

SKRIPSI

**IMPLEMENTASI KEBIJAKAN JAMINAN KESEHATAN NASIONAL
TERHADAP PENGGUNA PELAYANAN RAWAT INAP DI RUMAH
SAKIT UMUM DAERAH MAJENE**

ASRIFAR MUKTI

(F0118347)

Diajukan Sebagai Salah Satu Persyaratan untuk Memperoleh Gelar Sarjana

Ilmu Politik (S.I.P)

Pada Program Ilmu Politik



PROGRAM STUDI ILMU POLITIK

FAKULTAS ILMU SOSIAL DAN ILMU POLITIK

UNIVERSITAS SULAWESI BARAT

2025

HALAMAN PENGESAHAN

JUDUL : Implementasi kebijakan jaminan kesehatan nasional
terhadap pengguna pelayanan rawat inap di rumah
sakit umum majene

NAMA : ASRIFAR MUKTI

NIM : F0118347

PROGRAM STUDI : ILMU POLITIK

Telah diperiksa dan disetujui untuk diujikan, guna memenuhi persyaratan untuk Ujian Akhir
memperoleh Gelar Sarjana Ilmu Politik (S1) .

Majene, 26 Juni 2025

Disetujui oleh :

Pembimbing I



Prof. Dr . H. Burhanuddin, M.Si
NIP : 196209191989031004

Pembimbing II



Hendrawan, S.Sos., M.A.P.
NIP :199504012022031012

Mengesahkan :

Dekan Fakultas Ilmu Sosial, Ilmu Politik dan Hukum



Dr. Thamrin Pawalluri, S.Pd., M.Pd.
NIP: 197001311998021005

PERSYARATAN ORISINALITAS

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : **Asrifar Mukti**

NIM : F0118347

Program Studi : Ilmu Politik

Menyatakan bahwa skripsi yang berjudul **“Kebijakan Jaminan Kesehatan Nasional terhadap Pengguna Pelayanan Rawat Inap di Rumah Sakit Umum Daerah Majene”** Adalah benar merupakan karya saya dibawah arahan dosen pembimbing dan belum pernah diajukan ke Perguruan Tinggi manapun serta seluruh sumber dikutip maupun dirujuk telah saya nyatakan dengan benar.

Majene, 16 juni 2025

Yang Membuat Persyataan



ASRIFAR MUKTI

ABSTRAK

Implementasi Kebijakan Jaminan Kesehatan Nasional terhadap Pengguna Pelayanan Rawat Inap Di Rumah Sakit Umum Daerah Majene

Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) merupakan bentuk implementasi dari upaya negara dalam memberikan perlindungan sosial kepada seluruh rakyat Indonesia, sebagaimana diamanatkan dalam Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN). Namun, dalam pelaksanaannya, program ini menghadapi berbagai tantangan, khususnya dalam pelayanan kesehatan di rumah sakit. Salah satu masalah utama adalah kesenjangan antara harapan masyarakat terhadap kualitas layanan dan realitas pelayanan yang diterima, seperti ketidakefisienan sistem rujukan, keterbatasan obat dan tenaga medis, hingga rendahnya tingkat kepuasan pasien pengguna JKN. Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Majene menjadi salah satu institusi pelayanan publik yang terdampak oleh isu ini, di mana ditemukan adanya keluhan masyarakat terkait pelayanan BPJS, kurangnya pemahaman petugas medis terhadap sistem JKN, serta sikap tenaga medis yang kurang responsif terhadap pasien.

Penelitian ini bertujuan untuk mengevaluasi implementasi kebijakan JKN serta menilai tingkat kepuasan pasien terhadap pelayanan rawat inap di RSUD Majene. Penilaian dilakukan dengan pendekatan evaluasi kebijakan publik berdasarkan teori Anderson, yang mencakup penilaian terhadap hasil (outcome) dan dampak (impact). Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan kontribusi terhadap perbaikan mutu pelayanan kesehatan serta peningkatan efektivitas pelaksanaan program JKN di tingkat daerah.

BAB I

PENDAHULUAN

1.1. Latar Belakang

Jaminan sosial sudah merupakan tujuan dari setiap negara dalam memberikan perlindungan kepada warga negaranya, hal ini dibuktikan dengan pertemuan Konferensi Perburuhan Internasional ILO ke 89 pada bulan juni 2001, menjadi topik utama dalam diskusi umum jaminan sosial. Komite jamian sosial menarik perhatian negara negara yang beranggota kan 111 pemerintahan, 50 pengusaha dan 79 anggota pekerja dan sejumlah penasihat dan pengamat (Yuditia et al., 2021).

Dalam rangka meningkatkan derajat kesehatan masyarakat, pembangunan dibidang kesehatan perlu ditingkatkan dengan suatu sistem kesehatan nasional yang melibatkan semua pihak agar meningkatkan pelayanan kesehatan baik dalam hal tenaga kesehatan, sarana dan prasarana yang baik maupun mutu dari pelayanan kesehatan tersebut. Maka diperlukannya suatu program pemerintah sebagai lembaga penyelenggara negara untuk membentuk suatu program jaminan kesehatan yang menjamin pelayanan kesehatan masyarakat Indonesia. Tujuannya ialah agar setiap warga negara mendapatkan pelayanan kesehatan yang baik. Upaya yang ditempuh pemerintah untuk mewujudkan hal tersebut, maka diterbitkanlah Undang-Undang Nomor 40 tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (selanjutnya disebut Undang-Undang SJSN). Undang-undang SJSN ini menyebutkan bahwa “Jaminan sosial adalah salah satu bentuk perlindungan sosial untuk menjamin seluruh rakyat agar dapat memenuhi kebutuhan dasar hidupnya

yang layak. (Vyandri 2018)

Setelah diberlakukannya Program JKN ini didapati banyak kendala-kendala yang hadir terkait dengan sistem rujukan pasien dinilai kurang efektif dan efisien pada tahun pertama implementasi JKN sehingga mengakibatkan adanya penumpukan pasien di rumah sakit besar. Pada tahun 2015 sebagai tahun kedua implementasi JKN terdapat beberapa rumah sakit mengalami penurunan pendapatan. (Wijayani 2018)

Berdasarkan hasil evaluasi yang dilakukan oleh Dewan Jaminan Sosial Nasional (DJSN) selama setahun berjalannya program JKN, masih ditemukan banyak permasalahan mengenai pelaksanaan program JKN di rumah sakit di Indonesia yaitu pasien yang harus bayar sendiri baik biaya perawatan maupun administrasi, pasien yang harus membeli obat dan darah sendiri di karena keterbatasan obat dan darah, pasien yang harus pulang sebelum sehat karena biaya paket INA CBG'snya sudah habis, pasien yang harus masuk daftar tunggu (*waiting list*) untuk mengambil tindakan (seperti operasi), dan sistem yang menggunakan sistem *Indonesia Case Based Groups* (INA CBG's) yang belum sepenuhnya mendukung program karena masih seringnya terjadi gangguan pada program tersebut. (Nugroho, 2021)

SJSN adalah suatu tata cara penyelenggaraan program jaminan sosial oleh beberapa badan penyelenggaraan jaminan sosial (Indonesia, 2004). Untuk meningkatkan kualitas kesehatan masyarakat, pemerintah mengeluarkan program jaminan kesehatan untuk masyarakat miskin yang dikenal JAMKESMAS. Jaminan Kesehatan Masyarakat (JAMKESMAS) adalah program bantuan sosial untuk

pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin dan tidak mampu yang diselenggarakan secara nasional, agar terjadi subsidi silang dalam rangka mewujudkan pelayanan kesehatan menyeluruh bagi masyarakat miskin. Tujuan JAMKESMAS adalah meningkatnya akses dan mutu pelayanan kesehatan terhadap seluruh warga miskin dan tidak mampu agar tercapai derajat kesehatan masyarakat yang optimal secara efektif dan efisien.

Program JAMKESMAS dan JAMKESDA belum berjalan efektif, hingga pemerintah beralih kepada JKN (Utami & Mutiarin, 2017). Dalam Pembukaan Undang-undang Dasar (UUD) 1945 alinea IV, salah satu tujuan Negara Kesatuan Republik Indonesia adalah memajukan kesejahteraan rakyat (Simamora, 2014). Pemerintah melakukan upaya-upaya untuk meningkatkan kesejahteraan rakyat Indonesia, salah satunya adalah dalam bidang kesehatan dengan menyelenggarakan Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) sesuai dengan Undang-undang Republik Indonesia Nomor 40 Tahun 2004 tentang SJSN (Indonesia, 2004).

Terciptanya Kepuasan Pelanggan dapat memberikan manfaat diantaranya hubungan antara Perusahaan dan Pelanggan menjadi harmonis, Pelanggan akan melakukan pembelian ulang hingga terciptanya loyalitas Pelanggan, dan membentuk suatu rekomendasi dari mulut ke mulut (word of mouth) yang menguntungkan Perusahaan (Supriyanto & Soesanto, 2012).

Kualitas Layanan Asuransi Kesehatan Publik Secara umum kualitas layanan mengandung berbagai pengertian menurut beberapa pemikir kualitas layanan dapat diartikan; Goeth dan Davis yang dikutip Tjiptono, (2020) bahwa

kualitas merupakan suatu kondisi dinamis yang berhubungan dengan produk, jasa, manusia, proses, dan lingkungan yang memenuhi atau melebihi harapan. Sebaliknya, definisi kualitas yang bervariasi dari yang kontroversial hingga kepada yang lebih strategik.

Menurut Garvin yang dikutip Tjiptono, (2020) menyatakan bahwa terdapat lima perspektif mengenai kualitas, salah satunya yaitu bahwa kualitas dilihat tergantung pada orang yang menilainya, sehingga produk yang paling memuaskan preferensi seseorang merupakan produk yang berkualitas paling tinggi. Pada prinsipnya konsep pelayanan memiliki berbagai macam definisi yang berbeda menurut penjelasan para ahli, namun pada intinya tetap merujuk pada konsepsi dasar yang sama. Menurut Wira, (2007) pelayanan atau servis dapat diartikan sebagai sebuah kegiatan atau keuntungan yang dapat ditawarkan oleh satu pihak kepada pihak lain. Pelayanan tersebut meliputi kecepatan melayani, kenyamanan yang diberikan, kemudahan lokasi, harga wajar dan bersaing (Utami & Mutiarin, 2017).

Ada 2 (dua) jenis pelayanan yang akan diperoleh oleh Peserta JKN, yaitu berupa pelayanan kesehatan (manfaat medis) serta akomodasi dan ambulans (manfaat non medis). Peserta yang memerlukan pelayanan kesehatan pertamanya harus memperoleh pelayanan kesehatan pada fasilitas kesehatan tingkat pertama. Bila Peserta memerlukan pelayanan kesehatan tingkat lanjutan, maka hal itu harus dilakukan melalui rujukan oleh Fasilitas kesehatan tingkat pertama, kecuali dalam keadaan gawat darurat medis.

kesenjangan antara harapan dengan kenyataan. Secara umum, evaluasi kebijakan dapat dikatakan sebagai kegiatan yang menyangkut estimasi atau penilaian kebijakan yang mencakup substansi, implementasi dan dampak pelaksanaan kebijakan tersebut (Anderson dalam Winarno 2008).

- A. Fokus nilai. Evaluasi berbeda dengan pemantauan, dipusatkan pada penilaian menyangkut keperluan atau nilai dari sesuatu kebijakan dan program.
- B. Interdependensi fakta-nilai. Tuntutan evaluasi tergantung baik “fakta” maupun “nilai”.
- C. Orientasi masa kini dan masa lampau. Tuntutan evaluatif, berbeda dengan tuntutan-tuntutan advokat, diarahkan pada hasil sekarang dan masa lalu, ketimbang hasil di masa depan.
- D. Dualitas nilai. Nilai-nilai yang mendasari tuntutan evaluasi mempunyai kualitas ganda, karena mereka dipandang sebagai tujuan dan sekaligus cara.
- E. Berdasarkan penjelasan di atas, karakteristik evaluasi terdiri dari empat karakter.

Pertama yaitu fokus nilai, karena evaluasi adalah penilaian dari suatu kebijakan dalam ketepatan pencapaian tujuan dan sasaran kebijakan. Kedua, yaitu interdependensi fakta-nilai, karena untuk menentukan nilai dari suatu kebijakan bukan hanya dilihat dari tingkat kinerja tetapi juga dilihat dari bukti atau fakta bahwa kebijakan dapat memecahkan masalah tertentu. Ketiga, yaitu orientasi masa kini dan masa lampau, karena tuntutan evaluatif diarahkan pada hasil sekarang dan masa lalu sehingga hasil evaluasi dapat dibandingkan nilai dari kebijakan tersebut. Keempat, yaitu dualitas nilai, karena nilai-nilai dari

evaluasi mempunyai arti ganda baik rekomendasi sejauh berkenaan dengan nilai yang ada maupun nilai yang diperlukan dalam mempengaruhi pencapaian tujuan-tujuan lain. Tujuan kebijakan publik sosial, dalam konteks pembangunan sosial, kebijakan sosial merupakan suatu perangkat, mekanisme, dan sistem yang dapat mengarahkan dan menterjemahkan tujuan-tujuan pembangunan (Suharto, 2009).

