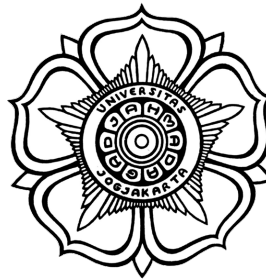


**PEMANFAATAN *DASHBOARD* JKN SEBAGAI SUMBER INFORMASI
DALAM PENGAMBILAN KEBIJAKAN OLEH DINAS KESEHATAN
Studi di Dinas Kesehatan Provinsi Lampung dan Kota Bandar Lampung**

Thesis

**Untuk Memenuhi Sebagian Persyaratan
Mencapai Derajat Sarjana S-2**

**Minat Kebijakan dan Manajemen Pelayanan Kesehatan
Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat**



Diajukan Oleh:

Nanda Fitri Wardani

NIM: 20/466166/PKU/18793

Kepada

**PROGRAM PASCASARJANA
FAKULTAS KEDOKTERAN
UNIVERSITAS GADJAH MADA
YOGYAKARTA**

2022

Tesis

PEMANFAATAN DASHBOARD JKN SEBAGAI SUMBER INFORMASI DALAM PENGAMBILAN KEBIJAKAN OLEH DINAS KESEHATAN (Studi di Dinas Kesehatan Provinsi Lampung dan Kota Bandar Lampung)

dipersiapkan dan disusun oleh

Nanda Fitri Wardani

telah dipertahankan di depan Dewan Penguji

pada tanggal 28 Juli 2022

Susunan Dewan Penguji

Pembimbing



dr. Lutfan Lazuardi, M.Kes., Ph.D

Ketua Dewan Penguji



**Dr. Diah Ayu Puspendari, Apt,
MBA, M.Kes**

Pembantu Pembimbing



M. Faozi Kurniawan, S.E., Akt., MPH

Penguji



**dr. Firdaus Hafidz, MPH, Ph.D,
AAK**

Tesis ini telah diterima sebagai salah satu persyaratan
Untuk memperoleh gelar *Master of Public Health*

Dr. Mubasysyir Hasanbasri, MA

Ketua Program Studi: Magister Ilmu Kesehatan Masyarakat

DAFTAR ISI

DAFTAR TABEL.....	iii
DAFTAR GAMBAR.....	iv
DAFTAR LAMPIRAN.....	v
SURAT PERNYATAAN.....	vi
ABSTRAK.....	vii
KATA PENGANTAR.....	ix
BAB I PENDAHULUAN.....	1
A. Latar Belakang.....	1
B. Perumusan Masalah.....	3
C. Tujuan Penelitian.....	3
D. Manfaat Penelitian.....	4
E. Keaslian Penelitian.....	4
BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....	7
A. Telaah Pustaka.....	7
1. <i>Evidence-based Policy</i>	7
2. Pilar Sistem Kesehatan.....	11
3. <i>Dashboard JKN</i>	14
4. Kerangka Kerja Evaluasi Sistem Informasi Kesehatan: <i>Human, Organization, Technology-fit (HOT-fit)</i>	15
B. Kerangka Teori.....	18
C. Kerangka Konsep.....	18
D. Pertanyaan Penelitian.....	19
BAB III METODE PENELITIAN.....	20
A. Jenis dan Desain Penelitian.....	20
B. Tempat dan Waktu Penelitian.....	20
C. Subjek Penelitian.....	20
D. Definisi Operasional Variabel.....	22
E. Instrumen Penelitian.....	22
F. Cara Analisis Data.....	22

G. Etika Penelitian.....	23
H. Keterbatasan Penelitian.....	24
I. Jalannya Penelitian.....	24
BAB IV HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN.....	25
A. Hasil Pengamatan Aplikasi <i>Dashboard</i> JKN.....	25
B. Pemanfaatan.....	31
C. Hambatan.....	33
D. Kebutuhan Dinkes terhadap <i>Dashboard</i> JKN.....	41
E. Pengembangan Aplikasi <i>Dashboard</i> JKN.....	44
BAB V KESIMPULAN DAN SARAN.....	46
A. Kesimpulan.....	46
B. Saran.....	46
DAFTAR PUSTAKA.....	48
LAMPIRAN.....	53

DAFTAR TABEL

Tabel 1. Keaslian Penelitian.....	5
Tabel 2. Definisi Operasional Variabel.....	22
Tabel 3. Karakteristik Informan.....	33
Tabel 4. Karakteristik individu PIC <i>Dashboard</i> JKN pada penelitian.....	35
Tabel 5. Usulan Pengembangan <i>Dashboard</i> JKN.....	45

DAFTAR GAMBAR

Gambar 1. Dinamika <i>evidence-based policy</i>	9
Gambar 2. Kerangka Sistem Kesehatan WHO.....	11
Gambar 3. Tampilan informasi yang disajikan <i>Dashboard</i> JKN.....	14
Gambar 4. Kerangka teori <i>H-O-T Fit</i>	18
Gambar 5. Kerangka Konsep.....	18
Gambar 6. Alur Penelitian.....	24
Gambar 7. Tampilan informasi menu Capaian UHC pada <i>Dashboard</i> JKN.....	25
Gambar 8. Tampilan informasi menu Profil Kepesertaan pada <i>Dashboard</i> JKN....	26
Gambar 9. Tampilan informasi menu Faskes Kerjasama pada <i>Dashboard</i> JKN.....	27
Gambar 10. Tampilan menu Jumlah Kunjungan FKTP pada <i>Dashboard</i> JKN.....	28
Gambar 11. Tampilan menu Jumlah Rujukan FKTP pada <i>Dashboard</i> JKN.....	28
Gambar 12. Tampilan menu Top 10 Diagnosa FKTP pada <i>Dashboard</i> JKN.....	29
Gambar 13. Tampilan informasi menu Faskes Kerjasama pada <i>Dashboard</i> JKN...	30
Gambar 14. Tampilan menu Utilisasi Penyakit Katastrofik <i>Dashboard</i> JKN.....	30
Gambar 15. Tampilan menu Top 10 Kasus FKRTL pada <i>Dashboard</i> JKN.....	31

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1. Lembar Penjelasan Kepada Calon Responden.....	54
Lampiran 2. Lembar Persetujuan Responden.....	57
Lampiran 3. Panduan Wawancara Mendalam (Kabid/Kasie Dinkes).....	58
Lampiran 4. Panduan Wawancara Mendalam (PIC <i>Dashboard</i> JKN).....	60
Lampiran 5. <i>Ethical Approval</i>	62
Lampiran 6. Surat Keterangan Penelitian.....	63

SURAT PERNYATAAN BEBAS PLAGIASI

Saya yang bertandatangan di bawah ini:

Nama : Nanda Fitri Wardani
NIM : 20/466166/PKU/18793
Tahun Terdaftar : 2020
Program Studi : Magister Ilmu Kesehatan Masyarakat
Fakultas : Kedokteran, Kesehatan Masyarakat dan Keperawatan

Menyatakan bahwa dalam dokumen ilmiah Tesis ini tidak terdapat bagian karya ilmiah lain yang telah diajukan untuk memperoleh gelar akademik di suatu lembaga Pendidikan Tinggi dan juga tidak terdapat karya atau pendapat yang pernah ditulis atau diterbitkan oleh orang/lembaga lain, kecuali yang secara lengkap dalam daftar pustaka.

Dengan demikian saya menyatakan bahwa dokumen ilmiah ini bebas dari unsur-unsur plagiasi dan apabila dokumen ilmiah Tesis ini di kemudian hari terbukti merupakan plagiasi dari hasil karya penulis lain dan/atau dengan sengaja mengajukan karya atau pendapat yang merupakan hasil karya penulis lain, maka penulis bersedia menerima sanksi akademik dan/atau sanksi hukum yang berlaku.

Yogyakarta, Juli 2022

Nanda Fitri Wardani

20/466166/PKU/18793

ABSTRAK

Latar Belakang: *Dashboard* JKN merupakan sebuah aplikasi yang dikeluarkan oleh BPJS Kesehatan berupa visualisasi data yang berasal dari data klaim BPJS Kesehatan. Penelitian ini dilakukan untuk mengeksplorasi implementasi pemanfaatan *Dashboard* JKN sebagai sumber informasi dalam penentuan kebijakan kesehatan di daerah.

Metode: Penelitian ini merupakan penelitian kualitatif dengan menggunakan metode pengambilan sampel *purposive sampling*. Pengambilan data dilakukan dengan cara wawancara mendalam semi terstruktur dan observasi di Dinkes Provinsi Lampung dan Dinkes Kota Bandar Lampung.

Hasil: Wawancara dilakukan kepada 21 informan yang merupakan kepala bidang, kepala seksi, dan pengguna *Dashboard* JKN di Dinas Kesehatan. Dinkes Provinsi Lampung sudah memanfaatkan *Dashboard* JKN, sedangkan Dinkes Kota Bandar Lampung belum memanfaatkannya. *Dashboard* JKN dimanfaatkan oleh Dinkes Provinsi Lampung sebagai data dukung Monev dan monitoring klaim Covid-19. PIC *Dashboard* JKN di kedua Dinkes tersebut belum mendapatkan pelatihan mengenai penggunaan *Dashboard* JKN. Informan lain selain PIC belum mendapatkan sosialisasi terkait *Dashboard* JKN. *Dashboard* JKN tidak dapat menampilkan data hingga ke tingkat wilayah kerja Puskesmas sebagai Unit Pelaksana teknis Dinkes.

Kesimpulan: Pemanfaatan *Dashboard* JKN oleh Dinkes belum berjalan optimal. Faktor yang menyebabkannya adalah tidak adanya pelatihan penggunaan *Dashboard* JKN, tidak adanya sosialisasi di internal Dinkes kepada bidang dan seksi lain, serta fitur *Dashboard* JKN belum sesuai dengan kebutuhan Dinkes dalam menjalankan tugas dan fungsinya.

Kata kunci: *HOT-fit model, evidence-based policy, health information dashboard, health information system, healthcare organization management, district health organization, health system, BPJS Kesehatan, National Health Insurance, National Health Insurance Claims Data*

ABSTRACT

Background: *Dashboard* JKN is a web-based application for Local Health Offices developed by Indonesian National Health Insurance (INHI) that visualizes their claims data. This study aimed to explore the Dashboard JKN data utilization by the DHO.

Metode: This qualitative study was conducted Lampung Provincial Health Office (PHO) and Bandar Lampung District Health Office (DHO). Data was collected using semi-structured in-depth interview and observation. The participants were chosen using *purposive sampling techniques*. Thematic content analysis approach was used to synthesize the results.

Hasil: Semi-structured in-depth interview was carried out to 21 participants. The Dashboard JKN had been utilized by Lampung PHO in several affairs. It was used for program monitoring and evaluation, and for Covid-19 claims monitoring. Meanwhile, Dashboard JKN had not been utilized by Bandar Lampung DHO. Dashboard JKN PIC from both health offices had not received any training to use the application. The other participants have poor knowledge about Dashboard JKN.

Kesimpulan: Dashboard JKN utilization by the organizations had not met the goals. The absence of training, education about the application for the organization staffs, and the application features did not meet the organizations' need.

Kata kunci: *HOT-fit model, evidence-based policy, health information dashboard, health information system, healthcare organization management, district health organization, health system, BPJS Kesehatan, National Health Insurance, National Health Insurance Claims Data*

KATA PENGANTAR

Segala puji dan syukur penulis panjatkan kepada Allah SWT atas segala rahmat dan kasih sayang-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan penyusunan tesis ini. Dalam tesis yang berjudul "Pemanfaatan *Dashboard* JKN sebagai Sumber Informasi dalam Pengambilan Kebijakan oleh Dinas Kesehatan" ini. Penulis berharap hasil dari penelitian ini dapat menjadi salah satu *input* maupun rujukan yang berguna dalam pencapaian tujuan sistem kesehatan di daerah. Selesainya penulisan skripsi ini tidak terlepas dari keterlibatan dan bantuan dari berbagai pihak. Oleh karena itu, penulis ingin menyampaikan rasa terima kasih dan penghargaan yang setinggi-tingginya kepada:

1. Dr. Mubasysyir Hasanbasri, MA selaku Ketua Program Studi Magister Ilmu Kesehatan Masyarakat Fakultas Kedokteran, Kesehatan Masyarakat dan Keperawatan Universitas Gadjah Mada (FKKMK UGM).
2. dr. Lutfan Lazuardi, M.Kes., Ph.D selaku ketua Prodi Kebijakan dan Manajemen Kesehatan FKKMK UGM dan pembimbing utama yang telah memberikan arahan dan motivasi dalam penyusunan tesis ini.
3. M. Faozi Kurniawan, S.E., Akt., MPH selaku pembimbing kedua yang juga telah memberikan arahan dan motivasi dalam penyusunan tesis ini.
4. Suami tersayang, dr. Arief Rahman, Sp.A, yang telah memberikan dukungan dalam segala hal agar penulis dapat menyelesaikan tesis ini dengan baik, mendoakan, serta menjadi inspirasi bagi penulis dalam menggapai cita-cita.
5. Anak tercinta, Namira Shadeeqa Rahman, yang selalu menjadi penyemangat dan penghibur bagi penulis dalam penyusunan tesis ini.
6. Ayah dan mama tersayang, H. Abdul Haris dan Hj. Nurjanah, yang selalu ada untuk mendoakan, memberi dukungan, memotivasi, memberikan bantuan, dan atas cinta serta kasih sayang yang tak terbatas, sehingga akhirnya penulis dapat menyelesaikan skripsi ini.
7. Mama mertua tersayang, Hj. Rosmiyati, S.S.T, M.Kes, yang telah mendoakan dan selalu memberi dukungan dalam penyusunan tesis ini.

8. Seluruh dosen Program Studi Magister Ilmu Kesehatan Masyarakat FKMK UGM yang telah memberikan ilmu, memberikan kemudahan, dan memotivasi penulis.
9. Seluruh staff Program Studi Magister Ilmu Kesehatan Masyarakat FKMK UGM, Bu Heny, Pak Ranto, Pak Amir, dan staff lain yang tidak dapat saya sebutkan satu persatu.
10. Dinas Kesehatan Provinsi Lampung dan Dinas Kesehatan Kota Bandar Lampung yang telah bersedia untuk berpartisipasi dalam penelitian ini.
11. BPJS Kesehatan Kantor Cabang Kota Bandar Lampung yang telah bersedia untuk berpartisipasi dalam penelitian ini.
12. Adik-adik tersayang, Rahma Nissa Aini dan Nadia Salsabila yang selalu memberikan semangat dan mendorong sampai akhirnya tesis ini selesai.
13. Teman-teman KMPK UGM angkatan 2020 atas solidaritas, saling memberikan semangat dan membantu agar dapat menyelesaikan pendidikan magister dengan baik bersama-sama.
14. Semua pihak yang telah membantu dan mendukung penyusunan skripsi ini, yang tidak dapat disebutkan satu-persatu.

Semoga segala kebaikan, bantuan, dan kerendahan hati Bapak, Ibu, dan rekan-rekan mendapatkan balasan terbaik dari Allah SWT, serta berbalas kemudahan yang sama. Penulis menyadari bahwa tesis ini masih jauh dari sempurna, namun penulis telah mengupayakan yang terbaik yang dapat dilakukan dalam penyusunan tesis ini. Akhir kata, semoga manfaat dari penelitian ini dapat dirasakan oleh pihak terkait dan dapat bermanfaat pula bagi pihak lain yang membacanya.

Yogyakarta, Juli 2022

Nanda Fitri Wardani

BAB I PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Kebijakan kesehatan merupakan suatu keputusan, perencanaan, peraturan, atau tindakan yang dipilih oleh pemangku kepentingan untuk diterapkan di masyarakat dalam rangka mencapai tujuan-tujuan kesehatan (Columbia University, 2021). Terdapat 4 tahapan dalam pembuatan suatu kebijakan kesehatan, yaitu identifikasi masalah, formulasi kebijakan, implementasi kebijakan, dan evaluasi kebijakan (Buse, et al., 2012). Agar suatu kebijakan kesehatan dapat mencapai tujuan-tujuan yang telah ditentukan maka dalam tahapan tersebut diperlukan informasi dari bukti maupun penelitian sebagai wujud dilakukannya *evidence-based policy* maupun *evidence-informed policy* (Hanney, et al., 2020).

Selain itu, dalam beberapa tahun terakhir terjadi peningkatan dorongan secara global terhadap pemanfaatan bukti dan penelitian dalam penyusunan suatu kebijakan (El-Jardali, et al., 2014). Salah satu peningkatan komitmen global terhadap hal tersebut dalam bidang kesehatan terlihat dari deklarasi *World Health Assembly* tahun 2005 dan *Bamako Global Ministerial Forum on Research for Health* tahun 2008 yang mendorong penguatan mekanisme *knowledge transfer* guna menjamin dijalankannya proses penyusunan kebijakan kesehatan masyarakat berbasis bukti (WHO, 2005; WHO, 2009).

Salah satu sumber informasi data yang dapat dimanfaatkan oleh pemerintah dalam penyusunan kebijakan adalah data yang bersumber dari *database* asuransi kesehatan (Smeets, et al., 2010) (Hsing & Ioannidis, 2015). Di Indonesia data yang dapat digunakan tersebut salah satunya berasal dari data BPJS Kesehatan (Ng, et al., 2019). Dalam menjamin aksesibilitas data BPJS Kesehatan oleh pemerintah daerah, pemerintah pusat mengeluarkan regulasi terkait yang tertuang dalam Peraturan Presiden RI No. 82 Tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan dan Peraturan Presiden RI No. 25 Tahun 2020 tentang Tata Kelola Badan Penyelenggara Jaminan Sosial. Dalam peraturan tersebut BPJS Kesehatan diwajibkan untuk memberikan data dan informasi kepada Dinas Kesehatan daerah setiap 3 bulan sekali. Data dan

informasi yang diberikan berupa data kepesertaan, data fasilitas pelayanan kesehatan, jumlah kunjungan, jumlah penyakit, data klaim dan data pembayaran (Republik Indonesia, 2018) (Republik Indonesia, 2020).

Dalam memenuhi regulasi tersebut BPJS Kesehatan menelurkan program aplikasi *Dashboard* JKN. Aplikasi ini menyajikan informasi dari data yang telah dianalisis oleh BPJS Kesehatan kepada pemerintah daerah sehingga dapat dimanfaatkan dalam perencanaan, penganggaran, maupun pengambilan keputusan baik di tingkat provinsi maupun kabupaten/kota untuk mencapai tujuan kesehatan masyarakat (BPJS Kesehatan, 2020).

Dinas Kesehatan Kota Bandar Lampung memiliki permasalahan terkait sumber data kesehatan. Pada dokumen Rencana Strategis (Renstra) Dinkes Kota Bandar Lampung 2016-2021, Dinkes Bandar Lampung menyebutkan bahwa salah satu hambatan yang dialami adalah keterbatasan data yang sesuai dengan kebutuhan *“Relatif belum tersedianya data-data kesehatan yang up-to-date & akurat sehingga menimbulkan kendala dalam pelaksanaan kegiatan yang komprehensif & berkelanjutan”* (Dinkes Kota Bandar Lampung, 2016).

Begitu pula dengan Dinas Kesehatan Provinsi Lampung yang dalam dokumen Renstranya menyatakan bahwa sistem pencatatan dan pelaporan yang belum baik menjadi salah satu akar permasalahan kesehatan yang terjadi di Provinsi Lampung.

Salah satu tujuan BPJS Kesehatan mendiseminasikan datanya selain sebagai wujud transparansi juga sebagai bentuk dukungan kepada pemerintah agar dapat memperoleh data yang dapat digunakan sebagai dasar informasi penentuan kebijakan (BPJS Kesehatan, 2020). Data dari BPJS Kesehatan dapat dimanfaatkan dalam upaya peningkatan pelayanan kesehatan masyarakat serta optimalisasi implementasi program JKN. Data-data tersebut dapat menjadi salah satu acuan yang digunakan oleh pemerintah daerah dalam menganalisis situasi sehingga dapat menentukan kebijakan yang tepat bagi kesehatan daerah (Yumna, et al., 2020). Hal ini bukan merupakan hal baru karena sudah banyak diterapkan di berbagai negara seperti di Taiwan dan Korea (Sanjaya, et al., 2017).

Data sampel yang dikeluarkan oleh BPJS Kesehatan merupakan perwakilan dari seluruh data kepesertaan dan pelayanan kesehatan yang diambil menggunakan

metodologi pengambilan sampel dengan melibatkan banyak pihak termasuk akademisi. Untuk memastikan bahwa data sampel yang dikeluarkan merepresentasikan populasi, BPJS Kesehatan melakukan analisis pada beberapa variabel, seperti persebaran geografis FKTP, segmentasi peserta, piramida kelompok umur, jenis kelamin, status kepesertaan, sebaran peserta terdaftar di FKTP dan lain lain menunjukkan adanya kemiripan dengan data populasi. Contohnya mengenai proporsi peserta yang terdaftar di Puskesmas, berdasarkan data sampel adalah sebesar 77%, dan berdasarkan data populasi sebesar 78%. Selain itu, BPJS Kesehatan juga telah melakukan manajemen data bahkan sejak sebelum berjalannya BPJS Kesehatan itu sendiri yaitu pada tahun 2013 (BPJS Kesehatan, 2019).

