



TUGAS AKHIR PROGRAM MAGISTER (TAPM)

**IMPLEMENTASI KEBIJAKAN JAMINAN KESEHATAN
MASYARAKAT (JAMKESMAS) DI RUMAH SAKIT UMUM
DAERAH PURI HUSADA TEMBILAHAN
KABUPATEN INDRAGIRI HILIR**



**TAPM Diajukan sebagai salah satu syarat untuk memperoleh
Gelar Magister Sains Dalam Ilmu Administrasi
Bidang Minat Administrasi Publik**

Disusun Oleh :

Y E S N I T A

NIM: 016124435

**PROGRAM PASCASARJANA
UNIVERSITAS TERBUKA
JAKARTA
2013**

UNIVERSITAS TERBUKA
PRGRAM PASCASARJANA
MAGISTER ADMINISTRASI PUBLIK

PERNYATAAN

TAPM yang berjudul 'Implementasi Kebijakan Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas) Di Rumah Sakit Umum Daerah Puri Husada Tembilahan Kabupaten Indragiri Hilir' adalah hasil karya saya sendiri, dan seluruh sumber yang dikutip maupun dirujuk telah saya nyatakan dengan benar.

Apabila di kemudian hari ternyata ditemukan adanya penjiplakan (plagiat), maka saya bersedia menerima sanksi akademik

Pekanbaru, 19 Juli 2012

Yang menyatakan



Yesnita

NIM: 016124435

ABSTRAK

Implementasi Kebijakan Jaminan Kesehatan Masyarakat
(Jamkesmas) Di Rumah Sakit Umum Daerah Puri Husada Tembilahan
Kabupaten Indragiri Hilir.

Yesnita

Universitas Terbuka

yesimuhtar@yahoo.co.id

Kata Kunci: Implementasi, Jamkesmas, Komunikasi, Sumberdaya, Disposisi,
Struktur Birokrasi

Penelitian ini dilakukan untuk mengetahui bagaimanakah implementasi kebijakan jaminan kesehatan masyarakat (Jamkesmas) di Rumah Sakit Umum Daerah Puri Husada Tembilahan Kabupaten Indragiri Hilir serta faktor-faktor yang mempengaruhi implementasi kebijakan tersebut. Pelaksanaan kebijakan Jamkesmas selama ini belum sesuai dengan aturan yang telah ditetapkan oleh pemerintah. Masih banyak terjadi kesenjangan yang merugikan masyarakat miskin, baik secara langsung maupun tidak langsung. Banyak faktor yang mempengaruhinya, baik masyarakat miskin itu sendiri, pengelola Jamkesmas, infrastruktur, dan pengambil kebijakan. Dengan mengetahui faktor-faktor penyebab ketidak optimalan implementasi kebijakan Jamkesmas ini, diharapkan untuk pelaksanaannya akan lebih baik dan berhasil guna dikemudian hari.

Penelitian ini adalah penelitian deskriptif analitik yang dilakukan untuk menjawab; seberapa lancar implementasi kebijakan Jamkesmas di Rumah Sakit Daerah Puri Husada Tembilahan Kabupaten Indragiri Hilir dan seberapa berpengaruh faktor-faktor yang terkait dalam pengimplementasian kebijakan Jamkesmas dimaksud. Untuk mendapatkan analisa, penelitian ini menggunakan disain pendekatan kualitatif melalui wawancara dengan 8 responden petugas dan 10 responden pasien yang meliputi: komunikasi, pengetahuan, disposisi, struktur birokrasi, dan variabel terkait dalam implementasi kebijakan Jamkesmas.

Subjek Penelitian adalah terdiri dari petugas Jamkesmas serta pasien selaku pengguna kartu Jamkesmas dengan rincian; Petugas lapangan/staf/verifikator sebanyak 6 orang, Pelaksana/pengelola Jamkesmas sebanyak 1 orang, Pengambil kebijakan/direktur RSUD Puri Husada Tembilahan sebanyak 1 orang, dan Masyarakat pengguna Jamkesmas sebanyak 10 orang.

Hasil analisis data menunjukkan bahwa kebijakan yang ada di Rumah Sakit Daerah Puri Husada Tembilahan sangatlah belum memenuhi harapan dari pengguna Jamkesmas, karena mereka mengatakan bingung mengenai prosedur administrasi maupun dalam prosedur pengambilan obat bahkan dalam pemantauan evaluasi terhadap pelaksanaan Jamkesmas jarang dilakukan sehingga sulit melihat indeks keberhasilannya, kurang lengkapnya data-data yang ada sehingga menyulitkan petugas/pengambil keputusan dalam melakukan perbaikan atau pun perencanaan kedepannya, bahkan di Rumah Sakit Umum Daerah Puri Husada

Tembilahan belum tersedianya unit pengaduan untuk menerima kritik dan saran dari pasien dan pengunjung sehingga belum dapat dibentuk penanganan keluhan pasien. Pembinaan serta pengawasanpun sulit dilakukan.

Sebagai kesimpulan dari penelitian ini menunjukkan bahwa implementasi keberhasilan suatu program juga akan terjadi jika terdapat kesesuaian antara hasil program dengan kebutuhan sasaran, syarat tugas-tugas pekerjaan program dengan kemampuan organisasi pelaksana, serta proses pengambilan keputusan organisasi pelaksana dengan sarana yang dibutuhkan, pengungkapan kebutuhan sasaran keterkaitan antara elemen-elemen dalam pelebagaan. Beberapa faktor yang mempengaruhi pelaksanaan Implementasi kebijakan Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas) di Rumah Sakit Daerah Puri Husada Tembilahan adalah komunikasi, sumber daya, disposisi, struktur birokrasi.

UNIVERSITAS TERBUKA

ABSTRACT

The Policy Implementation of Society Health Guarantee (Jamkesmas) at Puri Husada District Public Hospital Tembilahan Indragiri Hilir Regency

Yesnita

Universitas Terbuka

yesimuhtar@yahoo.co.id

Key Words: Implementation, Jamkesmas, Communication, Resource, Disposition, Bureaucracy Structure

This research was conducted to study the Policy Implementation of Society Health Guarantee (JAMKESMAS) at Puri Husada District Public Hospital Tembilahan Indragiri Hilir Regency and the factors influencing that policy implementation. The Jamkesmas Policy execution during the time is not compatible yet to the order which have been specified by the government. Many differences harm impecunious society still happened, either through direct or indirect order. Many factor which influence in it, impecunious society itself, Jamkesmas organizer, infrastructure, and policy taker. By knowing the factors cause the irrelative this Jamkesmas policy implementation, is expected for its execution will be more success and good utilize later on.

This research is analytic descriptive research which conducted to reply; how's as fluent as the Jamkesmas policy implementation at Puri Husada District Public Hospital Tembilahan Indragiri Hilir Regency and how far the confidential factors have an effect on related to such Jamkesmas policy implementation. To get analysis, this research use qualitative approach design through interview 8 officer and 10 patient responders in covering: communications, understanding, disposition, bureaucracy structure, and relevant variable in implementation Jamkesmas policy.

This Research subject consist of Jamkesmas officer and also patient as Jamkesmas card consumer with detail; Field officer/staff/verifikator was 6 persons, Executor/Jamkesmas organizer was 1 person, Policy maker/RSUD Puri Husada Tembilahan director was 1 person, and the people as Jamkesmas consumer was 10 persons.

Result of data analysis shows that policy exist in Puri Husada District Public Hospital Tembilahan isn't very fulfilled yet based on the expectation of Jamkesmas consumer, because they said that they confuse to regard administration procedure and also in taking medicine procedure even in evaluation monitoring to Jamkesmas execution were seldom be done, it,s difficult to see its efficacy index, incomplete data made the officer / decision taker having difficulties in conducting planning nor repair in the future, even at Puri Husada District Public Hospital Tembilahan there was not available a unit denouncing yet to accept suggestion and criticism from visitor and patient so that it wasn't be

earned and formed in handling patient complain. So, the construction and observation were difficult to be done.

As conclusion from this research indicate that implementation efficacy a program also will be happened if there were a compatible among the result of program with target requirement, duties condition program with the ability of organization executor, and organizational decision-making processes with required medium, also expression requirement related to target among elements in institution. Some factors influencing the execution policy Implementation of Society Health Guarantee at Puri Husada District Public Hospital Tembilahan are communication, resource, disposition, bureaucracy structure.

UNIVERSITAS TERBUKA

LEMBAR PERSETUJUAN TAPM

Judul TAPM : Implementasi Kebijakan Jaminan Kesehatan Masyarakat
 (Jamkesmas) Di Rumah Sakit Umum Daerah Puri Husada
 Tembilahan Kabupaten Indragiri Hilir
Penyusun TAPM : Yesnita
NIM : 016124435
UPBJJ : Pekanbaru
Program Studi : Magister Administrasi Publik
Hari/Tanggal : Sabtu/ 28 Juli 2012

Menyetujui:

Pembimbing I,



Dr. Meyzi Heriyanto, M. Si
 NIP 197508 311998 02 1 001

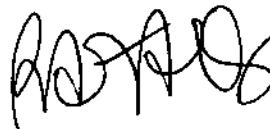
Pembimbing II,



Dr. A. A. Ketut Budiastra, M. Ed
 NIP 19640324 199103 1 001

Mengetahui,

Ketua Bidang Ilmu Sosial
 dan Ilmu Politik



Florentina Ratih Wulandari, S. IP, M. Si
 NIP 19710609 199802 2 001

Direktur Program
 Pascasarjana



Suciati, M. Sc, Ph. D.
 NIP 19520213 198503 2 001

**UNIVERSITAS TERBUKA
PROGRAM PASCASARJANA
MAGISTER ADMINISTRASI PUBLIK**

PENGESAHAN

Nama : Yesnita
 NIM : 016124435
 Program Studi : Administrasi Publik
 Judul TAPM : Implementasi Kebijakan Jaminan Kesehatan Masyarakat
 (Jamkesmas) Di Rumah Sakit Umum Daerah Puri Husada
 Tembilahan Kabupaten Indragiri Hilir

Telah dipertahankan dihadapan Panitia Penguji Tugas Akhir Program Magister
 (TAPM) Program Pascasarjana, Program Studi Administrasi Publik, Universitas
 Terbuka pada :

Hari/fanggal : Sabtu / 28 Juli 2012
 Waktu : 08.15 – 10.15 WIB

Dan telah dinyatakan LULUS

Panitia Penguji TAPM

Ketua Komisi Penguji : Drs. Elfis Suanto, M. Si

Penguji Ahli : Prof. Dr. Ngadisah, MA

Pembimbing I : Dr. Meyzi Heriyanto, M. Si
 NIP 197508 311998 02 1 001

Pembimbing II : Dr. A. A. Ketut Budiastira, M. Ed

NIP 19640324 199103 1 001

KATA PENGANTAR

Dengan mengucapkan puji syukur kehadirat Allah SWT, karena berkat rahmat dan hidayahNYA lah sehingga penulis dapat menyusun dan menyelesaikan penulisan Tesis yang merupakan tugas akhir/TAPM (Tugas Akhir Program Magister Sains peminatan Manajemen Program Administrasi Publik) ini. Penulisan TAPM ini dilakukan dalam rangka memenuhi salah satu syarat untuk mencapai gelar Magister Sains Program Pascasarjana Universitas Terbuka. Ada pun TAPM ini berjudul: Implementasi Kebijakan Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas) Di Rumah Sakit Umum Daerah Puri Husada Tembilihan Kabupaten Indragiri Hilir.

Tanpa bantuan dan bimbingan dari pembimbing dan berbagai pihak yang lain, sangatlah sulit bagi saya untuk menyelesaikan TAPM ini. Dalam kesempatan ini perkenankanlah penulis mengucapkan terima kasih kepada:

1. Ibu Suciati, M. Sc, Ph. D. selaku Direktur Pascasarjana Universitas Terbuka.
2. Ibu Florentina Ratih Wulandari, S.IP, M. Si selaku Ketua Bidang Peminatan Ilmu/Program Magister Administrasi Publik.
3. Bapak Drs. Elfis Suanto, M. Si. selaku kepala UPBJJ-UT Pekanbaru Program Pascasarjana.
4. Bapak Dr. Meyzi Heriyanto, M. Si selaku pembimbing I pembuatan TAPM Universitas Terbuka yang telah banyak membantu, menyediakan waktu dan memberikan bimbingan dalam pembuatan TAPM ini.

5. Bapak Dr. A. A. Ketut Budiastira, M. Ed selaku pembimbing II pembuatan TAPM Universitas Terbuka yang telah banyak membantu, menyediakan waktu dan memberikan bimbingan dalam pembuatan TAPM ini.
6. Bapak Direktur RSUD Puri Husada Tembilahan Kabupaten INHIL
7. Dosen-dosen Universitas Terbuka yang telah banyak memberikan ilmu dan mendidik penulis selama mengikuti perkuliahan di Universitas Terbuka ini.
8. Ayahanda dan Ibunda tercinta dan Suami yang telah memberikan dorongan dan semangat serta do'a yang tiada henti-hentinya pada penulis dalam mencapai cita-cita dan tidak lupa juga anak-anakku tersayang.
9. Rekan-rekan seperjuangan di Pascasarjana UT Jurusan MAP tahun akademik 2009/2010 UPBJJ-UT Pekanbaru Pokjar Tembilahan atas kebersamaan dalam proses belajar selama ini.

Penulis menyadari sepenuhnya bahwa TAPM ini masih belum sempurna dikarenakan keterbatasan kemampuan peneliti, untuk itu peneliti mengharapkan kritikan dan saran-saran yang bersifat membangun demi kesempurnaan TAPM ini. Semoga TAPM ini membawa manfaat bagi pengembangan ilmu.

Akhirnya kepada Allah SWT jualah kita berserah diri semoga semua bentuk bantuan yang diberikan mendapat imbalan dari Allah SWT. Amin yaa rabbal 'alamin.

Tembilahan, Juli 2012

Penulis

DAFTAR ISI

	Halaman
Pernyataan	i
Abstrak	ii
Lembar Persetujuan	vi
Lembar Pengesahan	vii
Kata Pengantar	viii
Daftar Isi	x
Daftar Gambar	xii
Daftar Tabel	xiii
Daftar Lampiran	xiv
BAB I PENDAHULUAN.....	1
A. Latar Belakang	1
B. Perumusan Masalah	14
C. Tujuan Penelitian	15
D. Kegunaan Penelitian	15
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	16
A. Kajian Teori	16
B. Kerangka Berfikir	64
BAB III METODOLOGI PENELITIAN.....	65
A. Desain Penelitian	65
B. Subjek Penelitian	65
C. Instrumen Penelitian	66
D. Prosedur Pengumpulan Data	66
E. Analisis Data	68
F. Metode Analisis Data.....	70

BAB IV	TEMUAN DAN PEMBAHASAN.....	73
	A. Deskripsi Umum Wilayah Penelitian.....	73
	B. Kondisi Pelayanan Kesehatan di Rumah Sakit Daerah Puri Husada Tembilahan Kabupaten Indragiri Hilir.....	77
	C. Implementasi Kebijakan Jamkesmas di Rumah Sakit Daerah Puri Husada Tembilahan Kabupaten Indragiri Hilir.....	81
	D. Faktor-faktor yang mempengaruhi pelaksanaan Implementasi kebijakan Jaminan Kesehatan Masyarakat di Rumah Sakit Daerah Puri Husada Tembilahan Kabupaten Indragiri Hilir.....	83
	E. Penyediaan Unit Layanan Pengaduan.....	92
BAB V	SIMPULAN DAN SARAN.....	96
	A. Kesimpulan	96
	B. Saran	98
	DAFTAR PUSTAKA.....	102

UNIVERSITAS TERBUKA

DAFTAR GAMBAR

	Halaman
Gambar 2.1. Teori Pelembagaan Program D. C. Korten.....	20
Gambar 2.2. Tiga Elemen Sistem Kebijakan menurut W. Dunn.....	21
Gambar 2.3. Model Implementasi Menurut E. S. Quade.....	23
Gambar 2.4. Model Implementasi menurut George C. Edwards III.....	24
Gambar 2.5. Model Implementasi Kebijakan menurut Van Meter dan Van Horn.....	26
Gambar 2.6. Bangun Teori Penelitian Implementasi Program Jamkesmas di RSUD Puri Husada Tembilahan Kabupaten Indragiri Hilir.	39
Gambar 2.7. Taksonomi Implementasi Kebijakan Jamkesmas di RSUD Puri Husada Tembilahan Kabupaten Indragiri Hilir.....	40
Gambar 2.8. Implementasi Program Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas) Di Rumah Sakit Umum Daerah Puri Husada Tembilahan Kabupaten Indragiri Hilir.....	64

DAFTAR TABEL

	Halaman
Tabel 4.1. Jumlah Penduduk Kec. Tembilahan Kabupaten Indragiri Hilir Berdasarkan Jenis Kelamin Tahun 2010.....	75
Tabel 4.2. Jumlah Penduduk Kec. Tembilahan Kabupaten Indragiri Hilir Berdasarkan Jenjang Pendidikan Tahun 2010.....	76
Tabel 4.3. Jumlah Kunjungan Pasien Pengguna Kartu Jamkesmas di Instalasi Rawat Inap Kelas III RSUD Puri Husada Tembilahan Tahun 2009-2010.....	77
Tabel 4.4. Distribusi Frekuensi Pasien Pengguna Kartu Jamkesmas Berdasarkan Jenis Kelamin di Instalasi Rawat Inap Kelas III RSUD Puri Husada Tembilahan Tahun 2010.....	78
Tabel 4.5. Distribusi Frekuensi Pasien Pengguna Kartu Jamkesmas Berdasarkan Kelompok Umur di Instalasi Rawat Inap Kelas III RSUD Puri Husada Tembilahan Tahun 2010.....	79
Tabel 4.6. Distribusi Frekuensi Pasien Pengguna Kartu Jamkesmas Berdasarkan Tingkat Pendidikan di Instalasi Rawat Inap Kelas III RSUD Puri Husada Tembilahan Tahun 2010.....	80
Tabel 4.7. Distribusi Frekuensi Pasien Pengguna Kartu Jamkesmas Berdasarkan Pekerjaan di Instalasi Rawat Inap Kelas III RSUD Puri Husada Tembilahan Tahun 2010.....	81

DAFTAR LAMPIRAN

	Halaman
Lampiran 1. Permohonan Rekomendasi Penelitian.....	106
Lampiran 2. Rekomendasi Penelitian	107
Lampiran 3. Surat Izin Melaksanakan Penelitian.....	108
Lampiran 4. Surat Keterangan Selesai Melakukan Penelitian	109
Lampiran 5. Peta Kecamatan Tembilahan.....	110
Lampiran 6. Kuisisioner Wawancara responden Penelitian.....	111

UNIVERSITAS TERBUKA

BAB I PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Indonesia adalah sebuah negara yang subur dan makmur, memiliki kekayaan alam yang melimpah, namun rakyat yang tergolong miskin masih besar jumlahnya. Pada puncak krisis ekonomi tahun 1998-1999, penduduk miskin Indonesia mencapai sekitar 24% dari jumlah penduduk atau hampir 40 juta orang. Tahun 2002 angka tersebut sudah turun menjadi 18%, dan diharapkan menjadi 14% pada tahun 2004, akan tetapi siapa yang dapat menjamin bahwa grafik jumlah penduduk miskin akan terus menurun. Tingkat kemiskinan turun dari 17,75% pada tahun 2006 menjadi 16,58% pada tahun 2007, (BPS: 2007).

Angka pengangguran di Indonesia pada 2010 masih berada di kisaran 10 persen. Target pertumbuhan ekonomi yang hanya sebesar 5,5% dinilai tidak cukup untuk menyerap tenaga kerja di usia produktif. Jakarta Pos tahun 2007 menyebutkan bahwa anggaran belanja negara yang kurang dalam peningkatan infrastruktur jelas tidak bisa menekan angka pengangguran.

Bagaimana menerangkan pembangunan ekonomi di Indonesia dengan fenomena kemiskinan di dalamnya? Ketika angka kemiskinan menunjukkan tingkat terendah, justru tak lama setelah itu terjadi krisis ekonomi yang dahsyat yang ternyata tak segera bisa diatasi. Dampak dari krisis ekonomi tersebut masih terasa dan terlihat sampai sekarang. Lihat saja jumlah pengemis melonjak tajam sejak tahun 1999. Para pengemis ini beroperasi dalam berbagai cara. Banyak yang menjadi pengamen dadakan, penodong di biskota, di persimpangan-persimpangan

jalan raya, dan lain-lain. Dibandingkan dengan tahun 2001-2002, situasi pada saat ini sudah menjadi lebih baik, namun jumlah pengemis yang beroperasi di masyarakat belum kembali ke keadaan sebelum krisis.

Apakah gejala ini telah mendapat perhatian yang mendalam dari penentu kebijakan dan para sosiolog? Mungkin kita telah melewatkan satu momentum yang sangat baik untuk belajar lebih dalam mengenai pembangunan sosial-ekonomi-politik masyarakat kita. Jika saja pemerintah menyisihkan beberapa milyar rupiah untuk memberdayakan para pengemis ini, maka situasi keamanan di kota-kota yang agak terganggu dengan kehadiran pengemis-penodong akan lebih cepat pulih. Dalam kenyataannya para pengemis di Indonesia termasuk di dalamnya para pengemis yang melakukan kegiatannya dengan kekerasan, telah ikut menciptakan rasa tidak aman di dalam masyarakat. Ditambah dengan kondisi kehidupan politik yang hiruk-pikuk, seiring dengan bergulirnya perjuangan reformasi di segala bidang, maka citra umum mengenai kondisi keamanan di Indonesia menjadi kurang baik dan tidak kondusif untuk segera pulihnya kegiatan-kegiatan investasi di bidang ekonomi. Lambatnya proses pemulihan ekonomi dengan sendirinya berarti lambatnya pengurangan jumlah orang miskin.

Akar kemiskinan di Indonesia tidak hanya harus dicari dari budaya malas bekerja keras. Keseluruhan situasi yang menyebabkan seseorang tidak dapat melaksanakan kegiatan produktifnya secara penuh harus diperhitungkan. Faktor-faktor penyebab kemiskinan adalah gabungan antara faktor internal dan faktor eksternal. Kebijakan pembangunan yang keliru merupakan salah satu faktor eksternal. Korupsi yang menyebabkan berkurangnya alokasi anggaran untuk suatu

kegiatan pembangunan bagi kesejahteraan masyarakat miskin juga termasuk faktor eksternal.

Sementara itu keterbatasan wawasan, kurangnya keterampilan, biaya kesehatan yang mahal, dan etos kerja yang rendah, semuanya merupakan faktor internal. Faktor-faktor internal dapat dipicu munculnya oleh faktor-faktor eksternal juga. Kesehatan masyarakat yang buruk adalah pertanda rendahnya gizi masyarakat. Rendahnya gizi masyarakat adalah akibat dari rendahnya pendapatan dan terbatasnya sumber daya alam. Selanjutnya, rendahnya penguasaan ilmu pengetahuan dan teknologi (IPTEK) adalah akibat dari kurangnya pendidikan. Hal yang terakhir ini juga pada gilirannya merupakan akibat dari kurangnya pendapatan. Kurangnya pendapatan merupakan akibat langsung dari keterbatasan lapangan kerja. Seterusnya begitu, berputar-putar dalam proses saling terkait.

Mengurai berbagai faktor penyebab kemiskinan tidak mudah dan tidak jelas harus mulai dari titik mana. Keterbatasan lapangan kerja, misalnya, seharusnya bisa diatasi dengan penciptaan lapangan kerja. Namun penciptaan lapangan kerja bukanlah hal yang begitu saja dapat dilakukan, misalnya dengan meminjam dari sumber-sumber pembiayaan luar negeri, namun tetap tidak mudah bagi banyak warga negara, khususnya yang tidak memiliki keterampilan khusus, untuk mendapatkan lapangan kerja.

Upaya meningkatkan penguasaan Iptek masyarakat juga bukan perkara yang mudah. Masalah utamanya adalah biaya pendidikan. Tetapi bukan hanya itu, budaya menghargai simbol-simbol formal di masyarakat Indonesia merupakan hal yang sangat menghambat kemajuan penguasaan Iptek. Entah sejak kapan, manusia Indonesia merasa lebih terpandang di lingkungan masyarakatnya apabila

telah memiliki ijazah keserjanaan dari pada memiliki kemampuan nyata untuk menyelesaikan suatu pekerjaan. Akhirnya dunia pendidikan pun tidak bergerak untuk mencetak manusia-manusia siap pakai. Sekolah-sekolah kejuruan kurang berkembang. Orang merasa lebih bergengsi apabila tamat dari sekolah umum daripada sekolah kejuruan karena para siswa sekolah kejuruan dianggap kurang berkemampuan secara intelektual dibandingkan anak-anak dari sekolah umum. Alhasil, Indonesia tidak memiliki cukup tenaga teknis dan insinyur-insinyur lapisan menengah yang tumbuh dari bawah. Padahal sebagai salah satu negara sedang berkembang kebutuhan akan tenaga-tenaga teknis amat besar. Merekalah yang akan membentuk lapisan tenaga kerja menengah Indonesia dan menjadi infrastruktur lunak bagi pengembangan teknologi lebih canggih pada tahap berikutnya. Dengan demikian, kemiskinan yang dialami Indonesia di tengah-tengah kelimpahan sumber daya alamnya antarlain disebabkan oleh sistem pendidikan yang kurang sesuai dengan tahap perkembangan Indonesia.

Angka Kemiskinan di Indonesia sementara berada di level 14%, yaitu berkisar sebanyak 17,5 juta keluarga miskin, sepertinya kemiskinan di Indonesia sulit untuk di turunkan apalagi kenaikan harga pangan di dalam negeri diprediksi akan mempersulit upaya pemerintah dalam upaya menurunkan angka kemiskinan. Target pertumbuhan ekonomi, secara gradual dipatok dalam kisaran 5%-7% sulit terwujud bila tidak melibatkan masyarakat seutuhnya. Oleh karena itu, angka kemiskinan Indonesia pada tahun 2014 yang ditargetkan dalam rentang 8%-9% sulit tercapai. Pasalnya, ancaman inflasi akibat fluktuasi harga pangan akan terus terjadi sejalan dengan pemulihan ekonomi. Selain itu, dampak pemulihan ekonomi global juga diperkirakan mempengaruhi tingkat inflasi Indonesia

sehingga berpotensi mendongkrak harga bahan pangan yang menjadi bagian perhitungan angka kemiskinan Indonesia. Oleh karena itu, pemerintah harus mewaspadai terjadinya peningkatan angka kemiskinan tersebut.

Hal ini tentu saja berdampak terhadap pemulihan ekonomi global yang akan meningkatkan inflasi Indonesia terus diwaspadai dan diantisipasi sehingga secara pasti tidak akan menaikkan harga-harga bahan pangan domestik. Intinya, berbagai program stabilitasi harga pangan akan terus dikembangkan pemerintah, sebab dampak kenaikan harga pangan sangat terkait dengan masyarakat miskin. Oleh karena itu, berbagai program tersebut dipastikan dapat menjaga daya beli mereka. Pelaksanaan program-program pengentasan kemiskinan oleh pemerintah memperlihatkan dampak yang positif dalam segi ekonomi, kesehatan dan lain-lain.

