

Analisis Komunikasi dan Sumberdaya dalam Implementasi Kebijakan Kapitasi Berbasis Komitmen Pelayanan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (KBK-BPJS) Kesehatan

Mujiburrahman^{1(CA)}, Arif Sofyandi²

^{1(CA)}Akademi Kebidanan Harapan Bunda Bima, Indonesia; sapemujiburrahman@gmail.com
(Corresponding Author)

²Alumni Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Diponegoro, Indonesia

ABSTRACT

In improving the quality of primary care in First Level Health Facilities (FLHF), the Ministry of Health and the Social Security Administration for Health have committed that capitation payments based (CPB) on fulfillment of service commitments have now been implemented. The purpose of the actualization of CPB is as a performance indicator that has an impact on results based on the fulfillment of service commitments or FLHF performance. This study aims to analyze communication and resources in the implementation of capitation policies based on the fulfillment of the Social Security Administration for Health service commitments. This study uses a qualitative method. The number of main informants is 4 people, 2 heads of the health department and 2 leaders of the Social Security Administration for Health. There were 10 triangulation informants, 4 heads of pratama clinics, 4 heads of independent practice doctors and 2 heads of puskesmas. Data were collected by means of in-depth interviews, observation and documentation. The types of data collected in this study are primary and secondary data. Processing and analyzing data using content. Then, the validity of the data in this study was tested for credibility (internal validity), transferability (external validity), dependability (reliability) and confirmability (objectivity). The results of this study indicate that communication between organizations has not been maximized and human resources are sufficient

Keywords: fulfillment-based capitation; the Social Security Administration for Health; First Level Health Facilities

ABSTRAK

Dalam meningkatkan mutu pelayanan primer di Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP), Kementerian Kesehatan dan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan telah berkomitmen bahwa sekarang telah diberlakukan pembayaran kapitasi berbasis pemenuhan komitmen pelayanan (KBK). Tujuan dari aktualisasi KBK adalah sebagai indikator kinerja yang berdampak pada hasil berdasarkan pemenuhan komitmen pelayanan atau kinerja FKTP. Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis komunikasi dan sumber daya dalam implementasi kebijakan kapitasi berbasis pemenuhan komitmen pelayanan BPJS Kesehatan. Penelitian ini menggunakan metode kualitatif. Jumlah informan utama sebanyak 4 orang ialah, 2 orang pimpinan dinas kesehatan dan 2 orang pimpinan BPJS Kesehatan. Informan triangulasi sebanyak 10 orang, 4 orang kepala klinik pratama, 4 orang kepala dokter praktek mandiri dan 2 orang kepala puskesmas. Data dikumpulkan dengan cara wawancara mendalam (In-depth Interview), observasi (observation) dan dokumentasi (documentation). Jenis data yang dikumpulkan dalam penelitian ini adalah data primer dan sekunder. Pengolahan dan analisis data menggunakan isi. Kemudian, uji keabsahan data dalam penelitian ini adalah uji credibility, (validity internal), transferability (validitas eksternal), dependability (reabilitas) dan confirmability (obyektivitas). Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa komunikasi antara organisasi belum maksimal dan sumberdaya manusia sudah cukup

Kata Kunci : kapitasi berbasis pemenuhan; BPJS Kesehatan; Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama

PENDAHULUAN

Dengan adanya keputusan penerapan Pembayaran KBK melalui Surat Edaran Bersama (SEB) Kementerian Kesehatan dan BPJS Kesehatan Nomor HK.03.03/IV/053/2016 dan nomor 1 tahun 2016 tentang pelaksanaan dan pemantauan penerapan kapitasi berbasis komitmen pelayanan pada FKTP. Dan yang berhubungan dengan penerapan KBK tersebut kementerian kesehatan dan BPJS Kesehatan menetapkan komitmen bersama terkait dengan petunjuk teknis kapitasi berbasis pemenuhan komitmen pelayanan. Implementasi JKN pada pelayanan primer maupun lanjutan menganut prinsip *managed care*. Untuk itu kinerja pelayanan kesehatan ini perlu terjaga mengingat prinsip *managed care* yang bertumpu pada kendali biaya dan kendali mutu (Kemenkes RI, 2015b).

Kinerja pelayanan kesehatan dalam era JKN dapat dilihat berdasarkan permenkes RI No 24 tahun 2015 tentang penilaian FKTP berprestasi dan Peraturan bersama Sekretaris Jenderal Kementerian Kesehatan RI dan Direktur Utama Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan No HK.02.05/III/SK/089/2016 Nomor 3 Tahun 2016 tentang petunjuk teknis pelaksanaan pembayaran Kapitasi Berbasis Pemenuhan Komitmen Pelayanan pada FKTP dengan berdasarkan pencapaian indikator yang meliputi indikator Angka Kontak 150% permil, Rasio Rujukan Rawat Jalan Non Spesialistik < 5% dan Rasio Peserta Prolanis Rutin Berkunjung Ke FKTP 50%. Dan apabila dapat memenuhi indikator tersebut termasuk di dalam zona aman. Dan apabila melebihi dari target indikator tersebut termasuk di dalam zona prestasi (PEB No 3/ 2016) (Kemenkes RI, 2015a).

Kepala Bidang Pelayanan Kesehatan Dinas Kesehatan Kota Semarang, Yuniar menjelaskan bahwa selama kebijakan Kapitasi Berbasis Pemenuhan Komitmen Pelayanan dilaksanakan mulai disahkan kebijakan tersebut per 2016 sampai dengan sekarang 2019 baru Rasio Rujukan Rawat Jalan Kasus non Spesialistik (RRNS) yang berstatus aman sedangkan Angka Kontak (AK) dan Rasio Peserta Prolanis Rutin Berkunjung (RPPB) dan serta Rasio Kunjungan Rumah (RKR) ke FKTP Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan masih berstatus belum aman dan rasionya masih di bawah standar.

Dinas Kesehatan Kota Semarang dari segi kebijakan KBK dari kontak, prolanis dan rujukan non spesialis sesuai dengan rasio masing-masing yang telah ditentukan, kemudian dari tiga indikator tersebut yang memenuhi dan selama ini yang berstatus aman adalah rujukannya. Walaupun Kota Semarang merupakan pilot, bahwa puskesmas masih ada di ibu kota provinsi sudah dilaksanakan sejak 2016. Beberapa indikator yang masih dioertanyakan, misalnya seperti angka kontak, yang tidak hanya untuk peserta yang sakit, tetapi juga untuk peserta yang sehat. Atau juga, peserta yang ada di komunitas, tetapi yang mejadi masalah di puskesmas dan menganggap tidak fer.

