannya kurang merata, tidak memadainya fasilitas kesehatan dan jumlah tenaga kesehatan yang masih kurang dari jumlah yang dibutuhkan. Masalah kurangnya tenaga kesehatan, baik jumlah, jenis dan distribusinya menimbulkan dampak terhadap rendahnya akses masyarakat terhadap pelayanan kesehatan yang berkualitas, disamping itu juga menimbulkan permasalahan pada rujukan dan penanganan pasien untuk kasus tertentu (Kepmenkes RI, 2010)

Berdasarkan hasil wawancara pada bulan Agustus 2015 dengan 5 pemilik klinik swasta dan 7DPP yang belum bekerjasama dengan BPJS kesehatan Jember

yang diambil secara acak, menyatakan bahwa tidak tertarik berpartisipasi menjadi Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama pada Program Jaminan Kesehatan Nasional hal ini dikarenakan untuk melakukan kerjasama dengan BPJS terkesan sulit. Kepentingan dari sudut pandang pemerintah maupun klinik swasta dan DPP selaku *stakeholder* dapat menjadi faktor yang berpengaruh terhadap partisipasi sebagai Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama program Jaminan Kesehatan Nasional. Melihat fenomena masih rendahnya partisipasi klinik swasta dan DPP sebagai Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama Kabupaten Jember, maka peneliti berniat untuk melakukan penelitian mengenai Analisis Stakeholder dalam Keikutsertaan Klinik Swasta dan Dokter Praktik Perorangan Sebagai Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama Program Jaminan Kesehatan Nasional.

1. 2. Rumusan Masalah

Berdasarkan uraian latar belakang di atas dapat dirumuskan suatu masalah yaitu : bagaimana kebijakan *Stakeholder* dalam Keikutsertaan Klinik Swasta dan Dokter Praktik Perorangan sebagai Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama Program Jaminan Kesehatan Nasional?

1. 3. Tujuan

1.3.1 Tujuan Umum

Tujuan dari penelitian ini adalah menganalisis *Stakeholder* dalam Keikutsertaan Klinik Swasta dan Dokter Praktik Perorangan Sebagai Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama Program Jaminan Kesehatan Nasional.

1.3.2 Tujuan Khusus

- a. Mengidentifikasi pemangku kepentingan terkait partisipasi Klinik swasta dan DPP sebagai fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama Program Jaminan Kesehatan Nasional

- b. Mengidentifikasi kepentingan *stakeholder* terkait partisipasi Klinik swasta dan DPP sebagai Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama Program Jaminan Kesehatan Nasional.
- c. Menggambarkan pengaruh *stakeholder* dalam kaitan partisipasi Klinik swasta dan DPP sebagai Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama Program Jaminan Kesehatan Nasional.
- d. Mengidentifikasi risiko dan antisipasi manajemen risiko terkait partisipasi Klinik swasta dan DPP sebagai Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama Program Jaminan Kesehatan Nasional.

1. 4. Manfaat

1.4.1 Bagi Fakultas Kesehatan Masyarakat

Hasil penelitian diharapkan dapat bermanfaat guna menambah referensi dalam pengembangan ilmu pengetahuan bidang administrasi dan kebijakan kesehatan, mengenai analisis *Stakeholder* dalam Keikutsertaan Klinik Swasta dan Dokter Praktik Perorangan sebagai Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama Program Jaminan Kesehatan Nasional.

1.4.2 Bagi BPJS Kesehatan Kabupaten Jember

Hasil penelitian ini dapat menjadi bahan dan informasi dalam upaya memperluas kerjasama dengan FKTP yang belum bekerja sama dengan BPJS

1.4.3 Bagi peneliti dan riset selanjutnya

Penelitian ini dapat bermanfaat sebagai bahan rujukan bagi peneliti lain dalam mengkaji analisis *Stakeholder* dalam Keikutsertaan Klinik Swasta dan Dokter Praktik Perorangan Sebagai Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama Program Jaminan Kesehatan Nasional.

BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA

2.1. Jaminan Kesehatan Nasional (JKN)

2.1.1. Definisi

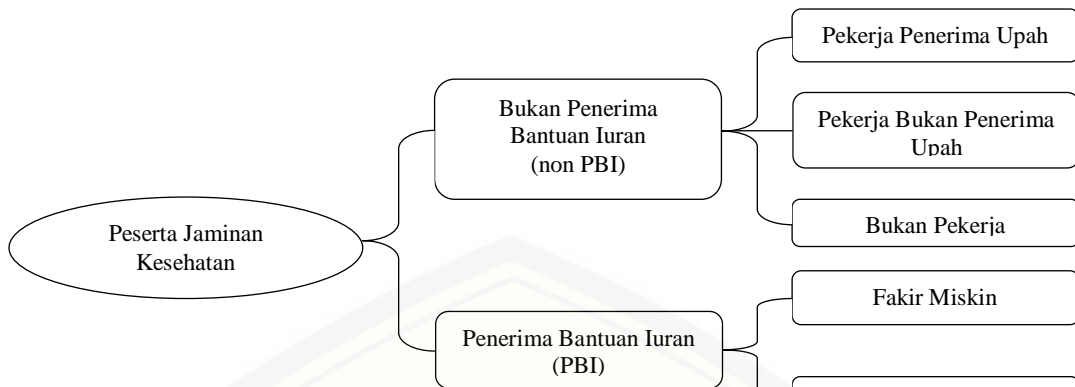
Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) yang dikembangkan di Indonesia merupakan bagian dari Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN). Sistem Jaminan Sosial Nasional ini diselenggarakan melalui mekanisme Asuransi Kesehatan Sosial yang bersifat wajib (*mandatory*) berdasarkan Undang-Undang No.40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional. Tujuannya adalah agar semua penduduk Indonesia terlindungi dalam sistem asuransi, sehingga mereka dapat memenuhi kebutuhan dasar kesehatan masyarakat yang layak (Kemenkes-RI, 2014).

2.1.2. Tujuan

Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) untuk memberikan perlindungan kesehatan dalam bentuk manfaat pemeliharaan kesehatan dalam rangka memenuhi kebutuhan dasar kesehatan yang diberikan kepada setiap orang yang telah membayar iuran atau iurannya dibayar oleh pemerintah (PMK No.28, 2014).

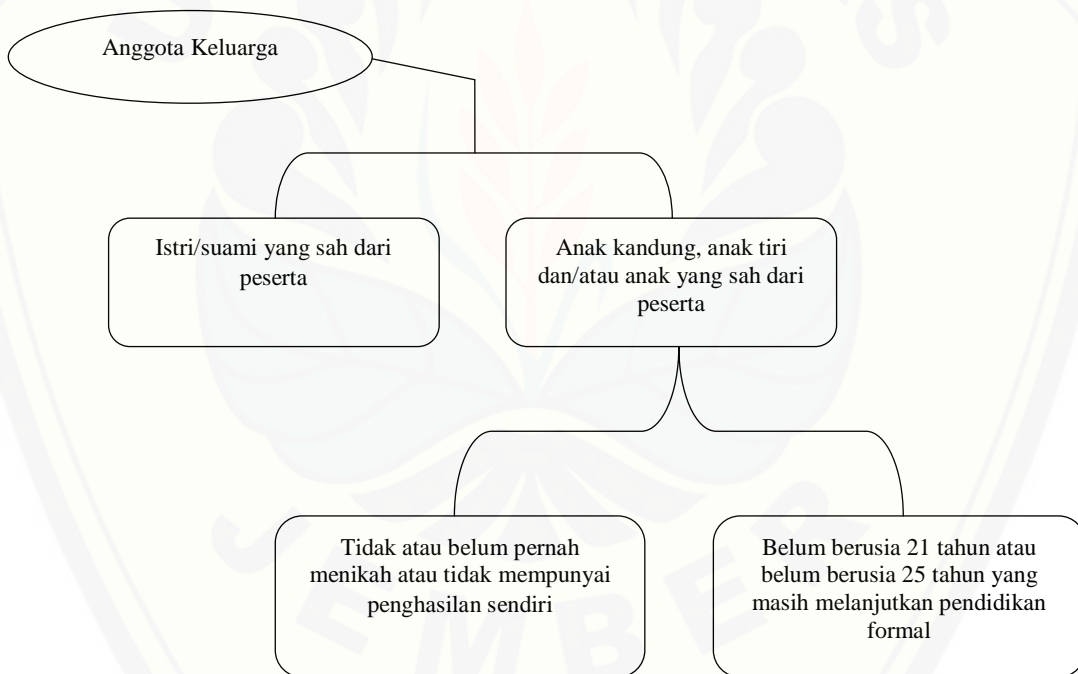
2.1.3. Kepesertaan

Kepesertaan Jaminan Kesehatan bersifat wajib dan dilakukan secara bertahap sehingga mencakup seluruh penduduk. Pentahapan kepesertaan dilakukan sebagai berikut:



Gambar 2.1 Anggota Keluarga Peserta Program Jaminan Kesehatan Nasional

(Sumber: Panduan Sosialisasi JKN, 2014)