F. Kebijakan sosial senantiasa berorientasi kepada pencapaian tujuan sosial.

Tujuan sosial ini mengandung dua pengertian yang saling terkait, yakni memecahkan masalah sosial dan memenuhi kebutuhan sosial (Suharto, 2009). Menurut Lester dan Stewart (2000) untuk menilai keberhasilan atau kegagalan berdasarkan standar atau kriteria yang telah ditetapkan. Ada dua hal penilaian dalam evaluasi pada kebijakan yang sudah berjalan, yaitu :

A. Penilaian terhadap hasil (outcome), dapat juga dikatakan evaluasi kinerja.

Evaluasi ini dilakukan untuk kegiatan yang telah berjalan. Karena sifatnya hanya bisa dilakukan untuk kegiatan yang telah berjalan maka hasil dari evaluasi outcome dapat digunakan untuk penyempurnaan kegiatan selanjutnya.

B. Penilaian terhadap dampak (impact), evaluasi ini lebih fokus terhadap output atau dampak dibandingkan pada prosesnya. Dapat dikatakan untuk menilai hasil, atau target jangka panjang dari kebijakan.

Rumah Sakit Umum Daerah Majene memfokuskan kepuasan pelanggan dan daya tanggap kepada setiap pasien. Banyaknya keluhan pasien terhadap peraturan BPJS Kesehatan. Diidentifikasi bahwa anggota medis sedikit tidak ramah dan sedikit kurang sigap terhadap pasien serta tim medis kurang dalam

pemahaman program BPJS Kesehatan, berdampak pada terlantarnya pasien BPJS. Mengapa penelitian ini sangat penting untuk dilakukan karena banyaknya opini masyarakat mengenai kepuasan pelayanan bpjs kesehatan di rumah sakit umum majene terutama dalam penanganan awal yang terkadang banyak keluhan masyarakat yang menggunakan bpjs kesehatan.

Berdasarkan latar belakang di atas yang memaparkan adanya kesenjangan antara tingkat kepuasan pelayanan kesehatan di rumah sakit umum daerah majene dengan survei yang dilakukan BPJS, serta adanya penurunan indeks kepuasan peserta BPJS maka peneliti tertarik untuk melakukan penelitian tentang tingkat kepuasan masyarakat pengguna JKN pada pelayanan kesehatan di Rumah Sakit Umum Daerah Majene.

1.2. Rumusan Masalah

Bagaimana implementasi kebijakan dalam pelayanan rawat inap di rumah sakit umum daerah majene ?

1.3. Tujuan Penelitian

Untuk mengetahui bagaimana implementasi kebijakan di ruang rawat inap rumah sakit umum daerah majene ?

1.4. Manfaat Penelitian

Penelitian skripsi dengan judul "Kebijakan Jaminan Kesehatan Nasional terhadap pengguna Pelayanan Rawat Inap di Rumah Sakit Umum Daerah Majene" memiliki beberapa manfaat yang dapat dibagi menjadi manfaat praktis, manfaat akademis, dan manfaat kebijakan. Berikut adalah rincian manfaat penelitian ini:

1.5. Manfaat Praktis

1.6.1 Bagi Rumah Sakit Umum Daerah Majene: Penelitian ini dapat membantu RSUD Majene memahami tingkat kepuasan pasien pengguna JKN (Jaminan Kesehatan Nasional) terhadap layanan yang mereka terima. Informasi ini penting untuk mengidentifikasi aspek-aspek pelayanan yang perlu ditingkatkan, seperti waktu tunggu, kualitas komunikasi dengan tenaga medis, dan fasilitas yang disediakan.

1.6.2 Bagi Tenaga Kesehatan: Hasil penelitian ini juga memberikan umpan balik bagi para tenaga kesehatan yang terlibat dalam layanan JKN, sehingga mereka bisa lebih memahami harapan dan kebutuhan pasien

1.6.3 Bagi Pengguna JKN: Penelitian ini membantu mengidentifikasi hak dan kebutuhan pasien pengguna JKN agar dapat memberikan masukan kepada pihak terkait dalam rangka peningkatan layanan kesehatan.

1.6. Manfaat Akademis

1.6.1 Pengembangan Ilmu Pengetahuan: Penelitian ini dapat menjadi referensi untuk penelitian selanjutnya yang ingin menganalisis kepuasan pasien dalam layanan kesehatan, khususnya dalam konteks penggunaan asuransi sosial seperti JKN.

1.6.2 Studi Perbandingan: Penelitian ini bisa dibandingkan dengan penelitian serupa di daerah lain, sehingga menambah wawasan tentang variasi tingkat kepuasan di berbagai rumah sakit di Indonesia. Hasilnya juga bisa membantu dalam mengembangkan model atau pendekatan baru dalam mengukur dan meningkatkan indeks kepuasan masyarakat.

1.7. Manfaat Kebijakan

1.7.1 Bahan Evaluasi bagi Pemerintah

Pemerintah, terutama BPJS Kesehatan dan Kementerian Kesehatan, dapat memanfaatkan hasil penelitian ini untuk mengevaluasi kebijakan dan regulasi yang ada dalam program JKN, khususnya di RSUD Majene. Jika kepuasan rendah, hal ini bisa menjadi dasar untuk meningkatkan anggaran, fasilitas, atau pelatihan tenaga kesehatan di daerah tersebut.

1.7.2 Peningkatan Program JKN

Dengan data kepuasan masyarakat pengguna JKN, pihak terkait dapat melakukan perubahan atau perbaikan pada program ini, sehingga lebih sesuai dengan kebutuhan masyarakat dan mampu memberikan pelayanan yang lebih baik di rumah sakit daerah.

1.7.3 Perencanaan Strategis

Hasil penelitian ini bisa membantu pengambil kebijakan di RSUD Majene dalam merencanakan strategi perbaikan kualitas layanan secara lebih menyeluruh, baik dari sisi fasilitas maupun sumber daya manusia. Secara keseluruhan, penelitian ini bermanfaat untuk meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan dan memberi dampak positif bagi pengguna layanan JKN serta stakeholder lain.

BAB II

KAJIAN PUSTAKA

2.1. Tujuan Umum implementasi Kebijakan

2.1.1 Pengertian implementasi

Implementasi adalah suatu tindakan atau pelaksanaan dari sebuah rencana yang sudah disusun secara matang dan terperinci. Implementasi biasanya dilakukan setelah perencanaan sudah dianggap sempurna. Menurut Nurdin Usman, implementasi adalah bermuara pada aktivitas, aksi, tindakan atau adanya mekanisme suatu sistem, implementasi bukan sekedar aktivitas, tapi suatu kegiatan yang terencana dan untuk mencapai tujuan kegiatan. (Usman,2002).

Istilah implementasi dalam Kamus Besar Bahasa Indonesia (KBBI) berarti pelaksanaan atau penerapan. Istilah implementasi biasanya dikaitkan dengan suatu kegiatan yang dilaksanakan untuk mencapai tujuan tertentu. Kamus Webster merumuskan secara pendek bahwa *to implement* (mengimplementasikan) berarti *to provide the means for carrying out* (menyediakan sarana untuk melaksanakan sesuatu), *to give practical effect* (menimbulkan dampak atau akibat terhadap sesuatu). (Yuliah 2020)

Implementasi sebagai suatu konsep tindak lanjut pelaksanaan kegiatan cukup menarik untuk dikaji oleh cabang cabang ilmu. Hal ini semakin mendorong perkembangan konsep implementasi itu sendiri, disamping itu juga menyadari bahwa dalam mempelajari implementasi sebagai suatu konsep akan

dapat memberikan kemajuan dalam upaya-upaya pencapaian tujuan yang telah diputuskan.

Secara etimologis pengertian implementasi menurut Kamus Webster yang dikutip oleh Solichin Abdul Wahab (2004) dalam bukunya adalah:

“Konsep implementasi berasal dari bahasa Inggris yaitu *to implement*. Dalam kamus besar Webster, *to implement* (mengimplementasikan) berarti *to provide the means for carrying out* (menyediakan sarana untuk melaksanakan sesuatu); dan *to give practical effect to* (untuk menimbulkan dampak/akibat terhadap sesuatu)”.

Sehingga menurut Webster dalam Wahab (2004), Implementasi adalah menyediakan sarana untuk melaksanakan sesuatu untuk menimbulkan dampak terhadap sesuatu.

Definisi yang lain antara lain menurut Daniel Mazmanian dan Paul Sabatier (1983) dalam buku Hill dan Hupe (2002) sebagaimana dikutip peneliti, bahwa:

“Implementasi adalah pelaksanaan keputusan kebijakan dasar, biasanya dalam bentuk undang-undang, namun dapat pula berbentuk perintah-perintah atau keputusan eksekutif yang penting atau keputusan badan peradilan lazimnya, keputusan tersebut mengidentifikasi masalah yang ingin diatasi, menyebutkan secara tegas tujuan atau sasaran yang ingin dicapai, dan berbagai cara untuk menstrukturkan atau mengatur proses implementasinya”

Menurut Syukur Abdullah (1988) dalam Novayanti (2013) bahwa pengertian dan unsur-unsur pokok dalam proses implementasi sebagai berikut:

- a. Proses implementasi ialah rangkaian kegiatan tindak lanjut yang terdiri atas pengambilan keputusan, langkah langkah yang strategis maupun operasional yang ditempuh guna mewujudkan suatu program atau kebijaksanaan menjadi kenyataan, guna mencapai sasaran yang ditetapkan semula.
- b. Proses implementasi dalam kenyataanya yang sesungguhnya dapat berhasil, kurang berhasil ataupun gagal sama sekali ditinjau dari hasil yang dicapai “outcomes” unsur yang pengaruhnya dapat bersifat mendukung atau menghambat sasaran program.
- c. Dalam proses implementasi sekurang-kurangnya terdapat tiga unsur yang penting dan mutlak yaitu :
 - a) Implementasi program atau kebijaksanaan tidak mungkin dilaksanakan dalam ruang hampa. Oleh karena itu faktor lingkungan (fisik, sosial, budaya, dan politik) akan mempengaruhi proses implementasi program program pembangunan pada umumnya.
 - b) Target group yaitu kelompok yang menjadi sasaran dan diharapkan akan menerima manfaat program tersebut.
 - c) Adanya program kebijaksanaan yang dilaksanakan.
 - d) Unsur pelaksanaan atau implementer, baik organisasi atau perorangan yang bertanggung jawab dalam pengelolaan, pelaksanaan dan pengawaasan implementasi tersebut.

2.1.2 Pengertian kebijakan

Kebijakan dapat didefinisikan sebagai serangkaian rencana program, aktivitas, aksi, keputusan, sikap, untuk bertindak maupun tidak bertindak yang dilakukan oleh para pihak (aktor-aktor), sebagai tahapan untuk penyelesaian masalah yang dihadapi. Penetapan kebijakan merupakan suatu faktor penting bagi organisasi untuk mencapai tujuannya. (Ramdhani and Ramdhani 2017).

Kebijakan menurut David Easton ialah keputusan yang diambil oleh pemerintah atau pemimpin kelompok/organisasi sebagai kekuasaan untuk mengalokasikan nilai-nilai bagi masyarakat atau anggota kelompoknya secara keseluruhan. Easton menyebut kebijakan pemerintah sebagai “kekuasaan mengalokasikan nilai-nilai untuk masyarakat secara keseluruhan.” Ini mengandung konotasi tentang kewenangan pemerintah yang meliputi keseluruhan kehidupan bermasyarakat. Tidak ada suatu organisasi lain yang wewenangnya dapat mencakup seluruh masyarakat kecuali pemerintah/. Sedangkan Lasswell dan Kaplan, yang melihat kebijakan sebagai sarana untuk mencapai tujuan, menyebut kebijakan sebagai program yang diproyeksikan berkenaan dengan tujuan, nilai dan praktek (*a projected program of goals, values and practies*).

2.1.3 Pengertian kebijakan publik

Adapun definisi kebijakan publik menurut Dye adalah apapun pilihan pemerintah untuk melakukan ataupun tidak melakukan. Menurut Dye kebijakan publik tersebut dibuat oleh badan pemerintah bukan organisasi swasta dan kebijakan publik menyangkut pilihan yang harus dilakukan atau tidak dilakukan

oleh badan pemerintah. Nakamura dan Smallwood melihat kebijakan publik dalam ketiga lingkungannya yaitu: (dalam Winarno, 2007:38)

Yaitu :

- A. lingkungan perumusan kebijakan (Formulation)
- B. Lingkungan penerapan (Implementation)
- C. Lingkungan penilaian (Evaluation) kebijakan.

Dari beberapa pemahaman diatas maka dapat disimpulkan pengertian dari Kebijakan publik itu sendiri yaitu serangkaian instruksi dari para pembuat keputusan kepada pelaksana kebijakan yang mengupayakan baik tujuan-tujuan dan cara-cara untuk mencapai tujuan. Beberapa lingkungan kebijakan dalam proses kelembagaan terdiri dari lingkungan pembuatan, lingkungan implementasi dan lingkungan evaluasi.