Sebagai contoh, seperti yang berkunjung ke puskesmas, kalau dia tidak terhitung sebagai peserta di puskesmas maka tidak dihitung sebagai angka kontak. Dan yang dihitung sebagai angka kontak adalah peserta yang terdaftar di FKTP atau komunitas tersebut. Sementara di klinik kontaknya berbeda, karena klinik tidak mengurus UKM, sementara di puskesmas, sasarannya adalah masyarakat dengan cara tidak memandang, apakah yang berkunjung peserta atau tidak, dalam artian sebuanya diberikan pelayanan (Kemenkes RI, 2016).

Berdasarkan hasil observasi dan evaluasi dalam pelaksanaan kapitasi berbasis pemenuhan komitmen pelayanan di Kota Semarang terdapat adanya tantangan dan masukan yang didapatkan untuk perbaikan pelaksanaan kapitasi berbasis pemenuhan komitmen pelayanan, sehubungan dengan tujuan dari aktualisasi KBK tersebut yang merupakan sebagai indikator kinerja yang berdampak pada hasil berdasarkan pemenuhan komitmen pelayanan atau kinerja FKTP. Oleh karena demikian penulis ingin melakukan penelitian bagaimana analisis komunikasi dan sumberdaya dalam implementasi kebijakan kapitasi berbasis pemenuhan komitmen pelayanan badan penyelenggara jaminan sosial kesehatan di Kota Semarang (Sugiyono, 2015).

METODE

Penelitian ini merupakan penelitian observasional, dilakukan dengan menggunakan metode kuantitatif dan teknik pengumpulan data dengan menggunakan wawancara mendalam pada informan, studi literatur dan pendekatan problematik secara deskriptif analitik. Pengumpulan data pada penelitian ini menggunakan wawancara (*Indepth iterview*) dan observasi (*observation*). Data yang dikumpulkan adalah data primer ialah data yang didapatkan dari informan penelitian, sementara data sekunder ialah data diperoleh melalui tela'ah data-data wawancara, tertulis/dokumen terkait dengan implementasi kebijakan kapitasi berbasis pemenuhan komitmen pelayanan badan penyelenggara jaminan sosial kesehatan di kota semarang bertujuan untuk melengkapi informasi yang tidak didapatkan ketika wawancara mendalam. Populasi dalam penelitian kualitatif disebut sebagai subyek penelitian, secara spesifik subyek penelitian disebut sebagai informan. Informan adalah orang yang didayagunakan untuk memberikan informasi mengenai situasi dan latar belakang penelitian, dan subyek penelitian diambil secara purposif, untuk mendapatkan informan sesuai dengan tujuan penelitian (Edward, 1980)

Data-data dalam penelitian ini, dikumpulkan dari badan penyelenggara jaminan sosial kesehatan kota semarang, dinas kesehatan kota semarang dan fasilitas kesehatan tingkat pertama di kota semarang pada bulan mei hingga Juni 2019. Data dikumpulkan dengan metode wawancara mendalam (*indepth interview*), observasi (*observation*) dan dokumentasi (*documentation*). Kualifikasi data didapatkan dari 2 orang pimpinan badan penyelenggara jaminan sosial kesehatan, 2 orang pimpinan dinas kesehatan kota semarang dan 10 orang pimpinan fasilitas kesehatan tingkat pertama kota semarang. Informan dipilih secara purposive berdasarkan kriteria inklusi sebagai pembuat kebijakan dan eksklusi sebagai pelaksana kebijakan KBK-BPJS Kesehatan. Wawancara mendalam (*indepth interview*) dilaksanakan di kantor masing-masing pembuat dan pelaksana kebijakan. Untuk menjaga keterbukaan informasi, wawancara mendalam dilakukan secara tertutup yakni *person to person* tanpa didampingi oleh petugas lain. Hasil Wawancara mendalam (*indepth interview*) kemudian dianalisis secara deskriptif, terdiri atas data *reduction*, data *display* dan *conclision drawing/verification* yang dilakukan secara interaktif dan mendalam, secara langsung dan berulang-ulang sampai datanya mencapai titik jenuh (Oktaviana, 2012).

HASIL

Penelitian ini dilakukan selama 2 bulan yakni diantara bulan April hingga Juni 2019. Instrumen pendukung penelitian ini adalah pedoman wawancara, instrumen observasi lapangan, alat perekam berupa

audio recorder untuk merekam pelaksanaan wawancara dengan informan yang hasilnya menjadi transkrip data dalam penelitian ini.

Karakteristik Informan

a. Informan Utama

Informan Utama (IU) Pada penelitian ini, berjumlah 4 orang. 2 orang dari pimpinan badan penyelenggara jaminan sosial (BPJS) Kesehatan dan 2 orang dari pimpinan dinas kesehatan kota semarang. Dalam penelitian ini, informan utama adalah pembuat kebijakan dan merupakan mitra kerja dari badan penyelenggara jaminan sosial kesehatan dalam pelaksanaan kebijakan kapitasi berbasis komitmen pelayanan (KBK-BPJS) kesehatan dan kualifikasi pendidikan informan tersebut adalah S2 Sebanyak satu orang, berpendidikan S1 Sebanyak 3 orang dengan memiliki masa kerja 7 tahun sampai 13 tahun. Usia informan utama dapat menunjukkan bahwa banyaknya pengetahuan dan pengalaman yang diperoleh.

b. Informan Triangulasi

Informan triangulasi pada penelitian ini berjumlah 10 orang. 2 orang pimpinan puskesmas, 4 orang pimpinan klinik pratama dan 4 orang dokter keluarga. Masing-masing dari Informan triangulasi (IT) memiliki masa bertugas yang berbeda, pimpinan puskesmas rata-rata 10 tahun, pimpinan klinik ada yang 3 tahun hingga 30 tahun dan dokter praktek keluarga dari 12 tahun hingga 18 tahun. Dan dokter praktek mandiri (dokter keluarga) ada yang berusia 28 tahun sampai 66 tahun. Usia IT menunjukkan bahwa pengalaman dan pengetahuan yang diperoleh sehingga memungkinkan memiliki lebih banyak pengalaman dan pengetahuan yang diperoleh. Pendidikan IU menunjukkan bahwa pelaksana sudah memiliki kompetensi dalam memberikan pelayanan kepada pasien. Masa kerja IT bervariasi, dan masa kerja berkaitan erat dengan pengalaman-pengalaman yang diperoleh selama menjalankan tugas sehingga mereka berpengalaman dipandang lebih mampu dalam melaksanakan tugasnya.