Oleh karena itu, *Dashboard* JKN yang memuat data-data BPJS Kesehatan terkait kepesertaan dan pelayanan kesehatan berpotensi untuk menjadi solusi atas permasalahan-permasalahan di atas, harapannya jika dimanfaatkan dengan optimal maka pemerintah daerah tidak hanya menyelesaikan permasalahan kesehatan di daerahnya, tetapi juga turut serta dalam keberlangsungan program JKN. Namun di sisi lain belum banyak penelitian yang meneliti mengenai pemanfaatannya oleh pemerintah daerah sehingga diperlukan adanya penelitian ini untuk melakukan eksplorasi terhadap implementasinya di Dinas Kesehatan Kota Bandar Lampung dan Dinas Kesehatan Provinsi Lampung.

B. Perumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang yang dipaparkan sebelumnya didapatkan permasalahan, yaitu: Bagaimana pemanfaatan Dashboard JKN sebagai sumber informasi dalam pengambilan kebijakan kesehatan daerah di Dinas Kesehatan Provinsi Lampung dan Kota Bandar Lampung?

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Tujuan umum dalam penelitian ini adalah untuk mengeksplorasi pemanfaatan *Dashboard* JKN dalam pengambilan kebijakan kesehatan daerah di Provinsi

Lampung dan Kota Bandar Lampung.

2. Tujuan Khusus

- a. Mengeksplorasi pemanfaatan *Dashboard* JKN dalam pengambilan kebijakan kesehatan daerah oleh Dinas Kesehatan Provinsi Lampung & Kota Bandar Lampung.
- b. Mengeksplorasi kebutuhan Dinas Kesehatan terhadap *Dahboard* JKN
- c. Mengidentifikasi faktor pendorong dan penghambat dalam pemanfaatan *Dashboard* JKN
- d. Mengeksplorasi peluang pengembangan *Dashboard* JKN di masa yang akan datang berdasarkan kebutuhan dinas kesehatan daerah.

D. Manfaat Penelitian

1. Keilmuan : hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi justifikasi teori *Human, Organization, Technology - fit* pada evaluasi sistem informasi di organisasi pelayanan kesehatan dalam menjalankan kebijakan berbasis bukti.
2. Praktis : hasil penelitian ini diharapkan dapat memberi gambaran tentang pemanfaatan *dashboard* JKN sebagai wujud implementasi Peraturan Presiden RI No. 82 Tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan dan Peraturan Presiden RI No. 25 Tahun 2020 tentang Tata Kelola Badan Penyelenggara Jaminan Sosial, sehingga dapat menjadi bahan pertimbangan pemerintah, BPJS Kesehatan, dan/ atau stakeholder lain dalam penyelenggaraannya serta menambah wawasan dan kepustakaan mengenai pelaksanaannya.

E. Keaslian Penelitian

Beberapa penelitian terdahulu yang dilakukan terkait implementasi kebijakan pemanfaatan data BPJS Kesehatan beserta perbedaannya dijelaskan pada Tabel 1.

Tabel 1. Keaslian Penelitian

No.	Nama Peneliti	Judul Penelitian	Metode Penelitian	Hasil Penelitian	Perbedaan Penelitian
1.	Purwaningrum <i>et al.</i> (2009)	Menerjemahkan Pengetahuan Ilmiah untuk Kebijakan: Perbandingan Hambatan Pengambilan Keputusan berdasarkan Bukti dalam Kebijakan Gizi di Kabupaten Bantul dan Gunungkidul	Kualitatif dengan metode wawancara mendalam dan lokakarya	Proses terjemahan pengetahuan dalam kebijakan gizi dipengaruhi oleh struktur pemerintahan, faktor topografi, dan praktik komunikasi antara aktor pengambil kebijakan.	<ul style="list-style-type: none"> • Teknik pengumpulan data • Jenis sumber informasi yang diteliti • Jenis penyakit • Lokasi
2.	Asminiarti <i>et al.</i> (2015)	Analisis Penyusunan Perencanaan Kegiatan Dinas Kesehatan Kabupaten Jepara berdasarkan Pemanfaatan Laporan Sistem Informasi Kesehatan	Kualitatif dengan metode wawancara mendalam dan observasi	Proses pemilihan alternatif penyelesaian masalah menggunakan laporan SIK sebagai bukti pendukung, namun dalam memutuskan alternatif terpilih seringkali terkendala dengan berbagai kepentingan yang pada akhirnya data harus disesuaikan, termasuk ketika berargumentasi dengan Lembaga Legislatif dalam pembahasan RKA-SKPD	<ul style="list-style-type: none"> • Metode analisis menggunakan analisis konten • Jenis sumber informasi yang diteliti • Lokasi • Teknik pengumpulan data

(dilanjutkan)

Lanjutan Tabel 1. Keaslian Penelitian

No.	Nama Peneliti	Judul Penelitian	Metode Penelitian	Hasil Penelitian	Perbedaan Penelitian
3.	Etamesor <i>et al.</i> (2018)	<i>Data for decision making: using a dashboard to strengthen routine immunisation in Nigeria</i>	<i>Implementation Research</i>	<i>Through the DHIS2 RI Dashboard Project, Nigeria has deployed an innovative approach to enhancing PHC immunisation data and using the results for decision-making and health systems performance improvements. The sustainability of the gains of the DHIS2 Dashboard Project depends on the extent to which frontline health workers and managers value, adopt and own the tools and procedures introduced.</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Metode penelitian • Jenis penyakit • Lokasi • Sumber informasi yang diteliti
4.	Levine (2018)	<i>Municipal Level Data for Population Health Improvement: An Evaluation of the City Health Dashboard Pilot</i>	<i>Qualitative research using in-depth-interview</i>	<i>Users in the pilot cities have begun to use this resource to expand their definition of health, bring in new actors to the health arena, focus their work more accurately to city needs, and reallocate resources to better address health issues. However, the Dashboard has not been utilized equally in all cities, and cities with higher baseline levels of data analytic capacity may find that the tool does not fill a crucial gap.</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Jenis penyakit • Lokasi • Sumber informasi yang diteliti

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Telaah Pustaka

1. *Evidence-based Policy*

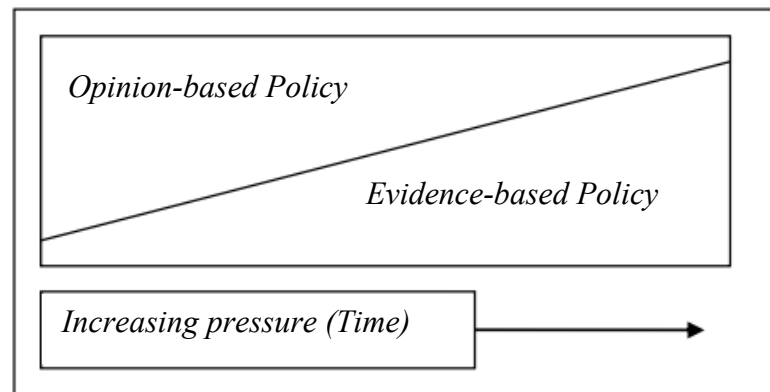
Menurut Davies (2004), *evidence-based policy (EBP)* merupakan suatu bentuk pendekatan yang memfasilitasi para pengambil keputusan agar mendapatkan informasi yang tepat terkait suatu kebijakan, program, maupun proyek dengan menggunakan bukti penelitian terutama dalam pengembangan dan implementasi suatu kebijakan (Sutcliffe & Court, 2006). Sedangkan Cookson (2005), dalam mengartikan EBP menambahkan 2 syarat utama yang harus ada dalam pelaksanaannya, yaitu EBP merupakan suatu aturan dan rangkaian institusional yang dirancang untuk mendukung penggunaan bukti penelitian dalam formulasi kebijakan publik secara transparan dan seimbang. Transparan artinya penggunaan EBP harus terbuka dan diketahui oleh masyarakat, sedangkan penggunaan yang seimbang artinya diperlukan adanya keseimbangan antara upaya yang dikeluarkan dalam menjalankan EBP, rentang bukti penelitian yang dijadikan pertimbangan, dan interpretasi bukti penelitian tersebut (Cookson, 2005).

Banyak yang menyatakan bahwa EBP merupakan turunan dari *evidence-based medicine (EBM)*, dimana pada sekitar tahun 1970-an, para pemangku kepentingan dan akademisi merasa bahwa suatu kebijakan juga haruslah berdasar pada, atau mempertimbangkan bukti-bukti penelitian (Oliver, et al., 2014). Hal ini dikarenakan kebijakan yang berbasis pada bukti sistematis menunjukkan hasil dan dampak yang lebih baik, sehingga seiring perkembangan waktu terjadi pergeseran paradigma dari kebijakan berbasis opini menjadi kebijakan berbasis bukti penelitian yang berkualitas tinggi dan menggunakan pendekatan yang rasional (Gambar 1) (Sutcliffe & Court, 2006).

Shaxson (2005) mengaggas beberapa hal lain yang menguatkan keterbutuhan terhadap adanya bukti sebagai landasan sebuah kebijakan yaitu untuk memahami lingkungan kebijakan dan perubahan-perubahannya yang terjadi;

- a. menilai dampak perubahan-perubahan kebijakan sehingga para pengambil keputusan dapat menentukan pilihan-pilihan kebijakan;
- b. memahami hubungan antara arah-arrah strategis, hasil yang diharapkan, dan tujuan kebijakan sehingga dapat melihat kesenjangan antara kondisi saat ini dan kondisi yang ingin dicapai;
- c. menentukan apa saja hal yang dibutuhkan untuk dapat mencapai tujuan-tujuan strategis atau tujuan jangka menengah;
- d. mempengaruhi pihak-pihak lain untuk dapat berkontribusi dalam pencapaian tujuan-tujuan tersebut; serta
- e. mengkomunikasikan kualitas bukti yang dimiliki agar dapat memenuhi agenda pemerintah (Shaxson, 2004).

Meskipun EBP merupakan turunan dari EBM, namun pada EBP tidak berlaku hirarki penelitian seperti pada EBM yang meletakkan hasil penelitian *randomized control trial (RCT)* sebagai hasil penelitian dengan tingkat kepercayaan paling tinggi. Pada EBP, tidak terdapat satu jenis penelitian yang terbaik untuk semua kebijakan karena tujuan dari kesehatan masyarakat bukanlah terkait dengan efikasi klinis, namun bertujuan untuk menangani permasalahan yang kompleks terkait ekuitas pelayanan kesehatan, akseptabilitas sosial, hak asasi manusia, dan keadilan sosial. Oleh karena itu, dalam konteks kebijakan, bukti yang baik adalah yang sesuai dengan kebutuhan kebijakan tersebut (*appropriateness*), contohnya jika penerimaan dari masyarakat merupakan suatu faktor utama yang ingin diketahui terkait sebuah kebijakan maka metode penelitian survey mungkin merupakan yang paling sesuai. Selain itu, misalnya penelitian etnografis akan dapat membantu pembuat kebijakan memahami konteks budaya yang terkait dengan pilihan-pilihan kebijakan (Parkhurst & Abeysinghe, 2016).



Gambar 1. Dinamika *evidence-based policy*

Selain hal tersebut, menurut Sutcliffe & Court (2006), pemerintah harus mempertimbangkan beberapa hal lagi dalam mempertimbangkan suatu bukti yang akan digunakan sebagai dasar yaitu:

- a. *Accuracy*: apakah bukti dapat benar-benar mendeskripsikan apa yang dibutuhkan
- b. *Objectivity*: kualitas dari pendekatan yang digunakan untuk menghasilkan bukti dan objektivitas sumber yang digunakan.
- c. *Credibility*: berkaitan dengan reliabilitas bukti sehingga dapat dipercaya untuk digunakan dalam *monitoring*, evaluasi, atau pun penilaian dampak kebijakan.
- d. *Generalisability*: apakah informasi yang didapatkan bersifat luas atau hanya berlaku pada kasus tertentu.
- e. *Relevance*: apakah bukti masih relevan dengan waktu, topik, dan berhubungan dengan dampak kebijakan.
- f. *Availability*: ketersediaan bukti yang berkualitas.
- g. *Rootedness*: apakah bukti berdasarkan pada kondisi nyata
- h. *Practicalities*: apakah para pembuat kebijakan memiliki akses terhadap bukti, dan apakah implikasi kebijakan dari penelitian tersebut *feasible* dan *affordable* (Sutcliffe & Court, 2006).

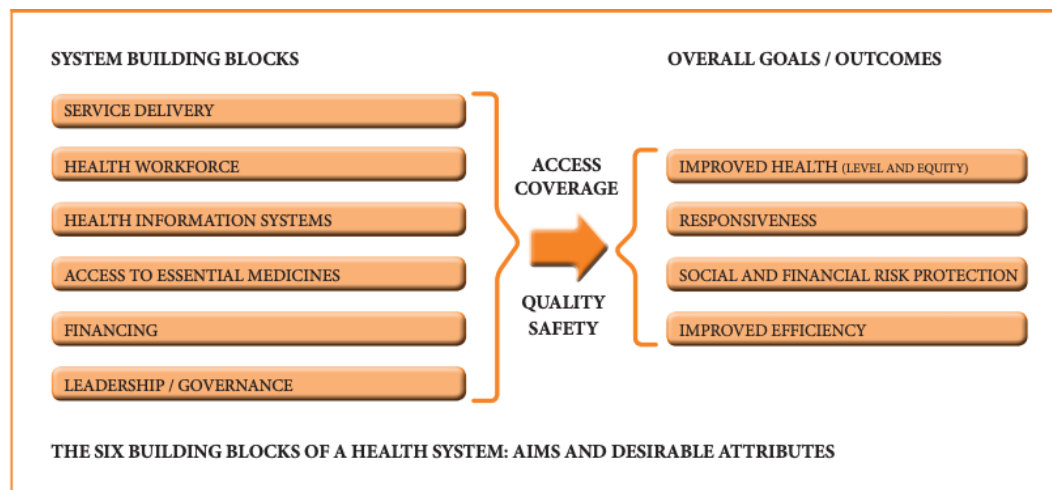
Pendekatan EBP dapat berdampak besar pada sektor sosioekonomi bila diterapkan di negara-negara berkembang. Hal ini dikarenakan masih minimnya penerapan EBP di negara berkembang dibandingkan di negara maju, padahal EBP telah terbukti dapat menurunkan kemiskinan dan meningkatkan kemajuan sektor ekonomi di negara-negara berkembang. Meskipun begitu, masih terdapat beberapa tantangan dalam penerapannya karena tidak dapat digeneralisasikan secara penuh bagi semua negara berkembang, dimana terdapat faktor-faktor lain yang dapat menimbulkan perbedaan seperti faktor budaya, konteks ekonomi, dan politik. Terdapat beberapa hambatan dalam penerapannya di negara berkembang yaitu waktu, kapasitas, serta biaya (Sutcliffe & Court, 2006).

Agar EBP dapat diimplementasikan dengan baik diperlukan adanya keseimbangan antara *supply* dan *demand*. Pada sisi *supply* dibutuhkan adanya sistem politik yang stabil dan terbuka agar informasi terkait bukti-bukti dapat dikumpulkan, dinilai, dan dikomunikasikan dengan mudah. Pada sisi *demand*, adanya sistem demokrasi menuntut adanya akuntabilitas yang tinggi dari pemerintah sehingga lebih dibutuhkan untuk meningkatkan kualitas suatu kebijakan. Lingkungan yang demokratis juga memiliki keterbukaan akses dalam setiap tahap proses penyusunan kebijakan serta lebih sedikit hambatan komunikasi yang akan terjadi (Sutcliffe & Court, 2006).

Humpries *et al.* mengelompokkan hambatan dan fasilitator dalam penggunaan bukti dalam pengelolaan program ke dalam 5 kategori yaitu informasi, organisasi (struktur dan proses), organisasi (budaya), keterampilan individu, serta interaksi.

2. Pilar Sistem Kesehatan

Sistem kesehatan merupakan sebuah rangkaian yang terdiri dari organisasi, institusi, dan sumber daya yang saling terkait satu sama lain dan memiliki tujuan untuk meningkatkan derajat kesehatan. Sistem kesehatan memerlukan adanya penyediaan pelayanan, sumber daya manusia kesehatan (SDMK), sistem informasi kesehatan, akses terhadap pengobatan esensial, pembiayaan, serta kepemimpinan/ tata kelola agar dapat menjalankan fungsinya (Gambar 2). Masing-masing pilar tersebut memiliki mekanisme yang berbeda dalam memperkuat sistem kesehatan, misalnya kepemimpinan/ tata kelola dan sistem informasi kesehatan menjadi pondasi untuk kebijakan dan regulasi terkait seluruh pilar-pilar yang lain, keuangan dan SDMK menjadi input utama dalam sistem kesehatan, serta teknologi, alat kesehatan, obat-obatan, dan pelayanan kesehatan merepresentasikan *output* langsung dari sistem kesehatan seperti ketersediaan dan distribusi pelayanan (WHO, 2010).



Gambar 2. Kerangka Sistem Kesehatan WHO

Pelayanan Kesehatan yang baik merupakan elemen penting sebuah sistem kesehatan karena memiliki pengaruh yang besar dalam menentukan status kesehatan populasi. Pelayanan kesehatan yang baik dapat dinilai berdasarkan beberapa indikator, yaitu ketersediaan layanan dasar (ketersediaan tempat tidur, SDM, dan utilisasi layanan oleh masyarakat), kesiapan fasilitas kesehatan untuk memberikan layanan dasar, ketersediaan layanan khusus (layanan Keluarga Berencana, layanan antenatal, kesehatan anak, HIV/AIDS, tuberkulosis, malaria, penyakit kronis, dan bedah minor), serta kesiapan fasilitas kesehatan untuk memberikan layanan khusus tersebut (WHO, 2010).

SDM merupakan seluruh SDM yang bekerja dalam sistem kesehatan. SDM terdiri dari petugas medis seperti dokter, perawat, bidan, apoteker serta petugas manajemen dan pendukung seperti manajer, supir ambulans, dan akuntan. Pengelolaan SDM yang baik dapat dilihat dari jumlah ketersediaannya dan distribusinya. Banyak penelitian yang menunjukkan bahwa SDM memiliki dampak secara langsung terhadap derajat kesehatan masyarakat. Negara-negara yang memiliki dokter, perawat dan bidan kurang dari 23 orang per 10.000 populasi tidak akan mampu mencapai cakupan layanan kesehatan primer yang dibutuhkan (WHO, 2010).

Sistem informasi yang akurat dan *reliable* dibutuhkan untuk menjadi dasar pengambilan keputusan terkait pilar-pilar lain dalam sistem kesehatan. Sistem kesehatan yang kuat memiliki kapasitas untuk menghasilkan data menggunakan sumber dan metode utama (survei kesehatan, data kependudukan, laporan fasilitas kesehatan, sensus, dsb). Hal tersebut dinilai berdasarkan ketepatan periode, ketepatan waktu, konten perlengkapan pengumpulan data, serta ketersediaan data mengenai indikator-indikator utama. Selain itu, sistem informasi tersebut juga harus memiliki kapasitas untuk men-sintesis, menganalisis, dan memvalidasi data yang akan menjamin kualitas data seperti independensi, transparansi, dan aksesibilitas (WHO, 2010).

Sistem kesehatan yang baik harus menjamin akses terhadap obat-obatan esensial, vaksin, dan alat-alat kedokteran yang sudah terjamin mutu, keamanan, efikasi, dan efektivitasnya. Akses dalam hal ini didefinisikan sebagai keberlangsungan tersedianya obat-obatan yang terjangkau pada fasilitas kesehatan pemerintah maupun swasta dan apotek yang dapat dicapai oleh masyarakat dengan perjalanan paling lama 1 jam (WHO, 2010).

Pembiayaan kesehatan merupakan fungsi sistem kesehatan yang berfokus memobilisasi, mengumpulkan, dan mengalokasikan penganggaran keuangan untuk memenuhi kebutuhan kesehatan masyarakat dalam sistem kesehatan, sehingga pembiayaan kesehatan memiliki peran penting agar sistem kesehatan dapat menjaga dan meningkatkan kesejahteraan masyarakat. Sistem kesehatan yang memiliki pembiayaan kesehatan yang baik harus mampu mengalokasikan dana yang cukup, meningkatkan pemenuhan dan perlindungan risiko keuangan terutama pada kelompok rentan akibat pengeluaran katastropik, meningkatkan efisiensi penggunaan sumber daya, serta meningkatkan transparansi dan pengelolaan keuangan pada tingkat operasional (WHO, 2010).

Tata kelola dalam kesehatan berkaitan dengan berbagai macam isu, terutama berkaitan dengan akuntabilitas. Dalam konteks penguatan sistem kesehatan, tata kelola merupakan wujud integral dari pilar-pilar yang disebutkan sebelumnya. Sistem kesehatan yang memiliki kepemimpinan dan tata kelola yang baik memiliki strategi kesehatan nasional yang *up-to-date* sesuai dengan kebutuhan dan prioritas nasional, memiliki kebijakan obat-obatan nasional (NMP), memiliki kebijakan dalam pengalokasian obat-obatan yang paling *cost-effective* dan pemilihan penyedia obat yang terbuka dan transparan, memiliki kebijakan strategis nasional terkait tuberkulosis, malaria, HIV/AIDS, dan kesehatan ibu dan anak, tersedianya dokumen-dokumen terkait sektor kunci yang ddiseminasi secara reguler (dokumen anggaran keuangan, laporan kinerja tahunan, dan indikator-indikator kesehatan), serta adanya mekanisme pelaporan seperti survei masukan dari masyarakat terkait akses ke pelayanan kesehatan yang sesuai (WHO, 2010).

