

TUGAS AKHIR PROGRAM MAGISTER (TAPM)

**IMPLEMENTASI PROGRAM JAMINAN KESEHATAN BAGI
MASYARAKAT MISKIN DI KOTA
TANJUNGPINANG**



**TAPM diajukan sebagai salah satu syarat untuk memperoleh
gelar Magister Sains dalam Ilmu Administrasi
Bidang Minat Administrasi Publik**

Disusun Oleh :
HZ. DADANG. AG
NIM.015011186

**PROGRAM PASCASARJANA
UNIVERSITAS TERBUKA
JAKARTA
2009**

ABSTRACT

**The Implementation Rights of Health Guarantee Programs for Poor Society in
Tanjungpinang City****Drs, Hz Dadang AG****Universitas Terbuka****Dadang_ag@yahoo.com****Key Words: Social guarantee, health services, government responsibility**

Health services for poor people need to be improved and developed and also kept continue by health guarantee principally for poor people. Regional Government has responsible in budgeting and health services for poor people as an implementation of Law No. 32 Year 2004 that is implementing the rights in health fields and developing social guarantee for society in their region. This research is to describes implementation rights of health guarantee programs for poor society in Tanjungpinang City.

This research is descriptive research. Analysis Unit is Government City of Tanjungpinang. Subject of research is the parties which are related to aim of research such as Chief Health Department of Tanjungpinang City, Chief of Sub Division Administration of Health Department City of Tanjungpinang and Public Figures of Tanjungpinang City. Data collection is done by interview and document investigations and also data analysis qualitatively. Key informant is taken by functionary and staff in Health Department of Tanjungpinang City. Data collection by using qualitative technique and doing interview to all key informant and stakeholder.

Health is one of measurement indicator of human development which is based of development of Tanjungpinang City in holistic. In implementing health services for poor people is done by doing guarantee health program for poor society and susceptible group. Implementation rights of health guarantee programs for poor society in Tanjungpinang City has substances as follows: a) vision and mission, b) political will, c) financial affordable, d) society will and also supporting and stagnation factors.

In summary, there is a good attention from Regional Government in doing implementation rights of health guarantee programs for poor people in Tanjungpinang City that is by doing data and socialization programs to poor people and also there is an effort of government in increasing budget and quality of health services for people

**UNIVERSITAS TERBUKA
PROGRAM PASCASARJANA
MAGISTER ADMINISTRASI PUBLIK**

PERNYATAAN

TAPM yang berjudul Implementasi Kebijakan Program Jaminan Kesehatan Bagi Masyarakat Miskin di Kota Tanjungpinang adalah hasil karya saya sendiri, dan seluruh sumber yang dikutip maupun dirujuk telah saya

nyatakan dengan benar

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

Jakarta, 5 maret 2009
Yang Menyatakan



(HZ Dadang AG)
NIM. 015011186

LEMBAR PERSETUJUAN TAPM

Judul TAMP : **Implementasi Kebijakan Program Jaminan Kesehatan
Bagi Masyarakat Miskin di Kota Tanjungpinang**
Penyusun : **Drs. HZ DADANG AG**
NIM : **015011186**
Program Studi : **Administrasi Publik**
Hari/Tanggal : **Senin 30 Maret 2009**

Menyetujui,

Pembimbing I

Prof. Dr. Eko Prasodjo Mag. Rer. Publ
NIP. 132 158 425

Pembimbing II

Prof. Dr. Almasdi Syahza
NIP. 131 877 924

Mengetahui,

Direktur Program Pascasarjana



Prof. Dr. H. Edin S. Winataputra, MA
NIP. 130367151

**UNIVERSITAS TERBUKA
PROGRAM PASCASARJANA
PRORAM STUDI ADMINISTRASI PUBLIK**

PENGESAHAN

Nama : HZ.Dadang.AG
NIM : 015011186
Program Studi : Administrasi Publik
Judul TAPM : Implementasi Program Jaminan Kesehatan Bagi Masyarakat Miskin
Di Kota Tanjungpinang

Telah dipertahankan di hadapan Sidang Panitia Penguji TAPM Program Pascasarjana,
Program Studi Administrasi Publik, Universitas Terbuka pada :

Hari/Tanggal : Rabu/11 Maret 2009
Waktu : 16:00-18:00 WIB

Dan telah dinyatakan LULUS

PANITIA PENGUJI TAPM :

Ketua Komisi Penguji : Surachman Dimiyati, Ph.D

Penguji Ahli : Prof.Dr. H.M. Aries Djaenuri, MA

Pembimbing I : Prof.Dr.Eko Prasodjo, Mag.Rer.Publ

Pembimbing II : Prof.Dr. Almasdi Syahza

Kata Pengantar

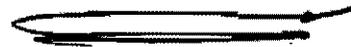
Puji syukur kami panjatkan kehadiran Tuhan Yang Maha Kuasa, akhirnya tugas akhir program magister dengan judul Implementasi Kebijakan Program Jaminan Kesehatan Bagi Masyarakat Miskin di Kota Tanjungpinang ini dapat terselesaikan dengan baik . Pada kesempatan ini peneliti juga ingin menyampaikan ucapan terima kasih kepada beberapa pihak yang telah membantu peneliti dalam menyusun TAPM ini, antar lain :

1. Pimpinan Universitas Terbuka Jakarta dan para staf pengajar yang telah bersedia memberikan bimbingan dan ajaran selama ini
2. Bapak Qudrat Nugraha,Ph.D selaku pembimbing dalam pembuatan proposal dan laporan TAPM yang telah bersedia memberikan waktu bimbingannya
3. Bapak Prof.Dr.Eko Prasodjo Mag.Rer.Publ selaku pembimbing I dan Bapak Prof.Dr Almasdi Syahza selaku pembimbing II atas dorongan dan bimbingannya dari awal hingga terselesaikannya TAPM ini.
4. Kepala Dinas Kesehatan Kota Tanjungpinang yang telah bersedia dalam membantu penulis dalam penyusunan laporan TAPM
5. Istri tercinta Arnida Warnis dan anak-anak tersayang Adani Raemolan Ghani dan Farhan Adduha Ghani yang telah memberikan pengertian, dorongan,do'a dan semangat dalam menyelesaikan TAPM ini
6. Rekan-rekan Mahasiswa Universitas Terbuka Jurusan Magister Administrasi Publik yang selama ini telah banyak bersama-sama jalan beriringan dalam mengikuti perkuliahan, perkenalan kita akan selalu menjadi pengalaman yang tak akan terlupakan

Akhir kata peneliti menyadari bahwa TAPM ini belum sempurna oleh karena itu peneliti mengharapkan adanya kritik dan saran perbaikan oleh semua pihak. Harapan peneliti semoga hasil penelitian ini bermanfaat bagi pihak-pihak tertentu yang mempunyai kaitan dengan penelitian ini.

Tanjungpinang, 5 Maret 2009

Peneliti



HZ Dadang AG

UNIVERSITAS TERBUKA

DAFTAR ISI

Abtrak.....	i
Pernyataan Orisinalitas.....	ii
Lembar Persetujuan.....	iii
Lembar Pengesahan.....	iv
Kata Pengantar.....	v
Daftar Isi.....	vii
Daftar Lampiran.....	viii
BAB I PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang Masalah	1
B. Perumusan Masalah	6
C. Tujuan Penelitian	6
D. Kegunaan Penelitian.....	6
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	7
A.Kajian Teori.....	7
B.Kerangka Berpikir.....	40
C.Definisi Operasional.....	43
BAB III METODE PENELITIAN	46
A.Desain Penelitian.....	46
B.Populasi dan Sampel.....	46
C.Instrumen Penelitian.....	47
D.Prosedur Pengumpulan Data.....	47
E.Analisis Data.....	48
BAB IV TEMUAN DAN PEMBAHASAN	49
BAB V SIMPULAN DAN SARAN	106
A.Simpulan.....	106
B.Saran.....	110
DARTAR PUSTAKA	111
LAMPIRAN	115

DAFTAR LAMPIRAN

No	No Lampiran		Hal
1.	Lampiran 1	Petunjuk Wawancara.....	115
2.	Lampiran 2	Interpretasi Pertanyaan	119
3.	Lampiran 3	Deskripsi Jawaban Penelitian.....	125

UNIVERSITAS TERBUKA

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang Masalah

Kemiskinan merupakan masalah dalam pembangunan dan menjadi alasan yang sempurna rendahnya *Human Development Index (HDI)* Indonesia. Kemiskinan menjadi persoalan yang kompleks dan penanggulangannya membutuhkan analisis yang tepat, melibatkan semua komponen permasalahan baik dimensi kesehatan, ekonomi, pendidikan maupun keterampilan serta diperlukan strategi penanganan yang tepat, berkelanjutan dan tidak bersifat temporer (Sahdan, 2005).

Menurut Badan Pusat Statistik (BPS) pada awal tahun 1996 sebelum adanya krisis kepemimpinan dan yang dilanjutkan dengan krisis ekonomi, pemerintah dengan berbagai kebijakannya dapat menekan jumlah orang miskin menjadi 17,5% dari jumlah penduduk Indonesia. Selanjutnya pada tahun 1999 meningkat menjadi 23,4% dan tahun 2003 menurun menjadi 17,4% (*Kompas*, Sabtu 9 April 2005). Hasil Survei Sosial Ekonomi Nasional oleh BPS tahun 2004 menunjukkan bahwa jumlah penduduk miskin di Indonesia adalah sebanyak 36,146 juta jiwa atau 16,65% dari jumlah penduduk Indonesia (*Investor Daily*, Senin 28 Maret 2005).

Selama ini Program Penanggulangan Kemiskinan telah menghasilkan perkembangan yang positif, namun pada krisis moneter dan ekonomi yang melanda Indonesia sejak tahun 1997 sampai sekarang telah mengecilkan arti pencapaian pembangunan. Krisis ekonomi telah menimbulkan lonjakan pengangguran yang

akhirnya menimbulkan kemiskinan. Untuk menanggulangi masalah kemiskinan struktural maupun yang diakibatkan oleh krisis ekonomi, pemerintah telah mengeluarkan kebijakan untuk memberikan bantuan kepada masyarakat miskin.

Sesuai dengan amanat yang tercantum dalam Undang-Undang Dasar 1945 (*amandemen*) pasal 28 H ayat 1 “Setiap orang berhak hidup sejahtera lahir dan batin, bertempat tinggal, dan mendapatkan lingkungan hidup yang baik dan sehat serta memperoleh pelayanan kesehatan” dan selanjutnya pada pasal 34 ayat 1 “Fakir miskin dan anak terlantar dipelihara negara” dan ayat 2 disebutkan “Negara mengembangkan sistem jaminan sosial bagi seluruh rakyat dan memberdayakan masyarakat yang lemah dan tidak mampu sesuai kemanusiaan”. Pada intinya dalam pasal 28 H ayat 1, pasal 34 ayat 1 dan ayat 2 tersebut adalah setiap orang berhak atas jaminan sosial yang memungkinkan pengembangan dirinya secara utuh sebagai manusia yang bermartabat.

Dalam hal pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin perlu dikembangkan dengan prinsip jaminan pemeliharaan kesehatan, sebagai salah satu kebijakan pelaksanaan Undang-Undang No.32 Tahun 2004 tentang Pemerintah Daerah terutama pasal 22 huruf H, tentang kewajiban daerah dalam menyelenggarakan otonomi daerah. Untuk merintis pelaksanaan sistem jaminan kesehatan tersebut Pemerintah telah meluncurkan kebijakan pelayanan kesehatan untuk penduduk miskin, yaitu Program Jaring Pengaman Sosial Bidang Kesehatan (JPSBK) tahun 1998, Program Dampak Pengurangan Subsidi Energi Bidang Kesehatan (PDPSE BK) tahun 2002 dan Program Kompensasi Pengurangan Subsidi Bahan Bakar Minyak Bidang

Kesehatan (PKPS BBM Bidkes) tahun 2004, serta terakhir Jaminan Kesehatan Masyarakat Miskin (JPKMM). Kebijakan pelaksanaan JPKMM mengacu pada Surat Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 1241 Tahun 2004 tentang Penunjukan PT Askes Indonesia (Persero) sebagai pengelola Jaminan Kesehatan Masyarakat Miskin.

Menurut Surat Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 56/MENKES/SK/I/2005, kepesertaan program jaminan bagi kesehatan masyarakat miskin disebutkan, bahwa apabila jumlah masyarakat miskin disuatu daerah lebih banyak dari jumlah yang ditetapkan oleh Departemen Kesehatan, maka iuran bagi kelebihan jumlah masyarakat miskin tersebut dapat ditanggung pemerintah Provinsi/Kabupaten/Kota.

Apabila daerah belum menyediakan biaya untuk membayar iuran bagi kelebihan jumlah masyarakat miskin, maka penyelenggaraan pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin tersebut diatur tersendiri oleh Pemerintah Daerah (Pemda) setempat. Perkembangan kebijakan penyelenggaraan jaminan kesehatan masyarakat miskin mengalami perubahan, yaitu menjamin semua penduduk miskin untuk mendapatkan pelayanan kesehatan di Puskesmas dan rujukan rawat jalan dan rawat inap di kelas III Rumah Sakit yang dijamin pemerintah, hal ini sesuai dengan SK Menteri Kesehatan RI No. 1330/MENKES/SK/IX/2005 tanggal 8 September 2005.

Menurut Dwiyanto (2004) keberadaan Perda memberikan landasan hukum yang kuat bagi *stakeholder* dalam mengembangkan kebijakan program pengentasan kemiskinan, dengan demikian menuntut Pemda dan DPRD agar menyusun Perda yang mengatur tentang pengentasan kemiskinan.

Pembiayaan penyelenggaraan program pengentasan kemiskinan selama ini berasal dari Pemerintah Pusat, sehingga hal ini membuat kecenderungan penyelenggaraan program pengentasan kemiskinan sentralistis, dan pemerintah daerah kurang berpengalaman dan tidak tertarik dalam pembiayaan program pengentasan kemiskinan. Pengalaman menggambarkan ada pemerintah daerah lain mampu mengatur, melaksanakan otonomi daerah untuk kepentingan masyarakat secara efektif dengan menggali sumber-sumber pembiayaan yang ada di daerah dengan mengembangkan terobosan program yang inovatif dalam pengentasan kemiskinan.

Adanya sosialisasi penyelenggaraan jaminan kesehatan ini menunjukkan adanya kebutuhan yang mempengaruhi Pemda dan DPRD terhadap kepastian jaminan kesehatan bagi masyarakat miskin. Hal ini akan sangat mendukung dalam pengembangan penyelenggaraan jaminan kesehatan bagi masyarakat miskin pasca PKPS BBM Bidang Kesehatan.

Uraian tersebut diatas sangat menarik untuk dikaji, diharapkan Pemerintah Kota Tanjungpinang dan DPRD mempunyai komitmen dan kemauan politik untuk dapat segera merespon salah satu kebijakan penyelenggaraan otonomi daerah dalam pemberdayaan masyarakat miskin, yaitu menjalankan hak dan kewajibannya untuk mengembangkan jaminan sosial terutama jaminan kesehatan bagi masyarakat miskin sesuai dengan kemampuan dan kondisi daerah. Adanya kemauan politik Pemerintah Daerah untuk menyelenggarakan program jaminan kesehatan masyarakat miskin merupakan lompatan besar dalam mewujudkan kesejahteraan masyarakat

Tanjungpinang. Namun demikian pada tahun 2005 sebagai masa transisi penyelenggaraan program JPKMM, tentunya diperlukan langkah positif pemerintah daerah dalam menjamin kesehatan masyarakat miskin. Secara substansial perlu dipersiapkan hal-hal yang berkenaan dengan jaminan kesehatan bagi masyarakat miskin, diantaranya regulasi penyelenggaraan jaminan sosial, pembiayaan kesehatan bagi masyarakat miskin, mekanisme penyelenggaraan. Penerapan jaminan kesehatan masyarakat miskin tersebut diharapkan seluruh masyarakat miskin di Kota Tanjungpinang mempunyai kepastian jaminan untuk memperoleh pelayanan kesehatan. Untuk mengetahui rencana kebijakan program jaminan kesehatan masyarakat miskin perlu dilakukan penelitian tentang analisis kebijakan program jaminan kesehatan bagi masyarakat miskin di Kota Tanjungpinang.

Pembangunan Kesehatan bertujuan untuk meningkatkan kesadaran, kemauan, dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang agar terwujud derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya. Untuk mewujudkan tujuan tersebut Departemen Kesehatan RI telah membuat visi yaitu Indonesia Sehat 2010, yang merupakan cerminan masyarakat yang ditandai masyarakat yang hidup dengan perilaku dan lingkungan yang sehat, serta memiliki kemampuan untuk menjangkau pelayanan kesehatan yang bermutu secara adil dan merata. Untuk mencapai tujuan tersebut diselenggarakan pembangunan kesehatan yang berkesinambungan baik oleh Pemerintah maupun masyarakat dan pihak-pihak swasta.

B. Perumusan Masalah

Berdasarkan pada uraian latar belakang permasalahan yang dikemukakan di atas, maka rumusan masalah pada penelitian ini adalah :” Bagaimana Implementasi Kebijakan Program Jaminan Kesehatan Bagi Masyarakat Miskin di Kota Tanjungpinang ?“

C. Tujuan Penelitian

Tujuan penelitian ini adalah untuk mendeskripsikan Implementasi Kebijakan Program Jaminan Kesehatan Bagi Masyarakat Miskin di Kota Tanjungpinang

D. Kegunaan Penelitian

Kegunaan Akademik

Sebagai bahan masukan yang berguna untuk penelitian selanjutnya dibidang yang sama atau yang ada hubungannya dalam pengembangan ilmu pengetahuan secara umum khususnya yang berkaitan dengan implemantasi kebijakan dan jaminan kesehatan masyarakat miskin

Kegunaan praktis

Diharapkan menjadi bahan bagi pemerintah daerah kota Tanjungpiannng, sehingga dapat digunakan untuk menentukan langkah selanjutnya dalam pengembangan upaya peningkatan program jaminan kesehatan masyarakat miskin di lingkungan pemerintah kota Tanjungpinang untuk memberikan pelayanan publik

BAB II TINJAUAN PUSTAKA

A. Kajian Teori

1. Teori Implementasi Kebijakan

Dalam studi Kebijakan Publik, dikatakan bahwa implementasi bukanlah sekedar bersangkut paut dengan mekanisme penjabaran keputusan-keputusan politik ke dalam prosedur-prosedur rutin melalui saluran-saluran birokrasi, melainkan lebih dari itu implementasi menyangkut masalah konflik, keputusan, dan siapa yang memperoleh apa dari suatu kebijakan. Oleh karena itu tidaklah terlalu salah jika dikatakan bahwa implementasi kebijakan merupakan aspek yang sangat penting dalam keseluruhan proses kebijakan.

(Solichin Abdul Wahab, 1997:64) pengertian implementasi dirumuskan secara pendek, dimana *"to implementasi"* (mengimplementasikan) berarti *"to provide means for carrying out; to give practical effect to"* (menyajikan alat Bantu untuk melaksanakan; menimbulkan dampak/berakibat sesuatu). Pengertian implementasi diartikan sebagai *"getting the job done"* dan *"doing it"*. Tetapi dibalik kesederhanaan rumusan yang demikian berarti bahwa implementasi kebijakan merupakan suatu proses kebijakan yang dapat dilakukan dengan mudah. Namun pelaksanaannya menuntut adanya syarat yang antara lain: adanya orang atau pelaksana, uang dan kemampuan organisasi atau yang sering disebut dengan *resources* , batasan implementasi sebagai proses penerimaan sumber daya tambahan, sehingga dapat mempertimbangkan apa yang harus dilakukan.

Selanjutnya implementasi kebijakan dapat diartikan: *“Policy implementation encompasses those actions by public and private individuals (and groups) that are directed at the achievement of goals and objectives set forth in prior policy decisions.*

“Definisi tersebut memberikan makna bahwa implementasi kebijakan adalah tindakan-tindakan yang dilakukan oleh individu-individu (dan kelompok) pemerintah dan swasta yang diarahkan pada pencapaian tujuan dan sasaran yang telah ditetapkan. Tindakan-tindakan ini, pada suatu saat berusaha untuk mentransformasikan keputusan-keputusan menjadi pola-pola operasional, serta melanjutkan usaha-usaha tersebut untuk mencapai perubahan, baik yang besar maupun yang kecil, yang diamanatkan oleh keputusan kebijakan.

Dengan mengacu pada pendapat tersebut, dapat diambil pengertian bahwa sumber-sumber untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan sebelumnya oleh pembuat kebijakan, di dalamnya mencakup: manusia, dana, dan kemampuan organisasi; yang dilakukan baik oleh pemerintah maupun swasta (individu ataupun kelompok). Memahami apa yang senyatanya terjadi sesudah program dinyatakan berlaku atau dirumuskan merupakan fokus perhatian implementasi kebijakan, yaitu kejadian-kejadian atau kegiatan yang timbul setelah disahkannya pedoman-pedoman kebijakan negara, yaitu mencakup baik usaha-usaha untuk mengadministrasikannya maupun untuk menimbulkan akibat/dampak nyata pada masyarakat atau kejadian-kejadian.

Berdasarkan pada pendapat tersebut di atas, nampak bahwa implementasi kebijakan tidak hanya terbatas pada tindakan atau perilaku badan alternatif atau unit

birokrasi yang bertanggungjawab untuk melaksanakan program dan menimbulkan kepatuhan dari *target group*, namun lebih dari itu juga berlanjut dengan jaringan kekuatan politik social ekonomi yang berpengaruh pada perilaku semua pihak yang terlibat dan pada akhirnya terdapat dampak yang diharapkan maupun yang tidak diharapkan.

Banyak model dalam proses implementasi kebijakan yang dapat digunakan. Dalam model implementasi kebijakan ini terdapat enam variabel yang membentuk hubungan antara kebijakan dengan pelaksanaan. Perbedaan-perbedaan dalam proses implementasi akan dipengaruhi oleh sifat kebijakan yang akan dilaksanakan. Selanjutnya Sholichin menawarkan suatu pendekatan yang mencoba untuk menghubungkan antara isu kebijakan dengan implementasi dan suatu model konseptual yang menghubungkan dengan prestasi kerja (*performance*). Sholichin Wahab menegaskan pula pendiriannya bahwa perubahan, kontrol dan kepatuhan bertindak merupakan konsep-konsep penting dalam prosedur implementasi.

Dengan memanfaatkan model-model tersebut, maka permasalahan yang perlu dikaji dalam hubungan ini adalah hambatan-hambatan apakah yang terjadi dalam mengenalkan perubahan dalam organisasi? Seberapa jauhkah tingkat efektifitas mekanisme-mekanisme kontrol pada setiap jenjang struktur? (Masalah ini menyangkut kekuasaan dari pihak yang paling rendah tingkatannya dalam organisasi yang bersangkutan). Seberapa pentingkah rasa keterikatan masing-masing orang dalam organisasi? (Hal ini menyangkut masalah kepatuhan). Atas dasar pandangan seperti itu, kemudian tipologi kebijakan diimplementasikan menurut :

- a) Jumlah masing-masing perubahan yang akan dihasilkan.
- b) Jangkauan atau lingkup kesepakatan terhadap tujuan diantara pihak-pihak yang terlibat dalam proses implementasi.

Hal ini dikemukakan berdasarkan pada kenyataan bahwa proses implementasi ini akan dipengaruhi oleh dimensi-dimensi kebijakan semacam itu. Dalam artian bahwa implementasi kebanyakan akan berhasil apabila perubahan yang dikehendaki relatif sedikit, sementara kesepakatan terhadap tujuan, terutama dari mereka yang mengoperasikan program di lapangan, relatif tinggi. Standard dan tujuan kebijakan mempunyai pengaruh tidak langsung terhadap pelaksanaan atau penyelenggaraan kebijakan. Disamping itu standard dan tujuan kebijakan juga berpengaruh tidak langsung terhadap disposisi para pelaksana melalui aktivitas komunikasi antar organisasi. Jelasnya respon para pelaksana terhadap suatu kebijakan didasarkan pada persepsi dan interpretasi mereka terhadap tujuan kebijakan tersebut. Walaupun demikian, hal ini bukan berarti bahwa komunikasi yang baik akan menyeimbangkan disposisi yang baik atau positif diantara para pelaksana. Standard dan tujuan juga mempunyai dampak yang tidak langsung terhadap disposisi para pelaksana melalui aktivitas komunikasi antar organisasi. Jelasnya respon para pelaksana terhadap suatu kebijakan didasarkan pada persepsi dan interpretasi mereka terhadap tujuan kebijakan tersebut. Walaupun demikian, hal ini bukan berarti bahwa komunikasi yang baik akan menyeimbangkan disposisi yang baik atau positif diantara para pelaksana. Standard dan tujuan juga mempunyai dampak yang tidak langsung terhadap disposisi para pelaksana melalui aktivitas penguatan atau pengabsahan. Dalam hal ini para atasan

dapat meneruskan hubungan para pelaksana dengan organisasi lain.

Hubungan antar sumber daya (*resources*) dengan kondisi sosial, ekonomi dan politik dalam batas wilayah organisasi tertentu dapat dikemukakan bahwa tersedianya dana dan sumber lain dapat menimbulkan tuntutan dari warga masyarakat swasta, kelompok kepentingan yang terorganisir untuk ikut berperan dalam melaksanakan dan mensukseskan suatu kebijakan. Jelasnya prospek keuntungan pada suatu program kebijakan dapat menyebabkan kelompok lain untuk berperan serta secara maksimal dalam melaksanakan dan mensukseskan suatu program kebijakan.

Bagaimanapun juga dengan terbatasnya sumber daya yang tersedia, masyarakat suatu negara secara individual dan kelompok kepentingan yang terorganisir akan memilih untuk menolak suatu kebijakan karena keuntungan yang diperolehnya lebih kecil bila dibandingkan dengan biaya operasional. Demikian juga dengan kondisi sosial, ekonomi dan politik dalam batas wilayah tertentu, mempengaruhi karakter-karakter agen-agen pihak pelaksana, disposisi para pelaksana dan penyelenggaraan atau pelaksanaan kebijakan itu sendiri.

Kondisi lingkungan diatas mempunyai efek penting terhadap kemauan dan kapasitas untuk mendukung struktur birokrasi yang telah mapan, kualitas, dan keadaan agen pelaksana (*implementor*). Kondisi lapangan ini juga mempengaruhi *disposisi implementor*. Suatu program kebijakan akan didukung dan digerakkan oleh para warga pihak swasta, kelompok kepentingan yang terorganisir, hanya jika para *implementor* mau menerima tujuan, standars dan sasaran kebijakan tersebut. Sebaliknya suatu kebijakan tidak akan mendapat dukungan, jika kebijakan tersebut

tidak memberikan keuntungan kepada mereka.

Disamping itu karakteristik para *agen implementor* dapat mempengaruhi disposisi mereka. Sifat jaringan komunikasi, derajat kontrol secara berjenjang dan tipe kepemimpinan dapat mempengaruhi identifikasi individual terhadap tujuan dan sasaran organisasi, dalam mana implementasi kebijakan yang efektif sangat tergantung kepada orientasi dari para agen/kantor implementor kebijakan.

Dari uraian diatas, dapat dipahami bahwa keberhasilan implementasi kebijakan sangat dipengaruhi oleh berbagai variabel atau faktor yang pada gilirannya akan mempengaruhi keberhasilan implementasi kebijakan itu sendiri.

2. Tahap-tahap Implementasi Kebijakan

Untuk mengefektifkan implementasi kebijakan yang ditetapkan, maka diperlukan adanya tahap-tahap implementasi kebijakan yaitu :

- a) Bersifat *self-executing*, yang berarti bahwa dengan dirumuskannya dan disahkannya suatu kebijakan maka kebijakan tersebut akan terimplementasikan dengan sendirinya, misalnya pengakuan suatu negara terhadap kedaulatan negara lain.
- b) Bersifat *non self-executing* yang berarti bahwa suatu kebijakan publik perlu diwujudkan dan dilaksanakan oleh berbagai pihak supaya tujuan pembuatan kebijakan tercapai.

Dalam konteks ini kebijakan yang ada termasuk kebijakan yang bersifat *non-self-executing*, karena perlu diwujudkan dan dilaksanakan oleh berbagai pihak supaya tujuan tercapai.

Solichin Abdul Wahab, (1991,36) mengemukakan sejumlah tahap implementasi sebagai berikut :

Tahap I : Terdiri atas kegiatan-kegiatan :

- a) Menggambarkan rencana suatu program dalam penetapan tujuan secara jelas.
- b) Menentukan standard pelaksanaan.
- c) Menentukan biaya yang akan digunakan beserta waktu pelaksanaan.

Tahap II : Merupakan pelaksanaan program dengan mendayagunakan struktur staf, sumber daya, prosedur, biaya serta metode.

Tahap III :Merupakan kegiatan-kegiatan :

- a) Menentukan jadwal
- b) Melakukan pemantauan
- c) Mengadakan pengawasan untuk menjamin kelancaran pelaksanaan program. Dengan demikian jika terdapat penyimpangan atau pelanggaran dapat diambil tindakan yang sesuai dengan segera.

Jika implementasi kebijakan akan selalu berkaitan dengan perencanaan, penetapan waktu dan pengawasan, sedangkan menurut *Mazmanian* dan *Sabatier* dalam Solichin Abdul Wahab, (1991) mempelajari masalah implementasi kebijakan berarti berusaha untuk memahami apa yang senyatanya terjadi sesudah suatu program dirumuskan atau diberlakukan, yakni peristiwa-peristiwa dan kegiatan yang terjadi setelah proses pengesahan kebijakan baik yang menyangkut usaha-usaha untuk mengadministrasikan maupun usaha untuk memberikan dampak tertentu pada

masyarakat. Hal ini tidak saja mempengaruhi perilaku lembaga-lembaga yang bertanggungjawab atas sasaran (*target group*) tapi juga memperhatikan berbagai kekuatan politik, ekonomi, sosial yang berpengaruh pada implementasi kebijakan negara.

Dengan memperhatikan beberapa pengertian implementasi yang telah dijelaskan diatas maka kajian implementasi merupakan suatu proses mengubah gagasan atau program menjadi tindakan dan bagaimana kemudian cara menjalankan perubahan tersebut. Untuk menganalisis bagaimana proses implementasi kebijakan itu berlangsung maka dapat dilihat dari berbagai model implementasi kebijakan. Pandangan mengenai model implementasi kebijakan dapat kita temukan dalam beberapa literatur (Parsons 1988) membagi garis besar model implementasi kebijakan menjadi empat yaitu :

- 1) *The Analysis of failure* (model analisis kegagalan)
- 2) Model Rasional (*Top Down*) untuk mengidentifikasi faktor-faktor mana yang membuat implementasi sukses
- 3) Model Pendekatan (*Bottom Up*) kritikan terhadap model pendekatan *top-down* dalam kaitannya dengan pentingnya faktor-faktor lain dan interaksi organisasi
- 4) Teori-teori hasil sintesis (*hybrid theories*)

Untuk keperluan penelitian ini, akan diambil beberapa pandangan mengenai implementasi, masing-masing pandangan mewakili tiga dari empat perkembangan model yang dikemukakan Parsons dan menurut peneliti cocok dengan tema penelitian model tersebut diantaranya yaitu :

a) Model Pendekatan Top-Down

Van Meter dan Van Horn (1975), memandang implementasi kebijakan sebagai *“those actions by public or private individual-individual (or group) that are directed at the achievement of objectives set forth in prior policy decision”* (tindakan-tindakan yang dilakukan oleh individu/pejabat-pejabat atau kelompok-kelompok pemerintah atau swasta yang diarahkan pada pencapaian tujuan-tujuan yang telah digariskan dalam keputusan kebijakan).

Dalam teorinya, Van Meter dan Van Horn ini beranjak dari suatu argumen bahwa perbedaan-perbedaan dalam proses implementasi akan dipengaruhi oleh sifat kebijakan yang akan dilaksanakan. Selanjutnya keduanya menawarkan suatu pendekatan yang mencoba untuk menghubungkan antara isu kebijakan dengan implementasi dan suatu model konseptual yang mempertalikan kebijakan dengan prestasi kerja (*performance*).