Model indikatif pembangunan sosial yang dilakukan pemerintah daerah juga belum mampu menekan angka kemiskinan, pengangguran dan penciptaan lapangan pekerjaan. Jika mencermati proses pembangunan di era otonomi dewasa ini, paradigma pembangunan yang diterapkan pemerintah daerah masih berorientasi pada pembangunan ekonomi baru kemudian pembangunan kesejahteraan sosial. Desentralisasi yang mendelegasikan kewenangan pembangunan dijadikan momentum untuk memangkas anggaran dan institusi-institusi sosial. Pemerintah daerah beralih, pembangunan kesejahteraan hanya pemborosan sehingga perlu terlebih dulu memfokuskan pada pembangunan ekonomi. Ketidak mampuan pemerintah dalam mendesain perencanaan dan program pembangunan itu pada akhirnya menyebabkan otonomi daerah gagal dalam menekan angka kemiskinan, pengangguran atau penciptaan lapangan kerja.

Berangkat dari pengalaman selama otonomi daerah dilaksanakan sejak tahun 2001 lalu, tentu banyak hal yang dapat dievaluasi, dengan mengkaji sejauh mana keberhasilan atau kegagalan yang dihadapi oleh birokrasi di daerah dalam mewujudkan tujuan pembangunan daerah. Indikator keberhasilan atau kegagalan tujuan pembangunan tentu dapat dilihat melalui desain perencanaan dan program pembangunan yang disusun pemerintah daerah dan sejauhmana efektifitas, efisiensi dari pelaksanaan perencanaan dan program pembangunan. Harus diakui, pemerintah daerah belum maksimal dalam mendorong pembangunan di daerah karena keterbatasan dalam hal kompetensi untuk merancang maupun melaksanakan perencanaan dan program pembangunan.

Salah satu teknik yang harus dikuasai adalah penyusunan program dan perencanaan pembangunan daerah dengan menggunakan metode analisis SWOT. SWOT merupakan singkatan dari *Strength* (kekuatan), *Weaknesses* (kelemahan), *Opportunities* (peluang) dan *Threat* (ancaman). Analisis SWOT lazim digunakan dalam penyusunan sebuah perencanaan, khususnya Rencana Strategis. Analisis SWOT yang tepat akan menghasilkan perencanaan yang terarah sesuai dengan potensi daerah atau kapasitas institusi yang akan melaksanakan perencanaan. Dengan analisis SWOT akan dapat menghasilkan program dan kegiatan yang lebih tepat untuk merebut peluang yang tersedia maupun untuk mengatasi kelemahan yang dihadapi. Perencanaan harus mempertimbangkan strength agar dapat menggali potensi yang ada untuk diberdayakan bagi pembangunan. Misalnya tingkat kesuburan tanah, potensi pertambangan, pariwisata, sumberdaya manusia, ketersediaan infrastruktur dan sebagainya.

Kesehatan adalah hal yang melekat dalam diri setiap orang. Ini tidak bisa dirampas oleh siapa pun. Kondisi fisik ini ditakdirkan secara alamiah pada tubuh. Baik atau buruk kondisi tubuh, pemilik tubuhnya adalah yang merasakan. Oleh karena itu, kebutuhan untuk mendapat kesehatan dan bebas dari keadaan tidak sehat adalah hak bagi setiap orang, semenjak lahir sampai ajal menjemputnya. Tidak ada sedikit pengecualian apapun, bagi warga kelas menengah atas, rakyat akar rumput bahkan gembel sekalian, sama derajat haknya mendapat perlindungan kesehatan dari negara. Terkecuali warga negara yang hidup pada kondisi jaman batu dan negara otoriterian, yang tidak pernah menghargai kesehatan individu. Bahkan dalam bentuk riil, negara Indonesia telah menjamin kesehatan setiap warganya melalui konstitusi tanpa pandang sebelah mata. Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia tahun 1945 Pasal 28 H ayat 1 berbunyi setiap orang berhak hidup sejahtera lahir dan batin, bertempat tinggal, dan mendapat lingkungan hidup yang baik dan sehat serta berhak mendapatkan pelayanan kesehatan. Undang-Undang Nomor 23 tahun 1992 tentang kesehatan, dengan tegas dijelaskan bahwa setiap warga negara berhak mendapatkan perlindungan kesehatan secara adil. Perlindungan kesehatan itu pun telah ditindak lanjuti negara melalui kebijakan-kebijakan jangka pendek, wujud salah satunya adalah dalam bentuk bantuan sosial Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas).

Cara pengelolaannya dalam bentuk kerja sama antara pemerintah pusat dan pemerintah daerah. Program nasional ini ada di seantero nusantara. Pemberian program ini berdasarkan perhitungan perorangan, selama persyaratan identitasnya terpenuhi oleh pengguna Jamkesmas.

Kebijakan ini dikemas oleh pemerintah pada awal tujuannya ialah untuk membantu warga yang belum mampu mengatasi persoalan Kesehatan diri sendiri secara mandiri, sanak famili dan keluarga kecil karena alasan minimnya pendapatan ekonomi. Agenda mulia ini senada dengan pernyataan James Anderson dalam mendefenisikan kebijakan. Anderson dalam Winarno (2002) menjabarkan kebijakan sebagai arahan tindakan yang mempunyai maksud yang ditetapkan sejumlah orang pengambil kebijakan dalam mengatasi sejumlah masalah.

Tujuan umum dari Kebijakan Jamkesmas adalah untuk meningkatkan akses dan mutu pelayanan kesehatan terhadap seluruh masyarakat miskin dan tidak mampu agar tercapai derajat kesehatan yang optimal secara efektif dan efisien. Tujuan khusus adalah untuk meningkatkan cakupan masyarakat sangat miskin, miskin dan tidak mampu mendapat pelayanan kesehatan di Puskesmas serta jaringannya dan Rumah Sakit, meningkatnya kualitas pelayanan kesehatan bagi masyarakat sangat miskin, miskin dan tidak mampu yang sesuai dengan standar serta terselenggaranya pengelolaan keuangan yang transparan dan akuntabel (Depkes RI, 2009: 5).

Sasaran Kebijakan Jamkesmas adalah seluruh masyarakat sangat miskin, miskin dan tidak mampu di seluruh Indonesia sejumlah 76,4 juta jiwa, tidak termasuk yang sudah mempunyai jaminan kesehatan lainnya. Anak terlantar, pengemis dan gelandangan yang belum teridentifikasi dan belum mempunyai kartu Jamkesmas, yang bersangkutan masih dapat dilayani dengan mendapatkan surat keterangan/rekomendasi yang dikeluarkan oleh Dinas Sosial setempat (Depkes RI, 2009: 3).

Prinsip-prinsip Penyelenggaraan Jamkesmas dilakukan secara nasional dalam mekanisme asuransi kesehatan sosial dengan menggunakan prinsip-prinsip sebagai berikut: Dana amanat dan nirlaba dengan pemanfaatan untuk semata-mata peningkatan derajat kesehatan masyarakat yang sangat miskin, miskin dan tidak mampu menyeluruh (komprehensif) sesuai dengan standar pelayanan medik yang *cost effective* dan rasional. Pelayanan terstruktur berjenjang dengan portabilitas dan ekuitas transparan dan akuntabel (Depkes RI, 2009: 7).

Pelaksanaan kebijakan Jamkesmas pada setiap perangkat aturan dan instrumen-instrumen kebijakan seperti birokrasi, yang paling langsung bersentuhan dengan masyarakat penerima layanan hasil dari kebijakan, diharapkan memenuhi kriteria kepuasan konsumen. Fleksibilitas, ketegasan, ketepatan dan etos kerja aparturnya agar kelak prosedur yang sudah ada dapat dimanfaatkan oleh pengguna. Upaya ini diharapkan pengguna tidak merasa ada beban yang berarti. Urusan kebijakan yang bersangkutan dengan teknis seperti itu memang tidak boleh kita sepelekan namun yang lebih mendasar adalah tujuan dari akhir kebijakan. Tujuan kebijakan sejatinya harus memenuhi kriteria azas manfaat. Kebijakan tidak ada gunanya bila minus manfaat yang diperoleh orang banyak.

Pelaksanaan verifikasi kepesertaan dengan cara mencocokkan kartu Jamkesmas dari peserta yang berobat dengan data base kepesertaan untuk selanjutnya diterbitkan surat keabsahan peserta (SKP) terhadap peserta yang memanfaatkan pelayanan kesehatan tersebut termasuk semua kepesertaan sebagaimana ketentuan di atas. Verifikasi kepesertaan perlu dilengkapi dengan dokumen berupa KK atau KTP untuk pengecekan kebenarannya kecuali bagi gelandangan, pengemis, anak dan orang terliantar yang tidak punya identitas cukup

hanya mendapatkan surat keterangan/rekomendasi dari kantor Dinas Sosial setempat.

Tim Pengelola Jamkesmas bersifat internal lintas Kementerian Kesehatan dan Dinas Kesehatan Provinsi/kabupaten/kota, dan Tim Koordinasi Jamkesmas bersifat lintas Departemen/Kementerian. Tim ini dibentuk mulai dari Pusat, Propinsi, Kabupaten/Kota serta ketingkat Pedesaan, Lurah, dan sampai RW/RT (Depkes RI, 2009:29-37).

Kebijakan Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas) merupakan pengganti program Asuransi Kesehatan untuk keluarga miskin (Askeskin). Jamkesmas berlaku mulai tahun 2008. Jamkesmas adalah bentuk belanja bantuan sosial untuk pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin dan tidak mampu.

Kebijakan ini diselenggarakan secara nasional agar terjadi subsidi silang dalam rangka mewujudkan pelayanan kesehatan yang menyeluruh bagi masyarakat miskin. Pada hakekatnya pelayanan kesehatan terhadap masyarakat miskin menjadi tanggung jawab dan dilaksanakan bersama oleh Pemerintah Pusat dan Pemerintah Daerah. Pemerintah Propinsi/Kabupaten/Kota berkewajiban memberikan kontribusi sehingga menghasilkan pelayanan yang optimal.

Adapun tujuan umum dari Kebijakan Jamkesmas adalah untuk meningkatkan akses dan mutu pelayanan kesehatan terhadap seluruh masyarakat miskin dan tidak mampu agar tercapai derajat kesehatan yang optimal secara efektif dan efisien. Sedangkan tujuan khusus adalah untuk meningkatkan cakupan masyarakat sangat miskin, miskin dan tidak mampu mendapat pelayanan kesehatan di Puskesmas serta jaringannya dan Rumah Sakit, meningkatnya kualitas pelayanan kesehatan bagi masyarakat sangat miskin, miskin dan tidak

mampu yang sesuai dengan standar serta terselenggaranya pengelolaan keuangan yang transparan dan akuntabel (Depkes RI, 2009:21).

Jamkesmas diselenggarakan secara nasional dalam mekanisme asuransi kesehatan sosial dengan menggunakan prinsip-prinsip: dana amanat dan nirlaba dengan pemanfaatan untuk semata-mata peningkatan derajat kesehatan masyarakat yang sangat miskin, miskin dan tidak mampu, menyeluruh (komprehensif) sesuai dengan standar pelayanan medik yang *cost effective* dan *rational*. Pelayanan terstruktur, berjenjang dengan portabilitas dan ekuitas transparan dan akuntabel (Depkes RI, 2009:17).

Jumlah dan Persentase Penduduk Miskin Riau pada Maret 2009 adalah 527,49 ribu atau 9,48%. Dibandingkan dengan penduduk miskin pada Maret 2008 yang berjumlah 566,67 ribu (10,63%), berarti jumlah penduduk miskin di Riau menurun sebanyak 39,18 ribu. Selama periode Maret 2008 sampai dengan Maret 2009, penduduk miskin di daerah pedesaan berkurang 19,72 ribu, sementara di daerah perkotaan berkurang 19,46 ribu. Jumlah dan persentase penduduk miskin di Riau memperlihatkan kecenderungan menurun pada periode 2002-2009. Jumlah penduduk miskin menurun dari 635 ribu pada tahun 2002 menjadi 527,49 ribu pada bulan Maret 2009. Secara relatif juga terjadi penurunan persentase penduduk miskin dari 15,39% pada tahun 2002 menjadi 9,48% pada bulan Maret 2009. Persentase penduduk miskin antara daerah perkotaan dan pedesaan tidak banyak berubah. Pada bulan Maret 2009, penduduk miskin di Riau sebagian besar berada di daerah pedesaan sebesar 57,23%. Ini mengindikasikan bahwa rata-rata pengeluaran penduduk miskin cenderung makin mendekati garis kemiskinan dan ketimpangan pengeluaran penduduk miskin juga semakin menyempit.

Indeks kemiskinan di Provinsi Riau dan kabupaten/kota akhir-akhir ini sudah bisa diturunkan, hal ini terlihat dari urutan 24 tahun 1999, menjadi urutan 20 tahun 2002. Keberhasilan penurunan Indeks kemiskinan di Provinsi Riau tidak terlepas dari semakin membaiknya akses penduduk terhadap air bersih dan fasilitas kesehatan serta adanya perbaikan gizi balita. Masyarakat miskin cenderung makin mendekati garis kemiskinan dan ketimpangan pengeluaran penduduk miskin juga semakin menyempit.

Jumlah Penduduk Kecamatan Tembilahan sebanyak 65.752 jiwa, jumlah masyarakat yang mempunyai kartu Jamkesmas sebanyak 54.731 rumah tangga miskin atau 233,953 jumlah anggota rumah tangga miskin sementara jumlah pasien yang berobat ke Rumah Sakit Umum Daerah Puri Husada Tembilahan yang menggunakan kartu Jamkesmas tahun 2010 berjumlah 20.000 orang (BPS, 2009).

Pemerintah telah membuat kebijakan tentang Asuransi Kesehatan yang bertujuan untuk membantu masyarakat Indonesia agar terbantu dari segi pelayanan kesehatan. Berdasarkan Konsitusi dan Undang-undang tersebut pemerintah dalam hal ini Departemen Kesehatan telah melaksanakan penjaminan pelayanan kesehatan terhadap masyarakat miskin dan tidak mampu. Program ini telah berjalan sejak tahun 2005 dengan nama Ansuransi Kesehatan orang Miskin (ASKESKIN), yang kemudian ditahun 2008 berganti nama menjadi Jaminan Kesehatan Masyarakat.

Kebijakan Operasional Jamkesmas adalah program bantuan sosial untuk pelayanan kesehatan bagi Masyarakat miskin dan tidak mampu. Program ini diselenggarakan secara nasional agar terjadi subsidi silang dalam rangka

mewujudkan pelayanan kesehatan yang menyeluruh bagi masyarakat miskin. Pada hakekatnya pelayanan kesehatan terhadap masyarakat miskin menjadi tanggung jawab dan dilaksanakan bersama oleh Pemerintah Pusat dan Pemerintah Daerah. Pemerintah Propinsi/Kabupaten/Kota berkewajiban memberikan kontribusi sehingga menghasilkan pelayanan yang optimal.

Penyelenggaraan pelayanan kesehatan masyarakat miskin mengacu pada prinsip-prinsip dana amanat dan nirlaba dengan pemanfaatan untuk semata-mata peningkatan derajat kesehatan masyarakat miskin. Menyeluruh (komprehensif) sesuai dengan standar pelayanan medik yang rasional. Pelayanan terstruktur, berjenjang dengan portabilitas dan ekuitas, transparan dan akuntabel.

Jamkesmas adalah bentuk belanja bantuan sosial untuk pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin dan tidak mampu. Program ini diselenggarakan secara nasional agar terjadi subsidi silang dalam rangka mewujudkan pelayanan kesehatan yang menyeluruh bagi masyarakat miskin. Segera mengucurkan dana untuk pelayanan kesehatan cuma-cuma bagi penduduk miskin dan hampir miskin peserta Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas) di rumah sakit dan di Puskesmas. Adanya beberapa penemuan fenomena berupa keluhan pasien mengenai pelayanan yang pasien rasakan di RSUD Puri Husada Tembilihan Kabupaten Indragiri Hilir, banyaknya kesalahan dalam administrasi dengan nama ganda yang mana nama dikartu Jamkesmas dengan yang berobat berbeda. Menurut survey yang dilakukan di RSUD Puri Husada Tembilihan ditemui bahwa banyak pasien yang berobat tidak menggunakan kartu Jamkesmas, dan yang ada kartu jamkesmas malah berobat pada sarana kesehatan yang terdekat. Bahkan ada yang tidak tahu sama sekali apa itu Jamkesmas, serta komunikasi yang kurang

dalam pelayanan yang membuat pasien mejadi bingung/ragu-ragu. Hj.Rumisis, S.P, M. Kes (Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Indrgiri Hilir) mengungkapkan bahwa penggunaan kartu Jamkesmas perlu ditinjau ulang karna belum tepat sasaran, hal senada juga diungkapkan oleh anggota DPRD SULUT, Arthur Kotambunan dan Felly Runtuwene (Manado Bisnis, 24-4-2011, 22;23).

Ditemui juga orang yang memiliki kartu, bahwa yang menggunakan Kartu Jamkesmas tersebut terlihat mampu, untuk itulah peneliti tertarik untuk malakukan penelitian yang berjudul “Implementasi Kebijakan Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas) Di Rumah Sakit Umum Daerah Puri Husada Tembilihan Kabupaten Indragiri Hilir“.

B. Perumusan Masalah

Berdasarkan uraian dalam pendahuluan maka permasalahan dalam kajian ini dapat dirumuskan sebagai berikut.

1. Bagaimanakah Implementasi Kebijakan Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas) di RSUD Puri Husada Tembilihan Kabupaten Indragiri Hilir?
2. Faktor-faktor apa sajakah yang mempengaruhi Implementasi Kebijakan Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas) di RSUD Puri Husada Tembilihan Kabupaten Indragiri Hilir?

C. Tujuan Penelitian

Adapun Penelitian ini bertujuan untuk:

1. Menganalisis Implementasi Kebijakan Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas) di RSUD Puri Husada Tembilihan Kabupaten Indragiri Hilir.

2. Menganalisis Faktor-faktor yang mempengaruhi Implementasi Kebijakan Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas) di RSUD Puri Husada Tembilahan Kabupaten Indragiri Hilir.

D. Kegunaan Penelitian

Dari hasil kajian ini diharapkan dapat memberi manfaat/kegunaan praktis yaitu sebagai berikut.

1. Kegunaan Teoritis

- a. Mendapatkan masukan baru dari pengembangan keilmuan khususnya Ilmu Kebijakan Publik.
- b. Memberikan sumbangan pemikiran dan informasi bagi mahasiswa yang akan datang serta sebagai tambahan referensi kepustakaan pada Program Studi Administrasi Publik Program Pascasarjana Universitas Terbuka.

2. Kegunaan Praktis

Bagi RSUD Puri Husada Tembilahan Kabupaten Indragiri Hilir, hasil kajian ini dapat digunakan sebagai masukan untuk mengoptimalkan pelayanan terhadap pasien selaku pengguna jasa pelayanan Jamkesmas.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Kajian Teori

1. Kebijakan Publik

Kebijakan menurut Anderson dalam Islamy (2001: 17) “*A Purposive course of action followed by an actor or set actors in dealing with a problem or a matter of concern*” serangkaian tindakan yang mempunyai tujuan tertentu yang diikuti dan dilaksanakan oleh seorang pelaku atau kelompok pelaku guna memecahkan suatu masalah tertentu.

Batasan mengenai kebijakan publik juga disampaikan oleh Frederich dalam Wahab (2000: 13) suatu tindakan yang mengarah pada tujuan yang diusulkan oleh seseorang, kelompok atau pemerintah dalam lingkungan tertentu sehubungan dengan adanya hambatan-hambatan tertentu seraya mencari peluang-peluang untuk mencapai tujuan atau mewujudkan sasaran yang diinginkan.

Definisi ini terasa belum lengkap dan tidak bisa dikatakan sebuah defenisi kebijakan nyata jika belum ada instrumen lunak untuk melengkapinya dalam melaksanakan tujuan kebijakan itu. Diantaranya harus Ada sekian banyak perangkat lunak yang mau tidak mau harus dipenuhi, kelak supaya tidak dikatakan sebagai kebijakan mengada-ada. Perangkat lunak itu adalah seperangkat instrumen pokok yang melekat pada pelaku kebijakan dan aturan-aturan pelaksanaan kebijakan itu sendiri.

Instrumen krusial itupun telah dijawab oleh Edwards III dalam Winarno (2002: 174), secara eksplisit ia mengatakan jikalau punya keinginan membuat sebuah kebijakan dan berharap supaya lancar tanpa ada hambatan yang berarti, berjalan mulus maka harus memperhitungkan variabel krusial yang meliputi hal-hal berikut ini:

Pertama, faktor komunikasi, para *policy maker* berharap ketepatan informasi yang disampaikan antara penyampai pesan dan penerima pesan ada kejelasan. Supaya keputusan-keputusan dan perintah-perintah dapat ditransmisikan dengan sempurna kepada personil di lapangan sebagai pelaksana kebijakan, apa yang harus dilakukan maupun tidak boleh dilakukan. Kejelasan komunikasi ini menjadi titik tekan penting karena berharap pada proses implementasi kebijakan sesuai dengan misi awal dari sebuah kebijakan.

Kedua, faktor sumber-sumber, yang dimaksud dengan sumber-sumber adalah faktor penting dalam meneruskan kebijakan. Sumber-sumber yang penting meliputi personil yang memiliki keahlian teknis, kewenangan dan fasilitas-fasilitas yang diperlukan untuk menerjemahkan usul-usul di atas kertas guna menunjang pelayanan kepada masyarakat atau penerima hasil manfaat dari kebijakan.

Ketiga, faktor kecenderungan-kecenderungan, maksud dari faktor kecenderungan-kecenderungan ini adalah adanya tanggung jawab dari pelaksana kebijakan yang melaksanakan keputusan dengan efektif karena mendapat dukungan dari para pembuat keputusan awal, sebaliknya apabila

tingkah laku pelaksana berbeda dengan para *policy maker* maka proses pelaksanaan kebijakan mendapat kesulitan.

Keempat, struktur birokrasi, dalam pelaksanaan tindakan-tindakan kebijakan pasti tidak lepas dari yang namanya birokrasi. Birokrasi diciptakan untuk menghubungkan antara pengguna dan pelaksana kebijakan. Didalam dirinya sendiri terdapat struktur-struktur, aturan-aturan dan mekanisme organisasi dimana mereka melaksanakan tugas pokok dan fungsi masing-masing untuk melaksanakan kegiatan kebijakan pemerintah. Artinya, pembuat dan pelaksana kebijakan dalam bekerja harus saling menjaga keharmonisan semua aturan dan instrument-instrument pokok sebagai variabel penting yang telah disepakati agar berjalan dengan baik dalam proses pelaksanaan kebijakan.

Pakar lain juga mengemukakan pendapatnya seperti Edwards III dan Sharkansky dalam Islamy (2001: 18-19) yaitu: Kebijakan Negara adalah suatu tindakan yang dilakukan atau tidak dilakukan pemerintah. Kebijakan negara tersebut dapat berupa peraturan perundang-undangan yang di pergunakan untuk mencapai tujuan dan sasaran dari program-program dan tindakan yang dilakuan oleh Pemerintah.

Adapun menurut Islamy (2001: 20) bahwa “Kebijakan negara adalah serangkaian tindakan yang di tetapkan dan dilaksanakan yang ditetapkan dan di laksanakan ataua tidak di laksanakan oleh Pemerintah yang mempunyai tujuan atau berorientasi pada tujuan demi kepentingan seluruh masyarakat “. Kebijakan yang diambil menjadi tidak mempunyai arti jika tanpa unsur pemaksanaan kepada pelaksana atau pengguna

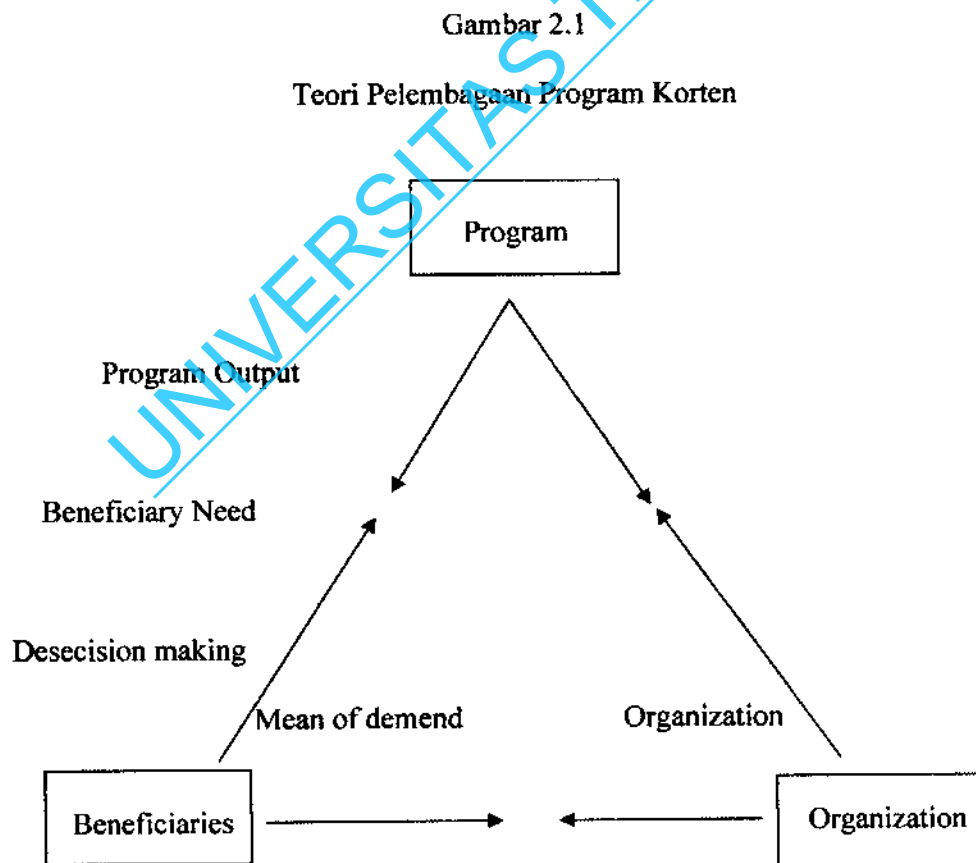
kebijakan agar dapat di patuhi untuk dapat di laksanakan. Hal ini sejalan dengan pendapat Easton dalam Islamy (2001: 19) yang mendefinisikan kebijakan sebagai *“The authoritative allocation of values for the whole society”*, yang mengandung arti bahwa kebijakan tersebut mengandung nilai paksaan yang secara sah dapat di lakukan pemerintah sebagai pembuat kebijakan pada masyarakat.

