

BAB 1

PENDAHULUAN

I.1. Latar Belakang Masalah

Pelayanan publik merupakan suatu upaya yang dilakukan oleh pemerintah selaku penyelenggara yang berkewajiban untuk memenuhi segala kebutuhan masyarakat dalam berbagai aspek yang bertujuan untuk memakmurkan masyarakatnya, karena dengan terpenuhinya kebutuhan masyarakat akan menjadikan terciptanya masyarakat yang lebih sejahtera dan makmur serta masyarakat memiliki kehidupan dengan layak.

Pelayanan tidak dapat dipisahkan dari kehidupan manusia, dimana pelayanan tersebut dibutuhkan oleh manusia dalam berbagai macam aspek dalam kehidupannya, dimana kebutuhan tersebut harus dipenuhinya. Pelayanan publik sendiri merupakan segala kegiatan pelayanan yang dilaksanakan oleh penyelenggara publik dalam upaya pemenuhan daripada kebutuhan publik yang mana dalam pelaksanaannya dilakukan berdasarkan regulasi yang berpedoman pada undang-undang.

Hakekat daripada pemberian pelayanan publik itu sendiri adalah pemberian pelayanan prima kepada masyarakat yang merupakan perwujudan kewajiban aparatur pemerintah sebagai abdi masyarakat.¹

¹ Keputusan Menpan Nomor 63 Tahun 2003 tentang pedoman umum pelayanan publik

Pemerintah memiliki tugas sebagai penyedia berbagai layanan publik untuk memenuhi segala apa yang menjadi kebutuhan masyarakat yang mana berkaitan dan menyangkut berbagai aspek kehidupan yang bersifat luas dengan mencakup berbagai macam kebutuhan, sehingga dalam penyelenggaraannya pelayanan publik perlu memperhatikan dan menerapkan berbagai aspek penting untuk menunjang dan mendukung adanya pelayanan publik seperti halnya diterapkannya prinsip, standart, pola penyelenggaraan, biaya, dan sebagainya. Pemerintah selain menyediakan pelayanan publik yang bersifat upaya pemenuhan berbagai macam kebutuhan, pemerintah juga memberikan pelayanan yang bersifat pengaturan.

Pelayanan yang bersifat pengaturan yang dibuat untuk mengatur dan menjaga stabilitas agar kehidupan bernegara dapat berjalan dengan tertib dan aman yang mana dapat berupa perundangan, serta keputusan-keputusan yang dibuat baik oleh Presiden, Menteri, Gubernur, maupun Bupati atau Walikota untuk hal yang bersifat mengatur ditingkat kabupaten atau kota. Sedangkan pelayanan yang bersifat pemenuhan kebutuhan merupakan upaya pemerintah untuk mensejahterakan masyarakat di berbagai bidang seperti bidang pendidikan, kesehatan, sosial, ekonomi, dan lainnya.

Keputusan MENPAN Nomor 63 Tahun 2004 membedakan jenis pelayanan menjadi empat kelompok. Adapun tiga kelompok tersebut adalah sebagai berikut :

- a. Kelompok Pelayanan Administratif yaitu pelayanan yang menghasilkan berbagai bentuk dokumen resmi yang dibutuhkan oleh

publik, misalnya status kewarganegaraan, sertifikat kompetensi, kepemilikan atau penguasaan terhadap suatu barang dan sebagainya. Dokumen-dokumen ini antara lain Kartu Tanda Penduduk (KTP), Akte Pernikahan, Akte Kelahiran, Akte Kematian, Buku Pemilik Kendaraan Bermotor (BPKB), Surat Izin Mengemudi (SIM), Surat Tanda Nomor Kendaraan Bermotor, Izin Mendirikan Bangunan (IMB), Paspor, Sertifikat Kepemilikan/Penguasaan Tanah dan sebagainya

- b. Kelompok Pelayanan Barang yaitu pelayanan yang menghasilkan berbagai bentuk/jenis barang yang digunakan oleh publik, misalnya jaringan telfon, penyediaan tenaga listrik, air bersih dan sebagainya
- c. Kelompok Pelayanan Jasa yaitu pelayanan yang menghasilkan berbagai bentuk jasa yang dibutuhkan oleh publik, misalnya pendidikan, pemeliharaan kesehatan, penyelenggaraan transportasi, pos dan sebagainya.²

Kesehatan merupakan faktor yang sangat penting dalam kehidupan seseorang, dengan tingkat kesehatan yang baik maka seseorang dapat mampu menjalani kehidupannya dengan baik dan dapat menjadi seorang individu yang produktif, begitu juga pula sebaliknya, ketika seseorang berada pada tingkat kesehatan yang rendah maka seseorang akan terhambat dalam melaksanakan kehidupannya sehingga

² Ratminto, Atik Septi Winarsih. 2005. *Manajemen Pelayanan, Pengembangan Model Konseptual, Penerapan Citizen's Charter dan Standart Pelayanan Minimal*. Yogyakarta : Pustaka Pelajar. Hal. 20-21.

seseorang tersebut tidak dapat mampu memenuhi kebutuhannya dan menjadi tidak produktif.

Dengan begitu maka kesehatan merupakan salah satu bidang dalam pelayanan publik yang dapat dikategorikan wajib disediakan oleh pemerintah untuk rakyatnya dalam upaya pemenuhan kebutuhan masyarakat dalam aspek kesehatan. Sebagaimana yang telah dijelaskan, bahwa setiap orang berhak hidup sejahtera lahir dan batin, bertempat tinggal, dan mendapatkan lingkungan hidup yang baik dan sehat serta berhak memperoleh pelayanan kesehatan.³ Pemerintah bertugas mengatur, membina, dan mengawasi penyelenggaraan upaya kesehatan. Pemerintah bertugas menyelenggarakan upaya kesehatan yang merata dan terjangkau oleh masyarakat.⁴ Dengan adanya undang-undang tersebut maka ditetapkannya setiap orang berhak mendapatkan pelayanan kesehatan. Karena setiap individu, keluarga dan masyarakat berhak memperoleh perlindungan terhadap kesehatannya, dan Negara bertanggungjawab mengatur agar terpenuhi hak hidup sehat bagi penduduknya termasuk bagi masyarakat miskin dan tidak mampu.

Puskesmas selaku penyelenggara kesehatan pada tingkat pertama dalam penyelenggaraan layanan kesehatan, Puskesmas berada dalam garda depan untuk memeberikan pelayanan publik tentang kesehatan tersebut yang mana memberikan pelayanan kesehatan tingkat pertama. Pelayanan kesehatan tingkat pertama merupakan pelayanan kesehatan yang bersifat *basic* atau dasar yang sangat

³ Undang-undang Dasar 1945 pasal 28H ayat 1

⁴ Undang-undang Nomor 23 Tahun 1992 tentang kesehatan

dibutuhkan oleh masyarakat luas untuk menjaga dan meningkatkan kesehatan daripada masyarakat itu sendiri. Pelayanan kesehatan tingkat pertama ini bersifat pelayanan rawat jalan.

Puskesmas yang menjadi tujuan utama masyarakat untuk mencegah maupun mengatasi berbagai macam penyakit tersebut terutama bagi masyarakat kelas bawah diperlukan adanya peningkatan kualitas pelayanan pada sarana dan fasilitas tingkat pertama yang harus dilakukan untuk dapat menjamin kelancaran berjalannya program Jaminan Kesehatan Nasional tersebut. Fasilitas tingkat pertama pada Puskesmas harus berupaya mampu untuk memberikan pelayanan secara menyeluruh, meliputi pengobatan, pencegahan, peningkatan kesehatan, dan pemulihan kesehatan.

Salah satu program pemerintah yang tengah ramai diperbincangkan yakni tentang program pemerintah yang berupa Jaminan Kesehatan Nasional, atau yang biasa disingkat JKN itu sendiri. Program ini merupakan upaya pemerintah dalam membangun kesejahteraan masyarakat dalam bidang sosial yang fokusnya yakni pada kesehatan, yang mana setiap warga berhak atas jaminan sosial tersebut untuk meningkatkan martabat serta memenuhi kebutuhan dasar hidup Negara untuk menjadikan terwujudnya masyarakat yang sejahtera, adil dan makmur. Namun yang lebih terfokus yakni pada Pegawai Negeri Sipil (PNS), penerima pension PNS, TNI/POLRI, Veteran, perintis kemerdekaan beserta keluarganya, dan badan usaha lainnya.

Seperti yang dirasakan oleh seluruh rakyat Indonesia bahwa permasalahan kesehatan di Indonesia masih merupakan hal yang patut menjadi ataupun mendapat perhatian lebih oleh pemerintah, yang mana masih banyak permasalahan di dalamnya. Hal tersebut dapat dilihat dari masih banyaknya masyarakat Indonesia yang meninggal akibat permasalahan kesehatan. Dimana hal tersebut merupakan indikasi lemahnya penanganan pemerintah dalam upaya memberikan jaminan kepada masyarakat Indonesia dalam hal kesehatan, khususnya dapat terlihat pada apa yang dirasakan oleh warga yang kurang mampu, mereka dinilai sangat kurang dalam mendapat akses untuk mendapat perawatan kesehatan di rumah sakit.

Kebutuhan masyarakat akan kesehatan menjadi tanggung jawab pemerintah dalam memenuhi kebutuhan akan persoalan kesehatan tersebut, pemerintah memiliki kewajiban untuk mampu memberikan perlindungan kesehatan bagi seluruh masyarakat tanpa memandang latar belakang dari individu tersebut.

Upaya nyata pemerintah dalam menangani permasalahan-permasalahan kesehatan tersebut yakni dengan membuat kebijakan ataupun program yang berkaitan dengan permasalahan kesehatan tersebut yakni dengan membuat program JKN yakni Jaminan Kesehatan Nasional. Dimana di dalamnya telah diatur secara lebih spesifik dalam rangka penanganan permasalahan kesehatan tersebut yakni sebagai pelaksanaannya berupa Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan (BPJS Kesehatan).

Pengertian dari Jaminan Kesehatan Nasional sendiri adalah jaminan berupa perlindungan kesehatan agar peserta memperoleh manfaat pemeliharaan kesehatan dan perlindungan dalam memenuhi kebutuhan dasar kesehatan yang diberikan kepada setiap orang yang telah membayar iuran atau iurannya dibayar oleh pemerintah.⁵

Dalam program Jaminan Kesehatan Nasional mengatur tentang bagaimana dan apa yang bisa diperoleh dengan adanya program tersebut, bagaimana program tersebut dapat berjalan yakni melalui adanya sebuah iuran, dimana iuran jaminan kesehatan adalah sejumlah uang yang dibayarkan secara teratur oleh peserta, pemberi kerja dan/atau Pemerintah untuk program jaminan kesehatan.⁶ Serta apa yang bisa didapat dari program Jaminan Kesehatan Nasional yakni berupa fasilitas kesehatan, dimana 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.⁷

Dengan dibuatnya program tersebut tentu pemerintah mengharapkan suatu tujuan yang hendak dicapai dengan adanya program tersebut, tujuan pelaksanaan dari program Jaminan Kesehatan Nasional tersebut yakni pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) untuk memberikan perlindungan kesehatan dalam bentuk manfaat pemeliharaan kesehatan dalam rangka memenuhi kebutuhan dasar kesehatan

⁵ PerPres No. 12 Tahun 2013 tentang jaminan kesehatan

⁶ *Ibid*

⁷ *Ibid*

yang diberikan kepada setiap orang yang telah membayar iuran atau iurannya dibayar oleh pemerintah.⁸

Terdapat sasaran dan ruang lingkup dari program JKN itu sendiri yakni sasaran pedoman pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) ini adalah seluruh komponen mulai dari pemerintah (pusat dan daerah), BPJS, fasilitas kesehatan, peserta dan pemangku kepentingan lainnya sebagai acuan dalam pelaksanaan program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN). Sedangkan Ruang lingkup pengaturan dalam Pedoman Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) ini meliputi penyelenggaraan, peserta dan kepesertaan, pelayanan kesehatan, pendanaan, badan penyelenggara dan hubungan antar lembaga, monitoring dan evaluasi, pengawasan, dan penanganan keluhan.⁹

Adapun unsur-unsur dalam penyelenggaraan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) itu sendiri yakni meliputi :

1. Regulator

Yang meliputi berbagai kementerian/lembaga terkait antara lain Kementerian Koordinator Kesejahteraan Rakyat, Kementerian Kesehatan, Kementerian Keuangan, Kementerian Sosial, Kementerian Tenaga Kerja dan Transmigrasi, Kementerian Dalam Negeri, dan Dewan Jaminan Sosial Nasional (DJSN).

⁸ Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 28 Tahun 2014 tentang pedoman pelaksanaan Program JKN

⁹ *Ibid*

2. Peserta Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN)

Peserta Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) adalah seluruh penduduk Indonesia, termasuk orang asing yang bekerja paling singkat 6 (enam) bulan di Indonesia, yang telah membayar iuran.

3. Pemberi Pelayanan Kesehatan

Pemberi Pelayanan Kesehatan adalah seluruh fasilitas layanan kesehatan primer (Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama) dan rujukan (Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjut).

4. Badan Penyelenggara

Badan Penyelenggara adalah badan hukum publik yang menyelenggarakan program jaminan kesehatan sebagaimana yang ditetapkan oleh Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS).¹⁰

Dalam perihal pelaksanaan program JKN maka dibentuklah Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan (BPJS Kesehatan). Berdasarkan pada UU No. 40 Tahun 2004 tentang SJSN yang dimaksud dengan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) adalah: (1) Badan Hukum yang dibentuk untuk menyelenggarakan program jaminan sosial (Pasal 1 angka 6); (2) Badan Hukum

¹⁰ *Ibid*

nirlaba (Pasal 4 dan Penjelasan Umum); dan (3) Pembentukan dengan Undang – Undang (Pasal 5 ayat 1).¹¹

Pembentukan Program BPJS dilakukan berdasarkan ketentuan Pasal 52 ayat (2) UU No. 40 Tahun 2004, telah disebutkan bahwa batas waktu yang disediakan untuk penyesuaian semua ketentuan yang mengatur mengenai BPJS berkaitan dengan UU No. 40 Tahun 2004 paling lambat adalah tanggal 19 Oktober 2009, yaitu 5 tahun sejak UU No. 40 Tahun 2004 diundangkan. Berkenaan dengan waktu yang telah ditentukan tersebut pemerintah tidak mampu memenuhi waktu yang telah disediakan. Dengan kata lain bahwa RUU tentang BPJS tidak selesai dirumuskan dalam kurun waktu yang telah ditentukan. Hingga pada akhirnya pemerintah mengundangkan UU No. 24 Tahun 2011 tentang BPJS pada tanggal 25 November 2011.¹²

Pelaksanaan program BPJS ini merupakan perubahan terhadap PT ASKES (persero) dan PT (persero) JAMSOSTEK. PT ASKES (persero) telah berubah menjadi BPJS Kesehatan sejak tanggal 1 Januari 2014 (Pasal 60 ayat (1) UU BPJS) dan juga mulai beroperasi menyelenggarakan program jaminan kesehatan. Pada tanggal yang sama, terhitung sejak tanggal 1 Januari 2014 PT (persero) JAMSOSTEK juga resmi berubah menjadi BPJS ketenagakerjaan. Hal ini diatur dalam UU BPJS Pasal 62 ayat (1). Selain itu, selambat – lambatnya BPJS Ketenagakerjaan mulai beroperasi pada tanggal 1 Juli 2015. Hal tersebut termasuk

¹¹ UU No. 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional

¹² *Ibid*

dalam penerimaan peserta baru yang diatur dalam UU BPJS Pasal 62 ayat (2). Proses pembubaran PT ASKES (persero) dan PT (persero) JAMSOSTEK dilakukan tanpa likuidasi. Selain dua Perseroan Terbatas tersebut, ada dua Perseroan terbatas lain yang juga mengalami pengalihan program terkait diperundangkannya RUU tentang BPJS. PT (persero) ASABRI melakukan penyelesaian pengalihan program ASABRI dan program pembayaran pension ke BPJS Ketenagakerjaan paling lambat tahun 2029 (Pasal 65 ayat (1) UU BPJS). Selain itu, PT TASPEN (persero) juga melakukan penyelesaian pengalihan program THT dan program pembayaran pension ke BPJS Ketenagakerjaan paling lambat tahun 2029 yang diatur dalam UU BPJS Pasal 65 ayat (1).¹³

Untuk memberikan jaminan sosial yang menyeluruh, negara mengembangkan Sistem Jaminan Sosial Nasional bagi seluruh rakyat Indonesia atau yang biasa disingkat SJSN. SJSN sendiri diselenggarakan berdasarkan pada Sembilan prinsip berdasarkan UU No. 40 Tahun 2004 Pasal 4 yakni :

1. Kegotong-royongan

Adalah prinsip kebersamaan antar peserta dalam menanggung beban biaya jaminan sosial, yang diwujudkan dengan kewajiban setiap peserta membayar iuran sesuai dengan tingkat gaji, upah atau tingkat penghasilannya.

¹³ *Ibid*

2. Nirlaba

Adalah prinsip pengelolaan usaha yang mengutamakan hasil pengembangan dana untuk memberikan manfaat sebesar-besarnya dari seluruh peserta.

