

**PEMUTAKHIRAN DATA MASYARAKAT MISKIN  
PESERTA JAMINAN KESEHATAN NASIONAL  
BPJS KESEHATAN DI DINAS KESEHATAN  
KABUPATEN NGAWI**

**Tesis**

untuk memenuhi sebagian persyaratan  
mencapai derajat Sarjana S-2  
Program Studi Magister Manajemen



Diajukan oleh:

**T a t i H a d i a t i**

**171103443**

Kepada

**MAGISTER MANAJEMEN  
STIE WIDYA WIWAHA YOGYAKARTA  
2019**

**PEMUTAKHIRAN DATA MASYARAKAT MISKIN PESERTA KARTU  
JAMINAN KESEHATAN NASIONAL BPJS KESEHATAN DI DINAS  
KESEHATAN KABUPATEN NGAWI**

Diajukan oleh:

**TATI HADIATI**

**171103443**

Tesis ini telah dipertahankan di hadapan Dewan Penguji

Pada tanggal : 23 Maret 2019

**Dosen Penguji**

**Dr. Wahyu Widayat, M.Ec.**

Pembimbing I

Pembimbing II

**I Wayan Nuke Lantara, SE, M.Si, Ph.D**

**Dra. Ary Sutrischastini, M.Si**

Dan telah diterima sebagai salah satu persyaratan  
Untuk memperoleh gelar Magister  
Yogyakarta , Maret 2019

Mengetahui,

PROGRAM MAGISTER MANAJEMEN  
STIE WIDYA WIWAHA YOGYAKARTA  
DIREKTUR

**Drs. John Suprihanto, MIM, Ph.D**

## PERNYATAAN

Dengan ini saya menyatakan bahwa dalam tesis ini tidak terdapat karya yang pernah diajukan untuk memperoleh gelar kesarjanaan di suatu Perguruan tinggi, dan sepanjang pengetahuan saya juga tidak terdapat karya atau pendapat yang pernah ditulis atau diterbitkan oleh orang lain, kecuali yang secara tertulis diacu dalam naskah ini dan disebutkan dalam daftar pustaka.

Yogyakarta, 23 Maret 2019

**Tati Hadiati**

**STIE Widya Wiwaha**  
**Jangan Plagiat**

## Kata Pengantar

Puji dan syukur diucapkan kepada Allah SWT. Hanya karena karunia, barokah rahmat dan hidayah serta pertolongan Allah saja sehingga tesis yang berjudul **Pemutakhiran Data Masyarakat Miskin Peserta Jaminan Kesehatan Nasional BPJS Kesehatan Di Dinas Kesehatan Kabupaten Ngawi** ini dapat terselesaikan dengan baik dan tepat waktu.

Dengan terselesaikannya tugas akhir ini, diharapkan dapat memberikan informasi kepada pihak yang terkait khususnya agar dapat dilakukan perbaikan di masa-masa mendatang. Serta memberikan informasi kepada masyarakat pada umumnya.

Pada kesempatan ini disampaikan penghargaan dan ucapan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada :

1. Dosen Penguji I, Dr.Wahyu Widayat, M.Ec.
2. I Wayan Nuke Lantara, SE, M.Si, Ph.D, selaku pembimbing pertama dalam penulisan Tesis ini.
3. Dra. Ary Sutricshastini, M.Si, selaku pembimbing kedua dalam penulisan Tesis ini.
4. Direktur Magister Manajemen STIE Widya Wiwaha Yogyakarta Drs. John Suprihanto, MIM, ph.D atas kesempatan yang diberikan untuk menjadi mahasiswa Magister Manajemen STIE Widya Wiwaha Yogyakarta.
5. Ketua Program Studi Magister Manajemen STIE Widya Wiwaha Yogyakarta Drs. Muhammad Subkhan, MM, yang telah membantu proses akademik selama saya mengikuti pendidikan.

Yogyakarta, 23 Maret 2019

**T a t i H a d i a t i**

## DAFTAR ISI

Halaman Judul .....	i
Halaman Pengesahan .....	ii
Halaman Pernyataan .....	iii
Kata Pengantar .....	iv
Daftar Isi .....	v
Daftar Tabel .....	vii
Daftar Gambar .....	viii
Daftar Lampiran .....	ix
Intisari .....	x
BAB I PENDAHULUAN .....	1
A. Latar Belakang .....	1
B. Perumusan Masalah .....	9
C. Pertanyaan Penelitian .....	9
D. Tujuan Penelitian .....	10
E. Manfaat Penelitian .....	10
BAB II LANDASAN TEORI DAN PENELITIAN SEBELUMNYA .....	11
A. Landasan Teori.....	11
B. Penelitian Sebelumnya.....	36
BAB III METODE PENELITIAN .....	42
A. Rancangan/Disain Penelitian .....	42
B. Definisi Operasional Variabel .....	44
C. Instrumen Penelitian .....	46
D. Teknik Pengumpulan Data .....	47
E. Sumber Data .....	47
F. Metode Analisis Data Dengan Triangulasi .....	49

BAB IV HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN .....	53
A. Hasil Penelitian.....	53
B. Pembahasan.....	66
BAB V SIMPULAN DAN SARAN .....	68
A. Simpulan.....	74
B. Saran.....	77

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN

**STIE Widya Wiwaha**  
**Jangan Plagiat**

## DAFTAR TABEL

Tabel 1.1	Data Setoran KIS-PBI ke BPJS .....	1
Tabel 1.2	Data masyarakat miskin dan data pasien pemegang KIS-PBI .....	2
Tabel 3.1	Operasionalisasi Variabel .....	45
Tabel 4.1	Karakteristik Informan .....	54
Tabel 4.2	Hasil Wawancara .....	56
Tabel 4.3	KIS-PBI Desa Sampel .....	61
Tabel 4.4	Data KIS-PBI Hasil Survei .....	62
Tabel 4.5	Data Survei Desa Gendingan .....	63
Tabel 4.6	Data Survei Desa Banget .....	63
Tabel 4.7	Kendala Dan Upaya .....	73

**STIE Widya Wiwaha**  
**Jangan Plagiat**

## DAFTAR GAMBAR

Gambar 1.1	Data masyarakat miskin dan data peserta KIS-PBI .....	3
Gambar 2.1	Kartu Indonesia Sehat .....	14
Gambar 2.2	Diagram Alir Penelitian .....	35
Gambar 4.1	Grafik Komparasi Data KIS-PBI Desa Gendingan .....	64
Gambar 4.2	Grafik Komparasi Data KIS-PBI Desa Banget .....	65

**STIE Widya Wiwaha**  
**Jangan Plagiat**



## DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1	Form Wawancara Bidan Desa Gendingan
Lampiran 2	Form Wawancara Bidan Desa Banget
Lampiran 3	Form Wawancara Kepala Bidang Pelayanan Kesehatan
Lampiran 4	Form Wawancara Kepala Seksi Pelayanan Primer
Lampiran 5	Persiapan <i>checlist</i> data
Lampiran 6	Pengarahan pada informan 01 dan 02
Lampiran 7	Pengumpulan Data Sekunder
Lampiran 8	Kegiatan survei desa Gendingan
Lampiran 9	Kegiatan survei Desa Banget Pengajuan peserta baru KIS-PBI
Lampiran 10	Wawancara dengan informan 01 dan 02
Lampiran 11	Wawancara dengan informan 03 dan 04
Lampiran 12	Pengajuan peserta baru KIS-PBI

**STIE Widya Wiwaha**  
**Jangan Plagiat**

**PEMUTAKHIRAN DATA MASYARAKAT MISKIN PESERTA KARTU  
JAMINAN KESEHATAN NASIONAL BPJS KESEHATAN DI DINAS  
KESEHATAN KABUPATEN NGAWI**

**Hadiati, <sup>1)</sup>I Wayan Nuke Lantara<sup>2)</sup>, Ary Sutrischastini<sup>2)</sup>**

<sup>1)</sup>Mahasiswa Universitas Widya Wiwaha, Yogyakarta, Indonesia  
email: tatipkm72@gmail.com

<sup>2)</sup>Dosen Pengajar Program Studi Magister Manajemen, Universitas Widya Wiwaha, Yogyakarta,  
Indonesia

**INTISARI**

Keberadaan data pasien miskin yang telah ada di Dinas Kesehatan Kabupaten Ngawi masih memisalkan beberapa permasalahan yang cukup pelik. Data jumlah pasien miskin yang telah ada sekarang ditengarai terus bertambah secara signifikan. Sehingga jumlah nominal setoran yang harus disetorkan ke BPJS juga semakin besar. Kondisi ini dapat diketahui dari jumlah KIS-PBI yang telah didistribusikan. KIS-PBI merupakan jenis jaminan kesehatan yang mendapatkan subsidi dari pemerintah, Program ini diselenggarakan secara nasional dengan subsidi silang dalam rangka mewujudkan pelayanan kesehatan yang menyeluruh bagi masyarakat miskin. Peserta KIS-PBI adalah setiap orang miskin dan tidak mampu yang terdaftar memiliki kartu dan berhak mendapat pelayanan kesehatan. Triangulasi dengan sumber artinya membandingkan dan mengecek balik derajat kepercayaan suatu informasi yang diperoleh melalui waktu dan alat yang berbeda dalam penelitian kualitatif (Patton,1987:331). Triangulasi digunakan dalam penelitian kualitatif untuk memeriksa dan menetapkan validitas dengan menganalisa dari berbagai perspektif. Validitas dalam penelitian kuantitatif dilihat berdasarkan akurasi sebuah alat ukur dengan instrumen yang berupa hasil wawancara, observasi dan dokumentasi. Hasil penelitian menunjukkan bahwa telah terjadi beberapa permasalahan mengenai pendistribusian KIS-PBI yang dinilai kurang tepat sasaran. Dan adanya kepemilikan ganda KIS-PBI. Penyebab utamanya adalah disebabkan oleh lemahnya validitas sumber data masyarakat miskin.

**Kata kunci:** KIS-PBI, validitas, Masyarakat miskin, triangulasi.

**UPDATING THE DATA OF POOR COMMUNITIES PARTICIPANTS OF THE  
BPJS NATIONAL HEALTH GUARANTEE CARD IN HEALTH OFFICE OF  
NGAWI DISTRICT**

**Hadiati, <sup>1)</sup>I Wayan Nuke Lantara<sup>2)</sup>, Ary Sutrischastini<sup>2)</sup>**

<sup>1)</sup>Students of Widya Wiwaha University, Yogyakarta, Indonesia  
email: [tatipkm72@gmail.com](mailto:tatipkm72@gmail.com)

<sup>2)</sup>Lecturer in Master of Management Study Program, Widya Wiwaha University, Yogyakarta,  
Indonesia

**ABSTRACT**

*The existence of data on poor patients at the Ngawi District Health Office still leaves some problems that are quite complicated. Data on the number of poor patients that have existed is now suspected to continue to increase significantly. So the nominal amount of the deposit that must be deposited to the BPJS is also getting bigger. This condition can be known from the amount KIS-PBI that has been distributed. KIS-PBI is a type of health guarantee that receives subsidies from the government, this program is held nationally with cross subsidies in order to realize comprehensive health services for the poor. KIS-PBI participants are every poor and incapable person who has a card and is entitled to health services. Triangulation with sources means comparing and checking the degree of trust in information obtained through time and different tools in qualitative research (Patton, 1987: 331). Triangulation is used in qualitative research to examine and establish validity by analyzing from various perspectives. The validity in quantitative research is seen based on the accuracy of a measuring instrument with an instrument in the form of interviews, observation and documentation. The results of the study show that there have been several problems regarding the distribution of KIS-PBI which is considered to be less on target. And there is dual ownership of KIS-PBI. The main cause is caused by the weak validity of the data sources of the poor.*

*Keywords: KIS-PBI, validity, poor people, triangulation.*

## BAB I

### PENDAHULUAN

#### A. Latar Belakang

Keberadaan data masyarakat miskin yang telah ada di Dinas Kesehatan Kabupaten Ngawi masih menyisakan beberapa permasalahan yang cukup pelik. Jumlah data peserta KIS-PBI yang telah ada sekarang ditengarai terus mengalami peningkatan, bahkan jauh melebihi jumlah masyarakat miskin itu sendiri. Sementara itu permohonan kartu baru kepesertaan KIS-PBI dari masyarakat juga terus meningkat, dengan alasan belum terdaftar. Serta dapat diindikasikan dari besarnya nominal setoran yang harus dibayarkan ke BPJS dalam beberapa tahun terakhir. Sehingga langkah langkah efisiensi tetap perlu dilakukan meskipun tanpa harus mengorbankan hak masyarakat miskin dalam memperoleh layanan kesehatan dari Pemerintah. Data jumlah setoran KIS-PBI di Dinas Kesehatan Kabupaten Ngawi dapat dilihat dalam Tabel 1.1.

**Tabel 1.1**  
**Data Setoran KIS-PBI ke BPJS**

Tahun	$\Sigma$ Penduduk	$\Sigma$ Penduduk Miskin	$\Sigma$ KIS PBI	Setoran ke BPJS
2016	829.480	126.660	445.896	Rp 123.067.296.000
2017	829.889	123.760	463.610	Rp 127.956.360.000
2018	899.495	123.090	550.806	Rp 152.022.456.000

Sumber: BPJS dan Dinkes Kabupaten Ngawi

Kondisi ini dapat diketahui dari data jumlah KIS-PBI yang dikeluarkan oleh BPJS yang terus saja bertambah dari tahun ke tahun. Data ini dapat dimonitor secara langsung dari basis data *p-care* BPJS yang dapat diakses secara on-line.