Kebijakan publik harus meliputi semua tindakan pemerintah jadi bukan semata-mata merupakan pernyataan keinginan pemerintah atau pejabat pemerintah saja. Hal yang tidak dilakukan pemerintah juga merupakan kebijakan publik karena mempunyai dampak yang sama besar dengan sesuatu yang dilakukan. Baik yang dilakukan maupun yang tidak dilakukan pasti terkait dengan satu tujuan sebagai komponen penting dari kebijakan.

2.1.4 Pengertian Implementasi kebijakan

Pemahaman umum mengenai implementasi kebijakan dapat diperoleh dari pernyataan Grindle (1980: 7) bahwa implementasi merupakan proses umum tindakan administratif yang dapat diteliti pada tingkat program tertentu. Proses implementasi baru akan dimulai apabila tujuan dan sasaran telah

ditetapkan, program kegiatan telah tersusun dan dana telah siap dan disalurkan untuk mencapai sasaran. Jika pemahaman ini diarahkan pada lokus dan fokus (perubahan) dimana kebijakan diterapkan akan sejalan dengan pandangan Van Meter dan van Horn yang dikutip oleh Parsons (1995: 461) dan Wibawa, dkk., (1994: 15) bahwa implementasi kebijakan merupakan tindakan yang dilakukan oleh (organisasi) pemerintah dan swasta baik secara individu maupun secara kelompok yang dimaksudkan untuk mencapai tujuan. (Akib 2010)

Implementasi kebijakan merupakan salah satu proses dari siklus kebijakan publik. Posisi implementasi kebijakan begitu penting dalam kebijakan publik, dimana pentingnya implementasi kebijakan dijelaskan oleh (Wahab, 2005), yaitu Implementasi kebijakan lebih penting dari perumusan kebijakan. (Winarno, 2002) menjelaskan implementasi kebijakan publik adalah sebuah alat dimana berbagai aktor, organisasi, prosedur, dan teknik bekerja bersama-sama untuk menjalankan kebijakan untuk mencapai tujuan yang diharapkan. (Suprpto and Malik, 2019)

Pada era digitalisasi perkembangan teknologi semakin canggih. Berbagai inovasi yang bermunculan disetiap instansi pemerintahan sebagai alat pendukung tata kelola pemerintahan sehingga tujuan yang diharapkan tercapai dengan baik (Di et al., 2020). Dalam penelitian tentang indeks kepuasan masyarakat pengguna Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) terhadap pelayanan kesehatan, berbagai studi sebelumnya telah memberikan wawasan berharga mengenai faktor-faktor yang mempengaruhi persepsi dan tingkat kepuasan pengguna. Penelitian terdahulu biasanya berfokus pada aspek-aspek seperti kualitas layanan, efektivitas program

JKN, dan tantangan dalam penerapan pelayanan berbasis asuransi kesehatan sosial.

Beberapa studi mengungkapkan bahwa kepuasan pengguna JKN dapat dipengaruhi oleh dimensi layanan seperti keandalan, empati, responsivitas, dan fasilitas fisik yang disediakan oleh rumah sakit. Selain itu, penelitian-penelitian ini juga sering mengeksplorasi persepsi pengguna terkait waktu tunggu, prosedur administrasi, dan kualitas interaksi dengan tenaga medis.

2.1.5 Tinjauan umum tentang jaminan kesehatan nasional

A. Defenisi jaminan kesehatan nasional

Menurut buku pegangan sosialisasi JKN dalam Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN), asuransi sosial adalah mekanisme pengumpulan iuran bersifat wajib bagi peserta, guna memberikan perlindungan kepada peserta atas resiko sosial ekonomi yang menimpa mereka dan atau anggota keluarganya (UU SJSN No 40 Tahun 2004). Sementara itu SJSN adalah tata cara penyelenggaraan program jaminan Sosial oleh BPJS kesehatan dan BPJS ketenaga- kerjaan. Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) yang dikembangkan di Indonesia merupakan bagian dari sistem SJSN. SJSN ini diselenggarakan melalui mekanisme asuransi kesehatan sosial yang bersifat wajib berdasarkan UU No 40 Tahun 2004 tentang SJSN. Tujuannya agar semua penduduk Indonesia terlindungi dalam sistem asuransi, sehingga mereka dapat memenuhi kebutuhan dasar kesehatan yang layak (Kemenkes. 2014).

Pemikiran mendasar yang melandasi penyusunan SJSN bagi penyelenggaraan jaminan sosial untuk seluruh warga negara adalah:

- a. Penyelenggaraan SJSN berlandaskan kepada hak asasi manusia dan hak konstitusional setiap orang; sebagaimana tercantum dalam UUD Negara RI Tahun 1945 Pasal 28H ayat (3) menetapkan, “Setiap orang berhak atas jaminan sosial yang memungkinkan pengembangan dirinya secara utuh sebagai manusia yang bermanfaat.”
- b. Penyelenggaraan SJSN adalah wujud tanggung jawab negara dalam pembangunan perekonomian nasional dan kesejahteraan sosial; sebagaimana tercantum dalam UUD Negara RI Tahun 1945 Pasal 34 ayat (2) menetapkan, “Negara mengembangkan sistem jaminan sosial bagi seluruh rakyat dan memberdayakan masyarakat yang lemah dan tidak mampu sesuai dengan martabat kemanusiaan.”
- c. Program jaminan sosial ditujukan untuk memungkinkan setiap orang mampu mengembangkan dirinya secara utuh sebagai manusia yang bermanfaat; sebagaimana dalam UUD Negara RI Tahun 1945 Pasal 28 H ayat (3), “Setiap orang berhak atas jaminan sosial yang memungkinkan pengembangan dirinya secara utuh sebagai manusia yang bermanfaat.”

B. Prinsip Jaminan Kesehatan Nasional

Prinsip Sistem Jaminan Sosial Nasional yang diatur oleh UU RI NOMOR 40 TAHUN 2004 Tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional adalah sebagai berikut :

- a. Prinsip kegotong-royongan. Prinsip ini diwujudkan dalam mekanisme gotong royong dari peserta yang mampu kepada peserta yang kurang mampu dalam bentuk kepesertaan wajib bagi seluruh rakyat; peserta yang

berisiko rendah membantu yang berisiko tinggi; dan peserta yang sehat membantu yang sakit. Melalui prinsip kegotong-royongan ini, jaminan sosial dapat menumbuhkan keadilan sosial bagi seluruh rakyat Indonesia.

- b. Prinsip nirlaba. Pengelolaan dana amanat tidak dimaksudkan untuk mencari laba (nirlaba) bagi Badan Penyelenggara Jaminan Sosial, akan tetapi tujuan utama penyelenggaraan jaminan sosial adalah untuk memenuhi sebesar-besarnya kepentingan peserta. Dana amanat, hasil pengembangannya, dan surplus anggaran akan dimanfaatkan sebesar-besarnya untuk kepentingan peserta.
- c. Prinsip keterbukaan, kehati-hatian, akuntabilitas, efisiensi dan efektivitas. Prinsip-prinsip manajemen ini diterapkan dan mendasari seluruh kegiatan pengelolaan dana yang berasal dari iuran peserta dan hasil pengembangannya.
- d. Prinsip portabilitas. Jaminan sosial dimaksudkan untuk memberikan jaminan yang berkelanjutan meskipun peserta berpindah pekerjaan atau tempat tinggal dalam wilayah Negara Kesatuan Republik Indonesia.
- e. Prinsip kepesertaan bersifat wajib. Kepesertaan wajib dimaksudkan agar seluruh rakyat menjadi peserta sehingga dapat terlindungi. Meskipun kepesertaan bersifat wajib bagi seluruh rakyat, penerapannya tetap disesuaikan dengan kemampuan ekonomi rakyat dan Pemerintah serta kelayakan penyelenggaraan program. Tahapan pertama dimulai dari pekerja di sektor formal, bersamaan dengan itu sektor informal dapat menjadi peserta secara sukarela, sehingga dapat mencakup petani, nelayan, dan mereka yang bekerja secara mandiri, sehingga pada akhirnya

Sistem Jaminan Sosial Nasional dapat mencakup seluruh rakyat.

- f. Prinsip dana amanat. Dana yang terkumpul dari iuran peserta merupakan titipan kepada badan- badan penyelenggara untuk dikelola sebaik-baiknya dalam rangka mengoptimalkan dana tersebut untuk kesejahteraan peserta.
- g. Prinsip hasil pengelolaan Dana Jaminan Sosial Nasional dalam Undang-Undang ini adalah hasil berupa dividen dari pemegang saham yang dikembalikan untuk kepentingan peserta jaminan sosial.

C. Manfaat Jaminan Kesehatan Nasional

Manfaat Jaminan Kesehatan Nasional terdiri atas dua jenis, yaitu manfaat medis berupa pelayanan kesehatan dan manfaat nonmedis meliputi akomodasi dan ambulans. Ambulans hanya diberikan untuk pasien rujukan dari Fasilitas Kesehatan dengan kondisi tertentu yang ditetapkan oleh BPJS Kesehatan. Manfaat Jaminan Kesehatan Nasional mencakup pelayanan promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif termasuk pelayanan obat dan bahan medis habis pakai sesuai dengan kebutuhan medis. (Oldistra and Machdum, 2020)

Manfaat pelayanan promotif dan preventif meliputi pemberian pelayanan seperti yang dinyatakan oleh Kemenkes RI (2014):

- a. Penyuluhan kesehatan perorangan, meliputi paling sedikit penyuluhan mengenai pengelolaan faktor risiko penyakit dan perilaku hidup bersih dan sehat.
- b. Imunisasi dasar, meliputi *Baccille Calmett Guerin* (BCG), Difteri Pertusis Tetanus dan Hepatitis B (DPTHB), Polio, dan Campak.
- c. Keluarga berencana, meliputi konseling, kontrasepsi dasar, vasektomi, dan

tubektomi bekerja sama dengan lembaga yang membidangi keluarga berencana. Vaksin untuk imunisasi dasar dan alat kontrasepsi dasar disediakan oleh Pemerintah dan/atau Pemerintah Daerah.

- d. Skrining kesehatan, diberikan secara selektif yang ditujukan untuk mendeteksi risiko penyakit dan mencegah dampak lanjutan dari risiko penyakit tertentu.

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

- a. Tidak sesuai prosedur
- b. Pelayanan di luar Fasilitas Kesehatan yang bekerja sama dengan BPJS
- c. Pelayanan bertujuan kosmetik
- d. General checkup, pengobatan alternative
- e. Pengobatan untuk mendapatkan keturunan, pengobatan impotensi
- f. Pelayanan kesehatan pada saat bencana
- g. Pasien bunuh diri /penyakit yang timbul akibat kesengajaan untuk menyiksa diri sendiri/ bunuh diri/narkoba.

Pelayanan kesehatan yang dijamin meliputi:

Pelayanan kesehatan tingkat pertama, yaitu pelayanan kesehatan non spesialisik mencakup (Permenkes 71/2013 pasal 2) :

- a. Administrasi kesehatan
- b. Pelayanan promotif dan preventif
- c. Pemeriksaan, pengobatan dan konsultasi medis
- d. Tindakan medis non spesialisik, baik operatif maupun non operatif

- e. Pelayanan obat dan bahan medis habis pakai
- f. Tranfusi darah sesuai kebutuhan medis
- g. Pemeriksaan penunjang diagnostik laboratorium tingkat pertama
- h. Rawat inap tingkat pertama sesuai indikasi

Pelayanan kesehatan rujukan tingkat lanjutan, yaitu pelayanan kesehatan mencakup:

1. Rawat jalan yang meliputi:
 - a. Administrasi pelayanan
 - b. Pemeriksaan, pengobatan dan konsultasi spesialisik oleh dokter spesialisik dan subspesial
 - c. Tindakan medis spesialisik sesuai dengan indikasi medis
 - d. Pelayanan obat dan bahan medis habis pakai Pelayanan alat kesehatan implant
 - e. Pelayanan penunjang diagnostik lanjutan sesuai indikasi medis
 - f. Rehabilitasi medis
 - g. Pelayanan darah
 - h. Pelayanan dokter forensic
 - i. Pelayanan jenazah di fasilitas kesehatan
2. Rawat inap yang meliputi :
 - a. Perawatan inap non intensif
 - b. Perawatan inap di ruang intensif
 - c. Pelayanan kesehatan lain ditetapkan oleh Menteri

Hal yang menjadi dasar dalam penerimaan manfaat disini adalah perbedaan besaran iuran tidak akan menyebabkan perbedaan dalam menerima

layanan medis termasuk obat-obatan, tetapi yang akan menjadi pembeda hanyalah ruangan atau kelas dalam fasilitas rawat inap.

2.2. Pengertian Rumah Sakit

Berdasarkan tahun 2018 disebutkan bahwa Rumah Sakit merupakan institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat.

Tugas rumah sakit sebagai institusi pelayanan kesehatan adalah memberikan pelayanan kesehatan yang bermutu, dan bertanggung jawab terhadap masyarakat terutama di wilayah cakupannya. Sedangkan fungsi rumah sakit adalah menyelenggarakan pelayanan spesialisasi atau medik sekunder dan pelayanan subspecialistik atau medik tersier.