3. Keterbukaan

Adalah prinsip mempermudah akses informasi yang lengkap, benar, dan jelas bagi setiap peserta.

4. Kehati-hatian

Adalah prinsip mempermudah pengelolaan dana secara cermat, teliti, aman, dan tertib.

5. Akuntabilitas

Adalah prinsip pelaksanaan program dan pengelolaan keuangan yang akurat dan dapat dipertanggungjawabkan.

6. Portabilitas

Adalah prinsip memberikan jaminan yang berkelanjutan meskipun peserta berpindah pekerjaan atau tempat tinggal dalam wilayah Negara Kesatuan Republik Indonesia.

7. Kebersertaan bersifat wajib

Adalah prinsip yang mengharuskan seluruh penduduk menjadi peserta jaminan sosial, yang dilaksanakan secara bertahap.

8. Dana amanat

Adalah bahwa iuran dan hasil pengembangannya merupakan dana titipan dari peserta untuk digunakan sebesar-besarnya bagi kepentingan peserta jaminan sosial.

9. Hasil pengelolaan Dana Jaminan Sosial dipergunakan seluruhnya untuk pengembangan program dan untuk sebesar besar kepentingan peserta adalah hasil berupa deviden dari pemegang saham yang dikembalikan untuk kepentingan peserta jaminan sosial.¹⁴

Dari penjelasan tersebut menunjukkan bahwa program yang dilakukan oleh pemerintah tersebut berupa jaminan sosial ini bersifat untuk meningkatkan kesejahteraan dengan jaminan yang ditawarkan dan bersifat sosial dengan tidak mementingkan profit bagi perseorangan dalam berjalannya program tersebut. Jenis-jenis program yang di tawarkan yakni meliputi :

1. Jaminan Kesehatan

Adalah suatu program Pemerintah dan masyarakat/rakyat dengan tujuan memberikan kepastian jaminan kesehatan yang menyeluruh bagi setiap rakyat Indonesia agar penduduk Indonesia dapat hidup sehat, produktif, dan sejahtera.

¹⁴ http://www.jamsosindonesia.com/sjsn/Transformasi/karakteristik_sjsn diakses pada 20 April 2014

2. Jaminan Kecelakaan Kerja

Adalah suatu program pemerintah dan pemberi kerja dengan tujuan memberikan kepastian jaminan pelayanan dan santunan apabila tenaga kerja mengalami kecelakaan saat menuju, menunaikan, dan selesai menunaikan tugas pekerjaan dan berbagai penyakit yang berhubungan dengan pekerjaan.

3. Jaminan Hari Tua

Adalah program jangka panjang yang diberikan secara sekaligus sebelum peserta memasuki masa pensiun, bisa diterimakan kepada janda/duda, anak atau ahli waris peserta yang sah apabila peserta meninggal dunia.

4. Jaminan Pensiun

Adalah pembayaran berkala jangka panjang sebagai substitusi dari penurunan/ hilangnya penghasilan karena peserta mencapai usia tua (pensiun), mengalami cacat total permanen, atau meninggal dunia.

5. Jaminan Kematian

Definisi Jaminan Kematian (JK) tidak dijelaskan secara tegas baik dalam UU SJSN maupun dalam naskah akademik.¹⁵

Berdasarkan sistem yang digunakan oleh pemerintah dalam program jaminan kesehatan nasional tersebut sangat menguntungkan bagi warga Negara yang memiliki

¹⁵ *Ibid*

kemampuan ekonomi dibawah rata-rata, dengan menggunakan sistem asuransi, maka warga Negara yang kurang mampu tersebut akan mampu terpenuhi segala keperluannya oleh warga Negara yang menjadi anggota dari program tersebut yang memiliki pendapatan ekonominya diatas rata-rata.

Program Jaminan Kesehatan Nasional sebagai bentuk program asuransi kesehatan yang bersifat sosial yang mana memberikan keuntungan bagi setiap masyarakat dengan mencakup berbagai lapisan masyarakat, baik masyarakat kalangan bawah maupun atas. Keuntungan daripada program JKN yakni dengan memberikan manfaat yang sangat tinggi bagi masyarakat, serta memberikan keuntungan berupa keterjangkauan dalam hal biaya yang harus dikeluarkan oleh masyarakat. JKN menerapkan asuransi kesehatan berbasis sosial yang mana diterapkannya biaya yang terjangkau dengan pelayanan yang bermutu. Dalam program JKN biaya yang dibayarkan juga jelas dan berkala, sehingga tidak memberatkan masyarakat.

Puskesmas selaku garda utama dalam rangka pelaksanaan program memberikan pelayanan kesehatan tingkat pertama, Puskesmas berkomitmen dalam rangka melakukan pelayanan kesehatan publik dengan ditandai banyaknya jumlah Puskesmas yang telah menerapkan program JKN tersebut untuk mensukseskan program pemerintah yang sangat bersifat positif tersebut, serta untuk melayani kebutuhan kesehatan masyarakat yang mana mencakup berbagai lapisan masyarakat

yang membutuhkan pelayanan kesehatan sehingga masyarakat dapat memenuhi kebutuhan kesehatannya terutama kalangan masyarakat miskin dan tidak mampu.

Untuk mensukseskan program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN), pemerintah telah melakukan berbagai cara yakni salah satunya dengan melakukan kerjasama dengan berbagai institusi untuk memberikan pelayanan kesehatan secara maksimal. Perkembangan kerjasama dengan fasilitas kesehatan tingkat pertama per 1 Februari 2014 juga meningkat sebanyak 9.133 Puskesmas, 3715 dokter umum, 620 praktik dokter gigi, 1724 klinik swasta, 799 klinik TNI, 558 klinik polri, dan 19 Rumah Sakit Pratama telah bergabung untuk mesukseskan program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) ini.

Berikut ini adalah jumlah Puskesmas beserta program unggulannya yang ada di Kota Surabaya .

Tabel I.1 :
Jumlah Puskesmas di Surabaya

No	Wilayah/Puskesmas	Pelayanan Unggulan
Surabaya Pusat		
1	Puskesmas Dr. Soetomo	-
2	Puskesmas Gundih	Poli Batra
3	Puskesmas Kedung Doro	Pkm Sore, Posyandu Remaja
4	Puskesmas Ketabang	Puskesmas ISO, Spesialis Gigi Anak, Pemeriksaan CPNS
5	Puskesmas Peneleh	Spesialis Mata, Poli Batra, Poli Psikologi, posyandu Remaja, Pkm ISO
6	Puskesmas Simolawang	Pkm Sore

7	Puskesmas Tambak Rejo	Puskesmas ISO, Pkm Sore, Spesialis THT, Spesialis penyakit dalam
8	Puskesmas Tembok Dukuh	Pkm Sore
Surabaya Utara		
1	Puskesmas Bulak Banteng	-
2	Puskesmas Dupak	Pkm Perawatan, Pkm Sore, Pelayanan UGD, Poli STD, Pkm ISO, Spesialis Anak, Pelayanan IVA
3	Puskesmas Kenjeran	Pkm Sore, Puskesmas ISO, Pkm Industri
4	Puskesmas Moro Krembangan	-
5	Puskesmas Pegirian	Spesialis Paru dan THT, Poli Batra, Posyandu Remaja
6	Puskesmas Perak Timur	Spesialis Mata, Pemeriksaan CPNS, Pkm Sore, UGD, Poli STD
7	Puskesmas Sidotopo	-
8	Puskesmas Sidotopo Wetan	Pkm Sore
9	Puskesmas Tambak Wedi	-
10	Puskesmas Tanah Kali Kedinding	Pkm Sore, Pkm UGD, Pkm Rawat Inap, Puskesmas ISO, Spesialis Anak, Spesialis Obgyn
11	Puskesmas Wonokromo	-
12	Puskesmas Wonokusumo	Pkm Sore
Surabaya Selatan		
1	Puskesmas Balas Klumprik	-
2	Puskesmas Banyu Urip	Pkm Perawatan, Pkm Sore, Pelayanan UGD, Pkm ISO, Spesialis : Anak, Poly Batra, Pelayanan IVA
3	Puskesmas Dukuh Kupang	-
4	Puskesmas Gayungan	Pelayanan UGD, Spesialis Mata, Posyandu Remaja, Pkm ISO
5	Puskesmas Jagir	Pkm Perawatan, PONEB, Pkm Sore, UGD, Poli degeneratif, Posyandu Remaja, Pelayanan IVA, Pkm ISO, Pemeriksaan

		CPNS, Spesialis Anak, THT, Obgyn, KK, Perio, KG
6	Puskesmas Jemursari	Pkm Sore, Poli Batra, Pkm ISO, Spesialis mata
7	Puskesmas Kebonsari	UGD, Pkm ISO, Spesialis Kulit Kelamin
8	Puskesmas Kedurus	Pkm Perawatan, Pkm Sore, UGD, Pemeriksaan CPNS, Spesialis : Anak, Paru, Obgyn
9	Puskesmas Krembangan Selatan	Pkm Perawatan, Pkm Sore, UGD, Pkm ISO
10	Puskesmas Ngagel Rejo	Pkm Sore
11	Puskesmas Pakis	Pkm Perawatan, Pkm Sore, UGD, Spesialis : Anak, Obgyn, Jantung, Paru
12	Puskesmas Putat Jaya	Poli Psikologi, Posyandu Remaja, Pelayanan IVA, Pkm Sore, UGD, Poli STD, Spesialis Mata, Kulit dan Kelamin
13	Puskesmas Sawahan	Pkm Sore, Puskesmas ISO, Spesialis THT, Pkm UGD
14	Puskesmas Sidosermo	Pkm Sore
15	Puskesmas Siwalankerto	-
16	Puskesmas Wiyung	Pkm Sore
Surabaya Barat		
1	Puskesmas Asem Rowo	Pkm Sore, Poli Pasukan
2	Puskesmas Balongsari	Pkm Perawatan, Pelayanan Iva, Posyandu Remaja, Poli Psikologi, Pkm Santun Lansia, Poli Paliatif, Pkm ISO, Pelayanan UGD, Pkm Sore, Spesialis : anak, obgyn, paliatif.
3	Puskesmas Bangkingan	-
4	Puskesmas Benowo	-
5	Puskesmas Jeruk	Pkm ISO, Pkm Sore
6	Puskesmas Lidah Kulon	Pkm Sore, UGD, Pkm ISO, Pemeriksaan CPNS
7	Puskesmas Lontar	-
8	Puskesmas Made	-
9	Puskesmas Manukan Kulon	Pkm Perawatan, Pkm Sore, UGD, Pkm ISO, Spesialis Anak, Pemeriksaan CPNS, Poli Batra
10	Puskesmas Simomulyo	Pkm Sore, Pusekesmas ISO, Rawat Inap,

		Spesialis Penyakit Dalam, Spesialis Obgyn
11	Puskesmas Sememi	Pkm Sore, PKM Rawat Inap, Spesialis Obgyn
12	Puskesmas Tanjung Sari	Pkm Sore, Pkm Rawat Inap, Puskesmas ISO, Pkm UGD, Spesialis Obgyn
Surabaya Timur		
1	Puskesmas Gading	Poli Paliatif
2	Puskesmas Gunung Anyar	Pkm Perawatan, Pkm Sore, UGD, Spesialis Obgyn, Pemeriksaan CPNS, Pkm Santun Lansia, Pkm ISO, Pkm Industri
3	Puskesmas Kalijudan	-
4	Puskesmas Kali Rungkut	Pkm Sore, Puskesmas ISO, Spesialis Anak, UGD, Pkm Industri, Pemeriksaan CPNS
5	Puskesmas Keputih	-
6	Puskesmas Klampis Ngasem	-
7	Puskesmas Mulyorejo	Spesialis Anak, Posyandu Remaja, Pkm Sore
8	Puskesmas Medokan Ayu	Spesialis Anak, Pkm Santun Lansia, Poli Batra, Posyandu Remaja, PONEB, Pkm Sore, UGD, Pkm ISO
9	Puskesmas Mojo	Pkm Sore
10	Puskesmas Menur	Spesialis Mata, Pkm Sore, Pkm ISO
11	Puskesmas Pacar Keling	Poli Paliatif
12	Puskesmas Pucang Sewu	Spesialis Anak, Pemeriksaan CPNS, Pkm Sore, UGD, Pkm ISO
13	Puskesmas Rangkah	Pkm Sore, Poli Paliatif, Poli Psikologi, Posyandu Remaja
14	Puskesmas Tenggilis	Pkm Sore, Spesialis Obgyn, Spesialis Anak

Sumber : Dinas Kesehatan Surabaya

Sedangkan jumlah Penduduk Surabaya yang harus dilayani dan dipenuhi kebutuhan kesehatannya adalah sebagai berikut :

Tabel I.2**Jumlah Penduduk Surabaya Tahun 2009-2013**

Tahun	Jumlah Rumahtangga	Laki-laki		Perempuan		Total
		Jumlah	Persen	Jumlah	Persen	
2009	849.494	1.263.530	48,02	1.367.775	51,98	2.631.305
2010	769.764	1.367.841	49,46	1.397.646	50,54	2.765.487
2011	780.689	1.370.222	49,27	1.420.825	50,73	2.791.047
2012	731.272	1.380.805	49,46	1.410.956	50,54	2.791.761
2013	772.316	1.393.751	49,39	1.428.178	50,61	2.821.929

Sumber : BPS kota Surabaya

Kesehatan merupakan faktor yang sangat penting untuk menunjang aktivitas bagi seorang individu. Berikut data yang memuat bahwa kesehatan dapat mempengaruhi mobilitas kerja seseorang ditinjau dari jenis kelaminnya sebagai berikut :

Tabel I.3
Pengaruh Gangguan Penyakit Terhadap Aktivitas Masyarakat Surabaya
Tahun 2009-2013

Tahun	Laki-laki				Perempuan			
	Ada Keluhan Kesehatan ?				Ada Keluhan Kesehatan ?			
		1)	2)			1)	2)	
	Tidak	Ya,	Ya,	Jumlah	Tidak	Ya,	Ya,	Jumlah
2009	74,64	14,75	10,6	100	71,27	16,09	12,64	100
2010	76,46	13,64	9,9	100	74,98	14,33	10,7	100
2011	79,65	9,97	10,37	100	82,29	7,74	9,97	100
2012	75,81	12,17	12,02	100	73,69	11,66	14,65	100
2013	73,47	12,7	13,83	100	70,99	13,69	15,33	100
1)	Menyebabkan terganggunya pekerjaan, sekolah, dan kegiatan sehari-hari							
2)	Tidak menyebabkan terganggunya pekerjaan, sekolah, dan kegiatan sehari-hari							

Sumber : BPS Kota Surabaya

Dari tabel diatas dapat dilihat bahwa masyarakat yang memiliki keluhan penyakit dapat dipastikan bahwa aktivitas mereka terganggu oleh penyakit yang mereka derita, oleh sebab itu peran Puskesmas sangatlah tinggi sebagai penyelenggara kesehatan pada tingkat pertama, dimana banyaknya masyarakat Surabaya juga menjadikan para aparat yang ada dalam Puskesmas harus bekerja ekstra untuk melayani seluruh masyarakat Surabaya.

Program Jaminan Kesehatan Nasional memberikan tanggungjawab yang besar dan strategis kepada Puskesmas selaku penyelenggara pelayanan kesehatan pada tingkat dasar. Dengan kata lain Puskesmas diwajibkan untuk memberikan pelayanan medis terbaik yang mana sesuai dengan *standart* medis yang ada.

Pelaksanaan program JKN mewajibkan Puskesmas untuk bekerja lebih ekstra karena pada dasarnya program JKN yang bersifat sosial tersebut menjadikan masyarakat lapis bawah tidak ragu untuk berobat ke Puskesmas dengan adanya program JKN ini, dengan kata lain akan meningkatnya jumlah pasien di Puskesmas karena bukan hanya orang berkemampuan ekonomi lebih saja saat ini yang mampu berobat. Oleh sebab itu Puskesmas dituntut untuk memiliki institusi yang kuat dari berbagai aspek, seperti aspek organisasi, managerial, maupun aspek penyelenggara program JKN itu sendiri. Dengan dituntutnya Puskesmas untuk memiliki organisasi yang kuat maka diperlukan sebuah *Capacity Building* pada institusi Puskesmas tersebut untuk memperlancar implementasi daripada program JKN tersebut.

Program-program yang diterapkan pemerintah yang mana telah terorganisasi, terstruktur, dan terencana dengan matang serta telah dilakukan berbagai macam upaya dengan menjalin ikatan dengan instansi-instansi Negara maupun swasta dalam proses implementasi suatu program kebijakan tersebut untuk memperoleh ataupun untuk mencapai tujuan daripada program tersebut, namun dalam realitanya hampir selalu ditemukan penghambat dalam proses pengimplementasian program tersebut. Termasuk dalam pengimplementasian program JKN ini sendiri, dimana ditemukan banyak permasalahan dalam proses pengimplementasiannya, program yang merupakan sebuah program transformasi dari program lama ini tentu membutuhkan waktu untuk adaptasi atas perubahan-perubahan yang terjadi dari program lama ke

program baru saat ini, baik secara personal bagi kesiapan para penyelenggara maupun tingkat kemampuan dalam penguasaan sistem yang baru tersebut.