Mengacu pada pendapat para ahli; Anderson, Frederich, Edwards III, dan Islamy maka dapat di simpulkan bahwa kebijakan publik adalah serangkaian tindakan yang mempunyai tujuan tertentu, berorientasi kepada kepentingan publik (Masyarakat) dan bertujuan untuk mengatasi masalah, memenuhi keinginan dan tuntutan seluruh anggota masyarakat. Kebijakan juga memuat semua tindakan pemerintah baik yang di lakukan maupun yang tidak di lakukan oleh pemerintah. Keberhasilan suatu kebijakan sangat tergantung dari dukungan faktor yang mempengaruhi proses tersebut.

2. Implementasi Kebijakan

Menurut Grindle dalam Wibawa (1994: 22-24) bahwa: *“Implementasi kebijakan pada dasarnya di tentukan oleh isi kebijakan dan konteks kebijakan “ isi kebijakan menunjukkan kedudukan pembuat kebijakan sehingga posisi kedudukan ini akan mempengaruhi proses implementasi kebijakan, konteks kebijakan ini meliputi kekuasaan, kepentingan dan strategi aktor-aktor yang terlibat.*

Pencapaian keberhasilan suatu kebijakan sangat tergantung pada pelaku yang mempunyai peranan di luar kebijakan. Oleh karena itu dalam menentukan keberhasilan suatu program maka model kesesuaian Korten dalam Tjokrowinoto (1996: 136) merupakan bentuk yang ideal untuk mencapai keberhasilan suatu program/kebijakan. Keberhasilan suatu program juga akan terjadi jika terdapat keseusian antara hasil program dengan kebutuhan sasaran, syarat tugas-tugas pekerjaan program dengan kemampuan organisasi pelaksana, serta proses pengambilan keputusan organisasi pelaksana dengan sarana pengungkapan kebutuhan sasaran keterkaitan antara elemen-elemen dalam pelebagaan dapat digambarkan sebagai berikut



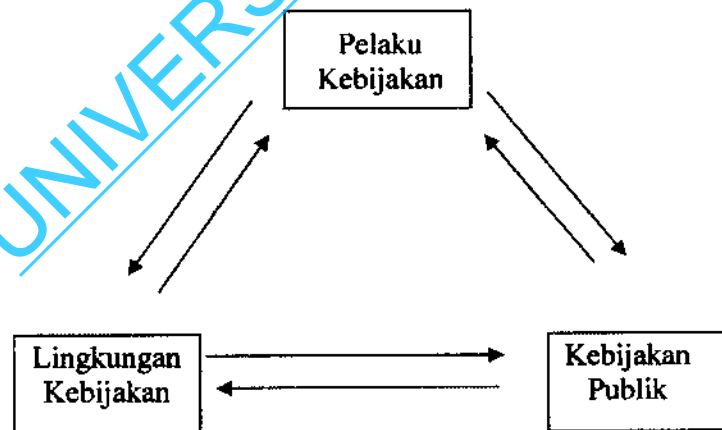
Sumber: Tjokrowinoto (1996: 136)

Di dalam gambar terlihat bahwa organisasi sebagai salah satu focus penelitian harus mempunyai kemampuan menyediakan mekanisme untuk mengkonversikan aspirasi dan kebutuhan obyektif masyarakat menjadi keputusan organisasi, melengkapi organisasi dengan berbagai sumber dan memobilisasikan untuk dapat memenuhi tuntutan pelaksanaan program sedemikian rupa sehingga *output* program akan disesuaikan dengan kebutuhan masyarakat.

Banyak faktor yang mempengaruhi keberhasilan kebijakan, pada hakekatnya kebijakan publik berada dalam suatu sistem, dimana kebijakan di buat mencakup hubungan timbal balik antara tiga elemen yaitu kebijakan publik, pelaku kebijakan dan lingkungan kebijakan. Berikut ini skema tiga elemen sebagaimana yang digambarkan Dunn (2003: 44)

Gambar 2.2

Tiga Elemen Sistem Kebijakan menurut Dunn



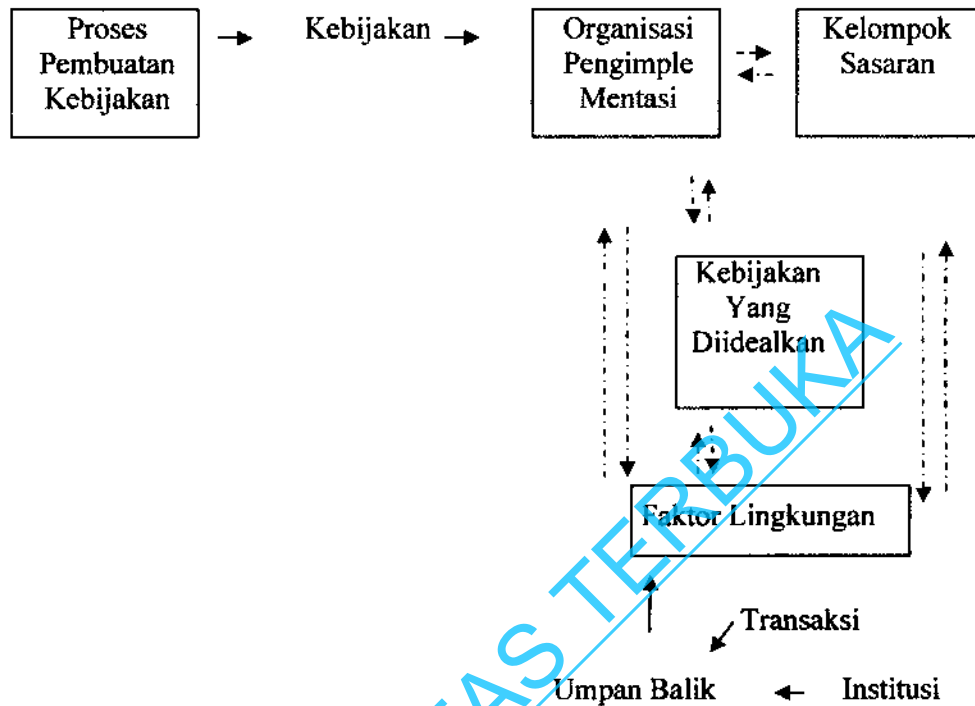
Sumber: Dunn (2003: 44)

Tampak bawah kebijakan merupakan serangkaian pilihan yang saling berhubungan yaitu di buat oleh pejabat pemerintah dan di formulasikan ke dalam berbagai masalah (isu) yang timbul, sedangkan pelaku kebijakan adalah para individu atau kelompok individu yang mempunyai peran yang dapat dipengaruhi dan mempengaruhi kebijakan. Dari pendapat tersebut dapat diidentifikasi bahwa mekanisme kebijakan menunjukkan adanya keterpengaruhan antara pelaku kebijakan, kebijakan itu sendiri dan lingkungan kebijakan.

Hal yang sama juga di nyatakan oleh Quade (1984: 310) bahwa dalam proses implementasi kebijakan akan terjadi interaksi dan reaksi dari organisasi pelaksana, kelompok, sasaran dan faktor-faktor lingkungan yang mengarah pada konflik, sehingga membutuhkan suatu transaksi sebagai umpan balik yang di gunakan oleh pengambil keputusan dalam rangka merumuskan suatu kebijakan. Proses implementasi kebijakan ini dapat digambarkan sebagai berikut.

Gambar 2.3

Model Implementasi Menurut Quade

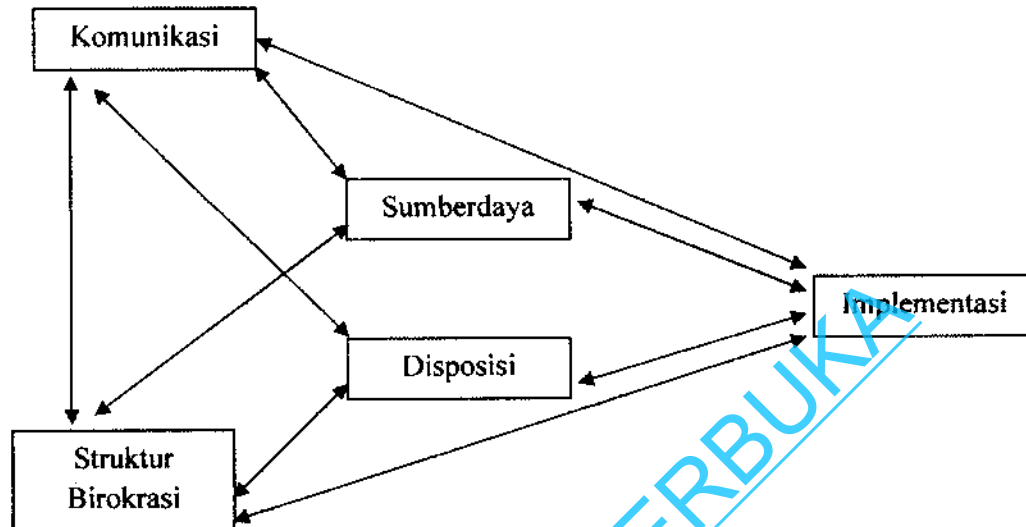


Sumber: Quade (1984: 311)

Senada dengan pendapat sebelumnya, bahwa kebijakan selalu dipengaruhi oleh beberapa variabel dasar. Menurut Edwards III dalam Winarno (2002: 118) "Faktor-faktor yang mempengaruhi implementasi program yaitu komunikasi dan sumber-sumber (sumber daya), kecederungan sikap dan struktur birokrasi". Selanjutnya "Implementasi Program adalah tahap pembuatan kebijakan dan konsekuensi bagi masyarakat yang dipengaruhinya". Jika suatu kebijakan tidak tepat atau tidak bisa mengurangi permasalahan yang timbul meskipun telah diimplementasikan, akan mengalami kegagalan. Interaksi keterpengaruhan dapat digambarkan sebagai berikut:

Gambar 2.4

Model Implementasi menurut Edwards III



Sumber: Edwards III (1980: 1498)

Dari gambar tersebut dapat diuraikan lebih lanjut sebagai berikut.

a. Variabel Komunikasi

Kebijakan implementasi kebijakan masyarakat agar implementator mengetahui apa yang harus dilakukan masyarakat agar implementator mengetahui apa yang harus dilakukan, apa yang menjadi tujuan dan sasaran kebijakan harus ditransmisikan kepada kelompok sasaran (*target group*) sehingga akan mengurangi distorsi implementasi. Apabila tujuan dan sasaran suatu kebijakan tidak jelas atau bahkan tidak diketahui sama sekali oleh kelompok sasaran maka kemungkinan akan terjadi resistensi dari kelompok sasaran.

b. Variabel Sumber Daya

Walaupun isi kebijakan sudah dikomunikasikan secara jelas dan konsisten, tetapi apa bila implemtator kekurangan sumber daya untuk melaksanakan, implementasi tidak akan berjalan efektif. Sumber daya tersebut dapat berwujud sumber daya manusia yakni implemen-tator dan sumber daya finansial.

c. Variabel Disposisi

Disposisi adalah watak dan katakteristik yang dimiliki oleh implementator, seperti komitmen, kejujuran, dan sifat demokratis. Apa bila implemtator memiliki disposisi yang baik, maka dia akan dapat menjalankan kebijakan dengan baik seperti apa yang diinginkan oleh pembuat kebijakan. Ketika implementator memiliki sikap dan perspektif yang berbeda dengan pembuat kebijakan, maka proses imple-mentasi juga menjadi tidak efektif.

d. Variabel Struktur Birokrasi

Struktur organisasi yang bertugas mengimplementasikan kebijakan memiliki pengaruh yang signifikan terhadap implementasi kebi-jakan. Salah satu dari aspek struktur yang penting dari sikap organi-sasi adalah adanya prosedur operasi yang standar (*Standar Operating Procedures* atau SOP).

Selanjutnya implementasi kebijakan publik menurut Winarno (2002: 72) “Model proses implementasi terdapat 6 (enam) variabel yang membentuk kaitan (*linkage*) antara kebijakan dan pencapaian (*performance*). Variabel-variabel tersebut merupakan variabel bebas dan

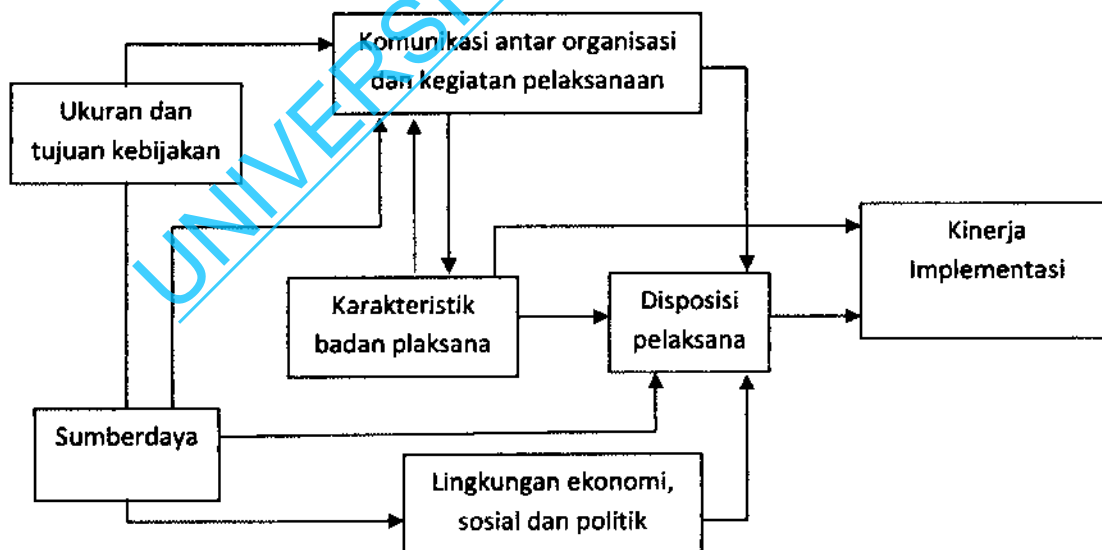
variabel terikat yang saling berhubungan satu sama lainnya, adapun keenam variabel tersebut adalah 1) ukuran-ukuran dasar dan tujuan 2) sumber-sumber, 3) komunikasi antar organisasi dan kegiatan-kegiatan pelaksana, 4) karakteristik-karakteristik badan pelaksana, 5) kondisi ekonomi, sosial dan politik 6) kecenderungan pelaksana-pelaksana “.

Jadi dalam implementasi kebijakan terdapat variabel-variabel yang saling berhubungan membentuk kaitan antara kebijakan publik dan pencapaian yang diharapkan.

Sedangkan Implementasi kebijakan menurut Meter dan Horn dalam Subarsono (2005: 99) sebagaimana yang terlihat dalam gambar berikut.

Gambar 2.5

Model Implementasi Kebijakan menurut Meter dan Horn



Sumber: Subarsono (2005: 99)

Menurut Mazmanian dan Sabatier dalam Wahab (2000: 65) model implementasi yang mereka tawarkan disebut dengan *A Framework for Policy Implementation*. Analisis kedua ahli kebijakan ini berpendapat bahwa peran penting dari implementasi kebijakan publik adalah kemampuannya dalam mengidentifikasi variabel-variabel yang mempengaruhi tercapainya tujuan-tujuan formal pada keseluruhan proses implementasi. Variabel-variabel tersebut diklasifikasikan menjadi tiga yaitu:

a. Mudah atau Tidaknya Masalah yang Akan Digarap, Meliputi:

1) Kesukaran-kesukaran teknis

Tercapai atau tidaknya tujuan suatu kebijakan, tergantung pada sejumlah persyaratan teknis, termasuk di antaranya: kemampuan untuk mengembangkan indikator-indikator pengukur prestasi kerja yang tidak terlalu mahal serta pemahaman mengenai prinsip-prinsip hubungan kausal yang mempengaruhi masalah. Disamping itu tingkat keberhasilan suatu kebijakan dipengaruhi juga oleh tersedianya atau telah dikembangkannya teknik-teknik tertentu.

2) Keberagam perilaku yang diatur

Semakin beragam perilaku yang diatur, maka asumsinya semakin beragam pelayanan yang diberikan, sehingga semakin sulit untuk membuat peraturan yang tegas dan jelas. Dengan demikian semakin besar kebebasan bertindak yang harus dikontrol

oleh para pejabat pada pelaksana (administrator atau birokrat) di lapangan.

- 3) Persentase Totalitas Penduduk yang tercakup dalam kelompok sasaran

Semakin kecil dan semakin jelas kelompok sasaran yang perilakunya akan diubah (melalui implementasi kebijakan), maka semakin besar peluang untuk memobilisasikan dukungan politik terhadap sebuah kebijakan dan dengannya akan lebih terbuka peluang bagi pencapaian tujuan kebijakan.

- 4) Tingkat dan ruang lingkup perubahan perilaku yang dikehendaki

Semakin besar jumlah perubahan-perubahan yang dikehendaki oleh kebijakan, maka semakin sukar/sulit para pelaksana memperoleh keberhasilan dalam mengimplementasikan kebijakan. Artinya ada sejumlah masalah yang jauh lebih mudah dikendalikan bila tingkat dan ruang lingkup perubahan yang dikehendaki tidaklah terlalu besar.

- b. Kemampuan Kebijakan Menstruktur Proses Implementasi Secara Tepat

Para pembuat kebijakan mendayagunakan wewenang yang dimilikinya untuk menstruktur proses implementasi secara tepat melalui beberapa cara:

- 1) Kecermatan dan kejelasan penjenjangan tujuan-tujuan resmi yang akan dicapai.

Semakin mampu suatu peraturan memberikan petunjuk-petunjuk yang cermat dan disusun secara jelas skala prioritas/urutan kepentingan bagi para pejabat pelaksana dan faktor lainnya, maka semakin besar pula kemungkinan bahwa output kebijakan dari badan-badan pelaksana akan sejalan dengan petunjuk tersebut.

2) Keterandalan teori kausalitas yang diperlukan.

Memuat suatu teori kausalitas yang menjelaskan bagaimana kira-kira tujuan usaha pembaharuan yang akan dicapai melalui implementasi kebijakan.

3) Ketetapan alokasi sumber dana.

Tersedianya dana pada tingkat batas ambang tertentu sangat diperlukan agar terbuka peluang untuk mencapai tujuan-tujuan formal.

4) Keterpaduan hirarki di dalam lingkungan dan diantara lembaga-lembaga atau instansi-instansi pelaksana.

Salah satu ciri penting yang perlu dimiliki dalam implementasi kebijakan ialah kemampuan untuk memadukan hirarki badan-badan pelaksana. Ketika kemampuan untuk menyatupadukan dinas, badan dan lembaga dilaksanakan, maka koordinasi antar instansi yang bertujuan mempermudah jalannya implementasi kebijakan justru akan membuyarkan tujuan dari kebijakan yang telah ditetapkan.

5) Aturan-aturan pembuat keputusan dari badan-badan pelaksana

Selain dapat memberikan kejelasan dan konsistensi tujuan, memperkecil jumlah titik-titik veto, dan mitensif yang memadai bagi kepatuhan kelompok sasaran, suatu aturan harus pula dapat mempengaruhi lebih lanjut proses implementasi kebijakan dengan cara menggariskan secara formal aturan-aturan pembuat keputusan dari badan-badan pelaksana.

- 6) Kesepakatan para pejabat terhadap tujuan yang termaktub dalam undang-undang.

Para pejabat pelaksana memiliki kesepakatan yang disyaratkan demi tercapainya tujuan. Hal ini sangat signifikan oleh karena *top down policy* bukanlah perkara mudah untuk mengimplementasikannya pada para pejabat pelaksana pada *level* lokal.

- 7) Akses formal pihak-pihak luar

Faktor lain yang juga dapat mempengaruhi implementasi kebijakan adalah sejauh mana peluang-peluang yang terbuka bagi partisipasi para aktor di luar badan pelaksana dapat mendukung tujuan resmi. Ini dimaksudkan agar kontrol pada para pejabat pelaksana yang ditunjuk oleh pemerintah pusat dapat berjalan sebagaimana mestinya.

c. Variabel-Variabel yang Mempengaruhi Implementasi

- 1) Kondisi sosial-ekonomi dan teknologi
- 2) Dukungan publik
- 3) Sikap dan sumber-sumber yang dimiliki kelompok masyarakat

4) Kesepakatan dan kemampuan kepemimpinan para pejabat pelaksana

Senada dengan pendapat sebelumnya, bahwa variabel organisasi pengimplementasi akan mempengaruhi kebijakan yang ada dalam implementasi kebijakan sebenarnya disadari bahwa tidak semua alternatif secara komprehensif dapat mengatasi semua permasalahan yang muncul. Menurut Widaningrum dalam Wibawa (1994: 17) menyatakan bahwa "Tidak setiap kebijakan yang di rumuskan pemerintah dapat di jalankan dengan baik dan membuahkan hasil yang diharapkan". Disebutkan pula tentang tekanan dari berbagai pihak, dalam hal ini dapat dikatakan juga mengenai pentingnya pengawasan yang dilakukan dalam implementasi kebijakan. Pengertian pengawasan yang dilakukan dalam implementasi kebijakan. Pengertian pengawasan sebagaimana di kemukakan oleh Fayol dalam Wahab (2008: 25) bahwa "Dalam setiap usaha, pengawasan terdiri atas tindakan meneliti apakah segala sesuatu tercapai atau berjalan sesuai dengan rencana yang telah di tetapkan berdasarkan intruksi-intruksi yang telah di keluarkan, prinsip-prinsip yang telah di tetapkan, pengawasan bertujuan menunjuk atau menemukan kelemahan-kelemahan itu".

Mengacu dari berbagai pendapat para ahli yang telah di sampaikan di atas serta hasil pengamatan dan observasi di daerah penelitian, penulis berasumsi bahwa faktor yang mempengaruhi Implementasi Kebijakan Jamkesmas di RSUD Puri Husada Tembilahan

Kabupaten Indragiri Hilir adalah jarak tempuh sarana dan Birokrasi yang berbelit-belit sejalan dengan hal tersebut penulis akan mengadopsi pendapat Edwards III (1980) yang menyatakan bahwa variabel yang mempengaruhi implementasi kebijakan adalah : Komunikasi, sumber daya, disposisi dan struktur birokrasi.

Melihat rumusan pendapatan para ahli sebagaimana tersebut diatas, pada dasarnya terdapat unsur kesamaan tujuan yang akan dicapai dalam hal mempelajari implementasi, yaitu kesuksesan implementasi kebijakan. namun demikian ada sedikit fenomena titik tekanan dari masing-masing pendapat, Edwards III (1980) dan Grindle dalam Wibawa (1994) menitik beratkan kajian pada mekanisme kinerja implementasi yang berkecenderungan pada pola dari atas ke bawah (*top-down*), Mazmanian dan Sebatier dalam Wahab (2000) menekankan pada kerangka analisis implementasi kebijakan, kemudian Quade (1984) dengan memasukan unsur-unsur tekanan dan kepentingan kelompok sasaran (*Bottom-Up*).

3. Identifikasi Faktor – Faktor Yang Mempengaruhi Kebijakan

Oleh karena peneliti mencoba mengadopsi pendapat Edwards III (1980) dalam peneliti studi Implementasi Kebijakan Jamkesmas di Kabupaten Indragiri Hilir studi kasus Implementasi kebijakan penggunaan Jamkesmas di RSUD Puri Husada Tembilahan Kabupaten Indragiri Hilir, maka di perlukan sedikit penjelasan tentang 4 (empat) faktor yang berpengaruh terhadap keberhasilan implementasi kebijakan.

a. Komunikasi

Menurut Koontz (1986: 186) yang dimaksud dengan komunikasi adalah penyampaian informasi dari pengirim kepada penerima dan informasi itu di mengerti oleh yang belakangan, selanjutnya menurut Robbins (1994: 356) Komunikasi adalah penyampaian dan pemahaman suatu maksud, kemudian Gordon dkk dalam Widjaja (2008: 359) mengartikan komunikasi sebagai pemindahan informasi, gagasan, pengertian atau perasaan antar orang. Dari berbagai pendapat di atas dapat disimpulkan bahwa komunikasi adalah penyampaian informasi atau penyampaian warta dari komunikator kepada komunikan.

Unsur-unsur komunikasi administrasi menurut Koontz (1986: 690-693) adalah pengirim warta, pengiriman warta, penerima warta perubahan sebagai akibat komunikasi, faktor-faktor situasi dan organisasi dalam komunikasi, sedangkan menurut Robbins (1994: 269) komunikasi administrasi adalah pembuatan sandi, warta saluran, penafsiran sandi, penerima umpan balik, dan apabila di simpulkan dari beberapa pendapat di atas unsur-unsur komunikasi adalah adanya sumber warta saluran, penerima hasil umpan balik dan lingkungan.

Faktor-faktor yang mempengaruhi komunikasi yang efektif menurut Moekijat (1990: 80) adalah 1) Kemampuan orang untuk menyampaikan informasi; 2) pemilihan dengan seksama apa yang ingin disampaikan oleh komunikator; 3) saluran komunikasi yang

jelas dan langsung; 4) media yang memadai untuk menyampaikan pesan; 5) penentuan waktu dan penggunaan media yang tepat; 6) tempat-tempat penyebaran yang memadai apabila diperlukan untuk memudahkan penyampaian pesan yang asli, tidak dikurangi, tidak diubah dan dalam arah yang tepat.

Faktor-faktor yang perlu di perhatikan apabila memilih komunikasi menurut Deyer dalam Widjaja (2008: 151) adalah: 1) Kecepatan; 2) kecermatan; 3) keamanan; 4) kerahasiaan; 5) catatan; 6) kesan; 7) biaya; 8) senang memakainya; 9) penyusunan tenaga kerja; 10) jarak. Dilihat dari jenis komunikasi ada 4 (empat) yaitu: 1) Komunikasi dari atas ke atas; 2) komunikasi dari bawah ke atas; 3) Komunikasi horizontal; dan 4) komunikasi diagonal.

Melihat berbagai pendapat para ahli diatas, komunikasi merupakan salah satu faktor yang sangat menentukan kompetensi efektivitas implementasi, baik komunikasi dari atas kebawah, dari bawah ke atas maupun secara horizontal, yang hal ini merupakan modal yang sangat menentukan berhasil tidaknya peningkatan pelayanan Jamkesmas.

b. Sumber Daya

Menurut Flippo dalam Handoko (1990: 5) manajemen sumber daya alam perencanaan, pengorganisasian, pengarahan dan pengawasan kegiatan, pengembangan, pemberian kompensasi, pengintegrasian, memelihara, dan pelepasan SDM agar tercapai tujuan organisasi dan masyarakat. Kemudian menurut Handoko (1990: 5)

manajemen sumber daya manusia adalah penarikan, seleksi, pengembangan, pemeliharaan dan penggunaan sumber daya manusia untuk mencapai baik tujuan-tujuan individu maupun tujuan organisasi.

Manajemen sumberdaya menurut Simamora (1999: 3) adalah pendayagunaan, pengembangan penilaian, pemberian balas jasa, dan pengelolaan individu anggota organisasi atau kelompok pekerja. Manajemen sumber daya yang efektif mengharuskan manajemen menemukan cara terbaik dalam mengkaryakan orang-orang agar mencapai tujuan perusahaan dan meningkatkan kinerja organisasi. Lebih lanjut dijelaskan ada 4 (empat) tipe sumber daya yaitu: 1) finansial; 2) fisik; 3) manusia; 4) kemampuan teknologi dan system.