Dengan demikian, produk utama rumah sakit adalah pelayanan medik. Dalam kegiatannya, unit penghasil pelayanan dalam Rumah Sakit adalah instalasi. Sebagai unit penghasil pelayanan, maka instalasi di rumah sakit merupakan ujung tombak dalam operasional rumah sakit (Menteri Kesehatan Republik Indonesia, 2018)

Pasal 1 Nomor 3 UU No 44 Tahun 2009 menyebutkan Pelayanan Kesehatan Paripurna adalah pelayanan kesehatan yang meliputi promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif. Pelayanan kesehatan promotif adalah suatu kegiatan dan/atau serangkaian kegiatan pelayanan kesehatan yang lebih mengutamakan kegiatan yang bersifat promosi kesehatan. Pelayanan kesehatan preventif adalah suatu kegiatan pencegahan terhadap suatu masalah

kesehatan/penyakit. Pelayanan kesehatan kuratif adalah suatu kegiatan dan/atau serangkaian kegiatan pengobatan yang ditujukan untuk penyembuhan penyakit, pengurangan penderitaan akibat penyakit, pengendalian penyakit, atau pengendalian kecacatan agar kualitas penderita dapat terjaga.

Pelayanan kesehatan rehabilitatif adalah kegiatan dan/atau serangkaian kegiatan untuk mengembalikan bekas penderita ke dalam masyarakat sehingga dapat berfungsi lagi sebagai anggota masyarakat yang berguna untuk dirinya dan masyarakat semaksimal mungkin sesuai dengan kemampuannya. (Darnus, 2021)

Rumah sakit (RS) adalah suatu badan usaha yang menyediakan pemondokan dan yang memberikan jasa pelayanan medis jangka pendek dan jangka panjang yang terdiri atas tindakan observasi, diagnostik, terapeutik, dan rehabilitatif untuk orang-orang yang menderita sakit, terluka dan untuk mereka yang melahirkan (WHO). Rumah sakit juga merupakan sarana upaya kesehatan yang menyelenggarakan kegiatan pelayanan kesehatan serta dapat dimanfaatkan untuk pendidikan tenaga kesehatan dan penelitian. (147/MENKES/PER/I/2010)

2.3. Tinjauan Umum Teori Implementasi Kebijakan

2.3.1 Teori Implementasi Kebijakan (Edward George III)

Menurut teori Implementasi Kebijakan (Edward George III, 1980), Implementasi kebijakan merupakan proses yang krusial karena seberapa baiknya suatu kebijakan kalau tidak dipersiapkan dan direncanakan dengan baik implementasinya maka apa yang menjadi tujuan kebijakan public tidak

akan terwujud. Begitu pula sebaliknya, bagaimanapun baiknya persiapan dan perencanaan implementasi kebijakan, kalau kebijakannya tidak dirumuskan dengan baik apa yang menjadi tujuan kebijakan juga tidak bisa dicapai (Yalia, 2014).

Oleh karena itu untuk mencapai tujuan kebijakan, perumusan kebijakan dan implementasi harus dipersiapkan dan direncanakan dengan baik. Evaluasi implementasi Edward menyatakan bahwa ada empat variabel krusial dalam implementasi yaitu: Komunikasi, Sumberdaya, sikap, dan struktur birokrasi (Edward III, 1980). keempat faktor tersebut beroperasi secara simultan dan saling berinteraksi satu sama lainnya:

Variabel pertama yang mempengaruhi keberhasilan implementasi suatu kebijakan, menurut George C Edward III, adalah komunikasi. Komunikasi, menurutnya lebih lanjut, sangat menentukan keberhasilan pencapaian tujuan dari implementasi yang efektif terjadi apabila para pembuat keputusan sudah mengetahui apa yang akan mereka kerjakan. Terdapat tiga indikator yang dapat dipakai (atau digunakan) dalam mengukur keberhasilan variabel komunikasi tersebut, yaitu :

- a. Transmisi, penyaluran komunikasi yang baik akan dapat menghasilkan suatu implementasi yang baik pula. Seringkali yang terjadi dalam penyaluran komunikasi adalah adanya salah pengertian (miskomunikasi), hal tersebut disebabkan karena komunikasi telah melalui beberapa tingkatan birokrasi, sehingga apa yang diharapkan terdistorsi ditengah jalan. (Edward III, 1980)

- b. Kejelasan, komunikasi yang diterima oleh para pelaksana kebijakan (street-level-bureuacrats) haruslah jelas dan tidak membingungkan (tidak ambigu/kebduha). Ketidakjelasan pesan kebijakan tidak selalu menghalangi implementasi, pada tataran tertentu, para pelaksana membutuhkan fleksibilitas dalam melaksanakan kebijakan. Tetapi pada tataran yang lain hal tersebut justru akan menyelewengkan tujuan yang hendak dicapai oleh kebijakan yang telah ditetapkan. (Edward III, 1980)
- c. Konsistensi, perintah yang diberikan dalam pelaksanaan suatu komunikasi haruslah konsisten dan jelas (untuk diterapkan atau dijalankan). Karena jika perintah yang diberikan sering berubah-ubah, maka dapat menimbulkan kebingungan bagi pelaksana di lapangan. Variabel atau faktor kedua yang mempengaruhi keberhasilan. (Edward III, 1980)
- d. Implementasi suatu kebijakan adalah sumber daya. Sumber daya merupakan hal penting lainnya, menurut Edward III, dalam mengimplementasikan kebijakan. Indikator sumberdaya terdiri dari beberapa elemen, yaitu :
- e. Staf, sumberdaya utama dalam mengimplementasi kebijakan adalah staf. Kegagalan yang sering terjadi dalam implementasi kebijakan salah satunya disebabkan oleh karena staf yang tidak mencukupi, memadai ataupun tidak kompeten dibidangnya. Penambahan jumlah staf dan implementor saja tidak mencukupi, tetapi diperlukan (kompeten dan kapabel) dalam mengimplementasikan kebijakan atau melaksanakan tugas yang diinginkan oleh kebijakan itu sendiri.
- f. Informasi, dalam mengimplementasikan kebijakan, informasi mempunyai

dua bentuk yaitu informasi yang berhubungan dengan cara melaksanakan kebijakan. Implementor harus mengetahui apa yang harus mereka jalankan disaat mereka diberi perintah untuk melakukan tindakan. Kedua informasi mengenai data kepatuhan dari para pelaksana terhadap peraturan dan regulasi pemerintah yang telah ditetapkan. Implementor harus mengetahui apakah orang lain yang terlibat didalam pelaksanaan kebijakan tersebut patuh terhadap hukum

- g. Wewenang, pada umumnya kewenangan harus bersifat formal agar perintah dapat dilaksanakan. Kewenangan merupakan otoritas atau legitimasi bagi para pelaksana dalam melaksanakan kebijakan yang ditetapkan secara politik. Ketika wewenang itu nihil, maka kekuatan para implementor dimata publik tidak terlegitimasi, sehingga dapat menggagalkan proses implementasi kebijakan. Tetapi dalam konteks yang lain, ketika wewenang formal tersebut ada, maka sering terjadi kesalahan dalam melihat efektivitas kewenangan. Di satu pihak, efektivitas kewenangan diperlukan dalam pelaksanaan implementasi kebijakan, tetapi di sisi lain, efektifitas dan menyurut manakala wewenang diselewengkan oleh para pelaksana demi kepentingannya sendiri atau demi kepentingan kelompoknya.
- h. Fasilitas, fasilitas fisik juga merupakan faktor penting dalam implementasi kebijakan. Implementor mungkin memiliki staf yang mencukupi, mengerti apa yang harus dilakukannya, dan memiliki wewenang untuk melaksanakan tugasnya, tetapi tanpa adanya fasilitas pendukung (saran dan prasarana) maka implementasi kebijakan tersebut tidak akan berhasil

Variabel ketiga yang mempengaruhi tingkat keberhasilan implementasi kebijakan public, bagi George C. Edward III adalah disposisi. Disposisi atau sikap dari pelaksana kebijakan adalah faktor penting ketiga dalam pendekatan mengenai pelaksana suatu kebijakan publik. Jika pelaksana suatu kebijakan ingin efektif, maka pelaksana kebijakan tidak hanya mengetahui apa yang akan dilakukan tetapi harus memiliki kemampuan untuk melaksankannya, sehingga dalam prakteknya tidak terjadi bias (Putra and Khaidir 2019).

Hal-hal penting yang perlu dicermati pada variabel disposisi menurut George Edward III sebagai berikut:

- a. Efek disposisi, disposisi atau sikap para pelaksana akan menimbulkan hambatan-hambatan yang nyata terhadap implementasi kebijakan bila personil yang ada tidak melaksanakan kebijakan-kebijakan yang diinginkan oleh pejabat-pejabat tinggi. Karena itu, pemilihan dan pengangkatan personil pelaksana kebijakan haruslah orang-orang yang memiliki dedikasi pada kebijakan yang telah ditetapkan lebih khusus bagi pada kepentingan warga.
- b. Melakukan pengaturan birokrasi (*Staffing the bureaucracy*), implementasi kebijakan harus dilihat dalam hal pengaturan birokrasi. Ini merujuk pada penunjukan dan pengangkatan staf dalam birokrasi sesuai dengan kemampuan, kapabilitas dan kompetensinya. Selain itu pengatur birokrasi juga bermuara pada pembentukan sistem pelayanan publik yang optimal, penilaian personil dalam bekerja, hingga metode *bypassing personil*.
- c. Insentif, Edward menyatakan bahwa salah satu teknik yang disarankan

untuk mengatasi masalah kecenderungan para pelaksana adalah dengan manipulasi insentif. Dengan cara menambah keuntungan atau biaya tertentu mungkin akan menjadi faktor pendorong yang membuat para pelaksana kebijakan melaksanakan perintah dengan baik. Hal ini dilakukan sebagai upaya memenuhi kepentingan pribadi (*self-interest*) atau organisasi.

Variabel keempat, menurut Edward III, yang mempengaruhi tingkat keberhasilan implementasi kebijakan publik adalah struktur birokrasi. Ada dua karakteristik yang dapat mendorong kinerja struktur birokrasi/organisasi kearah yang lebih baik adalah:

- a. Membuat *Standar Operating Prosedur* (SOP) yang lebih fleksible. SOP adalah suatu kegiatan rutin yang memungkinkan para pegawai (atau pelaksana kebijakan/birokrat) untuk melaksanakan kegiatan-kegiatannya pada tiap harinya sesuai dengan standar yang ditetapkan (atau standar minimum yang dibutuhkan warga).
- b. Melakukan fragmentasi, untuk menyebar tanggung jawab berbagai aktivitas, kegiatan, atau program pada beberapa unit kerja yang sesuai dengan bidangnya masing-masing.

2.3.2 Teori Implementasi Kebijakan Van Meter dan Wan Horn (1975)

Model pendekatan implementasi kebijakan yang dirumuskan Van Meter dan Van Horn disebut dengan *A Model of the Policy Implementation* (1975). Proses implementasi ini merupakan sebuah abstraksi atau perwujudan suatu pengejawantahan paham kebijakan yang pada dasarnya secara sengaja dilakukan untuk

meraih kinerja implementasi kebijakan yang tinggi yang berlangsung dalam hubungan berbagai variabel. Model ini mengandaikan bahwa implementasi kebijakan berjalan secara linier dari keputusan politik, pelaksana bahwa kinerja kebijakan dipengaruhi oleh beberapa variabel-variabel tersebut yaitu :

- a. Standar dan sasaran kebijakan/ukuran dan tujuan kebijakan adalah Kinerja implementasi kebijakan dapat diukur tingkat keberhasilannya dari ukuran dan tujuan kebijakan yang bersifat realistis dengan sosiokultur yang ada dilevel pelaksana kebijakan. Van Meter dan Va Horn (Sulaeman 1998) mengemukakan untuk mengukur kinerja implementasi kebijakan tentunya menegaskan standar dan sasaran tertentu yang harus dicapai oleh para pelaksana kebijakan, kinerja kebijakan pada dasarnya merupakan penilaian atas tingkat ketepatan standar dan sasaran tersebut.
- b. Sumber daya adalah keberhasilan implementasi kebijakan sangat tergantung dari kemampuan memanfaatkan sumber daya yang tersedia. Manusia merupakan sumber daya terpenting dalam menentukan keberhasilan atau implementasi kebijakan. Setiap tahap implementasi menuntut adanya sumber daya yang berkualitas sesuai dengan pekerjaan yang diisyaratkan oleh kebijakan yang telah ditetapkan secara apolitik. Selain sumber daya manusia, sumber daya finansial dan waktu menjadi perhitungan penting dalam keberhasilan implementasi kebijakan.
- c. Karakteristik organisasi pelaksana. Pusat perhatian pada agen pelaksana meliputi organisasi formal dan organisasi informal yang akan terlibat dalam pengimplementasian kebijakan. Hal ini penting karena kinerja

implementasi kebijakan akan sangat dipengaruhi oleh ciri yang tepat serta cocok dengan para agen pelaksananya.