Mereka mengaskan pendiriannya bahwa perubahan, kontrol, dan kepatuhan bertindak merupakan konsep-konsep penting dalam prosedur-prosedur implementasi. Dengan memanfaatkan konsep-konsep tersebut, maka permasalahan yang perlu dikaji dalam hubungan ini adalah hambatan-hambatan apakah yang terjadi dalam mengenalkan perubahan dan organisasi? Seberapa jauhkah tingkat efektivitas mekanisme-mekanisme kontrol pada setiap jenjang struktur? (masalah ini menyangkut kekuasaan dari pihak yang paling rendah tingkatannya dalam organisasi yang bersangkutan). Seberapa pentingkah rasa keterkaitan masing-masing orang dalam organisasi? (hal ini menyangkut masalah kepatuhan).

Atas dasar pandangan tersebut diatas, Van Meter dan Van Horn kemudian berusaha untuk membuat tipologi kebijakan menurut :

- (2) Jumlah masing-masing perubahan yang akan dihasilkan dan, (2) Jangkauan atau lingkup kesepakatan terhadap tujuan diantara pihak-pihak yang terlibat dalam proses implementasi.

Alasan dikemukakannya hal ini ialah bahwa proses implementasi itu akan dipengaruhi oleh dimensi-dimensi kebijakan semacam itu, dalam artian bahwa implementasi kebanyakan akan berhasil apabila perubahan yang dikehendaki relatif sedikit, sementara kesepakatan terhadap tujuan terutama dari mereka yang mengoperasikan program di lapangan relatif tinggi.

Hal lain yang dikemukakan kedua ahli di atas adalah bahwa jalan yang menghubungkan antara kebijakan dan prestasi kerja dipisahkan oleh sejumlah variabel bebas (independent variable) yang saling berkaitan.

Variabel-variabel tersebut adalah : (1) ukuran dan tujuan kebijakan; (2) sumber-sumber kebijakan; (3) ciri-ciri atau sifat badan/instansi pelaksana; (4) komunikasi antar organisasi terkait dan kegiatan-kegiatan pelaksanaan; (5) sikap para pelaksana; dan (6) lingkungan ekonomi sosial dan politik.

b) Model Pendekatan Bottom-Up

Smith (1994) memandang implementasi sebagai proses atau alur, melihat proses kebijakan dari perspektif perubahan sosial dan politik, dimana kebijakan yang dibuat pemerintah bertujuan untuk mengadakan perbaikan atau perubahan. Smith mengatakan bahwa ada empat variabel yang perlu

diperhatikan dalam proses implementasi kebijakan yaitu :

(a) *idealized policy* adalah suatu pola interaksi yang diidealisasikan perumus kebijakan dengan tujuan mendorong, mempengaruhi, dan merangsang *target group* untuk melaksanakannya; (b) *target group*, yaitu bagian dari *policy stakeholders* yang diharapkan dapat mengadopsi pola-pola interaksi sebagaimana yang diharapkan oleh perumus kebijakan. Karena *target group* ini banyak mendapat pengaruh dari kebijakan, maka diharapkan dapat menyesuaikan pola-pola perilakunya dengan kebijakan yang dirumuskan; (c) *implementing organization*, yaitu badan-badan pelaksana atau unit-unit birokrasi pemerintah yang bertanggungjawab dalam implementasi kebijakan; (d) *environmental factors*, yaitu unsur-unsur di dalam lingkungan yang mempengaruhi implementasi kebijakan (seperti aspek budaya, sosial, ekonomi, dan politik).

c) Model Pendekatan Sintesis (Hybrid theories)

Sabatier (1986) (lihat Parsons, 1997) mengkaji implementasi menuju suatu sintesis mengatakan bahwa tahap-tahap kebijakan (*policy-stages*) tidaklah membantu memahami proses pengambilan kebijakan, karena memilah-milahnya menjadi serangkaian bagian (*section*) yang sifatnya tidak realistis dan artifisial. Karena itu dari sudut pandang ini, implementasi dan *policy-making* menjadi kesatuan proses yang sama. Kontribusi awalnya terhadap studi implementasi muncul bersamaan

dengan pertimbangan model *Top-down* yang ditulis bersama Mazmanian (1979). Frameworknya kemudian dimodifikasi sesuai dengan riset yang dilakukan Sabatier (1986) terhadap evaluasi kasus model *Bottom-up* seperti yang dikembangkan oleh Hjern dan Porter yang mengatakan bahwa implementasi sebagai hubungan inter-organisasi. Sehubungan dengan hal ini, Sabatier mengemukakan bahwa Sintesis dari dua posisi (model *Top-down* dan *Bottom-Up*) tersebut dimungkinkan dengan mengambil wawasan dari Hjern dan Porter untuk dipakai pada dinamika implementasi inter-organisasi dalam bentuk-bentuk network, model *top-down* memfokuskan pada perhatian institut dan kondisi sosial ekonomi yang menekankan perilaku. Sintesis ini disempurnakan melalui pemakaian konteks *policy sub system* yaitu semua aktor terlibat secara interaktif satu sama lain dalam proses politik dan kebijakan, serta dibatasi oleh parameter yang relatif stabil dan kejadian diluar subsystem. Secara lebih jelas (Islamy, 2001) menyatakan bahwa *policy subsystem* adalah aktor-aktor kebijakan yang berasal dari organisasi baik organisasi publik maupun privat secara aktif mengkaji dan mengkritisi suatu masalah kebijakan tertentu. Hal penting dari model implementasi kebijakan ini adalah kedudukannya sebagai bagian dari berkesinambungan dalam pengambilan kebijakan atau pendampingan para aktor kebijakan dengan berbagai elemen yang ada di masyarakat.

Dengan kata lain *Advocacy Coalitions*, adalah aktor-aktor dari berbagai organisasi publik dan privat yang memiliki serangkaian system kepercayaan yang berusaha merealisasikan tujuan bersama sepanjang waktu (Islamy,2001)

3. Faktor-faktor Yang Mempengaruhi Implementasi Kebijakan

Dalam mengimplementasikan kebijakan ada beberapa faktor yang berperan untuk menentukan apakah implementasi kebijakan tersebut dapat berjalan dengan baik dan efisien atau tidak.

a, Visi dan Misi

(Lipsky M,1976) menjelaskan bahwa implementasi adalah sesuatu yang melibatkan pengakuan bahwa organisasi mengandung keterbatasan manusia dan organisasional dan bahwa manusia dan organisasi harus dianggap sebagai sumberdaya.

Dalam memperoleh pengakuan terhadap keberadaan organisasi atau instansi misalnya dapat dilihat dari visi dan misi yang ada di dalam organisasi atau instansi tersebut. Visi adalah cara pandang jauh ke depan kemana instansi pemerintah harus dibawa agar dapat *eksis, antisipatif* dan *inovatif*; merupakan gambaran ke depan yang menantang tentang keadaan masa depan yang diinginkan oleh instansi pemerintah. Penyusunan visi pada hakekatnya merupakan upaya menggali gambaran bersama mengenai masa depan, berupa komitmen murni (tanpa paksaan) mengenai model masa depan organisasi yang harus di yakini dan menjadi milik seluruh anggota

organisasi. Sedangkan Misi adalah sesuatu yang harus dilaksanakan oleh instansi pemerintah agar tujuan organisasi dapat terlaksana dan berhasil dengan baik. Dengan misi, diharapkan seluruh anggota organisasi/pihak yang berkepentingan dapat memahami organisasinya, peran, program-program serta hasil-hasil yang akan di capai organisasinya di masa yang akan datang. Suatu pernyataan misi secara eksplisit menyatakan apa yang harus di capai oleh suatu organisasi dan kegiatan spesifik apa yang harus dilaksanakan dalam pencapaian hal tersebut. Misi harus memperlihatkan secara jelas hal apa yang penting untuk organisasi dan apa tugas/kegiatan pokok organisasi tersebut.

Dalam kenyataan ada ketidaksepakatan mengenai implementasi visi dan misi yang akan menciptakan kebijakan. Kekaburan dan ambiguitas tentang kebijakan dan ketidakpastian pelaksanaannya, prosedur yang kompleks, inkonsisten antara kekuasaan dan problem dan konflik yang berasal dari partisipasi publik aktivitas kelompok penekanan dan perselisihan konflik (Lewis dan Flynn, 1978:5)

Dari pendapat Lewis dan Flynn dapat diambil kesimpulan bahwa visi dan misi menjadi tolak ukur terhadap penetapan kebijakan yang akan diimplementasikan oleh implementator atau pemegang kekuasaan kepada publik sebagai objek dari implementasi kebijakan tersebut

b, Kemauan Politik

Kemauan politik merupakan keinginan para pengatur kebijakan dalam menetapkan dan rumuskan serta melakukan pengawasan terhadap jalannya kebijakan yang telah ditetapkan dimana kemauan politik tersebut dapat berupa suatu produk

atau kebijakan. Kemauan politik melibatkan pihak eksekutif dan legislatif yang menjadi ujung tombak dalam pembuatan implementasi kebijakan. (Barrett dan Fudge,1981:25) mengatakan bahwa implementasi mungkin lebih baik dipahami dalam *tern* "kontinum kebijakan-tindakan" dimana proses interaktif dan negosiasi terjadi disepanjang waktu antara mereka yang berusaha melaksanakan kebijakan dan mereka yang tindakannya tergantung pada pelaksanaan itu.

(Davies,1991) mengatakan, Publik menawarkan keleluasaan setiap kali batas efektif kepada kekuasaan membuatnya bebas untuk menentukan pilihan diantara bertindak atau tidak bertindak. Mereka yang berada di garis depan pelaksanaan kebijakan memiliki keleluasaan dengan tingkat yang berbeda-beda dalam hal memilih aturan apa yang akan mereka gunakan untuk menerapkan kebijakan. Dengan kata lain implementasi kebijakan juga tergantung dari kemauan politik yaitu orang-orang atau pihak pembuat kebijakan tersebut.

c, Kemampuan finansial

Dalam mengimplementasikan kebijakan tentunya tidak terlepas dari peran kemampuan finansial, mengingat finansial menentukan terhadap pelaksanaan implementasi kebijakan dilapangan. Finansial. Kemampuan finansial ini mencakup seberapa besar kemampuan pemerintah. Analisis biaya sangat penting untuk mempertimbangkan semua kebutuhan biaya dan manfaat yang dihasilkan dari sebuah implementasi kebijakan.

Berbicara kemampuan finansial maka tidak terlepas dari permasalahan pembiayaan, dalam hal ini adalah kemampuan pemerintah kota Tanjungpinang dalam pembiayaan Program Jaminan Kesehatan Masyarakat Miskin di kota Tanjungpinang. Sejak krisis moneter yang terjadi sekitar tahun 1997 telah meningkatkan jumlah penduduk miskin dan meningkatkan biaya kesehatan yang berlipat ganda, sehingga menekan akses penduduk terutama penduduk miskin, terhadap pelayanan kesehatan. Untuk mempertahankan dan meningkatkan akses penduduk miskin terhadap pelayanan kesehatan Pemerintah semenjak tahun 1998 melaksanakan beberapa upaya pemeliharaan kesehatan penduduk miskin.

Upaya pelayanan kesehatan penduduk miskin dimulai dari pengembangan Program Jaring Pengaman Sosial Bidang Kesehatan (JPS-BK) yang menyalurkan dana pelayanan penduduk miskin berbasis provider (*supply oriented*). Seiring dengan meningkatnya beban anggaran negara pada tahun 2000 telah disepakati untuk mengurangi subsidi Bahan Bakar Minyak BBM, sehingga sejak tahun 2001 hingga tahun 2004 diharapkan tanpa subsidi BBM membawa konsekuensi meningkatkan harga-harga barang. Pada akhirnya beban masyarakat belum seluruhnya tertanggulangi dengan program JPS BK, muncul beban daya beli masyarakat yang menurun. Pemerintah dalam mengantisipasi beban yang belum tertanggulangi kembali melaksanakan program baru, yaitu mengalihkan dana subsidi BBM yang dikurangi tersebut untuk pembiayaan bagi pemenuhan hak warga agar tetap sehat dan sejahtera, terutama masyarakat miskin dan rentan. Program ini lebih dikenal dengan

Program Kompensasi Pengurangan Subsidi BBM Bidang Kesehatan (PKPS BBM BK). Selanjutnya dalam perkembangannya dikembangkan program pemeliharaan kesehatan penduduk miskin berbasis beneficiary (*demand oriented*) berbentuk uji coba jaminan pemeliharaan kesehatan keluarga miskin yang lebih dikenal dengan Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Keluarga Miskin (JPK Gakin).

Menurut Azwar (2002) melalui program PKPS BBM Bidang Kesehatan pemerintah telah melaksanakan kegiatan, antara lain 1) program bantuan dana operasional Puskesmas untuk membiayai pelayanan kesehatan masyarakat miskin beserta transport rujukan dari Puskesmas ke Rumah Sakit, 2) program bantuan dana operasional Bidan di desa untuk membiayai pelayanan kesehatan ibu dan anak dari keluarga miskin yang meliputi, pemeriksaan ibu hamil, pelayanan persalinan, nifas pelayanan kesehatan bayi baru lahir serta transport rujukan, 3) program bantuan perbaikan gizi bagi anggota keluarga miskin berupa pemberian makanan tambahan (PMT) pemulihan bagi ibu hamil dan bantuan blended food bagi anak 4) bantuan dana untuk kegiatan revitalisasi Posyandu. Sebagai sasaran atau penerima manfaat dari program PKPS BBM Bidang Kesehatan dipergunakan kriteria menurut Departemen Kesehatan RI (2003), yaitu 1) keluarga tidak bisa makan 2 kali sehari, 2) keluarga tidak mampu mengobati anak/anggota keluarga yang sakit ke pelayanan kesehatan, 3) kepala keluarga terkena Pemutusan Hubungan Kerja (PHK) massal, serta 4) pada keluarga terdapat anak yang drop out sekolah karena masalah ekonomi.

Perkembangan pengelolaan jaminan pemeliharaan kesehatan masyarakat miskin seiring dengan telah terbitnya Surat Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor

1241/Menkes/XI/2004 tentang Penugasan PT Askes (Persero) Dalam Pengelolaan Program Jaminan Kesehatan Masyarakat Miskin, mengalami perubahan akibat adanya perubahan kebijakan tersebut, sehingga dalam penyelenggaraan di daerah yang selama ini melaksanakan program PKPS BBM Bidang Kesehatan menghadapi permasalahan diantaranya ada penduduk miskin yang mendapat jaminan pemeliharaan kesehatan antara Badan Pusat Statistik dengan jumlah penduduk miskin riil yang dilaporkan oleh Pemerintah Daerah.

Menurut Azwar (2002), sistem pembiayaan kesehatan adalah salah satu dari sub sistem yang terdapat dalam sistem kesehatan, yang bersama-sama dengan sistem pelayanan membentuk sistem kesehatan secara keseluruhan. Secara sederhana sistem pembiayaan kesehatan merupakan perpaduan antara kebijakan dan mekanisme yang meliputi : 1) mobilisasi alokasi serta utilisasi dari berbagai sumber dana kesehatan yang ada di masyarakat, 2) tata cara pembiayaan pelayanan kesehatan, baik penyelenggaraan pelayanan kesehatan maupun penerima jasa pelayanan kesehatan. Sistem pembiayaan kesehatan dinilai baik, apabila kebijakan dan mekanisme dapat menjamin sumber dana kesehatan, serta terselenggaranya dan terjangkaunya pelayanan kesehatan yang dibutuhkan secara optimal.

Sistem pembiayaan kesehatan menurut Sulastomo (2002) dibedakan menjadi 3 model, yaitu 1) model asuransi kesehatan sosial (*social health insurance*), 2) model asuransi kesehatan komersial (*commercial health insurance*) dan 3) model NHS (*National Health Services*).

Model asuransi kesehatan sosial berkembang di beberapa negara Eropa yang dirintis oleh Otto van Bismark di Jerman pada tahun 1882, model ini berkembang di Asia seperti Jepang, Korea, Taiwan dan Philipina. Kelebihan dari sistem asuransi kesehatan sosial adalah rendahnya biaya pelayanan dan memungkinkan cakupan universal (*universal coverage*).

Model asuransi kesehatan komersial berkembang pesat di Amerika Serikat mulai 1910, karena pemerintah Amerika membatasi pertumbuhan asuransi sosial untuk kecelakaan kerja dan asuransi kesehatan bagi orang tua saja (*medicare*). Model *National Health Services* dirintis oleh Pemerintah Inggris dan berkembang sejak usai perang dunia kedua, model ini hampir sama dengan model asuransi kesehatan sosial yang memungkinkan cakupan universal.

Penyelenggaraan pelayanan kesehatan dan pembiayaan kesehatan akan meningkat apabila salah satu unsur sistem pembiayaan tidak dapat dioptimalkan atau lemah. Secara garis besar menurut Mukti (2004), sistem pembiayaan kesehatan dapat dibedakan menjadi 4 kelompok, yakni: 1) berupa sistem pelayanan kesehatan nasional (*National Health Service*) NHS seperti di Inggris dan Malaysia yang bersumber pembiayaannya bertumpu pada pajak, 2) sistem pembiayaan kesehatan yang diserahkan pada mekanisme pasar dengan asuransi kesehatan profit-komersial sebagai pilar utama seperti di Amerika, 3) sistem asuransi kesehatan sosial seperti di Jerman, Belanda, Perancis, Jepang, Korea dan Taiwan, 4) sistem pembiayaan kesehatan sosialis yang diterapkan di negara-negara sosialis-komunis seperti Rusia dan Cina.

Menurut Thabrany (2003) salah satu ukuran terpenting dari sistem pembiayaan yang fair (adil) adalah bahwa biaya kesehatan dari kantong perorangan tidak memberatkan penduduk yang membutuhkan pelayanan kesehatan. Aspek pembiayaan bidang kesehatan yang adil tersebut pada umumnya diartikan sebagai pembiayaan kesehatan dimana seseorang mampu mendapatkan pelayanan kesehatan sesuai dengan kebutuhan medisnya dan membayar pelayanan tersebut sesuai dengan kemampuan ekonominya. Dalam hal ini tingkat sosial ekonomi tidak boleh menjadi suatu hambatan seseorang dalam memperoleh pelayanan kesehatan yang dibutuhkan. Amerika menerapkan konsep ekuitas dalam skala besar yang mencakup seluruh penduduk atau cakupan universal. Inggris, Malaysia, Sri Lanka, Hong Kong dan Selandia Baru menerapkan sistem kesehatan nasional (*national health service*) semua penduduk berhak memperoleh pelayanan di fasilitas kesehatan tanpa membayar. Negara lain seperti Jepang, Kanada, Korea dan Australia menerapkan sistem asuransi sosial berupa asuransi kesehatan nasional, asuransi sosial nasional. Semua orang wajib mengikuti dengan iuran atau premi yang besarnya persentase tertentu dari penghasilan, semua orang akan mampu memenuhi kebutuhan medisnya (Thabrany, 2003)

Menurut Thabrany (2005) biaya kesehatan adalah masukan (input) finansial yang diperlukan dalam rangka memproduksi pelayanan kesehatan, baik yang bersifat *promotif preventif* maupun yang bersifat *kuratif rehabilitatif*. Tidak ada dikotomi pembiayaan kesehatan untuk kegiatan *promotif preventif* dengan *kuratif rehabilitatif*, semua merupakan kegiatan berkesinambungan yang perlu dilaksanakan guna

meningkatkan derajat kesehatan masyarakat. Masukan finansial berupa dana dari pemerintah maupun masyarakat yang dihitung per unit pelayanan, jumlah uang yang dibelanjakan untuk memproduksi satu unit atau kelompok pelayanan merupakan biaya produksi pelayanan kesehatan.

Biaya kesehatan berdasarkan jenis dan kompleksitasnya pelayanan kesehatan yang diselenggarakan atau yang dimanfaatkan, dapat dibedakan menjadi dua macam yaitu 1) biaya pelayanan kedokteran, adalah biaya yang dibutuhkan untuk menyelenggarakan dan atau memanfaatkan pelayanan kedokteran, yakni yang bertujuan untuk mengobati penyakit serta memulihkan kesehatan penderita; dan 2) biaya pelayanan masyarakat, adalah biaya yang dibutuhkan untuk menyelenggarakan dan atau memanfaatkan pelayanan kesehatan masyarakat yakni yang bertujuan untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan serta untuk mencegah penyakit (Azwar, 1996).

Menurut Azwar (1996) biaya kesehatan dapat ditinjau dari dua aspek, yakni 1) aspek penyedia pelayanan kesehatan, dan 2) aspek pemakai jasa pelayanan. Biaya kesehatan dari aspek penyedia pelayanan kesehatan, adalah besarnya dana yang harus disediakan untuk dapat menyelenggarakan upaya kesehatan. Biaya kesehatan dari aspek pemakai jasa pelayanan, adalah besarnya dana yang harus disediakan untuk dapat dimanfaatkan jasa pelayanan.

Pemahaman biaya kesehatan bagi penyedia pelayanan kesehatan, lebih menunjuk pada dana yang harus disediakan untuk menyelenggarakan upaya kesehatan, bagi pemakai jasa pelayanan pengertian biaya lebih menunjukkan pada

dana yang harus disediakan untuk memanfaatkan upaya kesehatan.

Beberapa syarat pokok yang harus diperhatikan dalam pembiayaan kesehatan (Azwar, 1996), yaitu 1) biaya kesehatan haruslah tersedia dalam jumlah yang cukup dalam arti dapat dibutuhkan serta tidak menyulitkan masyarakat yang ingin memanfaatkannya 2) penyebaran dana harus sesuai dengan kebutuhan, 3) pemanfaatan, yaitu sekalipun jumlah dan penyebaran dana baik, tetapi jika pemanfaatannya tidak mendapatkan pengaturan yang seksama, akan banyak menimbulkan masalah, jika berkelanjutan akan menyulitkan masyarakat yang membutuhkan pelayanan kesehatan

Pada negara yang peranan pihak swasta sangat dominan, peranan pemerintah tetap ada, terutama dalam membiayai upaya kesehatan yang menyangkut kepentingan masyarakat banyak yang kurang mampu. Pembiayaan oleh pemerintah untuk pelayanan kesehatan mencakup pembelanjaan kesehatan pada seluruh tingkat pemerintah serta anggaran badan-badan usaha milik negara terutama pelayanan dengan karakteristik untuk kepentingan publik.

Sumber biaya kesehatan secara umum menurut Azwar (1996) dibedakan menjadi 2 macam yaitu : 1) seluruhnya bersumber dari anggaran pemerintah, yakni tergantung dari bentuk pemerintahan yang dianut, ada negara yang bersumber pembiayaan kesehatannya sepenuhnya ditanggung oleh pemerintah, pada negara seperti ini tidak ditemukan pelayanan kesehatan yang diselenggarakan oleh pemerintah dan pelayanan kesehatan secara cuma-cuma, 2) sebagian ditanggung oleh masyarakat, pada negara seperti ini masyarakat diajak berperan serta baik dalam

menyelenggarakan upaya kesehatan maupun pada saat memanfaatkan jasa pelayanan kesehatan.

Sumber-sumber pembiayaan pelayanan kesehatan menurut *World Health Organization / WHO* (1993), terdapat 4 sumber utama, yaitu 1) pemerintah, 2) sumber-sumber swasta, 3) asuransi kesehatan dan, 4) sumber-sumber eksternal. Pembiayaan oleh swasta untuk pelayanan kesehatan yang dapat berupa pembayaran langsung dan pembayaran tidak langsung. Pembayaran langsung yaitu pembayaran oleh individu dilakukan secara langsung kepada pelaku kesehatan, termasuk praktek swasta, pengobatan tradisional, dan apotik swasta. Pembayaran tidak langsung yaitu pembayaran pelayanan kesehatan oleh para karyawan (misalnya pembayaran oleh industri swasta yang besar di negara-negara sedang berkembang atau tanggungan bersama biaya pelayanan kesehatan oleh karyawan di negara-negara industri), pelayanan kesehatan oleh karyawan dan pembiayaan kesehatan oleh lembaga non pemerintah lainnya seperti yayasan kemanusiaan lokal yang mencari dana untuk penyakit-penyakit tertentu.

Alasan pemerintah menggalakkan pembiayaan swasta, 1) pembiayaan kesehatan swasta merupakan cara memperbanyak sumber biaya tambahan untuk sektor pelayanan kesehatan, 2) sistem tarif pasar pelayanan kesehatan mungkin berperan meningkatkan efisiensi pengalokasian barang-barang dan pelayanan secara keseluruhan, 3) pembiayaan swasta pada beberapa kasus dapat berfungsi sebagai pengganti pembiayaan oleh pemerintah untuk jenis pelayanan tertentu.

Asuransi kesehatan adalah merupakan kombinasi sumber pembiayaan, oleh

karena menyatukan bantuan baik dari pihak yang memberi pekerjaan maupun karyawan, dan juga dari pemerintah. Asuransi kesehatan ini merupakan sistem yang memungkinkan konsumen prospektif pelayanan kesehatan melakukan pembayaran kepada pihak ketiga dalam bentuk skema asuransi. Selanjutnya apabila menderita sakit pihak ketiga akan membayar pelaku pelayanan kesehatan sebagian atau seluruh biaya yang diperlukan.

Asuransi kesehatan dapat dibedakan menjadi 3 tipe utama yaitu 1) asuransi pemerintah atau sosial, sistem ini wajib atau secara sukarela menyediakan manfaat bagi orang-orang yang bekerja di sektor formal. Premi atau bantuan biasanya berdasarkan pendapatan individu, tanpa memperhitungkan resiko sebenarnya, 2) asuransi swasta, mencakup kelompok-kelompok atau individu-individu yang bekerja di sektor swasta melalui pembayar pihak ketiga. Nilai premi cenderung berdasarkan penghitungan insidensi penyakit secara *aktuarial* dan *utilisasi* pelayanan., 3) asuransi berbasis pada perusahaan, merujuk kepada orang-orang yang tidak termasuk pada asuransi swasta. Perusahaan atau badan swasta berlaku sebagai pihak ketiga atau pihak pengumpul uang dari karyawan yang memenuhi persyaratan berdasarkan status pekerjaannya. Skema ini seringkali menjadi syarat dalam aturan tenaga kerja nasional. Asuransi kesehatan dinilai sebagai salah satu cara yang memungkinkan pemerintah untuk 1) dapat mendiversifikasi sumber pendapatan sektor kesehatan 2) meningkatkan efisiensi dengan cara memberikan peran kepada individu-individu dalam pembayaran pelayanan kesehatan dan 3) pemeratakan beban biaya kesehatan menurut waktu dan populasi yang luas sehingga mengurangi resiko.

Sumber-sumber eksternal merupakan badan pembiayaan yang penting terutama bagi negara-negara sedang berkembang tertentu, yang pihak pemerintahnya tidak mampu mencukupi kebutuhan kesehatan, dan tidak memiliki komitmen pembiayaan dari sumber-sumber internal. Sumber-sumber eksternal terutama dari bantuan donor multilateral dan bilateral serta sebagian kecil oleh badan-badan non pemerintah. Pembiayaan kesehatan di Indonesia menurut Mukti (2004), sumber pembiayaan kesehatan dapat berasal dari pajak dengan berbagai jenis variasinya, asuransi kesehatan baik sosial maupun komersial, pinjaman, tabungan, donatur kemanusiaan, sumbangan atau bantuan lain dan lain-lain. Banyak masalah pelayanan kesehatan yang dirasakan pada saat ini, diantaranya meningkatkan biaya kesehatan, hal ini dirasakan oleh siapapun baik pemerintah, masyarakat maupun dunia usaha. Faktor-faktor yang berperan sebagai penyebab meningkatnya biaya kesehatan diantaranya (Azwar, 2002): 1) laju inflasi, 2) kemajuan ilmu dan teknologi kesehatan, 3) perubahan pola penyakit, 4) perubahan pola hubungan dokter dengan pasien, 5) perubahan pola pelayanan, 6) meningkatnya permintaan pelayanan kesehatan, dan 7) terlambatnya mengembangkan mekanisme kendali biaya kesehatan.

Dampak yang ditimbulkan dari makin meningkatnya biaya kesehatan adalah akses pelayanan kesehatan tidak dapat dijangkau oleh masyarakat terutama masyarakat miskin. Indonesia dalam mengatasi masalah ini banyak upaya yang dilaksanakan-, diantaranya dikenal konsep JPKM. JPKM adalah suatu cara penyelenggaraan pemeliharaan kesehatan yang paripurna berdasarkan azas usaha bersama dan kekeluargaan yang berkesinambungan dan dengan mutu terjamin serta

pembiayaan yang dilaksanakan secara pra upaya. JPKM merupakan cara penyelenggaraan kesehatan yang memadukan yaitu sub sistem pelayanan kesehatan dan sub sistem pembiayaan kesehatan. JPKM bertujuan untuk memelihara kesehatan para peserta, yang berpedoman pada prinsip paradigma sehat, yang berarti penyelenggaraan pelayanan kesehatan pada JPKM bukan hanya menyembuhkan dan memulihkan kesehatan peserta, tetapi juga berkontribusi untuk meningkatkan derajat kesehatan dan mencegah peserta agar tidak sakit.

Menurut Mukti (2000) prinsip-prinsip pembiayaan kesehatan harus memperhatikan beberapa unsur penting yaitu: 1) desentralisasi, oleh karena nuansa reformasi yang mengarah pada pemerintah daerah, 2) solidaritas, yaitu semua masyarakat harus bergotong royong dan ikut memberikan andil dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan, 3) subsidiaritas, dimana yang kaya membantu yang miskin, yang sehat membantu yang sakit, 4) efisiensi, dalam mengelola sumber daya kesehatan harus dilakukan secara efisiensi sehingga memberikan manfaat yang maksimal 5) keadilan, yaitu semua orang memiliki kesempatan yang sama untuk mendapat pelayanan kesehatan yang sesuai dengan kebutuhan medis, dan 6) surplus revenue, dimana keuntungan yang diperoleh akan dikembalikan untuk peningkatan kualitas pelayanan kepada masyarakat.

Tujuan yang ingin capai dalam menjamin kesinambungan penyelenggaraan pelayanan kesehatan yang terjangkau untuk penyempurnaan sistem pembiayaan kesehatan menurut Azwar (2002) adalah untuk meningkatkan pemerataan, peningkatan mutu, efektifitas, efisiensi dan kesinambungan pelayanan kesehatan.

Reformasi sistem pembiayaan kesehatan tidak terlepas dari berbagai aspek, seperti historis, politis dan teknis dari suatu negara, yang pada akhirnya akan mempengaruhi model sistem pembiayaan kesehatan.

Pembuat kebijakan akan lebih mengarahkan pada pemerataan *equity galiter* atau *equity liberatrian*, termasuk juga pertimbangan *vertical equity* dan *horizontal equity* (Murti, 2001). Disamping itu juga mempertimbangkan infrastruktur, penduduk yang bekerja formal, serta pendapatan penduduk, kesiapan sumber daya manusia, kultur dan budaya masyarakat setempat.

4. Kebijakan Pelayanan Program Kesehatan Masyarakat Miskin

Banyak variasi masalah definisi miskin di Indonesia, tergantung dari instansi mana yang menjadi rujukan. Badan Koordinasi Keluarga Berencana Nasional (BKKBN) menggunakan pendekatan sosial dan ekonomi, sehingga keluarga miskin dikelompokkan menjadi Keluarga Prasejahtera dan Keluarga Sejahtera I, dengan ciri-ciri sebagai berikut: 1) tidak dapat menjalankan ibadah menurut agamanya, 2) seluruh anggota keluarga tidak mampu makan dua kali sehari, 3) seluruh anggota keluarga tidak memiliki pakaian berbeda untuk di rumah, bekerja/sekolah, dan bepergian, 4) bagian terluas dari rumah berlantai tanah, 5) tidak mampu membawa anggota keluarga ke sarana kesehatan.

Menurut Badan Pusat Statistik (BPS) menetapkan kriteria miskin berdasarkan tingkat konsumsi makanan kurang dari 2.100 kalorkapita/hari dan kebutuhan non makanan. Secara ekonomis BPS menetapkan penghasilan US \$ 0,55 per hari sebagai

batas miskin di perkotaan dan US \$ 0,40 per hari di pedesaan.