Kepesertaan KBK-BPJS Kesehatan Kota Semarang

Jumlah Fasilitas Kesehatan Tingkat Pratama yang bekerjasama dengan BPJS Kesehatan untuk KBK-BPJS Kesehatan Kota Semarang dalam fokus penelitian ini adalah :

1. Sebanyak 37 Puskesmas Kota Semarang
2. Sebanyak 58 Klinik Pratama Kota Semarang
3. Sebanyak 80 Praktek Dokter Mandiri

(Sumber Data BPJS Kesehatan Kota Semarang)

PEMBAHASAN

Komunikasi dalam Implementasi KBK-BPJS Kesehatan

Komunikasi merupakan setiap proses pertukaran informasi, gagasan dan perasaan. Salah satu alat untuk dapat berhubungan dengan orang lain dilingkungkannya adalah komunikasi baik secara verbal

maupun non verbal. Komunikasi juga berhubungan dengan bagaimana kebijakan dikomunikasikan pada organisasi sumber daya pendukung.

1. Sosialisasi BPJS Kesehatan

Hasil wawancara mendalam menunjukkan bahwa sudah ada sosialisasi tentang pelaksanaan kapitasi berbasis komitmen pelayanan pada FKTP, Dinas Kesehatan Provinsi, Dinas Kesehatan Kota dan organisasi profesi dalam hal ini IDI di Kota Semarang. Tetapi dalam pelaksanaannya sering terjadi beberapa perubahan kebijakan yang diberitahukan secara mendadak dan tidak diberitahukan lebih awal terhadap FKTP. Berikut hasil wawancara yang disampaikan oleh informan bahwa :

“Kami (BPJS) Sudah ada melakukan sosialisasi pada awal sebelum pelaksanaan KBK-BPJS Kesehatan di fasilitasi oleh dinas kesehatan, dan kami sampaikan (BPJS) Kepada dinas kesehatan dan seluruh FKTP di Kota Semarang.....” (IU 1, 2)

“Ada sosialisasi di dinas kesehatan, juga ditempat lain, banyak yang jelas lebih dari satu kali.....”(IU 3)

“Ada perubahan kebijakan seperti Angka Kontak, yang dahulunya hanya kunjungan sakit kemudian sekarang di tambah menjadi Kunjungan sakit, kunjungan sehat, home visite, dan konseling ”.....(IU 3, 4)

“Perubahan Indikator rujukan, yang dahulunya setiap ada rujukan bisa langsung merujuk ke rumah sakit tipe B tetapi sekarang harus ke rumah sakit tipe C atau tipe D dulu.....” (IU 1, 2)

“Bahwa yang prolans sebelumnya yang dihitung adalah porsentase kedatangan peserta kemudian berubah menjadi porsentase terkontrol penyakitnya (Diabet terkontrol, tensi terkontrol dll) atau tidaknya kondisi peserta.....” (IU 1, 3)

“Ada sosialisasi pertemuan dengan IDI dan FKTP Kota Semarang.....”(IU 1, 2, 3)

“Sosialisasi dilakukan oleh Kami (BPJS) Bersama Dinas Kesehatan dan ada IDI juga tentang KBK bisa bekerjasama dengan BPJS.....”(IU 1, 2)

IU Menyatakan bahwa sudah ada sosialisasi untuk Puskesmas, Klinik Pratama dan Klinik Mandiri sebagai fasilitas kesehatan tingkat pertama di Kota Semarang di fasilitasi oleh Dinas Kesehatan sedangkan untuk Klinik Pratama dan Dokter Praktik Mandiri informasi disampaikan juga kepada IDI saat pertemuan dengan FKTP dan organisasi profesi dan tetap ada perubahan kebijakan dan tidak diberitahukan lebih awal terhadap FKTP seperti perubahan tentang indikator angka kontak, yang dahulunya hanya kunjungan sakit kemudian sekarang di tambah menjadi Kunjungan sakit, kunjungan sehat, home visite dan konseling. Juga Perubahan Indikator rujukan, yang dahulunya setiap ada rujukan bisa langsung merujuk ke rumah sakit tipe B tetapi sekarang harus ke rumah sakit tipe C atau tipe D dahulu. Dan terjadi juga perubahan pada yang prolans sebelumnya yang dihitung adalah porsentase kedatangan peserta kemudian berubah menjadi porsentase terkontrol penyakitnya (Diabet terkontrol, tensi terkontrol dll) atau tidaknya kondisi peserta. Hal ini dibenarkan oleh informan tri angulasi seperti yang disampaikan bahwa :

“Ada sosialisasi dari BPJS di Fasilitas Kesehatan oleh Dinas Kesehatan sebelum ada BPJS juga sosialisasi tentang Permenkes, PP, dan UU tentang Sistem JKN dan pelaksanaan KBK BPJS Kesehatan...(IT 1,2,3,7,8”

“Ada Sosialisasi tentang KBK BPJS Kesehatan, dan tidak tentu tempatnya terkadang di Dinas dan Hotel Juga...”(IT 5,6)

“BPJS Kesehatan ada beberapa kali merubah kebijakan, dan BPJS tidak memberitahu kebijakan lebih awal....”(IT, 1, 3, 7).