- d. Sikap para pelaksana. Sikap penerimaan atau penolakan dari agen pelaksana kebijakan sangat mempengaruhi keberhasilan atau kegagalan implementasi kebijakan publik. Hal ini sangat mungkin terjadi karena kebijakan yang dilaksanakan bukanlah hasil formulasi warga setempat yang mengenal betul permasalahan dan persoalan yang mereka rasakan. Tetapi kebijakan publik biasanya bersifat *top down* yang sangat mungkin para pengambil keputusan tidak mengetahui bahkan tak mampu menyentuh kebutuhan, keinginan atau permasalahan yang harus diselesaikan
- e. Komunikasi antar organisasi terkait dan kegiatan-kegiatan pelaksanaan. Yang bertanggung jawab atas pencapaian standar dan tujuan kebijakan, karena itu standar dan tujuan harus dikomunikasikan kepada para pelaksana. Komunikasi dalam kerangka penyampaian informasi kepada para pelaksana kebijakan tentang apa menjadi standar dan tujuan harus konsisten dan seragam (*consistency and uniformity*) dari berbagai sumber informasi.
- f. Lingkungan sosial, ekonomi, sosial dan politik. Hal terakhir yang perlu diperhatikan guna menilai kinerja implementasi kebijakan adalah sejauh mana lingkungan eksternal turut mendorong keberhasilan kebijakan publik. Lingkungan sosial, ekonomi dan politik yang tidak kondusif dapat menjadi sumber masalah dari kegagalan kinerja implementasi kebijakan. Karena itu, upaya implementasi kebijakan mensyaratkan kondisi lingkungan

eksternal yang kondusif.

2.3.3 Teori Merilee S. Grindle (1980)

Menurut Merilee S. Grindle dalam Subarsono (2006), keberhasilan implementasi dipengaruhi oleh dua variable besar, yakni isi kebijakan (*content of policy*) dan lingkungan implementasi (*context of implementation*).

Variabel isi dari kebijakan ini mencakup :

- A. Kepentingan kelompok sasaran. Kepentingan yang terpengaruhi oleh kebijakan menyangkut sejauh mana kepentingan kelompok sasaran atau *target groups* termuat dalam isi kebijakan. Kepentingan tersebut berkaitan dengan berbagai kepentingan yang memiliki pengaruh terhadap suatu implementasi kebijakan. Indikator ini memiliki argumen bahwa dalam pelaksanaan sebuah kebijakan pasti melibatkan banyak kepentingan, dan sejauh mana pengaruh yang dibawa oleh kepentingan-kepentingan tersebut terhadap implementasinya.
- B. Tipe manfaat, yaitu jenis manfaat yang diterima oleh *target group*. Dalam konten kebijakan, manfaat kebijakan berupaya untuk menunjukkan dan menjelaskan bahwa di dalam sebuah kebijakan harus terdapat beberapa jenis manfaat yang memuat dan menghasilkan dampak positif oleh pengimplementasian kebijakan yang akan dilaksanakan.
- C. Derajat perubahan yang diinginkan, yaitu sejauhmana perubahan yang diinginkan dari adanya sebuah kebijakan. Derajat perubahan yang ingin dicapai menunjukkan seberapa besar perubahan yang hendak atau ingin dicapai melalui adanya sebuah implementasi kebijakan harus memiliki

skala yang jelas.

- D. Letak pengambilan keputusan. Apakah letak sebuah program sudah tepat atau belum. Pengambilan sebuah keputusan di dalam sebuah kebijakan memegang peranan penting dalam pelaksanaan sebuah kebijakan, oleh karena itu pada bagian ini harus dijelaskan dimana letak pengambilan keputusan dari suatu kebijakan yang akan diimplementasikan.
- E. Pelaksanaan program. Maksudnya apakah sebuah kebijakan telah menyebutkan implementornya dengan rinci. Dalam melaksanakan suatu kebijakan atau program harus didukung dengan adanya pelaksana kebijakan yang memiliki kompetensi dan *capable* demi keberhasilan suatu kebijakan.
- F. Sumber daya yang dilibatkan, apakah sebuah program didukung dengan sumberdaya yang memadai. Pelaksanaan suatu kebijakan juga harus didukung dengan sumberdaya yang memadai dengan tujuan agar pelaksanaannya dapat berjalan dengan baik.

Sedangkan variabel lingkungan kebijakan meliputi :

- A. Seberapa besar kekuasaan, kepentingan, dan strategi yang dimiliki oleh para aktor yang terlibat dalam implementasi kebijakan. Dalam sebuah kebijakan perlu untuk diperhitungkan mengenai kekuatan atau kekuasaan, kepentingan, serta strategi yang digunakan oleh para aktor yang terlibat guna melancarkan pelaksanaan suatu implementasi kebijakan.
- B. Karakteristik lembaga dan penguasa, bagaimana keberadaan institusi dan rezim yang sedang berkuasa. Lingkungan dimana suatu kebijakan tersebut dilaksanakan juga memiliki pengaruh terhadap keberhasilannya, maka pada

bagian ini dijelaskan bagaimana karakteristik dari suatu lembaga yang akan turut mempengaruhi suatu kebijakan.

Tingkat kepatuhan dan daya tanggap (responsifitas) kelompok sasaran. Kepatuhan dan respon dari para pelaksana juga dirasa menjadi sebuah aspek penting dalam proses pelaksanaan suatu kebijakan, maka yang hendak dijelaskan pada poin ini adalah sejauhmanakah kepatuhan dan respon dari pelaksana dalam menanggapi suatu kebijakan.

2.3.4 Teori Daniel A. Mazmanian dan Paul A. Sabatier

Menurut Mazmanian dan Sabatier ada tiga kelompok variabel yang mempengaruhi keberhasilan implementasi, yakni karakteristik dari masalah (*tractability of the problems*), karakteristik kebijakan/undang-undang (*ability of statute to structure implementation*) dan variabel lingkungan (*nonstatutory variables affecting implementation*). (Subarsono, 2011)

A. Karakteristik Masalah :

- a. Tingkat kesulitan teknis dari masalah yang bersangkutan. Di satu pihak ada beberapa masalah sosial secara teknis mudah dipecahkan, di pihak lain terdapat masalah-masalah sosial yang relatif sulit dipecahkan. Oleh karena itu, sifat masalah itu sendiri akan mempengaruhi mudah tidaknya suatu program dilaksanakan.
- b. Tingkat kemajemukan dari kelompok sasaran. Ini berarti bahwa suatu program akan relatif mudah dilaksanakan apabila kelompok sasarannya adalah homogen. Sebaliknya apabila kelompok sasarannya heterogen, maka pelaksanaan program akan relatif lebih sulit, karena

tingkat pemahaman setiap anggota kelompok sasaran terhadap program relatif berbeda.

- c. Proporsi kelompok sasaran terhadap total populasi. Sebuah program akan relatif sulit dilaksanakan apabila sasarannya mencakup semua populasi. Sebaliknya sebuah program relatif mudah dilaksanakan apabila jumlah kelompok sasarannya tidak terlalu besar.
- d. Cakupan perubahan perilaku yang diharapkan. Sebuah program yang bertujuan memberikan pengetahuan atau bersifat kognitif akan relatif mudah dilaksanakan daripada program yang bertujuan untuk mengubah sikap dan perilaku masyarakat.

B. Karakteristik Kebijakan :

- a. Kejelasan isi kebijakan. Ini berarti semakin jelas dan rinci isi sebuah kebijakan akan mudah dilaksanakan karena pelaksana mudah memahami dan menterjemahkan dalam tindakan nyata. Sebaliknya, ketidakjelasan isi kebijakan merupakan potensi lahirnya distorsi dalam implementasi kebijakan.
- b. Seberapa jauh kebijakan tersebut memiliki dukungan teoritis. Kebijakan yang memiliki dasar teoritis memiliki sifat lebih mantap karena sudah teruji, walaupun untuk beberapa lingkungan sosial tertentu perlu ada modifikasi.
- c. Besarnya alokasi sumberdaya finansial terhadap kebijakan tersebut.
- d. Sumber daya keuangan adalah faktor krusial untuk setiap program sosial. Setiap program juga memerlukan dukungan staf untuk

melakukan pekerjaan- pekerjaan administrasi dan tehnik, serta memonitor program, yang semuanya itu perlu biaya.

- e. Seberapa besar adanya kepatuhan dan dukungan antar berbagai institusi pelaksana. Kegagalan program sering disebabkan kurangnya koordinasi vertikal dan horisontal antar instansi yang terlibat dalam implementasi program.

2.3.5 Teori Akses Pelayanan

Menurut Penchansky dan Thomas mencakup: *Availability* (ketersediaan), yaitu tersedianya jenis dan jumlah layanan yang dibutuhkan seperti tenaga medis, peralatan, obat, dan fasilitas; *Accessibility* (aksesibilitas geografis), yakni kemudahan menjangkau layanan dari segi lokasi, transportasi, jarak, dan kondisi geografis; *Accommodation* (akomodasi), yang mencerminkan sejauh mana cara penyediaan layanan disesuaikan dengan kebutuhan pasien, seperti jam operasional, sistem pendaftaran, dan fleksibilitas waktu; *Affordability* (keterjangkauan biaya), yaitu kemampuan pasien dalam menanggung biaya layanan, baik langsung maupun tidak langsung; serta *Acceptability* (penerimaan sosial/budaya), yang melihat kesesuaian antara nilai, norma, dan harapan pasien dengan sikap dan perilaku penyedia layanan, termasuk isu diskriminasi, stereotip, dan cara komunikasi.

Model Perilaku Andersen (*Behavioral Model of Health Services Use*) Model ini menekankan bahwa penggunaan layanan kesehatan ditentukan oleh tiga kelompok faktor:

A. *Predisposing Factors* (Faktor Predisposisi)

Umur, jenis kelamin, status sosial, pendidikan, dan kepercayaan terhadap layanan kesehatan

B. *Enabling Factors* (Faktor Pendukung)

Pendapatan, asuransi, akses transportasi, jarak ke fasilitas kesehatan.

C. *Need Factors* (Faktor Kebutuhan)

Kebutuhan yang dirasakan (*self-perceived need*) dan kebutuhan yang dinilai secara medis (*evaluated need*).

2.4. Peraturan Pendukung Program Jaminan Kesehatan Nasional

Pemerintah sudah mulai mengeluarkan beberapa peraturan pendukung untuk memberikan payung hukum yang jelas terhadap pelaksanaan Jaminan Kesehatan Nasional ini termasuk belum lama peraturan pengganti-pun telah dikeluarkan, berikut peraturannya:

2.4.1 Peraturan Presiden No. 12 tahun 2013 tentang Jaminan Kesehatan.

Peraturan ini mengatur pelaksanaan Jaminan Kesehatan di Indonesia pada tatanan operasional

2.4.2 Peraturan Presiden No. 107 tahun 2013 tentang Pelayanan Kesehatan

Tertentu Berkaitan Dengan Kegiatan Operasional Kementerian Pertahanan, Tentara Nasional Indonesia, Dan Kepolisian Negara Republik Indonesia. Peraturan ini lebih mengatur secara khusus pelayanan kesehatan pada tatanan pemerintah sebagai sasaran utama pada kepesertaan JKN.

2.4.3 Peraturan Presiden No. 108 tahun 2013 tentang Bentuk Dan Isi Laporan

Pengelolaan Program Jaminan Sosial. Peraturan ini berisikan panduan

hukum dan legal aspect yang menaungi pelaporan program jaminan sosial dari BPJS kepada pemerintah

2.4.4 Peraturan Presiden No. 109 tahun 2013 tentang Penahapan Kepesertaan Program Jaminan Sosial. Pada peraturan ini mengatur lebih detil mengenai penahapan kepesertaan program jaminan sosial.

2.4.5 Peraturan Presiden No. 111 tahun 2013 tentang Perubahan Atas Peraturan Presiden Nomor 12 Tahun 2013 tentang Jaminan Kesehatan. Peraturan ini merupakan peraturan perubahan untuk peraturan jaminan kesehatan sebelumnya yang dibuat karena ada beberapa pasal yang tidak sesuai dengan kondisi di lapangan.

2.4.6 Implementasi Kebijakan

A. Pengertian Implementasi

2.5. Peraturan Daerah Kabupaten majene tentang Pelayanan Kesehatan

2.5.1 Peraturan Daerah Kabupaten Majene Nomor 11 Tahun 2013

A. Tentang Retribusi Pelayanan Kesehatan

- a) Tujuan utama: menetapkan tarif retribusi atas pelayanan kesehatan sebagai jenis jasa umum, sejalan dengan UU No.28/2009 tentang Pajak Daerah dan Retribusi Daerah. Perda ini menggantikan Perda No.5 Tahun 2008 karena sudah tidak sesuai
- b) Ruang lingkup: mencakup pola pemungutan retribusi untuk layanan kesehatan yang diberikan oleh fasilitas milik pemerintah Kabupaten Majene (RSUD, puskesmas, klinik daerah).
- c) Dasar hukum: sinkronisasi dengan UU Pajak Daerah dan Retribusi

Daerah yang mewajibkan kontribusi biaya atas pelayanan publik tertentu.

- d) Manfaat: memperkuat pendanaan daerah untuk mendukung operasional layanan, meningkatkan kualitas dan ketersediaan fasilitas.

