

**ANALISIS SOSIO-YURIDIS TERKAIT PELAKSANAAN PERATURAN  
PERUNDANG – UNDANGAN/ KEBIJAKAN HUKUM TERHADAP  
PELAYANAN RAWATAN INTENSIF RUMAHSAKIT  
DI KOTA BATAM TAHUN 2019**

**Fajri Israq\***  
**RS Graha Hermine**

*Abstract*

*In the health service system, the hospital acts as a referral place and a further health service facility. The refusal of admission of patients with intensive care at the hospital, accompanied by efforts to avoid the provision of facilities and facilities from the hospital for ICU treatment, appeared in several hospitals. Even though the role of the hospital itself as a place for further treatment of primary care is so big and important. This also contradicts the main duties and functions of the hospital itself, although it still pays attention to the class of the hospital itself. There is a legal or policy conflict in the application of ICU services, between Law number 44 of 2009 concerning Hospitals, Minister of Health Regulations number 1778 of 2010 concerning guidelines for intensive care services, and Law number 24 of 2011 concerning BPJS. The ineffective application of the law is seen from the 5 factors of legal effectiveness theory described by Soerjono Soekanto, namely the legal factors themselves, law enforcers, facilities or facilities, society and culture. The implementation of Minister of Health Regulations number 1778/2010 and Law number 44/2009 on ICU tends to run less effectively, so there are still many cases of rejection of ICU admission. At the end of the study, it was found that there was a need to expand legal / regulatory oversight of Minister of Health Regulations number 1778/2010 and Law number 44/2009 strengthening of laws / policies to become the legal basis for health services.*

**Keywords: Intensive Care Services, Hospital Policies, BPJS Health, Legal Effectiveness Theory.**

**Abstrak**

Pada system pelayanan kesehatan, rumah sakit berperan sebagai tempat rujukan dan fasilitas layanan kesehatan tingkat lebih lanjut. Adanya penolakan penerimaan pasien dengan rawatan icu ( intensive care ) di rumah sakit, disertai dengan upaya menghindari pengadaan sarana dan fasilitas dari rumah sakit untuk rawatan icu, muncul di beberapa rumah sakit. Padahal peran rumah sakit itu sendiri sebagai tempat rawatan lanjut dari layanan primer begitu besar dan penting. Hal ini juga bertentangan dengan tugas dan fungsi utama rumah sakit itu sendiri, meskipun tetap memperhatikan kelas rumah sakit itu sendiri. Terjadi pertentangan hukum atau kebijakan dalam penerapan pelayanan ICU, antara UU nomor 44 Tahun 2009 tentang

---

\* Alamat korespondensi: dr.fajriisraq2626@gmail.com

Rumahsakit, Permenkes nomor 1778 Tahun 2010 tentang pedoman pelayanan intensif care, dan UU nomor 24 Tahun 2011 Tentang BPJS. Belum efektifnya penerapan hukumnya dilihat dari ke 5 faktor teori efektifitas hukum yang dijabarkan oleh Soerjono Soekanto yaitu faktor hukumnya sendiri, penegak hukum, sarana atau fasilitas, masyarakat dan kebudayaan. Penerapan PMK 1778/ 2010 dan UU 44/ 2009 terhadap ICU Rs cenderung berjalan kurang efektif, sehingga masih banyak kasus penolakan penerimaan ICU. Pada akhir penelitian didapatkan perlunya Sosialisasi hukum dan pengawasan Hukum/ regulasi terhadap PMK 1778/ 2010 dan UU 44 / 2009 dan Melakukan penguatan hukum/ kebijakan Untuk menjadi dasar hukum bagi pelayanan Kesehatan.

**Kata Kunci: Pelayanan intensive care, Kebijakan, BPJS Kesehatan, Teori efektifitas hukum.**

#### **A. Latar Belakang Masalah**

Pembangunan kesehatan dicapai dengan didukung oleh kerjasama dengan semangat kemitraan antar Pelaku Kesehatan dan Pelaku Pembangunan, baik Pemerintah secara lintas urusan, Pemerintah Pusat dan Pemerintah Daerah, Badan Legislative dan Yudikatif, serta masyarakat, termasuk swasta<sup>1</sup>. Sistem Kesehatan Nasional (SKN) adalah sistem untuk mencapai tujuan pembangunan nasional di bidang kesehatan. penyelenggaraan pembangunan kesehatan dengan dukungan pengelolaan kesehatan sesuai SKN dapat dilaksanakan dengan berhasil guna dan berdaya guna dengan interaksi,. Dalam pelaksanaan SKN, seluruh pelaku harus memegang teguh prinsip-prinsip umum SKN dan prinsip dasar subsistemnya, tetapi juga harus realistis dengan kemampuan sumber daya manusia dan ketersediaan dana dan sumber daya lainnya ,serta kondisi lingkungannya, sebab tujuan komponen pengelolaan kesehatan dalam SKN ini belum terlaksana secara ter intergratif<sup>2</sup>.

Pengaturan teknis pelaksanaan lebih lanjut program SKN dituangkan dalam berbagai peraturan sebagai turunan dari kedua Undang-Undang tersebut diatas, baik dalam bentuk Peraturan Pemerintah (PP), Peraturan Presiden (Perpres), Peraturan Menteri Kesehatan (Permenkes), Keputusan Menteri Kesehatan (Kepmenkes), Surat Edaran (SE) Menteri Kesehatan, Pedoman Pelaksanaan (Manlak), Petunjuk Teknis (Juknis), Panduan Praktis dan lain-lain.

Sistem pembiayaan kesehatan di Indonesia terbagi menjadi dua sistem yakni sistem *Fee for Service (Out of Pocket)* serta sistem *Health Insurance*. Sistem *Out of Pocket* ini merupakan sistem yang dipakai pada sebagian besar pelayanan kesehatan dimana pasien yang berobat akan membayar kepada pemberi layanan kesehatan secara pribadi berdasarkan layanan yang didapatkannya. Data WHO, pada tahun 2011 saja masih terdapat 75,7% masyarakat Indonesia yang memakai sistem pembiayaan *Out of Pocket* ini dan hanya 8,4% yang melaksanakan sistem *Health Insurance*. Untuk sistem

<sup>1</sup> Keputusan Menteri Kesehatan 374 tahun 2009, tentang SKN ( Sistem Kesehatan Nasional )

<sup>2</sup> Departemen Kesehatan Republik Indonesia. 2004

*health insurance* sendiri Indonesia masih menganut sistem kapitasi dan sistem DRG (*Diagnose related Group*)<sup>3</sup>

Pembiayaan Kesehatan di Indonesia dananya masih bersumber dari Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara (APBN), Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah (APBD), dan dari masyarakat, yaitu Premi Mandiri bagi peserta Asuransi, dimana sumber dana ini masih terlalu kecil, sehingga berdampak pada proses pembiayaan kesehatan di fasilitas kesehatan, baik pada tingkat primer maupun pada tingkat sekunder atau tersier/ rumahsakit. Di sisi lain, ketersediaan fasilitas kesehatan milik pemerintah masih minim dari aspek kualitas dan kuantitas, sehingga peran swasta sangat diharapkan penuh untuk dapat membantu pemerintah mencapai tujuan kesehatan nasional. Namun begitupun, apakah rumahsakit swasta apakah mampu bertahan di era JKN ini jika menjalankan skema pembiayaan yang ditawarkan pemerintah. Atau, mungkinkah jika ada rumahsakit swasta yang masih bertahan tidak ikut serta dalam program JKN ini, justru menemukan semacam pasar tersendiri untuk kemajuan rumahsakit tersebut<sup>4</sup>

Karena proses pembiayaan ini yang belum berjalan lancar dan belum sesuai dengan yang diharapkan oleh banyak kalangan pelaku kesehatan termasuk juga investor di bisnis kesehatan. Seperti yang banyak dialami oleh rumahsakit swasta kebanyakan, merugi jika mengikuti pola tarif yang diberikan oleh BPJS selaku pelaksana/ penyelenggara JKN. Terutama jika sudah berkenaan dengan perawatan dengan sarana Intensive Care Unit (ICU).

