

DISERTASI

**IMPLEMENTASI PROGRAM JAMINAN KESEHATAN
NASIONAL KARTU INDONESIA SEHAT PADA
BADAN PENYELENGGARA JAMINAN SOSIAL
KOTA MAKASSAR**

Disusun dan diajukan oleh

**ASKARIANI SAHUR
E013171009**



**PROGRAM DOKTOR ADMINISTRASI PUBLIK
FAKULTAS ILMU SOSIAL DAN ILMU POLITIK
UNIVERSITAS HASANUDDIN
MAKASSAR
2021**

DISERTASI

**IMPLEMENTASI PROGRAM JAMINAN KESEHATAN
NASIONAL KARTU INDONESIA SEHAT PADA
BADAN PENYELENGGARA JAMINAN SOSIAL
KOTA MAKASSAR**

**THE IMPLEMENTATION OF THE JKN-KIS PROGRAM AT BPJS
KESEHATAN MAKASSAR**

Sebagai persyaratan untuk memperoleh gelar Doktor

Disusun dan diajukan oleh

**ASKARIANI SAHUR
E013171009**



kepada

**PROGRAM DOKTOR ADMINISTRASI PUBLIK
FAKULTAS ILMU SOSIAL DAN ILMU POLITIK
UNIVERSITAS HASANUDDIN
MAKASSAR
2021**

LEMBAR PENGESAHAN DISERTASI

IMPLEMENTASI PROGRAM JAMINAN KESEHATAN NASIONAL
KARTU INDONESIA SEHAT PADA BADAN PENYELENGGARA
JAMINAN SOSIAL KOTA MAKASSAR

Disusun dan diajukan oleh

ASKARIANI SAHUR

E013171009

Telah dipertahankan di hadapan Panitia Ujian yang dibentuk dalam rangka
Penyelesaian Studi Program Doktor Program Studi Administrasi Publik
Fakultas Ilmu Sosial dan Ilmu Politik Universitas Hasanuddin
Pada tanggal 16 Agustus 2021
dan dinyatakan telah memenuhi syarat kelulusan

Menyetujui

Promotor,

Prof. Dr. H. Muhammad Akmal Ibrahim, M.Si.
Nip. 196012311986011005

Co. Promotor,

Prof. Dr. H. Thahir Haning, M.Si.
Nip. 195705071984031001

Co. Promotor,

Prof. Dr. Hamsinah, M.Si.
Nip. 19551103198702201

Ketua Program Studi
Administrasi Publik,

Prof. Dr. H. Muh. Akmal Ibrahim, M.Si.
Nip. 196012311986011005

Dekan Fakultas Ilmu Sosial dan
Ilmu Politik Universitas Hasanuddin,

Prof. Dr. H. Armin, M.Si.
Nip. 196514091991031008

PERNYATAAN KEASLIAN DISERTASI

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Askariani Sahur
NIM : E013171009
Program Studi : Administrasi Publik
Jenjang : S3

Menyatakan dengan ini bahwa karya tulisan saya yang berjudul:

IMPLEMENTASI PROGRAM JAMINAN KESEHATAN NASIONAL KARTU INDONESIA SEHAT PADA BADAN PENYELENGGARA JAMINAN SOSIAL KOTA MAKASSAR

Adalah karya tulisan saya sendiri, bukan merupakan pengambil alihan tulisan orang lain dan bahwa disertasi yang saya tulis ini benar – benar merupakan hasil karya saya sendiri.

Apabila dikemudian hari terbukti atau dapat dibuktikan bahwa sebagian atau keseluruhan isi disertasi ini hasil karya orang lain, maka saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut.

Makassar, Agustus 2021

Yang membuat pernyataan



**Askariani Sahur
NIM. E013171009**

KATA PENGANTAR

Dengan Asma Allah Yang Maha Pengasih dan Maha Penyayang, atas Kasih Sayang-Nya penulis dapat menyelesaikan disertasi ini. Untuk itu penulis ucapkan rasa syukur kehadiran-Nya seraya mengucapkan segala puji bagi Allah Tuhan semesta alam, dengan terselesaikannya disertasi yang berjudul **“Implementasi Program Jaminan Kesehatan Nasional Kartu Indonesia Sehat pada Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kota Makassar”** yang merupakan salah satu persyaratan akademik guna memperoleh gelar Doktor (Dr) dalam Program Pendidikan Doktor Administrasi Publik Fakultas Ilmu Sosial dan Ilmu Politik Universitas Hasanuddin Makassar.

Penulis menyadari bahwa dalam proses penyelesaian disertasi ini telah melibatkan berbagai pihak, baik secara langsung maupun tidak langsung, perorangan maupun lembaga yang telah memberikan kontribusi dalam penyelesaian penyusunan disertasi ini. Untuk itu dalam kesempatan ini penulis ucapkan terima kasih dan penghargaan yang setinggi-tingginya kepada yang penulis hormati:

1. Rektor Universitas Hasanuddin, Prof. Dr. Dwia Aries Tina Pulubuhu, MA., Dekan Sekolah Pascasarjana Universitas Hasanuddin, Prof. Dr. Muhammad Ali, SE., MS beserta para Wakil Dekan Sekolah Pascasarjana Universitas Hasanuddin.
2. Ketua Program Studi Doktor Administrasi Publik Fakultas Ilmu Sosial dan Ilmu Politik Universitas Hasanuddin, Prof. Dr. H. Muhammad Akmal

Ibrahim, M.Si yang senantiasa memberi arahan dan bantuan selama menjalani Pendidikan Doktor hingga proses penulisan disertasi ini selesai.

3. Bapak Prof. Dr. H. Muhammad Akmal Ibrahim, M.Si selaku Promotor, Prof. Dr. H. Moh. Thahir Haning, M.Si selaku Kopromotor 1 dan Ibu Prof. Dr. Hamsinah, M.Si selaku Kopromotor 2. Beliau bertiga dengan kepakaran yang melekat telah meluangkan waktu untuk mengarahkan dan memberikan kontribusi bagi terwujudnya disertasi ini. Melalui beliau bertiga dengan kesabaran, perhatian dan keikhlasannya telah memberikan dorongan, koreksi dan saran baik dari aspek metodologi penelitian maupun penyajian isi disertasi secara keseluruhan. Untuk itu sekali lagi penulis menghaturkan penghormatan dan penghargaan yang setinggi-tingginya serta mengucapkan terima kasih dengan iringan doa “semoga amal baik beliau diterima dan mendapat balasan dari Allah Yang Maha Kasih, Maha Sayang dan Maha Pemurah.
4. Dr. Muchlis Madani, M.Si, selaku penguji eksternal dan Dr. Ali Fauzy Ely, M.Si, Dr. Hj. Gita Susanti, M.Si dan Dr. Nurdin Nara, M.Si selaku penguji internal atas waktu yang telah diluangkan dalam memberikan masukan konstruktif untuk penyempurnaan disertasi ini.
5. Seluruh dosen pengajar Program Doktor Administrasi Publik Universitas Hasanuddin yang sudah memberikan ilmu dan pengetahuan selama proses perkuliahan.

6. Direktur Politeknik Negeri Ujung Pandang, Bapak Prof. Dr. Ir. Muhammad Anshar, M.Si., Ph.D yang telah memfasilitasi dan mendukung penulis dalam melanjutkan jenjang Pendidikan Doktor.
7. Para Pimpinan dan kerabat dosen pengajar jurusan Administrasi Bisnis Politeknik Negeri Ujung Pandang yang tiada hentinya memberi dukungan, motivasi, bantuan dan ketulusannya dalam berbagi pengetahuan hingga penyelesaian penulisan disertasi ini.
8. Seluruh pegawai dari beberapa elemen instansi, diantaranya Dinas Penanaman Modal dan Pelayanan Terpadu Satu Pintu, Dinas Kesehatan, BPJS Kesehatan Kota Makassar, dan beberapa Rumah Sakit yang telah membantu dalam proses penelitian ini.
9. Suami tercinta, Drs. H. Amiruddin., M.Si dan Anakku M. Rudini Kurniawan Amiruddin, S.ST atas pengertian, motivasi, dukungan dan doa untuk keberhasilan penulis selaku istri dan ibu dalam menempuh jenjang Pendidikan Doktor.
10. Seluruh keluarga besar (Alm) Drs. H. Ahmad Sahur, M.Si yang saya tidak bisa sebutkan satu persatu namanya, saya ucapkan terima kasih atas dukungan, support dan cinta kalian selama ini.
11. Atas bantuan dan pertolongan dari semua pihak, penulis tidaklah sanggup membalasnya, hanya doa yang ikhlas yang dapat penulis mohonkan kepada-Nya, kiranya bantuan bapak/ibu dan saudara-

saudari mendapat balasan berlipat ganda dari Allah yang Maha Kuasa,
Amin Ya Rabbal Alamin.

Penulis menyadari masih banyak kekurangan dalam penulisan disertasi ini, maka sangat diharapkan kritik yang sifatnya konstruktif dari semua pihak demi penyempurnaan disertasi ini. Harapan dari penulis, semoga disertasi ini dapat bermanfaat bagi semuanya.

Makassar, Agustus 2021

Askariani Sahur

ABSTRAK

ASKARIANI SAHUR. *Implementasi Program JKN-KIS pada BPJS Kesehatan Kota Makassar (dibimbing oleh H. Muhammad Akmal Ibrahim, H. Moch. Thahir Haning, dan Hamsinah).*

Penelitian ini bertujuan mendeskripsi dan menganalisis implementasi kebijakan dengan menggunakan model yang dikembangkan oleh George C. Edward.

Penelitian ini berfungsi sebagai ulasan tentang bagaimana implementasi kebijakan yang muncul sebagai transformasi dari kebijakan sebelumnya guna mencapai keberhasilan tujuan kebijakannya. Penelitian ini merupakan penelitian kualitatif dengan jenis penelitian studi kasus.

Hasil penelitian menunjukkan empat hal, yakni (1) meskipun memiliki pola transmisi dan kejelasan, namun biasanya struktur pelaksana membuat beberapa hambatan dalam komunikasi kegiatan; (2) sumber dayanya tidak digunakan secara maksimal menimbulkan kerawanan akan terjadinya kesalahan prosedur, ketidakpastian hukum, dan terhambatnya inovasi pelayanan; (3) tidak terdapat disposisi negatif terhadap implementasi JKN KIS; dan (4) meskipun terdapat fragmentasi kebijakan yang besar, namun tidak ditemukan benturan kewenangan akibat struktur pengambilan keputusan *top-down* di organisasi BPJS Kesehatan.



ABSTRACT

ASKARIANI SAHUR. *The Implementation of JKN-KIS Program at BPJS Kesehatan Makassar* (supervised by Muhammad Akmal Ibrahim, Mohamad Thahir Haning, and Hamsinah).

This study aims to describe and analyze policy implementation using the model developed by George C. Edward. This study also attends as a review of how the implementation of policies that emerged as a transformation of the previous policy to achieve the success of its policy objectives.

This study is qualitative research with the type of case study research.

The study results showed four things. First, although it has a transmission pattern and clarity, the size of the implementing structure creates several obstacles in policy communication. Second, these resources are not used optimally, creating vulnerability to procedural errors, legal uncertainty, and delays in service innovation. Third, there is no negative disposition towards the implementation of JKN-KIS because of the disposition of BPJS employees towards the operation and implementation of JKN-KIS. Fourth, although there is a large policy fragmentation, there is no conflict of authority due to the top-down decision-making structure in the organization of BPJS Kesehatan Makassar.

Keywords: JKN-KIS, BPJS Kesehatan, Makassar City.



DAFTAR ISI

HALAMAN SAMPUL.....	i
HALAMAN JUDUL.....	ii
HALAMAN PENGESAHAN.....	iii
HALAMAN PERNYATAAN KEASLIAN PENELITIAN	iv
PRAKATA.....	v
ABSTRAK.....	ix
ABSTRACT	x
DAFTAR ISI.....	ix
DAFTAR TABEL.....	xiv
DAFTAR GAMBAR.....	xv
BAB I PENDAHULUAN	1
1.1. Latar Belakang	1
1.2. Rumusan Masalah.....	13
1.3. Tujuan Penelitian	16
1.4. Manfaat Penelitian	16
BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....	18
2.1. Tinjauan Teori.....	18
2.1.1. Paradigma Administrasi Publik	18
2.1.1.1. Paradigma Administrasi Publik Menurut Frederickson	18
2.1.1.2. Paradigma Administrasi Menurut Wodrow Wilson.....	21
2.1.2. Konsep Kebijakan Publik	25
2.1.3. Konsep Implementasi Kebijakan	37
2.1.4. Manajemen Kebijakan Publik.....	64
2.1.5. Teori Kesejahteraan	67
2.2. Jaminan Sosial	71
2.3. Program Jaminan Kesehatan Nasional-Kartu Indonesia Sehat (JKN-KIS)	77
2.3.1. Prinsip-Prinsip Jaminan Kesehatan Nasional (JKN).....	84

2.3.2. Badan Penyelenggara Jaminan Sosial	87
2.3.3. Penyelenggara Pelayanan Kesehatan	95
2.4. Penelitian Terdahulu	109
2.5. Kerangka Pikir Penelitian	118
BAB III METODE PENELITIAN	126
3.1. Pendekatan dan Jenis Penelitian.....	126
3.2. Fokus Penelitian.....	127
3.3. Lokasi Penelitian	132
3.4. Sumber Data	132
3.5. Jenis Data dan Teknik Pengumpulan Data.....	134
3.6. Teknik Pengolahan dan Analisis Data	136
3.7. Pengecekan Keabsahan Data	138
3.8. Matriks Penarikan Data Penelitian.....	140
BAB IV HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN.....	144
4.1. Gambaran Umum Lokasi Penelitian.....	144
4.1.1. Profil Kota Makassar	144
4.1.2. Profil BPJS Kesehatan Cabang Makassar	146
4.2. Hasil Penelitian	153
4.2.1. Komunikasi	154
4.2.2. Sumber Daya	180
4.2.3. Disposisi Pelaksana	219
4.2.4. Struktur Birokrasi.....	229
4.3. Pembahasan	242
4.3.1. Komunikasi	242
4.3.2. Sumber Daya	248
4.3.3. Disposisi.....	253
4.3.4. Struktur Birokrasi.....	258
BAB V PENUTUP	262
5.1. Kesimpulan.....	262
5.2. Implikasi Penelitian	263

DAFTAR PUSTAKA.....268
LAMPIRAN277

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1.	Penelitian Terdahulu	110
Tabel 3.1.	Matriks Penarikan Data Variable Komunikasi	140
Tabel 3.2.	Matriks Penarikan Data Variable Disposisi.....	141
Tabel 3.3.	Matriks Penarikan Data Variable Sumber Daya	142
Tabel 3.4.	Matriks Penarikan Data Variabel Struktur Birokrasi.....	143
Tabel 4.1.	Matriks Penarikan Data Variabel Komunikasi pada Objek Penelitian.....	155
Tabel 4.2.	Jumlah Sektor dan Fungsi yang Terkait dalam Pengelolaan BPJS	160
Tabel 4.3.	Matriks Hasil Penelitian Variabel Komunikasi	179
Tabel 4.4.	Matriks Penarikan Data Sumber Daya	182
Tabel 4.5.	Jumlah Pegawai BPJS Kesehatan Kota Makassar	183
Tabel 4.6.	Peserta JKN-KIS Makassar yang Dinonaktifkan	188
Tabel 4.7.	Matriks Hasil Penelitian Sumber Daya	218
Tabel 4.8.	Matriks Penarikan Data Disposisi.....	221
Tabel 4.9.	Daftar Gaji BPJS Kesehatan.....	228
Tabel 4.10.	Matriks Hasil Penelitian Disposisi.....	228
Tabel 4.11.	Matriks Penarikan Data Struktur Birokrasi.....	230
Tabel 4.12.	Jenis dan Peruntukan SOP yang ada pada Pelayanan JKN-KIS.....	232
Tabel 4.13.	Kategori SOP pada BPJS Berdasarkan Sektor yang ada	233
Tabel 4.14.	Aktor dan Kewenangannya dalam pelaksanaan JKN KIS	237
Tabel 4.15.	Matriks Hasil Penelitian Struktur Birokrasi.....	241

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1.	Tahapan Kebijakan Publik	34
Gambar 2.2.	Model <i>a Policy Implementation Process by Van Meter and Van Horn</i>	47
Gambar 2.3.	Model Pendekatan Implementasi Menurut George C. Edward III	49
Gambar 2.4.	Model Kesesuaian	62
Gambar 2.5	Model Implementasi sebagai proses Politik dan Administrasi	63
Gambar 2.6.	Sekuensi Implementasi Kebijakan	67
Gambar 2.7.	Sistem Jaminan Sosial Nasional	74
Gambar 2.8.	Dimensi Universal Health Coverage	80
Gambar 2.9.	Alur Pelayanan Rawat Jalan di Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama	102
Gambar 2.10.	Alur Pelayanan Rawat Inap di Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama	104
Gambar 2.11.	Alur Pelayanan Kesehatan Tingkat Lanjutan.....	107
Gambar 2.12.	Alur Pelayanan Rujukan Antar Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama	109
Gambar 2.13.	Kerangka Pikir Penelitian	124
Gambar 3.1.	Siklus analisis data penelitian kualitatif	137
Gambar 4.1.	Posisi BPJS pada Transmisi Kebijakan.....	162
Gambar 4.2.	Sampul Depan dan Beberapa Isi Buku Pedoman Pemberian Layanan Kepada Masyarakat	172
Gambar 4.3.	Halaman Depan Buku Saku yang Menjadi Panduan Pegawai BPJS dalam mentransmisikan pesan kepada Masyarakat	173
Gambar 4.4.	Jumlah Fasilitas Kesehatan 2020	192
Gambar 4.5.	Jumlah Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan	193

Gambar 4.6.	Tren Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan Peserta JKN-KIS.....	212
Gambar 4.7.	Contoh SOP JKN KIS pada buku BPJS	233
Gambar 4.8.	Dua Jalur Kebijakan yang Diterapkan di JKN.....	239
Gambar 4.9.	Faktor yang Mempengaruhi Kesenjangan Kejelasan Infomasi pada Pengguna Layanan dan Pelaksana Lapangan.....	247
Gambar 4.10.	Aspek yang Memberikan Dampak Terhadap Komunikasi.	248
Gambar 4.11.	Aspek yang Memberikan Dampak Terhadap Disposisi Pelaksana.....	257

BAB I

PENDAHULUAN

1.1. Latar Belakang

Pembukaan Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945 mengamanatkan bahwa tujuan negara adalah untuk meningkatkan kesejahteraan rakyat. Kemudian dalam perubahan keempat Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945, tujuan tersebut semakin dipertegas yaitu dengan mengembangkan sistem jaminan sosial bagi kesejahteraan seluruh rakyat. Oleh karenanya, sistem jaminan sosial di Indonesia dikenal dengan Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) seperti yang telah dijelaskan sekaligus diatur dalam Pasal 2 dan 3 Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang SJSN bahwa, "Sistem Jaminan Sosial Nasional diselenggarakan berdasarkan asas kemanusiaan, asas manfaat dan asas keadilan sosial bagi seluruh rakyat Indonesia. Sistem Jaminan Sosial Nasional tersebut bertujuan untuk memberikan jaminan terpenuhinya kebutuhan dasar hidup yang layak bagi setiap peserta dan/atau anggota keluarganya."

Jaminan sosial didesain untuk memberikan manfaat yang berarti bagi peserta/masyarakat, minimal memberikan jaminan terpenuhinya kebutuhan dasar yang layak bagi peserta dan anggota keluarganya termasuk di dalamnya mendapat layanan kesehatan secara komprehensif sesuai dengan asas manfaat *social security*. Skema penyelenggaraan jaminan sosial nasional tersebut selanjutnya dituangkan dalam peraturan

perundang-undangan yakni Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS). Sebagai sebuah badan yang menyelenggarakan jaminan sosial tersebut. Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) merupakan lembaga atau badan hukum yang dibentuk untuk menyelenggarakan program jaminan sosial di Indonesia. Badan penyelenggara tersebut berbentuk badan hukum publik berdasarkan prinsip kegotongroyongan, nirlaba, keterbukaan, kehati-hatian, akuntabilitas, probabilitas, kepesertaan bersifat wajib, dana amanat, dan hasil pengelolaan dana jaminan sosial dipergunakan seluruhnya untuk pengembangan program dan untuk sebesar besarnya kepentingan peserta.

Kebijakan Sistem Jaminan Sosial Nasional tersebut adalah bentuk dari pembangunan nasional dibidang kesehatan. Sebagai institusi tertinggi, pemerintah bertanggung jawab atas pemeliharaan kesehatan dan penyedia sarana pelayanan kesehatan. Kesehatan merupakan salah satu hak dan kebutuhan dasar tiap orang guna meningkatkan standar kesejahteraan kehidupannya, baik secara sosial, ekonomi, politik, maupun spiritual.

Pelaksanaan pembangunan kesehatan melibatkan seluruh warga masyarakat Indonesia. Hal tersebut dapat dimengerti karena pembangunan kesehatan mempunyai hubungan yang dinamis dengan sektor lainnya. Seperti dijelaskan dalam Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang kesehatan, dinyatakan bahwa setiap individu, keluarga dan

masyarakat berhak memperoleh perlindungan terhadap kesehatannya, dan negara bertanggungjawab untuk mengatur terpenuhinya hak hidup sehat bagi penduduk termasuk masyarakat miskin dan tidak mampu. Kewenangan dalam pelayanan kesehatan terletak pada pemerintah pusat dan daerah, dan pada golongan sosial atas yang mempunyai wewenang menetapkan pilihan atas alternatif pelayanan kesehatan.

Program Jaminan Kesehatan Nasional-Kartu Indonesia Sehat (JKN-KIS) yang diluncurkan sejak 1 Januari 2014 merupakan wujud dari kehadiran negara kepada rakyatnya. Program JKN-KIS membuka akses yang lebih besar kepada masyarakat untuk mendapat jaminan pelayanan kesehatan, khususnya bagi masyarakat yang kurang mampu. Diakui bahwa pelaksanaannya belum sempurna, masih dibutuhkan perbaikan. Pemerintah menyadari pentingnya program JKN-KIS, sebagai komitmen untuk memastikan program ini berkelanjutan dan berkualitas.

Dalam rentang tahun berjalannya, program ini bukannya berjalan tanpa kendala, beberapa studi mengenai program ini menyebutkan bahwa kendala akibat kurangnya komunikasi antara lembaga, khususnya pemerintah sebagai pembuat kebijakan, BPJS sebagai pelaksana dan masyarakat sebagai penerima manfaat membuat banyak penyaluran klaim yang tidak tepat sasaran, masih banyak kelompok rentan dan tergolong fakir miskin yang belum menerima, sementara dilain pihak ada yang terlihat kelompok mampu yang menikmati layanan JKN-KIS, belum lagi pelaksanaan program yang tidak ditopang oleh sistem administrasi

kependudukan yang baik, pada tahun 2019 contohnya, dari sebanyak 27,4 juta data peserta JKN-KIS yang ada di master *file* BPJS Kesehatan, ternyata masih ada sekitar 9 juta data peserta JKN-KIS yang masih bermasalah, seperti; digit nomor induk kependudukan (NIK) yang kurang, kartu tanda penduduk (KTP) ganda, hingga peserta yang ternyata sudah meninggal dunia, (REPUBLIKA.co.id, 24 Agustus 2019). Kisruh lain muncul berupa distorsi komunikasi antar lembaga diakibatkan oleh faktor keterbatasan sumber daya manusia (*human resources*) yang mampu melaksanakannya, sebab diketahui selama ini, BPJS sebagai lembaga pelaksana (*implementor*) hanya berdiam diri, dan disibukkan oleh defisit dana dan penanganan keluhan (*complaint*) masyarakat, sementara lembaga penentu penerima diserahkan sepenuhnya kepada pemerintah setempat. Lemahnya kontrol balik dari BPJS, menimbulkan manipulasi data penerima.

Menjelang akhir tahun 2018, penyempurnaan implementasi Program Jaminan Kesehatan Nasional-Kartu Indonesia Sehat (JKN-KIS) terus dilakukan, termasuk dari segi payung regulasi. Terbitnya Peraturan Presiden (Perpres) Nomor 82 tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan merupakan upaya pemerintah untuk menyatukan langkah-langkah BPJS Kesehatan, kementerian, lembaga, pemerintah daerah, dan *stakeholder* lainnya dalam mengelola Program JKN-KIS. Melalui Perpres tersebut, posisi Pemerintah Daerah dalam mematok regulasi pendukung JKN-KIS diperkuat. Pemerintah Daerah pun dapat lebih leluasa untuk menetaskan

aturan daerah mengenai perluasan kepesertaan JKN-KIS, kepatuhan pembayaran, peningkatan pelayanan kesehatan, hingga mengalokasikan dana pajak rokok untuk kepentingan Program JKN-KIS. Perpres Nomor 82 Tahun 2018 juga melebarkan jalan bagi kementerian, lembaga, dan para pemangku lainnya untuk melakukan perbaikan di berbagai aspek, mulai dari sisi pelayanan kesehatan, manajemen sistem rujukan, pengawasan terhadap pelayanan kesehatan, koordinasi manfaat, koordinasi penjaminan pelayanan, hingga pengoptimalan upaya efisiensi dan efektivitas pelaksanaan Program JKN-KIS. Kehadiran Perpres ini juga diharapkan dapat mempersatukan *stakeholder* yang terkait dengan Program JKN-KIS, sehingga tidak ada lagi ego sektoral yang menghambat keberlangsungan Program JKN-KIS.

Meskipun telah mengupayakan konfigurasi yang mampu memuaskan banyak pihak, BPJS Kesehatan tak luput dari tuduhan telah memberikan jaminan substandar atau *undertreatment* bagi peserta, belakangan menjadi konsumsi masyarakat awam. Istilah layanan substandar mencuat di halaman berbagai media massa pun media sosial yang dilontarkan pihak-pihak yang menganggap layanan yang diperoleh pasien peserta Program Jaminan Kesehatan Nasional-Kartu Indonesia Sehat (JKN-KIS) di bawah standar. Ini sering dikaitkan dengan kecilnya iuran peserta, tarif Ina CBGs yang belum sesuai nilai keekonomian, dan efisiensi yang dilakukan oleh BPJS Kesehatan melalui penataan terhadap sejumlah pelayanan di Rumah Sakit (RS).

Tudingan ini disinyalir muncul dari keberadaan beragam aturan yang ada contohnya, Peraturan Direktur Jaminan Pelayanan Kesehatan (Perdijampelkes) BPJS Kesehatan 2 Tahun 2018 Tentang Penjaminan Pelayanan Katarak Dalam Program Jaminan Kesehatan, Perdijampelkes nomor 3 Tahun 2018 Tentang Penjaminan Pelayanan Persalinan Dengan Bayi Lahir Sehat, dan Perdijampelkes 5 Tahun 2018 Tentang Penjaminan Pelayanan Rehabilitasi Medis. Padahal Tujuan BPJS Kesehatan mengeluarkan tiga aturan tersebut cukup jelas, yaitu melakukan efisiensi layanan sebagaimana amanat Inpres No. 8 Tahun 2017 tentang Optimalisasi Pelaksanaan Program JKN-KIS. Tiga layanan ini dalam praktiknya banyak terjadi inefisiensi.

Contoh lainnya adalah penerapan rujukan *online*. Banyak pihak beranggapan sistem rujukan *online* yang dibuat BPJS Kesehatan merugikan pasien yang selama ini bisa berobat langsung ke RS tipe B, tipe A atau dokter spesialis tertentu sesuai keinginannya. Padahal, rujukan daring ini adalah upaya untuk memberikan kemudahan dan kepastian pasien mendapat layanan di fasilitas kesehatan rujukan tingkat lanjutan. Dengan rujukan *online* ini, fasilitas kesehatan tingkat pertama seperti Puskesmas dan selevelnya merujuk pasien ke RS yang sesuai kebutuhan medis pasien, dan sesuai kapasitas RS tersebut. Dari sisi perbaikan sistem dan manajemen JKN, perpres terbaru juga menyorot pada perbaikan *database* peserta, optimalisasi kepesertaan badan usaha, serta perbaikan sistem pembayaran dan pemanfaatan dana kapitasi. Hal ini karena ada

beberapa badan usaha yang kadang sudah mendaftar, tapi jumlah karyawannya dikurang-kurangi., atau badan usaha yang melaporkan gaji pegawainya direndahkan, karena pengenaan presentasi 5% dari penghasilan tetap pegawai. Kemudian disisi penguatan peran.

Hal seperti inilah yang coba ditata ulang oleh BPJS Kesehatan tanpa bermaksud mengurangi kualitas layanan kepada pasien. Penataan ulang justru untuk menghadirkan layanan yang lebih efisien dan efektif kepada pasien. Disaat bersamaan juga berdampak pada keberlangsungan program JKN-KIS lagi pula Dalam perjalanannya, Badan Penyelenggaraan Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan selalu mencatatkan defisit keuangan setiap tahun sejak lembaga tersebut didirikan pada tahun 2014. Angkanya bahkan setiap tahun mengalami peningkatan. Pada tahun 2014, defisit keuangan yang dialami BPJS Kesehatan hanya mencapai Rp 1,9 triliun. Kemudian di tahun 2015, melonjak menjadi Rp 9,4 triliun. Lalu turun pada 2016 menjadi Rp 6,7 triliun, dan kembali melonjak menjadi Rp 13,8 triliun pada 2017. Sementara pada tahun 2018, defisit BPJS Kesehatan mencapai Rp 9,1 triliun.