Ketersediaan dan kelayakan sumber daya dalam implementasi kebijakan memegang peranan penting, karena implementasi kebijakan tidak akan efektif bilamana sumber-sumber yang dibutuhkan tidak cukup memadai. Sumber-sumber yang dimaksud menurut Edwards III (1980: 30) adalah: 1) staf yang relatif cukup jumlahnya yang mempunyai keahlian dan keterampilan untuk melaksanakan kebijakan; 2) informasi yang memadai atau relevan untuk keperluan implementasi; 3) adanya dukungan dari lingkungan untuk mensukseskan implementasi; 4) adanya wewenang yang dimiliki implementator untuk melaksanakan kebijakan; dan 5) fasilitas-fasilitas lain.

Selanjutnya Kochler dalam Muhammad (2005: 23) mengatakan bahwa organisasi adalah sistem hubungan yang terstruktur yang mengkoordinasi usaha suatu kelompok untuk mencapai tujuan tertentu, sedangkan pendapat Wright dalam Muhammad (2005: 24) mengatakan bahwa organisasi adalah suatu bentuk system terbuka dari aktifitas yang di koordinasikan oleh dua orang atau lebih untuk mencapai tujuan bersama, kendatipun kedua pendapat mengenai organisasi tersebut kelihatan berbeda-beda perumusannya, akan tetapi ada 3 (tiga) hal yang sama-sama dikemukakan yaitu: 1) organisasi merupakan suatu sistem; 2) mengkoordinasikan aktivitas; dan 3) mencapai tujuan bersama.

Suatu struktur organisasi menetapkan bagaimana tugas pekerjaan di bagi, di kelompokkan dan di koordinasikan secara formal dan menurut Robbins (1994: 66) struktur organisasi meliputi: 1) spesialisasi kerja; 2) departemensi; 3) rantai komando; 4) rentang kendali; 5) sentralisasi dan desentralisasi; 6) farmalisme.

Adanya pengaruh stuktur organisasi terhadap implementasi kebijakan dinyatakan oleh Effendi (1999), menyebutkan tiga hal yang mempengaruhi kinerja kebijakan, yaitu; 1) kebijakan itu sendiri; 2) organisasi; 3) lingkungan implementasi.

Struktur organisasi dapat di nilai sebagai faktor penting dalam berhasil tidaknya implementasi suatu kebijakan. Dua hal yang tak kalah pentingnya dari organisasi yang di pilih dan struktur organisasi serta bagaimana saling berhubungan antar organisasi-

c. Disposisi

Disposisi sebagaimana di jelaskan oleh Subarsono (2005: 91) diartikan sebagai watak dan karakteristik yang dimiliki oleh implementator, seperti komitmen, kejujuran sifat demokratik. Apabila implementator memiliki disposisi yang baik, maka dia akan dapat menjalankan kebijakan dengan baik seperti apa yang di inginkan oleh pembuat kebijakan. Ketika implementator memiliki sikap atau perspetif yang berbeda dengan pembuat kebijakan, maka proses implementasi juga menjadi tidak efektif.

Disposisi implementator ini mencakup tiga hal penting yang meliputi: 1) Respon implementator terhadap kebijakan, yang akan mempengaruhi kemauannya untuk melaksanakan kebijakan; 2) kognisi, yakni pemahaman para impelentator terhadap kebiakan yang dilaksanakan; 3) intensitas disposisi implementator, yakni refensi nilai yang dimiliki oleh implementator (Subarsono, 2005: 101).

d. Struktur Birokrasi

Organisasi adalah suatu koordinasi rasional kegiatan sejumlah orang untuk mencapai beberapa tujuan umum melalui pembagian pekerjaan dan fungsi melalui herarki otoritas dan tanggung jawab. Organisasi karakteristik tertentu yaitu mempunyai struktur, tujuan saling berhubungan satu bagian dengan bagian lain dan tergantung pada komunikasi anggotanya untuk mengkoordinasikan aktifitas dalam organisasi itu.

organisasi implementator berlangsung, serta lingkungan organisasi yang meliputi: kondisi sosial, ekonomi, budaya, dan politik di sekitar organisasi.

Kemudian hal yang perlu dipahami adalah bahwa keterkaitan teori implementasi dari Edwards III (1980), serta beberapa teori sebelumnya terhadap penelitian Implementasi Kebijakan Jamkesmas di RSUD Puri Husada Tembilahan Kabupaten Indragiri Hilir dapat di jelaskan sebagai berikut.

- a. Mengadopsi teori Edwards III hanya sebagai *guide* awal. Hal ini didasarkan pada hasil observasi pendahuluan peneliti di lapangan
- b. Empat fenomena awal sebagaimana di kemukakan di atas sesungguhnya sebagian diantaranya merupakan bagian dari faktor yang mempengaruhi implementasi kebijakan dari beberapa pakar kebijakan yang lain.

Oleh karena itu peneliti menggunakan metode kualitatif, yang tujuan utamanya memahami secara mendalam terhadap fenomena implementasi kebijakan pelayanan Jamkesmas, sehingga tidak menutup kemungkinan akan muncul faktor-faktor lain, sepanjang memang dalam penelitian nanti menunjukkan hal yang mendukung adanya. Selanjutnya kesesuaian fenomena yang mempengaruhi implementasi dari masing-masing pendapat para ahli sebagaimana tersebut diatas terhadap penelitian Implementasi Kebijakan Jamkesmas di RSUD Puri Husada

Tembilahan Kabupaten Indragiri Hilir dapat digambarkan dalam gambar bagan bangun teori sebagai berikut :

Tabel 2.1
Bangun Teori Penelitian
Implementasi Program Jamkesmas di RSUD Puri Husada Tembilahan
Kabupaten Indragiri Hilir

George C. Edwards III	Komunikasi	IMPLEMENTASI KEBIJAKAN JAMINAN KESEHATAN MASYARAKAT (JAMKESMAS) DI RUMAH SAKIT UMUM DAERAH PURI HUSADA TEMBILAHAN KABUPATEN INDRAGIRI HILIR
	Sumber Daya	
	Disposisi	
	Struktur Birokrasi	

Terkait dengan penelitian Implementasi Kebijakan Jamkesmas di RSUD Puri Husada Tembilahan Kabupaten Indragiri Hilir dapat digambarkan dalam diagram taksonomi sederhana sebagai berikut :

Tabel 2.2
 Taksonomi Implementasi Kebijakan Jamkesmas di RSUD Puri Husada
 Tembilahan Kabupaten Indragiri Hilir

Implementasi Kebijakan Jamkesmas di RSUD Puri Husada Tembilahan Kabupaten Indragiri Hilir	Implementasi	a.Regulasi b.Isi Kebijakan c. Pelaksanaan
	Komunikasi	a.Penyampaian Pesan b.Media yang digunakan c. Isi Pesan d. Akibat Komunikasi
	Disposisi	a. Respon Implementator terhadap Kebijakan b. Kognisi c. Frefensi nilai
	Sumber Daya	a. Tingkat Pendidikan b. Usia c. Peningkatan Kemampuan Petugas d. Kemampuan Pembiayaan Lembaga
	Struktur Organisasi	a. Bentuk Organisasi b. SOP c. Koordinasi antar stakeholders

Sumber: RSUD Puri Husada Tembilahan

4. Definisi Pelayanan Publik

Pelayanan publik dapat diartikan sebagai pemberian layanan (melayani) keperluan orang atau masyarakat yang mempunyai kepentingan pada organisasi itu sesuai dengan aturan pokok dan tata cara yang telah ditetapkan. Sebagaimana telah dikemukakan terdahulu bahwa pelayanan

pemerintahan pada hakekatnya adalah pelayanan kepada masyarakat. Ditiadakan untuk melayani dirinya sendiri, tetapi untuk melayani masyarakat serta menciptakan kondisi yang memungkinkan setiap anggota masyarakat mengembangkan kemampuan dan kreativitasnya demi mencapai tujuan bersama (Rasyid, 2002). Karenanya birokrasi publik berkewajiban dan bertanggung jawab untuk memberikan layanan baik dan profesional.

Pelayanan publik (*public services*) oleh birokrasi publik tadi adalah merupakan salah satu perwujudan dari fungsi aparatur negara sebagai abdi masyarakat di samping sebagai abdi negara. Pelayanan publik (*public services*) oleh birokrasi publik dimaksudkan untuk mensejahterakan masyarakat (warga negara) untuk melakukan kontrol terhadap apa yang dilakukan oleh pemerintahnya.

Dalam kondisi masyarakat seperti digambarkan di atas, birokrasi publik harus dapat memberikan layanan publik yang lebih profesional, efektif, sederhana, transparan, terbuka, tepat waktu, responsif dan adaptif serta sekaligus dapat membangun kualitas manusia dalam arti meningkatkan kapasitas individu dan masyarakat untuk secara aktif menentukan masa depannya sendiri (Effendi; 1999).

Arah pembangunan kualitas manusia tadi adalah memberdayakan kapasitas manusia dalam arti menciptakan kondisi yang memungkinkan setiap anggota masyarakat mengembangkan kemampuan dan kreativitasnya untuk mengatur dan menentukan masa depannya sendiri.

Pelayanan publik yang profesional, artinya pelayanan publik yang dicirikan oleh adanya akuntabilitas dan tanggung jawab dari pemberi layanan (aparatur pemerintah). Dengan ciri sebagai berikut :

Efektif, lebih mengutamakan pada pencapaian apa yang menjadi tetap memperhatikan keterpaduan antara persyaratan dengan produk pelayanan yang berkaitan dicegah adanya pengulangan pemenuhan persyaratan, dalam hal proses pelayanan masyarakat yang bersangkutan mempersyaratkan adanya kelengkapan persyaratan dari satuan kerja/instansi pemerintah lain yang terkait. Ketepatan waktu, kriteria ini mengandung arti pelaksanaan pelayanan masyarakat dapat diselesaikan dalam kurun waktu yang telah ditentukan. Responsif, lebih mengarah pada daya tanggap dan cepat menanggapi apa yang menjadi masalah, kebutuhan dan aspirasi masyarakat yang dilayani adaptif, cepat menyesuaikan terhadap apa yang menjadi tuntutan, keinginan dan aspirasi masyarakat yang dilayani yang senantiasa mengalami tumbuh kembang.

Selain itu, dalam kondisi masyarakat yang semakin kritis di atas , birokrasi publik dituntut harus dapat mengubah posisi dan peran (revitalisasi) dalam memberikan pelayanan publik. Dari yang suka mengatur dan memerintah berubah menjadi suka melayani, dari yang suka menggunakan pendekatan kekuasaan, berubah menjadi suka menolong menuju ke arah yang fleksibel kolaboratis dan dialogis dari cara-cara kerja yang realistik pragmatis (Thoha; 2000).

Dengan revitalitas birokrasi publik (terutama aparatur pemerintah daerah) ini, pelayanan publik yang lebih baik dan profesional dalam

menjalankan apa yang menjadi tugas dan kewenangan yang diberikan kepadanya dapat terwujud. Secara teoritis sedikitnya ada tiga fungsi utama yang harus dijalankan oleh pemerintah tanpa memandang tingkatannya, yaitu fungsi pelayan masyarakat (*public service function*), fungsi pembangunan (*development function*) dan fungsi perlindungan (*protection function*).

Hal yang terpenting kemudian adalah sejauh mana pemerintah dapat mengelola fungsi-fungsi tersebut agar dapat menghasilkan barang dan jasa (pelayanan) yang ekonomis, efektif, efisien dan akuntabel kepada seluruh masyarakat yang membutuhkannya. Selain itu, pemerintah dituntut untuk menerapkan prinsip *equity* dalam menjalankan fungsi-fungsi tadi. Artinya pelayanan pemerintah tidak boleh diberikan secara diskriminatif. Pelayanan diberikan tanpa memandang status, pangkat, golongan dari masyarakat dan semua warga masyarakat.

5. Rumah Sakit Umum Daerah Puri Husada

Suatu unit organisasi yang bergerak dalam bidang pelayanan kesehatan yang berada di garda terdepan dan mempunyai misi sebagai pusat pengembangan pelayanan kesehatan, yang melaksanakan pembinaan dan pelayanan kesehatan secara menyeluruh dan terpadu untuk masyarakat di suatu wilayah kerja tertentu yang telah ditentukan secara mandiri dalam menentukan kegiatan pelayanan namun tidak mencakup aspek pembiayaan.

Puskesmas merupakan unit pelayanan kesehatan yang letaknya berada paling dekat ditengah-tengah masyarakat dan mudah dijangkau dibandingkan dengan unit pelayanan kesehatan lainnya (Rumah Sakit Swasta maupun Negeri), fungsi Rumah Sakit adalah mengembangkan pelayanan kesehatan yang menyeluruh seiring dengan misinya. Pelayanan kesehatan tersebut harus bersifat menyeluruh atau yang disebut dengan *Comprehensive Health Care Service* yang meliputi aspek *promotive, preventif, curative, dan rehabilitative*.

Prioritas yang harus dikembangkan oleh Rumah Sakit harus diarahkan ke bentuk pelayanan kesehatan dasar (*basic health care services*) yang lebih mengedepankan upaya promosi dan pencegahan (*public health service*). Seiring dengan semangat otonomi daerah, maka Rumah Sakit dituntut untuk mandiri dalam menentukan kegiatan pelayanannya yang akan dilaksanakan. Tetapi pembiayaannya tetap didukung oleh pemerintah.

Sebagai organisasi pelayanan mandiri, kewenangan yang dimiliki Rumah Sakit juga meliputi: kewenangan merencanakan kegiatan sesuai masalah kesehatan di wilayahnya, kewenangan menentukan kegiatan yang termasuk *public goods* atau *private goods* serta kewenangan menentukan target kegiatan sesuai kondisi geografi Rumah Sakit. Jumlah kegiatan pokok Rumah Sakit diserahkan pada tiap Rumah Sakit sesuai kebutuhan masyarakat dan kemampuan sumber daya yang dimiliki, namun Rumah Sakit tetap melaksanakan kegiatan pelayanan dasar yang menjadi kesepakatan nasional.

6. Program Jamkesmas

a. Pengertian Program Jamkesmas

Program Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas) merupakan pengganti program Ansuransi Kesehatan untuk keluarga miskin (Askeskin) dimana Jamkesmas berlaku mulai tahun 2008. Jamkesmas adalah bentuk belanja bantuan sosial untuk pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin dan tidak mampu. (Depkes RI, Pedoman Pelaksanaan Jamkesmas, 2009) Program ini diselenggarakan secara nasional agar terjadi subsidi silang dalam rangka mewujudkan pelayanan kesehatan yang menyeluruh bagi masyarakat miskin. Pada hakekatnya pelayanan kesehatan terhadap masyarakat miskin menjadi tanggung jawab dan dilaksanakan bersama oleh Pemerintah Pusat dan Pemerintah Daerah. Pemerintah Propinsi / Kabupaten / Kota berkewajiban memberikan kontribusi sehingga menghasilkan pelayanan yang optimal.

b. Landasan Hukum

Pelaksanaan program JAMKESMAS berdasarkan pada :

- 1) Undang-Undang Dasar 1945 pasal 28 H ayat (1) bahwa setiap orang berhak hidup sejahtera lahir dan batin, bertempat tinggal, dan mendapat lingkungan yang baik dan sehat serta berhak memperoleh pelayanan kesehatan.
- 2) Pasal 34 UUD 1945 mengamanatkan ayat (1) bahwa fakir miskin dan anak-anak yang terlantar dipelihara oleh negara, sedangkan

ayat (3) bahwa negara bertanggungjawab atas penyediaan fasilitas pelayanan kesehatan dan fasilitas umum yang layak.

- 3) Undang-Undang Nomor 23 Tahun 1992 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Tahun 1992 Nomor 100, Tambahan Lembaran Negara Nomor 3495)
- 4) Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2003 tentang Keuangan Negara (Lembaran Negara Tahun 2003 Nomor 47, Tambahan Lembaran Negara Nomor 4286)
- 5) Undang-Undang Nomor 1 Tahun 2004 tentang Perbendaharaan Negara (Lembaran Negara Tahun 2004 No. 5, Tambahan Lembaran Negara Nomor 4355)
- 6) Undang-Undang Nomor 15 Tahun 2004 tentang Pemeriksaan Pengelolaan dan Tanggung Jawab Keuangan Negara (Lembaran Negara Tahun 2004 Nomor 66, Tambahan Lembaran Negara Nomor 4400)
- 7) Undang-Undang Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran (Lembaran Negara Tahun 2004 No. 116, Tambahan Lembaran Negara No. 4431)
- 8) Undang-Undang Nomor 32 Tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Tahun 2004 Nomor 125, Tambahan Lembaran Negara Nomor 4437), sebagaimana telah diubah dengan Undang-Undang Nomor 8 Tahun 2005 tentang Penetapan Peraturan Pemerintah Pengganti Undang-Undang Nomor 3 Tahun 2005 tentang Perubahan Atas Undang-Undang Nomor 32 Tahun

- 2004 tentang Pemerintahan Daerah Menjadi Undang-Undang (Lembaran Negara Tahun 2005 Nomor 108, Tambahan Lembaran Negara No. 4548)
- 9) Undang-Undang Nomor 33 Tahun 2004 tentang Perimbangan Keuangan Antara Pemerintah Pusat dan Pemerintah Daerah (Lembaran Negara Tahun 2004 Nomor 126, Tambahan Lembaran Negara Nomor 3637)
- 10) Undang-Undang Nomor 45 Tahun 2007 tentang Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara Tahun Anggaran 2008 (Lembaran Negara Tahun 2007 Nomor 133, Tambahan Lembaran Negara Nomor 4778)
- 11) Peraturan Pemerintah Nomor 32 Tahun 1996 tentang Tenaga Kesehatan (Lembaran Negara Tahun 1996 No.49, Tambahan Lembaran Negara Nomor 3637)
- 12) Peraturan Pemerintah Nomor 38 Tahun 2007 tentang Pembagian Urusan Pemerintahan Antar Pemerintah, Pemerintahan Daerah Propinsi, Dan Pemerintahan Daerah Kabupaten/Kota (Lembaran Negara Tahun 2007 Nomor 82, Tambahan Lembaran Negara Nomor 4737)
- 13) Peraturan Pemerintah Nomor 41 Tahun 2007 tentang Organisasi Perangkat Daerah (Lembaran Negara Tahun 2007 No.89, Tambahan Lembaran Negara No.4741)
- 14) Peraturan Presiden Nomor 9 Tahun 2005 tentang Kedudukan, Tugas, Fungsi, Susunan Organisasi dan Tata Kerja Kementerian

Negara Republik Indonesia, sebagaimana telah diubah terakhir dengan Peraturan Presiden No. 94 Tahun 2006

- 15) Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 1575/Menkes/Per/XI/2005 tentang Organisasi dan Tata Kerja Departemen Kesehatan

c. Kebijakan Operasional

JAMKESMAS adalah program bantuan sosial untuk pelayanan kesehatan bagi:

- 1) Masyarakat miskin dan tidak mampu. Program ini diselenggarakan secara nasional agar terjadi subsidi silang dalam rangka mewujudkan pelayanan kesehatan yang menyeluruh bagi masyarakat miskin.
- 2) Pada hakekatnya pelayanan kesehatan terhadap masyarakat miskin menjadi tanggung jawab dan dilaksanakan bersama oleh Pemerintah Pusat dan Pemerintah Daerah. Pemerintah Propinsi/Kabupaten/Kota berkewajiban memberikan kontribusi sehingga menghasilkan pelayanan yang optimal.
- 3) Penyelenggaraan pelayanan kesehatan masyarakat miskin mengacu pada prinsip - prinsip:
 - a) Dana amanat dan nirlaba dengan pemanfaatan untuk semata-mata peningkatan derajat kesehatan masyarakat miskin.
 - b) Menyeluruh (komprehensif) sesuai dengan standar pelayanan medik yang '*cost effective*' dan rasional.
 - c) Pelayanan Terstruktur, berjenjang dengan Portabilitas dan ekuitas.

d) Transparan dan akuntabel.

d. Pelaksanaan Jamkesmas

Jamkesmas adalah bentuk belanja bantuan sosial untuk pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin dan tidak mampu dimana dalam pelaksanaannya meliputi aspek-aspek:

1) Kepesertaan

- a) Peserta adalah setiap orang miskin, sangat miskin dan tidak mampu yang selanjutnya disebutkan sebagai peserta, yang terdaftar dan memiliki kartu dan berhak mendapat pelayanan kesehatan.
- b) Jumlah sasaran sebesar 19,1 juta rumah tangga (RTM) atau sejumlah 76,4 juta jiwa, ditetapkan oleh Menteri Kesehatan berdasarkan data BPS (Badan Pusat Statistik). Sasaran dibagi dalam kuota untuk setiap kabupaten/Kota berdasarkan ketetapan Menkes.
- c) Bupati/Walikota menetapkan peserta Jamkesmas Kabupaten/Kota dalamn satuan jiwa berisi nomor, nama dan alamat peserta dalam bentuk Keputusan Bupati/Walikota. Apabila jumlah peserta Jamkesmas yang ditetapkan oleh Bupati/Walikota melebihi jumlah kuota yang ditetapkan, maka kelebihan kuota tersebut menjadi tanggung jawab Pemda setempat.

- d) Keputusan Bupati/Walikota tentang peserta jamkesmas digunakan oleh PPK sebagai data peserta jamkesmas yang dapat dilayani.
- e) Bagi bayi yang terlahir dari keluarga peserta Jamkesmas langsung menjadi peserta baru, PT Askes (Persero) memberikan kartu jamkesmas dan melaporkannya kepada pemda sebagai update data berikutnya.
- f) Penetapan gelandangan, pengemis, anak terlantar, masyarakat miskin yang tidak memiliki identitas, pasien sakit jiwa kronis dan penyakit Kusta.

2) Prosedur Pelayanan

Prosedur untuk memperoleh pelayanan kesehatan bagi peserta, sebagai berikut.

e) Pelayanan Kesehatan Dasar

Untuk mendapatkan pelayanan kesehatan dasar Puskesmas dan jaringannya, peserta harus menunjukkan kartu JAMKESMAS, atau surat keterangan/rekomendasi Dinas Sosial setempat (bagi gelandangan, pengemis, anak dan orang terlantar) atau kartu PKH bagi peserta PKH yang belum memiliki kartu JAMKESMAS .

f) Pelayanan Tingkat Lanjut

Peserta Jamkesmas yang memerlukan Rawat jalan Tingkat Lanjutan (RJTL), Rawat Inap Tingkat Lanjutan (RITL), dirujuk dari puskesmas dan jaringannya kefasilitas

kepelayanan tingkat lanjut disertai kartu peserta Jamkesmas. Kebijakan JAMKESMAS tahun 2009 pada prinsipnya merupakan kelanjutan pelaksanaan tahun 2008 dengan tetap dilakukan perbaikan-perbaikan.

e. Prosedur Pelayanan

Prosedur untuk memperoleh pelayanan kesehatan bagi peserta, sebagai berikut:

- 1) Peserta yang memerlukan pelayanan kesehatan dasar berkunjung ke Puskesmas dan jaringannya Untuk mendapatkan pelayanan kesehatan, peserta harus menunjukkan kartu yang keabsahan kepesertaannya merujuk kepada daftar masyarakat miskin yang ditetapkan oleh Bupati/Walikota setempat. Penggunaan SKTM hanya berlaku untuk setiap kali pelayanan kecuali pada kondisi pelayanan lanjutan terkait dengan penyakitnya.
- 2) Apabila peserta JAMKESMAS memerlukan pelayanan kesehatan rujukan, maka yang bersangkutan dirujuk ke fasilitas pelayanan kesehatan rujukan disertai surat rujukan dan kartu peserta yang ditunjukkan sejak awal sebelum mendapatkan pelayanan kesehatan, kecuali pada kasus *emergency*.
- 3) Pelayanan rujukan sebagaimana butir ke-3 (tiga) diatas meliputi :
 - a) Pelayanan rawat jalan lanjutan (spesialistik) di Rumah Sakit, BKMM/ BBKPM /BKPM/BP4/BKIM.
 - b) Pelayanan Rawat Inap kelas III di Rumah Sakit

- c) Pelayanan obat-obatan
 - d) Pelayanan rujukan spesimen dan penunjang diagnostik
- 4) Untuk memperoleh pelayanan rawat jalan di BKMM/BBKPM/BKPM/BP4/BKIM dan Rumah Sakit peserta harus menunjukkan kartu peserta, SKTM dan surat rujukan dari Puskesmas di loket Pusat Pelayanan Administrasi Terpadu Rumah Sakit (PPATRS). Kelengkapan berkas peserta diverifikasi kebenarannya oleh petugas PT Askes (Persero). Bila berkas sudah lengkap, petugas PT Askes (Persero) mengeluarkan Surat Keabsahan Peserta (SKP), dan peserta selanjutnya memperoleh pelayanan kesehatan
- 5) Untuk memperoleh pelayanan rawat inap di BKMM/BBKPM/BKPM/BP4/BKIM dan Rumah Sakit peserta harus menunjukkan kartu peserta atau SKTM dan surat rujukan dari Puskesmas di loket Pusat Pelayanan Administrasi Terpadu Rumah Sakit (PPATRS). Kelengkapan berkas peserta diverifikasi kebenarannya oleh petugas PT Askes (Persero). Bila berkas sudah lengkap, petugas PT Askes (Persero) mengeluarkan SKP dan peserta selanjutnya memperoleh pelayanan rawat inap.
- 6) Pada kasus-kasus tertentu yang dilayani di IGD termasuk kasus gawat darurat di BKMM/BBKPM/BKPM/BP4/BKIM dan Rumah Sakit peserta harus menunjukkan kartu peserta atau SKTM dan surat rujukan dari Puskesmas di loket Pusat Pelayanan Administrasi Terpadu Rumah Sakit (PPATRS). Kelengkapan berkas peserta diverifikasi kebenarannya oleh petugas PT Askes

(Persero). Bila berkas sudah lengkap, petugas PT Askes (Persero) mengeluarkan surat keabsahan peserta. Bagi pasien yang tidak dirawat prosesnya sama dengan proses rawat jalan, sebaliknya bagi yang dinyatakan rawat inap prosesnya sama dengan proses rawat inap sebagaimana item 5 dan 6 diatas.