3. *Dashboard* JKN

Dashboard JKN adalah sebuah media diseminasi data BPJS Kesehatan yang sudah dikelola oleh BPJS Kesehatan sehingga tersaji secara interaktif dan dapat digunakan oleh pemerintah daerah dalam penentuan keputusan. Dibukanya akses *Dashboard* JKN kepada pemerintah daerah ini merupakan bentuk pelaksanaan amanah Peraturan Presiden No. 82 Tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan Nasional yang menginstruksikan BPJS Kesehatan untuk mendiseminasikan datanya kepada pemerintah daerah paling tidak setiap 3 bulan sekali. Informasi yang disajikan berupa informasi jumlah fasilitas kesehatan yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan, kepesertaan, 10 besar penyakit baik di fasilitas kesehatan primer maupun tingkat lanjut, daftar penyakit katastropik, serta informasi terkait Covid-19 (Gambar 3) (BPJS Kesehatan, 2020).



Gambar 3. Tampilan informasi yang disajikan *Dashboard* JKN

Sebelum hak akses terhadap aplikasi tersebut diberikan kepada pemerintah daerah, dalam hal ini diwakili oleh Dinas Kesehatan, kedua belah pihak tersebut melakukan kesepakatan dengan tahapan persiapan:

- Perjanjian Kerja Sama (PKS) antara BPJS kesehatan dan pemerintah daerah
- Berita Acara Serah Terima (BAST) hak akses *dashboard* kepada PIC
- Pakta Integritas oleh PIC yang mengakses *dashboard*

d. Penyerahan *username* dan *password* (hak akses) kepada Pemprov/Pemkab

e. Sosialisasi

(Abdullah, 2020)

4. Kerangka Kerja Evaluasi Sistem Informasi Kesehatan: *Human, Organization, Technology-fit* (HOT-fit)

Kerangka kerja HOT-fit merupakan salah satu kerangka kerja yang dapat digunakan untuk melakukan evaluasi terhadap sistem informasi kesehatan. Keunggulan dari kerangka kerja ini adalah bahwa dalam evaluasi suatu sistem informasi kesehatan tidak dapat hanya berfokus pada aspek teknologinya saja, melainkan juga harus menilai aspek individu dan juga aspek organisasi yang terlibat di dalamnya. Semakin teknologi, individu individu, dan organisasinya selaras, maka sistem informasi kesehatan akan semakin baik (Yusof, et al., 2008).

Teori HOT-fit mengkombinasikan 2 teori sebelumnya yaitu *IS Success Model* dan *IT-Organization Fit Model*. Teori *IS Success Model* memiliki kategori evaluasi yang spesifik dan komprehensif namun tidak menilai aspek organisasi di dalamnya. Sementara itu, *IT-Organization Fit Model* sudah mencakup aspek individu, organisasi, dan teknologi namun dimensi yang dimiliki perlu dibuat lebih detail dan spesifik. Oleh karena itu, kerangka kerja HOT-fit menggabungkan dua kerangka kerja ini agar terbentuk kerangka kerja yang lebih sempurna (Yusof, et al., 2008).

a. Teknologi (*Technology*)

Faktor teknologi dalam kerangka kerja ini terdiri dari 3 dimensi, yaitu kualitas sistem (*System Quality*), kualitas informasi (*Information Quality*), dan kualitas pelayanan (*Service Quality*) (Yusof, et al., 2008).

Kualitas sistem mencakup performa sistem dan *user interface*. Kualitas sistem dapat diukur berdasarkan kemudahan penggunaan, kemudahan mempelajarinya, *response time*, ketersediaan, manfaat, kelengkapan, fleksibilitas dan keamanan sistem. Sistem yang bekerja dengan baik tidak serta merta menjamin bahwa sistem tersebut akan digunakan seperti yang diharapkan. Oleh karena itu, penting untuk memastikan bahwa sistem dapat memenuhi kebutuhan pengguna, nyaman dan

mudah untuk digunakan, serta sesuai dengan pola pekerjaan individu dan dengan sistem kesehatan secara keseluruhan (Yusof, et al., 2008).

Kualitas informasi merupakan penilaian produk informasi yang tersedia pada suatu sistem kesehatan. Kualitas informasi bersifat subjektif karena dinilai berdasarkan perspektif pengguna. Indikator pada dimensi ini terdiri dari kelengkapan, akurasi, legibilitas, ketepatan waktu, ketersediaan, relevansi, konsistensi, dan reliabilitas informasi (Yusof, et al., 2008).

Kualitas pelayanan menilai keseluruhan dukungan yang diberikan oleh penyedia teknologi atau sistem informasi kesehatan tersebut, baik oleh penyedia internal organisasi maupun eksternal. Faktor ini dapat diukur melalui dukungan teknis, respon cepat, kepastian, empati dan layanan tindak lanjut (Yusof, et al., 2008).

b. Individu (*Human*)

Faktor individu pengguna terdiri dari 2 dimensi yaitu pemanfaatan sistem (*System Use*) dan kepuasan individu (*User Satisfaction*).

Pemanfaatan sistem berkaitan dengan frekuensi dan keluasan penggunaan suatu sistem informasi kesehatan. Cara pengukurannya adalah dengan menilai pemanfaatan data yang ditampilkan oleh suatu sistem informasi kesehatan secara sukarela oleh individu pengguna itu sendiri. Pemanfaatan sistem juga berkaitan dengan individu yang mengakses sistem tersebut secara langsung, seperti tingkat penggunaan, pelatihan, pengetahuan, keyakinan, harapan, serta penerimaan atau resistensi. Pengetahuan berhubungan dengan literasi dan kemampuan komputerisasi. Terdapat 3 jenis faktor penyebab resistensi terhadap suatu teknologi, yaitu individu (*people-oriented*), sistem (*system-oriented*), dan interaksi (*interaction-oriented*) (Yusof, et al., 2008).

Faktor individu merupakan penyebab resistensi yang disebabkan oleh faktor internal individu atau kelompok yang menjadi pengguna teknologi yang terdiri dari usia, jenis kelamin, latar belakang, nilai, dan keyakinan individu. Faktor-faktor tersebut dapat mempengaruhi sikap individu terhadap teknologi (Yusof, et al., 2008).

Faktor sistem berhubungan dengan desain atau relevansi sistem itu sendiri yang mencakup fitur antarmuka pengguna (*user interface*) dan karakteristik sistem. Sementara itu, faktor interaksi berhubungan dengan interaksi antara individu pengguna dengan sistem tersebut. Hal ini menyebabkan penilaian setiap sistem dapat bervariasi pada individu dan kondisi yang berbeda (Yusof, et al., 2008).

Kepuasan individu berkaitan dengan hasil penilaian secara keseluruhan terhadap pengalaman pengguna dalam menggunakan sistem dan dampak yang ditimbulkan sistem. Kepuasan pengguna dapat dinilai berdasarkan persepsi manfaat yang dirasakan pengguna dan sikap individu terhadap sistem informasi kesehatan tersebut (Yusof, et al., 2008).

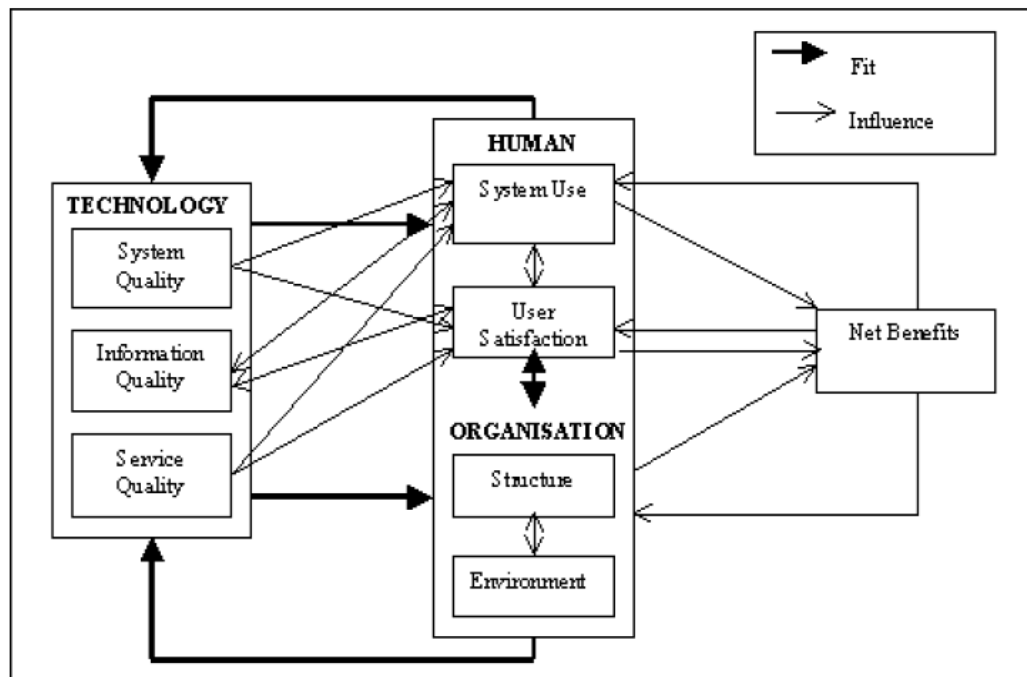
c. Organisasi (*Organization*)

Dimensi organisasi dapat dinilai berdasarkan struktur dan lingkungan. Struktur organisasi terdiri dari jenis dan ukuran organisasi, kultur, politik, hirarki, otonomi, sistem perencanaan dan kontrol, strategi, manajemen, dan komunikasi dalam internal organisasi. Sementara itu, lingkungan organisasi dapat dianalisis melalui sumber pendanaan, pemerintah, politik, populasi yang dilayani, kompetisi, serta hubungan interorganisasi, dan komunikasi (Yusof, et al., 2008).

d. Keuntungan Bersih (*Net Benefits*)

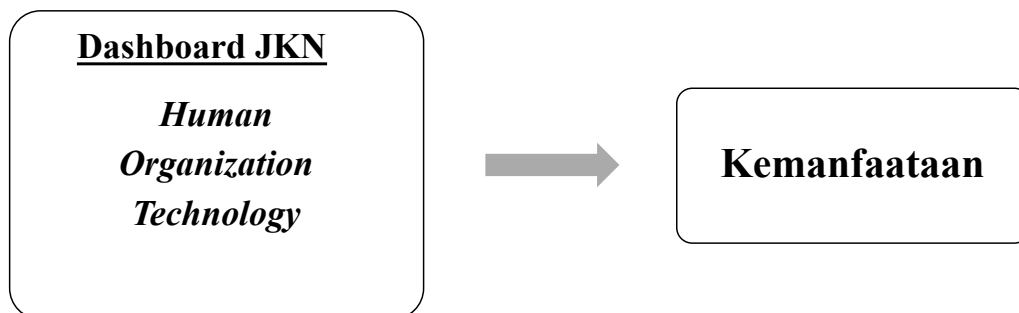
Sebuah sistem informasi kesehatan dapat memberikan keuntungan kepada individu, kelompok, dan organisasi. Keuntungan bersih merupakan hasil dari kesetimbangan dampak positif dan negatif pada pengguna. Manfaat pada individu dapat dilihat pada efek pekerjaan, efisiensi, efektivitas, kualitas keputusan, dan berkurangnya kesalahan. Sementara itu, manfaat pada organisasi dapat dilihat berdasarkan kualitas pelayanan dan kinerja organisasi.

B. Kerangka Teori



Gambar 4. Kerangka teori *H-O-T Fit*

C. Kerangka Konsep



Gambar 5. Kerangka Konsep

D. Pertanyaan Penelitian

1. Sejauh mana pemanfaatan *Dashboard* JKN yang sudah berjalan di Dinkes Provinsi Lampung & Kota Bandar Lampung?
2. Apakah faktor yang menjadi pendorong dalam pemanfaatan *Dashboard* JKN oleh Dinkes Provinsi Lampung & Kota Bandar Lampung?
3. Apakah faktor yang menjadi penghambat dalam pemanfaatan *Dashboard* JKN Dinkes Provinsi Lampung & Kota Bandar Lampung?
4. Apa saja hal yang perlu dikembangkan pada *Dashboard* JKN di berdasarkan kebutuhan Dinas Kesehatan?

BAB III

METODE PENELITIAN

A. Jenis dan Desain Penelitian

Jenis penelitian yang dilakukan pada penelitian ini adalah penelitian kualitatif. Penelitian kualitatif dipilih karena jenis penelitian tersebut tepat digunakan untuk mengeksplorasi implementasi suatu program beserta permasalahan, hambatan, peluang atau harapan yang ada serta dapat digunakan untuk mengevaluasi suatu intervensi, yang sesuai dengan tujuan penelitian ini (Utarini, 2021).

Teknik pengumpulan data yang digunakan adalah dengan wawancara mendalam semi-terstruktur kepada informan serta observasi langsung terhadap aplikasi *Dashboard* JKN dan penggunaannya. Pada wawancara semi-terstruktur, pewawancara memiliki pedoman daftar pertanyaan yang akan ditanyakan kemudian pewawancara dapat mengembangkan pertanyaan-pertanyaan lain selama sesi wawancara berlangsung. Kelebihan dari jenis wawancara ini adalah adanya fleksibilitas dalam diskusi sehingga berpeluang menemukan hal-hal yang tidak diprediksi sebelumnya, namun di sisi lain pewawancara memiliki acuan sehingga topik-topik yang ingin digali tidak terlewat untuk dieksplorasi (Utarini, 2021).

B. Tempat dan Waktu Penelitian

Penelitian ini dilakukan di Dinas Kesehatan Kota Bandar Lampung dan Dinas Kesehatan Propinsi Lampung setelah *ethical approval* diterbitkan.

C. Subjek Penelitian

Penelitian ini dilakukan pada Dinas Kesehatan Propinsi Lampung dan Kota Bandar Lampung. Menggunakan pendekatan *purposive sampling*, kedua Dinas Kesehatan tersebut dipilih karena termasuk pemerintah daerah yang telah mendapatkan akses *Dashboard* JKN. Selain berdasarkan aksesibilitas terhadap *Dashboard* JKN, kedua daerah tersebut dipilih karena memiliki permasalahan yang dimiliki terkait keterbatasan sumber data kesehatan seperti yang telah dijabarkan pada latar belakang masalah. Perbedaan tingkat pemerintahan juga menjadi kriteria

dalam pemilihan *sample* dalam penelitian ini untuk dapat mengidentifikasi pemanfaatan *Dashboard* JKN dalam hubungan koordinasi pemerintah provinsi dan kabupaten/kota. Selain itu, kedua daerah ini juga memiliki cakupan kepesertaan yang berbeda, dimana Kota Bandar Lampung cakupannya tinggi dan Provinsi Lampung cakupannya sedang; kapasitas fiskal daerah (KFD) yang berbeda, Kota Bandar Lampung merupakan daerah dengan KFD sangat tinggi dan Provinsi Lampung merupakan daerah dengan KFD sedang; serta perbedaan indeks pembangunan manusia (IPM) dimana pemerintah Kota Bandar Lampung memiliki IPM di atas rata-rata nasional dan provinsi Lampung memiliki IPM di bawah rata-rata nasional (DJSN, 2021; Menteri Keuangan RI, 2020; Dinkes Provinsi Lampung, 2019; Dinkes Kota Bandar Lampung, 2016). Dengan demikian, diharapkan dapat mencapai tujuan penelitian ini dengan perspektif yang lebih luas.

Informan dalam penelitian ini dipilih menggunakan teknik *purposive sampling* sesuai dengan kriteria inklusi dan eksklusi. Penentuan jumlah informan berjalan mengikuti proses pengambilan data hingga mencapai saturasi. Kriteria inklusi: Kabid, Kasie, dan PIC *Dashboard* JKN di masing-masing dinas kesehatan.

Selain melakukan penggalan informasi dari informan, penelitian ini juga melakukan observasi pada aplikasi *Dashboard* JKN. Aplikasi ini merupakan aplikasi yang menampilkan data klaim yang telah diolah oleh BPJS Kesehatan untuk dapat dimanfaatkan oleh Dinas Kesehatan. Tampilan menu utama *Dashboard* JKN dapat dilihat pada Gambar 3.

D. Definisi Operasional Variabel

Tabel 2. Definisi Operasional Variabel

Variabel	Definisi Operasional	Metode Pengumpulan Data
Pemanfaatan <i>Dashboard</i> JKN	Pemanfaatan media diseminasi data BPJS Kesehatan sebagai salah satu bahan pertimbangan dalam pengambilan kebijakan.	Wawancara mendalam & observasi
Kebijakan	Keputusan, perencanaan, maupun tindakan yang dilakukan oleh Dinas Kesehatan dalam menjalankan tugas & fungsinya.	Wawancara mendalam & Dokumen
Faktor penghambat	Segala sesuatu yang dapat menghambat pemanfaatan <i>Dashboard</i> BPJS Kesehatan oleh Dinas Kesehatan daerah berdasarkan kategori individu, organisasi, dan teknologi	Wawancara mendalam
Faktor pendukung	Segala sesuatu yang dapat mendukung pemanfaatan <i>Dashboard</i> BPJS Kesehatan oleh Dinas Kesehatan daerah berdasarkan kategori individu, organisasi, dan teknologi	Wawancara mendalam

E. Instrumen Penelitian

Instrumen pengumpulan data yang digunakan dalam penelitian ini adalah panduan wawancara yang berisi pertanyaan terbuka. Pertanyaan-pertanyaan tersebut merupakan panduan bagi pewawancara untuk meminimalisasi adanya topik penting yang terlupakan, di sisi lain pewawancara memiliki keleluasaan untuk dapat mengembangkan pertanyaan-pertanyaan tersebut sesuai dengan tujuan penelitian selama sesi wawancara berlangsung.

Selama proses wawancara akan dilakukan perekaman suara. Alat-alat yang akan digunakan berupa alat perekam suara, telepon genggam, serta alat tulis.

F. Cara Analisis Data

Hasil rekaman suara kemudian akan ditranslasikan ke dalam bentuk transkrip berdekatan waktu dengan sesi wawancara yang telah dilakukan. Setiap transkrip selesai dibuat, maka di bagian bawah transkrip akan dituliskan 3 jenis komentar agar memudahkan dalam analisis data di kemudian hari yang berupa komentar

substantif yang berisi komentar terkait konten wawancara mendalam; komentar metodologis yang berisi komentar terkait proses pengambilan data termasuk kesulitan yang dihadapi, alat yang digunakan dalam pengambilan data, dan sebagainya; serta komentar analitik yang berisi analisis awal terkait hasil wawancara yang telah dilakukan (Utarini, 2021). Transkrip akan dibuat dalam 3 salinan, salinan 1 akan digunakan untuk menulis komentar, salinan ke-2 akan digunakan untuk analisis, dan salinan ke-3 merupakan salinan utama (*master copy*). Pada penulisan transkrip identitas responden tidak akan dicantumkan melainkan menggunakan ID berupa kombinasi angka dan huruf, huruf berupa kode Dinkes Provinsi atau Dinkes Kota, dan angka berupa kode responden yang hanya akan diketahui oleh peneliti.

Sebelum memulai analisis data, akan dilakukan persiapan analisis data berupa pemeriksaan kelengkapan data yang dikumpulkan dengan bantuan catatan harian (*research diary*). Setelah kelengkapan data sudah terpenuhi, maka proses analisis data akan dimulai dengan membaca ulang transkrip yang telah disusun sebelumnya dan mencocokkan kembali dengan *research diary* agar peneliti kembali familiar dengan proses dan fenomena yang terjadi saat proses pengambilan data. Selanjutnya, berdasarkan transkrip tersebut akan dilakukan proses *coding*. Hasil *coding* kemudian akan dikelompokkan kembali menjadi kategori, hingga akhirnya dikelompokkan ke dalam tema-tema. dan dianalisis menggunakan metode analisis tematik.

G. Etika Penelitian

Permohonan izin etik untuk penelitian ini akan diajukan ke Komisi Etik Fakultas Kedokteran, Kesehatan Masyarakat, dan Keperawatan Universitas Gadjah Mada.

Pegumpulan data pada penelitian ini akan dilakukan proses perekaman suara selama sesi wawancara mendalam. Sebelum melakukan perekaman akan dilakukan *informed consent* terlebih dahulu dengan informan yang bersangkutan. Selain itu, data yang didapatkan dari penelitian ini tidak akan digunakan untuk kepentingan lain selain dari penelitian ini sesuai dengan izin penelitian.

H. Keterbatasan Penelitian

Penelitian ini tidak dilakukan hingga ke level Puskesmas sebagai Unit Pelaksana Teknis (UPT) Dinas Kesehatan dikarenakan keterbatasan waktu penelitian.