Secara konseptual, peraturan baru berarti munculnya konfigurasi baru yang diharapkan dapat memperbaiki celah-celah yang belum mampu dijangkau oleh kebijakan yang ada sebelumnya, dimana secara permodelan, Perubahan kebijakan mengambil tiga bentuk, yaitu *incremental*, pembuatan undang-undang baru untuk kebijakan khusus dan penggantian kebijakan yang besar sebagai akibat restrukturisasi yang

mana bentuk-bentuk perubahan kebijakan itu sendiri terdiri dari 4 hal yaitu: *pertama*, linear, mencakup penggantian secara langsung suatu kebijakan oleh kebijakan lain; *kedua*, konsolidasi atau penggabungan kebijakan-kebijakan sebelumnya ke dalam suatu kebijakan baru; ketiga *splitting*, beberapa badan/agensi dipecah-pecah ke dalam beberapa komponen; keempat *non linear*, kebijakan mencakup unsur-unsur dari jenis perubahan lain dan kompleks. Meskipun memiliki tipologi yang bervariasi Namun keempatnya disatukan oleh pertanyaan yang sama yaitu, apakah perubahan-perubahan tersebut dapat menghasilkan nilai guna yang lebih baik, tidak membawa dampak apa-apa, ataukah malah memperburuk situasi yang ada di lapangan?. Dengan munculnya pertanyaan substansial tersebut, kajian implementasi kebijakan memiliki peranan yang signifikan pada perubahan-perubahan kebijakan. Tidak terkecuali untuk kebijakan layanan kesehatan yang diberikan oleh negara.

Terlepas dari banyaknya bukti tentang kemanjuran intervensi yang terjangkau, hanya ada sedikit pemahaman tentang bagaimana memberikan intervensi tersebut secara efektif dalam pengaturan yang beragam dan dalam cakupan luas sistem kesehatan yang ada. Masalah implementasi sering muncul sebagai akibat dari faktor kontekstual yang mungkin tidak dipertimbangkan oleh pembuat kebijakan dan manajer sistem kesehatan. Riset implementasi sangat penting untuk meningkatkan pemahaman kita tentang tantangan yang dihadapi dalam menghadapi realitas kebijakan dengan memperluas dan memperdalam pemahaman

tentang faktor-faktor dari realitas dan bagaimana pengaruhnya terhadap implementasi.

Riset implementasi memiliki nilai yang sangat besar dalam menyoroti langsung gap antara teori yang ada dan apa yang terjadi dalam praktik di lapangan. Selain itu, riset implementasi juga merupakan alat yang ampuh untuk menangkap dan menganalisis informasi secara *realtime*, memungkinkan untuk penilaian kinerja, mendukung peningkatan intervensi dan integrasinya ke dalam sistem kesehatan di tingkat nasional. Implementasi tidak hanya membantu menjelaskan mengapa hal itu terjadi, tetapi dapat digunakan untuk mendukung proses perbaikan berulang yang diperlukan untuk adaptasi yang berhasil. Kapasitas yang sama membuat penelitian implementasi menjadi alat yang berguna untuk membantu organisasi mengembangkan kapasitas untuk belajar, memungkinkan mereka untuk berasimilasi dan menerapkan pengetahuan yang dikembangkan secara berulang. Terutama dalam pembinaan hubungan kolaboratif antara *stakeholders* utama yang terlibat dalam pembuatan kebijakan, pengelolaan program menjadi sangat penting. Dengan cara ini, pendekatan ilmiah juga dapat diintegrasikan ke dalam implementasi proses pemecahan masalah secara iteratif dan berkelanjutan. Riset implementasi juga dapat memainkan peran penting dalam bertindak sebagai wahana bagi komunitas *grassroot* dengan mengidentifikasi isu-isu yang terabaikan, mengungkap kekurangan kinerja dan meningkatkan akuntabilitas organisasi kesehatan dengan berfokus pada konteks masalah yang dapat

membantu pelaksana meramalkan dan mengantisipasi masalah (peters, et al. 2013).

Searah dengan apa yang dikemukakan oleh Peters, jauh hari Edward III telah mengemukakan mengenai pentingnya implementasi dalam kebijakan publik agar kebijakan tersebut dapat mencapai tujuan yang dikehendaki. Edward III, menegaskan bahwa masalah utama dari administrasi publik adalah "*lack of attention to implementation*". Edward III mengatakan bahwa "*without effective implementation the decision of policymakers will not be carried out successfully*". Berdasarkan hasil studinya, Edward III menyarankan untuk memperhatikan empat isu pokok agar implementasi kebijakan menjadi efektif, yaitu komunikasi (*communication*), sumber daya (*resource*), Disposisi atau sikap (*disposition or attitudes*) dan struktur birokrasi (*buereaucratic structures*). Agaknya pada konteks pelaksanaan JKN-KIS juga sangat relevan dengan variabel-variabel yang dimunculkan oleh Edward III tersebut.

Untuk variabel komunikasi contohnya dalam pemberitaan menyebutkan bahwa sangat banyaknya kasus kesalahpahaman mengenai prosedur BPJS dimana terdapat perbedaan persepsi antara penggunaan layanan dengan fasilitas kesehatan atau dengan BPJS selaku organisasi penyelenggara, ataupun komunikasi mengenai suplai informasi yang digunakan untuk pemutakhiran basis data layanan, masih banyaknya masyarakat/organisasi tertentu yang belum sadar akan pentingnya mendaftarkan diri kepada JKN-KIS, kesadaran melunasi iuran, dan

ketidapkahaman mengenai skema subsidi antar masyarakat masih merupakan isu lama yang menghantui kebijakan baru yang lahir untuk penyempurnaan JKN-KIS sehingga Keberadaan BPJS Kesehatan memiliki berperan signifikan sebagai pemberi informasi bagi masyarakat tentang pentingnya Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) harus mampu menciptakan saluran sistem informasi lengkap yang berperan menyebarkan informasi secara tepat, cepat, aktual.

Variabel berikutnya adalah sumber daya, Edward III (1980:11) mengategorikan sumber daya organisasi terdiri dari : "*Staff, information, authority, facilities; building, equipment, land and supplies*". Edward III (1980:1) mengemukakan bahwa sumber daya tersebut dapat diukur dari aspek kecukupannya yang didalamnya tersirat kesesuaian dan kejelasan; Edward III mengajukan preposisi yang menyebutkan bahwa "Sumber daya yang tidak mencukupi berarti bahwa hukum tidak akan ditegakkan, layanan tidak akan disediakan dan regulasi yang masuk akal tidak akan dikembangkan". Pernyataan Edward III kemudian relevan dengan banyaknya kasus kepesertaan JKN-KIS yang tidak mampu ditangani akibat dari masih kurangnya sumber daya Faskes, carut marut data kepesertaan karena minimnya sistem data kepesertaan, beberapa sub layanan yang harus dipangkas karena defisit anggaran dan inovasi yang mandek terealisasi karena kecukupan anggaran serta beragam masalah kapabilitas Sumber daya manusia yang kurang responsif, dan tidak memiliki cukup motivasi dalam melaksanakan pekerjaannya.

Disisi lainnya Edward III juga mengemukakan "kecenderungan-kecenderungan atau disposisi merupakan salah-satu faktor yang mempunyai konsekuensi penting bagi implementasi kebijakan yang efektif". Jika para pelaksana mempunyai kecenderungan atau sikap positif atau adanya dukungan terhadap implementasi kebijakan maka terdapat kemungkinan yang besar implementasi kebijakan akan terlaksana sesuai dengan keputusan awal. Demikian sebaliknya, jika para pelaksana bersikap negatif atau menolak terhadap implementasi kebijakan karena konflik kepentingan maka implementasi kebijakan akan menghadapi kendala yang serius. Bentuk penolakan dapat bermacam-macam seperti yang dikemukakan Edward III tentang "zona ketidakacuhan" dimana para pelaksana kebijakan melalui keleluasaannya (diskresi) dengan cara yang halus menghambat implementasi kebijakan dengan cara mengacuhkan, menunda dan tindakan penghambatan lainnya.

Variabel terakhir dalam implementasi menurut Edward III adalah mengenai struktur birokrasi yang ada pada implementor kebijakan. Edward III menilai bahwa struktur birokrasi berpengaruh kepada dua hal mendasar yaitu "Pertama, tidak ada otoritas yang kuat dalam implementasi kebijakan karena terpecahnya fungsi-fungsi tertentu ke dalam lembaga atau badan yang berbeda-beda. Di samping itu, masing-masing badan mempunyai yurisdiksi yang terbatas atas suatu bidang, maka tugas-tugas yang penting mungkin akan terlantarkan dalam berbagai agenda birokrasi yang menumpuk". "Kedua, pandangan yang sempit dari badan yang mungkin

juga akan menghambat perubahan. Jika suatu badan mempunyai fleksibilitas yang rendah dalam misi-misinya, maka badan itu akan berusaha mempertahankan esensinya dan besar kemungkinan akan menentang kebijakan-kebijakan baru yang membutuhkan perubahan. Oleh karena kedua hal tersebut, Edward III menyatakan bahwa implementasi kebijakan yang bersifat kompleks menuntut adanya kerja sama banyak pihak. Ketika struktur birokrasi tidak kondusif terhadap implementasi suatu kebijakan, maka hal ini akan menyebabkan ketidakefektifan dan menghambat jalannya pelaksanaan kebijakan. Jika dilihat dalam pelaksanaan JKN-KIS selama beberapa periode pelaksanaannya, dapat dikatakan melibatkan sektor yang sangat luas dengan institusi yang beragam setidaknya, selain BPJS sebagai instansi penyelenggara, JKN-KIS setidaknya melibatkan kementerian kesehatan, kementerian keuangan, kementerian PUPR dalam penyediaan fasilitas fisik, kementerian BUMN dan Badan Pusat Statistik sebagai penyedia data kependudukan. Itu belum termasuk instansi lain semisal pemerintah daerah dan beragam *provider* penyedia layanan yang terintegrasi dalam struktur berskala besar yang keberadaan masing-masing institusi saling berpengaruh terhadap performa BPJS selaku institusi penyelenggara.

1.2. Rumusan Masalah

Kebijakan publik pada hakikatnya memuat konfigurasi mengenai apa, siapa dan bagaimana cara melakukan sebuah program dalam rangka pencapaian nilai guna yang maksimal, tidak terkecuali kebijakan kesehatan.

JKN KIS sebagai salah satu kebijakan utama pemerintah saat ini sebenarnya bukanlah merupakan program baru, melainkan program lama yang bersalin wajah, tidak dapat dikatakan sebagai hasil duplikasi total, melainkan bentuk pembaruan-pembaruan dari beberapa program serupa pada tahun-tahun sebelum munculnya JKN-KIS. Sebuah pertanyaan kemudian muncul pada tipe program bersalin rupa seperti ini adalah, bagaimana kemudian pelaksanaannya, apakah sama seperti program pendahulunya, bagaimana kemudian menghilangkan hambatan-hambatannya, dan bagaimana meminimalisir potensi kegagalan. Melalui riset implementasi, pertanyaan tersebut coba dijawab dengan mengulas variabel-variabel penentu keberhasilan implementasi. Sebab riset implementasi merupakan jembatan antara konsepsi yang dibentuk oleh pendekatan teoritis serta bagaimana konsep tersebut dipraktikkan pada realitasnya. Seperti diketahui, keberadaan perpres terbaru merupakan sebuah terobosan kebijakan guna memberikan pemutakhiran konfigurasi yang dianggap mampu menutupi kelemahan dan hambatan dimasa lampau. Amat banyak permodelan yang muncul mengenai implementasi kebijakan publik, diantaranya adalah model implementasi yang dikembangkan oleh Edward III.

Secara singkat Edward III mengemukakan bahwa, guna mencapai keberhasilan maksimal, implementasi setidaknya memuat empat variabel penting yaitu, struktur birokrasi, komunikasi, disposisi pelaksana dan terakhir adalah sumber daya yang dimiliki implemmentor. Berdasarkan studi

pendahuluan yang dipaparkan pada bab sebelumnya, permasalahan implementasi JKN-KIS sangat relevan dengan variabel yang dikemukakan oleh Edward III dimana masalah terbesar pada pelaksanaan JKN-KIS selama rentang waktu pelaksanaannya masih berfokus pada empat variabel penting. Hal yang perlu dicatat adalah, berdasarkan laporan tahunan dari BPJS selaku institusi penyelenggara menyebutkan bahwa, pada umumnya masalah dalam program JKN-KIS merupakan masalah umum yang serupa pada unit-unit pelaksana di daerah. Dengan demikian berdasarkan generalisasi masalah oleh BPJS pusat penelitian ini akan mengulas mengenai implementasi kebijakan JKN-KIS pada BPJS kota Makassar berdasarkan permodelan yang dimunculkan oleh Edward III yang kemudian diturunkan dalam pertanyaan penelitian.

1. Bagaimana komunikasi pada implementasi kebijakan Jaminan Kesehatan Nasional-Kartu Indonesia Sehat?
2. Bagaimana disposisi pelaksana pada kebijakan Jaminan Kesehatan Nasional-Kartu Indonesia Sehat?
3. Bagaimana struktur birokrasi pada kebijakan Jaminan Kesehatan Nasional-Kartu Indonesia Sehat?
4. Bagaimana sumber daya yang dimiliki oleh pelaksana Jaminan Kesehatan Nasional-Kartu Indonesia Sehat?

1.3. Tujuan Penelitian

Adapun tujuan penelitian ini memuat empat hal mendasar yaitu:

1. Untuk menganalisis pola komunikasi kebijakan Jaminan Kesehatan Nasional-Kartu Indonesia Sehat pada BPJS kota Makassar.
2. Memberikan deskripsi dan analisis terhadap disposisi pelaksana pada konfigurasi Jaminan Kesehatan Nasional-Kartu Indonesia Sehat.
3. Menganalisis pengaruh struktur birokrasi pada pelaksanaan Jaminan Kesehatan Nasional-Kartu Indonesia Sehat.
4. Menganalisis kecukupan dan dukungan sumber daya yang dimiliki BPJS dalam melaksanakan program Jaminan Kesehatan Nasional-Kartu Indonesia Sehat.

1.4. Manfaat Penelitian

Berdasarkan tujuan yang dikemukakan sebelumnya, adapun manfaat yang dapat diberikan melalui tulisan ini adalah:

1. Secara teoritis, penelitian memberikan masukan mengenai model implementasi yang dikembangkan oleh Edward III apakah perlu ada revisi, kritik, penegasan atau sebuah telaah mengenai wacana akademik model implementasi.
2. Secara praktis, penelitian ini memberikan gambaran realitas implementasi serta menemukan celah dan penjelasan mengenai bagaimana perbaikan-perbaikan berkelanjutan. Selain itu, penelitian

ini memberikan manfaat sebagai salah satu bahan *policy advice* guna perbaikan kebijakan kesehatan secara menyeluruh.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1. Tinjauan Teori

2.1.1. Paradigma Administrasi Publik

2.1.1.1. Paradigma Administrasi Publik Menurut Frederickson

Ilmu Administrasi Publik (Administrasi Negara) telah mengalami krisis definisi yang beruntun, sehingga perlu dipahami melalui paradigma. Administrasi publik berkembang sebagai bidang akademis melalui rangkaian penggantian paradigma yang tumpang tindih (Henry, 1988:32). Henry (1988:31-65) membagi lima paradigma perkembangan administrasi negara (publik) sebagai berikut:

a. Paradigma I: Dikotomi Politik/Administrasi (1900-1926)

Tonggak sejarah dari fase paradigma I ini adalah tulisan Frank J Goodnow (1920) dan Leonald D White (1926) yang menyatakan bahwa ada dua fungsi pokok pemerintah yang berbeda satu dengan lainnya. Dua fungsi pokok tersebut adalah Politik dan Administrasi. Politik membuat kebijaksanaan-kebijaksanaan atau melahirkan keinginan-keinginan negara. Sementara administrasi diartikan sebagai hal yang berhubungan dengan pelaksanaan kebijaksanaan-kebijaksanaan tersebut. Pemisahan kekuasaan memberikan dasar perbedaan antara politik dan administrasi. Badan Legislatif dan Yudikatif mengemukakan keinginan negara dan kebijaksanaan formal; sedangkan badan Eksekutif mengadministrasi kebijaksanaan-kebijaksanaan tersebut secara adil dan tidak memihak kepada salah satu kekuatan politik.

b. Paradigma II: Prinsip-prinsip Administrasi Negara (1927-1937)

Paradigma ini dimulai ketika W. F. Willoughby (1927) membahas secara penuh prinsip administrasi negara yang bisa diterapkan pada semua tatanan administrasi tanpa memedulikan kebudayaan, fungsi, lingkungan, misi, dan kerangka institusi. Artinya prinsip-prinsip administrasi bisa diterapkan oleh negara-negara yang berbeda. Prinsip administrasi banyak dikemukakan oleh ahli pada masa itu seperti: Mary Parker Follet (1930) dan Henry Fayol (1930). Tahun 1937, Luther H Gulick dan Lyndall Urwick mengemukakan prinsip administrasi yang dikenal POSDCORB (*Planning, Organizing, Staffing, Directing, Coordinating, Reporting, Budgeting*).

c. Paradigma III: Administrasi Negara sebagai Ilmu Politik (1950-1970).

Tulisan-tulisan pada era ini lebih menekankan pembahasan pada wilayah kepentingan (*area of interest*) Administrasi Negara sebagai sinonim ilmu politik. Namun dipihak lain, Ilmu Politik tidak menganggap Administrasi Publik sebagai bagian pembahasannya. Bahkan tahun 1967, *American Political Science Association* (APSA) mencoret Administrasi Negara dari pertemuannya. Persimpangan ini menyebabkan minat untuk belajar administrasi publik merosot. Melihat krisis tersebut, Dwight Waldo (1968) menyebut administrasi negara hidup di zaman yang penuh kekacauan (*time of turbulence*). Untuk mengatasi hal tersebut, muncul tokoh-tokoh muda Administrasi Publik pada konferensi Minnowbrook (1968) memberikan konsepsi baru Administrasi Publik. Tokoh-tokohnya antara lain: Frank Marini, George Frederickson dan Dwight Waldo.

d. Paradigma IV: Administrasi Negara sebagai Ilmu Administrasi (1956-1970)

Pada paradigma ini, Administrasi Negara memantapkan diri sebagai Ilmu Administrasi. Sebagian waktu dari paradigma IV ini berada di paradigma III, ketika Administrasi Publik dianggap warga negara kelas 2 dari ilmu politik. Akibatnya, sarjana-sarjana administrasi mencari alternatif dan memilih untuk menetapkan kembali administrasi negara adalah ilmu administrasi. Pada paradigma IV ini ilmu administrasi mendapatkan sumbangan teori dari sarjana psikologi sosial, administrasi perusahaan, dan sosiologi. Juga membahas teori organisasi dan ilmu manajemen. Dengan demikian, Administrasi Negara (Publik) memiliki *locus* dan *fokus* yang terpisah dari ilmu politik.

e. Paradigma V: Administrasi Negara sebagai Administrasi Negara (1970)

Administrasi negara sebagai administrasi negara. Pada paradigma V ini, pembaruan ilmu administrasi tidak lagi semata-mata menjadi ilmu murni (*pure science*), tapi juga menjadikan ilmu administrasi menjadi teknik manajemen dalam lingkungan pemerintahan. Lebih dari itu, administrasi negara terus mengalami perkembangan dengan perhatiannya terhadap wilayah ilmu kebijaksanaan (*policy science*), politik ekonomi, proses pembuatan kebijaksanaan pemerintah dan analisisnya (*public policy making process*), dan cara-cara pengukuran hasil kebijaksanaan tersebut. Dalam waktu singkat, Administrasi Publik berkembang pesat yang menunjukkan sikap jelas paradigma ini (lihat juga: Thoha, 2008:18-32).

Selain perubahan paradigma yang dikemukakan Nicholas Henry di atas, Denhardt and Denhardt (2003:28-29) membagi perkembangan administrasi publik

ke dalam tiga perspektif yaitu: “*Old Public Administration (OPA)*”; *New Public Management (NPM)*; dan *New Public Service (NPS)*. Ketiga perspektif tersebut adalah:

2.1.1.2. Paradigma Administrasi Menurut Woodrow Wilson

a. Old Public Administration (OPA)

Woodrow Wilson (1887) menyatakan bahwa bidang administrasi itu sama dengan bidang bisnis. Oleh karena itu, Wilson memberikan saran agar pemerintahan itu mempunyai struktur mengikuti model bisnis yang memiliki eksekutif, pengendalian, dan mempunyai struktur hierarki untuk mencapai tujuannya secara efisien. Konsep ini dikenal sebagai “*the old of public administration*”. Tema utama paradigma ini diletakkan oleh Wilson dengan dua kunci utama. Pertama, perbedaan antara politik dengan administrasi; kedua, menciptakan organisasi dengan struktur yang efektif dan efisien (Thoha, 2008:72-73). Menurut Denhardt and Denhardt (2003:28-29), *Old Public Administration (OPA)* memiliki ciri yaitu:

“Political theory; administrative man; public interest is politically defined and expressed in law; client and constituents; rowing; administrative programs through existing government agencies; hierarchical; limited discretion allowed administrative officials; bureaucratic organizations; pay and benefit, civil service protections.”

b. New Public Management (NPM)

Tema pokok dalam *New Public Management (NPM)* adalah bagaimana menggunakan mekanisme pasar di sektor publik. Dalam melakukan hubungan antara instansi-instansi pemerintah dengan pelanggannya (*customers*) dipahami sama dengan proses hubungan transaksi yang dilakukan oleh mereka di dunia

pasar (*market place*). Di dalam konsep NPM, pemerintah didorong untuk menemukan cara-cara baru dan inovasi di sektor publik. Pemerintah tidak lagi melakukan semua pekerjaan (*rowing*), melainkan membatasi pekerjaan dengan mengendalikan, memimpin, atau mengarahkan yang strategis saja (*steering*). Kunci dari NPM menitikberatkan pada mekanisme pasar dalam mengarahkan program-program publik (Thoha,2008:74).NPM relevan untuk didiskusikan dengan *governance* karena *steering* (pengarahan) merupakan sentral untuk menganalisis manajemen publik dan *steering* itu sinonim dengan *governance*. Sebagai contoh Osborne and Gaebler (1992) membedakan antara '*policy decisions (steering)* dan *service delivery (rowing)*', bahwa birokrasi gagal karena menggunakan prinsip *rowing*. Karena itu perlu *entrepreneurial government* yaitu pemerintah yang berjiwa wirausaha (Rhodes, 1996:655). Denhardt and Denhardt (2003:28-29) menyebut ciri NPM sebagai berikut:

“Economic theory; economic man; public interest represents the aggregation of individual interest; customers; steering; creating mechanism and incentive structures to achieve policy objectives through private and nonprofit agencies; market driven; wide latitude to meet entrepreneurial goals; decentralized public organization; entrepreneurial spirit.”

c. New Public Service (NPS)

Menurut Keban (2008:248), *New Public Service (NPS)* membawa paradigma bahwa birokrasi harus dibangun agar dapat memberi perhatian kepada pelayanan masyarakat sebagai warga negara (bukan sebagai pelanggan), mengutamakan kepentingan umum, mengikutsertakan warga masyarakat, berpikir strategis dan bertindak demokratis, memperhatikan norma, nilai, dan standar yang

ada, dan menghargai masyarakat. Dendhard and Denhardt (2003:28-29) memberikan ciri NPS yaitu:

“Democratic theory, strategic or formal rationality; public interest is the result of a dialog about shared values; citizens; serving; building coalitions of public, non-profit, an private agencies to meet mutually agreed upon needs; multifaced; discretion needed but contrained and accountable; collaborative; public service.”

Berkaitan dengan hal tersebut, Denhardt and Denhardt (2007) dalam Rakhmat (2009:123-124) memperkenalkan tujuh prinsip NPS yaitu: (1) peran utama dari pelayanan publik adalah membantu warga untuk mengartikulasikan dan memenuhi kepentingan yang telah disepakati bersama daripada mengontrol atau mengendalikan masyarakat ke arah yang baru; (2) kebijakan dan program yang ditujukan untuk memenuhi kebutuhan publik; (3) administrator publik harus menciptakan gagasan kolektif yang disetujui bersama tentang apa yang disebut dengan kepentingan publik; (4) kepentingan publik lebih merupakan hasil dari suatu ideologi tentang nilai-nilai yang dibangun bersama daripada agregasi kepentingan pribadi; (5) para pelayan publik harus memberi perhatian tidak semata pada pasar, tetapi juga pada aspek hukum, norma, standar profesional dan kepentingan warga masyarakat; (6) organisasi publik dan jaringan-jaringan yang terkait akan lebih berhasil di jangka panjang kalau mereka beroperasi melalui proses kolaborasi; dan (7) kepentingan publik lebih baik dikembangkan oleh pelayan-pelayan publik dan warga masyarakat yang berkomitmen memberikan kontribusi terhadap masyarakat.

NPS mencari peran vital pemerintah dalam proses membawa masyarakat untuk membangun bentuk sosial yang diinginkan. Berdasarkan hal tersebut,

gagasan besar komunitas, negara, atau bangsa dapat dibangun dan menjadi seperangkat ide untuk masa depan. Selanjutnya proses ini akan menciptakan satu tujuan untuk melibatkan administrator, politisi, dan warga dalam sebuah proses berpikir mengenai masa depan yang ingin diwujudkan (Denhardt & Denhardt, 2003:56, 65).

Selain paradigma yang dikemukakan Henry (1988) serta Denhardt and Denhardt (2003), selama 50 tahun terakhir konsep administrasi publik telah mengalami perubahan paradigma empat tahap sebagai respons perubahan dan tuntutan lingkungan (Sangkala, 2012:53-55). Empat tahap paradigma tersebut adalah:

1. Administrasi Publik Tradisional

Secara historis, administrasi publik diterima sebagai suatu kelengkapan struktur, institusi, dan proses mengelola negara. Pada paradigma tahap pertama, administrasi publik memiliki ciri-ciri hierarkis, kontinuitas, imparial, standarisasi, kewenangan rasional legalistik, dan profesionalisme. Namun paradigma ini dianggap tidak berhasil melayani warga negara sehingga digantikan paradigma kedua.

2. Manajemen Publik

Perubahan paradigma tahap kedua disebut manajemen publik (*public management*). Manajemen publik berfokus pada penerapan prinsip-prinsip manajemen, tanpa mengabaikan aspek-aspek efisiensi dalam penggunaan sumber daya, efektivitas yang berorientasi pada pelanggan, percaya pada

mekanisme pasar, dan lebih sensitif pada kebutuhan publik. Paradigma ini menggunakan prinsip-prinsip organisasi swasta dalam organisasi publik.

3. Manajemen Publik Baru

Tahap ketiga yang disebut paradigma manajemen publik baru (*new public management*) yang merupakan kelanjutan dari paradigma kedua. Tahap ini berfokus pada kerja sama yang berorientasi pada *outcome* antara publik dengan sektor swasta dalam menyediakan layanan kepada warga.

4. Governance

Perubahan paradigma tahap keempat yaitu *governance* (keperintahan). *Governance* merupakan sistem nilai, kebijakan dan institusi dimana masyarakat mengelola persoalan-persoalan ekonomi, sosial, dan politiknya melalui interaksi dengan dan antara negara, *civil society*, dan sektor swasta. Esensi dari *governance* adalah membantu perkembangan interaksi antara ketiga jenis aktor untuk mempromosikan pembangunan berbasis masyarakat.

2.1.2. Konsep Kebijakan Publik

Membahas mengenai kebijakan hendaknya dibedakan dengan kebijaksanaan, meskipun dalam penerapan dan penggunaan keduanya sering dipersamakan. Kebijakan secara epistemologi berasal dari bahasa Inggris "*policy*", sedangkan kebijaksanaan "*wisdom*". Menurut Laswell dan Kaplan (Islamy, 1984: 17), "*policy is a projected program of goals, values and practices*". Dilanjutkan Frederick dalam Islamy (1984: 17);

A purposive course of action followed by an actor or set of actors in dealing with a problem or matter of concern" (Serangkaian tindakan yang diusulkan

oleh seseorang, kelompok atau pemerintah dalam suatu lingkungan tertentu dengan menuntun hambatan-hambatan dan kesempatan-kesempatan terhadap usulan kebijakan tersebut dalam rangka mencapai tujuan tertentu)".

Dengan demikian kebijakan mengandung suatu unsur tindakan untuk mencapai tujuan dan umumnya tujuan tersebut ingin dicapai oleh seseorang, kelompok ataupun pemerintah. Kebijakan merupakan kesepakatan bersama dari berbagai persoalan yang timbul dalam masyarakat dan sudah disahkan oleh masyarakat itu sendiri melalui lembaga yang berwenang untuk dilaksanakan. Sedangkan kebijaksanaan merupakan suatu rangkaian tindakan dari aturan yang sudah ditetapkan sesuai dengan situasi dan kondisi setempat oleh personal pejabat yang berwenang, (Syafi'ie 1999: 105). Dengan demikian, yang ada terlebih dahulu adalah kebijakan, sedangkan kebijaksanaan ada setelah suatu kebijakan tersebut disepakati. Jadi tidak mungkin suatu kebijaksanaan timbul sebelum adanya kebijakan. Berdasarkan perkembangan ilmu pengetahuan modern, kebijakan bukan hanya berisi cetusan pikiran atau pendapat dan tindakan oleh pejabat negara, pejabat yang mewakili rakyat, tetapi opini publik juga memiliki porsi yang sama, dan selalu berorientasi kepentingan publik (*public interest*). Kebijakan tentu mempunyai hambatan-hambatan dalam pelaksanaannya, maka dari itu harus mencari peluang-peluang untuk mewujudkan tujuan dan sasaran yang diinginkan. Anderson (Wahab, 2001:3) merumuskan kebijaksanaan sebagai langkah tindakan yang secara sengaja dilakukan oleh seseorang aktor atau sejumlah aktor berkenaan dengan adanya masalah atau persoalan tertentu yang sedang dihadapi, oleh karena itu kebijaksanaan merupakan langkah tindakan yang

sengaja dilakukan oleh aktor yang berkenaan dengan adanya masalah yang sedang di hadapi. Masalah yang dihadapi tersebut tentu harus diselesaikan, dan kebijakan yang diterapkan itu tidak boleh bertentangan dengan nilai-nilai dan praktik-praktik sosial yang ada dalam masyarakat. Apabila kebijakan berisi nilai-nilai yang bertentangan dengan nilai-nilai yang hidup dalam masyarakat, maka kebijakan tersebut akan mendapat kendala ketika diimplementasikan. Sebaliknya, suatu kebijakan harus mampu mengakomodasikan nilai-nilai dan praktik-praktik yang hidup dan berkembang dalam masyarakat.