Pihak swasta masih berpartisipasi dalam mewujudkan tujuan kesehatan nasional, meskipun keikutsertaannya sebagai fasilitas kesehatan yang bekerja sama dengan BPJS, banyak menemukan benturan- benturan, kerugian dalam penagihan dengan dalih verifikasi, aturan yang semakin lama semakin mempersulit dokter dan pengelola rumahsakit. Peneliti ingin mengetahui seberapa besar peluang bagi suatu rumah sakit, khususnya swasta, untuk dapat tumbuh dengan mengembangkan Intensive care Unit (ICU). Banyak rumahsakit yang sudah bekerja sama dengan BPJS, sementara itu aturan BPJS yang semakin memberatkan rumahsakit dalam pelayanan rawatan intensive, terutama pada pembiayaannya yang rendah. Maka ada peluang, dan mungkin sudah banyak terjadi, banyak rumah sakit yang melakukan system quota untuk peserta pemegang BPJS. Pada saat itu, peserta BPJS/ pasien mestilah dirujuk ke rumahsakit lainnya yang bekerjasama dengan BPJS.. Dan merujuk ini tidaklah mudah, mengingat rumahsakit lain (yang bekerjasama dengan BPJS) bisa melakukan penolakan.

Tarif pembiayaan rawatan ICU dari InaCBGs sangat mempengaruhi pelayanan ICU di rumah sakit, terutama rumah sakit swasta. Tarif tersebut berada di bawah tariff normalnya rumah sakit. Akibatnya, beberapa rumah sakit melakukan strategi penerimaan pasien yang membutuhkan fasilitas

---

<sup>3</sup> World Health Organization, 2011

<sup>4</sup> Supari, S.F., *et al.* 2009, Indrajit 2001

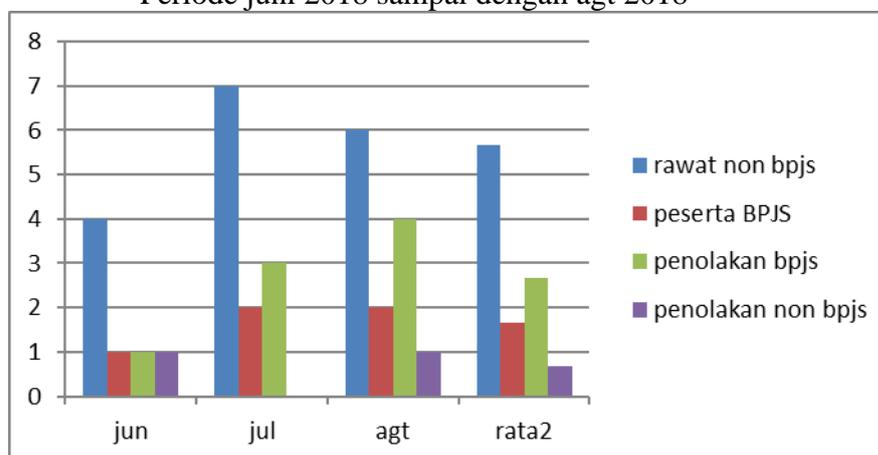
ICU, dengan cara membatasi pemakaian jumlah pemakaian tempat tidur rawat ICU bagi peserta pengguna BPJS. Hasil wawancara dan telaah dokumen pada penelitian awal dengan tiga rumah sakit swasta di Batam, menyebutkan angka pengalihan/ penolakan ICU masih relative tinggi dengan angka yang bervariasi dari setiap rumah sakit. Begitu juga halnya dengan pembagian/ perbandingan rawatan inap ICU antara pasien pengguna BPJS Kes dan non pengguna BPJS Kes, yang menunjukkan selisih angka rawatan yang tinggi untuk non pengguna BPJS. Dapat dilihat dari table berikut untuk data tersebut.

Tabel 1.1  
Jumlah Pasien Rawatan ICU Rs X Batam  
periode sept 2018 sampai dengan agt 2018

NO	BULAN	rawat ICU	peserta BPJS	penolakan	penolakan bpjs
1	jun	6	2	3	2
2	jul	10	1	4	3
3	agt	9	5	6	5
4	rata2	7.3	1.6	3.3	2.6
5	jumlah	22	5	10	8

Sumber : wawancara dan dokumentasi data informasi Rs X Batam

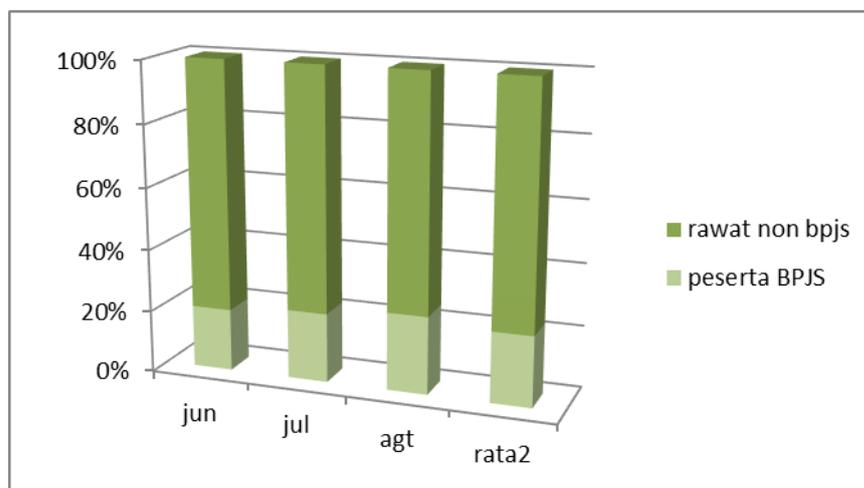
Diagram 1.1  
Jumlah Pasien Rawatan ICU Rs X Batam  
Periode juni 2018 sampai dengan agt 2018



Sumber : analisis statistic dokumentasi data informasi Rs X Batam, dari penelitian pendahulu.

Dari table dan diagram tersebut, jumlah rawatan ICU RS X batam pada periode juni 2018 sampai dengan agt 2018 sebesar 22 pasien. Dengan 5 pasien diantaranya berasal dari kepesertaan BPJS. Sedangkan 17 nya merupakan pasien non pengguna BPJS.