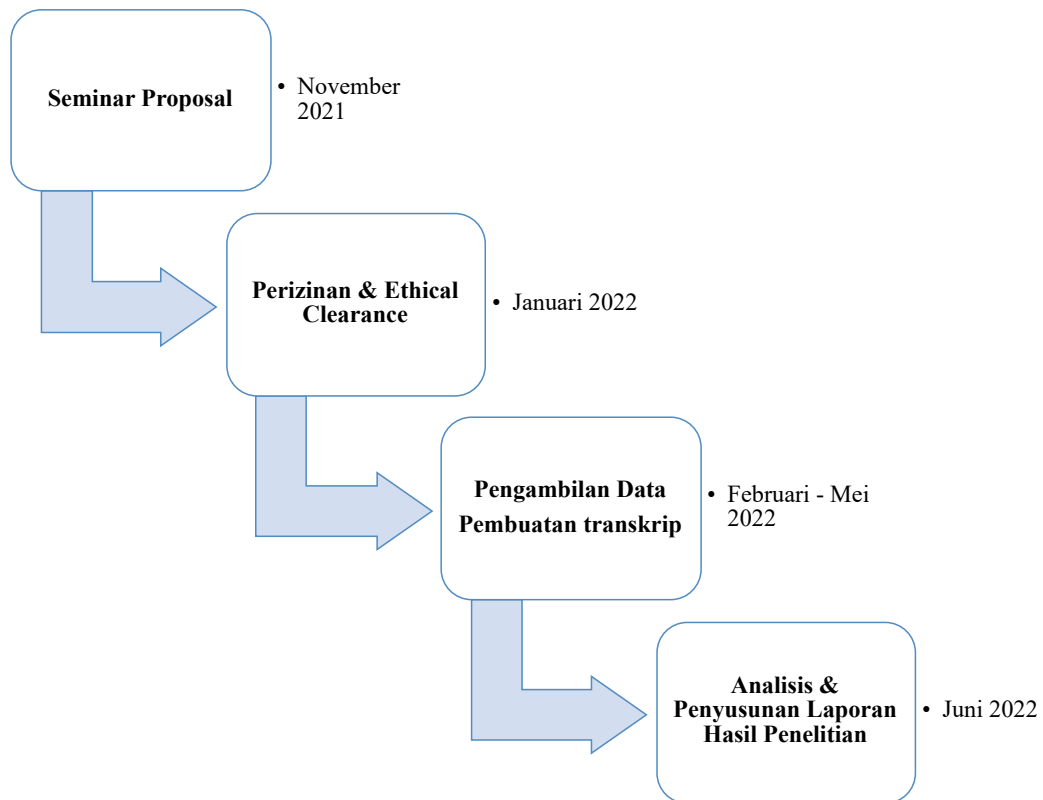
I. Jalannya Penelitian

Penelitian ini dilakukan dalam 2 tahap yaitu tahap persiapan dan pelaksanaan. Tahap persiapan dimulai dengan menelaah literatur terkait topik penelitian, studi pendahuluan, dan menyusun proposal penelitian, serta mengajukan izin penelitian dan *ethical clearance*.

Setelah itu, pelaksanaan penelitian dilanjutkan dengan pengambilan data di lapangan, menyusun transkrip penelitian, menganalisis, hingga menyusun laporan hasil penelitian. Alur jalannya penelitian dapat dilihat pada Gambar 6.

Pada tahap studi pendahuluan peneliti telah membangun hubungan baik dengan informan kunci hingga proses pengambilan data selesai. Guna mendapatkan gambaran yang sesungguhnya di lapangan, peneliti menjelaskan tujuan penelitian kepada para informan dan bersedia untuk memberikan informasi lebih lanjut yang dibutuhkan oleh informan terkait penelitian ini.

Terjadi keterlambatan dalam penyelesaian penelitian ini sekitar 1 bulan dari target jadwal yang telah direncanakan sebelumnya, hal ini disebabkan karena adanya gelombang ke-3 Covid-19 yang berlangsung sejak bulan Februari 2022 hingga April 2022 dimana beberapa informan terkena infeksi Covid-19 sehingga harus menyelesaikan isolasi mandiri selama 14 hari dan setelah itu harus menyelesaikan banyak pekerjaannya yang tertunda akibat isolasi mandiri tersebut terlebih dahulu sehingga proses wawancara tertunda. Namun demikian, hal tersebut menyebabkan *prolonged engagement* antara peneliti dan informan yang dapat memberikan keuntungan bagi penelitian ini.



Gambar 6. Alur Penelitian

BAB IV

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

A. Hasil Penelitian

1. Karakteristik Informan

Penelitian ini melibatkan 21 orang informan yang berasal dari Dinas Kesehatan Provinsi dan Dinas Kesehatan Kota. Informan terdiri dari kepala bidang, kepala seksi, dan penanggung jawab program JKN di Dinas Kesehatan. Di Dinas Kesehatan Provinsi terdapat 2 orang penanggung jawab program JKN yang terdiri dari pengelola program JKN untuk pelayanan kesehatan primer dan pelayanan kesehatan rujukan; sedangkan di Dinas Kesehatan Kota pengelola program JKN dikelola oleh 1 orang penanggung jawab.

Tabel 3. Karakteristik Informan

Karakteristik	n=21
1. Usia	
a. 36-45 tahun	29%
b. 46-55 tahun	57%
c. >55 tahun	14%
2. Jenis Kelamin	
a. Laki-laki	48%
b. Perempuan	52%
3. Pendidikan	
a. S1	14%
b. S2	86%
4. Jabatan	
a. Kabid	29%
b. Kasie	57%
c. Penanggung jawab JKN	14%

Informasi mengenai karakteristik seluruh informan dapat dilihat pada Tabel 3 di atas. Berdasarkan tabel tersebut, terlihat bahwa sebagian besar responden berusia 46-55 tahun, serta mayoritas telah menyelesaikan pendidikan hingga jenjang S2.

Responden yang merupakan kepala seksi lebih banyak dibanding responden yang merupakan kepala bidang, hal ini dikarenakan dalam 1 bidang terdiri dari beberapa seksi.

Penggunaan *Dashboard* JKN di Dinas Kesehatan dioperasikan oleh salah seorang petugas yang telah ditentukan oleh masing-masing Dinas Kesehatan yang disebut sebagai *person-in-charge* (PIC). Karakteristik PIC *Dashboard* JKN dari masing-masing Dinas Kesehatan dideskripsikan pada Tabel 4.

Tabel 4. Karakteristik individu PIC *Dashboard* JKN pada penelitian

	PIC Dinkes Kota Bandar Lampung	PIC Dinkes Provinsi Lampung
Usia	52 tahun	40 tahun
Jenis Kelamin	Perempuan	Perempuan
Pendidikan	S1	S2

Berdasarkan Permenkes No.49 Tahun 2016, Dinas Kesehatan dibedakan menjadi 3 tipe, yaitu tipe A, B, dan C. Dinas Kesehatan Provinsi Lampung dan Dinas Kesehatan Kota Bandar Lampung merupakan Dinas kesehatan dengan tipologi tipe A. Dinas Kesehatan tipe A merupakan Dinas Kesehatan yang memiliki 1 sekretariat yang terdiri dari maksimal 3 sub bagian, serta memiliki 4 bidang yang masing-masing memiliki paling banyak 3 seksi (Kemenkes RI, 2016).

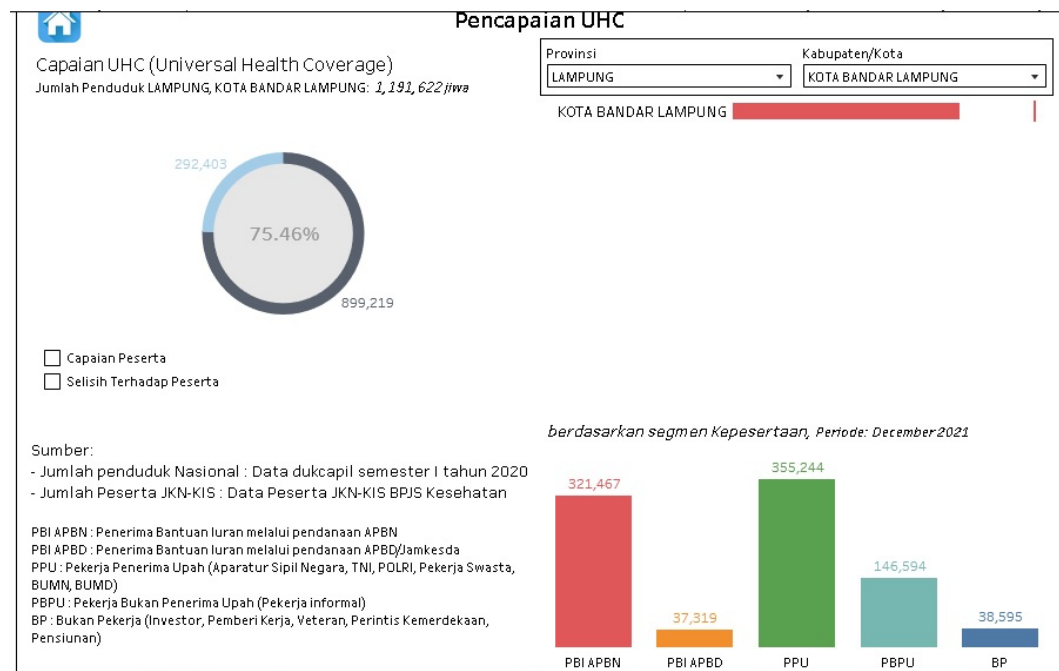
2. Karakteristik *Dashboard* JKN

Berikut ini merupakan rincian tampilan setiap subkategori menu pada *Dashboard* JKN.

a. Capaian *Universal Health Coverage* (UHC)

Gambar 7 merupakan tampilan dari menu capaian UHC. Tampilan yang terlihat pada menu ini merupakan progres cakupan kepesertaan JKN di daerah. Di sisi lain menurut WHO, UHC adalah suatu kondisi dimana semua orang memiliki akses pelayanan kesehatan yang mereka butuhkan, kapan pun dan dimana pun mereka membutuhkannya tanpa mengalami kendala finansial. Pemantauan pencapaian UHC berfokus pada 2 hal, yaitu proporsi populasi yang dapat mengakses pelayanan kesehatan dasar yang berkualitas dan proporsi populasi yang mengeluarkan pendapatan rumah tangga dalam jumlah besar untuk permasalahan kesehatannya. Oleh karena itu, penggunaan judul dan isi pada menu ini kurang

sesuai sehingga perlu diperbaiki menjadi Capaian Cakupan Kepesertaan.

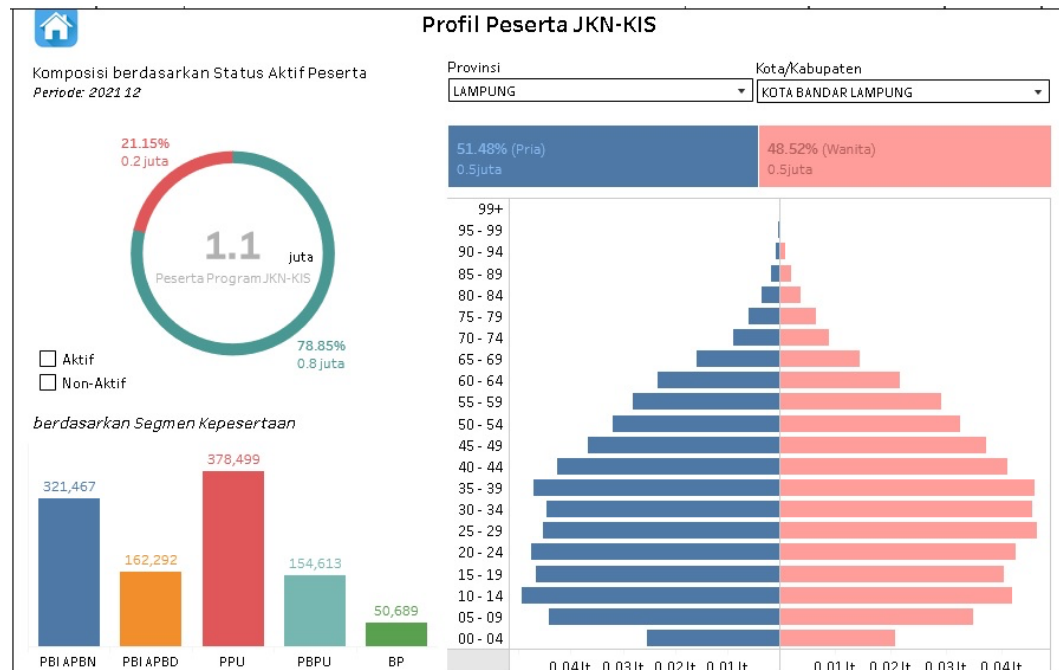


Gambar 7. Tampilan informasi menu Capaian UHC pada *Dashboard* JKN

Melalui menu ini, pemerintah daerah dapat memantau progres capaian cakupan kepesertaan BPJS Kesehatan di wilayahnya. Pada tampilan *Dashboard* JKN Dinkes provinsi, data dapat dilihat sebagai data agregat provinsi dan data tersebut dapat di-*breakdown* menjadi data per-kabupaten/kota, sedangkan pada *Dashboard* JKN yang dimiliki Dinkes kabupaten/kota dapat dilihat capaian kepesertaan di tingkat kabupaten/kotanya masing-masing.

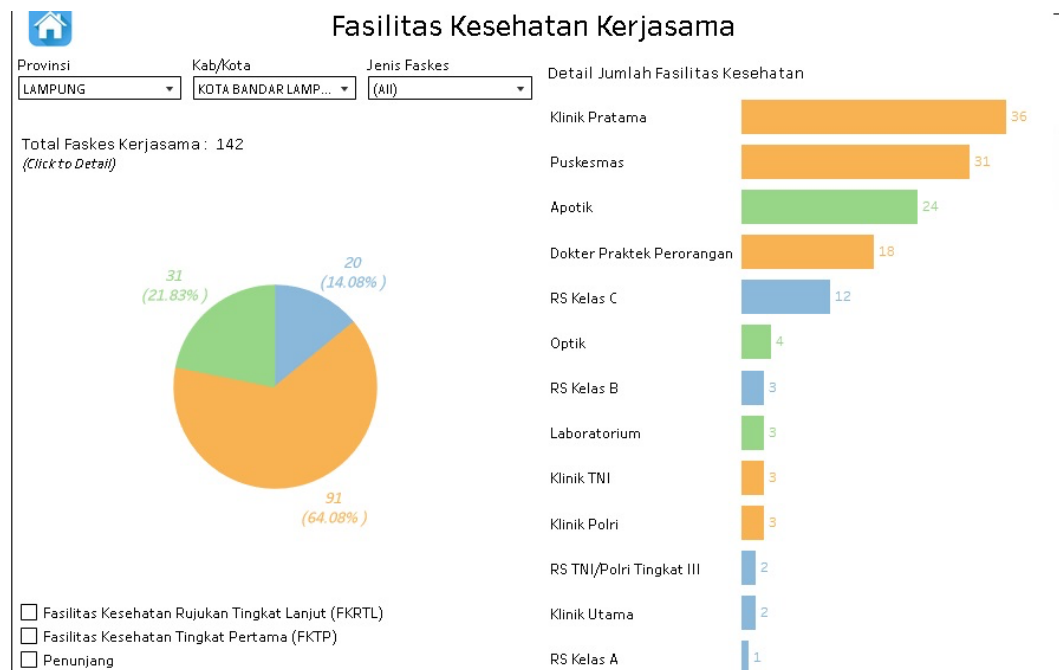
b. Profil Peserta JKN

Pada tampilan menu peserta JKN pemerintah daerah dapat melihat distribusi peserta JKN berdasarkan kategori usia, jenis kelamin, dan segmen kesertaan (gambar 8). Pada tampilan *Dashboard* JKN yang dimiliki Dinkes Provinsi, dapat dilihat data keseluruhan dari 1 provinsi, dan data dapat pula dilihat per-kabupaten/kota. Pada tampilan *Dashboard* JKN, data dapat dilihat sebagai agregat 1 kabupaten/kota masing-masing, namun data belum dapat dilihat dalam area yang lebih kecil lagi seperti kecamatan atau per wilayah kerja Puskesmas.



Gambar 8. Tampilan informasi menu Profil Kepesertaan pada *Dashboard JKN*

c. Fasilitas Kesehatan (Faskes) Kerjasama

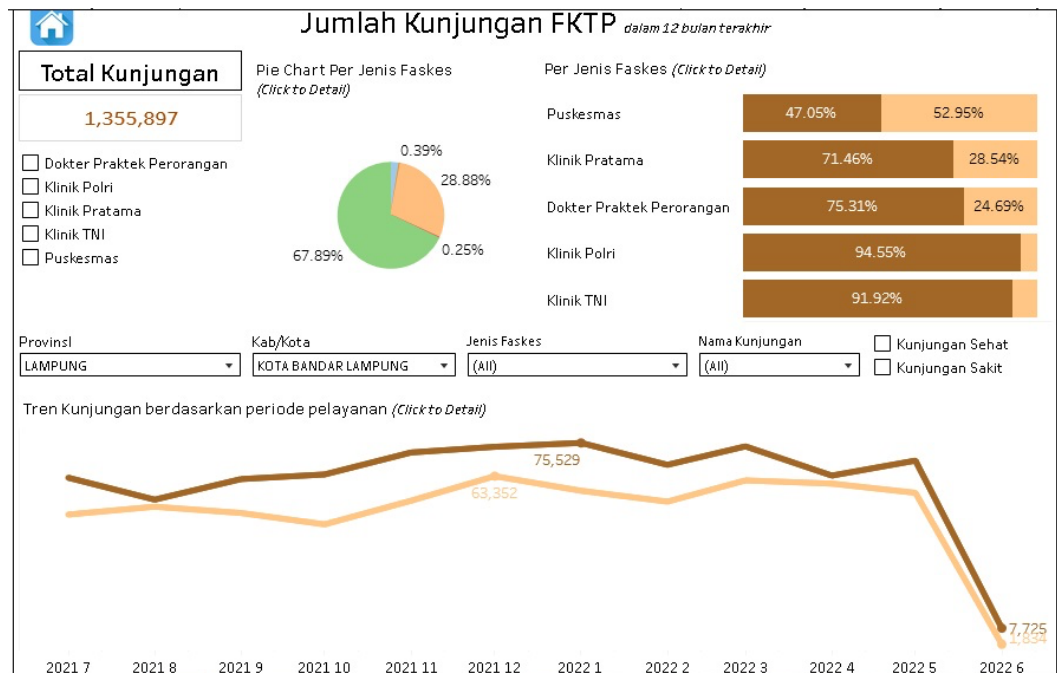


Gambar 9. Tampilan informasi menu Faskes Kerjasama pada *Dashboard JKN*

Pada menu Faskes Kerjasama, dinas kesehatan dapat melihat jumlah total dan

jumlah fasilitas kesehatan kerjasama berdasarkan jenisnya (Gambar 9). Pada menu ini, belum dapat ditampilkan nama dan wilayah tempat faskes yang telah bekerja sama.

d. Jumlah Kunjungan FKTP

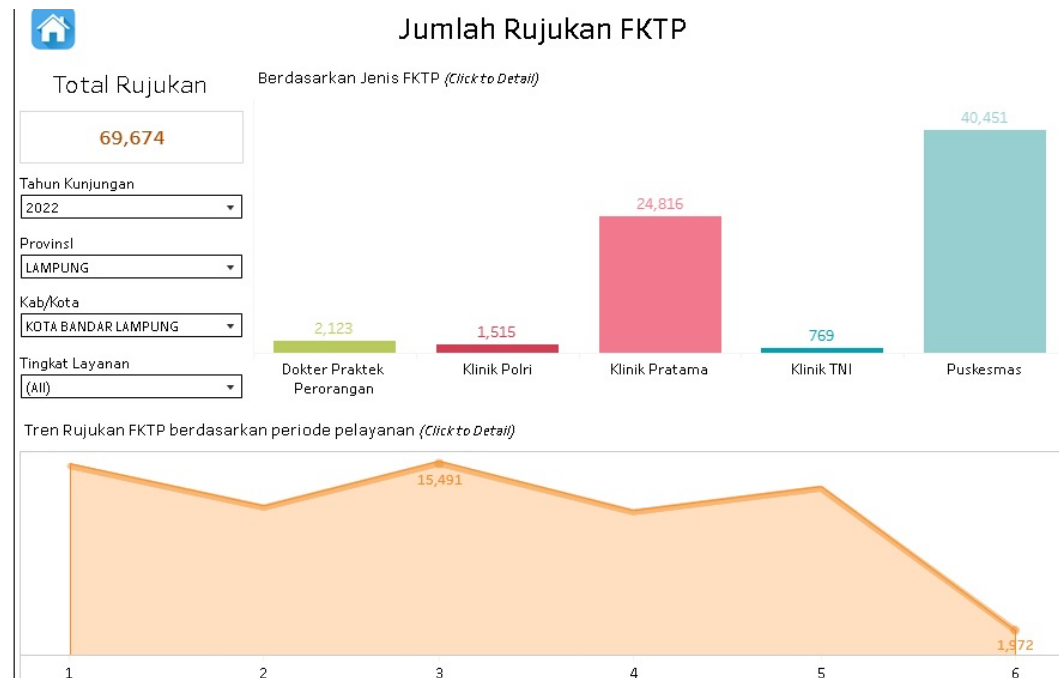


Gambar 10. Tampilan menu Jumlah Kunjungan FKTP pada *Dashboard* JKN

Pada menu ini, dinas kesehatan dapat melihat jumlah kunjungan di FKTP secara agregat per-provinsi maupun per-kabupaten/kota berdasarkan kelompok jenis FKTP dan jenis kunjungan (kunjungan sehat atau kunjungan sakit) (Gambar 10). Data pada menu ini belum dapat menampilkan jumlah kunjungan per-FKTP mau pun per-Puskesmas.