Masalah kemiskinan berdasarkan definisi diatas menurut Rubi (cit. Thabrany, 2005) pada umumnya masyarakat miskin di tandai oleh beberapa hal, yaitu :

- 1) Ketidakmampuan memenuhi kebutuhan dasar (*basic need*) seperti pangan, gizi, sandang, papan, pendidikan, dan kesehatan.
- 2) *Unproductiveness*, ketidakmampuan melakukan usaha produktif.
- 3) *Inaccessibility*, ketidakmampuan menjangkau sumber daya sosial dan ekonomi baik akibat rendahnya daya tawar (*bargaining position*) maupun keterbatasan modal, teknologi, dan sumber daya manusia.
- 4) *Vulnerability*, mudah jatuh dalam kemiskinan (rentan) akibat berbagai resiko seperti penyakit, bencana alam, kegagalan panen, dan sebagainya sehingga harus menjual aset produksinya. Kerentanan ini sering disebut *poverty recks* atau roda penggerak kemiskinan.
- 5) *No freedom for poor*, tidak memiliki kepercayaan diri dan mental untuk terbebas dari kemiskinan.

Kemiskinan di Indonesia digolongkan dua kelompok, yaitu: 1) *Cronic proverty* (kemiskinan kronik), yaitu kemiskinan yang terjadi terus menerus dari tahun ketahun atau generasi ke generasi,2) *Tramsient poverty* (kemiskinan sementara), yaitu kemiskinan yang ditandai dengan penurunan pendapatan sementara sebagai akibat perubahan siklus ekonomi dan kondisi krisis lainnya (Thabrany, 2005). Menurut Suharto (2005) kemiskinan dapat dikategorikan menjadi empat, yaitu:1) kemiskinan absolut, 2) kemiskinan relatif, 3) kemiskinan kultural dan, 4) kemiskinan

struktural. Kemiskinan absolut adalah kemiskinan yang diakibatkan oleh ketidakmampuan seseorang atau kelompok dalam memenuhi kebutuhan pokok, seperti untuk makan, pakaian, pendidikan, kesehatan dan lain-lain. Kemiskinan relatif adalah keadaan miskin yang dialami individu atau kelompok dibandingkan dengan kondisi umum suatu masyarakat.

Kemiskinan kultural mengacu kepada sikap, gaya hidup, nilai orientasi sosial budaya seseorang atau masyarakat yang tidak sejalan dengan etos kerja atau masyarakat modern. Kemiskinan struktural adalah kemiskinan yang diakibatkan oleh ketidakberesan atau ketidakadilan struktur, baik struktur politik, sosial, maupun ekonomi yang tidak memungkinkan seseorang atau kelompok orang menjangkau sumber penghidupan yang sebenarnya tersedia bagi mereka.

Melonjaknya jumlah penduduk miskin di Indonesia akibat krisis ekonomi tahun 1997, kondisi yang demikian menurunkan pendapatan per kapita dari US \$ 1000 menjadi US \$ 400 pada akhir tahun 1998. Kemiskinan di Indonesia tersebut dapat dilihat dari empat dimensi pokok, yaitu: 1) kurangnya kesempatan untuk bekerja (*lack of opportunity*), 2) rendahnya kemampuan dalam berbagai sektor (*low of capabilities*), 3) kurangnya jaminan, terutama jaminan sosial seperti kesehatan (*low level of security*), 4) ketidakberdayaan (*low of capacity or empowerment*).

Menurut Sahdan (2005) kemiskinan telah membatasi hak rakyat untuk: 1) memperoleh pekerjaan yang layak bagi kemanusiaan, 2) memperoleh perlindungan hukum, 3) memperoleh rasa aman, 4) memperoleh akses atas kebutuhan hidup (sandang, pangan dan papan) saling terjangkau, 5) memperoleh akses atas kebutuhan

pendidikan, 6) memperoleh akses atas kebutuhan kesehatan, 7) memperoleh keadilan, 8) berpartisipasi dalam pengambilan keputusan publik dan pemerintahan, 9) berinovasi, 10) menjalankan hubungan spiritualnya dengan Tuhan dan 11) berpartisipasi dalam menata dan mengelola pemerintahan dengan baik

5. Peran Stakeholder Dalam Kebijakan Kesehatan

Peran *stakeholder* dalam kebijakan kesehatan yang dimaksudkan dalam penelitian ini adalah sebagai suatu responsivitas, yakni kemampuan dari lembaga atau instansi untuk mengenali kebutuhan masyarakat, menyusun agenda dan prioritas pelayanan kesehatan, dan mengembangkan sesuai dengan kebutuhan dan aspirasi masyarakat.

Menurut Siagian (2000), yang dimaksud *responsivitas* adalah sebagai bentuk kemampuan birokrasi dalam mengantisipasi dan menganggapi aspirasi baru, kebutuhan baru dan tuntutan baru dari masyarakat. Secara sederhana responsivitas dalam penelitian ini adalah adanya suatu keselarasan antara program dan kegiatan pelayanan langsung dan kebutuhan serta aspirasi masyarakat, hal ini secara langsung responsivitas menggambarkan kemampuan organisasi publik dalam menjabarkan tujuan terutama untuk memenuhi kebutuhan masyarakat.

Menurut Setyawati dan Hessel (2005), bahwa *responsivitas* yang rendah ditunjukkan dengan ketiaknya selarasan antara pelayanan dengan kebutuhan masyarakat, hal ini menunjukkan kegagalan organisasi dalam mewujudkan tujuan organisasi publik. Secara operasional *responsivitas* pelayanan publik dijabarkan menjadi

beberapa indikator yang meliputi, 1) terdapat tidaknya keluhan dari pengguna jasa selama satu tahun terakhir, 2) sikap aparat birokrasi dalam merespons keluhan dari pengguna jasa, 3) penggunaan keluhan dari pengguna jasa sebagai referensi bagi perbaikan penyelenggaraan pelayanan pada masa mendatang, 4) berbagai tindakan aparat birokrasi untuk memberikan kepuasan pelayanan kepada pengguna jasa serta, 5) penempatan pengguna jasa oleh aparat birokrasi dalam sistem pelayanan yang berlaku. *Stakeholder* dalam pengertian yang sederhana menurut Allen dan Kilvington (2004) adalah orang-orang atau kelompok-kelompok yang memiliki kepentingan dalam sebuah kebijakan, program atau proyek, di sisi lain *stakeholder* dapat dinyatakan sebagai perseorangan, organisasi yang dapat menentukan suatu kebijakan di antaranya kebijakan yang berkaitan dengan politik, keuangan, program kesejahteraan dan lain-lain.

Stakeholder dalam suatu organisasi perlu memperhatikan masukan-masukan dari berbagai pihak, langkah-langkah yang dibutuhkan menurut Peach dan Robinson 1997 (cit. Sakti, 2003) adalah : 1) identifikasi pihak yang berkepentingan, 2) pemahaman tuntutan masing-masing pihak yang berkepentingan terhadap organisasi, 3) rekonsiliasi tuntutan-tuntutan dan penetapan prioritas dan, 4) kondisi tuntutan-tuntutan dan elemen-elemen lain dari perusahaan.

Masukan-masukan dari *stakeholder* dalam organisasi pelayanan kesehatan menurut Trisnantoro (cit. Muliaddin, 2005) ditentukan oleh sifat-sifat *stakeholder* sendiri, antara lain : 1) bersedia menempuh risiko oleh pengembangan organisasi pelayanan kesehatan, 2) bersifat pro aktif, 3) bersifat mendukung, 4) mempunyai

kepercayaan terhadap organisasi pelayanan kesehatan, 5) bersifat antusias/memperhatikan dan bersemangat tinggi terhadap organisasi pelayanan kesehatan, 6) terbuka/tidak apriori terhadap ide perubahan dan inovasi-inovasi. Peran stakeholder merupakan kemampuan aparatur dalam mencermati perubahan lingkungan termasuk perubahan kebutuhan, tuntutan publik dan kemajuan teknologi serta dapat merefleksikan dalam bentuk program dan pelayanan yang bervariasi kepada masyarakat.

Dalam pelaksanaan otonomi daerah keterlibatan *stakeholder* dalam keseluruhan proses kebijakan akan mampu membuat kebijakan publik yang dapat mengakomodir kepentingan publik dan bukan kepentingan pembuat kebijakan. Proses kebijakan publik dalam praktek penyelenggaraan pemerintah yang melibatkan *stakeholder* membuat kegiatan pemerintahan dan pembangunan menjadi lebih terbuka dan transparan bagi masyarakat luas.

Menurut Nugroho (2004) ada beberapa hal penting yang berkaitan dengan peran *stakeholder* yang berkaitan dengan kebijakan pelayanan kesehatan masyarakat miskin, yaitu apa yang akan terjadi sekiranya kebijakan yang ada atau sedang berjalan diteruskan, apa yang terjadi apabila isi kebijakan yang ada sekarang ini dirubah meniru kebijakan yang telah dipraktekkan ditempat lain, dan apakah kebijakan yang baru akan mendapatkan dukungan tokoh masyarakat khususnya para pelaku politik.

Berkaitan dengan beberapa hal tersebut, tentunya dalam menyusun kebijakan baru tentunya perlu diperhatikan juga dengan adanya persepsi Pemda dan kemampuan keuangan daerah. Menurut Robbin (2003), menyatakan bahwa persepsi

adalah suatu proses dimana seseorang mengorganisasikan dan menginterpretasikan kesan-kesan sensorinya untuk memberikan arti tertentu bagi lingkungannya. Setiap orang memiliki pandangan atau persepsi yang berbeda walaupun terhadap benda yang sama, hal ini ada 3 faktor yang mempengaruhinya, yaitu, 1) orang yang melakukan persepsi, yakni karakteristik individu atau orang yang mempengaruhi persepsinya terhadap benda yang diamati yang meliputi sikap, motivasi, minat, pengalaman dan harapan, 2) sasaran atau obyek dari persepsi yang diamati, yakni persepsi terhadap sasaran timbul ketika menghubungkan sasaran dengan benda lain, tanpa melihatnya secara terpisah dengan latarnya, dan 3) situasi atau konteks dimana terbentuknya persepsi, yakni situasi yang membentuk persepsi seseorang dapat melihat dari waktu, dan lingkungan dimana orang tersebut memberi arti terhadap obyek yang diamati.

Uraian tersebut di atas memberikan pengertian bahwa persepsi merupakan suatu proses memperhatikan, menyeleksi dan menafsirkan stimulus lingkungan, dimana proses tersebut terjadi interpretasi seseorang berdasarkan pengalaman yang dialami maupun stimulus yang datang padanya. Pemerintah Daerah pembuatan kebijakan tentu mempunyai persepsi yang disesuaikan dengan pengalaman maupun harapan terhadap sesuatu yang terjadi dengan aktivitasnya kesehariannya, terutama yang berhubungan dengan aktivitas pelayanan yang diberikan kepada masyarakat. Salah satu aktivitas yang berkaitan dengan respon pemerintah daerah terhadap kebijakan nasional yang berhubungan dengan pelayanan kesehatan adalah program jaminan kesehatan bagi masyarakat miskin.

6. Tanggapan dan Tuntutan Masyarakat Dalam Implementasi Kebijakan

(Long,1994:162,175) mengatakan bahwa bukti tentang efektifitas dan hasil penekanan pada pemanfaatan implementasi kebijakan yang dikeluarkan kepada publik harus diungkapkan melalui tanggapan atau evaluasi. Evaluasi yang dikeluarkan ketika kebijakan atau program sedang diimplementasikan merupakan analisis tentang seberapa jauh sebuah program diimplementasikan dan apa kondisi yang bisa meningkatkan keberhasilan implementasi tersebut. Oleh karena itu implementasi kebijakan memerlukan evaluasi formatif yang memonitor bagaimana cara program kebijakan tersebut dikelola atau diatur untuk menghasilkan umpan balik yang bisa berfungsi untuk meningkatkan proses implementasi.

Dari uraian singkat diatas mengenai tanggapan atau respon dari implementasi kebijakan yang dihasilkan atau dikeluarkan oleh penguasa maka tanggapan atau respon publik juga memiliki peranan yang penting dalam menentukan atau meningkatkan implementasi kebijakan.

B. Kerangka Berfikir

Pembangunan kesehatan harus mempunyai prinsip dasar yang menjamin warga negara mempunyai hak yang sama untuk memperoleh derajat kesehatan lebih baik, agar dapat bekerja dan hidup layak sesuai dengan martabat manusia. Pemerintah bersama-sama masyarakat ikut bertanggung jawab bersama dalam memelihara dan meningkatkan derajat kesehatan masyarakat, untuk itu seluruh lapisan masyarakat dapat mengakses sarana pelayanan kesehatan. Pendanaan kesehatan bagi masyarakat

miskin selama ini bersumber dari pemerintah pusat melalui pelayanan kesehatan penduduk miskin dengan model JPSBK, PDPSE BK dan PKPS BBM Bidang Kesehatan. Keterlibatan pemerintah daerah provinsi maupun kabupaten/kota dalam pembiayaan kesehatan masyarakat miskin selama ini relatif rendah. Kondisi yang demikian dapat ditunjukkan dengan belum adanya kontribusi pembiayaan kesehatan masyarakat miskin dari Pemda Provinsi.

Pelayanan kesehatan masyarakat miskin yang belum merata baik dari sisi kualitas maupun kuantitas antara pelayanan kesehatan tingkat dasar dan pelayanan kesehatan tingkat lanjutan, memberikan aspirasi pemerintah mengeluarkan kebijakan untuk mengatasi permasalahan tersebut melalui program jaminan kesehatan masyarakat miskin di lapangan muncul adanya ketidakselarasan antara program yang ditetapkan dengan munculnya ketidakpuasan pelaksanaan kebijakan dengan segala macam tuntutan kesehatan masyarakat miskin tidak berkepanjangan yang pada akhirnya akan mempengaruhi kualitas pelayanan kesehatan kepada masyarakat.

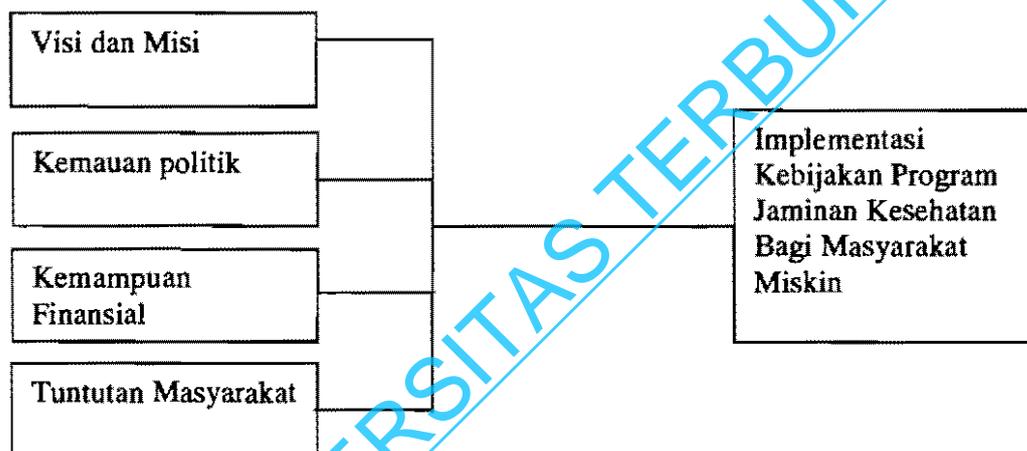
Menurut Rasyid (2000) dalam pelaksanaan otonomi daerah yang luas pemerintah daerah harus mempunyai kemampuan untuk mengatur kepentingan masyarakatnya, mempunyai kemampuan melakukan penyesuaian terhadap kebijakan pemerintah pusat, dan mempunyai kemampuan untuk mengembangkan dalam mengelola sumber pembiayaan pembangunan di daerah. Pada penyelenggaraan pemerintahan, baik *stakeholder* jajaran eksekutif maupun jajaran legislatif mempunyai cara pandang yang berbeda terhadap pelaksanaan otonomi daerah. Pelaksanaan desentralisasi bidang kesehatan didasarkan kepada otonomi yang luas,

dengan memperhatikan aspek demokrasi, keadilan, pemerataan serta potensi daerah. Pemerintah daerah memberikan kewenangan kepada daerah untuk menyelenggarakan pelayanan kesehatan yang adil dan merata termasuk menjamin kesehatan masyarakat miskin sesuai dengan standar minimal yang disusun pemerintah pusat.

Penerapan desentralisasi bidang kesehatan membutuhkan visi dan misi serta komitmen dari semua pihak terkait baik *stakeholder* jajaran eksekutif maupun legislatif serta masyarakat luas. Hal ini diperlukan dalam : (1) mencapai pemahaman yang sama tentang pentingnya kesehatan dalam meningkatkan kualitas sumber daya manusia, 2) meningkatkan pemanfaatan pelayanan kesehatan oleh masyarakat, dan 3) meningkatkan sumber pembiayaan, sumber daya manusia pelaksana, sarana dan prasarana (Depkes, 2003). Departemen Kesehatan telah menyusun strategi dalam mempercepat pencapaian desentralisasi bidang kesehatan yang berkaitan dengan jaminan kesehatan masyarakat miskin, yaitu upaya membangun komitmen pemerintah daerah, legislatif, masyarakat, *stakeholder* lain dalam kesinambungan pembangunan kesehatan dan upaya perlindungan kesehatan masyarakat khususnya terhadap penduduk miskin, kelompok rentan dan daerah miskin.

Upaya membangun komitmen pemerintah daerah, legislatif, masyarakat dan *stakeholder* dalam kesinambungan pembangunan kesehatan adalah untuk memastikan adanya komitmen yang kuat di daerah dalam keberhasilan penerapan desentralisasi, meningkatnya pemanfaatan pelayanan kesehatan dan meningkatnya peran serta masyarakat di bidang kesehatan. Upaya perlindungan kesehatan masyarakat khususnya terhadap penduduk miskin, kelompok rentan dan daerah miskin adalah

perlindungan kesehatan masyarakat dengan cara menggalang komitmen dari semua pihak terkait (*stakeholder*), tersedianya dana dari berbagai sumber, meningkatkan efisiensi anggaran. Berdasarkan kerangka teori pada bab 2 dapat dijelaskan, bahwa penelitian ini menitik beratkan pada faktor-faktor yang berperan dalam implementasi kebijakan program jaminan kesehatan masyarakat miskin di kota Tanjungpinang



C. Definisi Operasional

Agar konsep dapat diteliti, maka konsep tersebut harus dioperasionalkan dengan mengubahnya menjadi variabel. Definisi operasional adalah unsur peneliti yang menggambarkan bagaimana caranya mengukur suatu variabel. Dengan kata lain Definisi oprasional adalah suatu informasi ilmiah yang dapat membantu peneliti lain yang hendak menggunakan variabel tersebut dilakukan. Definisi operasional dari visi dan misi, kemauan politik dan kemampuan finansial serta tuntutan masyarakat pada

penelitian ini adalah sebagai berikut :

- a. visi dan misi Kota Tanjungpinang terhadap implementasi kebijakan program jaminan kesehatan masyarakat miskin di kota Tanjungpinang yang mengarah kepada pandangan dan telaah pembuat kebijakan dalam mengimplementasikan kebijakannya terhadap program jaminan kesehatan masyarakat
- b. kemauan politik menjadi media didalam mewujudkan kebijakan dibidang kesehatan pada akhirnya media inilah yang akan digunakan dan dijadikan sebagai penghasil produk dari sebuah kebijakan komitmen menjadi kunci dari kemauan elit politik untuk mau menghasilkan sebuah produk kebijakan.
- c. Kemampuan finansial adalah suatu alat ukur yang digunakan untuk mengetahui seberapa jauh kemampuan suatu instansi atau organisasi dalam menjalankan implementasi kebijakan sehingga akan timbul fakta dilapangan yang didukung dengan rasionalitas suatu program dalam menciptakan tujuan atau sasaran dari program tersebut artinya apakah kemampuan finansial akan berbanding sama atau seimbang dengan produk yang dihasilkan.
- d. Tuntutan masyarakat merupakan sikap baik dari implementasi kebijakan yang diukur dari visi dan misi, kemauan politik dan kemampuan finansial sehingga akan menghasilkan respon atau tanggapan yang mengarah kepada dua hasil yaitu respon dan

tanggapan masyarakat yang bersifat positif terhadap implementasi kebijakan apabila kebijakan yang diimplementasikan selaras dan searah serta mendukung pemenuhan kebutuhan masyarakat secara umum serta mau dan mampu mendengar aspirasi dan tuntutan terhadap perbaikan peningkatan kualitas kebijakan, sebaliknya tanggapan atau respon masyarakat akan bersifat negatif apabila kebijakan yang diimplementasikan tidak mewakili kebutuhan masyarakat dan tidak peka terhadap tuntutan dan aspirasi masyarakat yang pada akhirnya akan menciptakan sikap apatis dari masyarakat sebagai pengguna atau sasaran dari kebijakan tersebut.

Dari uraian di atas maka dalam penelitian ini peneliti mencoba untuk menggambarkan peran visi dan misi, kemauan politik dan kemampuan finansial serta tuntutan masyarakat terhadap implementasi kebijakan program jaminan kesehatan bagi masyarakat miskin di kota Tanjungpinang

BAB III

METODE PENELITIAN

A. Desain Penelitian

Jenis penelitian ini adalah *deskriptif*, penelitian ini dengan pendekatan *kualitatif* dengan maksud hasil penelitian ini akan memberikan gambaran atau mendiskripsikan secara sistimatis, aktual dan akurat terhadap objek yang akan diteliti. Metode diskriptif merupakan suatu jenis penelitian yang dimaksudkan untuk pengukuran yang cermat terhadap fenomena tertentu.

Menurut Nawawi (1983:63) bahwa metode diskriptif adalah sebagai prosedur pemecahan masalah yang diselidiki dengan menggambarkan dan melukiskan keadaan subjek atau objek penelitian (seseorang, lembaga, masyarakat dan lain-lain) pada waktu atau saat sekarang dan berdasarkan fakta-fakta yang tampak sebagaimana adanya.

Berdasarkan pendapat tersebut di atas maka penulis akan melakukan penelitian terhadap Implementasi Kebijakan Program Jaminan Kesehatan Bagi Masyarakat Miskin di Kota Tanjungpinang. Dalam penelitian ini penulis langsung terjun ke lokasi untuk melakukan penelitian untuk meneliti pada kondisi objek yang dialami dimana peneliti adalah sebagai instrumen kunci.

B. Populasi dan Sampel

Unit analisis dalam penelitian ini adalah Kota Tanjungpinang, dengan pemilihan *Key Informan*. Subjek penelitian *key informan* digunakan dalam rangka

mencari data primer melalui penjelasan-penjelasan hasil wawancara secara mendalam kepada pihak- pihak yang berhubungan dengan tujuan penelitian seperti Kepala Dinas Kesehatan Kota Tanjungpinang, Kepala Tata Usaha Dinas Kesehatan Tanjungpinang, Sekko Tanjungpinang Drs. Gatot Winoto, Lia (Kasi Bidang Pelayanan Kesehatan Dinas Kesehatan Kota Tanjungpinang) serta Tokoh-tokoh Masyarakat Kota Tanjungpinang antar lain Dr. Rosmawi Arifin (Pensiunan Kepala Dinas Kesehatan), Abdul Razak A.B. (Mantan Ketua DPRD Kota Tanjungpinang), Saleh Ahmad (Ketua Forum dialog Masyarakat Tanjungpinang), Riswan Efendi (Tokoh Persatuan Pemuda Kota Tanjungpinang)

C. Instrumen Penelitian

Pengumpulan data primer dilakukan dengan menggunakan wawancara. Instrumen yang dipergunakan berupa panduan wawancara mendalam, dan selama proses wawancara dilakukan pencatatan dan direkam dengan menggunakan *tape recorder*. Pengumpulan data sekunder dilakukan dengan penelusuran dokumen

D. Prosedur Pengumpulan Data

1. Tahap Awal.

Pada tahap awal meliputi pengurusan perijinan kepada lembaga atau instansi yang terkait dalam penelitian, yaitu Pemerintah Kota Tanjungpinang dalam hal ini adalah Dinas Kesehatan Kota Tanjungpinang, Kepala Tata Usaha Dinas Kesehatan Kota Tanjungpinang, dan Tokoh-tokoh Masyarakat Kota Tanjungpinang

2. Tahap Pelaksanaan.

Tahap pelaksanaan meliputi pengumpulan data primer melalui wawancara mendalam dengan responden, sesuai dengan jadwal yang telah ditetapkan. Wawancara dengan Informan dilingkungan Dinas Kesehatan Kota Tanjungpinang rencananya akan dilakukan di ruang kerja Kepala Dinas Kesehatan kota Tanjungpinang, Wawancara dengan Kepala Tata Usaha Dinas Kesehatan kota Tanjungpinang, Wawancara dengan Tokoh-tokoh Masyarakat Kota Tanjungping.

3. Tahap Penyusunan Laporan.

Selanjutnya dilakukan pengolahan data dan analisis data. Hasil analisis data kemudian dilakukan penyusunan laporan hasil penelitian, konsultasi dengan pembimbing mengenai hasil penelitian dan seminar hasil untuk penyempurnaan hasil penelitian.

E. Analisis Data

Penelitian kualitatif menekankan pada analisis secara induksi, sehingga data yang dikumpulkan bukan untuk mendukung atau menolak hipotesis yang diajukan sebelum penelitian dilakukan tetapi data dikumpulkan dan dikelompokkan dalam pola, tema atau katagori untuk selanjutnya ditarik kesimpulan. Kesimpulan tersebut bertujuan untuk menjawab pertanyaan-pertanyaan penelitian serta dapat dijadikan sebagai temuan-temuan penelitian yang bermanfaat. Sementara analisis data dilakukan secara terus menerus selama masa penelitian.

BAB IV

TEMUAN DAN PEMBAHASAN

A. Temuan

Sejak terbentuknya Pemerintah Kota Tanjungpinang Oktober 2001. Pembangunan kesehatan sudah berjalan secara berkesinambungan untuk meningkatkan derajat kesehatan tetapi derajat kesehatan di Kota Tanjungpinang terhitung relative masih rendah. Permasalahan utama yang dihadapi adalah rendahnya kualitas kesehatan masyarakat yang antara lain ditunjukkan dengan masih tingginya angka kematian bayi, anak balita dan ibu maternal serta prevalensi balita yang menderita gizi kurang, masih tingginya angka kematian akibat beberapa penyakit menular serta kecenderungan semakin meningkatnya penyakit tidak menular. Kesenjangan kualitas kesehatan dan akses terhadap pelayanan kesehatan yang bermutu sejalan dengan penyebaran tenaga kesehatan yang belum merata serta terbatasnya pembiayaan kesehatan dan belum optimalnya alokasi pembiayaan kesehatan. Tugas perbantuan yang diberikan oleh Pemerintah Pusat dan atau Pemerintah Provinsi Kepulauan Riau dalam bidang kesehatan

Disamping tugas tersebut diatas, Dinas Kesehatan Kota Tanjungpinang mempunyai fungsi:

1. Perumusan kebijakan teknis bidang kesehatan di Kota Tanjungpinang
2. Pembinaan pelayanan umum di bidang kesehatan, meliputi pendekatan peningkatan (*promotif*), pencegahan (*preventif*), pengobatan (*kuratif*) dan pemulihan (*rehabilitatif*)

3. Pembinaan teknis di bidang upaya pelayanan kesehatan dasar (Puskesmas) dan upaya kesehatan rujukan (Rumah Sakit) berdasarkan kebijakan teknis yang ditetapkan oleh Menteri Kesehatan
4. Pembinaan operasional di bidang kesehatan sesuai kebijakan yang ditetapkan oleh Walikota Tanjungpinang
5. Pemrosesan perizinan dan pelaksanaan pelayanan umum bidang kesehatan
Agar dalam melaksanakan Tugas dan Fungsinya berjalan secara efektif dan efisien, maka perlu disusun Rencana Strategis Dinas Kesehatan Kota Tanjungpinang sehingga upaya pembangunan Kesehatan di Kota Tanjungpinang mempunyai arah yang jelas, dalam rangka mendukung Rencana Strategis Kota Tanjungpinang. Kota Tanjungpinang terletak di Pulau Bintan dengan luas wilayah 239.5 KM² yang terdiri dari; perairan 236.816 KM², sedangkan daratan lebih kurang 12.464 KM². Batas-batas wilayahnya adalah sebagai berikut :
 - a. Di sebelah Utara berbatasan dengan Kecamatan Teluk Bintan Kabupaten Bintan
 - b. Di sebelah Selatan berbatasan dengan Kecamatan Tambelan, Kabupaten Bintan
 - c. Di sebelah Barat berbatasan dengan Selat Karas Kecamatan Galang kota Batam,
 - d. Di sebelah Timur berbatasan dengan Kecamatan Bintan Timur Kabupaten Bintan

Kota Tanjungpinang terdiri dari empat Kecamatan yaitu :

- 1) Kecamatan Tanjungpinang Kota
- 2) Kecamatan Tanjungpinang Barat
- 3) Kecamatan Tanjungpinang Timur dan
- 4) Kecamatan Bukit Bestari

Di Kota Tanjungpinang juga terdapat 18 Kelurahan, 145 RW, 674 RT, dan 33.518 Kepala Keluarga.

1. Kependudukan

Berdasarkan sensus Penduduk tahun 2006, jumlah penduduk Kota Tanjungpinang adalah 137.356 jiwa, yang terdiri dari 67.764 jiwa penduduk wanita, dan 69.636 jiwa penduduk laki-laki. Sedangkan jumlah Kepala Keluarga sebanyak 32.728 KK, dengan anggota KK rata-rata 4,1 orang (anggota KK sensus penduduk tahun 1990 rata-rata 5 orang). Laju pertumbuhan penduduk rata-rata pertahunnya dari tahun 1990 sampai tahun 2000 mencapai 2,83%. Sedangkan kepadatan penduduk Kota Tanjungpinang adalah 612 jiwa/KM². Tentunya kepadatan penduduk ini juga dipengaruhi oleh migrasi dan mobilitas penduduk yang tinggi. Pada Tahun 2005 diperkirakan jumlah penduduk Kota Tanjungpinang sebanyak 162.393 orang, masing-masing 83.084 laki-laki dan 79.309 perempuan dengan sebaran sebagai berikut ; 54.446 orang penduduk Kecamatan Tanjungpinang Barat, 18.216 orang penduduk Kecamatan Tanjungpinang Kota, 53.746 orang penduduk kecamatan Bukit Bestari, dan 35.985 orang penduduk kecamatan Tanjungpinang Timur

2. Pendidikan

Berdasarkan hasil sensus tahun 2000, penduduk usia sekolah (7-12 th) sebanyak 20,552 jiwa, dan yang bersekolah sebanyak 87,79%. Sedangkan, tingkat pendidikan penduduk kota Tanjungpinang adalah sebagai berikut; 46,6% penduduk kota Tanjungpinang berpendidikan SD dan tidak tamat Sd 26,7% SLTA 22,1% SLTP. Prasarana pendidikan di Kota Tanjungpinang, terdiri dari; 63 buah SD/MI, 19 SLTP/MTS, 14 SLTA/MA, dan 8 buah SMK.

3. Sosio-Ekonomi

Dari hasil pendataan keluarga yang dilakukan BKKBN tahun 2001 dari 28,871 kepala keluarga yang ada ternyata masih terdapat 939 (3,25%) keluarga prasejahtera dan 1,943 (6,73%) sejahtera I dengan alasan ekonomi,serta 318 (1,10%) keluarga prasejahtera dan 3,398 (11,77%) sejahtera I bukan karena alasan ekonomi. Sehingga secara keseluruhan keluarga yang masih berada dalam kondisi kurang sejahtera karena alasan ekonomi adalah sebanyak 2,882 keluarga (9,98%) dan bukan karena alasan ekonomi sebanyak 3,711 keluarga (12,87%) atau sebanyak 6,593 (22,85%) yang secara keseluruhan berada dalam kondisi yang kurang sejahtera.

