

## BAB I

### PENDAHULUAN

#### 1.1 Latar Belakang Masalah

Kesejahteraan merupakan keadaan yang diharapkan setiap orang. Kesejahteraan adalah sesuatu yang utuh meliputi kompensasi finansial dan kelayakan kehidupan. Salah satu faktor dari kesejahteraan tersebut adalah kesehatan. Kesehatan merupakan salah satu hal terpenting dalam kehidupan manusia, bila seseorang terkena penyakit dan menjadi tidak sehat, otomatis seseorang tersebut akan mengalami disfungsi sosial dari fungsi yang dijalannya sehari-harinya, menjadi tidak berdaya dalam menjalani rutinitas karena terkena penyakit<sup>1</sup>. WHO adalah salah satu dari pergerakan *global governance* di bidang kesehatan. Menurut Karns, *global governance* sendiri merupakan pemerintahan tanpa adanya hak kewenangan atas kedaulatan yang hubungannya melewati batas batas nasional. WHO menegaskan bahwa sehat bukan berarti bebas dari penyakit saja namun sehat secara fisik mental dan sosial.

Di beberapa negara, kesehatan menjadi modal sebuah pemerintahan untuk terus tumbuh lebih baik. Jaminan kesehatan menjadi sistem yang tidak bisa ditinggalkan untuk memenuhi tujuan tersebut. Layaknya di negara Swiss, sistem

---

<sup>1</sup> [ib.ui.ac.id](http://ib.ui.ac.id) Angga Yusarga “Peran pekerja sosial” (diakses pada 25 oktober 2014)

asuransi atau jaminan kesehatan dibuat sangat menarik. Swiss juga dikenal memiliki sistem terbaik dalam pelayanan dan manajemen jasa asuransi di Eropa. Harga yang ditawarkan lebih ekonomis menjadi solusi beberapa orang yang mempunyai ekonomi belum stabil. Di Swiss mempunyai konsep jaminan kesehatan yang “*multifuncion*”. *Multifunction* yang dimaksud adalah sebuah jasa asuransi kesehatan yang mempunyai banyak fungsi dan keuntungan. Setiap pengguna asuransi diberikan kartu asuransi yang telah dibubuhi *chip* yang berguna sebagai sistem pengecekan otomatis dimana data yang ada didalamnya tidak bias dirubah seenaknya tanpa pengajuan formulir resmi baik itu untuk polis asuransi baru ataupun lanjutan. Dalam hal ini data pengguna tidak bisa dimanipulasi. Kartu asuransi juga berfungsi sebagai tanda pengenal pada saat kita membutuhkan jasa medis emergency yang membutuhkan jasa mobil ambulans. Kartu asuransi juga berguna sebagai kartu diskon pada beberapa *medical product merchant* yang bekerjasama dengan perusahaan asuransi yang digunakan.

Kartu asuransi bahkan bisa digunakan sebagai kartu diskon pada beberapa *Medical/Drogery Product* di *Merchant* atau pedagang yang telah bekerjasama dengan perusahaan asuransi yang kita gunakan. Contoh kecilnya saja saat saya harus membeli obat di apotik apabila saya menunjukkan kartu asuransi maka potongan harga mulai dari 5-35% pun bisa didapat, tentu dengan cara men-*scan barcode* yang tertera pada kartu. Dengan jaminan kesehatan tersebut para ibu hamil medapat pelayanan khusus dalam proses kehamilannya dengan biaya premi yang lebih murah bagi msayarakat yang kurang mampu dengan cara mendaftarkan

diri. Hal tersebut menunjukkan betapa baiknya konsentrasi pemerintahan Swiss dalam menangani kesehatan rakyatnya<sup>2</sup>. Dengan beberapa kebijakan kesehatan yang diaplikasikan oleh negara Swiss membuatnya menjadi negara yang menjadi contoh dalam fokus kesehatan dan kesejahteraan rakyatnya.

Kesejahteraan dalam konteks kesehatan juga menjadi fokus bangsa Indonesia. Undang Undang No 23 Tahun 1992 menyebutkan bahwa kesehatan sebagai salah satu unsur kesejahteraan umum harus diwujudkan sesuai dengan cita-cita bangsa Indonesia sebagaimana dimaksud dalam Pembukaan Undang-Undang Dasar 1945 melalui pembangunan nasional yang berkesinambungan berdasarkan Pancasila dan Undang-Undang Dasar 1945. Pemerintah Indonesia mempunyai kewajiban memberikan jaminan untuk terpenuhinya hak hidup sehat setiap warga negaranya, tanggung jawab pemerintah tersebut dilaksanakan melalui sistem jaminan sosial nasional yang salah satu bentuknya adalah kebijakan jaminan kesehatan bagi seluruh warga negara. Kebijakan kesehatan di Indonesia dibuat berdasarkan kebutuhan rakyat dimana dalam konteks *global governance*, Indonesia turut andil dalam deklarasi millenium pembangunan dunia yang diadopsi oleh 189 negara serta ditanda tangani oleh 147 kepala pemerintahan dan kepala negara pada saat Konferensi Tingkat Tinggi (KTT) di New York tahun 2000 tentang pembangunan *Millenium Development Goals* (MDGs). Terdapat 8 butir yang disampaikan diantaranya adalah menurunkan kematian anak dan meningkatkan kesehatan ibu.

---

<sup>2</sup> Sari Dewi Purnama. *Konsep Multifungsi Asuransi Kesehatan ala Swiss* [www.kompasiana.com](http://www.kompasiana.com) (diakses Rabu 29 oktober 2014)

Demi mewujudkan kesejateraan rakyatnya dan demi mewujudkan target dari MDGs tersebut pemerintah membuat sebuah kebijakan tentang jaminan sosial. UU nomor 40 tahun 2004 tentang system jaminan sosial nasional adalah jaminan kesehatan dimana negara berkewajiban memberikan jaminan kesehatan pada setiap penduduk agar mendapatkan akses pelayanan kesehatan dengan mutu yang terjamin dan memenuhi kebutuhan dasar kesehatan<sup>3</sup>. Serta keputusan menteri kesehatan Nomor 1241/MENKES.SK.XI/2004 tentang penugasan PT ASKES (PERSERO) dalam pengelolaan program Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat (JPKM) dan Nomor 56/MENKES/SK/I/2005 tentang Penyelenggaraan program JPKM 2005, PT Askes (Persero) diberi tugas oleh pemerintah melalui departemen kesehatan RI sebagai penyelenggara program jaminan kesehatan masyarakat miskin pada tahun 2005. Semakin berjalannya waktu asuransi kesehatan tersebut sejak tanggal 1 Januari 2014 berubah menjadi Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) hal tersebut sesuai dengan yang dimandatkan UU No.24 tahun 2011 tentang tindak lanjut bahwa untuk mewujudkan tujuan sistem jaminan sosial nasional perlu dibentuk badan penyelenggara yang berbentuk badan hukum berdasarkan prinsip kegotong - royongan, nirlaba, keterbukaan, kehati-hatian, akuntabilitas, portabilitas, kepesertaan bersifat wajib, dana amanat, dan hasil pengelolaan dana jaminan sosial seluruhnya untuk pengembangan program dan untuk sebesar-besar kepentingan peserta. Badan Penyelenggara Jaminan Sosial bertujuan untuk memenuhi kebutuhan kesehatan bagi masyarakat yang layak yang diberikan

---

<sup>3</sup> H. Arianto, Kurniawan. SKM 2011 ” *Jaminan Kesehatan dalam System Jaminan Sosial Nasional di Indonesia*” Universitas Gadjah Mada Yogyakarta.

kepada setiap orang yang diberikan kepada setiap orang yang telah membayar iuran atau iurannya dibayar pemerintah. Khusus untuk ibu hamil diberikan pelayanan pelayanan terbaik yaitu: a) pelayanan pemeriksaan kehamilan (*antenatal care/ANC*) untuk menjaga kesehatan dan keselamatan ibu dan bayi, b) persalinan, c) pemeriksaan bayi baru lahir, d) pemeriksaan pasca persalinan (*postnatal care / PNC*) terutama selama nifas awal selama 7 hari setelah melahirkan, dan e) pelayanan KB.

Dengan pelayanan tersebut diharapkan dapat memenuhi target dari MDGs. Namun Indonesia merupakan negara yang berkembang dan masih mempunyai banyak kekurangan dalam sistem kenegaraan. Dengan jumlah total populasi sekitar 250 juta penduduk, Indonesia adalah negara berpenduduk terpadat nomor empat di dunia<sup>4</sup>. Dengan jumlah penduduk yang padat tersebut kesehatan menjadi salah satu hambatan. Penduduk tersebut mempunyai penyebaran yang kurang merata dan mayoritas tumbuh besar di pulau Jawa. Dengan penyebaran dan padatnya penduduk tersebut mendorong kesenjangan ekonomi yang berimplikasi pada bertumbuhnya kematian ibu dan anak.