Gambar 2.2 Anggota Keluarga Peserta Program Jaminan Kesehatan Nasional

(Sumber: Panduan Sosialisasi JKN, 2014)

Peserta Program Jaminan Kesehatan Nasional adalah setiap orang, Termasuk orang asing yang bekerja paling singkat 6 (enam) bulan di Indonesia, yang telah membayar iuran, meliputi :

1. Penerima Bantuan Iuran Jaminan Kesehatan (PBI): fakir miskin dan orang tidak mampu, dengan penetapan peserta sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan.
2. Bukan Penerima Bantuan Iuran Jaminan Kesehatan (Non PBI), terdiri dari:
 - a. Pekerja Penerima Upah dan anggota keluarganya
 1. Pegawai Negeri Sipil
 2. Anggota TNI
 3. Anggota Polri
 4. Pejabat Negara
 5. Pegawai Pemerintah non Pegawai Negeri
 6. Pegawai Swasta; dan
 7. Pekerja yang tidak termasuk nomor 1 sampai dengan 6 yang menerima Upah. Termasuk WNA yang bekerja di Indonesia paling singkat 6 (enam) bulan.
 - b. Pekerja Bukan Penerima Upah dan anggota keluarganya (FKTP mandiri)
 - 1) Pekerja di luar hubungan kerja atau pekerja mandiri; dan
 - 2) Pekerja yang tidak termasuk huruf a yang bukan penerima Upah. Termasuk WNA yang bekerja di Indonesia paling singkat 6 (enam) bulan.
 - c. Bukan pekerja dan anggota keluarganya
 - 1) Investor
 - 2) Pemberi Kerja
 - 3) Penerima Pensiun, terdiri dari :
 - a) Pegawai Negeri Sipil yang berhenti dengan hak pensiun
 - b) Anggota TNI dan Anggota Polri yang berhenti dengan hak pensiun
 - c) Pejabat Negara yang berhenti dengan hak pensiun.

- d) Janda, duda, atau anak yatim piatu dari penerima pensiun yang mendapat hak pensiun
- e) Penerima pensiun lain; dan
- f) Janda, duda, atau anak yatim piatu dari penerima pensiun lain yang mendapat hak pensiun.

4) Veteran

5) Perintis Kemerdekaan

6) Janda, duda, atau anak yatim piatu dari Veteran atau Perintis Kemerdekaan, dan Bukan FKTP yang tidak termasuk huruf a sd e yang mampu membayar iuran.

2.1.4. Pembiayaan

Berdasarkan Perpres RI No 12 Tahun 2013, berikut ini adalah beberapa ketentuan mengenai iuran jaminan kesehatan:

1. Bagi peserta Penerima Bantuan Iuran (PBI) Jaminan Kesehatan Iuran dibayar oleh Pemerintah.
2. Iuran bagi Peserta FKTP Penerima Upah yang bekerja pada lembaga Pemerintahan terdiri dari Pegawai Negeri Sipil, anggota TNI, anggota Polri, pejabat negara, dan pegawai pemerintahan non pegawai negeri sebesar 5% (lima persen) dari gaji atau upah per bulan dengan ketentuan : 3% (tiga persen) dibayar oleh pemberi kerja dan 2% (dua persen) dibayar oleh peserta.
3. Iuran bagi Peserta FKTP Penerima Upah yang bekerja di BUMN, BUMD, dan Swasta sebesar 4,5% (empat koma lima persen) dari gaji atau upah per bulan dengan ketentuan : 4% (empat persen) dibayar oleh Pemberi Kerja dan 0,5% (nol koma lima persen) dibayar oleh Peserta.
4. Iuran untuk keluarga tambahan FKTP Penerima Upah yang terdiri dari anak ke 4 dan seterusnya, ayah, ibu, dan mertua, besaran iuran sebesar 1% (satu persen) dari gaji atau upah per orang per bulan, dibayar oleh FKTP penerima upah.
5. Iuran bagi kerabat lain dari FKTP penerima upah (seperti saudara kandung/ipar, asisten rumah tangga, dll), peserta FKTP penerima upah serta iuran bukan FKTP adalah sebesar:

- a. Sebesar Rp.25.500,- (dua puluh lima ribu lima ratus rupiah) per orang per bulan dengan manfaat pelayanan di ruang perawatan Kelas III.
 - b. Sebesar Rp.42.500,- (empat puluh dua ribu lima ratus rupiah) per orang per bulan dengan manfaat pelayanan di ruang perawatan Kelas II.
 - c. Sebesar Rp.59.500,- (lima puluh sembilan ribu lima ratus rupiah) per orang per bulan dengan manfaat pelayanan di ruang perawatan Kelas I.
6. Iuran Jaminan Kesehatan bagi Veteran, Perintis Kemerdekaan, dan janda, duda, atau anak yatim piatu dari Veteran atau Perintis Kemerdekaan, iurannya ditetapkan sebesar 5% (lima persen) dari 45% (empat puluh lima persen) gaji pokok Pegawai Negeri Sipil golongan ruang III/a dengan masa kerja 14 (empat belas) tahun per bulan, dibayar oleh Pemerintah.

Tabel 2.1 Rincian Besar Iuran Peserta Jaminan Kesehatan Nasional (bulanan)

Peserta	Besaran iuran yang dibayarkan oleh		
	Pemerintah (rupiah)	Pemberi Kerja (persen gaji)	Peserta (persen gaji dan rupiah)
• Peserta Penerima Bantuan Iuran (PBI)	Kelas rawat III Rp 19.225,-	-	-
• Peserta FKTP Penerima Upah (PNS, anggota TNI, anggota POLRI, Pejabat Negara, dan Pegawai Pemerintah non PNS)	-	3%	2%
• Peserta FKTP Penerima Upah (BUMN, BUMD, dan Swasta)	-	4%	0,5%
• Keluarga tambahan FKTP Penerima Upah (anak ke-4 dst, ayah, ibu, dan	-	-	1%

Peserta	Besaran iuran yang dibayarkan oleh		
	Pemerintah (rupiah)	Pemberi Kerja (persen gaji)	Peserta (persen gaji dan rupiah)
mertua yang masih dalam satu KK)			
<ul style="list-style-type: none"> • Kerabat lain FKTP Penerima Upah (saudara kandung/ ipar, asisten rumah tangga, dll) • Peserta FKTP Bukan Penerima Upah • Peserta bukan FKTP 	-	-	Kelas rawat III Rp 25.500,- Kelas rawat II Rp 42.500,- Kelas rawat I Rp 59.500,-
<ul style="list-style-type: none"> • Veteran, Perintis Kemerdekaan, dan janda, duda, atau anak yatim piatu dari Veteran atau Perintis Kemerdekaan 	-	-	5% dari 45% gaji pokok PNS golongan ruang III/a dengan masa kerja 14 (empat belas) tahun

Sumber : Panduan Layanan bagi Peserta BPJS Kesehatan (2014).

2.2. Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama

Menurut PMK No 99 tahun 2015 Penyelenggara pelayanan kesehatan meliputi semua Fasilitas Kesehatan yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan berupa Fasilitas Kesehatan tingkat pertama dan Fasilitas Kesehatan rujukan tingkat lanjutan. Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) peserta JKN terdiri dari Puskesmas, dokter, dokter gigi, klinik pratama dan Rumah Sakit Kelas D Pratama yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan (Kemenkes RI, 2014b).

Berdasarkan PMK No 99 tahun 2015 Fasilitas kesehatan tingkat pertama adalah fasilitas kesehatan yang melakukan pelayanan kesehatan perorangan yang bersifat nonspesialistik (primer) yang meliputi:

1. administrasi pelayanan

2. pelayanan promotif dan preventif;
3. pemeriksaan, pengobatan, dan konsultasi medis;
4. tindakan medis non spesialisik, baik operatif maupun non operatif;
5. pelayanan obat dan bahan medis habis pakai;
6. transfusi darah sesuai dengan kebutuhan medis;
7. pemeriksaan penunjang diagnostik laboratorium tingkat pratama; dan
8. Rawat Inap Tingkat Pertama sesuai dengan indikasi medis

Berdasarkan Perpres No 32 tahun 2014. Empat fungsi pokok fasilitas kesehatan tingkat pertama antara lain:

1. Fasilitas kesehatan tingkat pertama merupakan tempat pertama yang dikunjungi peserta setiap kali mendapat masalah kesehatan
2. Hubungan fasilitas kesehatan tingkat pertama dengan peserta dapat berlangsung secara berkelanjutan sehingga penanganan penyakit dapat berjalan optimal,
3. Fasilitas kesehatan tingkat pertama memberikan pelayanan kesehatan yang komprehensif terutama untuk pelayanan promotif dan preventif.
4. Fasilitas kesehatan tingkat pertama melakukan koordinasi pelayanan dengan penyelenggara kesehatan lainnya dalam memberikan pelayanan kesehatan kepada peserta sesuai kebutuhannya.