Selanjutnya dipertegas oleh Rose dalam Winarno (2002;16-15) bahwa;

“Kebijakan hendaknya dipahami sebagai serangkaian kegiatan yang sedikit banyak berhubungan beserta konsekuensi-konsekuensinya bagi mereka yang bersangkutan daripada sebagai suatu keputusan tersendiri. Kebijakan ini dipahami sebagai arah atau pola kegiatan dan bukan sekedar suatu keputusan untuk melakukan sesuatu.

Definisi ini dapat diklasifikasikan sebagai intervensi negara dengan rakyatnya dalam rangka mengatasi persoalan publik, karena melalui hal tersebut akan terjadi perdebatan antara yang setuju dan tidak setuju terhadap suatu hasil kebijakan yang dibuat oleh pemerintah.

Kemudian Thoha (2002: 56-58), membagi aspek kebijakan (*policy*) terdiri dari dua:

- a. *Policy* merupakan praktik sosial, ia bukan even yang tunggal atau terisolir. Artinya sesuatu yang dihasilkan oleh pemerintah berasal dari kejadian dalam masyarakat dan dipergunakan pula untuk kepentingan masyarakat. Kejadian semacam ini tumbuh dalam praktik dalam kehidupan masyarakat dan tidak merupakan peristiwa yang berdiri sendiri, terisolir dan asing bagi masyarakat.

b. *Policy* adalah suatu peristiwa yang ditimbulkan baik untuk mendamaikan “*claim*” dari pihak-pihak yang konflik atau untuk “*incentive*” bagi tindakan bersama pihak-pihak yang ikut menetapkan tujuan, akan tetapi mendapat perlawanan yang tidak rasional dalam usaha bersama tersebut.

Dari dua aspek kebijakan di atas dapat dimaknai bahwa kebijakan dapat berbentuk suatu usaha yang kompleks dari masyarakat untuk kepentingan masyarakat dan juga merupakan suatu tahnik atau cara untuk mengatasi konflik yang dapat menimbulkan pengaruh (*effect*). Setelah memahami dengan seksama pengertian dari kebijakan sebagaimana diuraikan di atas, adalah penting sekali bagi kita untuk menguraikan makna dari kebijakan publik, karena pada dasarnya kebijakan publik nyata-nyata berbeda dengan kebijakan privat/swasta. Banyak sekali pengertian yang telah diungkapkan oleh pakar tentang kebijakan publik, namun demikian banyak ilmuwan yang merasakan kesulitan untuk mendapatkan pengertian kebijakan publik yang benar-benar memuaskan. Hal tersebut dikarenakan sifat dari pada kebijakan publik yang terlalu luas dan tidak spesifik dan operasional. Membahas tentang kebijakan dalam masyarakat, tentu tidak terlepas dengan kebijakan publik (*public policy*), yang kemudian disebut sebagai kebijakan negara, karena negara mengurus kepentingan masyarakat (warga negara). Sesuai pendapat Anderson (Islamy, 1984:19) “*public policy are those policies developed by governmental bodies and official*”. (kebijakan negara adalah kebijakan yang dikembangkan oleh badan-badan dan pejabat-pejabat pemerintah). Dari pengertian di atas adalah;

- a. Lebih merupakan tindakan yang mengarah pada tujuan daripada sebagai perilaku atau tindakan yang kebetulan;
- b. Pada hakekatnya terdiri atas tindakan-tindakan yang saling terkait;
- c. Bersangkutan dengan apa yang benar-benar dilakukan oleh pemerintah dalam bidang tertentu atau bahkan merupakan apa yang pemerintah maksud atau melakukan sesuatu atau menyatakan melakukan sesuatu;
- d. Bisa bersifat positif yang berarti merupakan beberapa bentuk tindakan (langkah), pemerintah mengenai masalah tertentu, dan bersifat negatif yang berarti merupakan keputusan pemerintah untuk tidak melakukan sesuatu;
- e. Kebijakan publik setidaknya-tidaknyanya dalam arti positif didasarkan atau selalu dilandaskan pada peraturan/undang-undang yang bersifat memaksa (otoratif).

Selanjutnya R. Dye (Islamy, 1984:18) menambahkan, “ *is whatever government choose to do or not to do,*” dengan demikian fokusnya terletak pada apa yang dilakukan oleh pemerintah atau tidak dilakukan oleh pemerintah. Dalam implementasinya pemerintah bisa memaksa untuk kepentingan masyarakat banyak. Hal ini di dukung oleh pendapat Easton (Islamy,1984: 19) “*the authoritative allocation of value for the whole society.* Menurut Chandler dan Plano (Tangkilisan, 2003;1) Kebijakan publik adalah;

“Pemanfaatan yang strategis terhadap sumber daya-sumber daya yang ada untuk memecahkan masalah-masalah publik atau pemerintah. Kebijakan publik merupakan suatu bentuk intervensi yang dilakukan secara terus menerus oleh pemerintah demi kepentingan kelompok yang kurang beruntung dalam masyarakat, agar mereka dapat hidup dan ikut berpartisipasi dalam pembangunan secara luas.”

Pengertian kebijakan publik tersebut dapat diklasifikasikan kebijakan sebagai intervensi pemerintah. Dalam hal ini pemerintah mendayagunakan berbagai instrumen yang dimiliki untuk mengatasi persoalan publik.

Selanjutnya menurut Woll (Tangkilisan, 2003:2) kebijakan publik adalah:

“Sejumlah aktivitas pemerintah untuk memecahkan masalah di masyarakat, baik secara langsung maupun melalui berbagai lembaga yang mempengaruhi kehidupan masyarakat. Adapun pengaruh dari tindakan pemerintah tersebut adalah: 1) Adanya pilihan kebijakan yang dibuat oleh politisi, pegawai pemerintah atau yang lainnya yang bertujuan menggunakan kekuatan publik untuk mempengaruhi kehidupan masyarakat. 2) Adanya *output* kebijakan, dimana kebijakan yang diterapkan pada level ini menuntut pemerintah untuk melakukan pengaturan, penganggaran, pembentukan personil dan membuat regulasi dalam bentuk program yang akan mempengaruhi kehidupan masyarakat. 3) Adanya dampak kebijakan yang merupakan efek pilihan kebijakan yang mempengaruhi kehidupan masyarakat.

Definisi kebijakan publik menurut Woll ini dapat diklasifikasikan sebagai intervensi pemerintah (intervensi sosio kultural) yaitu dengan mendayagunakan berbagai instrumen untuk mengatasi persoalan publik. Definisi ini juga dapat diklasifikasikan sebagai serangkaian kerja para pejabat publik untuk menyelesaikan persoalan di masyarakat.

Disamping itu kebijakan publik adalah juga kebijakan-kebijakan yang dikembangkan/dibuat oleh badan-badan dan pejabat-pejabat pemerintah. Implikasi pengertian dari pandangan kebijakan publik di atas adalah bahwa kebijakan publik:

- a. Lebih merupakan tindakan yang mengarah pada tujuan daripada sebagai perilaku atau tindakan yang kebetulan;
- b. Pada hakikatnya terdiri atas tindakan-tindakan yang saling terkait;

- c. Bersangkutan dengan apa yang benar-benar dilakukan oleh pemerintah dalam bidang tertentu atau bahkan merupakan apa yang pemerintah maksud atau melakukan sesuatu atau menyatakan melakukan sesuatu;
- d. Bisa bersifat positif yang berarti merupakan beberapa bentuk tindakan (langkah) pemerintah mengenai masalah tertentu, dan bersifat negatif yang berarti merupakan keputusan pemerintah untuk tidak melakukan sesuatu;
- e. Kebijakan publik setidaknya-tidaknya dalam arti positif didasarkan atau selalu dilandaskan pada peraturan/undang-undang yang bersifat memaksa (otoratif).

Pandangan lainnya dari kebijakan publik, melihat kebijakan publik sebagai keputusan yang mempunyai tujuan dan maksud tertentu, berupa serangkaian instruksi dan pembuatan keputusan kepada pelaksana kebijakan yang menjelaskan tujuan dan cara mencapai tujuan. Hal ini sejalan dengan apa yang dikemukakan oleh Soebakti (Wibowo, 1994:190) bahwa kebijakan negara merupakan bagian keputusan politik yang berupa program perilaku untuk mencapai tujuan masyarakat negara.

Dari beberapa pandangan tentang kebijakan negara tersebut, dengan mengikuti paham bahwa kebijakan negara itu adalah serangkaian tindakan yang ditetapkan dan dilaksanakan oleh pemerintah yang mempunyai tujuan atau berorientasi pada tujuan tertentu demi kepentingan seluruh rakyat, maka Islamy (1984:20) menguraikan beberapa elemen penting dalam kebijakan publik, yaitu:

- a. Bahwa kebijakan publik itu dalam bentuk Perdana berupa penetapan tindakan-tindakan pemerintah;

- b. Bahwa kebijakan publik itu tidak cukup hanya dinyatakan tetapi dilaksanakan dalam bentuk yang nyata;
- c. Bahwa kebijakan publik, baik untuk melakukan sesuatu ataupun tidak melakukan sesuatu itu mempunyai dan dilandasi maksud dan tujuan tertentu;
- d. Bahwa kebijakan publik itu harus senantiasa ditujukan bagi kepentingan seluruh anggota masyarakat.

Dari beberapa pengertian kebijakan publik tersebut di atas diketahui bahwa kebijakan publik adalah produk hukum dari pemerintah, sehingga dikatakan kebijakan publik adalah kebijakan pemerintah. Di Indonesia pemahaman tentang kebijakan publik (pemerintah) antara lain; Undang-Undang Dasar 1945, Undang-Undang, Peraturan Pemerintah, Keputusan Presiden, Peraturan Presiden, Instruksi Presiden, Peraturan dan Keputusan Menteri, Peraturan Daerah, Keputusan Kepala Daerah dan peraturan lain yang sifatnya untuk kepentingan publik (rakyat).

1. Tahap – Tahap Kebijakan

Proses pembuatan kebijakan publik merupakan proses yang kompleks karena melibatkan banyak proses maupun variabel yang harus dikaji. Oleh karena itu beberapa ahli politik yang menaruh minat untuk mengkaji kebijakan publik membagi proses-proses penyusunan kebijakan publik kedalam beberapa tahap. Tujuan pembagian seperti ini adalah untuk memudahkan kita dalam mengkaji kebijakan publik. Tahap kebijakan yang paling populer adalah tahap-tahap kebijakan publik menurut Dunn (Wibawa, 2011:9):

a. Penyusunan Agenda

Penyusunan Agenda adalah sebuah fase dan proses yang sangat strategis dalam realitas kebijakan publik. Dalam proses inilah ada ruang untuk memaknai apa yang disebut sebagai masalah publik dan prioritas dalam agenda publik dipertarungkan. Jika sebuah isu berhasil mendapatkan status sebagai masalah publik dan mendapatkan prioritas dalam agenda publik, maka isu tersebut berhak mendapatkan alokasi sumber daya publik yang lebih dari pada isu lain. Dalam penyusunan agenda juga sangat penting untuk menentukan suatu isu publik yang akan diangkat dalam suatu agenda pemerintah. Isu kebijakan sering disebut juga sebagai masalah kebijakan. Isu kebijakan merupakan produk atau fungsi dari adanya perdebatan baik tentang rumusan, rincian, penjelasan maupun penilaian atas suatu masalah tertentu. Namun tidak semua isu bisa masuk menjadi suatu agenda kebijakan.

b. Formulasi Kebijakan

Formulasi kebijakan adalah masalah yang sudah masuk dalam agenda kebijakan kemudian dibahas oleh para pembuat kebijakan. Masalah-masalah tadi didefinisikan untuk kemudian dicari pemecahan masalah yang terbaik. Pemecahan masalah tersebut berasal dari berbagai alternatif atau pilihan kebijakan yang ada.

c. Adopsi/ Legitimasi Kebijakan

Menetapkan salah satu dari beberapa alternatif kebijakan yang telah dipelajari menjadi kebijakan resmi pemerintah. Pada tahap ini

pengambilan kebijakan dilakukan terbuka dan diinformasikan secepat-cepatnya kepada masyarakat melalui lembaran negara ataupun media. Tujuan legitimasi adalah untuk memberikan otorisasi pada proses dasar pemerintahan. Jika tindakan legitimasi dalam suatu masyarakat diatur oleh kedaulatan rakyat, warga negara akan mengikuti arahan pemerintah.

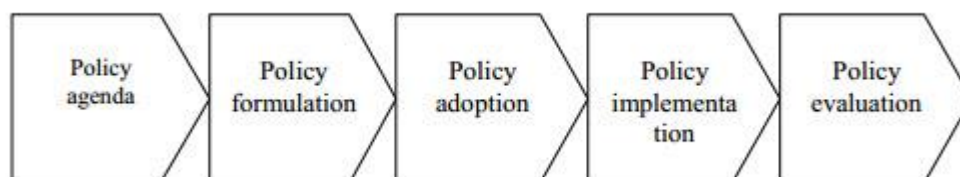
d. Implementasi Kebijakan

Implementasi kebijakan merupakan tindakan/ penerapan oleh unit-unit terkait setelah suatu kebijakan dirumuskan demi mencapai suatu tujuan bersama. Tanpa implementasi maka suatu kebijakan yang telah dirumuskan akan menjadi sia-sia.

e. Evaluasi Kebijakan

Evaluasi kebijakan dapat dikatakan sebagai kegiatan yang menyangkut untuk menilai kebijakan yang mencakup substansi, implementasi dan dampak. Dalam hal ini, evaluasi kebijakan tidak hanya dilakukan pada tahap akhir saja tetapi dilakukan dalam seluruh proses kebijakan.

Dengan demikian, evaluasi kebijakan bisa meliputi tahap perumusan masalah-masalah kebijakan program-program yang diusulkan untuk menyelesaikan masalah kebijakan, implementasi, maupun tahap dampak kebijakan.



Gambar 2.1. Tahapan Kebijakan Publik

2. Faktor - Faktor yang Mempengaruhi Pembuatan Kebijakan

Menurut Suharno (2010: 52) proses pembuatan kebijakan merupakan pekerjaan yang rumit dan kompleks dan tidak semudah yang dibayangkan. Walaupun demikian, para administrator sebuah organisasi institusi atau lembaga dituntut memiliki tanggung jawab dan kemauan, serta kemampuan atau keahlian, sehingga dapat membuat kebijakan dengan risiko yang diharapkan (*intended risks*) maupun yang tidak diharapkan (*unintended risks*). Pembuatan kebijakan dipengaruhi oleh beberapa faktor. Hal penting yang turut diwaspadai dan selanjutnya dapat diantisipasi adalah dalam pembuatan kebijakan sering terjadi kesalahan umum. Faktor-faktor yang mempengaruhi pembuatan kebijakan adalah:

- a. Adanya pengaruh tekanan-tekanan dari luar.

Tidak jarang pembuat kebijakan harus memenuhi tuntutan dari luar atau membuat kebijakan adanya tekanan-tekanan dari luar.

- b. Adanya pengaruh kebiasaan lama.

Kebiasaan lama organisasi hingga saat ini belum profesional dan terkadang amat birokratis, cenderung akan diikuti kebiasaan itu oleh para administrator, meskipun keputusan/kebijakan yang berkaitan dengan hak tersebut dikritik, karena sebagai suatu yang salah dan perlu diubah. Kebiasaan lama tersebut sering secara terus-menerus pantas untuk diikuti, terlebih kalau suatu kebijakan yang telah ada tersebut dipandang memuaskan.

c. Adanya pengaruh sifat-sifat pribadi

Berbagai keputusan/kebijakan yang dibuat oleh para pembuat keputusan/kebijakan banyak dipengaruhi oleh sifat-sifat pribadinya. Sifat pribadi merupakan faktor yang berperan besar dalam penentuan keputusan/kebijakan.

d. Adanya pengaruh dari kelompok luar

Lingkungan sosial dari para pembuat keputusan/kebijakan juga berperan besar.

e. Adanya pengaruh keadaan masa lalu

Maksud dari faktor ini adalah bahwa pengalaman latihan dan pengalaman sejarah pekerjaan yang terdahulu berpengaruh pada pembuatan kebijakan/keputusan. Misalnya, orang mengkhawatirkan pelimpahan wewenang yang dimilikinya kepada orang lain, karena khawatir disalahgunakan, (Suharno: 2010: 52-53).

3. Ciri-Ciri Kebijakan Publik

Menurut Suharno (2010: 22-24), ciri-ciri khusus yang melekat pada kebijakan publik bersumber pada kenyataan bahwa kebijakan itu dirumuskan. Ciri-ciri kebijakan publik antara lain:

- a. Kebijakan publik lebih merupakan tindakan yang mengarah pada tujuan daripada sebagai perilaku atau tindakan yang serba acak dan kebetulan. Kebijakan-kebijakan publik dalam sistem politik modern merupakan suatu tindakan yang direncanakan.

- b. Kebijakan pada hakikatnya terdiri atas tindakan-tindakan yang saling berkait dan berpola yang mengarah pada tujuan tertentu yang dilakukan oleh pejabat-pejabat pemerintah dan bukan merupakan keputusan yang berdiri sendiri. Kebijakan tidak cukup mencakup keputusan untuk membuat undang-undang dalam bidang tertentu, melainkan diikuti pula dengan keputusan-keputusan yang bersangkutan paut dengan implementasi dan pemaksaan pemberlakuan.
- c. Kebijakan bersangkutan paut dengan apa yang senyatanya dilakukan pemerintah dalam bidang tertentu.
- d. Kebijakan publik mungkin berbentuk positif, mungkin pula negatif, kemungkinan meliputi keputusan-keputusan pejabat pemerintah untuk tidak bertindak atau tidak melakukan tindakan apapun dalam masalah-masalah dimana justru campur tangan pemerintah diperlukan.

2.1.3. Konsep Implementasi Kebijakan

Istilah implementasi pertama kali dikemukakan oleh Bunker (1970) sebagai salah satu tahapan dari proses kebijakan. Dalam studi kebijakan publik, disebutkan bahwa implementasi tidak sekedar bersangkutan paut dengan mekanisme penjabaran keputusan politik dalam prosedur rutin melalui saluran birokrasi, melainkan lebih dari itu, implementasi menyangkut masalah konflik, keputusan, dan siapa yang memperoleh apa dari suatu kebijakan, oleh karena itu implementasi merupakan aspek yang sangat penting dalam seluruh proses kebijakan.

Secara etimologis pengertian implementasi menurut Kamus Webster yang dikutip oleh Wahab, (2004:64) berasal dari bahasa Inggris yaitu *to implement* (mengimplementasikan) berarti *to provide the means for carrying out* (menyediakan sarana untuk melaksanakan sesuatu); dan *to give practical effect to* (untuk menimbulkan dampak/akibat terhadap sesuatu)". Implementasi merupakan penyediaan sarana untuk melaksanakan sesuatu yang menimbulkan dampak atau akibat terhadap sesuatu. Sesuatu tersebut dilakukan untuk menimbulkan dampak atau akibat itu dapat berupa undang-undang, peraturan pemerintah, keputusan pengadilan dan kebijakan yang dibuat oleh lembaga-lembaga pemerintah dalam kehidupan kenegaraan. Menurut Lane (Sabatier, 1986: 21-48), implementasi sebagai konsep dapat dibagi ke dalam dua bagian.

"Pertama, *implementation = F (Intention, Output, Outcome)*. Sesuai definisi tersebut, implementasi merupakan fungsi yang terdiri dari maksud dan tujuan, hasil sebagai produk dan hasil dari akibat. Kedua, implementasi merupakan persamaan fungsi dari *implementation = F (Policy, Formator, Implementor, Initiator, Time)*."

Penekanan utama kedua fungsi ini adalah kepada kebijakan itu sendiri, kemudian hasil yang dicapai dan dilaksanakan oleh implementor dalam kurun waktu tertentu.

Menurut Mazmanian dan Sebastiar (Wahab, 2004 :68) implementasi adalah: Pelaksanaan keputusan kebijakan dasar, biasanya dalam bentuk undang-undang, namun dapat pula berbentuk perintah-perintah atau keputusan-keputusan eksekutif yang penting atau keputusan badan pengadilan". Dalam pengertian ini dimaksud Implementasi merupakan pelaksanaan kebijakan dasar berbentuk undang-undang, juga berbentuk perintah atau keputusan-keputusan yang penting

atau seperti keputusan badan peradilan. Selanjutnya Van Meter dan Horn (Wibowo, 1994: 15) menyatakan bahwa “implementasi kebijakan merupakan tindakan yang dilakukan oleh pemerintah dan swasta baik secara individu maupun secara kelompok yang dimaksudkan untuk mencapai tujuan.

Nakamura dan Smallwood (1980: 114) berpendapat “*the assumption was that once policy has been made, the policy will be implemented and the result of the policy will be near those expected by the policy makers*”. Pandangan ini menganggap proses penetapan kebijakan dan implementasi secara terpisah, namun berurutan secara sistematis objektif dan rasional.

Implementasi merupakan proses untuk mencapai suatu sasaran program melalui beberapa tahapan, sesuai pendapat Grindle (1980: 7) bahwa “proses implementasi baru akan dimulai apabila tujuan dan sasaran telah ditetapkan, program kegiatan telah tersusun dan dana telah siap dan telah disalurkan untuk mencapai sasaran”. Proses melewati tahapan-tahapan itu bukan sesuatu yang mudah. Pendapat ini didukung oleh Jones (1991 : 71) “jika proses pembuatan merasa cukup sulit, maka lebih sulit lagi mengimplementasikannya sesuai dengan yang diinginkan dalam suatu program”.

Dengan demikian, implementasi pada dasarnya adalah suatu aktivitas yang dimaksudkan untuk menjalankan suatu program/kebijakan. Pemaknaan ini didukung oleh Salusu (2003: 54) implementasi adalah seperangkat kegiatan yang dilakukan menyusul suatu keputusan. Suatu keputusan selalu dimaksudkan untuk mencapai sasaran tertentu guna merealisasikan pencapaian sasaran tertentu dan diperlukan serangkaian aktivitas, dengan kata lain implementasi adalah

pelaksanaan dari program/kebijakan yang dibuat sebelumnya.

Dalam kaitannya dengan implementasi kebijakan dan unsur yang terlibat, menurut Siagian (1985 : 225) adalah;

”Desain dan pengelolaan berbagai sistem yang berlaku dalam organisasi untuk mencapai tingkat integritas yang tinggi dari seluruh unsur yang terlibat yaitu : manusia, struktur, proses administrasi dan manajemen, dana serta daya, kesemuanya dalam rangka pencapaian tujuan dan berbagai sasaran organisasi.”

Dengan demikian implementasi dapat dipahami adalah kegiatan yang dilaksanakan sesuai aturan dan kebijakan yang sudah ditetapkan oleh pemerintah sebelumnya. Sesuai dengan definisi konsep yang dikemukakan oleh para ahli tersebut di atas, maka dapat disimpulkan:

1. Proses implementasi kebijakan adalah serangkaian kegiatan tindak lanjut suatu program yang telah ditetapkan mulai dari pengambilan keputusan, langkah-langkah strategis maupun teknis operasional yang digunakan untuk mewujudkan suatu program/kebijakan.
2. Proses implementasi pada kenyataannya bisa berhasil dan juga bisa gagal akibat tidak terpenuhinya faktor-faktor pendorong dan penghambat pelaksanaan kebijakan yang telah ditetapkan.
3. Dalam proses implementasi terdapat unsur yang penting, dominan:
 - a. Adanya program yang ditetapkan kemudian dilaksanakan,
 - b. Adanya kelompok sasaran yang diharapkan akan menerima manfaat,
 - c. Elemen-elemen pelaksanaannya wajib bertanggung jawab,
 - d. Adanya faktor lingkungan sosial, budaya dan politik yang harus diantisipasi dalam pelaksanaan kebijakan.

Jadi, yang dimaksud dengan implementasi kebijakan oleh Mazmanian dan Sabatier (Mulyono, 2009:70):

“Pelaksanaan keputusan kebijaksanaan dasar, biasanya dalam bentuk undang-undang, namun dapat pula berbentuk perintah-perintah atau keputusan-keputusan eksekutif yang penting atau keputusan badan peradilan. Lazimnya keputusan tersebut mengidentifikasi masalah yang ingin diatasi, menyebutkan secara tegas tujuan atau sasaran yang akan dicapai, dan berbagai cara untuk menstrukturkan atau mengatur proses implementasi”.

Pada hakikatnya kebijakan publik berada dalam suatu sistem, dimana kebijakan dibuat mencakup hubungan timbal balik antara tiga elemen yaitu kebijakan publik, pelaku kebijakan dan lingkungan kebijakan. Untuk lebih lengkapnya Van Metter dan Van Horn membuat model *Policy Implementation*. (Agustino, 2006: 251). Dimana proses implementasi ini merupakan sebuah abstraksi atau performansi suatu pengejawantahan kebijakan yang pada dasarnya secara sengaja dilakukan untuk meraih kinerja implementasi kebijakan yang tinggi yang berlangsung dalam hubungan berbagai variabel. Model ini mengandaikan bahwa implementasi kebijakan berjalan secara linear dari keputusan politik, pelaksana dan kinerja kebijakan publik. Model ini menjelaskan bahwa kinerja kebijakan dipengaruhi oleh beberapa variabel yang saling berkaitan, variabel-variabel tersebut yaitu:

1). Standar dan Sasaran Kebijakan / Ukuran dan Tujuan Kebijakan

Kinerja implementasi kebijakan dapat diukur tingkat keberhasilannya dari ukuran dan tujuan kebijakan yang bersifat realistis dengan sosio-kultur yang ada di level pelaksana kebijakan. Ketika ukuran dan dan sasaran kebijakan terlalu ideal (utopis), maka akan sulit direalisasikan. Lebih lanjut Van Metter dan Van

Horn (Wibowo 1994: 41) mengemukakan untuk mengukur kinerja implementasi kebijakan tentunya menegaskan standar dan sasaran tertentu yang harus dicapai oleh para pelaksana kebijakan, kinerja kebijakan pada dasarnya merupakan penilaian atas tingkat ketercapaian standar dan sasaran tersebut.

Pemahaman tentang maksud umum dari suatu standar dan tujuan kebijakan adalah penting. Implementasi kebijakan yang berhasil, bisa jadi gagal (*frustrated*) ketika para pelaksana (*officials*) tidak sepenuhnya menyadari terhadap standar dan tujuan kebijakan. Standar dan tujuan kebijakan memiliki hubungan erat dengan disposisi para pelaksana (*implementors*). Arah disposisi para pelaksana (*implementors*) terhadap standar dan tujuan kebijakan juga merupakan hal yang "*crucial*". Implementor mungkin bisa jadi gagal dalam melaksanakan kebijakan, dikarenakan mereka menolak atau tidak mengerti apa yang menjadi tujuan suatu kebijakan yang hendak dilaksanakan. Kesalahan terhadap persepsi dan interpretasi mengakibatkan salah pula dalam implementasinya.

2). Sumber Daya

Keberhasilan implementasi kebijakan sangat tergantung dari kemampuan memanfaatkan sumber daya yang tersedia. Manusia merupakan sumber daya yang terpenting dalam menentukan keberhasilan suatu implementasi kebijakan. Setiap tahap implementasi menuntut adanya sumber daya manusia yang berkualitas sesuai dengan pekerjaan yang diisyaratkan oleh kebijakan yang telah ditetapkan secara politik. Selain sumber daya manusia, sumber daya finansial dan waktu menjadi perhitungan penting dalam keberhasilan

implementasi kebijakan. Van Matter dan Van Horn (Wibowo 1994:41) menegaskan bahwa:

"Sumber daya kebijakan (*policy resources*) tidak kalah pentingnya dengan komunikasi. Sumber daya kebijakan ini harus juga tersedia dalam rangka untuk memperlancar administrasi implementasi suatu kebijakan. Sumber daya ini terdiri atas dana atau insentif lain yang dapat memperlancar pelaksanaan (*implementasi*) suatu kebijakan. Kurangnya atau terbatasnya dana atau insentif lain dalam implementasi kebijakan, adalah merupakan sumbangan besar terhadap gagalnya implementasi kebijakan."

Menurut pendapat tersebut bahwa sumber daya kebijakan ini harus tersedia dalam rangka untuk memperlancar administrasi implementasi suatu kebijakan yang terdiri dari kemampuan manusia dan dukungan pendanaan/anggaran.

3). Karakteristik Organisasi Pelaksana

Pusat perhatian pada agen pelaksana meliputi organisasi formal dan organisasi informal yang akan terlibat dalam pengimplementasian kebijakan. Hal ini penting karena kinerja implementasi kebijakan akan sangat dipengaruhi oleh ciri yang tepat serta cocok dengan para agen pelaksananya. Hal ini berkaitan dengan konteks kebijakan yang akan dilaksanakan pada beberapa kebijakan dituntut pelaksana kebijakan yang ketat dan disiplin. Pada konteks lain diperlukan agen pelaksana yang demokratis dan persuasif. Selain itu, cakupan atau luas wilayah menjadi pertimbangan penting dalam menentukan agen pelaksana kebijakan.