Pentingnya pelayanan kesehatan terutama untuk ibu dan anak dalam bidang persalinan ibu hamil dan gizi anak tersebut menjadi hal yang sangat vital. Kecerdasan tingkat produktivitas penduduk ditentukan mulai usia dini. “Angka Kematian Ibu (AKI) saat persalinan di Indonesia ternyata tergolong tinggi. Indonesia menduduki nomor 3 tertinggi di kawasan Asia Selatan dan Asia

---

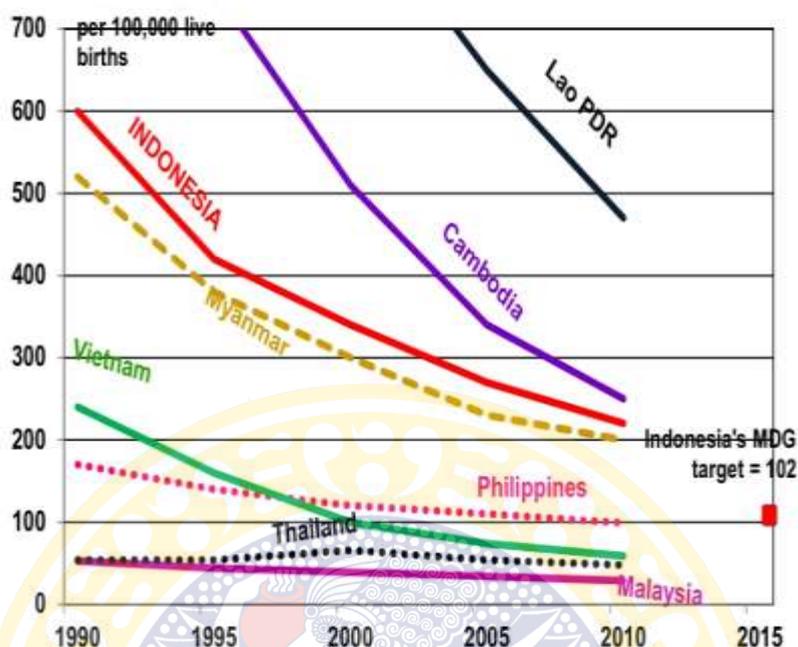
<sup>4</sup> Hartawan, Tony. *Penduduk Indonesia Masuk Peringkat 4 Dunia*. [www.Tempo.com](http://www.Tempo.com) (Diakses Rabu 29 oktober 2014)

Tenggara untuk jumlah AKI. Berdasarkan data dari Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia ( SDKI ) tahun 2007, banyaknya AKI berjumlah 228 orang dari 100.000 kelahiran. Angka ini 20 – 30 kali lebih lipat dibanding dengan AKI di Malaysia dan Singapura.”<sup>5</sup>Dari data tersebut menjadi problem dimana dalam pengawasan kesehatannya Indonesia masih mendapat nomor 3 tertinggi di kawasan Asia Selatan dan Asia Tenggara untuk jumlah AKI-nya.Setiap 3 menit dimanapun di Indonesia satu anak balita meninggal dunia.Selain itu setiap jam,satu perempuan meninggal dunia ketika melahirkan atau karena sebab-sebab yang berhubungan dengan kehamilan.<sup>6</sup>

Seperti yang dijelaskan pada awal latar belakang bahwa peningkatan kesehatan ibu di Indonesia merupakan tujuan pembangunan *Millenium Development Goals*(MDGs) kelima, berjalan lambat dalam beberapa tahun terakhir.Rasio kematian ibu, yang diperkirakan sekitar 228 per 100.000 kelahiran hidup tetap tinggi diatas 200 selama dekade terakhir,meskipun telah dilakukan upaya upaya untuk meningkatkan pelayanan kesehatan ibu. Hal ini bertentangan dengan negara-negara miskin di sekitar Indonesia menunjukkan angka lebih besar pada MDGs kelima

<sup>5</sup>Prof. Dr. Dinan S. Bratakoesoema, dr., SpOG “*Tingginya AKI di Indonesia*”[www.unpad.ac.id](http://www.unpad.ac.id) (diakses pada 18september 2014)

<sup>6</sup>Ringkasan Kajian Kesehatan Ibu dan Anak Unicef Indonesia. ([http://www.unicef.org/indonesia/id/A5-](http://www.unicef.org/indonesia/id/A5-B) B Ringkasan Kajian Kesehatan REV.pdf)



Gambar 1.1 Tren kematian Ibu beberapa negara ASEAN

Sumber: UN Maternal Estimation Group; WHO, UNICEF, UNPA, World Bank

Indonesia telah melakukan upaya yang jauh lebih baik dalam menurunkan angka kematian pada bayi dan balita. Tahun 1990-an menunjukkan perkembangan tetap dalam menurunkan angka kematian balita bersama dengan komponen-komponennya, angka kematian bayi dan angka kematian bayi baru lahir. Akan tetapi dalam beberapa tahun terakhir, penurunan angka kematian bayi baru lahir (neotanal) tampaknya terhenti. Jika tren ini berlanjut, Indonesia mungkin tidak dapat mencapai target MDGs keempat (penurunan angka kematian anak) pada tahun 2015, Meskipun nampaknya Indonesia berada dalam arah yang tepat pada tahun-tahun sebelumnya. BPJS menjadi kebijakan kesehatan dalam rangka pemenuhan MDGs tersebut.

Sebagian besar kematian anak di Indonesia saat ini terjadi pada masa baru lahir (neotanal), bulan pertama kehidupan. Kemungkinan anak meninggal pada usia

yang berbeda adalah 19/1000 selama masa neonatal, 15/1000 dari usia 2 hingga 11 bulan dan 10 per-seribu dari usia satu sampai 5 tahun. Seperti di negara-negara berkembang lainnya yang mencapai status pendapatan menengah, kematian anak di Indonesia karena infeksi dan penyakit anak-anak lainnya telah mengalami penurunan seiring dengan peningkatan pendidikan ibu, kebersihan rumah tangga dan lingkungan, pendapatan dan akses ke pelayanan kesehatan. Kematian bayi baru lahir kini merupakan hambatan utama dalam menurunkan kematian anak lebih lanjut. Sebagian besar penyebab kematian bayi lahir ini dapat ditanggulangi.

Baik di daerah pedesaan maupun perkotaan dan untuk seluruh kuantil kekayaan, kemajuan dalam mengurangi angka kematian bayi telah terhenti dalam beberapa dekade terakhir. Survei demografi dan kesehatan 2007 menunjukkan bahwa baik angka kematian balita maupun angka kematian bayi baru lahir telah meningkat pada kuintil kekayaan tertinggi, tetapi alasannya tidak jelas, begitu pula dengan survei demografi dan kesehatan 2012 yang menunjukkan perubahan yang tidak terlalu signifikan. Meskipun rumah tangga pedesaan masih memiliki angka kematian balita sepertiga lebih tinggi daripada angka kematian balita pada rumah tangga perkotaan, tetapi sebuah studi menunjukkan bahwa angka kematian di pedesaan mengalami penurunan lebih cepat daripada angka kematian di perkotaan, dan bahwa kematian di perkotaan telah mengalami peningkatan pada masa neonatal. Tren ini nampaknya terkait dengan urbanisasi yang cepat, sehingga menyebabkan kepadatan penduduk yang berlebihan, kondisi sanitasi yang buruk pada penduduk miskin perkotaan, yang diperburuk oleh perubahan dalam masyarakat yang telah menyebabkan hilangnya jaringan pengaman sosial

tradisional. Kualitas pelayanan yang kurang optimal di daerah miskin perkotaan juga merupakan faktor penyebab angka kematian anak terkait dengan kemiskinan. Anak-anak dalam rumah tangga termiskin umumnya memiliki angka kematian balita lebih dari dua kali lipat dari angka kematian balita di kelompok kuintil paling sejahtera. Hal ini karena rumah tangga yang lebih kaya memiliki akses yang lebih banyak ke pelayanan kesehatan dan sosial yang berkualitas, praktek-praktek kesehatan yang lebih baik dan pada umumnya tingkat pendidikan yang lebih tinggi.

Anak-anak dari ibu yang kurang berpendidikan umumnya memiliki angka kematian yang lebih tinggi daripada mereka yang lahir dari ibu yang lebih berpendidikan. Selama kurun waktu 1998-2012 angka kematian bayi pada anak-anak dari ibu yang kurang berpendidikan adalah 73 per 1000 kelahiran hidup. Sedangkan angka kematian bayi pada anak-anak dari ibu yang berpendidikan menengah atau lebih tinggi adalah 24 per 1000 kelahiran hidup. Perbedaan ini disebabkan oleh perilaku dan pengetahuan tentang kesehatan yang lebih baik di antara perempuan-perempuan yang berpendidikan. Wakil menteri kesehatan Republik Indonesia menyampaikan pada sela-sela pembukaan

*Asia Pacific Development Summit 2012*

“Angka kematian ibu melahirkan di Indonesia atau Maternal Mortality Rate (MMR) justru tercatat paling tinggi di Pulau Jawa. Data ini cukup mencengangkan karena pulau Jawa dinilai memiliki akses kesehatan lebih baik ketimbang daerah terpencil atau perbatasan. Melihat data ini, Indonesia perlu bekerja keras mencapai target MDGs dari angka sekarang 228 per 100.000 kelahiran hidup menjadi 102 per 100.000 per kelahiran hidup pada tahun 2015”<sup>7</sup>.

---

<sup>7</sup>Natalia Ririh “Angka Kematian Ibu Tertinggi Justru di Jawa” [www.kompas.com](http://www.kompas.com) (diakses pada 30 september 2014)

Dengan beberapa paparan diatas tentang masih tingginya angka kematian ibu melahirkan dan anak yang berlangsung di Indonesia terutama di pulau Jawa maka Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) harus membuat kerjasama serta berperan aktif dalam optimalisasi yang baik dengan berbagai aparatur pelayanan kesehatan layaknya fasilitas kesehatan. Fasilitas kesehatan tersebut dapat lebih teroptimalisasi berkat bekerjasama dengan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial dalam menangani Angka Kematian Ibu dan Anak. Fasilitas kesehatan disini terdiri dari rumah sakit, dokter praktek, klinik, laboratorium, apotek dan fasilitas kesehatan lainnya. Jalinan kerjasama antara BPJS Kesehatan dengan fasilitas kesehatan dilakukan berbasis kontrak, yaitu perjanjian tertulis antara BPJS Kesehatan dengan fasilitas kesehatan yang bersangkutan. Kontrak digunakan sebagai landasan kerjasama antara fasilitas kesehatan dengan BPJS, kontrak juga digunakan untuk memenuhi persyaratan yang ditentukan dalam Pasal 23 ayat (1) UU SJSN. Kerjasama dengan kontrak ini membuat adanya legalitas hukum yang membuatnya kedua pihak dapat semakin bekerjasama dengan baik<sup>8</sup>.