Klinik merupakan faskes yang melaksanakan layanan kesehatan perorangan dengan melayani pelayanan medis dasar dan atau spesialisik (Kementerian Kesehatan RI, 2014d). Berdasarkan jenis pelayanan, klinik terdiri dari klinik pratama dan utama. Klinik pratama merupakan klinik yang melaksanakan pelayanan medis dasar baik umum maupun khusus. Klinik dapat diselenggarakan oleh pemerintah maupun masyarakat. Dokter praktek baik dokter umum maupun dokter gigi termasuk fasilitas kesehatan tingkat pertama pada program JKN dengan melakukan kerja sama dengan BPJS Kesehatan dan memenuhi persyaratan yang telah ditetapkan. Pusat kesehatan masyarakat yang selanjutnya disebut Puskesmas merupakan faskes yang menyelenggarakan upaya kesehatan masyarakat dan upaya kesehatan perseorangan tingkat pertama, dengan lebih

mengutamakan upaya promotif dan preventif untuk mencapai derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya diwilayah kerjanya (Kemenkes RI, 2014c).

BPJS Kesehatan dalam menetapkan pilihan fasilitas kesehatan melakukan seleksi, kredensialing dan rekredensialing. Kredensialing dan rekredensialing dilakukan kepada keseluruhan fasilitas kesehatan yang akan dan masih berkerjasama dengan BPJS Kesehatan, baik faskes tingkat pertama maupun tingkat lanjutan. Kredensialing dan rekredensialing dilakukan kepada keseluruhan fasilitas kesehatan milik Pemerintah maupun Swasta /Perorangan.

Kredensialing adalah penilaian BPJS terhadap fasilitas kesehatan yang ada untuk mengetahui fasilitas yang layak dan memenuhi syarat sesuai dengan ketentuan BPJS. Beberapa kriteria yang harus dipenuhi dalam penilaian kredensialing adalah :

- a. Kriteria Administratif
 1. Surat permohonan kerjasama
 2. Surat Ijin Praktek
 3. Surat Ijin Operasional (Bagi Klinik Pratama, Puskesmas dan fasilitas kesehatan lain yang ditetapkan Menteri Kesehatan)
 4. Nomor Pokok Wajib Pajak (NPWP)
 5. Kontrak kerjasama dengan jejaring (jika diperlukan)
 6. Surat Pernyataan Kesediaan mematuhi ketentuan Program Jaminan Kesehatan Nasional.
- b. Kriteria Teknis
 1. Sumber Daya Manusia : ketenagaan, pelatihan kompetensi, pengalaman kerja, pengalaman kerjasama dengan asuransi, penghargaan yang dimiliki.
 2. Sarana dan Prasarana : bangunan, ruangan pendukung, perlengkapan praktek, perlengkapan penunjang administrasi dan perlengkapan penunjan umum.
 3. Peralatan Medis dan Obat-obatan : peralatan medis mutlak, peralatankedaruratan, obat-obatan, peralatan medis tambahan, peralatan kunjungan rumah dan perlengkapan edukasi.

4. Lingkup Pelayanan : konsultasi/pemeriksaan, pelayanan gigi, pelayanan obat, pelayanan laboratorium sederhana, pelayanan imunisasi, pelayanan KB, promosi kesehatan dan kunjungan rumah.
5. Komitmen Pelayanan : pemenuhan jam praktek, penggunaan aplikasi SIM, kepatuhan terhadap panduan klinik, penyelenggaraan prolanis, mendukung aktifitas kesehatan masyarakat yang dilaksanakan BPJS Kesehatan .

Dalam menetapkan pilihan Fasilitas Kesehatan, BPJS Kesehatan melakukan seleksi dan kredensialing dengan menggunakan kriteria teknis yang meliputi:

- a. sumber daya manusia;
- b. kelengkapan sarana dan prasarana;
- c. lingkup pelayanan; dan
- d. komitmen pelayanan.

Rekredensialing adalah proses seleksi ulang terhadap pemenuhan persyaratan dan kinerja pelayanan bagi fasilitas kesehatan yang telah dan akan melanjutkan kerjasama dengan BPJS Kesehatan. Rekredensialing bertujuan untuk memperoleh fasilitas kesehatan yang berkomitmen dan mampu memberikan pelayanan kesehatan yang efektif dan efisien melalui metode dan standar penilaian yang terukur dan objektif. Proses Rekredensialing dilakukan 3 bulan sebelum kontrak dengan faskes berakhir. Kriteria teknis sebagaimana dimaksud pada ayat (1) digunakan untuk penetapan kerja sama dengan BPJS Kesehatan, jenis dan luasnya pelayanan, besaran kapitasi, dan jumlah Peserta yang bisa dilayani. Perpanjangan kerja sama antara fasilitas kesehatan dengan BPJS kesehatan setelah dilakukan rekredensialing.

1. Kriteria Administratif

Updating Surat Ijin Praktek dan Surat Ijin Operasional

2. Kriteria Teknis

- a. Sumber Daya Manusia (*updating*)
- b. Sarana dan Prasarana (*updating*)
- c. Peralatan Medis dan Obat-obatan (*updating*)

- d. Lingkup Pelayanan (*updating*)
- e. Realisasi Komitmen Pelayanan : pemenuhan jam praktek, penggunaan aplikasi SIM, kepatuhan terhadap panduan klinik, penyelenggaraan prolans, mendukung aktifitas kesehatan masyarakat yang dilaksanakan BPJS Kesehatan.
- f. Kinerja Faskes : Angka kepuasan pasien, angka rujukan, angka keberkunjungan prolans, ketepatan waktu penyampaian laporan

2.3. Konsep Kebijakan Kesehatan

2.3.1. 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, Lembaga Swadaya Masyarakat (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.

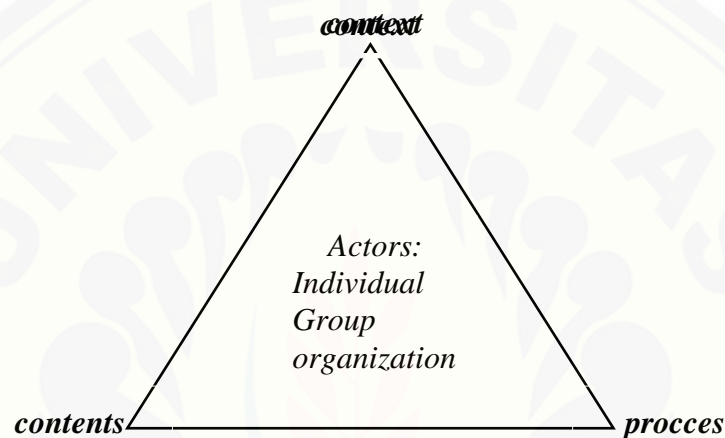
- c. Kesehatan memiliki sifat *uncertainty* atau ketidakpastian. Kebutuhan akan pelayanan kesehatan sama sekali tidak berkaitan dengan kemampuan ekonomi rakyat, artinya seluruh masyarakat baik dari kalangan ketika jatuh sakit tentu akan membutuhkan pelayanan kesehatan. Seseorang tidak akan pernah tahu 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 aegypti*, 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 World Health Organization (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 sistem 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.

2.3.2. Segitiga Kebijakan Kesehatan.

Segitiga kebijakan kesehatan merupakan suatu pendekatan yang sudah sangat disederhanakan. 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)



Gambar 2.3. Segitiga kebijakan (Walt dan Gilson,1994 dalam Ayuningtyas, 2014: 17)

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 dokumentertulis 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 dimana 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.

2.4. Analisis Pemangku Kepentingan (*Stakeholders*).

2.4.1. 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.

Stakeholder dibagi menjadi 3 berdasarkan kekuatan, posisi, penting dan pengaruh *stakeholder* terhadap suatu kebijakan yaitu :

- a. *Stakeholder* utama, merupakan *stakeholder* yang memiliki kaitan kepentingan secara langsung dengan suatu kebijakan tetapi mereka adalah penentu utama dalam proses pengambilan keputusan.
- b. *Stakeholder* kunci, mereka yang memiliki kewenangan secara legal dalam hal pengambilan keputusan yang termasuk *stakeholder* kunci yaitu :

Pemerintah Daerah, DPR dan Dinas yang membawahi kebijakan yang bersangkutan.

- c. *Stakeholder* pendukung (sekunder) *stakeholder* yang tidak memiliki kepentingan secara langsung namun dapat menggunakan pengaruhnya untuk melobi sebuah kebijakan.

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.

2.4.2. Analisis Pemangku Kepentingan (*Stakeholder*)

1. strategi perencanaan dan pengaturan implementasi kebijakan.