Diagram 1.2  
Perbandingan Jumlah peserta BPJS dan Non BPJSPasien Rawatan ICU  
Rs X Batam Periode jun 2018 sampai dengan agt 2018

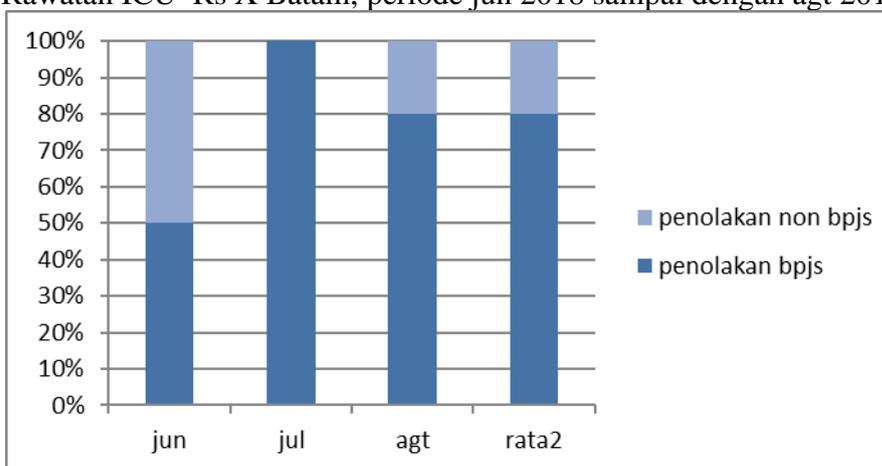


Sumber : analisis statistic dokumentasi data informasi Rs X Batam, dari penelitian pendahulu

Sedangkan dari diagram diatas, jumlah rawatan ICU RS X batam pada periode juni 2018 sampai dengan agt 2018 yang menggunakan peserta BPJS sebesar ± 19%. Sedangkan 81 % berasal dari kepesertaan non BPJS.

Diagram 1.3

Perbandingan Jumlah penolakan peserta BPJS dan Non BPJS Pasien Rawatan ICU Rs X Batam, periode jun 2018 sampai dengan agt 2018



Sumber : analisis statistic dokumentasi data informasi Rs X Batam, dari penelitian pendahulu.

Tabel 1.2 Jumlah Pasien Rawatan ICU Rs Y Batam periode sept 2018 sampai dengan agt 2019

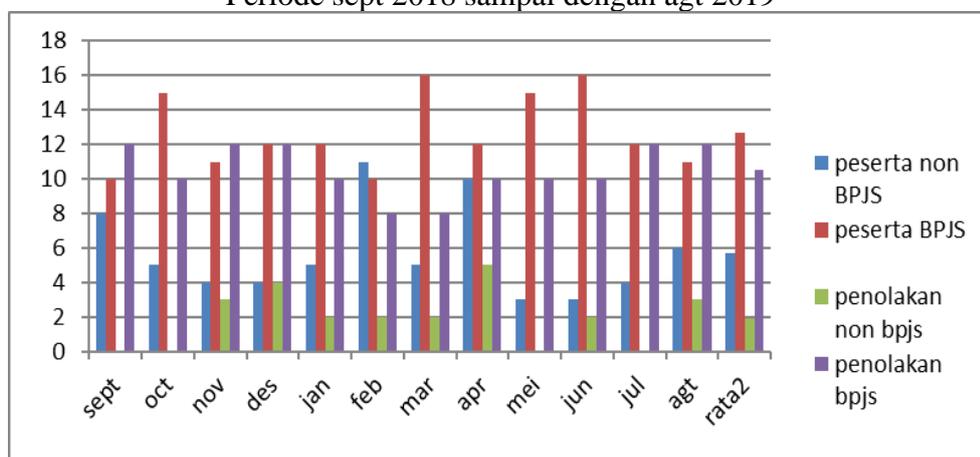
NO	BULAN	rawat ICU	peserta BPJS	penolakan	penolakan bpjs
1	sept	17	12	14	11
2	oct	22	17	10	10
3	nov	15	11	15	15
4	des	16	12	16	12
5	jan	17	12	12	11
6	feb	21	10	10	15

7	mar	21	16	10	12
8	apr	22	12	15	15
9	mei	18	15	10	9
10	jun	19	16	12	10
11	jul	16	12	12	12
12	agt	17	11	15	12
	jumlah	220	152	149	126
	rata2	18.3	12.6	12.4	11.4

Sumber : wawancara dan dokumentasi data informasi Rs Y Batam

Diagram 1.4 Jumlah Pasien Rawatan ICU Rs Y Batam

Periode sept 2018 sampai dengan agt 2019



Sumber : analisis statistic dokumentasi data informasi Rs YBatam, dari penelitian pendahulu.

Dari table dan diagram di atas, jumlah rawatan ICU RS Y batam pada periode sept 2018 sampai dengan agt 2019 sebesar 220 pasien. Dengan 176 pasien diantaranya berasal dari kepesertaan BPJS. Sedangkan 82 diantaranya merupakan pasien non pengguna BPJS.

## B. Perumusan Masalah

Demi keadilan dan kepentingan masyarakat banyak terhadap kebutuhan pelayanan kesehatan, maka peneliti memandang perlu untuk mengkaji persoalan hukum dan kebijakan pelayan public di bidang kesehatan, khususnya pelayanan intensif, maka pada latar belakang di atas beberapa hal dari hasil penelitian dan data terdahulu didapatkan pertanyaan dan sekaligus permasalahan,

1. Bagaimana kebijakan Hukum dan Peraturan Perundang-Undangan Terkait BPJS Kesehatan terhadap pelayanan di fasilitas Kesehatan tingkat pertama maupun fasilitas Kesehatan tingkat lanjut ?
2. Apakah masalah yang timbul Saat Implementasi Kebijakan BPJS Kesehatan, khususnya pada pelayanan perawatan intensif ?

### C. Metode Penelitian

Penelitian ini merupakan penelitian observasional. Rancangan yang digunakan dalam penelitian survei sampel ini adalah rancangan analitik dengan pendekatan kualitatif yaitu melakukan pengukuran atau pengamatan pada seluruh variabel dilakukan dalam waktu yang sama dan wawancara mendalam dengan tenaga medis dan para medis dan pemegang kebijakan terkait peraturan dan undang-undang yang mendasari untuk mengetahui factor factor yang mempengaruhi permasalahan rawatan yang tidak sesuai/standard akibat harapan gotong royong yang diterapkan baik dalam rawatan maupun dalam proses menerima dan mengirim rujukan. Pendekatan yang dipergunakan dalam penulisan tesis ini adalah pendekatan hukum normative - empiris yang menggunakan data sekunder dan data primer yang berasal dari buku-buku, atau literatur-literatur hukum, peraturan perundang-undangan, wawancara serta bahan-bahan lainnya. Penggunaan pendekatan secara normatif-empiris ini pada dasarnya merupakan penggabungan antara pendekatan hukum normatif dengan adanya penambahan berbagai unsur empiris. Metode penelitian hukum normatif-empiris mengenai implementasi ketentuan hukum normatif (undang-undang) dalam aksinya pada setiap peristiwa hukum tertentu dalam suatu masyarakat. Penelitian ini dilaksanakan di beberapa jenis FKTL/ rumah sakit yang memiliki layanan ICU dan tidak memiliki layanan ICU namun menerima pasien critical care sehingga terlibat dalam proses rujukan layanan ICU, FKTL ini bisa yang bekerjasama dengan BPJS Kesehatan maupun tidak di Kota Batam.

Informasi yang didapat dari observasi di pelayanan rawatan ICU pada beberapa rumah sakit yang terwakilkan, dengan melihat proses penerimaan pasien critical care dalam aspek administrasi medis sampai pada proses selama rawatan dalam beberapa hari ke depannya. Informasi juga didapat dari wawancara yang mendalam dengan pihak terkait dengan layanan ICU di beberapa rumah sakit di kota Batam.