4). Komunikasi antar organisasi terkait dan kegiatan pelaksanaan

Agar kebijakan publik bisa dilaksanakan dengan efektif, menurut Van Horn dan Van Matter (Widodo 1994:42) apa yang menjadi standar tujuan harus dipahami oleh para individu (*implementors*). Yang bertanggung jawab atas

pencapaian standar dan tujuan kebijakan, karena itu standar dan tujuan harus dikomunikasikan kepada para pelaksana. Komunikasi dalam kerangka penyampaian informasi kepada para pelaksana kebijakan tentang apa menjadi standar dan tujuan harus konsisten dan seragam (*consistency and uniformity*) dari berbagai sumber informasi. Jika tidak ada kejelasan dan konsistensi serta keseragaman terhadap suatu standar dan tujuan kebijakan, maka yang menjadi standar dan tujuan kebijakan sulit untuk bisa dicapai. Dengan kejelasan itu, para pelaksana kebijakan dapat mengetahui apa yang diharapkan darinya dan tahu apa yang harus dilakukan. Dalam suatu organisasi publik, pemerintah daerah misalnya, komunikasi sering merupakan proses yang sulit dan kompleks, sebaliknya dengan komunikasi semua terlaksana dengan baik. Proses mentransferkan berita ke bawah di dalam organisasi atau dari suatu organisasi ke organisasi lain, dan ke komunikator lain, sering mengalami gangguan (*distortion*). Jika sumber komunikasi berbeda memberikan interpretasi yang tidak sama (*inconsistent*) terhadap suatu standar dan tujuan, atau sumber informasi sama memberikan interpretasi yang penuh dengan pertentangan (*conflicting*), maka pada suatu saat pelaksana kebijakan akan menemukan suatu kejadian yang lebih sulit untuk melaksanakan suatu kebijakan secara intensif. Dengan demikian, prospek implementasi kebijakan yang efektif, sangat ditentukan oleh komunikasi kepada para pelaksana kebijakan secara akurat dan konsisten (*accuracy and consistency*). Disamping itu, koordinasi merupakan mekanisme yang ampuh dalam implementasi kebijakan. Semakin baik

koordinasi komunikasi diantara pihak-pihak yang terlibat dalam implementasi kebijakan, maka kesalahan akan semakin kecil, demikian sebaliknya.

5). Disposisi atau sikap para pelaksana

Menurut pendapat Van Metter dan Van Horn (Agustino, 2006:252):

“Sikap penerimaan atau penolakan dari agen pelaksana kebijakan sangat mempengaruhi keberhasilan atau kegagalan implementasi kebijakan publik. Hal ini sangat mungkin terjadi karena kebijakan yang dilaksanakan bukanlah hasil formulasi warga setempat yang mengenal betul permasalahan dan persoalan yang mereka rasakan. Tetapi kebijakan publik biasanya bersifat *topdown* yang sangat mungkin para pengambil keputusan tidak mengetahui bahkan tak mampu menyentuh kebutuhan, keinginan atau permasalahan yang harus diselesaikan”.

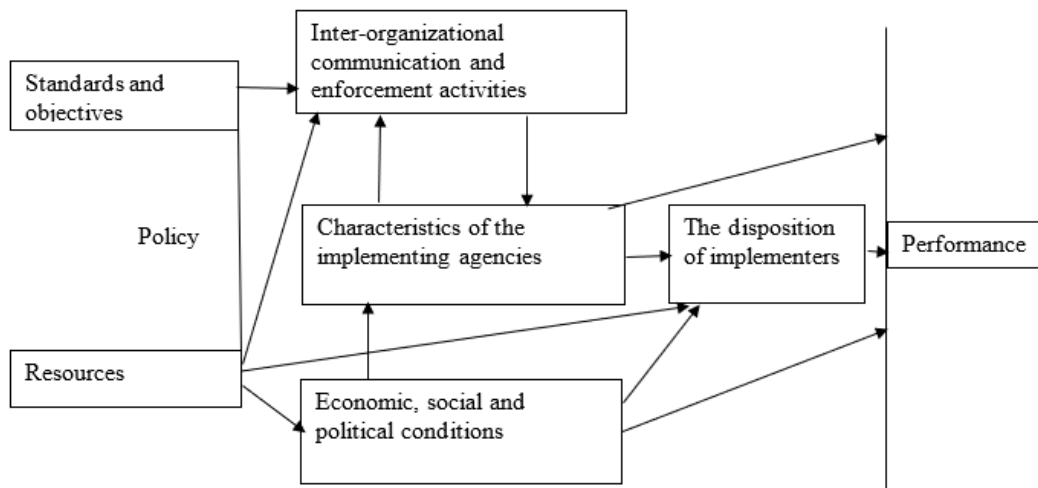
Sikap mereka itu dipengaruhi oleh pandangannya terhadap suatu kebijakan dan cara melihat pengaruh kebijakan itu terhadap kepentingan-kepentingan organisasinya dan kepentingan-kepentingan pribadinya. Penjelasan disposisi bahwa implementasi kebijakan diawali penyaringan (*befiltered*) lebih dahulu melalui persepsi dari pelaksana (*implementors*) dalam batas mana kebijakan itu dilaksanakan. Terdapat tiga macam elemen respons yang dapat mempengaruhi kemampuan dan kemauannya untuk melaksanakan suatu kebijakan, antara lain terdiri dari: *pertama*, pengetahuan (*cognition*), pemahaman dan pendalaman (*comprehension and understanding*) terhadap kebijakan, *kedua*, arah respon mereka apakah menerima, netral atau menolak (*acceptance, neutrality, and rejection*), dan *ketiga*, intensitas terhadap kebijakan.

Pemahaman tentang maksud umum dari suatu standar dan tujuan kebijakan adalah penting. Karena, bagaimanapun juga implementasi kebijakan yang berhasil, bisa jadi gagal (*frustrated*) ketika para pelaksana (*officials*), tidak

sepenuhnya menyadari terhadap standar dan tujuan kebijakan. Arah disposisi para pelaksana (*implementors*) terhadap standar dan tujuan kebijakan juga merupakan hal yang “*crucial*”. Implementors mungkin bisa jadi gagal dalam melaksanakan kebijakan, dikarenakan mereka menolak apa yang menjadi tujuan suatu kebijakan. Sebaliknya, penerimaan yang menyebar dan mendalam terhadap standar dan tujuan kebijakan diantara mereka yang bertanggung jawab untuk melaksanakan kebijakan tersebut, adalah merupakan suatu potensi yang besar terhadap keberhasilan implementasi kebijakan. Pada akhirnya, intensitas disposisi para pelaksana (*implementors*) dapat mempengaruhi pelaksana (*performance*) kebijakan. Kurangnya atau terbatasnya intensitas disposisi ini, akan bisa menyebabkan gagalnya implementasi kebijakan.

6). Lingkungan Ekonomi Sosial dan Politik

Hal terakhir yang perlu diperhatikan guna menilai kinerja Implementasi kebijakan adalah sejauh mana lingkungan eksternal turut mendorong keberhasilan kebijakan publik. Lingkungan sosial, ekonomi dan politik yang tidak kondusif dapat menjadi sumber masalah dari kegagalan kinerja implementasi kebijakan. Karena itu, upaya implementasi kebijakan mensyaratkan kondisi lingkungan eksternal yang kondusif. Secara skematis, model implementasi kebijakan publik Van Metter dan Van Horn dapat dijelaskan dalam gambar berikut ini:



Gambar 2.2. Model a Policy Implementation Process by Van Meter and Van Horn

Sumber: (Agustino, 2006:253)

Namun dalam praktiknya badan-badan pemerintah sering menghadapi pekerjaan-pekerjaan dibawah mandat dari undang-undang, sehingga membuat mereka menjadi tidak jelas untuk memutuskan apa yang seharusnya dilakukan dan apa yang seharusnya tidak dilakukan.

Selanjutnya menurut Edward III dalam Winarno (2002:118): "faktor-faktor yang mempengaruhi implementasi kebijakan yaitu komunikasi, sumber-sumber (sumber daya), kecenderungan/sikap dan struktur birokrasi". Hal yang sama juga dinyatakan oleh Quade dalam Tarigan (2000: 23) bahwa:

"Dalam proses implementasi kebijakan akan terjadi interaksi dan reaksi dari organisasi pelaksana, kelompok, sasaran dan faktor-faktor lingkungan yang mengarah pada konflik, sehingga membutuhkan suatu transaksi sebagai umpan balik yang digunakan oleh pengambil keputusan dalam rangka pelaku kebijakan kebijakan publik lingkungan kebijakan merumuskan suatu kebijakan."

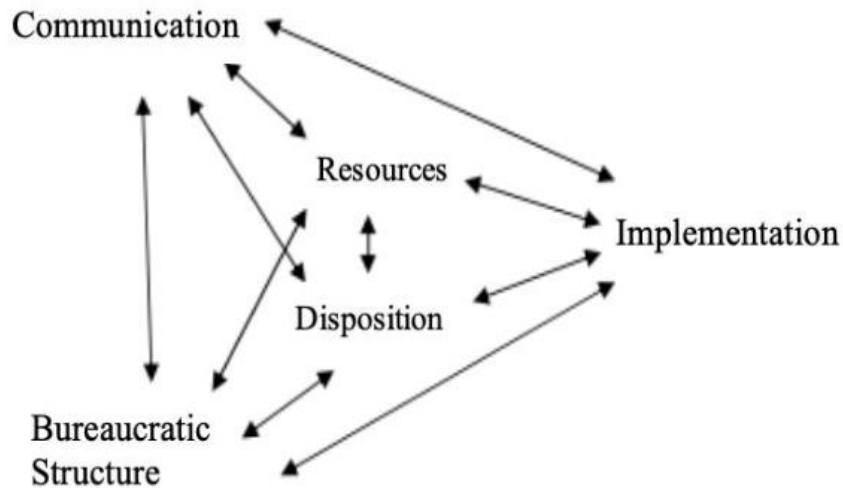
Maksudnya adalah implementasi kebijakan itu melibatkan beberapa elemen sehingga akan terjadi interaksi dan reaksi. Pengertian implementasi kebijakan menurut Edward III (1980:1) adalah sebagai berikut:

“policy implementation as we have seen is the stage of policy making between the establishment of a policy such as the passage of a legislative act, the issuing of an executive order, the handing down of a judicial decision, or the promulgation of a regulatory rule and the consequences of the policy for the people whom it affects”.

Jadi implementasi itu merupakan tindakan-tindakan yang dilakukan oleh pemerintah untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan dalam suatu keputusan kebijakan. Akan tetapi pemerintah dalam membuat kebijakan juga harus mengkaji terlebih dahulu apakah kebijakan tersebut dapat memberikan dampak yang buruk atau tidak bagi masyarakat. Hal tersebut bertujuan agar suatu kebijakan tidak bertentangan dengan masyarakat apalagi sampai merugikan masyarakat.

Berdasarkan pengertian implementasi kebijakan di atas, maka mengemukakan beberapa hal yang dapat mempengaruhi keberhasilan suatu implementasi, yaitu: (Edward III, 1980:10).

- a. *Comunication*/komunikasi,
- b. *Resources*/sumber daya,
- c. *Disposition*/disposisi,
- d. *Bureaucratic Structure*/struktur birokrasi.



Gambar 2.3. Model Pendekatan Implementasi Menurut George C. Edward III

Sumber: George Edward III, (1980:148).

Keberhasilan suatu implementasi kebijakan yang dijelaskan oleh Edward III dalam buku *Implementing Public Policy* dapat dipengaruhi oleh faktor-faktor di atas, adapun faktor tersebut yakni:

Faktor **Kesatu**, *Communication*. Menurut Edward III (1980:17) adalah:

"The first requirement for effective policy implementation is that those who are implement a decision must know what they are supposed to do. Policy decisions and implementation orders must be transmitted to appropriate personal before they can be followed. Naturally, these communications need to be accurate, and they must be accurately perceived by implementors. Many obstacles lie in the path of transmission of implementation communications".

Jadi berdasarkan pengertian tersebut, komunikasi sangat menentukan keberhasilan pencapaian tujuan dari pelaksanaan. Pelaksanaan yang efektif terjadi apabila para pembuat keputusan sudah mengetahui apa yang akan dikerjakan. Pengetahuan atas apa yang akan dikerjakan dapat berjalan

apabila komunikasi berjalan dengan baik, sehingga setiap keputusan dan peraturan pelaksanaan harus ditransmisikan (dikomunikasikan) kepada bagian personalia yang tepat.

Menurut Edward III (Agustino, 2006:157-158) ada tiga indikator yang dapat digunakan dalam mengukur keberhasilan variabel komunikasi, yaitu:

a) Transmisi.

Penyaluran komunikasi yang baik akan dapat menghasilkan suatu implementasi yang baik pula. Seringkali terjadi masalah dalam penyaluran komunikasi yaitu adanya salah pengertian (*miscommunication*) yang disebabkan banyaknya tingkatan birokrasi yang harus dilalui dalam proses komunikasi, sehingga apa yang diharapkan terdistorsi di tengah jalan,

b) Kejelasan.

Komunikasi yang diterima oleh pelaksana kebijakan (*street-level-bureaucrats*) harus jelas dan tidak membingungkan atau tidak ambigu/mendua.

c) Konsistensi.

Perintah yang diberikan dalam pelaksanaan suatu komunikasi harus konsisten dan jelas untuk ditetapkan atau dijalankan. Jika perintah yang diberikan sering berubah-ubah, maka dapat menimbulkan kebingungan bagi pelaksana di lapangan.

Berdasarkan pendapat tersebut, menurut Winarno (2002:127), terdapat beberapa hambatan umum yang biasa terjadi dalam transmisi komunikasi yaitu:

- a) Terdapat pertentangan antara pelaksana kebijakan dengan perintah yang dikeluarkan oleh pembuat kebijakan. Pertentangan seperti ini akan mengakibatkan distorsi dan hambatan yang langsung dalam komunikasi kebijakan.
- b) Informasi yang disampaikan melalui berlapis-lapis hierarki birokrasi. Distorsi komunikasi dapat terjadi karena panjangnya rantai informasi yang dapat mengakibatkan bias informasi.
- c) Masalah penangkapan informasi juga diakibatkan oleh persepsi dan ketidakmampuan para pelaksana dalam memahami persyaratan-persyaratan suatu kebijakan.

Menurut Winarno (2002:128) faktor-faktor yang mendorong ketidakjelasan informasi dalam implementasi kebijakan publik biasanya karena kompleksitas kebijakan, kurangnya konsensus mengenai tujuan-tujuan kebijakan publik, adanya masalah-masalah dalam memulai kebijakan yang baru serta adanya kecenderungan menghindari pertanggungjawaban kebijakan. Pertanyaan berikutnya, bagaimana menjabarkan distorsi atau hambatan komunikasi?. Proses implementasi kebijakan terdiri dari berbagai aktor yang terlibat, mulai dari manajemen puncak sampai pada birokrasi tingkat bawah. Komunikasi yang efektif menuntut proses pengorganisasian komunikasi yang jelas ke semua tahap tadi. Jika terdapat pertentangan dari pelaksana, maka kebijakan

tersebut akan diabaikan dan terdistorsi. Untuk itu, Winarno (2005:129) menyimpulkan: "semakin banyak lapisan atau aktor pelaksana yang terlibat dalam implementasi kebijakan, semakin besar kemungkinan hambatan dan distorsi yang dihadapi". Dalam mengelola komunikasi yang baik perlu dibangun dan dikembangkan saluran-saluran komunikasi yang efektif. Semakin baik pengembangan saluran-saluran komunikasi yang dibangun, maka semakin tinggi probabilitas perintah-perintah tersebut diteruskan secara benar. Dalam kejelasan informasi biasanya terdapat kecenderungan untuk mengaburkan tujuan-tujuan informasi oleh pelaku kebijakan atas dasar kepentingan sendiri dengan cara menginterpretasikan informasi berdasarkan pemahaman sendiri-sendiri. Cara untuk mengantisipasi tindakan tersebut adalah dengan membuat prosedur melalui pernyataan yang jelas mengenai persyaratan, tujuan, menghilangkan pilihan dari multi interpretasi, melaksanakan prosedur dengan hati-hati dan mekanisme pelaporan secara terinci.

Kemudian dipertegas oleh Hogwood dan Gunn (Wahab, 2004:77) bahwa keberhasilan suatu implementasi kebijakan, komunikasi memegang peranan penting bagi berlangsungnya koordinasi implementasi kebijakan. Koordinasi bukanlah sekedar menyangkut persoalan mengkomunikasikan informasi ataupun membentuk struktur-struktur administrasi yang cocok, melainkan menyangkut pula persoalan yang lebih mendasar, yaitu praktik pelaksanaan kebijakan. Berdasarkan penjelasan teori di atas maka faktor-faktor yang mempengaruhi komunikasi dalam implementasi kebijakan harus adanya

kejelasan petunjuk dalam implementasi kebijakan dan kejelasan, konsistensi dalam menjalankan sebuah kebijakan maka Dengan terpenuhinya ketiga faktor pendukung komunikasi maka akan tercapainya sebuah implementasi kebijakan yang baik dan sesuai tujuan.

Faktor **Kedua**, *Resources* (Sumber daya). Menurut menurut Edward III (1980:53) adalah:

“No matter how clear and consistent implementation orders are and no matter how accurately they are transmitted, if the personel responsible out policies lack the resources to do an affective job, implementation will not be effective. important resources include staff of the proper size and with the necessary expertise; relevant and adequate information on how to implement policies and on the compliance of others involved in implementation: the authority to ensure that policies are carried out as they intended; and facilities (including buildings, equipment, land and supplies) in which or with which to provide service will mean that laws will not be provided, and reasonable regulations will not be developed”.

Menurut penjelasan tersebut bahwa sumber-sumber yang dapat menentukan keberhasilan pelaksanaan adalah salah satunya sumber daya yang tersedia, karena menurut pendapat tersebut sumber daya merupakan sumber penggerak dan pelaksana. Manusia merupakan sumber daya yang terpenting dalam menentukan keberhasilan proses pelaksanaan, sedangkan sumber daya merupakan keberhasilan proses implementasi yang dipengaruhi dengan pemanfaatan sumber daya manusia, biaya, dan waktu.

Berdasarkan penjelasan di atas maka faktor-faktor pendukung sumber daya menjadi bagian penting apabila sebuah implementasi ingin tercapai dengan tersedianya pekerja, penjelasan mengenai sebuah kebijakan dijalankan, kewenangan yang dimiliki dan kelengkapan sarana dan prasaran menjadi faktor

dari sumber daya dalam mencapai implementasi kebijakan dalam melaksanakan pelayanan-pelayanan publik. Menurut Edward III (Agustino, 2006:158-159), Indikator-indikator yang digunakan untuk melihat sejauh mana sumber daya mempengaruhi implementasi kebijakan terdiri dari:

a) Staf

Sumber daya utama dalam implementasi kebijakan adalah staf atau pegawai (*street-level bureaucrats*). Kegagalan yang sering terjadi dalam implementasi kebijakan, salah-satunya disebabkan oleh staf/pegawai yang tidak cukup memadai, mencukupi, ataupun tidak kompeten dalam bidangnya. Penambahan jumlah staf dan *implementor* saja tidak cukup menyelesaikan persoalan implementasi kebijakan, tetapi diperlukan sebuah kecukupan staf dengan keahlian dan kemampuan yang diperlukan (kompeten dan kapabel) dalam mengimplementasikan kebijakan.

b) Informasi

Dalam implementasi kebijakan, informasi mempunyai dua bentuk yaitu: pertama, informasi yang berhubungan dengan cara melaksanakan kebijakan. Kedua, informasi mengenai data kepatuhan dari para pelaksana terhadap peraturan dan regulasi pemerintah yang telah ditetapkan.

c) Wewenang

Pada umumnya kewenangan harus bersifat formal agar perintah dapat dilaksanakan secara efektif. Kewenangan merupakan otoritas atau legitimasi bagi para pelaksana dalam melaksanakan kebijakan yang ditetapkan secara politik. Ketika wewenang tidak ada, maka kekuatan para

implementor di mata publik tidak dilegitimasi, sehingga dapat menggagalkan implementasi kebijakan publik. Tetapi dalam konteks yang lain, ketika wewenang formal tersedia, maka sering terjadi kesalahan dalam melihat efektivitas kewenangan. Di satu pihak, efektivitas kewenangan diperlukan dalam implementasi kebijakan; tetapi di sisi lain, efektivitas akan menyurut manakala wewenang diselewengkan oleh para pelaksana demi kepentingannya sendiri atau kelompoknya.

d) Fasilitas

Fasilitas fisik merupakan faktor penting dalam implementasi kebijakan. Implementor mungkin mempunyai staf yang mencukupi, kapabel dan kompeten, tetapi tanpa adanya fasilitas pendukung (sarana dan prasarana) maka implementasi kebijakan tersebut tidak akan berhasil.

Faktor **Ketiga Dispositions** dalam keberhasilan suatu implementasi kebijakan menurut Edward III (1980:89) adalah:

“The dispositions or attitudes of implementation is the third critical

factor in our approach to the study of public policy implementation. if implementation is to proceed effectively, not only must implementors know what to do and have the capability to do it, but they must also desire to carry out a policy. Most implementors can exercise considerable discretion in the implementation of policies. One of the reasons for this is their independence from their nominal superiors who formulate the policies. Another reason is the complexity of the policies themselves. The way in which implementors exercise their direction, however, depends in large part upon their dispositions toward the policies. Their attitudes, in turn, will be influenced by their views toward the policies per se and by how they see the policies effecting their organizational and personal interests”.

Menurut pendapat tersebut disposisi atau sikap para pelaksana adalah faktor penting dalam pendekatan mengenai pelaksanaan. Jika pelaksanaan ingin

efektif, maka para pelaksana tidak hanya harus memiliki kemampuan untuk melaksanakannya, dimana kualitas dari suatu kebijakan dipengaruhi oleh kualitas atau ciri-ciri dari para aktor pelaksana. Keberhasilan kebijakan bisa dilihat dari disposisi (karakteristik agen pelaksana). Disposisi atau sikap pelaksanaan, jika para pelaksana bersikap baik karena menerima suatu kebijakan maka kemungkinan besar mereka akan melaksanakan secara bersungguh-sungguh seperti tujuan yang diharapkannya. Sebaliknya jika perspektif dan tingkah laku para pelaksana berbeda dengan para pembuat kebijakan maka proses implementasi akan mengalami kesulitan.

Berdasarkan penjelasan di atas bahwa dalam mendukung *Dispositions* dalam kesuksesan implementasi kebijakan harus adanya kesepakatan antara pembuat kebijakan dengan pelaku yang akan menjalankan kebijakan itu sendiri dan bagaimana mempengaruhi pelaku kebijakan agar menjalankan sebuah kebijakan tanpa keluar dari tujuan yang telah ditetapkan demi terciptanya pelayanan publik yang baik.

Menurut Edward III (Winarno, 2002:142-143), "kecenderungan-kecenderungan atau disposisi merupakan salah-satu faktor yang mempunyai konsekuensi penting bagi implementasi kebijakan yang efektif". Jika para pelaksana mempunyai kecenderungan atau sikap positif atau adanya dukungan terhadap implementasi kebijakan maka terdapat kemungkinan yang besar implementasi kebijakan akan terlaksana sesuai dengan keputusan awal. Demikian sebaliknya, jika para pelaksana bersikap negatif atau menolak terhadap implementasi kebijakan karena konflik kepentingan maka implementasi kebijakan

akan menghadapi kendala yang serius. Bentuk penolakan dapat bermacam-macam seperti, "zona ketidakacuhan" dimana para pelaksana kebijakan melalui keleluasaannya (diskresi) dengan cara yang halus menghambat implementasi kebijakan dengan cara mengacuhkan, menunda dan tindakan penghambatan lainnya. Menurut pendapat Van Metter dan Van Horn (Agustinus, 2006:162):

"Sikap penerimaan atau penolakan dari agen pelaksana kebijakan sangat mempengaruhi keberhasilan atau kegagalan implementasi kebijakan publik. Hal ini sangat mungkin terjadi karena kebijakan yang dilaksanakan bukanlah hasil formulasi warga setempat yang mengenal betul permasalahan dan persoalan yang mereka rasakan. Tetapi kebijakan publik biasanya bersifat *topdown* yang sangat mungkin para pengambil keputusan tidak mengetahui bahkan tak mampu menyentuh kebutuhan, keinginan atau permasalahan yang harus diselesaikan".

Faktor-faktor yang menjadi perhatian Edward III (Agustinus, 2006:159-160) mengenai disposisi dalam implementasi kebijakan terdiri dari:

- a) Pengangkatan birokrasi. Disposisi atau sikap pelaksana akan menimbulkan hambatan-hambatan yang nyata terhadap implementasi kebijakan bila personel yang ada tidak melaksanakan kebijakan yang diinginkan oleh pejabat-pejabat yang lebih atas. Karena itu, pengangkatan dan pemilihan personel pelaksana kebijakan haruslah orang-orang yang memiliki dedikasi pada kebijakan yang telah ditetapkan, lebih khusus lagi pada kepentingan warga masyarakat.
- b) Insentif merupakan salah-satu teknik yang disarankan untuk mengatasi masalah sikap para pelaksana kebijakan dengan memanipulasi insentif. Pada dasarnya orang bergerak berdasarkan kepentingan dirinya sendiri, maka memanipulasi insentif oleh para pembuat kebijakan mempengaruhi

tindakan para pelaksana kebijakan. Dengan cara menambah keuntungan atau biaya tertentu mungkin akan menjadi faktor pendorong yang membuat para pelaksana menjalankan perintah dengan baik. Hal ini dilakukan sebagai upaya memenuhi kepentingan pribadi atau organisasi.

Faktor **Keempat** dalam keberhasilan suatu implementasi kebijakan menurut Edward III (1980:125), *Bureaucratic structure* adalah:

“Policy implementors may know what to do and have sufficient desire and resources to do it, but they may still be hampered in implementation by the structures of the organizations in which they serve. Two prominent characteristics of bureaucracies are standard operating procedures (SOPs) and fragmentation. The former develop as internal responses to the limited time and resources of implementors and the desire for uniformity in the operation of complex and widely dispersed organizations; they often remain in force due to bureaucratic inertia.”

Menurut penjelasan tersebut walaupun sumber-sumber untuk melaksanakan suatu kebijakan tersedia atau para pelaksana mengetahui apa yang seharusnya dilakukan dan mempunyai keinginan untuk melaksanakan suatu kebijakan, kemungkinan kebijakan tersebut tidak dapat terlaksana atau terealisasi karena terdapatnya kelemahan dalam struktur birokrasi. Birokrasi sebagai pelaksana harus dapat mendukung kebijakan yang telah diputuskan secara politik dengan jalan melakukan koordinasi dengan baik. Pelaksana kebijakan mungkin tahu apa yang harus dilakukan dan memiliki keinginan yang cukup dan sumber daya untuk melakukannya, tapi mereka mungkin masih terhambat di implementasi oleh struktur organisasi di mana mereka melayani. Menurut Edward III (Winarno, 2002:150) terdapat dua karakteristik utama dari birokrasi yakni: *“Standard Operational Procedure (SOP) dan fragmentasi”*. *“Standard Operational*

Procedure (SOP) merupakan perkembangan dari tuntutan internal akan kepastian waktu, sumber daya serta kebutuhan penyeragaman dalam organisasi kerja yang kompleks dan luas". Ukuran dasar SOP atau prosedur kerja ini biasa digunakan untuk menanggulangi keadaan-keadaan umum di berbagai sektor publik dan swasta. Dengan menggunakan SOP, para pelaksana dapat mengoptimalkan waktu yang tersedia dan dapat berfungsi untuk menyeragamkan tindakan-tindakan pejabat dalam organisasi yang kompleks dan tersebar luas, sehingga dapat menimbulkan fleksibilitas yang besar dan kesamaan yang besar dalam penerapan peraturan.

Sifat kedua dari struktur birokrasi yang berpengaruh dalam pelaksanaan kebijakan adalah fragmentasi. Edward III dalam Winarno (2002:155) menjelaskan bahwa "fragmentasi merupakan penyebaran tanggung jawab suatu kebijakan kepada beberapa badan yang berbeda sehingga memerlukan koordinasi". Pada umumnya, semakin besar koordinasi yang diperlukan untuk melaksanakan kebijakan, semakin berkurang kemungkinan keberhasilan program atau kebijakan. Fragmentasi mengakibatkan pandangan-pandangan yang sempit dari banyak lembaga birokrasi. Hal ini akan menimbulkan konsekuensi pokok yang merugikan bagi keberhasilan implementasi kebijakan. Berikut hambatan-hambatan yang terjadi dalam fragmentasi birokrasi berhubungan dengan implementasi kebijakan publik (Winarno, 2002:153-154): "*Pertama*, tidak ada otoritas yang kuat dalam implementasi kebijakan karena terpecahnya fungsi-fungsi tertentu ke dalam lembaga atau badan yang berbeda-beda. Di samping itu, masing-masing badan mempunyai yurisdiksi yang terbatas atas suatu bidang, maka tugas-tugas yang

penting mungkin akan terlantarkan dalam berbagai agenda birokrasi yang menumpuk. *Kedua*, pandangan yang sempit dari badan yang mungkin juga akan menghambat perubahan. Jika suatu badan mempunyai fleksibilitas yang rendah dalam misi-misinya, maka badan itu akan berusaha mempertahankan esensinya dan besar kemungkinan akan menentang kebijakan-kebijakan baru yang membutuhkan perubahan”.