Dalam menggapai target MDGs tentang kematian ibu dan anak, antara BPJS dengan fasilitas kesehatan perlu membuat sinergi yang dapat memperkuat efektifitas kerja pada kedua belah pihak yang bersangkutan. Fasilitas kesehatan yang paling berperan dalam mengatasi AKI yang terbilang tidak stabil ini adalah rumah sakit dan Puskesmas. Rumah sakit sebagai fasilitas umum yang utama dalam menangani proses persalinan yang sulit dan menyediakan layanan layanan

---

<sup>8</sup>[www.jamsosindonesia.com](http://www.jamsosindonesia.com) “Kerja Sama BPJS Kesehatan dengan Fasilitas Kesehatan Berbasis Kontrak” (diakses pada 30 oktober 2014)

pasca dan setelah melahirkan menjadikan rumah sakit menjadi tujuan akhir dari proses persalinan tersebut. Namun lain halnya dengan rumah sakit, Puskesmas menjadi ujung tombak dalam melayani masyarakat dimana Puskesmas tersebar diseluruh penjuru wilayah untuk melayani masyarakat dengan berbagai program kesehatan untuk masyarakat terkhusus untuk ibu hamil dan balita.

Puskesmas sering kali dianggap remeh dengan pelayanan pelayanan yang dilakukannya dalam masalah rawat jalan dan rawat inap. Dengan kerjasamanya dengan BPJS harusnya Puskesmas lebih kerap menjadi pilihan masyarakat dalam kontrol kesehatan ataupun berobat terutama dalam masalah kelahiran. Di Jawa Timur yakni di Surabaya menjadi kota yang paling banyak menyumbang AKI<sup>9</sup>. Data dari Bappeda Jawa Timur tersebut merupakan bukti bahwa kota besar belum tentu mempunyai kesehjateraan yang cukup.

Meski mendapat apresiasi, program BPJS (Badan Penyelenggara Jaminan Sosial) Kesehatan yang bergulir sejak awal 2014 ternyata menjadi layanan paling banyak dikeluhkan. Salah satu indikasinya adalah maraknya laporan yang masuk ke Komisi Pelayanan Publik (KPP) Jatim. Bahkan, BPJS menduduki peringkat teratas dalam daftar instansi paling dikeluhkan di Jawa Timur. Mayoritas keluhan itu terkait dengan ruwetnya pendaftaran. Hal tersebut terungkap dari laporan hasil evaluasi kinerja KPP Jatim selama semester I 2014 yang dipaparkan kemarin. Terhitung Januari hingga Juni, 530 keluhan publik masuk ke meja KPP. Di antara jumlah itu, 153 laporan atau 28 persen terkait dengan keluhan

---

<sup>9</sup> Angka kematian ibu semakin meningkat (<http://bappeda.jatimprov.go.id/2012/04/24/angka-kematian-ibu-makin-meningkat/>)

kepada BPJS.<sup>10</sup> Keluhan yang banyak dikeluhkan adalah tentang pendaftaran yang terbilang sulit dan sangat lama dikarenakan BPJS adalah salah satu solusi bagi kesejahteraan masyarakat namun hal tersebut menjadikan antrian yang panjang dan lama pada prosesnya. Keluhan yang paling banyak dikeluhkan lagi adalah tentang teknis pelayanan pada fasilitas kesehatan yang melayani pasien tersebut. Masih banyak pasien yang merasa belum terlayani sepenuhnya oleh pelayanan fasilitas kesehatan menggunakan BPJS dan masih tidak sedikit rumah sakit yang tidak menjalin kerjasama dengan baik sehingga tidak tersampaikan tujuan dari BPJS tersebut.

Dari hal hal yang dipaparkan tentang tinggi dan tidak stabilnya AKI dalam mencapai target MDGS 2015 lewat BPJS dan masih banyaknya fasilitas kesehatan yang belum optimal dalam melakukan pelayanan kesehatan dalam kerjasamanya dengan sistem BPJS, peneliti tertarik untuk mengkaji “Optimalisasi Peran Kerja Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) dalam rangka Mengurangi AKI Pada Fasilitas kesehatan Puskesmas Mulyorejo Surabaya”.

## 1.2 Rumusan Masalah

Bagaimana Optimalisasi Peran Badan Penyelenggara Jaminan Sosial dalam memperkuat pelayanannya pada Fasilitas kesehatan publik guna mengurangi AKI pada Puskesmas Mulyorejo Surabaya?

---

<sup>10</sup>Layanan publik BPJS paling banyak dikeluhkan [www.jawapos.com](http://www.jawapos.com) 18 september 2014 (diakses pada senin 17 november 2014)

### **1.3 Tujuan Penelitian**

Untuk mendeskripsikan tentang bagaimana peran Badan Penyelenggara Jaminan Sosial dalam optimalisasi memenuhi target MDGs dalam mengurangi AKI pada fasilitas kesehatan Puskesmas Mulyorejo Surabaya.

### **1.4 Manfaat Penelitian**

Penelitian ini bermanfaat untuk:

1. Secara akademis, penelitian ini diharapkan dapat memberikan kontribusi terhadap kajian Ilmu Administrasi Negara, serta dapat memberikan penjelasan secara komprehensif tentang fenomena yang ada dengan teori-teori yang relevan dalam studi implementasi kebijakan, sehingga dapat melengkapi dan menambah pengetahuan ilmiah bagi Ilmu Administrasi Negara serta dapat digunakan sebagai bahan informasi bagi penelitian selanjutnya
2. Secara praktis, penelitian ini diharapkan dapat memberikan sumbangan informasi kepada masyarakat, pihak-pihak yang terkait dalam hal ini khususnya pihak BPJS selaku pelaku kebijakan pertama dan peran optimalisasinya terhadap fasilitas kesehatannya yaitu Puskesmas Mulyorejo Surabaya guna menggapai target MDGs dalam mengurangi AKI.

## 1.5 Kerangka Konseptual

Dalam penulisan penelitian ini, dibutuhkan suatu landasan berfikir yang dijadikan pedoman untuk menjelaskan masalah yang sedang diteliti. Pedoman tersebut disebut sebagai kerangka teori. Teori adalah serangkaian asumsi, konsep, konstruksi, definisi dan proposisi untuk menerangkan suatu fenomena sosial secara sistematis dengan cara merumuskan hubungan antar konsep<sup>11</sup> yaitu kebijakan optimalisasi Badan Penyelenggara Jaminan Sosial yang berperan dalam memperkuat Fasilitas kesehatan publik guna mengurangi AKI pada Puskesmas Mulyorejo

### 1.5.1 Peran Optimalisasi Pada BPJS

Badan Penyelenggara Jaminan Sosial merupakan institusi pelayanan publik yang mendasari jaminan kesehatan di Indonesia. Dalam membentuk sebuah institusi yang baik diperlukan pemahaman konsep organisasi dengan baik agar tercipta pelayanan yang optimal serta kerjasama yang baik antara Badan Pelayanan Jaminan Kesehatan dengan fasilitas kesehatannya. Untuk itu diperlukan pemahaman yang baik tentang organisasi.

#### 1.5.1.1 Teori Organisasi

Sangat banyak konsep yang menjelaskan tentang organisasi yaitu diantaranya, 1) Kesatuan rasional dalam mengejar tujuan, organisasi ada untuk mencapai tujuan, dan perilaku para anggota organisasi dapat dijelaskan sebagai pengejaran rasional terhadap tujuan tersebut. 2) Koalisi pendukung yang kuat.

<sup>11</sup> Prastowo, Andi. 2011. *Metode Penelitian Kualitatif*. Yogyakarta: Ar-Ruzz Media. Hal. 18

Organisasi terdiri dari kelompok-kelompok yang masing-masing mencoba untuk memuaskan kepentingan sendiri. Kelompok-kelompok tersebut menggunakan kekuasaan mereka untuk mempengaruhi distribusi sumber daya dalam organisasi.

3) Sistem terbuka, Organisasi adalah sistem transformasi masukan dan keluaran yang bergantung pada lingkungan untuk kelangsungan hidupnya.

4) Sistem yang memproduksi arti. Organisasi adalah kesatuan yang diciptakan secara artifisial. Tujuannya dan maksudnya diciptakan secara simbolis dan dipertahankan oleh manajemen.