“Sosialisasi dilakukan kepada Puskesmas, Klinik Pratama dan Klinik Prakter Dokter

Swasta.....”(IT 4, 5, 7)

“Sosialisasi khusus tidak ada tetapi BPJS memberi penawaran terhadap dokter secara informal. Dan saya juga sebelum BPJS Sudah bergabung dengan ASKES...” (IT 4, 8, 10)

“Awal adanya KBK BPJS ada sosialisasi di berbagai tempat salah satunya adalah Dinas Kesehatan dengan mengundang puskesmas, FKTP dan organisasi profesi seperti IDI dan Dinas Kesehatan....” (IT 2, 8, 9)

“Benar bahwa ada perubahan kebijakan seperti Angka Kontak, yang dahulunya hanya kunjungan sakit kemudian sekarang di tambah menjadi Kunjungan sakit, kunjungan sehat, home visite, dan konseling ”.....(IT 1, 4, 5, 8)

“Sering terjadi perubahan isi indikator kebijakan seperti perubahan Indikator rujukan, yang dahulunya setiap ada rujukan bisa langsung merujuk ke rumah sakit tipe B tetapi sekarang harus ke rumah sakit tipe C atau tipe D dulu.....” (IT, 2, 3, 7, 9)

“Bahwa yang prolanis sebelumnya yang dihitung adalah porsentase kedatangan peserta kemudian berubah menjadi porsentase terkontrol penyakitnya (Diabet terkontrol, tensi terkontrol dll) atau tidaknya kondisi peserta.....” (IT 1, 3, 5, 10)

Berdasarkan hasil wawancara dapat disimpulkan bahwa BPJS Kesehatan sudah melakukan sosialisasi terhadap Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama yaitu di Dinas Kesehatan Kota Semarang dengan sasaran puskesmas, organisasi profesi seperti dokter, dimana BPJS Bekerjasama dengan Puskesmas, Dokter praktek kilinik dan dokter praktek keluarga/perorangan dalam pelaksanaan KBK BPJS Kesehatan dan dari berbagai organisasi tersebut telah mendapatkan sosialisasi dari BPJS saat pertemuan tersebut dan atas belum ada konsistensi informasi dikarenakan masih terjadi perubahan kebijakan seperti perubahan kebijakan seperti angka kontak, yang dahulunya hanya kunjungan sakit kemudian sekarang di tambah menjadi kunjungan sakit, kunjungan sehat, home visite, dan konseling kemudian perubahan indikator rujukan, yang dahulunya setiap ada rujukan bisa langsung merujuk ke rumah sakit tipe B tetapi sekarang harus ke rumah sakit tipe C atau tipe D. dan juga tentang perubahan isi kebijakan yang prolanis yang sebelumnya dihitung adalah porsentase kedatangan peserta kemudian berubah menjadi porsentase terkontrol penyakitnya (Diabet terkontrol, tensi terkontrol dan lain sebagainya atau tidaknya kondisi peserta. Yang tidak diberitahukan lebih awal kepada puskesmas, dokter praktek klinik dan dokter keluarga yang menjalin kerjasama dengan BPJS dalam pelaksanaan KBK-BPJS di Kota Semarang.

Sosialisasi merupakan usaha untuk menyaratkan program sehingga dapat diketahui, dimengerti dan dipahami oleh para pelaksana demi menumbuhkan kesadaran kritis yang ideal dalam menumbuh kembangkan perubahan sikap dan perilaku pelaksana. Tanpa adanya sosialisasi suatu kebijakan yang baik pasti akan sulit dipahami oleh pelaksana sehingga akan menghambat pelaksanaan kebijakan secara optimal. Dan hal tersebut di atas sangat relevan dengan penelitian yang dilakukan oleh Mustari 2006 bahwa sosialisasi yang baik dapat memberikan kejelasan informasi terhadap pelaksana kebijakan sehingga tidak menimbulkan salah persepsi. Sosialisasi yang disampaikan dengan menggunakan berbagai metode dan media informasi akan lebih efektif.

2. Isi Sosialisasi

Pada hasil wawancara mendalam menunjukkan bahwa sosialisasi berisi tentang bagaimana syarat pengajuan kebijakan KBK dengan BPJS dan syarat-syarat tersebut sesuai dengan yang disampaikan oleh informan adalah :

"Isi dari sosialisasi tentang syarat kepesertaan, Angka Kontak, Rujukan Non Spesialis, Prolanis, Perhitungan, P-Care (Entry Data) dan Costnya....." (IU 1, 2)

"Sosialisasi tentang peraturan JKN, BPJS Kesehatan dan salah satunya adalah tentang pelaksanaan KBK-BPJS di FKTP....." (IU 4)

"Sosialisasi tentang KBK-BPJS dan cara pengisian P-Care....." (IU 3)

"Isi dari sosialisasi menerangkan bahwa FKTP dapat bekerjasama dengan BPJS Kesehatan dan harus berjejaring dengan dinas kesehatan dengan dokter praktek klinik dan dokter keluarga....." (IU 1)

"Puskesmas, Klinik Pratama dan Dokter keluarga harus bekerjasama dengan BPJS Minimal 1 tahun dan memiliki peserta (Pasien) sesuai dengan Ketentuan KBK- BPJS pada masing-masing FKTP" (IU 2).

Berdasarkan informan utama menunjukkan bahwa isi dari sosialisasi adalah tentang syarat kepesertaan, angka kontak, rujukan non spesialis, prolanis, perhitungan, p-care "entry data" dan costnya. hal ini sesuai dengan pendapat yang di kemukakan oleh informan triangulasi bahwa :

"Tahun 2016 sudah ada sosialisasi Permenkes, PP dan UU yang mengatur tentang BPJS Kesehatan termasuk syarat-syarat untuk pengajuan KBK-BPJS....." (IT 1, 3, 4, 6,)

"Tidak ada sosialisasi khusus terhadap masyarakat secara informal bahwa masyarakat harus berjejaring dengan Dokter Keluarga....." (IT 5, 7, 10)

"Masyarakat bisa memilih untuk melakukan konsultasi dan pengobatan berbagai jejaring BPJS seperti Puskesmas, Klinik Pratama dan Dokter Keluarga....." (IT 1, 2)

"Puskesmas, Klinik Pratama dan Dokter keluarga harus bekerjasama dengan BPJS Minimal 1 tahun dan memiliki peserta (Pasien) sesuai dengan Ketentuan KBK- BPJS pada masing-masing FKTP" (IT 1,3,5,8,9)

Berdasarkan wawancara diatas bahwa BPJS Kesehatan memberikan sosialisasi tentang syarat-syarat KBK-BPJS Kesehatan, dan peraturan-peraturan terkait yang berhubungan dengan pelaksanaan KBK-BPJS Kesehatan. Menurut Edward III, bahwa komunikasi dapat dilihat melalui prosesnya, yaitu transmisi, kejelasan, konsistensi, dan pemantauan yang sudah dilakukan. Transmisi adalah proses informasi suatu kebijakan yang dilihat secara tidak langsung dapat diterima oleh pelaksananya. Kejelasan merupakan hal yang penting dalam berkomunikasi karena untuk mencegah implementasi yang salah bahkan bertentangan dengan makna pesan awal. Konsistensi sangat diperlukan untuk berlangsungnya kebijakan secara efektif dan memudahkan para pelaksana kebijakan untuk menjalankan tugasnya dengan baik (Edward, 1980).