Menurut data Susenas tahun 2016 data masyarakat miskin Ngawi 126.660 jiwa (15,27%) dari total jumlah penduduk. Data Dinas Sosial tahun 2016 penduduk kabupaten Ngawi yang menerima KIS PBI (Kartu Indonesia Sehat Penerima Bantuan Iuran) yang di biyai oleh pemerintah khusus masyarakat miskin sejumlah 445.896 jiwa (50% dari jumlah penduduk Ngawi).

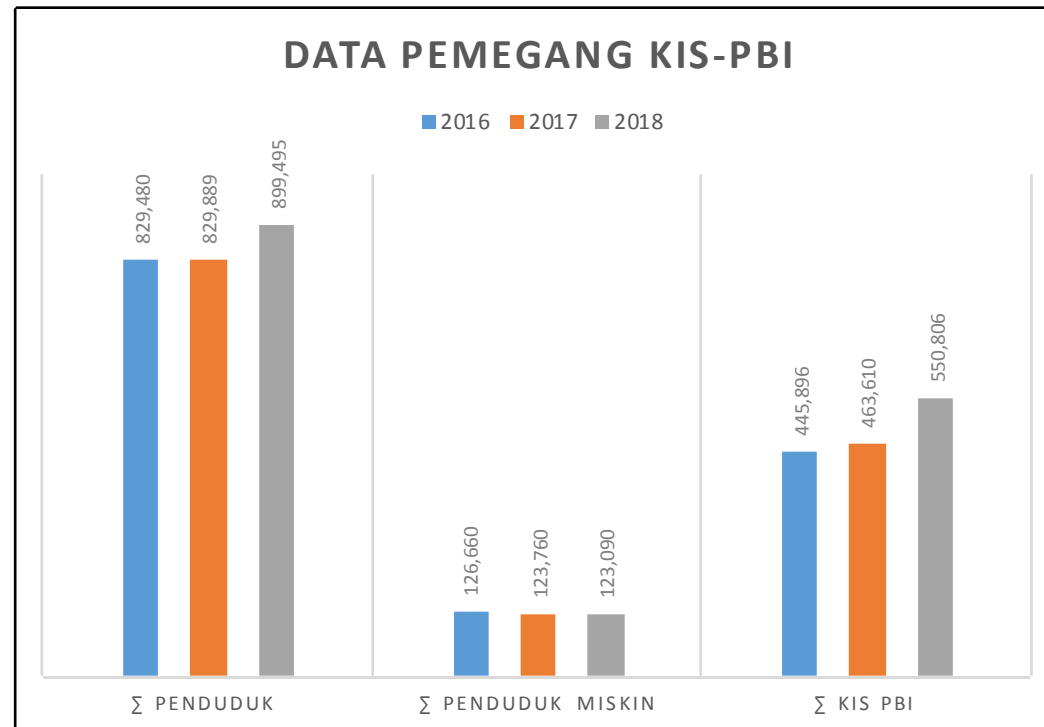
Data masyarakat miskin dan data masyarakat pemegang KIS-PBI dalam tiga tahun terakhir dapat dicermati pada Tabel 1.2. Grafik peningkatan data masyarakat miskin dan data masyarakat pemegang KIS-PBI dalam tiga tahun terakhir juga dapat dilihat pada Gambar 1.1.

**Tabel 1.2**  
**Data masyarakat miskin dan data masyarakat pemegang KIS-PBI**

No.	Tahun	Σ Penduduk	Σ Penduduk Miskin	Σ KIS PBI
1.	2016	829.480	126.660	445.896
2.	2017	829.889	123.760	463.610
3.	2018	899.495	131.530	550.806

Sumber: BPS dan Dinsos Kabupaten Ngawi

STIE Widya Wivandana  
Jangan Plagiat



**Gambar 1.1**  
**Data Masyarakat Miskin dan Data Peserta KIS-PBI**

Pada tabel 1.1 terlihat jelas bahwa jumlah total KIS-PBI yang dikeluarkan dan dibiayai Pemerintah jauh melebihi jumlah total masyarakat miskin kabupaten Ngawi. Dari jumlah total masyarakat miskin yang terdata pada tahun 2018 di BPS sejumlah 123.090 jiwa; Pemerintah sudah membagikan KIS-PBI untuk sebanyak 550.806 jiwa.

Artinya nominal setoran KIS-PBI yang harus disetorkan Pemerintah ke BPJS sebesar Rp. 152.022.456.000 (Seratus Lima Puluh Dua Miliar Dua Puluh Dua Juta Empat Ratus Lima Puluh Enam Ribu Rupiah) per tahun. Nilai pembiayaan sebesar ini merupakan nominal anggaran yang cukup besar untuk ukuran sebuah kabupaten.

Dari jumlah total KIS-PBI yang telah dikeluarkan oleh Pemerintah sebanyak 550.806 jiwa; jumlah itu sudah jauh melebihi jumlah total masyarakat miskin yang

ada, yaitu sejumlah 123.090 jiwa. Dengan jumlah KIS-PBI yang telah dikeluarkan Pemerintah tersebut terdapat selisih lebih sebanyak 427.716 jiwa jika dibandingkan dengan jumlah total masyarakat miskin yang benar-benar berhak mendapatkan KIS-PBI. Jadi ada nominal sebesar Rp. 118.049.616.000,- yang tidak tepat sasaran yang tidak seharusnya menjadi beban Pemerintah.

Sementara itu permohonan untuk menjadi peserta KIS-PBI dari anggota masyarakat miskin terus terjadi peningkatan dari waktu ke waktu. Artinya bahwa realitas yang terjadi; dari total jumlah KIS-PBI yang sudah dikeluarkan dan dinilai melebihi jumlah masyarakat miskin yang sudah terdata pun, masih terdapat beberapa anggota masyarakat miskin yang belum mendapatkan KIS-PBI.

Tahun 2018 Dinas Kesehatan kabupaten Ngawi melakukan pengecekan data dari BPJS. Dari hasil pengecekan ini di Dinas Sosial ditemukan sejumlah peserta PBI telah menerima kartu ganda sebanyak 1.812 jiwa yang terdaftar PBI yang dibiayai oleh pemerintah daerah. Dan sejumlah 662 jiwa yang dibiayai oleh pemerintah pusat.

Atas dasar kondisi seperti yang telah diuraikan di atas tersebut, maka perlu dilakukan upaya pemutakhiran data masyarakat miskin agar pemegang KIS-PBI benar benar tepat sasaran dan program jaminan kesehatan pada masyarakat miskin dapat berjalan sebagaimana yang diharapkan oleh Pemerintah.

Layanan kesehatan memang hak siapapun dan merupakan hak asasi warga negara yang harus dilindungi dan diperhatikan secara serius oleh Pemerintah. Sebagaimana yang tersebut di dalam pasal 28 H ayat (1) UUD Negara Republik Indonesia Tahun 1945 yang menegaskan bahwa:

- a. Setiap orang berhak hidup sejahtera lahir dan batin, bertempat tinggal, dan mendapat lingkungan hidup yang baik dan sehat serta berhak memperoleh pelayanan kesehatan.
- b. Hak setiap warga negara tersebut tentunya harus diwujudkan dengan langkah langkah yang komprehensif untuk dilaksanakan oleh Pemerintah agar hak hak yang diamanahkan dalam undang undang tersebut dapat diperoleh oleh setiap orang. Sebagaimana yang tercantum dalam Pasal 34 ayat (3) UUD Negara Republik Indonesia Tahun 1945 yang menyatakan bahwa “Negara bertanggung jawab atas penyediaan fasilitas pelayanan kesehatan dan fasilitas pelayanan umum yang layak”.
- c. Hak yang sama harus diberikan kepada setiap warga negara Indonesia tanpa membedakan strata sosial, termasuk masyarakat miskin yang justru harus mendapat perhatian dan pelayanan secara lebih intensif. Masyarakat miskin yang kemudian juga tergolong ke dalam fakir miskin harus dipelihara oleh negara sebagaimana tertuang dalam Pasal 34 ayat (1) UUD RI Tahun 1945. Oleh sebab itu peran pemerintah dalam hal pemeliharaan masyarakat miskin yang juga termasuk di dalamnya layanan kesehatan masyarakat miskin menjadi sangat penting.
- d. Layanan kesehatan juga merupakan salah satu indikator kesejahteraan masyarakat di suatu negara. Salah satu upaya pemerintah dalam peningkatan kesehatan masyarakat adalah dengan pengadaan bantuan program layanan kesehatan bagi masyarakat miskin. Baik di tingkat pusat seperti BPJS maupun di tingkat pemerintah daerah seperti JAMKESDA. Layanan BPJS dan JAMKESDA bagi masyarakat miskin ini telah difasilitasi dan



diupayakan sebaik mungkin oleh pemerintah baik Pemerintah Pusat maupun Pemerintah Daerah melalui dinas terkait, dalam hal ini adalah Dinas Sosial, Badan Pusat Statistik dan Dinas Kesehatan sebagai *stake holder* pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin.

- e. Kelompok miskin pada umumnya mempunyai status kesehatan yang lebih rendah dibandingkan dengan status kesehatan rata-rata penduduk. Rendahnya status kesehatan penduduk miskin terutama disebabkan oleh terbatasnya akses terhadap pelayanan kesehatan karena kendala geografis dan kendala biaya (*cost barrier*). Data SDKI 2002-2003 menunjukkan bahwa sebagian besar (48,7%) masalah untuk mendapatkan pelayanan kesehatan adalah karena kendala biaya jarak dan transportasi.
- f. Pemenuhan kebutuhan akan pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin dilakukan oleh pemerintah dengan melaksanakan Program Jaminan Kesehatan Sosial, yang dimulai dengan Program Jaminan Pemeliharaan Kesehatan bagi Masyarakat Miskin (JPK-MM) atau yang lebih dikenal dengan ASKESKIN.

- Contoh Kasus

Terdapat beberapa kasus yang sering terjadi, dapat dideskripsikan sebagai berikut:

1. Distribusi KIS-PBI yang tidak tepat sasaran
  - a. Ada beberapa anggota masyarakat yang merasa belum memiliki kartu peserta KIS-PBI dan kemudian mendaftar sebagai peserta KIS-PBI ke kantor Dinas Kesehatan kabupaten Ngawi. Namun setelah dilakukan verifikasi oleh petugas ternyata bahwa anggota masyarakat miskin tersebut sudah terdaftar sebagai peserta KIS-PBI. Akhirnya direkomendasikan ke pihak BPJS untuk dicetak ulang kartu peserta KIS-

PBI karena kartu dianggap hilang. Hal ini mungkin disebabkan oleh faktor pendistribusian kartu peserta KIS-PBI yang tidak tepat sasaran.

- b. Ada beberapa anggota masyarakat yang sedang berobat ke rumah sakit dengan menggunakan fasilitas kartu peserta KIS-PBI. Namun ketika melapor ke pihak BPJS dan setelah diverifikasi oleh petugas BPJS, dinyatakan bahwa kartu peserta KIS-PBI yang dimilikinya tersebut bukan yang seharusnya dimiliki olehnya. Sehingga kartu peserta KIS-PBI tersebut ditarik kembali oleh petugas BPJS. Hal ini biasa terjadi karena disebabkan oleh kesamaan nama dan alamat peserta namun biodata berbeda. Dan akhirnya anggota masyarakat tersebut mengajukan lagi kartu kepesertaan KIS-PBI ke kantor Dinas Kesehatan kabupaten Ngawi. Akhirnya pasien tersebut diajukan oleh pihak Dinas Kesehatan kabupaten Ngawi sebagai peserta KIS-PBI yang baru menurut syarat seperti ketentuan. Sementara itu semua klaim biaya perawatan dari rumah sakit yang merawatnya ditanggung oleh Pemerintah Daerah melalui Dinas Kesehatan kabupaten Ngawi dengan anggaran Pelayanan Kesehatan Masyarakat Miskin.
- c. Ada beberapa anggota masyarakat yang mengajukan permohonan untuk menjadi peserta KIS-PBI ke kantor Dinas Kesehatan kabupaten Ngawi. Namun setelah dilakukan verifikasi data, ternyata sudah ada kartu peserta KIS-PBI milik orang lain dengan nomor NIK pada Kartu Keluarga (KK) yang sama. Hal ini disebabkan oleh data NIK-KK yang tidak akurat. Pada kasus ini, anggota masyarakat miskin tersebut dapat mengajukan permohonan menjadi peserta KIS-PBI, namun terlebih dahulu harus dilakukan perbaikan data pada Kartu Keluarga di Dinas Kependudukan dan Catatan Sipil.