Masih banyaknya kendala pada tahap pengimplementasian program JKN sendiri dapat dilihat dari banyaknya keluhan yang maupun pertanyaan-pertanyaan yang ditujukan baik kepada pemerintah kota Surabaya maupun kepada pihak penyelenggara jaminan kesehatan tersebut, keluhan dan pertanyaan warga tersebut banyak di temukan baik di website resmi kedua lembaga tersebut, serta dapat ditemukan pula berbagai keluhan maupun ketidaktahuan akan program JKN dan tentang BPJS Kesehatan tersebut pada forum-forum diskusi umum instansi swasta.

Hal tersebut dapat dilihat dari pernyataan Komisi Pelayanan Publik (KPP) Jawa Timur, per tanggal 2 - 15 Januari 2014 telah menerima 48 pengaduan terkait prosedur menjadi peserta Badan Penyelenggara Jaminan Kesehatan (BPJS Kesehatan). Dari jumlah itu, yang datang langsung ke posko pengaduan KPP berjumlah tiga orang, sedangkan sisanya mengadu melalui hotline sms.¹⁶

Pemerintah terus melakukan upaya untuk penyempurnaan dari program JKN tersebut, hal tersebut dilakukan dengan cara melakukan penampungan terhadap keluhan dan pertanyaan yang diberikan oleh masyarakat, dan dilakukan evaluasi terhadap kekurangan yang ada. Nafsiah Mboi Menteri Kesehatan (Menkes) RI, Rabu (29/1/2014) di RSUD dr. Soetomo Surabaya mengatakan :

¹⁶ <http://health.liputan6.com/read/806916/dalam-seminggu-48-pengaduan-terkait-bpjs-di-surabaya#sthash.X3SIFqSV.dpuf> diakses pada 20 April 2014

"Masih ada keluhan dan pertanyaan, kami terus memantau 24 jam. Kalau ada yang bisa langsung dirubah, ya langsung kita rubah. Intinya kita tampung dulu, kita evaluasi akhir bulan."¹⁷

Keluhan yang ada bukan hanya tentang ketidakpahaman seseorang mengenai prosedur pendaftaran ataupun mengenai program BPJS itu sendiri, namun soal ketidakmampuan badan pelaksana dalam manajemen pendaftaran di lokasi bagi para pendaftar program BPJS tersebut, sehingga terjadi ketidakteraturan dalam proses pendaftaran. Hal tersebut dapat dilihat dari Antrean panjang untuk mendapatkan kartu BPJS Kesehatan, hingga Rabu (22/1/2014) siang masih terjadi. Lebih dari 100 orang mengantre sejak pukul 08.00 WIB di kantor BPJS Surabaya Jl. Dharmahusada Indah no.2 Surabaya untuk mendaftar.¹⁸

Dari sekian banyak masalah tentang pengimplementasian program JKN tersebut, fokus penelitian kali ini dilakukan terhadap intansi Puskesmas Jagir. Peneliti memilih Puskesmas Jagir sebagai obyek penelitian yakni dikarenakan Puskesmas Jagir merupakan salah satu Puskesmas dengan predikat Puskesmas percontohan di Surabaya, yang mana Puskesmas Jagir tersebut juga memiliki prestasi-prestasi yang baik yang dimiliki seperti telah ditetapkannya Puskesmas Jagir sebagai pelayanan publik percontohan sejak tahun 2010, yang mana ditetapkan melalui keputusan Walikota Surabaya nomor 188.45/323/436.1.2/2010 tentang Badan Arsip dan Perpustakaan Kota Surabaya. Prestasi lain yang didapat oleh Puskesmas Jagir

¹⁷ <http://kelanakota.suarasurabaya.net/news/2014/129826-Evaluasi-BPJS-Akan-Dilakukan-Akhir-Bulan> diakses pada 20 April 2014

¹⁸ <http://kelanakota.suarasurabaya.net/news/2014/129518-Warga-Keluhkan-Antrean-Panjang-Pendaftaran-BPJS> diakses pada 20 April 2014

tersebut yakni memiliki sertifikat ISO 9001:2008 dan masih mampu mempertahankan sertifikasi tersebut hingga saat ini, serta banyak penghargaan lain yang telah didapatkan. Dengan banyaknya prestasi yang didapatkan tersebut maka menjadikan suatu hal yang menarik untuk diteliti bagaimana *capacity building* yang ada dalam Puskesmas Jagir dalam upaya melaksanakan Program JKN ditengah banyaknya kendala dalam proses implementasi program JKN tersebut.

Dapat dilihat tabel I.4 dibawah ini mengenai jumlah kunjungan pasien Peserta JKN diseluruh Puskesmas di Kota Surabaya, maka dapat dilihat dengan seksama bagaimana jumlah pasien pengunjung yang ada pada Puskesmas Jagir.

Tabel I.4
Jumlah Kunjungan Pasien Peserta JKN
Di Seluruh Puskesmas Kota Surabaya
Tahun 2014

No	Wilayah/Puskesmas	Jumlah		Persentase
		Kunjungan	Rata-rata Kunjungan per bulan	
Surabaya Pusat				
1	Puskesmas Dr. Soetomo	6.667	556	0.9
2	Puskesmas Gundih	9.563	797	1.3
3	Puskesmas Kedung Doro	13.953	1.163	1.9
4	Puskesmas Ketabang	9.326	777	1.3
5	Puskesmas Peneleh	11.548	962	1.6
6	Puskesmas Simolawang	14.169	1.181	1.9
7	Puskesmas Tambak Rejo	17.646	1.471	2.3
8	Puskesmas Tembok Dukuh	10.943	912	1.4
Surabaya Utara				
1	Puskesmas Bulak Banteng	7.835	653	1.1
2	Puskesmas Dupak	13.142	1.095	1.8

3	Puskesmas Kenjeran	11.134	928	1.5
4	Puskesmas Moro Krembangan	3.891	324	0.5
5	Puskesmas Pegirian	21.324	1.777	2.9
6	Puskesmas Perak Timur	18.638	1.553	2.5
7	Puskesmas Sidotopo	6.026	502	0.8
8	Puskesmas Sidotopo Wetan	13.187	1.099	1.8
9	Puskesmas Tambak Wedi	5.934	495	0.8
10	Puskesmas Tanah Kali Kedinding	8.977	748	1.2
11	Puskesmas Wonokromo	17.098	1.425	2.3
12	Puskesmas Wonokusumo	17.408	1.451	2.4
Surabaya Selatan				
1	Puskesmas Balas Klumprik	5.059	741	0.7
2	Puskesmas Banyu Urip	13.022	1.085	1.8
3	Puskesmas Dukuh Kupang	12.682	1.057	1.7
4	Puskesmas Gayungan	16.441	1.370	2.2
5	Puskesmas Jagir	30.234	2.520	4.1
6	Puskesmas Jemursari	7.510	626	1.0
7	Puskesmas Kebonsari	15.935	1.328	2.2
8	Puskesmas Kedurus	17.493	1.458	2.4
9	Puskesmas Krembangan Selatan	13.977	1.165	1.9
10	Puskesmas Ngagel Rejo	12.042	1.004	1.6
11	Puskesmas Pakis	12.683	1.057	1.7
12	Puskesmas Putat Jaya	10.014	835	1.4
13	Puskesmas Sawahan	16.755	1.396	2.3
14	Puskesmas Sidosermo	10.318	860	1.4
15	Puskesmas Siwalankerto	8.888	741	1.2
16	Puskesmas Wiyung	13.182	1.099	1.8
Surabaya Barat				
1	Puskesmas Asem Rowo	7.552	629	1.0
2	Puskesmas Balongsari	9.024	752	1.2
3	Puskesmas Bangkingan	2.063	172	0.3
4	Puskesmas Benowo	10.437	870	1.4
5	Puskesmas Jeruk	4.188	349	0.6
6	Puskesmas Lidah Kulon	7.384	615	1.0
7	Puskesmas Lontar	3.863	322	0.5
8	Puskesmas Made	4.025	335	0.5
9	Puskesmas Manukan Kulon	29.589	2.466	4.0
10	Puskesmas Simomulyo	13.950	1.163	1.9

11	Puskesmas Sememi	9.983	832	1.4
12	Puskesmas Tanjung Sari	6.153	513	0.8
Surabaya Timur				
1	Puskesmas Gading	9.724	810	1.3
2	Puskesmas Gunung Anyar	9.613	801	1.3
3	Puskesmas Kalijudan	6.086	507	0.8
4	Puskesmas Kali Rungkut	13.715	1.143	1.9
5	Puskesmas Keputih	7.866	656	1.1
6	Puskesmas Klampis Ngasem	8.781	732	1.2
7	Puskesmas Mulyorejo	9.959	830	1.4
8	Puskesmas Medokan Ayu	15.369	1.281	2.1
9	Puskesmas Mojo	20.503	1.709	2.8
10	Puskesmas Menur	12.035	1.003	1.6
11	Puskesmas Pacar Keling	15.410	1.284	2.1
12	Puskesmas Pucang Sewu	17.751	1.479	2.4
13	Puskesmas Rangkah	15.573	1.298	2.1
14	Puskesmas Tenggilis	12.987	1.082	1.8
	Total	738.227	61844	100

Sumber : Dinas Kesehatan Kota Surabaya

Jika dilihat dari tabel I.4 diatas maka dapat dilihat bahwa Puskesmas Jagir yang merupakan fasilitas kesehatan tingkat pertama memiliki jumlah kunjungan terbanyak di Surabaya. yang mana pengunjung tersebut sudah termasuk dalam kepesertaan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN). Jumlah pengunjung fasilitas kesehatan tingkat pertama Jagir tersebut yakni 30,234 pasien dengan rata-rata jumlah pasien perbulannya yakni 2,520 pasien.

Berbagai prestasi juga dimiliki oleh Puskesmas Jagir, berbagai macam inovasi layanan yang dimiliki yang mana cukup lengkap dan terus dikembangkan oleh pihak Puskesmas, serta kemampuan dalam melayani dengan baik, yang mana dapat

tercermin dari banyaknya jumlah pasien peserta JKN yang telah melakukan rawat jalan di Puskesmas Jagir.

Berbagai prestasi yang didapat tersebut tentunya didukung oleh kapasitas yang dimiliki oleh Puskesmas Jagir tersebut, dimana kapasitas yang dimiliki oleh para pegawai Puskesmas Jagir memiliki peran yang besar dalam proses pencapaian prestasi-prestasi yang diperoleh tersebut. Untuk melihat bagaimana kapasitas dari pegawai Puskesmas Jagir dapat dilihat pada tabel I.5 mengenai daftar urutan kepegawaian karyawan / karyawan Puskesmas jagir Kota Surabaya sebagai berikut :

Tabel I.5
Daftar Urut Kepangkatan Kepegawaian Karyawan / Karyawati
Puskesmas Jagir Kota Surabaya

No.	NAMA	GELAR	PANGKAT/GOL		JABATAN FUNGSIONAL	PDDK
			GO L	TMT		
1	Sri Peni Tjahjati	dr	IV C	01/04/2008	Dokter Madya	S1 Kedokteran
2	Susanti Gani	drg	IV B	01/10/2004	Dokter Gigi Madya	Kedokteran Gigi
3	Kuntorowati	drg	IV B	01/04/2006	Dokter Gigi Madya	Kedokteran Gigi
4	Dina Djojohusodo	dr., Sp. Anak	IV B	01/04/2006	Dokter Madya	Sp. Anak
5	Mahrta	drg., Sp. Perio	IV B	01/10/2001	Dokter Gigi Madya	Sp. Periodonsia
6	Siti Rasnah	-	IV A	01/10/2006	Perawat Penyelia	Keperawatan
7	Mustinah	-	III D	01/10/2007	Analisis Kesehatan Penyelia	Sekolah Analisis
8	Prihartini	-	III D	01/10/2007	Sanitarian Penyelia	SPPH
9	Sultana Basalamah	Amd. Keb	III D	01/04/2006	Bidan Penyelia	D3 Bidan
10	Endang Dwi P.	-	III C	01/04/2002	Staf/Administrasi	SMA + SPPM
11	Amini	-	III B	01/10/2005	Perawat Pelaksana Lanjutan	SPK
12	Gusti Sigmananda	S. Apt	III B	01/02/2006	Perawat Pelaksana Lanjutan	S1 Apoteker
13	Sri Pujiwardani	Amd. Keb	III B	01/04/2006	Bidan Pelaksana	D3 Bidan

					Lanjutan	
14	Reyner MS	dr	III B	01/01/2008	Dokter Pertama	S1 Kedokteran
15	Sri Lestari	dr	III B	01/01/2008	Dokter Pertama	S1 Kedokteran
16	Heni Agustina	dr	III B	01/01/2008	Dokter Pertama	S1 Kedokteran
17	Septiana W.	dr., Sp. KK	III B	01/10/2005	Dokter Pertama	Sp. KK
18	Musriati	S. PT	III B	01/04/2007	Nutrisionis Pelaksana Lanjutan	S1 Teknologi Pangan
19	Muhammad Fauzi	Amd. Kep	III B	01/04/2007	Perawat Pelaksana Lanjutan	Akpernes
20	Anita Suslami	drg	III B	01/04/2008	Dokter Gigi Pertama	Kedokteran Gigi
21	Sustiani	-	III B	01/04/2008	Staff/Administrasi	SMEA+Pekarya Kesehatan
22	Widjiati	-	III A	01/04/2005	Staff/ Unit Kasir	SMEA
23	Zainal Arifin	-	III A	01/04/2005	Staff/ Unit Pendaftaran	SMA
24	Susana Waskitawati	-	III A	01/10/2006	Perawat Gigi Pelaksana Lanjutan	SPRG
25	Siti Hani'ah	-	II D	01/04/1999	Bidan Pelaksana	D3 Bidan
26	Nita Dwi Ratnasari	-	II D	01/10/2004	Perawat Pelaksana	SPK
27	Ninik Sumini	-	II D	01/10/2004	Staff/ Pembantu Bidan	SMP+Pers. Kes.
28	Erlien Listiana	Amd. AK,Ssi	II D	01/01/2008	Pranata Laboratorium Pelaksana	D3 Analisis
29	Diyah Nur Aida	Amd. Keb.	II C	01/01/2008	Bidan Pelaksana	D3 Bidan
30	Suko Budiono	Amd. Keb.	II C	01/01/2008	Perawat Pelaksana	D3 Perawat
31	Lailatul Luthfiyah	Amd. Keb.	II C	01/01/2007	Bidan Pelaksana	D3 Bidan
32	Siska Wulandari	Amd. Keb.	II C	01/01/2008	Bidan Pelaksana	D3 Bidan
33	Eti Kumalasari	Amd. Keb	II C	-	Bidan Pelaksana	D3 Bidan
34	Nurhan Abi P.	Amd. KL	II C	-	Sanitarian	D3 KesehatanLingk ungan
35	Dodik Eko L.	Amd. Kep	II C	01/01/2008	Perawat	D3 Perawat
36	Sumirah	Amd. Kep	II A	01/04/2007	Perawat	D3 Perawat
37	Sri Hidayati	-	II A	01/04/2007	Bidan Pelaksana	D1 Bidan
38	Gampang	-	II A	-	Staff/ Kebersihan	SD
39	Endah Rohyatun	-	II A	01/04/2007	Perawat Gigi Pelaksana	SPRG
40	Suhada	-	I C	01/04/2007	Staff/ Pembantu Bidan	SMK
41	Siti Aisyah	-	I C	01/04/2007	Staff/ Pembantu BPG	SMA
42	Antoko	-	I C	01/04/2007	Staff/ Sopir	SMP
43	Sukardi	-	I A	-	Staff/ Kebersihan	SMP

44	Siti Sa'adah	-	-	-	Staff/ Pembantu Bidan	SD
45	Ratna Sitawati	-	-	-	Staff/ Pembantu Bidan	SMA
46	Yayuk Hernawati	-	-	-	Pembantu Bidan	SMA
47	Jeminah	-	-	-	Staff/ Pembantu Bidan	SMA
48	Didik Kurniawan	-	-	-	Staff/ Kebersihan	STM
49	Mau'idah	-	-	-	Staff/ Unit Pendaftaran	SMK
50	Sudarmono	SE	-	-	Staff/ Administrasi	S1 Ekonomi
51	Eka Artha	S. Apt	-	-	Apoteker	S1 Apoteker
52	Rosita Prananingtias	Amd. PK	-	-	Rekam Medik	D3 Rekam Medik
53	Eko Priyanto	Amd. Kep	-	-	Perawat	D3 Perawat
54	Diyah Ayu	Amd. Keb	-	-	Bidan	D3 Bidan
55	Wiedho Widiyanto	SKM	-	-	SKM	Sarjana Kesehatan Masyarakat
56	Elvira Amoudaria	Amd. Keb	-	-	Bidan	D3 Bidan
57	Suprapti H.A.	Amd. Keb	-	-	Bidan	D3 Bidan
58	Nur Aini	-	-	-	Asisten Apoteker	SMF
59	Endang Umiasih	-	-	-	Staff/ Kebersihan	SMP
60	Yudi	-	-	-	Staff/ Jaga Malam	SMP
61	Febri Ardianto	-	-	-	Staff/ Unit Pendaftaran	SMK

Sumber : Tata Usaha Puskesmas Jagir Kota Surabaya

Dengan kapasitas pegawai yang dimiliki oleh Puskesmas Jagir tersebut tentunya didukung dengan kapasitas dari sarana dan prasarana yang dimiliki oleh Puskesmas Jagir untuk memperoleh berbagai macam prestasi yang telah dicapai tersebut. Dapat dilihat pada tabel di bawah ini kapasitas sarana dan prasarana yang dimiliki oleh Puskesmas Jagir sebagai berikut :

Tabel I.6
Sarana dan Prasarana Puskesmas Jagir

No.	Jenis Sarana dan Prasarana	Jumlah
1.	Puskesmas Induk	
2.	Puskesmas Pembantu	1
3.	Posyandu Balita	80 Posyandu
4.	Posyandu Lansia	9 Posyandu
5.	Pusling	6 Lokasi
6.	<i>Ambulance</i>	1 Unit
7.	Sepeda Motor	5 Unit
8.	IPAL	1 Instalasi
9.	<i>Incinerator</i>	1 Unit
10.	<i>Swing Fog</i>	1 Unit
11.	Alat Penyemprot Lalat	1 Unit
12.	<i>Tower</i>	1 Unit
13.	Jaringan Online	15 Line
14.	Dental Unit	5 Unit

Sumber : Tata Usaha Puskesmas Jagir Kota Surabaya

Dalam kenyataan di lapangan masih ada keluhan dari masyarakat tentang pelayanan di beberapa Puskesmas. Dimana keluhan-keluhan tersebut terdapat pada Puskesmas yang sudah memiliki standarisasi ISO. Khusnul Khotimah Anggota Komisi D Bidang Kesejahteraan Rakyat mengatakan bahwa :

“Kini sudah ada lebih dari 20 Puskesmas dari total 62 Puskesmas di Surabaya yang memenuhi standar ISO. Seharusnya dengan terpenuhinya standar ISO, Puskesmas bisa mendapatkan kepercayaan dari masyarakat dalam hal pelayanan kesehatan.”¹⁹

Artinya pelayanan kesehatan di Puskesmas yang merupakan pos pertama pelayanan BPJS kesehatan, seharusnya secara otomatis turut ditingkatkan. Tapi dalam realisasinya di lapangan masih ada keluhan dari masyarakat tentang

¹⁹ <http://kelanakota.suarasurabaya.net/news/2015/150715-DPRD:-Pelayanan-Puskesmas-di-Surabaya-Kurang-Memuaskan> Diakses Pada 25 Juni 2015

pelayanan di beberapa Puskesmas. Terutama dalam hal pelayanan kesehatan di jam-jam operasional.