Implementasi tidak dapat dipandang sebagai bagian terpisah dari proses kebijakan. Proses kebijakan ini paling baik dipandang sebagai proses yang sangat kompleks dan interaktif, dimana berbagai macam aktor mempengaruhi arah perjalanan kebijakan dan juga cara kebijakan dilaksanakan, dalam batasan-batasan dan institusi yang ada. Implementasi merupakan proses politik yang dibentuk oleh kapasitas pemerintah dan kompleksitas sistem. Pengalaman menunjukkan bahwa input dari ilmu-ilmu sosial mengenai hubungan saling mempengaruhi antara aktor

dan institusi masih belum diintegrasikan secara baik dalam rencana implementasi kebijakan

Sebagai sebuah generalisasi yang luas, dalam berbagai macam sub sistem kebijakan kesehatan, secara umum pemerintah bersifat ambisius (mereka ingin membuat dampak yang signifikan), tetapi sub sistem yang ada bersifat kompleks dan pemerintah mempunyai kapasitas terbatas dalam mengontrol secara langsung atas banyak aktor kunci. Hal ini menunjukkan bahwa persuasi dan tawar-menawar sering menjadi bagian penting dalam strategi implementasi. Untuk mensintesis saran-saran tersebut Walt dalam Buse dkk (2005) menyusun sebuah strategi perencanaan dan pengelolaan implementasi kebijakan dalam sektor kesehatan yang diringkas dalam tabel berikut ini.

Tabel 2.2 Strategi Perencanaan dan Pengaturan Implementasi Perubahan

Area atau aspek implementasi	Tipe aksi atau analisis
Analisis makro atas tingkat kemudahan implementasi perubahan kebijakan	Analisis kondisi untuk memfasilitasi perubahan dan dimana kemungkinan, membuat penyesuaian untuk menyederhanakannya, yaitu, satu agen, tujuan yang jelas, tujuan tunggal, ciri-ciri teknis yang sederhana, perubahan marginal, durasi yang pendek, manfaat yang nyata
Membuat eksplisit nilai yang mendasari kebijakan	Mengidentifikasi nilai-nilai yang mendasari pengambilan keputusan kebijakan. Jika nilai dari kepentingan-kepentingan kunci berseberangan dengan kebijakan, dukungan harus dimobilisasi dan biaya diminimalkan.
Analisis stakeholder	Meninjau kembali kelompok-kelompok terkait (dan individu-individu) yang mungkin atau menolak mendukung perubahan dalam kebijakan tingkat nasional dan institusional; merencanakan bagaimana mobilisasi dukungan dengan membuat konsensus atau memobilisasi koalisi pendukung
Analisis kebutuhan dan ketersediaan sumber daya keuangan, teknik, dan manajerial	Mempertimbangkan biaya dan manfaat dana dari luar negeri (jika relevan); menilai perilaku-perilaku yang cenderung self interest dalam sistem ini; meninjau kembali kebutuhan akan pelatihan, sistem informasi baru atau dukungan lainnya untuk perubahan kebijakan
Membangun proses implementasi yang strategis	Melibatkan perencana dan manager dalam analisis tentang bagaimana melaksanakan kebijakan; mengidentifikasi jaringan pendukung dari perubahan kebijakan termasuk 'jawara-jawaranya'; mengelola ketidakpastian; memperkenalkan kesadaran publik; mengadakan mekanisme institusi dan konsultasi, monitoring dan penyampaian dari kebijakan.

Sumber: diadaptasi dari Walt 1998 dalam Kent Buse

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).

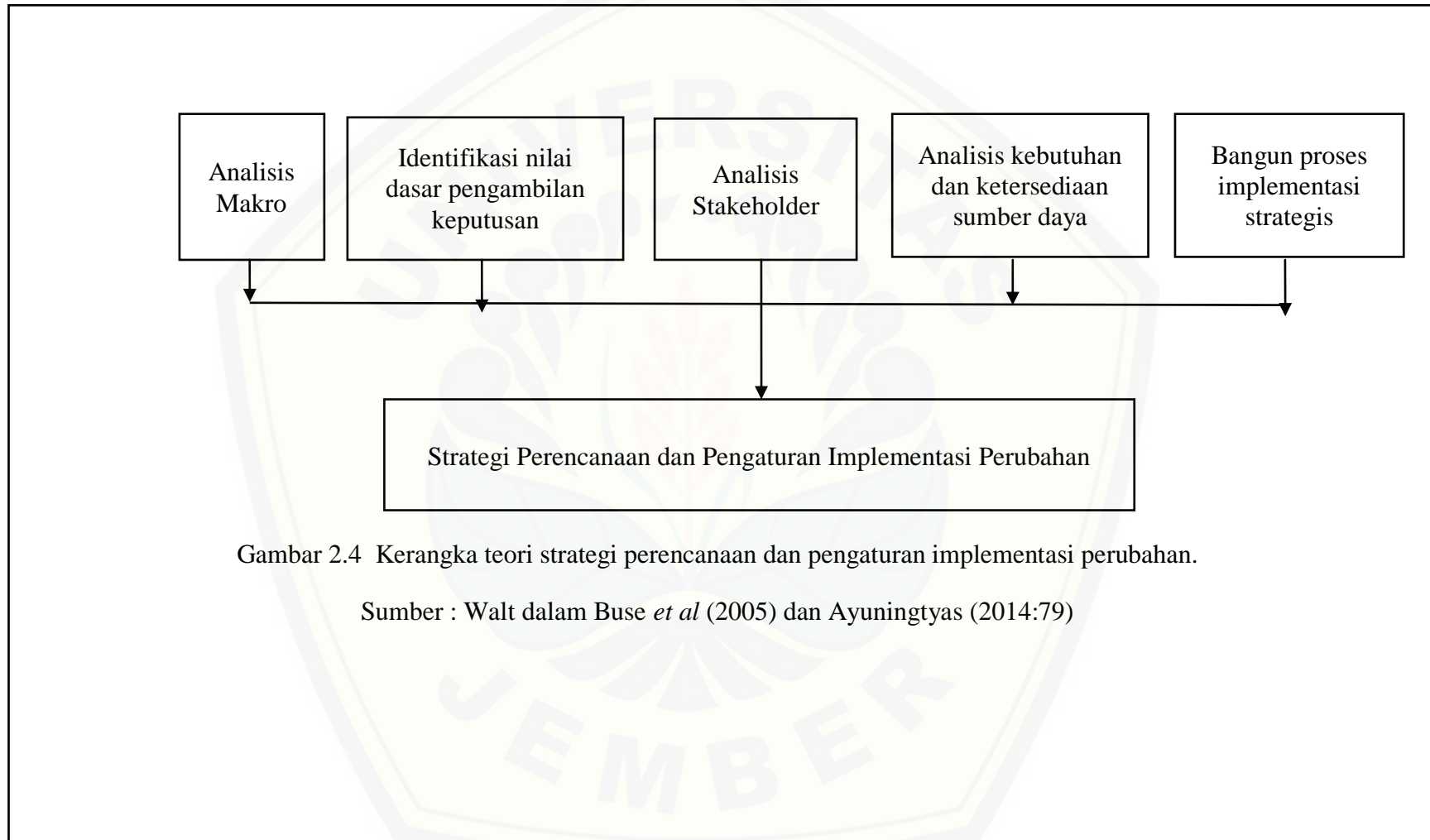
d. Identifikasi Risiko dan Antisipasi Manajemen Risiko

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).



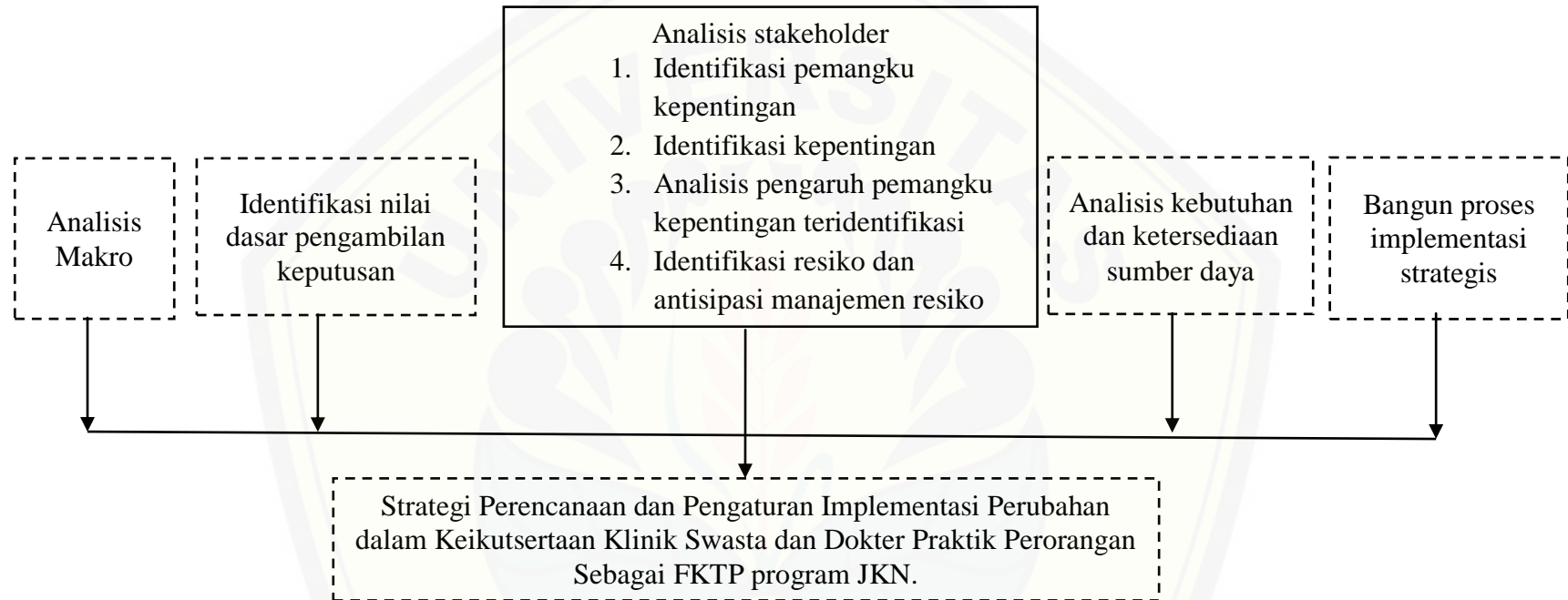
2.5.Kerangka Teori



Gambar 2.4 Kerangka teori strategi perencanaan dan pengaturan implementasi perubahan.