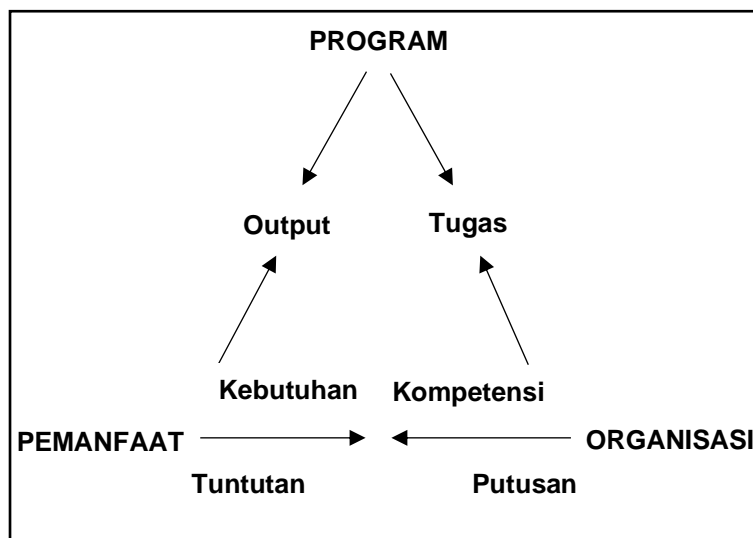
Dua karakteristik utama birokrasi adalah prosedur operasi standar (SOP) dan fragmentasi, yang pertama berkembang sebagai respon internal untuk waktu yang terbatas dan sumber daya pelaksana dan keinginan untuk keseragaman dalam pengoperasian kompleks dan tersebar luas organisasi, mereka sering tetap berlaku karena inersia birokrasi.

Bureaucratic structure adalah sumber-sumber untuk melaksanakan suatu kebijakan tersedia atau para pelaksana mengetahui apa yang seharusnya dilakukan dan mempunyai keinginan untuk melaksanakan suatu kebijakan, kemungkinan kebijakan tersebut tidak dapat terlaksana atau terealisasi karena terdapatnya kelemahan dalam struktur birokrasi dan adanya *standard operating procsures (SOPs)* standar operasi prosedur dalam rutinitas sehari-hari dalam menjalankan implementasi kebijakan. Birokrasi sebagai pelaksana harus dapat mendukung kebijakan yang telah diputuskan secara politik dengan jalan melakukan koordinasi dengan baik dan penyebaran tanggung jawab (*fragmentation*) atas kebijakan yang ditetapkan.

Berdasarkan penjelasan di atas mengenai faktor-faktor *Bureaucratic structure* yang mendukung dalam suksesnya sebuah implementasi kebijakan

harus adanya prosedur tetap bagi pelaku kebijakan dalam melaksanakan kebijakannya dan adanya tanggung jawab dalam menjalankan sebuah kebijakan demi mencapai tujuan yang ingin dicapai. Implementasi kebijakan pada prinsipnya adalah cara agar sebuah kebijakan dapat mencapai tujuannya.

Selain itu, Korten (Tarigan, 2000:19) membuat Model Kesesuaian implementasi kebijakan atau program dengan memakai pendekatan proses pembelajaran. Model ini berisikan kesesuaian antara tiga elemen yang ada dalam pelaksanaan program, yaitu program itu sendiri, pelaksanaan program dan kelompok sasaran program. Menurut pandangan tersebut bahwa suatu program akan berhasil dilaksanakan jika terdapat kesesuaian dari tiga unsur implementasi program. Pertama, kesesuaian antara program dengan pemanfaatan, yaitu kesesuaian antara apa yang ditawarkan oleh program dengan apa yang dibutuhkan oleh kelompok sasaran (pemanfaat). Kedua, kesesuaian antara program dengan organisasi pelaksana, yaitu kesesuaian antara tugas yang disyaratkan oleh program dengan kemampuan organisasi pelaksana. Ketiga, kesesuaian antara kelompok pemanfaat dengan organisasi pelaksana, yaitu kesesuaian antara syarat yang diputuskan organisasi untuk dapat memperoleh *output* dengan apa yang dapat dilakukan oleh kelompok sasaran program.

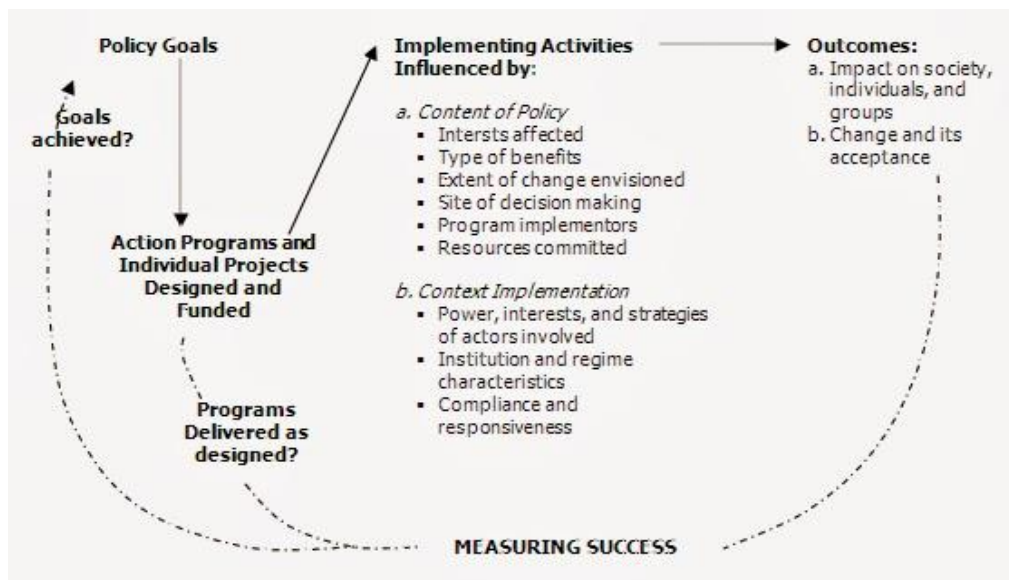


Gambar 2.4. Model Kesesuaian

Sumber : David C. Korten (Tarigan,2000: 19)

Berdasarkan pola tersebut, dapat dipahami bahwa jika tidak terdapat kesesuaian antara tiga unsur implementasi kebijakan, kinerja program tidak akan berhasil sesuai dengan apa yang diharapkan. Jika *output* program tidak sesuai dengan kebutuhan kelompok sasaran jelas *outputnya* tidak dapat dimanfaatkan. Jika organisasi pelaksana program tidak memiliki kemampuan melaksanakan tugas yang disyaratkan oleh program maka organisasinya tidak dapat menyampaikan *output* program dengan tepat. Atau, jika syarat yang ditetapkan organisasi pelaksana program tidak dapat dipenuhi oleh kelompok sasaran maka kelompok sasaran tidak mendapatkan *output* program. Oleh karena itu, kesesuaian antara tiga unsur implementasi kebijakan mutlak diperlukan agar program berjalan sesuai dengan rencana. Ahli lain yaitu Grindle (Baedhowi, 2004: 41) memperkenalkan model implementasi sebagai proses politik dan administrasi. Model tersebut menggambarkan proses pengambilan keputusan yang dilakukan

oleh beragam aktor, dimana keluaran akhirnya ditentukan oleh baik materi program yang telah dicapai maupun melalui interaksi para pembuat keputusan dalam konteks politik administratif. Proses politik terlihat melalui proses pengambilan keputusan yang melibatkan aktor kebijakan, sedangkan proses administrasi terlihat melalui proses umum mengenai aksi administratif dapat diteliti pada program tertentu.



Gambar 2.5. Model Implementasi sebagai proses Politik dan Administrasi

Sumber: Merilee.S.Grindle (Baedhowi 2004 : 42)

Setelah melalui model penerapannya, maka untuk memperlancar implementasi kebijakan, perlu dilakukan diseminasi dengan baik. Syarat pengelolaan diseminasi kebijakan ada empat, yakni: (1) adanya respek anggota masyarakat terhadap otoritas pemerintah untuk menjelaskan perlunya secara moral mematuhi undang-undang yang dibuat oleh pihak berwenang; (2) adanya kesadaran untuk menerima kebijakan. Kesadaran dan kemauan menerima dan

melaksanakan kebijakan terwujud manakala kebijakan dianggap logis; (3) keyakinan bahwa kebijakan dibuat secara sah; (4) awalnya suatu kebijakan dianggap kontroversial, namun dengan berjalannya waktu maka kebijakan tersebut dianggap sebagai sesuatu yang wajar.

2.1.4. Manajemen Kebijakan Publik

Jadi dalam implementasi kebijakan terdapat variabel-variabel yang saling berhubungan membentuk kaitan antara kebijakan publik dan pencapaian yang diharapkan. Setelah kebijakan itu terbentuk, maka langkah berikutnya adalah model pelaksanaannya. Maka disinilah diperlukan konsep manajemen. Menurut Nugroho (2004 : 163) manajemen implementasi menggambarkan pelaksanaan atau implementasi kebijakan di dalam:

“Konteks manajemen berada di dalam kerangka *organizing-leading - controlling*. Jadi ketika kebijakan sudah dibuat, maka tugas selanjutnya adalah mengorganisasikan, melaksanakan kepemimpinan untuk memimpin pelaksanaan dan melakukan pengendalian pelaksanaan tersebut. Secara rinci kegiatan di dalam manajemen implementasi kebijakan dapat disusun melalui (a) Implementasi strategi (b) pengorganisasian (c) pergerakan dan kepemimpinan (d) pengendalian”.

Dengan adanya implementasi kebijakan mengorganisasikan, melaksanakan. Kepemimpinan untuk melaksanakan untuk memimpin pelaksanaan dan melakukan pengendalian pelaksanaan secara rinci kegiatan implementasi kebijakan dimulai dari implementasi strategi, pengorganisasian, pergerakan kepemimpinan dan pengendalian akan sesuai dengan yang diinginkan.

Faktor–faktor implementasi kebijakan dilaksanakan dalam sekuensi manajemen implementasi kebijakan. Menurut Nugroho (2004: 163) Implementasi kebijakan dikelola dalam tugas-tugas:

a. Implementasi strategi yaitu kebijakan dapat langsung dilaksanakan atau memerlukan kebijakan turunan sebagai kebijakan pelaksanaan. Adapun konsep-konsepnya sebagai berikut:

1. Menyesuaikan struktur dengan strategi.
2. Melembagakan strategi.
3. Mengoperasionalkan strategi.
4. Menggunakan prosedur untuk memudahkan implementasi.

b. Pengorganisasian yaitu merumuskan prosedur implementasi, yang diatur dalam model dasar mengorganisasi, memimpin dan mengendalikan dengan konsep-konsepnya:

1. Desain organisasi dan struktur organisasi
2. Pembagian pekerjaan dan desain pekerjaan
3. Integrasi dan koordinasi
4. Perekrutan dan penempatan sumber daya manusia
5. Hak, wewenang dan kewajiban
6. Pendelegasian
7. Pengembangan kapasitas organisasi dan kapasitas sumber daya manusia
8. Budaya organisasi

c. Penggerakan dan kepemimpinan adalah melakukan alokasi sumber daya, menyesuaikan prosedur implementasi dengan sumber daya yang digunakan, saat kebijakan pada fase ini sekaligus diberikan pedoman diskresi atau ruang gerak bagi individu pelaksana untuk memilih tindakan sendiri yang otonom dalam batas wewenang apabila menghadapi situasi khusus dan menerapkan prinsip-prinsip dasar *good governance*. Dengan konsep-konsepnya:

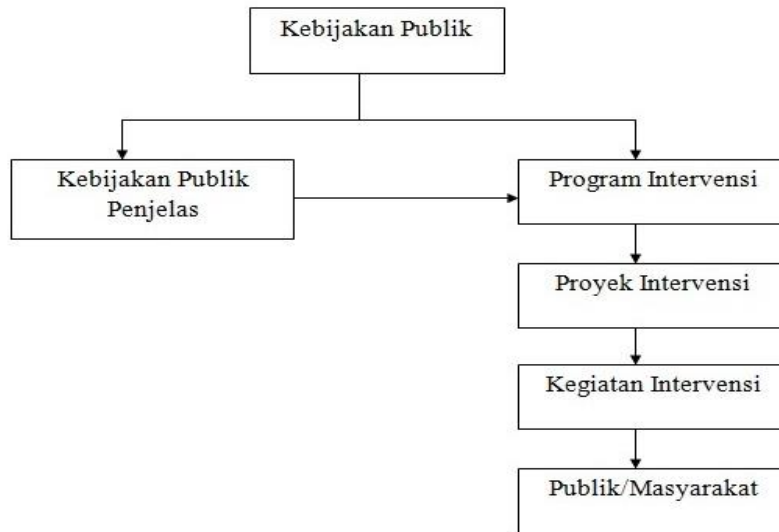
1. Efektivitas kepemimpinan
2. Motivasi
3. Etika
4. Mutu
5. Kerja sama tim
6. Komunikasi organisasi
7. Negosiasi

d. Pengendalian yaitu mengendalikan pelaksanaan dengan melakukan proses *monitoring* secara berkala dan konsep-konsepnya:

1. Desain pengendalian
2. Sistem informasi manajemen
3. *Monitoring*
4. Pengendalian anggaran atau keuangan
5. Audit

Implementasi merupakan tindakan untuk mencapai tujuan yang telah digariskan dalam keputusan kebijakan, tindakan tersebut dilakukan baik oleh

individu, pejabat pemerintah ataupun swasta. Berdasarkan uraian tersebut dapat diketahui bahwa implementasi merupakan suatu proses yang dinamis, dimana pelaksana kebijakan melakukan aktivitas atau kegiatan, sehingga pada akhirnya akan mendapatkan suatu hasil yang sesuai dengan tujuan atau sasaran kebijakan itu sendiri. Secara umum dapat digambarkan berikut:



Gambar 2.6. Sekuensi Implementasi Kebijakan

Sumber: Nugroho (2004:619)

Rangkaian Implementasi kebijakan seperti tersebut diatas dapat dilihat dengan jelas yaitu mulai dari program, ke proyek, dan ke kegiatan. Model tersebut mengadaptasi yang lazim dalam manajemen, khususnya manajemen sektor publik.

2.1.5. Teori Kesejahteraan

Secara umum, istilah kesejahteraan sosial sering diartikan sebagai kondisi sejahtera (konsepsi pertama), yaitu suatu keadaan terpenuhinya segala bentuk kebutuhan hidup, khususnya yang bersifat mendasar seperti makanan, pakaian,

perumahan, pendidikan dan perawatan kesehatan. Pengertian kesejahteraan sosial juga menunjuk pada segenap aktivitas pengorganisasian dan pendistribusian pelayanan sosial bagi kelompok masyarakat, terutama kelompok yang kurang beruntung (*disadvantage groups*). Penyelenggaraan berbagai skema perlindungan sosial (*social protection*) baik yang bersifat formal maupun informal adalah contoh aktivitas kesejahteraan sosial, (Suharto, 2008).

Selanjutnya menurut UU No 11 Tahun 2009 pasal 1 dan 2, kesejahteraan sosial merupakan suatu keadaan terpenuhinya kebutuhan hidup yang layak bagi masyarakat, sehingga mampu mengembangkan diri dan dapat melaksanakan fungsi sosialnya yang dapat dilakukan pemerintah, pemerintah daerah dan masyarakat dalam bentuk pelayanan sosial yang meliputi rehabilitasi sosial, jaminan sosial, pemberdayaan sosial, dan perlindungan sosial.

Teori kesejahteraan secara umum dapat diklasifikasi menjadi tiga macam, yakni *classical utilitarian*, *neoclassical welfare theory* dan *new contractarian approach* (Albert dan Hahnel, dalam Sugiarto 2007):

- a. Pendekatan *classical utilitarian* menekankan bahwa kesenangan atau kepuasan seseorang dapat diukur dan bertambah. Prinsip bagi individu adalah meningkatkan sebanyak mungkin tingkat kesejahteraannya, sedangkan bagi masyarakat peningkatan kesejahteraan kelompoknya merupakan prinsip yang dipegang dalam kehidupannya.
- b. Pendekatan *neoclassical welfare theory* menjelaskan bahwa fungsi kesejahteraan merupakan fungsi dari semua kepuasan individu.

- c. Pendekatan *new contractarian approach* yang mengangkat adanya kebebasan maksimum dalam hidup individu atau seseorang. Hal yang paling ditekankan dalam pendekatan *new contractarian approach* ini adalah individu akan memaksimalkan kebebasannya untuk mengejar konsep mereka tentang barang dan jasa tanpa adanya campur tangan.

Kesejahteraan merupakan suatu hal yang bersifat subjektif, sehingga setiap keluarga atau individu di dalamnya yang memiliki pedoman, tujuan, dan cara hidup yang berbeda akan memberikan nilai yang berbeda tentang faktor-faktor yang menentukan tingkat kesejahteraan (Nuryani, 2007).

Pendapat lain tentang kesejahteraan sosial diungkapkan pula oleh Friedlander (Sukoco, 1991):

“Social welfare is the organized system of social services and institutions, designed to aid individuals and groups to attain satisfying standards of life and health, and personal and social relationships which permit them to develop their full capacities and to promote their well-being in harmony with the needs of their families and the community”

Yaitu bahwa kesejahteraan sosial merupakan suatu sistem yang terorganisasi dari pelayanan-pelayanan sosial dan lembaga-lembaga, yang bermaksud untuk membantu individu-individu dan kelompok agar mencapai standar kehidupan dan kesehatan yang memuaskan, serta hubungan perorangan dan sosial yang memungkinkan mereka mengembangkan segenap kemampuan dan meningkatkan kesejahteraan petani selaras dengan kebutuhan-kebutuhan keluarga maupun masyarakat.

Todaro (Hidayat, 2014) mengemukakan bahwa kesejahteraan masyarakat menengah ke bawah dapat direpresentasikan dari tingkat hidup masyarakat.

Tingkat hidup masyarakat ditandai dengan terentaskannya dari kemiskinan, tingkat kesehatan yang lebih baik, perolehan tingkat pendidikan yang lebih tinggi, dan tingkat produktivitas masyarakat. Untuk meningkatkan kesejahteraan masyarakat, pembangunan juga berupaya menumbuhkan aspirasi dan tuntutan masyarakat untuk mewujudkan kehidupan yang lebih baik. Pembangunan tidak hanya dapat dilihat dari aspek pertumbuhan saja. Salah satu akibat dari pembangunan yang hanya menerapkan paradigma pertumbuhan semata adalah munculnya kesenjangan antara kaya miskin, serta pengangguran yang merajalela. Pertumbuhan selalu dikaitkan dengan peningkatan pendapatan nasional (*gross national Product*).

Menurut Jayadinata (Hidayat, 2014), bahwa pembangunan meliputi tiga kegiatan yang saling berhubungan, antara lain:

- a. Menimbulkan peningkatan kemakmuran dan peningkatan pendapatan serta kesejahteraan sebagai tujuan, dengan tekanan perhatian pada lapisan terbesar (dengan pendapatan terkecil) dalam masyarakat;
- b. Memilih tujuan yang sesuai untuk mencapai tujuan itu;
- c. Menyusun kembali (*restructuring*) masyarakat dengan maksud agar terjadinya pertumbuhan sosial ekonomi yang kuat.

Pembangunan kesejahteraan sosial merupakan usaha yang terencana dan melembaga yang meliputi berbagai bentuk intervensi sosial dan pelayanan sosial untuk memenuhi kebutuhan manusia, mencegah dan mengatasi masalah sosial, serta memperkuat institusi-institusi sosial (Suharto, 2008).

Lebih lanjut Suharto (2008), menyatakan bahwa tujuan pembangunan kesejahteraan sosial adalah untuk meningkatkan kualitas hidup manusia secara menyeluruh yang mencakup:

- a. Peningkatan standar hidup, melalui perangkat pelayanan sosial dan jaminan sosial segenap lapisan masyarakat, terutama kelompok masyarakat yang kurang beruntung dan rentan yang sangat memerlukan perlindungan sosial;
- b. Peningkatan keberdayaan melalui penetapan sistem dan kelembagaan ekonomi, sosial dan politik yang menjunjung harga diri dan martabat kemanusiaan;
- c. Penyempurnaan kebebasan melalui perluasan aksesibilitas dan pilihan-pilihan kesempatan sesuai dengan aspirasi, kemampuan dan standar kemanusiaan.

Penjelasan tersebut dapat dimaknai bahwa tujuan kesejahteraan sosial untuk peningkatan taraf hidup manusia, peningkatan keberdayaan dan penyempurnaan kebebasan. Kesejahteraan hidup seseorang dalam realitasnya, memiliki banyak indikator keberhasilan yang dapat diukur. Indikator kesejahteraan suatu daerah diukur melalui tingkat kemiskinan, angka buta huruf, angka melek huruf, emisi gas CO₂, perusakan alam dan lingkungan, polusi air dan tingkat Produk Domestik Bruto (PDB) (Thomas, dalam Sugiarto 2007).

2.2. Jaminan Sosial

Kata “Jaminan sosial” berasal dari kata *social* dan *security*. *Security* diambil dari Bahasa Latin “*se-curus*” yang bermakna “se” (pembebasan atau *liberation*)

dan “*curus*” yang berarti (kesulitan atau *uneasiness*). Sementara itu, kata “*Social*” menunjuk pada istilah masyarakat atau orang banyak (*society*). Dengan demikian, jaminan sosial secara harafiah adalah “pembebasan kesulitan masyarakat” atau “suatu upaya untuk membebaskan masyarakat dari kesulitan.”

Jaminan sosial (*social security*) menurut International Labour Organization (ILO) (Situmorang, 2013: 3) sebagai berikut;

“Social Security is the protection which society provides for its members through a series of public measure: To offset the absence or substantial reduction of income from work resulting from various contingencies (notable sickness, maternity, employment injury, unemployment, invalidity, old age and death of breadwinner); to provide people with healthcare; To provide benefit for families with children”.

Hal tersebut seperti yang dimaksud dalam penjelasan di atas merupakan standar minimal jaminan sosial. Sementara definisi lain mengenai jaminan sosial dari *Standing* (2000) dalam Situmorang (2013: 3) menyatakan bahwa:

“Social Security is a system for providing income security tp desal with the contingency risk of life, sickness and maternity, employment injury unemployment, invalidity, old age and death, the provision of medical care and the provision subsidies for family with children”.

Pengertian jaminan sosial begitu beragam akan tetapi memiliki kesamaan. Sementara Situmorang (2013) sendiri mendefinisikan sistem jaminan sosial sebagai “Upaya mewujudkan kesejahteraan, memberikan rasa aman sepanjang hidup manusia, melalui pendekatan sistem, yaitu harus beraturan, sistematis, terukur”.

Pengertian jaminan sosial dapat dibedakan menjadi dua kelompok besar, yaitu: asuransi sosial (*social insurance*) dan bantuan sosial (*social assistance*)

(Yohandarwati, 2003:19). Jaminan sosial terkait dengan upaya pemenuhan kebutuhan dasar manusia, seperti yang dinyatakan Dean (2002: 11) merujuk pada artikel 24 UNDHR (*United Nations Universal Declaration of Human Rights*) yang berbunyi:

“Everyone has the right to a standart of living adequate for the health and well being of himself and his family, including food, clothing, housing and medical care and necessary social services, and the right to security in the event of unemployment, sickness, disability, widowhood, old age or other lack of livelihood in circumstances beyond his control.”

Jaminan sosial ini berupaya membantu warga negara untuk memiliki kehidupan yang memadai sesuai standar yang ditetapkan yang mencakup kesehatan, sandang, papan, dan sebagainya. Jaminan sosial terkait dengan kebutuhan dasar yang secara universal dibutuhkan manusia. Menurut Dean (2010: 139);

“Universal needs: these are needs that are held to be universal to all. Provision for meeting universal need is based on concepts of social citizenship and the principle that for every member of society the state should provide or source access to specific benefits, Nincluding healthcare, social security, and education.”

Dilihat dari pendekatan asuransi sosial (*social insurance*) maka jaminan sosial berarti teknik atau metode penanganan risiko yang terkait dengan hubungan kerja yang berbasis pada hukum bilangan besar (*low of large number*). Sementara jika dilihat dari sisi bantuan sosial maka, jaminan sosial berarti sebagai dukungan pendapatan sebagai komunitas kurang beruntung untuk keperluan konsumsi (Situmorang, 2013:4). Sistem jaminan sosial berdasarkan UU No. 40 tahun 2004 dapat digambarkan sebagai berikut:



Gambar 2.7. Sistem Jaminan Sosial Nasional

Sumber; UU No.40 Tahun 2004, diolah

Berdasarkan gambar tersebut yang tertuang pada pasal 3 Undang-Undang Nomor 40 tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) bahwa, “Sistem Jaminan Sosial Nasional bertujuan untuk memberikan jaminan terpenuhinya kebutuhan dasar hidup yang layak bagi setiap peserta dan/atau anggota keluarganya”. Kebutuhan dasar adalah kebutuhan terhadap layanan kesehatan yang memungkinkan seseorang yang sakit dapat sembuh kembali sehingga dia dapat menjalankan aktivitas seperti biasanya.

Sistem jaminan sosial di Indonesia saat ini secara sistem telah membangun program perlindungan sosial di setiap tahapan tujuan program perlindungan sosial. Untuk tahapan *promotion* pemerintah selaku regulator telah membuat legislasi terkait dengan Undang-Undang Ketenagakerjaan, peraturan mengenai upah minimum regional dan peraturan tentang kesehatan serta peraturan lainnya yang terkait. Selanjutnya untuk tahapan *prevention* mekanismenya telah diatur dalam asuransi sosial dengan program Jamsostek, Akses, Taspen dan Asabri. Terakhir

untuk tahapan *protection* mekanismenya melalui bantuan sosial dengan program *cash transfer*, jaringan pengaman sosial, Jamkesmas, bantuan bencana alam.

Devereux (2010) menegaskan lagi bahwa sesungguhnya;

“Comprehensive social protection systems comprise several components, including: (1) social assistance, (2) social insurance, (3) developmental mechanisms that simultaneously “protect” and “promote” livelihoods, and (4) “transformative” measures that promote social inclusion and social justice”.

Rejda dalam Situmorang (2013:9-10) membagi 4 (empat) pendekatan dalam pengertian jaminan sosial sebagai berikut:

1) Bantuan Sosial (*Social Assistance*)

Adalah program jaminan sosial dalam bentuk bantuan tunai bagi penduduk miskin, orang-orang jompo dan anak terlantar yang di Indonesia telah diatur dengan UU tersendiri. Bantuan Sosial di tujukan untuk pengentasan kemiskinan melalui berbagai program seperti bantuan tunai, pelayanan umum dan pemberdayaan komunitas kurang mampu agar negara terbebas dari kemiskinan

2) Skema Universal (*Demogrant Scheme*)

Skema universal adalah program jaminan sosial dalam bentuk pemberian santunan tunai (*income support*) atau semacam BLT yang diberikan kepada setiap warga negara yang berhak sebagai akibat kebijakan ekonomi yang menimpa masyarakat menjadi kurang beruntung. Tujuan diselenggarakannya skema demograf ini adalah untuk mempertahankan daya beli masyarakat agar tercipta stabilitas ekonomi nasional.

3) Asuransi Sosial (*Social Insurance*)

Asuransi sosial (*Social Insurance*) adalah program jaminan sosial yang bersifat wajib menurut UU bagi setiap pemberi kerja dan pekerja mandiri profesional untuk tujuan penanggulangan hilangnya sebagian pendapatan sebagai konsekuensi adanya hubungan kerja yang kemungkinan menimbulkan *Industrial hazards*.

4) Skema Tabungan Hari Tua (*provident fund*)

Skema tabungan hari tua (*provident fund*) adalah komponen jaminan sosial dalam bentuk tabungan wajib jangka panjang yang memberikan santunan sekaligus kepada peserta saat mencapai usia pensiun.

Disisi lain Situmorang (2013: 4) menegaskan bahwa fungsi jaminan sosial adalah sebagai;

- 1) Salah satu faktor ekonomi seperti konsumsi, tabungan dan subsidi/konsesi untuk redistribusi risiko;
- 2) Instrumen negara untuk redistribusi risiko sosial ekonomi melalui tes kebutuhan (*means test application*), yaitu tes apa yang telah dimiliki peserta baik berupa rekening tabungan maupun kekayaan riil;
- 3) Program pengentasan kemiskinan yang ditindaklanjuti dengan pemberdayaan komunitas;
- 4) Sistem perlindungan dasar untuk penanggulangan hilangnya sebagian pendapatan pekerja sebagai konsekuensi risiko hubungan kerja.

Pada dasarnya jaminan sosial merupakan bagian dari perlindungan sosial. Hal ini juga dinyatakan oleh *Royal Government of Cambodia* (2008:19) bahwa;

”Social protection is closely related to other development fields. In particular, social protection, employment and agricultural and rural development are interlinked and mutually reinforcing”. Jaminan sosial dalam kerangka perlindungan sosial sehingga mencakup didalamnya meliputi sektor formal dan program iuran, pada gilirannya ini merupakan bagian dari strategi pengurangan kemiskinan yang lebih luas”.

Berdasarkan penjelasan tersebut di atas menunjukkan bahwa hubungan antara perlindungan sosial dan jaring pengaman sosial, dan antara perlindungan sosial dan pembangunan ekonomi, pembangunan sosial dan tanggap bencana. Lebih jelas lagi Situmorang (2013:24) menjelaskan bahwa “fungsi jaminan sosial tidak terlepas dari asas dan prinsip jaminan sosial yang secara detail diatur dalam UU SJSN”. Agar hak setiap orang atas jaminan sosial sebagaimana amanat konstitusi dapat terwujud maka, Undang-Undang Nomor 40 tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) menyatakan bahwa program jaminan sosial bersifat wajib yang memungkinkan mencakup seluruh rakyat (*universal coverage*) yang akan dicapai secara bertahap.