## 2. Masyarakat miskin yang belum terdaftar di BDT Dinas Sosial

Ada beberapa anggota masyarakat yang telah telah dirawat di rumah sakit dan ternyata mereka merasa belum menjadi peserta KIS-PBI. Kemudian mereka mengajukan untuk menjadi peserta KIS-PBI ke kantor Dinas Kesehatan kabupaten Ngawi dengan membawa Surat Keterangan Miskin dari Desa. Dan setelah dilakukan survei kondisi masyarakat tersebut memang termasuk dalam kategori masyarakat miskin. Sehingga petugas memberikan rekomendasi ke BPJS untuk didaftarkan sebagai peserta KIS-PBI. (tidak tepat sasaran)

## 3. Kepemilikan kartu ganda KIS-PBI

Ada beberapa anggota masyarakat yang sedang berobat ke rumah sakit, namun merasa belum memiliki kartu peserta Jaminan Kesehatan Masyarakat. Kemudian mendaftar sebagai peserta KIS-PBI ke kantor BPJS. Namun oleh petugas BPJS pasien tersebut didaftarkan sebagai peserta KIS-Mandiri (pra-bayar). Pada perkembangan selanjutnya anggota masyarakat tersebut merasa keberatan. Atau merasa tidak mampu untuk melunasi tagihan premi bulanan BPJS yang sudah ditentukan. Akhirnya pasien tersebut mendaftar lagi ke Dinas Kesehatan kabupaten Ngawi untuk menjadi peserta KIS-PBI. Namun setelah dilakukan verifikasi oleh petugas di Dinas Kesehatan kabupaten Ngawi, ternyata pasien tersebut sudah terdaftar sebagai peserta KIS-PBI namun belum menerima kartu peserta KIS-PBI.

b. Terdapat beberapa masyarakat miskin yang memang memiliki kartu peserta ganda KIS-PBI. Kasus seperti biasa terjadi karena memang tercetak ganda, dan hal seperti ini berulang kali terus terjadi.

## **B. Perumusan masalah**

Rumusan masalah dalam penelitian ini adalah, terdapat perbedaan yang cukup signifikan antara jumlah KIS-PBI yang sudah terdistribusikan ke masyarakat dengan jumlah total masyarakat miskin dalam data BDT Dinas Sosial dan BPS

## **C. Pertanyaan Penelitian**

Didasarkan pada beberapa permasalahan di lapangan yang sudah teridentifikasi, maka dapat disusun beberapa pertanyaan penelitian sebagai berikut:

1. Apa yang menjadi penyebab adanya perbedaan yang cukup signifikan antara jumlah KIS-PBI yang sudah terdistribusikan ke masyarakat dengan jumlah total masyarakat miskin yang terdata dalam BDT Dinas Sosial dan BPS?
2. Apa yang menjadi penyebab sehingga pendistribusian KIS-PBI dinilai tidak tepat sasaran?
3. Apa yang menjadi penyebab permohonan kepesertaan KIS-PBI yang baru dari masyarakat miskin terus bertambah secara signifikan?
4. Apa yang menjadi penyebab masih banyak terjadi kepemilikan ganda KIS-PBI oleh masyarakat?

## **D. Tujuan Penelitian**

Didasarkan pada beberapa pertanyaan penelitian dan perumusan masalah yang telah diungkapkan sebelumnya, maka secara umum penulisan ini bertujuan untuk:

1. Untuk mengetahui perbedaan yang cukup signifikan antara jumlah KIS-PBI yang sudah terdistribusikan ke masyarakat dengan jumlah total masyarakat miskin yang terdata dalam BDT Dinas Sosial dan BPS

2. Untuk atau dugaan dan mencari penyebab terjadinya pendistribusian KIS-PBI yang dinilai tidak tepat sasaran.
3. Untuk memperoleh data apa yang menjadi penyebab permohonan kepesertaan KIS-PBI yang baru dari masyarakat terus bertambah secara signifikan.
4. Untuk dilakukan pencatatan tentang apa yang menjadi penyebab masih banyaknya terjadi kepemilikan kartu ganda KIS-PBI oleh masyarakat.

#### **E. Manfaat Penelitian**

Adapun manfaat yang diharapkan dari penulisan ini yaitu:

##### **1. Manfaat Teoritis**

Manfaat teoritis yang dapat diambil dari proses penelitian ini adalah sebagai berikut:

- a. Hasil penulisan ini diharapkan dapat bermanfaat bagi pengembangan ilmu pengetahuan di bidang ilmu promosi kesehatan
- b. Hasil penulisan ini diharapkan dapat memperkaya referensi dan *literature* dalam dunia kepastakaan tentang peningkatan pelayanan kesehatan pada masyarakat miskin.

##### **2. Manfaat Praktis**

Adapun manfaat praktis yang diharapkan dari hasil penelitian ini adalah sebagai langkah perbaikan pendataan masyarakat miskin yang pernah dilakukan sebelumnya, agar data masyarakat miskin menjadi lebih akurat dan lebih tepat sasaran sehingga diperoleh efektifitas anggaran khususnya di dinas kesehatan kabupaten Ngawi.

## **BAB II**

### **LANDASAN TEORI DAN PENELITIAN SEBELUMNYA**

#### **A. LANDASAN TEORI**

##### **1. Jaminan Kesehatan Masyarakat (JAMKESMAS)**

Cakupan pelayanan kesehatan bagi penduduk miskin dan kurang mampu melalui program jaminan pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin atau ASKESKIN terus meningkat yaitu dari 36,4 juta orang (2005) menjadi 76,4 juta orang (2007). Program ASKESKIN ini kemudian pada tahun 2008 berubah nama menjadi Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas).

Lahirnya Jamkesmas ini selain merupakan bentuk pertanggungjawaban Pemerintah terhadap kesehatan masyarakat miskin, juga sebagai upaya pelaksanaan Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN). Jamkesmas adalah program bantuan sosial untuk pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin dan tidak mampu. (Anonim, 2010).

Program ini diselenggarakan secara nasional agar terjadi subsidi silang dalam rangka mewujudkan pelayanan kesehatan yang menyeluruh bagi masyarakat miskin. Program Jamkesmas memberikan perlindungan sosial di bidang kesehatan untuk menjamin setiap peserta program Jamkesmas ini. Peserta Program Jamkesmas adalah setiap orang miskin dan tidak mampu yang terdaftar memiliki kartu dan berhak mendapat pelayanan kesehatan.

Para peserta Jamkesmas ini mendapat keringanan berupa iuran kesehatan mereka dibayar oleh Pemerintah yang bersumber dari Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara (APBN) dari Mata Anggaran Kegiatan (MAK) belanja bantuan sosial. Hal ini berbeda dengan ASKES bagi PNS ataupun pejabat negara, dimana iuran kesehatan mereka sebenarnya sudah dipotong dari gaji yang seharusnya mereka terima.

Kesehatan memang hak siapapun yang menjadi masyarakat Indonesia. Hal ini sendiri sudah diatur dalam undang-undang dan peraturan di Indonesia. Maka dari itu, pemerintah sebagai wakil dan pelaksana kebijakan negara haruslah mampu mewujudkan masyarakat yang sehat dan sejahtera. Karena dengan badan yang sehat masyarakat bisa lebih produktif untuk bekerja dan mendukung negara mewujudkan cita-citanya. Untuk mewujudkan masyarakat yang sehat ini, pemerintah memang telah memulai agendanya sejak lama yakni pada tahun 1968. Pada saat itu, pemerintah Indonesia mengeluarkan kebijakan yang secara jelas mengatur pemeliharaan kesehatan bagi Pegawai Negeri dan Penerima Pensiun (PNS dan ABRI) beserta anggota keluarganya berdasarkan Keputusan Presiden Nomor 230 Tahun 1968. Pada saat itu pemerintah juga mendirikan Badan Penyelenggara Dana Pemeliharaan Kesehatan (BPDPK) yang menjadi cikal bakal asuransi kesehatan nasional.

## **2. Sejarah Asuransi Kesehatan Nasional**

Pada tahun 1984, pemerintah kembali mengeluarkan Peraturan Pemerintah Nomor 23 Tahun 1984 yang menyatakan status badan penyelenggara diubah menjadi Perusahaan Umum Husada Bhakti. Berdasarkan Peraturan Pemerintah Nomor 69 Tahun 1991, maka pada tahun 1991 kepesertaan program jaminan pemeliharaan

kesehatan yang dikelola Perum Husada Bhakti ditambah dengan Veteran dan Perintis Kemerdekaan beserta anggota keluarganya. Selain itu, dengan peraturan tersebut, perusahaan diijinkan memperluas jangkauan kepesertaannya ke badan usaha dan badan lainnya sebagai peserta sukarela.

Tahun 1992, Berdasarkan Peraturan Pemerintah Nomor 6 Tahun 1992 status Perum kemudian diubah menjadi Perusahaan Perseroan (PT Persero) dengan mempertimbangkan fleksibilitas pengelolaan keuangan, kontribusi kepada Pemerintah dapat dinegosiasi untuk kepentingan pelayanan kepada peserta dan manajemen lebih mandiri. PT. Askes (Persero) ini kemudian diberi tugas oleh Pemerintah melalui Departemen Kesehatan RI sebagai Penyelenggara Program Jaminan Kesehatan Masyarakat Miskin (PJKMM/ASKESKIN) pada tahun 2005. Dan pada tanggal 1 Januari 2014, sesuai dengan Undang-Undang no. 24 tahun 2011, PT Askes Indonesia (Persero) kemudian diubah menjadi BPJS Kesehatan.

Meski telah memiliki BPJS Kesehatan sebagai badan negara yang menyelenggarakan jaminan kesehatan bagi masyarakat, namun pada tanggal 3 November 2014 tahun lalu, Presiden Joko Widodo mengeluarkan program kesehatan lain yang bernama Kartu Indonesia Sehat (KIS).

### **3. Kartu Indonesia Sehat (KIS-PBI)**

KIS-PBI adalah program yang dikeluarkan oleh pemerintah Pusat untuk membuat rakyat lebih sehat dan sejahtera. Saat itu kehadiran KIS ini memang sempat membuat sebagian masyarakat kebingungan. Karena saat KIS ini diluncurkan, sudah ada program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) yang dikelola oleh Badan Penyelenggara Jaminan Kesehatan (BPJS). Karena seolah terjadi kerancuan dimasyarakat tentang



yang mana asuransi kesehatan yang benar-benar mewakili pemerintah atau Negara. Bahkan hampir sulit dibedakan antara BPJS Kesehatan dan KIS ini. Kartu Indonesia Sehat dapat dilihat pada gambar 2.1



Sumber via [tnp2k.go.id](http://tnp2k.go.id)

**Gambar 2.1**  
**Kartu Indonesia Sehat**

Kartu Indonesia Sehat (KIS) adalah kartu yang difungsikan untuk memberikan jaminan kesehatan kepada masyarakat agar mendapatkan pelayanan kesehatan secara gratis. Kartu KIS dapat digunakan di setiap fasilitas kesehatan tingkat pertama dan tingkat lanjut. Kartu KIS merupakan program yang bertujuan untuk melakukan perluasan dari program kesehatan yang berupa kartu BPJS Kesehatan yang telah diluncurkan sebelumnya.

Sama-sama sebagai program fasilitas kesehatan dari negara, KIS dan BPJS Kesehatan memang memiliki perbedaan. Perbedaan yang utama sebenarnya adalah pada sasaran atau orang yang menerimanya. Jika BPJS merupakan sebuah program yang anggotanya harus mendaftar dan membayar iuran, maka KIS anggotanya diambil dari masyarakat yang tidak mampu dan pemberian kartunya ditetapkan oleh pemerintah serta pembayaran iurannya ditanggung oleh pemerintah.

Perbedaan lain dari BPJS dan KIS adalah:

- a. KIS merupakan jaminan kesehatan yang diperuntukan bagi masyarakat yang tidak mampu, sedangkan BPJS yaitu sebuah badan atau lembaga yang menyelenggarakan dan mengelola jaminan kesehatan tersebut.
- b. KIS hanya diperuntukan bagi seseorang yang kondisi ekonominya sangat lemah, sedangkan BPJS merupakan jaminan kesehatan yang diwajibkan bagi setiap warga Negara Indonesia baik yang mampu atau pun tidak mampu. Bagi rakyat yang tidak mampu, iurannya ditanggung oleh pemerintah.
- c. Pemakaian KIS dapat dilakukan di mana saja, baik di klinik, puskesmas atau di rumah sakit mana pun yang ada di Indonesia. Sedangkan pemakaian BPJS hanya berlaku di klinik atau puskesmas yang telah didaftarkan saja.
- d. KIS dapat digunakan tidak hanya untuk pengobatan saja, tetapi juga dapat digunakan untuk melakukan pencegahan. Sedangkan penggunaan BPJS hanya dapat digunakan jika kondisi kesehatan peserta sudah benar-benar sakit atau harus dirawat.
- e. KIS merupakan jenis jaminan kesehatan yang mendapatkan subsidi dari pemerintah, sedangkan pengguna BPJS diwajibkan untuk membayar iuran setiap bulannya dengan jumlah yang telah ditentukan.