2.5.2 Peraturan Bupati Majene Nomor 32 Tahun 2022

Tentang Tarif Pelayanan Kesehatan di BLUD RSUD
Ditandatangani: 3 Oktober 2022, mulai berlaku 4 Oktober 2022. Materi pokok: mengatur tarif layanan medis di Rumah Sakit Umum Daerah sebagai Badan Layanan Umum Daerah (BLUD). Tarif mencakup kunjungan umum (poliklinik), perawatan inap, penunjang seperti laboratorium / radiologi, serta tindakan operasi.

Dirancang agar tarif mencerminkan biaya pelayanan riil dan keberlanjutan RSUD, namun tetap terjangkau bagi masyarakat. Tujuan: memastikan manajemen BLUD lebih profesional dan memberikan layanan berkualitas tanpa membebani anggaran umum pemerintah daerah.

Peraturan Bupati Majene Nomor 17 Tahun 2020 (dan turunan terkait tarif) Isi utama: perubahan terhadap Perbup sebelumnya nomor 12, menyesuaikan tarif dan prosedur pemeriksaan kesehatan. Meski detail lengkapnya belum dirangkum, perubahan ini menunjukkan upaya pemerintah daerah meninjau ulang skema tarif dan menaikkan transparansi serta keadilan dalam pelayanan

2.5.3 Pelaksanaan Jaminan Kesehatan Nasional di Rumah Sakit

A. Fasilitas Pelayanan Kesehatan pada Program JKN

Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan No. 71 tahun 2013 tentang Pelayanan Kesehatan Pada Jaminan Kesehatan Nasional, Penyelenggara pelayanan kesehatan meliputi semua Fasilitas Kesehatan yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan berupa Fasilitas Kesehatan tingkat pertama dan Fasilitas Kesehatan rujukan tingkat lanjutan (Permenkes 71/2013 pasal 2).

Berikut peneliti akan fokus dalam menjabarkan Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan berdasarkan Permenkes No. 71 tahun 2013. Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan terdiri dari:

- a) klinik utama atau yang setara;
- b) rumah sakit umum; dan
- c) rumah sakit khusus.

Pelayanan Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan meliputi (Permenkes 71/2013 pasal 20):

- a) administrasi pelayanan;
- b) pengobatan dan konsultasi spesialisik oleh dokter spesialis dan subspesialis;
- c) tindakan medis spesialisik baik bedah maupun non bedah sesuai dengan indikasi medis;
- d) pelayanan obat dan bahan medis habis pakai;
- e) pelayanan penunjang diagnostik lanjutan sesuai dengan indikasi medis;
- f) rehabilitasi medis;
- g) pelayanan darah;

- h) pelayanan kedokteran forensik klinik;
- i) pelayanan jenazah pada pasien yang meninggal di Fasilitas Kesehatan;

2.6. Standar Operasional Prosedur Rumah Sakit Umum Daerah Majene

2.6.1 SOP Kesehatan & Keselamatan Kerja (K3) Laboratorium UTD

A. Pengertian & Tujuan

Panduan keselamatan kerja bagi petugas UTD/laboratorium RSUD Majene untuk meminimalkan risiko kecelakaan dan paparan biohazard.

B. Kebijakan

Berdasarkan SK Bupati Majene No. 205/HK/KEP-BUP/I/2013 tentang Standar Pelayanan Minimal RSUD 2013–2016

C. Prosedur Utama

- a. Penggunaan APD wajib (jas lab, sarung tangan, masker, sepatu tertutup).
- b. Larangan makan/minum/rokok di laboratorium.
- c. Penanganan tumpahan darah: desinfeksi dengan hipoklorit → serap → alkohol → lap kering

2.6.2 SOP Pengelolaan Limbah Medis & Non-Medis

A. Pengertian & Tujuan

Mengatur tata kelola limbah medis/infektif agar aman bagi lingkungan dan kesehatan.

B. Kebijakan

berdasarkan SK Bupati No. 205/.../2013

C. Prosedur

- a. Memisahkan limbah infeksius dan non-infeksius.
- b. Memisahkan limbah padat dan cair.
- c. Limbah tajam disimpan dalam wadah kuat → dibakar/incinerator.
- d. Limbah padat merah (medis), biru (organik), kuning (non-organik) disimpan tertutup.
- e. Penyimpanan maksimal 24 jam.
- f. Pengangkutan sehari-hari sesuai jenis: medis ke incinerator (dibakar 3×/minggu), non-medis ke TPA oleh Dinas Kebersihan

2.6.3 SOP Triage di IGD

A. Pengertian & Tujuan

Proses pemilahan awal pasien berdasarkan tingkat kegawatannya oleh dokter/perawat triage.

B. Kebijakan

Berdasar SK Bupati Majene No.205/.../2013, Standar Pelayanan Minimal RSUD.

C. Prosedur

- a. Petugas triage menempatkan pasien ke:
 - b. Resusitasi (gawat darurat),
 - c. Ruang tindakan (butuh tindakan khusus),
 - d. Observasi (non-bedah & bedah),
 - e. Kamar jenazah (meninggal).
- D. Prioritas penanganan sesuai urutan kegawatannya.
- E. Tindakan resusitasi bila diperlukan hingga stabil, lalu pindah ke ruang

inap.

2.6.4 SOP Transportasi & Rujukan Pasien

A. Pengertian & Tujuan

Menjamin keberlangsungan dan keamanan pasien saat dipindahkan antar fasilitas/zona RSUD.

B. Kebijakan

Dasar SK Bupati Majene No.1623/HK/KEP-BUP/V/2013 dan SK Direktur RSUD No. 13/RSUAS/VIII/2013 efektif Agustus 2013

C. Prosedur

- a. Konfirmasi kesiapan tempat tujuan perawatan.
- b. Asesmen kondisi dan kebutuhan transportasi/pengelolaan PPI.
- c. Keputusan transfer berdasarkan evaluasi risiko- manfaat.
- d. Ambulans dan petugas terlatih disiapkan untuk pasien rawat inap/IRD.
- e. Dokumentasi lengkap selama rujukan dan penanganan keluhan saat perjalanan

2.6.5 SOP Perawatan Luka (Kepatuhan Perawat)

Studi evaluatif Desember 2024 menunjukkan bahwa penerapan SOP perawatan luka di ruang bedah RSUD Majene sangat dipatuhi: 100% tenaga keperawatan menggunakan instruksi tertulis SOP secara sistematis.

Kepatuhan sangat berpengaruh terhadap kecepatan penyembuhan luka dan keselamatan pasien & tenaga medis.

2.6.6 Rangkuman SOP utama di Rumah Sakit Umum Daerah Majene

AREA SOP	FOKUS UTAMA
K3 Laboratorium	APD Wajib, Penangan Tumpahan, Keselamatan petugas Laboratorium
Pengelolaan Limbah	Pemisahan, Penyimpanan, Pengangkutan dan Pemusnahan Limbah Medis atau infisinx
Triage IGD	Klasifikasi kondisi pasien dan prioritas penanganan berdasarkan tingkat gawat
Transportasi dan Rujukan	Prosedur transfer pasien antar fasilitas dengan jaminan keselamatan.
Perawatan luka	Kepatuhan SOP mengoptimalkan proses penyembuhan dan keselamatan pasien

2.7. Penelitian Terdahulu

Pada ini penulis menyajikan 3 (tiga) penelitian terdahulu sebagai pembanding dari penelitian yang dilakukan oleh penulis. Adapun penelitian terdahulu yang penulis gunakan adalah sebagai berikut:

2.7.1 Gambaran Tingkat Kepuasan Rawat Inap Peserta JKN Terhadap Kualitas Pelayanan Di RSUD Islam Harapan Anda

Penelitian ini dilakukan untuk mendeskripsikan kepuasan peserta JKN yang dirawat di ruang rawat inap. Hasil menunjukkan bahwa 42,9% pasien merasa sangat puas dengan pelayanan, sedangkan 42,5% merasa puas. Dimensi-dimensi yang diukur termasuk tangible, reliability, responsiveness, assurance, dan empathy. Penelitian ini menggunakan pendekatan kuantitatif dengan 100 responden dan dilakukan di RSUD Islam Harapan Anda pada Mei- Juni 2022 (Pamungkas et al., 2023).

2.7.2 evaluasi pelayanan JKN rawat inap di RS Banua Mamase, Sulawesi Barat (2023),

penelitian ini mendeskripsikan Penilaian dilakukan berdasarkan lima dimensi kualitas layanan, yaitu efektivitas, kecukupan, penerapan, responsibilitas, dan ketepatan. Hasil penelitian menunjukkan bahwa secara umum kualitas pelayanan dinilai “cukup baik” dengan rata-rata skor 3,18 dari skala 1 sampai 5. Meskipun demikian, penelitian ini juga mengungkap adanya beberapa permasalahan yang masih dikeluhkan oleh pasien, salah satunya adalah penolakan pelayanan akibat kartu BPJS yang belum aktif secara administrasi.

Selain itu, ditemukan pula kondisi di mana pasien laki-laki dan perempuan ditempatkan dalam satu ruangan yang sama, yang menimbulkan ketidaknyamanan dan dianggap kurang sesuai dengan standar pelayanan rawat inap yang menjamin privasi pasien. Temuan ini menekankan perlunya perbaikan dalam sistem administrasi dan penataan ruang rawat inap agar lebih sesuai dengan prinsip pelayanan yang bermutu dan berorientasi pada kebutuhan serta kenyamanan pasien.

2.7.3 Analisis Faktor-faktor Penunjang/Kendala Implementasi JKN – RSUD Kota Bandung

Penelitian ini mendeskripsikandilakukan dengan pendekatan deskriptif kualitatif yang menyoroti berbagai faktor internal dan eksternal yang memengaruhi pelaksanaan kebijakan tersebut. Faktor internal yang dianalisis mencakup sumber daya manusia (SDM) dan sistem manajemen rumah sakit, sedangkan faktor eksternal meliputi aspek klaim pembiayaan serta regulasi dari BPJS Kesehatan. Dalam penelitian ini juga diterapkan analisis SWOT untuk

mengidentifikasi kekuatan, kelemahan, peluang, dan ancaman dalam pelaksanaan JKN. Hasil temuan menunjukkan bahwa terdapat beberapa kendala serius, antara lain penyusunan nota kesepahaman (MoU) antara rumah sakit dan pihak BPJS yang dilakukan secara sepihak tanpa melalui proses musyawarah yang seimbang, sehingga menimbulkan ketimpangan dalam pelaksanaan kesepakatan kerja sama. Selain itu, ditemukan adanya tunggakan pembayaran klaim dari BPJS yang berdampak langsung pada ketersediaan obat dan logistik medis di rumah sakit, yang kemudian menghambat kualitas pelayanan kepada pasien. Komunikasi antara pihak rumah sakit dan BPJS terkait regulasi juga dinilai kurang lancar, sehingga sering terjadi miskomunikasi dalam pelaksanaan teknis di lapangan. Temuan ini mengindikasikan bahwa keberhasilan implementasi JKN tidak hanya bergantung pada kesiapan internal rumah sakit, tetapi juga pada koordinasi yang baik, transparansi, dan kejelasan peran antara rumah sakit dan BPJS Kesehatan sebagai mitra utama dalam penyelenggaraan program.

2.8. kerangka Teori

Secara garis besar implementasi merupakan setiap kegiatan yang dilakukan menurut rencana untuk mencapai tujuan yang telah ditentukan. Upaya untuk memahami adanya perbedaan antara yang diharapkan dengan fakta yang telah terjadi dan menimbulkan kesadaran mengenai pentingnya suatu pelaksanaan. Menurut teori Implementasi Kebijakan Van Metter dan Van Horn (1975) . Model ini mengandaikan bahwa implementasi kebijakan berjalan secara linier dari keputusan politik, pelaksana bahwa kinerja kebijakan dipengaruhi oleh beberapa variabel-variabel tersebut yaitu :

- a. standar dan sasaran kebijakan merupakan tolok ukur kinerja yang menjadi pedoman dalam pelaksanaan suatu kebijakan. Di RSUD Majene, standar dan sasaran kebijakan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) diterjemahkan dalam bentuk pelayanan rawat inap yang sesuai dengan prosedur, mutu, dan efisiensi pembiayaan yang ditetapkan oleh BPJS Kesehatan. Rumah sakit menetapkan indikator layanan seperti waktu tunggu, ketersediaan tempat tidur, kepuasan pasien, dan kesesuaian tindakan medis dengan INA-CBG's sebagai standar pelaksanaan. Sasaran kebijakan ini diarahkan untuk meningkatkan akses dan kualitas layanan kesehatan rawat inap bagi peserta JKN di wilayah Majene secara merata, efektif, dan berkelanjutan.
- b. sumber daya merupakan salah satu faktor kunci yang sangat menentukan berhasil atau tidaknya suatu kebijakan dijalankan, yang mencakup tenaga manusia (SDM), anggaran, fasilitas, informasi, serta kewenangan yang

diperlukan untuk pelaksanaannya. Di konteks Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Majene, sumber daya berperan penting dalam mendukung implementasi kebijakan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) secara efektif. Hal ini meliputi tersedianya tenaga medis dan non-medis yang kompeten dan mencukupi, seperti dokter, perawat, dan staf administrasi; fasilitas kesehatan yang memadai, seperti ruang rawat inap, alat kesehatan, dan ketersediaan obat-obatan; pendanaan yang berasal dari anggaran daerah maupun klaim BPJS Kesehatan yang harus tepat waktu dan cukup untuk membiayai layanan; serta sistem informasi dan manajemen yang menunjang proses pelayanan dan pelaporan guna memastikan transparansi dan efisiensi. Apabila salah satu aspek sumber daya tersebut tidak terpenuhi, maka implementasi kebijakan JKN di RSUD Majene dapat terhambat dan berdampak pada mutu layanan rawat inap yang diberikan kepada masyarakat.