3. Kejelasan Informasi

Hasil wawancara mendalam menunjukkan bahwa informasi yang diberikan cukup jelas sesuai dengan petunjuk teknis. Hal ini sesuai dengan pernyataan yang disampaikan oleh informan utama bahwa :

"Sosialisasi pada awalnya belum terlalu memahami semua dan butuh untuk dipelajari kembali dan setelah selesai rapat semua syarat dan hasil rapat akan di kirim kembali kemasling-masing FKTP... (IT 3, 4, 5, 6)"

"Informasi yang dijelaskan belum terlalu jelas dan perlu dipelajari kembali secara khusus agar lebih dapat memahami secara menyeluruh...." (IU 1, 2)

"Ada petunjuk teknis (juknis) atau panduan tentang administrasi KBK-BPJS Kesehatan jelas dan sesuai..." (IT 7, 8, 9, 10)

"Informasi cukup jelas FKTP harus sudah visitasi BPJS dan menyelenggarakan KBK-BPJS Kesehatan, dan harus dipelajari kembali...." (IT 1, 2)

Berdasarkan kedua IU menunjukkan informasi yang diberikan tentang tentang cara melakukan pengajuan Klaim KBK-BPJS dan syarat-syaratnya cukup jelas dan sesuai dengan juknis, tetapi masih ada beberapa Fasilitas kesehatan yang mengatakan bahwa informasi yang disampaikan masih belum terlalu memahami dan harus dipelajari kembali secara khusus lewat file yang dikirimkan ulang Oleh BPJS Kesehatan . Hal ini sesuai dengan pendapat informan triangulasi bahwa

“ Cukup jelas informasi yang di sampaikan dan dapat dimengerti.....” (IT 1, 3).

“Informasi cukup jelas.....” (IT 4)

“Informasi yang dijelaskan belum terlalu jelas dan perlu dipelajari kembali secara khusus agar lebih dapat memahami secara menyeluruh”.....(IT 2, 4,7,10).

“Menurut saya jelas karena setiap sosialisasi berdasarkan pada petunjuk teknis yang ada.....” (IU 10)

Berdasarkan wawancara di atas BPJS Kesehatan memberikan sosialisasi tentang syarat pengajuan KBK-BPJS Kesehatan. Menurut pendapat Efendy 2004 bahwa fungsi komunikasi adalah menyampaikan informasi, mendidik dan mempengaruhi perilaku seseorang untuk mencapai tujuan jangka panjang berupa keberhasilan suatu kebijakan agar dapat berkomunikasi secara baik. Maka harus menyampaikan pesan dalam bahasa dan cara yang sesuai dengan tingkat pengetahuan, pengalaman, orientasi dan latar belakang budayanya, dengan kata lain komunikasi perlu mengenali karakteristik individual, sosial dan budaya (Effendy, 2014).

Menurut barkel dalam indiahno (2009), menyatakan bahwa kegagalan dalam implementasi kebijakan dapat terjadi karena kurangnya edukasi maupun pengarahan kepada pelaksana kebijakan. Oleh karena itu setiap pelaksanaan edukasi maupun pengarahan tentang kebijakan perlu diyakini bahwa para pelaksana kebijakan harus jelas dan tidak boleh membingungkan (Effendy, 2014).

Secara keseluruhan variabel komunikasi dalam implimentasi kebijakan KBK-BPJS pada FKTP di Kota Semarang berjalan dengan baik, transmisi program antara pemegang kebijakan dan pelaksana kebijakan sudah sepaham, dengan kata lain bahwa sosialisasi sudah berjalan dengan baik. Hanya saja pada awal program KBK ini diluncurkan masih banyak pelaksana yang belum memahami mengenai prosedur pelaksanaan, namun karena sosialisasi yang dilaksanakan secara terus menerus diawal membuat pelaksana menjadi lebih paham. Kejelasan dari semua informasi yang disampaikan dan konsistensi antara pelaksanaan dan informasi yang disampaikan sudah harus mereka lakukan. Keputusan-keputusan kebijakan dan perintah-perintah harus diteruskan kepada personil yang tepat sebelum keputusan dan perintah itu dapat dilaksanakan. Untuk itu diperlukan transmisi (penyaluran) informasi yang baik, kejelasan yang di terima oleh pelaksana kebijakan dan kelompok sasaran tidak membingungkan dalam pelaksanaan kebijakan. Serta adanya konsistensi yang diberikan dalam pelaksanaan kebijakan.

Kejelasan dan konsistensi kebijakan sudah sesuai dengan sasaran, tujuan, dan pelaksanaan program KBK-BPJS. Pembagian fungsi antar instansi Puskesmas, Klinik Pratama dan Dokter Praktek Mandiri (keluarga) berjejaring sudah menjalankan perannya masing-masing dengan baik. Secara keseluruhan dalam komunikasi tidak ada hambatan yang berarti, sosialisasi sudah berjalan

dengan baik, konsistensi antara instrument kebijakan saling melengkapi begitu juga dengan kejelasan dari sasaran dan pelaksanaan program JKN ini.