Untuk mencapai dan mewujudkan Visi Dinas Kesehatan Kota Tanjungpinang pada tahun 2010 dan sesuai dengan misi yang telah ditetapkan, maka dalam periode 2006 – 2010 akan ditempuh strategi sebagai berikut :

1. Mengoptimalkan Kinerja SDM yang ada.
2. Peningkatan kualitas/kuantitas sarana dan prasarana kesehatan yang ada.

3. Peningkatan kemampuan petugas pelayanan kesehatan masyarakat.
4. Tingkatkan kesadaran masyarakat untuk melaksanakan pola hidup bersih dan sehat
5. Tingkatkan kualitas dan kuantitas prasarana serta sarana sanitasi Lingkungan
6. Tingkatkan kerjasama lintas sektoral/program untuk menciptakan lingkungan Kota yang bersih dan sehat.

Untuk mencapai tujuan dan sasaran menuju terwujudnya visi Dinas Kesehatan Kota Tanjungpinang, maka peran Dinas Kesehatan dalam penyelenggaraan pembangunan kesehatan dilaksanakan berdasarkan pada kebijakan sebagai berikut :

1. Penggalangan kemitraan lintas Sektor.
2. Meningkatkan pelayanan kesehatan, terutama pada masyarakat yang berpenghasilan rendah, meningkatkan kesehatan lingkungan serta mendorong kemandirian masyarakat dalam bidang kesehatan dan perbaikan gizi
3. Mendekatkan pelayanan kesehatan kepada masyarakat, melalui peningkatan pembangunan dan kemampuan unit pelayanan kesehatan termasuk penyediaan tenaga kesehatan dan obat murah. Mendorong berkembangnya upaya pemeliharaan kesehatan masyarakat secara mandiri melalui program JKPM.

Penelitian ini mempunyai tujuan untuk mengetahui implementasi kebijakan program jaminan pembiayaan kesehatan bagi masyarakat miskin di Kota Tanjungpinang. Penelitian ini dilakukan dengan wawancara mendalam dan penelusuran dokumen untuk mendapatkan data pendukung penelitian. Pada awal

penelitian ini peneliti akan membahas tentang faktor-faktor apa saja yang mempengaruhi kebijakan selanjutnya peneliti akan melakukan wawancara mendalam yang fokus pada substansi penelitian yang meliputi visi dan misi, kemauan politik, kemampuan finansial, tuntutan masyarakat, serta menggali faktor-faktor penghambat dan mendukung, saran serta harapan dalam kebijakan jaminan kesehatan bagi masyarakat miskin di Kota Tanjungpinang.

Implementasi kebijakan adalah aspek yang sangat penting dalam keseluruhan proses kebijakan. Bukan sekedar berkaitan dengan mekanisme penjabaran keputusan-keputusan politik kedalam prosedur rutin melalui saluran-saluran birokrasi melainkan lebih dari itu kebijakan menyangkut masalah konflik, penerapan dan siapa saja yang berperan didalam kebijakan tersebut. Dalam penelitian ini peneliti menemukan beberapa faktor yang berpengaruh terhadap kebijakan. Dalam menjalankan kebijakan mengenai jaminan program kesehatan bagi masyarakat miskin di kota Tanjungpinang, ketersediaan sumber daya manusia memainkan peranan yang sangat penting. Sumber daya manusia berperan dalam menggerakkan roda pembangunan, arah kebijakan, khususnya dalam hal ini adalah kebijakan kesehatan di kota Tanjungpinang. Dalam rangka menciptakan peningkatan keberhasilan pembangunan kesehatan baik dalam skala kecil maupun skala besar. Untuk meningkatkan pelaksanaan kebijakan tersebut maka diperlukan kualitas sumber daya manusia yang memadai. Peningkatan kualitas yang dibarengi dengan peningkatan kuantitas sumber daya manusia yang berkualitas untuk masa sekarang dan masa-masa yang akan datang perlu mendapat perhatian yang serius dalam penanganannya sehingga

potensinya dapat dimanfaatkan dalam pelayanan kesehatan pada masyarakat dengan baik. Untuk itu faktor sumber daya manusia diperlukan dalam peningkatan pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin. Kebijakan kesehatan yang dipengaruhi oleh sumber daya manusia

Kota Tanjungpinang dalam usahanya melakukan peningkatan pelayanan kesehatan pada masyarakat miskin melakukan berbagai kebijakan yang berkaitan dengan hal tersebut. Kebijakan tentang penempatan petugas pelayanan pada wilayah-wilayah tertentu, pengadaan sarana dan prasarana serta pemberian tunjangan insentif kepada petugas pelayanan kesehatan masyarakat miskin sehingga peran sumber daya manusia menentukan kebijakan seperti apa yang kemudian disesuaikan dengan keberadaan sumberdaya manusia tersebut baik dilihat dari kualitas maupun kuantitasnya

Selanjutnya komunikasi merupakan kebutuhan setiap orang, apapun jenis pekerjaannya dan latar belakang orang tersebut, sangat memerlukan komunikasi dalam melakukan aktivitas sehari-sehari, komunikasi dalam hal ini bermakna berinteraksi dengan segala jenis data, fakta-fakta yang ada maupun keterangan yang hanya berhubungan dengan pekerjaan dan kehidupan sehari-hari. komunikasi berarti penyaluran informasi, ide, dan sikap dari satu orang ke lainnya, sedangkan yang dimaksud dengan komunikasi adalah proses pengiriman informasi, ide dan sikap dari seorang kepada khalayak yang heterogen dalam jumlah tertentu melalui penggunaan chanel yang dikembangkan untuk tujuan tertentu. Hal ini merupakan pondasi untuk semua hubungan interpersonal, melalui komunikasi akan terjalin dan terjadinya

interaksi dan saling tukar informasi melalui komunikasi orang mempengaruhi sikap, perilaku dan pemahaman orang lain. Tujuan komunikasi adalah berhubungan dan mengajak dengan orang lain untuk mengerti apa yang kita sampaikan dalam mencapai tujuan. Keterampilan berkomunikasi diperlukan dalam bekerja sama dengan orang lain. Ada dua jenis komunikasi, yaitu verbal dan non verbal, komunikasi verbal meliputi kata-kata yang diucapkan atau tertulis, sedangkan komunikasi non verbal meliputi bahasa tubuh. Menurut bentuk komunikasi, ada yang disebut komunikasi satu arah dan komunikasi dua arah. Komunikasi satu arah berarti sebuah pesan dikirim dari pengirim ke penerima tanpa ada umpan balik. Komunikasi dua arah terjadi bila pengiriman pesan dilakukan dan mendapatkan umpan balik. Komunikasi berdasarkan besarnya sasaran terdiri dari komunikasi massa, komunikasi kelompok, dan komunikasi perorangan. Sedangkan komunikasi berdasarkan arah pesan terbagi atas; komunikasi satu arah dan komunikasi timbal balik.

Dalam penyusunan kebijakan maka hal yang paling mendasar adalah bagaimana komunikasi itu dapat berjalan dengan baik. Latar belakang kebijakan juga bersumber dari komunikasi, awal mula kebijakan dengan melakukan komunikasi mengenai kebijakan apa yang dikeluarkan oleh pemerintah dalam hal ini adalah pemerintah kota Tanjungpinang. Pemerintah kota Tanjungpinang menggunakan komunikasi dalam mengimplementasikan kebijakan yang berkaitan dengan jaminan kesehatan pada masyarakat miskin

Pemerintah kota Tanjungpinang sebelum mengeluarkan kebijakan kesehatan melakukan survey kelapangan untuk mengumpulkan data yang diperlukan dalam membuat kebijakan. Dalam mengumpulkan data tersebut maka Pemerintah kota Tanjungpinang menggunakan komunikasi beserta instrumen komunikasinya untuk memperoleh data tersebut. Dalam proses pembuatan dan pada akhirnya pelaksanaan dilapangan komunikasi dan perangkat instrumennya tetap menjadi media oleh pemerintah dalam menjalankan kebijakan. Sehingga dapat dikatakan mulai dari proses pengumpulan data (aspirasi masyarakat dan kebutuhannya) sampai pada implementasi kebijakan (tanggapan masyarakat terhadap kebijakan yang dikeluarkan oleh pemerintah) komunikasi mempengaruhi kebijakan yang dikeluarkan oleh pemerintah kota Tanjungpinang

Birokrasi sesuai dengan kedudukannya dalam sistem administrasi negara sifat dan lingkup pekerjaannya, akan menguasai pengetahuan dan informasi serta dukungan sumber daya yang tidak dimiliki pihak lain. Dengan posisi dan kemampuan sangat besar yang dimilikinya tersebut, birokrasi bukan saja mempunyai akses yang kuat untuk membuat kebijakan yang tepat secara teknis, tetapi juga yang mendapat dukungan yang kuat dari masyarakat. Birokrasi memegang peranan penting dalam perumusan, pelaksanaan, dan pengawasan berbagai kebijakan publik, serta dalam evaluasi kinerjanya dalam hal ini adalah kebijakan program jaminan kesehatan yang dikeluarkan oleh pemerintah kota Tanjungpinang. Dalam posisi yang strategis seperti itu, adalah logis apabila pada setiap perkembangan kebijakan, selalu terdapat kemungkinan dan upaya menarik birokrasi dalam menentukannya. Birokrasi

dimanfaatkan untuk mencapai, mempertahankan, atau pun memperkuat kebijakan khususnya kebijakan sebagai hasil dari produk pemerintah. Birokrasi mengemban misi menegakkan “kualitas, efisiensi, dan efektivitas pelayanan publik.

Pemerintah kota Tanjungpinang dalam membuat dan menerapkan suatu kebijakan terlebih dahulu melakukan analisis terhadap produk yang akan dikeluarkan. Kebijakan program jaminan kesehatan bagi masyarakat miskin di kota Tanjungpinang tentunya tidak begitu saja dikeluarkan oleh pemerintah, melainkan melalui berbagai proses dan pertimbangan yang matang. Hal ini sesuai dengan visi dan misi pemerintah kota Tanjungpinang. sikap ini lah yang mendasari munculnya kebijakan mengenai jaminan kesehatan bagi masyarakat miskin melalui program Askes.

Pada pembahasan berikutnya peneliti melakukan penelitian yang lebih fokus pada substansi penelitian yang meliputi visi dan misi, kemauan politik, kemampuan finansial, tuntutan masyarakat, serta menggali faktor-faktor penghambat dan mendukung, saran serta harapan dalam kebijakan jaminan kesehatan bagi masyarakat miskin di Kota Tanjungpinang

1. Visi dan Misi

Fokus yang diinginkan dalam penelitian ini adalah : a). Visi dan misi terhadap jaminan penyelenggaraan jaminan kesehatan masyarakat miskin, b). Keberpihakan dan harapan visi dan misi pemerintah Kota terhadap kepentingan dan kebutuhan masyarakat miskin dan, c). tanggapan tentang isu kesehatan sebagai isu strategis.

a. Visi dan misi terhadap penyelenggaraan jaminan kesehatan masyarakat miskin

Visi merupakan cita-cita atau keinginan dari pemerintah yang akan diwujudkan secara bersama-sama. Misi merupakan pernyataan tegas untuk mewujudkan tujuan pemerintah dengan menyertakan nilai-nilai dasar yang dianutnya.

Hasil wawancara dengan *stakeholder* tentang visi dan misi terhadap penyelenggaraan jaminan kesehatan adalah sebagai berikut :

- 1) Menyentuh kebutuhan masyarakat,
- 2) Menanamkan bahwa kesehatan merupakan modal dan investasi bagi masyarakat miskin agar lebih produktif,
- 3) Menjamin masyarakat miskin untuk mendapatkan akses pelayanan kesehatan,
- 4) Pemerintah kota Tanjungpinang mempunyai perhatian dan mendukung adanya kepastian jaminan bagi masyarakat miskin.

Hasil wawancara diatas menunjukkan bahwa sebagian besar *stakeholder* mempunyai visi dan misi yang mendukung dan responsif terhadap visi dan misi penyelenggaraan jaminan kesehatan masyarakat miskin.

Penelusuran pada Dinas Kesehatan sebagai instansi yang secara teknis sebagai instansi pelayanan publik pelaksana jaminan kesehatan masyarakat miskin mempunyai gambaran visi yang mengarah pada kehidupan masyarakat yang sehat, dengan salah satu misinya adalah melaksanakan dan meningkatkan pembiayaan program kesehatan dan jaminan pemeliharaan kesehatan bagi keluarga miskin melalui

anggaran pusat, daerah dan swasta.

Misi ini menunjukkan bahwa Dinas Kesehatan sudah mempunyai komitmen untuk melaksanakan dan meningkatkan pembiayaan jaminan pemeliharaan kesehatan bagi masyarakat miskin dengan mengupayakan anggaran pusat, anggaran daerah dan dana dari swasta.

Informan menghendaki pemerintah kota Tanjungpinang perlu membangun komitmen bersama untuk mewujudkan visi dan misi terhadap jaminan kesehatan masyarakat miskin dengan menempatkan kesehatan menjadi salah satu prioritas pembangunan kota.

b. Keberpihakan dan harapan visi dan misi pemerintah kota

Wawancara tentang keberpihakan visi dan misi pemerintah terhadap jaminan kesehatan masyarakat, Informan menyatakan bahwa visi dan misi pemerintah kota Tanjungpinang memprioritaskan pembangunan berbasis masyarakat termasuk masyarakat miskin. Hal ini menghendaki bahwa pemerintah daerah harus mempunyai prospektif yang tajam dan luas dalam melihat persoalan kesehatan dan memprioritaskan pembangunan berbasis masyarakat.

c. Tanggapan tentang isu kesehatan sebagai isu strategis

Melihat konsistensi visi dan misi yang disampaikan oleh Informan secara umum dinyatakan bahwa isu kesehatan merupakan isu yang sangat strategis .

Wawancara dengan Informan memberikan pandangan sebagai berikut:

- 1) Kesehatan sebagai kebutuhan dasar dan menjadi komoditi politik paling strategis dalam pembangunan.
- 2) Kesehatan mempunyai selling point yang kuat dalam menetapkan prioritas pembangunan,
- 3) Kesehatan sebagai salah satu indikator yang ada dalam *minimum development index*

Pernyataan diatas menunjukkan bahwa kesehatan dipandang sebagai modal dasar dan investasi untuk kehidupan, kesehatan sebagai salah satu ukuran indeks pembangunan. Pemahaman tentang kesehatan secara utuh diakui sangat kurang dikalangan para politisi, selama ini kesehatan diartikan terlalu sempit, hal ini sebagai akibat lemahnya promosi atau advokasi terhadap pihak-pihak yang mempunyai pengaruh dalam penyusunan dan pengambilan kebijakan publik. Kesehatan sebagai isu yang sangat strategis perlu ditanamkan lebih mendalam bahwa kesehatan merupakan modal dasar, bukan *lips service* semata dikalangan politisi. Pernyataan ini didukung dan menjadi harapan dari Informan lain, bahwa kesehatan harus dipahami secara utuh pada waktu sekarang dan pada waktu yang akan datang baik oleh masyarakat umum maupun politisi dan birokrat, sehingga menempatkan kesehatan sebagai kebutuhan dasar.

Hasil wawancara tentang visi dan misi terhadap penyelenggaraan jaminan kesehatan bagi masyarakat miskin di kota Tanjungpinang tersebut diatas dapat diinterpretasi, bahwa secara tegas stakeholder telah mempunyai visi dan misi yang mendukung dan responsif terhadap penyelenggaraan program jaminan kesehatan masyarakat miskin di kota Tanjungpinang. Visi dan misi mengarah kepada

pemenuhan kebutuhan dasar masyarakat miskin dan kepastian jaminan kesehatan masyarakat.

2. Kemauan Politik

Kemauan Politik dimaksudkan sebagai suatu tanggapan atau *responsivitas stakeholder* berkaitan dengan kebutuhan publik yang menjadi urusan dan harus diselesaikan yaitu jaminan kesehatan masyarakat miskin. Fokus penelitian diarahkan kepada : a).*responsivitas* pemerintah kota terhadap kebijakan jaminan kesehatan masyarakat miskin, b).rencana otonomi daerah terhadap jaminan kesehatan masyarakat miskin dan, c).program yang diinginkan pemerintah kota Tanjungpinang terhadap kebijakan jaminan kesehatan masyarakat miskin.

a. Responsivitas pemerintah kota terhadap kebijakan jaminan kesehatan masyarakat miskin

Responsivitas pemerintah kota dimaksudkan sebagai konsekuensi terhadap perubahan kebijakan yang sering berubah-ubah dan menuntut *stakeholder* untuk bekerja lebih profesional dengan mengakomodir kebutuhan masyarakat ke dalam program dan kegiatan pemerintah. Hasil wawancara menunjukkan bahwa :

- 1) Jaminan kesehatan masyarakat miskin dan kelompok rentan dijadikan salah satu indikator dalam kebijakan umum anggaran pembangunan,
- 2) Pemerintah kota memberikan jaminan/kepastian pelayanan kesehatan kepada masyarakat miskin dan memberikan dukungan kepada unit pelayanan kesehatan dasar seperti Puskesmas,

- 3) Pemerintah kota melaksanakan program yang bersifat nasional dan ikut bertanggungjawab dalam pembiayaan dan dalam pengawasan.

Hasil wawancara diatas menunjukkan bahwa pemerintah kota Tanjungpinang mempunyai responsivitas yang baik untuk melanjutkan kebijakan memberikan kelangsungan jaminan kesehatan masyarakat miskin untuk meningkatkan kesejahteraan masyarakat miskin.

b. Otonomi daerah terhadap jaminan kesehatan masyarakat miskin

Hasil wawancara terhadap peran otonomi daerah dalam jaminan kesehatan masyarakat miskin memberikan pendapat sebagai berikut :

- 1) Pemerintah kota melaksanakan kewenangan yang diserahkan oleh Pemerintah Pusat kepada daerah yaitu urusan wajib bidang kesehatan dan mengembangkan jaminan kesehatan sosial,
- 2) Pemerintah kota memprioritaskan jaminan kesehatan masyarakat miskin dalam pembangunan kota,
- 3) Pemerintah kota Tanjungpinang mengacu pada program nasional memilih asuransi kesehatan sebagai model jaminan kesehatan masyarakat miskin,
- 4) Pemerintah kota Tanjungpinang dalam menyusun kebijakan jaminan kesehatan masyarakat miskin memperhatikan sistem kebijakan, tatalaksana kebijakan dan budaya hukum yang sesuai kondisi yang ada.

Pendapat diatas menunjukkan bahwa jaminan kesehatan masyarakat miskin merupakan bagian dari urusan kesehatan yang menjadi urusan wajib pemerintah

c. Program yang diinginkan terhadap jaminan kesehatan masyarakat miskin

Wawancara dengan Informan tentang program yang diinginkan terhadap jaminan kesehatan masyarakat miskin di kota Tanjungpinang adalah sebagai berikut :

- 1) Asuransi kesehatan sebagai alternatif pembiayaan kesehatan masyarakat miskin yang bisa dikembangkan untuk menjaga sustainabilitas
- 2) Premi asuransi kesehatan masyarakat miskin disubsidi oleh pemerintah kota
- 3) Meneruskan dan mengembangkan asuransi kesehatan bagi masyarakat miskin
- 4) Menjamin kelangsungan penyelenggaraan jaminan kesehatan masyarakat miskin sesuai dengan komitmen yang dibuat antara Pemerintah Pusat dan Pemerintah Daerah.

Model asuransi kesehatan merupakan alternatif yang diinginkan oleh stakeholder dalam pemilihan model program jaminan kesehatan masyarakat miskin . Hasil wawancara tentang kemauan politik pemerintah kota Tanjungpinang terhadap penyelenggaraan jaminan kesehatan bagi masyarakat miskin tersebut diatas dapat diinterpretasikan, bahwa kemauan politik dari pemerintah kota Tanjungpinang sudah ada, yaitu : a). adanya respon melanjutkan program jaminan kesehatan yang sudah ada, b). melaksanakan kewenangan wajib bidang kesehatan termasuk menjamin kesehatan masyarakat miskin sebagai prioritas kebijakan pembangunan kota Tanjungpinang dan, c). memilih model asuransi kesehatan sosial sebagai alternative pembiayaan kesehatan masyarakat miskin

3. Kemampuan Finansial

Wawancara untuk menggali kemampuan keuangan daerah diarahkan untuk melihat : a) kemampuan keuangan daerah, pembiayaan sektor kesehatan dan pembiayaan kesehatan masyarakat miskin b) Potensi pengembangan asuransi kesehatan sosial, c) regulasi program asuransi kesehatan sosial dan, d) badan penyelenggara asuransi kesehatan sosial.

a. Kemampuan keuangan daerah, pembiayaan sektor kesehatan dan pembiayaan kesehatan masyarakat miskin

Hasil wawancara menunjukkan dengan Informan memberikan gambaran keuangan daerah sebagai berikut :

- 1) Anggaran daerah belum cukup memadai, sumber anggaran dari PAD,DAU dan DAK
- 2) Anggaran kesehatan belum memadai dimana anggaran berasal dari APBD
- 3) Pemerintah kota Tanjungpinang menyediakan anggaran bagi masyarakat miskin yang belum mendapat jaminan dari PT.Askes.
- 4) PAD dapat digali dari macam-macam sumber yang ada di Tanjungpinang.

Kemampuan keuangan pemerintah kota Tanjungpinang belum cukup memadai, namun anggaran daerah setiap tahun cenderung meningkat, sumber keuangan yang berasal dari PAD, DAU dan DAK. Pemerintah kota akan meningkatkan PAD dengan merestrukturisasi pajak-pajak daerah, merevisi besaran retribusi pada Perda-perda yang sudah tidak relevan dengan kondisi ekonomi sekarang.

b. Potensi Pengembangan Asuransi Kesehatan Sosial

Alternatif pembiayaan kesehatan yang dipilih dengan model asuransi kesehatan sosial merupakan langkah maju dalam mengembangkan kewenangan daerah sesuai pasal 22 (h) Undang-Undang No.32 Tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah, yaitu kewajiban mengembangkan jaminan sosial.

Hasil wawancara memberikan gambaran potensi yang mungkin dikembangkan asuransi kesehatan sosial sebagai berikut :

- 1) Pengembangan jaminan sosial masyarakat miskin dikembangkan dengan model asuransi kesehatan sosial,
- 2) Perhitungan premi dipakai patokan awal seperti Askeskin yang dikelola PT.Askes,
- 3) Sumber pembiayaan dimungkinkan memobilisasi dana dari PAD/APBD, dari swasta sebagai bapak asuh, pajak industri dan anggaran pusat seperti DAU,
- 4) Pengembangan awal 25% penduduk Tanjungpinang di proteksi dengan asuransi kesehatan sosial.

Hasil wawancara diatas menunjukkan bahwa jaminan kesehatan masyarakat miskin dengan model asuransi kesehatan sosial sudah harus mulai dianggarkan .

c. Regulasi Program Asuransi Kesehatan Sosial

Hasil wawancara memperlihatkan tentang Badan Penyelenggara asuransi kesehatan sosial di kota Tanjungpinang sebagai berikut :

- 1) Pemerintah kota Tanjungpinang untuk sementara tahap awal memilih PT. Askes sebagai Badan Penyelenggara asuransi kesehatan sosial,
- 2) Pemerintah kota Tanjungpinang berkeinginan mengelola sendiri asuransi kesehatan sosial dengan membentuk unit khusus setelah ada tenaga yang mempunyai kompetensi bidang asuransi.

Informan cenderung memilih PT. Askes, hal ini sangat dimungkinkan sekali karena di kota Tanjungpinang belum ada badan penyelenggara jaminan kesehatan sosial lain, menurut pandangan Informan PT. Askes selama ini sudah mengelola asuransi kesehatan .

Hasil wawancara tentang kemampuan finansial pemerintah kota Tanjungpinang terhadap penyelenggaraan jaminan kesehatan bagi masyarakat miskin tersebut diatas dapat diinterpretasi, bahwa kemampuan keuangan daerah kota Tanjungpinang relative memadai untuk membiayai pembangunan kota, secara normal anggaran pembangunan cenderung meningkat setiap tahun, dengan sumber anggaran daerah berasal dari PAD, DAU dan DAK. Anggaran kesehatan untuk jaminan kesehatan masyarakat miskin secara khusus belum dianggarkan dalam APBD kota Tanjungpinang, pembiayaan selama ini bersumber dari anggaran pemerintah pusat.. Pemerintah kota Tanjungpinang mempunyai keinginan untuk membiayai sendiri dengan menggali potensi sumber dana seperti kompensasi pajak industri (*earmarked tax*) dan pengikutsertaan pihak swasta atau pengusaha setempat sebagai bapak asuh dan masih mengharapkan subsidi dari pemerintah pusat.

Regulasi pelaksanaan program jaminan kesehatan sosial jangka pendek diatur

melalui peraturan walikota (PW), jangka panjang Peraturan Daerah (Perda). Badan pengelola asuransi kesehatan sosial sementara dipilih PT. Askes sebagai pengelola, dan tidak menutup kemungkinan pemerintah kota Tanjungpinang akan dikelola sendiri dengan membentuk unit khusus.

4 Tuntutan Masyarakat

Tuntutan masyarakat merupakan bentuk responsivitas publik berkaitan dengan kemampuan pemerintah dalam pemenuhan kebutuhan masyarakat. Fokus wawancara dalam penelitian ini akan melihat tuntutan masyarakat dalam kebijakan jaminan kesehatan masyarakat miskin, meliputi : a). penetapan kriteria masyarakat miskin, b). Pelayanan kesehatan masyarakat Puskesmas dan Rumah Sakit , c). peran serta masyarakat dalam penyelenggaraan jaminan kesehatan masyarakat miskin dan, d). pelayanan kesehatan rujukan bagi pemegang SKTM di Rumah Sakit.

a. Penetapan kriteria masyarakat miskin

Penetapan kriteria masyarakat miskin penting agar tidak menjadi pertentangan dimasyarakat yaitu salah sasaran. Kenyataan beberapa instansi mempunyai kriteria masyarakat miskin yang berbeda, sehingga menimbulkan asumsi pemerintah kurang sensitif terhadap persoalan yang muncul di masyarakat.

Hasil wawancara dengan Informan terhadap penetapan kriteria masyarakat miskin adalah sebagai berikut :

- 1) Penetapan kriteria masyarakat miskin dipergunakan kriteria dari BPS dan BKBKS (BKKBN).
- 2) Pemerintah kota membutuhkan tim perumus atau tim verifikasi masyarakat miskin sesuai kondisi kota Tanjungpinang yang dikoordinasi oleh Bappeda dengan bagian Sosial,
- 3) Hasil penetapan kriteria masyarakat miskin sebagai suatu kebijakan pemerintah kota Tanjungpinang yang dapat dipakai sebagai acuan bagi dinas-dinas/instansi yang mempunyai program yang berkaitan dengan masalah kemiskinan,
- 4) Hasil penetapan kriteria masyarakat miskin disosialisasikan agar semua masyarakat Tanjungpinang mengetahui dan menerima kebijakan Pemerintah Kota Tanjungpinang.

Hasil wawancara tersebut diatas menunjukkan bahwa penetapan kriteria masyarakat masih belum tegas, ada keraguan dalam penetapan kriteria. Pernyataan Informan diatas terlihat cenderung memakai kriteria masyarakat miskin untuk BLT dari BPS, kenyataan kriteria ini juga menimbulkan perbedaan secara riil di lapangan. Fakta lain juga didapatkan bahwa dalam penetapan kriteria masyarakat miskin di daerah terlalu kaku, hanya berpedoman pada petunjuk pelaksanaan dan petunjuk teknis dari Pusat tanpa melihat kondisi lapangan di daerah. Munculnya perdebatan dalam penetapan kriteria masyarakat miskin, pemerintah kota mempunyai gagasan membentuk tim untuk merumuskan kriteria dan menetapkan masyarakat

miskin yang cocok dengan kondisi kota Tanjungpinang.

b. Pelayanan kesehatan masyarakat Puskesmas dan rumah sakit

Hasil wawancara dengan Informan terhadap pelayanan kesehatan baik di Puskesmas maupun dirumah sakit terutama dalam pelayanan kesehatan masyarakat miskin adalah :

- 1) Pelayanan kesehatan di Puskesmas dan rumah sakit masih ada keluhan, belum memuaskan dan perlu ditingkatkan.
- 2) Dalam menjamin Askes pelayanan kesehatan masyarakat miskin dianjurkan tidak ada penolakan terhadap orang miskin.
- 3) Puskesmas dan rumah sakit melakukan sosialisasi tentang prosedur pelayanan, peraturan jam pelayanan kesehatan,
- 4) Petugas pelaksana baik di Puskesmas dan rumah sakit melaksanakan pelayanan kesehatan sesuai dengan aturan jam kerja dan menunjukkan sikap yang baik dan wajar.

Hal ini menunjukkan bahwa sebagian besar menyampaikan pelayanan perlu ditingkatkan, sikap petugas yang kurang ramah. Pelayanan petugas terkesan tidak mengikuti peraturan jam kerja yang telah ditetapkan pemerintah kota, hal ini terlihat banyak pasien diruang tunggu pelayanan belum dimulai, loket belum dibuka karena petugas belum datang.

c. Peran serta masyarakat dalam penyelenggaraan jaminan kesehatan masyarakat miskin

Harapan yang diinginkan adanya peran serta masyarakat, yaitu melihat seberapa jauh masyarakat berperan dan terlibat dalam penyelenggaraan jaminan kesehatan masyarakat miskin. Hasil wawancara menunjukkan bahwa:

- 1) Masyarakat memenuhi hak dan kewajibannya, masyarakat miskin memperoleh hak berobat dengan cuma-cuma dan kewajibannya mentaati peraturan yang ada,
- 2) Masyarakat yang mampu peduli terhadap orang lain, mendukung dan membantu pemerintah dalam pembangunan untuk kepentingan masyarakat miskin,
- 3) Masyarakat terlibat dalam menetapkan dan melaksanakan kebijakan jaminan kesehatan masyarakat miskin.

d. Pelayanan kesehatan rujukan bagi pemegang SKTM di rumah sakit

Informan memberikan pendapat tentang pelayanan kesehatan rujukan bagi pemegang SKTM bahwa perlunya koordinasi di rumah sakit, sebagai berikut :

- 1) Memerlukan koordinasi antara pemerintah kota, pemerintah provinsi, PT Askes dan RSUD.
- 2) Ada informasi, sosialisasi, dan komunikasi tentang pedoman pelaksanaan jaminan kesehatan masyarakat miskin secara internal kepada seluruh pelaksana di RSUD.
- 3) Ada informasi bahwa program jaminan kesehatan masyarakat miskin menjamin semua masyarakat miskin termasuk pemegang SKTM.

Fakta tersebut diatas mengindikasikan bahwa masih kurangnya sosialisasi secara internal pada RSUD kota Tanjungpinang terutama pada petugas pelayanan tentang pedoman dan prosedur pelayanan kesehatan masyarakat miskin. Pedoman pelaksanaan pelayanan kesehatan masyarakat miskin sudah cukup jelas bahwa pemerintah menjamin masyarakat miskin untuk mendapatkan pelayanan rujukan dengan bukti SKTM, yang dikeluarkan pihak kelurahan.

Mereka mempunyai hak untuk mendapatkan pelayanan kesehatan meskipun tidak memiliki kartu Askeskin . Hasil wawancara tentang tuntutan masyarakat terhadap penyelenggaraan jaminan kesehatan bagi masyarakat miskin tersebut diatas dapat diinterpretasi, bahwa penetapan kriteria masyarakat miskin belum tegas, ada keraguan dalam penetapan kriteria. Pemerintah kota Tanjungpinang mempunyai gagasan membentuk tim untuk merumuskan criteria dan menetapkan masyarakat miskin yang cocok dengan kondisi kita. Pelayanan kesehatan masyarakat miskin di puskesmas maupun di rumah sakit perlu ditingkatkan dan tidak ada penolakan terhadap pasien dari masyarakat yang memiliki SKTM. Harapan pemerintah masyarakat yang mampu partisipasi membantu dalam sosialisasi program jaminan kesehatan bagi masyarakat miskin, mereka harus peduli terhadap orang yang tidak mampu.