- 7) Bila peserta tidak dapat menunjukkan kartu peserta atau SKTM sejak awal sebelum mendapatkan pelayanan kesehatan, maka yang bersangkutan di beri waktu maksimal 2 x 24 jam hari kerja untuk menunjukkan kartu tersebut. Pada kondisi tertentu dimana ybs belum mampu menunjukkan identitas sebagaimana dimaksud diatas maka Direktur RS dapat menetapkan status miskin atau tidak miskin yang bersangkutan. Yang dimaksud pada kondisi tertentu pada butir 8 diatas meliputi anak terlantar, gelandangan, pengemis, karena domisili yang tidak memungkinkan segera mendapatkan SKTM. Pelayanan atas anak terlantar

Sebagai patokan dalam menilai keberhasilan dan pencapaian dari pelaksanaan penyelenggaraan program JAMKESMAS secara nasional, diukur dengan indikator-indikator sebagai berikut:

a. Indikator Input

Untuk indikator input yang akan dinilai yaitu:

- 1) Tersedianya data base kepesertaan
- 2) Tersedianya jaringan PPK
- 3) Tersedianya pedoman pelaksanaan (manlak) dan petunjuk teknis (juknis) penyelenggaraan JAMKESMAS

- 4) Adanya Tim koordinasi JAMKESMAS di tingkat Pusat/Provinsi/Kabupaten/Kota
 - 5) Tersedianya dana APBN untuk penyelenggaraan JAMKESMAS sesuai dengan perencanaan yang telah ditetapkan.
 - 6) Adanya Tim Pengelola JAMKESMAS di tingkat Pusat/Prop/Kabupaten/Kota
 - 7) Adanya Pelaksana Verifikasi di semua RS
 - 8) Tersedianya system informasi manajemen JAMKESMAS
 - 9) Tersedianya APBD untuk maskin diluar Jaminan Kesehatan Masyarakat (JAMKESMAS)
- b. Indikator Proses

Untuk indikator proses yang akan dinilai yaitu:

- 1) Terlaksananya pemutakhiran database kepesertaan 100% di Kabupaten/Kota
- 2) Terlayaninya semua peserta JAMKESMAS di seluruh PPK
- 3) Adanya database kepesertaan 100% di Kabupaten/Kota
- 4) Tercapainya distribusi Kartu Peserta JAMKESMAS 100%
- 5) Pelaksanaan Tarif Paket JAMKESMAS di RS (INA-DRG)
- 6) Penyampaian klaim yang tepat waktu
- 7) Pelaporan yang tepat waktu
- 8) Terlaksananya pelaporan penyelenggaraan JAMKESMAS secara periodik dan berjenjang sesuai dengan system informasi JAMKESMAS

c. Indikator Output

Untuk indikator Output yang diinginkan dari program ini yaitu:

- 1) Peningkatan cakupan kepesertaan dengan indikator yaitu: 100% Kabupaten/Kota mempunyai data base kepesertaan Cakupan kepemilikan kartu 100%
- 2) Tidak ada penolakan peserta JAMKESMAS yang membutuhkan pelayanan kesehatan.
- 3) Peningkatan cakupan dan mutu pelayanan dengan indikator :
 - a) Kewajaran tingkat Rawat Jalan Tingkat Pertama (RJTP) dan Rawat Inap Tingkat Pertama (RITP)
 - b) Kewajaran tingkat rujukan dari PPK I ke PPK II/III
 - c) Kewajaran Kunjungan Rawat Jalan Tingkat Lanjutan (RJTL)
 - d) Kewajaran Kunjungan Rawat Inap Tingkat Lanjutan (RITL),
 - e) Ketepatan mekanisme pembayaran dengan penggunaan Tarif Paket JAMKESMAS di RS (INA-DRG)
- 4) Kecepatan pembayaran Klaim dan meminimalisasi penyimpangan, dengan indikator:
 - a) Klaim diajukan setiap hari Jum'at
 - b) Pembayaran klaim selambat-lambatnya 7 hari setelah tanggal berita acara verifikasi di Depkes
 - c) Peningkatan transparansi dan akuntabilitas

d. Pengawasan/kontrol

Pengawasan dan kontrol dalam memberikan akses pelayanan kepada warga desa untuk mendapatkan Jamkesmas menjadi indikator penting. Apa bila warga yang tidak puas terkait klaim dan laporan warga terhadap sulitnya akses yang ingin didapat maka penyedia akses harus segera menindaklanjutinya. Untuk itu perlu adanya:

- 1) Intensitas masyarakat memeberikan informasi tentang pelayanan yang tidak memuaskan, diskriminasi, lambat, mengecewakan, apalagi dipolitisi oleh kelompok yang tak berempati kepada warga tidak mampu.
- 2) Tanggapan dan solusi dari pihak pemerintah atas masukan dari masyarakat.
- 3) Transparansi pengelolaan Jamkesmas

Jenis pelayanan yang diberikan kepada masyarakat. Jenis pelayanan yang diberikan kepada warga menjadi indikator penunjang bagi kelancaran pelayanan meliputi hal yang tampak secara secara fisik. Semisal berupa sarana perkantoran/tempat pelayanan/ poli klinik desa, komputerisasi administrasi, ruang tunggu, tempat informasi, kartu Jamkesmas, sur-surat keterangan, obat-batan, penggunaan SKTM, pelayanan rawat jalan, pelayanan rawat inap kelas III, penunjang diagnostik dan spesimen, dan lain-lain.

7. Pengertian Implementasi Kebijakan

Seperti di kemukakan di atas, teori *good governance* mengharuskan penggunaan atau upaya untuk merancang bangun perumusan kebijakan, proses implementasi kebijakan dan evaluasi kebijakan. Ketiga rancang bangun ini saling berkomplementer satu sama lain yang merupakan fokus dari ilmu administrasi publik. Sebagai suatu rancang bangun, implementasi kebijakan tidak lahir dengan sendirinya melainkan berangkat dari konsep kebijakan publik (*public policy*).

Implementasi kebijakan bukanlah sekedar bersangkut paut dengan mekanisme penjabaran keputusan-keputusan politik ke dalam prosedur rutin lewat saluran-saluran birokrasi, melainkan lebih dari itu, ia menyangkut masalah konflik, keputusan dan siapa yang memperoleh apa dari suatu kebijakan (Grindle dalam Wahab, 2008: 59). Oleh sebab itu tidak berlebihan jika dikatakan implementasi kebijakan merupakan aspek yang penting dari keseluruhan proses kebijakan: Bahkan Udoji dalam Wahab (2008: 32) mengatakan bahwa "*the execution of policy is as important if not more important than policy-making. Policies will remain dreams or blue prints file jackets unless they are implemented*". Ini menunjukkan adanya keterkaitan yang erat antara perumusan kebijakan dengan implementasi kebijakan dalam arti walaupun perumusan dilakukan dengan sempurna namun apabila proses implementasi tidak berkerja sesuai persyaratan, maka kebijakan yang semula baik akan menjadi jelek begitu pula sebaliknya.

Kebijakan publik selalu mengandung setidaknya tiga komponen dasar, yaitu tujuan yang luas, sasaran yang spesifik dan cara mencapai sasaran tersebut (Wibawa; 1994: 15). Di dalam cara terkandung beberapa komponen kebijakan yang lain, yakni siapa implementatornya, jumlah dan sumber dana, siapa kelompok sasarannya, bagaimana program dan sistem manajemen dilaksanakan, serta kinerja kebijakan diukur. Di dalam cara inilah komponen tujuan yang luas dan sasaran yang spesifik diperjelas kemudian diinterpretasikan. Cara ini biasa disebut implementasi. Meter dan Horn dalam Subarsono (2005: 6) mendefinisikan implementasi kebijakan sebagai tindakan yang dilakukan oleh publik maupun swasta baik secara individu maupun kelompok yang ditujukan untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan dalam keputusan kebijakan. Definisi ini menyiratkan adanya upaya mentransformasikan keputusan kedalam kegiatan operasional, serta mencapai perubahan seperti yang dirumuskan oleh keputusan kebijakan.

Pandangan lain mengenai implementasi kebijakan dikemukakan oleh William dan Elmore sebagaimana dikutip Wibawa (1994: 139), didefinisikan sebagai “keseluruhan dari kegiatan yang berkaitan dengan pelaksanaan kebijakan”. Sementara Mazmanian dan Sabatier (Wibawa dkk, 1994: 21) menjelaskan bahwa mempelajari masalah implementasi kebijakan berarti berusaha untuk memahami apa yang nyata-nyata terjadi sesudah suatu program diberlakukan atau dirumuskan yakni peristiwa-peristiwa dan kegiatan-kegiatan yang terjadi setelah proses pengesahan kebijakan negara, baik itu usaha untuk mengadministrasikannya maupun

usaha-usaha untuk memberikan dampak tertentu pada masyarakat ataupun peristiwa-peristiwa. Sedangkan Wibawa (1994: 5), menyatakan bahwa “implementasi kebijakan berarti pelaksanaan dari suatu kebijakan atau program”.

Pandangan tersebut di atas menunjukkan bahwa proses implementasi kebijakan tidak hanya menyangkut perilaku badan-badan administratif yang bertanggung jawab untuk melaksanakan program dan menimbulkan ketaatan pada diri target group, melainkan menyangkut lingkaran kekuatan-kekuatan politik, ekonomi dan sosial yang langsung atau tidak dapat mempengaruhi perilaku dari semua pihak yang terlibat, dan pada akhirnya membawa konsekuensi logis terhadap dampak baik yang diharapkan (*intended*) maupun dampak yang tidak diharapkan (*spillover/negatif effect*).

Adapun Indikator distribusi Jamkesmas sebagai Pelayanan Publik adalah sebagai berikut:

a. **Transparansi**

Transparansi artinya ada kesiapan kedua belah pihak untuk saling terbuka. Yang dapat diukur dari segi penyelenggaraan pelayanan oleh tenaga kesehatan maupun dari aparatur pemerintah desa. Salah satu bentuk transparansi Jamkesmas adanya konsultasi medis yang diberikan pelayan kesehatan.

b. **Akuntabilitas**

Akuntabilitas dalam pelayanan pasti selalu ditunjukkan dengan indikator setelah akhir dari pelayanan kesehatan ada pertanggung-

jawaban yang disampaikan kepada warga yang membutuhkan Jamkesmas.

c. Partisipatif.

Partisipasi dapat diukur pada salah satu kebijakan pelayanan publik tidak hanya ada keterlibatan warga, tapi memperhitungkan aspek aspirasi (*voice*), kontrol sebagai *check and balances* sekaligus bentuk evaluasi masyarakat.

d. Indikator Akses Jamkesmas sebagai Pelayanan Publik.

Efisien dapat diukur dari keputusan yang dikeluarkan berdasarkan tindakan-tindakan tepat, penting, mendesak dan tidak berlebihan.

8. Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Kinerja Implementasi Kebijakan Jamkesmas

Untuk menilai keberhasilan (kinerja) implementasi kebijakan ini tidak terlepas dari tujuan kebijakan privatisasi melalui kemitraan yang telah dirumuskan sebelumnya. Tujuan kebijakan privatisasi melalui kemitraan yang menjadi fokus penelitian ini adalah untuk meningkatkan pertumbuhan perekonomian daerah dan pendapatan daerah serta meningkatkan nilai ekonomis lahan dan keindahan lingkungan, kuantitas fisik dan kualitas fungsi kegiatan perbelanjaan yang telah ada. Selanjutnya, keberhasilan (kinerja) implementasi kebijakan ini dapat dilihat dari kinerja keuangan dan pelayanan publik. Kinerja keuangan dilihat dari perolehan keuntungan yang didapatkan oleh pemerintah kota setiap tahun, sedangkan

kinerja pelayanan publik dilihat dari peningkatan kualitas pelayanan di pasar, banyaknya jumlah jenis unit yang terjual, ketertiban dan keamanan pedagang, kebersihan lingkungan pasar, serta ketidakpuasan dan keluhan para pengguna jasa pasar baik pedagang maupun pembeli.

Selain itu, keberhasilan kebijakan privatisasi melalui kemitraan pemerintah kota dan swasta setidaknya memperhatikan beberapa faktor penting antara lain: (1) adanya kebutuhan atau permintaan yang tinggi atas jasa pelayanan kesehatan dari pelayanan publik yang akan dimitrakan; (2) proyek yang dilaksanakan tersebut merupakan kegiatan strategis kedudukannya dalam kerangka pembangunan pelayanan publik secara komprehensif dan juga terkait dalam pencapaian sasaran pembangunan secara sektoral; dan (3) hasil pelaksanaan pelayanan jamkesmas dapat bermanfaat dalam meningkatkan pelayanan kepada masyarakat apabila proses pengelolaannya dilaksanakan melalui proses kompetisi (Modul II, Pembekalan Teknis Manajemen Strategik dan Teknis Penganggaran/Keuangan, 2000: 17-18).

Menurut Hogwood dan Gunn dalam Wahab (2000: 71-81), untuk dapat mengimplementasikan kebijakan secara sempurna maka diperlukan beberapa persyaratan, antara lain: (1) kondisi eksternal yang dihadapi oleh Badan/Instansi pelaksana; (2) tersedia waktu dan sumber daya; (3) keterpaduan sumber daya yang diperlukan; (4) implementasi didasarkan pada hubungan kaulitas yang handal; (5) hubungan kausalitas bersifat langsung dan hanya sedikit mata rantai penghubung; (6) hubungan ketergantungan harus dapat diminimalkan; (7) kesamaan persepsi dan

kesepakatan terhadap tujuan; (8) tugas-tugas diperinci dan diurutkan secara sistematis; (9) komunikasi dan koordinasi yang baik; (10) Pihak-pihak yang berwenang dapat menuntut kepatuhan pihak lain.

Sementara Mazmanian dan Sabatier dalam Wahab (2008) mengatakan bahwa peran penting dari analisis implementasi kebijakan negara ialah mengidentifikasi variabel-variabel yang mempengaruhi tercapainya tujuan-tujuan formal pada proses implementasi. Variabel-variabel dimaksud diklasifikasikan menjadi 3 kategori besar, yaitu: (1) mudah tidaknya masalah yang akan digarap dikendalikan; (2) kemampuan keputusan kebijakan untuk menstrukturkan secara tepat proses implementasi; dan (3) pengaruh langsung pelbagai variabel politik terhadap keseimbangan dukungan bagi tujuan yang termuat dalam keputusan kebijakan tersebut.

Pendapat di atas menjelaskan bahwa untuk dapat mengimplementasikan kebijakan atau program secara sempurna tidaklah sesederhana yang dibayangkan, akan tetapi masih dihadapkan pada berbagai kesukaran-kesukaran seperti gangguan komunikasi, sikap yang kurang baik, birokrasi yang berbelit-belit, kurangnya sosialisasi, jarak tempuh ke tempat pelayanan kesehatan yang jauh, pendataan yang kurang baik terhadap sasaran, kejelasan alokasi sumber daya, koordinasi, kondisi ekonomi, politik dan sosial. Kesukaran tersebut sekaligus merupakan penghambat yang dapat mempengaruhi keberhasilan implementasi kebijakan. Akibatnya program tidak terlaksana atau mungkin gagal.

Sebagaimana dikemukakan oleh Wahab (2000: 61) bahwa kebijakan negara pada prinsipnya mengandung resiko untuk gagal. Hogwood dan Gunn dalam Wahab (2000: 83) membagi kegagalan kebijakan (*policy failure*) dalam 2 (dua) kategori, yaitu *non implementation* (tidak terimplementasikan), dan *unsuccessful implementation* (implementasi yang tidak berhasil). Tidak terimplementasi berarti suatu kebijakan tidak dilaksanakan sesuai dengan rencana, mungkin karena implementor tidak mau bekerjasama, bekerja secara tidak efisien, atau permasalahan yang digarap di luar jangkauan kekuasaannya, sehingga betapapun maksimalnya usaha mereka, namun hambatan-hambatan yang ada tidak dapat diatasi. Sementara implementasi yang tidak berhasil disebabkan oleh kondisi eksternal.

Di samping itu, kinerja implementasi kebijakan sangat tergantung pada beberapa faktor seperti standar kebijakan dan sasaran, komunikasi interorganisasi, karakteristik agen pelaksana, kondisi sosial, ekonomi dan politik, dan karakteristik pelaksana. Faktor-faktor tersebut akan melahirkan *Policy effect* atau output yang merupakan pengaruh jangka pendek dan *policy impact* atau outcomes menyangkut pengaruh jangka panjang dari suatu kebijakan/program. Masalah selanjutnya adalah apa indikator dalam melihat *policy effect* yang ditimbulkan oleh suatu kebijakan. Pemilihan indikator yang benar sangat menentukan ketepatan dalam melihat dan menilai kinerja kebijakan.

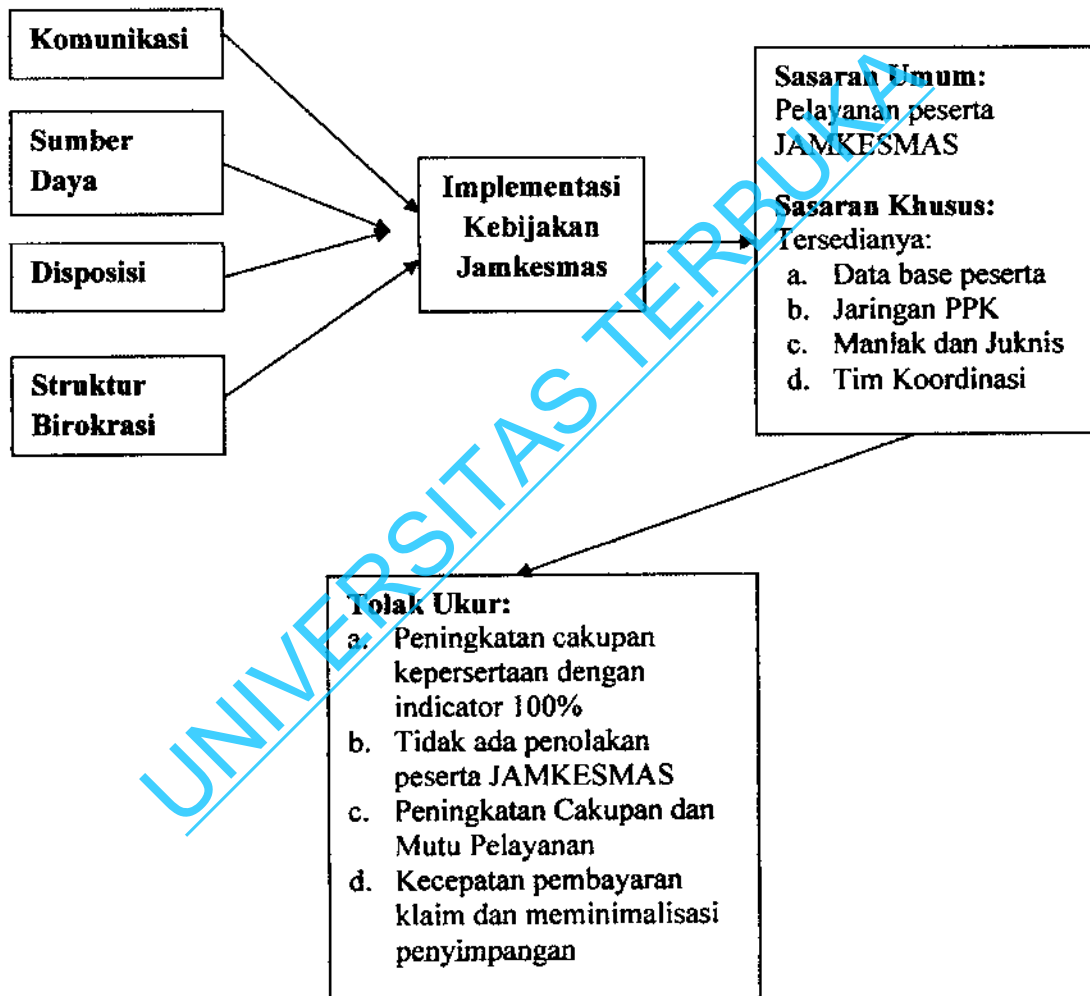
B. Kerangka Berpikir

Kerangka berpikir pada penelitian ini adalah sebagai berikut:

Gambar 2.6

Implementasi Program Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas) Di Rumah Sakit Umum Daerah Puri Husada Tembilahan Kabupaten Indragiri Hilir

Faktor-faktor yang mempengaruhi:



BAB III

METODOLOGI PENELITIAN

A. Desain Penelitian

Penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah bersifat Deskriptif analitik, dengan pendekatan kualitatif melalui wawancara dengan beberapa responden. Penelitian yang bertujuan untuk mendapatkan pemahaman tentang kenyataan melalui proses berpikir induktif (Basrowi; 2008: 2). Dimana peneliti mengembangkan konsep dan menghimpun fakta, dan tidak melakukan pengujian Hipotesa.

Pendekatan kualitatif dilakukan untuk mengetahui Implementasi Kebijakan Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas) di RSUD Puri Husada Tembilahan Kabupaten Indragiri Hilir. Penelitian kebijakan publik dapat dipikirkan sebagai penelitian sosial terapan karena bentuk penelitian tersebut memiliki fokus utama yang sama dengan penelitian terapan, yakni pemecahan masalah praktis. Pendapat lain menyatakan bahwa penelitian terapan dilakukan dengan tujuan menerapkan, menguji, dan mengevaluasi kemampuan suatu teori yang diterapkan dalam memecahkan masalah-masalah praktis (Sugiono, 1999: 2).

B. Subjek Penelitian

Sumber Informasi dari Penelitian ini terdiri dari:

1. Petugas lapangan /staf atau verifikator (1 org).
2. Pelaksana/ pengelola Jamkesmas (6 org).

3. Pengambil kebijakan/ Direktur RSUD Puri Husaha Tembilahan (1org).
4. Masyarakat pengguna Jamkesmas (10 org).

C. Instrument Penelitian

Data dalam Kajian ini meliputi data Primer dan Skunder. Data Primer dijang dengan menggunakan kuisioner berbentuk angket yang berisikan sejumlah pertanyaan yang ditujukan kepada responden yang dijadikan objek penelitian, sedangkan data skunder dikumpulkan dengan cara menelaah buku-buku ilmu pengetahuann yang berkaitan dengan materi dan juga berdasarkan data registrasi pelayanan di RSUD Puri Husada Tembilahan Kabupaten Indragiri Hilir.

D. Prosedur Pengumpulan Data

Dalam pengumpulan data penelitian ini, digunakan cara studi kepustakaan, penelitian terhadap dokumen-dokumen, observasi, dan melakukan wawancara dengan Direktur RSUD Puri Husada Tembilahan, Pihak Pengelola Jamkesmas, dan beberapa orang anggota Pengguna Jamkesmas. Adapun jenis data yang dikumpulkan adalah data primer dan data sekunder. Data primer diperoleh melalui teknik sebagai berikut :

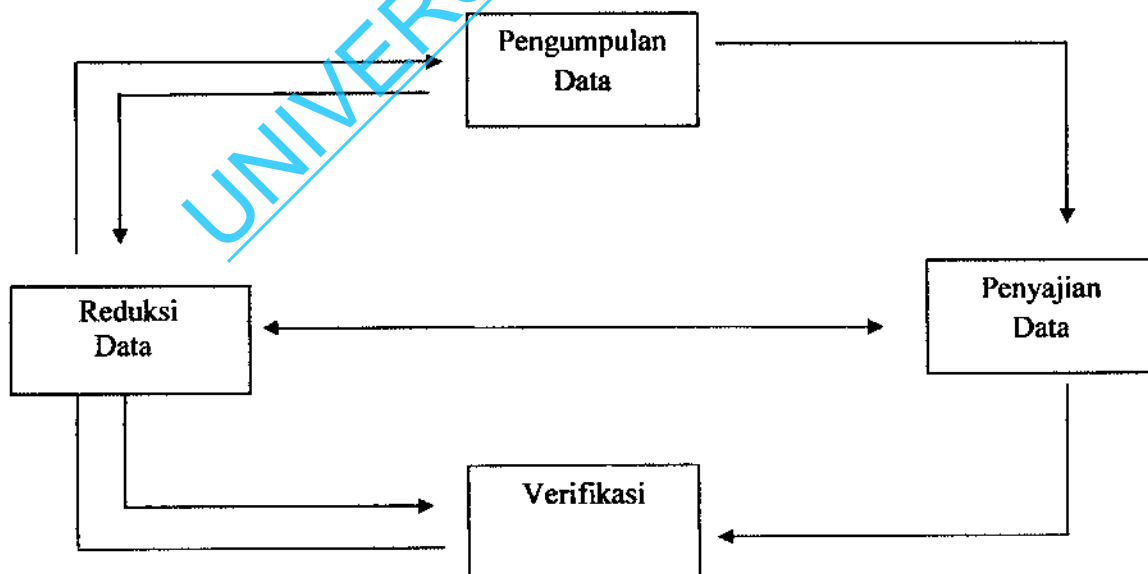
1. Teknik Wawancara

Jenis responden yang terdiri dari :

Pihak Pemimpin RSUD Puri Husada Tembilahan Kabupaten Indragiri Hilir, Pihak Pengelola Jamkesmas, dan beberapa orang anggota Pengguna Jamkesmas. Adapun jenis prosedur pengambilan sampel

dilakukan dengan teknik *snowball sampling*, yaitu mengambil satu orang untuk diwawancarai selanjutnya bergulir kepada informan lain secara berantai hingga diperoleh sejumlah sampel yang diperlukan.

2. Observasi merupakan teknik pengumpulan informasi melalui pengamatan pada saat proses penelitian sedang berjalan. Data yang dikumpulkan melalui observasi dalam penelitian ini meliputi data tentang pelayanan yang diberikan serta administrasi Jamkesmas yang menggunakan kartu Jamkesmas tersebut.
3. Sedangkan Teknik Dokumentasi digunakan untuk memperoleh data sekunder, yakni dengan cara menelaah dokumen dan kepustakaan yang dikumpulkan dari berbagai dokumen seperti; peraturan perundang-undangan, arsip, laporan dan dokumen pendukung lainnya yang memuat pendapat para ahli kebijakan sehubungan dengan penelitian.



Sumber: Soetrisno (2001: 88)

Model Interaktif

Dijelaskan bahwa :

1. Reduksi data: sebagai proses penilaian pemusatan perhatian pada penyederhaaan pengabstrakan dan transportasi data yang muncul dari catatan-catatan tertulis di lapangan. Reduksi data merupakan bentuk analisis untuk menajamkan, menggolongkan, mengarahkan, membuang data yang tidak perlu dan mengorganissikan data dengan cara sedemikian rupa sehingga kesimpulan – kesimpulan akhirnya dapat ditarik dan diverifikasi.
2. Penyajian data, sebagai sekumpulan informasi yang tersusun yang member kemungkinan adanya penarikan kesimpulan dan pengambilan tindakan
3. Menarik kesimpulan / verifikasi; penarikan kesimpulan hanyalah sebagian dari satu kegiatan dari konfigurasi yang utuh. Kesimpulan juga di ferifikasi selama penelitian berlangsung. Verifikasi itu mungkin singkat pemikiran kembali yang melintas dalam pemikiran, suatu tinjauan ulang pada catatan lapangan atau mungkin menjadi begitu seksama dan memakan tenaga dalam peninjauan kembali atau juga upaya - upaya yang luas untuk menempatkan salinan suatu temuan dalam seperangkat data yang lain (Soetrisno, 2001: 88-90).