#### **4. Prosedur Pelayanan Kartu Indonesia Sehat**

Dalam prosedur pelayanannya, KIS memiliki prinsip yang sama dengan jaminan kesehatan lainnya seperti juga BPJS. Anggota masyarakat sebagai pemilik KIS harus terlebih dahulu mendatangi puskesmas sebagai pelayanan kesehatan tingkat pertama untuk melakukan pemeriksaan tahap awal. Jika memang kondisi penyakitnya memang

harus mendapatkan pelayanan kesehatan tingkat lanjut, maka puskesmas akan memberikan surat rujukan untuk mendapatkan pelayanan kesehatan lanjutan yaitu rumah sakit daerah. Namun peraturan ini tidak berlaku jika pemilik KIS sedang dalam keadaan darurat. Jika hal ini terjadi maka peserta bisa langsung mendapatkan pelayanan kesehatan tingkat lanjutan. Lalu bagaimana jika penerima KIS sudah memiliki kartu jaminan kesehatan seperti kartu ASKES, Jamkesmas, BPJS, KJS dan e-ID BPJS? Hal ini tidak ada masalah, karena fasilitas dari ASKES atau BPJS sendiri masih bisa dipergunakan untuk mendapatkan pelayanan kesehatan.

#### **5. Jaminan Kesehatan Masyarakat Lapisan Bawah**

Kartu Indonesia Sehat (KIS) menjamin dan memastikan masyarakat kurang mampu untuk mendapat manfaat pelayanan kesehatan seperti yang dilaksanakan melalui Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) yang diselenggarakan oleh BPJS Kesehatan. yang-diberikan (BPJS, 2015).

#### **6. Permasalahan Distribusi Kartu Indonesia Sehat**

Kartu Indonesia Sehat (KIS) sudah dibagikan kepada masyarakat miskin di desa-desa. Tetapi, para penerima KIS ini, dinilai banyak tidak tepat sasaran. Persoalan ini juga menjadi salah satu kendala, kenapa integrasi Jaminan Kesehatan Berbasis Masyarakat (JKBM) ke Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) menjadi terkesan rumit. Karena data warga miskin kembali kacau di bawah. Banyak data yang tidak sesuai dengan kondisi riil di lapangan. Penerimaanya justru bukan warga miskin sebagaimana data awal yang ada di Dinas Kesehatan Kabupaten Ngawi.

## 7. Masyarakat miskin

Masyarakat miskin adalah suatu kondisi dimana fisik masyarakat yang tidak memiliki akses ke prasarana dan sarana dasar lingkungan yang memadai, dengan kualitas perumahan dan pemukiman yang jauh di bawah standard kelayakan serta mata pencaharian yang tidak menentu yang mencakup seluruh multidimensi, yaitu dimensi politik, dimensi social, dimensi lingkungan, dimensi ekonomi dan dimensi *asset*. (P2KP, Pedoman Umum, 2004:1, Anonim, 2014)

### a. Klasifikasi Masyarakat Miskin

Penggolongan kemiskinan didasarkan pada suatu standar tertentu yaitu dengan membandingkan tingkat pendapatan orang atau keluarga dengan tingkat pendapatan yang diperlukan untuk memenuhi kebutuhan pokok minimum. Berdasarkan kriteria ini maka dikenal kemiskinan absolut dan kemiskinan relatif. Kemiskinan absolut adalah mereka yang tidak mampu memenuhi kebutuhan pokok minimum, sedangkan komunitas yang termasuk dalam kemiskinan relatif adalah mereka yang memiliki kemampuan untuk memenuhi kebutuhan pokok minimum tetapi secara relatif mereka masih di bawah rata-rata pendapatan masyarakat yang ada di sekitarnya.

Sedangkan pihak yang lain mencoba mengetengahkan pembahasan kemiskinan yang dibedakan menjadi natural, kultural dan struktural. Kemiskinan natural sama pengertiannya dengan kemiskinan turun temurun, disebabkan oleh suatu kondisi keterbatasan secara alamiah yang dihadapi suatu komunitas sehingga sulit melakukan perubahan. Kemiskinan kultural adalah suatu kondisi miskin yang dihadapi komunitas,

disebabkan oleh faktor budaya. Budaya yang hidup, diyakini dan dikembangkan dalam masyarakat menyebabkan proses pelestarian kemiskinan dalam masyarakat itu sendiri.

Kemiskinan struktural merupakan suatu kemiskinan yang melanda suatu komunitas yang disebabkan oleh faktor-faktor tertentu yang dibangun manusia. Faktor-faktor tersebut muncul karena dibangun dan dikondisikan oleh manusia, sehingga menyebabkan kerugian pada suatu sisi (Sulistiyani, 2004 : 29-30 dalam Suparyanto, 2011).

#### **b. Kreteria Masyarakat Miskin Menurut BPS**

Indikator kemiskinan pada satu rumah tangga yang ditentukan Badan pusat Statistik adalah :

- 1) Luas lantai bangunan tempat tinggal kurang dari 8 m<sup>2</sup> per orang;
- 2) Jenis lantai bangunan tempat tinggal terbuat dari tanah/bambu/kayu murahan;
- 3) Jenis dinding tempat tinggal terbuat dari bambu/rumbia/kayu berkualitas rendah/tembok tanpa plester;
- 4) Tidak memiliki fasilitas buang air besar atau bersama-sama dengan rumah tangga lain;
- 5) Sumber penerangan rumah tangga tidak menggunakan listrik.
- 6) Sumber air minum berasal dari sumur/mata air tidak terlindungi/sungai/ air hujan;
- 7) Bahan bakar untuk memasak sehari-hari adalah kayu bakar/arang/ minyak tanah;
- 8) Hanya mengkonsumsi daging/susu/ayam satu kali dalam seminggu;
- 9) Hanya membeli satu stel pakaian baru dalam setahun;
- 10) Hanya sanggup makan sebanyak satu/dua kali dalam sehari;

- 11) Tidak sanggup membayar biaya pengobatan di Puskesmas/Poliklinik;
- 12) Sumber penghasilan kepala rumah tangga adalah petani dengan luas lahan 0,5 ha, buruh tani, nelayan, buruh perkebunan atau pekerjaan lainnya dengan pendapatan di bawah Rp. 600.000,- (Enam ratus ribu rupiah)
- 13) Pendidikan tertinggi kepala rumah tangga adalah tidak sekolah/tidak tamat SD/hanya SD;
- 14) Tidak memiliki tabungan/barang yang mudah dijual dengan nilai Rp. 500.000,- (Lima ratus ribu rupiah) seperti sepeda motor (kredit/non kredit), emas, ternak, kapal motor atau barang modal lainnya. (Wikipedia, 2015)

### c. Program Jaminan Masyarakat Miskin (JAMKESMAS)

Adalah bentuk belanja bantuan sosial untuk pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin dan tidak mampu. Program ini dilakukan secara nasional agar terjadi subsidi silang dalam rangka mewujudkan pelayanan kesehatan yang menyeluruh bagi masyarakat miskin.

Penyelenggaraan pelayanan kesehatan peserta mengacu pada prinsip-prinsip:

- 1) Dana amanat dan nirlaba dengan pemanfaatan untuk semata-mata peningkatan derajat kesehatan masyarakat miskin;
- 2) Menyeluruh sesuai dengan standar pelayanan medik yang *cost effective* dan rasional.
- 3) Pelayanan terstruktur, berjenjang dengan portabilitas dan ekuitas.
- 4) Efisien, transparan dan akuntabel.

Peserta program Jamkesmas adalah setiap orang miskin dan tidak mampu selanjutnya disebut peserta Jamkesmas sejumlah 76,4 juta jiwa dari data Badan Pusat

Statistik tahun 2006 yang dijadikan dasar penetapan jumlah sasaran peserta secara Nasional oleh Menkes RI.

Apabila masih terdapat masyarakat miskin dan tidak mampu, tidak masuk dalam Surat Keputusan Bupati / Walikota, pembiayaan kesehatannya menjadi tanggung jawab Pemda setempat dan mekanisme pengelolaannya seyogyanya mengikuti JAMKESMAS. Sasaran peserta Program Keluarga Harapan (PKH) yang belum menjadi peserta Jamkesmas dijamin dalam Jamkesmas dan dapat menggunakan kartu PKH pada saat mengakses pelayanan kesehatan dengan mengikuti prosedur yang telah ditetapkan.

#### **d. Ketentuan Umum**

Setiap peserta Jamkesmas mempunyai hak mendapat pelayanan kesehatan dasar meliputi pelayanan kesehatan rawat jalan tingkat pertama dan rawat inap tingkat pertama, pelayanan kesehatan rawat jalan tingkat lanjutan, rawat inap tingkat lanjutan dan pelayanan gawat darurat (Ketentuan Umum A.1)

Pelayanan kesehatan dasar (rawat jalan tingkat pertama dan rawat inap tingkat pertama) diberikan di Puskesmas dan jaringannya. Khusus untuk persalinan normal dapat juga dilayani oleh tenaga kesehatan yang berkompeten (praktek dokter dan bidan swasta) dan biayanya diklaimkan ke Puskesmas setempat (Ketentuan Umum A.4)

Pelayanan tingkat lanjut (rawat jalan dan rawat inap) berdasarkan rujukan, diberikan di Penyedia Pelayanan Kesehatan (PPK) Jaringan Jamkesmas (BKMM/BPKM/BKPM/BP4/BKIM, Rumah Sakit Pemerintah termasuk Rumah Sakit Khusus, RS TNI/Polri dan RS Swasta). Pelayanan Rawat Inap diberikan di ruangrawat inap kelas III).

#### e. Prosedur Pelayanan

1) Pelayanan Kesehatan Dasar Untuk mendapat pelayanan kesehatan dasar di Puskesmas dan jaringannya, peserta harus menunjukkan kartu Jamkesmas, atau surat keterangan/rekomendasi Dinas Sosial setempat (bagi pengemis, gelandangan, anak dan orang terlantar), kartu PKH bagi peserta PKH yang belum mempunyai kartu Jamkesmas, kartu Jamkesmasda atau Surat Pernyataan Miskin bagi masyarakat miskin yang tidak termasuk dalam kuota miskin.

2) Pelayanan Tingkat Lanjutan

Pasien miskin yang memerlukan pelayanan kesehatan tingkat lanjut, dirujuk dari Puskesmas dan jaringannya ke fasilitas pelayanan kesehatan tingkat lanjut disertai kartu peserta dan surat rujukan yang ditunjukkan sejak awal sebelum mendapatkan pelayanan kesehatan. Pada kasus gawat darurat tidak memerlukan surat rujukan.

#### 4. Sejarah BPJS Kesehatan

##### a. Sejarah Perjalanan Jaminan Sosial di Indonesia

Jaminan pemeliharaan kesehatan di Indonesia sebenarnya sudah ada sejak zaman kolonial Belanda. Dan setelah kemerdekaan, pada tahun 1949, setelah pengakuan kedaulatan oleh Pemerintah Belanda, upaya untuk menjamin kebutuhan pelayanan kesehatan bagi masyarakat, khususnya pegawai negeri sipil beserta keluarga, tetap dilanjutkan. Prof. G.A. Siwabessy, selaku Menteri Kesehatan yang menjabat pada saat itu, mengajukan sebuah gagasan untuk perlu segera menyelenggarakan program asuransi kesehatan semesta (universal health insurance) yang saat itu mulai diterapkan di banyak negara maju dan tengah berkembang pesat.



Pada saat itu kepesertaannya baru mencakup pegawai negeri sipil beserta anggota keluarganya saja. Namun Siwabessy yakin suatu hari nanti, klimaks dari pembangunan derajat kesehatan masyarakat Indonesia akan tercapai melalui suatu sistem yang dapat menjamin kesehatan seluruh warga bangsa ini.

Pada 1968, pemerintah menerbitkan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 1 Tahun 1968 dengan membentuk Badan Penyelenggara Dana Pemeliharaan Kesehatan (BPDPK) yang mengatur pemeliharaan kesehatan bagi pegawai negara dan penerima pensiun beserta keluarganya.

Selang beberapa waktu kemudian, Pemerintah mengeluarkan Peraturan Pemerintah Nomor 22 dan 23 Tahun 1984. BPDPK pun berubah status dari sebuah badan di lingkungan Departemen Kesehatan menjadi BUMN, yaitu PERUM HUSADA BHAKTI (PHB), yang melayani jaminan kesehatan bagi PNS, pensiunan PNS, veteran, perintis kemerdekaan, dan anggota keluarganya.

Pada tahun 1992, PHB berubah status menjadi PT Askes (Persero) melalui Peraturan Pemerintah Nomor 6 Tahun 1992. PT Askes (Persero) mulai menjangkau karyawan BUMN melalui program Askes Komersial.

Pada Januari 2005, PT Askes (Persero) dipercaya pemerintah untuk melaksanakan program jaminan kesehatan bagi masyarakat miskin (PJKMM) yang selanjutnya dikenal menjadi program Askeskin dengan sasaran peserta masyarakat miskin dan tidak mampu sebanyak 60 juta jiwa yang iurannya dibayarkan oleh Pemerintah Pusat.

PT Askes (Persero) juga menciptakan Program Jaminan Kesehatan Masyarakat Umum (PJKMU), yang ditujukan bagi masyarakat yang belum tercover oleh Jamkesmas, Askes Sosial, maupun asuransi swasta. Hingga saat itu, ada lebih dari 200

kabupaten/kota atau 6,4 juta jiwa yang telah menjadi peserta PJKMU. PJKMU adalah Jaminan Kesehatan Daerah (Jamkesda) yang pengelolaannya diserahkan kepada PT Askes (Persero).