Ketersediaan Sumber Daya dalam Implementasi KBK-BPJS Kesehatan

1. Sumber daya manusia

Faktor kedua yang berpengaruh terhadap keberhasilan dan kegagalan implementasi adalah sumber daya. Dalam implementasi kebijakan harus ditunjang oleh sumber daya. Baik sumber daya manusia materi atau financial, sasaran dan tujuan dan sisi kebijakan walaupun sudah dikomunikasikan secara jelas dan konsisten, tetapi apabila implementator kekurangan sumber daya untuk melaksanakan, maka implementasi tidak akan berjalan dengan baik. Berdasarkan hasil wawancara maka dapat disimpulkan sebagai berikut :

Ketersediaan tenaga kesehatan baik personal yang ada di Puskesmas, Klinik Pratama, dan Klinik Keluarga (Praktek Mandiri) semua mengatakan sudah mencukupi untuk melaksanakan KBK BPJS Kesehatan dan bahkan sudah di bagi masing-masing dan kompeten. Hal ini sesuai dengan hasil wawancara dibawah ini adalah :

“Tenaga kesehatan sudah cukup dalam melaksanakan KBK di Puskesmas.....” (IU 1, 2, 3, 4)
“Cukup dalam melaksanakan Implementasi KBK-BPJS Kesehatan.....” (IU 3, 4)
“Sudah cukup tenaga yang bertugas di Puskesmas, Klinik Pratama dan Klinik Praktek Dokter dalam melaksanakan KBK-BPJS Kesehatan.....” (IU 1, 2)

Berdasarkan hasil wawancara pada IU menunjukkan bahwa tenaga / SDM untuk melakukan Kebijakan Kapitasi Berbasis Komitmen Pelayanan BPJS Kesehatan sudah cukup. Hal serupa di sampaikan juga oleh informan triangulasi yang mengatakan bahwa jumlah tenaga dalam implementasi KBK-BPJS Kesehatan sudah cukup. Sesuai dengan ungkapan dibawah ini adalah :

“Tenaga untuk melaksanakan Kebijakan KBK-BPJS Kesehatan cukup...” (IT 3, 4, 5, 6)
“Tenaga untuk melaksanakan kebijakan KBK-BPJS Kesehatan masih cukup dan masih seimbang dengan jumlah peserta KBK-BPJS Kesehatan.....” (IT 1, 2)
“Dokter yang bertugas sudah cukup untuk melaksanakan implementasi KBK-BPJS Kesehatan.....” (IT 7, 8, 9, 10)

Berdasarkan wawancara diatas bahwa tenaga kesehatan dalam hal ini untuk impementasi KBK BPJS Kesehatan sudah cukup. Salah satu faktor yang paling mempengaruhi apa yang terjadi selama proses pelaksanaan KBK BPJS Kesehatan adalah ketidakmampuan tenaga dalam melaksanakan kebijakan secara utuh. Dalam usaha meningkatkan pelayanan yang bermutu di FKTP pada Implementasi KBK-BPJS Kesehatan harus benar-benar terampil dan terlatih dalam melaksanakan tugasnya.

Kapitasi Berbasis Komitmen Pelayanan pada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama adalah Puskesmas, Klinik Pratama dan Dokter Praktek Keluarga (Dokter Praktek Mandiri) layanan kesehatan dimaksudkan adalah untuk sebisa mungkin mengurangi Intervensi medis. Panduan KBK BPJS Kesehatan. Selain kuantitas dan kualitas tenaga kesehatan yang menangani KBK-BPJS Kesehatan juga harus diperhatikan untuk mensukseskan kebijakan BPJS Kesehatan ini.

Keberhasilan proses implementasi menuntut adanya sumber daya manusia yang tersedia. Manusia merupakan sumber daya yang terpenting dalam menentukan keberhasilan dalam proses implementasi. Tahap-tahap tertentu dari seluruh proses implementasi menuntut adanya sumber daya manusia yang berkualitas (Indiahono, 2009).

Dalam hal ini adalah kegagalan dalam implementasi sering terjadi karena staf atau tenaga tidak mencukupi dan tidak memadai. Atau tidak kompeten dalam bidang tersebut. Penambahan jumlah staf dan implementator saja tidak mencukupi tetapi diperlukan pula kecukupan staf dengan keahlian dan kemampuan yang diperlukan dalam mengimplementasikan kebijakan atau melaksanakan tugas yang sesuai dengan kebijakan tersebut. Informasi yang didapat dari wawancara mendalam dengan informan didapatkan keterangan bahwa kecukupan jumlah tenaga sudah memadai dalam pelaksanaan KBK-BPJS di Kota Semarang. Dalam melakukan pengajuan KBK-BPJS ada koordinator yang bertugas dan sebagian besar informan utama mengatakan sudah cukup tenaga yang melakukan pengajuan tersebut sesuai dengan pernyataan informan bahwa :

“Ada Koordinator untuk pengajuan KBK-BPJS yang membantu melengkapi data juga ada.....” (IU 1, 2)

“Setiap yang melakukan KBK-BPJS bertanggung Jawab atas kelengkapan data dan melakukan P- Care, namun kendala tugas yang terlalu banyak, jadi harus bisa membagi waktu.....” (IU 3)

“Semua petugas bisa memasukkan data di P-Care, baik secara mandiri maupun di dampingi.....” (IU 2)

“Pimpinan klinik sendiri yang melakukan pengajuan dan pelaporan di bantu oleh petugas di klinik untuk memasukkan data.....” (IU 1)

“Ada staf yang bekerja memasukkan data dan pelaporan dan itu sudah cukup.....” (IU 4)

“Klinik Pratama dan Dokter keluarga yang melakukan pelaporan juga sudah cukup dan di bantu oleh petugas disini.....” (IU 1, 2)

Berdasarkan hasil wawancara IU tenaga / SDM yang melakukan pengajuan dan pelaporan KBK sudah cukup namun kendala tugas yang terlalu banyak sehingga terkadang dapat membuat beberapa pekerjaan dapat terbengkalai. Hal ini di benarkan oleh informan triangulasi di bawah ini adalah :

“Ada tim untuk pengajuan KBK dan sudah cukup.....” (IT 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10)

“Kami dan tim yang melakukan pengajuan KBK untuk kelengkapan datanya...” (IT 3, 4, 5)

“Yang mengajukan kami sendiri dan juga kadang staf yang membantu kami.....” (IT 7, 8, 9)

“Dokter keluarga dan Dokter praktek klinik mengajukan sendiri kepada ke BPJS Kesehatan.....” (IT 3, 6, 9, 10)

“Sumber Daya Manusia yang bertanggung jawab untuk melakukan verifikasi KBK ada 1 dan banyak yang membantu dan saya rasa itu cukup optimal.....” (IT 4, 10)

“Setiap yang melakukan KBK-BPJS bertanggung Jawab atas kelengkapan data dan melakukan P- Care, namun kendala tugas yang terlalu banyak, dan terkadang membuat beberapa pekerjaan terbengkalai...” (IT 1)

Berdasarkan wawancara diatas Sumber Daya Manusia yang bertanggung jawab dalam melakukan KBK-BPJS Kesehatan sudah cukup baik di Puskesmas, Klinik Pratama dan Dokter Praktek Keluarga. Semuanya sudah cukup tetapi terkait dengan dengan beban kerja , ada salah satu informan yang mengatakan ada tambahan kerja yang berhubungan dengan memasukkan data P-Care. Sementara disisi lain mereka tetap mengerjakan tugasnya di Puskesmas. Terkait dengan tenaga dan staf merupakan sumber daya terpenting dalam mengimplementasikan kebijakan karena pada

dasarnya faktor manusia atau tenaga yang menjadi ujung tombak keberhasilan. Kuantitas dan kualitas karyawan harus sesuai dengan kebutuhan perusahaan, supaya efektif dan efisien menunjang tercapainya tujuan. Penempatan tenaga kerja juga harus tepat sesuai dengan keinginan dan keterampilannya. Dengan demikian gairah kerja dan kedisiplinannya akan lebih baik serta efektif menunjang terwujudnya tujuan perusahaan.