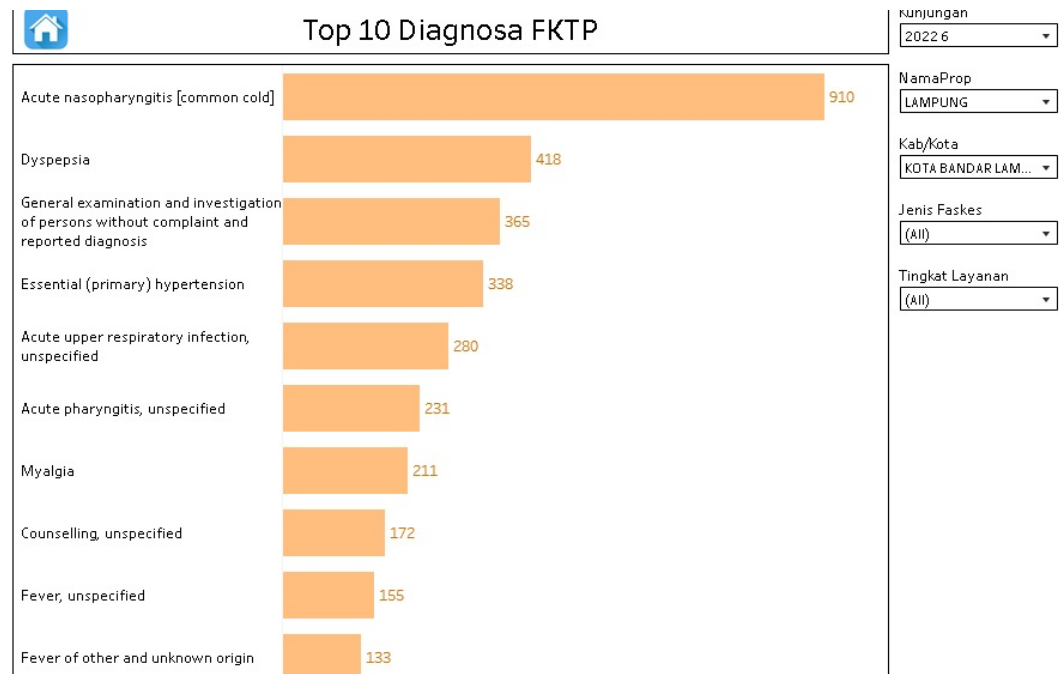
e. Jumlah Rujukan Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP)

Dinas Kesehatan dapat melihat jumlah rujukan pasien yang dilakukan oleh FKTP secara agregat berdasarkan jenis FKTP (Gambar 11). Data pada menu ini belum dapat ditampilkan per-FKTP yang ada.



Gambar 11. Tampilan menu Jumlah Rujukan FKTP pada *Dashboard JKN*

f. Sepuluh Diagnosis dengan Jumlah Tertinggi di FKTP

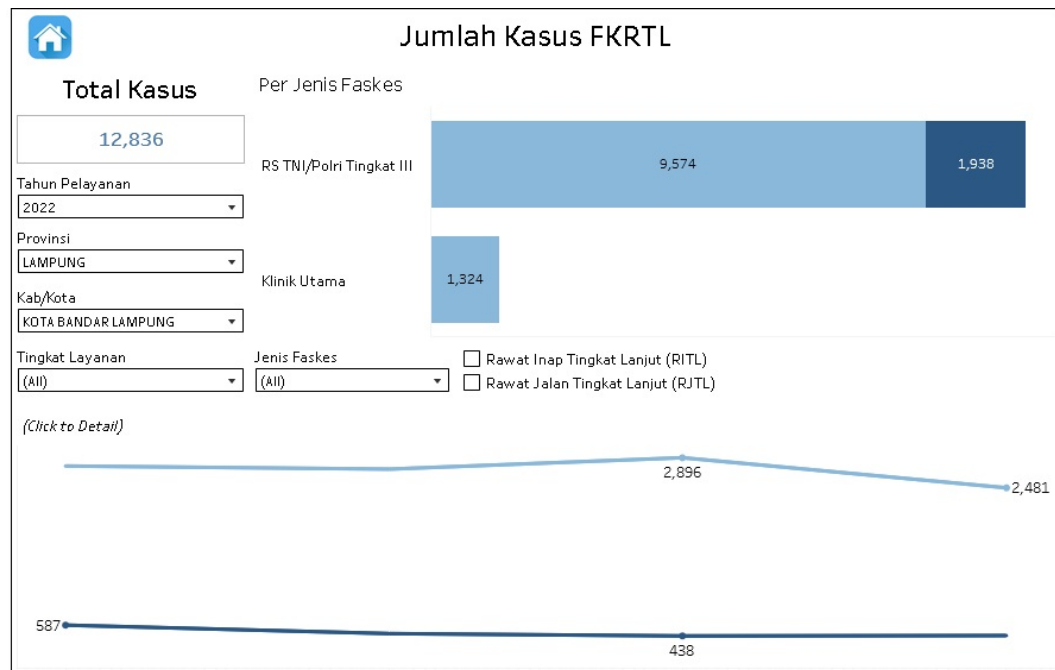


Gambar 12. Tampilan menu Top 10 Diagnosa FKTP pada *Dashboard JKN*

Pada menu Top 10 Diagnosa FKTP, Dinas Kesehatan dapat memantau 10 diagnosis tertinggi yang ada di FKTP (Gambar 12). Informasi ini dapat dilihat

sebagai data agregat provinsi (oleh Dinkes Provinsi) dan data agregat kabupaten/kota (oleh Dinkes Kabupaten/Kota). Selain itu, data pada menu ini dapat dilihat pada periode yang dapat disesuaikan oleh PIC mulai dari periode 1 bulan.

g. Jumlah Kasus Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjut (FKRTL)

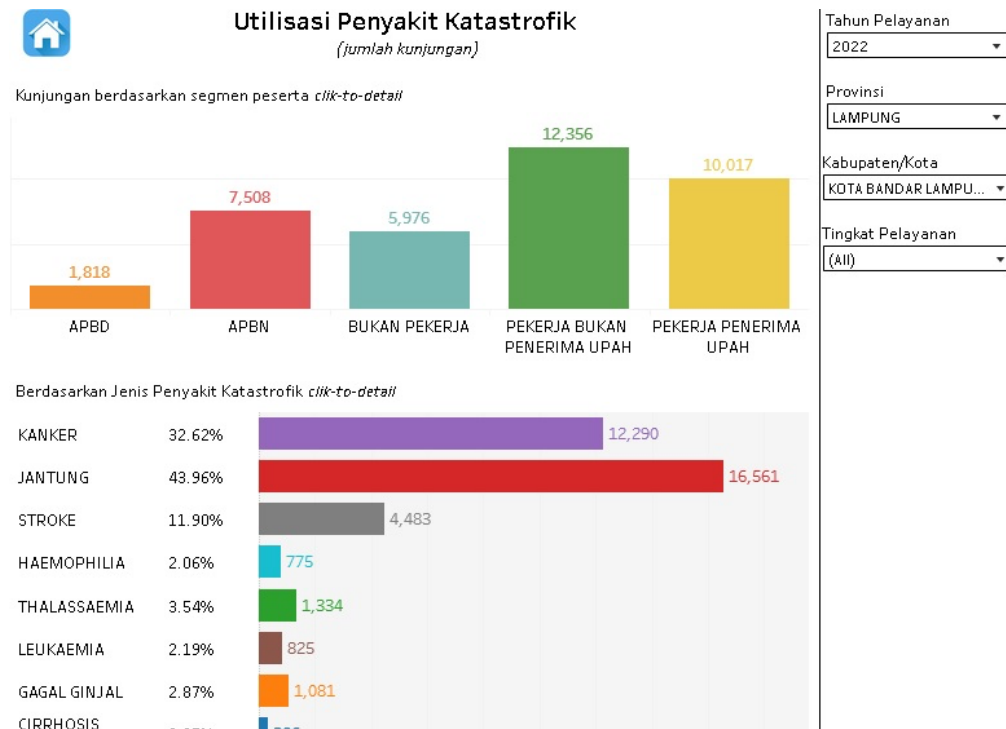


Gambar 13. Tampilan informasi menu Faskes Kerjasama pada *Dashboard JKN*

Menu ini menampilkan jumlah kasus di FKRTL berdasarkan jenis FKRTL, namun hanya yang berasal dari RS TNI/Polri Tingkat III dan klinik utama (Gambar 13). Selain itu, pada menu ini juga ditampilkan jumlah kasus berdasarkan jenis kasus yaitu rawat jalan dan rawat inap. Data pada menu ini ditampilkan per-tahun.

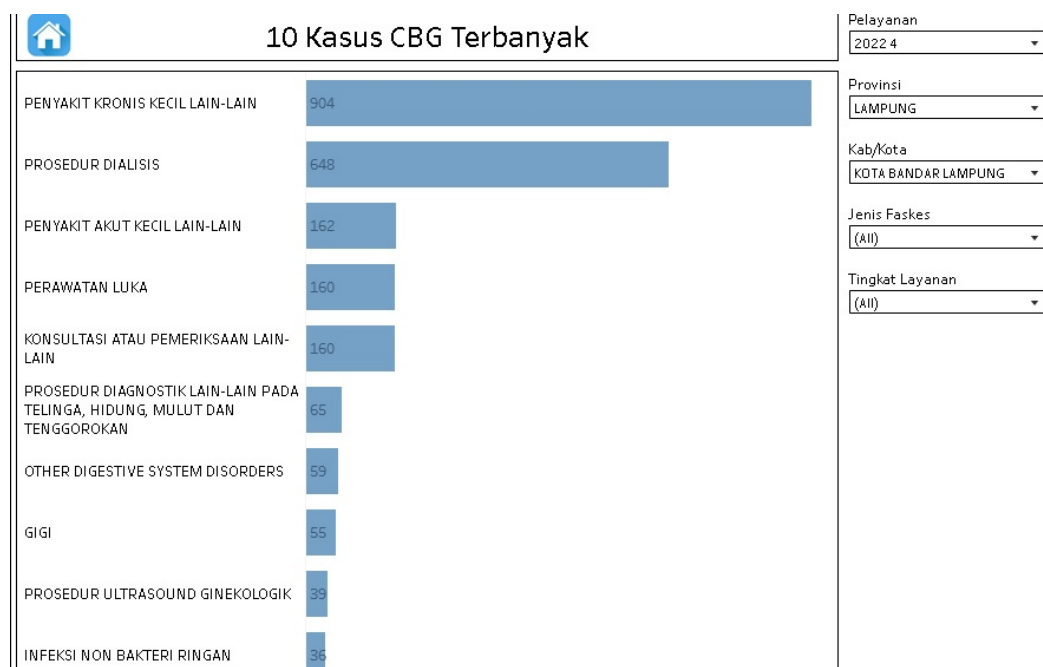
h. Utilisasi Penyakit Katastrofik

Informasi mengenai utilisasi penyakit katastrofik dapat dilihat pada menu ini. Informasi tersebut dapat dilihat berdasarkan segmen kepesertaan dan kelompok jenis penyakitnya.



Gambar 14. Tampilan menu Utilisasi Penyakit Katastrophik pada *Dashboard JKN*

i. Sepuluh Kasus dengan Jumlah Tertinggi di FKRTL



Gambar 15. Tampilan informasi menu Top 10 Kasus FKRTL *Dashboard JKN*

Pada menu ini, Dinas Kesehatan dapat melihat 10 kasus terbanyak yang ada di

FKRTL, namun informasi pada *Dashboard* ini baru memuat data dari RS TNI/Polri Tingkat III dan klinik utama. Data pada menu ini dapat dilihat pada periode yang dapat disesuaikan oleh PIC mulai dari periode 1 bulan.

3. Pemanfaatan

BPJS Kesehatan meluncurkan *Dashboard* JKN sebagai bentuk dukungan kepada pemerintah agar dapat memperoleh data yang dapat digunakan sebagai dasar informasi penentuan kebijakan (BPJS Kesehatan, 2020). Akses terhadap aplikasi ini mulai diberikan kepada Dinas Kesehatan Provinsi Lampung dan Kota Bandar Lampung sejak September 2020. Semenjak saat itu, Dinas Kesehatan Kota Bandar Lampung belum memanfaatkan informasi dari *Dashboard* JKN.

"..tapi tetap harus diingatkan kembali gitu, diingatkan kembali bahwa ini kita punya *dashboard* lo ini coba dimanfaatkan gitu. Kan kita kadang terlupakan" (PIC *Dashboard*, Informan BS01)

Sementara itu, Dinas Kesehatan Provinsi Lampung sudah memanfaatkan data dari *Dashboard* JKN dalam beberapa hal, salah satunya yaitu sebagai data dukung dalam *monitoring* dan evaluasi program JKN, seperti yang disampaikan oleh informan berikut:

"Penyusunan laporan tahunan aja sih evaluasi setiap tahun kan ada evaluasi jadi di situ kita tampilin semua" (PIC *Dashboard*, Informan LP02)

Pada *Dashboard* JKN juga disertai informasi tambahan berupa klaim Covid-19, informasi ini juga membantu Dinas Kesehatan dalam mengelola klaim Covid-19 yang ada di Provinsi Lampung, berikut pernyataan dari informan terkait hal tersebut:

"Kemudian itu kalau yang sekarang karena kita pandemi, kita juga di *dashboard* itu ada e dia ininya tentang e covid." (PIC *Dashboard*, Informan LP02)

4. Hambatan Pemanfaatan Dashboard JKN

a. Individu (*Human*)

Akses langsung terhadap aplikasi *Dashboard* JKN diberikan kepada 1 orang yang telah ditunjuk oleh masing-masing Dinas Kesehatan yang disebut sebagai *person-in-charge* (PIC) *Dashboard* JKN. Tidak terdapat pelatihan khusus bagi PIC terkait cara mengoperasikan aplikasi tersebut, melainkan hanya berupa sosialisasi mengenai penjelasan aplikasi tersebut dari BPJS Kesehatan.

Karakteristik individu dari PIC *Dashboard* JKN pada penelitian ini terangkum dalam Tabel 3. Terlihat bahwa PIC Dinkes Kota Bandar Lampung sudah berusia 52 tahun sedangkan PIC Dinkes Provinsi Lampung berusia 40 tahun. Selain dari segi usia, terlihat pula adanya perbedaan sikap dari kedua PIC tersebut terhadap *Dashboard* JKN, dimana PIC Dinkes Provinsi Lampung memiliki sikap positif sedangkan PIC Dinkes Kota Bandar Lampung memiliki sikap negatif, dimana ia memiliki persepsi bahwa dalam penggunaan aplikasi *Dashboard* JKN diperlukan ahli IT untuk mengaksesnya seperti pada kutasi berikut:

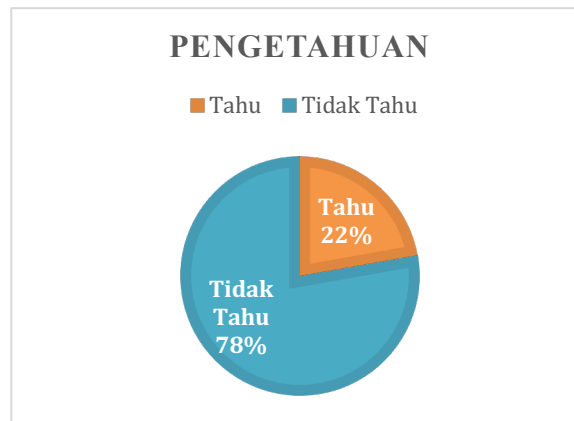
"ya itu mungkin tadi harusnya memang ada yang khusus yang mengelola sehingga memang bisa pencapaian optimal gitu dan paling tidak SDM-nya memang benar tahu IT" (PIC *Dashboard*, Informan BS01)

Secara umum pemberian akses pada sistem informasi dapat diberikan berupa akses langsung dan akses tidak langsung. Pada *Dashboard* JKN, akses langsung hanya diberikan kepada 1 orang PIC, sedangkan seksi dan bidang lain dapat mengakses data *Dashboard* JKN secara tidak langsung (*chauffeured use*). Pada penelitian ini, diketahui bahwa ketentuan tersebut juga menjadi hambatan dalam pemanfaatan *Dashboard* JKN di Dinas Kesehatan, seperti yang disampaikan oleh salah seorang informan berikut:

"Kalau data ini memang mau termanfaatkan menurut saya sih mungkin bisa ya jadi tidak hanya satu orang. Karena namanya *dashboard*, data ini kan harus termanfaatkan ya apa salahnya kalau diberikan di bidang saya." (Kepala Bidang, Informan LB04)

Berdasarkan penelitian ini, ditemukan bahwa sebagian besar seksi dan bidang lain tersebut tidak mengetahui adanya *Dashboard* JKN (Grafik 1). Informan yang

mengetahui adanya *Dashboard* JKN sebagian besar merupakan petugas yang sebelumnya pernah bertugas di seksi yang mendapatkan akses langsung *Dashboard* JKN.



Grafik 1. Persentase Informan yang mengetahui *Dashboard* JKN (selain PIC *Dashboard* JKN)

b. Organisasi (*Organization*)

Penunjukkan PIC *Dashboard* JKN pada kedua organisasi ini sama-sama diberikan kepada pengelola program JKN yang berada di bawah Bidang Pelayanan Kesehatan. Sejak akses *Dashboard* JKN diberikan kepada Dinas Kesehatan, baik Dinkes Provinsi maupun Dinkes Kota tidak mengadakan sosialisasi di internal Dinas Kesehatan sehingga seksi dan bidang lain tidak mengetahui adanya *Dashboard* JKN, tidak mengetahui informasi yang tersedia di dalamnya, serta tidak mengetahui manfaatnya, seperti yang disampaikan oleh informan berikut:

"Cuma yang jadi masalah kita kan nggak tahu ya nggak tahu yang punya akses itu siapa kan di dinas kesehatan gitu. Kemudian kita kan nggak tahu juga jenis-jenis datanya." (Kepala Seksi, Informan LS04)

Selain itu, pada pemanfaatan *Dashboard* JKN oleh Dinas Kesehatan terdapat kendala terkait dinamika organisasi yang menjadi hambatan dalam pemanfaatannya, yaitu kurangnya koordinasi dan kolaborasi antar seksi dan antar bidang, seperti yang disampaikan oleh salah seorang informan berikut:

"Susahnya tadi, masih ada ego-sektor, ego-program, yang menurut mereka itu bukan tugas saya. Yang kadang-kadang itu yang menghambat koordinasi kita. Ya kayak data nih, kita minta. Kok enak bener sih. Ini pemikiran saya aja tapi

ya." (Kepala Seksi, Informan BS03)

"Itu tadi, jadi memang ada temen temen ya mohon maaf ya, masih eh di, di bidang bidang itu dengan kacamata kuda, artinya melihatnya hanya sektoral saja." (Kepala Bidang, Informan LB02)

Selain tata kelola di dalam internal organisasi, terdapat pula temuan mengenai hubungan interorganisasi yaitu hubungan antara Dinas Kesehatan dengan BPJS Kesehatan. Berdasarkan penelitian ini, ditemukan bahwa pada bidang dan seksi yang tidak mengetahui pemanfaatan *Dashboard* JKN tidak memiliki wadah interaksi rutin dengan BPJS Kesehatan, seperti yang disampaikan oleh salah seorang informan berikut:

"Oh, iya. Nggak ada. Nggak ada. Dan itu juga yang juga jadi masalah gitu ya."
(Kepala seksi, Informan LS04)

c. Teknologi (*Technology*)

Dashboard JKN merupakan sebuah aplikasi yang dikeluarkan oleh BPJS Kesehatan untuk pemerintah daerah berupa visualisasi data yang berasal dari data klaim BPJS Kesehatan.

Namun, dalam penelitian ini diketahui bahwa beberapa fitur dan informasi yang tersedia pada *Dashboard* JKN belum sesuai dengan kebutuhan Dinas Kesehatan sebagai penentu kebijakan kesehatan di daerah.