5. Hambatan, Dukungan, Saran dan Harapan

Hal lain yang ingin digali dalam penelitian ini untuk mengembangkan jaminan kesehatan bagi masyarakat miskin adalah: a) faktor-faktor yang potensi menghambat dan mendukung program jaminan pemeliharaan kesehatan masyarakat

miskin, b) saran dalam pelaksanaan program jaminan pemeliharaan kesehatan masyarakat miskin dan c) harapan kebijakan yang akan diambil dalam mempertahankan kelangsungan kesehatan masyarakat miskin.

a. Faktor-faktor yang potensi menghambat dan mendukung program jaminan pemeliharaan kesehatan masyarakat miskin

Hasil wawancara dengan Informan berkaitan dengan faktor-faktor yang potensi menghambat dan mendukung program jaminan pemeliharaan kesehatan masyarakat miskin adalah sebagai berikut :

- 1) Faktor penghambat dalam jaminan kesehatan masyarakat miskin adalah ketersediaan anggaran dan rendahnya pemahaman asuransi kesehatan oleh masyarakat dan stakeholder, rendahnya komunikasi pada instansi terkait dalam penanganan masalah kemiskinan serta jumlah SDM yang masih kurang memadai dalam melakukan pelayanan kesehatan.
- 2) Faktor pendukung dalam jaminan kesehatan masyarakat miskin adalah adanya kewenangan daerah untuk mengembangkan jaminan kesehatan untuk memenuhi kebutuhan masyarakat miskin.
- 3) Hal lain yang penting adalah komitmen pemerintah yang kuat untuk mengurangi hambatan dan memperkuat dukungan dalam mewujudkan jaminan kesehatan masyarakat miskin.

b. Saran dalam pelaksanaan program jaminan pemeliharaan kesehatan masyarakat miskin

Dalam wawancara Informan memberikan saran dalam pelaksanaan program

jaminan pemeliharaan kesehatan masyarakat miskin di Kota Tanjungpinang :

- 1) Pemerintah kota Tanjungpinang mempunyai etika membangun komitmen yang kuat dalam mewujudkan jaminan kesehatan masyarakat miskin sesuai dengan kewenangan dalam otonomi daerah dengan segala konsekuensinya termasuk pembiayaannya.
- 2) Perlu adanya sosialisasi tentang asuransi kesehatan sosial kepada seluruh masyarakat termasuk stakeholder misalnya melalui seminar dan lain sebagainya.
- 3) Adanya perhatian pemerintah Kota Tanjungpinang dalam menetapkan jumlah orang miskin sebagai dasar perhitungan kebutuhan anggaran dalam menjamin Askes pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin.

c. Harapan kebijakan yang akan diambil dalam mempertahankan kelangsungan kesehatan masyarakat miskin

Harapan Informan terhadap kebijakan yang akan diambil pemerintah kota Tanjungpinang dalam mempertahankan kelangsungan menjamin kesehatan masyarakat miskin adalah sebagai berikut :

- 1) Pemerintah Kota Tanjungpinang mengembangkan jaminan sosial model asuransi kesehatan sosial bagi masyarakat miskin sesuai dengan kewenangan yang diberikan oleh pemerintah pusat.
- 2) Pemerintah Kota Tanjungpinang mempunyai komitmen mempertahankan jaminan kesehatan masyarakat miskin sesuai dengan kemampuan daerah.

Harapan ini merupakan konsistensi pemerintah kota Tanjungpinang melanjutkan dan mengembangkan program jaminan kesehatan bagi masyarakat miskin sesuai kewenangan yang diberikan oleh pemerintah pusat.

Hasil wawancara tentang hambatan, dukungan, saran dan harapan terhadap penyelenggaraan jaminan kesehatan bagi masyarakat miskin dapat diinterpretasi, bahwa faktor-faktor yang berpotensi menghambat dalam penyelenggaraan jaminan kesehatan masyarakat miskin di kota Tanjungpinang adalah finansial dan lemahnya pemahaman tentang asuransi kesehatan sosial dimasyarakat umum maupun dikalangan pemerintahan, lemahnya komitmen politik pemerintah.

Faktor-faktor pendukung yang memungkinkan dilaksanakannya program jaminan kesehatan masyarakat miskin yaitu : a) pemerintah kota Tanjungpinang menetapkan indikatornya adalah jaminan kesehatan masyarakat miskin dan rentan, didalam renstra penanggulangan kemiskinan dan dokumen kebijakan umum pembangunan kota, b) adanya kewenangan dalam urusan kesehatan dan pengembangan jaminan sosial di daerah. Saran Informan lebih menekankan adanya komitmen politik yang kuat dari pemerintah kota Tanjungpinang untuk mewujudkan jaminan kesehatan masyarakat miskin secara kongkrit termasuk langkah-langkah sosialisasi tentang asuransi kesehatan social, penyusunan anggaran, dan penyusunan formulasi kebijakan jaminan kesehatan masyarakat miskin.

Harapan yang diinginkan adalah konsistensi pemerintah kota Tanjungpinang dalam melanjutkan dan mengembangkan program jaminan kesehatan masyarakat miskin serta menjamin percepatan pencapaian indikator-indikator pada rencana

strategis penanggulangan kemiskinan dan kebijakan umum pembangunan kota Tanjungpinang.

B. Pembahasan

Pada era otonomi daerah mengharuskan pemerintah daerah mempunyai kreativitas yang tinggi, terutama yang berkaitan dengan upaya penggalan sumber-sumber pendapatan untuk mendukung pembiayaan pembangunan di daerah. Pembiayaan sektor kesehatan pembiayaan dapat dilakukan dengan cara penggalan sumber-sumber keuangan daerah serta mobilisasi dana dari pemerintah dan masyarakat. Selanjutnya untuk pembangunan di daerah dapat digali sumber-sumber pendapatan yang berasal dari 1) pendapatan asli daerah, yaitu hasil pajak daerah, hasil retribusi daerah, hasil perusahaan milik daerah, hasil pengelolaan kekayaan daerah yang dipisahkan dan pendapatan asli daerah yang sah, 2) dana perimbangan, yaitu bagian dari penerimaan pajak bumi bangunan, bea perolehan atas tanah dan bangunan, dan penerimaan dari sumber daya alam, dana alokasi umum, serta dana alokasi khusus, 3) pinjaman daerah dan 4) lain-lain pendapatan daerah yang sah.

Untuk meningkatkan pembiayaan kesehatan menurut Mukti (2003) dapat dilakukan dengan penggalan sumber-sumber baik pemerintah maupun dari masyarakat dengan cara mobilisasi dana kesehatan di daerah. Mobilisasi dana kesehatan yang dimaksud meliputi: 1) mobilisasi dana pemerintah daerah, yakni dana yang dapat diperoleh dari dana alokasi umum (DAU), dana alokasi khusus (DAK), dana perimbangan, pinjaman dan bantuan. Hal pokok yang harus diketahui dalam

mobilisasi dana kesehatan di daerah yaitu informasi seberapa besar biaya kesehatan yang dibutuhkan serta bagaimana dapat melindungi kelompok tidak mampu, 2) mobilisasi dana masyarakat, yakni dengan meningkatkan user fees melalui penyesuaian tarif dan otonomi pusat-pusat pelayanan kesehatan baik rumah sakit maupun puskesmas, 3) mobilisasi dana kesehatan melalui donatur, yakni dapat dilakukan dengan penggalangan dana kesehatan dari donatur kemanusiaan dan kegiatan pengembangan asuransi kesehatan dan jaminan pemeliharaan kesehatan masyarakat yaitu diperlukan peningkatan pengetahuan dan kesadaran tentang perceived financial risk terhadap kesehatan oleh masyarakat, serta penguatan peran pemerintah sebagai political will di daerah. Berdasarkan pada pertanyaan penelitian, pada bagian ini dibahas tentang prospek kebijakan jaminan kesehatan bagi masyarakat miskin di Kota Tanjungpinang sebagai alternatif pembiayaan kesehatan yang efektif dalam menjamin kelangsungan jaminan kesehatan masyarakat miskin. Variable penelitian meliputi visi dan misi, kemauan politik, finansial, tuntutan masyarakat, dan hambatan, dukungan, saran serta harapan dalam penyelenggaraan program jaminan kesehatan bagi masyarakat miskin.

1. Visi dan Misi

Pembiayaan kesehatan di Kota Tanjungpinang semenjak tahun 2005 dianggarkan dari dana pusat yaitu melalui program JPSBK Bidang Kesehatan dan PKPS BBM Bidang Kesehatan. Kebijakan pembiayaan kesehatan masyarakat miskin oleh pemerintah pusat membuat pemerintah daerah merasa bahwa urusan orang

miskin menjadi urusan pemerintah pusat. Hal ini akan mempengaruhi visi dan misi stakeholder dalam struktur pemerintahan, menjadikan kesehatan masyarakat miskin belum menjadi prioritas untuk dijadikan urusan pemerintah daerah. Terjadinya perubahan kebijakan jaminan kesehatan masyarakat miskin selalu berkembang seiring dengan perkembangan isu-isu social yang dinamis yang menyangkut kesehatan, hal ini membuat stakeholder mulai melakukan penyesuaian-penyesuaian terhadap pelaksanaan kebijakan di daerah sesuai dengan kondisi yang dimiliki oleh daerah.

Hasil wawancara dengan Informan bahwa pemerintah Kota Tanjungpinang sudah mempunyai visi dan misi yang mengarah kepada peningkatan kesejahteraan sosial masyarakat termasuk upaya meningkatkan derajat kesejahteraan masyarakat miskin dan produktivitas ekonomi masyarakat. Kesehatan menjadi isu strategis dalam membangun kesehatan di Kota Tanjungpinang, hal ini membawa konsekuensi bahwa visi dan misi pemerintah kota Tanjungpinang mempunyai prospektif yang lebih tajam dan luas terhadap menanggapi persoalan kesehatan masyarakat miskin.

Pemerintah kota Tanjungpinang menempatkan kesehatan sebagai dasar dan menjadi ukuran indeks pembangunan manusia (*Human Development Index/HDI*). Tingkat kesehatan manusia merupakan salah satu komponen penting dalam penilaian *Human Development Index*. Dinas Kesehatan merupakan sektor terkait langsung dalam pembangunan kesehatan menempatkan salah satu misinya untuk kepentingan masyarakat miskin yaitu melaksanakan dan meningkatkan pembiayaan program kesehatan dan jaminan pemeliharaan kesehatan serta menjamin pemeliharaan

kesehatan bagi keluarga miskin melalui anggaran pusat, daerah dan swasta. Hal ini menunjukkan bahwa misi Dinas Kesehatan ini konsisten dengan prioritas pembangunan Kota Tanjungpinang.

Misi ini dipertajam secara spesifik dengan menempatkan salah satu indikator kinerja kebijakan umum anggaran pendapatan dan belanja daerah Pemerintah Kota Tanjungpinang yaitu cakupan jaminan pemeliharaan kesehatan keluarga miskin dan rentan yang cukup besar. Bukti ini menunjukkan bahwa visi dan misi pemerintah kota Tanjungpinang sudah eksis kepada penjamin kesehatan masyarakat miskin.

Melihat bukti-bukti demikian, maka pemerintah kota Tanjungpinang sudah memperdulikan masalah keadilan sosial bagi masyarakat miskin dan kelompok rentan, seperti halnya pemerintah Amerika Serikat dengan programnya *medicaid*, yaitu program asuransi kesehatan bagi kelompok berpendapatan rendah atau miskin. Praktek-praktek seperti ini memperlihatkan bahwa visi dan misi pemerintah daerah kota Tanjungpinang menganut *equity agaliter*, pemerintah mempunyai peranan yang penting dan pelayanan kesehatan didistribusikan menurut kebutuhan.

Menjamin dilaksanakannya desentralisasi bidang kesehatan, pemerintah kota Tanjungpinang memberikan pelayanan kesehatan masyarakat secara adil dan merata tanpa membedakan antar golongan masyarakat yang satu dengan yang lain, menjamin tersedianya pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin dan kelompok rentan, hal ini terkait dengan ketersediaan dana dari berbagai sumber, efesiensi anggaran dan pelayanan yang bersifat *public goods*

Menurut Departemen Kesehatan (2003) langkah-langkah kongkrit yang diharapkan mampu meningkatkan perlindungan kesehatan masyarakat miskin dan kelompok rentan pada desentralisasi adalah : a) pemerintah daerah dapat menjamin tersedianya pelayanan kesehatan masyarakat miskin dan kelompok rentan, b) pemerintah menjamin tersedianya pembiayaan *public goods* dan *private goods* bagi masyarakat miskin dan kelompok rentan dan c) pemerintah daerah harus memprioritaskan PAD, DAU dan DAK untuk masyarakat miskin dan kelompok rentan.

Dalam bagian visi dan misi ini peneliti melihat adanya gambaran yang positif dari pihak pembuat kebijakan, dalam hal ini adalah pemerintah Kota Tanjungpinang dalam mengimplementasikan kebijakan dibidang kesehatan terutama dengan adanya komitmen dari pemerintah dalam menjabarkan kerangka pembangunan secara umum terhadap peningkatan kualitas sumber daya manusianya melalui pemeliharaan jaminan kesehatan yang dituangkan kedalam visi dan misi serta progam dilapangan sehingga masyarakat khususnya masyarakat miskin merasakan manfaat dari visi dan misi tersebut.

Masyarakat sebagai pengguna kebijakan tentunya merasa belum puas terhadap kebijakan yang dikeluarkan oleh pemerintah kota Tanjungpinang mengenai program jaminan kesehatan masyarakat miskin, namun ditinjau dari visi dan misi yang gambarkan oleh pihak pembuat kebijakan, masyarakat menganggap visi dan misi tersebut sebagai bentuk dari sebuah komitmen yang positif terhadap program jaminan kesehatan. Para tokoh masyarakat yang berhasil diwawancarai oleh peneliti

dalam penelitian ini memandang visi dan misi ini memuat pesan yang penting sehingga perlu adanya pengawasan dan dukungan yang secara terus menerus untuk tetap dilakukan sehingga program jaminan kesehatan masyarakat miskin tersebut tidak hanya sebagai visi dan misi melainkan lebih lanjut untuk dapat dimanfaatkan implementasinya dalam kehidupan masyarakat khususnya masyarakat miskin.

2. Kemauan Politik

Pertimbangan politik umumnya dijadikan landasan untuk menjamin keamanan dan stabilitas. Politik berkenaan dengan cara bagaimana kebijakan jaminan kesehatan masyarakat miskin dirumuskan dan dikembangkan serta untuk diubah untuk memenuhi kebutuhan publik. Kemauan politik menunjuk pada individu-individu ataupun kelompok yang mempunyai kepentingan (*stakeholder*) ikut berpartisipasi atau berusaha mempengaruhi proses perumusan dan pengembangan kebijakan jaminan kesehatan masyarakat miskin.

Hasil wawancara tentang kemauan politik atau *political will* dari *stakeholder* menunjukkan adanya komitmen dari pemerintah kota Tanjungpinang untuk program jaminan kesehatan masyarakat miskin, antar lain: a) adanya respon melanjutkan program jaminan kesehatan yang sudah ada, b) melaksanakan kewenangan wajib bidang kesehatan termasuk menjamin kesehatan masyarakat miskin sebagai prioritas kebijakan pembangunan kota Tanjungpinang dan, c) memilih model asuransi kesehatan sosial sebagai alternative pembiayaan kesehatan masyarakat miskin.

Kemauan politik dapat mempengaruhi visi dan misi stakeholder pembuat kebijakan dan pembiayaan kesehatan, mereka dihadapkan pada 2 arah pilihan yaitu *equity egaliter* yang berarti adil dan merata tanpa memandang perbedaan status ekonomi melainkan tergantung dari kebutuhan kesehatan dan *equity libertarian* yaitu adil sesuai dengan kemampuan membayar dan berapa banyak uang yang dibayarkan

Pemerintah kota Tanjungpinang dalam memandang pilihan yang demikian, melihat dari keinginan sebagian besar Informandan kemungkinan mengarah pada *equity egaliter* yang menghendaki semua masyarakatnya wajib ikut asuransi kesehatan sosial tanpa memandang status ekonomi masyarakat, masyarakat miskin premi disubsidi oleh pemerintah.

Dalam pelaksanaan otonomi daerah keterlibatan *stakeholder* dalam keseluruhan proses kebijakan diharapkan mampu membuat kebijakan yang dapat mengakomodir kepentingan publik dan bukan kepentingan pembuat kebijakan. Keterlibatan *stakeholder* membuat kegiatan pemerintahan dan pembangunan menjadi lebih terbuka dan transparan bagi masyarakat luas. Beberapa hal yang penting yang berkaitan dengan peran *stakeholder* yang berkaitan dengan kebijakan jaminan kesehatan bagi masyarakat miskin, yaitu: a) apa yang akan terjadi sekiranya kebijakan yang ada atau sedang berjalan diteruskan, b) apa yang terjadi apabila isi kebijakan yang ada sekarang ini dirubah meniru kebijakan yang telah yang telah dipraktikkan ditempat lain dan, c) apakah kebijakan yang baru akan mendapatkan dukungan tokoh masyarakat khususnya para pelaku politik (Nugroho, 2004)

Fakta di kota Tanjungpinang menunjukkan bahwa Informan menginginkan pemerintah kota Tanjungpinang meneruskan kebijakan yang sudah ada dengan meniru kebijakan yang diharapkan dan telah dikembangkan ditempat lain dengan dukungan dari pelaku politik melalui DPRD.

Dukungan politis dari pemerintah kota Tanjungpinang menunjukkan dukungan yang sama dalam penelitian *Mulladin* (2005) memperlihatkan pemerintah daerah : a) sifat proaktif, ada perhatian terhadap rencana pengembangan program jaminan kesehatan masyarakat miskin, b) bersikap mendukung, ini ditunjukkan dengan adanya tanggapan yang positif terhadap ide-ide jaminan kesehatan masyarakat miskin, c) bersikap antusias, hal ini ditunjukkan adanya perhatian yang baik, ada keinginan sosialisasi tentang jaminan kesehatan sosial atau asuransi kesehatan sosial dan ingin membantu sosialisasi dan pemberdayaan masyarakat dalam rencana asuransi kesehatan sosial, d) terbuka, ini ditunjukkan dari adanya tanggapan yang mendukung dalam pemilihan dan perubahan pembiayaan kesehatan masyarakat miskin, e) mempunyai kepercayaan terhadap Dinas Kesehatan untuk membuat inovasi dalam pengembangan jaminan kesehatan sosial masyarakat miskin dan f) kesediaan menempuh resiko dalam pengembangan jaminan kesehatan masyarakat miskin, ini ditunjukkan ada kesediaan Wali kota dan Ketua DPRD membuat kesepakatan bersama menetapkan indikator jaminan kesehatan masyarakat miskin dan kelompok rentan dalam kebijakan umum anggaran pendapatan dan belanja daerah kota Tanjungpinang.

Kemauan politik yang ada merupakan peluang dan tantangan untuk mengawali praktek-praktek otonomi daerah (*political action*) sesuai kewenangan wajib yang diberikan kepada daerah. Pemerintah kota Tanjungpinang secara legal formal mempunyai nilai politis cukup kuat untuk merealisasikan dukungannya dalam menjamin kesehatan dasar yang esensial bagi masyarakat miskin.

Hukum yang dimaksud untuk mengatur dan mengembangkan kewenangan adalah:

- a) UUD 1945 amandemen pasal 28 H dan pasal 34 (ayat 1- ayat 4),
- b) UU No. 23 Tahun 1992 tentang Kesehatan,
- c) UU No. 32 Tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah khusus pasal 10 (ayat 1, ayat 2), pasal 11 (ayat 1- ayat 4), pasal 12 (ayat 1), pasal 13 (ayat 1 huruf e), pasal 22 huruf h, pasal 155 (ayat 1, ayat 2), pasal 156 (ayat 1) dan pasal 167 (ayat 1),
- d) UU No. 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial nasional.
- e) PP No. 65 Tahun 2005 (Pedoman Penyusunan Standar Pelayanan Minimal)
- f) SK Menkes RI No. 004/Menkes/SK/X/2003 tentang Kebijakan dan Strategi Desentralisasi Bidang Kesehatan,
- g) SK Menkes RI No. 1457/Menkes/SK/X/2003 tentang standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan di Kabupaten/Kota.
- h) SK Walikota Tanjungpinang No. 38 Tahun 2008 tentang Penetapan Jumlah Pemegang kartu Peserta Program Jaminan Kesehatan Masyarakat Miskin Kota Tanjungpinang,

- i) Renstra Penanggulangan Kemiskinan Kota Tanjungpinang Tahun 2005-2010 dan, Kebijakan Umum Anggaran Pendapatan Belanja Dinas Kota Tanjungpinang.

Keberadaan hukum tersebut di atas menuntut pemerintah Kota Tanjungpinang harus mengambil langkah-langkah aksi untuk mengembangkan kemampuan daerah dalam mengatur dan melaksanakan otonomi daerah demi kepentingan masyarakat secara optimal tanpa intervensi pemerintah pusat. Melakukan penyesuaian terhadap peraturan yang ditetapkan secara nasional sesuai dengan kondisi kota Tanjungpinang termasuk membuat inovasi kearah kemajuan dalam menyikapi potensi daerah.

3. Kemampuan Finansial

Kemampuan politik atau komitmen pemerintah daerah untuk menjamin kelangsungan pemeliharaan kesehatan masyarakat miskin sangat menentukan sekali, dan merupakan tanggung jawab pemerintah kota Tanjungpinang mewujudkan pelaksanaan otonomi daerah. Pelajaran yang menarik bagi daerah untuk dicermati ketika muncul kebijakan pemerintah melalui Departemen Kesehatan dengan SK Menkes RI No. 1241/Menkes/SK/XI/2004 dan SK Menkes RI No. 56/Menkes/SK/2005, memberikan pelajaran kepada daerah, bahwa daerah sudah mulai bertanggung jawab terhadap masyarakat miskin yang ada di daerahnya untuk mendapatkan jaminan kesehatan.

Pemerintah Kota Tanjungpinang turut menanggung beban pembiayaan kesehatan masyarakat miskin atas perbedaan jumlah masyarakat miskin yang dilaporkan BPS ke pemerintah pusat, kekurangan pembiayaan masyarakat miskin

yang belum dijamin oleh pemerintah pusat melalui PT. Askes menjadi tanggung pemerintah daerah.

Pemerintah kota Tanjungpinang dalam hal ini menyediakan anggaran sebesar Rp 286 460.000,- pada tahun 2008 untuk pembiayaan kesehatan bagi masyarakat miskin yang belum mendapatkan kepastian jaminan pelayanan kesehatan dari PT. Askes. Fakta ini menunjukkan pemerintah kota Tanjungpinang mempunyai komitmen untuk bersama-sama bertanggung jawab dalam menyediakan anggaran untuk jaminan kesehatan masyarakat miskin.

Fakta lain kalau diperhatikan sumber pembiayaan kesehatan masyarakat miskin. Anggaran kesehatan yang disediakan pemerintah kota Tanjungpinang sebesar Rp 286.460.000,- hal ini bila dibandingkan dengan kisaran anggaran pusat, maka anggaran tersebut masih tidak memadai.

Melihat fakta tersebut di atas, maka pemerintah kota Tanjungpinang masih perlu pemikiran lebih matang untuk mengalokasikan anggaran bagi kesehatan masyarakat miskin dengan alternatif model asuransi kesehatan, beberapa unsur penting yang perlu diperhatikan dalam pembiayaan kesehatan masyarakat miskin berbasis asuransi yaitu : efisiensi, kualitas, keterjangkauan (*affordability*), berkelanjutan (*sustainability*), daya tanggap (*responsivness*) subsidi silang, keadilan dan pemerataan (*equity*), portabilitas dan desentralisasi (Mukti, 2003).

Alternatif yang memungkinkan dapat digali potensinya di kota Tanjungpinang untuk mengatasi kekurangan anggaran pembiayaan kesehatan bagi masyarakat miskin diantaranya : a) menarik pajak kesehatan (*ear marked tax*) , yaitu

memberikan kompensasi dari pajak industri yang memberikan dampak menurunnya kualitas hidup manusia, b) mewajibkan semua orang yang mampu ikut asuransi kesehatan, yaitu mewujudkan subsidiaritas yang sehat membantu yang sakit dan yang kaya membantu yang miskin, c) menaikkan tarif pelayanan kesehatan bagi orang kaya atau mampu, khususnya pada rumah sakit dengan fasilitas VIP (Riyarto, 2002) dan d) mobilisasi dana kesehatan melalui donator kemanusiaan dan kegiatan agama, seperti Bazda (Mukti, 2003).

Beberapa prinsip penting harus diperhatikan dalam pembiayaan menurut Mukti (2000) yaitu : a) desentralisasi, oleh karena nuansa reformasi yang mengarah pada pemerintah daerah, b) solidaritas, yaitu semua masyarakat harus bergotong royong dan ikut memberikan andil dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan, c) subsidiaritas, dimana yang kaya membantu yang miskin, yang sehat membantu yang sakit, d) efisiensi, dalam mengelola sumber daya kesehatan harus dilakukan secara efisiensi sehingga memberikan manfaat yang maksimal, e) keadilan, yaitu semua orang memiliki kesempatan yang sama untuk mendapat pelayanan kesehatan yang sesuai dengan kebutuhan medis, dan f) *surplus revenue*, dimana keuntungan yang diperoleh akan dikembalikan untuk peningkatan kualitas pelayanan kepada masyarakat.

Asuransi kesehatan sosial atau wajib dianggap sebagai alternative terbaik, akan menciptakan keadilan dan subsidi silang yang sesungguhnya yaitu yang kaya membantu yang miskin, yang muda membantu yang tua, dan yang sehat membantu yang sakit. Alternatif kebijakan yang dipilih oleh pemerintah kota Tanjungpinang

dalam menjamin kesehatan masyarakat miskin adalah jaminan kesehatan sosial atau asuransi kesehatan sosial. Kebijakan ini merupakan kebijakan yang dipandang lebih unggul untuk mempertahankan pembiayaan kesehatan masyarakat miskin.

Dalam pemilihan alternatif kebijakan tentunya banyak pertimbangan apakah kebijakan tersebut hanya sebagai sebuah kebijakan saja atau apakah kebijakan itu dapat dilaksanakan sebagai kebijakan lama dengan kemasan baru untuk kota Tanjungpinang. Kebijakan yang dipilih ini akan membawa konsekuensi yang bersifat positif yaitu apabila dampak kebijakan ini memenuhi kebutuhan masyarakat miskin dalam memperoleh pelayanan kesehatan dasar, dan bersifat negatif ini berkaitan dengan besaran biaya yang dibutuhkan untuk menjalankan kebijakan yang dipilih. Prasyarat dikembangkannya asuransi sosial diantaranya diperlukan finansial yang kuat terutama untuk subsidi premi bagi kelompok masyarakat miskin dan kelompok rentan, adanya penerimaan konsep-konsep tentang asuransi kesehatan itu sendiri oleh masyarakat, dan berbagai kalangan yang berkepentingan, cukupnya tenaga kerja di sektor formal, berfungsinya sistem untuk menentukan dan melaksanakan kontribusi premi, adanya kapasitas pemerintah baik pusat dan daerah sebagai regulator, supervisor serta adanya desentralisasi dan kondisi yang bersifat demokrasi (Mukti, 2003).

Pendapat Informan bahwa jaminan kesehatan masyarakat miskin yang diatur melalui Peraturan Daerah (perda), yang didalamnya mengatur lebih teknis lebih menjamin bahwa masyarakat miskin mendapat akses pelayanan kesehatan dasar, mengatur pelayanan kesehatan swasta yang meliputi dokter praktek swasta sebagai

dokter keluarga. Perda ini memberikan kesempatan kepada pelayanan kesehatan dengan menerapkan kendali mutu dan kendali biaya.

Sebagian besar Informan menunjuk PT Askes sebagai Badan Penyelenggara jaminan kesehatan masyarakat, mengingat di kota Tanjungpinang belum ada lembaga penyelenggara asuransi kesehatan sosial. Harapan dan keinginan pemerintah kota Tanjungpinang kedepan mengelola asuransi kesehatan sosial dikelola sendiri, dengan mendirikan lembaga atau unit fungsional.

Pemilihan badan penyelenggara (Bapel) kepada PT Askes yang dalam penyelenggaraan asuransi kesehatan secara nasional termasuk model *oligo payer* ini merupakan fakta perkembangan pembangunan dan kesiapan yang dimiliki oleh pemerintah kota Tanjungpinang. Seperti halnya di DKI dan DIY dipilih Bapel sesuai dengan perkembangan pembangunan dan kesiapan kedua pemerintah daerah, ini sejalan dengan nuansa desentralisasi pemerintah daerah diberikan kesempatan untuk mengembangkan jaminan sosial.

Menurut Mukti (2003) perkembangan yang demikian tidak dianggap sebagai hal yang bertentangan dengan salah satu draft asuransi kesehatan nasional, tetapi justru merupakan upaya pertahanan dan percepatan pencapaian cakupan menyeluruh (*universal coverage*) asal arah dan scenario besarnya menuju tujuan yang sama. Pernyataan ini akan mewarnai untuk mengembangkan jaminan sosial didaerah yakni cakupan jaminan pemeliharaan kesehatan pra bayar dan cakupan jaminan pemeliharaan kesehatan keluarga miskin dan masyarakat rentan.

Perkembangan pembangunan kesehatan pada era otonomi seperti sekarang menuntut adanya pelayanan kesehatan sesuai standar pelayanan minimum (SPM), pemerintah pusat melalui Departemen Kesehatan menetapkan bahwa standar pelayanan minimal sampai dengan akhir tahun 2010 untuk jaminan pemeliharaan kesehatan prabayar sebesar 25% dan jaminan pemeliharaan kesehatan keluarga miskin dan masyarakat rentan sebesar 100%. Target ini merupakan skenario besar yang mempunyai tujuan yang sama, untuk daerah diberikan kewenangan untuk mengembangkan sesuai dengan variasi dan inovasi pembangunan yang dimiliki, SPM yang ditetapkan merupakan peluang dan kesempatan bagi pemerintah kota Tanjungpinang untuk mencapainya.

Melalui SK Walikota Tanjungpinang No. 38 Tahun 2008 tentang pemegang kartu jaminan Kesehatan Kota Tanjungpinang, memuat indikator jaminan kesehatan prabayar dan indikator jaminan pemeliharaan kesehatan keluarga miskin dan masyarakat rentan, hal ini menjadi suatu kewajiban yang harus dipenuhi oleh pemerintah. Kewajiban seperti ini membawa konsekuensi untuk merancang langkah aksi mencapai indikator secara bertahap setiap tahun baik aspek finansial, badan penyelenggara, monitoring dan evaluasi, transparansi, akuntabilitas, serta peran masyarakat untuk mengontrol pelaksanaan jaminan kesehatan

Peneliti memperoleh gambaran terhadap kemampuan finansial kota Tanjungpinang periode tahun 2007 sampai dengan tahun 2008 mengalami peningkatan sekitar Rp 86.315.000,- atau sekitar 32% (Rp 184.145.000,- pada tahun 2007 dan Rp 268.460.000,- pada tahun 2008). Selanjutnya apabila asumsi

perhitungan dihitung secara keseluruhan dengan jumlah peserta program jaminan kesehatan periode tahun 2007 dan periode tahun 2008 sebanyak 25.988 jiwa dengan tanggungan Rp 5000/jiwa/bulan, maka akan didapat perolehan keseluruhan jumlah dana yang dibutuhkan setahunnya sebesar Rp.1.559.280.000,-. Dengan asumsi kebutuhan pembiayaan program jaminan kesehatan masyarakat miskin di Kota Tanjungpinang, pemerintah melalui APBD nya sampai pada tahun 2008 hanya mampu menanggung pembiayaan sebesar 17,2 % dari jumlah dana yang sebenarnya dibutuhkan sementara bantuan pemerintah pusat kepada daerah hanya Rp 436.137.999,- . Artinya dana yang dibutuhkan masih kurang

Dengan demikian sesuai keinginan para key informan baik pemerintah sebagai pembuat kebijakan maupun masyarakat sebagai pengguna kebijakan mengharapkan adanya perhatian yang lebih serius terhadap pendanaan serta peningkatannya sehingga kedepannya pemerintah daerah mampu membiayai program jaminan kesehatan masyarakat miskin secara utuh dan menyeluruh termasuk didalamnya sarana dan prasarana kesehatan.