2.3. Program Jaminan Kesehatan Nasional- Kartu Indonesia Sehat (JKN-KIS)

Program JKN merupakan program yang dibangun berdasarkan pemetaan sosial yang komprehensif terkait layanan kesehatan masyarakat. Layanan kesehatan sebelumnya dapat dipandang sebagai masalah sosial, dimana sebagian besar masyarakat memiliki kerentanan terhadap layanan kesehatan. Hanya orang kaya atau orang yang memiliki jaminan kesehatan yang dapat dengan mudah mengakses layanan kesehatan, dan kelompok masyarakat ini

jumlahnya hanya sedikit (mereka adalah orang kaya yang meleak asuransi kesehatan, PNS/TNI/ Polri, dan pegawai).

Program JKN adalah program pemerintah yang bertujuan memberikan kepastian jaminan kesehatan yang menyeluruh bagi seluruh rakyat Indonesia untuk dapat hidup sehat, produktif dan sejahtera. Dengan demikian, jika dilihat berdasarkan konsep-konsep jaminan sosial sebagaimana dikemukakan oleh Cartwright, maka Program JKN merupakan bagian dari upaya negara untuk memberikan perlindungan sosial masyarakat di bidang kesehatan. Dalam hal ini negara hadir sebagai penjamin agar masyarakat dapat menjalani hidup yang sehat, produktif dan sejahtera. Program JKN menggunakan skema asuransi sosial dalam pembiayaannya, di mana masyarakat yang mampu harus membayar iuran/premi dan orang yang tidak mampu dibayarkan.

Kartu Indonesia Sehat (KIS) sendiri adalah kartu yang memiliki fungsi untuk memberikan jaminan kesehatan kepada masyarakat untuk mendapatkan pelayanan kesehatan secara gratis. Penggunaannya sendiri dapat menggunakan fungsi KIS ini di setiap fasilitas kesehatan tingkat pertama dan tingkat lanjut. Kartu ini sendiri merupakan program yang bertujuan untuk melakukan perluasan dari program kesehatan yang sebelumnya yaitu BPJS Kesehatan yang telah diluncurkan oleh mantan presiden SBY (Susilo Bambang Yudhoyono) pada tanggal 1 Maret 2014.

Program jaminan sosial yang diprioritaskan terlebih dahulu untuk mencakup seluruh penduduk terlebih dahulu adalah program jaminan kesehatan. Dengan demikian pencapaian kepesertaan jaminan kesehatan untuk semua penduduk

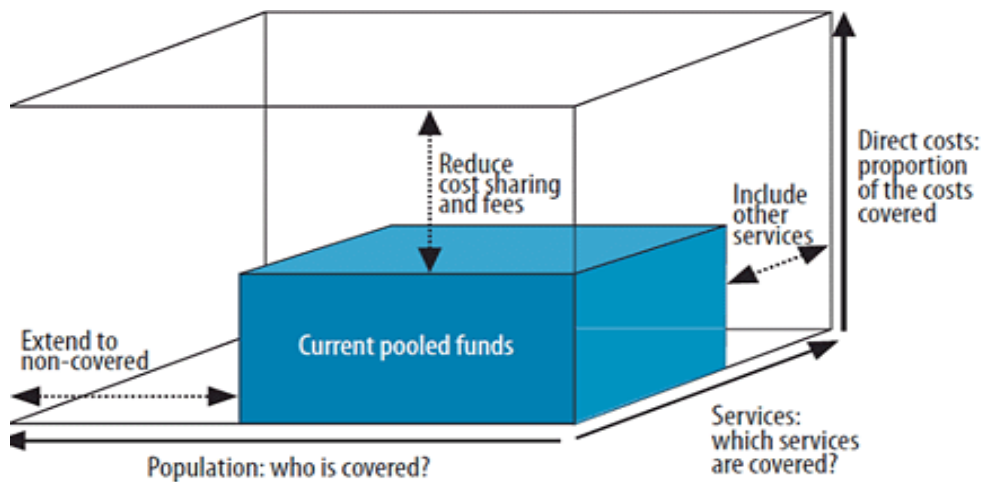
(*universal coverage*) merupakan amanat undang-undang yang harus dijalankan oleh pemerintah dan semua pihak yang terlibat, (Mundiharno, 2012:208).

Peta jalan kesehatan diperlukan untuk memandu implementasi pengembangan jaminan kesehatan sesuai amanat undang-undang SJSN dan undang-undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS). Jika ketentuan yang disebutkan dalam undang-undang tersebut di atas maka dapat dijelaskan bahwa program jaminan sosial membawa konsekuensi pembiayaan yang tidak sedikit karena lingkup proteksinya mencakup kepesertaan penduduk usia 0-14 tahun (*pre employment coverage*), kepesertaan penduduk usia 15-64 tahun (*active contributor*) dan kesertaan penduduk usia senja di atas 65 tahun (*post employment coverage*), (Situmorang, 2013:27). Manfaat jaminan sosial mencakup santunan tunai untuk dukungan pendapatan pencari nafkah utama (*cash benefit for the income support of the breadwinner*), kompensasi finansial untuk kasus kecelakaan kerja dan kematian dini serta pelayanan kesehatan dan pemberian alat bantu (*benefits in kind*), (Situmorang, 2013:24).

Dijelaskan lagi oleh Situmorang (2013:27) bahwa ada 5 (lima) koneksitas dalam penyelenggaraan sistem jaminan sosial yang komprehensif, yaitu mencakup: 1) program yang terkait dengan pemberian kompensasi finansial; 2) program yang terkait dengan rehabilitasi dan pemberian alat bantu; 3) program yang terkait dengan penanggungan konsumsi atau penghasilan; 4) program yang terkait dengan pelayanan kesehatan dan 5) perawatan medis serta imunisasi.

Istilah *universal coverage* berasal dari WHO (*World Health Organisation*), lebih tepatnya *universal health coverage* (Mundiharno, 2012:209). Cakupan

kesehatan universal (*universal health coverage*) bertujuan untuk memastikan bahwa semua orang mendapatkan pelayanan kesehatan yang dibutuhkan tanpa kesulitan untuk memikirkan bagaimana cara membayarnya. Cakupan kesehatan universal dibangun oleh tiga dimensi yakni dimensi cakupan peserta, dimensi akses memperoleh pelayanan dan dimensi jangkauan keuangan atau proporsi biaya yang dikeluarkan. Hal ini sesuai dengan kerangka konsep yang disebutkan oleh *World Health Organization (WHO)* bahwa” *The WHO’s conceptual framework suggests three broad dimensions of UHC: population coverage, service coverage, and financial coverage*”.



Gambar 2.8. Dimensi Universal Health Coverage

Sumber: *World Health Organization Report (2010)*

Gambar di atas dapat dijelaskan bahwa *universal health coverage* merupakan sebuah konsep reformasi pelayanan kesehatan yang mencakup beberapa aspek antara lain 1) Aksesibilitas dan equitas pelayanan kesehatan, 2) Pelayanan kesehatan yang berkualitas dan komprehensif yang meliputi pelayanan preventif, promotif, kuratif sampai rehabilitatif dan 3) Mengurangi keterbatasan

finansial dalam mendapatkan pelayanan kesehatan bagi setiap penduduk (Wilbulpolprasert, 2013).

World Health Organization (WHO) menambahkan bahwa tiga dimensi dalam pencapaian *universal health coverage* yang digambarkan melalui kubus/gambar di atas. Ketiga dimensi *universal health coverage* dapat diterjemahkan sebagai berikut yaitu; 1) seberapa besar persentase penduduk yang dijamin, maksudnya yaitu jumlah penduduk yang dijamin; 2) seberapa lengkap pelayanan yang dijamin maksudnya layanan kesehatan yang dijamin apakah hanya layanan di rumah sakit atau termasuk juga layanan rawat jalan; 3) seberapa besar proporsi biaya langsung yang masih ditanggung oleh penduduk maksudnya semakin banyak dana yang disediakan, maka semakin banyak pula penduduk yang terlayani, sehingga semakin komprehensif paket pelayanannya serta semakin kecil proporsi biaya yang harus ditanggung oleh penduduk.

Mundiharno (2012:209) menjelaskan lebih jauh lagi mengenai tiga dimensi *universal health coverage* yakni bahwa “Pertama, dimensi cakupan kepesertaan. Dari dimensi ini *universal coverage* dapat diartikan sebagai “kepesertaan menyeluruh”, dalam arti semua penduduk dicakup menjadi peserta jaminan kesehatan. Dengan menjadi peserta jaminan kesehatan diharapkan mereka memiliki akses terhadap pelayanan kesehatan. Namun tidak semua penduduk yang telah menjadi peserta jaminan kesehatan dapat serta merta mengakses pelayanan kesehatan. Jika di daerah tempat penduduk tinggal tidak ada fasilitas kesehatan, penduduk akan tetap sulit menjangkau pelayanan kesehatan. Oleh karena itu dimensi kedua dari *universal health coverage* adalah akses yang merata

bagi semua penduduk dalam memperoleh pelayanan kesehatan. Secara implisit pengertian ini mengandung implikasi perlu tersedianya fasilitas dan tenaga kesehatan agar penduduk yang menjadi peserta jaminan kesehatan benar-benar dapat memperoleh pelayanan kesehatan. Ketiga, *universal coverage* juga berarti bahwa proporsi biaya yang dikeluarkan secara langsung oleh masyarakat (*out of pocket payment*) makin kecil sehingga tidak mengganggu keuangan peserta (*financial catastrophic*) yang menyebabkan peserta menjadi miskin". Sementara karakter program jaminan sosial di Indonesia saat ini masih terfragmentasi berdasarkan segmen kelompok penduduk tertentu. Karakteristik masing-masing kelompok penduduk tersebut merupakan konteks sosial yang tidak dapat diabaikan. Indonesia dapat berupaya untuk mencapai *universal health coverage* dalam tiga dimensi UHC menurut *World Health Organization* (WHO) secara bertahap. Kuncinya bahwa prioritas pertama dalam pencapaian *universal health coverage* yakni perluasan penduduk yang dijamin, yaitu agar semua penduduk terjamin sehingga setiap penduduk yang sakit tidak menjadi miskin karena beban biaya berobat yang tinggi. Langkah selanjutnya adalah memperluas layanan kesehatan yang dijamin agar setiap orang dapat memenuhi kebutuhan medis. Dan terakhir adalah peningkatan biaya medis yang dijamin sehingga semakin kecil jumlah biaya langsung yang ditanggung penduduk. Cepat tidaknya pencapaian *universal health coverage* melalui jaminan sosial (*social security*) dipengaruhi oleh beberapa faktor. Carrin dan James dalam Mundiharno (2012:211) menyebutkan bahwa "Ada lima faktor yang mempengaruhi cepat lambatnya suatu negara mencapai *universal health coverage*."

1. Tingkat pendapatan penduduk.
2. Struktur ekonomi negara terutama berkaitan dengan besarnya proporsi sektor formal dan informal.
3. Distribusi penduduk negara.
4. Kemampuan Negara dalam mengelola asuransi kesehatan sosial.
5. Tingkat solidaritas sosial di dalam masyarakat.

Rendahnya cakupan jaminan sosial yang umumnya terdiri dari Jaminan Kesehatan, Jaminan Kecelakaan Kerja, Jaminan Kematian, Jaminan Hati Tua dan Jaminan Pensiun, tidak terlepas dari perkembangan pertumbuhan ekonomi suatu Negara, tingkat pengangguran, kemiskinan, pendidikan yang masuk dalam Indeks Pembangunan Manusia (Situmorang, 2013:30). Namun demikian, sekarang cakupan kesehatan universal di Indonesia secara menyeluruh telah diatur dalam Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional. Begitu pula dengan asuransi kesehatan sosial (*social health insurance*) dikenal dengan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN). Oleh karena itu pelaksanaan sistem jaminan sosial nasional diamanatkan kepada Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) untuk menyelenggarakan jaminan sosial di Indonesia.

Menurut Undang-Undang Nomor 24 tahun 2011 bahwa Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) adalah badan hukum yang dibentuk untuk menyelenggarakan program jaminan sosial. Badan hukum tersebut merupakan badan hukum publik. Selanjutnya dalam Undang-Undang ini juga menjelaskan dalam pasal 5 ayat (2) bahwa "BPJS sebagaimana dimaksud pada ayat (1) adalah: a) BPJS Kesehatan; dan b) BPJS Ketenagakerjaan. Keduanya sama-sama

menyelenggarakan program jaminan sosial. BPJS Kesehatan merupakan transformasi dari PT Askes (Persero). BPJS Kesehatan ini mulai menyelenggarakan jaminan kesehatan terhitung sejak bulan Januari tahun 2014.

Sejak beroperasinya BPJS Kesehatan, program Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas) yang diselenggarakan oleh Kementerian Kesehatan, Program Jaminan Pemeliharaan Kesehatan yang diselenggarakan oleh PT. Jamsostek (Persero), serta program pelayanan kesehatan Tentara Republik Indonesia dan Kepolisian Republik Indonesia dialihkan kepada BPJS Kesehatan (Eka Putri dan Mahendra, 2013:103). Sedangkan BPJS Ketenagakerjaan merupakan transformasi dari PT Jamsostek (Jaminan Sosial Tenaga Kerja) menyelenggarakan jaminan sosial dan tenaga kerja mulai bulan Juli tahun 2015. Program ini meliputi empat program jaminan, yaitu (a) jaminan kecelakaan kerja, (b) jaminan hari tua, (c) jaminan pensiun, dan (d) jaminan kematian.

2.3.1. Prinsip- Prinsip Jaminan Kesehatan Nasional (JKN)

Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan Nasional mengacu pada prinsip-prinsip Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) seperti yang dijelaskan dalam Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang SJSN adalah sebagai berikut:

a. Prinsip kegotongroyongan

Prinsip kegotongroyongan adalah prinsip kebersamaan yang berarti peserta yang mampu dapat membantu peserta yang kurang mampu, peserta yang sehat membantu yang sakit atau berisiko tinggi. Hal ini dapat terwujud karena kepesertaan SJSN yang bersifat wajib dan

pembayaran iuran sesuai dengan tingkat gaji, upah dan penghasilan sehingga dapat terwujud keadilan sosial bagi seluruh rakyat Indonesia.

b. Prinsip nirlaba

Pengelolaan dana amanat oleh Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) adalah nirlaba bukan untuk mencari laba (*for profit oriented*). Sebaliknya, tujuan utama adalah untuk memenuhi sebesar-besarnya kepentingan peserta. Dana yang dikumpulkan dari masyarakat adalah dana amanat, sehingga hasil pengembangannya, akan di manfaatkan sebesar-besarnya untuk kepentingan seluruh peserta.

c. Prinsip keterbukaan

Prinsip keterbukaan yang dimaksud adalah prinsip untuk mempermudah akses informasi yang lengkap, benar, dan jelas bagi setiap peserta.

d. Prinsip kehati-hatian

Prinsip kehati-hatian adalah prinsip pengelolaan dana yang berasal dari iuran peserta secara cermat, teliti, aman dan tertib.

e. Prinsip akuntabilitas

Prinsip akuntabilitas maksudnya adalah prinsip pelaksanaan program dan pengelolaan keuangan yang akurat dan dapat dipertanggung jawabkan.

f. Prinsip portabilitas

Prinsip portabilitas jaminan sosial dimaksudkan untuk memberikan jaminan yang berkelanjutan kepada peserta meskipun peserta berpindah

pekerjaan atau tempat tinggal dalam wilayah Negara Kesatuan Republik Indonesia.

g. Prinsip kepesertaan wajib

Kepesertaan wajib dimaksudkan agar seluruh rakyat menjadi peserta sehingga dapat terlindungi. Meskipun kepesertaan bersifat wajib bagi seluruh rakyat, penerapannya tetap disesuaikan dengan kemampuan ekonomi rakyat dan pemerintah serta kelayakan penyelenggaraan program yang semuanya dilakukan secara bertahap. Tahapan pertama dimulai dari pekerja di sektor formal, 16 bersamaan dengan itu sektor informal dapat menjadi peserta secara mandiri, sehingga pada akhirnya Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) dapat mencakup seluruh rakyat.

h. Prinsip dana amanat

Dana yang terkumpul dari iuran peserta merupakan dana titipan kepada badan-badan penyelenggara untuk dikelola sebaik-baiknya dalam rangka mengoptimalkan dana tersebut untuk digunakan sebesar-besarnya bagi kepentingan dan kesejahteraan peserta.

i. Prinsip hasil pengelolaan dana jaminan sosial

Prinsip yang dimaksud adalah prinsip pengelolaan hasil berupa keuntungan dari pemegang saham yang dipergunakan seluruhnya untuk pengembangan program dan untuk sebesar-besarnya kepentingan peserta jaminan sosial.

2.3.2. Badan Penyelenggara Jaminan Sosial

Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) merupakan lembaga yang dibentuk untuk menyelenggarakan program jaminan sosial di Indonesia menurut Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 dan Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011. Berdasarkan Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011, BPJS akan menggantikan sejumlah lembaga jaminan sosial yang ada di Indonesia, yaitu lembaga asuransi jaminan kesehatan PT. Askes Indonesia menjadi BPJS Kesehatan dan lembaga jaminan sosial ketenagakerjaan PT. Jamsostek menjadi BPJS Ketenagakerjaan. Transformasi PT Askes dan PT Jamsostek menjadi BPJS dilakukan secara bertahap. Pada awal 2014, PT Askes akan menjadi BPJS Kesehatan, selanjutnya pada 2015 giliran PT Jamsostek menjadi BPJS Ketenagakerjaan. Lembaga ini bertanggung jawab terhadap Presiden. BPJS berkantor pusat di Jakarta, dan bisa memiliki kantor perwakilan di tingkat provinsi serta kantor cabang di tingkat kabupaten kota.

a. Dasar Hukum

1. Undang- Undang Republik Indonesia Nomor 40 Tahun 2004 Tentang Sistem Jaminan Sosial Kesehatan;
2. Undang- Undang Republik Indonesia Nomor 24 Tahun 2011 Tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial;
3. Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 101 Tahun 2012 Tentang Penerima Bantuan Iuran Jaminan Kesehatan;
4. Peraturan Presiden Republik Indonesia Nomor 12 Tahun 2013 Tentang Jaminan Kesehatan;

5. UU No. 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran;
6. UU No. 44 Tahun 2004 tentang Rumah Sakit.

b. Visi dan Misi BPJS:

“Cakupan Semesta 2019”

Paling lambat 1 Januari 2019, seluruh penduduk Indonesia memiliki jaminan kesehatan nasional untuk memperoleh manfaat pemeliharaan kesehatan dan perlindungan dalam memenuhi kebutuhan dasar kesehatannya yang diselenggarakan oleh BPJS Kesehatan yang handal, unggul dan terpercaya.

Misi BPJS Kesehatan:

1. Membangun kemitraan strategis dengan berbagai lembaga dan mendorong partisipasi masyarakat dalam perluasan kepesertaan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN).
2. Menjalankan dan memantapkan sistem jaminan pelayanan kesehatan yang efektif, efisien dan bermutu kepada peserta melalui kemitraan yang optimal dengan fasilitas kesehatan.
3. Mengoptimalkan pengelolaan dana program jaminan sosial dan dana BPJS Kesehatan secara efektif, efisien, transparan dan akuntabel untuk mendukung kesinambungan program.
4. Membangun BPJS Kesehatan yang efektif berlandaskan prinsip-prinsip tata kelola organisasi yang baik dan meningkatkan kompetensi pegawai untuk mencapai kinerja unggul.

5. Mengimplementasikan dan mengembangkan sistem perencanaan dan evaluasi, kajian, manajemen mutu dan manajemen risiko atas seluruh operasionalisasi BPJS Kesehatan.
6. Mengembangkan dan memantapkan teknologi informasi dan komunikasi untuk mendukung operasionalisasi BPJS Kesehatan.

c. Fungsi, Tugas, dan Wewenang BPJS

Fungsi BPJS

Undang-Undang BPJS menentukan bahwa BPJS Kesehatan berfungsi menyelenggarakan program jaminan kesehatan. Jaminan Kesehatan menurut UU SJSN diselenggarakan secara nasional berdasarkan prinsip asuransi sosial dan prinsip ekuitas, dengan tujuan menjamin agar peserta memperoleh manfaat pemeliharaan kesehatan dan perlindungan dalam memenuhi kebutuhan dasar kesehatan. BPJS Ketenagakerjaan menurut UU BPJS berfungsi menyelenggarakan 4 program, yaitu program jaminan kecelakaan kerja, jaminan hari tua, jaminan pensiun, dan jaminan kematian.

Menurut Undang-Undang SJSN program jaminan kecelakaan kerja diselenggarakan secara nasional berdasarkan prinsip asuransi sosial, dengan tujuan menjamin agar peserta memperoleh manfaat pelayanan kesehatan dan santunan uang tunai apabila seorang pekerja mengalami kecelakaan kerja atau menderita penyakit akibat kerja. Selanjutnya program jaminan hari tua diselenggarakan secara nasional berdasarkan prinsip asuransi sosial atau tabungan wajib, dengan tujuan untuk menjamin agar peserta menerima uang

tunai apabila memasuki masa pensiun, mengalami cacat total tetap, atau meninggal dunia.

Kemudian program jaminan pensiun diselenggarakan secara nasional berdasarkan prinsip asuransi sosial atau tabungan wajib, untuk mempertahankan derajat kehidupan yang layak pada saat peserta kehilangan atau berkurang penghasilannya karena memasuki usia pensiun atau mengalami cacat total tetap. Jaminan pensiun ini diselenggarakan berdasarkan manfaat pasti. Sedangkan program jaminan kematian diselenggarakan secara nasional berdasarkan prinsip asuransi sosial dengan tujuan untuk memberikan santunan kematian yang dibayarkan kepada ahli waris peserta yang wafat.

Tugas BPJS

Dalam melaksanakan fungsi sebagaimana tersebut diatas BPJS bertugas untuk:

1. Melakukan dan/atau menerima pendaftaran peserta;
2. Memungut dan mengumpulkan iuran dari peserta dan pemberi kerja;
3. Menerima bantuan iuran dari Pemerintah;
4. Mengelola Dana Jaminan Sosial untuk kepentingan peserta;
5. Mengumpulkan dan mengelola data peserta program jaminan sosial;
6. Membayarkan manfaat dan/atau membiayai pelayanan kesehatan sesuai dengan ketentuan program jaminan sosial; dan
7. Memberikan informasi mengenai penyelenggaraan program jaminan sosial kepada peserta dan masyarakat.

Dengan kata lain tugas BPJS meliputi pendaftaran kepesertaan dan pengelolaan data kepesertaan, pemungutan, pengumpulan iuran termasuk menerima bantuan iuran dari Pemerintah, pengelolaan Dana jaminan Sosial, pembayaran manfaat dan/atau membiayai pelayanan kesehatan dan tugas penyampaian informasi dalam rangka sosialisasi program jaminan sosial dan keterbukaan informasi. Tugas pendaftaran kepesertaan dapat dilakukan secara pasif dalam arti menerima pendaftaran atau secara aktif dalam arti mendaftarkan peserta.

Wewenang BPJS

Dalam melaksanakan tugasnya sebagaimana dimaksud di atas BPJS berwenang:

1. Menagih pembayaran iuran;
2. Menempatkan dana jaminan sosial untuk investasi jangka pendek dan jangka panjang dengan mempertimbangkan aspek likuiditas, solvabilitas, kehati-hatian, keamanan dana, dan hasil yang memadai;
3. Melakukan pengawasan dan pemeriksaan atas kepatuhan peserta dan pemberi kerja dalam memenuhi kewajibannya sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan jaminan sosial nasional;
4. Membuat kesepakatan dengan fasilitas kesehatan mengenai besar pembayaran fasilitas kesehatan yang mengacu pada standar tarif yang ditetapkan oleh pemerintah;
5. Membuat atau menghentikan kontrak kerja dengan fasilitas kesehatan;

6. Mengenaikan sanksi administratif kepada peserta atau pemberi kerja yang tidak memenuhi kewajibannya;
7. Melaporkan pemberi kerja kepada instansi yang berwenang mengenai ketidakpatuhannya dalam membayar iuran atau dalam memenuhi kewajiban lain sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan; dan
8. Melakukan kerja sama dengan pihak lain dalam rangka penyelenggaraan program jaminan sosial.

Kewenangan menagih pembayaran iuran dalam arti meminta pembayaran dalam hal terjadi penunggakan, kemacetan, atau kekurangan pembayaran, kewenangan melakukan pengawasan dan kewenangan mengenaikan sanksi administratif yang diberikan kepada BPJS yang memperkuat kedudukan BPJS sebagai badan hukum publik.

d. Pertanggungjawaban BPJS

BPJS kesehatan wajib membayar fasilitas kesehatan atas pelayanan yang diberikan kepada Peserta paling lambat 15 (lima belas) hari sejak dokumen klaim diterima lengkap. Besaran pembayaran kepada fasilitas kesehatan ditentukan berdasarkan kesepakatan antara BPJS Kesehatan dan asosiasi fasilitas kesehatan di wilayah tersebut dengan mengacu pada standar tarif yang ditetapkan oleh Menteri Kesehatan. Dalam hal tidak ada kesepakatan atas besaran pembayaran, Menteri Kesehatan memutuskan besaran pembayaran atas program JKN yang diberikan. Asosiasi fasilitas kesehatan ditetapkan oleh Menteri Kesehatan.

Dalam JKN, peserta dapat meminta manfaat tambahan berupa manfaat yang bersifat non medis berupa akomodasi. Misalnya: peserta yang menginginkan kelas perawatan yang lebih tinggi daripada haknya, dapat meningkatkan haknya dengan mengikuti asuransi kesehatan tambahan, atau membayar sendiri selisih antara biaya yang dijamin oleh BPJS Kesehatan dan biaya yang harus dibayar akibat peningkatan kelas perawatan, yang disebut dengan iur biaya (*additional charge*). Ketentuan tersebut tidak berlaku bagi peserta PBI.

Sebagai bentuk pertanggungjawaban atas pelaksanaan tugasnya, BPJS Kesehatan wajib menyampaikan pertanggungjawaban dalam bentuk laporan pengelolaan program dan laporan keuangan tahunan (periode 1 Januari sampai dengan 31 Desember). Laporan yang telah diaudit oleh akuntan publik dikirimkan kepada Presiden dengan tembusan kepada DJSN paling lambat tanggal 30 Juni tahun berikutnya. Laporan tersebut dipublikasikan dalam bentuk ringkasan eksekutif melalui media massa elektronik dan melalui paling sedikit 2 (dua) media massa cetak yang memiliki peredaran luas secara nasional, paling lambat tanggal 31 Juli tahun berikutnya.

Melihat dan menimbang Peraturan Presiden Nomor 12 Tahun 2013 tentang Jaminan Kesehatan sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Presiden Nomor 28 Tahun 2016 tentang Perubahan Ketiga Atas Peraturan Presiden Nomor 12 Tahun 2013 tentang Jaminan Kesehatan, maka dianggap perlu disempurnakan untuk meningkatkan kualitas dan kesinambungan

program Jaminan Kesehatan; maka dikeluarkanlah Peraturan Presiden Republik Indonesia Nomor 82 Tahun 2018 Tentang Jaminan Kesehatan. Dalam kebijakan ini ada beberapa poin penting yang menjadi bahasan utama, yakni;

- a. Peserta dan kepesertaan,
- b. Iuran,
- c. Manfaat jaminan kesehatan,
- d. Penyelenggaraan pelayanan kesehatan,
- e. Fasilitas kesehatan
- f. Kendal mutu dan kendal biaya penyelenggaraan jaminan kesehatan
- g. Pelayanan informasi dan penanganan pengaduan.
- h. Penyelesaian sengketa
- i. Pencegahan dan penanganan kecurangan (*fraud*) dalam pelaksanaan program jaminan kesehatan,
- j. Pengawasan, *monitoring*, dan evaluasi
- k. Dukungan pemerintah daerah

Diantara poin penting dalam kebijakan tersebut, yang menjadi topik pembahasan dalam penelitian ini adalah Penyelenggaraan Pelayanan Kesehatan, karena pokok pembahasan ini merupakan masalah pelik yang sulit terpecahkan dan selalu menimbulkan permasalahan antara kebutuhan pelayanan bagi peserta BPJS, penyediaan layanan, dan terkait dengan sikap dan konsistensi BPJS selaku *provider* yang bertanggungjawab penyelenggaraan pelayanan kesehatan.

2.3.3 Penyelenggaraan Pelayanan Kesehatan

Berdasarkan panduan praktis pelayanan kesehatan BPJS (2014:4)

I. Ketentuan Umum

1. Peserta adalah setiap orang, termasuk orang asing yang bekerja paling singkat 6 (enam) bulan di Indonesia, yang telah membayar iuran.
2. Manfaat adalah faedah jaminan sosial yang menjadi hak peserta dan/atau anggota keluarganya. Setiap peserta berhak untuk memperoleh Jaminan Kesehatan yang bersifat komprehensif (menyeluruh yang terdiri dari:
 - a. Pelayanan kesehatan pertama, yaitu Rawat Jalan Tingkat Pertama (RJTP) dan Rawat Inap Tingkat Pertama (RITP);
 - b. Pelayanan kesehatan rujukan tingkat lanjutan, yaitu Rawat Jalan Tingkat Lanjutan (RJTL) dan Rawat Inap Tingkat Lanjutan (RITL);
 - c. Pelayanan persalinan;
 - d. Pelayanan gawat darurat;
 - e. Pelayanan ambulans bagi pasien rujukan dengan kondisi tertentu antar fasilitas kesehatan;
 - f. Pemberian kompensasi khusus bagi peserta di wilayah tidak tersedia fasilitas kesehatan memenuhi syarat.
3. Manfaat jaminan yang diberikan kepada peserta dalam bentuk pelayanan kesehatan yang bersifat menyeluruh (komprehensif) berdasarkan kebutuhan medik sesuai dengan standar pelayanan medik,
4. Fasilitas kesehatan (Faskes) adalah fasilitas kesehatan yang digunakan dalam menyelenggarakan upaya pelayanan kesehatan perorangan, baik

promotif, preventif, kuratif maupun rehabilitatif yang dilakukan oleh Pemerintah, Pemerintah Daerah dan/atau Masyarakat.