E. Analisis Data

Teknik analisis data yang di gunakan adalah analisis Taksonomis (*taxonomy analysis*), yaitu bentuk analisis atau lebih rinci dan mendalam

dalam membahas suatu tema atau pokok permasalahan. Pada analisis ini fokus penelitian maupun pembahasan kendati diarahkan pada bidang atau aspek tertentu, namun pendeskripsian fenomena yang menjadi tema sentral dari permasalahan penelitian di ungkap secara rinci (Faisal, 1999) adapun langkah-langkahnya meliputi :

1. Pengumpulan data, baik data primer yang berasal langsung dari sumbernya maupun data sekunder yang diperoleh dari sumber tidak langsung atau sumber lain.
2. Penilaian data dilakukan seperangkat data yang lain (Soetrisno; 2001), dengan prinsip-prinsip validitas, yaitu data harus tepat dengan keadaan sesungguhnya, reliabilitas adanya kesamaan data pada waktu yang berbeda, dan obyektif data seperti apa adanya tidak di pengaruhi oleh kepentingan tertentu, pendapat, persepsi baik dari orang yang bersangkutan dengan data, maupun dari pihak lain. Sedangkan prosedur untuk memperoleh data yaitu valid, reliable dan obyektif antara lain:
 - a. Kategori data, baik data primer maupun sekunder.
 - b. Mengadakan kritik data, yaitu data tersebut benar atau tidak dibandingkan dengan fakta, dan data tersebut relevan atau tidak dengan tujuan penelitian yang hendak dicapai.
 - c. Interpretasi dan penyajian data yang diharapkan semua data dapat membentuk suatu rangkaian yang logis, baik disusun dalam bentuk tabel persentase, maupun deskripsi.

- d. Penyimpulan, dilakukan berdasarkan dari data dan informasi yang telah tersusun, dihubungkan dengan kajian keilmuan yang sudah dipahami dan disiapkan.

F. Metode Analisa Data

Dalam penelitian ini, data akan dianalisis secara Deskriptif Analisis. Penelitian secara deskriptif analisis disini dimaksudkan untuk mendiskripsikan data penelitian sesuai dengan variabel-variabel yang akan diteliti, tanpa melakukan pengujian hubungan antar variabel melalui pengujian hipotesis. Karena dalam penelitian ini penulis tidak membuat hipotesis. Hasil penelitian akan diterjemahkan, dan diuraikan secara kualitatif sehingga diperoleh gambaran mengenai situasi-situasi atau peristiwa-peristiwa yang terjadi di lapangan.

Dwiyanto (2002:19) menyebutkan bahwa keberhasilan pengembangan kemitraan pemerintah dan swasta dalam pelayanan publik ditentukan oleh banyak faktor, salah satunya adalah perubahan sikap dan orientasi pejabat birokrasi pemerintah. Selain itu, Dwiyanto (2002:21) menjelaskan bahwa suatu kebijakan dikatakan berhasil kalau pelaksanaan kebijakan itu telah sesuai dengan *policy guidelines* yang telah ditentukan. Untuk mengimplementasikan kebijakan dan sebagian besar personilnya adalah pejabat birokrasi, maka dalam penelitian ini penulis artikan sebagai implementasi kebijakan privatisasi melalui kemitraan didefinisikan sebagai keberhasilan pelaksanaan pelayanan RSUD Puri Husada Tembilahan artinya,

pelaksanaan kebijakan tersebut konsisten dengan tujuan dan sasaran yang telah ditetapkan sebelumnya.

Efektivitas menurut Effendi (1999) dalam materi kuliah Implementasi dan Evaluasi kebijakan Publik adalah setiap *policy action* yang diambil atau ditempuh mampu mencapai *policy goal* yang diinginkan, karena setiap kebijakan ada tujuan atau sasarnya. Pendapat lain dikemukakan oleh Wibawa (1994: 64) bahwa efektivitas kebijakan menunjuk pada tingkat pencapaian tujuan.

Penelitian ini menggunakan metode analisis data dengan tiga Metode diantaranya, metode observasi, metode Wawancara dan Metode dokumentasi.

1. Metode Pengamatan (observasi)

Metode yang dilakukan dengan cara pengamatan dan mencatat dengan cara sistematis terhadap fenomena-fenomena yang diselidiki ataupun dalam arti luas pengamatan ini tidak hanya terbatas pada pengamatan yang dilakukan secara langsung dari subjek-subjek penelitian sesuai kebutuhan penelitian (Winarno, 2002:25). Observasi sendiri bisa dan biasa dilakukan saat penelitian sedang berlangsung. Data yang diamati untuk diteliti biasanya sudah tersedia. Jadi metode observasi mengamati fenomena-fenomena sosial baik dalam wujud fisik maupun non fisik. Didalam proses observasi sangat mengandalkan pengamatan dan ingatan si peneliti.

2. Metode Wawancara

Wawancara yang digunakan adalah memakai pembagian jenis wawancara seperti yang diungkapkan Faisal (1981:30) Stewart dan Cash mendefinisikan wawancara sebagai “sebuah proses komunikasi berpasangan dengan suatu tujuan yang serius dan telah ditetapkan sebelumnya yang dirancang untuk bertukar perilaku dan melibatkan tanya jawab”

3. Metode Dokumentasi

Sedangkan Teknik Dokumentasi digunakan untuk memperoleh data sekunder, yakni dengan cara menelaah dokumen dan kepustakaan yang dikumpulkan dari berbagai dokumen seperti; peraturan perundang-undangan, arsip, laporan dan dokumen pendukung lainnya yang memuat pendapat para ahli kebijakan sehubungan dengan penelitian.

UNIVERSITAS TERBUKA

BAB IV

TEMUAN DAN PEMBAHASAN

A. Deskripsi Umum Wilayah Penelitian

Kabupaten Indragiri Hilir di Propinsi Riau sebagian besar daerahnya dialiri sungai-sungai, sering dijuluki dengan kota seribu jembatan karena tiap meter jalannya terdapat jembatan, dan merupakan daerah rawa-rawa, sarana yang dominan untuk menjangkau daerah lain dalam wilayah kerjanya.

Terletak didataran rendah atau pesisir timur dengan ketinggian dibawah 1-4 meter dari permukaan laut, daerah ini beriklim tropis basah udara berkisar antara 25.1-28,5 derajat selsius memiliki luas wilayah 197.37 Km² dengan 2 kewedanaan masing-masing sebagai berikut:

1. Kewedanaan Indragiri Hilir Utara dengan ibu kota Tembilahan meliputi

Kecamatan :

- a. Kecamatan Tempuling.
- b. Kecamatan Tembilahan
- c. Kecamatan Gaung Anak Serka.
- d. Kecamatan Mandah.
- e. Kecamatan Kateman.
- f. Kecamatan Kuala Indragiri

2. Kewedanaan Indragiri Hilir Selatan dengan ibu kota Enok meliputi

Kecamatan :

- a. Kecamatan Enok
- b. Kecamatan Reteh

Wilayah Kabupaten Indragiri Hilir memiliki potensi sumber daya alam yang sangat besar. Daerah ini juga memiliki letak yang sangat strategis, bila dilihat dari sisi geografis, kondisi wilayah Kabupaten Sebahagian besar penduduk bermukim di wilayah gambut dengan berbagai mata pencaharian utama pada sektor perikanan dan perkebunan.

1. Penduduk

Penduduk asli daerah Indragiri Hilir adalah suku Melayu yang sering disebut Melayu Riau. Sebagaimana halnya suku-suku Melayu yang ada di daerah lainnya, suku Melayu di daerah ini juga mempunyai sistem kekerabatan yang bersifat parental dan beragama Islam, hal tersebut terlihat dengan datangnya dan menetapnya suku-suku lain .

Jumlah penduduk Kecamatan Tembilihan berdasarkan hasil registrasi penduduk akhir tahun yang dilaksanakan pada bulan Desember 2010 sebanyak 62.752 jiwa terdiri dari penduduk laki-laki sebanyak 32.004 jiwa dan perempuan sebanyak 30.748 serta kepadatan penduduk 318 jiwa per Km². Pada umumnya mempunyai mata pencaharian dibidang Pertanian Pangan, Perkebunan dan sebagian lainnya bergerak dibidang Nelayan, Perdagangan dan Kerajinan Industri. Penduduk Kecamatan Tembilihan disamping suku Melayu (asli) antara lain; suku Banjar, suku Bugis, suku Jawa dan suku Laut / Nelayan.

Berikut ini tabel banyaknya penduduk menurut jenis kelamin pada Kecamatan Tembilihan tahun 2010

Tabel 4.1
Jumlah Penduduk Kec. Tembilahan Kabupaten Indragiri Hilir
Berdasarkan Jenis Kelamin Tahun 2010

No	Desa/Kelurahan	Laki-laki	Perempuan	Jumlah
1	Seberang Tembilahan	3.964	3.786	7.750
2	Sungai Perak	1.839	3.406	5.245
3	Tembilahan Hilir	6.862	6.671	13.533
4	Tembilahan Kota	12.129	11.720	23.849
5	Pekan Arba	3.688	3.427	7.115
6	Sungai Beringin	3.522	1.738	5.260
Jumlah		32.004	30.748	62.752

Sumber: Profil Kantor Camat Tembilahan 2010

2. Pendidikan

Perkembangan dan kemajuan yang mungkin dicapai oleh umat manusia berpusat pada persoalan pendidikan. Perkembangan dan kondisi pendidikan sangat berdampak bagi perkembangan kehidupan ekonomi. Dengan tingkat dan kualitas pendidikan yang memadai, seseorang akan memiliki peluang dan kemampuan usaha yang memadai pula dan pada gilirannya akan memperoleh penghasilan ekonomi yang lebih baik.

Sejalan dengan isu strategis kebijakan pembangunan yang bertitik sentral pada persoalan K2I, Pemerintah Kabupaten Indragiri Hilir akan tetap berupaya maksimal untuk meningkatkan pengadaan dan pelayanan pendidikan yang menjangkau seluruh lapisan masyarakat secara merata dan berkualitas.

Kondisi objektif menunjukkan bahwa perkembangan pendidikan di Kecamatan Tembilahan masih menghadapi berbagai persoalan yang masih terus diperbaiki sehingga menjadi lebih baik, seperti masih banyaknya anak-anak usia sekolah belum dapat mengenyam atau menduduki bangku sekolah sebagaimana mestinya. Sementara itu,

keterbatasan sarana dan prasarana menyebabkan penyebaran sekolah-sekolah belum menjangkau seluruh daerah secara merata.

Selain pada itu, kuantitas dan kualitas serta pendistribusian tenaga guru adalah persoalan lain yang juga harus diatasi. Baik secara kuantitas maupun kualitas, keberadaan tenaga guru atau pengajar masih terasa sangat kurang di Kecamatan Tembilahan. Sementara penyebaran tenaga yang ada masih belum merata secara proporsional diberbagai daerah, terjadi konsentrasi atau penumpukan di kota kecamatan dan lebih-lebih di kota kabupaten.

Berikut ini tabel jumlah murid sekolah negeri di Kecamatan Tembilahan tahun 2010.

Tabel 4.2
Jumlah Penduduk Kec. Tembilahan Kabupaten Indragiri Hilir
Berdasarkan Jenjang Pendidikan Tahun 2010

No	Desa/Kelurahan	SD	SMP	SMA	SMK	PT	LAIN-LAIN	JUM LAH
1	Seberang Tembilahan	912	149	2.271	2.964	374	1.080	7.750
2	Sungai Perak	844	427	1.286	1.438	267	983	5.245
3	Tembilahan Hilir	2.246	1.201	4.030	4.751	872	433	13.533
4	Tembilahan Kota	3.262	2.496	7.864	8.197	1.849	181	23.849
5	Pekan Arba	1.026	1.153	1.923	1.874	743	396	7.115
6	Sungai Beringin	1.075	878	1.062	1.629	361	255	5.260
Jumlah		9.365	6.304	18.436	20.853	4.466	3.328	62.752

Sumber: Profil Kantor Camat Tembilahan 2010

B. Kondisi Pelayanan Kesehatan di Rumah Sakit Daerah Puri Husada Tembilahan Kabupaten Indragiri Hilir

RSUD Puri Husada Tembilahan adalah satu-satunya Rumah Sakit pemerintah yang ada di Kabupaten Indragiri Hilir, yang berkewajiban langsung untuk memberikan pelayanan kesehatan terhadap masyarakat miskin pengguna kartu Jamkesmas disamping fungsinya sebagai Rumah Sakit rujukan yang ada di Kabupaten Indragiri Hilir.

Dalam memberikan pelayanan kesehatan terhadap masyarakat miskin pengguna kartu Jamkesmas, RSUD Puri Husada Tembilahan sebagai Rumah Sakit tipe C, memanfaatkan ruang perawatan kelas III dan didukung dengan fasilitas pelayanan medis, fasilitas pelayanan penunjang serta fasilitas UGD, rawat jalan, rawat inap, dan kamar bedah. Setiap tahun pihak Rumah Sakit tentunya berupaya meningkatkan mutu pelayanan terhadap pasien pengguna Jamkesmas khususnya di instalasi rawat inap kelas III.

Berdasarkan data kunjungan pasien peserta Jamkesmas rawat inap di RSUD Puri Husada Tembilahan dari tahun 2009 sampai 2010 bersifat fluktuatif, hal ini terlihat pada tabel berikut ini.

Tabel 4.3
Jumlah Kunjungan Pasien Pengguna Kartu Jamkesmas
di Instalasi Rawat Inap Kelas III
RSUD Puri Husada Tembilahan Tahun 2009-2010

No	Jenis Kunjungan	2009	2010	JUMLAH	PORSENTASE
1	Rawat inap	1.626	4.987	6.613	73%
2	Rawat Jalan	1.034	1.420	2.454	27%

Sumber: RM RSUD Puri Husada Tembilahan tahun 2010

Berdasarkan data diatas terlihat bahwa kunjungan pasien pengguna kartu Jamkesmas di instalasi Rawat Inap RSUD Puri Husada Tembilahan pada tahun 2009 mengalami peningkatan.

Untuk awal tahun 2010, berdasarkan data skunder yang diperoleh dari bagian rekam medik untuk bulan Januari tahun 2010 kunjungan pasien pengguna kartu Jamkesmas di RSUD Puri Husada Tembilahan diperoleh data sebagai berikut.

1. Distribusi frekuensi pasien pengguna kartu Jamkesmas berdasarkan jenis kelamin.

Dari tabel brikut, dapat diketahui bahwa pasien yang paling banyak adalah berjenis kelamin laki-laki, perbandingannya dengan pasien perempuan adalah tujuh banding tiga. Jumlah penduduk laki-laki memang lebih banyak dibandingkan dengan jumlah penduduk perempuan di Kecamatan Tembilahan Kabupaten Indragiri Hilir Provinsi Riau keadaan tahun 2010. (lihat tabel 4.1)

Tabel 4.4
Distribusi Frekuensi Pasien Pengguna Kartu Jamkesmas
Berdasarkan Jenis Kelamin di Instalasi Rawat Inap Kelas III
RSUD Puri Husada Tembilahan Tahun 2010

Jenis Kelamin	Jumlah Pasien	(%)
Laki-laki	118	69,4
Perempuan	52	30,6
Jumlah	170	100

Sumber: RM RSUD Puri Husada Tembilahan tahun 2010

2. Distribusi frekuensi pasien pengguna kartu Jamkesmas berdasarkan kelompok umur

Dari tabel, dapat diketahui bahwa umur pasien yang paling banyak adalah yang berumur di atas 30 tahun. Data ini menunjukkan bahwa masyarakat miskin yang dimaksud, dalam buku Pedoman Pelaksanaan Jamkesmas 2009, masih banyak dalam usia produktif.

Tabel 4.5
Distribusi Frekuensi Pasien Pengguna Kartu Jamkesmas Berdasarkan Kelompok Umur di Instalasi Rawat Inap Kelas III RSUD Puri Husada Tembilahan Tahun 2010

Kelompok Umur	Jumlah Pasien	(%)
< 20 tahun	24	14,1
20 – 30 tahun	61	35,9
> 30 tahun	85	50,0
Jumlah	170	100

Sumber: RM RSUD Puri Husada Tembilahan tahun 2010

3. Distribusi frekuensi pasien pengguna kartu Jamkesmas berdasarkan tingkat pendidikan

Berdasarkan latar belakang pendidikan pasien seperti terlihat pada tabel, dapat diketahui bahwa tingkat pendidikan pasien yang paling banyak adalah tidak tamat SD. Data menunjukkan bahwa semakin tinggi tingkat pendidikan maka semakin kecil kemungkinan terserang penyakit. Pendidikan mempengaruhi pola hidup sehat masyarakat miskin. Ini menunjukkan bahwa tingkat pendidikan sebagian besar pasien pengguna kartu Jamkesmas adalah tidak tamat Sekolah Dasar.

Tabel 4.6
 Distribusi Frekuensi Pasien Pengguna Kartu Jamkesmas
 Berdasarkan Tingkat Pendidikan di Instalasi Rawat Inap Kelas III
 RSUD Puri Husada Tembilahan Tahun 2010

Tingkat Pendidikan	Jumlah Pasien	(%)
Tidak tamat SD	56	32,9
SD	51	30,0
SMP	41	24,1
SMA	22	12,9
Jumlah	170	100

Sumber: RM RSUD Puri Husada Tembilahan tahun 2010

4. Distribusi frekuensi pasien pengguna kartu Jamkesmas berdasarkan jenis pekerjaan

Berdasarkan jenis pekerjaan pasien seperti yang tertera pada tabel, dapat diketahui bahwa pekerjaan pasien yang paling banyak adalah dalam pengelompokan Buruh, Tani, dan Nelayan. Profesi ini sangat beresiko terhadap pola hidup sehat yang diharapkan. Kenyataannya para buruh, petani, dan nelayanlah yang lebih banyak berkunjung dan menggunakan kartu Jamkesmas di RSUD Puri Husada Tembilahan Kabupaten Indragiri Hilir. Data di atas menunjukkan bahwa sasaran program Jamkesmas di Kabupaten Indragiri Hilir sudah tercapai karena yang menjadi peserta Jamkesmas adalah golongan masyarakat ekonomi menengah kebawah.

Tabel 4.7
Distribusi Frekuensi Pasien Pengguna Kartu Jamkesmas
Berdasarkan Pekerjaan di Instalasi Rawat Inap Kelas III
RSUD Puri Husada Tembilahan Tahun 2010

Pekerjaan	Jumlah Pasien	(%)
Buruh, Tani, dan Nelayan	161	94,7
Pedagang	9	5,3
Jumlah	170	100

Sumber: RM RSUD Puri Husada Tembilahan tahun 2010

C. Implementasi Kebijakan Jamkesmas di Rumah Sakit Daerah Puri Husada Tembilahan Kabupaten Indragiri Hilir

Implementasi Keberhasilan suatu program juga akan terjadi jika terdapat keseusian antara hasil program dengan kebutuhan sasaran, syarat tugas-tugas pekerjaan program dengan kemampuan organisasi pelaksana, serta proses pengambilan keputusan organisasi pelaksana dengan sarana pengungkapan kebutuhan sasaran keterkaitan antara elemen-elemen dalam kelembagaan. Sementara itu kebijakan yang ada di Rumah Sakit Daerah Puri Husada Tembilahan sangatlah belum memenuhi harapan dari pengguna Jamkesmas, karena mereka mengatakan bingung mengenai prosedur administrasi maupun dalam prosedur pengambilan obat bahkan dalam pemantauan evaluasi terhadap pelaksanaan Jamkesmas jarang dilakukan sehingga sulit melihat indek keberhasilannya, kurang lengkapnya data-data yang ada sehingga menyulitkan petugas/pengambil dalam melakukan perbaikan atau pun perencanaan kedepannya, bahkan di Rumah Sakit Umum Daerah Puri Husada Tembilahan belum tersedianya unit pengaduan untuk

menerima kritik dan saran dari pasien dan pengunjung sehingga belum dapat dibentuk penanganan keluhan pasien. Pembinaan serta Pengawasan pun sulit dilakukan.

Pemantauan dan evaluasi kegiatan program Jamkesmas dilakukan oleh pihak Rumah Sakit berkoordinasi dengan pihak Pemda dan pihak Dinas Kesehatan. Setiap permasalahan yang ada di Rumah Sakit tentang Jamkesmas tetap akan dikoordinasikan langsung ke Kementerian Kesehatan setelah disahkan oleh verifikator yang telah dibentuk oleh Dinas Kesehatan Kabupaten untuk Rumah Sakit. Dinas Kesehatan Kabupaten membentuk tim verifikator yang terdiri dari 2 orang. Kegiatan evaluasi sendiri dilakukan satu kali dalam setahun. RSUD Puri Husada Tembilahan belum tersedia layanan unit pengaduan pasien Jamkesmas secara khusus, atas keluhan pasien terhadap pelayanan di RSUD Puri Husada Tembilahan.

Salah satu indikator keberhasilan pelaksanaan pelayanan Jamkesmas dapat dilihat dari adanya pendataan yang baik serta melibatkan lintas sektor yang lain, Sosialisasi yang baik dan cukup, komunikasi yang baik, serta urusan birokrasi yang tidak berbelit-belit serta kebijakan-kebijakan yang diambil sangatlah menguntungkan masyarakat pada umumnya.

Landasan Hukum Pelaksanaan program JAMKESMAS berdasarkan kepada Undang-Undang Dasar 1945 pasal 28 ayat (1) bahwa setiap orang berhak hidup sejahtera lahir dan batin, bertempat tinggal, dan mendapat lingkungan yang baik dan sehat serta berhak memperoleh pelayanan kesehatan.

Pasal 34 mengamanatkan ayat (1) bahwa fakir miskin dan anak-anak yang terlantar dipelihara oleh negara, sedangkan ayat (3) bahwa negara bertanggungjawab atas penyediaan fasilitas pelayanan kesehatan dan fasilitas umum yang layak. Undang-Undang Nomor 23 Tahun 1992 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Tahun 1992 Nomor 100, Tambahan Lembaran Negara Nomor 3495). Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2003 tentang Keuangan Negara (Lembaran Negara Tahun 2003 Nomor 47, Tambahan Lembaran Negara Nomor 4286). Undang-Undang Nomor 1 Tahun 2004 tentang Perbendaharaan Negara (Lembaran Negara Tahun 2004 No. 5, Tambahan Lembaran Negara Nomor 4355) .

D. Faktor-faktor yang mempengaruhi pelaksanaan Implementasi kebijakan Jaminan Kesehatan Masyarakat di Rumah Sakit Daerah Puri Husada Tembilahan Kabupaten Indragri Hilir

1. Faktor Komunikasi, petugas Rumah Sakit Umum Daerah Puri Husada Tembilahan dalam memberikan pelayanan kepada pasien pengguna Jamkesmas belum sepenuhnya memenuhi harapan mayoritas pasien. Hal yang sering dikeluhkan oleh pasien adalah kurangnya keramah tamahan dalam hal ini komunikasi serta sosialisasi petugas terhadap pasien, walaupun tidak semua petugas yang bersikap demikian, namun peserta berasumsi hampir sebagian petugas bersikap tidak ramah terhadap pasien. Sementara dari wawancara yang dilakukan kepada petugas mereka merasa ruang tempat mereka bekerja kurang nyaman, sehingga terkadang

membuat keadaan terasa tidak enak. Komunikasi dalam pelayanan Jamkesmas sangat berpengaruh terhadap keberhasilan dari suatu kebijakan, terutama komunikasi terapeutik bagi petugas kesehatan dalam melayani pasien pengguna Jamkesmas di instalasi rawat inap kelas III, dan rawat jalan di RSUD Puri Husada Tembilahan belum memenuhi harapan mayoritas pasien.

Menurut Lembaga Administrasi Negara RI mengungkapkan yang perlu diperhatikan dalam *customer service* adalah; komunikasi yang baik oleh petugas pelayanan Jamkesmas di Rumah Sakit sehingga mencegah persepsi yang negatif. Hasil observasi yang dilakukan menunjukkan bahwa sikap petugas RSUD Puri Husada Tembilahan dalam melayani pasien pengguna Jamkesmas belum memenuhi harapan mayoritas pasien.

Ketidakpuasan pasien terhadap sikap petugas yang kurang baik dalam melayani pasien, petugas yang dianggap tidak ramah kurangnya sosialisasi antara pasien dan keluarga, serta kurangnya penjelasan atau komunikasi yang baik yang diberikan oleh petugas terhadap pasien tentang kondisi pasien. Beberapa hal yang mungkin menjadi penyebabnya dikarenakan antara lain;

- a. Beban kerja yang dilaksanakan oleh petugas.
- b. Suasana tempat bekerja yang kurang nyaman.
- c. Pasien yang malu dan takut bertanya.
- d. Sosialisasi tentang prosedur pelayanan Jamkesmas yang kurang

Beberapa solusi yang dapat dilakukan dalam rangka memperbaiki komunikasi petugas dalam memberikan pelayanan kepada pasien seperti:

- a. Melakukan kegiatan pelatihan di RSUD Puri Husada Tembilahan tentang komunikasi yang baik terhadap petugas dalam memberikan pelayanan kesehatan kepada pasien.
 - b. Menyediakan unit pengaduan Rumah Sakit atau kotak saran khususnya Jamkesmas untuk mendengar saran, keluhan dari pasien atau pengunjung tentang pelayanan di RSUD Puri Husada Tembilahan serta menanggapi.
2. Faktor Sumber Daya, fasilitas fisik rawat inap RSUD Puri Husada Tembilahan untuk memberikan pelayanan kesehatan kepada pasien pengguna Jamkesmas memanfaatkan ruang perawatan kelas III. Permasalahan yang selalu timbul dan dirasakan oleh pasien adalah ketidaknyamanan dikarenakan pasien yang ramai ditempatkan dalam satu ruangan dimana antara tempat tidur pasien yang satu dengan tempat tidur pasien lainnya tidak diberi pembatas skeren, ditambah lagi kondisi udara di dalam ruangan yang pengap. Kondisi kamar mandi yang kurang bersih dan saluran air yang tersumbat juga menjadi permasalahan. Begitu pula kondisi tempat tidur pasien yang selayaknya sudah harus diganti. Pasien yang dirawat dalam satu ruangan kelas III dipisahkan antara pasien laki-laki dan perempuan. Data yang diperoleh dari bagian Perlengkapan RSUD Puri Husada Tembilahan, sebanyak 55% tempat tidur dan lemari pasien dinyatakan tidak layak pakai.

Fasilitas fisik seperti keadaan ruangan Rumah Sakit sangat penting untuk menunjang proses penyembuhan pasien, membuat pasien merasa aman dan nyaman. Pada instalasi rawat inap kelas III RSUD Puri Husada Tembilahan terdapat keterbatasan fisik/non-medis yang dapat menyebabkan pasien merasa kurang nyaman dirawat di Rumah Sakit.

Kebersihan, kerapian, keamanan serta kenyamanan ruang pelayanan kesehatan secara umum, maka yang bersifat spesifik di daerah bersih dan steril pada fasilitas rawat inap sangat perlu diperhatikan, untuk mendukung pemberian pelayanan kesehatan yang aman serta bermutu (Depkes RI, 1997:5). Apabila fasilitas baik tentunya akan mempengaruhi hasil kerja dari perawat yaitu pekerjaan akan menjadi cepat dan kualitas pelayanan menjadi lebih baik dan tentu saja berdampak besar bagi kepuasan pasien.