Sumber : Walt dalam Buse *et al* (2005) dan Ayuningtyas (2014:79)

2.6.Kerangka konseptual



Keterangan :

————— : Diteliti

----- : Tidak diteliti

Gambar 2.5 Kerangka Konsep Penelitian.

Kerangka konseptual tersebut menjelaskan Strategi Perencanaan dan Pengaturan Implementasi Perubahan berdasarkan teori yang diadaptasi dari Walt dalam Buse *et al* (2005), terdapat 5 aspek yang mendasari yaitu analisis makro, identifikasi nilai dasar pengambilan keputusan kebijakan, analisis stakeholder, analisis kebutuhan dan ketersediaan sumber daya dan bangun proses implementasi strategis. Dalam penelitian ini hanya aspek analisis *stakeholder* saja yang peneliti lakukan dikarenakan peneliti hanya ingin mendapatkan informasi tentang bagaimana proses pelaksanaan keikutsertaan klinik swasta dan DPP sebagai FKTP program JKN.

Teori analisis *stakeholder* dalam penelitian ini bertujuan untuk mengkaji siapa saja individu atau kelompok yang mempunyai peran dan kepentingan yang mempengaruhi keikutsertaan klinik swasta dan DPP sebagai Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama program Jaminan Kesehatan Nasional. Sehingga dapat digambarkan bagaimana tingkat penerimaan dari masing-masing *stakeholder* yang nantinya dapat mempengaruhi keikutsertaan klinik Swasta dan DPP sebagai Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama program Jaminan Kesehatan Nasional. Yang dijabarkan dalam tahapan : identifikasi pemangku kepentingan, identifikasi kepentingan, analisis pengaruh kepentingan dan identifikasi risiko dan antisipasi manajemen risiko.

BAB 3.METODE PENELITIAN

3.1. Jenis Penelitian

Jenis penelitian yang digunakan adalah penelitian kualitatif, penelitian kualitatif adalah penelitian yang bermaksud untuk memahami fenomena tentang apa yang dialami oleh subyek dalam penelitian, misalnya perilaku, persepsi, motivasi, tindakan dan lain lain (Moleong,2010). Dalam penelitian ini peneliti menggunakan jenis penelitian deskriptif dengan pendekatan kualitatif untuk menggambarkan dan mengkaji para pelaku kebijakan, posisi dan kepentingan mereka dalam kaitanya dengan keikutsertaan klinik swasta dan DPP sebagai Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama program Jaminan Kesehatan Nasional.

3.2. Lokasi dan waktu penelitian

3.2.1. lokasi penelitian

Penelitian ini dilakukan di Dinas Kesehatan Kabupaten Jember, BPJS kesehatan Jember, Ikatan Dokter Indonesia (IDI), Perhimpunan Klinik dan Fasilitas Kesehatan Primer Indonesia (PKFI), Klinik Indonesia Sehat Tempurejo, DPP dr.Santoso Puger. Peneliti memutuskan melakukan penelitian di tempat tersebut karena berdasarkan data primer yang didapat dari studi pendahuluan.

3.2.2. Waktu penelitian

Penelitian ini dilaksanakan pada bulan Maret – Mei 2016

3.3. Sasaran penelitian dan informan penelitian.

3.3.1. Sasaran penelitian

Sasaran penelitian menurut Notoadmodjo (2010) adalah sebagian atau seluruh anggota yang diambil dari seluruh objek yang diteliti dan dianggap mewakili seluruh populasi sasaran penelitian yang digunakan oleh peneliti adalah perwakilan kepala klinik dan DPP di Kabupaten Jember sebagai *stakeholder* utama yang memiliki pengaruh lemah terhadap lahirnya kebijakan tetapi kesejahteraan mereka sangat penting dipertimbangkan bagi pengambil kebijakan, IDI dan Perhimpunan Klinik dan Fasilitas Kesehatan Primer selaku organisasi profesi, Dinas Kesehatan Kabupaten Jember dan BPJS Kesehatan Jember selaku penentu kebijakan.

3.3.2. Penentuan informan penelitian

Informan merupakan orang yang menguasai dan memahami data, informasi yang diperlukan selama proses penelitian (Bungin, 2011) informan pada penelitian ini menggunakan *purposive sampling*. *Purposive sampling* adalah teknik pengambilan sampel dengan pertimbangan tertentu. Pertimbangan tertentu itu misalnya, orang tersebut dianggap yang paling tahu tentang apa yang kita harapkan meliputi beberapa macam yakni informan utama, kunci dan tambahan. Informan penelitian yang digunakan dalam penelitian ini, terdiri dari :

- a. Informan kunci adalah mereka yang mengetahui dan memiliki berbagai informasi pokok yang diperlukan dalam penelitian, informan kunci dalam penelitian ini adalah Dinas Kesehatan Kabupaten Jember dan BPJS kesehatan Jember yang sangat mengetahui Partisipasi Klinik swasta dan DPP sebagai FKTP program JKN
- b. Informan utama adalah mereka yang terlibat langsung dengan interaksi sosial yang diteliti, dalam hal ini adalah perwakilan kepala klinik dan DPP di Kabupaten Jember sebagai *stakeholder* utama yang memiliki pengaruh lemah terhadap lahirnya kebijakan tetapi kesejahteraan mereka sangat penting dipertimbangkan bagi pengambil kebijakan
- c. Informan tambahan, yaitu mereka yang memiliki informasi namun tidak terlibat langsung dalam interaksi sosial yang diteliti dalam hal ini

adalah IDI dan Perhimpunan Klinik dan Fasilitas Kesehatan Primer Jember selaku Organisasi profesi.

3.4. Fokus penelitian dan pengertian

Fokus penelitian mengandung penjelasan mengenai dimensi apa yang menjadi pusat perhatian serta kelak dibahas secara mendalam dan tuntas (Bungin, 2003; 41). Adapun fokus penelitian dan pengertian yang digunakan dalam penelitian ini adalah:

Tabel 3.1 Fokus penelitian dan pengertian.

No	Fokus penelitian	Pengertian
1.	Identifikasi pemangku kepentingan	Cara yang digunakan dalam pencarian dan penetapan suatu individu atau kelompok yang memiliki pandangan yang berbeda dalam partisipasi klinik dan DPP sebagai Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama.
2.	Identifikasi kepentingan	Mengkaji kepentingan baik eksplisit maupun implisit, berdasarkan prioritas masing-masing stakeholder. <ol style="list-style-type: none"> Kepentingan, menunjukkan prioritas kebutuhan masing-masing <i>stakeholder</i> dalam kaitan partisipasi Klinik Swasta dan DPP sebagai FKTP program JKN. Posisi merupakan kedudukan masing-masing pemangku kepentingan dalam partisipasi Klinik Swasta dan DPP sebagai FKTP program JKN Komitmen adalah bentuk kesepakatan dari <i>stakeholder</i> dalam partisipasi Klinik Swasta dan DPP sebagai FKTP program JKN.
3.	Menganalisis pengaruh pemangku kepentingan	Mengetahui kekuasaan yang dimiliki pemangku kepentingan untuk mengontrol keputusan yang dibuat memfasilitasi pelaksanaan dalam kaitan partisipasi klinik swasta dan DPP sebagai FKTP program Jaminan Kesehatan Nasional
4.	Identifikasi Risiko dan Antisipasi Manajemen Risiko	Mengkaji risiko-risiko dan dampak-dampak yang akan dihadapi dan meminimalisir dampak yang ada terkait partisipasi Klinik swasta dan DPP sebagai FKTP program JKN

3.5. Data dan sumber data

Data merupakan kumpulan huruf atau angka, kalimat atau angka yang dikumpulkan melalui proses pengumpulan data. Data tersebut merupakan sifat atau karakteristik dari sesuatu yang diteliti (Notoatmodjo, 2010). Penelitian ini menggunakan sumber data primer dan sekunder. Data primer merupakan data sumber pertama yang diperoleh oleh 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)

- a. Data primer dalam penelitian ini diperoleh melalui wawancara mendalam dengan informan, yaitu Dinas Kesehatan Kabupaten Jember, BPJS kesehatan Jember, kepala klinik dan DPP, IDI dan Perhimpunan Klinik dan Fasilitas Kesehatan Primer Indonesia.
- b. Data sekunder dalam penelitian ini yaitu data jumlah fasilitas kesehatan dan jumlah peserta FKTP yang diperoleh dari Dinas Kesehatan Kabupaten Jember dan BPJS kesehatan Jember.