II. Pelayanan Kesehatan Tingkat Pertama

A. Fasilitas Kesehatan

Fasilitas kesehatan yang dapat memberikan pelayanan kesehatan tingkat pertama adalah:

1. Rawat Jalan Tingkat Pertama
 - a) Puskesmas atau yang setara
 - b) Praktik dokter
 - c) Praktik dokter gigi
 - d) Klinik Pratama atau yang setara termasuk fasilitas kesehatan tingkat pertama milik TNI/POLRI; dan
 - e) Rumah sakit Kelas D Pratama atau yang setara.
2. Rawat Inap Tingkat Pertama

Fasilitas kesehatan tingkat pertama dengan fasilitas rawat inap.

B. Cakupan Pelayanan

1. Rawat Jalan Tingkat Pertama

- a) Administrasi pelayanan, meliputi biaya administrasi pendaftaran peserta untuk berobat, penyediaan dan pemberian surat rujukan ke fasilitas kesehatan lanjutan untuk penyakit yang tidak dapat ditangani di fasilitas kesehatan tingkat pertama;
- b) Pelayanan promotif preventif, meliputi:

1. Kegiatan penyuluhan kesehatan perorangan; Penyuluhan kesehatan perorangan meliputi paling sedikit penyuluhan mengenai pengelolaan faktor risiko penyakit dan perilaku hidup bersih dan sehat.
 2. Imunisasi dasar; Pelayanan imunisasi dasar meliputi *Baccile Calmett Guerin* (BCG), *Difteri Pertusis Tetanus* dan Hepatitis-B (DPTHB), Polio, dan Campak.
- c) Keluarga berencana;
1. Pelayanan keluarga berencana meliputi konseling, kontrasepsi dasar, vasektomi dan tubektomi bekerja sama dengan lembaga yang membidangi keluarga berencana.
 2. Penyediaan dan distribusi vaksin dan alat kontrasepsi dasar menjadi tanggung jawab pemerintah pusat dan/atau pemerintah daerah.
 3. BPJS Kesehatan hanya membiayai jasa pelayanan pemberian vaksin dan alat kontrasepsi dasar yang sudah termasuk dalam kapitasi, kecuali untuk jasa pelayanan pemasangan IUD/Implan dan Suntik di daerah perifer.

2. Skrining kesehatan

Pelayanan skrining kesehatan diberikan secara perorangan dan selektif.

1. Pelayanan skrining kesehatan ditujukan untuk mendeteksi risiko penyakit dan mencegah dampak lanjutan dari risiko penyakit tertentu, meliputi:
 - a. Diabetes melitus tipe 2;
 - b. Hipertensi;

- c. Kanker leher rahim;
 - d. Kanker payudara;
 - e. Penyakit lain yang ditetapkan oleh Menteri.
2. Pelayanan skrining kesehatan penyakit diabetes melitus tipe 2 dan hipertensi dimulai dengan analisis riwayat kesehatan, yang dilakukan sekurang-kurangnya 1 (satu) tahun sekali;
 3. Jika Peserta teridentifikasi mempunyai risiko penyakit diabetes melitus tipe 2 dan hipertensi berdasarkan riwayat kesehatan, akan dilakukan penegakan diagnosa melalui pemeriksaan penunjang diagnostik tertentu dan kemudian akan diberikan pengobatan sesuai dengan indikasi medis;
 4. Pelayanan skrining kesehatan untuk penyakit kanker leher rahim dan kanker payudara dilakukan sesuai dengan indikasi medis;
 5. Pemeriksaan, pengobatan, dan konsultasi medis;
 6. Tindakan medis non spesialisik, baik operatif maupun non operatif;
 7. Pelayanan obat dan bahan medis habis pakai;
 8. Pemeriksaan penunjang diagnostik laboratorium tingkat pertama;
 9. Pemeriksaan ibu hamil, nifas, ibu menyusui dan bayi.
 10. Upaya penyembuhan terhadap efek samping kontrasepsi termasuk;
 11. Penanganan komplikasi KB paska persalinan;
 12. Rehabilitasi medik dasar.

3. Pelayanan Gigi

1. Administrasi pelayanan, meliputi biaya administrasi pendaftaran peserta untuk berobat, penyediaan dan pemberian surat rujukan ke fasilitas kesehatan lanjutan untuk penyakit yang tidak dapat ditangani di fasilitas kesehatan tingkat pertama.
2. Pemeriksaan, pengobatan, dan konsultasi medis
3. Premedikasi
4. Kegawatdaruratan oro-dental
5. Pencabutan gigi sulung (topikal, infiltrasi)
6. Pencabutan gigi permanen tanpa penyulit
7. Obat pasca ekstraksi
8. Tumpatan komposit/GIC
9. Skeling gigi (1x dalam setahun)

4. Rawat Inap Tingkat Pertama

Cakupan pelayanan rawat inap tingkat pertama sesuai dengan cakupan pelayanan rawat jalan tingkat pertama dengan tambahan akomodasi bagi pasien sesuai indikasi medis. Pelayanan darah sesuai indikasi medis Pelayanan transfusi darah di fasilitas kesehatan tingkat pertama dapat dilakukan pada kasus:

- a. Kegawatdaruratan maternal dalam proses persalinan
- b. Kegawatdaruratan lain untuk kepentingan keselamatan pasien
- c. Penyakit thalasemia, hemofili dan penyakit lain setelah mendapat rekomendasi dari dokter fasilitas kesehatan tingkat lanjutan

C. Prosedur

1. Ketentuan Umum

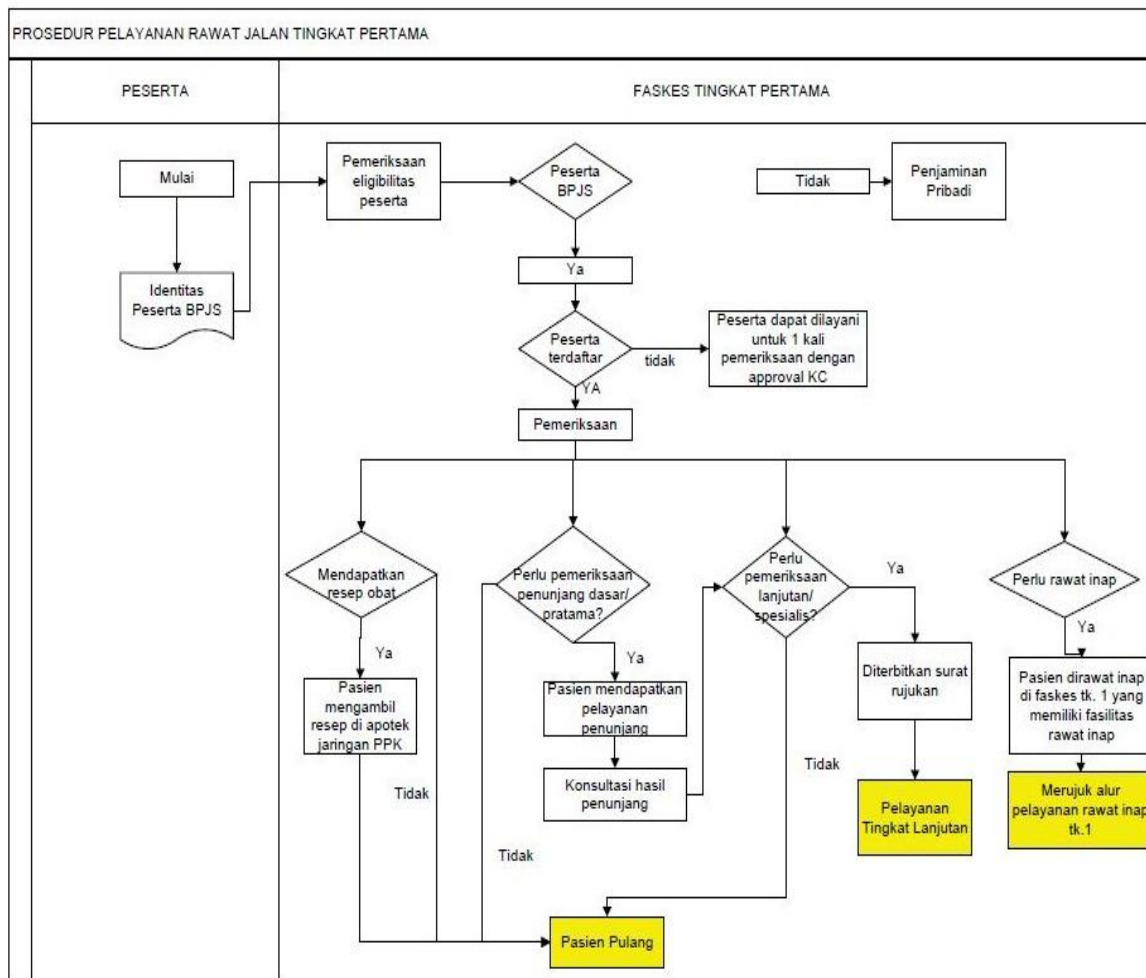
- a. Peserta harus memperoleh pelayanan kesehatan pada fasilitas kesehatan tingkat pertama tempat Peserta terdaftar
- b. Ketentuan di atas dikecualikan pada kondisi:
 1. Berada di luar wilayah fasilitas kesehatan tingkat pertama tempat Peserta terdaftar; atau
 2. Dalam keadaan kegawatdaruratan medis.
- c. Peserta dianggap berada di luar wilayah apabila peserta melakukan kunjungan ke luar domisili karena tujuan tertentu, bukan merupakan kegiatan yang rutin. Untuk mendapatkan pelayanan di fasilitas kesehatan tingkat pertama tempat tujuan, maka peserta wajib membawa surat pengantar dari Kantor BPJS Kesehatan tujuan.
- d. Dalam hal Peserta memerlukan pelayanan kesehatan tingkat lanjutan, fasilitas kesehatan tingkat pertama harus merujuk ke fasilitas kesehatan rujukan tingkat lanjutan terdekat sesuai dengan sistem rujukan yang diatur dalam ketentuan peraturan perundang-undangan.
- e. Peserta yang melakukan mutasi pada tanggal 1 s/d akhir bulan berjalan, tidak dapat langsung mendapatkan pelayanan di fasilitas kesehatan tingkat pertama yang baru sampai dengan akhir bulan berjalan. Peserta berhak mendapatkan pelayanan di fasilitas kesehatan tingkat pertama yang baru di bulan berikutnya.

- f. Peserta dapat memilih untuk mutasi fasilitas kesehatan tingkat pertama selain fasilitas kesehatan tempat peserta terdaftar setelah jangka waktu 3 (tiga) bulan atau lebih.
- g. Untuk peserta yang baru mendaftar sebagai peserta BPJS Kesehatan dan sudah membayar iuran, maka pada bulan berjalan tersebut peserta dapat langsung mendapatkan pelayanan di fasilitas kesehatan tingkat pertama tempat peserta terdaftar

2. Rawat Jalan Tingkat Pertama dan Pelayanan Gigi

- a. Peserta menunjukkan kartu identitas BPJS Kesehatan (proses administrasi).
- b. Fasilitas kesehatan melakukan pengecekan keabsahan kartu peserta
- c. Fasilitas kesehatan melakukan pemeriksaan kesehatan/pemberian tindakan
- d. Setelah mendapatkan pelayanan peserta menandatangani bukti pelayanan pada lembar yang disediakan. Lembar bukti pelayanan disediakan oleh masing-masing fasilitas kesehatan.
- e. Bila diperlukan atas indikasi medis peserta akan memperoleh obat.
- f. Apabila peserta membutuhkan pemeriksaan kehamilan, persalinan dan pasca melahirkan, maka pelayanan dapat dilakukan oleh bidan atau dokter umum.
- g. Bila hasil pemeriksaan dokter ternyata peserta memerlukan pemeriksaan ataupun tindakan spesialis/sub-spesialis sesuai dengan indikasi medis, maka fasilitas kesehatan tingkat pertama akan memberikan surat rujukan

ke fasilitas kesehatan tingkat lanjutan yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan sesuai dengan sistem rujukan yang berlaku.



Gambar 2.9. Alur Pelayanan Rawat Jalan di Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama

Sumber : Panduan Praktis Pelayanan Kesehatan BPJS (2014;20)

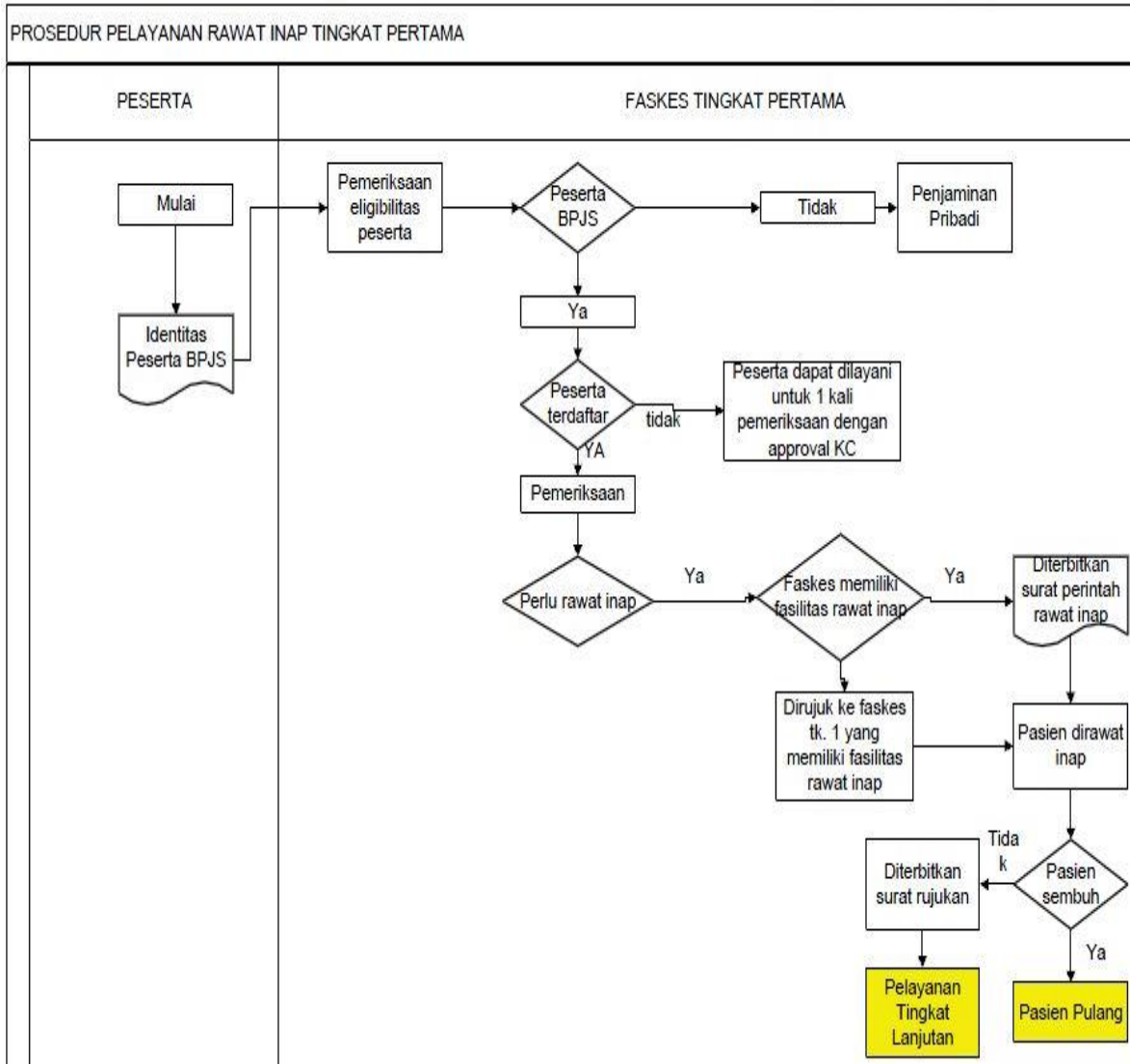
3. Rawat Inap Tingkat Pertama

- a. Peserta datang ke fasilitas kesehatan tingkat pertama yang memiliki fasilitas rawat inap
- b. Fasilitas kesehatan dapat melayani peserta yang terdaftar maupun peserta yang dirujuk dari fasilitas kesehatan tingkat pertama lain

- c. Peserta menunjukkan identitas BPJS Kesehatan
- d. Fasilitas kesehatan melakukan pengecekan keabsahan kartu peserta
- e. Fasilitas kesehatan melakukan pemeriksaan, perawatan, pemberian tindakan, obat dan bahan medis habis pakai (BMHP)
- f. Setelah mendapatkan pelayanan peserta menandatangani bukti pelayanan pada lembar yang disediakan. Lembar bukti pelayanan disediakan oleh masing-masing fasilitas kesehatan.
- g. Fasilitas kesehatan wajib melakukan pencatatan pelayanan dan tindakan yang telah dilakukan ke dalam Aplikasi Sistem Informasi Manajemen yang telah disediakan BPJS Kesehatan
- h. Peserta dapat dirujuk ke fasilitas kesehatan tingkat lanjutan bila secara indikasi medis diperlukan

Pelayanan darah sesuai indikasi medis:

- a. Darah disediakan oleh fasilitas pelayanan darah yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan
- b. Penggunaan darah sesuai indikasi medis berdasarkan surat permintaan darah yang ditandatangani oleh dokter yang merawat.



Gambar 2.10. Alur Pelayanan Rawat Inap di Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama

Sumber : Panduan Praktis Pelayanan Kesehatan BPJS (2014;20)

III. Pelayanan Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan

A. Fasilitas Kesehatan

Pelayanan rawat jalan dan rawat inap dapat dilakukan di:

1. Klinik utama atau yang setara;

2. Rumah sakit umum; dan rumah sakit khusus. Baik milik pemerintah maupun swasta yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan

B. Cakupan Pelayanan

1. Rawat Jalan Tingkat Lanjutan

- a. Administrasi pelayanan; meliputi biaya administrasi pendaftaran peserta untuk berobat, penerbitan surat eligibilitas peserta, termasuk pembuatan kartu pasien.
- b. Pemeriksaan, pengobatan dan konsultasi spesialisik oleh dokter spesialis dan sub spesialis;
- c. Tindakan medis spesialisik sesuai dengan indikasi medis;
- d. Pelayanan obat dan bahan medis habis pakai;
- e. Pelayanan alat kesehatan;

2. Rawat Inap Tingkat Lanjutan

Cakupan pelayanan rawat inap tingkat lanjutan adalah sesuai dengan seluruh cakupan pelayanan di RJTL dengan tambahan akomodasi yaitu perawatan inap non intensif dan perawatan inap intensif dengan hak kelas perawatan sebagaimana berikut:

- a. Ruang perawatan kelas III bagi:
 1. Peserta PBI Jaminan Kesehatan; dan
 2. Peserta Pekerja Bukan Penerima Upah dan Peserta bukan Pekerja yang membayar iuran untuk Manfaat pelayanan di ruang perawatan kelas III.

b. Ruang perawatan kelas II bagi:

1. Pegawai Negeri Sipil dan penerima pensiun Pegawai Negeri Sipil golongan ruang I dan golongan ruang II beserta anggota keluarganya;
2. Anggota TNI dan penerima pensiun Anggota TNI yang setara Pegawai Negeri Sipil golongan ruang I dan golongan ruang II beserta anggota keluarganya;
3. Anggota Polri dan penerima pensiun Anggota Polri yang setara Pegawai Negeri Sipil golongan ruang I dan golongan ruang II beserta anggota keluarganya;
4. Peserta Pekerja Penerima Upah dan Pegawai Pemerintah Non Pegawai Negeri dengan gaji atau upah sampai dengan 1,5 (satu koma lima) kali penghasilan tidak kena pajak dengan status kawin dengan 1 (satu) anak, beserta anggota keluarganya; dan
5. Peserta Pekerja Bukan Penerima Upah dan Peserta bukan Pekerja yang membayar iuran untuk Manfaat pelayanan di ruang perawatan kelas II.

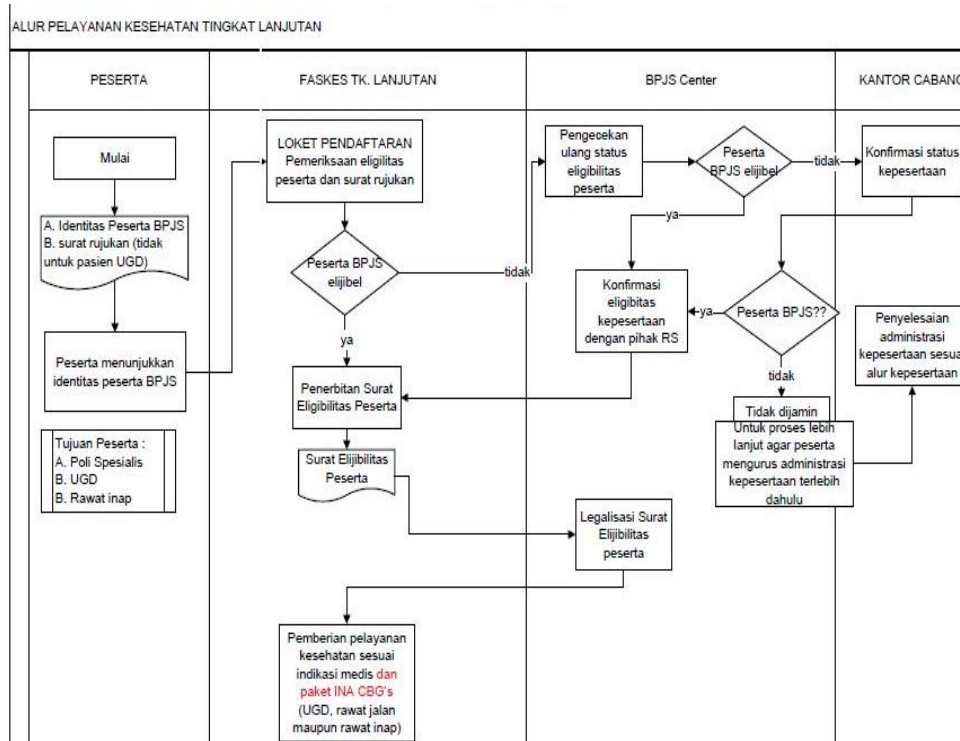
c. Ruang perawatan kelas I bagi:

1. Pejabat Negara dan anggota keluarganya;
2. Pegawai Negeri Sipil dan penerima pensiun pegawai negeri sipil golongan ruang III dan golongan ruang IV beserta anggota keluarganya;
3. Anggota TNI dan penerima pensiun.

C. Prosedur

1. Rawat Jalan Tingkat Lanjutan

- Peserta membawa identitas BPJS Kesehatan serta surat rujukan dari fasilitas kesehatan tingkat pertama;
- Peserta melakukan pendaftaran ke RS dengan memperlihatkan identitas dan surat rujukan;
- Fasilitas kesehatan bertanggung jawab untuk melakukan pengecekan keabsahan kartu dan surat rujukan serta melakukan *input* data ke dalam aplikasi Surat Eligibilitas Peserta (SEP) dan melakukan pencetakan SEP;
- Petugas BPJS kesehatan melakukan legalisasi SEP.

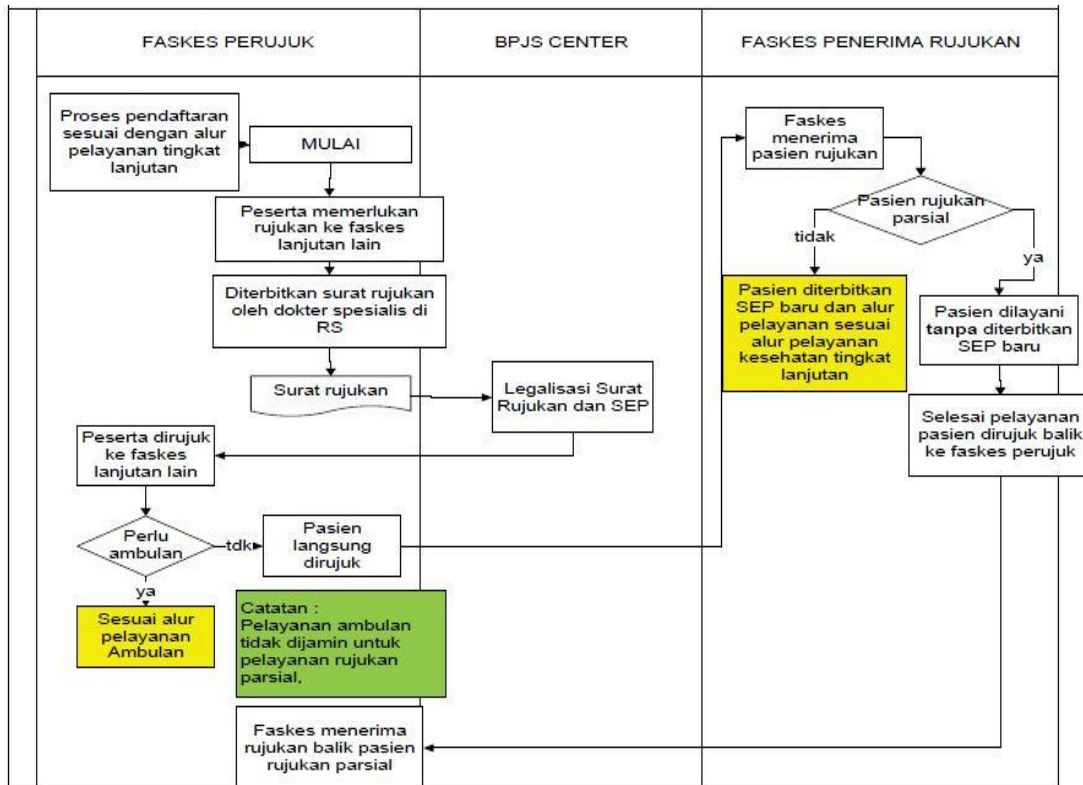


Gambar 2.11. Alur Pelayanan Kesehatan Tingkat Lanjutan

Sumber : Panduan Praktis Pelayanan Kesehatan BPJS (2014;38)

2. Rawat Inap Tingkat: Lanjutan

- a. Peserta melakukan pendaftaran ke RS dengan membawa identitas BPJS Kesehatan serta surat perintah rawat inap dari poli atau unit gawat darurat;
- b. Peserta harus melengkapi persyaratan administrasi sebelum pasien pulang maksimal 3 x 24 jam hari kerja sejak masuk Rumah Sakit;
- c. Petugas Rumah Sakit melakukan pengecekan keabsahan kartu dan surat rujukan serta melakukan *input* data ke dalam aplikasi Surat Eligibilitas Peserta (SEP) dan melakukan pencetakan SEP;
- d. Petugas BPJS kesehatan melakukan legalisasi SEP;
- e. Fasilitas kesehatan melakukan pemeriksaan, perawatan, pemberian tindakan, obat dan bahan medis habis pakai (BMHP);
- f. Setelah mendapatkan pelayanan peserta menandatangani bukti pelayanan pada lembar yang disediakan. Lembar bukti pelayanan disediakan oleh masing-masing fasilitas kesehatan;
- g. Dalam hal peserta menginginkan kelas perawatan yang lebih tinggi daripada haknya, maka Peserta dapat meningkatkan haknya dengan mengikuti asuransi kesehatan tambahan, atau membayar sendiri selisih antara biaya yang dijamin oleh BPJS Kesehatan dengan biaya yang harus dibayar akibat peningkatan kelas perawatan;
- h. Kenaikan kelas perawatan lebih tinggi daripada haknya atas keinginan sendiri dikecualikan bagi peserta PBI Jaminan Kesehatan.