5) Kontrak sosial, Organisasi terdiri dari sejumlah persetujuan yang tidak tertulis dimana para anggota melakukan perilaku tertentu dan untuk itu mereka menerima imbalan.<sup>12</sup>

Dalam perkembangannya, teori organisasi mengalami sebuah proses evolusi dan pada setiap perkembangannya teori organisasi mempunyai sorotan dan fokus yang berbeda-beda. W. Richard Scott membaginya menjadi 4 tipe klasifikasi teoritis.<sup>13</sup>

#### *Teoretik tipe 1.*

Dikenal sebagai aliran klasik, mengembangkan prinsip atau model universal yang dapat digunakan pada semua keadaan. Pada dasarnya masing-masing melihat organisasi sebagai sistem tertutup yang diciptakan untuk mencapai tujuan dengan efisien. Teori klasik ini dikembangkan oleh Frederick Taylor, Henry Fayol, dan Max Weber

#### Frederick Taylor dan *Scientific Management*

<sup>12</sup> Stephen P. Robbins, "Teori Organisasi Struktur desain dan aplikasi" Jusuf Udaya Jakarta 1994, hlm 36

<sup>13</sup> W. Richard Scott, "Theoretical Perspectives" dalam Marshall W. Meyer, ed., *Environments and Organizations* (San Francisco: Jossey Bass Publishers, 1978), hlm 22

Frederick Taylor mengusulkan empat prinsip *Scientific Management*, yang menurutnya menghasilkan kenaikan yang berarti dalam produktivitas (1) Penggantian metode kira kira untuk menentukan setiap elemen dari pekerjaan seorang pekerja yang ditentukan secara ilmiah, (2) seleksi dan pelatihan para pekerja secara ilmiah, (3) kerja sama antara manajemen dan buruh untuk menyelesaikan pekerjaan yang sesuai dengan metode ilmiah dan (4) pembagian tanggung jawab yang lebih merata diantara manajer dan pekerja, yaitu pihak pertama sebagai perencana supervisi sedangkan yang kedua sebagai pelaksana.<sup>14</sup> Frederick menawarkan fokus yang terbatas mengenai organisasi. Ia merenovasi pekerjaan manajer, Frederick memperlihatkan dengan jelas bahwa manajer harus mempelajari cara terbaik untuk melaksanakan suatu pekerjaan untuk memaksimalkan efisiensi.

#### Henry Fayol dan Prinsip-Prinsip Organisasi

Berbeda dengan Taylor yang memusatkan pada organisasi terbawah, Henry mencoba mengembangkan prinsip-prinsip umum yang dapat diaplikasikan pada semua manajer dari semua tingkatan organisasi. Fayol mengusulkan empat belas prinsip yang menurutnya dapat digunakan secara universal dan dapat dipelajari pada tingkat universitas, empat belas prinsip itu diantaranya adalah ; 1) Pembagian Kerja, 2) Wewenang, 3) Disiplin, 4) Kesatuan Komando, 5) Kesatuan Arah, 6) Mendahulukan kepentingan umum diatas kepentingan individu, 7) Remunerasi, 8) Sentralisasi, 9) Rantai Skalar, 10) Tata tertib, 11) Keadilan, 12) Stabilitas masa

---

<sup>14</sup> Frederick W. Taylor, *The Principles Of Scientific Management* (New York:Harper&Row,1911)

kerja pegawai, 13)Inisiatif, 14)*Esprit de corps*(pembangunan tim spirit akan membangun keselarasan dalam organisasi)<sup>15</sup>

#### Max Weber dan Birokrasi

merupakan ilmuwan Jerman yang membuat struktur terbaik menurutnya untuk sebuah organisasi, struktur tersebut dinamakan olehnya birokrasi. Struktur tersebut dicirikan dengan adanya pembagian kerja, sebuah hirarki wewenang yang jelas, proses seleksi yang formal, peraturan yang rinci, serta hubungan yang tidak didasarkan pada hubungan pribadi. Gambaran Weber menjadi *prototype* rancangan pada beberapa organisasi yang sudah ada

#### *Teoretikus tipe 2.*

Tema umum pada teoretikus tipe 2 adalah pengakuan sifat sosial dari organisasi. Teoretikus tipe 2 lebih condong pada sisi kemanusiaan daripada sisi mesin teoretikus tipe 1 yang dikembangkan oleh beberapa ilmuwan serta teorinya tentang organisasi yaitu Elton Mayo, Chester Barnard, dan Douglas McGregor

#### Elton Mayo dan Kajian Hawthorne

Menurut beliau bahwa norma sosial merupakan kunci penentu kerja seseorang. Dalam penelitiannya rencana upah insentif tidak terlalu menentukan terhadap keluaran seorang pekerja dibandingkan tekanan dan penerimaan kelompok serta rasa aman dalam kelompok. Kajian Hawthorne membuat dampak dramatis yang membuat perubahan pada zaman itu tentang humanisme organisasi. Dalam melihat sebuah organisasi manajer selalu memperhatikan tentang akibat kelompok kerja, sikap pegawai, dan hubungan antara manajer dan pegawai.

<sup>15</sup>Henry Fayol, *Administration Industrielle et Generale*, (Paris:Donud, 1916)

### Chester Barnard

Gagasan bahwa sebuah organisasi adalah sebuah sistem kerjasama pada umumnya dikatakan berasal dari Chester Barnard. Selain salah satu orang pertama yang memperlakukan organisasi sebagai suatu sistem, Barnard juga menawarkan pandangan penting lainnya. Ia menantang pandangan klasik yang mengatakan bahwa wewenang harus didefinisikan sesuai dengan tanggapan dari bawahan; ia memperkenalkan peran dari organisasi informal kedalam teori organisasi; dan ia mengusulkan agar peran utama manajer adalah memperlancar komunikasi dan mendorong para bawahan untuk berusaha lebih keras.<sup>16</sup>

### Douglas McGregor dan Teori X-Teori Y

Menyatakan bahwa ada dua pandangan tentang manusia: yang pertama pada dasarnya negative- Teori X- dan yang lainnya pada dasarnya -Teori Y-. Mcgregor berkesimpulan bahwa pandangan seorang manajer tentang sifat manusia didasarkan atas pengelompokan asumsi tertentu dan bahwa manusia cenderung menyesuaikan perilakunya terhadap bahwa hanya sesuai dengan asumsi asumsi tersebut. Dibawah Teori X ada empat asumsi yang dianut oleh para manajer: 1) Para pegawai pada dasarnya tidak menyukai pekerjaan dan, jika mungkin, berusaha menghindarinya. 2) Karena pegawai tidak menyukai pekerjaan, maka harus dipaksa, dikendalikan, atau diancam dengan hukum untuk mencapai tujuan tujuan yang diinginkan. 3) Para pegawai akan mengelakkan tanggung jawab dan mencari pengarahan yang formal sepanjang hal itu mungkin. 4) Kebanyakan

---

<sup>16</sup>Chester I. Barnard, *The Function of Executive* (Cambridge: Harvard university press, 1938)

pegawai menempatkan rasa aman diatas factor lain yang berhubungan dengan pekerjaan dan hanya akan memperlihatkan sedikit ambisi.

Kebalikan dari Pandangan yang negatif terhadap manusia, Mcgregor menempatkan empat asumsi lain yang disebut Teori Y: 1) Para pegawai dapat melihat pekerjaan sebagai sesuatu yang biasa seperti halnya istirahat atau bermain. 2) Manusia akan menentukan arahnya sendiri dan mengendalikan diri, jika mereka merasa terikat kepada tujuan tujuan. 3) Rata rata orang dapat belajar untuk menerima, malahan mencari tanggung jawab. 4) Kreatifitas, yaitu kemampuan untuk membuat keputusan keputusan yang baiktersebar luas pada seluruh populasi dan tidak selalu merupakan hak dari mereka yang menduduki fungsi manajerial.

Dari dua teori X dan Y tersebut Mcgregor berasumsi bahwa teori Y lebih disukai dan asumsi asumsi dari teori tersebut dapat membimbing manajer dalam merancang organisasi mereka dan memotivasi anggota anggotanya.<sup>17</sup>

### *Teoritikus Tipe 3.*

Teoritikus tipe 1 yang mekanistik dan tipe 2 yang humanistik semakin membuat perkembangan dalam teori organisasi. Para teoritikus tipe 3 membuat sebuah sintesis yang menurut mereka membuat pedoman yang lebih baik bagi para manajer. Sintesis tersebut adalah pendekatan *contingency*. Teori kontingensi bermakna bagaimana perencanaan strategi mampu memenuhi tuntutan lingkungan, yang mana jika tidak tercipta keselarasan antara perencanaan strategi dengan lingkungan bisnis eksternal dapat berakibat turunnya kinerja sehingga munculnya krisis organisasi atau perusahaan. Keselarasan antara strategi

<sup>17</sup> Douglas McGregor, *The Human side of Enterprise* (New York :Mcgraw-Hill, 1960)

organisasi dengan lingkungan eksternalnya merupakan fokus kajian manajemen strategik. Pendekatan dengan menggunakan teori kontijensi ini mendapat dukungan dari banyak pakar. Bukti empiris yang ada pada umumnya menunjukkan bahwa perusahaan yang berhasil menyelaraskan strateginya dengan lingkungan eksternal yang dihadapinya akan memperlihatkan kinerja yang lebih baik dibandingkan perusahaan-perusahaan yang kurang berhasil menyelaraskan strateginya. Beberapa ilmuwan yang mengembangkan teori ini adalah Katz dan Khan dengan perspektif lingkungan dari organisasi serta golongan Aston dengan persepektif besaran Organisasi.

- Perspektif lingkungan dari Katz dan Khan

*The sosial psychology of organizations*, merupakan pendorong yang penting bagi pengenalan perspektif sistem terbuka tipe 3 terhadap teori organisasi. Buku tersebut mendiskripsikan tentang keunggulan perspektif sistem terbuka untuk menelaah hubungan yang penting antara organisasi dengan lingkungannya, dan perlunya organisasi menyesuaikan diri terhadap lingkungan yang berubah jika mereka ingin bertahan hidup. Karya dari Katz dan Khan membuat berbagai penelitian untuk mengevaluasi struktur mana yang paling sesuai dengan berbagai lingkungan yang ada.