- c. karakteristik organisasi pelaksana adalah salah satu variabel penting dalam implementasi kebijakan yang mencakup struktur birokrasi, norma, pola hubungan antar unit, dan tingkat profesionalisme dari pelaksana kebijakan. Di Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Majene, karakteristik organisasi pelaksana dapat dilihat dari bagaimana rumah sakit mengelola dan menjalankan kebijakan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) melalui struktur yang terorganisasi, seperti adanya unit pelayanan rawat inap, instalasi BPJS, serta bagian administrasi yang menangani klaim dan data peserta. Selain itu, budaya kerja yang berorientasi pada pelayanan publik,

koordinasi antarunit kerja, serta ketersediaan prosedur operasional standar (SOP) juga mencerminkan karakteristik organisasi pelaksana. Tingkat profesionalisme tenaga medis dan administrasi, serta kemampuan manajerial pimpinan rumah sakit, juga memengaruhi efektivitas pelaksanaan kebijakan. Jika organisasi pelaksana memiliki struktur yang jelas, koordinasi yang baik, dan SDM yang profesional, maka implementasi kebijakan JKN di RSUD Majene dapat berjalan lebih optimal dan sesuai tujuan.

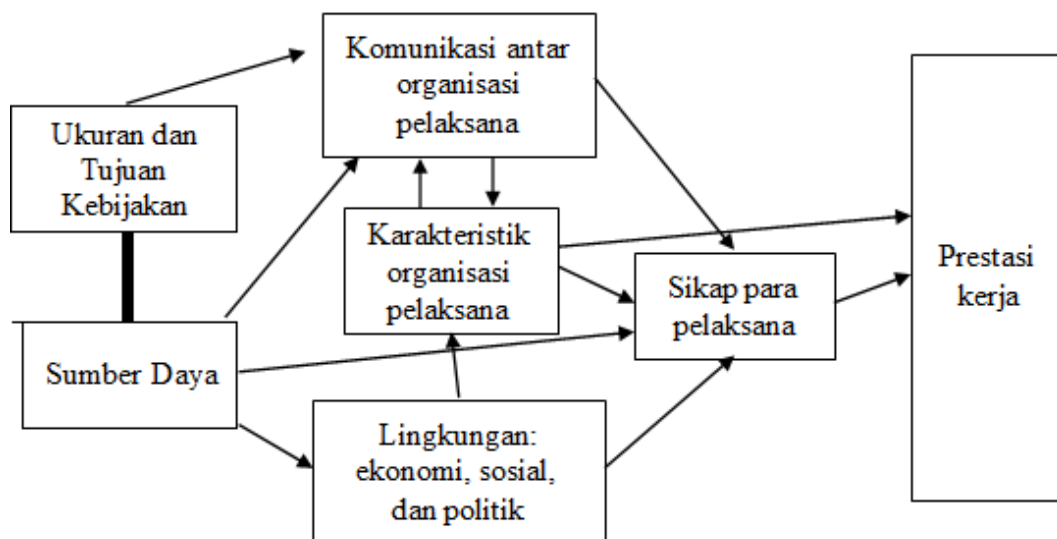
- d. sikap para pelaksana kebijakan merupakan salah satu faktor penting dalam menentukan keberhasilan implementasi kebijakan. Sikap ini mencakup sejauh mana para pelaksana mendukung, memahami, dan memiliki komitmen terhadap tujuan kebijakan. Di Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Majene, sikap dan perilaku pelaksana seperti dokter, perawat, dan staf administrasi sangat berpengaruh terhadap keberhasilan pelaksanaan kebijakan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN). Jika para pelaksana memiliki sikap positif, seperti mendukung program JKN, memahami prosedur pelayanan, serta memiliki komitmen untuk memberikan pelayanan terbaik kepada peserta, maka pelaksanaan kebijakan akan berjalan lebih efektif. Sebaliknya, jika terdapat resistensi, kurangnya pemahaman, atau sikap acuh terhadap kebijakan, maka pelayanan rawat inap bagi peserta JKN dapat mengalami hambatan. Oleh karena itu, penting bagi RSUD Majene untuk membangun budaya kerja yang mendukung kebijakan serta memberikan pelatihan dan pembinaan secara

berkelanjutan kepada seluruh pelaksana.

- e. komunikasi antar organisasi merupakan elemen penting dalam implementasi kebijakan, karena melalui komunikasi yang jelas, konsisten, dan berkesinambungan, setiap pihak pelaksana dapat memahami tujuan, prosedur, dan tanggung jawab dalam kebijakan yang dijalankan. Di Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Majene, komunikasi antar organisasi mencakup koordinasi antara pihak rumah sakit dengan BPJS Kesehatan, Dinas Kesehatan, serta unit-unit internal seperti bagian pelayanan, administrasi, dan keuangan. Komunikasi yang efektif memungkinkan penyampaian informasi kebijakan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN), penanganan klaim, serta penyelesaian masalah teknis atau administratif secara cepat dan tepat. Jika komunikasi berjalan lancar dan terbuka, maka pelaksanaan pelayanan rawat inap peserta JKN dapat lebih efisien, responsif, dan sesuai dengan standar yang ditetapkan. Sebaliknya, kurangnya komunikasi dapat menyebabkan kesalahpahaman, keterlambatan layanan, hingga ketidakpuasan pasien. Oleh karena itu, RSUD Majene perlu memastikan adanya mekanisme komunikasi yang terstruktur dan berkelanjutan antar instansi dan unit kerja terkait.
- f. lingkungan sosial, ekonomi, dan politik merupakan faktor eksternal yang dapat memengaruhi keberhasilan implementasi kebijakan. Lingkungan ini mencakup kondisi masyarakat, tingkat pendidikan, ekonomi daerah, serta dinamika politik lokal yang dapat memperkuat atau menghambat pelaksanaan suatu kebijakan. Di konteks RSUD Majene, lingkungan sosial

mencerminkan tingkat pemahaman masyarakat terhadap manfaat Jaminan Kesehatan Nasional (JKN), yang berpengaruh terhadap partisipasi dan pemanfaatan layanan rawat inap. Dari sisi ekonomi, keterbatasan anggaran daerah serta kondisi ekonomi masyarakat dapat menjadi tantangan dalam pembiayaan dan penyediaan fasilitas kesehatan. Sementara itu, faktor politik, seperti dukungan dari pemerintah daerah, DPRD, dan pemangku kepentingan lainnya, sangat menentukan dalam hal alokasi anggaran, penetapan kebijakan pendukung, serta pengawasan pelaksanaan program. Jika lingkungan sosial ekonomi dan politik mendukung, maka implementasi kebijakan JKN di RSUD Majene dapat berjalan lebih optimal dan berkelanjutan.

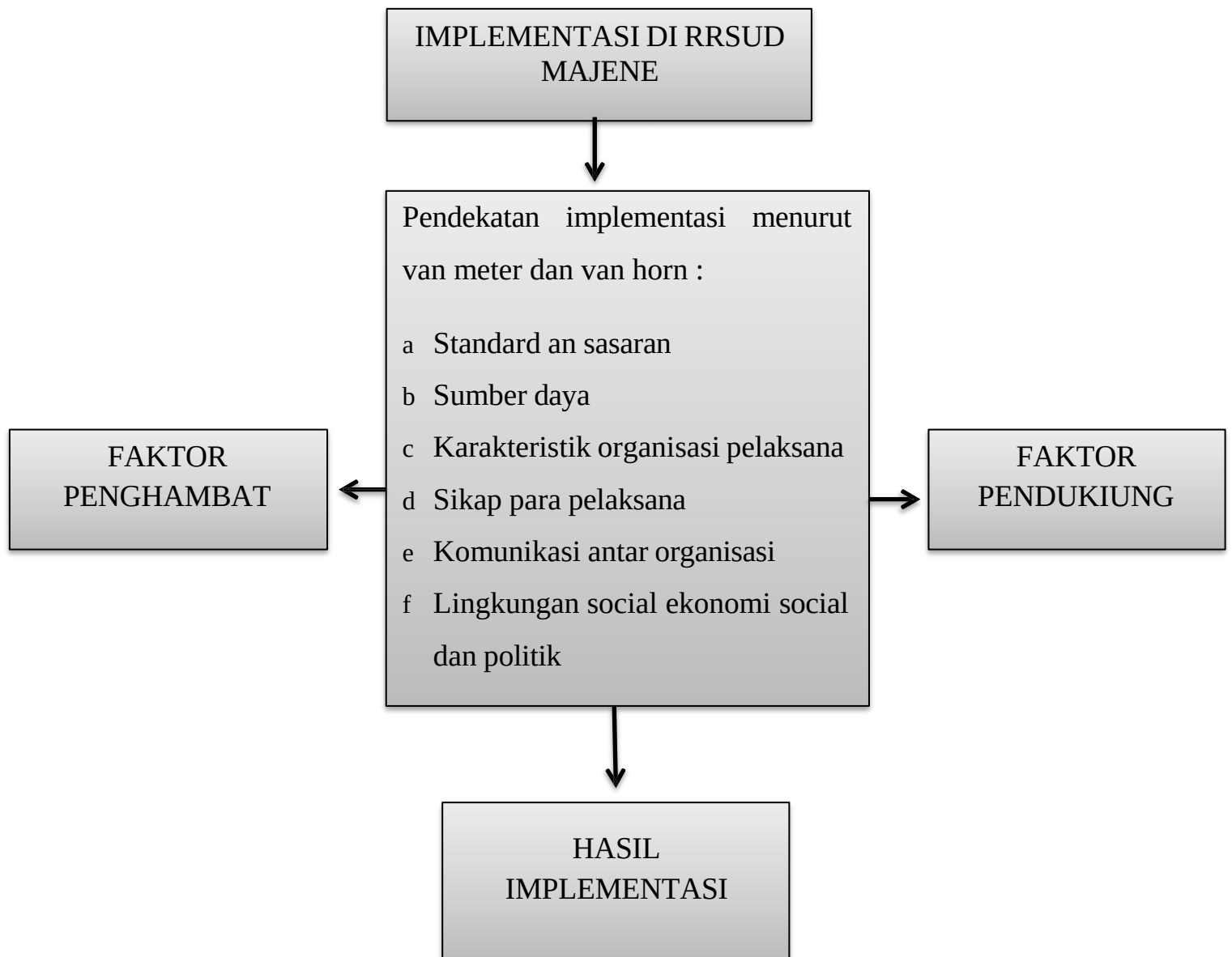
Model Proses Implementasi Kebijakan (Van Metter & Van Horn, 1975)



Sumber: Michael Hill dan Petter L. Hupe (2002)

Berikut kerangka pikir yang dibuat peneliti untuk mempermudah cara
berfikir dan pemaparan hasil penelitian ini:

kerangka teori



Dari kerangka teori diatas, prestasi kerja sebuah implementasi kebijakan dipengaruhi oleh 6 faktor, yaitu sikap pelaksana, ciri agen pelaksana, lingkungan, sumber daya, ukuran dan tujuan, dan komunikasi antar organisasi pelaksana. Keseluruhan faktor ini berhubungan secara tidak langsung. Namun pada pelaksanaannya keterkaitan hubungan dari setiap faktor tidak dapat didefinisikan secara langsung keterkaitannya, sehingga keenam faktor tersebut menurut Van Meter dan Van Horn harus mampu terimplementasi dengan baik dan tepat sasaran tanpa menutup kemungkinan keharusan melihat keterkaitan hubungan antar faktor.

BAB V

PENUTUP

5.1. Kesimpulan

Rangkuman hasil penelitian mengenai implementasi kebijakan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) di Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Majene, dapat disimpulkan bahwa kebijakan ini memberikan kontribusi positif terhadap peningkatan akses layanan kesehatan bagi masyarakat, khususnya layanan rawat inap. Program JKN, yang diatur oleh BPJS Kesehatan dan Kementerian Kesehatan, menjadi instrumen penting dalam upaya pemerintah mewujudkan keadilan sosial di bidang kesehatan. Di RSUD Majene, sebagian besar pengguna layanan rawat inap berasal dari peserta JKN, terutama kelas III, yang menunjukkan bahwa program ini sangat membantu kelompok masyarakat berpenghasilan rendah.