### D. Hasil Penelitian dan Pembahasan

#### 1. Hasil Penelitian Pustaka dan Studi Dokumen

##### 1.1 Implementasi Regulasi dan Pelaksanaan BPJS Kesehatan dan Kebijakan Daerah

Dalam berbagai kesempatan pimpinan daerah dan juga melalui dinas kesehatan selalu menghimbau penyelenggara pelayanan kesehatan baik pemerintah sendiri maupun pihak swasta, seperti klinik dan rumah sakit, agar memperhatikan pelayanan kesehatan masyarakat. Apalagi pemerintah mulai dari pusat hingga ke daerah-daerah mendorong seluruh penduduk agar terdaftar dalam kepesertaan layanan BPJS kesehatan dan memanfaatkan fasilitas kesehatan yang ada di negeri ini untuk mendapatkan pelayanan kesehatan lewat karut BPJS kesehatan. Itu sudah merupakan janji pemerintah dan kewajiban bagi seluruh komponen masyarakat untuk menyukseskan program JKN KIS melalui BPJS kesehatan. Karen itu pula pemerintah meminta terutama pelaku usaha swasta sector kesehatan agar membuka/

bergabung untuk turut serta menerima dan siap melayani masyarakat dalam hal ini pasien yang menggunakan kartu BPJS kesehatan, tanpa kecuali dan jangan menolaknya sesuai dengan aturan yang berlaku.

Sehingga dalam hal izin pengelolaan dan pendirian usaha kesehatan baik klinik dan rumah sakit, pemerintah kota Batam mendorong agar diselesaikan dengan baik dan cepat, agar pihak swasta juga dapat membantu untuk suksesnya JKN Kis ini. Tidak hanya pelayanan pada rumah sakit. Pemerintah dengan senang hati rumah sakit dapat menambah bed rawatan, baik bagi pihak swasta dan pemerintah sendiri.

Namun kenyataan dalam proses perijinan rumah sakit yang mudah itu sesuai dengan janji pemerintah, banyak rumah sakit yang mendapat kendal dalam pelayanan proses izin dan memperpanjang itu sendiri, meskipun itu terkait akreditasi dan alasan sebagainya. Bahkan dalam beberapa kasus, ada rumah sakit meskipun memiliki izin operasional dan sebagainya, namun tidak memiliki sarana layanan ICU. Dan ini berlangsung lama, sehingga rumah sakit ini melayani pasien BPJS yang kasus relative ringan- ringan saja. Nampaknya ini terkait tarif INA C BGS.

Dengan kejadian ini, sehingga rumah sakit yang memiliki layanan rawatan ICU menjadi tumpuan rumah sakit yang tidak ada layanan ICU nya, banyak pasien dari rumah sakit mereka, yang harus segera di rujuk ketika membutuhkan layanan ICU ke rumah sakit yang tentunya, memiliki sarana dan fasilitas layanan ICU. Dan ini terus berlangsung. Jelas bahwa rumah sakit yang mengirim/ rujuk menghindari kerugian. Dan ini juga yang menyebabkan sering terjadinya dispute diberbagai layanan rumah sakit.

## **1.2 Sistem Rujukan**

Pelayanan kesehatan di rumah sakit, tidak bisa lepas dari layanan kesehatan pada tingkat primer. Karena itu layanan klinik sangat menentukan arah layanan pada rumah sakit, karena rumah sakit di era JKN ini banyak sekali menerima pasien dalam bentuk rujukan. Dari telaah dokumen diketahui banyak kunjungan yang terjadi dari klinik. Meskipun hampir sepanjang tahun 2016 kunjungan setiap bulannya relative tinggi, berdasarkan dokumen/ data yang dilihat dan dianalisis peneliti. Meskipun pada wawancara dengan Pihak Berwenang dari BPJS Kesehatan Kota Batam didapatkan informasi bahwa BPJS selalu menghimbau pimpinan dan dokter klinik untuk menahan laju rujukan yang relative tinggi. Sebagaimana kita ketahui bersama, BPJS Kesehatan Kota Batam membuat ratio rujukan dengan total kunjungan yang tidak boleh lebih dari 15 – 20 %. Dan rujukan non spesialis yang rasionya tidak boleh lebih dari 15 %. Meskipun ini bersifat himbauan, tapi ini sudah menjadi aturan yang kuat bagi klinik untuk terus menjaga ratio ini.

*“..... kami menghimbau agar klinik dapat menjaga kualitas layanannya dan meningkatkan kemampuan klinis medisnya agar rujukan dapat*

*ditekan, dengan ratio rujukan kunjungan klinik yang diharapkan tidak lebih dari 15-20 %. Untuk rujukan non spesialisik kalo dapat jangan lebih dari 15 % dari ratio rujukan spesialisik. Karena sebenarnya kan rujukan non spesilaistik harunsnnya sudah tertanganai di klinik / fktf. Shingga ruukan itu keluar bagi yang benar – benar membutuhkan nya, baik dari sisi pasien dan kepentingan medisnya....”*

Meskipun ini bersifat himbauan , tapi ini sudah menjadi aturan yang kuat bagi klinik untuk terus menjaga ratio ini. Begitupun rujukan ke rumah sakit masih relative tinggi. Dengan ditunjukkan banyaknya pasien yang berkunjung ke rumahs akit setiap harinya. Karen banyaknya linik yang beoperasi, meskipun rujukan sudah ditekan pada level tingkat primer, namun jika digabung ke salh satu layanan tingkat lanjut dalam hal ini rumah sakit, apalgi rumah sakit tidak banyak jumlahnya, maka angka rujukan dari sisi rumah sakit masih tinggi.

### **1.3 Alur penerimaan.**

Dari alur penerimaan pasien sesuai dengan standar penerimaan pasien pada umunya sebgaiman yang dijalnkan di berbagai rumah sakit. Dalam pelaksanaan dan tata kelola icu, peawat melakukan sesuai dengan standar operasional prosedur ( sop ) dan sesuai juga dengan pedoman icu yang telah diatur oleh kemenntrian kesehatan ( kemenkes ). Aturan dinas kesehatan, dan perhimpunan organisasi profesi.

Dari observasi pelaksanaan pelayanan icu memperlihatkan bahwa alur masuk telah memiliki panduan dan petunjuk teknis, dan setiap petugas telah diberi orientasi sosialisasi dan evaluasi. Dan alur ini terlaksana dengan baik. Begitu juga dengan sop tindakan keperawatan dan alat sarana, telah memiliki panduan berupa dokumen dan petunjuk teknis, dan petugas icu telah dibekali dengan baik dalam pelaksanaaannya bahkan telah mengalami evaluasi secara periodic. Pada pedoman icu, rumah sakit ini telah memiliki pedoman baik untuk keperawatan, medis dan administrasi, petugas icu juga telah diberi orientasi serta sosialisasi dan evaluasi.

Sehingga alur masuk ini juga menentukan kualitas layan dari icu rumah sakit. Dan sangat menentukan percepatan perjalanan penyakit dari pasien.