Langkah menuju cakupan kesehatan semesta pun semakin nyata dengan resmi beroperasinya BPJS Kesehatan pada 1 Januari 2014, sebagai transformasi dari PT Askes (Persero). Hal ini berawal pada tahun 2004 saat pemerintah mengeluarkan UU Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) dan kemudian pada tahun 2011 pemerintah menetapkan UU Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) serta menunjuk PT Askes (Persero) sebagai penyelenggara program jaminan sosial di bidang kesehatan, sehingga PT Askes (Persero) pun berubah menjadi BPJS Kesehatan.

Melalui Program Jaminan Kesehatan Nasional-Kartu Indonesia Sehat (JKN-KIS) yang diselenggarakan oleh BPJS Kesehatan, negara hadir di tengah kita untuk memastikan seluruh penduduk Indonesia terlindungi oleh jaminan kesehatan yang komprehensif, adil, dan merata.

BPJS Kesehatan (Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan) merupakan Badan Hukum Publik yang bertanggung jawab langsung kepada Presiden dan memiliki tugas untuk menyelenggarakan jaminan Kesehatan Nasional bagi seluruh rakyat Indonesia, terutama untuk Pegawai Negeri Sipil, Penerima Pensiun PNS dan TNI/POLRI, Veteran, Perintis Kemerdekaan beserta keluarganya dan Badan Usaha lainnya ataupun rakyat biasa. BPJS Kesehatan bersama BPJS Ketenagakerjaan (dahulu bernama Jamsostek) merupakan program pemerintah dalam kesatuan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) yang diresmikan pada tanggal 31

Desember 2013. Untuk BPJS Kesehatan mulai beroperasi sejak tanggal 1 Januari 2014, sedangkan BPJS Ketenagakerjaan mulai beroperasi sejak 1 Juli 2014.

**b. Sejarah singkat BPJS Kesehatan**

BPJS Kesehatan sebelumnya bernama Askes (Asuransi Kesehatan), yang dikelola oleh PT. Askes Indonesia (Persero), namun sesuai UU No. 24 Tahun 2011 tentang BPJS, PT. Askes Indonesia berubah menjadi BPJS Kesehatan sejak tanggal 1 Januari 2014.

Pada tahun 1968 - Pemerintah Indonesia mengeluarkan kebijakan yang secara jelas mengatur pemeliharaan kesehatan bagi Pegawai Negeri dan Penerima Pensiun (PNS dan ABRI) beserta anggota keluarganya berdasarkan Keputusan Presiden Nomor 230 Tahun 1968. Menteri Kesehatan membentuk Badan Khusus di lingkungan Departemen Kesehatan RI yaitu Badan Penyelenggara Dana Pemeliharaan Kesehatan (BPDPK), dimana oleh Menteri Kesehatan RI pada waktu itu (Prof. Dr. G.A. Siwabessy) dinyatakan sebagai cikal-bakal Asuransi Kesehatan Nasional.

Pada tahun 1984 - Untuk lebih meningkatkan program jaminan pemeliharaan kesehatan bagi peserta dan agar dapat dikelola secara profesional, Pemerintah menerbitkan Peraturan Pemerintah Nomor 22 Tahun 1984 tentang Pemeliharaan Kesehatan bagi Pegawai Negeri Sipil, Penerima Pensiun (PNS, ABRI dan Pejabat Negara) beserta anggota keluarganya. Dengan Peraturan Pemerintah Nomor 23 Tahun 1984, status badan penyelenggara diubah menjadi Perusahaan Umum Husada Bhakti.

Pada tahun 1991 - Berdasarkan Peraturan Pemerintah Nomor 69 Tahun 1991, kepesertaan program jaminan pemeliharaan kesehatan yang dikelola Perum Husada

Bhakti ditambah dengan Veteran dan Perintis Kemerdekaan beserta anggota keluarganya. Disamping itu, perusahaan diizinkan memperluas jangkauan kepesertaannya ke badan usaha dan badan lainnya sebagai peserta sukarela.

Pada tahun 1992 - Berdasarkan Peraturan Pemerintah Nomor 6 Tahun 1992 status Perum diubah menjadi Perusahaan Perseroan (PT Persero) dengan pertimbangan fleksibilitas pengelolaan keuangan, kontribusi kepada Pemerintah dapat dinegosiasi untuk kepentingan pelayanan kepada peserta dan manajemen lebih mandiri.

Pada tahun 2005 - PT. Askes (Persero) diberi tugas oleh Pemerintah melalui Departemen Kesehatan RI, sesuai Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 1241/MENKES/SK/XI/2004 dan Nomor 56/MENKES/SK/I/2005, sebagai Penyelenggara Program Jaminan Kesehatan Masyarakat Miskin (PJKMM/ASKESKIN).

- Dasar Penyelenggaraan :
- UUD 1945
- UU No. 23/1992 tentang Kesehatan
- UU No.40/2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN)
- Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 1241/MENKES/SK/XI/2004 dan Nomor 56/MENKES/SK/I/2005,

Prinsip Penyelenggaraan mengacu pada :

- Diselenggarakan secara serentak di seluruh Indonesia dengan asas gotong royong sehingga terjadi subsidi silang.
- Mengacu pada prinsip asuransi kesehatan sosial.
- Pelayanan kesehatan dengan prinsip *managed care* dilaksanakan secara

terstruktur dan berjenjang.

- Program diselenggarakan dengan prinsip nirlaba.
  - Menjamin adanya probabilitas dan ekuitas dalam pelayanan kepada peserta.
  - Adanya akuntabilitas dan transparansi yang terjamin dengan mengutamakan prinsip kehati-hatian, efisiensi dan efektifitas.
- 2014 - Mulai tanggal 1 Januari 2014, PT Askes Indonesia (Persero) berubah nama menjadi BPJS Kesehatan sesuai dengan Undang-Undang no. 24 tahun 2011 tentang BPJS.

#### c. **Kepesertaan wajib**

Setiap warga negara Indonesia dan warga asing yang sudah bekerja di Indonesia selama minimal enam bulan wajib menjadi anggota BPJS. Ini sesuai pasal 14 UU BPJS. Setiap perusahaan wajib mendaftarkan pekerjanya sebagai anggota BPJS. Sedangkan orang atau keluarga yang tidak bekerja pada perusahaan wajib mendaftarkan diri dan anggota keluarganya pada BPJS. Setiap peserta BPJS akan ditarik iuran yang besarnya ditentukan kemudian. Sedangkan bagi warga miskin, iuran BPJS ditanggung pemerintah melalui program Bantuan Iuran.

Menjadi peserta BPJS tidak hanya wajib bagi pekerja di sektor formal, namun juga pekerja informal. Pekerja informal juga wajib menjadi anggota BPJS Kesehatan. Para pekerja wajib mendaftarkan dirinya dan membayar iuran sesuai dengan tingkatan manfaat yang diinginkan.

Jaminan kesehatan secara universal diharapkan bisa dimulai secara bertahap pada 2014 dan pada 2019, diharapkan seluruh warga Indonesia sudah memiliki jaminan kesehatan tersebut. Menteri Kesehatan Nafsiah Mboi menyatakan BPJS Kesehatan

akan diupayakan untuk menanggung segala jenis penyakit namun dengan melakukan upaya efisiensi (Wikipedia, 2015).

## 5. Penelitian Kualitatif dengan Triangulasi

### a. Penelitian kualitatif

Dari Wikipedia bahasa Indonesia, ensiklopedia bebas dijelaskan bahwa *Penelitian kualitatif* adalah penelitian tentang riset yang bersifat deskriptif dan cenderung menggunakan analisis. Proses dan makna (perspektif subjek) lebih ditonjolkan dalam penelitian kualitatif. Landasan teori dimanfaatkan sebagai pemandu agar fokus penelitian sesuai dengan fakta di lapangan. Selain itu landasan teori ini juga bermanfaat untuk memberikan gambaran umum tentang latar penelitian dan sebagai bahan pembahasan hasil penelitian. Terdapat perbedaan mendasar antara peran landasan teori dalam penelitian kuantitatif dengan penelitian kualitatif. Dalam penelitian kuantitatif, penelitian berangkat dari teori menuju data, dan berakhir pada penerimaan atau penolakan terhadap teori yang digunakan; sedangkan dalam penelitian kualitatif peneliti bertolak dari data, memanfaatkan teori yang ada sebagai bahan penjelas, dan berakhir dengan suatu teori.

Kriyantono menyatakan bahwa “riset kualitatif bertujuan untuk menjelaskan fenomena dengan sedalam-dalamnya melalui pengumpulan data sedalam-dalamnya.”. Penelitian kualitatif menekankan pada kedalaman data yang didapatkan oleh peneliti. Semakin dalam dan detail data yang didapatkan, maka semakin baik kualitas dari penelitian kualitatif ini. Berbeda dengan kuantitatif, objek dalam penelitian kualitatif umumnya berjumlah terbatas.

Dalam penelitian ini, peneliti ikut serta dalam peristiwa/kondisi yang sedang diteliti. Untuk itu hasil dari penelitian ini memerlukan kedalaman analisis dari peneliti. Selain itu, hasil penelitian ini bersifat subjektif sehingga tidak dapat digeneralisasikan. Secara umum, penelitian kualitatif dilakukan dengan metode wawancara dan survei. Melalui metode ini, peneliti akan menganalisis data yang didapatkan dari lapangan dengan detail. Peneliti tidak dapat meneliti kondisi sosial yang disurvei, karena seluruh realitas yang terjadi merupakan kesatuan yang terjadi secara alamiah.

Hasil dari penelitian kualitatif juga dapat memunculkan teori atau konsep baru apabila hasil penelitiannya bertentangan dengan teori dan konsep yang sebelumnya dijadikan sebagai kajian dalam penelitian.

Penelitian kualitatif jauh lebih subjektif daripada penelitian atau survei kuantitatif dan menggunakan metode sangat berbeda dari mengumpulkan informasi, terutama individu, dalam menggunakan wawancara secara mendalam dan grup fokus. Sifat dari jenis penelitian ini adalah penelitian dan penjelajahan terbuka berakhir dilakukan dalam jumlah relatif kelompok kecil yang diwawancarai secara mendalam.

Peserta diminta untuk menjawab pertanyaan umum, dan pewawancara atau moderator group periset menjelajah dengan tanggapan mereka untuk mengidentifikasi dan menentukan persepsi, pendapat dan perasaan tentang gagasan atau topik yang dibahas dan untuk menentukan derajat kesepakatan yang ada dalam grup.

Kualitas hasil temuan dari penelitian kualitatif secara langsung tergantung pada kemampuan, pengalaman dan kepekaan dari pewawancara atau moderator group.

Jenis penelitian yang sering kurang dilakukan dari survei karena mahal dan sangat efektif dalam memperoleh informasi tentang kebutuhan komunikasi dan tanggapan

dan pandangan tentang komunikasi tertentu. Dalam hal ini sering metode pilihan dalam kasus di mana pengukuran atau survei kuantitatif tidak diperlukan.

Dalam penelitian kualitatif, identitas dan peran informan serta informasi-informasi yang disampaikan menjadi hal-hal yang berharga sehingga peneliti harus memiliki tanggungjawab untuk memperlakukan identitas diri dan informasi yang disampaikan oleh informan. Identitas dan informasi tersebut dapat dibuka atau tertutup untuk khalayak, tergantung dari kesepakatan antara peneliti dan informan yang tertulis dalam formulir kesepakatan (*consent form*). Peneliti boleh membuka identitas selama informan sepakat dan peneliti juga harus menghargai keputusan apabila informan ingin identitasnya dilindungi.

Dalam pengambilan data penelitian kualitatif, sebaiknya peneliti mendapatkan izin baik secara tertulis ataupun lisan sehingga penelitian tidak melanggar norma-norma yang mungkin dianut oleh informan atau objek penelitian.

Selain penelitian yang melibatkan masyarakat dan media komunikasi yang dihasilkan, kegiatan dan manajemen komunikasi dengan informan terdapat aspek penting lainnya yaitu organisasi komunikasi yang belajar untuk sepenuhnya pemahaman dimensi tentang bagaimana sebuah organisasi berkomunikasi dan apa yang bekerja dan apa yang tidak dalam hal ini termasuk pemeriksaan penggunaan pola komunikasi elektronik sistem seperti e-mail, Voice-Mail, intranet, dll, analisis pola arus komunikasi dalam jaringan, sistem umpan balik dan komunikasi informal seperti memo. Penelitian di daerah-daerah yang sering dilakukan oleh sistem teknologi komunikasi dan audit personel profesional seperti lembaga periset (Wikipedia, 2010).



Menurut Sugiyono metode penelitian kualitatif adalah suatu metode penelitian yang berlandaskan pada filsafat positivisme, yang digunakan untuk meneliti pada kondisi objek yang alamiah, (sebagai lawannya adalah eksperimen) yang dimana peneliti merupakan sebagai instrumen kunci, dari pengambilan sampel sumber data yang dilakukan dengan cara *purposive* dan *snowball*, teknik pengumpulan triangulasi, analisis data yang bersifat induktif atau kualitatif, dan hasil penelitian kualitatif lebih menekankan pada makna dari generalisasi.