Unit wilayah terkecil yang ditampilkan di *Dashboard* JKN adalah tingkat Kabupaten/Kota, sedangkan untuk dapat melakukan intervensi yang tepat Dinas Kesehatan membutuhkan data paling tidak hingga ke tingkat kecamatan atau per-wilayah kerja Puskesmas sebagai Unit Pelaksana Teknis Dinas Kesehatan, seperti yang disampaikan oleh informan berikut ini:

"Sebenarnya diperlukan untuk sasaran promotif preventif terutama untuk apa kalangan umur-umur tertentu misalnya lansia. Berapa sih sebenarnya jumlah lansia kita, dimana sasaran terbanyaknya." (Kepala Bidang, informan BB02)

Pada beberapa menu, misalnya profil kepesertaan, data tidak diperbarui perbulan. Pada saat penelitian dilakukan (Mei 2022) terlihat data kepesertaan

terakhir diperbarui pada bulan Desember 2021. Sementara itu, BPJS Kesehatan, Dinas Kesehatan, dan Disdukcapil mengadakan pertemuan rutin untuk mensinkronisasi jumlah kepesertaan setiap triwulan. Oleh karena itu, data kepesertaan yang lebih sering dimanfaatkan adalah data dari hasil pertemuan tersebut dibandingkan dengan data yang ditampilkan *Dashboard* JKN karena adanya keterbutuhan data yang terbaru dan akurat, seperti yang disebutkan oleh informan berikut:

"Jadi kita bayar itu sesuai dengan hasil Rekon jadi e BPJS itu mengajukan pembayaran ke kita setelah kita ada rekon karena datanya memang data yang dipakai rekon itu." (PIC *Dashboard*, Informan LP02)

5. Faktor Pendorong Pemanfaatan *Dashboard* JKN

Selain dari jenis informasinya, keterbutuhan Dinas Kesehatan terhadap *Dashboard* JKN juga didorong oleh adanya beberapa kemudahan yang dimiliki dibandingkan dengan data rutin yang telah dimanfaatkan terlebih dahulu oleh Dinas Kesehatan, salah satu kelebihanannya adalah *Dashboard* JKN menampilkan sebagian besar data yang diperbaharui setiap 1 bulan sekali secara otomatis yang dapat menjadi *bypass* bagi Dinas Kesehatan untuk menilai situasi permasalahan kesehatan di daerah ketika dibutuhkan, seperti yang disampaikan informan berikut:

"Atau mungkin karena ini artinya *dashboard* kalau kita misalnya kita mau cepat membuat suatu perencanaan atau apa terkadang kan kan teman-teman kabupaten kota ini kan suka *late*." (Kepala Bidang, Informan LB04)

"Lumayan membantu. Membantu. Karena kan kita kadang-kadang e... masalah juga di pelaporan dari teman-teman kan di Kabupaten/Kota itu kadang-kadang kan satu orang pegang berapa program. Jadi kan nggak bisa memberikan informasi yang cepat. Jadi kalau ditanya kebantu atau nggak, ya kebantu." (Kepala Seksi, Informan LS01)

Fitur *Dashboard* JKN yang merupakan aplikasi berbasis situs web juga memberikan kemudahan tersendiri kepada Dinas Kesehatan sehingga dapat diakses

dimana saja tanpa terikat pada satu perangkat saja, seperti yang disampaikan oleh informan berikut:

"Terus ya ininya juga kita walaupun gak di kantor misalnya lagi DL (**Dinas Luar**) ke mana itu ke mana kita bisa buka itu sih ininya." (PIC *Dashboard*, Informan LP02)

Dashboard JKN memiliki tampilan yang sederhana dan menampilkan visualisasi data yang sudah diolah oleh BPJS Kesehatan dalam bentuk grafik, sehingga mudah untuk dapat dioperasikan dan diinterpretasikan oleh pengguna, seperti yang disampaikan oleh informan berikut:

"Kalau penggunaannya mudah." (PIC *Dashboard*, Informan LP02)

6. Kebutuhan Dinas Kesehatan terhadap *Dashboard* JKN

Seperti yang telah didiskusikan sebelumnya, bahwa sebagian besar informan selain PIC belum mengetahui adanya *Dashboard* JKN, termasuk apa saja informasi yang tersedia di dalam aplikasi tersebut. Oleh karena itu, untuk menilai keterbutuhan Dinas Kesehatan terhadap *Dashboard* JKN, peneliti memberikan pertanyaan kepada informan berupa data dari BPJS Kesehatan apa saja yang selama ini dibutuhkan oleh seksi atau bidang yang dipimpin oleh informan terlepas dari ada atau tidaknya *Dashboard* JKN. Setelah informan memberikan jawaban atas pertanyaan tersebut, peneliti menunjukkan tangkapan layar menu utama *Dashboard* JKN kepada informan untuk menggali keterbutuhan data *Dashboard* JKN secara spesifik.

Berdasarkan wawancara mendalam tersebut, terlihat bahwa data BPJS Kesehatan, termasuk yang ditampilkan pada *Dashboard* JKN, juga dibutuhkan oleh seksi dan bidang lain di Dinas Kesehatan. Seperti yang disampaikan oleh salah satu informan berikut terkait keterbutuhan seksinya terhadap *Dashboard* JKN:

"sebenarnya informasi terkait JKN itu sangat perlu gitu apalagi di kami ada beberapa apa penyajian data kami yang harus memang ada memasukkan terkait JKN" (Kepala Seksi, Informan LS05)

Dinas Kesehatan Provinsi Lampung juga membutuhkan data dari *Dashboard* JKN sebagai salah satu data dukung dalam penentuan alokasi anggaran pembayaran iuran peserta PBI, seperti yang dapat dikutip dari keterangan informan berikut:

"Kalau itu iya salah satu ini ya salah satu data yang kita manfaatkan ya kayak yang itu tadi kita menganggarkan untuk pembayaran iuran peserta pajak rokok." (PIC *Dashboard*, Informan LP02)

Selain itu, *Dashboard* JKN dibutuhkan oleh Dinas Kesehatan karena pada aplikasi tersebut tidak hanya karena memuat data mengenai program JKN secara langsung saja, melainkan juga memuat data-data lain yang dapat dimanfaatkan sebagai data dukung dalam penentuan rencana kegiatan promotif dan preventif terhadap suatu penyakit, seperti yang dipaparkan oleh salah seorang informan melalui pernyataannya berikut ini:

"Tentu ini kan bagus kan pemanfaatan data itu ketika eh teman-teman di apa namanya PIC bisa men-share itu e ke bidang kesmas misalnya. Di bidang kesmas kan ada seksi promosi kesehatan dia bisa mengantisipasi itu melakukan kampanye kesehatan terkait dengan pencegahan DBD misalnya seperti itu contohnya yang 10 besar penyakit contohnya." (Kepala Bidang, informan LB01)

7. Pengembangan Aplikasi *Dashboard* JKN

Melihat aspek keterbutuhan dan kemudahan yang dapat diberikan oleh *Dashboard* JKN di samping adanya hambatan yang didiskusikan sebelumnya, informan memiliki beberapa usulan terkait pengembangan *Dashboard* JKN di masa yang akan datang agar pemanfaatannya dapat lebih optimal dan lebih menyeluruh (Tabel 5).

Tabel 5. Usulan Pengembangan *Dashboard* JKN (berdasarkan informan penelitian)

Menu	Kondisi Saat Ini	Kebutuhan Dinkes
a. Pengembangan Aplikasi		
1. Semua kategori menu	Unit terkecil: Kabupaten/Kota	Unit terkecil: Wilayah Kerja Puskesmas
2. Cakupan Kepesertaan	Capaian akumulatif seluruh segmen peserta	Juga dapat menampilkan capaian cakupan per segmen kepesertaan
3. Profil Peserta	Menampilkan komposisi berdasarkan status aktif, segmen peserta, usia, dan jenis kelamin	<ul style="list-style-type: none"> Juga dapat menampilkan komposisi berdasarkan kelas Data <i>by name by address</i> Menampilkan kepatuhan membayar iuran
4. Faskes Kerjasama	Hanya menampilkan jumlah berdasarkan jenis Faskes	Menampilkan daftar nama faskes kerjasama berdasarkan wilayah
5. Kunjungan FKTP	Menampilkan data berdasarkan jenis faskes, jenis kunjungan, dan periode waktu	Juga dapat menampilkan data angka kontak
6. Rujukan FKTP	Menampilkan rujukan berdasarkan jenis faskes dan periode waktu	Juga dapat menampilkan data berdasarkan jenis rujukan spesialisistik dan nonspecialistik
7. Data FKRTL	Hanya menampilkan data dari RS TNI/Polri dan klinik utama	Menampilkan data dari semua jenis FKRTL seperti RS Pemerintah lain, RS swasta, dan lain sebagainya.
8. Data penyakit	Hanya berupa rekapitulasi jumlah dan peringkat	<ul style="list-style-type: none"> Disertai informasi demografi seperti usia, tempat tinggal, jenis kelamin, dsb Tidak dibatasi hanya pada 10 besar penyakit Jumlah biaya klaim penyakit Data <i>by name by address</i>
Menu Tambahan		
9. Laporan Pengelolaan Program JKN	Belum tersedia	Berisi pendapatan iuran, beban jaminan kesehatan, pemanfaatan pelayanan kesehatan, dsb
10. Prolanis	Belum tersedia	Demografi dan persentase pasien terkontrol
11. Jumlah pembayaran ke Puskesmas	Belum tersedia	Kapitasi dan nonkapitasi

B. Pembahasan

1. Pemanfaatan

Menurut Trisnantoro, sistem informasi antara Dinas Kesehatan dan BPJS Kesehatan menjadi prioritas pertama dalam memperbaiki fragmentasi yang terjadi. Sistem informasi diharapkan dapat menjadi media pertukaran data antara Dinas Kesehatan dan BPJS Kesehatan sehingga dapat menjadi dasar dalam penentuan kebijakan kesehatan di daerah. Data penyakit dari BPJS Kesehatan jika dapat diakses oleh Dinas Kesehatan dapat dijadikan dasar dalam penentuan program pencegahan penyakit di masyarakat, promosi kesehatan, penentuan keputusan, hingga perencanaan matang dalam pencegahan penyakit di tahun berikutnya. Selain itu, data keuangan berupa jumlah dana yang diterima dan terpakai di daerah perlu untuk diketahui oleh Dinas Kesehatan sehingga dapat dimanfaatkan untuk optimalisasi peran kendali biaya oleh pemerintah daerah (Trisnantoro, 2019).

Sementara itu, berdasarkan hasil penelitian, diketahui bahwa pemanfaatan *Dashboard* JKN yang menjadi bentuk penerapan sistem informasi antara BPJS Kesehatan dan Dinkes ini masih belum optimal, seperti di Dinkes Provinsi Lampung yang pemanfaatannya masih terbatas pada kebutuhan PIC *Dashboard* JKN saja, yaitu dimanfaatkan sebagai data dukung dalam monitoring & evaluasi program JKN serta dalam pemantauan *dispute* klaim Covid-19; serta Dinas Kesehatan Kota Bandar Lampung yang belum memanfaatkan aplikasi ini.

Berdasarkan Permenkes RI No. 49 Tahun 2016 tentang Pedoman Teknis Pengorganisasian Dinas Kesehatan Provinsi dan Kabupaten/Kota, Dinas Kesehatan memiliki tugas dan fungsi untuk melakukan pelaksanaan administrasi dinas serta perumusan dan pelaksanaan kebijakan hingga evaluasi pelaporan di bidang kesehatan masyarakat, pencegahan dan pengendalian penyakit, pelayanan kesehatan, kefarmasian, alat kesehatan, serta sumber daya kesehatan (Tabel 6) (Kemenkes RI, 2016).

Tabel 6. Contoh Pemanfaatan *Dashboard* JKN berdasarkan Tugas & Fungsi Dinkes

Tugas & Fungsi Dinkes (Permenkes RI No. 49 Tahun 2016)	Menu <i>Dashboard</i> JKN yang dapat dimanfaatkan
Perumusan dan pelaksanaan kebijakan hingga evaluasi pelaporan di bidang:	
1. Kesehatan masyarakat	<ul style="list-style-type: none"> • Profil peserta JKN • Jumlah kunjungan FKTP • Top 10 diagnosa FKTP • Utilisasi penyakit katastrofik • Top 10 kasus FKRTL
2. Pencegahan dan pengendalian penyakit	<ul style="list-style-type: none"> • Profil peserta JKN • Faskes kerjasama • Top 10 diagnosa FKTP • Utilisasi penyakit katastrofik • Top 10 kasus FKRTL
3. Pelayanan kesehatan	<ul style="list-style-type: none"> • Capaian UHC • Profil peserta JKN • Faskes kerjasama • Jumlah kunjungan FKTP • Jumlah rujukan FKTP • Top 10 diagnosa FKTP • Jumlah kasus FKRTL • Utilisasi penyakit katastrofik • Top 10 kasus FKRTL
4. Kefarmasian & alat kesehatan	<ul style="list-style-type: none"> • Faskes kerjasama • Jumlah kunjungan FKTP • Top 10 diagnosa FKTP • Utilisasi penyakit katastrofik • Top 10 kasus FKRTL
5. Sumber daya kesehatan	<ul style="list-style-type: none"> • Faskes kerjasama • Jumlah kunjungan FKTP • Jumlah rujukan FKTP • Top 10 diagnosa FKTP • Utilisasi penyakit katastrofik • Top 10 kasus FKRTL

Melihat berbagai fitur yang tersedia pada *Dashboard* JKN serta menilai keterbutuhan Dinas Kesehatan terhadap aplikasi tersebut, sebenarnya pemanfaatan *Dashboard* JKN oleh Dinas Kesehatan dapat lebih dari apa yang sudah berjalan saat ini dan dapat dimaksimalkan hingga dapat digunakan Dinas Kesehatan dalam menjalankan tugas dan fungsinya, serta menciptakan kesinambungan sistem kesehatan di daerah.

Salah satu contoh pemanfaatan *Dashboard* JKN yang dapat dilakukan oleh Dinas Kesehatan adalah dalam penentuan alokasi kontribusi pembayaran iuran peserta PBI oleh pemerintah daerah sebagaimana yang telah diatur dalam Peraturan Menteri Keuangan No.128/PMK.07/2018. Berdasarkan PMK tersebut, pemerintah daerah wajib menganggarkan realisasi penerimaan pajak rokok sebesar 37,5% dari masing-masing provinsi/kabupaten/kota untuk digunakan sebagai kontribusi pembayaran iuran peserta PBI BPJS Kesehatan (Kemenkeu RI, 2018). Lebih lanjut, Peraturan Menteri Keuangan No.78/PMK.02/2020 mengatur besaran kontribusi iuran peserta PBI yang dibayarkan Dinkes Provinsi dibagi dan dibebankan kepada masing-masing provinsi sesuai dengan kapasitas fiskal daerah dengan ketentuan Rp2.200,00 untuk daerah dengan kapasitas fiskal daerah sangat tinggi, Rp2.100,00 untuk daerah dengan kapasitas fiskal tinggi dan sedang, serta Rp2.000,00 per orang per bulannya untuk daerah dengan kapasitas fiskal rendah (Kemenkeu RI, 2020). Dengan demikian, semestinya Dinas Kesehatan Provinsi dapat memanfaatkan menu Cakupan Kepesertaan pada *Dashboard* JKN yang menampilkan jumlah peserta JKN di masing-masing Kabupaten/Kota. Namun sayangnya, pemanfaatan ini belum dapat berjalan karena data kepesertaan yang ditampilkan *Dashboard* JKN diperbarui lebih dari 3 bulan sekali serta adanya perbedaan angka dengan data manual yang dimiliki oleh Dinas Kesehatan Provinsi. Di sisi lain, Dinas Kesehatan dan BPJS Kesehatan melakukan Pertemuan Rekonsiliasi untuk mencocokkan data kepesertaan setiap 3 bulan sekali, namun berdasarkan hasil penelitian, data hasil rekonsiliasi tersebut tidak dimasukkan ke dalam *Dashboard* JKN seperti sebagaimana mestinya. Oleh karena itu, hal ini menjadi salah satu faktor yang menghambat pemanfaatan *Dashboard* JKN oleh Dinas Kesehatan. Berbagai faktor penghambat dalam pemanfaatan *Dashboard* JKN lainnya akan dibahas pada bagian selanjutnya.

2. Hambatan Pemanfaatan Dashboard JKN

a. Individu (*Human*)

Berdasarkan teori HOT-fit, faktor individu (*human*) terdiri dari 2 dimensi yaitu pemanfaatan sistem (*System Use*) dan kepuasan individu (*User Satisfaction*).

Pemanfaatan sistem berkaitan dengan siapa individu yang mengakses sistem tersebut, apakah akses tersebut secara langsung atau tidak langsung, tingkat penggunaan, pelatihan, pengetahuan, keyakinan, harapan, serta penerimaan atau resistensi (Yusof, et al., 2008).

Hasil penelitian mengidentifikasi bahwa PIC *Dashboard* JKN tidak mendapatkan pelatihan khusus terkait cara penggunaan *Dashboard* JKN sebelumnya. Hal ini menjadi hambatan dalam penggunaan *Dashboard* JKN dimana menurut Yusof et al., pelatihan penggunaan sistem informasi merupakan salah satu faktor kunci dalam penentuan keberhasilan suatu sistem informasi. Beberapa penelitian menunjukkan bahwa pelatihan akan meningkatkan penggunaan sistem dan membantu pengguna merasa nyaman dalam penggunaannya, yang secara tidak langsung akan meningkatkan penerimaan pengguna terhadap sistem informasi tersebut (Yusof, et al., 2008). Pelatihan pada teknologi informasi kesehatan agar efektif harus berupa praktik langsung disertai dengan simulasi penggunaannya dalam pekerjaan sehari-hari (Cresswell, et al., 2013). Tidak adanya pelatihan dan persiapan yang baik sering menyebabkan penggunaan sistem tidak sesuai dengan yang diharapkan (Ajami & Mohammadi-Bertiani, 2012).

Selain pelatihan, karakteristik individu seperti usia, jenis kelamin, latar belakang, jenis kelamin, nilai dan kepercayaan, juga dapat mempengaruhi penerimaan atau penolakan individu terhadap sistem informasi. Terdapat perbedaan penggunaan *Dashboard* pada PIC *Dashboard* JKN yang menjadi informan dalam penelitian ini. PIC Kota Bandar Lampung tidak memanfaatkan *Dashboard* JKN, sedangkan PIC Provinsi Lampung sudah menggunakan *Dashboard* JKN dalam menjalankan pekerjaannya. Berdasarkan data penelitian, diketahui bahwa PIC Kota Bandar Lampung sudah berusia 52 tahun sedangkan PIC Provinsi Lampung berusia 40 tahun. Menurut Hauk et. al, faktor usia berhubungan negatif dengan penerimaan teknologi. Efek negatif tersebut terutama disebabkan oleh persepsi individu terhadap kemudahan penggunaannya yang juga berkaitan dengan kemampuan komputerisasi dasar yang dimilikinya (Hauk, et al., 2018). Kemampuan komputerisasi dasar ini dapat mempengaruhi tingkat penggunaan suatu sistem informasi kesehatan (Yusof, et al., 2008). Oleh karena itu, diperlukan adanya

pertimbangan yang lebih matang dalam pemilihan PIC *Dashboard* JKN untuk kemudian juga perlu diberikan pelatihan oleh BPJS Kesehatan.

Secara umum pemberian akses pada sistem informasi dapat diberikan berupa akses langsung dan akses tidak langsung. Pada *Dashboard* JKN, akses langsung hanya diberikan kepada 1 orang PIC, sedangkan seksi dan bidang lain dapat mengakses data *Dashboard* JKN secara tidak langsung (*chauffeured use*). Pada penelitian ini, diketahui bahwa ketentuan tersebut menjadi hambatan dalam pemanfaatan *Dashboard* JKN di Dinas Kesehatan. Menurut Culnan, tidak terdapat tipe akses yang lebih unggul daripada tipe akses lainnya yang berlaku pada segala kondisi. Oleh karena itu, pemilihan tipe akses sistem informasi kesehatan harus disesuaikan dengan kondisi yang ada. Pemberian akses tidak langsung dapat dipilih pada kondisi dimana data pada sistem informasi tersebut hanya dibutuhkan sesekali oleh seksi atau bidang tersebut. Sementara itu, pemberian akses langsung perlu diterapkan jika data secara reguler dibutuhkan oleh seksi atau bidang tersebut. Oleh karena itu, pada penggunaan *Dashboard* JKN perlu dipertimbangkan untuk memberikan akses tambahan kepada seksi atau bidang lain yang membutuhkan akses data dari *Dashboard* JKN secara rutin sehingga akan menjadi lebih efektif dalam pemanfaatannya (Culnan, 1983).

Penggunaan akses data *Dashboard* JKN secara tidak langsung oleh seksi dan bidang lain di Dinas Kesehatan belum berjalan sebagaimana mestinya. Menurut Yusof, penggunaan sistem informasi dapat dipengaruhi oleh tingkat pengetahuan (Yusof, et al., 2008). Berdasarkan penelitian ini, ditemukan bahwa sebagian besar seksi dan bidang lain tersebut tidak mengetahui adanya *Dashboard* JKN (Grafik 1). Ketidaktahuan seksi dan bidang lain ini menyebabkan pemanfaatan *Dashboard* JKN masih terbatas hanya pada seksi yang memiliki akses secara langsung saja.

b. Organisasi (*Organization*)

Berdasarkan Permenkes No.49 Tahun 2016, Dinas Kesehatan dibedakan menjadi 3 tipe, yaitu tipe A, B, dan C. Dinas Kesehatan Provinsi Lampung dan Dinas Kesehatan Kota Bandar Lampung merupakan Dinas kesehatan dengan tipologi tipe A. Dinas Kesehatan tipe A merupakan Dinas Kesehatan yang memiliki

1 sekretariat yang terdiri dari maksimal 3 sub bagian, serta memiliki 4 bidang yang masing-masing memiliki paling banyak 3 seksi (Kemenkes RI, 2016). Penunjukkan PIC *Dashboard* JKN pada kedua organisasi ini sama-sama diberikan kepada pengelola program JKN yang berada di bawah Bidang Pelayanan Kesehatan. Pemilihan PIC *Dashboard* JKN serta merta dipilih berdasarkan jabatan yang dimiliki oleh petugas tersebut tanpa mempertimbangkan kemampuan yang dimilikinya. Menurut Puranam, et al. terdapat beberapa cara untuk mendelegasikan tugas di dalam organisasi, namun dalam berbagai cara tersebut harus mempertimbangkan keahlian dan kemampuan individu agar tujuan pendelegasian tugas tersebut dapat tercapai (Puranam, et al., 2014).