Dengan adanya program JKN, Puskesmas dituntut untuk lebih ekstra dalam melaksanakan tugasnya, hal tersebut dikarenakan program JKN menjadikan setiap lapisan masyarakat mampu untuk memenuhi kebutuhan akan kesehatannya, dimana nominal yang harus dikeluarkan dinilai sangat ekonomis. Sehubungan dengan hal tersebut maka diperlukan pengembangan kapasitas dalam *level* individu, *level* institusi, maupun *level* sistem. Dimana pengembangan kapasitas tersebut sangat diperlukan untuk meningkatkan kinerja serta memperlancar upaya-upaya yang dilakukan dalam rangka implementasi daripada program JKN tersebut.

Program JKN merupakan sebuah program dengan konsep yang baru, yang mana belum banyak orang paham akan hal tersebut, baik pihak penyelenggara yang harus beradaptasi dengan program yang baru ini maupun masyarakat selaku kelompok sasaran dari program JKN ini. Sehingga dalam penelitian ini peneliti mencoba mendeskripsikan *capacity building* yang ada dalam Puskesmas Jagir dalam rangka implementasi Program JKN tersebut.

Persoalan ini memiliki nilai penting yakni mengenai persoalan peningkatan kualitas kesejahteraan masyarakat berupa peningkatan kesehatan masyarakat Surabaya, karena permasalahan kesehatan merupakan aspek yang sangat krusial karena menyangkut kehidupan seseorang. Dengan banyaknya kendala mengenai implementasi dari program JKN ini sendiri maka pemerintah dinilai kurang mampu

dalam mengatasi permasalahan dalam implementasi program Jaminan Kesehatan Nasional ini sendiri pada khususnya, seperti masih kurangnya sosialisasi, fasilitas kesehatan yang belum memadai, pembayaran klaim, serta ketersediaan data. Sehingga dibutuhkan solusi yang mampu untuk memecahkan masalah yang ada dalam proses implementasi program Jaminan Kesehatan Nasional tersebut.

Puskesmas merupakan *Gate Keeper* sehingga menjadi sangat penting untuk menjadi fokus dalam rangka pengembangan kapasitas untuk meningkatkan pelayanan sehingga dapat memberikan pelayanan yang baik dan dapat mencakup seluruh elemen masyarakat khususnya tingkat masyarakat yang dibawah *standart* yang sangat membutuhkan.

Studi-studi terdahulu menghasilkan berbagai pemikiran-pemikiran yang berguna dalam bidang ilmu pengetahuan serta sangat berguna bagi ilmu terapan yakni berupa proses implementasi kebijakan itu sendiri, dimana penelitian dilakukan dengan berbagai macam pemikiran para ahli serta dilakukan pada Negara-negara yang maju yang mana untuk mengembangkan suatu formulasi kebijakan yang mutakhir serta negara-negara yang mana membutuhkan pemikiran tersebut untuk mengatasi berbagai macam masalah yang belum mampu terpecahkan pada suatu Negara tersebut yang khususnya terjadi di Negara yang sedang berkembang, yang mana terdapat banyak permasalahan baik teknis maupun struktural pada negara tersebut.

Penelitian terdahulu yang berkaitan dengan masalah yang peneliti angkat yakni yang berjudul Implementasi Program Jaminan Kesehatan Masyarakat

(JAMKESMAS) di Puskesmas Jagir Surabaya oleh Norman Andika. Kesamaan pada konsep implementasi program jaminan kesehatan yang dilakukan di lokasi yang sama menjadikan peneliti menjadikan penelitian tersebut sebagai acuan pendukung. Penelitian tersebut menjelaskan bahwa pelaksanaan program Jamkesmas di Puskesmas Jagir sesuai dengan tujuan yaitu biaya pelayanan, cakupan pelayanan, kualitas pelayanan, sudah dilaksanakan dengan cukup baik, kendala dalam proses pelayanan yaitu kurangnya petugas, dan kurangnya kebersihan fasilitas di Puskesmas jagir.

Penelitian terdahulu yang lain yakni Studi Eksplanatif Tentang Pengaruh Pengembangan Kapasitas Usaha Terhadap Tingkat Kesejahteraan Ekonomi Pengusaha di Sentra Industri Kecil Alas Kaki Wedoro Kecamatan Waru Kabupaten Sidoarjo yang ditulis oleh Nurvita Kusuma Wardani. Penelitian tersebut mengadopsi konsep yang sama dengan penelitian ini yakni tentang konsep pengembangan kapasitas, yang mana kesimpulan dari penelitian tersebut yakni pada analisa tabulasi yang telah dilakukan terbukti bahwa semakin tinggi tingkat pengembangan kapasitas usaha maka semakin tinggi pula tingkat kesejahteraan ekonomi pengusaha industri kecil alas kaki Wedoro. Kesamaan konsep antara kedua penelitian ini dapat dijadikan acuan untuk penyusunan keberlanjutan penelitian ini, namun fokus daripada penelitian ini yakni pada pengembangan kapasitas pada aspek organisasi, managerial, dan aparat pada instansi Puskesmas Jagir dalam rangka pengimplementasian program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN).

Penelitian terdahulu lainnya yakni yang berjudul Inovasi Pelayanan Kesehatan dalam Meningkatkan Kualitas Pelayanan di Puskesmas Jagir Kota Surabaya oleh Cindy Anggraeny. Penelitian tersebut membahas tentang inovasi pelayanan, yang mana inovasi pelayanan merupakan salah satu upaya yang dapat dilakukan dalam rangka pengembangan kapasitas sebuah instansi, sehingga penelitian tersebut dapat dijadikan sebagai acuan pendukung. Kesimpulan daripada penelitian tersebut yakni bahwa Penerapan inovasi pelayanan yang dilakukan Puskesmas Jagir terlaksana sesuai dengan tujuan yang diinginkan Puskesmas Jagir dalam memberikan pelayanan. Penerapan inovasi yang dilakukan Puskesmas Jagir merupakan proses perbaikan dari sistem yang telah ada. Inovasi yang dilakukan Puskesmas Jagir dikelompokkan dalam jenis inovasi menurut pendapat Damanpour adalah inovasi produk/jasa baru yang terdiri dari inovasi pada peralatan medis dan inovasi pelayanan jasa baru, dan inovasi proses yang terdiri dari pelayanan pembayaran satu pintu, pelayanan pendaftaran pada kotak antrian tersendiri bagi kelompok rentan, *helper*, dan *hotline service*. Dari atribut-atribut inovasi dari pendapat Rogers, dapat diketahui bahwa inovasi-inovasi yang dilakukan Puskesmas Jagir memiliki karakteristik yang berbeda-beda, sehingga dapat meningkatkan kepuasan dari pengguna jasa Puskesmas Jagir. Untuk itu, dapat diketahui inovasi pelayanan yang dilakukan Puskesmas Jagir memberikan kontribusi yang positif untuk Puskesmas Jagir itu sendiri maupun untuk pengguna jasanya.

I.2. Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang masalah yang telah diuraikan, maka rumusan masalah daripada penelitian ini adalah :

1. Kendala apa yang dialami oleh Puskesmas Jagir dalam upaya pelaksanaan program Jaminan Kesehatan Nasional secara optimal?
2. Bagaimanakah pengembangan kapasitas (dalam aspek individu, institusi, dan sistem) yang diperlukan pada instansi Puskesmas Jagir Surabaya dalam implementasi program Jaminan Kesehatan Nasional?

I.3. Tujuan Penelitian

Penelitian ini dilakukan untuk menjawab permasalahan-permasalahan dalam penelitian yang sebagaimana telah dikemukakan. Selain itu, penelitian ini juga dilakukan untuk mendeskripsikan *Capacity Building* yang ada pada instansi Puskesmas Jagir Kota Surabaya dalam rangka implementasi program JKN. Tujuan lainnya yakni untuk memperoleh pemahaman tentang *Capacity Building* yang ada pada instansi Puskesmas Jagir Kota Surabaya.

I.4. Manfaat Penelitian

Penelitian ini diharapkan mempunyai manfaat, baik secara teoritis maupun praktis. Adapun manfaat yang diharapkan dari penelitian ini adalah :

1. Manfaat Akademis

Hasil penelitian ini dapat memberikan informasi yang obyektif dan dapat digunakan sebagai bahan pengembangan Ilmu Administrasi Negara serta sebagai informasi bagi penelitian serupa dimasa yang akan datang khususnya yang akan meneliti tentang *Capacity Building* instansi

Puskesmas dalam Implementasi Program JKN di Puskesmas Jagir Kota Surabaya.

2. Manfaat Praktis

Hasil penelitian ini dapat memberikan kontribusi yang cukup bermanfaat bagi Dinas Kesehatan Kota Surabaya, Pemerintah Kota Surabaya, Puskesmas Jagir Kota Surabaya serta instansi-instansi yang terkait lainnya untuk terus meningkatkan kinerjanya dalam konteks pelayanan yang baik melalui *Capacity Building* dalam bidang kesehatan.

I.5. Kerangka Teori

Teori merupakan seperangkat konsep, definisi, dan proposisi yang berfungsi untuk melihat fenomena secara sistematis, melalui spesifikasi hubungan antar variabel, sehingga dapat berguna untuk menjelaskan dan meramalkan fenomena.²⁰

Kerangka teori merupakan sebuah pedoman yang akan digunakan oleh peneliti sebagai dasar dalam melakukan sebuah penelitian secara ilmiah. Penelitian ini membahas tentang pengembangan kapasitas yang meliputi aspek sistem, institusi, dan individu. Serta membahas tentang kendala apa saja yang dialami oleh Puskesmas Jagir Kota Surabaya dalam implementasi daripada program JKN yang mana menggunakan berbagai teori yang relevan sebagai acuan.

²⁰ Kerlinger, Fred N., 2002, *Asas-asas Penelitian Behavioral*, Yogyakarta : Gadjah Mada University Press.

Susunan antar konsep dalam kerangka teoritik dalam penelitian ini yakni, *Capacity Building* yang menjelaskan tentang bagaimana suatu pengembangan kapasitas guna peningkatan kinerja yang diterapkan pada Puskesmas Jagir Kota Surabaya. *Capacity Building* dalam kerangka ini menjelaskan tentang beberapa poin utama yang mana diantaranya yakni tentang definisi *Capacity Building* menurut pandangan para ahli, tujuan, manfaat dan karakter daripada *Capacity Building* itu sendiri, serta menjelaskan tentang *Capacity Building* pada tingkat organisasi.

Konsep lainnya yakni membahas tentang implementasi, dimana didalamnya membahas tentang pengertian-pengertian tentang implementasi menurut para ahli, serta membahas unsur-unsur kebijakan dan membahas tentang model-model implementasi.

I.5.1. Program Jaminan Kesehatan Nasional

I.5.1.1. Program

Program adalah usaha dan kegiatan yg meliputi penetapan tujuan serta penetapan cara-cara penyelenggaraan pembinaan organisasi.²¹ Berdasarkan penjelasan tersebut pengertian program merupakan suatu hal yang memaparkan tentang usaha dan kegiatan yang didalamnya membahas tentang penetapan tujuan serta cara-cara dalam penyelenggaraan pembinaan suatu organisasi.

²¹ Kamus Besar Bahasa Indonesia

Pengertian lain dari program yakni rancangan mengenai asas serta usaha (ketatanegaraan, perekonomian, dsb) yang akan dijalankan.²² Berdasarkan dari pengertian tersebut program merupakan suatu usaha yang berkaitan dengan ketatanegaraan, perekonomian, dsb yang akan diterapkan.

Program juga dapat diartikan sebagai kumpulan kegiatan untuk menjalankan misi dalam rangka mencapai tujuan yang telah ditetapkan, dimana capaian target ditetapkan setiap tahun selama kurun waktu tertentu yang akan dijabarkan lebih lanjut dalam suatu rencana kinerja (*performance plan*) dan merupakan bagian integral dalam proses perencanaan strategik dan merupakan dasar yang kuat untuk mengendalikan dan memantau pencapaian kinerja serta lebih menjamin suksesnya pelaksanaan rencana jangka panjang yang sifatnya menyeluruh.²³

I.5.1.2. Jaminan Kesehatan Nasional

Pengertian dari Jaminan Kesehatan Nasional adalah suatu program pemerintah dan masyarakat/rakyat dengan tujuan memberikan kepastian jaminan kesehatan yang menyeluruh bagi setiap rakyat Indonesia dapat hidup sehat, produktif, dan sejahtera (Naskah Akademik SJSN).²⁴ Berdasarkan penjelasan diatas bahwa Jaminan kesehatan nasional yakni suatu upaya yang dilakukan oleh pemerintah untuk memberikan kepastian jaminan kesehatan bagi seluruh lapisan lapisan masyarakat di Indonesia untuk hidup lebih baik sehingga dapat hidup sehat, produktif, dan sejahtera.

²² *ibid*

²³ <http://itjen.kemenkumham.go.id/profil/program-kegiatan> diakses pada 7 April 2015

²⁴ http://www.jamsosindonesia.com/sjsn/Program/program_jaminan_kesehatan diakses pada 7 April 2015

Isu kesehatan merupakan sebuah isu yang perlu dikaji secara mendalam karena berkaitan dengan kelangsungan hidup manusia, salah satu upaya pemerintah yang mana memiliki kewajiban untuk memberikan jaminan kesehatan diwujudkan melalui program Jaminan Kesehatan Masyarakat. Dengan masih banyaknya pelayanan yang buruk dalam hal kesehatan serta masih banyaknya masyarakat yang tidak mampu berobat dengan alasan ketidakmampuan biaya diharapkan dengan adanya program JKN ini persoalan-persoalan tersebut dapat terselesaikan.

Dalam penelitian ini yang dimaksud dengan program Jaminan Kesehatan Nasional adalah suatu upaya yang dilakukan oleh pemerintah untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan dalam rangka pemberian jaminan kesehatan kepada seluruh lapisan masyarakat untuk meningkatkan kualitas kesehatan masyarakat.

I.5.2. Implementasi

Kebijakan publik adalah salah-satu kajian dari Ilmu Administrasi Publik yang banyak dipelajari oleh ahli serta ilmuwan Administrasi Publik. Beberapa ahli menjelaskan pengertian dasar dari kebijakan publik. Menurut Dye: *“Public policy is whatever governments choose to do or not to do”*.²⁵ Dye berpendapat sederhana bahwa kebijakan publik adalah apapun yang dipilih pemerintah untuk dilakukan atau tidak dilakukan. Sedangkan menurut Anderson menjelaskan lebih spesifik bahwa: *“Public policies are those policies developed by government bodies and*

²⁵ Dye, Thomas R. 1981. *Understanding Public Policy*. Prentice-Hall.

official".²⁶ Anderson berpendapat bahwa kebijakan publik merupakan sebuah kebijakan yang dibuat oleh pemerintah yang mana merupakan hasil dari sebuah perkembangan yang dibuat oleh pemerintah beserta pejabat yang ada di dalamnya sebagai aktor pembuat kebijakan tersebut.