Ketersediaan fasilitas fisik di RSUD Puri Husada Tembilahan belum memenuhi harapan mayoritas pasien pengguna Jamkesmas. Keterbatasan fasilitas ruang rawat, khususnya bagi pengguna Jamkesmas, seperti halnya keluhan pasien tentang kondisi kamar mandi yang kurang bersih, saluran air yang tergenang, hal ini disebabkan karena kurangnya perawatan, kamar mandi yang rusak dan drainase yang tidak lancar. Dari hasil observasi yang dilakukan, antara tempat tidur pasien yang satu dengan tempat tidur pasien yang lain tidak diberi pembatas skeren sehingga pasien merasa kurang nyaman, sementara untuk ruang perawatan laki-laki dan perempuan dibedakan.

Fasilitas lain seperti tempat tidur yang selayaknya sudah harus diganti. Dari laporan Perlengkapan RSUD Puri Husada Tembilahan juga didapatkan 55% kondisi tempat tidur pasien diruang perawatan kelas III tidak layak pakai, namun kondisi ini mau tidak mau harus dimanfaatkan untuk sementara waktu.

Pemerintah beserta pihak Rumah Sakit terus berupaya memperbaiki fasilitas RSUD Puri Husada Tembilahan guna meningkatkan mutu pelayanan kesehatan khususnya bagi pasien pengguna Jamkesmas. Saat ini RSUD Puri Husada Tembilahan dalam masa renovasi 2 buah ruangan yaitu ruang perawatan anak dan ruang kebidanan. Begitu juga usulan untuk fasilitas lainnya dalam upaya pihak Rumah Sakit untuk diganti, sehingga layak untuk digunakan dalam memberikan pelayanan kesehatan pada pasien.

3. Faktor Disposisi suatu ruangan memang masih ada pasien yang harus menebus resep obat di apotek luar dikarenakan ada beberapa obat yang resepnya tidak tersedia di RSUD Puri Husada Tembilahan seperti yang tercantum didalam formularium Rumah Sakit Program Jamkesmas. Namun dari pihak Rumah Sakit berupaya mangganti uang pasien dengan cara mengklaim ke Kementerian Kesehatan. Namun dalam hal ini pasien atau peserta tidak tahu jika uang mereka akan diganti dengan cara diklaimkan oleh pihak RSUD ke Kementerian Kesehatan.

Ketersediaan obat-obatan bagi pasien pengguna Jamkesmas telah dicantumkan telah dicantumkan di dalam Formularium Rumah Sakit Program Jamkesmas (Depkes RI, 2008). Ketersediaan obat-obatan di

Rumah Sakit sebenarnya memang belum lengkap seperti yang tercantum di dalam Formularium Rumah Sakit Program Jamkesmas. Pasien sering mempertanyakan kenapa dengan menggunakan kartu peserta Jamkesmas pasien harus menebus obat diluar dengan merogoh uang dari saku mereka sendiri, sedangkan kondisi ekonomi mereka sulit. Pihak RSUD Puri Husada Tembilahan sudah banyak mendengarkan keluhan ini hanya saja memang resep yang ditulis oleh dokter terkadang tidak tersedia di RSUD Puri Husada Tembilahan seperti dalam Formularium Rumah Sakit Program Jamkesmas, sehingga pasien harus menebusnya di apotek luar. Pihak RSUD Puri Husada Tembilahan berupaya mencari solusinya supaya pasien tidak merasa diberatkan dengan biaya pengobatan dan mengganti uang pasien yang telah dikeluarkan dengan cara mengklaim ke Kementerian Kesehatan. Untuk perbaikan kedepannya sesuai dengan kebijakan dalam program Jamkesmas, pasien tidak dibebankan biaya apapun, untuk itu agar pasien tidak mampu ini menjadi bertambah bebannya, pihak RSUD harus berupaya melengkapi persediaan obat-obatan khusus bagi pasien pengguna Jamkesmas sesuai dengan formularium Rumah Sakit program Jamkesmas.

Kalaupun hal ini belum juga mampu dipenuhi oleh RSUD setiap obat yang dibeli pasien diluar harus diganti oleh pihak RSUD sesuai dengan ketentuan dalam program Jamkesmas, dan harus ada penjelasan sebelumnya oleh petugas kepada pasien tentang penggantian dana atau uang yang digunakan pasien sehingga dapat memahaminya. Hal ini juga dapat dilakukan dalam rangka memenuhi kelengkapan obat di RSUD, mestinya

ada kerjasama,koordinasi antara pihak RSUD dengan Dinas Kesehatan setempat.

4. Faktor Struktur Birokrasi/ Prosedur Pelayanan kesehatan bagi pasien pengguna Jamkesmas dianggap berbelit-belit, dikarenakan informasi yang diterima oleh pasien/peserta tidak begitu jelas. Umumnya hal ini terjadi pada pasien rujukan dari Puskesmas, dimana peserta atau keluarga harus mondar-mandir untuk mengurus administrasi pasien. Sementara keterangan yang diperoleh dari petugas menyatakan bahwa prosedur untuk mendapatkan pelayanan kesehatan bagi pasien Jamkesmas tidaklah berbelit seperti yang dikeluhkan pasien.

Kejadian-kejadian diatas terjadi disebabkan karena kurangnya pengetahuan pasien khususnya tentang Jamkesmas, dan penjelasan yang diberikan petugas tidak begitu dimengerti oleh pasien. Penyebab lain dikarenakan sosialisasi tentang Jamkesmas belum sepenuhnya diterima oleh masyarakat dan terlebih lagi belum semua Puskesmas yang melakukan sosialisasi secara maksimal.

Obat-obatan masih ada yang harus ditebus oleh pasien di apotek luar juga menjadi keluhan pasien pengguna Jamkesmas. Sehingga pasien ataupun keluarga terpaksa harus merogoh uang dari saku mereka sendiri, sementara kondisi perekonomian mereka sulit. Menurut keterangan petugas memang ada beberapa obat dan cairan yang harus ditebus oleh pasien di apotek luar, hal ini dikarenakan ada beberapa kebutuhan obat pasien yang diresepkan dokter tidak tersedia lengkap seperti yang terdaftar dalam formularium obat di Rumah Sakit untuk Jamkesmas, sehingga

pasien ataupun keluarga terpaksa membeli obat diluar. Hasil wawancara dari pegawai Program Jamkesmas di Dinas Kesehatan Kabupaten Indragiri Hilir menyatakan bahwa untuk permasalahan obat yang dibeli sendiri oleh pasien akan diklaimkan ke pihak Kementerian Kesehatan, untuk kemudian diganti dalam bentuk uang yang telah dikeluarkan oleh pasien. Permasalahannya adalah ternyata pasien atau keluarga tidak mengerti jika prosedur yang sebenarnya uang mereka akan diganti.

Didalam Undang-Undang Kesehatan no. 23 tahun 1992 tentang kesehatan. Pihak Rumah Sakit sebagai penyedia pelayanan kesehatan harus memberikan informasi tentang pelayanan yang diberikan kepada pasien jelas dan benar. Keterbatasan informasi akan menjadi salah satu keluhan pasien dalam prosedur yang mudah bagi pasien untuk mendapatkan pelayanan.

Petugas masih kurang informatif dalam memberikan informasi kepada pasien khususnya tentang Jamkesmas. Pasien beranggapan prosedur di RSUD Puri Husada Tembilahan berbelit-belit, terutama jika pasien rujukan dari Puskesmas. Karena biasanya pasien datang ke RSUD Puri Husada Tembilahan langsung menuju tempat pelayanan, khusus bagi pasien yang darurat karena memerlukan tindakan segera. Sementara pasien dan pihak keluarga datang terkadang tidak membawa kartu Jamkesmas, bahkan tidak memiliki kartu Jamkesmas, dan rujukan dari Puskesmas wilayah setempat pun tidak ditunjukkan keluarga pasien kepada petugas RSUD.

Sesuai aturannya pihak RSUD tentunya meminta bukti berupa kartu peserta Jamkesmas dan surat rujukan yang harus diminta oleh keluarga dari Puskesmas setempat. Untuk pasien yang tidak memiliki kartu peserta Jamkesmas pihak RSUD Puri Husada Tembilahan memberikan tenggang waktu 2 x 24 jam bagi pihak keluarga mengurus segala bentuk administrasi guna mendapatkan kartu peserta Jamkesmas. Sementara pihak keluarga mengurus kelengkapan administrasi pasien tetap akan ditangani oleh petugas.

Sosialisasi tentang program Jamkesmas baik itu prosedur dan segala sesuatunya dilakukan oleh pihak Puskesmas dengan menjalin kerjasama lintas sektoral dengan pihak kelurahan dan kecamatan. Namun berdasarkan hasil wawancara yang didapatkan dari pihak Dinas Kesehatan dan Puskesmas, kegiatan sosialisasi program Jamkesmas memang belum maksimal, saat ini sedang terus dijalankan kegiatan sosialisasi yang dilakukan oleh pihak Puskesmas/Dinas Kesehatan Kabupaten dan Pemerintah Daerah.

Solusi yang dapat dilakukan dalam permasalahan prosedur yang dianggap berbelit ini dengan membuat Standar Operasional Prosedur (SOP) yang ditampilkan secara jelas di IGD dan tempat pendaftaran pasien saat akan mendapatkan pelayanan kesehatan. Sebagai petugas semestinya memberikan penjelasan tentang alur yang harus pasien ikuti untuk mendapatkan pelayanan kesehatan. Dalam hal ini petugas harus bersikap inofatif.

Pemantauan dilakukan untuk mendapatkan gambaran tentang kesesuaian antara rencana dengan pelaksanaan Program Penyelenggaraan Jamkesmas, sedangkan evaluasi dilakukan untuk melihat pencapaian indikator keberhasilan. Mekanisme pemantauan dan evaluasi dilakukan secara berkala, baik itu bulanan, triwulan, semester, maupun tahunan melalui:

1. Pertemuan dan koordinasi
2. Pengelolaan Pelaporan Program
3. Kunjungan Lapangan dan Supervisi
4. Penelitian Langsung

Kegiatan supervisi di RSUD Puri Husada Tembilihan dalam kaitannya dengan Dinas Kesehatan Kabupaten, dimana ada tim verifikasi yang dibentuk oleh Dinas Kesehatan yang terdiri dari 2 orang untuk Rumah Sakit. Sementara untuk koordinasi pihak Rumah Sakit langsung berkoordinasi kepada Departemen Kesehatan, setelah kegiatan di Rumah Sakit disahkan oleh pihak verifikator yang telah dibentuk oleh Dinas Kesehatan. Beberapa jalan keluar lain yang dapat dilakukan dalam hal pengawasan dan evaluasi ini, antara pihak RSUD dan Dinas Kesehatan harus ada koordinasi, kejelasan tentang kegiatan program Jamkesmas di RSUD. Pengawasan yang dilakukan satu kali setahun mungkin harus benar-benar terevaluasi seluruh kegiatan dan hasilnya, semua itu semestinya dilakukan bersama antara pihak RSUD dengan Dinas Kesehatan

E. Penyediaan Unit Layanan Pengaduan

Keluhan pasien pengguna Jamkesmas atau pengunjung di Rumah Sakit Puri Husada Tembilahan tentang unit pengaduan yang fungsinya untuk menampung dan menerima saran, keluhan dan kritikan dari pengunjung. Semestinya di RSUD Puri Husada Tembilahan sudah disediakan satu unit pengaduan tersebut, karena tujuannya yang jelas demi perbaikan dan kemajuan RSUD Puri Husada Tembilahan itu sendiri.

Analisis Alternatif Kebijakan

Analisis dilakukan dengan tiga langkah yaitu : (a) Menginventarisir semua faktor yang mungkin atau dapat menjadi penyebab (*possible causes*); (b) Berdasarkan penguasaan teoritis maupun pengalaman penelitian kemudian analisis memilih faktor-faktor penyebab yang mungkin masuk akal (*plausible causes*); (c) Selanjutnya berdasarkan kekuatan logika, analisis kemudian memilih faktor penyebab mana yang paling mungkin diubah dan dimodifikasi (*actionable causes*).

Sehubungan dengan *actionable causes* (sebab yang dapat ditindak lanjuti) tersebut, setelah dilakukan problem structuring melalui 4 fase yang saling tergantung, yaitu: pencarian masalah (*problem search*), pendefinisian masalah (*problem definition*), spesifikasi masalah (*problem specification*) dan pengenalan masalah (*problem sensing*), maka akan dapat diramalkan masa depan kebijakan untuk menentukan alternatif kebijakan. Metode yang digunakan adalah *projection forecasting* yaitu metode yang didasarkan pada kecenderungan masa lalu dan masa kini untuk peramalan masa depan.

Untuk itu, sebagaimana yang dikatakan oleh Effendi (2001) karena hampir semua kebijakan publik ditujukan untuk memperbaiki kondisi pada 10-20 tahun yang akan datang dengan memperbesar efek positif dan memperkecil efek negatif dari alternatif kebijakan, maka proyeksi akan dilakukan dengan argumen pendukung kasus paralel yang sama di tempat lain dengan teknik analisis antar waktu dan kemiripan kasus kebijakan masa lalu dan masa depan.

Berkaitan dengan hal tersebut, berdasarkan situasi problematis yang dihadapi oleh pengguna jamkesmas dan sebagai cara untuk mengatasi substantif problem yang dihadapi 10 tahun yang akan datang, maka diusulkan alternatif kebijakan sebagai berikut :

1. Melakukan pelatihan atau penyegaran kembali tentang komunikasi yang baik kepada petugas pelayanan RSUD Puri Husada Tembilahan secara bertahap dan kontinyu
2. Melakukan sosialisasi tentang program pelayanan Jamkesmas.
3. Melakukan pertemuan antar sektor terkait seperti BPS, Dinas Kesehatan, RSUD, Askes, Kantor Kecamatan, Kelurahan, serta RT/RW agar program Jamkesmas tepat sasaran.

Hasil yang diharapkan dari alternatif kebijakan ini adalah :

Adanya penjelasan yang baik sehingga diharapkan adanya perubahan baik pengguna Jamkesmas maupun pengelola Jamkesmas di RSUD Puri Husada Tembilahan. Diharapkan urusan birokrasi menjadi lancar tidak berbelit-belit sehingga terjadi efisiensi dan efektifitas pelayanan.

Kebijakan privatisasi melalui kemitraan diharapkan dapat memberikan kepuasan kepada masyarakat/konsumen baik mengenai kuantitas dan kualitas fisik bangunan, fasilitas umum/sosial, sarana dan prasarana yang tersedia maupun peningkatan pelayanan Jamkesmas di RSUD Puri Husada Tembilahan. Dengan tersedianya berbagai fasilitas akan dapat menimbulkan motivasi pasien untuk melakukan pengobatan.

UNIVERSITAS TERBUKA

BAB V

KESIMPULAN DAN SARAN

A. Kesimpulan

Berdasarkan uraian dari hasil penelitian dan pembahasan yang telah dibahas pada bab sebelumnya, maka dalam penulisan tesis ini dapat ditarik kesimpulan sebagai berikut.

1. Implementasi Kebijakan Jamkesmas di Rumah Sakit Daerah Puri Husada Tembilahan Kabupaten Indragiri Hilir

Implementasi keberhasilan suatu program juga akan terjadi jika terdapat kesesuaian antara hasil program dengan kebutuhan sasaran, syarat tugas-tugas pekerjaan program dengan kemampuan organisasi pelaksana, serta proses pengambilan keputusan organisasi pelaksana dengan sarana yang dibutuhkan, pengungkapan kebutuhan sasaran keterkaitan antara elemen-elemen dalam pelebagaan. Sementara itu kebijakan yang ada di Rumah Sakit Daerah Puri Husada Tembilahan sangatlah belum memenuhi harapan dari pengguna Jamkesmas, karena mereka mengatakan bingung mengenai prosedur administrasi maupun dalam prosedur pengambilan obat bahkan dalam pemantauan evaluasi terhadap pelaksanaan Jamkesmas jarang dilakukan sehingga sulit melihat indek keberhasilannya.

Kurang lengkapnya data-data yang ada sehingga menyulitkan petugas/pengambil kebijakan dalam melakukan perbaikan atau pun perencanaan kedepannya, bahkan di Rumah Sakit Umum Daerah Puri

Husada Tembilahan belum tersedianya unit pengaduan untuk menerima kritik dan saran dari pasien dan pengunjung sehingga belum dapat dibentuk penanganan keluhan pasien. Pembinaan serta Pengawasan pun sulit dilakukan.

2. Faktor-faktor yang mempengaruhi

Beberapa faktor yang mempengaruhi pelaksanaan Implementasi kebijakan Jaminan Kesehatan Masyarakat di Rumah Sakit Daerah Puri Husada Tembilahan Husada Tembilahan adalah komunikasi, faktor sumber daya, faktor disposisi, dan faktor srtuktur organisasi.

- a. Komunikasi dalam pelayanan Jamkesmas sangat berpengaruh terhadap keberhasilan dari suatu kebijakan, terutama komunikasi teraupetik bagi petugas kesehatan dalam melayani pasien pengguna Jamkesmas di instalasi rawat inap kelas III, dan rawat jalan di RSUD Puri Husada Tembilahan belum memenuhi harapan mayoritas pasien. Ketidakpuasan pasien dikarenakan sosialisasi petugas yang kurang jelas, kurang baik dan tidak ramah sehingga pasien merasa jenuh. Hal ini dikarenakan rutinitas dan beban kerja petugas serta ruang tempat bekerja yang kurang nyaman.
- b. Faktor Sumber Daya, fasilitas fisik di instalasi rawat inap kelas III RSUD Puri Husada Tembilahan belum memenuhi harapan mayoritas pasien. Namun saat ini pihak RSUD Puri Husada Tembilahan dalam upaya melakukan perbaikan terhadap tenaga maupun fasilitas RSUD khususnya di instalasi rawat inap kelas III.

- c. Disposisi suatu ruangan memang masih ada pasien yang harus menebus resep obat di apotek luar dikarenakan ada beberapa obat yang resepnya tidak tersedia di RSUD Puri Husada Tembilahan seperti yang tercantum didalam formularium Rumah Sakit Program Jamkesmas. Namun dari pihak Rumah Sakit berupaya mangganti uang pasien dengan cara mengklaim ke Kementerian Kesehatan. Namun dalam hal ini pasien atau peserta tidak tahu jika uang mereka akan diganti dengan cara diklaimkan oleh pihak RSUD ke Kementerian Kesehatan.
- d. Faktor Struktur Birokrasi/ Prosedur Pelayanan kesehatan bagi pasien pengguna Jamkesmas dianggap berbelit-belit, dikarenakan informasi yang diterima oleh pasien/peserta tidak begitu jelas. Umumnya hal ini terjadi pada pasien rujukan dari Puskesmas. Hal ini disebabkan karena sosialisasi tentang Jamkesmas belum sepenuhnya diterima oleh masyarakat dan terlebih lagi belum semua Puskesmas yang melakukan sosialisasi secara maksimal.

B. Saran

1. Untuk kemajuan RSUD Puri Husada Tembilahan sebaiknya pihak manajemen RSUD Puri Husada Tembilahan mengajukan rencana anggaran secara bertahap kepada Pemerintah Daerah Kab. Indragiri Hilir khususnya untuk fasilitas fisik Rumah Sakit, karena keterbatasan fasilitas Rumah Sakit menjadi salah satu pertimbangan pasien untuk menggunakan jasa pelayanan RSUD Puri Husada Tembilahan.

2. Komunikasi serta bersikap santun dan ramah disertai dengan tutur kata yang baik dari petugas Rumah Sakit adalah wujud penghormatan untuk menghargai pasien. Untuk kedepannya manajemen RSUD Puri Husada Tembilahan dalam upaya meningkatkan pelayanan kesehatan harus memfokuskan kepada perbaikan terhadap *attitude* (perilaku) karyawan/petugas dalam melayani pasien khususnya pasien pengguna Jamkesmas. Pihak RSUD Puri Husada Tembilahan harus mengerti keinginan pasiennya dengan berusaha memenuhi harapan pasien mereka. Dalam rangka meningkatkan mutu pelayanan Rumah Sakit bisa dilakukan suatu bentuk pelatihan khususnya tentang sikap yang berhubungan dengan pelayanan yang diberikan kepada petugas. Atau mengadakan kegiatan seminar bagi petugas tentang tata krama dan etika dalam memberikan pelayanan kepada pasien. Kegiatan pelatihan ataupun seminar tentang sikap petugas dalam memberikan pelayanan kesehatan sebaiknya secara rutin sekali 3 bulan atau sekali 6 bulan.
3. Mengenai struktur birokrasi, prosedur bagi pasien pengguna Jamkesmas di RSUD Puri Husada Tembilahan perlu mendapat perhatian dari pihak manajemen RSUD agar lebih terarah dan jelas dalam hal pemberian informasi tentang pelayanan Rumah Sakit kepada pasien, karena keterbatasan informasi merupakan salah satu kendala dalam upaya meningkatkan mutu pelayanan Rumah Sakit. Sebaiknya di IGD dan loket tempat pendaftaran pasien ditampilkan standar operasional prosedur (SOP) agar pasien mengerti prosedur untuk mendapatkan pelayanan kesehatan di RSUD Puri Husada Tembilahan.

4. Untuk mengatasi permasalahan yang berhubungan dengan obat-obatan, akan lebih baik jika pihak RSUD berupaya untuk melakukan evaluasi terus menerus apakah itu per triwulan guna memeriksa kelengkapan obat-obatan di Rumah Sakit. Sehingga dengan demikian obat yang diresepkan oleh dokter cukup ditebus oleh pasien di Rumah Sakit saja. Kemudian perlu penjelasan dari pihak Rumah Sakit tentang pengertian uang pasien yang telah menebus obat di apotik luar, karena didalam pedoman pelaksanaan Program pelaksanaan Jamkesmas pihak RSUD harus mengganti uang pasien yang telah menebus obat di luar dikarenakan persediaan obat di RSUD yang tidak lengkap. Semestinya ada koordinasi antara pihak RSUD dengan Dinas Kesehatan Kabupaten Indragiri Hilir dalam rangka memenuhi kebutuhan obat di RSUD khusus untuk pelayanan bagi pasien pengguna Jamkesmas.
5. Untuk kegiatan supervisi sebaiknya ada koordinasi antara pihak Rumah Sakit dengan Dinas Kesehatan Kabupaten Indragiri Hilir supaya setiap kegiatan dan permasalahan yang ditemukan dapat dicarikan solusinya. Dengan cara, pihak Rumah Sakit berkoordinasi dengan Dinas Kesehatan Kabupaten Indragiri Hilir khususnya dalam hal penyediaan obat-obatan yang belum lengkap Rumah Sakit, melalui Tim Verifikasi yang dibentuk oleh Dinas Kesehatan. Karena kegiatan Jamkesmas ini merupakan suatu sistem yang saling terkait antara Pemda, Rumah Sakit, Dinas Kesehatan, dan Puskesmas.

6. Unit pengaduan sebaiknya disediakan di RSUD Puri Husada Tembilahan untuk menampung atau menerima kritik dan saran dari pasien atau pengunjung untuk kemajuan RSUD. Semoga RSUD Puri Husada Tembilahan akan semakin baik dalam memberikan pelayanan kesehatan terhadap pasien yang berkunjung ke Rumah Sakit.

UNIVERSITAS TERBUKA

DAFTAR PUSTAKA

- Aditama, T. Y. (2002). *Manajemen Administrasi Rumah Sakit*. Jakarta: Universitas Terbuka.
- Badan Pusat Statistik (2007). *Tingkat Kemiskinan di Indonesia Tahun 2007*. Jakarta: BPS.
- Badan Pusat Statistik (2009). *Indragiri Hilir dalam Angka*. Tembilahan: BPS.
- Basrowi & Suwandi (2008). *Memahami Penelitian Kualitatif*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Chalid, P. (2008). *Teori dan Isu Pembangunan*. Jakarta: Universitas Terbuka.
- Departemen Kesehatan R. I. (2009). *Pedoman Pelaksanaan Jaminan Kesehatan Masyarakat (JAMKESMAS)*. Jakarta: Departemen Kesehatan.
- Dunn, W. N. (2003). *Pengantar Analisis Kebijakan Publik*. Terjemahan Samodra Wibawa dkk. Yogyakarta: Gajah Mada University Press.
- Djuhaeni, H., Gondodiputro, S. & Setiawati, E. P. (2010). Potensi Partisipasi Masyarakat Menuju Pelaksanaan Jaminan Kesehatan Dalam Rangka “Universal Coverage” di Kota Bandung. *Jurnal Manajemen Kesehatan*, 13(03), 140-145.
- Dwiyanto, A. (2002). *Reformasi Birokrasi Publik di Indonesia*. Yogyakarta: Pusat Studi Kependudukan dan Kebijakan Universitas Gajah Mada.
- Effendi, S. (1999). *Analisis Kebijakan Publik. Modul Kuliah MAP*. Yogyakarta: Gajah Mada University Press.
- Elu, W. B. & Purwanto, A. J. (2009). *Inovasi dan Perubahan Organisasi*. Jakarta: Universitas Terbuka.
- Faisal, S. (1981). *Dasar dan Teknik Menyusun Angket*. Surabaya: Usaha Nasional.
- Faisal, S. (1995). *Format-format Penelitian Sosial: Dasar-dasar dan Aplikasi*. Jakarta: PT. Raja Grafindo Persada.
- Faisal, S. (1999). *Penelitian Kualitatif: Dasar-dasar dan Aplikasi*. Malang: Yayasan Asah Asih Asuh.
- Flippo, E. B. (1992). *Manajemen Personalia*. Alih Bahasa: Moh Masud. Jakarta: Erlangga.
- Handoko, Hani (1990) *Manajemen*, Edisi II BPFE Yogyakarta:
- Harmadi, S. H. B. (2010). *Kebijakan Pengembangan Wilayah dan Perkotaan*. Jakarta: Universitas Terbuka.