Teknik analisis data deskriptif merupakan suatu cara dalam meneliti status sekelompok manusia, suatu objek, kondisi, sistem pemikiran atau juga peristiwa masa sekarang. Jenis metode penelitian kualitatif ini berusaha menjelaskan fenomena sosial pada saat tertentu. Metode penelitian kualitatif dibedakan menjadi beberapa jenis, yaitu berdasarkan kriteria perbedaan diantara lain fungsi akhir dan pendekatannya.

Metode analisis data deskriptif kualitatif dalam suatu penelitian kualitatif berguna untuk mengembangkan teori yang telah dibangun dari data yang sudah didapatkan di lapangan. Metode penelitian kualitatif pada tahap awalnya peneliti melakukan penjelajahan, kemudian dilakukan pengumpulan data sampai mendalam, mulai dari survei hingga penyusunan laporan.

Apabila proses pengolahan data telah selesai, maka proses selanjutnya yaitu analisis data. Tujuan analisis data adalah untuk menyederhanakan dan juga memudahkan data untuk ditafsirkan. Setelah datanya sudah terkumpul, maka diklasifikasikan menjadi dua kelompok, yakni data kuantitatif dengan bentuk angka-angka dan data kualitatif yang lebih dinyatakan dalam bentuk kata-kata atau simbol.

Tabulasi data diperlukan guna menyusun dan menghitung data dari hasil klasifikasi untuk kemudian disusun dalam bentuk tabel atau grafik.

Bila data sudah selesai dianalisis, kegiatan yang harus dilakukan yaitu menafsirkan hasil analisis data tersebut. Tujuan penafsiran analisis ini adalah untuk menarik kesimpulan dari penelitian kualitatif yang telah dilakukan. Penarikan kesimpulan ini dilakukan dengan cara membandingkan hipotesis yang sudah dirumuskan dengan hasil analisa data yang sudah diperoleh. Akhirnya, peneliti bisa menarik kesimpulan apakah menerima atau menolak hipotesis yang sudah dirumuskan.

Berikut adalah Contoh Teknik Analisis Data Penelitian Kualitatif. Setelah rangkaian semuanya data terkumpul, maka kemudian dilakukan analisis data sesuai dengan prosedur dan teknis pengolahan seperti di bawah ini:

1. Dilakukan pemilahan dan juga penyusunan klasifikasi data,
2. Dilakukan penyunting data dan juga pemberian kode data untuk membangun kinerja analisis data,
3. Dilakukan konfirmasi data yang memerlukan verifikasi data dan pendalaman data,
4. Dan terakhir Dilakukan analisa data sesuai dengan konstruksi pembahasan hasil penelitian (Rizky, 2019).

b. Triangulasi

Triangulasi adalah metode yang digunakan dalam penelitian kualitatif untuk memeriksa dan menetapkan Akurasi dengan menganalisis dari berbagai perspektif. Akurasi dalam penelitian kuantitatif dilihat berdasarkan akurasi sebuah alat ukur yaitu instrumen.

Akurasi dalam penelitian kualitatif mengacu pada apakah temuan penelitian secara akurat mencerminkan situasi dan didukung oleh bukti.

Triangulasi merujuk pada konsistensi suatu penelitian. Tapi Patton (2001) memperingatkan bahwa inkonsistensi sebuah analisis tidak boleh dilihat sebagai kelemahan bukti, tetapi kesempatan untuk mengungkap makna lebih dalam data.

Ada 4 jenis penyajian triangulasi sebagai berikut:

1) Triangulasi Data (*Data Triangulation*)

Peneliti menggunakan berbagai jenis sumber data dan bukti dari situasi yang berbeda. Ada 3 sub jenis yaitu orang, waktu dan ruang.

- Orang, data-data dikumpulkan dari orang-orang berbeda yang melakukan aktivitas sama.
- Waktu, data-data dikumpulkan pada waktu yang berbeda.
- Ruang, data-data dikumpulkan di tempat yang berbeda.

Bentuk paling kompleks triangulasi data yaitu menggabungkan beberapa sub-tipe atau semua level analisis. Jika data-data konsisten, maka Akurasi ditegakkan.

2) Triangulasi Antar-Peneliti (*Multiple Researchers*)

Pelibatan beberapa peneliti berbeda dalam proses analisis. Bentuk kongkrit biasanya sebuah tim evaluasi yang terdiri dari rekan-rekan yang menguasai metode spesifik ke dalam *Focus Group Discussion (FGD)*. Triangulasi ini biasanya menggunakan profesional yang menguasai teknik spesifik dengan keyakinan bahwa ahli dari teknik berbeda membawa perspektif berbeda. Jika setiap evaluator menafsirkan sama, maka Akurasi ditegakkan.

### 3) Triangulasi Teori (*Theory Triangulation*)

Penggunaan berbagai perspektif untuk menafsirkan sebuah set data. Penggunaan beragam teori dapat membantu memberikan pemahaman yang lebih baik saat memahami data. Jika beragam teori menghasilkan kesimpulan analisis sama, maka Akurasi ditegakkan.

### 4) Triangulasi Metodologi (*Methodological Triangulation*)

Pemeriksaan konsistensi temuan yang dihasilkan oleh metode pengumpulan data yang berbeda seperti penggabungan metode kualitatif dengan data kuantitatif atau melengkapi data wawancara dengan data survei. Hasil survei, wawancara dan survei, dapat dibandingkan untuk melihat apakah hasil temuan sama. Jika kesimpulan dari masing-masing metode sama, maka Akurasi ditegakkan.

Manfaat triangulasi adalah meningkatkan kepercayaan penelitian, menciptakan cara-cara inovatif memahami fenomena, mengungkap temuan unik, menantang atau mengintegrasikan teori dan memberi pemahaman yang lebih jelas tentang masalah.

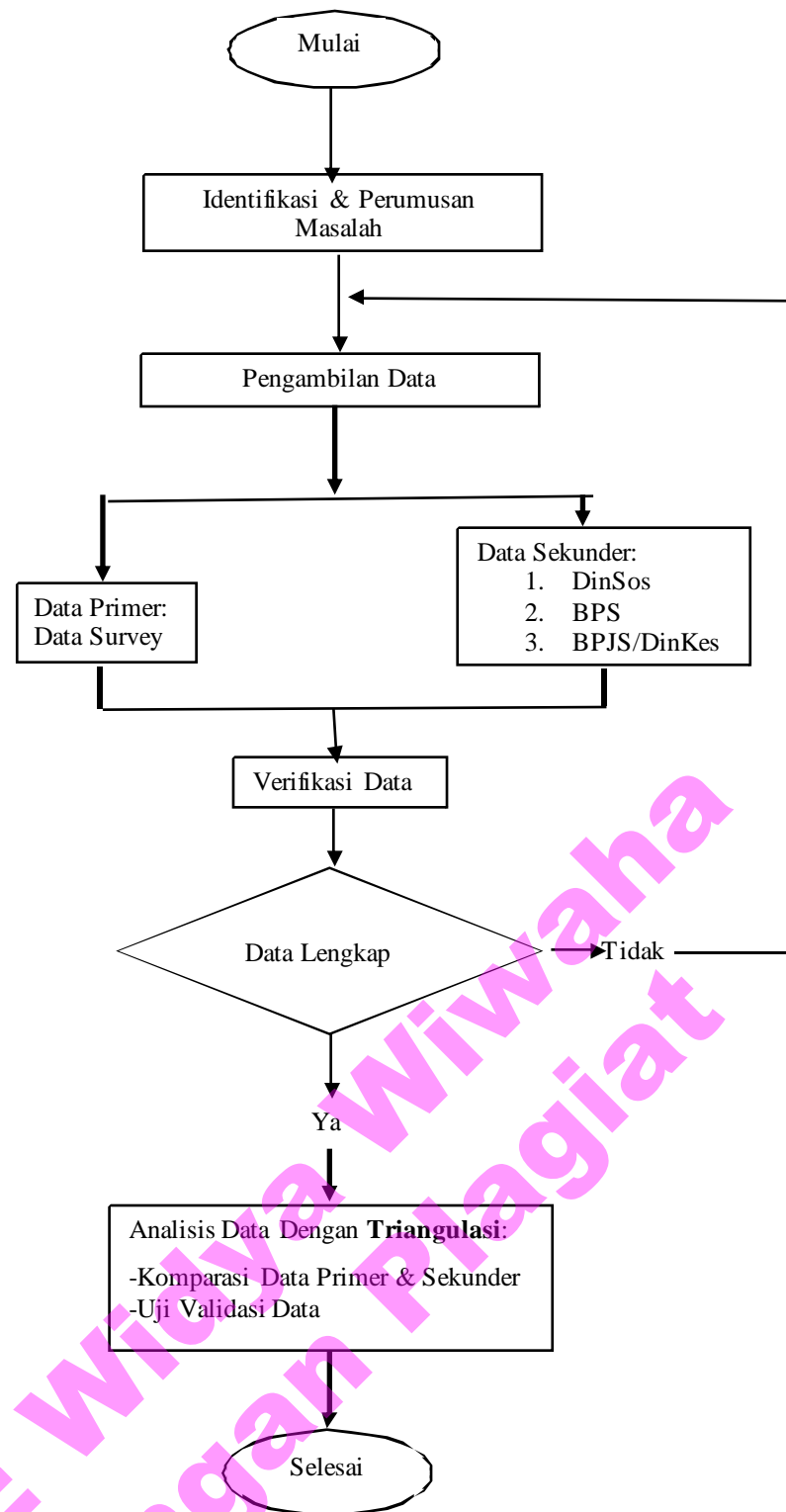
Kelemahan utama triangulasi yaitu memakan waktu. Mengumpulkan data beragam membutuhkan perencanaan lebih besar dan organisasi sumber yang tidak selalu tersedia. Kelemahan lainnya bias dan konflik kerangka teoritis (Anonim, 2014).

## **6. Kerangka Penelitian**

Pengelompokkan jenis penelitian yang dipilih menurut pedoman dari sudut pandang yang ditetapkan berdasarkan beberapa variabel kriteria pengelompokan yang ditinjau. Jenis penelitian ini termasuk penelitian deskriptif. Yaitu penelitian yang langsung bertujuan untuk memberikan data seteliti mungkin tentang kriteria pasien miskin yang berhak mendapatkan kartu KIS-PBI.

Diagram Alir Penelitian dibuat sebagai pedoman agar peneliti tidak kehilangan orientasi (*miss oriented*) penelitian. Sekaligus memberikan penjelasan tentang proses penelitian ini dilakukan hingga tercapai tujuan penelitian yang diinginkan. Diagram Alir Penelitian dapat dilihat pada gambar 2.2.

**STIE Widya Wiwaha**  
**Jangan Plagiat**



Gambar 2.2  
Diagram Alir Penelitian

## B. PENELITIAN SEBELUMNYA

### 1. Sumber Data Kependudukan

Database kependudukan yang selama ini dijadikan Sumber data oleh berbagai pihak yang salah satunya adalah dijadikan dasar untuk Daftar Penduduk Potensial Pemilih Pemilu (DP4) oleh KPU ternyata dianggap tidak akurat. Ketidak akuratan tersebut dikarenakan terdapatnya data bermasalah, yaitu data yang sudah tidak terpakai lagi masih ada dalam Database Kependudukan. Salah satu contoh: laporan kependudukan dari tingkat Desa/Kelurahan mengenai kematian atau pindah hanya berupa jumlah, tidak dilengkapi siapa saja kah yang mati atau pindah tersebut, jumlah penduduk di desa/kelurahan sudah berkurang sementara di kabupaten tidak berkurang dikarenakan tidak ada data *by name by adres* untuk dilakukan pendeletan, sehingga jumlah penduduk yang dimiliki pihak Desa/Kelurahan tidak sama dengan Database yang di kelola oleh Kabupaten (Dinas Kependudukan dan Pencatatan Sipil). Hal ini salahsatu yang mengakibatkan terjadinya penggelembungan data kependudukan.

Peningkatan Pelayanan Administrasi Kependudukan di tingkat Desa/Kelurahan perlu dilaksanakan guna terwujudnya pelayanan yang cepat dan akurat, salah satu upaya tersebut Dinas Kependudukan dan Pencatatan Sipil Kabupaten/Kota akan memberikan sebuah aplikasi atau program yaitu Aplikasi Validasi Data Penduduk yang akan di operasikan oleh Petugas Register Kependudukan di tingkat Desa/Kelurahan, dan sudah berisi database kependudukan.

Dalam rangka membangun dan meningkatkan tertib Administrasi Kependudukan (PP 37 tahun 2007 pasal 13, UU No.23 thn 2006), Dinas Kependudukan dan

Pencatatan Sipil Kabupaten/Kota akan melaksanakan sebuah terobosan baru dengan sebutan Validasi Data Penduduk.

Validasi Data Penduduk merupakan sebuah kegiatan pemutakhiran/coklit (pencocokan dan penelitian) data kependudukan yang dilaksanakan langsung melibatkan pihak Desa/Kel, RW dan RT sebagai ujung tombak pelayan Administrasi Kependudukan. Untuk mempermudah keterlibatan pihak Desa/Kelurahan tersebut maka Dinas Kependudukan dan Pencatatan Sipil Kabupaten/Kota akan meluncurkan sebuah aplikasi yang disebut Aplikasi *Validasi Data Penduduk*.