## **2. Pembahasan**

### **1.1 Kebijakan Hukum dan perundang- undangan BPJS**

Peran BPJS Kesehatan di era saat ini, memliki peran yang superlative jika kita bandingkan dengan askes dan jamsostek dahulunkala. Banyak sekali perangkat aturan yang menyertai, terutama untuk rumah sakit. Mulai dari pendaftaran ataupun dalam memnerima rujukan, ampai pada pelaksanaan rawtan pasien, obat- obatan yang harus dipakai, aturan iuran biaya dan mekanismenya , bahkan pada fase akhir yaitu pengajuan klaim yang tidak mudah. Semua aturan itu inkonsistensi, tergantung kebutuhan dan kenyaan bpjs itu sendiri. Ini banyak sejakli di alami oleh manjemn rumah sakit. Selain aturan –

aturan tersebut di atas, ada banyak lagi aturan baik tertulis maupun tidak tertulis, bahkan sewaktu-waktu dapat berubah. Bahkan pemberitahuan aturan yang endadak berubah sering melalui media social, tanpa melalui surat bernomor. Hal ini lah yang menjadi kendala bagi rumah sakit dalam melakukan pelayanan, apa lagi dalam mengambil keputusan yang harus cepat dan tepat. Rumah sakit sering mengalami keraguan dalam mengambil keputusan untuk kepentingan medis dan pasien, ini terjadi karena intervensi bpjs ke dalam rumah sakit sangat besar, karena semua berujung kepada pembayaran klaiman rumah sakit. Sehingga, rumah sakit terkesan tidak berdaya terhadap kebijakan yang dikeluarkan oleh bpjs, meskipun itu terkadang merugikan rumah sakit.

## **2.2 Kebijakan hukum Tarif Ina C BGs**

Dari sector tariff banyak sekali yang mengalami kendala, diantaranya ketepatan verifikasi, lamanya penagihan, bahkan nilai klaim yang tidak realistis dibanding dengan pembiayaan dan tariff rumah sakit. Tariff rumah sakit akan mengalami kesulitan dan tergerus seiring dengan hadirnya tariff dari ina c bgs.. Sebab tariff Ina c Bgs bersifat Hospital Based, berapapun tariff rumah sakit tidak akan mempengaruhi nilai tariff rumah sakit.

Pada Gambar gamabar hasil penelitian di atas terlihat pada warna kuning dan warna hijau. Warna kuning menunjukkan nilai klaim ina c bgs sebesar 5,4 juta, untuk kasus mci. Sedangkan taif yang berdasarkan hitungan rumah sakit menunjukkan angka sekitar 15 juta rupiah. Selisih yang sangat jauh ini karena komponen pembiayaan yang banyak, seperti yang telah dicantumkan pada bagian pembiayaan. Telah disebutkan tentang biaya operasional rumah sakit yang di dalamnya telah membiayai sekaligus biaya rawatan icu. Selisih tariff yang jauh antar ina c bgs dan tarif rs, rawatan dan kondisi pasien yang semakin buruk, angka ini akan semakin jauh gapnya seiring dengan lama rawatnya, apalagi ini layanan khusus intensif yang sulit diprediksi kondisi pasien. Kedua rumah sakit mengalami hal yang sama. Dan hamoir semua rumah sakit juga mengalami hal yang sama, untuk persoalan tariff. Karen itu, rumah sakit tidak akan bisa apa-apa terkait tariff ina c bgs ini. Padahal masalah bersumber dari sini.

Dalam berbagai kesempatan pimpinan daerah dan juga melalui dinas kesehatan selalu menghimbau penyelenggara pelayanan kesehatan baik pemerintah sendiri maupun pihak swasta, seperti klinik dan rumah sakit, agar memperhatikan pelayanan kesehatan masyarakat. Apalagi pemerintah mulai dari pusat hingga ke daerah-daerah mendorong seluruh penduduk agar terdaftar dalam kepesertaan layanan BPJS kesehatan dan memanfaatkan fasilitas kesehatan yang ada di negeri ini untuk mendapatkan pelayanan kesehatan lewat karut BPJS kesehatan. Itu sudah merupakan janji pemerintah dan kewajiban bagi seluruh komponen masyarakat untuk menyukseskan program JKN

KIS melalui BPJS kesehatan. Karen itu pula pemerintah meminta terutama pelaku usaha swasta sector kesehatan agar membuka/bergabung untuk turut serta menerima dan siap melayani masyarakat dalam hal ini pasien yang menggunakan kartu BPJS kesehatan, tabpa kecuali dan jangan menolaknya sesuai dengan aturan yang berlaku.

Sehingga dalam hal ijin pengelolaan dan pendirian usaha kesehatan baik klinik dan rumah sakit, pemerintah kota batam mendorong agar diselesaikan dengan baik dan cepat, agar pihak swasta juga dapat membantu untuk suksesnya JKN Kis ini. Tidak terkecuali pelayanan di rumah sakit. Pemerintah dengan senang hati rumah sakit dapat menambah bed rawatan, baik bagi pihak swasta dan pemerintah sendiri. Hal ini terjadi karena pemerintah dalam banyak berjanji dalam kampanye dan program-program untuk rakyat sebagai konstituannya. Salah satu wajah janji pemerintah selain masalah pendidikan juga masalah kesehatan. Masalah kesehatan ini menjadi salah satu jualan yang cukup menjual untuk rakyat. Sehingga muncullah program kesehatan yang pro ke rakyat banyak, namun sayangnya terkadang ini merugikan pengelola rumah sakit. Seperti halnya pemerintah memberikan peluang ijin rumah sakit, agar jumlah rawat untuk masyarakat meningkat.

Namun kenyataan dalam proses perijinan rumah sakit yang mudah itu sesuai dengan janji pemerintah, banyak rumah sakit yang mendapat kendala dalam pelayanan proses ijin dan memperpanjang itu sendiri, meskipun itu terkait akreditasi dan alasan sebagainya. Bahkan dalam beberapa kasus, ada rumah sakit meskipun memiliki ijin operasional dan sebagainya, namun tidak memiliki sarana layanan ICU. Dan ini berlangsung lama, sehingga rumah sakit ini melayani pasien BPJS yang kasus relatif ringan-ringan saja. Nampaknya ini terkait tarif INA C BGS. Hal ini disadari banyak pihak, namun seolah-olah dibiarkan.

### **2.3 Kebijakan Hukum Sistem Rujukan**

Pelayanan kesehatan di rumah sakit, tidak bisa lepas dari layanan kesehatan pada tingkat primer. Karena itu layanan klinik sangat menentukan arah layanan pada rumah sakit, karena rumah sakit di era JKN ini banyak sekali menerima pasien dalam bentuk rujukan. Dari telaah dokumen diketahui banyak kunjungan yang terjadi dari klinik. Meskipun hampir sepanjang tahun 2016 kunjungan setiap bulannya relatif tinggi, berdasarkan dokumen/data yang dilihat dan dianalisis peneliti. Meskipun pada wawancara dengan Pihak Berwenang dari BPJS kesehatan kota batam didapatkan informasi bahwa BPJS selalu menghimbau pimpinan dan dokter klinik untuk menahan laju rujukan yang relatif tinggi. Sebagaimana kita ketahui bersama, BPJS Kesehatan kota batam membuat ratio rujukan dengan total kunjungan yang tidak boleh lebih dari 15 – 20 %. Dan rujukan non spesialis yang rasionya tidak boleh lebih dari 15 %. Meskipun ini bersifat himbauan, tapi ini sudah menjadi aturan yang kuat bagi klinik untuk terus

menjaga ratio ini. Angka muncul pun, karena BPJS ingin menekan rujukan. Sampai saat ini peneliti belum mendapatkan alasan angka pembatasan itu dijadikan patokan. Dasar angka itu belum dijawab oleh bPJs. Akan tetapi, yang jelas, bahwa itu semua dilakukan bPJs demi menghemat anggaran, yang dimulai dari klinik sebagai fkt, dengan menekan angka rujukan.