4. Tuntutan Masyarakat

Hasil wawancara tentang tuntutan masyarakat terhadap penyelenggaraan jaminan kesehatan bagi masyarakat miskin menunjukkan penetapan kriteria masyarakat miskin masih belum tegas, ada keraguan dalam penetapan kriteria. Pemerintah kota Tanjungpinang mempunyai gagasan membentuk tim untuk merumuskan kriteria dan menetapkan masyarakat miskin yang cocok dengan kondisi kota.

Pelayanan kesehatan masyarakat miskin di Puskesmas maupun di rumah sakit perlu ditingkatkan dan tidak ada penolakan terhadap pasien dari masyarakat yang memiliki SKTM. Harapan pemerintah masyarakat yang mampu partisipasi membantu dalam sosialisasi program jaminan kesehatan bagi masyarakat miskin, mereka harus peduli terhadap orang yang tidak mampu.

Dalam desentralisasi bidang kesehatan tuntutan masyarakat terhadap penetapan kriteria masyarakat miskin merupakan salah satu langkah kunci dalam penyempurnaan jaminan kesehatan masyarakat miskin dan kelompok rentan. Hal ini menuntut pemerintah kota Tanjungpinang untuk melaksanakan kegiatan seperti (Depkes, 2003): a) mengevaluasi (*review*) definisi masyarakat miskin, b) mengidentifikasi pola penyakit pada masyarakat miskin, c) menginventarisir pelayanan kesehatan yang diperlukan oleh masyarakat miskin, d) mengidentifikasi hambatan-hambatan dalam pelayanan kesehatan masyarakat miskin, e) sosialisasi dan advokasi kepada jajaran organisasi pemerintah kota dan masyarakat. Menyikapi hal tersebut diatas Informan menghendaki pemerintah Kota Tanjungpinang ada tim khusus yang langsung bertanggung jawab langsung kepada Walikota di bawah koordinasi Bappeko untuk merumuskan dan mengidentifikasi masyarakat miskin di kota Tanjungpinang sesuai dengan kondisi daerah, dengan demikian akan mendukung dalam penyelenggaraan jaminan kesehatan masyarakat miskin.

Aspek lain yang menjadi tuntutan masyarakat adalah pelayanan kesehatan baik di Puskesmas maupun di RS sebagai pelayanan rujukan pasien yang harus ditingkatkan. Hal ini menuntut pemerintah kota Tanjungpinang untuk menyediakan

pelayanan kesehatan yang merata, tanpa membedakan golongan masyarakat yang satu dengan melakukan koordinasi kepada pihak-pihak yang terlibat

Peran serta masyarakat yang menjadi harapan Informan terhadap penyelenggaraan jaminan kesehatan masyarakat adalah keterlibatan masyarakat dalam penyusunan formulasi kebijakan jaminan kesehatan masyarakat miskin. Pemerintah kota Tanjungpinang dalam menampung aspirasi masyarakat dalam proses penyusunan kebijakan sebenarnya telah ditawarkan melalui misi pemerintah kota Tanjungpinang yaitu dengan melibatkan masyarakat kedalam proses pengambilan kebijakan publik dalam proses, pelaksanaan, dan pengawasan dengan menyediakan saluran mekanisme keterlibatannya. Konkritnya dalam hal ini yang perlu mendapat perhatian adalah melibatkan elemen masyarakat yang mempunyai kompetensi dan membawa misinya untuk kepentingan publik atau komunitas tertentu, sehingga tidak menimbulkan pro dan kontra dalam pelaksanaan kebijakan yang ditetapkan. Konsekuensi logis terhadap kebijakan yang diputuskan untuk dilaksanakan membawa dampak terhadap pembiayaan, pencapaian tujuan termasuk didalamnya mobilitasi dan pemberdayaan masyarakat sebagai penerima kebijakan serta *stakeholder* sebagai pelaksana kebijakan sendiri.

Berkaitan dengan desentralisasi bidang kesehatan, maka yang harus diperhatikan adalah bagaimana memberdayakan dan meningkatkan peran masyarakat dalam pembangunan bidang kesehatan termasuk perannya dalam pengawasan, pelaksanaan program kesehatan yang diikuti dengan pemberdayaan masyarakat melalui sosialisasi dan advokasi kepada *stakeholder* yang lain.

Hambatan yang terbesar pemilihan kebijakan asuransi kesehatan sosial dilaksanakan adalah ketersediaan anggaran yang kurang memadai, lemahnya pemahaman kesehatan sosial, hal ini sangat menentukan sekali apabila asuransi kesehatan sosial dikembangkan. Faktor pendukung dalam mengembangkan kebijakan jaminan kesehatan masyarakat miskin yaitu komitmen pemerintah kota Tanjungpinang yang kuat diwujudkan dalam rencana strategis penanggulangan kemiskinan dan dalam kebijakan umum pelaksanaan anggaran pendapatan belanja daerah, serta kewenangan yang diserahkan oleh pemerintah pusat kepada daerah yaitu penanganan bidang kesehatan dan penyelenggaraan otonomi mengembangkan sistem jaminan sosial, sebagaimana tercantum dalam pasal 14 pasal 1 (e) dan pasal 22 (h) Undang-undang Nomor 32 Tahun 2004 tentang Pemerintah Daerah.

Hasil wawancara Informan menghendaki bahwa pemerintah daerah mempunyai komitmen politis dan itikad yang kuat mewujudkan jaminan kesehatan masyarakat secara konkrit dengan langkah aksi yang nyata seperti penganggaran pembiayaan kesehatan masyarakat miskin, sosialisasi tentang asuransi kesehatan sosial, penyusunan formulasi kebijakan, dan konsistensi dalam pencapaian indikator-indikator sesuai renstra penanggulangan kemiskinan kota Tanjungpinang.

Kesimpulan sementara dari hasil pembahasan adalah sebagai berikut :

1, Visi dan Misi

Kebijakan yang diambil oleh pemerintah kota Tanjungpinang lebih mengarah kepada *equity egaliter*, yaitu pemerintah kota Tanjungpinang mengambil peranan yang lebih besar untuk melaksanakan jaminan kesehatan masyarakat miskin tanpa

memandang perbedaan status sosial.

Kesehatan sebagai dasar dan menjadi salah satu ukuran indikator pembangunan manusia merupakan isu strategis diletakkan sebagai salah satu prioritas pembangunan kota Tanjungpinang. Dinas Kesehatan sebagai instansi yang terkait langsung dalam pembangunan kesehatan manusia menempatkan misinya untuk mempertahankan kelangsungan pelayanan kesehatan masyarakat miskin seperti program *Medicaid* di AS. Langkah kongkrit yang diharapkan mampu meningkatkan dan mempertahankan perlindungan masyarakat miskin yaitu pemerintah kota Tanjungpinang tetap menjamin pelayanan kesehatan dan menjamin ketersediaan pembiayaan *public good* dan *private goods* dengan mobilisasi DAU, DAK, dan PAD.

2. Kemauan Politik

Political will yang ditunjukkan oleh pemerintah daerah kota Tanjungpinang yaitu : a) adanya perhatian untuk melaksanakan kebijakan dalam meningkatkan masyarakat miskin, b) melaksanakan kewenangan wajib bidang kesehatan dan mengembangkan jaminan kesehatan masyarakat miskin, c) adanya pemilihan alternative pembiayaan kesehatan masyarakat miskin dengan model asuransi kesehatan sosial. Dukungan politisi lain ditunjukkan dengan adanya : a) sifat proaktif b) bersifat mendukung, c) bersikap antusias, d) terbuka, e) mempunyai kepercayaan terhadap Dinas Kesehatan untuk membuat inovasi dalam pengembangan dan, f) kesediaan menempuh resiko dalam pengembangan jaminan kesehatan sosial masyarakat miskin. Peluang untuk meningkatkan *political will* pemerintah kota Tanjungpinang sudah sangat kuat dengan adanya desentralisasi, pemerintah kota

Tanjungpinang mendukung dan berupaya merealisasikan tercapainya indikator SPM berkaitan dengan penyelenggaraan jaminan kesehatan masyarakat miskin dan kelompok rentan.

3, Kemampuan Finansial

Kemampuan finansial dalam penganggaran pembangunan kesehatan cukup memadai dan secara khusus pembiayaan pelayanan kesehatan masyarakat miskin dan kelompok rentan belum dianggarkan dalam APBD, hal ini ada asumsi bahwa pembiayaan kesehatan masyarakat miskin dan kelompok rentan menjadi urusan pemerintah pusat. Asumsi perhitungan kebutuhan pembiayaan kesehatan masyarakat miskin dan kelompok rentan di kota Tanjungpinang tahun 2008 sebesar 1.559.280.000,- dari total anggaran kesehatan. Hal ini menjadikan pemikiran yang lebih cermat dalam penganggaran pelayanan masyarakat miskin dan kelompok rentan. Pemilihan alternatif pembiayaan kesehatan berbasis asuransi, pemerintah daerah mempertahankan kelangsungan dan pemerataan pembiayaan pada desentralisasi bidang kesehatan masih membutuhkan subsidi anggaran dari pusat dan PAD sebagai wujud pemerintah kota Tanjungpinang juga turut bertanggung jawab terhadap kesehatan masyarakatnya.

Pengelolaan asuransi kesehatan sosial lebih diarahkan untuk dikerjasamakan dengan PT Askes sebagai badan penyelenggara. Hal ini berdasarkan atas pertimbangan di kota Tanjungpinang belum ada Badan Penyelenggara Asuransi Kesehatan Sosial. Pemilihan seperti ini dimaksudkan untuk mempercepat cakupan menyeluruh atau (*Universal coverage*) dalam pencapaian salah satu indikator SPM

Bidang kesehatan, sebagaimana telah dituangkan dalam SK Walikota Tanjungpinang No.38 Tahun 2008.

4, Tuntutan Masyarakat

Tuntutan masyarakat dalam penyelenggaraan jaminan kesehatan masyarakat miskin adalah diharapkan pemerintah kota Tanjungpinang melakukan penyempurnaan jaminan kesehatan masyarakat miskin dan kelompok rentan yang memuat kegiatan me-review kriteria masyarakat miskin, identifikasi pola penyakit pada masyarakat miskin, meningkatkan kualitas pelayanan serta proses sosialisasi melalui pemberdayaan masyarakat dalam menyikapi kebijakan jaminan kesehatan bagi masyarakat miskin.

Peneliti menganalisis tuntutan masyarakat Kota Tanjungpiang mengenai adanya penentuan peserta program jaminan kesehatan sesuai dengan kreteria yang benar-benar mengarah kepada masyarakat miskin melalui surat keterangan tidak mampu SKTM. Selanjutnya dalam bagian ini juga peneliti melihat adanya tanggapan key informan sebagai dampak terhadap dikeluarkannya kebijakan program jaminan kesehatan untuk masyarakat miskin yang dikaitkan dengan pelayanan kesehatan yang berada di rumah sakit atau puskesmas termasuk didalamnya masalah prosedur rumah sakit rujukan. Menurut peneliti penentuan kreteria masyarakat miskin selayaknya dilakukan langsung kepada masyarakat sebagai sasaran dari kebijakan tersebut sehingga masyarakat benar-benar tahu bahwa mereka yang terdaftar sebagai peserta program jaminan kesehatan

Perlu adanya perampingan prosedur dalam program jaminan kesehatan sehingga tidak ada kesan bahwa tidak ada peserta jaminan kesehatan yang mengalami kesulitan dalam mengurus surat-surat dan prosedur yang telah ditetapkan. Peningkatan kualitas dan kuantitas pelayanan yang melibatkan sumber daya manusia juga perlu ditingkatkan mengingat kota Tanjungpinang baru terbentuk lebih kurang 10 tahun dan masih banyak kekurangan yang harus dibenahi. Terakhir pada bagian ini yang paling penting adalah secara berkelanjutan pemerintah kota Tanjungpinang terus berkomitmen terhadap penyelenggaraan program jaminan kesehatan masyarakat miskin beserta kemampuan pemerintah dalam hal anggaran

5. Hambatan, Dukungan, Saran dan Harapan

Hambatan yang terbesar pemilihan kebijakan asuransi kesehatan sosial dilaksanakan adalah ketersediaan anggaran, lemahnya pemahaman kesehatan sosial, hal ini sangat menentukan sekali apabila asuransi kesehatan sosial dikembangkan. Faktor pendukung di kembangkannya kebijakan jaminan kesehatan masyarakat miskin yaitu adanya komitmen pemerintah kota Tanjungpinang kuat yang diwujudkan dalam rencana strategis penanggulangan kemiskinan dan dalam kebijakan umum pelaksanaan anggaran pendapatan belanja daerah, serta kewenangan yang diserahkan oleh pemerintah pusat kepada daerah yaitu penanganan bidang kesehatan dan penyelenggaraan otonomi mengembangkan sistem jaminan sosial. Komitmen dari pemerintah kota Tanjungpinang menjadi angin segar kepada masyarakat miskin terhadap jaminan kesehatan masyarakat miskin. Harapan Informan menghendaki bahwa pemerintah kota Tanjungpinang mempunyai

komitmen politis etikat yang kuat mewujudkan jaminan kesehatan masyarakat secara kongkrit dengan langkah aksi yang nyata seperti penganggaran pembiayaan kesehatan masyarakat miskin, sosialisasi tentang asuransi kesehatan sosial, penyusunan formulasi kebijakan, dan konsistensi dalam pencapaian indikator-indikator dalam restra penanggulangan kemiskinan di kota Tanjungpinang

6. Kebijakan program jaminan kesehatan bagi masyarakat miskin

Sesuai dengan tujuan umum penelitian yaitu untuk mendeskripsikan rencana kebijakan program jaminan kesehatan masyarakat miskin di kota Tanjungpinang. Kebijakan program jaminan kesehatan bagi masyarakat miskin di kota Tanjungpinang adalah prospek atau rencana kebijakan jaminan kesehatan bagi masyarakat miskin sebagai resultante dari adanya: a) visi dan misi pemerintah kota Tanjungpinang terhadap jaminan kesehatan bagi masyarakat miskin, b) kemauan politik pemerintah kota Tanjungpinang terhadap jaminan kesehatan bagi masyarakat miskin, c) kemampuan financial pemerintah kota Tanjungpinang dalam pembiayaan jaminan kesehatan bagi masyarakat miskin, dan 4) tuntutan masyarakat terhadap pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin.

Harapan Informan tentang kebijakan dalam mempertahankan kelangsungan jaminan kesehatan masyarakat miskin adalah a) pemerintah kota Tanjungpinang mengembangkan jaminan sosial dengan model asuransi kesehatan sosial bagi masyarakat miskin sesuai dengan kewenangan yang diberikan oleh pemerintah pusat, b) pemerintah kota Tanjungpinang mempunyai komitmen mempertahankan jaminan kesehatan masyarakat miskin sesuai dengan kemampuan daerah.

Langkah awal dalam mempercepat cakupan menyeluruh (*universal coverage*) jaminan kesehatan masyarakat miskin dan pengembangan jaminan kesehatan sosial adalah pencapaian upaya salah satu indikator urusan wajib pada Standar Pelayanan Minimal (SPM) Bidang Kesehatan, sebagaimana telah dituangkan dalam Surat Keputusan Walikota Tanjungpinang, yaitu a) Cakupan jaminan pemeliharaan kesehatan pra bayar sebesar 25% dan, b) Cakupan jaminan pemeliharaan kesehatan keluarga miskin dan masyarakat rentan 100%. Pelaksanaan SK Walikota Tanjungpinang No.38 tahun 2008 tentang Pemegang Kartu Jaminan Kesehatan yang memuat tentang SPM Bidang Kesehatan, belum diikuti didukung dengan sistem pembiayaan dan sistem penyelenggaraan untuk mencapai *universal coverage* terhadap pencapaian indikator yang ditargetkan oleh pemerintah kota Tanjungpinang.

Guna mempertahankan *sustainability* kebijakan program jaminan kesehatan bagi masyarakat miskin pemerintah kota Tanjungpinang menggalang komitmen dari semua stakeholder untuk menjamin tersedianya dana dari berbagai sumber, dan meningkatkan efisiensi sehingga anggaran yang terbatas dapat memberikan hasil yang optimal. Penerbitan SK Walikota seharusnya didukung dengan sistem pembiayaan jaminan kesehatan masyarakat miskin, sistem penyelenggaraan jaminan kesehatan masyarakat, sehingga harapan dari penjaminan masyarakat miskin dapat mencapai cakupan menyeluruh. Langkah konkrit pemerintah kota Tanjungpinang diatas diharapkan mampu meningkatkan dan mempertahankan perlindungan masyarakat miskin yaitu tetap menjamin pelayanan kesehatan dan menjamin ketersediaan pembiayaan *public goods dan private goods* dengan mobilisasi dan

pemerintah pusat maupun dari masyarakat. Strategi pemerintah kota Tanjungpinang dalam melindungi kesehatan masyarakat miskin sudah tepat dengan memilih alternatif pembiayaan model asuransi kesehatan sosial. Sumber pembiayaan adalah APBD dan subsidi pemerintah pusat, serta memobilisasi sumber-sumber keuangan yang ada di daerah.

Hal ini memperlihatkan bahwa visi dan misi pemerintah kota Tanjungpinang telah mencerminkan adanya komitmen terhadap pengembangan jaminan kesehatan masyarakat miskin. Visi dan misi kebijakan yang diambil ini oleh pemerintah kota Tanjungpinang mengambil peranan yang lebih besar untuk melaksanakan jaminan kesehatan masyarakat miskin tanpa memandang perbedaan status sosial. Menempatkan kesehatan sebagai isu strategis dasar dan menjadi salah satu ukuran indikator pembangunan manusia pada prioritas pembangunan kota Tanjungpinang. Instansi Dinas Kesehatan yang terkait langsung dalam pembangunan kesehatan manusia menempatkan misinya untuk mempertahankan kelangsungan pelayanan kesehatan masyarakat miskin.

Secara ideal landasan pengembangan jaminan kesehatan bagi masyarakat miskin saat ini adalah memenuhi konstitusi, mewujudkan *political will stakeholder* yang kuat, adanya realisasi kegiatan perkembangan cakupan kesertaan, kualitas jaminan kesehatan yang dinikmati oleh masyarakat. Konstitusi sudah jelas bahwa dalam Amandemen UUD 1945 pasal 28H ayat 3 menyebutkan “setiap orang berhak atas jaminan sosial yang memungkinkan pengembangan dirinya secara utuh sebagai manusia yang bermartabat” dan pasal 34 ayat 2 memperjelas bahwa “Negara

mengembangkan sistem jaminan sosial bagi seluruh rakyat dan memberdayakan masyarakat yang lemah dan tidak mampu sesuai dengan martabat kemanusiaan". Kedua pasal ini pada era desentralisasi ini memberikan warna yang sangat kuat untuk membangun komitmen *stakeholder* pada lembaga pemerintahan maupun masyarakat di daerah. Hal ini berkait erat dengan amanat UU No.32 Tahun 2004 tentang Pemerintah Daerah terutama pasal 14 huruf (e), yaitu urusan wajib yang menjadi kewenangan pemerintah daerah kabupaten/ kota adalah penanganan bidang kesehatan, dan pasal 22 huruf (h), yaitu bahwa dalam menyelenggarakan otonomi, daerah mempunyai kewajiban mengembangkan sistem jaminan sosial. *Political will* yang ditunjukkan oleh pemerintah daerah kota Tanjungpinang yaitu : a) adanya perhatian untuk melaksanakan kebijakan dalam meningkatkan masyarakat miskin, b) melaksanakan kewenangan wajib bidang kesehatan dan mengembangkan jaminan kesehatan masyarakat miskin, c) adanya pemilihan pembiayaan kesehatan masyarakat miskin dengan model asuransi kesehatan sosial. Dukungan politis lain ditunjukkan dengan adanya: a) sifat proaktif b) bersifat mendukung, c) bersikap antusias, d) terbuka , e) mempunyai kepercayaan terhadap Dinas Kesehatan untuk membuat inovasi dalam pengembangan dan, f) kesediaan menempuh resiko dalam pengembangan jaminan kesehatan sosial masyarakat miskin. Peluang untuk meningkatkan *political will* daerah kota Tanjungpinang sudah sangat kuat dengan adanya desentralisasi, pemerintah kota Tanjungpinang mendukung dan berupaya merealisasikan tercapainya indikator SPM berkaitan dengan penyelenggaraan jaminan kesehatan masyarakat miskin dan kelompok rentan. Finansial merupakan

hambatan terbesar dalam pemilihan kebijakan asuransi kesehatan sosial, Informan menyampaikan bahwa potensi terbesar yang menghambat suatu kegiatan adalah anggaran, namun apabila komitmen *stakeholder* sangat kuat untuk mewujudkan terselenggaranya jaminan kesehatan masyarakat dalam memenuhi kepentingan masyarakatnya hambatan ini dapat diatasi. Kemampuan finansial pemerintah kota Tanjungpinang dalam penganggaran pembangunan kesehatan cukup memadai dan secara khusus pembiayaan pelayanan kesehatan masyarakat miskin dan kelompok rentan belum dianggarkan dalam APBD, keadaan seperti ini bisa diubah bila komitmen diatas telah dibangun dengan kuat. Pemerintah kota Tanjungpinang berkeinginan mengembangkan jaminan kesehatan sosial bagi masyarakat miskin sebagai sesuai konstitusi, pada UU No.32 tahun 2004 pasal 167 ayat (1) memberikan petunjuk jelas bahwa belanja daerah diprioritaskan untuk melindungi dan meningkatkan kualitas masyarakat dalam upaya memenuhi kewajiban daerah sebagaimana pasal 22 huruf (h), hal ini cukup jelas menuntut pemerintah kota Tanjungpinang mengembangkan kemampuan daerah mengelola sumber-sumber pendapatan dan keuangan yang memadai untuk membiayai kegiatan-kegiatan pemerintahan termasuk pengembangan dan pelayanan kepada masyarakat (Rasyid, 2000).

Asumsi perhitungan kebutuhan pembiayaan kesehatan masyarakat miskin dan kelompok rentan dengan jumlah penduduk miskin sebanyak 25.988 jiwa di kota Tanjungpinang tahun 2008 dalam satu tahun dibutuhkan anggaran sebesar Rp. 1.559.280.000 total APBD. Besaran anggaran ini dimungkinkan tidak akan

mengganggu anggaran pembangunan kota Tanjungpinang, hal ini sangat penting untuk mempertahankan sustainabilitas jaminan kesehatan masyarakat miskin di Tanjungpinang.

Pemilihan alternatif pembiayaan kesehatan berbasis asuransi, pemerintah daerah mempertahankan kelangsungan dan pemerataan pembiayaan pada desentralisasi bidang kesehatan masih membutuhkan subsidi anggaran dari pusat dan PAD sebagai wujud pemerintah kota Tanjungpinang turut bertanggung jawab terhadap kesehatan masyarakatnya. Hal ini memang benar bahwa pembiayaan untuk menjamin kesehatan masyarakat miskin harus tetap dipertahankan melalui berbagai mekanisme, misalnya dengan subsidi dari pemerintah pusat, PAD, bantuan luar negeri dan dari dana-dana kemanusiaan.

Prasyarat yang harus dipenuhi dalam mengembangkan asuransi kesehatan sosial yaitu: 1) adanya penerimaan konsep tentang asuransi kesehatan itu sendiri oleh masyarakat maupun pihak-pihak lain yang berkepentingan termasuk *stakeholder* pemerintahan di kota Tanjungpinang, 2) cukupnya jumlah tenaga kerja di sektor formal, 3) berfungsinya sistem untuk menentukan dan melaksanakan kontribusi premi, 4) adanya kapasitas pemerintah pusat maupun daerah sebagai regulator, supervisor, 5) financial yang kuat untuk subsidi premi bagi masyarakat miskin, dan 6) desentralisasi (Mukti, 2003). Hal ini jelas bahwa pemerintah kota Tanjungpinang kembali harus: a) mampu mengatur dan melaksanakan otonomi untuk kepentingan masyarakat, b) mampu melakukan penyesuaian terhadap peraturan yang ditetapkan secara nasional sesuai dengan kondisi kota Tanjungpinang termasuk membuat

terobosan yang *inovatif* kearah kemajuan daerah dalam menyikapi potensi daerah, dan c) mampu menyelenggarakan pemerintahan daerah yang mempunyai legitimasi kuat dari masyarakat (Rasyid, 2000).

Pemilihan alternatif pembiayaan model asuransi kesehatan sosial merupakan kemampuan pemerintah kota Tanjungpinang untuk mengatur dan melaksanakan desentralisasi, membuat terobosan inovasi, yang didukung kebutuhan masyarakat Tanjungpinang, artinya pemerintah kota Tanjungpinang akan menanggung segala kosekuensi – kosekuensi yang akan muncul seperti pembiayaan dan persiapan penerimaan konsep-konsep asuransi kesehatan sosial.

Pengelolaan asuransi kesehatan sosial lebih diarahkan untuk dikerjasamakan dengan PT Askes sebagai badan penyelenggara, hal ini didasarkan atas pertimbangan di kota Tanjungpinang belum ada Badan Penyelenggara Asuransi Kesehatan Sosial. Pemilihan seperti ini dimaksudkan untuk mempercepat cakupan menyeluruh (*universal coverage*) dalam pencapaian salah satu indikator SPM Bidang Kesehatan, sebagaimana SK Walikota Tanjungpinang No.38 Tahun 2008. Perkembangan selanjutnya pemerintah kota Tanjungpinang ingin mengelola sendiri sesuai kemampuan .

BAB V

SIMPULAN DAN SARAN

A. Simpulan

Pemerintah Kota Tanjungpinang memberikan perhatian serius terhadap masalah kesehatan khususnya jaminan kesehatan bagi masyarakat miskin, oleh karena itu pemerintah kota Tanjungpinang membuat kebijakan yang dapat mengakomodir kepentingan tersebut dengan melakukan pendataan masyarakat miskin, melalui penerbitan Surat Keterangan Tidak Mampu SKTM sebagai dasar rujukan kepada rumah sakit terkait yang diperuntukkan kepada masyarakat miskin. Sasaran implementasi kebijakan pemerintah dalam program jaminan kesehatan bagi masyarakat miskin di kota Tanjungpinang pada tahap berikutnya yaitu dengan melakukan sosialisasi terhadap program askes sebagai produk dari program jaminan kesehatan masyarakat miskin mulai dari kriteria sampai pada prosedur penanganan pasien rujukan askes kepada masyarakat khususnya masyarakat miskin yang telah terdata oleh pemerintah. Substansi implementasi kebijakan program jaminan kesehatan bagi masyarakat miskin di kota Tanjungpinang meliputi visi dan misi, kemauan politik, kemampuan finansial, tuntutan masyarakat, serta menggali faktor penghambat dan pendukung.

1. Implementasi dari visi dan misi pemerintah kota Tanjungpinang terhadap program jaminan kesehatan bagi masyarakat miskin telah mencerminkan adanya komitmen terhadap pengembangan jaminan kesehatan masyarakat, hal ini dibuktikan dengan menempatkan kesehatan sebagai salah satu prioritas

- pembangunan kota, dengan cakupan jaminan pemeliharaan kesehatan keluarga miskin dan rentan sebagai indikator kinerja kebijakan umum anggaran pendapatan dan belanja daerah Pemerintah Kota Tanjungpinang. Pemerintah kota Tanjungpinang terus berupaya untuk meningkatkan pelayanan kesehatan terhadap masyarakat miskin. Komitmen ini dituangkan kedalam indikator kinerja melalui Rensra dan Renja yang membidik secara tegas masalah jaminan kesehatan bagi masyarakat miskin. Hal ini dapat dilihat pada dinas kota Tanjungpinang tahun 2006-2010 yaitu :
- Mengoptimalkan Kinerja SDM yang ada, Peningkatan kualitas/kuantitas sarana dan prasarana kesehatan yang ada, Peningkatan kemampuan petugas pelayanan kesehatan masyarakat, Tingkatkan kesadaran masyarakat untuk melaksanakan pola hidup bersih dan sehat, Tingkatkan kualitas dan kuantitas prasarana serta sarana sanitasi Lingkungan, Tingkatkan kerjasama lintas sektoral/program untuk menciptakan lingkungan Kota yang bersih dan sehat.
2. Dari segi kemauan politik, implementasi kebijakan program jaminan kesehatan bagi masyarakat miskin di kota Tanjungpinang dibuktikan dengan ditetapkannya SK Wali Kota Nomor 38 tahun 2008 tentang Pemegang kartu peserta program jaminan kesehatan masyarakat miskin, dan rencana pengembangan program jaminan kesehatan masyarakat miskin dan kelompok rentan serta dengan giat melakukan sosialisasi tentang asuransi kesehatan sosial .

3. Implementasi program jaminan kesehatan bagi masyarakat miskin dari segi kemampuan finansial dapat dilihat dari peningkatan Anggaran Pendapatan Belanja Daerah (APBD) kota Tanjungpinang periode tahun 2007 sampai dengan tahun 2008 mengalami kenaikan sekitar Rp 86.315.000,- atau sekitar 32% (Rp 184.145.000,- pada tahun 2007 dan Rp 268.460.000,- pada tahun 2008). Selanjutnya apabila asumsi perhitungan dihitung secara keseluruhan dengan jumlah peserta program jaminan kesehatan periode tahun 2007 dan periode tahun 2008 sebanyak 25.988 jiwa dengan tanggungan Rp 5000/jiwa/bulan, maka akan didapat perolehan keseluruhan jumlah dana yang dibutuhkan setahunnya sebesar Rp.1.559.280.000,-. Dengan biaya bantuan dari pusat untuk program ini sebesar Rp 436.137.999,- maka ada gambaran peningkatan peran daerah dalam hal pembiayaan .
4. Tuntutan masyarakat terhadap pelayanan kesehatan masyarakat miskin di kota Tanjungpinang adalah penetapan kriteria masyarakat miskin yang tegas dan sesuai dengan kondisi kota Tanjungpinang dan kualitas pelayanan kesehatan baik di Puskesmas maupun di rumah sakit rujukan perlu ditingkatkan.
5. Faktor penghambat dalam implementasi kebijakan jaminan kesehatan masyarakat miskin adalah ketersediaan anggaran yang tidak memadai dan rendahnya pemahaman asuransi kesehatan oleh masyarakat, rendahnya komunikasi pada instansi terkait dalam penanganan masalah kemiskinan serta jumlah SDM yang masih kurang dalam melakukan pelayanan kesehatan. Sedangkan faktor pendukung dalam jaminan kesehatan masyarakat miskin

adalah adanya kewenangan daerah untuk mengembangkan jaminan kesehatan untuk memenuhi kebutuhan masyarakat miskin.