Implementasi kebijakan JKN di RSUD Majene dilaksanakan sesuai dengan ketentuan administratif dan prosedural yang berlaku, seperti keaktifan peserta dalam kepesertaan BPJS, rujukan dari Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP), serta penyesuaian kelas layanan dengan hak peserta. Sistem pembayaran berbasis INA-CBG's diterapkan untuk menggantikan biaya pelayanan kesehatan oleh BPJS kepada rumah sakit. Namun dalam praktiknya, tantangan tetap dihadapi, mulai dari keterbatasan jumlah tempat tidur, terutama di kelas III, hingga keterlambatan pembayaran klaim oleh BPJS yang berdampak pada operasional rumah sakit dan pelayanan terhadap pasien. Di sisi lain, meskipun RSUD Majene telah berupaya menjaga kualitas layanan, adanya beban

administratif dan keterbatasan tenaga medis serta fasilitas masih menjadi kendala. Upaya efisiensi pelayanan dilakukan melalui pemanfaatan sistem informasi rumah sakit, digitalisasi antrean, dan perbaikan manajemen pasien. Namun demikian, beban administratif, terutama dalam proses verifikasi klaim dan audit dari BPJS, membutuhkan perhatian khusus agar tidak menghambat pelayanan langsung kepada pasien.

Secara keseluruhan, kebijakan JKN telah berhasil meningkatkan akses dan ketersediaan layanan rawat inap di RSUD Majene bagi masyarakat yang membutuhkan. Namun, untuk menjaga kualitas dan kesinambungan pelayanan, diperlukan dukungan berkelanjutan dari pemerintah pusat dan daerah, serta peningkatan kapasitas internal rumah sakit. Kolaborasi yang erat antara semua pemangku kepentingan sangat penting agar tujuan utama dari kebijakan JKN yaitu memberikan perlindungan kesehatan yang merata, berkualitas, dan berkelanjutan bagi seluruh rakyat Indonesia dapat tercapai secara optimal, termasuk di daerah-daerah terpencil seperti Kabupaten Majene.

5.2. Saran

Berdasarkan hasil penelitian mengenai implementasi Kebijakan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) terhadap pengguna pelayanan rawat inap di Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Majene, disarankan agar pihak rumah sakit meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan dengan memperhatikan ketersediaan fasilitas, tenaga medis, dan alur pelayanan yang lebih efisien. Peningkatan kapasitas sumber daya manusia melalui pelatihan berkala perlu dilakukan agar tenaga kesehatan lebih memahami regulasi JKN serta mampu memberikan

pelayanan yang ramah dan profesional kepada peserta JKN. Selain itu, diperlukan penguatan koordinasi antara RSUD Majene dengan BPJS Kesehatan agar proses klaim, rujukan, dan pembaruan informasi kebijakan dapat berjalan secara lancar. Sosialisasi kepada masyarakat juga harus ditingkatkan agar peserta JKN memahami hak, kewajiban, serta prosedur pelayanan yang berlaku, sehingga dapat meminimalkan kesalahpahaman dalam proses administrasi. Di samping itu, pengembangan sistem informasi rumah sakit yang terintegrasi sangat penting untuk mendukung efisiensi pelayanan dan pelaporan. Monitoring dan evaluasi secara berkala terhadap pelaksanaan kebijakan juga perlu dilakukan sebagai bentuk pengawasan sekaligus perbaikan berkelanjutan. Dukungan aktif dari pemerintah daerah sangat diharapkan dalam bentuk kebijakan, anggaran, dan regulasi yang berpihak pada peningkatan kualitas pelayanan rawat inap bagi peserta JKN, demi mewujudkan sistem pelayanan kesehatan yang merata, adil, dan berkelanjutan di Kabupaten Majene.

Lampiran 1 daftar pertanyaan

1. Apakah standar pelayanan JKN (misalnya: alur, waktu, fasilitas) telah sesuai dengan ketentuan dari BPJS Kesehatan?
2. Sejauh mana target pelayanan JKN dapat tercapai di RSUD Majene?
3. Bagaimana ketersediaan tenaga medis dan fasilitas pendukung dalam pelayanan rawat inap pasien JKN?
4. Apakah anggaran dan sarana memadai untuk menunjang pelayanan JKN?
5. Bagaimana koordinasi antara pihak RSUD dengan BPJS Kesehatan dalam pelaksanaan JKN?

6. Apakah informasi dan kebijakan terbaru dari BPJS disampaikan secara rutin dan jelas?
7. Bagaimana sikap tenaga medis dan petugas administrasi terhadap pelayanan pasien JKN?
8. Bagaimana dukungan dari pemerintah daerah terhadap pelaksanaan JKN di RSUD Majene?
9. Apakah faktor sosial dan ekonomi pasien mempengaruhi kualitas pelayanan yang diberikan?
10. \Apa upaya yang telah dilakukan rumah sakit untuk meningkatkan kualitas pelayanan rawat inap bagi pasien JKN?
11. Bagaimana monitoring dan evaluasi dilakukan terhadap pelaksanaan kebijakan JKN?

Pertanyaan penutup

1. Apa harapan Bapak/Ibu terhadap peningkatan implementasi kebijakan JKN ke depan?
2. Apakah ada saran untuk perbaikan pelayanan rawat inap bagi peserta JKN di RSUD Majene?

DAFTAR PUSTAKA

- Amanah, D., & Harahap, D. A. (2019). Loyalitas Konsumen: Implikasi dari Diferensiasi Produk dan Nilai Emosional. *Jurnal Ilmiah Manajemen Dan Bisnis*, 20(1), 15–26.
- Anita, Y. T. P. B. M. (2018). Pengaruh Kualitas Produk, Kualitas Pelayanan dan Faktor Emosi Terhadap Kepuasan Pelanggan Di UD Toko Pelangi Surakarta. *Indonesian Economics Business And Management Research*, 1(1), 100–103.
- Arikunto, S. (2010). *Prosedur penelitian suatu pendekatan praktek*.
- Azora, P. (2021). Analisis quick count dengan menggunakan metode stratified random sampling studi kasus pemilu gubernur Kalimantan Barat 2018. *Bimaster: Buletin Ilmiah Matematika, Statistika Dan Terapannya*, 10(1).
- Azwar, S. (2022). *Penyusunan skala psikologi edisi 2*. Pustaka pelajar.
- Barnes James, G. (2003). *Secrets Of Customer Relationship Management*. Terjemahan Andreas Winardi, (Penerbit Andi Yogyakarta, 2003).
- Damayanti, C., & Wahyono, W. (2015). Pengaruh kualitas produk, brand image terhadap loyalitas dengan kepuasan sebagai variabel intervening. *Management Analysis Journal*, 4(3).
- Diwyarthi, N. D. M. S., Putri, D., Listriani, D. A., Ismainar, H., Hasbi, I., Darmawan, I. P. A., Irwanto, I., Asriandi, A., Nurhayati, I., & Arifianto, C.F. (2021). *Psikologi Sosial*.
- Ida Bagus Made Dwi Indrawan. (2020). Pengaruh Kualitas Pelayanan Jkn-Kis

- Terhadap Kepuasan Peserta Jkn-Kis Pada Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan Di Rsud Dr. Murjani Sampit. *Kindai*, 16(2), 201–219.
<https://doi.org/10.35972/kindai.v16i2.390>
- Indonesia, R. (2004). *Undang-undang Republik Indonesia nomor 40 tahun 2004 tentang sistem jaminan sosial nasional*. Timur Putra Mandiri.Kemenkes.
- (2017). Jaminan Kesehatan Nasional. *Hasanuddin Law Review*, 3(2), 104–116. <https://promkes.kemkes.go.id/?p=5799>
- Kotler, P., & Armstrong, G. (2008). *Prinsip-prinsip pemasaran* (Vol. 1, Issue 2). Jilid.Kotler, P., & Keller, K. L. (2005). *Manajemen Pemasaran*, Edisi II. Jakarta: PT Indeks.
- Kurnia, M., & Suwiknyo, M. (2018). Kepuasan Konsumen: Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi. *BALANCE: Economic, Business, Management and Accounting Journal*, 15(01). <https://doi.org/10.30651/blc.v15i01.1264>
- Lovelock, C. H., & Wirtz, J. (2004). *Services marketing: People, technology, strategy*.
- Maulana, A. S. (2016). Pengaruh kualitas pelayanan dan harga terhadap kepuasan pelanggan PT. TOI. *Jurnal Ekonomi Universitas Esa Unggul*, 7(2), 78663.
- Mustami, M. K. (2015). *Metodologi penelitian pendidikan*. Yogyakarta: Aynat Publishing.
- Nafiah, A., & Diharto, A. K. (2018). *Analisis Hubungan Customer Satisfaction, Customer Trust dan Customer Retention Pada Pengguna Sabun Mandi LUX di Wilayah Ngawi*. IAIN Surakarta.

- Pahlevi, R., & Hayu, R. S. (2014). Pengaruh Kepuasan, Kepercayaan Dan Harga Terhadap Loyalitas Konsumen Pada Green Product. *Studi Kasus Pada Masyarakat Bengkulu Yang Menggunakan Produk Elektronik Lampu Hemat Energi*(Doctoral Dissertation, Universitas Bengkulu).
- Pamungkas, A. L. H., Silvia, S., Afifah, A., & Arlita, T. (2023). Gambaran Tingkat Kepuasan Rawat Inap Peserta JKN Terhadap Kualitas Pelayanan di RSUD Islam Harapan Anda. *Jurnal Jaminan Kesehatan Nasional*, 3(2), 1–10. <https://doi.org/10.53756/jjkn.v3i2.99>
- Parasuraman, A., Zeithaml, V. A., & Berry, L. L. (1994). Reassessment of expectations as a comparison standard in measuring service quality: implications for further research. *Journal of Marketing*, 58(1), 111–124.
- Pourazad, N., Stocchi, L., & Pare, V. (2019). Brand attribute associations, emotional consumer-brand relationship and evaluation of brand extensions. *Australasian Marketing Journal*, 27(4), 249–260.
- Riduwan. (2012). *Belajar Mudah Penelitian Untuk Guru, Karyawan Dan Peneliti Pemula* (8th ed.). Alfabeta.
- Satibi, I. (2023). *Manajemen Publik Dalam Perspektif Teoritik dan Empirik*. Unpas Press.
- Setyosari, P. (2010). *Metode penelitian dan pengembangan*.
- Simamora, J. (2014). Tafsir Makna Negara Hukum dalam Perspektif Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945. *Jurnal Dinamika Hukum*, 14(3), 547–561.
- Sudaryono, Rahayu, W., & Margono, G. (2013). *Pengembangan instrumen*

penelitian pendidikan. Graha Ilmu.

Sugiyono. (2020). *Metode Penelitian Pendekatan*.

Sugiyono, D. (2013). *Metode penelitian pendidikan pendekatan kuantitatif, kualitatif dan R&D*.

Sugiyono, D. (2019). *Statistika untuk Penelitian (Cetakan ke-30)*. Bandung: Cv Alfabeta.

Suharto, E. (2009). *Membangun masyarakat memberdayakan rakyat*.

Sulistiyowati, W. (2021). *Buku Ajar Kualitas Layanan: Teori Dan Aplikasinya*. Umsida Press, 0 SE-Text Book. <https://doi.org/10.21070/2018/978-602-591-436-2>

Supriyanto, Y., & Soesanto, H. (2012). *Analisis pengaruh kualitas pelayanan, harga, dan fasilitas terhadap kepuasan pasien rawat jalan di Rumah Sakit Kariadi Semarang*. Fakultas Ekonomika dan Bisnis.

Teguh wijaya, T. W., Wiramijaya, F., & Christin, Y. (2023). Analisa Deskriptif Google Review Untuk Mengukur Kepuasan Peserta di Kantor Cabang Lingkup Kedeputan Wilayah XII. *Jurnal Jaminan Kesehatan Nasional*, 3(2), 11–22. <https://doi.org/10.53756/jjkn.v3i2.171>

Tjiptono, F. (2020). *Service management mewujudkan layanan prima*.

Utami, A. N. F., & Mutiarin, D. (2017). Evaluasi Program Jaminan Kesehatan Nasional Pada Fasilitas Kesehatan Tingkat I Kabupaten Sleman Tahun 2016. *Journal of Governance and Public Policy*, 4(1), 39–70.

Wati, D. W. R., Fatmawatie, N., & Fauza, N. (2020). Pengaruh Customer Satisfaction dan Customer Trust terhadap Customer Loyalty Produk

- Krim Pelembab Wajah Fair & Lovely. *ISTITHMAR: Journal of Islamic Economic Development*, 4(1), 50–71.
- Widoyoko, E. P. (2016). Teknik teknik penyusunan instrumen penelitian. *Yogyakarta: Pustaka Pelajar*.
- Wijaya, T. (2018). *Manajemen kualitas jasa*.
- Wira, S. (2007). Panduan layanan konsumen. *PT Grasindo Jakarta*, 12(1).
- Yogi Nurfauzi, Taime, H., Hanafiah, H., Yusuf, M., & Asir, M. (2022). Literature Review: Analisis Faktor yang Mempengaruhi Keputusan Pembelian, Kualitas Produk dan Harga Kompetitif. *Management Studies and Entrepreneurship Journal (MSEJ)*, 4(1 SE-Articles), 183–188.
<https://doi.org/10.37385/msej.v4i1.1246>
- Yuditia, A., Hidayat, Y., & Achmad, S. (2021). Pelaksanaan Jaminan Kesehatan Nasional Oleh BPJS Berdasarkan Undang-Undang No. 40 Tahun 2004 Tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional. *Jurnal Magister Ilmu Hukum*, 6(1), 43–61.
- di Politeknik, K. L. A. A. (2020). *Jurnal Ilmiah Administrasi Publik (JIAP)*