Aplikasi Validasi Data Penduduk adalah sebuah *Tools* dimana didalamnya tersedia berbagai fasilitas yang bisa membantu kegiatan pelayanan administrasi kependudukan di tingkat Desa/Kelurahan, aplikasi ini dilengkapi proses-proses penunjang pelayanan administrasi kependudukan untuk tingkat Desa/Kelurahan berupa format-format Surat

Keterangan yang sering di minta oleh penduduk setempat, kemudian proses-proses penunjang pelayanan administrasi kependudukan untuk tingkat Kecamatan berupa laporan perkembangan penduduk mengenai kelahiran, kematian, pindah dan datang (LAMPID). Bukan sekedar jumlah, namun disertai dengan data *by name by address* mengenai LAMPID tersebut, selain itu proses-proses penunjang pelayanan administrasi kependudukan untuk Kabupaten/Kota berupa *output* formulir-formulir pelayanan administrasi kependudukan, sehingga dengan adanya aplikasi ini petugas Registrasi Kependudukan di tingkat Desa/Kelurahan dapat meningkatkan pelayanan Administrasi Kependudukan dengan cepat dan akurat.

Aplikasi Validasi Data Penduduk adalah berisi Database Penduduk per-desa/kelurahan yang diambil dari Database kependudukan yang diberikan kepada



masing-masing Desa/Kelurahan dalam rangka peningkatan pelayanan administrasi kependudukan yang cepat dan akurat (Gunawan, 2013).

Dirjen Kependudukan dan Pencatatan Sipil Kementerian Dalam Negeri Prof. Zudan Arif Fakrulloh menaruh harapan besar terhadap semakin meningkatnya kualitas penyelenggaraan Administrasi Kependudukan (Adminduk) di seluruh Indonesia. Untuk itu, ia terus mengingatkan jajarannya untuk terus bekerja dengan performa terbaik. Terlebih, tahun 2019 menurut Prof. Zudan merupakan tahun yang paling kondusif untuk mencapai berbagai target dan memperbaiki kinerja dibanding tahun-tahun sebelumnya yang dinilainya sebagai tahun-tahun terberat.

Kita sudah melewati 4 tahun yang merupakan tahun-tahun terberat bagi kita dalam upaya penataan penyelenggaraan Adminduk. Tahun ini saatnya kita mengejar semua hal yang belum kita capai di 4 tahun yang lewat”, jelas Prof. Zudan pada rapat Sinkronisasi Program dan Kegiatan Dukcapil dalam Rangka Peningkatan Kapasitas Aparatur Dukcapil Tahun Anggaran 2019 di Lorin Hotel Sentul, Bogor, Selasa (08/01/2019).

Pada acara yang dihadiri sekitar 150 peserta ini, juga hadir Sekretaris Ditjen Dukcapil I Gede Suratha, para Direktur, para Pejabat Eselon III, Eselon IV, serta staf Ditjen Dukcapil.

Memulai awal tahun 2019, Prof. Zudan mengungkapkan ada 10 agenda besar dalam penyelenggaraan Adminduk. Satu, alih teknologi untuk kemandirian Dukcapil. Kemandirian teknologi secara bertahap dimulai sejak tahun 2018 dan semakin dioptimalkan di tahun 2019. Untuk itu, peningkatan sumber daya manusia Dukcapil

terus dilakukan, terutama proses alih teknologi dengan mitra yang selama ini bekerjasama dalam pengelolaan teknologi Dukcapil.

Dua, memperluas pelaksanaan Gerakan Indonesia Sadar Adminduk (GISA). Sejak dicanangkan secara nasional pada awal 2018, GISA secara maraton diterapkan di provinsi dan kabupaten/kota. Pada tahun 2019, GISA semakin diperluas hingga ke tingkat kecamatan dan desa/kelurahan.

Tiga, keberlangsungan sistem melalui peremajaan, pemeliharaan, dan pengembangan sistem untuk keberlangsungan sistem penyelenggaraan Adminduk, serta peningkatan kualitas SDM.

Empat, mendukung suksesnya Pemilu 2019 melalui penyediaan data kependudukan, pemutakhiran data kependudukan, memaksimalkan kepemilikan KTP-el, percepatan pencetakan KTP-el, dan menyiapkan *call center* untuk tujuan validasi data kependudukan.

Lima, meningkatkan pelayanan publik melalui pemanfaatan data kependudukan (pemanfaatan *card reader*, akses data, dan *call center*).

Enam, mengembangkan inovasi melalui Dukcapil *Go Digital*, pelayanan daring/*online*, pelayanan terintegrasi, penciptaan ekosistem dalam penyelenggaraan Adminduk dengan lembaga lain.

Tujuh, pelaksanaan *affirmative policy* dan *affirmative action* melalui pelayanan penduduk rentan, terisolir, dan penduduk di kawasan perbatasan negara, dan LP/Rutan.

Delapan, pelaksanaan dan pendampingan pelayanan Adminduk bagi WNI di luar negeri, yang selama tahun 2018 sudah dilakukan di 14 (empat belas) negara meliputi

Malaysia, Taiwan, UEA, Filipina, Arab Saudi, Qatar, Australia, Amerika Serikat, Belanda, Jerman, Jepang, Korea Selatan, Hongkong dan Nigeria.

Sembilan, membangun ekosistem pelayanan Adminduk dengan mendorong percepatan dan peningkatan kualitas layanan bagi penduduk.

Sepuluh, pendokumentasian produk, aplikasi, sistem, dan inovasi penyelenggaraan Adminduk (Dukcapil, 2019).

## 2. Riset Kualitatif Triangulasi

Triangulasi dengan sumber artinya membandingkan dan mengecek balik derajat kepercayaan suatu informasi yang diperoleh melalui waktu dan alat yang berbeda dalam penelitian kualitatif (Patton, 1987:331). Sementara itu, dalam catatan Tedi Cahyono dilengkapi bahwa dalam riset kualitatif triangulasi merupakan proses yang harus dilalui oleh seorang peneliti disamping proses lainnya, dimana proses ini menentukan aspek Akurasi informasi yang diperoleh untuk kemudian disusun dalam suatu penelitian. teknik pemeriksaan keabsahan data yang memanfaatkan sesuatu yang lain di luar data itu untuk keperluan pengecekan atau sebagai pembanding terhadap data itu. Teknik triangulasi yang paling banyak digunakan ialah pemeriksaan melalui sumber lain. Model triangulasi diajukan untuk menghilangkan dikotomi antara pendekatan kualitatif dan kuantitatif sehingga benar-benar ditemukan teori yang tepat. Murti B., 2006 menyatakan bahwa tujuan umum dilakukan triangulasi adalah untuk meningkatkan kekuatan teoritis, metodologis, maupun interpretatif dari sebuah riset. Dengan demikian triangulasi memiliki arti penting dalam menjembatani dikotomi riset kualitatif dan kuantitatif, sedangkan menurut Yin R.K, 2003 menyatakan bahwa pengumpulan data triangulasi (*triangulation*) melibatkan survei,

wawancara dan dokumentasi. Apa yang dapat saya katakan disini bahwa implementasi riset kesehatan saat ini banyak dikembangkan kemitraan riset kualitatif dan kuantitatif (*mix methods*) (Prastowo, 2011).

Sejumlah variabel dapat dipakai untuk melacak persoalan kemiskinan, dan dari variabel ini dihasilkan serangkaian strategi dan kebijakan penanggulangan kemiskinan yang tepat sasaran dan berkesinambungan. Dari dimensi pendidikan misalnya, pendidikan yang rendah dipandang sebagai penyebab kemiskinan.

Dari dimensi kesehatan, rendahnya mutu kesehatan masyarakat menyebabkan terjadinya kemiskinan. Dari dimensi ekonomi, kepemilikan alat produktif yang terbatas, penguasaan teknologi dan kurangnya keterampilan, dilihat sebagai alasan mendasar mengapa terjadi kemiskinan. Faktor kultur dan struktural juga sering dilihat sebagai elemen penting yang menentukan tingkat kemakmuran dan kesejahteraan masyarakat.

Tidak ada yang salah dengan pendekatan tersebut, tetapi dibutuhkan keterpaduan antara berbagai faktor penyebab kemiskinan yang sangat banyak dengan indikator-indikator yang jelas, sehingga kebijakan penanggulangan kemiskinan tidak bersifat temporer, tetapi permanen dan berkelanjutan. Selama tiga dekade, upaya penggulungan kemiskinan dilakukan dengan penyediaan kebutuhan dasar seperti pangan, pelayanan kesehatan dan pendidikan, perluasan kesempatan kerja, pembangunan pertanian, pemberian dana bergulir melalui sistem kredit, pembangunan prasarana dan pendampingan, penyuluhan sanitasi dan sebagainya (Prawoto, 2008).

## BAB III

### METODE PENELITIAN

#### A. Rancangan/Disain Penelitian

Desain penelitian disusun sebagai pedoman atau prosedur penelitian serta teknik dalam perencanaan penelitian yang berfungsi sebagai panduan dalam membangun strategi yang menghasilkan model atau *blue print* penelitian.

##### ▪ *Survey Research*

Penelitian ini dilakukan dengan metode survei dengan kuesioner, dan wawancara yang bersifat kualitatif untuk meneliti kondisi suatu individu atau kelompok dan sekaligus bersifat kuantitatif sebagai kontrol data akhir penelitian. Pada penelitian survei ini digunakan kuesioner sebagai instrumen pengambil data. Penelitian survei ini dilakukan dengan cara mengambil sampel dari satu populasi dan menggunakan kuesioner sebagai alat pengumpulan data pokok.

Sejalan dengan karakteristik topik penelitian ini, maka jenis penelitian yang digunakan adalah penelitian kualitatif, yang orientasinya diarahkan untuk kepentingan penggalan data yang sifatnya alamiah dan holistik-kontekstual (Moleong, 2005:3).

Data utama yang dimaksud dalam konteks penelitian ini adalah data global masyarakat miskin dari BPS, Basis Data Terpadu (BDT) dari Dinas Sosial serta data masyarakat miskin peserta KIS\_PBI dari BPJS yang dapat diakses secara *on-line* di Dinas Kesehatan kabupaten Ngawi.

Dengan implementasi teknik triangulasi sebagai salah satu metode atau teknik uji akurasi atau pemeriksaan keabsahan data dalam penelitian kualitatif. Yang secara khusus digunakan dalam penelitian ini, dipilih model kualitatif dengan perspektif kritis *weltanschauung* yang di dalamnya terkandung maksud sebagai bagian dari metode kritis atas realitas kekurangan atau bahkan mungkin adanya kekeliruan pada data pasien miskin peserta KIS-PBI di kabupaten Ngawi. Untuk kemudian dapat dilakukan pemutakhiran data pasien miskin tersebut di masa yang akan datang.

Adapun persoalan kritis yang dikedepankan sebagaimana dimaksud dalam penelitian ini, adalah keterkaitan dengan kemungkinan terdapat kesalahan implementasi saat dilakukan pendataan pasien miskin. Dan yang sangat mungkin juga disebabkan oleh kesalahan pendistribusian KIS-PBI pada pasien miskin yang berhak menerima. Atau juga mungkin karena kekeliruan oleh sebab lain yang belum diketahui penyebabnya secara pasti.

Sumber data sekunder yang dipergunakan dalam penelitian ini hanya didasarkan pada data global yang telah masuk dari BPS, data dari BDT Dinas Sosial dan data dari *P-Care* BPJS yang sudah dapat diakses langsung secara *on-line* di Dinas Kesehatan Kabupaten Ngawi.

Hal ini dilakukan dengan tujuan, untuk dilakukan *recheck* data masyarakat miskin yang terkait dengan kepesertaan KIS-PBI. Baik masyarakat miskin yang sudah menerima atau yang belum menerima KIS-PBI. Serta agar diperoleh mepastian bahwa pendistribusian KIS-PBI telah benar-benar tepat sasaran. Langkah awal survei ini diharapkan mampu didapatkan informasi data yang cukup komprehensif, sehingga akan menjadi masukan sebagai acuan untuk dapat dilakukan langkah nyata ke depan.

## B. Definisi Operasional Variabel

Variabel penelitian yang dimaksudkan dalam penelitian ini adalah berupa atribut, sifat atau nilai dari kondisi seseorang atau kelompok masyarakat tertentu sebagai obyek penelitian. Atau berupa kondisi yang mempunyai variabel tertentu yang telah ditetapkan untuk dipelajari. Untuk kemudian dapat ditarik kesimpulannya. Adapun variabel penelitian tersebut meliputi beberapa hal sebagai berikut:

- a. Pemeriksaan Kartu Keluarga (Kartu KK)
- b. Pemeriksaan *check list* masyarakat miskin yang sudah mendapatkan KIS-PBI
- c. Pemeriksaan *check list* masyarakat miskin yang belum mendapatkan KIS-PBI
- d. Pemeriksaan *check list* masyarakat miskin yang memiliki KIS-PBI ganda
- e. Pendataan peserta KIS-PBI yang sudah pindah/ meninggal

Dalam penelitian ini dilakukan pengukuran terhadap keberadaan suatu variabel dengan menggunakan beberapa instrumen penelitian. Kemudian proses penelitian dilanjutkan dengan kegiatan analisis untuk mencari pengaruh suatu variabel dengan variabel lain. Atau berdasarkan hubungan antara satu variabel dengan variabel lain.