Sedangkan menurut Nugroho dalam memandang kebijakan publik di Negara berkembang itu sendiri yakni dapat dimaknai sebagai: *"Public policy is a key success for developing countries, but has been so much neglected. As political development become more fascinating and the policy process transforms into a dry and technical law making process, and the leaders and institutional decision making is trapped into interest bargaining among elites"*.²⁷ Nugroho berpendapat kebijakan publik merupakan sebuah kunci sukses dari sebuah Negara berkembang untuk melakukan pembangunan bagi suatu Negara berkembang, namun hal tersebut sering diabaikan peran penting dari fungsi kebijakan publik tersebut. Pembangunan politik seolah menjadi hal yang lebih penting daripada sebuah kebijakan publik hingga menjadikan pembuatan suatu kebijakan lebih cenderung berpihak kepada kelompok elit dengan pengaruh tawar menawar yang dilakukan oleh kaum elitis.

Nugroho menjelaskan bahwa *"there is never be a poor country, there is always a country with poor policy"*.²⁸ Menurut Nugroho jelas begitu penting kebijakan

²⁶ Anderson, James E. 1975. *Public Policy-Making*: an introduction. Boston : Houghton miffin company.

²⁷ Nugroho, Riant, (2012). "Public Policy for the developing countries", Yogyakarta : Pustaka Pelajar. Hal .7

²⁸ *Ibid.*, hlm. 35

publik bagi keberlangsungan pelaksanaan suatu sistem pada suatu Negara, dimana disebutkannya tidak ada Negara yang miskin, yang ada hanyalah Negara yang miskin akan kebijakan, dimana kebijakan tidak mampu membentuk sebuah kesejahteraan.

Nugroho memperjelas penjelasannya “Masalah yang harus diatasi oleh pemerintah adalah masalah publik yaitu nilai, kebutuhan atau peluang yang tak terwujudkan. Meskipun masalah tersebut dapat diidentifikasi tapi hanya mungkin dicapai lewat tindakan publik yaitu melalui kebijakan publik.”²⁹ Dalam penjelasan diatas semakin menunjukkan begitu besar peranan dari sebuah kebijakan publik sebagai upaya pemerintah dalam menyelesaikan masalah-masalah publik yang ada.

Karakteristik masalah publik yang harus diatasi selain bersifat interdependensi (berketergantungan) juga bersifat dinamis, sehingga pemecahan masalahnya memerlukan pendekatan holistik (*holistic approach*) yaitu pendekatan yang memandang masalah sebagai kegiatan dari keseluruhan yang tidak dapat dipisahkan atau diukur secara terpisah dari faktor lainnya. Untuk itu, diperlukan kebijakan publik sebagai instrumen pencapaian tujuan pemerintah.

Berhubungan dengan konteks pencapaian tujuan dan pemecahan masalah publik, Anderson dalam Tachjan menerangkan bahwa kebijakan publik merupakan serangkaian kegiatan yang mempunyai maksud atau tujuan tertentu yang diikuti dan dilaksanakan oleh seorang aktor atau sekelompok aktor yang berhubungan dengan

²⁹ Nugroho, Riant. 2003. *Kebijakan Publik Formulasi, Implementasi dan Formulasi*. Jakarta : PT Elex Media Komputindo. Hal 58.

suatu permasalahan atau suatu hal yang diperhatikan.³⁰ Penjelasan tersebut memaparkan bahwa sebuah kebijakan publik dilakukan dalam rangka pencapaian suatu tujuan yang mana serangkaian kegiatan tersebut dilakukan oleh seluruh elemen yang bersangkutan di dalamnya.

Seiring dengan pendapat tersebut Nugroho menjelaskan bahwa kebijakan publik berdasarkan usaha-usaha pencapaian tujuan nasional suatu bangsa dapat dipahami sebagai aktivitas-aktivitas yang dikerjakan untuk mencapai tujuan nasional dan keterukurannya dapat disederhanakan dengan mengetahui sejauh mana kemajuan pencapaian cita-cita telah ditempuh. Setiap kebijakan publik mempunyai tujuan-tujuan baik yang berorientasi pencapaian tujuan maupun pemecahan masalah ataupun kombinasi dari keduanya.³¹ Dalam penjelasan Nugroho tersebut dipaparkan pula bahwa sebuah kebijakan publik merupakan sebuah alat ukur sejauh mana pencapaian tujuan telah terlaksana, selain berguna sebagai alat untuk mencapai tujuan, kebijakan publik juga mampu digunakan sebagai pemecah sebuah masalah.

Efektivitas suatu kebijakan publik sangat ditentukan oleh proses kebijakan yang terdiri dari formulasi, implementasi serta evaluasi. Ketiga aktivitas pokok proses kebijakan tersebut mempunyai hubungan yang saling terkait dan bersiklus secara terus menerus sampai suatu masalah publik atau tujuan tertentu tercapai. Implementasi kebijakan merupakan tahap yang krusial dalam proses kebijakan publik. Suatu kebijakan atau program harus diimplementasikan agar mempunyai

³⁰ Tachjan, 2006. *Implementasi Kebijakan Publik*. Bandung : Lemlit Unpad. Hal 19.

³¹ Nugroho, Riant. *Op.cit.*, 2003. Hal 52.

dampak atau tujuan yang diinginkan. Pengertian implementasi kebijakan secara umum yakni sebagai alat bagi administrasi publik dimana aktor, organisasi, prosedur, teknik serta sumber daya diorganisasikan secara bersama-sama untuk menjalankan kebijakan guna meraih dampak atau tujuan sesuai dengan yang diinginkan.

Van Meter dan Van Horn dalam Budi Winarno mendefinisikan implementasi kebijakan publik sebagai: “Tindakan-tindakan yang dilakukan oleh organisasi publik yang diarahkan untuk mencapai tujuan-tujuan yang telah ditetapkan dalam keputusan-keputusan sebelumnya. Tindakan-tindakan ini mencakup usaha-usaha untuk mengubah keputusan-keputusan menjadi tindakan-tindakan operasional dalam kurun waktu tertentu maupun dalam rangka melanjutkan usah-usaha untuk mencapai perubahan-perubahan besar dan kecil yang ditetapkan oleh keputusan-keputusan kebijakan”.³² Dalam penjelasan tersebut dijelaskan bahwa implementasi merupakan sebuah transformasi dari sebuah keputusan menjadi sebuah tindakan operasional yakni dalam upaya pencapaian tujuan yang mana sesuai dengan apa yang telah direncanakan.

Tahap implementasi kebijakan tidak akan dilaksanakan sebelum tujuan dan sasaran ditetapkan terlebih dahulu melalui formulasi kebijakan. Dengan demikian, tahap implementasi kebijakan dapat terjadi hanya setelah undang-undang ditetapkan dan dana disediakan untuk membiayai implementasi dari suatu kebijakan tersebut. Implementasi kebijakan merupakan tahap yang bersifat praktis dan berbeda dengan

³² Winarno, Budi. 2005. *Teori & Proses Kebijakan Publik*. Yogyakarta : Media Pressindo. Hal 102

formulasi kebijakan sebagai tahap yang bersifat teoritis. Edward III menjelaskan bahwa: *“policy implementation,... is the stage of policy making between establishment of a policy...And the consequences of the policy for the people whom it affects”*.³³

Berdasarkan penjelasan di atas, Tachjan menyimpulkan bahwa implementasi kebijakan publik merupakan proses kegiatan adminstratif yang dilakukan setelah kebijakan ditetapkan dan disetujui. Kegiatan ini terletak di antara perumusan kebijakan dan evaluasi kebijakan. Implementasi kebijakan mengandung logika *top-down*, maksudnya menurunkan atau menafsirkan alternatif-alternatif yang masih abstrak atau makro menjadi alternatif yang bersifat konkrit atau mikro.³⁴

Implementasi kebijakan merupakan tahapan yang krusial dalam proses kebijakan. Implementasi kebijakan menentukan keberhasilan suatu proses kebijakan dimana tujuan serta dampak kebijakan dapat dihasilkan. Pentingnya implementasi kebijakan dijelaskan oleh Udoji dalam Agustino bahwa : *“The execution of policies is as important if not more important than policy making. Policy will remain dreams or blue prints jackets unless they are implemented”*.³⁵ Dalam penjelasan tersebut dipaparkan bahwa implementasi merupakan bagian yang sama penting dengan pembuatan kebijakan, namun suatu kebijakan tidak berarti apabila kebijakan tersebut tidak diimplementasikan.

³³ Edwards, G. 1980. *Implementing Public Policy*. Washington, D.C : Congressional Quarterly Pres. Hal 1.

³⁴ Tachjan. *Op.cit.*, 2006. hlm 25.

³⁵ Agustino, Leo. 2006. *Politik & Kebijakan Publik*. Bandung : AIPI Bandung. Hal 154.

Agustino menerangkan bahwa implementasi kebijakan dibagi menjadi dua pendekatan yaitu: “Pendekatan *top down* yang serupa dengan pendekatan *command and control* dan pendekatan *bottom up* yang serupa dengan pendekatan *the market approach*.”³⁶ Pendekatan *top down* atau *command and control* dilakukan secara tersentralisasi mulai dari aktor di tingkat pusat dan keputusan-keputusan diambil di tingkat pusat. Pendekatan *top down* bertolak dari perspektif dimana keputusan-keputusan politik (kebijakan) yang telah ditetapkan oleh pembuat kebijakan harus dilaksanakan oleh administrator atau birokrat yang berada pada level bawah (*street level bureaucrat*).

Berbeda dengan pendekatan *top down*, pendekatan *bottom up* lebih menyoroti implementasi kebijakan yang terformulasi dari inisiasi warga masyarakat. Argumentasi yang diberikan adalah masalah dan persoalan yang terjadi pada level daerah hanya dapat dimengerti secara baik oleh warga setempat. Sehingga pada tahap implementasinya pun suatu kebijakan selalu melibatkan masyarakat secara partisipatif.

Berdasarkan penjelasan di atas dengan melihat bahwa program Jaminan Kesehatan Nasional merupakan program yang sepenuhnya memiliki kontrol pemerintah, maka pendekatan yang digunakan untuk melakukan indentifikasi faktor dalam implementasi program Jaminan Kesehatan Nasional adalah pendekatan *top-down*.

³⁶ *Ibid.*, hlm.155

Dari berbagai penjelasan menurut para ahli diatas mengenai konsep dari implementasi, dalam penelitian ini yang dimaksud dengan implementasi adalah suatu tindakan atau pelaksanaan dari sebuah rencana yang sudah disusun secara matang dan terperinci. Implementasi dilakukan setelah perencanaan sudah dianggap matang dan siap untuk diterapkan.

I.5.2.1. Implementasi Program Jaminan Kesehatan Nasional

Program Jaminan Kesehatan Nasional merupakan suatu program di bidang kesehatan untuk memberikan suatu jaminan terhadap peningkatan taraf kesehatan masyarakat yang berskala nasional. Harapan dari program Jaminan Kesehatan Nasional yakni seluruh masyarakat Indonesia dapat menikmati pelayanan kesehatan tanpa dibebatkan dengan biaya yang akan mereka tanggung, khususnya masyarakat miskin.

Pelaksanaan pelayanan kesehatan kepada peserta JKN dilakukan oleh fasilitas kesehatan tingkat pertama dan tingkat lanjutan yang bekerjasama dengan BPJS Kesehatan. Melihat peran penting dari fasilitas kesehatan tingkat pertama sebagai garda utama dalam rangka penyelenggaraan pelayanan kesehatan, Puskesmas Jagir merupakan faskes dengan pengunjung terbanyak peserta JKN di Kota Surabaya. Dengan diterapkannya program JKN pada puskesmas Jagir, maka faskes Jagir memiliki tanggung jawab untuk memberikan pelayanan kesehatan yang profesional kepada peserta program JKN yang termasuk dalam PBI (Penerima Bantuan Iuran) ataupun bukan PBI.

Implementasi Jaminan kesehatan nasional diselenggarakan secara nasional berdasarkan pada prinsip asuransi sosial dan *equitas*, berdasarkan hal tersebut jaminan kesehatan memiliki tugas untuk memberikan perlindungan, manfaat dan akses pelayanan kesehatan yang komprehensif serta sama rata kepada seluruh masyarakat. Penyelenggara JKN memiliki tugas untuk menyatukan berbagai unit yang berkaitan dengan penyelenggaraan pelayanan kesehatan.

Dari penjelasan diatas, dalam penelitian ini yang dimaksud implementasi program Jaminan Kesehatan Nasional adalah serangkaian tindakan medis yang dilakukan oleh fasilitas kesehatan tingkat pertama selaku pemberi layanan kesehatan dalam rangka peningkatan kualitas kesehatan bagi peserta JKN.

I.5.2.2. Unsur-unsur Kebijakan

Tachjan menjelaskan tentang unsur-unsur dari implementasi kebijakan, yaitu:

1. Unsur pelaksana
2. Adanya program yang dilaksanakan serta
3. *Target group* atau kelompok sasaran.³⁷

I.5.2.3. Model Implementasi

Dalam pelaksanaan kebijakan terdapat model-model yang dapat dipilih untuk diterapkan yang mana disesuaikan dengan kondisi tempat kebijakan tersebut diterapkan. Salah satu model implementasi kebijakan yakni:

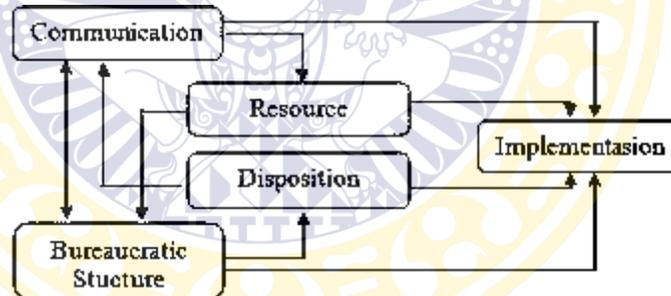
³⁷Tachjan, *Op.cit.*, 2006, hlm 26.

A. George Edward

George Edward III mencatat bahwa isu utama dari kebijakan publik adalah kurangnya perhatian terhadap implementasi kebijakan publik. dinyatakan kuat bahwa tanpa pelaksanaan yang efektif, keputusan pembuat kebijakan tidak akan berhasil dilakukan. Karenanya, Edward menyarankan untuk menempatkan perhatian pada empat isu utama yakni: komunikasi, sumber daya, sikap disposisi, dan struktur birokrasi, yang mana keempat aspek tersebut saling berkaitan satu dengan yang lainnya. Hal tersebut dapat dilihat pada gambar model Edward berikut :

Gambar I.1

Model George Edward



Sumber : Widodo, 2011:107

Keterkaitan antara keempat unsur tersebut dapat dijelaskan sebagai berikut :

1. Komunikasi

Ada tiga hal yang perlu diperhatikan dalam aspek komunikasi, yakni :

- a. Sebuah kebijakan yang akan diimplementasikan harus dikoordinasikan kepada pejabat yang melaksanakannya. Seringkali

masalah transisi terjadi karena kebijakan yang diterapkan tersebut melalui struktur birokrasi yang berlapis. Masalah lain yang sering muncul yakni karena tidak tersedianya saluran komunikasi yang memadai.

b. Kejelasan

Sebuah kebijakan harus memberikan kejelasan tujuan dan cara yang hendak digunakan agar dapat diimplementasikan sebagaimana apa yang telah diputuskan. Ada beberapa penyebab mengapa sebuah kebijakan tidak dirumuskan secara jelas, yakni (1) Kerumitan yang terjadi antara eksekutif dan legislatif dalam pembuatan kebijakan. (2) Adanya oposisi dari masyarakat atas ke sanapelakbijakan tersebut. (3) Kebijakan baru yang para perumusya belum menguasai masalah tersebut. (4) Sebagian besar terjadi pada kebijakan yang membahas tentang aturan hukum.

c. Konsistensi

Konsistensi juga menjadi faktor penting dari sebuah implementasi kebijakan, dimana sebuah kebijakan dikomunikasikan secara baik namun tidak dilaksanakan secara konsisten maka akan mempengaruhi implementasi kebijakan itu sendiri. Hal-hal yang dapat menyebabkan arah suatu kebijakan berjalan secara tidak konsisten yakni : (1) kompleksitas kebijakan yang harus dilaksanakan. (2) Kebijakan yang masih baru. (3) Kebijakan yang

tidak memiliki fokus yang spesifik terhadap sasaran dan tujuannya, atau bertentangan tujuan dari kebijakan lain. (4) Banyaknya kepentingan kelompok yang mempengaruhi kebijakan tersebut.

2. Sumber Daya

George Edward menjabarkan apa yang digolongkan sebagai sumber daya sebagai berikut :

- a. Staf, dimana jumlah dan kemampuan yang dimiliki sesuai dengan apa yang dibutuhkan
- b. Informasi, pentingnya sebuah informasi yang berkaitan dengan bagaimana melaksanakan kebijakan tersebut, serta data yang terkait dengan kebijakan yang akan dilaksanakan.
- c. Kewenangan, kewenangan yang dibutuhkan harus tersedia bagi implementor, dimana kewenangan tersebut tergantung pada kebijakan apa yang harus dilaksanakan.
- d. Fasilitas, fasilitas fisik merupakan faktor penting dalam proses implementasi suatu kebijakan, tanpa adanya fasilitas yang memadai maka implementasi akan terhambat, kebutuhan fasilitas pun berbeda-beda tergantung kebijakan apa yang dilakukan.