Berdasarkan hasil penelitian diketahui bahwa salah satu hambatan dalam pemanfaatan *Dashboard* JKN disebabkan karena tidak adanya sosialisasi di internal Dinkes yang menyebabkan bidang lain di Dinkes tidak mengetahui *Dashboard* JKN. Menurut Cresswell dan Sheikh, faktor organisasi sangat penting dalam menentukan keberhasilan implementasi sistem informasi kesehatan. Organisasi perlu menyusun strategi agar pemanfaatan sistem informasi kesehatan menjadi optimal dan dapat berinovasi, beberapa di antaranya adalah mengadakan sosialisasi di dalam organisasi, dorongan dan motivasi dari pimpinan organisasi, komunikasi dan umpan balik selama proses implementasi, serta bekerja bersama dengan penyedia pelayanan sistem informasi kesehatan tersebut (Cresswell & Sheikh, 2013).

Dalam teori HOT-fit, dinamika dalam organisasi dapat mempengaruhi keberhasilan sebuah sistem informasi kesehatan (Yusof, et al., 2008). Namun sayangnya, pada pemanfaatan *Dashboard* JKN oleh Dinas Kesehatan terdapat dinamika organisasi yang menjadi hambatan dalam pemanfaatannya, yaitu kurangnya koordinasi dan kolaborasi antar seksi dan antar bidang di internal Dinas Kesehatan.

Selain tata kelola di dalam internal organisasi, dimensi organisasi dalam teori HOT-fit juga memerhatikan faktor hubungan interorganisasi (Yusof, et al., 2008). Hubungan interorganisasi dalam hal pemanfaatan *Dashboard* JKN merupakan hubungan antara Dinas Kesehatan dengan BPJS Kesehatan hal ini sejalan dengan

temuan pada penelitian ini, dimana ditemukan bahwa pada bidang dan seksi yang tidak mengetahui pemanfaatan *Dashboard* JKN tidak memiliki wadah interaksi rutin dengan BPJS Kesehatan sehingga menghambat pemanfaatan *Dashboard* JKN menjadi lebih optimal di Dinas Kesehatan.

c. Teknologi (*Technology*)

Berdasarkan hasil penelitian, diketahui bahwa hambatan teknologi dalam pemanfaatan *Dashboard* JKN disebabkan karena data dan fitur yang tersedia pada aplikasi tersebut belum sesuai dengan kebutuhan Dinas Kesehatan. Hal ini sejalan dengan gagasan Yusof et al. yang menyatakan bahwa sistem yang bekerja dengan baik tidak serta merta menjamin bahwa sistem tersebut akan digunakan seperti yang diharapkan. Oleh karena itu, penting untuk memastikan bahwa sistem dapat memenuhi kebutuhan pengguna, nyaman dan mudah untuk digunakan, serta sesuai dengan pola pekerjaan individu dan dengan sistem kesehatan secara keseluruhan (Yusof, et al., 2008).

Beberapa hal pada *Dashboard* JKN yang belum dapat memenuhi kebutuhan Dinas Kesehatan adalah beberapa menu data yang diperbarui lebih dari 3 bulan, data yang tidak dapat disaring berdasarkan wilayah kerja Puskesmas, serta lain sebagainya yang tertulis pada Tabel 5. Berdasarkan teori HOT-fit ini menunjukkan bahwa *Dashboard* JKN belum dapat memenuhi kebutuhan pengguna yang menunjukkan adanya kekurangan dalam kualitas sistem sehingga menyebabkan penggunaan *Dashboard* JKN tidak optimal (Yusof, et al., 2008).

3. Faktor Pendorong Pemanfaatan *Dashboard* JKN

Faktor teknologi dalam kerangka HOT-fit terdiri dari 3 dimensi, yaitu kualitas sistem (*System Quality*), kualitas informasi (*Information Quality*), dan kualitas pelayanan (*Service Quality*) (Yusof, et al., 2008). Berdasarkan hasil penelitian diketahui bahwa salah satu kemudahan yang diberikan oleh *Dashboard* JKN kepada Dinas Kesehatan adalah karena sebagian besar datanya yang diperbarui setiap 1 bulan sekali dan langsung tersedia pada aplikasi tersebut. Menurut teori HOT-fit, hal tersebut menunjukkan ketersediaan (*availability*) yang berhubungan

dengan dimensi kualitas sistem yang dapat meningkatkan penggunaan sistem informasi (Yusof, et al., 2008).

Fitur *Dashboard* JKN yang merupakan aplikasi berbasis situs web juga memberikan kemudahan tersendiri kepada Dinas Kesehatan sehingga dapat diakses dimana saja tanpa terikat pada satu perangkat saja hal ini berhubungan dengan indikator efisiensi dan kemudahan penggunaan yang juga merupakan komponen dari dimensi kualitas sistem dalam kerangka teori HOT-fit (Yusof, et al., 2008).

Dashboard JKN memiliki tampilan yang sederhana dan menampilkan visualisasi data yang sudah diolah oleh BPJS Kesehatan dalam bentuk grafik, sehingga mudah untuk dapat dioperasikan dan diinterpretasikan oleh pengguna. Kemampuan individu dalam mengoperasikan suatu sistem informasi kesehatan dapat meningkatkan tingkat penggunaan sistem (Yusof, et al., 2008).

Meskipun tidak terdapat pelatihan sebelumnya, bagi PIC yang mengalami kendala saat mengakses *Dashboard* JKN dapat menghubungi narahubung BPJS Kesehatan yang akan membantu mengarahkan penggunaannya melalui telepon hal ini menunjukkan adanya dukungan pelayanan dari BPJS Kesehatan sebagai penyedia *Dashboard* JKN yang menjadi indikator dimensi kualitas pelayanan (*service quality*) yang dapat meningkatkan penggunaan sistem informasi kesehatan tersebut (Yusof, et al., 2008).

4. Pengembangan Aplikasi *Dashboard* JKN

Program *Dashboard* JKN merupakan bentuk implementasi kebijakan Perpres No.82 Tahun 2018. Berdasarkan hasil penelitian ini, diketahui bahwa implementasi kebijakan tersebut di Provinsi Lampung belum berjalan sebagaimana mestinya. Hal ini disebabkan adanya hambatan yang berasal dari faktor manusia, organisasi, dan teknologi yang terlibat dalam penerapannya. Hal ini sejalan dengan gagasan Buse et al. yang menyatakan bahwa dinamika pada pelaksana kebijakan memiliki akan menentukan keberhasilan implementasi suatu kebijakan (Buse, et al., 2012).

Kebijakan ini diimplementasikan dalam bentuk sebuah sistem informasi kesehatan yang dimana menurut Yusof et al. agar berhasil dalam penerapannya tidak hanya berfokus pada komponen teknologinya saja, melainkan juga harus

memperhatikan komponen manusia dan organisasi yang ada di dalamnya (Yusof, et al., 2008).

Pada bagian hasil penelitian telah dipaparkan apa saja saran perbaikan *Dashboard* JKN dari segi teknologinya berdasarkan kebutuhan setiap bidang yang menjadi informan dalam penelitian ini (Tabel 5). Cresswell et al. memformulasikan sepuluh langkah kunci agar berhasil dalam menerapkan sebuah sistem informasi kesehatan yang telah mencakup ketiga komponen tersebut, yaitu:

- a. Membuat tujuan yang jelas terhadap permasalahan apa yang ingin diselesaikan dengan menggunakan sistem informasi tersebut.
- b. Menyusun konsensus yang melibatkan berbagai aktor yang terlibat dalam sistem informasi tersebut.
- c. Menentukan opsi-opsi dalam penerapannya disesuaikan dengan tujuan dan sumber daya yang dimiliki.
- d. Menentukan opsi yang dipilih yang dapat memenuhi kebutuhan dan mampu laksana.
- e. Menyusun rencana pengelolaan perubahan dalam organisasi.
- f. Menyediakan sarana dan prasarana yang dibutuhkan untuk menunjang penggunaan sistem informasi.
- g. Memberikan pelatihan kepada petugas.
- h. Melakukan evaluasi penggunaan secara berkelanjutan.
- i. Menjaga sistem yang telah dibangun dalam organisasi.
- j. Berkomitmen untuk melaksanakan hal-hal di atas dalam jangka waktu yang panjang hingga dapat mendapatkan keuntungan yang diharapkan dari suatu sistem informasi (Cresswell, et al., 2013).

Di samping melakukan perbaikan berdasarkan kebutuhan Dinas Kesehatan, aplikasi *Dashboard* JKN juga perlu mempertimbangkan agenda transformasi digital sistem kesehatan yang direncanakan oleh Kementerian Kesehatan RI pada tahun 2024. Transformasi ini bertujuan untuk mengintegrasikan berbagai aplikasi layanan kesehatan agar data-data kesehatan yang tersebar pada berbagai aplikasi

tersebut dapat menjadi padu sehingga tercapai optimalisasi efisiensi dan interoperabilitas pelayanan kesehatan (Kemenkes RI, 2021).

BAB V

KESIMPULAN DAN SARAN

A. Kesimpulan

1. *Dashboard* JKN belum dimanfaatkan sebagai sumber informasi dalam penentuan kebijakan kesehatan di daerah oleh Dinkes Provinsi Lampung dan Dinkes Kota Bandar Lampung, sebagaimana seperti yang menjadi tujuan dibuatnya *Dashboard* JKN.
2. Terdapat hambatan yang terdiri dari aspek SDM, organisasi, serta aplikasi *Dashboard* JKN itu sendiri.
3. *Dashboard* JKN belum dapat memenuhi kebutuhan Dinas Kesehatan.

B. Saran

1. Bagi BPJS Kesehatan
 - a. Menambahkan fitur *Dashboard* JKN agar sesuai dengan kebutuhan Dinas Kesehatan dalam menjalankan tugas dan fungsinya, termasuk data pembiayaan dan pembayaran klaim yang juga diinstruksikan Perpres No.82 Tahun 2018.
 - b. Melakukan perbaruan data paling tidak setiap 3 bulan sekali sebagaimana tertuang dalam Perpres No. 82 Tahun 2018.
 - c. Menambahkan akses *Dashboard* JKN kepada bidang lain di Dinas Kesehatan disesuaikan dengan kebutuhannya masing-masing.
 - d. Melakukan pelatihan kepada PIC yang telah ditentukan.
 - e. Duduk bersama Dinas Kesehatan dalam menyelaraskan tujuan *Dashboard* JKN yang melibatkan berbagai pihak di Dinas Kesehatan serta melakukan pemantauan yang berkelanjutan (*monitoring*) dalam pelaksanaannya.

- f. Meningkatkan hubungan kerjasama dan komunikasi dengan Dinas Kesehatan setempat, baik di tingkat Kabupaten/Kota maupun di tingkat Provinsi sebagai satu kesatuan dalam sistem kesehatan di daerah.
2. Bagi Dinas Kesehatan
 - a. Melakukan pertimbangan yang matang dalam penentuan PIC *Dashboard* JKN.
 - b. Melakukan sosialisasi dan *workshop* internal mengenai cara pemanfaatan *Dashboard* JKN oleh masing-masing bidang.
 - c. Menyusun mekanisme pemanfaatan *Dashboard* JKN di internal Dinas Kesehatan.
 - d. Duduk bersama BPJS Kesehatan dalam menyelaraskan tujuan *Dashboard* JKN serta melakukan pemantauan yang berkelanjutan (*monitoring*) dalam pelaksanaannya.
 - e. Meningkatkan hubungan kerjasama dan komunikasi dengan BPJS Kesehatan setempat sebagai satu kesatuan dalam sistem kesehatan di daerah.
3. Bagi Penelitian Selanjutnya
 - a. Melakukan penelitian di tingkat Puskesmas sebagai UPT Dinas Kesehatan sehingga dapat mendapatkan gambaran yang lebih lengkap terkait pemanfaatan *Dashboard* JKN oleh pemerintah daerah.
 - b. Melakukan penelitian lanjutan setelah adanya perbaikan *Dashboard* JKN.
 - c. Melakukan analisis kebijakan untuk mengevaluasi Perpres No.82 Tahun 2018 (setelah 5 tahun berjalan → 2023)

DAFTAR PUSTAKA

- Buse, K., Mays, N. & Walt, G., 2012. *Making Health Policy*. 2nd Edition ed. London: Open University Press.
- Hanney, S. et al., 2020. *What is the evidence on policies, interventions and tools for establishing and/or strengthening national health research systems and their effectiveness?*, Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- El-Jardali, F. et al., 2014. Capturing lessons learned from evidence-to-policy initiatives through structured reflection. *Health Research Policy and Systems*, 12(2), p. 1.
- WHO, 2005. *World Health Organization (WHO)*. [Online] Available at: https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA58-REC1/english/A58_2005_REC1-en.pdf [Accessed July 2021].
- Columbia University, 2021. *Public Health Policy: Definition, Examples, and More*. [Online] Available at: <https://www.publichealth.columbia.edu/public-health-now/news/public-health-policy-definition-examples-and-more> [Accessed 5 July 2021].
- WHO, 2009. *World Health Organization (WHO)*. [Online] Available at: https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB124/B124_12Add2-en.pdf [Accessed 8 Juli 2021].
- Studinka, J. & Guenduez, A. A., 2018. *The Use of Big Data in the Public Policy Process: Paving the Way for Evidence- Based Governance*. Lausanne, University of St. Gallen.
- Giest, S., 2017. Big data for policymaking: fad or fasttrack?. *Policy Sciences*, Volume 50, pp. 367-382.
- Mählmann, L., Reumann, M., Evangelatos, N. & Brand, A., 2018. Big Data for Public Health Policy-Making: Policy Empowerment. *Public Health Genomics*.

Siallagan, T., 2015. *Penggunaan Data dalam Mendukung Pelayanan Kesehatan*.
[Online]

Available

at:

[https://www.bappenas.go.id/files/4814/1290/5877/03_PENGGUNAAN_DA
TA_DALAM_MENDUKUNG_PELAYANAN_KESEHATAN.pdf](https://www.bappenas.go.id/files/4814/1290/5877/03_PENGGUNAAN_DA
TA_DALAM_MENDUKUNG_PELAYANAN_KESEHATAN.pdf)

[Accessed 8 Juli 2021].

Trisnantoro, L. et al., 2020. *Evaluasi Kebijakan JKN di 13 Provinsi Indonesia*, s.l.:
Pusat Kebijakan dan Manajemen Kesehatan FKKMK UGM.

Republik Indonesia, 2018. *Peraturan Presiden RI No. 82 Tahun 2018 tentang
Jaminan Kesehatan*. Jakarta: Presiden Republik Indonesia.

Republik Indonesia, 2020. *Peraturan Presiden RI No. 25 Tahun 2020 tentang Tata
Kelola Badan Penyelenggara Jaminan Sosial*. Jakarta: Presiden Republik
Indonesia.

Dewan Jaminan Sosial Nasional (DJSN), 2021. *Sistem Monitoring dan Evaluasi
Jaminan Sosial*. [Online]

Available

at:

<http://sismonev.djsn.go.id/kepesertaan/>

[Accessed 9 Juli 2021].

Höchtel, J., Parycek, P. & Schöllhammer, R., 2016. Big data in the policy cycle:
Policy decision making in the digital era. *Journal of Organizational
Computing and Electronic Commerce*, 26(1-2), pp. 147-169.

Wook, M. et al., 2021. Exploring big data traits and data quality dimensions for big
data analytics application using partial least squares structural equation
modelling. *Journal of Big Data*, 8(49).

Smeets, H. M., Wit, N. J. d. & Hoes, A. W., 2010. Routine health insurance data
for scientific research: potential and limitations of the Agis Health Database.
Journal of Clinical Epidemiology, Volume 64, pp. 424-430.

Hsing, A. W. & Ioannidis, J. P. A., 2015. Nationwide Population Science Lessons
From the Taiwan National Health Insurance Research Database. *JAMA Intern
Med*, 175(5), pp. 1527-1529.

Ng, J. Y. S. et al., 2019. National Health Insurance Databases in Indonesia, Vietnam
and the Philippines. *PharmacoEconomics - Open*, Volume 3, pp. 517-526.

- WHO, 2010. *Monitoring the Building Blocks of Health Systems: A Handbook of Indicators and Their Measurement Strategies*. Geneva: WHO Document Production Services.
- BPJS Kesehatan, 2020. *Dasbord JKN: Bantu Pemda Tentukan Kebijakan Kesehatan*. 86 ed. Jakarta Pusat: Media Info BPJS Kesehatan.
- Cookson, R., 2005. Evidence-based policy making in health care: what it is and what it isn't. *Journal of Health Services Research & Policy*, 10(2), pp. 118-121.
- Sutcliffe , S. & Court, J., 2006. *A Toolkit for Progressive Policymakers in Developing Countries*, London: Research and Policy in Development Programme.
- Oliver, K., Lorenc, T. & Innvær , S., 2014. New directions in evidence-based policy research: a critical analysis of the literature. *Health Research Policy and Systems volume*, 34(12).
- Parkhurst, J. O. & Abeyasinghe, S., 2016. What Constitutes “Good” Evidence for Public Health and Social Policy-making? From Hierarchies to Appropriateness. *Social Epistemology*, 30(5-6), pp. 665-679.
- Shaxson, L., 2004. Is your evidence robust enough? Questions for policy makers and practitioners. *Evidence & Policy*, I(1), pp. 101-111.
- WHO, 2005. *Pan American Health Organization (PAHO)*. [Online] Available at: https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=14477:knowledge-translation-for-health-decision-making&Itemid=0&lang=en [Accessed 10 8 2021].
- Sudsawad, P., 2007. *Knowledge Translation: Introduction to Models, Strategies, and Measures*. Austin(TX): Southwest Educational Development Laboratory, National Center for the Dissemination of Disability Research.
- Bosch-Capblanch, X. et al., 2012. Guidance for Evidence-Informed Policies about Health Systems: Rationale for and Challenges of Guidance Development. *PLoS Med*, 9(3).

- Utarini, A., 2021. *Tak Kenal Maka Tak Sayang: Penelitian Kualitatif dalam Pelayanan Kesehatan*. Sleman: Gadjah Mada University Press.
- Gill, P., Stewart, K., Treasure, E. & Chadwick, B., 2008. Methods of data collection in qualitative research: interviews and focus groups. *British Dental Journal volume* , Volume 204, pp. 291-295.
- Humphries, S. et al., 2014. Barriers and facilitators to evidence-use in program management: a systematic review of the literature. *BMC Health Services Research*, 14(171).
- WHO, 2019. *Ethical considerations for health policy and systems research*. Geneva: World Health Organization.
- Menteri Keuangan RI, 2020. *Permenkeu RI No. 120/PMK.07/2020 tentang Peta Kapasitas Fiskal Daerah*. s.l.:Republik Indonesia.
- DJSN, 2021. *Sistem Monitoring dan Evaluasi Jaminan Sosial (Sismonev)*. [Online] Available at: <http://sismonev.djsn.go.id/kepesertaan/> [Accessed 2021].
- Dinkes Provinsi Lampung, 2019. *Rencana Strategi OPD Dinas Kesehatan Provinsi Lampung Tahun 2019-2024*, Bandar Lampung: Pemerintah Provinsi Lampung.
- Dinkes Kota Bandar Lampung, 2016. *Rencana Strategis Dinas Kesehatan Kota Bandar Lampung Tahun 2016-2021*, Bandar Lampung: Pemerintah Kota Bandar Lampung.
- WHO, 2018. *Noncommunicable Diseases Country Profiles 2018*, Geneva: WHO.
- Kemenkes RI, 2013. *Laporan Nasional Riset Kesehatan Dasar 2013*, Jakarta : Lembaga Penerbit Balitbangkes.
- Kemenkes RI, 2018. *Laporan Nasional Riset Kesehatan Dasar 2018*, Jakarta: Lembaga Penerbit Balitbangkes.
- Kemenkes RI, 2019. *Indeks Pembangunan Kesehatan Masyarakat (IPKM) 2018*, Jakarta: Lembaga Penerbit Balitbangkes.
- Dinkes Kota Bandar Lampung, 2017. *Profil Dinas Kesehatan Kota Bandar Lampung*, Bandar Lampung: Dinkes Kota Bandar Lampung.

Yumna, A., Saputri, N. S. & Anbarani, M. D., 2020. Mendalami Peran Big Data dalam Optimalisasi Kualitas Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN). *Catatan Isu Smeru*, Volume 3.

BPJS Kesehatan, 2019. *Pemanfaatan Data JKN untuk Perbaikan Sistem Kesehatan di Indonesia*. 72 ed. Jakarta Pusat: Media Internal BPJS Kesehatan.

WHO, 2021. *World Health Organization*. [Online] Available at: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases> [Accessed September 2021].

BPJS Kesehatan, 2019. *Laporan Pengelolaan Program BPJS Kesehatan Tahun 2019 dan Laporan Keuangan Tahun 2019 (Auditan)*, s.l.: s.n.

Yusof, M. M., Kuljis, J., Papazafeiropoulou, A. & Stergioulas, L. K., 2008. An evaluation framework for Health Information Systems: human, organization, and technology-fit factors (HOT-fit). *International Journal of Medical Informatics (IJMI)*, Volume 77, pp. 386-398.

Cambridge Dictionary, n.d. *Cambridge Disctionary*. [Online] Available at: <https://dictionary.cambridge.org/dictionary/english/training> [Accessed 2022].

Ajami, S. & Mohammadi-Bertiani, Z., 2012. Training and its Impact on Hospital Information System (HIS) Success. *Journal of Information Technology & Software Engineering*, 5(2).

Hauk, N., Hüffmeier, J. & Krumm, S., 2018. Ready to be a Silver Surfer? A Meta-analysis on the Relationship Between Chronological Age and Technology Acceptance. *Computers in Human Behavior*, Volume 84, pp. 304-319.