3.6. Teknik dan Instrumen Pengumpulan Data

3.6.1. Teknik Pengumpulan Data.

Pengumpulan data adalah prosedur yang sistematis dan standar untuk memperoleh data yang diperlukan. Metode pengumpulan data kualitatif yang paling *independent* terhadap suatu metode pengumpulan data dan teknik analisis data adalah metode wawancara mendalam, observasi partisipasi, bahan dokumenter serta metode-metode baru seperti metode penelusuran bahan internet (Bungin, 2013). Teknik pengumpulan data dalam penelitian ini adalah:

- a. Wawancara mendalam (*in- dept interview*).

Wawancara adalah suatu metode yang digunakan untuk mengumpulkan data dimana peneliti mendapatkan keterangan informasi secara lisan dari sasaran penelitian (Notoatmodjo, 2010). Peneliti melakukan wawancara secara mendalam untuk mendapatkan data para pelaku kebijakan, memahami posisi dan kepentingan

pelaku kebijakan dalam partisipasi Klinik swasta dan DPP sebagai FKTP program JKN

b. Dokumentasi.

Dokumentasi merupakan metode yang dilakukan untuk meningkatkan ketepatan pengamatan. Hal ini dilakukan untuk merekam pembicaraan dan juga dapat merekam suatu perbuatan yang dilakukan oleh responden pada saat wawancara (Nazir,2003). Metode dokumentasi adalah salah satu metode pengumpulan data yang digunakan dalam metodologi penelitian sosial. Dokumentasi untuk sumber primer dalam penelitian ini adalah hasil wawancara dan foto saat wawancara untuk melengkapi dokumen. Dokumen untuk sumber sekunder dilakukan dengan mengkaji data dari Dinas Kesehatan Kabupaten Jember dan BPJS kesehatan 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 Jember, kepala klinik ,DPP, IDI dan PKFI.

3.6.2. Instrumen Pengumpulan Data.

Dalam penelitian kualitatif, instrumennya 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 (Ridwan, 2002). Dalam penelitian ini instrumen pengumpulan data yang digunakan adalah panduan wawancara yang akan digunakan dalam wawancara mendalam dengan dibantu oleh alat perekam suara yang digunakan adalah *handphone*, sedangkan instrumen untuk pengamatan langsung peneliti menggunakan kamera.

3.7. Teknik Penyajian dan Analisis Data.

3.7.1. Teknik Penyajian data

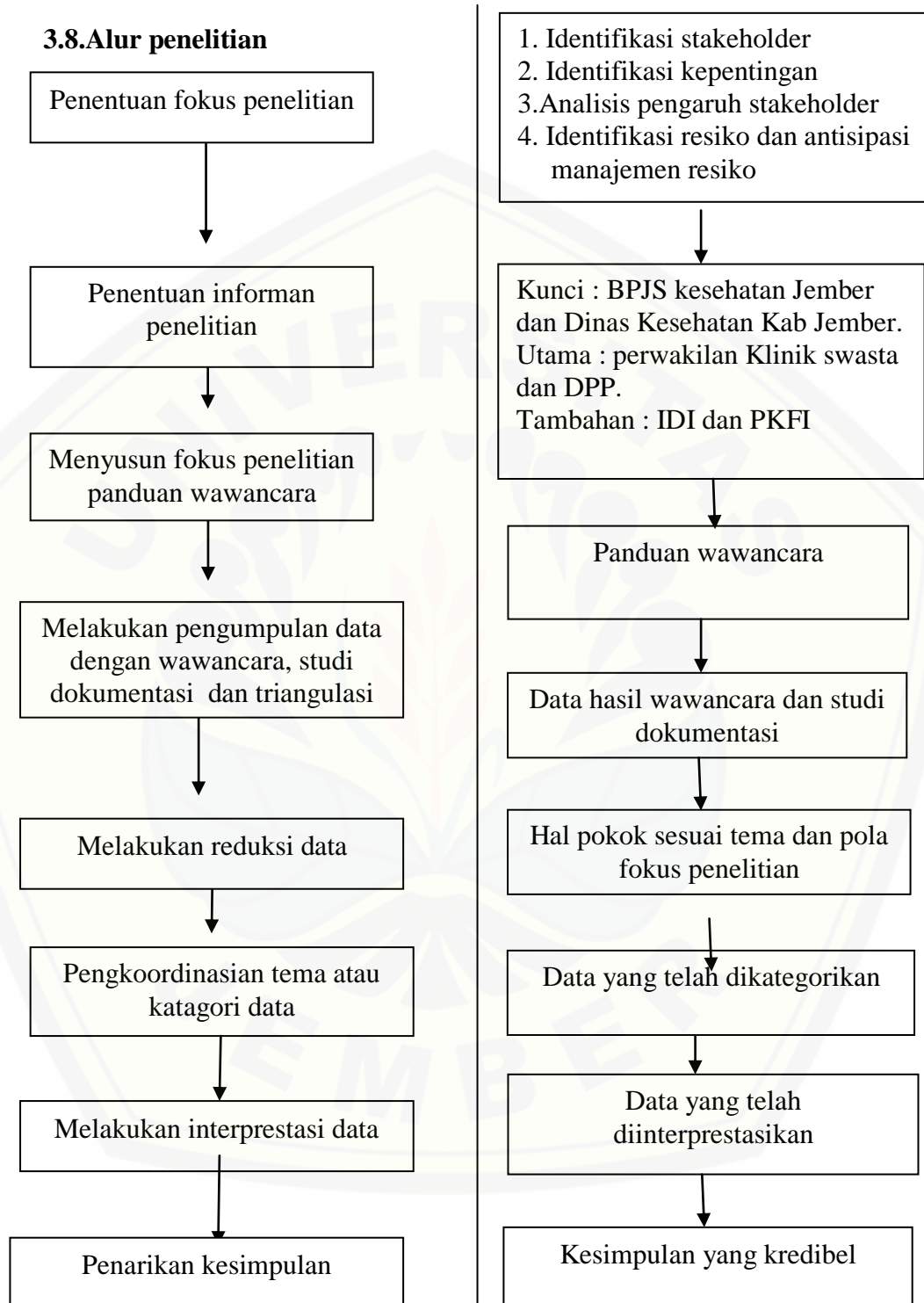
Teknik penyajian data dalam penelitian kualitatif diungkapkan dalam bentuk kalimat serta uraian-uraian, bahkan dapat berupa cerita pendek (Bungin, 2007:103). Teknik penyajian data dalam penelitian ini adalah dalam bentuk uraian kata-kata atau kutipan langsung dari informan yang disesuaikan dengan bahasa informan. Selain itu penyajian data dilakukan dalam bentuk bahasa yang tidak formal, dalam susunan bahasa 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, menjabarkan kedalam unit-unit, melakukan sintesa, menyusun kedalam 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 pada 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*. Analisis data dalam penelitian ini antara lain, meliputi :

- a. Reduksi data (*data reduction*) adalah merangkum semua data yang diperoleh, memilih 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 jelas, dan mempermudah peneliti untuk melakukan pengumpulan data selanjutnya dan mencarinya kembali bila diperlukan.
- b. Penyajian data (*data display*), data penelitian kualitatif penyajian data bisa dilakukan dalam bentuk uraian singkat, bagan, hubungan atau kategori, flowchart dan sejenisnya. Dalam penelitian ini penyajian data dilakukan dengan teks yang bersifat naratif.
- c. Penarikan kesimpulan (*conclusion drawing and verification*), kesimpulan awal yang dikemukakan bersifat sementara dan akan berubah bila ditemukan bukti yang mendukung pada tahap pengumpulan data berikutnya. Tetapi apabila kesimpulan yang dikemukakan pada tahap awal didukung oleh bukti yang valid dan konsisten saat peneliti kembali kelapangan mengumpulkan data, maka kesimpulan yang dikemukakan merupakan kesimpulan yang kredibel(Sugiyono, 2013:9)



Gambar: 3.1 Alur penelitian

BAB 5. PENUTUP

5.1 Kesimpulan.

Berdasarkan hasil penelitian analisis *Stakeholder* dalam Keikutsertaan klinik swasta dan DPP sebagai Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama program Jaminan Kesehatan Nasional, dapat diambil kesimpulan sebagai berikut.