3. Disposisi

Disposisi yang dimaksud yakni sikap dan komitmen dari pelaksana kebijakan dalam melaksanakan tugasnya untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan. Ada beberapa hal yang mempengaruhi kemampuan dan

kemauan para pelaksana kebijakan, yakni : (1) Kognisi. (2) Arahan dan Tanggapan pelaksana. (3) Intensitas respon atau tanggapan pelaksana.

4. Struktur Birokrasi

George Edward menjelaskan bahwa yang dimaksud dengan struktur birokrasi yakni mekanisme kerja yang dibentuk untuk mengelola sebuah pelaksanaan suatu kebijakan. George menekankan pentingnya *Standart Operational System* (SOP) yang mana mengatur tentang tata aliran pekerjaan pada masing-masing pelaksana.

I.5.3. Capacity Building

Birokrasi sebagai sebuah organisasi akan selalu dihaapkan pada lingkungan yang selalu bergerak secara dinamis, apabila perkembangan yang ada pada lingkungan tersebut terjadi tanpa diikuti dengan adanya penyesuaian-penyesuaian baik melalui tindakan responsif maupun tindakan antisipatif maka dapat menyebabkan kurang tanggapnya suatu organisasi terhadap kebutuhan dan tuntutan masyarakat yang ada. Suatu organisasi dapat dikatakan maju atau berhasil apabila tanggap akan perubahan yang ada dalam lingkungan untuk dapat memenuhi kebutuhan masyarakat.

Definisi dari *Capacity Building* menurut para ahli selalu memiliki arti yang berbeda dan bervariasi antar satu dengan yang lainnya. Hal tersebut karena *Capacity Building* merupakan kajian ilmu yang bersifat multi dimensi sehingga dapat dilihat dari berbagai sisi, sehingga dapat menimbulkan pandangan yang berbeda beda. Secara

umum konsep *Capacity Building* dapat diartikan sebagai sebuah proses pembangunan kapasitas baik pada level individu, kelompok atau organisasi.

Pengertian *Capacity Building* merupakan konsep yang multi dimensi secara umum dan dapat dipandang melalui berbagai macam sudut prespektif. Brown mendefinikan “*capacity building is a process that increases the ability of persons, organizations, or systems to meet its started purpose and objectives.*”³⁸ Berdasarkan pendapat Brown tersebut, pengembangan kapasitas merupakan suatu proses yang dapat meningkatkan kemampuan baik seseorang, organisasi, maupun sistem untuk mencapai tujuan yang hendak untuk diraih.

Capacity Building menurut Yeremias T. Kaban yang menjelaskan lebih spesifik tentang pemerintahan menjelaskan bahwa *Capacity Building* merupakan serangkaian strategi yang ditujukan untuk meningkatkan efisiensi, efektivitas, dan responsivitas dari kinerja pemerintahan, dengan memusatkan perhatian pada pengembangan dimensi, sumber daya manusia, penguatan organisasi, dan reformasi kelembagaan atau lingkungan.³⁹

Suatu organisasi dapat dikatakan berhasil apabila suatu organisasi mampu mengatasi segala persoalan yang diakibatkan oleh perubahan lingkungan yang bersifat dinamis, salah satu cara untuk mampu beradaptasi pada lingkungan yakni diperlukan beberapa upaya dan strategi sebagai langkah inisiatif terhadap sebuah

³⁸ Brown, lisanne et. al. 2001. *Measuring Capacity Building*. Carolina Population Center. University of North Carolina, Chapel Hill p. 25

³⁹ Kaban, Yeremias T. , 1999. “*Capacity Building*” *Sebagai Prakondisi dan Langkah Strategis Bagi Perwujudan Otonomi Daerah di Indonesia*. JKAP. Volume 3 No. 2 Novermber 1999 : Hal 75

perubahan. *Capacity Building* sangat diperlukan sebagai salah satu upaya untuk meningkatkan kinerja dari suatu pemerintahan. Dari penjelasan diatas Grindle menjelaskan bahwa : “*Capacity Building* is intended to encompass a variety of strategies that have to do with increasing that efficiency, effectiveness, and responsiveness of government performance”.⁴⁰

Capacity Building juga dapat diartikan sebagai proses peningkatan terus menerus (berkelanjutan) dari individu, organisasi atau institusi, tidak hanya terjadi satu kali.⁴¹ Dalam penjelasan tersebut *capacity building* membutuhkan adanya kontinuitas dalam pelaksanaannya, baik dalam aspek individu, organisasi, maupun sistem.

Menurut Morrison *Capacity Building* adalah “suatu proses untuk melakukan sesuatu atau serangkaian gerakan, perubahan *multilevel* didalam individu, kelompok-kelompok, organisasi-organisasi dan sistem-sistem dalam rangka untuk memperkuat kemampuan penyesuaian individu dan organisasi sehingga dapat tanggap terhadap perubahan lingkungan yang ada.”⁴² Berdasarkan penjelasan tersebut tahapan pengembangan kapasitas dapat dilakukan pada level individu, organisasi, dan sistem. Pengembangan pada level individu dilakukan pada aspek pengetahuan, keterampilan, kompetensi, dan etika individu. Pengembangan pada level organisasi dilakukan pada

⁴⁰ Grindle, MS. (Ed). 1997. *Getting Good Government :Capacity Building in The Public Sectors of Developing Countries*. Boston. MA : Harvard Institute for International Development. p.6

⁴¹ Milen, Anelli, (2004). *Pegangan Dasar Pengembangan Kapasitas*. Diterjemahkan secara bebas. Yogyakarta : Pondok Pustaka Jogja. Hal. 16

⁴² Tenence, Morrison. 2001. “*Actionable Learning – A Handbook for Capacity Building Through Case Based Learning*”, ADB Institute. Hal 42

aspek sumberdaya, ketatalaksanaan, struktur organisasi dan sistem pengambilan keputusan. Sedangkan pada level sistem pengembangan kapasitas dapat dilakukan pada peraturan perundang dan kebijakan pendukung.

Penjelasan tentang *Capacity Building* juga dijelaskan oleh Yap, yang mana berkaitan dengan penjelasan di atas, yang mana *Capacity Building* menurutnya diartikan sebagai sebuah proses untuk meningkatkan individu, *group*, organisasi, komunitas dan masyarakat untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan.⁴³

Capacity Building merupakan upaya yang ditujukan untuk mengembangkan suatu strategi guna meningkatkan efisiensi, efektivitas, dan responsivitas kinerja pemerintah. Efisiensi yang dimaksud didalamnya yakni tentang waktu dan sumber daya yang diperlukan untuk mencapai sebuah keluaran (*outcomes*) sesuai dengan apa yang diharapkan. Sedangkan efektivitas berupa bagaimana upaya yang dilakukan untuk mencapai hasil yang diinginkan, dan responsivitas berkaitan dengan bagaimana menyesuaikan antara kebutuhan dan kemampuan untuk mencapai pemenuhan akan kebutuhan tersebut.

Morrison juga menjelaskan *Capacity Building* sebagai sebuah pembelajaran, yakni "*Capacity Building can be seen as a process to induce, or set in motion, multi-level change in individuals, groups, organizations, and system seeking to strengthen the self-adaptive capabilities of people and organizations so they can respond to changing environment on an on-going basis. Capacity Building is multi-level*

⁴³ Rida, Gandara, 2008. "*Capacity Building Dosen Pada Jurusan di Perguruan Tinggi Badan Hukum Milik Negara*. UPI Bandung. Hal 9

learning process, with links ideas to action. Capacity Building , in this view, can be defined as actionable learning.” (*Capacity Building* dapat dilihat sebagai sebuah proses untuk mempengaruhi, atau menggerakkan, perubahan diberbagai tingkatan (*multilevel*) pada individu, kelompok, organisasi, sehingga mereka dapat merespon perubahan lingkungan yang terjadi terus-menerus. *Capacity Building* adalah suatu proses bukan suatu hasil. Lebih khususnya, *Capacity Building* adalah suatu proses belajar multi-level yang erat kaitannya dengan ide terhadap tindakan. *Capacity Building* dalam pandangan ini dapat diartikan sebagai proses pembelajaran).⁴⁴

Berdasarkan pada penjelasan dari para ahli mengenai pengertian dari *Capacity Building* di atas, dalam penelitian ini yang dimaksud dengan *Capacity Building* adalah suatu proses dalam rangka meningkatkan kapasitas berupa peningkatan kemampuan, keterampilan, dan keahlian baik pada level individu, sistem, maupun pada level organisasi. *Capacity Building* terus menerus dilakukan untuk menjaga eksistensi daripada suatu organisasi ataupun pemerintahan untuk terus melayani masyarakat ditengah berkembangnya kebutuhan masyarakat yang terus berubah secara dinamis, maka sangat perlu adanya *Capacity Building* tersebut.

I.5.3.1. Tujuan dan Karakter *Capacity Building*

Sebuah upaya yang dilakukan oleh organisasi dalam rangka meningkatkan kapasitas dari berbagai aspek organisasi tersebut jelas bukan tanpa sebab, melainkan ada suatu hal yang hendak dicapai oleh suatu organisasi melalui proses yang dilakukan tersebut. Morrison mengatakan bahwa “*Learning is a process, which flows*

⁴⁴ Morrison, *OpCit.*, Hal. 4

*from the need to make sense out of experience, reduce the unknown and uncertain dimensions of life and build the competencies required to adapt to change”.*⁴⁵

Berdasarkan penjelasan Morrison di atas maka dapat disimpulkan bahwa penjelasan tersebut menunjukkan bahwa tujuan daripada *Capacity Building* tersebut dapat dibagi menjadi 2 bagian, yakni :

1. Secara umum diidentikkan pada perwujudan keberlanjutan suatu sistem.
2. Secara khusus ditunjukkan untuk mewujudkan kinerja yang lebih baik yang dapat dilihat dari aspek :
 - a. Efisiensi, dalam hal waktu (*time*) dan sumber daya (*resource*) yang dibutuhkan guna mencapai *outcome*.
 - b. Efektivitas, berupa kepatantasan usaha yang dilakukan demi hasil yang diinginkan.
 - c. Responsivitas, bagaimana menyingkronkan antara kebutuhan dan kemampuan untuk maksud tersebut.
 - d. Pembelajaran yang terindikasi ada kinerja individu, grup, organisasi, dan sistem.⁴⁶

Kajian daripada sebuah konsep *Capacity Building* sangat diperlukan secara mendalam, oleh karena itu kita juga perlu memahami karakteristik dari *Capacity Building* itu sendiri, yang mana diantaranya adalah :

⁴⁵ *Ibid.* P. 7

⁴⁶ *Ibid*

- a. Merupakan sebuah proses yang berkelanjutan.
- b. Memiliki esensi sebagai sebuah proses internal.
- c. Dibangun dari potensi yang telah ada.
- d. Memiliki nilai intrinsik tersendiri.
- e. Mengurus masalah perubahan.
- f. Menggunakan pendekatan terintegrasi dan holistik.⁴⁷

Berdasarkan pada indikator-indikator yang telah disebutkan di atas jelas terlihat bahwa *Capacity Building* merupakan suatu proses yang bersifat berkelanjutan, yang mana bukan hasil akhir semata yang menjadi capaiannya, melainkan proses daripada *Capacity Building* itu sendiri menjadi sangat penting karena proses pembelajaran yang akan terus dilakukan secara berkelanjutan sehingga suatu organisasi mampu menunjukkan konsistensinya dalam menghadapi perubahan lingkungan yang ada.

Capacity Building bukan hanya terfokus pada pengembangan kapasitas dalam aspek peningkatan kualitas secara individu ataupun aspek sistem maupun organisasi, melainkan mencakup seluruh aspek. Hal tersebut menjadikan konsep pembelajaran berjalan secara berkelanjutan di Puskesmas Jagir Kota Surabaya. Hal tersebut menunjukkan bahwa konsep ini bersifat multi dimensi dan dinamis, dapat digambarkan dengan adanya multi aktivitas serta bersifat pembelajaran untuk semua aspek untuk terciptanya kinerja bersama secara optimal.

⁴⁷ Gandara, *OpCit.*, Hal. 16

I.5.3.2. Persyaratan-persyaratan dalam *Capacity Building*

Menurut Yuwono dalam Soeprapto Ada beberapa persyaratan yang perlu diketahui sebelum sebuah program pembangunan kapasitas pemerintahan (khususnya pemerintahan daerah) dilakukan. Persyaratan-persyaratan itu antara lain partisipasi, inovasi, akses informasi, akuntabilitas, dan kepemimpinan.⁴⁸

Partisipasi merupakan faktor yang sangat penting karena menjadi sebuah dasar dari sebuah rangkaian *Capacity Building*. Partisipasi bukan hanya terfokus pada staf atau karyawan selaku teknisi pelaksana dilapangan, namun seluruh elemen harus turut berpartisipasi di dalamnya, yakni mulai pimpinan bagian atas, bagian menengah, maupun bagian bawah. Kesadaran untuk berpartisipasi harus dimiliki oleh setiap individu, guna memperlancar proses pengembangan kapasitas.

Inovasi juga merupakan syarat penting dari *Capacity Building*, dimana sebuah inovasi sangat diperlukan untuk menunjang model-model *Capacity Building* yang akan diterapkan dalam sebuah organisasi. Dengan inovasi yang baik dan berprospek maka akan mempercepat penerimaan informasi yang berkaitan dengan pengembangan kapasitas oleh individu-individu dalam organisasi. Inovasi sangat dibutuhkan ditengah tuntutan publik yang sangat tinggi, dimana inovasi tersebut bersifat baru, yang mana di dalamnya berkaitan dengan gagasan, pendekatan, metode, proses, struktur, perilaku, sikap, dan kultur. Dimana diharapkan hal yang baru tersebut mampu menyelesaikan tuntutan publik yang makin tinggi.

⁴⁸ Riyadi, Selamat. *OpCit.*, Hal. 22

Akses terhadap informasi merupakan persyaratan lain yang memiliki peranan penting dalam rangka pengembangan kapasitas. Dengan kemudahan dalam mengakses sumber-sumber informasi tanpa batasan yang kaku maka akan meningkatkan kualitas dari individu itu sendiri yang mana berimbas pula pada kemajuan organisasi. Dengan kemudahan informasi, dapat mendukung proses pengembangan kapasitas secara efektif.

Akuntabilitas merupakan syarat lain dalam *Capacity Building* yang sangat penting. Dengan adanya akuntabilitas maka akan memudahkan dalam proses pengontrolan, sehingga proses pengembangan kapasitas dapat dikendalikan sehingga sesuai dengan apa yang diharapkan. Dengan adanya akuntabilitas tersebut maka program pengembangan kapasitas yang ada merupakan program yang kredibel, *legitimate*, akuntabel dan dapat dipertanggungjawabkan.

Persyaratan terakhir adalah kepemimpinan. Kepemimpinan menjadi syarat yang sangat penting, karena arah organisasi dan proses untuk mencapai tujuan organisasi ditentukan oleh kepemimpinan dari suatu pemimpin suatu organisasi tersebut. Sukses tidaknya suatu organisasi juga ditentukan oleh kepemimpinan. Kepemimpinan yang diperlukan dalam *Capacity Building* yakni memiliki sifat keterbukaan, menerima terhadap ide-ide baru, kejujuran, perhatian, penghormatan terhadap harkat dan martabat serta penghormatan terhadap orang lain. Semakin besar pemberian kepercayaan dan penciptaan suasana yang kondusif oleh pemimpin maka akan semakin sukses *Capacity Building* tersebut.

I.5.3.3. Faktor-faktor penentu keberhasilan *Capacity Building* di Sektor Publik

Secara umum faktor penentu keberhasilan pengembangan kapasitas organisasi sector publik, baik ditingkat individu, organisasi, maupun pada sistemnya adalah konsistensi dan komitmen organisasi dalam mencapai apa yang menjadi tujuan organisasi melalui pengembangan kapasitas.