2. Finansial

Sesuai dengan peraturan menteri kesehatan nomor 69 tahun 2013 bahwa pelayanan pada KBK sesuai dengan standar yang telah di tentukan. untuk klinik pratama atau dokter praktik perorangan, satu orang peserta dalam satu bulan besaran (norma) kapitasinya maksimal Rp 9.000,00 sampai Rp 10.000,00 Sementara puskesmas Rp 3. 000, 00 sampai 6.000,00. Seperti yang di ungkapkan di bawah ini (Agustino, 2008).

“Jasa pelayanan sesuai dengan peraturan di BPJS Kesehatan bahwa sebesar 9.000,00 sampai 10.000,00 untuk Klinik Pratama dan Dokter praktik perorangan (Keluarga).....” (IU 1, 2).

“Jasa pelayanan sesuai dengan peraturan di BPJS Kesehatan bahwa sebesar 3. 000, 00 sampai 6.000,00 untuk Puskesmas.....” (IU 3, 4).

Pernyataan tersebut dibenarkan oleh informan Triangulasi dan mengatakan bahwa jasa pelayanan untuk Klinik Pratama dan Dokter praktik perorangan (Keluarga) sebesar Rp. 9.000,00 sampai Rp. 10.000,00 sedangkan untuk Puskesmas adalah sebesar Rp. 3. 000, 00 sampai 6.000,00. Seperti yang di jelaskan bahwa :

“Jasa pelayanan KBK-BPJS Kesehatan untuk Klinik Pratama dan Dokter praktik perorangan (Keluarga) sebesar Rp. 9.000,00 sampai Rp. 10.000,00 harus cukup dan memenuhi sebab aturannya memang seperti itu.....” (IT 3, 5, 6, 7, 9)

“Kalau jasa pelayanan untuk Puskesmas sebesar Rp. 3. 000, 00 sampai 6.000,00. Sesuai dengan ketentuan yang berlaku.....” (IT 1, 2)

Berdasarkan wawancara di atas bahwa jasa pelayanan pada KBK-BPJS Kesehatan untuk Klinik Pratama dan Dokter praktik perorangan (Keluarga) sebesar Rp. 9.000,00 sampai Rp. 10.000,00 sedangkan untuk Puskesmas adalah sebesar Rp. 3. 000, 00 sampai 6.000,00. Nilai ini tanpa ada penarikan iuran dari pasien. Keberhasilan suatu program pelayanan kesehatan dan komponen dana merupakan salah satu faktor yang penting untuk membiayai segala kegiatan dan pengadaan tenaga/sarana dan prasarana pelayanan. Sumber dana adalah sejumlah uang yang digunakan untuk membiayai semua kebutuhan-kebutuhan untuk memperlancar pelaksanaan kebijakan. Berdasarkan pada Peraturan Menteri Kesehatan nomor 69 tahun 2013 bahwa pelayanan pada KBK-BPJS Kesehatan sesuai dengan standar yang telah di tentukan bahwa Klinik Pratama dan Dokter praktik perorangan (Keluarga) sebesar Rp. 9.000,00 (Delapan Ribu Rupiah) sampai Rp. 10.000,00 (Sepuluh Ribu Rupiah) dan Puskesmas adalah sebesar Rp. 3. 000, 00 sampai 6.000,00. (Enam Ribu Rupiah).

Dalam pelaksanaan KBK-BPJS Kesehatan yang berkaitan dengan tarif yang telah ditetapkan oleh JKN tidak ada persoalan bagi Klinik Pratama, Klinik Dokter Perorangan (keluarga) dan Puskesmas dan selama perjalanan KBK-BPJS tidak ada masalah yang terlalu berarti yang dihadapi. Bilapun ada keterlambatan pengiriman yang diberikan oleh BPJS maka menurut mereka biaya operasional masih bisa ditutupi dengan Khas Klinik Pratama, Dokter Praktek Perorangan (Keluarga) dan Puskesmas. Hal ini sesuai dengan yang disampaikan adalah :

“Tidak ada masalah dengan tarif dalam pelaksanaan KBK-BPJS Kesehatan, semua sudah sesuai dengan aturan yang berlaku.....” (IU 1, 2)

“ Dalam pelaksanaan KBK-BPJS Kesehatan tidak ada yang protes tentang tarif jasa pelayanan.....” (IU 3, 4)

“Ada pemotongan Kapitasi jika FKTP tidak mencapai target Angka Kontak, Prolanis dan Rujukan Non Spesialis sesuai yang telah ditentukan.....” (IU 1, 3)

Berdasarkan hasil wawancara diatas bahwa dalam pelaksanaan KBK-BPJS Kesehatan, FKTP tidak memiliki masalah (Tarif) yang terlalu berarti dalam pelaksanaan KBK-BPJS Kesehatan. Kebutuhan finansial dalam setiap program dan aktivitas sangat bervariasi, sebab faktor ini menjadi jaminan keberlangsungan aktivitas suatu program atau kebijakan. *Support* financial mencakup kecukupan dan kesesuaian dengan kebutuhan program. Tanpa dukungan financial yang cukup maka program dan atau kebijakan tidak akan berjalan dengan efektif dan cepat mencapai tujuan dan sasaran (Kemenkes RI, 2015a).