UNIVERSITAS TERBUKA

B. Saran

Terbitnya Surat Keputusan Walikota Tanjungpinang Nomor 38 Tahun 2008 tentang peserta program jaminan kesehatan masyarakat miskin yang dijamin pembiayaannya oleh pemerintah, mestinya diikuti dengan langkah-langkah kongkrit untuk mempercepat *universal coverage*, yaitu:

1. melakukan upaya peningkatan jumlah dana yang dialokasikan untuk pembiayaan program jaminan kesehatan masyarakat miskin di kota Tanjungpinang sebagai bentuk keseriusan dan komitmen pemerintah dalam program jaminan kesehatan
2. Adanya upaya peningkatan kualitas pelayanan kesehatan khususnya pemahaman terhadap standarisasi pelayanan maksimal tanpa membedakan jenis pasien dengan melakukan pelatihan-pelatihan. Selain itu juga melakukan perekrutan petugas kesehatan sehingga ada keseimbangan antara jumlah petugas pelayanan kesehatan dengan jumlah penduduk di Kota Tanjungpinang termasuk peningkatan sarana dan prasarana kesehatan seperti rumah sakit dan fasilitasnya
3. mengingat kemampuan finansial pemerintah kota Tanjungpinang masih belum memadai perlu adanya pembiayaan alternatif untuk mendukung dan menunjang pembiayaan program jaminan kesehatan masyarakat miskin misalnya dengan melakukan kerjasama pemerintah dengan pihak swasta sebagai bentuk tanggungjawab sosial pihak swasta kepada masyarakat khususnya yang berada diwilayah operasi kegiatan usahanya

DAFTAR PUSTAKA

- Abdul Wahab,s. (1997). *Analisis Kebijakan dari Formasi ke Implementasi Kebijakan Negara*. Jakarta: Bumi Aksara
- _____. (1999). *Analisis Kebijakan Publik Teori dan Aplikasinya*. Malang: PT. Dinar Wijaya
- Allen, Will dan Margaret Kilvington. (2004). *Stakeholder Analysis*. Makalah [internet]. Tersedia dalam : <<http://www.landcareresearch.co.nz/research/social/stakeholder.asp>> [Diakses 7 Juli 2005].
- Azwar, A. (1996). *Pengantar Administrasi Kesehatan*. Jakarta: Bina Rupa Aksara.
- _____. (2002). *Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat*. Jakarta: Direktorat Jenderal Bina Kesehatan Masyarakat Departemen Kesehatan
- Barret, S and C.Fudge. (1981). *Policy and Action*. London: Methuen
- Bungin, B. (2003). *Analisis Data Penelitian Kualitatif*. Jakarta: Rajawali Press.
- Caldwell,BJ dan Spinks,J. (1992). *Leading the Self-managing School*. Washintin, D.C: The Falmer Press
- Departemen Kesehatan RI. (2003). *Pedoman Pelaksanaan Program Pempensasi Pengurusan Subsidi BBM Bidang Kesehatan Pada Daerah Uji Coba JPK Bagi Keluarga Miskin (JPK Miskin)*.
- _____. (2003). *Kebijakan dan Desentralisasi Bidang Kesehatan*.
- _____. (2004). *Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan Di Kabupaten Kota*.
- _____. (2005). *Pedoman Penyelenggaraan Program Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Bagi Masyarakat Miskin Tahun 2005*.
- _____. (2005). *Pedoman Pelaksanaan Program Pelayanan Kesehatan di Puskesmas, Rujukan Rawat Jalan Dan Rawat Inap Kelas III Rumah Sakit Yang Diamin Pemerintah*

Davis, K.C. (1969). *Discretionary Justice*, Louisiana State University Press, Baton Rouge, La

Dunn, W.N. (2003). *Pengantar Analisis Kebijakan Publik*. (2nd ed.). Jogjakarta: Gadjah Mada University Press.

Dwiyanto, A. (2004). Krisis Ekonomi, Kemiskinan & Otonomi Daerah Membangun Tata Pemerintahan Yang Baik. *Makalah Dipresentasikan Pada Kuliah Perdana Program Pascasarjana Ilmu Kesehatan Masyarakat*. Jogjakarta Universitas Gadjah Mada Tahun Akademik 2004/2005.

Hari, K. (2000). *Metode Kualitatif dalam Riset Kesehatan*. Program Studi Kesehatan Masyarakat Pascasarjana Universitas Gadjah Mada. Jogjakarta: Aditya Media.

Irwan. (2005). *Persepsi Stakeholder Terhadap Pembiayaan Kesehatan Keluarga Miskin Dengan Konsep Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat di Kabupaten Parigi Moutong Propinsi Sulawesi Tengah*. Tesis. Magister

Kebijakan Pembiayaan Dan manajemen Asuransi Kesehatan/JPKM. Universitas Gadjah Mada.

Kaloh, J. (2002). *Mencari Bentuk Otonomi Daerah: Suatu Solusi Dalam Menjawab Kebutuhan Lokal Dan Tantangan Global*. Jakarta: PT. Rineka Cipta.

Lipsky, M. (1976). *Towards A Theory of Street Level Bureaucracy*. New York: Russel Sage Foundation

Lewis, J and R. Flynn. (1978). *The Implementation of Urban and Regional Planning Policies: final Report of A Feasibility Study for Departemen of the Environment*, London

Moleong, L. (2004). *Metodologi Penelitian Kualitatif*. (Rev. Ed.). Bandung: Rosda.

Makamah Konstitusi Keputusan No. 007/PUU-II/2005 tanggal 31 Agustus 2005 tentang Jaminan Sosial.

Mukti, A. G. Hasbullah Thabrani. Laksono Trisnantoro. (2001). *Telaah Kritis Terhadap Program Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat di Indonesia*. *Jurnal Manajemen Pelayanan Kesehatan*, 04 (03), pp.159-170.

- Mukti, A. G. *Mencari Alternatif Model Sistem Pembiayaan Berbasis Asuransi Kesehatan Sosial Di Era Desentralisasi*. *Jurnal Manajemen Pelayanan Kesehatan*, 06(02), pp. 45-50.
- _____. (2003). *Prospek Pembiayaan Kesehatan Model Asuransi Kesehatan Di Kabupaten Bantul*. *Jurnal Manajemen Pelayanan Kesehatan*, 06 (02), pp.147- 154
- _____. (2004). *Reformasi Sistem Pembiayaan Kesehatan di Indonesia: Asuransi Sosial sebagai pilihan*. *Pidato Pengukuhan Jabatan Guru Besar FK UGM*.
- Murti, B. (2001). *Keadilan Horisontal, Keadilan Vertikal, dan Kebijakan Kesehatan*. *Jurnal Manajemen Pelayanan Kesehatan*, 04 (03), pp.125-135.
- Muliaddin. (2005). *Analisis Pembiayaan Kesehatan Keluarga Mistin Di Kabupaten Buton Propinsi Sulawesi Tenggara*. Tesis. Magsiter Kebijakan Pembiayaan Dan Manajemen Asuransi Keseseahatan/JPKM. Universitas Gadjah Mada.
- Mulyana, D. (2004). *Metodologi Penelitian Kualitatif. Paradigma baru Ilmu Komunikasi Dan Ilmu Sosial Lainnya*. Bandung: PT. Remaja Rosda Karya.
- Nawawi,H,Hadari (1991) *Metodelogi Penelitian Bidang Sosial*. Yogyakarta: Gadjah Mada University Press.
- Nugroho, R. (2004). *Kebijakan Publik Formulasi, Implementasi, Dan Evaluasi*. Jakarta: PT. Elex Media Komputindo.
- _____. (2006). *Kebijakan Publik Untuk Negara-Negara Berkembang. Model-Model Perumusan, Implementasi, Dan Evaluasi*. Jakarta: PT. Elex Media Komputindo.
- Parsons, D.W. (1988). *The Political Economy Of British Regional Policy*. London: Routledge
- Rahayu dan Tristiadi. (2004). *Observasi dan Wawancara*. Malang: Bangun Media Publishing.
- Rasyid, R. (2000). *Otonomi Daerah Latar Belakang Dan Masa Depan*. Jakarta: Rajawali Press.
- Razak, A. (2003). *Persepsi Legislatif dan Eksekutif Terhadap Program Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat di Kota Ternate*. Tesis. Magister Kebijakan Pembiayaan dan Manajemen Asuransi Kesehatan/JPKM.

Universitas Gadjah Mada.

- Riyanto, S. (2003). Tantangan Pendanaan Kesehatan (Health Financing) Pasca Otonomi Dan Desentralisasi. *Jurnal Manajemen Pelayanan Kesehatan*, 05 (02), pp. 113-116.
- Robin, S. (2003). *Perilaku Organisasi*. Alih Bahasa. Tim Indeks. Jakarta: PT. Indeks Kelompok Gramedia.
- Sahdan, G. (2005). Menanggulangi Kemiskinan Desa. *Jurnal Ekonomi Rakyat Dan Kemiskinan* [internet], Maret, 22. Tersedia dalam: <<http://www.ekonomirakyat.org> >[diakses 18 Maret 2006].
- Sabatier, P.A and D.Masmanian. (1979). *The Conditions of Effective Implementation: A Guide to Accomplishing Policy Objective, Policy Analysis*, 5:481-504
- Sakti, K. (2003). *Prospek Pembiayaan Kesehatan Dengan Konsep Asuransi Kesehatan Sosial Di Kabupaten Banjul*. Tesis. Magister Kebijakan Pembiayaan Dan Manajemen Asuransi Kesehatan/JPKM. Universitas Gadjah Mada.
- Setyawati dan Hessel. (2005). *Responsivitas Kebijakan Publik*. Yogyakarta: Wonderful Publishing Company
- Smith, T.A. (1994). Post-Modern Politics and the Case for constitutional Renewal' *Political Quarterly* Summer 128-37
- Sulastomo. (2000). *Manajemen Kesehatan*. Jakarta: Gramedia
- Thabrany, H. (2001). *Asuransi Kesehatan Indonesia*. Jakarta: Pusat Kajian Ekonomi Kesehatan FKM UI
- Van Meter, D and C, Van Horn. (1975). *The Implementation*. *Procces: A Conceptual Frame Work Administration Society* 6:445-88

Lampiran 1**Petunjuk Wawancara Mendalam :**

1. Memperkenalkan diri kepada responden, mengemukakan maksud dan tujuan pengumpulan data, meminta persetujuan/kesediaan dan ucapan terima kasih untuk menjadi responden.
2. Menjelaskan bahwa jawaban tidak dinilai benar atau salah karena wawancara ini untuk kepentingan penelitian saja.
3. Semua hasil pendapat, saran, komentar, pengalaman dan identitas responden akan dijamin kerahasiaannya.
4. Meminta izin kepada responden, bahwa selama wawancara dilakukan, direkam pada tape recorder untuk membantu melengkapi catatan pewawancara.
5. Melakukan wawancara sesuai dengan kesepakatan.
6. Menyimpulkan dan menklarifikasi hasil wawancara dengan responden
7. Mengakhiri wawancara dengan mengucapkan terima kasih

Data Responden :

- A. Nama Lengkap :
- B. Dinas / Instansi :
- C. Jabatan :
- D. Alamat :
- E. Tanggal Wawancara :
- F. Waktu Wawancara : Pukul.....s/d
- G. Kode Responden :

Panduan Wawancara

A. Visi dan Misi

1. Bagaimana pandangan Bapak terhadap Visi dan Misi Kota Tanjungpinang dalam penyelenggaraan jaminan kesehatan masyarakat miskin ?
2. Bagaimana Menurut Bapak, bahwa isu kesehatan itu dianggap tidak strategis, kesehatan bukan komoditi politik yang dapat dijual kepada publik ?
3. Bagaimana harapan dan keberpihakan visi dan misi Pemerintah Kota Tanjungpinang dalam menjamin kesehatan masyarakat miskin

B. Kemauan Politik

1. Bagaimanakah respon Pemerintah Kota Tanjungpinang terhadap kebijakan jaminan kesehatan masyarakat miskin ?
2. Sebagai Konsekuensi penyelenggaraan Otonomi daerah adalah pelimpahan wewenang dan tanggungjawab kepada pemerintah daerah termasuk kesehatan masyarakat miskin, bagaimana menurut anda ?
3. Program jaminan kesehatan masyarakat miskin selama ini melalui dana dari pusat, apabila program bantuan dari pusat tersebut berakhir atau mengalami kekurangan dari segi jumlah bantuan, menurut Bapak langkah apa yang diambil oleh Pemerintah Kota Tanjungpinang untuk menjamin kesinambungan pemeliharaan kesehatan bagi masyarakat miskin ? dan program apa yang diinginkan Pemerintah Kota Tanjungpinang terhadap jaminan kesehatan masyarakat miskin?

C. Finansial

1. Bagaimana menurut Bapak tentang kemampuan keuangan Daerah sekarang secara keseluruhan, apakah dari sektor kesehatan cukup memadai, bagaimana dengan pembiayaan kesehatan pada masyarakat miskin ?
2. Diharapkan pembiayaan dan pengelolaan kesehatan masyarakat di kota Tanjungpinang dapat lebih efektif dan efisien , maka perlu dikembangkan sistim pembiayaan kesehatan yang dapat menjamin kesehatan bagi masyarakat miskin, menurut Bapak, bagaimanakah potensi pelaksanaan pembiayaan kesehatan dengan sistim asuransi kesehatan sosial tersebut benar-benar dibutuhkan di kota Tanjungpinang ?
3. Menurut Bapak, apakah perlu diterbitkan Perda atau SK dari Wali Kota yang mengatur pola pengelolaan program jaminan kesehatan sosial ?
4. Apabila progam kesehatan masyarakat miskin mengikuti mekanisme asuransi kesehatan sosial diterapkan di kota Tanjungpinang, apakah perlu suatu badan khusus yang mengelola program tersebut ?

D. Tuntutan Masyarakat

1. Selama ini Kreteria masyarakat miskin yang dipergunakan dalam penetapan masyarkat miskin di kota Tanjungpinang dikatakan tidak sesuai dengan kondisi dengan masyarkat kota Tanjungpinang, bagaimana menurut Bapak ?
2. Menurut Bapak seperti apa tuntutan masyarakat terhadap penyelenggaraan jaminan kesehatan di kota Tanjungpinang ?
3. Menurut Bapak dukungan dan peran serta seperti apa yang diharapkan dari masyarakat dalam penyelenggaraan jaminan kesehatan masyarakat miskin di kota Tanjungpinang ?

4. Bagaimana menurut Bapak apabila ada masyarakat miskin di kota Tanjungpinang yang tidak mempunyai kartu berobat membutuhkan pelayanan kesehatan rujukan ke rumah sakit tetapi mereka mempunyai SKTM ?

E. Hambatan, Dukungan, Saran dan Harapan

1. Menurut Bapak, faktor-faktor apa saja yang berpotensi menghambat dan mendukung penyelenggaraan jaminan kesehatan masyarakat miskin di kota Tanjungpinang ?
2. Saran apa yang akan Bapak berikan dalam Pelaksanaan program jaminan kesehatan bagi masyarakat miskin di kota Tanjungpinang ?
3. kebijakan apa yang akan diambil oleh kota Tanjungpinang dalam menjamin kelangsungan pelayanan kesehatan masyarakat miskin ?

UNIVERSITAS TERBUKA

Lampiran 2: Interpretasi Pertanyaan

NO	TOPIK PERTANYAAN	INTEPRETASI
A. Topik Visi dan Misi		
1.	Visi dan Misi terhadap penyelenggaraan jaminan kesehatan masyarakat miskin	<ol style="list-style-type: none"> 1. Menyentuh kebutuhan masyarakat miskin. 2. Menanamkan bahwa kesehatan merupakan modal dan investasi bagi masyarakat miskin agar lebih produktif. 3. Menjamin masyarakat miskin untuk mendapatkan akses pelayanan kesehatan. 4. Pemerintah kota mempunyai perhatian dan mendukung adanya kepastian jaminan kesehatan bagi masyarakat miskin.
2.	Tanggapan tentang isu kesehatan sebagai isu strategis	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kesehatan sebagai kebutuhan dasar dan menjadi komoditi politik paling strategis dalam pembangunan. 2. Kesehatan mempunyai selling point yang kuat dalam menentarkan prioritas pembangunan. 3. Kesehatan sebagai salah satu indikator yang ada dalam minimum development index.
3.	Keberpihakan dan harapan Visi dan Misi Pemerintah Kota	<ol style="list-style-type: none"> 1. Visi dan Misi Pemerintah Kota Tanjungpinang memprioritaskan pembangunan berbasis masyarakat termasuk masyarakat miskin
B. Topik Kemauan Politik		
1.	Responsivitas Pemerintah Kota terhadap kebijakan jaminan kesehatan masyarakat miskin.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Jaminan kesehatan masyarakat miskin dan kelompok rentan dijadikan salah satu indikator dalam kebijakan umum anggaran pembangunan. 2. Pemerintah Kota memberikan jaminan/kepastian pelayanan kesehatan kepada masyarakat miskin dan memberikan dukungan kepada unit pelayanan kesehatan dasar seperti Puskesmas. 3. Pemerintah kota melaksanakan program yang bersifat nasional dan ikut bertanggungjawab dalam pembiayaan dan dalam pengawasan.

2.	Peran otonomi Daerah terhadap jaminan kesehatan masyarakat miskin.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pemerintah Kota melaksanakan kewenangan yang telah diserahkan oleh Pemerintah Pusat kepada daerah yaitu urusan wajib bidang kesehatan dan mengembangkan jaminan kesehatan sosial. 2. Pemerintah Kota Tanjungpinang memprioritaskan jaminan kesehatan masyarakat miskin dalam pembangunan kota. 3. Pemerintah kota Tanjungpinang mengacu pada program nasional memilih asuransi kesehatan sebagai model jaminan kesehatan masyarakat miskin. 4. Pemerintah kota Tanjungpinang dalam menyusun kebijakan jaminan kesehatan masyarakat miskin memperhatikan isi kebijakan, tatalaksana kebijakan dan budaya hukum yang sesuai kondisi yang ada.
3.	Program yang diinginkan pemerintah kota terhadap jaminan kesehatan masyarakat miskin.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Asuransi kesehatan sebagai alternatif pembiayaan kesehatan masyarakat miskin yang bisa dikembangkan untuk menjaga sustainabilitas. 2. Premi asuransi kesehatan masyarakat miskin disubsidi oleh pemerintah kota. 3. Meneruskan dan mengembangkan asuransi kesehatan bagi masyarakat miskin. 4. Menjamin kelangsungan penyelenggaraan jaminan kesehatan masyarakat miskin sesuai dengan komitmen yang dibuat antara pemerintah pusat dan pemerintah daerah.
C	Topik Finansial	
1.	Kemampuan keuangan daerah, pembiayaan sektor kesehatan dan pembiayaan kesehatan masyarakat miskin.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Anggaran daerah belum cukup memadai, sumber anggaran dari APBD dan Dana Pusat dan dana dari pihak swasta 2. Anggaran Kesehatan Masyarakat Miskin telah dianggarkan dalam APBD namun jumlahnya kurang memadai. 3. Pemerintah kota Tanjungpinang menyediakan anggaran bagi masyarakat miskin yang belum mendapat jaminan dari PT.ASKES. 4. PAD dapat digali dari macam-macam sumber yang ada di Tanjungpinang.
2.	Potensi pengembangan asuransi kesehatan sosial.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pengembangan jaminan sosial masyarakat miskin dikembangkan dengan model asuransi kesehatan sosial. 2. Perhitungan premi dipakai patokan awal seperti askeskin yang dikelola PT. askes

		<ol style="list-style-type: none"> 3. Sumber pembiayaan dimungkinkan memobilisasi dana dari PAD/APBD, pihak swasta sebagai bapak asuh, pajak industri dan anggaran pusat seperti dari DAU. 4. Pengembangan awal sekitar 25 % penduduk Tanjungpinang di proteksi dengan asuransi kesehatan sosial.
3.	Regulasi program asuransi kesehatan sosial.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Untuk mengatur asuransi kesehatan sosial di kota Tanjungpinang diperlukan Peraturan Daerah atau Peraturan Walikota. 2. Didalam Perda mengatur tarif dokter praktek swasta sebagai jaringan pemberi pelayanan.
4.	Badan penyelenggara asuransi kesehatan sosial	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pemerintah kota Tanjungpinang untuk sementara tahap awal memilih PT.ASKES sebagai Badan Penyelenggaraan Asuransi Kesehatan Sosial. 2. Pemerintah kota Tanjungpinang berkeinginan mengelola sendiri Asuransi Kesehatan Sosial dengan membentuk unit khusus setelah ada tenaga yang mempunyai kompetensi bidang asuransi.
D.	Tuntutan Masyarakat	
1.	Penetapan kriteria masyarakat miskin	<ol style="list-style-type: none"> 1. Penetapan masyarakat miskin dipergunakan kriteria dari BPS dan BKKBS (BKKBN). 2. Pemerintah kota membutuhkan tim perumus atau tim verifikasi masyarakat miskin sesuai kondisi kota Tanjungpinang yang dikoordinasi oleh Bappeko dengan bagian Sosial. 3. Hasil penetapan kriteria masyarakat miskin sebagai suatu kebijakan pemerintah Kota Tanjungpinang yang dapat dipakai sebagai acuan bagi dinas-dinas/instansi yang mempunyai program yang berkaitan dengan masalah kemiskinan. 4. Hasil penetapan kriteria masyarakat miskin disosialisasikan agar semua masyarakat Tanjungpinang mengetahui dan menerima kebijakan pemerintah kota Tanjungpinang (SK Wali Kota Nomor 38 Tahun 2008)
2.	Pelayanan kesehatan masyarakat di Puskesmas dan Rumah Sakit.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pelayanan kesehatan di Puskesmas dan Rumah Sakit masih ada keluhan, belum memuaskan dan perlu ditingkatkan.

		<ol style="list-style-type: none"> 2. Dalam menjamin akses pelayanan kesehatan masyarakat miskin dianjurkan tidak ada penolakan terhadap orang miskin. 3. Puskesmas dan Rumah Sakit melakukan sosialisasi tentang prosedur pelayanan, peraturan jam pelayanan kesehatan. 4. Petugas pelaksana baik di Puskesmas dan Rumah Sakit melaksanakan pelayanan kesehatan sesuai dengan aturan jam kerja dan menunjukkan sikap yang baik dan wajar.
3.	Peran serta masyarakat dalam penyelenggaraan jaminan kesehatan masyarakat miskin.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Masyarakat memenuhi hak dan kewajibannya, masyarakat miskin memperoleh hak berobat dengan cuma-cuma dan kewajibannya mentaati peraturan yang ada. 2. Masyarakat yang mampu peduli terhadap orang lain, mendukung dan membantu pemerintah dalam pembangunan untuk kepentingan masyarakat miskin. 3. Masyarakat terlibat dalam menetapkan dan melaksanakan kebijakan jaminan kesehatan masyarakat miskin.
4.	Pelayanan kesehatan rujukan bagi pemegang SKTM di Rumah Sakit.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memerlukan koordinasi antara pemerintah Kota, pemerintah Provinsi, PT,askes dan RSUD Maupun RSUP. 2. Ada informasi, sosialisasi dan komunikasi tentang pedoman pelaksanaan jaminan kesehatan masyarakat miskin secara internal kepada seluruh pelaksana di RSUP. 3. Ada informasi bahwa program jaminan kesehatan masyarakat miskin menjamin semua masyarakat miskin termasuk pemegang SKTM.
E.	Topik Hambatan, Dukungan, Saran dan Harapan.	
1.	Faktor-faktor yang potensial menghambat dan mendukung program jaminan pemeliharaan kesehatan masyarakat miskin.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Faktor penghambat dalam jaminan kesehatan masyarakat miskin adalah ketersediaan anggaran dan rendahnya pemahaman asuransi kesehatan oleh masyarakat , serta rendahnya komunikasi pada instansi terkait dalam penanganan masalah kemiskinan. 2. Faktor pendukung dalam jaminan kesehatan masyarakat miskin adalah adanya kewenangan daerah untuk mengembangkan jaminan kesehatan untuk memenuhi kebutuhan masyarakat miskin. 3. Hal lain yang penting adalah komitmen pemerintah yang kuat untuk mengurangi hambatan dan memperkuat dukungan

		dalam mewujudkan jaminan kesehatan masyarakat miskin.
2.	Saran dalam pelaksanaan program jaminan pemeliharaan kesehatan masyarakat miskin.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pemerintah kota Tanjungpinang mempunyai etika membangun komitmen yang kuat dalam mewujudkan jaminan kesehatan masyarakat miskin sesuai dengan kewenangan dalam otonomi daerah dengan segala konsekuensinya termasuk pembiayaannya. 2. Perlu adanya sosialisasi tentang asuransi kesehatan sosial kepada seluruh masyarakat termasuk stakeholder misalnya melalui seminar dan lain sebagainya. 3. Adanya kepastian yang nyata dari tahun ketahun dari Pemerintah Kota Tanjungpinang dalam menetapkan jumlah orang miskin sebagai dasar perhitungan kebutuhan anggaran dalam menjamin akses pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin.
3.	Harapan kebijakan yang akan diambil dalam mempertahankan kelangsungan kesehatan masyarakat miskin.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pemerintah kota Tanjungpinang mengembangkan jaminan sosial model asuransi kesehatan sosial bagi masyarakat miskin sesuai dengan kewenangan yang diberikan oleh pemerintah Pusat. 2. Pemerintah kota Tanjungpinang mempunyai komitmen mempertahankan jaminan kesehatan masyarakat miskin sesuai dengan kemampuan daerah.

Lampiran 2.

Topik : 1. Visi dan Misi

No	Topik Pertanyaan	Hasil Wawancara	Katagori	Intepretasi
1.	Visi dan Misi terhadap penyelenggaraan jaminan kesehatan masyarakat miskin.	<p>visi dan misi yang lebih menyentuh kebutuhan masyarakat terutama masyarakat miskin.(Dr. Eka Hanasarianto/Kadis Kesehatan Kota Tanjungpinang)</p> <p>visinya adalah terpenuhinya pelayanan kesehatan dasar Misinya adalah memfasilitasi masyarakat miskin untuk mendapatkan akses murah terhadap pelayanan kesehatan, berupaya meningkatkan mutu pelayanan dasar di Puskesmas terhadap keluarga miskin.</p> <p>bagi saya visi untuk penyelenggaraan jaminan kesehatan masyarakat miskin yaitu mereka harus sehat dan produktif.</p>	<p>Kebutuhan masyarakat, akses pelayanan kesehatan, sehat dan produktif, prinsip mendukung, perhatian serius, kepentingan masyarakat, kesehatan modal dasar, kepastian jaminan, mendapatkan pelayanan kesehatan, menyanatkan masyarakatnya</p>	<p>Menyentuh kebutuhan masyarakat miskin.</p> <p>Menanamkan bahwa kesehatan merupakan modal dan investasi bagi masyarakat miskin agar lebih produktif</p> <p>Menjamin masyarakat miskin untuk mendapatkan akses pelayanan kesehatan.</p> <p>Pemerintah kota mempunyai perhatian dan mendukung dengan adanya kepastian jaminan kesehatan bagi masyarakat miskin.</p>

		Prinsipnya mendukung jaminan kesehatan masyarakat dengan segala aspek tuntutannya.		
		Perhatian serius terhadap jaminan kesehatan masyarakat miskin.		
		Masyarakat produktif dengan adanya kepastian jaminan kesehatan, untuk mencapai itu dibuat program yang menyentuh kepada kepentingan masyarakat itu sendiri.		
		kesehatan sebagai modal dasar investasi untuk semua warga Tanjungpinang.(Ahmad Yani Kabag TU Dinas Kesehatan Kota Tanjungpinang)		
		Masyarakat miskin perlu mempunyai kepastian jaminan dalam pemeliharaan kesehatannya sehingga masyarakat miskin mau dan mampu mengatasi masalah kesehatan diri dan keluarga		
		Masyarakat miskin bisa		

		mendapatkan pelayanan kesehatan dasar dengan mudah dan gampang		
		visi pemkot Tanjungpinang mencakup seluruh aspek kehidupan, berhubungan dengan dimensi kesehatan, cita-cita Tanjungpinang kedepan untuk menehatkan masyarakatnya.		
2.	Tanggapan tentang isu kesehatan sebagai isu strategis	justru kesehatan menjadi kebutuhan dasar setiap manusia yang harus diprioritaskan bersamaan dengan pendidikan, pendidikan dan kesehatan harus beriringan untuk membentuk kualitas manusia. (Dr. Eka Hanasarianto/Kadis Kesehatan Kota Tanjungpinang)	Kebutuhan dasar,prioritas,mendasar dan strategis,komoditi politik,paling strategis,selling point kuat,minimum development index	Kesehatan sebagai kebutuhan dasar dan menjadi komoditi politik paling strategis dalam pembangunan.
		Justru isu tentang kesehatan, pendidikan itu sangat mendasar dan kesehatan paling strategis.(Saleh Ahmad/Tokoh Masyarakat)		Kesehatan mempunyai selling point yang kuat dalam menteapkan prioritas pembangunan.
		kesehatan itu sudah menjadi komoditi politik yang sudah mulai laku untuk dijual kepada masyarakat		Kesehatan sebagai salah satu indikator yang ada dalam <i>minimum development index</i>

		isu kesehatan suatu hal yang paling strategis, kesehatan mempunyai sentuhan langsung orang perorangan		
		sekarang dianggap sangat strategis		
		sebagian politisi belum mengerti bahwa kesehatan modal dasar untuk tindak lanjut. Sebenarnya menjadi <i>selling point</i> yang kuat jika mereka sakit tidak berproduksi berupa kerugian.		
		kurang tepat dan salah, justru kesehatan modal atau investasi. (Dr. Eka Hanasarianto/Kadis Kesehatan Kota Tanjungpinang)		
		Tidak tepat ke depan saya yakin misalnya pemerintah kota dan dinas kesehatan memahami apa minimum <i>development index</i> , itu berhubungan dengan kesehatan...tinggal merumuskan isu strategisnya dari pengambil kebijakan. (Saleh Ahmad/Tokoh Masyarakat)		

		isu kesehatan suatu hal yang paling strategis, kesehatan mempunyai sentuhan langsung orang perorangan		
		sekarang dianggap sangat strategis		
		sebagian politisi belum mengerti bahwa kesehatan modal dasar untuk tindak lanjut. Sebenarnya menjadi <i>selling point</i> yang kuat jika mereka sakit tidak memproduksi berupa kerugian.		
		kurang tepat dan salah, justru kesehatan modal atau investasi. (Dr. Eka Hanasarianto/Kadis Kesehatan Kota Tanjungpinang)		
		Tidak tepat ke depan saya yakin misalnya pemerintah kota dan dinas kesehatan memahami apa minimum <i>development index</i> , itu berhubungan dengan kesehatan...tinggal merumuskan isu strategisnya dari pengambil kebijakan. (Saleh Ahmad/Tokoh Masyarakat)		

3.	Keberpihakan dan harapan visi dan misi pemerintah kota	Pembangunan kesehatan berbasis rakyat, berbasis masyarakat, dan mewujudkan pembangunan kesehatan yang berbasiskan masyarakat termasuk masyarakat miskin.	Memprioritas pembangunan berbasis masyarakat	Visi dan misi pemerintah kota Tanjungpinang memprioritaskan pembangunan berbasis masyarakat termasuk masyarakat miskin.
----	--	--	--	---

UNIVERSITAS TERBUKA

Topik 2. Kemauan Politik

No	Topik Pertanyaan	Hasil Wawancara	Kategori	Intepretasi
1.	Responsivitas pemerintah kota terhadap kebijakan jaminan kesehatan masyarakat miskin	<p>Kebijakan jaminan kesehatan masyarakat miskin sudah menjadi salah satu kebijakan pemerintah kota Tanjungpinang, indikator yang dibuat yaitu cakupan jaminan pemeliharaan kesehatan keluarga miskin dan rawan (Dr. Eka Hanasarianto/Kadis Kesehatan Kota Tanjungpinang)</p> <p>Kita jelas memberikan pelayanan kepada masyarakat miskin, ini menyangkut kepentingan masyarakat itu tidak masalah</p> <p>Mengenai kebijakan jaminan kesehatan masyarakat miskin Walikota telah menanda tangani SK Nomor 38 Tahun 2008 Tentang</p>	Menjadi kebijakan dan indikator kinerja, memberikan pelayanan kepada masyarakat, jaminan pemeliharaan kesehatan masyarakat miskin dan kelompok rentan, kepastian pelayanan kesehatan, respon terhadap kesehatan, program nasional, menyediakan dana, <i>support, public goods</i>	<p>Jaminan kesehatan masyarakat miskin dan kelompok rentan dijadikan salah satu indikator dalam kebijakan umum anggaran pembangunan.</p> <p>Pemerintah kota memberikan jaminan/kepastian pelayanan kesehatan kepada masyarakat miskin dan memberikan dukungan kepada unit pelayanan kesehatan dasar seperti Puskesmas.</p> <p>Pemerintah kota melaksanakan program yang bersifat nasional dan ikut bertanggung jawab dalam pembiayaan dan dalam pengawasan.</p>

		SKTM dan pemeliharaan kesehatan keluarga miskin dan rawan		
		Masyarakat miskin ada kepastian mendapatkan pelayanan kesehatan dengan mudah. (Dr.Rosmawi Arifin)		
		Pemerintah kota respon terhadap bidang kesehatan maupun bidang pendidikan		
		Pemerintah kota Tanjungpinang membantu program pusat yang sifatnya nasional. Pemko menutupi kekurangan dana untuk jaminan kesehatan masyarakat miskin		
		Jadi sudah dibuktikan pada tahun 2007 untuk menutupi kekurangan dana terhadap penduduk miskin yang tidak mendapat subsidi, pemkot menyediakan dana		
		Sudah cukup respon terhadap kebijakan Pemko tentang jaminan kesehatan		

		masyarakat miskin, buktinya pemko mengawasi pelaksanaan pelayanan kesehatan masyarakat miskin dan ikut menentukan sasaran. (Dr Gatot Winoto Sekko Tanjungping)		
		Walikota dan DPRD menyepakati kebijakan umum anggaran pendapatan belanja daerah, sehingga ini tidak hanya sebagai wacana saja tetapi sudah harus didukung dan di aktualisasikan. (Riswan Efendi/Tokoh Masyarakat)		
		Pemerintah kota Tanjungpinang harus <i>support</i> Puskesmas sebagai <i>Public Goods</i> (Abdul Razak/Tokoh Masyarakat)		
2.	Dampak pelaksanaan otonomi daerah teradap jaminan kesehatan masyarakat miskin	Salah satu urusan wajib yang menjadi kewenangan pemerintah daerah adalah bidang kesehatan. Mereka harusnya mempunyai	Urusan wajib bidang kesehatan, jaminan sosial, asuransi kesehatan, program nasional, komitmen prioritas, pelayanan kesehatan, kebijakan, masyarakat miskin.	Pemerintah kota melaksanakan kewenangan yang telah diserahkan oleh pemerintah pusat kepada daerah yaitu urusan wajib bidang kesehatan dan mengembangkan jaminan

		jaminan kesehatan, sehingga kalau mereka sakit sudah ada kepastian jaminan pembiayaannya. (Dr. Eka Hanasarianto/Kadis Kesehatan Kota Tanjungpinang)		kesehatan sosial.
		Menyangkut jaminan sosial kepada masyarakat, idealnya masyarakat semua di kota kita asuransikan dari sisi kesehatan.		Pemerintah kota Tanjungpinang memprioritaskan jaminan kesehatan masyarakat miskin dalam pembangunan kota.
		Mereka harus mempunyai jaminan kesehatan, seperti pegawai negeri, kalau sakit tidak lagi membayar biaya kontan, karena sudah mendapat jaminan dari askes.		Pemerintah kota Tanjungpinang mengacu pada program nasional memilih asuransi kesehatan model jaminan kesehatan masyarakat miskin.
		Sementara untuk program gak in tetap mengacu pada program nasional. Pemko menutupi kekurangan biaya asuransi kesehatan masyarakat miskin.		Pemerintah kota Tanjungpinang dalam menyusun kebijakan jaminan kesehatan masyarakat miskin memperhatikan isi kebijakan, tatalaksana kebijakan dan budaya hukum yang sesuai kondisi yang ada.