- Kelompok Aston dan Besaran organisasi .

Selain pendukung lingkungan, teoritikus tipe 3 mencakup mereka yang mendukung besaran (*size*) sebagai sebuah factor penting yang mempengaruhi struktur. Organisasi besar terbukti banyak mempunyai banyak kesamaan komponen struktural. Demikian juga dengan organisasi kecil .Yang paling penting

adalah bukti menunjukkan bahwa beberapa hal dari komponen tersebut mengikuti sebuah pola tertentu pada saat organisasi berkembang dan besarnya. Bukti tersebut ternyata berguna bagi para manajer untuk membantu mereka membuat keputusan desain organisasi bersamaan dengan bertumbuhnya organisasi.

#### *Teoritikus Tipe 4.*

Pendekatan paling mutakhir mengenai teori organisasi memusatkan perhatian pada sifat politis organisasi. Posisi ini mula-mula dibuat James March dan Herbert Simon, namun telah diperbaiki secara intensif oleh Jeffrey Pfeffer.

Sebuah karya tentang batas-batas kognitif terhadap rasionalitas dari March dan Simon membuat sebuah perubahan. March dan Simon menentang gagasan klasik mengenai keputusan yang rasional atau optimum.<sup>18</sup> Mereka berargumentasi bahwa mayoritas pengambil keputusan memilih alternative yang memuaskan alternative yang cukup baik. Dalam pengecualian hanya pada kasus-kasus yang luar biasa mereka akan mencari dan menyeleksi alternatif yang optimal. March dan Simon menganjurkan agar model teori organisasi diubah, model yang sangat berbeda dari pandangan sistem kerja sama yang rasional. Model yang diperbaiki ini mengakui keterbatasan rasionalitas pengambil keputusan serta mengakui keberadaan tujuan yang saling bertentangan.

Dari karya Simon dan March, Jeffrey Pfeffer menciptakan model teori organisasi yang mencakup koalisi kekuasaan, konflik *inherent* atas tujuan, serta keputusan desain organisasi yang mendukung kepentingan dari mereka yang

---

<sup>18</sup> James G. March dan Herbert Simon, *Organizations* (New York: John Wiley, 1958)

berkuasa.<sup>19</sup> Pfeffer mengusulkan agar kendali dalam organisasi menjadi tujuan daripada hanya sebagai alat untuk mencapai tujuan-tujuan yang rasional seperti produksi *output* yang efisien. Organisasi merupakan koalisi yang terdiri dari berbagai kelompok dan individu dengan tuntutan yang berbeda-beda. Desain organisasi merupakan hasil dari pertarungan kekuasaan berbagai koalisi tersebut. Pfeffer mengatakan bahwa jika kita ingin mengerti bagaimana dan mengapa organisasi itu dirangcang secara demikian, maka kita harus menilai preferensi dan kepentingan dari mereka yang berada di dalam organisasi yang mempunyai pengaruh terhadap pengambilan keputusan mengenai desain itu.

Dari berbagai konsep para ahli tentang organisasi dalam memaparkan pendapatnya tentang organisasi dari teoristik satu sampai dengan empat yang mekanistik, humanistik, berbasis lingkungan sampai berbasis pada koalisi kelompok-kelompok yang berkuasa, penulis beranggapan bahwa organisasi merupakan sebuah sistem yang dibuat oleh beberapa individu untuk mencapai sebuah tujuan. Dalam konteks ini Badan Penyelenggara Jaminan Sosial merupakan organisasi yang tercipta dari sebuah keputusan pemerintah untuk mengatasi masalah kesehatan masyarakat di Indonesia.

### **1.5.1.2 Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS)**

Badan Penyelenggara Jaminan Sosial atau 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

---

<sup>19</sup> Jeffrey Pfeffer, *Organizational Design* (Arlington heights, AHM Publishing, 1978)

2011. Sesuai Undang-undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional, BPJS merupakan badan hukum nirlaba. Dan Program BPJS Kesehatan 2014 ini akan mulai berlaku pada tanggal 1 Januari 2014. Selama ini pelayanan kesehatan yang menggunakan kartu penerima bantuan dari pemerintah hanya dilayani oleh rumah sakit-rumah sakit milik pemerintah. Kementerian Kesehatan mencatat saat ini jumlah rumah sakit swasta di seluruh Indonesia sekitar dua ribu rumah sakit. Dan hal ini nanti akan didorong bahwa rumah sakit swasta juga harus melayani segenap lapisan masyarakat Indonesia. Pembentukan BPJS menurut Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial. Undang-Undang ini merupakan pelaksanaan dari Pasal 5 ayat (1) dan Pasal 52 Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional yang mengamanatkan pembentukan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial dan transformasi kelembagaan PT Askes (Persero), PT Jamsostek (Persero), PT TASPEN (Persero) dan PT ASABRI (Persero) menjadi Badan Penyelenggara Jaminan Sosial. Transformasi tersebut diikuti adanya pengalihan peserta, program, aset dan liabilitas, pegawai serta hak dan kewajiban. Undang-Undang ini membentuk 2 (dua) BPJS yaitu BPJS Kesehatan dan BPJS Ketenagakerjaan. BPJS Kesehatan menyelenggarakan program jaminan kesehatan dan BPJS Ketenagakerjaan menyelenggarakan program jaminan kecelakaan kerja, jaminan hari tua, jaminan pensiun dan jaminan kematian. Terbentuknya dua BPJS ini diharapkan secara bertahap akan memperluas jangkauan kepesertaan program jaminan sosial.

### 1.5.2 Kebijakan kesehatan di Indonesia

Indonesia merupakan negara yang merdeka dan berdaulat. Indonesia adalah negara yang turut menjamin kesehatan rakyatnya, hal itu merupakan salah satu kewajiban negara. Hal tersebut semakin jelas dengan adanya kebijakan kesehatan yang diamanatkan dalam undang-undang dan diimplikasikan pada pelayanan kesehatan. Secara sistematis kesehatan dapat terukur dari AKI (Angka Kematian Ibu) dan AKB (Angka Kematian Balita). Kebijakan (*Policy*) adalah sejumlah keputusan yang dibuat oleh mereka yang bertanggungjawab dalam bidang kebijakan tertentu sedangkan Kebijakan Publik (*Public Policy*) menurut Carl I. Friedrich mendefinisikan sebagai serangkaian tindakan yang diusulkan seseorang, kelompok atau pemerintah dalam suatu lingkungan tertentu, dengan ancaman dan peluang yang ada. Kebijakan yang diusulkan tersebut ditujukan untuk memanfaatkan potensi sekaligus mengatasi hambatan yang ada dalam rangka mencapai tujuan tertentu<sup>20</sup> dan Kebijakan Kesehatan (*Health Policy*) adalah segala sesuatu untuk mempengaruhi faktor – faktor penentu di sektor kesehatan agar dapat meningkatkan kualitas kesehatan masyarakat; dan bagi seorang dokter kebijakan merupakan segala sesuatu yang berhubungan dengan layanan kesehatan. Dalam memenuhi porsi pemerintah dalam membuat kebijakan kesehatan untuk menjamin kesehatan dan kesejahteraan rakyat, pemerintah membuat kebijakan tentang jaminan kesehatan yang dilakukan oleh institusi BPJS dengan bekerja sama dengan fasilitas kesehatan layaknya Puskesmas dan rumah sakit

<sup>20</sup> D Nugroho Riant, Kebijakan Publik Formulasi, Implementasi, dan Evaluasi, Alex Media Komputindo, Jakarta, 2004.

### 1.5.3 Pelayan Kesehatan

Menurut Levey dan Loomba dalam Azwar, yang dimaksud dengan pelayanan kesehatan adalah setiap usaha yang diselenggarakan sendiri atau bersama-sama dalam suatu organisasi untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan, mencegah dan menyembuhkan penyakit serta memulihkan kesehatan perseorangan, keluarga, kelompok atau masyarakat. Sesuai dengan batasan-batasan yang dijelaskan dalam pengertian dari pelayanan kesehatan, bahwa bentuk dan jenis pelayanan kesehatan ditemukan banyak macamnya karena sangat ditentukan oleh<sup>21</sup>

1. Pengorganisasian pelayanan, diartikan bahwa pelayanan kesehatan dilaksanakan secara mandiri atau bersama-sama dalam suatu organisasi.
2. Ruang lingkup kegiatan, diartikan bahwa pelayanan kesehatan memiliki cakupan berupa kegiatan-kegiatan pemeliharaan kesehatan, peningkatan kesehatan, pencegahan penyakit, dan pengobatan penyakit.
3. Sasaran pelayanan kesehatan, diartikan bahwa pelayanan kesehatan mempunyai falsafah yang berorientasikan kepada suatu hal yang heterogen baik perseorangan, keluarga kelompok ataupun masyarakat secara keseluruhan.

Dalam sebuah pelayanan kesehatan di tiap-tiap negara mempunyai perbedaan sesuai dengan pelayanan yang dianut oleh negara-negara tersebut, namun secara umum strata ini dapat dikelompokkan menjadi tiga macam, yakni:

#### 1. Pelayanan kesehatan tingkat pertama

<sup>21</sup>Azrul Azwar, *Pengantar Administrasi Kesehatan, Edisi Ketiga*. (Jakarta: Binarupa Aksara, 1996).hal 28

Yang dimaksud pelayanan kesehatan tingkat pertama (*primary health service*) adalah pelayanan kesehatan yang bersifat pokok (*basic health service*), yang sangat dibutuhkan oleh sebagian besar masyarakat serta mempunyai nilai strategis untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat. Pelayanan kesehatan tingkat pertama ini bersifat pelayanan rawat jalan (*ambulatory/out patient service*).