Culnan, M. J., 1983. Chauffeured versus End User Access to Commerical Databases: The Effects of Task and Individual Differences. *MIS Quarterly*, 7(1), pp. 55-67.

Cresswell, K. & Sheikh, A., 2013. Organizational issues in the implementation and adoption of health information technology innovations: An interpretative review. *International Journal of Medical Informatics*, Volume 82, pp. e73-e86.

Kemenkes RI, 2016. *Permenkes No.49 Tahun 2016 tentang Pedoman Teknis Pengorganisasian Dinas Kesehatan Provinsi dan Kabupaten/Kota*, Jakarta: Kementerian Kesehatan RI.

Puranam, P., Alexy, O. & Reitzig, M., 2014. What's "New" About New Forms of Organizing?. *Academy of Management Review*, 39(2), pp. 162-180.

Abdullah, A. A., 2020. *Pemanfaatan Dashboard Big Data JKN untuk Perencanaan Kesehatan*, Jakarta: Adinkes Pusat.

Cresswell, K. M., Bates, D. W. & Sheikh, A., 2013. Ten Key Consideratuins for the Successful Implementation and Adoption of Large-scale Health Information Technology. *Journal of American Medical Informatics Association*, Volume 20, pp. e9-e13.

Sanjaya, G. et al., 2017. Database Riset Bersumber Data Jaminan Kesehatan Nasional untuk Mendukung Penelitian dan Publikasi Ilmiah di Indonesia. *Journal of Information Systems for Public Health*, II(2), pp. 18-29.

LAMPIRAN

Lampiran 1. Lembar Penjelasan Kepada Calon Responden

Saya, **dr. Nanda Fitri Wardani**, mahasiswa Magister Kebijakan dan Manajemen Pelayanan Kesehatan (KMPK) Ilmu Kesehatan Masyarakat Fakultas Kedokteran, Kesehatan Masyarakat, dan Keperawatan Universitas Gadjah Mada, sedang melakukan penelitian mengenai "PEMANFAATAN *DASHBOARD* JKN SEBAGAI SUMBER INFORMASI DALAM PENGAMBILAN KEBIJAKAN OLEH DINAS KESEHATAN DAERAH - Studi di Provinsi Lampung dan Kota Bandar Lampung"

Penelitian ini bertujuan untuk mengeksplorasi pemanfaatan *Dashboard* JKN oleh Dinas Kesehatan Daerah termasuk mengidentifikasi hambatan maupun pendorong dalam hal tersebut, serta menampung saran dari pengguna *Dashboard* JKN untuk perbaikan di masa yang akan datang.

1. Kesukarelaan berpartisipasi dalam penelitian

Partisipasi dalam penelitian ini bersifat sukarela tanpa ada paksaan.

2. Prosedur Penelitian

Jenis penelitian yang dilakukan pada penelitian ini adalah penelitian kualitatif. Teknik pengumpulan data yang digunakan adalah dengan wawancara semi-terstruktur dan telaah dokumen. Pada wawancara semi-terstruktur, pewawancara memiliki pedoman daftar pertanyaan yang akan ditanyakan kepada responden kemudian pewawancara dapat mengembangkan pertanyaan-pertanyaan lain selama sesi wawancara berlangsung. Pengumpulan data pada penelitian ini akan dilakukan proses perekaman suara selama sesi wawancara mendalam. Setelah peneliti selesai membuat transkrip hasil wawancara, peneliti akan memberikan hasil transkrip tersebut kepada responden terkait untuk dikonfirmasi.

3. Kewajiban Subjek Penelitian

Sebagai subjek penelitian, Bapak/Ibu berkewajiban mengikuti petunjuk penelitian seperti yang telah dijabarkan sebelumnya dan memberikan informasi dengan sebenar-benarnya. Bila terdapat hal yang belum jelas, Bapak/Ibu dapat bertanya lebih lanjut kepada peneliti.

4. Manfaat Penelitian

- Keilmuan : hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi justifikasi teori *evidence-based policy, knowledge translation*, dan sistem kesehatan.
- Praktis : hasil penelitian ini diharapkan dapat memberi gambaran tentang pemanfaatan *dashboard* JKN sebagai wujud implementasi Peraturan Presiden RI No. 82 Tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan dan Peraturan Presiden RI No. 25 Tahun 2020 tentang Tata Kelola Badan Penyelenggara Jaminan Sosial, sehingga dapat menjadi bahan pertimbangan pemerintah, BPJS Kesehatan, dan/ atau *stakeholder* lain dalam penyelenggaraannya serta menambah wawasan dan kepustakaan mengenai pelaksanaannya.

5. Kerahasiaan

Meskipun penelitian ini melibatkan manusia sebagai informan, namun unit analisis pada penelitian ini adalah dinas kesehatan kabupaten/kota sehingga data akan ditampilkan secara kolektif per-unit analisis. Semua informasi yang berkaitan dengan identitas responden akan dirahasiakan dan hanya akan diketahui oleh peneliti. Transkrip wawancara akan diberikan kode responden yang tidak memuat inisial nama ataupun identitas spesifik yang mengarah pada identitas responden. Hasil penelitian akan dipublikasikan tanpa menyertakan identitas responden.

6. Kompensasi

Bapak/Ibu yang berpartisipasi dalam penelitian ini akan mendapatkan cinderamata berupa *new normal kit* berisi *stainless steel tumbler* (botol minum *stainless steel*), *hand sanitizer*, masker kain, dan pengait masker.

7. Pembiayaan

Pembiayaan dalam penelitian ini ditanggung oleh peneliti sendiri dan tidak melibatkan sponsor dari pihak lain.

8. Risiko Penelitian

Terdapat beberapa kemungkinan risiko yang dapat terjadi pada penelitian ini, beberapa di antaranya seperti kurang pahaman dengan pertanyaan wawancara dan waktu yang akan terpakai untuk sesi wawancara mendalam. Meskipun demikian, peneliti akan berupaya sebaik mungkin untuk meminimalisasi terjadinya risiko tersebut kepada responden.

9. Informasi Tambahan

Bapak/Ibu dipersilakan untuk bertanya kepada peneliti mengenai segala sesuatu yang belum jelas terkait penelitian ini. Pertanyaan dapat diajukan secara langsung maupun via telepon seluler pada kontak berikut: dr. Nanda Fitri Wardani (081222668435).

Bapak/Ibu juga dapat bertanya mengenai penelitian ini kepada Komisi Etik Fakultas Kedokteran Universitas Gadjah Mada pada kontak berikut: Telp: (0274) 588688 pswt 17225, +62811-2666-869; e-mail: mhrec_fmugm@ugm.ac.id.

Lampiran 2. Lembar Persetujuan Responden

Informed Consent

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama :

Umur :

Instansi :

Menyatakan bahwa:

1. Saya telah mendapatkan penjelasan mengenai penelitian tentang "PEMANFAATAN *DASHBOARD* JKN SEBAGAI SUMBER INFORMASI DALAM PENGAMBILAN KEBIJAKAN OLEH DINAS KESEHATAN DAERAH - Studi di Provinsi Lampung dan Kota Bandar Lampung"
2. Setelah saya mengerti dan memahami penjelasan tersebut, dengan suka rela dan tanpa paksaan dari siapa pun bersedia untuk berpartisipasi dalam penelitian ini sebagai responden sesuai waktu yang telah ditentukan.

Demikian surat ini saya buat dengan sesungguhnya,

Bandar Lampung, 2022

Yang membuat pernyataan,

(.....)

Lampiran 3. Panduan Wawancara Mendalam (Sekretaris/Kepala Bidang/Seksi Dinas Kesehatan)

Tanggal :
Kode responden :
Wawancara : Tatap Muka / Telepon / Zoom /

Pertanyaan kepada responden
<ol style="list-style-type: none"> 1. Bolehkah Saudara ceritakan mengenai apa yang Saudara ketahui mengenai program <i>Dashboard JKN</i>? 2. Apakah Saudara pernah mengakses <i>Dashboard JKN</i>? 3. Jika No.2 Tidak → Apakah Saudara pernah melihat tampilan <i>Dashboard JKN</i>? 4. Jika No.2 Ya → Seberapa sering Saudara mengakses <i>Dashboard JKN</i>?
<ol style="list-style-type: none"> 1. Bagaimana pemanfaatan <i>Dashboard JKN</i> sebagai sumber informasi dalam pengambilan kebijakan kesehatan daerah di Dinkes Provinsi Lampung & Kota B. Lampung? <ol style="list-style-type: none"> a. Apakah seksi/bidang ini memerlukan akses terhadap data BPJS Kesehatan? b. Mengapa seksi/bidang ini memerlukan/ tidak memerlukan akses terhadap <i>Dashboard JKN</i>? c. Apa saja informasi dari BPJS Kesehatan yang dibutuhkan oleh seksi/bidang ini? d. Apakah informasi dari <i>Dashboard JKN</i> saat ini sudah dapat memenuhi kebutuhan seksi/bidang ini? e. Apakah data <i>Dashboard JKN</i> dapat dijadikan acuan dalam perencanaan, penentuan kebijakan, program, ataupun penganggaran di seksi/bidang ini? f. Jika Tidak, data apa yang digunakan? g. Apa perbedaan data tersebut dengan data <i>Dashboard JKN</i>? h. Pemanfaatan informasi <i>Dashboard JKN</i> dalam koordinasi Dinkes Prov dengan Dinkes Kota
<ol style="list-style-type: none"> 2. Apakah ada usulan kebijakan/program yang sudah dihasilkan oleh seksi/bidang ini berdasarkan informasi dari <i>Dashboard JKN</i>?

3. Organisasi
 - a. Saat ini, BPJS Kesehatan membuat ketentuan bahwa hanya 1 orang dari dinkes yang diperbolehkan mengakses *Dashboard* JKN, apakah menurut Saudara hal tsb cukup atau kurang?
 - b. Bagaimana koordinasi antar-bidang dan antar-seksi di Dinkes ini?
 - c. Bagaimana proses perencanaan program/kegiatan di seksi/bidang ini?
 - d. Apa saja hal-hal yang menjadi pertimbangan seksi/bidang ini dalam perencanaan dan penentuan kebijakan?
 - e. Selain BPJS-K, di Bandar Lampung juga terdapat program P2KM, sehingga banyak masyarakat yang juga menggunakan P2KM, apakah hal tersebut juga mempengaruhi pemanfaatan data *Dashboard* JKN oleh Dinkes?
 - f. Apakah ada komunikasi antara seksi/bidang ini dengan BPJS-K terkait kegiatan/program di seksi/bidang ini?
4. Bagaimana peluang pengembangan pemanfaatan *Dashboard* JKN di masa yang akan datang berdasarkan kebutuhan seksi/bidang ini?
 - a. Apa harapan Saudara kepada BPJS terkait peran pemda dalam penyelenggaraan program JKN?
 - b. Apa saja informasi dari BPJS Kesehatan yang anda perlukan berkaitan dengan peran dan tugas seksi/bidang ini?
 - c. Ada kah informasi yang perlu ditambahkan pada *Dashboard* JKN?




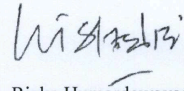

Lampiran 4. Panduan Wawancara Mendalam (PIC *Dashboard* JKN)

Tanggal :
Kode responden :
Wawancara : Tatap Muka / Telepon / Zoom /


Pertanyaan kepada responden
<ol style="list-style-type: none"> 1. Bolehkah Saudara ceritakan mengenai apa yang Saudara ketahui mengenai program <i>Dashboard</i> JKN? 2. Apakah Saudara pernah mengakses <i>Dashboard</i> JKN? 3. Jika No.2 Tidak → Apakah Saudara pernah melihat tampilan <i>Dashboard</i> JKN? 4. Jika No.2 Ya → Seberapa sering Saudara mengakses <i>Dashboard</i> JKN?
<ol style="list-style-type: none"> 1. Bagaimana pemanfaatan <i>Dashboard</i> JKN sebagai sumber informasi dalam pengambilan kebijakan kesehatan daerah di Dinkes Provinsi Lampung & Kota B. Lampung? <ol style="list-style-type: none"> a. Apakah Dinkes memerlukan akses terhadap data BPJS Kesehatan? b. Mengapa Dinkes memerlukan/ tidak memerlukan akses terhadap <i>Dashboard</i> JKN? c. Apa saja informasi dari BPJS Kesehatan yang dibutuhkan oleh Dinas Kesehatan? d. Apakah informasi dari <i>Dashboard</i> JKN saat ini sudah dapat memenuhi kebutuhan Dinas Kesehatan? e. Apakah data <i>Dashboard</i> JKN dapat dijadikan acuan dalam perencanaan, penentuan kebijakan, program, ataupun penganggaran di Dinkes? f. Jika Tidak, data apa yang digunakan? g. Apa perbedaan data tersebut dengan data <i>Dashboard</i> JKN? h. Dalam hal penyelenggaraan JKN di daerah, apakah Dinkes Kota membutuhkan koordinasi dengan Dinkes Prov? Apakah data <i>Dashboard</i> JKN dapat dimanfaatkan dalam hal koordinasi tersebut? 2. Apa saja usulan kebijakan/program yang sudah dihasilkan oleh dinas kesehatan berdasarkan informasi dari <i>Dashboard</i> JKN?

- a. Organisasi (Struktur & Proses)
 - b. Apakah bentuk dukungan/dorongan dari atasan kepada staff Dinkes agar memanfaatkan data dari *Dashboard JKN*?
 - c. Saat ini, BPJS Kesehatan membuat ketentuan bahwa hanya 1 orang dari dinkes yang diperbolehkan mengakses *Dashboard JKN*, apakah menurut Saudara hal tsb cukup atau kurang?
 - d. Bagaimana koordinasi antar-bidang dan antar-seksi di Dinkes ini?
 - e. Bagaimana biasanya proses perencanaan di Dinkes?
 - f. Apa saja hal-hal yang menjadi pertimbangan Dinas Kesehatan dalam perencanaan dan penentuan kebijakan?
 - g. Selain BPJS-K, di Bandar Lampung juga terdapat program P2KM, sehingga banyak masyarakat yang juga menggunakan P2KM, apakah hal tersebut juga mempengaruhi pemanfaatan data *Dashboard JKN* oleh Dinkes?
 - h. Saat ini, manakah yang lebih dahulu diprioritaskan oleh Dinkes di antara program P2KM dan BPJS PBI?
 - i. Bagaimana komunikasi Dinkes dengan BPJS-K selama ini? Apakah ada forum komunikasi rutin?
 - j. Apa saja hal yang dikomunikasikan antara BPJS dan Dinkes?
3. Kemampuan Individu
- a. Apakah *Dashboard JKN* mudah untuk dioperasikan?
 - b. Apakah ada pelatihan khusus sebelumnya?
 - c. Ketika Saudara menggunakan *Dashboard JKN*, ada kah kendala atau kesulitan yang Saudara hadapi?
4. Bagaimana peluang pengembangan pemanfaatan *Dashboard JKN* di masa yang akan datang berdasarkan kebutuhan Dinas Kesehatan?
- a. Apa harapan Saudara kepada Dinas Kesehatan dan BPJS terkait peran pemda dalam penyelenggaraan program JKN?
 - b. Apa saja informasi dari BPJS Kesehatan yang anda perlukan berkaitan dengan peran dan tugas Dinkes Prov/Kota?
 - c. Ada kah informasi yang perlu ditambahkan pada *Dashboard JKN*?
 - d. Apakah ada fitur pada *Dashboard JKN* yang perlu diperbaiki agar lebih mudah untuk digunakan?

Lampiran 5. *Ethical Approval*

 MEDICAL AND HEALTH RESEARCH ETHICS COMMITTEE (MHREC) FACULTY OF MEDICINE, PUBLIC HEALTH AND NURSING UNIVERSITAS GADJAH MADA – DR. SARDJITO GENERAL HOSPITAL 	
ETHICS COMMITTEE APPROVAL	
Ref. No. : KE/FK/0131/EC/2022	
Title of the Research Protocol	: Pemanfaatan <i>Dashboard</i> JKN Sebagai Sumber Informasi dalam Pengambilan Kebijakan oleh Dinas Kesehatan Daerah Studi di Provinsi Lampung dan Kota Bandar Lampung
Document(s) Approved and version	: 1. Study Protocol version 03 2021 2. Information for Subjects version 02 2021 3. Informed consent form version 02 2021
Principle Investigator	: Nanda Fitri Wardani
Participating Investigator(s)	: 1. dr. Lutfan Lazuardi, M.Kes., Ph.D. 2. M. Faozi Kurniawan, S.E., Akt., MPH.
Date of Approval	: 07 FEB 2022 (Valid for one year beginning from the date of approval)
Institution(s)/place(s) of research	: Dinas Kesehatan Kota Bandar Lampung dan Dinas Kesehatan Propinsi Lampung
<p>The Medical and Health Research Ethics Committee (MHREC) states that the document above meets the ethical principle outlined in the International and National Guidelines on ethical standards and procedures for researches with human beings.</p> <p>The Medical and Health Research Ethics Committee (MHREC) has the right to monitor the research activities at any time.</p> <p>The investigator(s) is/are obliged to submit:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> Progress report as a continuing review (state its due time) <input checked="" type="checkbox"/> Report of any serious adverse events (SAE) <input checked="" type="checkbox"/> Final report upon the completion of the study 	
 Dr. dr. Eti Nurwening Sholikhah, M.Kes., M.Med.Ed. Panel's vice chairperson	 dr. Rizka Humardewyanti A., Sp.PD-KPTI. Panel's secretary
<p>P.S: This letter uses signature scan of the panel's chairperson and Secretary of the Ethics Committee. The hardcopy official letter with authority's signature will be issued when it is possible and are kept as an archive of the Ethics Committee</p>	
<p>Validation number : 620099ddb6d78 (http://komisietk.fk.ugm.ac.id/validasi)</p> 	
<p>Recognized by Forum for Ethical Review Committees in Asia and the Western Pacific (FERCAP) 4-Feb-22</p>	

Lampiran 6. Surat Keterangan Penelitian



PEMERINTAH KOTA BANDARLAMPUNG
DINAS PENANAMAN MODAL DAN PELAYANAN TERPADU SATU PINTU

Jalan Dr. Susilo Nomor 2 Bandarlampung, Telepon (0721) 476362
Faksimile (0721) 476362 Website: www.dpmpstsp.bandarlampungkota.go.id
Pos-el: sekretariat@dpmpstsp.bandarlampungkota.go.id


SURAT KETERANGAN PENELITIAN (SKP)
Nomor :1871/070/01419/SKP/III.16/I/2022


Berdasarkan Peraturan Menteri Dalam Negeri Republik Indonesia Nomor 03 Tahun 2018 tentang Penerbitan Surat Keterangan Penelitian dan Rekomendasi dari Kepala Badan Kesatuan Bangsa Dan Politik Kota Bandar Lampung Nomor 070/03/IV.05/2022 Tanggal 10 JANUARI 2022, yang bertandatangan dibawah ini Kepala Dinas Penanaman Modal dan Pelayanan Terpadu Satu Pintu Kota Bandar Lampung memberikan Surat Keterangan Penelitian (SKP) kepada :

1. Nama	: NANDA FITRI WARDANI
2. Alamat	: JL. MANDIRI NO. 323 KEL./DESA CANDIMAS KEC. NATAR KAB/KOTA LAMPUNG SELATAN PROV. LAMPUNG
3. Judul Penelitian	: PEMANFAATAN DASHBOARD JKN SEBAGAI SUMBER INFORMASI DALAM PENGAMBILAN KEBIJAKAN OLEH DINAS KESEHATAN DAERAH
4. Tujuan Penelitian	: UNTUK MENGETAHUI PEMANFAATAN DASHBOARD JKN SEBAGAI SUMBER INFORMASI DALAM PENGAMBILAN KEBIJAKAN OLEH DINAS KESEHATAN DAERAH
5. Lokasi Penelitian	: PADA DINAS KESEHATAN PROVINSI LAMPUNG, DINAS KESEHATAN DAN BPJS KESEHATAN KANTOR CABANG KOTA BANDAR LAMPUNG
6. Tanggal dan/atau lamanya penelitian	: 04 JANUARI 2022
7. Bidang Penelitian	: KEDOKTERAN
8. Status Penelitian	: -
9. Nama Penanggung Jawab atau Koordinator	: Dr. MUBASYIR HASANBASRI, MA
10. Anggota Penelitian	: NANDA FITRI WARDANI
11. Nama Badan Hukum, Lembaga dan Organisasi	: UNIVERSITAS GADJAH MADA

Dengan Ketentuan sebagai berikut :

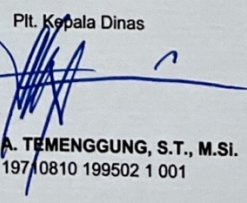
1. Pelaksanaan Penelitian tidak disalahgunakan untuk tujuan tertentu yang dapat mengganggu stabilitas pemerintah.
2. Setelah Penelitian selesai, agar menyerahkan hasilnya kepada Badan Kesatuan Bangsa Dan Politik (BAKESBANGPOL) Kota Bandar Lampung.
3. Surat Keterangan Penelitian ini berlaku selama 1 (satu) tahun sejak tanggal ditetapkan.





Ditetapkan di : Bandarlampung
pada tanggal : 12 Januari 2022

Pt. Kepala Dinas



MUHTADI A. TEMENGGUNG, S.T., M.SI.
NIP 19710810 199502 1 001

Tembusan:

1. BAKESBANGPOL Kota Ba
2. BAPPEDA Kota Bandar La
3. Peringgal