Meskipun ini bersifat himbauan, tapi ini sudah menjadi aturan yang kuat bagi klinik untuk terus menjaga ratio ini. Begitupun rujukan ke rumah sakit masih relative tinggi. Dengan ditunjukkan banyaknya pasien yang berkunjung ke rumah sakit setiap harinya. Karena banyaknya klinik yang beroperasi, meskipun rujukan sudah ditekan pada level tingkat primer, namun jika digabung ke salah satu layanan tingkat lanjut dalam hal ini rumah sakit, apalagi rumah sakit tidak banyak jumlahnya, maka angka rujukan dari sisi rumah sakit masih tinggi.

### **3. Aspek Hukum Dan Kebijakan Penyelenggaraan BPJS Dan Layanan Rumah Sakit**

Penyelenggaraan jaminan sosial, termasuk di dalamnya jaminan kesehatan, harus didasarkan suatu Undang-undang dan peraturan pelaksanaannya. Dasar peraturan perundang-undangan tersebut diperlukan sebagai dasar hukum dipenuhinya hak dan kewajiban publik, baik dalam kaitan dengan pengumpulan dan pengelolaan iuran dari publik maupun dalam pemberian manfaat (benefit) kepada publik yang menjadi peserta.

Penyelenggaraan jaminan sosial di Indonesia secara konstitusional diatur dalam Pasal 28 H dan Pasal 34 Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945. Kemudian implementasinya didasarkan pada dua undang-undang yaitu (a) Undang-Undang No 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (UU SJSN), dan; (b) Undang-Undang No 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS). Undang-Undang No 40/2004 mengatur programnya, yang secara berkala dapat direvisi untuk memperbaiki atau menambah program, seperti halnya Pemerintah memiliki UU Rencana Pembangunan Jangka Menengah/Panjang. Sedangkan UU 24/2011 mengatur badan penyelenggaranya yang bertugas melaksanakan program-program yang telah diatur dalam UU SJSN, sebagaimana pengaturan Pemerintahan yang harus menjalankan program-program yang telah dirumuskan dalam UU RPJP.

#### **3.1 Turunan Peraturan UU SJSN**

Beberapa Peraturan Pemerintah dan Peraturan Presiden yang harus disusun sebagai pelaksanaan dari Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 khususnya terkait dengan jaminan kesehatan adalah:

##### **1) Peraturan Presiden tentang Jaminan Kesehatan**

Peraturan Presiden ini mengatur mengenai program jaminan kesehatan yang materinya meliputi substansi Pasal 21 – Pasal 28

UU SJSN jo. Pasal 19 UU BPJS. Peraturan Presiden tentang Jaminan Kesehatan mengatur tentang:

- a. Pelayanan kesehatan yang dijamin mencakup pelayanan promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif termasuk obat dan bahan medis habis pakai serta urun biaya untuk jenis pelayanan yang dapat menimbulkan penyalahgunaan pelayanan (Pasal 22 UU No. 40 Th 2004)
- b. Pemberian kompensasi oleh BPJS Kesehatan jika di suatu daerah belum tersedia fasilitas kesehatan yang memenuhi syarat guna memenuhi kebutuhan medis sejumlah peserta dan kelas standar perawatan di rumah sakit (Pasal 23 UU No. 40 Th 2004).
- c. Jenis-jenis pelayanan yang tidak dijamin BPJS (Pasal 26 UU No. 40 Th 2004)
- d. Besar iuran Jaminan Kesehatan untuk peserta penerima upah dengan batas upah yang ditinjau secara berkala, untuk peserta yang tidak menerima upah, dan untuk penerima bantuan iuran (Pasal 27 UU No. 40 Th 2004)
- e. Kewajiban membayar tambahan iuran bagi pekerja yang memiliki anggota keluarga lebih dari 5 (lima) orang dan ingin mengikut sertakan anggota keluarga lainnya seperti orang tua (Pasal 28 UU No. 40 Th 2004)
- f. Tata cara pembayaran iuran program jaminan kesehatan (Pasal 15 ayat (5) huruf (a) UU No. 24 Th 2011)
- g. Pentahapan kepesertaan Jaminan Kesehatan yang merupakan perumusan lebih lanjut dari Pasal 13 ayat (2) Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 dan Pasal 15 Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial. Pasal 13 UU SJSN menyatakan (1) Pemberi kerja secara bertahap wajib mendaftarkan dirinya dan pekerjaannya sebagai peserta kepada Badan Penyelenggara Jaminan Sosial, sesuai dengan program jaminan sosial yang diikuti; (2) Pentahapan sebagaimana dimaksud pada ayat (1), diatur lebih lanjut dengan Peraturan Presiden.

### **3.2 Turunan Peraturan UU Nomor 40 Tahun 2011 Mengenai BPJS**

Disamping peraturan pelaksanaan UU SJSN, ada peraturan pelaksanaan yang perlu disusun berdasarkan UU Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (UU BPJS). Beberapa pengaturan pelaksanaan yang perlu disusun dapat disatukan dengan pengaturan pelaksanaan berdasarkan amanat UU SJSN. Beberapa pengaturan harus dilakukan secara terpisah karena substansinya yang khusus, yaitu:

#### **1) Peraturan Pemerintah tentang pelaksanaan UU No. 24 Th 2011 tentang BPJS**

Peraturan Pemerintah ini mengatur tentang:

- a. Tata cara pengenaan sanksi administratif bagi pemberi kerja yang terlambat atau tidak membayar iuran (Pasal 17). Pengaturan ini harus sinkron dengan pengaturan iuran jaminan kesehatan yang diatur dalam Peraturan Presiden tentang Jaminan Kesehatan.
- b. Besaran dan tatacara pembayaran iuran untuk empat program selain program jaminan kesehatan (Pasal 19 ayat (5) huruf (b))
- c. Sumber dan penggunaan asset BPJS (Pasal 41)
- d. Sumber dan penggunaan asset Dana Jaminan Sosial (Pasal 43)
- e. Persentase dana operasional (Pasal 45) untuk jaminan kesehatan yang harus ditetapkan oleh DJSN. Memperhatikan rasio biaya operasional terhadap total iuran diterima di berbagai negara, maka BPJS dapat menggunakan dana operasional maksimum 4 persen dari iuran di tahun-tahun pertama, dan dapat lebih kecil dari 3 persen di masa stabil.
- f. Tata cara hubungan antar lembaga (Pasal 51)
- g. Tata cara pengenaan sanksi administratif bagi Dewan Pengawas dan Direksi BPJS (Pasal 53)

### **3.3 Implementasi Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2011 Mengenai BPJS**

Pada tanggal 1 januari 2014 mulai diberlakukan BPJS kesehatan di seluruh pelayanan kesehatan di Indonesia. Ujicoba BPJS sudah mulai dilaksanakan sejak tahun 2012 dengan rencana aksi dilakukan pengembangan fasilitas kesehatan dan tenaga kesehatan dan perbaikan pada system rujukan dan infrastruktur. Evaluasi jalannya Jaminan Kesehatan nasional ini direncanakan setiap tahun dengan periode per enam bulan dengan kajian berkala tahunan elitibilitas fasilitas kesehatan, kredensialing, kualitas pelayanan dan penyesuaian besaran pembayaran harga keekonomian. Diharapkan pada tahun 2019 jumlah fasilitas kesehatan dan tenaga kesehatan mencukupi, distribusi merata, system rujukan berfungsi optimal, pembayaran dengan cara prospektif dan harga keekonomian untuk semua penduduk. Pelaksanaan UU BPJS melibatkan PT ASKES, PT ASABRI, PT JAMSOSTEK dan PT TASPEN. Dimana PT ASKES dan PT JAMSOSTEK beralih dari Perseroan menjadi Badan Publik mulai 1 januari 2014. Sedangkan PT ASABRI dan PT TASPEN pada tahun 2029 beralih menjadi badan public dengan bergabung ke dalam BPJS ketenagakerjaan.