- a. *Stakeholder* terkait keikutsertaan klinik swasta dan DPP sebagai FKTP program JKN digolongkan dalam 3 golongan yaitu BPJS Kesehatan cabang Jember dan Dinas Kesehatan Kabupaten Jember sebagai *stakeholder* kunci, klinik swasta dan DPP sebagai *stakeholder* utama dan IDI dan PKFI sebagai *stakeholder* pendukung (sekunder).
- b. BPJS Kesehatan cabang Jember memiliki kepentingan terkuat berdasarkan kepentingan, posisi dan kewenangannya terkait keikutsertaan klinik swasta dan DPP sebagai FKTP program JKN, Dinas Kesehatan cabang Jember, IDI dan PKFI memiliki kepentingan yang lemah karena peran dan kepentingan mereka yang belum sesuai dengan kewenangannya sedangkan klinik swasta dan DPP memiliki kepentingan yang kuat kaitannya dalam partisipasinya sebagai FKTP program JKN.
- c. BPJS Kesehatan cabang Jember selaku *stakeholder* kunci memiliki pengaruh terbesar terkait keikutsertaan klinik swasta dan DPP sebagai FKTP program JKN namun tidak dengan Dinas Kesehatan kabupaten Jember, IDI dan PKFI sebagai organisasi profesi memiliki pengaruh lemah, sedangkan berbagai kebutuhan dari klinik swasta dan DPP ini dapat menjadi alasan untuk berpartisipasi sebagai FKTP program JKN dengan beberapa pertimbangan tertentu.
- d. Dampak negatif yang bisa muncul dari keikutsertaan klinik swasta dan DPP sebagai FKTP program JKN ini adalah mengenai distribusi fasilitas klinik swasta dan DPP dan konflik kepentingan antar sesama FKTP untuk

meminimalisir dampak yang mungkin terjadi tersebut BPJS Kesehatan cabang Jember melakukan antisipasi manajemen resiko dengan melakukan *Mapping* berdasarkan jumlah rasio faskes dan jumlah peserta di kabupaten Jember.

5.2 Saran.

Berdasarkan penelitian yang telah dilakukan, dapat diberikan saran dengan harapan dapat memberi masukan terkait penelitian ini, antara lain:

a. Bagi Dinas Kesehatan Kabupaten Jember.

Dinas Kesehatan kabupaten Jember selaku pemerintah daerah dapat menghimbau klinik swasta dan DPP yang sudah memiliki surat izin operasional untuk dapat bekerjasama dengan BPJS Kesehatan cabang Jember dan Dinas Kesehatan Kabupaten Jember dapat memaksimalkan perannya sebagai regulator dalam era Jaminan Kesehatan Nasional.

b. BPJS Kesehatan cabang Jember.

BPJS Kesehatan cabang Jember selaku penyelenggara JKN diharapkan dapat berkoordinasi dengan Dinas Kesehatan maupun Organisasi Profesi dalam proses kerjasama antara klinik swasta dan DPP, selain itu diharapkan dapat melibatkan Dinas Kesehatan dan Organisasi profesi dalam proses *kredensialing* sesuai dengan peraturan yang ada.

c. Bagi peneliti selanjutnya.

Bagi peneliti selanjutnya dapat mengkaji kebijakan tentang pendistribusian antara jumlah peserta dengan jumlah FKTP berdasarkan rasio ideal dan dapat mengkaji faktor yang menyebabkan masih rendahnya tingkat partisipasi klinik swasta dan DPP sebagai FKTP program JKN.

DAFTAR PUSTAKA

- Aprianto et al.2012. Kesiapan *stakeholder* pada pelaksanaan JKN. Tidak diterbitkan. *Skripsi*
- 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. 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. RajaGrafindo 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.
- Fakultas Kesehatan Masyarakat. 2015. *Pedoman Penulisan Skripsi*. Jember: Universitas Jember
- Kementerian Kesehatan RI. 2014. *Buku Pegangan Sosialisasi Jaminan Kesehatan Nasional dalam Sistem Jaminan Sosial Nasional*. Jakarta: KementerianKesehatan RI
- 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
- Nazir,M. 2003. *Metode penelitian cetakan*. Bogor : Ghalia Indonesia.
- Notoatmodjo, S. 2010. *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta

- Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 5. 2014. *Panduan Praktik Klinis Bagi Dokter di Fasilitas Pelayanan Kesehatan Primer*
- Peraturan Menteri Kesehatan RI nomor 99. 2015. *Pelayanan kesehatan pada JKN.*
- Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 9. 2014. *Klinik*
- Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 28. 2014. *Pedoman Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Nasional*
- Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 71. 2013. *Pelayanan Kesehatan pada Jaminan Kesehatan Nasional.*
- Peraturan Presiden RI Nomor 111. 2013. *Jaminan Kesehatan Nasional.*
- Peraturan Presiden RI Nomor 12. 2013. *Jaminan Kesehatan Nasional.*
- Peraturan Presiden RI Nomor 28.2016. *Jaminan Kesehatan Nasional.*
- 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.
- Ratnaningsih, E. 2013. *Akses Layanan Kesehatan*. Jakarta: PT. Raja Grafindo Persada Sugiyono, 2012. *Metode Penelitian Kuantitatif Kualitatif dan R & D*. Bandung:Alfabeta.
- Ridwan. 2002. *Skala pengukuran variabel-variabel penelitian*. Bandung: CV Alfabeta
- Sugiyono,2010. *Metode Penelitian Kuntitatif Dan Kualitatif Dan R&D*. Bandung : Alfabeta
- Sugiyono, 2013. *Memahami Penelitian Kualitatif*. Bandung: Alfabeta
- Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN)
- Yuliansyah, Mohammad. A. 2015. Analisis stakeholder dalam pemenuhan Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama program kesehatan Nasional di kabupaten Jember. Tidak diterbitkan. *Skripsi*. Jember: Universitas Jember

Lampiran A. Informed Consent

**KEMENTERIAN PENDIDIKAN DAN KEBUDAYAAN
UNIVERSITAS JEMBER**

FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT

Jl. Kalimantan I/93 Kampus Tegal Boto Telp. (0331) 322995,
332996 Fax (0331) 337878 Jember 68121

LEMBAR PERSETUJUAN
INFORMED CONSENT

Anda yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama :

Alamat :

Instansi :

No Telp/HP :

Menyatakan bersedia menjadi informan penelitian dari:

Nama : Ummi Kholilatul Ela
NIM : 132110101206
Judul Skripsi : Analisis Stakeholder dalam Keikutsertaan Klinik Swasta dan Dokter Praktik Perorangan Sebagai Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama Program Jaminan Kesehatan Nasional.

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 dimengerti. Dengan ini saya menyatakan bahwa saya akan menjawab semua pertanyaan dengan sejujur-jujurnya.

Jember, 2016
Informan

(.....)

Lampiran B. Lembar Panduan Wawancara Informan Kunci

**KEMENTERIAN PENDIDIKAN DAN KEBUDAYAAN
UNIVERSITAS JEMBER**

FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT

Jl. Kalimantan I/93 Kampus Tegal Boto Telp. (0331) 322995,
332996 Fax (0331) 337878 Jember 68121

LEMBAR PANDUAN WAWANCARA

Judul : "Analisis Stakeholder dalam Keikutsertaan Klinik Swasta dan Dokter Praktik Perorangan Sebagai Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama Program Jaminan Kesehatan Nasional"

Tanggal wawancara :

Lokasi :

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 hati nurani.

Identifikasi Stakeholder

1. Menurut Bapak/Ibu siapa saja yang pelaku yang terlibat dalam partisipasi Klinik swasta dan DPP sebagai Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama program Jaminan Kesehatan Nasional?
2. Menurut Bapak / Ibu bagaimana peran pelaku?
3. Menurut Bapak / Ibu bagaimana peran Klinik Swasta dan DPP itu sendiri dalam partisipasi sebagai Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama program Jaminan Kesehatan Nasional?

4. Menurut Bapak / Ibu bagaimana peran IDI dan PKFI sebagai organisasi profesi dalam partisipasi Klinik swasta dan DPP sebagai Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama program Jaminan Kesehatan Nasional?

Identifikasi Kepentingan

5. Bagaimana kepentingan (Harapan, keuntungan dan kebutuhan) informan dan instansi kaitannya dengan partisipasi Klinik swasta dan DPP sebagai Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama program Jaminan Kesehatan Nasional?
6. Bagaimana posisi informan dan instansi kaitannya dengan partisipasi klinik swasta dan DPP sebagai Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama program Jaminan Kesehatan Nasional?
7. Bagaimana komitmen informan dan instansi kaitannya dengan Partisipasi Klinik swasta dan DPP sebagai Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama program Jaminan Kesehatan Nasional?

Identifikasi Pengaruh Pemangku Kepentingan Teridentifikasi

8. Bagaimana kekuasaan atau kekuatan informan dan instansi dalam kaitannya dengan partisipasi Klinik swasta dan DPP sebagai Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama program Jaminan Kesehatan Nasional?
9. Upaya apa yang dilakukan dalam kaitannya partisipasi Klinik Swasta dan DPP sebagai Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama program Jaminan Kesehatan Nasional?