## 2. Pelayanan kesehatan tingkat kedua

Yang dimaksud dengan pelayanan kesehatan tingkat kedua (*secondary health service*) adalah pelayanan kesehatan yang lebih lanjut, telah bersifat rawat inap (*in patient service*) dan untuk menyelenggarakan telah dibutuhkan tenaga-tenaga spesialis.

## 3. Pelayanan kesehatan tingkat ketiga

Yang dimaksud pelayanan kesehatan tingkat ketiga (*Tertiary health service*) adalah pelayanan kesehatan yang bersifat lebih kompleks dan pada umumnya diselenggarakan oleh tenaga sub spesialis<sup>22</sup>. Azwar, menyatakan bahwa syarat pelayanan kesehatan yang baik paling tidak mencakup delapan hal pokok yaitu tersedia (*available*), wajar (*appropriate*), berkesinambungan (*continue*), dapat diterima (*acceptabel*), dapat dicapai (*accessible*), terjangkau (*affordable*), efisiensi (*efficient*) serta bermutu (*quality*). Serta tanggung jawab dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan secara keseluruhan dibagi menjadi empat kelompok, yaitu:<sup>23</sup>

1. Kesehatan lingkungan (*environmental health*)
2. Kesehatan masyarakat (*public health*)
3. Pelayanan kesehatan (*personal health care*)

<sup>22</sup>Azrul Azwar, *Pengantar Administrasi Kesehatan, Edisi Ketiga*. (Jakarta: Binarupa Aksara, 1996).hal.41

<sup>23</sup>*Ibid.* Hal.32

4. Pelayanan lain yang berhubungan dengan kesehatan, yaitu pelayanan sosial dan sistem pendidikan.

Jadi pelayanan kesehatan adalah setiap usaha yang diselenggarakan sendiri atau bersama-sama dalam suatu organisasi untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan, mencegah dan menyembuhkan penyakit serta memulihkan kesehatan perseorangan, keluarga, kelompok atau masyarakat. Dalam penelitian ini akan dibahas mengenai pelayanan kesehatan tingkat pertama, yaitu Puskesmas sebagai unit pelayanan teknis dari dinas kesehatan mempunyai kewenangan yang besar dalam menciptakan inovasi model pelayanan kesehatan di wilayah kerjanya.

#### **1.5.4 Fasilitas Kesehatan**

Menurut Wikipedia Fasilitas kesehatan adalah fasilitas pelayanan kesehatan yang digunakan untuk menyelenggarakan upaya pelayanan kesehatan perorangan, baik promotif, preventif, kuratif maupun rehabilitatif yang dilakukan oleh Pemerintah, Pemerintah Daerah, dan/atau Masyarakat. Sedangkan bila melihat pada peraturan presiden RI No.12 tahun 2013 tentang jaminan kesehatan, tepatnya pada Bab 1 ketentuan umum pasal 1 No 14, disebutkan bahwa fasilitas kesehatan adalah fasilitas pelayanan kesehatan yang digunakan untuk menyelenggarakan upaya pelayanan kesehatan perorangan, baik promotif, preventif, kuratif ataupun rehabilitatif yang dilakukan oleh pemerintah, pemerintah daerah, dan atau masyarakat.

Fasilitas kesehatan tersebut harus menjamin kesehatan dari pesertanya sendiri. Menurut peraturan presiden tersebut paling tidak ada dua kategori yang masuk kategori jaminan kesehatan yaitu PBI jaminan kesehatan dan bukan PBI

jaminan kesehatan. Peserta PBI jaminan kesehatan adalah fakir miskin dan tidak mampu. Sedangkan peserta bukan PBI adalah peserta yang bukan tergolong fakir miskin dan orang tidak mampu diantaranya adalah pekerja penerima upah dan keluarganya serta bukan pekerja dan anggota keluarganya. Yang dimaksud pekerja penerima upah diantaranya adalah Pegawai Negeri Sipil (PNS), anggota TNI, anggota Polri, pejabat negara, pegawai pemerintah non-pegawai negeri, pegawai swasta, dan pekerja yang tidak termasuk yang disebutkan diatas namun menerima upah. Sedangkan pekerja bukan penerima upah yang dimaksud adalah pekerja diluar hubungan kerja atau pekerja mandiri atau pun pekerjaan lainnya yang bukan penerima upah. Beberapa pekerja yang termasuk bukan pekerja diantaranya adalah investor, pemberi kerja, penerima pensiun.

#### **1.5.5 Pelayanan Kesehatan di Puskesmas**

Menurut Muninjaya, Puskesmas merupakan unit pelayanan teknis dinas kesehatan kabupaten/kota yang bertanggung jawab untuk menyelenggarakan pembangunan kesehatan disatu atau sebagian wilayah kecamatan yang mempunyai fungsi sebagai pusat pembangunan kesehatan masyarakat, pusat pemberdayaan masyarakat, dan pusat pelayanan kesehatan tingkat pertama dalam rangka pencapaian keberhasilan fungsi Puskesmas sebagai ujung tombak pembangunan bidang kesehatan. Notoatmodjo dalam Alamsyah menjelaskan bahwa fungsi Puskesmas dalam melaksanakan dapat mewujudkan empat misi pembangunan kesehatan yaitu menggerakkan pembangunan kesehatan, mendorong kemandirian masyarakat dan keluarga untuk hidup sehat, memelihara dan meningkatkan pelayanan kesehatan yang bermutu, merata dan terjangkau serta

memelihara dan meningkatkan kesehatan individu, kelompok dan masyarakat serta lingkungannya.

Dalam Sistem Kesehatan Nasional (2004) dijelaskan kedudukan Puskesmas adalah sebagai berikut:

- Puskesmas sebagai aspek fungsional, dalam hal ini Puskesmas dibedakan menjadi tiga bidang yaitu bidang pelayanan kesehatan masyarakat artinya Puskesmas merupakan pelaksana pelayanan kesehatan masyarakat tingkat pertama yang dibina oleh pihak dinas kesehatan kabupaten atau kota, yang kedua dibidang pelayanan medik artinya Puskesmas merupakan unit pelayanan medik dasar tingkat pertama yang secara teknis dapat berkoordinasi dan bekerjasama dengan Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) kabupaten atau kota. Dan yang ketiga adalah Puskesmas berkedudukan sebagai pelayanan kesehatan tingkat pertama yang merupakan ujung tombak system pelayanan kesehatan di Indonesia.
- Puskesmas sebagai aspek organisasi struktural dan berkedudukan sebagai pelaksana teknis dinas dipimpin oleh seorang kepala, yang berada dibawah dan bertanggung jawab kepada kepala kabupaten/kota dan secara operasional dikoordinasikan oleh camat.
- Puskesmas sebagai ujung tombak kesehatan pelayanan kesehatan di Indonesia khususnya di Indonesia, mempunyai tugas penting dalam penanganan tingginya Angka kematian ibu dan anak di Indonesia. Kebijakan kesehatan yang semakin berinovasi contohnya pelayanan rawat inap di Puskesmas untuk penyakit yang membutuhkan penanganan lebih

jauh sampai pelayanan bersalin akan sangat membantu masyarakat dalam menjalani proses bersalin.

### **1.5.6 Hubungan Badan Penyelenggara jaminan Sosial dengan Puskesmas**

Badan Penyelenggara jaminan Sosial (BPJS) mempunyai hubungan yang erat dengan fasilitas kesehatan hubungan yang saling menguntungkan diantara kedua institusi tersebut namun berbeda tupoksi yang dijalankan. Puskesmas sebagai fasilitas kesehatan memberikan pelayanan kesehatan yang komprehensif kepada pasien, pasien sebagai subyek ketiga diantara BPJS dan Puskesmas memberikan iuran dan mendapatkan paket benefit dari BPJS. BPJS memberikan prospektif pembayaran pada Puskesmas, dan Puskesmas menerima beberapa insentif dan beberapa fasilitas penunjang untuk pelayanan kesehatan yang lebih baik.<sup>24</sup>

### **1.6 Definisi Konseptual**

Berdasarkan perumusan masalah dalam kerangka konseptual yang telah dikemukakan maka peneliti dapat menjelaskan definisi konsep sesuai dengan batasan dalam penelitian ini, konsep-konsep yang digunakan dalam penelitian ini adalah:

#### **1. Kebijakan kesehatan**

---

<sup>24</sup>Abuwa Maulidya "Para pelaku jaminan kesehatan sosial Nasional" [www.Slideshare.net/ Para pelaku jaminan kesehatan sosial nasional](http://www.Slideshare.net/Para_pelaku_jaminan_kesehatan_sosial_nasional) diakses pada 29 januari 2015

Adalah Segala arah tindakan (dan dilaksanakan) yang mempengaruhi tatanan kelembagaan, organisasi, layanan dan aturan pembiayaan dalam system kesehatan yang mencakup sektor publik (pemerintah) yang dilakukan di suatu negara

## 2.BPJS

Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) adalah badan hukum yang dibentuk untuk menjalankan sistem jaminan kesehatan di Indonesia yang berperan aktif dalam pengembangan pelayanan kesehatan kearah yang lebih baik dengan bekerjasama dengan fasilitas kesehatan

## 3.Peran BPJS

Peran BPJS adalah organisasi atau institusi hukum yang dibentuk menangani tentang jaminan kesehatan 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

## 4.Puskesmas

Adalah sarana untuk melaksanakan pelaksanaan fungsi dari salah satu dari bagian unit pelaksana pelayanan kesehatan yang bertugas dan bertujuan memelihara dan meningkatkan kesehatan, mencegah dan menyembuhkan penyakit serta memulihkan kesehatan tingkat pertama masyarakat di sekitar wilayah kerjanya.