Huberman dan Miles dalam Iriani mengemukakan beberapa faktor kunci yang mendorong berhasilnya upaya pengembangan kapasitas di sektor publik, yakni :

1. Lingkungan eksternal yang kondusif bagi pengembangan kapasitas.
2. Manajer puncak yang memiliki sikap kepemimpinan yang tepat bagi pengembangan kapasitas.
3. Komitmen dari anggota organisasi yang terlibat dalam proses pengembangan kapasitas.
4. Keberadaan dan pengembangan inovasi organisasi yang sesuai.
5. Sumber daya yang memadai bagi pengembangan kapasitas dan pelaksanaan perubahan, dan
6. Manajemen proses pengembangan kapasitas yang memadai.⁴⁹

Dalam upaya mengembangkan berbagai langkah-langkah inovatif, rasional dan praktikal menurut Iriani terdapat indikator atau alat ukur keberhasilan manajemen sumber daya manusia dalam upaya meningkatkan kapasitas sumber daya manusia yakni sebagai berikut :

⁴⁹ Iriani, Enni. *OpCit.*. Hal. 10

1. Sumber daya manusia dalam organisasi dapat dikatakan terkelola dengan baik apabila pegawainya memahami visi, misi, serta tujuan organisasinya, memahami rencana jangka pendek dan jangka panjang organisasi, serta menyadari posisi, tugas pokok dan fungsi terkait dengan pencapaian tujuan organisasi dan diterapkan dalam kehidupan sehari-hari
2. Tingkat komitmen pegawai menunjukkan tingkat keberhasilan manajemen sumber daya manusia. Bersedia bekerja sekuat tenaga dan pikiran untuk melaksanakan misi dan mencapai tujuan-tujuan organisasi.
3. Keberadaan *standart* pengukuran kinerja sangat mendukung pengelolaan sumber daya manusia yang baik. *Standart* pengukuran diterapkan baik terhadap individu dan tim/ kelompok kerja.
4. Pemberdayaan pegawai dilaksanakan oleh pimpinan organisasi secara bertanggungjawab, pegawai didorong untuk bekerja secara kreatif, inovatif, dan berani mnegambil resiko secara hati-hati dalam melakukan terobosan yang dianggap baik.
5. Pengembangan kapasitas manajemen sumber daya manusia menuntut adanya kepemimpinan yang baik, kredibilitas dan memiliki integritas. Faktor itu merupakan salah satu hal yang paling mendasar dalam mempengaruhi kesuksesan program *Capacity Building*. Dalam konteks organisasi publik, maka harus terus menerus didorong dan dikembangkan sebuah mekanisme kepemimpinan yang dinamis sebagaimana sektor swasta mengingat tantangan ke depan yang semakin berat dan realitas keterbatasa sumber daya yang dimiliki sektor publik.

6. Adanya komunikasi, hubungan kerja dan suasana lingkungan kerja yang kondusif. Pimpinan harus membina hubungan dan sikap kekeluargaan antar pegawai yang harmonis, nilai saling asah dan asuh mendominasi hubungan kerja sehari-hari. Harus diperhatikan adanya kondisi fisik ruangan tempat bekerja yang mendukung upaya peningkatan kinerja.
7. Pelaksanaa proses perencanaan kepegawaian secara periodic dan diikuti dengan pelaksanaan *recruitment* dan promosi yang konsisten dengan terencana.⁵⁰

1.5.3.4. Tingkatan *Capacity Building*

Konsep dasar dari *Capacity Building* adalah proses pembelajaran, namun dalam implementasinya dapat diukur sesuai dengan tingkat pencapaian yang diinginkan, guna untuk jangka pendek, menengah, ataupun panjang. Seluruh aspek dalam *Capacity Building* memerlukan adaptasi terhadap lingkungan sekitarnya, baik individu terhadap lingkungan, maupun organisasi beserta sistemnya pun harus mampu beradaptasi dengan perubahan pada lingkungan yang ada.

Grindle mengungkapkan bahwa “*Capacity Building is the combination of strategy directed to improve efficiency, effectifeness from the government performance, with attention focused on these dimentions :*

1. *Development of the human resource*
2. *Strengthening organization, and*
3. *Reformation of institution*⁵¹

⁵⁰ *Ibid*

Sebagai indikator:

1. Pengembangan sumber daya manusia.
2. Penguatan organisasi, dan
3. Reformasi kelembagaan.

Penjelasan lebih lanjut mengenai penjelasan oleh Grindle dikemukakan oleh Keban yang kaitannya dalam konteks pengembangan sumber daya manusia, fokus yang diberikan yakni pada penyediaan tenaga kerja yang ahli serta teknis yang memadai. Kegiatan yang dilakukan antara lain *training*, pemberian gaji/upah, pengaturan kondisi dan lingkungan kerja dan sistem rekrutmen yang tepat.⁵²

Menurut Keban yang menjadi faktor penguatan organisasi adalah sistem manajemen. Sistem manajemen ini untuk memperbaiki kinerja dalam fungsi-fungsi dan tugas-tugas yang ada dari struktur mikro. Aktivitas yang harus dilakukan adalah dengan menata sistem intensif, pemanfaatan personel yang ada, kepemimpinan, komunikasi, dan struktur manajerial.⁵³

Tingkatan berikutnya adalah tingkatan akhir yakni pada level reformasi kelembagaan, diperlukan sebuah perubahan sistem dan institusi-institusi yang ada. Hal yang perlu dilakukan pada tahap ini yakni mengganti sistem politik dan ekonomi

⁵¹ Grindle, MS. 1997. *Getting Good Government Capacity Building in the public sectors of developing countries* dalam Mutianin, Dyah. 2012. *Transformasi Birokrasi : Dari Proses Pembelajaran Organisasi Menuju Perkuatan Kelembagaan*. Jurnal FISIPOL Universitas Muhammadiyah. Yogyakarta. Hal. 3

⁵² Keban, Yeremias. T. 2000. “*Good Governance*” dan “*Capacity Building*” Sebagai Indikator Utama dan Fokus Penilaian Kinerja Pemerintahan. Hal.7

⁵³ *Ibid*

yang ada dengan perubahan kebijakan dan aturan hukum serta reformasi sistem kelembagaan yang dapat mendorong pasar dan berkembangnya masyarakat.

United Nation Development Programme (UNDP) mengemukakan bahwa *Capacity Building* berfokus pada tiga hal, yaitu :

1. Tenaga kerja, yaitu pada dimensi sumber daya manusia dan menitik beratkan pada kualitas dan cara sumber daya manusia dimanfaatkan.
2. Modal, terkait dengan dimensi fisik yaitu menyangkut peralatan, bahan-bahan yang diperlukan, dan juga tempat atau gedung.
3. Teknologi (organisasi dan gaya manajemen), meliputi fungsi perencanaan, pembuatan keputusan, pengendalian, dan evaluasi, serta sistem informasi manajemen.⁵⁴

Menurut Riyadi dikatakan bahwa *United Nation* memusatkan perhatiannya pada mandat atau struktur legal, struktur kelembagaan, pendekatan manajerial, kemampuan organisasional dan teknis, kemampuan fiskal lokal dan kegiatan-kegiatan program.⁵⁵

GTZ (Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit) dalam milen menggambarkan bahwa dalam proses pengembangan kapasitas terdapat tiga tingkatan (*level*) yang harus menjadi fokus analisa dan proses perubahan dalam suatu organisasi. Ketiga tingkatan itu adalah : (a) tingkatan sistem/kebijakan, (b) tingkatan

⁵⁴ Riyadi, Selamat. 2006. *Banking Assets and Liability Management*. Edisi Ketiga. Jakarta : Penerbit Fakultas Ekonomi Universitas Indonesia. Hal. 14

⁵⁵ *Ibid*

organisasi/lembaga, dan (c) tingkatan individu/sumber daya manusia.⁵⁶ Ketiga tingkatan ini dapat dilihat pada tabel I.7 dibawah ini :

Tabel I.7

Level Pengembangan Kapasitas



Sumber : (GTZ dalam milen, 2001:22)

Ketiga tingkatan tersebut bersifat saling terkait dan mendukung, sehingga prosesnya harus dilakukan secara bersamaan. Pembagian tingkatan tersebut dilakukan untuk memastikan bahwa fokus peningkatan kapasitas dalam mencapai sasaran secara efektif dan menentukan langkah-langkah proses perubahan secara operasional, sehingga dapat mencapai sasaran yang ingin dicapai sebagaimana apa yang telah ditentukan.

⁵⁶ Milen, Anni. 2001. *What Do We Know About Capacity Building ? An Overview of Existing Knowledge and Good Practice*. World Health Organization (Departement of Health Service Provision). Geneva. P. 22

Pada tingkatan sistem, organisasi dituntut untuk melakukan upaya proses perbaikan pada sistem yang ada, kebijakan dan berbagai aturan yang mana menjadi dasar dari berbagai program, aktivitas dan kegiatan pada organisasi. Dalam mengembangkan kualitas sistem ini, yang menjadi fokus utama adalah perubahan pada kebijakan dan peraturan yang dianggap menghambat kinerja organisasi sehingga kinerja yang ada berjalan secara tidak optimal. Pada tingkatan organisasi, upaya peningkatan kapasitas berhubungan dengan menciptakan seperangkat struktur, kultur, dan pengelolaan organisasi yang mendukung para pegawai/individu untuk menunjukkan kinerja terbaiknya. Dalam sebuah organisasi terdapat dua unsure utama, yakni unsur perangkat lunak dan unsur perangkat keras. Unsur perangkat keras yakni berupa infrastruktur (gedung), Struktur organisasi, serta dukungan anggaran. Sedangkan yang dimaksud dengan perangkat lunak yakni kultur organisasi, dan sumber daya informasi yang dimiliki oleh organisasi. Sedangkan pada tingkatan individu sebagai sumber daya manusia harus ditingkatkan kemampuan dan profesionalismenya, yakni melalui aspek pengetahuannya, kompetensi individunya, keterampilan individu, maupun etika kerja yang dimiliki oleh individu.

Berbagai literatur lain seperti (CHF, 2008, DAC, 2006, World Bank, 2009; UNDP, 2009), meyakini bahwa pengembangan kapasitas berlangsung pada 3 level, yakni sebagai berikut :

a. *Individual*

This is the first layer of capacity. The individuals that make up organizations and societies need the skills, knowledge and experiences to grow and transform that around them (JICA, 2006). Individual capacity is the ability of these people to learn skills and acquire knowledge that will empower and equip them to drive things forward. The approach steps away from a supply driven process, such as traditional technical training, and moves towards a demand-driven process of active learning and participation (Blagescu and Young, 2006).

b. *Organisational*

The second layer is organisational or institutional capacity. As people acquire knowledge and skills and work together over time this builds organizational capacity (DAC, 2006). Developing capacity of organisations or institutions requires instigating change, a process that must be endogenous and fully owned by those undertaking it (Bolger, 2000; Baser, 2007).

c. *Societal*

The third layer of capacity according to DAC (2006) has often been neglected in development theory and perceived exclusive of the CD process. Societal capacity encompasses the overall environment that affects the ability of individuals and organisations to change (Lusthaus et al, 1999). It is the laws and policies, the system of governance as well as the broader political and cultural environment, and the civil society (CHF, 2006). This level of capacity

*is a long process and difficult to control, however it should be factored in the process.*⁵⁷

Berdasarkan pada sifat daripada *Capacity Building* yang bersifat holistik, yakni menyeluruh pada setiap aspek dan bukan hanya pada aspek-aspek tertentu saja sehingga tiap tingkatan perlu mendapat perlakuan yang berbeda-beda namun tetap mengarah pada pencapaian kualitas yang lebih baik. Tingkatan *Capacity Building* yakni seperti berikut :

- a. Tingkatan dan dimensi *Capacity Building* pada individu
- b. Tingkatan dan dimensi *Capacity Building* pada organisasi
- c. Tingkatan dan dimensi *Capacity Building* pada sistem

Riyadi Soeprapto mengemukakan bahwa pengembangan institusi terdiri dari 3 tiga tingkatan seperti yang dijelaskan dibawah ini :

- a. Tingkatan individual, contohnya ketrampilan-ketrampilan individu dan persyaratan-persyaratan, pengetahuan, tingkah laku, pengelompokan pekerjaan dan motivasi dari pekerjaan orang-orang di dalam organisasi-organisasi;
- b. Tingkatan institusional atau keseluruhan satuan, contoh struktur organisasi-organisasi, proses pengambilan keputusan di dalam organisasi-organisasi,

⁵⁷ Freeman, Katherine M., 2010. *Capacity Development Theory and Practice : Lessons learnt from CORD and KITWOBEE in Northern Uganda*. Oxford Brookes University. UK. P.25

prosedur dan mekanisme-mekanisme pekerjaan, pengaturan sarana dan prasarana, hubungan-hubungan dan jaringan-jaringan organisasi;

- c. Tingkatan sistem, seperti kerangka kerja yang berhubungan dengan pengaturan, kebijakan-kebijakan dan kondisi dasar yang mendukung pencapaian obyektivitas kebijakan tertentu.⁵⁸

Dapat ditarik secara sederhana mengenai dimensi dan tingkatan pada *Capacity Building* yang mana terdiri dari mulai level individu, organisasi, dan sistem pada tabel berikut (tabel I.8) :

Tabel I.8
Tingkatan Dalam *Capacity Building*⁵⁹

Tingkat Individu	Tingkat Organisasi	Tingkat Sistem
<ul style="list-style-type: none"> • Pengetahuan • Keterampilan • Tingkah laku • Pengelompokan kerja • Motivasi 	<ul style="list-style-type: none"> • Struktur Organisasi • Proses pengambilan keputusan • Prosedur dan mekanisme pekerjaan • Pengaturan sarana dan prasarana 	<ul style="list-style-type: none"> • Kerangka kerja yang berhubungan dengan aturan dan kebijakan

Sumber : Riyadi (2006:15)

⁵⁸ Soeprapto, Riyadi. 2006. *The Capacity Building For Local Government Toward Good Governance*. Tersedia pada : <http://www.docstoc.com/docs/5936090/Riyadi-capacity-building>. Hal. 15. [Online] Diakses Pada 27 Juli 2015

⁵⁹ *Ibid*

Dari tabel tersebut dapat dijelaskan bahwa pengembangan kapasitas harus dilaksanakan secara efektif dan berkesinambungan yakni pada 3 tingkatan tersebut, yakni :

- b. Tingkatan individu adalah tingkatan dalam sistem yang paling kecil, dalam tingkatan ini yang dilakukan dalam *capacity building* adalah terfokus pada aspek membelajarkan individu dalam upaya mendapatkan sumber daya manusia yang berkualitas dalam ruang lingkup penciptaan peningkatan keterampilan-keterampilan dalam diri individu, penambahan pengetahuan dan teknologi, peningkatan tingkah laku untuk memberikan tauladan yang baik, dan motivasi untuk bekerja lebih baik dalam mengerjakan tugas dan fungsinya agar dapat mencapai tujuan organisasi yang telah ditetapkan sebelumnya dengan berbagai macam kegiatan.
- c. Tingkatan pengembangan kapasitas pada organisasi terdiri atas struktur organisasi, proses pengambilan keputusan dalam organisasi, prosedur dan mekanisme pekerjaan, pengaturan sarana dan prasarana, hubungan-hubungan, dan jaringan-jaringan organisasi. Secara umum pengembangan kapasitas yang dilakukan pada tingkatan organisasi yakni dengan pengembangan aturan main organisasi, sistem kepemimpinan, sistem manajemen, pengembangan sumber daya manusia, serta pengembangan jaringan organisasi.
- d. Tingkatan pengembangan kapasitas pada sistem merupakan tingkatan yang paling tinggi, dimana seluruh komponen masuk didalamnya. Dalam tingkatan sistem ini

yang dilakukan yakni pengembangan kerangka kerja yang berhubungan dengan pengaturan, kebijakan-kebijakan dan kondisi dasar yang mendukung pencapaian obyektivitas kebijakan tertentu.

Dari penjelasan tersebut dapat disimpulkan bahwa *Capacity Building* apabila dilaksanakan dengan baik secara efektif dan berkesinambungan maka dalam tingkatan individu akan diperoleh peningkatan kualitas individu yang memiliki kemampuan yang baik, pengetahuan yang luas, serta lebih paham akan apa yang menjadi kewajibannya dalam menjalankan tugasnya, sehingga suatu organisasi dapat berjalan dengan baik dalam upaya pencapaian tujuan organisasi. Dengan sumber daya manusia yang berkualitas akan sangat membantu, karena sumber daya manusia merupakan aspek kunci dalam sebuah kegiatan.

Tingkatan organisasi berhubungan dengan sumber daya organisasi, prosedur dan mekanisme kerja, struktur organisasi, dan pengambilan keputusan, pengaturan sarana dan prasarana serta jaringan jaringan organisasi, dimana pengembangan kapasitas yang dilakukan pada aspek-aspek tersebut berjalan dengan baik dan berkesinambungan maka akan tercipta sebuah organisasi yang baik dan kuat. Tingkatan tertinggi yakni tingkatan sistem, dimana di dalamnya meliputi kerangka kerja yang berkaitan dengan regulasi, kebijakan-kebijakan dan kondisi dasar yang mencapai pencapaian obyektivitas.

I.6. Definisi Konsep

Konsep adalah salah satu unsur penelitian yang berisi tentang suatu ide yang dijalin ke dalam satu acuan dengan menggunakan satu istilah. Hal tersebut lebih pada abstraksi dari suatu fakta ataupun fenomena yang menjadi perhatian dalam penelitian. Meskipun fenomena yang dijumpai sama tetapi setiap orang akan berbeda dalam mengkonsepsikannya. Hal tersebut tergantung pada banyak faktor-faktor yang menyebabkannya.

Menurut peneliti, konsep yang perlu didefinisikan antara lain:

I.6.1. *Capacity Building*

Capacity Building adalah suatu proses dalam rangka meningkatkan kapasitas berupa peningkatan kemampuan, keterampilan, dan keahlian baik pada level individu, organisasi, maupun pada level sistem.