### **3.4 Masalah Yang Timbul Saat Implementasi Kebijakan BPJS**

Pelayanan kesehatan BPJS mempunyai sasaran didalam pelaksanaan akan adanya sustainibilitas operasional dengan memberi manfaat kepada semua yang terlibat dalam BPJS, pemenuhan kebutuhan medik peserta, dan kehati-hatian serta transparansi dalam pengelolaan keuangan BPJS. Perlu perhatian lebih mendalam dalam pelaksanaan terhadap system pelayanan kesehatan (Health Care Delivery System), system pembayaran (Health Care Payment System) dan system mutu pelayanan kesehatan (Health Care Quality System).

Mengingat pelaksanaan BPJS dikeluarkan melalui Undang-Undang dimana bersifat mengatur sedangkan proses penetapan pelaksanaan diperkuat melalui surat keputusan atau ketetapan dari pejabat Negara yang berwenang seperti peraturan pemerintah dan peraturan presiden setidaknya minimal 10 regulasi turunan harus dibuat untuk memperkuat pelaksanaan BPJS.

### **1) Sistem pembayaran (Health Care Payment System)**

- a. Belum tercukupinya dana yang ditetapkan BPJS dengan real cost, terkait dengan pembiayaan dengan skema INA CBGs dan Kapitasi yang dikebiri oleh Permenkes No. 69/2013. Dikeluarkannya SE No. 31 dan 32 tahun 2014 oleh Menteri Kesehatan untuk memperkuat Permenkes No.69 ternyata belum bisa mengurangi masalah di lapangan.
- b. Kejelasan area pengawasan masih lemah baik dari segi internal maupun eksternal. Pengawasan internal seperti melalui peningkatan jumlah peserta dari 20 juta (dulu dikelola PT Askes) hingga lebih dari 111 juta peserta, perlu diantisipasi dengan perubahan system dan pola pengawasan agar tidak terjadi korupsi. Pengawasan eksternal, melalui pengawasan Otoritas jasa Keuangan (OJK), Dewan Jaminan Sosial Nasional (DJSN) dan Badan Pengawas Keuangan (BPK) masih belum jelas area pengawasannya.

### **2) Sistem mutu pelayanan kesehatan (Health Care Quality System)**

- a. Keharusan perusahaan BUMN dan swasta nasional, menengah dan kecil masuk menjadi peserta BPJS Kesehatan belum terealisasi mengingat manfaat tambahan yang diterima pekerja BUMN atau swasta lainnya melalui regulasi turunan belum selesai dibuat. Hal ini belum sesuai dengan amanat Perpres No. 111/2013 (pasal 24 dan 27) mengenai keharusan pekerja BUMN dan swasta menjadi peserta BPJS Kesehatan paling lambat 1 Januari 2015. Dan regulasi tambahan ini harus dikomunikasikan secara transparan dengan asuransi kesehatan swasta, serikat pekerja dan Apindo sehingga soal Manfaat tambahan tidak lagi menjadi masalah.
- b. Masih kurangnya tenaga kesehatan yang tersedia di fasilitas kesehatan sehingga peserta BPJS tidak tertangani dengan cepat.

### **3.5 Rekomendasi Implementasi BPJS 2014**

Evaluasi implementasi **BPJS Kesehatan** yang dimulai pada tanggal 1 Januari 2014 saat ini masih banyak ditemui kendala disebabkan masih minimnya penetapan melalui pemerintah dalam pelaksanaan BPJS, sedikitnya 10 regulasi turunan yang harus ditambahkan untuk menunjang BPJS tersebut.. Dengan Penyelenggaraan BPJS Kesehatan yang belum berjalan sesuai dengan prinsip dan tujuan, oleh karena itu diperlukan :

1. Dalam pembentukan surat keputusan atau peraturan hendaknya menggunakan cara pandang konstitusional, berdasarkan Pasal 28 H ayat (3) dan Pasal 34 ayat (2) UUD 1945 serta merujuk pada Pasal 4 UU SJSN dan Pasal 40 tahun 2011 dan Pasal 24 tahun 2011.
2. Harus dilakukan kajian lebih lanjut untuk merevisi regulasi turunan BPJS seperti dalam penetapan *cost* BPJS dan pengaturan penyaluran dana ke fasilitas kesehatan penyelenggara, jumlah tenaga kesehatan yang tersedia (dokter, perawat, administrasi rumah sakit dan lain-lain) sehingga memudahkan dan meningkatkan mutu pelayanan kesehatan, serta fasilitas kesehatan yang dimiliki dapat menunjang pelaksanaan secara efisien dan efektif.

Dari Analisis penulis, Setiap pelaksanaan kegiatan pelayanan Rumah Sakit membutuhkan biaya operasional baik medis dan non medis demi mendukungnya terlaksana pelayanan yang prima kepada seluruh pasien.

3. Dari data penelitian, dapat disimpulkan data penolakan bpjs lebih tinggi, dikarenakan ada beberapa kendala dari kebijakan pemerintah yang terdapat di dalam UU Nomor 44 Tahun 2009 yang tidak selaras dengan kebijakan UURI Nomor 24 Tahun 2011 tentang BPJS.
4. Pada kenyataannya kesinambungan antara pelayanan dengan sistem pembayaran tidak seperti yang dituangkan dalam kebijakan tersebut, dari sisi pelayanan masih ada yang tidak tercantum tentang lamanya rawatan dengan diagnose yang berkomplikasi ataupun dengan kondisi berat, dan untuk sistem claim membutuhkan waktu yang cukup lama dan berjenjang, sedangkan Rumah Sakit membutuhkan dana untuk pengembangan dalam hal fasilitas sarana dan prasarana demi kelancaran pemberian pelayanan yang maksimal.

#### **E. Kesimpulan**

Berdasarkan data dan analisa dalam penelitian yang telah dilakukan di rumah sakit swasta di batam, peneliti menemukan permasalahan pelayanan icu, baik kualitas, penerimaan rujukan icu dari dan antar rumah sakit dan klinik. Permasalahan ini berlangsung lama, sejak bergulir Jaminan Kesehatan Nasional dengan penyelenggaranya BPJS Kesehatan. Peneliti diakhir bab ini mencoba menarik kesimpulan sebagai berikut :

1. Permasalahan icu yang dihadapi kedua rumah sakit hampir sama, meliputi permasalahan teknis, administrasi, system BPJS Kesehatan, masalah kartu, verifikasi dan purifikasi kepesertaan hingga layanan internet bpjs kesehatan.
2. kebijakan kesehatan dalam hal ini seperti BPJS dan dinas kesehatan sangat menentukan arah perjalanan dan pelaksanaan icu.