## 5.Pelayanan kesehatan

Adalah upaya yang dilakukan salah satu unit pelaksana teknis dinas kesehatan yang secara umum wajib memberikan pelayanan preventif,promotif, kuratif,

sampai dengan rehabilitatif agar tercipta masyarakat yang lebih sehat dan sadar akan pentingnya kesehatan.

## 1.7 Metode Penelitian

Metode penelitian merupakan seperangkat petunjuk atau pedoman yang merupakan strategi menyeluruh untuk menemukan dan memperoleh data yang diperlukan serta menjawab suatu permasalahan ilmiah guna memperoleh suatu pengetahuan yang berkebenaran ilmiah berdasarkan pengamatan yang sistematis atas gejala-gejala empirik dengan mengikuti prosedur yang baku, karena pada tahap ini akan mengkaji bagaimana masalah penelitian yaitu peran optimalisasi Badan Penyelenggara Jaminan Sosial dalam memperkuat fasilitas kesehatan publik guna mengurangi AKI pada Puskesmas Mulyorejo Surabaya ditemukan oleh aparatur pelayanan kesehatan.

Metode yang digunakan dalam penelitian ini adalah metode penelitian kualitatif. Pengertian dari metode kualitatif menurut Bogdan dan Taylor adalah prosedur penelitian yang menghasilkan data berupa kata-kata tertulis atau lisan dari orang-orang dan perilaku yang dapat diamati.<sup>25</sup>

Sejalan dengan definisi tersebut Kirk dan Miller mendefinisikan bahwa “penelitian kualitatif adalah tradisi tertentu dalam ilmu pengetahuan sosial yang secara fundamental bergantung pada pengamatan pada manusia dalam

---

<sup>25</sup>Prastowo, Andi. 2011. Metode Penelitian Kualitatif. Yogyakarta : Ar-Ruzz Media. Hal.21-22.

kawasannya sendiri dan berhubungan dengan orang-orang tersebut dalam bahasanya dan dalam peristilahannya”<sup>26</sup>

Penelitian kualitatif tidak memerlukan kuesioner sebagai instrumen, tetapi menghendaki peneliti itu sendiri yang berperan sebagai instrumen utama. Oleh karena itu, peneliti dituntut untuk melakukan kegiatannya sendiri di lapangan. Alasan peneliti untuk menggunakan metode penelitian kualitatif adalah dilihat dari sifat masalah yang diteliti, dimana tujuan penelitian ini adalah berusaha untuk mengungkap dan memahami sesuatu dibalik suatu fenomena yang ada.<sup>27</sup>

Jadi penelitian ini lebih ditujukan untuk mendapatkan gambaran atas berbagai informasi mengenai perumusan kebijakan yang dilakukan oleh Dinas kesehatan dalam menjalankan optimalisasi kebijakannya pada jaminan kesehatan yang dilakukan oleh fasilitas kesehatannya guna mengurangi Angka Kematian Ibu.

### 1.7.1 Tipe Penelitian

Pendekatan yang digunakan oleh peneliti adalah pendekatan kualitatif deskriptif. Tipe penelitian deskriptif ini akan mencoba menggambarkan fenomena yang terjadi. Menurut Bogdan dan Taylor mengatakan bahwa metode penelitian kualitatif sebagai prosedur penelitian yang menghasilkan data deskriptif berupa kata-kata tertulis atau lisan dari orang dan perilaku yang dapat diamati<sup>28</sup>. Pendekatan ini diarahkan pada latar dan individu secara holistik, oleh karena itu

<sup>26</sup>*Ibid.* Hal. 23.

<sup>27</sup>*Ibid.* Hal. 24.

<sup>28</sup>*Ibid.* Hal.21-22.

tidak boleh mengisolasi individu atau organisasi ke dalam variabel atau hipotesa, tetapi perlu memandangnya sebagai bagian dari suatu keutuhan. Sebagai prosedur yaitu suatu penelitian menghasilkan data atau keterangan yang dapat mendeskripsikan fakta/realita dan kejadian dalam kehidupan masyarakat.<sup>29</sup>

Tipe penelitian deskriptif adalah tipe penelitian yang menyajikan satu gambar yang terperinci mengenai satu situasi khusus, setting sosial atau hubungan. Penelitian deskriptif bisa digunakan untuk menjawab pertanyaan-pertanyaan penelitian (tidak berhipotesis) dan menguji hipotesis. Tipe penelitian deskriptif digunakan jika ada pengetahuan atau informasi tentang gejala sosial yang akan diselidiki atau dipermasalahkan.<sup>30</sup>

Penelitian deskriptif selain bertujuan menggambarkan secara cermat karakteristik dari suatu gejala atau masalah yang diteliti, penelitian deskriptif juga berfokus pada pertanyaan dasar “Bagaimana” dengan berusaha mendapatkan dan menyampaikan fakta-fakta dengan jelas, teliti dan lengkap tanpa banyak detail.<sup>31</sup> Dengan menggunakan tipe penelitian deskriptif ini peneliti berusaha menjelaskan dan mendeskripsikan bagaimana peran optimalisasi kerja BPJS dalam memperkuat fasilitas kesehatan untuk mengurangi AKI berdasarkan informasi yang didapat dari informan dan tidak bergantung pada pengukuran dengan angka.

---

<sup>29</sup> Moleong, Lexy J. Metode Penelitian Kualitatif . Bandung: Remaja Rosdakarya. 2007. Hal. 3

<sup>30</sup> *Ibid.* Hal. 68

<sup>31</sup> *Ibid.* Hal . 69

### 1.7.2 Lokasi Penelitian

Lokasi penelitian ditentukan secara *purposive* pada Puskesmas Mulyorejo Surabaya sebagai acuan dalam pelayanan kesehatan khususnya dalam bidang persalinan. Di Puskesmas Mulyorejo mempunyai layanan USG dan ECG sehingga membuat fasilitas kesehatan tersebut mempunyai pelayanan primer yang baik. Puskesmas Mulyorejo juga mendapat penghargaan terbaik di Puskesmas Surabaya dalam pelaksanaan PIN Dipteri yaitu mencapai 98%<sup>32</sup>. Puskesmas Mulyorejo merupakan salah satu Puskesmas yang bekerjasama dengan BPJS khususnya dalam bidang persalinan dan hampir dalam beberapa bulan terakhir setelah dikeluarkan kebijakan tentang BPJS, pada Puskesmas Mulyorejo 90% persalinannya menggunakan BPJS. Di Puskesmas Mulyorejo juga terjadi kematian yang seharusnya sangat tidak dianjurkan pada pelayanan kesehatan,

Table 2.1 Kematian bersalin pada Puskesmas Mulyorejo

<b>Tahun</b>	<b>Kematian bersalin di Puskesmas mulyorejo</b>
2012	3
2013	Nihil
2014	1

Sumber: Data Puskesmas Mulyorejo tahun 2012-2014

Dari data tersebut Pemerintah kota Surabaya membuat Puskesmas Mulyorejo menjadi pilot proyek dalam mengatasi kematian persalinan layaknya pendarahan dan preklamsi dengan maksud dari tidak tahu menjadi tahu, yang tahu menjadi lebih waspada karena kasus pendarahan dan preklamsi sangat jarang dan susah terdeteksi.

<sup>32</sup>“Puskesmas Mulyorejo maksimalkan pelayanan “Wartametropolis.com (diakses pada 26 Desember 2014)

### 1.7.3 Teknik Pemilihan Informan

Informan dalam penelitian kualitatif adalah orang-dalam pada latar penelitian yang diharapkan bisa memberikan informasi yang sesuai dan dibutuhkan sesuai permasalahan yang diangkat dalam penelitian ini. Moleong mendefinisikan informan sebagai “orang yang dimanfaatkan untuk memberikan informasi tentang situasi dan kondisi latar penelitian”. Sedangkan fungsi informan menurut Lincoln dan Guba dalam Moleong adalah membantu peneliti agar secepatnya dan tetap seteliti mungkin dapat membenamkan diri dalam konteks setempat terutama bagi peneliti yang belum mengalami latihan etnografi.

Pada umumnya terdapat tiga tahap pemilihan informan dalam penelitian kualitatif, yakni pertama pemilihan informan awal, apakah informan itu (untuk diwawancarai) atau suatu situasi sosial (untuk diobservasi). Kedua adalah pemilihan informan lanjutan guna memperluas deskripsi informasi dan melacak variasi informasi yang mungkin ada. Dan ketiga adalah menghentikan pemilihan informasi lanjutan bilamana dianggap sudah ditemukan lagi variasi informasi.<sup>33</sup>

Penentuan informan dalam penelitian ini menggunakan teknik *carapurposeful sampling*, dimana informan yang hendak dipilih adalah pihak yang dianggap paling memahami dan mengetahui tentang permasalahan yang diangkat dalam penelitian ini. Dilanjutkan teknik *snowball* dengan mencari informan lanjutan untuk mendapatkan variasi informasi yang mungkin ada, sehingga didapatkan variasi kedalaman dan kerincian data. Artinya adalah dengan menentukan seseorang atau beberapa orang untuk diwawancara (*key informan*),

<sup>33</sup>Burhan Bungin, *Analisis Data Penelitian Kualitatif* (Jakarta: PT. Raja Grafindo Persada, 2003), halaman 53-54.

kemudian orang-orang tersebut akan berperan besar sebagai titik awal pencarian informan selanjutnya. Dengan menggunakan teknik *snowball*, dimana pemilihan informan lanjutan dalam rangka penggalan data untuk mendapatkan variasi dan kedalaman informasi diperoleh atas rekomendasi dari informan utama yang telah ditentukan sebelumnya melalui teknik *purposive sampling*. Data informan berdasarkan *purposive sampling* tersebut disajikan pada bab III. Pemilihan tersebut berdasarkan *purposive sampling* dimana dari beberapa suami dari istri yang melakukan persalinan menggunakan layanan BPJS, serta pasien lain yang akan melakukan proses persalinan dan pengecekan pasca persalinan.