I.6.1.1. Tingkatan Individu

Dalam level individu terdapat indikator-indikator di dalamnya yakni :

I.6.1.1.1. Pengetahuan

Pengetahuan yang dimiliki oleh pegawai instansi khususnya pada pegawai tetap pada bagian pelayanan Puskesmas Jagir yang mereka dapat melalui edukasi maupun pengalaman yang dimilikinya.

I.6.1.1.2. Keterampilan

Keterampilan yang dimiliki oleh pegawai instansi khususnya pada pegawai tetap pada bagian pelayanan Puskesmas Jagir untuk melakukan suatu kegiatan yang sifatnya spesifik, fokus, dan dinamis yang mana lebih bersifat kemampuan teknis.

I.6.1.1.3. Tingkah Laku

Tingkah laku adalah segala perbuatan atau tindakan untuk memberikan tauladan yang baik yang dimiliki oleh pegawai instansi khususnya pada pegawai tetap pada bagian pelayanan Puskesmas Jagir.

I.6.1.1.4. Pengelompokan Kerja

Pengelompokan kerja adalah proses pengelompokan dan penamaan bagian atau kelompok pekerjaan berdasarkan pada kriteria tertentu.

I.6.1.1.5. Motivasi

Motivasi adalah dorongan untuk bekerja lebih baik dalam menjalankan tugas bagi para pegawai instansi khususnya pada pegawai tetap pada bagian pelayanan Puskesmas Jagir.

I.6.1.2. Tingkatan Organisasi

Dalam level organisasi terdapat indikator-indikator di dalamnya, yakni :

I.6.1.2.1. Struktur Organisasi

Struktur Organisasi adalah pola hubungan antara berbagai komponen dan bagian dari organisasi yang ada pada Puskesmas Jagir.

I.6.1.2.2. Pengambilan Keputusan

Proses pengambilan keputusan adalah proses yang digunakan untuk memilih suatu tindakan yang bertujuan untuk memecahkan sebuah permasalahan.

I.6.1.2.3. Prosedur dan Mekanisme Pekerjaan

Pengertian prosedur dan mekanisme pekerjaan adalah sebuah urutan yang tepat dari tahapan-tahapan instruksi yang menjelaskan tentang apa yang harus dilakukan, siapa yang harus melakukan, kapan dikerjakan, dan bagaimana cara mengerjakannya.

I.6.1.2.4. Pengaturan Sarana dan Prasarana

Pengaturan sarana dan prasarana adalah proses kegiatan perencanaan, pengorganisasian, pengadaan, pemeliharaan, penghapusan, dan pengendalian perlengkapan.

I.6.1.3. Tingkatan Sistem

Dalam level sistem terdapat indikator didalamnya, yakni :

I.6.1.3.1. Kerangka Kerja yang Berhubungan dengan Aturan dan Kebijakan

Dalam penelitian ini yang dimaksud dengan kerangka kerja yang berhubungan dengan aturan dan kebijakan adalah sebuah pengembangan kerangka kerja yang berhubungan dengan pengaturan, kebijakan-kebijakan dan kondisi dasar yang mendukung pencapaian obyektivitas kebijakan tertentu.

I.6.2. Puskesmas

Puskesmas adalah sebuah instansi pemerintah yang menyediakan fasilitas kesehatan yang mana selaku garda utama dalam rangka memberikan pelayanan kesehatan tingkat pertama pada suatu wilayah kerja.

I.6.3. Implementasi

Implementasi adalah merupakan suatu tindakan atau pelaksanaan dari sebuah rencana yang sudah disusun secara matang dan terperinci. Implementasi dilakukan setelah perencanaan sudah dianggap matang dan siap untuk diterapkan.

I.6.4. Program

Program adalah suatu rancangan kegiatan dalam rangka pencapaian misi dalam rangka pencapaian tujuan yang telah ditetapkan.

I.6.4.1. Program Jaminan Kesehatan Nasional

Program Jaminan Kesehatan Nasional adalah suatu upaya yang dilakukan oleh pemerintah untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan dalam rangka pemberian jaminan kesehatan kepada seluruh lapisan masyarakat untuk meningkatkan kualitas kesehatan masyarakat.

I.7. Metodologi Penelitian

Metode penelitian pada dasarnya merupakan cara ilmiah untuk mendapatkan data dengan tujuan dan kegunaan tertentu. Dalam artian metode penelitian merupakan seperangkat petunjuk atau pedoman yang menjadi strategi untuk menjawab suatu

permasalahan ilmiah dengan tujuan memperoleh suatu pengetahuan yang berkebenaran ilmiah. Maka dari itu pada tahap ini, akan dikaji bagaimana masalah penelitian yang ada ditemukan jawabannya.

Metodelogi yang digunakan adalah metode kualitatif dimana metode ini didasarkan atas pemahaman terhadap permasalahan sosial yang ada. Hadri dan Martini Nawawai menjelaskan bahwa metode kualitatif merupakan kerangkaian kegiatan menyaring informasi dari kondisi sewajarnya dalam kehidupan suatu objek, dihubungkan dengan pemecahan suatu masalah baik dari sudut pandang praktis atau teoritis. Informasi yang diperoleh tersebut akan dipelajari dan ditafsirkan dengan usaha memahami maknanya sesuai dengan sudut pandang sumber data.⁶⁰

Penelitian kualitatif pada dasarnya menganggap fenomena sosial yang menjadi pusat perhatian ilmu-ilmu sosial sangatlah berbeda dengan fenomena alami yang menjadi fokus perhatian ilmu-ilmu kealaman karena fenomena sosial yang melibatkan manusia sebagai pelaku praktis/aktivitas sosial, senantiasa sarat dengan dunia makna yang melekat pada subyek (manusia) pelakunya. Ia senantiasa melibatkan interpretasi, kesadaran, dan makna subyektif ditingkat individu sang manusia sebagai tindakan sosial. Dalam pandangan ini untuk memahami suatu

⁶⁰ Nawawi, Hadari dan Nawawi, M. Martini. 1992. *Instrumen Penelitian Bidang Sosia*. Yogyakarta : Gajah Mada University Press. Hal 209

fenomena sosial haruslah dari hasil “membaca” bagaimana sang pelaku itu memahami dunianya.⁶¹

I.7.1. Tipe Penelitian

Dalam penelitian ini menggunakan tipe penelitian deskriptif. Tipe penelitian deskriptif ini dapat dipahami sebagai penelitian yang berusaha menggambarkan dan melukiskan sebuah keadaan atas fakta-fakta yang benar-benar terjadi sehingga nantinya peneliti diharapkan dapat memahami fenomena yang dijadikan permasalahan dalam penelitiannya. Seperti yang dijelaskan berikut ini dimana penelitian deskriptif dapat diartikan sebagai prosedur pemecahan masalah yang diselidiki dengan menggambarkan/melukiskan keadaan subjek/objek penelitian (seseorang, lembaga, masyarakat dan lainnya) pada saat sekarang berdasarkan fakta-fakta yang tampak atau sebagai mana adanya. Mendeskripsikan fakta merupakan usaha mengemukakan gejala secara lengkap di dalam aspek yang diselidiki, agar jelas keadaan atau kondisinya sehingga penelitian ini bersifat penemuan fakta seadanya. Secara singkat dapat dikatakan bahwa penelitian deskriptif merupakan langkah-langkah melakukan representatif objektif tentang gejala-gejala yang terdapat di dalam masalah yang diselidiki.⁶²

⁶¹ Burhan, Bungin. 2003. Analisis Data Penelitian Kualitatif. Jakarta : PT Raja Grafindo Persada. Hal. 13-14

⁶² Hadari Nawawi, *Op.cit.*, 1993. hal 63.

I.7.2. Lokasi Penelitian

Pada penelitian kali ini lokasi yang dipilih adalah Puskesmas Kota Surabaya, dimana fokus penelitian ini yakni pada Puskesmas Jagir Kota Surabaya. Pemilihan lokasi tersebut didasarkan pada pertimbangan sebagai berikut :

1. Fenomena yang muncul pada penelitian ini yaitu tentang implementasi program JKN pada puskesmas yang ada di Kota Surabaya. Untuk sekedar diketahui bahwa sampai saat ini puskesmas Jagir Kota Surabaya merupakan fasilitas kesehatan tingkat pertama dengan pengunjung terbanyak yang sudah termasuk dalam keanggotaan program JKN tersebut, jadi masuk akal bahwa penelitian ini dilaksanakan di Puskesmas Jagir.
2. Dari letak geografi Kota Surabaya yang merupakan kota terbesar kedua dan juga sebagai ibu kota Provinsi Jawa Timur, menjadikan Kota Surabaya sebagai kota dengan jumlah penduduk yang besar didalamnya, sehingga banyak penduduk yang harus dipenuhi kebutuhan pokoknya oleh pemerintah, termasuk aspek kesehatan.

I.7.3. Teknik Penentuan Informan Penelitian

Diperlukannya berbagai data dan informasi yang harus diperoleh dari berbagai pihak yang terkait mengenai program ini untuk memperlancar penelitian ini yakni pentingnya penentuan seorang informan yang terkait dengan implementasi program ini. Penentuan informan dilakukan dengan teknik *purposive* pada *key informan*.

Penentuan informan secara *purposive* bertujuan untuk memperoleh informasi yang diperoleh melalui informan kunci yang mana sebelumnya dilakukan fase

penghimpunan awal mengenai variasi antar sub-sub unit sebelum menetapkan informan. Informan yang dipilih merupakan mereka yang kaya akan informasi dan memiliki banyak pengetahuan mengenai sebuah fenomena yang sedang diteliti oleh peneliti.

Pemilihan informan dengan menggunakan *purposive* dapat ditandai dengan ciri-ciri sebagai berikut:

1. Pemilihan informan tidak dapat ditentukan atau ditarik terlebih dahulu
2. Pemilihan informan secara berurutan yaitu tujuan memperoleh variasi sebanyak-banyaknya hanya dapat dicapai apabila pemilihan satuan sample dilakukan jika satuan sebelumnya sudah dijangkau dan analisis. Setiap satuan berikutnya dapat dipilih untuk memperluas informasi yang telah diperoleh terlebih dahulu sehingga dapat dipertentangkan atau diisi adanya kesenjangan informasi yang ditemui
3. Penyesuaian berkelanjutan dari pemilihan informan yaitu pada mulanya setiap informan dapat sama kegunaannya. Namun sesudah makin banyak informasi yang masuk dan makin mengembangkan hipotesis kerja, ternyata bahwa informan dipilih atas dasar fokus penelitian
4. Pemilihan terakhir jika sudah terjadi pengulangan yaitu pada pemilihan informan secara bertujuan seperti ini jumlah informan ditentukan oleh pertimbangan-pertimbangan informasi yang diperlukan. Jika maksudnya memperluas informasi, jika tidak ada lagi informasi yang dapat dijangkau, maka pencarian informan dapat

diakhiri. Jadi jika sudah mulai terjadi pengulangan informasi maka pemilihan informan sudah harus dihentikan .⁶³

Penelitian kualitatif tidak mempersoalkan jumlah sampel. Umumnya terdapat tiga tahap pemilihan sampel dalam penelitian kualitatif, yakni pertama pemilihan sampel awal, apakah itu informan (untuk diwawancarai) atau suatu situasi sosial (untuk diobservasi). Kedua adalah pemilihan sampel lanjutan guna memperluas deskripsi informasi dan melacak variasi informasi yang mungkin ada. Ketiga adalah menghentikan pemilihan sampel lanjutan bilamana dianggap sudah tidak ditemukan lagi variasi informasi (sudah ada replikasi informasi). Dalam menempuh tiga tahapan tersebut pemilihan sampel dalam penelitian kualitatif yang lazim digunakan adalah melalui teknik *snowball sampling*.⁶⁴

Dari pengertian diatas maka penelitian ini dalam menentukan penarikan informan adalah menggunakan *purposive sampling* dan teknik *snowball sampling*. *Purposive sampling* ditentukan pada *key informan* yang ada pada Puskesmas Jagir yang mana benar-benar menguasai persoalan yang dikaji oleh peneliti, sedangkan untuk penentuan informan selanjutnya untuk mendapatkan variasi informasi mengenai persoalan yang dikaji oleh peneliti yakni dengan menggunakan teknik *snowball sampling*.

Berdasarkan penjelasan diatas maka dalam penelitian ini informan yang diperoleh dalam penelitian ini yakni sebagai berikut :

⁶³ Moleong, Lexy J. 2000. *Metode Penelitian Kualitatif*. Bandung : Remaja Rosdakarya. Hal. 165-166.

⁶⁴ Burhan, Bungin. *Op.Cit.*, 2003. Hal. 53-54

- a. Kepala Puskesmas : dr. Sri Peni Tiahiati
- b. Kepala Tata Usaha : Endang Dwi Pristiwati
- c. Koordinator Upaya Kesehatan Perorangan : dr. Reyner Meilaksana
- d. Staf Unit Kesehatan Ibu dan Anak : Siti Haniah
- e. Staf Unit Kesehatan Ibu dan Anak : Lailatu Luthfiyah

I.7.4. Teknik Pengumpulan Data

Penelitian kualitatif memerlukan data primer maupun sekunder untuk menjawab persoalan yang sedang diinvestigasi oleh peneliti. Dalam sebuah penelitian kualitatif informasi dapat diperoleh dari data informasi yang diperoleh melalui informan, sedangkan data sekunder merupakan data yang diperoleh yang berasal dari dokumen-dokumen yang dimiliki oleh instansi terkait. Teknik pengumpulan data yang dipilih yakni :

1. Observasi

Metode observasi dilakukan dengan melakukan pengamatan secara langsung yang ada dilapangan guna memperoleh data yang benar dan akurat. Data observasi yang didapat merupakan sebuah deskripsi yang faktual dan terperinci mengenai keadaan yang ada dilapangan, dimana kegiatan dan situasi sosial serta konteks dimana kegiatan tersebut terjadi.

2. Wawancara mendalam

Wawancara yang dilakukan berdasarkan pada pedoman wawancara yang telah dibuat sebelumnya untuk memperlancar proses wawancara, serta untuk memperjelas arah dari wawancara tersebut.

2. Dokumen

Dokumen yang dimaksud yakni berupa data yang tercatat yang digunakan sebagai data sekunder dalam melakukan analisa.

I.7.5. Teknik Analisa Data

Dalam penelitian ini teknik analisis data yang digunakan adalah teknik analisis data kualitatif. Menurut Milles dan Huberman, dalam menganalisis data kualitatif terdiri dari tiga alur kegiatan yang terjadi secara bersamaan yaitu:

1. Reduksi data

Reduksi data diartikan sebagai proses pemilihan, pemusatan perhatian pada penyederhanaan, pengabstrakan dan transformasi data kasar yang muncul dari catatan-catatan tertulis di lapangan yaitu suatu bentuk analisis yang menajamkan, menggolongkan, mengarahkan, membuang yang tidak perlu dan mengorganisasikan data dengan cara sedemikian rupa sehingga kesimpulan – kesimpulan akhirnya dapat ditarik dan diverifikasi.

2. Penyajian Data

Penyajian data diartikan sebagai sekumpulan informasi yang tersusun yang memberi kemungkinan adanya penarikan kesimpulan dan pengambilan tindakan. Dalam penelitian ini, data yang telah mengalami penyederhanaan dan penggolongan tersebut disajikan sedemikian rupa sehingga mudah terbaca.

3. Penarikan Kesimpulan

Penarikan kesimpulan diartikan bagian dari konfigurasi yang melakukan penarikan kesimpulan atas data-data yang sudah tersusun berdasarkan karakteristik data.⁶⁵

I.7.6. Teknik Pemeriksaan Keabsahan Data

Pemeriksaan keabsahan data merupakan faktor yang menentukan dalam sebuah penelitian kualitatif. Hal tersebut perlu dilakukan agar hasil penelitian dapat dipertanggung jawabkan baik secara praktis maupun secara ilmiah. Teknik pemeriksaan keabsahan data yang digunakan dalam penelitian ini adalah dengan menggunakan teknik triangulasi. Triangulasi merupakan teknik pemeriksaan keabsahan data dengan memanfaatkan sesuatu yang lain di luar data itu untuk mengecek ataupun membandingkan.

Triangulasi yang digunakan yakni triangulasi sumber data, dalam penelitian ini digunakan dengan cara :

1. Triangulasi sumber data digunakan untuk membandingkan data hasil pengamatan dengan data hasil wawancara. Dalam penelitian ini mencoba membandingkan antara apa yang diamati tentang suatu kondisi fisik dengan hasil wawancara yang dilakukan dengan narasumber.
2. Membandingkan keadaan dalam prespektif seseorang dengan pendapat dan pandangan orang lain.

⁶⁵ Milles, Matthew B. dan Huberman, A. Michael. 1992. *Analisis Data Kualitatif : Buku Sumber Tentang Metode-Metode Baru*. Jakarta : UI-Perss. Hal. 16-20.

3. Realisasinya, apa yang dikatakan seseorang dalam perspektifnya bisa berbeda dengan perspektif orang lainnya. Disini peneliti berusaha untuk mendapatkan informasi dengan membandingkan pendapat yang berbeda.
4. Membandingkan hasil wawancara dengan isi dokumen. Peneliti membandingkan hasil wawancara dengan narasumber dengan dokumen yang ada, baik berupa dokumen peraturan kebijakan, maupun arsip yang dimiliki serta dokumen lain yang relevan dengan program JKN.