3. Banyak masalah yang muncul disebabkan ketidakberdayaan tenaga kesehatan dan dokter dalam mengambil sikap dan keputusan. Karena aturan begitu kuat dari peran bpjs kesehatan untuk mengikat rumah sakit dan dokter sebagai pelaksana.
4. Tenaga administrasi sering menjadi tumpuan masalah dalam mengatasi dispute pendaftaran pertama sekali, ketidaktahuan masyarakat akan sebuah system kesehatan dan pelayanan juga menjadi masalah yang bersamaan muncul.
5. Pemahaman aturan yang rendah di setiap komponen pelayanan.
6. Daya tagih yang rendah dan ketidak mampuan rumah sakit dalam menagih tepat waktu atas keberhakan mendapat pembayaran klaim/tagihan.
7. Verifikator rumah sakit yang lemah dan mampu, sama- sama terkuasai oleh bpjs beserta aturan- aturannya yang inkonsistensi.
8. Nilai tariff inpatient yang tidak mungkin dapat menghidupi pelayanan icu.
9. Pembiayaan dari operasional rumah sakit mengalami ketidaksesuaian dengan penerimaan yang ada.
10. Semua itu karena lemahnya system hukum Kesehatan kita. Baik dalam pelayanan maupun regulasi yang mengatur system itu sendiri.
11. Banyaknya aturan/ hukum yang memanyungi sistem pelayanan bersifat kontradiktif, sehingga menimbulkan ambiguitas dalam pelaksanaan regulasi itu sendiri.
12. Lemahnya posisi rumah sakit dalam bersikap menegakkan aturan hukumnya karena stigma pada system hukum sebagai korban dari pelanggaran hukum yang sering terjadi.

## DAFTAR PUSTAKA

- Ayuningtyas, D. 2014. *Kebijakan Kesehatan, Prinsip dan Praktek*. Fakultas Kesehatan Masyarakat. Universitas Indonesia. Jakarta: Raja Grafindo.
- Dearing, J.W. & Roger, E. 1996. *Agenda-Setting*. London: Language Arts & Disciplines.
- Ayuningtyas, 2011. *Analisis data yang relevan yang diperoleh dari situasi yang alamiah ( Satori dan ... ( theory-based / operational construct sampling )*
- Barker, C. 1996. *The health care policy Process*. London: sage production Ltd.
- Bogdan, R.C dan Biklen, S.K. (1982). *Qualitative Research for Education : An Introduction to Theory and Mehtods*, Boston : Allyn and Ba con, Inc. Hendarsah ...
- Collaborative Group Analysis of Data. Janice McDrury PhD, R Comp N Senior Lecturer, Otago Polytechnic Dunedin, New Zealand. Qualitative research data ...*
- Crinson, lain. 2009. *Health Policy : a critical perspektif*. Sage Publications Ltd. Thousand Oak, California.
- Depkes RI, 2004. *Desain ICU yang direkomendasikan Departemen Kesehatan Republik Indonesia. 2004. Sistem Kesehatan Nasional*. Jakarta
- Dearing, J.W. & Roger, E. 1996. *Agenda-Setting*. London: Language Arts & Disciplines.
- Dunn, W. N. 1994. *Public Policy analysis: An Introduction*. New Jersey, USA: Pearson Prentice Hall.
- Dunn, William N. 1999. *Analisis Kebijakan*. Diterjemahkan Drs. Samodra Wibawa, MA dkk. Edisi ke 2. Jakarta
- Dye, T.R. 1975. *Understanding Public Policy 2<sup>nd</sup> edition*. Englewood Cliff: Prentice-Hall.
- Gormley, W. T. J. 2007. *Public policy analysis: ideas and impact. Annual Review of Political Science*; 10:297-313.
- Hann, A. 2007. *Health Policy and Politics*. United Kingdom: Ashgate Publishing Company.
- Htwe, M. 2006. *Formulation, Implementation and Evaluation of Health Research Policy*. Regional Health Forum WHO South-East Asia Region Volume 5, Number 2. Accessed from: [http://www.searo.who.int/pds\\_docs/B0644.pdf](http://www.searo.who.int/pds_docs/B0644.pdf)
- Indrajit 2001, *Analisis dan Perancangan Sistem Berorientasi Object Bandung*, Informatika. Kepmenkes 374 tahun 2009, tentang SKN.
- Keputusan DIrektorat Jenderal Bina Upaya Kesehatan Nomor : Hk.02.04/I/1966/11 tentang petunjuk tekhnis penyelenggaraan pelayanan Intensive Care Unit (ICU) di Rumah Sakit.
- Kurniadi, 2015 , *Kuliah Sistem Kesehatan Nasional dan Perkembangannya*
- Kingdon, J. 1995. *Policy Formulation*. Accessed from: <http://brainmass.com/health-sciences/health-care-ethics/86097>

- Levyn Lemeshow, 1999. *Sampling of populations. Methods and applications*, 3<sup>rd</sup> edn. P.S. Levy and S. Lemeshow, Wiley, New York, 1999. No. of pages: xxxi+525.
- Nugroho, R., 2009. *Public Policy: Dinamika Kebijakan, Analisis Kebijakan, Manajemen Kebijakan*. Jakarta: PT Elex Media Komputindo.
- Oletangy Local School District, 2011. *Policy Adoption*. Accessed from: <http://www.oletangy.k12.oh.us/district/board/policy/govprocess/1080.html>
- Rusli, B., 2013. *Kebijakan Publik Membangun Pelayanan Publik yang Responsif*. Bandung: Hakim Publishing.
- Saguni, MA, 2015, Kuliah Sistem Kesehatan Nasional
- Sarwoto, 1990, Dasar-Dasar organisasi dan Managemen, ghala Indonesia, Jakarta
- Soerjono Soekanto, 1983, Penegakan hukum, bina cipta, Bandung
- Seiddel, 1998. *Diakses dari www.qualisresearch.com/DownLoads/qda.pdf*
- Supari, S.F., et al. 2009. Sistem Kesehatan Nasional. Jakarta: Departemen Kesehatan Republik Indonesia
- Spasoff, R.A. 2002. Enchancing Health Policy Through Epidemiology. [www.Pitt.edu/super/7/5011](http://www.Pitt.edu/super/7/5011). 2015
- Stewart, J., Hedge, D. M., Lester, J.P., 2000. *Public Policy: An Evolutionary Approach*. Third Eds. California: Wardsworth Thomson Learning.
- Sutcliffe, S. & Court, J. 2006. A Toolkit for Progressive Policymakers in Developing Countries. London, UK: Overseas Development Institute. Research and Policy in Development Programme.
- Sutton, R. 1999. *The Policy Process: An Overview*. London, UK: Overseas Development Institute Portland House Stag Place.
- Texas Politics. 2015. *The Policymaking Process*. University of Texas: Liberal Arts Instructional Technology Services. Accessed from: [http://www.laits.utexas.edu/txp\\_media/html/bur/0303.html](http://www.laits.utexas.edu/txp_media/html/bur/0303.html)
- Topatimasang, R., et al., 2005. *Sehat itu Hak: Panduan Advokasi Kebijakan Kesehatan*. Jakarta: Insist Press.
- Van Horn, C.E. & Van Meter, D.S. 1974. *The Policy Implementation Process: A Conceptual Framework*. Department of Political Science, Ohio State University.
- Wahab, S.A., 1991. *Analisis Kebijaksanaan: Dari Formulasi ke Implementasi Kebijaksanaan Negara*. Jakarta: Bumi Aksara.
- Wawancara dengan beberapa Dokter di fasilitas pelayanan kesehatan di kota batam.
- Widjaya, Amin Tunggal, 1993, Manajemen suatu pengantar cetakan pertama, Rineka cipta jaya, Jakarta.
- Winarno, B., 2000. *Teori dan Proses Kebijakan Publik*. Yogyakarta: Mediapressindo.
- Winarno, B. 2007. *Kebijakan Publik: Teori dan Proses, edisi revisi*. Yogyakarta: Media Pressindo.