- Haryantmoko (2007). *Etika Komunikasi*. Yogyakarta: Kanisius.
- Ikhsan, M., Santosa, A. & Harmanti (2007). *Administrasi Keuangan Publik*. Jakarta: Universitas Terbuka.
- Islamy, M. I. (2001). *Prinsip-prinsip Perumusan Kebijakan Negara*. Jakarta: Bumi Aksara.
- Iswanto, Y. (2005). *Manajemen Sumber Daya Manusia*. Jakarta: Universitas Terbuka.
- Kismartini & Suwitri, S. (2010). *Analisis Kebijakan Publik*. Jakarta: Universitas Terbuka.
- Kotambunan, A. & Runtuwene, F. (2011, 24 April) Penggunaan kartu Jamkesmas perlu ditinjau ulang karena belum tepat sasaran, dalam *Mandala Bisnis* hal. 22-23.
- Koontz, H. (1986). *Manajemen*. Jakarta: Erlangga.
- Liliweri, A. (2007). *Dasar-Dasar Komunikasi Kesehatan*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar.
- Moekijat (1995) *Analisa Kebijakan Publik*, Bandung: Mandar Maju
- Moertjahjo, A. G. M. (2007). *Sistem Jaminan Kesehatan : Konsep Desentralisasi*. Yogyakarta: PT. KHM.
- Muhammad, A. (2005). *Komunikasi Organisasi*. Jakarta: Bumi Aksara.
- Notoatmojo, S. (2007). *Kesehatan Masyarakat Ilmu dan Seni*. Jakarta: Rhineka Cipta.
- Nugraha, M. Q. (2010). *Manajemen Strategik Organisasi Publik*. Jakarta: Universitas Terbuka.
- Nurrizka, R. H. & Saputra, W. (2011). Pengukuran Indeks Kepuasan Masyarakat Terhadap Pelayanan Kesehatan. *Jurnal Manajemen Kesehatan*, 14(01), 11-19.
- Parsons, W. (2008). *Public Policy: Pengantar Teori dan Praktek Analisis Kebijakan*. Jakarta: Kencana.
- Peraturan Menteri Kesehatan RI No. 162b/Menkes/SK/Per/II 1998 tentang Rumah Sakit, www.desentralisasi-kesehatan.net.
- Prasojo, E. (2007). *Pemerintahan Daerah*. Jakarta: Universitas Terbuka.
- Quade, E. S. (1984). *Analysis for Public Decision*. New York: The Rand Corporation.
- Ramelan, R. (1997). *Kemitraan Pemerintah-Swasta dalam Pembangunan Infrastruktur di Indonesia, Koperasi Jasa Profesi*. Jakarta: LPPN/INDES.

- Rasyid, R. (2002). Diskusi Informal tentang Etika Pemerintahan pada *Workshop AIPI*, 27-29 Maret 2002, di Semarang.
- Robbins, S. P. (1994). *Teori Organisasi (Struktur, Desain dan Aplikasi)*. Jakarta: Ancan.
- Savas, E. S. (1987). *Privatization: The Key to Better Government*. New Jersey: Chatam House Publishers, Inc.
- Setiawan, A. (Ed) (2009). *Komunikasi dan Konseling dalam Praktik Kebidanan*, Yogyakarta: Nuha Medika Press.
- Simamora, H. (1999). *Manajemen Sumber Daya Manusia*. Edisi Ke-2. Yogyakarta: Bagian Penerbitan STIE YKPN.
- Soetrisno (2001). *Pemberdayaan Masyarakat dan Upaya Pembebasan Kemiskinan*. Jakarta: Philosophy Press.
- Subarsono, A. G. (2005). *Analisis Kebijakan Publik: Konsep, Teori dan Aplikasi*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar.
- Sugiyono (2009). *Metode Penelitian Pendidikan dengan Pendekatan Kuantitatif, Kualitatif, dan R & D*. Bandung: Alfabeta.
- Sumodiningrat, G. (1999). *Pemberdayaan Masyarakat dan Jaringan Pengamanan Sosial*. Jakarta: Gramedia Pustaka Utama.
- Sundarso. (2007). *Teori Administrasi*. Jakarta: Universitas Terbuka.
- Thoha, M. (2000). *Peranan Administrasi Publik dalam Mewujudkan Tata Pemerintahan yang Baik*, Disampaikan pada Pembukaan Kuliah Program Pasca Sarjana. Yogyakarta: Universitas Gajah Mada Press.
- Tjokrowinoto, M. (1996). *Pembangunan; Dilema dan Tantangan*. Yogyakarta: PT Pustaka Pelajar.
- Todaro, M. P. (1998). *Pembangunan Ekonomi di Dunia Ketiga*. Alih Bahasa: Haris Munandar. Jakarta: Erlangga.
- Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia tahun 1945 Pasal 28 H ayat 1.
- Undang-Undang Nomor 23 tahun 1992 tentang Kesehatan.
- Undang-Undang Nomor 22 Tahun 1999 Tentang Pemerintahan Daerah.
- Wahab, S. A. (2000). *Pengantar Analisis Kebijakan Publik*. Malang: Universitas Muhammadiyah.
- Wahab, S. A. (2008). *Analisis Kebijakan: Dari Formulasi ke Implementasi Kebijakan Negara*. Jakarta: Bumi Aksara.
- Wibawa, S. (1994). *Kebijakan Publik: Proses dan Analisis*. Jakarta: Intermedia.

- Wibawa, S., Purbokusumo, Y. & Pramusinto, A. (1994). *Evaluasi Kebijakan Publik*. Jakarta: Raja Grafindo Persada.
- Widjaja, H. A. W.(2008). *Komunikasi: Komunikasi dan Hubungan Masyarakat*. Jakarta: Bumi Aksara.
- Widjaya, A. W & Hawab, A. (1987). *Komunikasi, Administrasi, Organisasi dan Manajemen Dalam Pembangunan*. Jakarta: Bina Aksara.
- Winarno, B. (2002). *Teori dan Proses Kebijakan Publik*. Yogyakarta: Media Pressindo.

UNIVERSITAS TERBUKA



Tembilahan, Juni 2011

Kepada Yth :

Nomor : 23/MAP-UT/VI/TBH/2011
Sifat : Biasa
Lampiran :
Perihal :

Bpk. Kepala Badan Kesbangpol
Kabupaten Indragiri Hilir

di -

Tembilahan

Penelitian Tesis S - 2 Tentang
Implementasi Kebijakan Jaminan
Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas)
di RSUD Puri Husada Tembilahan

Dengan Hormat,
Assalamu'alaikum Wr, Wb.

Teringin Salam Semoga Bapak senantiasa dalam lindungan Allah SWT dan
Sehubungan dengan ini pula, bersama ini datang menghadap Bapak, yakni :

Nama : Yesnita
Nim : 018124435
Tempat/ Tanggal Lahir : Muara Pingai, 24 Juli 1972
Fakultas : Pascasarjana UPBJJ-UT Pekanbaru
Program Studi : Magister Administrasi Publik
Alamat : Jalan Soebrantas Gg. Pulai Indah No. 20 Tembilahan

Dalam rangka melaksanakan Tugas Akhir Program Magister (TAPM) yang
bersangkutan akan melakukan Penelitian Tesis S-2 tentang " Implementasi
Kebijakan Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas) di RSUD Puri Husada
Tembilahan"

Berkaitan dengan hal itu, kami mohon bantuan Bapak untuk dapat kiranya
memberikan Informasi/Data terkait dan dengan tetap menjaga kerahasiaan data
dari pihak yang tidak berkepentingan, dan yang bersangkutan hanya menggunakan
sebatas untuk penelitian tesis S-2 saja.

Demikian untuk dimaklumi, atas bantuan dan perkenan Bapak kami sturkan
ucapkan Terima kasih.

Pengelola Pokjar Tembilahan
UPBJJ-UT Pekanbaru

DR. H. ERWIN, SE, ME

Tembusan :

1. RSUD Puri Husada Tembilahan
2. Program Pasca Sarjana UPBJJ UT Pekanbaru



**REKOMENDASI PENELITIAN
DAN PENGUMPULAN DATA (SURVEY)**

PNomor : 070 / BKBP-POLMAS / 2011 / 117

KEPALA BADAN KESATUAN BANGSA DAN POLITIK KABUPATEN INDRAGIRI HILIR, berdasarkan Surat dari Universitas Terbuka Program Magister Administrasi Publik (S2) Kabupaten Indragiri Hilir Nomor : 23/MAIP-UT/VI/TBH/2011 tanggal 15 Juli 2011 Tentang Pelaksanaan Kegiatan Penelitian dan Pengumpulan Data Tesis, dengan ini memberikan rekomendasi kepada :

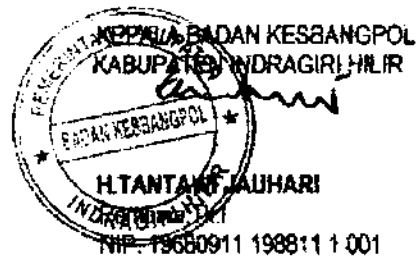
Nama : YESNITA
NIM : 016124435
Program Studi/Jenjang : Magister Administrasi Publik / S2
Alamat : Jl. Soebrantas.Gg. Pulau Indah No.20 Tembilahan
Judul Penelitian : " IMPLEMENTASI KEBLIJAKAN JAMINAN KESEHATAN MASYARAKAT (JAMKESMAS) DI RSUD PURI HUSADA TEMBILAHAN "
Lokasi Penelitian : RSUD PURI HUSADA TEMBILAHAN

Untuk melakukan penelitian dengan ketentuan :

1. Tidak melakukan kegiatan yang menyimpang dari ketentuan yang tidak ada hubungan Penelitian dan Pengumpulan data ini.
2. Pelaksanaan penelitian bertanggung selama 1 (Satu) bulan terhitung mulai Juli s.d 15 Agustus 2011.

Demikian rekomendasi ini diberikan, agar dapat digunakan sebagaimana mestinya dan kepada pihak yang terkait diharapkan untuk dapat memberikan informasi dan data yang diperlukan dalam penelitian ini.

Tembilahan, 15 Juli 2011



Tembusan : Disampaikan kepada Yth :

1. Sdr. Direktur RSUD Puri Husada Tembilahan;
2. Sdr. Pengelola Pokjar Tembilahan UPBJJ-UT Pekanbaru.



RUMAH SAKIT UMUM DAERAH " PURI HUSADA "

Jalan Veteran 52 Telepon 22118 Faksimili 22121 Tembilahan

SURAT IZIN MELAKSANAKAN PENELITIAN

Nomor : 445 / RSUD – UP / 1038

Diberikan izin kepada Mahasiswa UT Program Magister Administrasi Publik (S2)
Kabupaten Indragiri Hilir atas nama :

Nama : **YESNITA**
NIM : 016124435
Judul : " Implementasi Kebijakan Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas) di RSUD Puri Husada Tembilahan".
Tempat : RSUD Puri Husada Tembilahan

Untuk melaksanakan penelitian di RSUD Puri Husada Tembilahan dengan ketentuan sebagai berikut :

- Menyerahkan proposal penelitian
- Tidak menyimpang dari ketentuan peraturan yang berlaku
- Setelah melaksanakan penelitian agar melaporkan hasil penelitian ke Direktur RSUD Puri Husada Tembilahan melalui Kabid Pelayanan Keperawatan RSUD Puri Husada Tembilahan.

Berdasarkan surat dari Badan Kesatuan Bangsa dan Politik Nomor : 070/BKBP-POLMAS/2011/117 tanggal 15 Juli 2011 tentang Rekomendasi Penelitian dan Pengumpulan Data (Survey).

Demikian Surat izin ini dibuat untuk dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.

Dikeluarkan di : Tembilahan
Pada Tanggal : 21 Juli 2011

a.n. DIREKTUR RSUD PURI HUSADA
TEMBILAHAN
Tata Usaha,



19660605 199503 1 003

Tembusan :

- Sdr. Kabid Pelayanan Medis dan Perunjang Medis RSUD Puri Husada Tembilahan
- Sdr. Penanggung Jawab Rekam Medis RSUD Puri Husada Tembilahan



RUMAH SAKIT UMUM DAERAH " PURI HUSADA "

Jalan Veteran 52 Telepon 22118 Faksimile (0768) - 22121 Tembilahan

Tembilahan, 10 Agustus 2011

Nomor : 800/ RSUD-UP/ 1084
Lampiran : -
Perihal : **Selesai Melaksanakan Penelitian**

Kepada Yth. :
Kepala UPBJJ UT
Di
Pekanbaru


Dengan Hormat,

Bersama ini kami beritahukan bahwa :

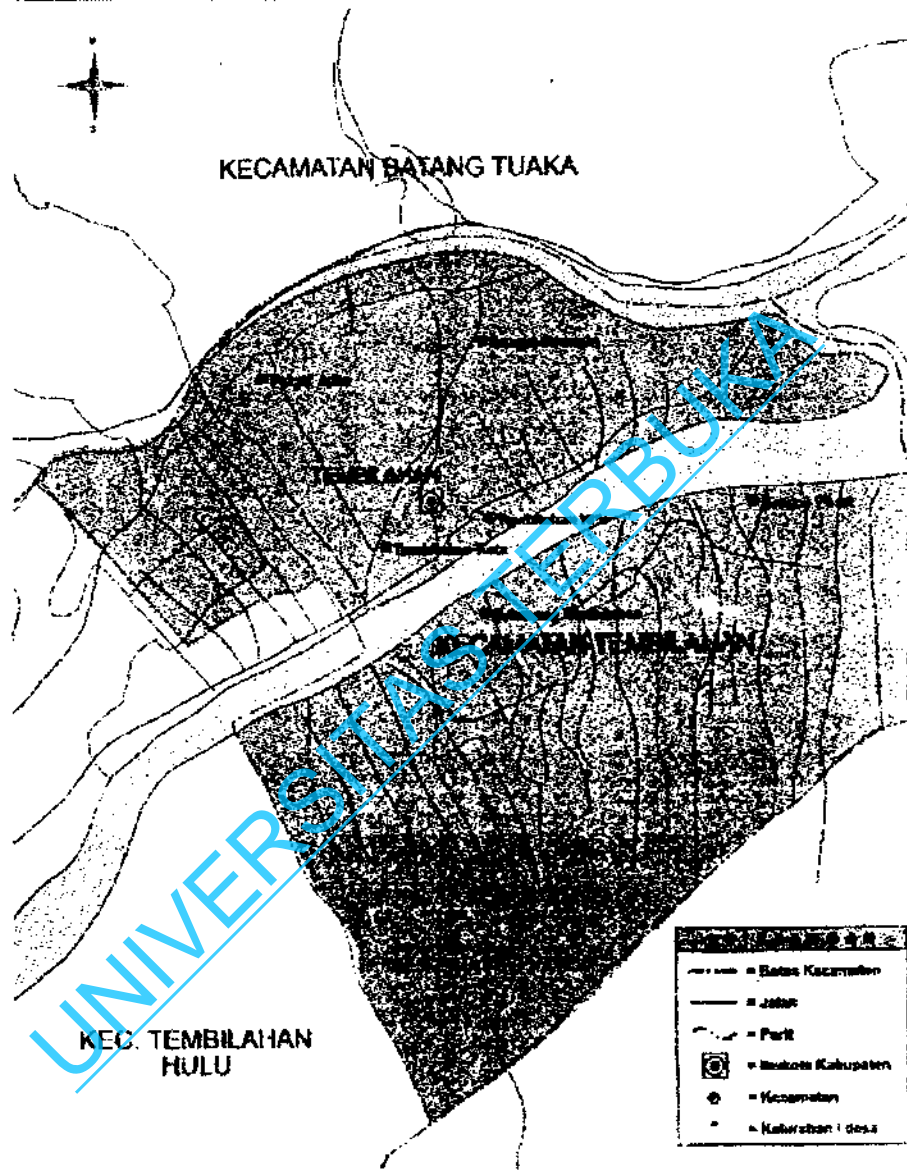
Nama : **YESNITA**
Nim : 016124435
Program Studi/Jenjang : **Magister Administrasi Publik / S2**
Judul : **" Implementasi Kebijakan Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas) di RSUD Puri Husada Tembilahan Indragiri Hilir "**

Telah selesai melaksanakan riset / Penelitian di RSUD Puri Husada Tembilahan dan Tanggal 9 Agustus 2011 .

Demikianlah surat ini dibuat untuk dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.

DIREKTUR RSUD PURI HUSADA
TEMBILAHAN.
Kebag Tata Usaha,

ARBAIN
Pembina (IV/a)
NIP. 19660605 199503 1 003

KECAMATAN TEMBILAHAN



LEMBARAN WAWANCARA

Pertanyaan untuk Pengelola Pelayanan Jamkesmas

1. Tahu kah anda apa itu Jamkesmas?
2. Apakah tujuan dari Jamkesmas?
3. Dan dari mana serta bagaimana anda mengetahuinya tentang pelayanan Jamkesmas?
4. Bagaimanakah mengatasi pengguna jamkesmas yang namanya sama tetapi alamatnya berbeda?
5. Apaka ada jurnal /protap yg dipedomani oleh RSUD ttg pelayanan jamkesmas ? Dan apa namanya?
6. Bagaimana mengatasi kesalahan dalam administrasi?
7. Berapakah waktu yg diperlukan untuk menyelesaikan administrasi di RSUD Puri Husada Tembilahan?
8. Apakah pihak RSUD mempunyai target ttg pelayanan jamkesmas ini?
9. Apakah indek keberhasilan yang dilihat dari program jamkesmas ini?
10. Apakah sosialisasi dari jamkesmas ada dan rutin?
11. Apakah jarak tempuh menghambat dari seseorang akan menggunakan /mengimplementasikan jamkesmas?
12. Puaskah anda dengan pelayanan yang diberikan dengan menggunakan kartu jamkesmas?
13. Bagaimanakah sikap dan komunikasi yang dirasakan oleh masyarakat ttg jamkesmas?
14. Berapakah jumlah kunjungan dengan menggunakan kartu jamkesmas tiap bulannya?
15. Apakah Jamkesmas ini bermanfaat bagi RSUD?
16. Apakah Jamkesmas ini bermanfaat bagi orang miskin/ masyarakat?
17. Berapakah % kah terealisasi nya kunjungan jamkesmas dalam kurun 3 tahun ini?
18. Apakah Tim dari RSUD melakukan evaluasi dan juga survei tentang jamkesmas ini tiap tahunnya?

19. Bila ada survey ,berapa % kah tingkat kepuasan dari masyarakat ttg jamkesmas ini?
20. Dari manakah anggaran Jamkesmas ini?
21. Bagai manakah proses serta prosedur dari jamkesmas di RSUD Puri Husada Tembilahan (mulai mengklem dari Pusat hingga Pemda dan sampainya kepada tenaga kesehatan (mis. Dokter) yang menerima jasa?
22. Bagaimanakah solusinya apabila masyarakat miskin tidak mendapatkan pelayanan jamkesmas?
23. Apakah yg menerima jamkesmas sesuai dengan criteria yg ada?
24. Dari wilayah mana sajakah pengguna jamkesmas datang?
25. Berapakah keseluruhan penggunaan kartu jamkesmas ini yg didata oleh BPS Kab Inhil?

Responden

(.....)

UNIVERSITAS TERBUKA

Transkrip Hasil Wawancara
Responden Pengelola Pelayanan Jamkesmas

No	Pertanyaan	Jawaban Responden					
		Res. 1	Res. 2	Res. 3	Res. 4	Res. 5	Res. 6
1.	Pertanyaan #1	Ya tahu	Tahu	Tahu	Tahu	Tahu	Tahu
2.	Pertanyaan #2	Pengobatan gratis	Jaminan pemerintah	Program pemerintah	Gratis utk org miskin	Pengobatan gratis untuk orang miskin	Jaminan untuk orang miskin
3.	Pertanyaan #3	Mass media	Buku / jurnal	Media	Media	Buku	Jurnal
4.	Pertanyaan #4	Pusing	Beda dikit	Biasa saja	Seharusnya tidak begitu	Buatkan saja	Buatkan saja
5.	Pertanyaan #5	Ada Jamkesmas	Ada	Ada	Ada tahu	Ada lah	Di internet
6.	Pertanyaan #6	Lebih teliti	Tidak tahu	Hati-hati	Hati-hati	Hati-hati	Lebih hati-hati
7.	Pertanyaan #7	1-5 jam	1 jam	Kadang bisa 2 jam	1½ jam	1 jam	2 jam
8.	Pertanyaan #8	Tidak	Tidak	Tidak	Tidak	Tidak	Tidak Tahu
9.	Pertanyaan #9	Banyak yang berobat	Jumlah nya sesuai	Jumlah nya banyak	Jumlah nya banyak	Banyak pasien	Banyak pasien
10.	Pertanyaan #10	Ada	Ada	Ada	Ada tapi tidak rutin	Ada tapi tidak rutin	Tidak
11.	Pertanyaan #11	Ya	Ya	Tidak	Tidak	Ya	Ya
12.	Pertanyaan #12	Puas	Puas	Puas	Puas	Kadang-kadang tidak	Puas
13.	Pertanyaan #13	Kurang	Kurang	Kurang jelas	Kurang	Kurang	Baik
14.	Pertanyaan #14	1000-an	1500	2000	1500	2000	2000
15.	Pertanyaan #15	Ya	Iya	Yalah	Ya	Ya	Ya
16.	Pertanyaan #16	Ya	Ya tapi tdk sama	Tidak rutin	Tidak semua	Tidak rata	Tidak adil
17.	Pertanyaan #17	70%	50%	60%	70%	70%	70%
18.	Pertanyaan #18	Kadang-kadang	Tidak	Tidak	Tidak	Tidak	Tidak
19.	Pertanyaan #19	Tidak tahu	-	-	-	-	-
20.	Pertanyaan #20	APBN	APBN	APBN	APBN	Pusat	APBN
21.	Pertanyaan #21	Lancar	Baik-baik saja	Lancar	Lancar	Lancar	Lancar
22.	Pertanyaan #22	Ada	Ada	Jamkesda	Jamkesda	Jamkesda	Jamkesda
23.	Pertanyaan #23	Tidak	Tidak	Tidak	Tidak	Kadang-kadang	Ya
24.	Pertanyaan #24	Se Kab. Inhil	Se Kab. Inhil	Se Kab. Inhil	Rujukan juga	Semua daerah	Se Kab. Inhil
25.	Pertanyaan #25	1000	1000	2000	2000-an	1000-an	1000-an

LEMBARAN WAWANCARA

Pertanyaan untuk Responden Pengguna Pelayanan Jamkesmas

1. Tahu kah anda apa itu Jamkesmas?
2. Apakah tujuan dari Jamkesmas?
3. Dan dari mana serta bagaimana anda mengetahuinya ttg pelayanan Jamkesmas?
4. Berapakah waktu yg diperlukan untuk menyelesaikan administrasi di RSUD Puri Husada Tembilahan?
5. Apakah sosialisasi dari jamkesmas ada dan rutin?
6. Apakah jarak tempuh menghambat dari seseorang akan menggunakan kartu jamkesmas?
7. Puaskah anda dengan pelayanan yang diberikan dengan menggunakan kartu jamkesmas?
8. Bagaimanakah sikap dan komunikasi yang dirasakan oleh masyarakat ttg pelayanan jamkesmas?
9. Apakah Jamkesmas ini bermanfaat bagi orang miskin/ masyarakat?
10. Dari wilayah mana sajakah pengguna jamkesmas datang?

Responden

(.....)

Transkrip Hasil Wawancara
Responden Pengguna Pelayanan Jamkesmas

No	Pertanyaan	Jawaban									
		Responden 1	Responden 2	Responden 3	Responden 4	Responden 5	Responden 6	Responden 7	Responden 8	Responden 9	Responden 10
1.	Pertanyaan #1	Tahu	Tahu	Tahu	Tahu	Tahu	Tahu	Tahu	Tahu	Tahu tapi blm jelas sama	Tabu
2.	Pertanyaan #2	Agar dapat terlayani	Untuk orang yang idk mampu	Berobat gratis	Berobat gratis	Gratis	Belum mengetahui	Untuk orang miskin	Pengobatan untuk orang miskin	Pengobatan untuk orang miskin	Pengobatan untuk orang miskin
3.	Pertanyaan #3	TV	Televisi	TV	Buku	Buku	Koran	TV dan Pak RT	Pak RT	Televisi	Televisi dan koran
4.	Pertanyaan #4	2 jam	1 jam	1 jam	½ jam	1 jam	1 jam	2 jam	2 jam	2 jam	3 jam
5.	Pertanyaan #5	Tidak ada	Tidak ada	Tidak	Tidak pernah	Tidak	Tidak	Tidak	Harusnya ada	Tidak tahu	Tidak ada
6.	Pertanyaan #6	Ya	Ya	Ya	Tidak	Tidak	Tidak	Tidak	Tidak	Tidak	Tidak
7.	Pertanyaan #7	Puas	Tidak	Tidak	Tidak	Kurang puas	Kurang puas	Puas	Tidak	Tidak	Kurang puas
8.	Pertanyaan #8	Biasa saja	Kurang	Kurang	Kurang penjelasan	Berbelit-belit	Berbelit-belit	Berbelit-belit	Lama nunggunya	Baguslah	Kurang
9.	Pertanyaan #9	Ya	Bermanfaat	Bermanfaat	Bermanfaat	Kadang-kadang	Sangat	Ya	Bermanfaat	Bagus	Bagus
10.	Pertanyaan #10	Se Kab. Inhil / rujukan	Se Tembilahan dan rujukan	Se Tembilahan	Se Tembilahan	Se Kab. Inhil	Se Kab. Inhil	Tak tahu	Kurang tahu	Se Tembitahan	Se Tembitahan

LEMBARAN WAWANCARA

Pertanyaan untuk Responden Petugas / Verifikator dan Pengambil
Kebijakan Pelayanan Jamkesmas

Untuk indikator input yang akan dinilai yaitu:

1. Apakah RSUD Puri Husada mempunyai data base kepersertaan Jamkesmas?
2. Apakah RSUD Puri Husada tersedia jaringan PPK?
3. Apakah RSUD Puri Husada mempunyai pedoman pelaksanaan (manlak) dan petunjuk teknis (juknis) penyelenggaraan JAMKESMAS?
4. Siapa saja tim koordinasi JAMKESMAS di RSUD?
5. Apakah Tersedianya dana APBN untuk penyelenggaraan JAMKESMAS sesuai dengan perencanaan yang telah ditetapkan.
6. Apakah system informasi manajemen Jamkesmas?
7. Apakah tersedianya APBD untuk maskin diluar Jaminan Kesehatan Masyarakat (JAMKESMAS)
8. Tercapainya distribusi Kartu Peserta JAMKESMAS 100%
9. Pelaksanaan Tarif Paket JAMKESMAS di RS (INA-DRG)
10. Penyampaian klaim yang tepat waktu
11. Pelaporan yang tepat waktu
12. Apakah terlaksananya pelaporan penyelenggaraan JAMKESMAS secara periodik dan berjenjang sesuai dengan sistem informasi JAMKESMAS

Responden

(.....)

Transkrip Hasil Wawancara
 Responden Petugas/Verifikator dan Pengambil Kebijakan
 Pelayanan Jamkesmas

No	Pertanyaan	Jawaban	
		Responden 1	Responden 2
1.	Pertanyaan #1	Tidak ada	Tidak ada
2.	Pertanyaan #2	Tidak ada	Tidak ada
3.	Pertanyaan #3	Ada Juknis dari pusat	Ada dari pusat
4.	Pertanyaan #4	Ada Timnya	Ada Tim
5.	Pertanyaan #5	Ada, masih terbatas	Ada
6.	Pertanyaan #6	Belum ada	Dari info lisan, kadang-kadang
7.	Pertanyaan #7	Ada	Ada
8.	Pertanyaan #8	Tidak	Tidak
9.	Pertanyaan #9	Ada	Ada
10.	Pertanyaan #10	Kadang-kadang	Ada
11.	Pertanyaan #11	Tidak	Kadang-kadang tepat
12.	Pertanyaan #12	Ya	Ya