		Salah satu prioritas pembangunan pemerintah kota adalah kesehatan,andaikan tidak ada lagi subsidi pemerintah untuk kesehatan masyarakat miskin pemkot akan meneruskan,kita konsen terhadap keluarga miskin.Pemkot sudah mempunyai komitmen prioritas. (Ahmad Yani Kabag TU Dinas Kesehatan Kota Tanjungpinang)		
		Pemerintah pusat telah memberikan kewenangan wajib diantaranya bidang kesehatan,maka daerah bertanggung jawab melaksanakannya.		
		Prinsip tidak membedakan kaya dan miskin,sejauh ini pelayanan kesehatan masyarakat kita jalankan.		
		Prospek jaminan kesehatan bagi masyarakat miskin menjadi prioritas pemerintah.Programnya perlu dibuat model sesuai dengan kemampuan dan		

		kondisi kita di Tanjungpinang.		
		Mendukung kebijakan pemerintah kota dalam menjamin pelayanan kesehatan masyarakat miskin.(Saleh Ahmad/Tokoh Masyarakat Kota Tanjungpinang)		
		Dalam menyusun kebijakan sebaiknya pemko Tanjungpinang harus melihat <i>content of law</i> / tatalaksana kebijakan dan <i>culture of law</i> / budaya hukumnya termasuk kebijakan pelayanan untuk masyarakat miskin.		
3.	Program yang diinginkan pemerintah kota terhadap jaminan kesehatan masyarakat miskin.	Mereka mempunyai akses seperti PNS,mereka bisa berobat ke Puskesmas dan Rumah Sakit. Pemerintah kota Tanjungpinang membantu dalam pembiayaannya. (Dr. Eka Hanasarianto/Kadis Kesehatan Kota Tanjungpinang)	Asuransi kesehatan,alternatif pembiayaan,butuh komitmen,anggaran pemerintah kota berkelanjutan,bisa dikembangkan.	Asuransi kesehatan sebagai alternatif pembiayaan kesehatan masyarakat miskin yang bisa dikembangkan untuk menjaga sustainabilitas.
		Saya pikir masyarakat miskin diasuransikan, ke		Premi asuransi kesehatan masyarakat miskin disubsidi

		depan akan tetap terus diasuransikan.		oleh pemerintah kota.
		Program jaminan askeskin kemarin sudah cukup baik dan perlu dilanjutkan. Asuransi kesehatan masyarakat miskin itu alternatif yang cukup baik untuk mengatasi pembiayaan kesehatan (Abdul Razak AB/Tokoh Masyarakat)		Meneruskan dan mengembangkan asuransi kesehatan bagi masyarakat miskin.
		Dibutuhkan semacam komitmen antara pusat dan daerah untuk membangun kesehatan. (Ahmad Yani Kabag TU Dinas Kesehatan Kota Tanjungpinang)		Menjamin kelangsungan penyelenggaraan jaminan kesehatan masyarakat miskin sesuai dengan komitmen yang dibuat antara pemerintah pusat dan pemerintah daerah.
		Identik dengan sistem pelayanan askes pegawai negeri.		
		Program jaminan kesehatan masyarakat miskin harus dilanjutkan menggunakan anggaran Demko Tanjungpinang, identik dengan askes pegawai negeri. (Dr. Rosmawi Arifin/Tokoh Masyarakat)		

		Selanjutnya terbuka kemungkinan dikembangkan suatu sistem tersendiri, kita perlu model asuransi, sehingga tidak hanya pemerintah saja yang mensubsidi masyarakat miskin tetapi non miskin ikut mensubsidi.		
		Mesti mencari alternatif pembiayaan lain bentuk asuransi kesehatan bagi masyarakat miskin yang tidak memberatkan semua pihak.		
		Program jaminan kesehatan masyarakat miskin dilakukan secara berkelanjutan. (Abdul Razak AB)		
		Banyak alternatif yang bisa dikembangkan untuk menjamin masyarakat miskin, hal ini harus didukung dengan <i>political will</i> dan <i>political action</i> , yaitu bagaimana kongkritnya yang dibarengi dengan penyiapan		

		infrastruktur, <i>support system</i> untuk mengikuti kebijakan yang dikembangkan.		
--	--	---	--	--

UNIVERSITAS TERBUKA

Topik 3. Finansial

No	Topik Pertanyaan	Hasil Wawancara	Katagori	Intepretasi
1.	Kemampuan keuangan daerah, pembiayaan sektor kesehatan dan pembiayaan kesehatan masyarakat miskin.	Kita masih berharap adanya dukungan dengan pembiayaan dari pusat, sambil kita sendiri menghitung kemampuan APBD kota Tanjungpinang untuk pembiayaan kesehatan masyarakat miskin. (Dr. EkaHanasarianto/Kadis Kesehatan KotaTanjungpinang)	Dukungan pusat belum cukupPAD,DAU & DAK,capai 10%-11%,belum dianggarkan,menyediakan kekurangan dana,sesuai kebutuhan,bar yak sumber PAD	Anggaran Daerah belum cukup memadai,sumber anggaran dari PAD,DAU dan DAK.
		Dengan kondisi keuangan APBD,anggaran kesehatan saya pikir masih sangat kurang memadai sehingga masih harus ditingkatkan .		Anggaran kesehatan belum cukup memadai mencapai 10%-11% dari APBD
		Anggaran pemko bersumber dari PAD,dan masih mengharapkan dari DAU dan DAK.Masalah kesehatan masyarakat miskin ini menyangkut publik dan pemko harus memprioritaskan dan mempunyai komitmen		Anggaran kesehatan masyarakat miskin belum dianggarkan dalam APBD

		untuk menyelesaikan publik.		
		Yang jelas PAD kita masih terbatas, pemko masih mengharapkan bantuan dari pusat. Anggaran kesehatan sepertinya meningkat setiap tahunnya.		
		Masih kurang namun setiap tahun menunjukkan kenaikan anggaran. Untuk pembiayaan kesehatan masyarakat miskin dianggarkan sesuai dengan kebutuhan. (Ahmad Yani Kabag TU Dinas Kesehatan Kota Tanjungpinang)		
		Kalau pembangunan kesehatan menjadi prioritas, dana bisa dicari kita punya sumber macam-macam untuk PAD		
2.	Potensi pengembangan asuransi kesehatan sosial.	Perhitungan awal kita berpatokan pada askeskin melalui PT. askes yaitu Rp.5.000 per jiwa setiap bulan...bila sudah dianggarkan dan dibicarakan dengan DPRD tidak menjadi persoalan	Patokan askeskin, komitmen, PAD & bapak asuh, askes sosial, dikembangkan, dana APBD, jaminan sosial, anggaran pusat, retribusi kesehatan & peran swasta, 50% penduduk diproteksi, pajak industri, DAU.	Pengembangan jaminan sosial masyarakat miskin dikembangkan dengan model asuransi kesehatan sosial.

		tergantung dari komitmen pemko Tanjungpinang. (Dr. Eka Hanasarianto/Kadis Kesehatan Kota Tanjungpinang)		
		Mengintensifkan sumber pendapatan daerah dan menggali dari para pengusaha yang ada untuk menjadi bapak asuh		Perhitungan premi dipakai patokan awal seperti askeskin yang dikelola oleh PT. askes
				Sumber pembiayaan dimungkinkan memobilisasi dana dari PAD/APBD, dari pihak swasta sebagai bapak asuh, pajak industri dan anggaran pusat seperti dari DAU.
		Sangat memungkinkan dikembangkan, dana dialokasikan APBD dan infrastruktur sudah ada.		
		Tidak menutup kemungkinan asuransi kesehatan sosial dikembangkan, perhitungan		Pengembangan awal sebanyak mungkin penduduk Tanjungpinang diproteksi dengan asuransi kesehatan

		premi sasaran per jiwa lebih cocok sekali.		sosial.
		Sangat dimungkinkan untuk dikembangkan menjadi jaminan sosial..potensi pembiayaan dari PAD dengan mengstrukturisasi pajak daerah,pegelolaannya kita kerjasamakan dengan PT. askes.		
		Selanjutnya terbuka kemungkinan dikembangkan suatu model asuransi,sehingga yang kaya pun tetap ikut,yang miskin disubsidi pemerintah.Itu menjadi harapan ke depan pemerintah		
		Utamanya masih mengharapkan bantuan anggaran pusat disamping APBD kota sendiri. (Ahmad Yani Kabag TU Dinas Kesehatan Kota Tanjungpinang)		
		Sumber dari retribusi kesehatan sebagai sumber anggaran pembiayaan		

		jaminan kesehatan untuk masyarakat miskin dan menggalang peran swasta		
		Pertama jaminan kesehatan di-meneg dengan baik, target 25% penduduk Tanjungpinang diproteksi dengan asuransi kesehatan yang dikelola secara baik dan profesional. Kedua dari kompensasi pajak industri yang memberikan dampak menurunkan kualitas hidup manusia, dan ketiga dari DAU		
3.	Regulasi program asuransi kesehatan sosial.	Hal ini sudah menyangkut masyarakat, instansi dan lembaga lain, sudah saatnya diatur melalui Perda, sehingga masyarakat lebih mengetahui (Dr. Eka Hanasarianto/Kadis Kesehatan Kota Tanjungpinang)	Perda, peraturan walikota, tarif praktek dokter	Untuk mengatur asuransi kesehatan sosial di kota Tanjungpinang diperlukan Peraturan Daerah atau Peraturan Walikota.
		Harus ada regulasi dan perda membuat perda.		
		Jangka panjang kita membutuhkan perda...dasar hukumnya sudah jelas dan untuk jangka pendek diatur		Didalam Perda mengatur Tarif dokter praktek swasta sebagai jaringan pemberi pelayanan.

		melalui SK Walikota		
		Sangat memungkinkan untuk pengaturannya dipergunakan Perda, didalamnya termasuk tarif praktek dokter untuk keluarga miskin		
		Memang sebaiknya perlu peraturan daerah untuk mengatur regulasi agar lebih baik dan terarah (Ahmad Yani Kabag TU Dinas Kesehatan Kota Tanjungpinang)		
		Untuk mengaturnya perlu Perda		
		Pasti perlu sekali Perda (Ridwan Efendi/ Tokoh Masyarakat Kota Tanjungpinang)		
		Dibuat Perda agar lebih mudah mengawasinya		
4.	Badan Penyelenggara Asuransi Kesehatan Sosial	Untuk sementara lembaga yang sudah mengelola selama ini PT. askes... Kalau kita mempunyai tenaga yang profesional dibidang	PT. askes, Pemko kelola sendiri, lembaga khusus, kelola seperti askes	Pemerintah kota Tanjungpinang untuk sementara tahap awal memilih PT. askes sebagai Badan Penyelenggaraan Asuransi Kesehatan Sosial.

		asuransi kesehatan sosial ini peluang dan sangat memungkinkan Pemko kelola sendiri atau kita kerjasamakan. (Dr. EkaHanasarianto/Kadis Kesehatan KotaTanjungpinang)		
		PT.asks sebenarnya baik kemungkinan bisa dikerjasamakan...bila memungkinkan dibentuk semacam BUMD yang mengelola,kalau bisa dikelola sendiri,kenapa tidak.		Pemerintah kota Tanjungpinang berkeinginan mengelola sendiri Asuransi Kesehatan Sosial dengan membentuk unit khusus setelah ada tenaga yang mempunyai kompetensi bidang asuransi.
		Kita evaluasi dulu yang sudah berjalan, kalau tidak ada masalah, mana yang lebih baik menguntungkan.Kalau memungkinkan kita kelola sendiri dengan membentuk unit khusus.		
		Dilihat dari efisiensi biaya penyelenggaraan yang dibiayai cukup mahal dan terbatasnya tenaga profesional,cenderung dikelola oleh PT.asks		
		Sekarang kebijakan pusat		

		dana dari pusat, Pemko membuat MOU dengan PT. askes		
		Untuk sementara kita kerjasamakan dulu dengan Askes tidak menutup kemungkinan dikelola sendiri		
		Idealnya ada satu badan tersendiri, lembaga khusus yang menangani ini, karena kalau kita serahkan kepada PT. askes yang mengelola secara nasional, bisa jadi Tanjungpinang mensubsidi daerah lain (Saleh Ahmad/Tokoh Masyarakat Kota Tanjungpinang)		
		Dikerjasamakan dulu dengan askes, kalau sudah mampu dan ada tenaga sebaiknya dikelola sendiri. (Ahmad Yani Kabag TU Dinas Kesehatan Kota Tanjungpinang)		
		Kalau Pemko sudah tidak menutup kemungkinan dikelola sendiri		

Topik 4. Tuntutan Masyarakat

No	Topik Pertanyaan	Hasil Wawancara	Katagori	Intepretasi
1.	Penetapan kriteria masyarakat miskin	Sekarang penetapan BPS,kalau bisa BPS bekerjasama dengan tenaga dari BKBKS,BKBKS mempunyai tenaga PLKB sampai kelurahan. (Dr. EkaHanasarianto/Kadis Kesehatan KotaTanjungpinang)	BPS,BKBKS,Tim perumus,Kebijakan kriteria masyarakat miskin,sesuai kondisi daerah,sosialisasi	Penetapan masyarakat miskin dipergunakan kriteria dari BPS dan BKBKS (BKKBN)
		Hasil kriteria yang dibuat oleh statistik yang terakhir ini sudah bisa menangkap dari semua persyaratan-persyaratan yang dipersyaratkan.Sekarang berpatokan pada kriteria dari statistik		Pemerintah kota membutuhkan tim perumus atau tim verifikasi masyarakat miskin sesuai kondisi kota Tanjungpinang yang dikoordinasi oleh Bappeda dengan bagian sosial.
		Kriteria dari BPS baik dan perlu diverifikasi dengan data dari BKBKS		Hasil penetapan kriteria masyarakat miskin sebagai suatu kebijakan pemerintah kota Tanjungpinang yang dapat dipakai sebagai acuan bagi dinas-dinas/instansi yang mempunyai program yang berkaitan dengan masalah kemiskinan.
		Sampai sekarang sudah mendekati kriteria,karena alasan ekonomi yang didata oleh BKBKS. (Ahmad Yani Kabag TU Dinas Kesehatan Kota Tanjungpinang		

		<p>Khusus gakin kalau saya cenderung pakai data dari BKBKS, karena BKBKS mempunyai jaringan PPL sampai di Kelurahan. Untuk SLT dipergunakan data dari BPS karena resmi oleh Pemerintah. Perlu disepakati kriteria miskin dengan membentuk tim perumus dan tim verifikasi, data dijadikan data base masyarakat miskin.</p>		<p>Hasil penetapan kriteria masyarakat miskin disosialisasikan agar semua masyarakat Tanjungpinang mengetahui dan menerima kebijakan Pemerintah Kota Tanjungpinang</p>
		<p>Harusnya Bappeda dan bagian sosial Pemko merumuskan suatu kebijakan kriteria dan ini menjadi acuan dinas instansi di kota Tanjungpinang</p>		
		<p>Kriteria orang miskin tersebut sesuai dengan kondisi kota Tanjungpinang, apapun programnya dari departemen/instansi yang sasarannya orang miskin tentunya sama orangnya. (Saleh Ahmad/Tokoh Masyarakat)</p>		

		Mengembangkan dan mengimplementasikan sebuah kebijakan yang tertuang dalam juklak dan juknis disesuaikan dengan kondisi daerah kemudian dilakukan proses-proses sosialisasi kepada masyarakat secara terprogram		
2.	Pelayanan kesehatan masyarakat di Puskesmas dan Rumah Sakit.	Tenaga kesehatan yang dipelayanan langsung belum mempunyai sikap yang ramah, sopan dan santun terhadap pasien. Kita harus mengutamakan kepentingan publik, buat aturan yang jelas, sosialisasikan agar dimengerti masyarakat. (Saleh Ahmad / Tokoh Masyarakat Kota Tanjungpinang)	Sikap, aturan dan sosialisasi perlu ditingkatkan, sesuai peraturan, birokrasi, belum memuaskan, aturan jam kerja, ada keluhan, jangan ada penolakan, menjamin akses pelayanan kesehatan	Pelayanan kesehatan di Puskesmas dan Rumah Sakit masih ada keluhan, belum memuaskan dan perlu ditingkatkan.
		Sejauh saya ketahui masih perlu ditingkatkan, ini menyangkut semua aspek		Dalam menjamin akses pelayanan kesehatan masyarakat miskin dianjurkan tidak ada penolakan terhadap orang miskin.
		Puskesmas dan Rumah sakit melayani pasien		Puskesmas dan Rumah Sakit melakukan sosialisasi tentang

		sesuai jam kantor yang sudah diatur. Petugas melaksanakan tugasnya sesuai peraturan yang ada (Dr. Eka Hanasarianto/Kadis Kesehatan Kota Tanjungpinang)		prosedur pelayanan, peraturan jam pelayanan kesehatan.
		Birokrasi yang mudah, langsung dan sederhana		Petugas pelaksana baik di Puskesmas dan Rumah Sakit melaksanakan pelayanan kesehatan sesuai dengan aturan jam kerja dan menunjukkan sikap yang baik dan wajar
		Boleh dikatakan belum memuaskan, karena petugas kurang disiplin mengikuti aturan jam kerja. Pasien sudah banyak belum dibuka, petugas belum datang. (Ridwan Efendi/Tokoh Masyarakat Kota Tanjungpinang)		
		Masih perlu adanya peningkatan pelayanan, masih ada keluhan		
		Kita menganut kebijakan pusat jangan ada penolakan terhadap warga yang tidak mampu berobat ke		

		Puskesmas. (Ahmad Yani Kabag TU Dinas Kesehatan Kota Tanjungpinang)		
		Dari sisi petugas dalam melayani pasien tidak membedakan antara pasien umum dan pasien gakin,sikap harus sopan,senyum dan sabar		
		Asalkan mendapat pelayanan masyarakat miskin tidak ada masalah hanya prosedur secara administrasi yang cukup lama. (Ridwan Efendi/Tokoh Masyarakat Kota Tanjungpinang)		
		Sebenarnya yang penting kewajiban pemerintah Kota menjamin aksesibilitas untuk hidup orang miskin,menjamin orang miskin untuk bisa mendapatkan akses dalam pelayanan kesehatan.Menjamin <i>affordability</i> dan <i>sustainability</i> dari pelayanan kesehatan dasar		

3.	Peran serta masyarakat dalam penyelenggaraan jaminan kesehatan masyarakat miskin	Masyarakat harus melaksanakan hak dan kewajibannya. Haknya berobat tidak dipungut biaya dan kewajibannya mereka harus mengikuti aturan. (Dr. Eka Hanasarianto/Kadis Kesehatan KotaTanjungpinang)	Hak dan kewajiban,dukungan,membantu pemerintah,sosialisasi, kepedulian,kontrol pelayanan,pemberdayaan masyarakat,kebijakan.	Masyarakat memenuhi hak dan kewajibannya,masyarakat miskin memperoleh hak berobat dengan cuma-cuma dan kewajibannya mentaati peraturan yang ada
		Masyarakat harus mendukung program pembangunan untuk kepentingan masyarakat		
		Pedoman sudah jelas mereka harus ditolong dulu untuk mendapatkan pengobatan baru secara administrasi diurus		Ada informasi bahwa program jaminan kesehatan masyarakat miskin menjamin semua masyarakat miskin termasuk pemegang SKTM
		Ini menjadi perhatian pemerintah Kota,pemerintah Provinsi dan Rumah Sakit,kalau hal-hal terjadi seperti ini layani dulu,ambil sisi kemanusiaan baru kita selesaikan administrasinya. (Ahmad Yani Kabag TU Dinas Kesehatan Kota Tanjungpinang)		

		<p>Pedoman menyatakan semua masyarakat miskin dijamin kesehatannya,dengan fungsi sosial Rumah Sakit melayani dulu masyarakat miskin yang sakit,kemudian secara administrasi dicek ke lapangan. (Saleh Ahmad/Tokoh Masyarakat Kota Tanjungpinang)</p>		
		<p>Sekarang tidak ada kartu lagi yang ada SKTM,jadi untuk memudahkan pelayanan dilapangan kita layani secara gratis tanpa penolakan (Lia/Kasi bidang Pelayanan Kesehatan Dinas Kota Tanjungpinang)</p>		
		<p>Pihak kesehatan dan askes kurang berkoordinasi dengan Rumah Sakit. (Saleh Ahmad/Tokoh Masyarakat Kota Tanjungpinang)</p>		
		<p>Pedoman menyebutkan semua orang miskin dijamin kesehatannya,mereka</p>		

		dilayani dulu karena sakit. (Lia/Kasi bidang Pelayanan Kesehatan Dinas Kota Tanjungpinang		
--	--	--	--	--

UNIVERSITAS TERBUKA

Topik 5. Hambatan, Dukungan, Saran dan Harapan

No	Topik Pertanyaan	Hasil Wawancara	Katagori	Intepretasi
1.	Faktor-faktor yang potensial menghambat dan mendukung program jaminan pemeliharaan kesehatan masyarakat miskin	Hambatan yang utamanya adalah kesinambungan pembiayaan dan yang mendukung komitmen dari pemko Tanjungpinang untuk menjamin kesehatan masyarakat miskin. (Dr. Eka Hanasarianto/Kadis Kesehatan KotaTanjungpinang)	Pembiayaan,pemahaman asuransi kesehatan,komitmen,faktor eksternal	Faktor penghambat dalam jaminan kesehatan masyarakat miskin adalah ketersediaan anggaran dan rendahnya pemahaman asuransi kesehatan oleh masyarakat dan stakeholder,serta rendahnya komunikasi pada instansi terkait dalam penanganan masalah kemiskinan
		Hambatan yang jelas masalah dana juga,ini harus ada komitmen dari Pemerintah sebagai pelaksana tugas dari legislatif. Faktor yang mendukung pemerintah pusat sudah memberi kewenangan kepada kita untuk kepentingan masyarakat,perangkat hukum sudah jelas silahkan daerah mengembangkan dan berbuat untuk		Faktor pendukung dalam jaminan kesehatan masyarakat miskin adalah adanya kewenangan daerah untuk mengembangkan jaminan kesehatan untuk memenuhi kebutuhan masyarakat miskin

		kepentingan rakyat		
		Faktor-faktor yang menghambat yang utamanya anggaran, karena anggaran sangat memegang peranan. Pemahaman mengenai konsep jaminan kesehatan atau asuransi kesehatan masih kurang. Faktor yang mendukung utamanya adanya komitmen dari pemkot sendiri		Hal lain yang penting adalah komitmen pemerintah yang kuat untuk mengurangi hambatan dan memperkuat dukungan dalam mewujudkan jaminan kesehatan masyarakat miskin
		Hambatan yang paling utama tentunya masalah pembiayaan sendiri. Ahmad Yani Kabag TU Dinas Kesehatan Kota Tanjungpinang)		
		Mungkin permasalahan yang kita lihat yaitu etikat baik, kemauan yang terkait dengan perhatian terhadap orang miskin. (Saleh Ahmad/Tokoh Masyarakat Kota Tanjungpinang)		

		Paling penting adanya <i>political will</i> dari kepala daerah untuk mendukung jaminan kesehatan masyarakat miskin. Hambatan belum adanya pemahaman yang cukup tentang asuransi kesehatan dan rasa kepedulian terhadap orang miskin		
		Sebagian besar faktor eksternal yaitu lintas sektoral yang dimungkinkan bisa menghambat		
		Yang menghambat sekali jelas berkaitan dengan anggaran tapi kalau didukung adanya komitmen dari pemko Tanjungpinang untuk menyelenggarakan jaminan kesehatan bagi masyarakat miskin pasti tidak menjadi persoalan		
		Hambatan pertama mengenai finansial ini sangat menghambat sekali meskipun programnya baik kalau		

		tidak ada anggaran juga tidak jalan, kedua pemahaman masyarakat masih kurang atau bahkan belum sama sekali tentang asuransi kesehatan. Barangkali kedua faktor ini yang kelihatannya sangat dominan		
2.	Saran dalam pelaksanaan program jaminan pemeliharaan kesehatan masyarakat miskin	Agar pemko mempunyai komitmen dalam menangani masalah orang miskin dan selalu berupaya melaksanakan amanat undang-undang otonomi daerah. (Ridwan Efendi/Tokoh Masyarakat Kota Tanjungpinang)	Komitmen, amanat otonomi daerah, etika, asuransi, sosialisasi, bernilai dana dari pusat, konsekuensi, orang miskin dijamin, konsisten, perhatian pemerintah, akses pelayanan kesehatan	Pemerintah Kota Tanjungpinang mempunyai etika membangun komitmen yang kuat dalam mewujudkan jaminan kesehatan masyarakat miskin sesuai dengan kewenangan dalam otonomi daerah dengan segala konsekuensinya termasuk pembiayaannya.
		Yang jelas kita harus ikhlas mengurus masyarakat dengan etika baik. (Dr. Eka Hanasarianto/Kadis Kesehatan Kota Tanjungpinang)		
		Sesuai dengan kewenangan wajib yang diserahkan daerah, maka		

		ini kesempatan membangun komitmen untuk melaksanakannya sesuai dengan kondisi Tanjungpinang. (Saleh Ahmad/Tokoh Masyarakat Kota Tanjungpinang)		
		Perlu dipikirkan bentuk alternatif pembiayaan kesehatan semacam asuransi di daerah,selanjutnya perlu ada sosialisasi melalui seminar		Perlu adanya sosialisasi tentang asuransi kesehatan sosial kepada seluruh masyarakat termasuk stakeholder misalnya melalui seminar dan lain sebagainya
		Masih berharap dana dari pusat,baik bantuan luar negeri melalui pusat dan dari APBD sebagai prioritas supaya kita tidak lepas tanggung jawab. (Dr. Eka Hanasarianto/Kadis Kesehatan Kota Tanjungpinang)		
		Konsekuensi pemerintah Kota Tanjungpinang telah menandatangani kebijakan umum, maka masalah kesehatan		Adanya perhatian pemerintah kota Tanjungpinang dalam menetapkan jumlah orang miskin sebagai dasar perhitungan kebutuhan

		masyarakat miskin harus diatasi (Saleh Ahmad/Tokoh Masyarakat Kota Tanjungpinang)		anggaran dalam menjamin akses pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin.
		Kembali ke titik awal siapa orang miskin di kotaTanjungpinang,sehingga kita bisa hitung alokasi anggaran kesehatan masyarakat miskin . (Dr. Eka Hanasarianto/Kadis Kesehatan KotaTanjungpinang)		
		Kalau sudah membuat renstra pengentasan kemiskinan yang harus konsisten terhadap pembiayaannya		
		Pemerintah kota harus tanggap,karena keputusan ditangan Penko perubahan paradigma diarahkan kepada pelayanan publik yang adil dan merata,kedua pemerintah mencari formula atau alternatif pembiayaan		

		kesehatan, perhatian pemerintah lebih besar terhadap masyarakat miskin terutama masalah kesehatan mereka. . (Saleh Ahmad/Tokoh Masyarakat Kota Tanjungpinang		
		Pemko dan DPRD berkewajiban untuk melihat kesehatan secara utuh untuk semua orang, tidak diskriminasi semua mempunyai akses yang sama. terhadap pelayanan kesehatan .		
3.	Kebijakan yang akan diambil dalam menjamin kelangsungan pelayanan kesehatan masyarakat miskin	Harapan saya pemko Tanjungpinang harus mempunyai komitmen untuk meningkatkan derajat kesehatan mereka (Saleh Ahmad/Tokoh Masyarakat Kota Tanjungpinang)	Komitmen, kewenangan dikembangkan, pemkot melaksanakan, kebijakan prioritas, mekanisme asuransi, sustainable	Pemerintah kota Tanjungpinang mengembangkan jaminan sosial model asuransi kesehatan sosial bagi masyarakat miskin sesuai dengan kewenangan yang diberikan oleh pemerintah pusat.
		Kewenangan sudah diberikan kepada daerah saatnya daerah untuk mengembangkannya		

		untuk kepentingan masyarakat, utamanya masyarakat miskin. (Dr. Eka Hanasarianto/Kadis Kesehatan Kota Tanjungpinang)		
		Pemko Tanjungpinang mempunyai komitmen untuk menjamin kelangsungan jaminan kesehatan bagi masyarakat miskin		Pemerintah kota Tanjungpinang mempunyai komitmen mempertahankan jaminan kesehatan masyarakat miskin sesuai dengan kemampuan daerah.
		Pemerintah daerah sudah mulai memikirkan sesuai dengan kewenangan yang telah diberikan kepada daerah		
		Program itu kita masukkan didalam kebijakan umum kota dan sudah dimasukkan dalam renstra penanggulangan kemiskinan kota pemko harus melaksanakannya		
		Sesuai dengan kebijakan dan prioritas program di Tanjungpinang pelayanan kesehatan		

		masyarakat miskin tetap dilanjutkan dengan kemampuan kita		
		Saya berharap pemko Tanjungpinang sudah harus memilih alternatif pembiayaan kesehatan bagi keluarga miskin melalui mekanisme asuransi kesehatan. (Saleh Ahmad/Tokoh Masyarakat Kota Tanjungpinang)		
		DPRD harus mendukung dalam mengembangkan program untuk kepentingan pelayanan kepada masyarakat seperti jaminan kesehatan bagi masyarakat miskin ini untuk lebih kami akan diskusi meyakinkan pihak eksekutif		
		Kembali ke tatakelola penyelenggaraan yang harus diorganisir ulang agar bisa memberikan jaminan pelayanan kesehatan masyarakat		

		miskin secara <i>sustainable</i> . (Dr. Eka Hanasarianto/Kadis Kesehatan KotaTanjungpinang)		
--	--	---	--	--

UNIVERSITAS TERBUKA