Operasionalisasi variabel diperlukan untuk menjabarkan variabel penelitian menjadi sebuah konsep, dimensi, indikator dan ukuran yang diarahkan untuk memperoleh nilai variabel lainnya. Disamping itu, tujuannya adalah untuk memudahkan pengertian dan menghindari perbedaan persepsi dalam penelitian ini. Definisi operasionalisasi variabel dari penelitian ini ditunjukkan pada tabel 3.1.

**Tabel 3.1**  
**Operasionalisasi Variabel**

Variabel	Konsep Variabel	Dimensi	Indikator	No. Kuesioner
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Kategori Masyarakat Miskin yang berhak menerima KIS-PBI</li> </ul>	Kategori Miskin adalah klasifikasi data penduduk miskin menurut ketentuan BPS	Variabel data masyarakat miskin yang ditetapkan BPS sebagai prosedur penentu kategori pasien miskin : a. Data BPS b. Data DinSos c. Data Dinkes d. Data BPJS	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Kepastian dalam check list data masyarakat miskin</li> <li>b. Kelengkapan dokumen saat observasi</li> <li>c. Pengakuan Kepemilikan KIS-PBI</li> <li>d. Pengakuan adanya</li> <li>e. Kepemilikan ganda KIS-PBI</li> </ul>	1-2
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Maskin pemegang KIS-PBI</li> <li>▪ anggota masyarakat miskin yang belum menerima KIS-PBI</li> <li>▪ anggota masyarakat mampu namun menerima KIS-PBI</li> <li>▪ masyarakat pemilik KIS-PBI ganda</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ anggota masyarakat miskin yang sudah menerima KIS-PBI</li> <li>▪ anggota masyarakat miskin yang termasuk dalam Data DinSos dan seharusnya berhak atas KIS-PBI namun tidak menerima KIS-PBI</li> <li>▪ anggota masyarakat mampu yang seharusnya tidak berhak atas KIS-PBI, namun menerima KIS-PBI</li> <li>▪ masyarakat miskin yang memperoleh KIS-PBI ganda</li> </ul>	Pendistribusian KIS-PBI:  1. Tepat sasaran 2. Tidak Tepat Sasaran 3. Kepemilikan Ganda 4. NIK pada Kartu Keluarga tidak Sesuai 5. Mortalitas pemegang KIS-PBI yang tidak/ belum dilaporkan	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Catatan observasi dan hasil wawancara obyek</li> <li>b. Klasifikasi kategori maskin penerima KIS-PBI</li> <li>c. Klasifikasi kategori pasien miskin yang belum menerima KIS-PBI</li> <li>d. Klasifikasi kategori masyarakat miskin penerima KIS-PBI ganda</li> </ul>	3-4



### C. Instrumen Penelitian

Instrumen penelitian adalah media yang akan digunakan untuk mengumpulkan data. Instrumen penelitian ini berupa data primer baik formulir kuesioner, formulir wawancara, dan formulir pendataan lain yang berkaitan dengan pencatatan data primer. Yang berfungsi sebagai pembanding bagi data sekunder dari pihak lain atau sebagai *checklist* data masyarakat miskin dari formulir lainnya.

Data dikumpulkan secara *verbal*. Diperkaya dan kemudian diperdalam melalui hasil pengamatan, mendengar, melakukan persepsi, pemaknaan atau penghayatan peneliti. Untuk selanjutnya dilakukan pencatatan. Kegiatan survei ini telah dilakukan pada awal tahun 2019.

Instrumen penelitian yang berupa formulir dari data sekunder dari pihak lain digunakan sebagai *checklist* data masyarakat miskin. Adapun pedoman wawancara disusun dalam beberapa daftar pertanyaan seperti sebagai berikut:

- a. Apakah nomor NIK pada KIS-PBI sudah sesuai dengan NIK Kartu Keluarga anggota masyarakat miskin yang bersangkutan?
- b. Apakah biodata masyarakat peserta KIS-PBI yang bersangkutan telah benar-benar sesuai dengan biodata yang tercantum pada Kartu Keluarga milik yang bersangkutan?
- c. Apakah anggota masyarakat miskin yang bersangkutan sebagai obyek survei memang benar-benar termasuk dalam kategori masyarakat miskin menurut ketentuan dan apakah sudah terdaftar sebagai peserta dan pemilik KIS-PBI?
- d. Bila obyek wawancara tidak termasuk dalam kategori masyarakat miskin, apakah obyek wawancara juga terdaftar sebagai peserta dan memiliki KIS-PBI?

e. Apakah biodata peserta dan pemilik KIS-PBI yang bersangkutan sebagai obyek benar-benar telah termasuk di dalam *checklist* anggota masyarakat miskin dari BDT Dinas Sosial?

**a. Teknik Pengumpulan Data**

Di dalam penelitian ini, teknik pengumpulan data dilakukan dengan menggunakan berbagai metode. Pengumpulan data untuk menggali data sejenis yang berupa data masyarakat miskin dan data peserta KIS-PBI. Data masyarakat miskin dan data masyarakat miskin peserta KIS-PBI yang diambil meliputi data-data primer hasil survei dan data sekunder sebagai *checklist*. Untuk kemudian dianalisis sedemikian rupa sehingga diperoleh data pasien miskin, data peserta dan pemilik KIS-PBI yang akurat dan tepat sasaran. Adapun teknik pengumpulan data primer dilakukan dengan:

- Survei
- Wawancara
- Dokumentasi

**b. Sumber Data**

**a. Data Primer**

Teknik pengumpulan data merupakan cara-cara yang dilakukan untuk memperoleh data dan keterangan-keterangan yang diperlukan dalam penelitian.

Teknik pengumpulan data yang dilakukan yaitu :

- Penelitian Lapangan (*Field Research*)

Penelitian lapangan adalah penelitian yang dimaksudkan untuk memperoleh data primer yaitu data yang diperoleh melalui kegiatan survei yang berupa:

- 1) Data kuesioner (*Questionnaire*)

2) Data hasil wawancara (*Interview*)

3) Data dokumentasi (*Photography*)

▪ Kuesioner (*Questionnaire*)

Suatu instrumen dinyatakan akurat apabila ia mampu mengukur apa yang diinginkan dan dapat mengungkapkan data dari variabel yang diteliti secara tepat.

Adapun alasan digunakannya kuesioner ini adalah:

- a ) agar dapat memberikan kemudahan kepada informan dalam memberikan jawaban
- b ) Keterbatasan biaya dan waktu penelitian lebih praktis

▪ Wawancara (*Interview*)

Dalam kegiatan survey dan wawancara ini dilibatkan beberapa orang sebagai informan penelitian, diantaranya:

- a) Bidan Desa : 2 orang
- b) Kasi Pelayanan Kesehatan Primer : 1 orang
- c) Kabid Pelayanan Kesehatan : 1 orang

▪ Dokumentasi

Kegiatan dokumentasi juga dilakukan dalam rangka melengkapi data survei sebagai penguat data masyarakat miskin.

b. Data Sekunder

Data sekunder diperoleh dengan cara mengambil data dari beberapa instansi terkait. Data yang berkaitan dengan jumlah penduduk dalam jumlah global diambil dari data yang telah dikeluarkan secara *on-line* oleh BPS kabupaten Ngawi pada situs

ngawi dalam angka tahun 2018. Sumber data yang lain juga diambil dari data yang sudah masuk di Dinas Kesehatan kabupaten Ngawi dan data dari BPJS yang bisa diakses langsung secara on-line pada situs *p-care bpjs online*, serta data dari BDT Dinas Sosial kabupaten Ngawi. Kegiatan pengumpulan data primer dilakukan pada akhir tahun 2018 lalu.

#### **F. Metode Analisis Data**

Metode analisis data yang digunakan dalam penelitian ini adalah teknik triangulasi. Pada triangulasi ini, terdapat dua strategi yaitu :

1. pengecekan derajat kepercayaan penemuan hasil penelitian beberapa teknik pengumpulan data.
2. pengecekan derajat kepercayaan beberapa sumber data dengan metode yang sama.

Pembuktian benar atau tidaknya hal yang harus kita lakukan adalah dengan mengumpulkan data-data. Dalam melakukan penelitian kita haruslah mendapatkan data yang benar-benar akurat (*akurat*).

Dilakukan pencatatan apa yang sesungguhnya diketahui di lapangan dan tidak memanipulasi demi kepentingan tertentu. Mengingat data-data tersebut akan dijadikan acuan dalam penelitian-penelitian selanjutnya.

Selain dari pada itu data dalam penelitian ini, tetap diperhatikan reliabilitas data. Yaitu berkenaan tentang derajat konsistensi dan stabilitas data atau temuan. Dalam hal ini metode penentuan kriteria masyarakat miskin dilakukan dengan cara dilakukan kegiatan survei lapangan di dua desa pada dua kecamatan yang berbeda.

Dilakukan penambahan variable pertanyaan pada lembaran kuesioner dengan tujuan untuk mempertajam pendataan masyarakat miskin yang memang benar-benar berhak memperoleh kartu peserta KIS-PBI yang akurat dan tepat sasaran.

Data primer yang diperoleh dari hasil kegiatan survey lapangan dilakukan dengan tujuan agar diperoleh data pasien miskin yang akurat sesuai kondisi aktual di lapangan. Selanjutnya data yang telah diperoleh dari hasil survei yang telah dilakukan ini akan di *cross check* dengan sumber data sekunder dengan teknik triangulasi data.

Digunakan metode teknik triangulasi data ini dimaksudkan agar diperoleh hasil analysis data yang lebih spesifik. Sehingga didapatkan data pasien miskin, data masyarakat miskin peserta dan pemilik KIS-PBI, serta data masyarakat miskin yang belum menjadi peserta KIS-PBI dan pemilik KIS-PBI ganda.

Agar penelitian ini lebih terarah sesuai dengan tujuan yang diharapkan, maka ditentukan metodologi penelitian dengan teknik triangulasi data dengan beberapa variable penelitian sebagai berikut:

- a. Studi literatur tentang metode teknik triangulasi data
- b. Survei lapangan dan interview dalam menerapkan metode teknik triangulasi data sebagai langkah sistem pendukung pengambilan keputusan.
- c. Implementasi metode teknik triangulasi data dalam suatu proses pengambilan keputusan terhadap pendistribusian KIS-PBI pada masyarakat miskin.
- d. Mengevaluasi penerapan metode teknik triangulasi data dengan deskripsi data yang dihasilkan sebagai langkah awal metode pemutakhiran data pasien KIS-PBI.

Dalam penelitian ini digunakan metode penambahan variable pertanyaan dalam kuesioner pada responden. Yang kemudian akan dilakukan sebagai bahan wawancara langsung pada saat survei dilakukan.

Setelah diperoleh data masyarakat miskin dari hasil survei lapangan dan hasil wawancara dengan kuesioner yang telah dilakukan sebagai data primer, selanjutnya dilakukan analisis dengan metode teknik triangulasi data. Dengan cara dilakukan komparasi antara data primer dengan data sekunder.

Selanjutnya dilakukan langkah langkah pemutakhiran data masyarakat miskin. Sehingga diharapkan dapat memudahkan *stake holder* untuk mendistribusikan Kartu Indonesia Sehat (KIS-PBI) pada masyarakat miskin yang memang benar benar berhak menurut kriteria yang telah ditentukan. Yang pada akhirnya diharapkan dapat berdampak positif pada efisiensi anggaran di masa-masa yang akan datang.

- Teknik Analisis Data

Analisis data yang digunakan adalah analisis data kualitatif, dilakukan dengan cara mengolah data primer maupun sekunder secara menyeluruh untuk kemudian diolah dan dianalisis dengan cara menyusun data secara sistematis, dikategorisasikan dan diklasifikasikan, dihubungkan antara satu data dengan data yang lainnya, dilakukan komparasi dan dilakukan interpretasi agar difahami makna data yang dihasilkan dalam situasi sosial, serta dilakukan penafsiran dari perspektif peneliti setelah memahami keseluruhan kualitas data. Proses analisis tersebut dilakukan secara terus menerus sejak pencarian data di lapangan dan terus berlanjut hingga pada tahap analisis.

- Triangulasi sumber data

Digunakan teknik triangulasi data dalam penelitian ini dimaksudkan agar dapat digunakan banyak sumber data yang diperoleh pada saat kegiatan pengumpulan data. Triangulasi dengan banyak sumber data dimaksudkan untuk dilakukan komparasi dan *recheck* derajat kepercayaan suatu informasi dari beberapa sumber data yang berbeda yang diperoleh melalui waktu dan alat yang berbeda dalam metode kualitatif.

Digunakan berbagai sumber data seperti dokumen, arsip, wawancara hasil survei atau juga dengan mewawancarai lebih dari satu subjek yang dianggap memiliki sudut pandang yang mungkin berbeda.

Hal ini dapat dicapai dengan jalan :

- Membandingkan data dengan data hasil survey, wawancara dan dokumentasi.
- Membandingkan data hasil wawancara dan hasil *checklist* dengan sumber data dari beberapa sumber data sekunder dari BPS, BDT Dinas Sosial dan dari data BPJS yang ada di Dinas Kesehatan Kabupaten Ngawi.

STIE Widya Wiwaha  
Jangan Plagiat