#### **1.7.4 Teknik Pengumpulan Data**

Penelitian kualitatif membutuhkan data primer sekaligus data sekunder. Dalam penelitian kualitatif, informasi dapat diperoleh dari data informasi yang berasal dari informan, sedangkan dengan data sekunder adalah data yang berasal dari dokumen-dokumen yang dimiliki oleh instansi yang bersangkutan. Teknik pengumpulan data yang dipilih meliputi:

##### **1.7.4.1. Data Primer**

Data primer adalah data yang diperoleh secara langsung dari obyek penelitian, untuk data primer dikumpulkan dengan tiga cara yaitu :

1. Observasi

Metode ini dilakukan dengan pengamatan langsung di lapangan untuk memperoleh data yang benar dan akurat. Data observasi ini berupa deskripsi

yang faktual, cermat dan terperinci mengenai keadaan lapangan, kegiatan manusia dan situasi sosial serta konteks dimana kegiatan-kegiatan itu terjadi.

## 2. Wawancara

Wawancara adalah percakapan dengan maksud tertentu dan dilakukan oleh dua pihak yaitu pewawancara (*interviewer*) yang mengajukan pertanyaan dan orang yang diwawancarai yang memberikan jawaban atas pertanyaan-pertanyaan tersebut. Data wawancara terdiri dari kutipan langsung orang<sup>34</sup>. Dilakukan dengan mengajukan pertanyaan-pertanyaan langsung dengan informan yang mempunyai relevansi dengan topik dan masalah yang diteliti. Dalam teknik wawancara ini mempergunakan instrumen pedoman wawancara / *interview guide* dengan maksud agar pembicaraan dapat dikendalikan sesuai arah dan tujuan penelitian. Wawancara dilakukan pada pihak Puskesmas serta pada sebagian pengguna layanan untuk memperoleh informasi yang diinginkan sesuai tujuan penelitian. Dalam wawancara ini dilakukan secara personal.

## 3. Dokumentasi

Merupakan teknik yang bisa digunakan dalam penelitian kualitatif. Dokumentasi merupakan pengumpulan – pengumpulan data berupa gambar – gambar, artikel, yang hasilnya dapat dijadikan bahan lampiran maupun data tambahan riset yang dibutuhkan.

---

<sup>34</sup>*Ibid.* hal. 1

#### **I.7.4.2. Data Sekunder**

Data sekunder adalah data yang diperoleh dalam bentuk sudah jadi (tersedia) publikasi dan informasi yang dikeluarkan dari organisasi atau perusahaan. Data sekunder juga bisa diartikan sebagai sumber data diluar kata-kata dan tindakan yakni sumber tertulis. Lebih lanjut Moleong menjelaskan bahwa: “dilihat dari segi sumber tertulis dapat dibagi atas sumber dari buku, majalah ilmiah, sumber dari arsip, dokumen pribadi dan dokumen resmi”.

#### **I.7.5. Teknik Analisis Data**

Setelah selesai melakukan pengumpulan data, langkah selanjutnya adalah melakukan teknik analisis data. Menurut Moleong, analisis data merupakan proses mengorganisasikan dan mengurutkan data ke dalam pola, kategori dan satuan uraian dasar sehingga dapat ditemukan tema dan dapat dirumuskan hipotesis kerja<sup>35</sup>. Proses analisis data dimulai dengan menelaah seluruh data yang tersedia baik yang diperoleh melalui wawancara mendalam maupun pemanfaatan sumber data dokumen. Langkah selanjutnya adalah melakukan reduksi data dengan menyusun abstraksi-abstraksi yang merupakan rangkuman proses dan pernyataan-pernyataan yang perlu dijaga agar tetap berada didalamnya, kemudian disusun dan dikategorikan..<sup>36</sup>

Agar analisa data secara kualitatif ini dapat memperoleh keteraturan dan sistematis, Miles dan Huberman menawarkan tiga alur kegiatan yang harus diikuti, yang ketiganya saling berkaitan yaitu meliputi:

<sup>35</sup>*ibid.* Hal 238.

<sup>36</sup>Sugiyono. *Memahami Penelitian Kualitatif*. Bandung: CV. Alfabeta 2008. Hal 190

1. Reduksi Data Yaitu proses pemilihan, pemusatan perhatian pada penyederhanaan, pengabstrakan dan transformasi data kasar yang muncul dari catatan tertulis di lapangan, dimana proses ini berlangsung secara terus menerus selama penelitian berlangsung. Langkah reduksi data dalam penelitian ini dilakukan sejak penggalan data pada saat observasi dan selama penelitian ini berlangsung hingga berakhir. Berdasarkan data yang diperoleh dari berbagai sumber di lapangan, kemudian dipilah-pilah, dikombinasikan dan dikelompokkan atau dikategorikan berdasarkan variabel penelitian dalam rumusan masalah yang diajukan dalam penelitian.
2. Penyajian data merupakan sekumpulan informasi yang telah tersusun secara terpadu dan mudah dipahami yang memberi kemungkinan dilakukannya penarikan kesimpulan dan pengambilan tindakan. Penyajian data ini menuntut seseorang peneliti untuk mampu mentransformasikan data kasar menjadi bentuk tulisan. Jadi dari berbagai data yang telah diperoleh di lapangan selama proses penelitian berlangsung dan setelah melalui proses reduksi, peneliti menyajikan data-data tersebut ke dalam bentuk tulisan yang mudah dipahami dan dimengerti berkaitan dengan permasalahan penelitian.
3. Verifikasi atau Penarikan Kesimpulan merupakan sebagian dari seluruh konfigurasi kegiatan penelitian yang utuh dan dapat

dilakukan selama penelitian berlangsung. Verifikasi ini mungkin dapat dilakukan sesingkat pemikiran kembali yang melintas dalam pikiran peneliti selama ia menulis, meninjau ulang catatan-catatan lapangan, atau mungkin lebih seksama dan memakan waktu dan tenaga yang lebih besar.

Penarikan kesimpulan berdasarkan variabel dalam permasalahan penelitian ini dilakukan selama proses penelitian berlangsung, baik pada saat penggalian data maupun penyajian data, peneliti juga melakukan pengecekan kembali pada bukti-bukti yang didapatkan baik dari data primer maupun sekunder. Sehingga kesimpulan yang didapatkan benar-benar merupakan jawaban atas permasalahan dalam penelitian ini.

#### **I.7.6. Teknik Pemeriksaan Keabsahan Data**

Dalam penelitian kualitatif, keabsahan (*Trustworthiness*) data dapat dilakukan dengan menggunakan teknik pemeriksaan yang berdasarkan atas kriteria-kriteria antara lain: derajat kepercayaan (*credibility*), keteralihan (*transferability*), kebergantungan (*dependability*), dan kepastian (*confirmability*). Dalam penelitian ini kriteria derajat kepercayaan pemeriksaan data dilakukan dengan teknik Triangulasi.

Moleong mendefinisikan teknik Triangulasi sebagai “teknik pemeriksaan keabsahan data yang memanfaatkan segala sesuatu yang lain di luar data yang telah diperoleh untuk keperluan pengecekan atau sebagai pembanding terhadap data itu”.

Uji Keabsahan data dalam penelitian ini adalah menggunakan teknik triangulasi. Triangulasi diartikan sebagai pengecekan data dari berbagai sumber dengan berbagai cara dan berbagai waktu. Ada beberapa jenis triangulasi:

- a. Triangulasi sumber, mengecek data yang telah diperoleh melalui berbagai sumber.
- b. Triangulasi teknik pengumpulan data, mengecek data kepada sumber yang sama dengan teknik yang berbeda.
- c. Triangulasi waktu, waktu juga sering mempengaruhi kredibilitas data.

Jadi, dalam penelitian yang dilakukan peneliti ini yang digunakan adalah teknik triangulasi sumber data, yaitu dengan membandingkan dan mengecek kembali derajat kepercayaan suatu informasi yang diperoleh melalui alat yang berbeda. Dilakukan dengan cara peneliti mengumpulkan data dari berbagai sumber yang berbeda mengenai permasalahan yang dikaji untuk kemudian dibandingkan. Triangulasi sumber data dalam penelitian ini dilakukan dengan:

1. Membandingkan data hasil pengamatan dan hasil wawancara.
2. Membandingkan hasil wawancara dengan isi dokumen.

Pemilihan triangulasi sumber data ini disesuaikan dengan karakteristik masalah, dimana peneliti akan melakukan pengumpulan data dengan pengamatan dan wawancara terhadap key informan serta juga akan melakukan pengumpulan data dengan teknik dokumentasi. Sehingga dalam pemeriksaan keabsahan data juga perlu membandingkan hasil dari proses pengumpulan data yang telah dilakukan sebelumnya