Gambar 2.12. Alur Pelayanan Rujukan Antar Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama

Sumber : Panduan Praktis Pelayanan Kesehatan BPJS (2014;38)

2.4. Penelitian Terdahulu

Hasil penelitian yang dikemukakan di bawah ini merupakan hasil-hasil penelitian yang relevan dengan penelitian ini, khususnya fokus penelitian mengenai implementasi kebijakan dan pelayanan jaminan sosial. Hasil-hasil penelitian tersebut ditampilkan atau disajikan untuk memperlihatkan urgensi atau letak perbedaan dan persamaan dari masing-masing penelitian tersebut dengan penelitian ini, atau meletakkan dimana posisi penelitian ini di dalam penelitian-penelitian terdahulu, seperti metode penelitian yang digunakan, pendekatan penelitian, hasil penelitian dan relevansi penelitian. Oleh karena itu berikut dapat diuraikan masing-masing hasil penelitian dalam Tabel 2.1. berikut:

Tabel 2.1. Penelitian Terdahulu

No	Nama, Judul Dan Tahun	Tujuan Penelitian	Metode Penelitian	Hasil Penelitian	Perbedaan
1	<ul style="list-style-type: none"> • Rikal Eben Moniung • Frans Singkoh • Daud Markus Liando <p>Implementasi Program Kartu Indonesia Sehat Di Rumah Sakit Umum Daerah Noongan Kabupaten Minahasa</p> <p>2017</p>	Bertujuan Untuk Mengetahui Implementasi Program Kartu Indonesia Sehat Di Rumah Sakit Umum Daerah	Penelitian Ini Menggunakan Pendekatan Kualitatif. Pengumpulan Data Dilakukan Melalui Pengamatan, Wawancara Dan Dokumentasi	Hasil Penelitian Menunjukkan Bahwa Implementasi Program Kartu Indonesia Sehat Dapat Dikaji Melalui Ketersediaan Informasi Yang Lengkap Dan Akurat Dalam Pelayanan Administrasi Kartu Indonesia Sehat Kepada Pasien Pengguna Layanan	Hanya mengkaji variabel sumber daya informasi pada teori Edward III
2	<p>Nurul Widiastuti</p> <p>Implementasi Program Jaminan Kesehatan Nasional (Jkn) Pada Bpjs Kesehatan Terhadap Masyarakat Pengguna Program</p>	Bertujuan Untuk Mengetahui Implementasi Program JKN Pada BPJS Kesehatan Terhadap Masyarakat Pengguna Program JKN Dan Faktor/ Kendala Yang Menghambat Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) Pada BPJS Kesehatan	Metode Penelitian Merupakan Penelitian Yuridis Empiris Yang Bersifat Deskriptif. Sumber Data Terdiri Dari Data Primer Dan Sekunder. Metode Pengumpulan Data Melalui Studi Pustaka Dan Wawancara, Kemudian Dianalisis Secara Deskriptif-Kualitatif	Hasil Penelitian Menunjukkan Bahwa Implementasi Program JKN Pada BPJS Kesehatan Terhadap Masyarakat Pengguna Oleh Pihak Pemerintah Dalam BPJS Kesehatan Sebagai Pelaksana Telah Berupaya Maksimal Dengan Sosialisasi Dan Meningkatkan Kesadaran Masyarakat, Namun Butuh Proses Dan Waktu Untuk Mewujudkan Keseluruhan	Menggunakan paradigma hak publik

	Jkn Di Bpjs Cabang Surakarta 2018	Terhadap Masyarakat Pengguna Program JKN		Masyarakat Terjamin Dalam Program Ini Kendala Yang Menghambat Pelaksanaan Program JKN Antara Lain Masyarakat Tidak Datang Saat Adanya Sosialisasi, Peserta Penerima Bantuan Iuran (PBI) Sudah Meninggal, Tapi Tidak Ada Laporan Kematian Sehingga Datanya Tidak Update, Peserta JKN Terutama Peserta PBI Merasa Dikesampingkan Dalam Mendapatkan Pelayanan Fasilitas Kesehatan, Dan Terbatasnya Sumber Daya Manusia Pada BPJS Kesehatan	
3	<ul style="list-style-type: none"> • Yeni Rizal • Mahmudah Mahmudah • Erwin Ernadi, • Bahrul Ilmi <p>Implementasi (Input, Proses Dan Output) JKN-KIS Pada Pelayanan Kesehatan Di Faskes</p>	Tujuan Penelitian Ini Adalah Adalah Untuk Mengetahui Implementasi JKN-KIS Pada Pelayanan Kesehatan Di Puskesmas Alalak Tengah Tahun 2019	Metode Penelitian Ini Bersifat Kualitatif Deskriptif Dengan Dengan Pengambilan Sampel Secara Purposive Sampling Dengan Jumlah Informan Sebanyak 6 Orang. Instrumen Yang Digunakan Berupa Panduan Wawancara Dan Observasi Dengan Fokus Penelitian Meliputi Input, Proses, Dan Output	Hasil Penelitian Pada Aspek Input Diperoleh Informasi Bahwa Pengetahuan Petugas Memiliki Pengatahuan Tentang Program, Tidak Ada Dana Khusus Untuk Kegiatan Sosialisasi JKN KIS, Kunjungan Dari BPJS Dilakukan Rutin Perbulan, Fasilitas Kesehatan Untuk Peserta JKN KIS Sesuai Dengan Jenis Penyakit Yang Bisa Dilayani Ditingkat FKTP, Ketersediaan Obat Sebagai Material Dalam Pelayanan Peserta JKN Terkendali Karna	<p>Menggunakan perspektif sistem input proses dan output</p> <p>Terdapat perbedaan penggunaan teori dengan penulis</p>

	Tik.1 Puskesmas Alalak Tengah 2020			Merupakan Dropping Dari APBD. Pada Aspek Proses, Strategi Yang Dilakukan Dalam Meningkatkan Implementasi Peserta JKN KIS Mengikuti Sistem Akreditasi Puskesmas, Koordinasi Petugas Dalam Hal Menjalan Program Sudah Cukup Lihai Ungkap Infoman Kunci.	
4	Hasriana Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Nasional Di Rumah Sakit Andi Makkasau Kota Parepare 2017	Penelitian Ini Bertujuan Untuk Mengetahui Pemenuhan Hak Pasien Di RSUD Andi Makkasau, Perbedaan Pelayanan Antara Pasien BPJS Dilihat Dari Tingkatan Kelas Perawatan, Kendala Dalam Pelaksanaan JKN Di RSUD	Data Yang Diperoleh Dari Hasil Penelitian Yang Diolah Menggunakan Analisis Deskriptif Kualitatif	Hasil Penelitian Menunjukkan (1) Hak-Hak Pasien Peserta BPJS Yang Menjadi Pasien Di RSUD Andi Makkasau Ini Belum Terpenuhi Secara Optimal Dikarenakan Pemberian Hak Bagi Pasien Diberikan Dengan Cara Berbeda-Beda Oleh Pihak Rumah Sakit Baik Dari Jumlah Dokter Ataupun Perawat Sesuai Dengan Kelas Peserta Pasien BPJS. (2) Terdapat Perbedaan Pelayanan Yang Di Berikan Oleh Pihak RSUD Andi Makkasau Terhadap Pasien Kelas I, Kelas II Dan Kelas III. Pihak RSUD Memberikan Pelayanan Yang Cepat Kepada Pasien Kelas I, Pelayanan Yang Kadang Lambat Dan Kadang Cepat Di Ruang Perawatan Kelas II Dan Pelayanan Yang Lambat Di Ruang Perawatan Kelas III. (3) Hambatan Dalam	Menggunakan perspektif hak publik pada persoalan Terdapat perbedaan dalam penggunaan teori dengan penulis

				<p>Pelaksanaan JKN Di Rumah Sakit Andi Makkasau Kota Parepare Terdiri Dari, Hambatan Dari Pihak Pasien, Keluarga Pasien Yang Mengalami Kesulitan Untuk Berkomunikasi Dengan Pihak Dokter Dan Perawat, Yang Di Keluhkan Oleh Keluarga Pasien Di Ruang Perawatan Kelas III, Hambatan Bagi Pihak RSUD Dalam Menjalankan JKN Di RSUD Andi Makkasau Karena Banyak Pasien Yang Belum Jelas Status Kepesertaannya. Sehingga Pihak Rumah Sakit Memberikan Kebijakan Kepada Pihak Pasien Untuk Mengurus Kepesertaannya Di BPJS Kesehatan.</p>	
5	<p>M. Irvan N</p> <p>Implementasi Kebijakan Jaminan Kesehatan Nasional Melalui Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (Bpjs) Kesehatan Di Kota Makassar</p> <p>2015</p>	<p>Mengetahui Dan Menganalisa Bagaimana Implementasi Kebijakan Jaminan Kesehatan Nasional Melalui Badan Penyelenggara Jaminan Sosial</p>	<p>Penelitian Ini Menggunakan Pendekatan Kualitatif. Pengumpulan Data Dilakukan Melalui Pengamatan, Wawancara Dan Dokumentasi</p>	<p>Hasil Penelitian Menunjukkan Bahwa : (1) Kebijakan Jaminan Kesehatan Nasional Merupakan Kebijakan Dalam Bidang Kesehatan Yang Tepat Sasaran Bagi Masyarakat. (2) Implementasi Kebijakan Jaminan Kesehatan Nasional Melalui Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan (BPJS) Kesehatan Belum Sepenuhnya Berjalan Dengan Baik.</p>	<p>Terdapat perbedaan hasil penelitian dengan penulis</p>

6	<ul style="list-style-type: none"> • Eko Wahyu Basuki • Dra. Sulistyowati, M.Si, • Nunik Retno Herawati, S.Sos, M.Si <p>Implementasi Kebijakan Jaminan Kesehatan Nasional Oleh BPJS Kesehatan Di Kota Semarang</p> <p>2016</p>	<p>Studi Ini Bertujuan Kepada: (1) Menjelaskan Pelaksanaan Pelaksanaan Kebijakan Jaminan Kesehatan Nasional</p> <p>Oleh BPJS Di Semarang, (2) Mendeskripsikan Kendala Yang Timbul Dari Pelaksanaan</p> <p>Jaminan Kesehatan Nasional Oleh BPJS Semarang.</p> <p>.</p>	<p>Metode Yang Digunakan Dalam Penelitian Ini Adalah</p> <p>Metode Deskriptif Kualitatif, Dengan Jenis Data Yang Digunakan Adalah Data Primer Dan Sekunder</p> <p>Data Menggunakan Teknik Pengumpulan Data Yang Digunakan Adalah Wawancara Dan Dokumentasi</p>	<p>Hasil Menunjukkan Bahwa Pelaksanaan Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan Nasional Oleh BPJS Kesehatan (Badan Jaminan Sosial) Kesehatan Di Semarang Belum Terealisasi Secara Optimal. Ini Bisa Terlihat Pada Masih Ditemukan Banyak Kendala Seperti Kurangnya Kesadaran Masyarakat Tentang Pentingnya Jaminan Sosial; Peserta JKN Belum Memahami Sistem Rujukan Berjenjang Dan Prosedur JKN; Dan Peraturan Yang Masih Terus Berubah.</p>	<p>Penelitian ini dilaksanakan sebelum terbitnya keputusan presiden tahun 2018</p>
7	<ul style="list-style-type: none"> • Naomi Rahmawati • Br Simbolon • Marlon Sihombing • Heri Kusmanto • Isnaini <p>Implementation Of The Indonesia Healthy Card Program</p>	<p>Tujuan Penelitian Ini Adalah Menganalisis Implementasi Program Kartu Indonesia Sehat (KIS) Di Kelurahan Beserta Faktor Yang Mempengaruhinya</p>	<p>Metode Yang Digunakan Adalah Kualitatif</p>	<p>Hasil Penelitian Menunjukkan Bahwa Implementasi Program KIS Di Kelurahan Pasar Baru Kecamatan Sei Tualang Raso Jika Dilihat Dari Aspek-Aspek Di Atas Dapat Disimpulkan Belum Terlaksana Dengan Optimal. Aspek Komunikasi Menunjukkan, Masih Banyak Masyarakat Yang Belum Mengetahui Keberadaan Dan Manfaatnys. Hal Ini Disebabkan Karena Penyampaian Informasi/Sosialisasi Belum Menyeluruh. Aspek Sumber Daya Menunjukkan, Masih Ada Sumber Daya Manusia Yang</p>	<p>Terdapat perbedaan lokus penelitian, penelitian ini dilaksanakan pada masyarakat wilayah administratif</p>

	2019			Belum Memiliki Keahlian Dan Kewenangan. Dana Masih Belum Mencukupi, Sarana Dan Prasarana Masih Kurang Dalam Mendukung Pelaksanaan Implementasi Program KIS, Aspek Sikap Pelaksana Menunjukkan Sikap Dan Tanggung Jawab Yang Baik Dari Para Pelaksana Sesuai Dengan Tugas Pokok Dan Fungsinya, Aspek Struktur Birokrasi Menunjukkan Bahwa Belum Ada Keterpaduan Antara Pegawai/Aparat Dalam Pelaksanaan Tugas Akibat Kurangnya Koordinasi. Hambatan Dalam Implementasi Program KIS, Diantaranya ialah Fasilitas Pelayanan Kesehatan Yang Kurang Memadai, Ketidaksiapsiagaan Pegawai Kelurahan Dalam Membuat Sosialisasi Kepada Masyarakat Serta Kurangnya Ketelitian Para Aparat Pelaksana Dalam Menjalankan Program KIS	
8	Agussalim Agussalim, Hermiyanti Hermiyanti, Abd Rahman	Tujuan Penelitian Ini Yaitu Untuk Mengetahui Implementasi Kebijakan Program JKN Di RSUD Undata Palu Dengan Melihat Ukuran Dan Tujuan Kebijakan,	Penelitian Menggunakan Pendekatan Kualitatif Yang Didukung Oleh Data Yang Diperoleh Dari Hasil Wawancara Mendalam, Observasi Dan Telaah Dokumen. Penyajian Data	. Hasil Penelitian Menunjukkan Bahwa Implementasi Kebijakan JKN Di RSUD Undata Palu Belum Maksimal Pelaksanaanya Seperti Komunikasi Antara Petugas Dan Pasien Yang Belum Sepenuhnya Baik, SDM	Penelitian ini menggunakan Rumah sakit sebagai lokasi penelitian yang merupakan salah satu unit mitra BPJS

	<p>Analisis Implementasi Kebijakan Jaminan Kesehatan Nasional (Jkn) Di Rumah Sakit Umum Daerah (Rsud) Undata Palu</p> <p>2017</p>	<p>Sumber Daya, Karakteristik Pelaksana, Komunikasi, Dan Sikap/Disposisi Pelaksana Pada Implementasi Kebijakan Program JKN Di RSUD Undata Palu</p>	<p>Penelitian Ini Dalam Bentuk Narasi Dan Dilengkapi Dengan Matriks Hasil Wawancara</p>	<p>Yang Tersedia Cukup Memadai Tetapi Masih Diperlukan Penambahan SDM Mengingat Semakin Tingginya Minat Masyarakat Untuk Ikut Serta Dalam Program JKN. Untuk Itu Disarankan Pihak Rumah Sakit Melakukan Evaluasi Tentang Jumlah SDM Yang Ada Saat Ini Mengingat Banyaknya Keluhan Dari Pasien Peserta JKN Terkait Pelayanan Yang Diberikan. Komunikasi Yang Baik Diharapkan Tidak Hanya Terjadi Pada Antar Lembaga Tetapi Penyampaian Komunikasi Kepada Pasien Diharapkan Dapat Di Tingkatkan Dan Dijelaskan Dengan Bahasa Yang Mudah Di Mengerti.</p>	
--	---	--	---	--	--

9	<ul style="list-style-type: none"> • Ketut Bella Tarini • I Dewa Ayu Putri Wirantari • I Putu Dharmanu Yudarta <p>IMPLEMENTASI KEBIJAKAN Program jaminan Kesehatan krama badungasehat (KBS) DI Kabupaten badung</p> <p>2019</p>	<p>Tujuan Dari Penelitian Ini Adalah Untuk Melihat Bagaimana Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan KBS</p> <p>Kebijakan Di Kabupaten Badung.</p>	<p>Penelitian Ini Menggunakan Metode Penelitian Deskriptif Kualitatif. KBS</p> <p>Program Yang Diukur Menurut Charles.O Jhones Dengan Menggunakan 3 Indikator</p>	<p>, Yaitu:</p> <p>Organisasi Telah Berjalan Dengan Baik Namun Masih Terdapat Kekurangan Seperti Sarana Dan Prasarana.</p> <p>Kedua, Tafsir Belum Berjalan Maksimal Karena Kurangnya Sosialisasi Kepada Masyarakat.</p> <p>Aplikasi Belum Berjalan Dengan Baik Karena Terdapat Kendala Dalam Mobilisasi Penduduk Di Daerah Badung Selatan Sehingga Distribusi Kartu Terhambat. Dari Permasalahan Tersebut Tentunya</p> <p>Perlunya Mengadakan Sosialisasi Dan Jemput Bola Kembali Ke Masyarakat.</p>	<p>Terdapat perbedaan dalam penggunaan teori</p>
---	--	--	---	--	--

2.5. Kerangka pikir penelitian

Kesejahteraan sosial merupakan suatu sistem yang terorganisasi dari pelayanan sosial dan lembaga-lembaga, yang bermaksud untuk membantu individu dan kelompok agar mencapai standar kehidupan dan kesehatan yang memuaskan, serta hubungan perorangan dan sosial yang memungkinkan mereka mengembangkan segenap kemampuan dan meningkatkan kesejahteraan selaras dengan kebutuhan hidup keluarga maupun masyarakat. Salah satu bentuk pencapaian kesejahteraan sosial adalah tercapainya jaminan sosial nasional.

Undang-Undang Nomor 40 tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional-Kartu Indonesia Sehat menjelaskan Sistem Jaminan Sosial Nasional bertujuan untuk memberikan jaminan terpenuhinya kebutuhan dasar hidup yang layak bagi setiap peserta dan/atau anggota keluarganya. Agar hak setiap orang atas jaminan sosial sebagaimana amanat konstitusi dapat terwujud, maka, kebijakan tersebut menyatakan bahwa program jaminan sosial bersifat wajib yang memungkinkan mencakup seluruh rakyat (*universal coverage*) yang akan dicapai secara bertahap.

Peta jalan kesehatan diperlukan untuk memandu implementasi pengembangan jaminan kesehatan sesuai amanat undang-undang SJSN dan Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS). Secara historis, JKN-KIS merupakan terobosan baru dari negara untuk mengupayakan kesejahteraan masyarakat. Dikatakan sebagai sebuah terobosan baru karena upaya penjaminan

kesehatan masyarakat bukanlah hal yang baru-baru ini dilaksanakan melainkan telah diupayakan sejak lama, JKN-KIS sendiri muncul pada tahun 2014 sebagai manifestasi dari visi presiden terpilih saat itu mengenai banyaknya persoalan pada masa lampau mengenai program-program yang telah berjalan sebelumnya. Sebagai sebuah terobosan, JKN-KIS diharapkan mampu menjawab persoalan yang telah lalu, mulai dari defisit anggaran hingga hal operasional semisal prosedur pelayanan. Dalam perjalanannya, JKN-KIS telah berhasil menyelesaikan beberapa persoalan, akan tetapi, lumrahnya sebuah kebijakan, persoalan lama yang telah diselesaikan juga kemudian diterpa persoalan baru sebagai akibat dari pengaturan dalam kebijakan yang cenderung memunculkan celah. Dalam perjalanannya sendiri, JKN-KIS telah melewati berbagai perubahan baik perubahan secara fundamental pada konteks kebijakan, maupun perubahan teknis melalui pengaturan yang sifatnya operasional.

Secara konseptual, peraturan baru berarti munculnya konfigurasi baru yang diharapkan dapat memperbaiki celah-celah yang belum mampu dijangkau oleh kebijakan yang ada sebelumnya. Tercatat ada beberapa masalah mendasar pada pengelolaan JKN-KIS semisal masalah data kependudukan, klaim yang tidak sesuai dengan jumlah rill pelayanan, defisit anggaran, motivasi pelayanan, kualitas fasilitas kesehatan yang cenderung rendah, pelayanan yang tidak tepat sasaran dan lain sebagainya.

Untuk data kependudukan contohnya, masalah muncul salah satunya karena tingkat akurasi data penduduk rendah, membawa dampak banyaknya pelayanan yang tidak tepat sasaran, ada banyak warga miskin yang tidak ter-cover karena buruknya sistem pendataan dari pemerintah daerah, selain itu terdapat kasus tidak sesuainya kategori layanan yang diberikan dengan tingkat pelayanan yang harusnya didapatkan. Masalah lain adalah klaim pembayaran yang diajukan oleh fasilitas kesehatan, masih banyak pemalsuan klaim oleh fasilitas kesehatan untuk mencari keuntungan lebih menuntut adanya upaya pengawasan yang ketat dari pihak penyelenggara jaminan sosial. Ini berhubungan dengan sikap penyelenggara jaminan sosial yang harusnya mengedepankan nilai kemanusiaan dibanding dengan nilai profit yang menggiurkan pada bisnis kesehatan. Belum lagi persoalan anggaran dan basis data. Skema JKN-KIS yang bertumpu pada subsidi silang juga kerap kali terbentur pada kesadaran pengguna layanan untuk secara disiplin membayar iuran, sebab iuran tersebut merupakan cara untuk membantu masyarakat miskin yang tidak mampu menyisihkan pendapatan untuk persoalan kesehatan. Masalah-masalah diatas kemudian menjadi fokus pada beberapa perubahan aturan pada JKN-KIS. Yang terakhir adalah perubahan melalui Terbitnya Peraturan Presiden (Perpres) Nomor 82 tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan. Diharapkan, peraturan ini mampu menyelesaikan permasalahan pada penyelenggaraan JKN-KIS.

Pertanyaan yang muncul seiring dengan munculnya konfigurasi baru pada kebijakan adalah, apakah kebijakan tersebut mampu menyelesaikan persoalan-persoalan terdahulu? Mengingat sebaiknya, untuk kebijakan kesehatan pengambil keputusan tidak harus menunggu hingga selesainya sebuah kebijakan untuk bisa dievaluasi tingkat keberhasilannya. Pada momen inilah riset implementasi kebijakan memainkan peranan penting dimana salah satu fungsi utama riset implementasi kebijakan adalah untuk melihat relevansi antara apa yang teori harapkan dan bagaimana kebijakan dilaksanakan. Riset implementasi kemudian menyediakan cara untuk melihat secara dekat bagaimana masa depan sebuah kebijakan dari variabel yang dimunculkan.

Riset implementasi sendiri kemudian dapat dilaksanakan melalui beberapa model, salah satunya adalah yang dikembangkan oleh Edward III yang menganalisis implementasi kebijakan dari 4 variabel penting yaitu, komunikasi, disposisi pelaksana, kualitas sumber daya manusia dan struktur birokrasi pelaksanaannya. Terdapat beberapa hal mendasar dari kebijakan JKN-KIS yang relevan dengan teori Edward III yaitu, pertama, JKN-KIS merupakan kebijakan yang melibatkan banyak aktor pada setiap sektor yang memiliki otoritas dan kewenangan masing-masing. Kondisi ini mengakibatkan lemahnya kinerja salah satu aktor dapat menghambat keberhasilan keseluruhan sistem, oleh karenanya membutuhkan koordinasi dan komunikasi yang baik dalam pelaksanaannya. Yang kedua adalah JKN-KIS merupakan jaminan kesehatan yang memerlukan sikap

keberpihakan pada nilai kemanusiaan yang lebih tinggi dari nilai profit yang begitu menggiurkan oleh karenanya keberhasilan program ini sangat ditentukan bagaimana pelaksanaan didalamnya menempatkan diri antara *conflict of interest* dari kedua nilai tersebut. Yang ketiga adalah, cakupan target sasaran yang mencapai 200 juta lebih warga Indonesia membutuhkan pelayanan berkualitas, oleh karenanya, BPJS sebagai penyelenggara mempunyai struktur organisasi yang besar dari setiap provinsi, kabupaten/kota, hingga fasilitas kesehatan sebagai mitra pelayanan. Yang terakhir, besarnya struktur organisasi harus juga diikuti oleh kualitas sumber daya yang dimiliki, mengingat sektor kesehatan sangat bertumpu pada tersedianya kualitas sumber daya untuk bisa mencapai keberhasilannya. Kondisi inilah yang kemudian memicu peneliti untuk menggunakan model yang dikembangkan oleh Edward III untuk menganalisis implementasi kebijakan JKN-KIS.

Edward III seperti yang diulas sebelumnya menempatkan 4 variabel kunci pada riset implementasi yaitu komunikasi, disposisi pelaksana, struktur birokrasi dan sumber daya manusia. Dalam model yang dikemukakan oleh Edward III. Setiap variabel dapat berpengaruh langsung dalam menentukan keberhasilan dan kegagalan implementasi. Di satu sisi, setiap variabel dapat juga secara tidak langsung mempengaruhi implementasi melalui interaksinya terhadap variabel lainnya.

Contohnya antara lain yang pertama, komunikasi dan struktur birokrasi. Keberadaan struktur birokrasi yang besar, melalui fragmentasi

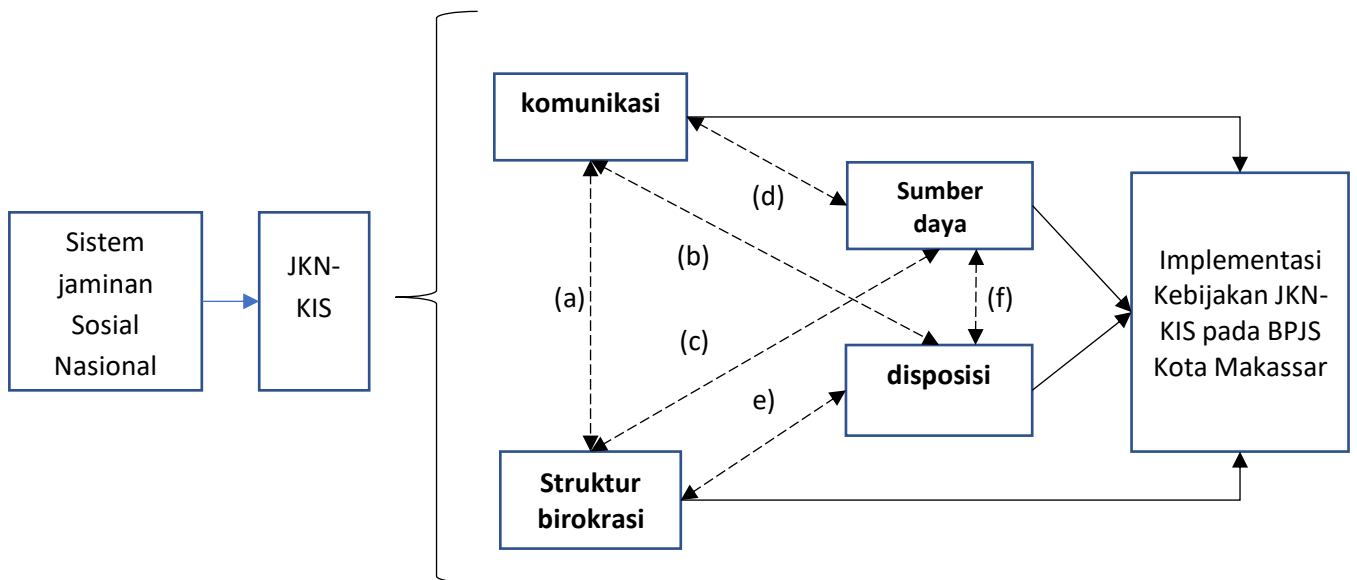
yang ada dapat secara langsung mempengaruhi pola transmisi dan kejelasan informasi. Adakalanya keterlambatan informasi antara unit dapat membuat terhambatnya hubungan koordinasi dalam sistem yang terbentuk, sebaliknya, isi dari informasi yang diterima oleh struktur birokrasi dapat mempengaruhi bagaimana birokrasi mengambil keputusan. Selanjutnya pada interaksi antara komunikasi dan disposisi. Para pelaksana akan bersikap tergantung informasi apa yang didapatkan oleh mereka, semakin jelas dan lancar informasi yang didapat, maka semakin baik juga sikap pelaksana terhadap kebijakan. Dalam hubungannya dengan sumber daya, Edward III menjelaskan bahwa, komunikasi yang terlalu intens akan berdampak pada menurunnya kemampuan beradaptasi dan kreativitas sumber daya namun sebaliknya ketidakcukupan sumber daya secara langsung dapat menghambat proses transmisi informasi.

Mengenai hubungan antar disposisi dengan sumber daya, Edward III memberikan gambaran bahwa, pengelolaan sumber daya yang baik dapat memotivasi pegawai untuk menjalankan tugas dengan baik namun, sumber daya yang terbatas dapat pula mempengaruhi sikap pelaksanaan untuk bertindak dengan motif individual seperti mencari keuntungan untuk diri sendiri.

Dalam hubungannya dengan struktur birokrasi, disposisi pelaksana mempengaruhi keleluasaan pejabat untuk menjalankan kewenangannya, semakin negatif penerimaan pelaksana, semakin sulit pejabat untuk melaksanakan kewenangan. Keberadaan dari banyaknya agensi dengan

tanggung jawab yang sempit mendorong pembangunan dari sikap parokial antara birokrat. Pada akhirnya akan terbentuk ego sektoral dan berdampak pada menurunnya kerja sama. Dan yang terakhir fragmentasi pada struktur birokrasi akan meningkatkan peluang untuk penguasaan sumber daya untuk kepentingan individu atau unit organisasi untuk menekan implementor untuk lebih berpihak pada basis dari disposisi personal mereka dari pada perintah atasan.

Adapun gambaran mengenai kerangka pemikiran Edward III dalam penelitian ini dapat dilihat pada gambar berikut.



Gambar 2.13. Kerangka pikir penelitian

Ket : (_____) Pengaruh langsung kepada implementasi

(- - - - -) Pengaruh antar variabel

Penjelasan gambar :

- (a) ¹Fragmentasi yang besar menghalangi komunikasi dimana semakin besar struktur birokrasi semakin kesulitan informasi dapat tersalurkan dengan baik. ²Pejabat yang kurang informasi tidak akan mampu mengambil keputusan dengan baik
- (b) Komunikasi berpengaruh terhadap sikap pegawai, kurangnya informasi bisa saja membawa disposisi negatif untuk pegawai. Sebaliknya, disposisi negatif dari pegawai menghambat proses komunikasi
- (c) fragmentasi meningkatkan peluang untuk perebutan sumber daya dan kemampuan untuk mengatur penggunaan sumber daya dengan baik
- (d) ¹Komunikasi yang terlalu interns dapat berpengaruh negatif terhadap kualitas sumber daya seperti kreativitas dan kemampuan adaptasi pegawai. ²Ketidakcukupan sumber daya dapat menghalangi transmisi
- (e) ¹semakin negatif penerimaan pelaksana, semakin sulit pejabat untuk melaksanakan kewenangan. ²Semakin besar fragmentasi akan memunculkan sikap parokial antara birokrat dan mampu melemahkan koordinasi
- (f) Jika sumber daya dikelola secara baik maka pegawai akan termotivasi untuk melaksanakan kebijakan dengan baik