Mazmain dan Sabatier yang dikutip oleh Nugroho (2008) menyatakan bahwa alokasi sumber dana merupakan salah satu faktor yang mendukung dalam pelaksanaan implementasi kebijakan. Sumber daya dalam implementasi KBK-BPJS Kesehatan merupakan salah satu faktor utama untuk mencapai keberhasilan program. Oleh karenanya diperlukan sumber daya yang handal, tidak hanya terbatas pada sumber daya lainnya berupa finansial dan materi (Nugroho & Riant, 2008).

3. Sarana dan Prasarana

Berhubungan dengan ketersediaan dan kecukupan serta kondisi yang layak pakai sarana dan prasarana dalam melakukan KBK-BPJS. Hal ini di jelaskan bahwa :

“Ruangan dan tempat untuk melaksanakan kegiatan KBK-BPJS tidak menjadi masalah karna ruangan sangat cukup.....” (IU 3, 4)

“Alat dan ruangan cukup untuk melakukan kegiatan KBK.....” (IU 1)

“Tidak ada persoalan dengan ruangan untuk pelaksanaan KBK-BPJS Kesehatan, semuanya baik-baik saja.....” (IU 2).

Berdasarkan hasil wawancara dan penjelasan yang di sampaikan IU menunjukkan bahwa sarana dan prasarana untuk melakukan kegiatan KBK sudah cukup. Hal ini sesuai dengan pendapat informan triangulasi bahwa :

“Semua sudah terpenuhi untuk melaksanakan KBK.....” (IT 1, 2)

“Alhamdulillah untuk ruangan dalam pelaksanaan KBK Cukup...” (IT 3, 4, 5, 6)

“Kami tidak ada masalah dengan prasarana dalam pelaksanaan KBK.....” (IT 7, 8)

“Ruangan dan tempat untuk pelaksanaan KBK cukup.....” (IT 9, 10)

Kemudian yang berkaitan dengan sarana dan prasarana untuk pengajuan pelaporan harus menggunakan anggaran dari puskesmas terlebih dahulu, karena BPJS terkadang lambat mengirim anggaran untuk KBK-BPJS Kesehatan. Kendala terjadi juga di puskesmas yang memiliki jarak yang jauh antara puskesmas dan BPJS Kesehatan serta ada kendala pada jaringan internet yang mengendalikan sinyal. Hal tersebut sesuai dengan penjelasan di bawah ini :

“Kendala saat mengajukan klaim, karena BPJS terkadang terlambat mengirim Klaim kepada puskesmas.....” (IT 1, 2)

“BPJS Kadang terlambat mengirimkan Klaim kepada Faskes..... (IT 3, 4, 7, 9)

“Terkadang ada kendala internet saat akan mengajukan P-Care pelaporan KBK.....” (IT 1, 4, 5, 8)

Untuk mencapai tujuan kebijakan harus di dukung oleh ketersediaan sarana dan prasarana. Karena tanpa sarana dan prasarana maka tugas pekerjaan tidak dapat diselesaikan sebagaimana seharusnya, pekerjaan tidak mungkin dapat dilakukan. Ketersediaan sarana dan prasarana merupakan faktor penentu keberhasilan kebijakan. Implementator harus mendapatkan sumber-sumber yang dibutuhkan agar program berjalan dengan baik. Betapapun kebijakan memiliki tujuan dan sarana yang jelas apabila tidak memiliki sumber daya yang memadai maka kebijakan hanya tertulis saja. Hal ini sesuai dengan penelitian Okoviana Sophia (2012) menjelaskan bahwa dalam melaksanakan suatu program bahwa sarana dan prasarana sangat berpengaruh terhadap melaksanakan suatu kebijakan secara maksimal (Subarno, 2008).

KESIMPULAN

Komunikasi pembuat kebijakan dan Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama sudah berjalan dengan baik di tandai dengan sosialisasi yang dilakukan oleh pembuat kebijakan. Dan sumber daya manusia masing-masing FKTP. Baik Puskesmas, Klinik Pratama dan Klinik Dokter Praktek Mandiri sudah cukup. Namun yang terkait dengan perubahan kebijakan baru dalam pelaksanaan KBK pembuat kebijakan dalam hal ini BPJS Kesehatan harus mengkomunikasikan lebih awal terhadap FKTP. Kemudian yang berkaitan dengan Struktur birokrasi, Klinik Pratama dan Klinik Dokter Praktek Mandiri sudah baik. Sementara di Puskesmas Birokrasinya terlalu panjang harus melewati Dinas Kesehatan dahulu. Dan untuk setiap kendala, BPJS Kesehatan melakukan supervise langsung kepada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama.

DAFTAR PUSTAKA

Agustino, L. (2008). *Dasar-dasar kebijakan publik*. CV Alfabeta.

Edward. (1980). *Implementing Public Policy*. *Congressional Quarterly Press, Washington*.

Effendy, U. O. (2014). *Ilmu Komunikasi Teori dan Praktek*. PT. Remaja Rosdakarya.

Indiahono, D. (2009). *Kebijakan Publik Berbasis Dynamic Policy Analysis*. Yogyakarta.

Kemendes RI. (2015a). *Peraturan Menteri Kesehatan R.I. tentang Pedoman Penilaian F.K.T.P. Berprestasi*.

http://hukor.kemkes.go.id/uploads/produk_hukum/PMK_No._24_ttg_Pedoman_Penilaian_FASKE_S_Tingkat_Pertama_Berprestasi_.pdf

Kemkes RI. (2015b). *Peraturan Menteri Kesehatan RI No. 24 tahun 2015 tentang Penilaian Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama Berprestasi*. Kementerian Kesehatan.

Kemkes RI. (2016). *Petunjuk Teknis Kapitasi Berbasis Komitmen Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan KBK-BPJS Kesehatan*. Kesehatan. <https://bpjs-kesehatan.go.id/bpjs/dmdocuments/bcff128bde925134919859642030ce9a.pdf>

Nugroho, N. R., & Riant. (2008). *Public Policy*. PT. Elex Media Komputindo Gramedia.

Oktaviana, S. (2012). *Analisis Pelaksanaan IMD oleh bidan di Ruang Bersalin RSUD dr. M Haulussy Ambon*. UNDIP, Universitas Diponegoro.

Subarno. (2008). *Analisis Kebijakan publik. Edisi ketiga*. Yogyakarta Pustaka Pelajar.

Sugiyono. (2015). *Metode Penelitian Pendidikan Pendekatan Kuantitatif dan Kualitatif dan R&D*. Alfabeta.