Identifikasi Risiko dan Antisipasi Manajemen Risiko

10. Bagaimana dampak partisipasi Klinik swasta dan DPP sebagai Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama program Jaminan Kesehatan Nasional bagi informan dan Instansi? Dan apa yang akan dilakukan?

Lampiran C. Lembar Panduan Wawancara Informan Utama

**KEMENTERIAN PENDIDIKAN DAN KEBUDAYAAN
UNIVERSITAS JEMBER**

FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT

Jl. Kalimantan I/93 Kampus Tegal Boto Telp. (0331) 322995,
332996 Fax (0331) 337878 Jember 68121

LEMBAR PANDUAN WAWANCARA

Judul : "Analisis Stakeholder dalam Keikutsertaan Klinik Swasta dan Dokter Praktik Perorangan Sebagai Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama Program Jaminan Kesehatan Nasional"

Tanggal wawancara :

Lokasi :

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 hati nurani.

Identifikasi Stakeholder

1. Menurut Bapak/Ibu siapa saja yang pelaku yang terlibat dalam partisipasi Klinik swasta dan DPP sebagai Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama program Jaminan Kesehatan Nasional?
2. Menurut Bapak / Ibu bagaimana peran masing-masing pelaku?
3. Menurut Bapak / Ibu bagaimana peran Dinas Kesehatan Kabupaten Jember dan BPJS kesehatan Jember dalam partisipasi sebagai Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama program Jaminan Kesehatan Nasional?

4. Menurut Bapak / Ibu bagaimana peran IDI dan PKFI sebagai organisasi profesi dalam partisipasi Klinik swasta dan DPP sebagai Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama program Jaminan Kesehatan Nasional?

Identifikasi Kepentingan

5. Bagaimana kepentingan (Harapan, keuntungan dan kebutuhan) informan dan instansi kaitannya dengan partisipasi Klinik swasta dan DPP sebagai Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama program Jaminan Kesehatan Nasional?
6. Bagaimana posisi informan dan instansi kaitannya dengan partisipasi klinik swasta dan DPP sebagai Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama program Jaminan Kesehatan Nasional?
7. Bagaimana komitmen informan dan instansi kaitannya dengan Partisipasi Klinik swasta dan DPP sebagai Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama program Jaminan Kesehatan Nasional?

Identifikasi Pengaruh Pemangku Kepentingan Teridentifikasi

8. Bagaimana kekuasaan atau kekuatan informan dan instansi dalam kaitannya dengan partisipasi Klinik swasta dan DPP sebagai Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama program Jaminan Kesehatan Nasional?
9. Upaya apa yang dilakukan dalam kaitannya partisipasi Klinik Swasta dan DPP sebagai Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama program Jaminan Kesehatan Nasional?

Identifikasi Risiko dan Antisipasi Manajemen Risiko

10. Bagaimana dampak partisipasi Klinik swasta dan DPP sebagai Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama program Jaminan Kesehatan Nasional bagi informan dan Instansi? Dan apa yang akan dilakukan?

Lampiran D. Lembar Panduan Wawancara Informan Tambahan

**KEMENTERIAN PENDIDIKAN DAN KEBUDAYAAN
UNIVERSITAS JEMBER**

FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT

Jl. Kalimantan I/93 Kampus Tegal Boto Telp. (0331) 322995,
332996 Fax (0331) 337878 Jember 68121

LEMBAR PANDUAN WAWANCARA

Judul : "Analisis Stakeholder dalam Keikutsertaan Klinik Swasta dan Dokter Praktik Perorangan Sebagai Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama Program Jaminan Kesehatan Nasional".

Tanggal wawancara :

Lokasi :

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 hati nurani.

Identifikasi Stakeholder

1. Menurut Bapak/Ibu siapa saja yang pelaku yang terlibat dalam partisipasi Klinik swasta dan DPP sebagai Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama program Jaminan Kesehatan Nasional?
2. Menurut Bapak / Ibu bagaimana peran masing-masing pelaku?
3. Menurut Bapak / Ibu bagaimana peran Klinik Swasta dan DPP itu sendiri dalam partisipasi sebagai Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama program Jaminan Kesehatan Nasional?
4. Menurut Bapak / Ibu bagaimana peran Dinas Kesehatan Kabupaten Jember dan BPJS kesehatan Jember dalam partisipasi Klinik swasta dan

DPP sebagai Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama program Jaminan Kesehatan Nasional?

Identifikasi Kepentingan

5. Bagaimana kepentingan (Harapan, keuntungan dan kebutuhan) informan dan instansi kaitannya dengan partisipasi Klinik swasta dan DPP sebagai Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama program Jaminan Kesehatan Nasional?
6. Bagaimana posisi informan dan instansi kaitannya dengan partisipasi klinik swasta dan DPP sebagai Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama program Jaminan Kesehatan Nasional?
7. Bagaimana komitmen informan dan instansi kaitannya dengan Partisipasi Klinik swasta dan DPP sebagai Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama program Jaminan Kesehatan Nasional?

Identifikasi Pengaruh Pemangku Kepentingan Teridentifikasi

8. Bagaimana kekuasaan atau kekuatan informan dan instansi dalam kaitannya dengan partisipasi Klinik swasta dan DPP sebagai Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama program Jaminan Kesehatan Nasional?
9. Upaya apa yang dilakukan dalam kaitanya partisipasi Klinik Swasta dan DPP sebagai Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama program Jaminan Kesehatan Nasional?

Identifikasi Risiko dan Antisipasi Manajemen Risiko

10. Bagaimana dampak partisipasi Klinik swasta dan DPP sebagai Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama program Jaminan Kesehatan Nasional bagi informan dan Instansi? Dan apa yang akan dilakukan?

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

 <p>PEMERINTAH KABUPATEN JEMBER BADAN KESATUAN BANGSA DAN POLITIK Jalan Letjen S Parman No. 89 ■ 337853 Jember</p>	
Kepada Yth. Sdr. Kepala Dinas Kesehatan Kab. Jember di - T E M P A T	
<p><u>SURAT REKOMENDASI</u> Nomor : 072/828/314/2016</p> <p>Tentang <u>PENELITIAN</u></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 02 Mei 2016 Nomor : 1601/UN25.1.12/SP/2016 perihal Ijin Penelitian
<p><u>MEREKOMENDASIKAN</u></p>	
Nama / NIM.	: Ummi Kholilatul Ela 132110101206
Instansi	: Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember
Alamat	: Jl. Kalimantan I/93 Kampus Bumi Tegal Boto Jember
Keperluan	: Mengadakan Penelitian untuk penyusunan Skripsi tentang : "Partisipasi Klinik Swasta Dan Dokter Praktik Perorangan (DPP) Sebagai Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama Program jaminan Kesehatan Nasional".
Lokasi	: Dinas Kesehatan Kabupaten Jember
Tanggal	: 02-05-2016 s/d 30-06-2016
<p>Apabila tidak bertentangan dengan kewenangan dan ketentuan yang berlaku, diharapkan Saudara memberi bantuan tempat dan atau data seperlunya untuk kegiatan dimaksud.</p> <ol style="list-style-type: none"> Kegiatan dimaksud benar-benar untuk kepentingan Pendidikan Tidak dibenarkan melakukan aktivitas politik Apabila situasi dan kondisi wilayah tidak memungkinkan akan dilakukan penghentian kegiatan. <p>Demikian atas perhatian dan kerjasamanya disampaikan terima kasih.</p>	
Ditetapkan di : Jember Tanggal : 11-05-2016 An. KEPALA BAKESBANG DAN POLITIK KABUPATEN JEMBER Kabid Kajian Strategis & Politis	
 Drs. SLAMET W. JOKO, M.Si. Bebina NIP. 19651212 198606 1004	
Tembusan :	
Yth. Sdr. :	1. Dekan FKM Universitas Jember 2. Ybs

Lampiran F. 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 E-mail : sikdajember@yahoo.co.id

Jember, 02 Mei 2016

Nomor : 440 / 17261 / 414 / 2016
 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 : 072/828/314/2016, Tanggal 11 Mei 2016, Perihal Ijin Penelitian, dengan ini harap saudara dapat memberikan data seperlunya kepada :


Nama : Ummi Kholilatul Ela
 NIM : 132110101206
 Alamat : Jl. Kalimantan I/93 Kampus Bumi Tegal Boto Jember
 Fakultas : Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember
 Keperluan : Mengadakan Penelitian Untuk Penyusunan Skripsi Berjudul
 "Partisipasi Klinik Swasta Dan Dokter Praktik Perorangan (DPP)
 Sebagai Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama Program Jaminan
 Kesehatan Nasional"
 Waktu Pelaksanaan : 02 Mei 2016 s/d 30 Juni 2016

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.


KEPALA DINAS KESEHATAN
KABUPATEN JEMBER
Dr. BAMBANG SUWARTONO, MM
 Pembina Utama Muda
 NIP. 19570202 198211 1 002

Tembusan:
 Yth. Sdr. Yang bersangkutan
 di Tempat

Lampiran G. Dokumentasi Penelitian .

