



TUGAS AKHIR PROGRAM MAGISTER (TAPM)

**IMPLEMENTASI PROGRAM JAMINAN KESEHATAN
MASYARAKAT MISKIN (JAMKESMAS) PADA KABUPATEN
SINTANG**



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

**Disusun Oleh:
MASPARIDA, S.SOS
NIM 015978287**

**PROGRAM PASCASARJANA
UNIVERSITAS TERBUKA
JAKARTA
2013**

**UNIVERSITAS TERBUKA
PROGRAM PASCASARJANA
MAGISTER ADMINISTRASI PUBLIK**

PERNYATAAN

TAPM yang berjudul Implementasi Program Jaminan Kesehatan Masyarakat Miskin (Jamkesmas) Pada Kabupaten Sintang adalah hasil karya saya sendiri, dan seluruh sumber yang dikutip maupun dirujuk telah saya Nyatakan dengan benar.

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

Jakarta,.....

Yang Menyatakan



MASPARIDA, S.SOS

NIM 015978287

ABSTRACT**HEALTH INSURANCE PROGRAM FOR POOR SOCIETY (JAMKESMAS)
IMPLEMENTATION IN KABUPATEN SINTANG**

Masparida

Universitas Terbuka

Masparida_map_2009@yahoo.co.id

Key Words: Jamkesmas, collecting data, data processing, data entry, determining data, card issuance and distribution

This research is a descriptive study with a qualitative approach. The research purpose are to analyze the Participants Governance Management Process Of Health Insurance Program For The Poor (JAMKESMAS) and The Factors that Affect The Participants Governance Management Process Of Health Insurance Program For The Poor (JAMKESMAS) Process in Sintang Regency. The data resources persons are : Sintang Regency Secretary, Chief of Sintang Statistic Center Agency, Head of Health Ministry Office Sintang Regency, Sintang Statistic Officer for Poor Society Data Collection, officer of Kantor ASKES Regency Sintang for Jamkesmas Section and some participants of Jamkesmas program in Sintang. The research was carried out from June until December 2011. The research location is in Sintang, especially at the implementing unit or organization which is responsible for The Jamkesmas Program, like Statistic Center Agency and PT ASKES Sintang. Data collection technique were used are Interviews, Observation and Document/Literatures Study.

The Research shows the results are, Participants Governance Management Process Of Health Insurance Program For The Poor (JAMKESMAS) in Sintang Regency were not implemented optimally. Data collection, data processing, statistic management training, targetting participants, participants data publishing, participants card issuance and distribution are not implemented optimally due to indicator difference in poverty, lack of trained officer and lack of control. Dominant factors that affecting significantly are the target and achievement standard which are too difficult to reach, especially in accelerating accomplishment of poor society data collection. These conditions happen due to lack of communication between implementing organizations, lack of human resources and different characteristic of the implementing agencies.

Based on the research results, some recommendation are needed. Indicators for poverty should be standardized, socialization and training must be on the right target for the officer on duty. Jamkesmas participants data must be accurate before legalized by the regency. Data entry process and card distribution should have controlled and supervised by various parties, so the distribution can be on time and on target. To achieve standard and target, the policy should be clear and transparent. Additional number of trained personnel are needed. Communication between implementing unit must be clear and consistent among each other and there must be a good will from the executive officer to accept and implement a policy right by its standard.

ABSTRAK

Implementasi Program Jaminan Kesehatan Masyarakat Miskin (Jamkesmas) Pada Kabupaten Sintang

Masparida

Universitas Terbuka

Masparida_map_2009@yahoo.co.id

Kata Kunci: Jamkesmas, pendataan, pengolahan, entry data, penetapan, serta penerbitan dan distribusi kartu peserta

Penelitian ini merupakan penelitian deskriptif dengan pendekatan kualitatif. Tujuan penelitian ini adalah Menganalisis Proses Pengelolaan Tata Laksana Kepesertaan Program Jaminan Kesehatan Masyarakat Miskin (Jamkesmas) di Kabupaten Sintang dan Menganalisis faktor – faktor yang mempengaruhi Proses Pengelolaan Tata Laksana Kepesertaan Program Jaminan Kesehatan Masyarakat Miskin (Jamkesmas) di Kabupaten Sintang. Subjek penelitian adalah: Sekretaris Daerah Kabupaten Sintang, Kepala Badan Pusat Statistik Kabupaten Sintang, Kepala Dinkes Kabupaten Sintang, Pegawai Statistik Bagian Pendataan Masyarakat Miskin, Pegawai Kantor Askes Bagian Jamkesmas Kabupaten Sintang, Beberapa peserta Jamkesmas Kabupaten Sintang. Penelitian ini dilakukan pada bulan Juni sampai dengan Desember 2011. Lokasi penelitian adalah di Kabupaten Sintang, khususnya pada organisasi pelaksana yang berkaitan dengan pelaksanaan Program Jamkesmas seperti: Badan Pusat Statistik Kabupaten Sintang, dan PT Askes Cabang Sintang Teknik pengumpulan data yang dipergunakan adalah: wawancara/*interview*, observasi dan studi dokumentasi.

Hasil penelitian menunjukkan, proses Pengelolaan Tata Laksana Jamkesmas di Kabupaten Sintang belum terlaksana secara optimal. Pengumpulan data peserta, pengolahan data peserta, pelatihan penyelenggaraan statistik, penetapan sasaran peserta, penerbitan keputusan data peserta, entry data , penerbitan kartu peserta, serta distribusi kartu peserta belum terlaksana atau berjalan secara maksimal dikarenakan terjadinya perbedaan indikator kemiskinan, lambatnya proses pendataan masyarakat miskin, kurangnya jumlah tenaga yang dilatih dalam pendataan masyarakat miskin dan belum adanya pengawasan didalam pendistribusian kartu peserta Jamkesmas. Faktor dominan yang mempengaruhi adalah standar dan sasaran kebijakan yang sulit untuk diwujudkan terutama dalam percepatan penyelesaian pendataan sasaran masyarakat miskin. Kondisi ini dipengaruhi oleh minimnya komunikasi antar organisasi, sumber daya tenaga atau petugas yang terbatas dan karakteristik Agen Pelaksana yang berbeda

Berdasarkan hasil penelitian, rekomendasi dalam penelitian ini adalah diperlukan keseragaman indikator kemiskinan, sosialisasi atau pelatihan yang tepat sasaran terhadap petugas dilapangan . Data peserta Jamkesmas sudah akurat sebelum ditetapkan Bupati . Proses entry data dan pendistribusian kartu sebaiknya ada pengawasan dari berbagai pihak, sehingga pendistribusian kartu tersebut tepat waktu dan tepat sasaran. Untuk pencapaian standar dan sasaran kebijakan Jamkesmas harus jelas, peningkatan sumber daya tenaga atau petugas dilapangan. komunikasi antar organisasi harus Jelas dan konsisten, sikap pelaksana dari kebijakan mau menerima dan melaksanakan suatu kebijakan yang ada.

LEMBAR PERSETUJUAN TAPM

Judul TAPM : **Implementasi Program Jaminan Kesehatan Masyarakat Miskin (Jamkesmas) Pada Kabupaten Sintang**

Penyusun TAPM : **Masparida, S.Sos**

Nim : **015978287**

Program Studi : **Administrasi Publik**

Hari/ Tanggal :

Menyetujui:

Pembimbing II



Dr. Ir. Sri Harijati, MA
NIP. 19620911 198803 2 002

Pembimbing I



Dr. Hj. Fatmawati, M.Si
NIP. 19600407 199003 2 001

Mengetahui :

Ketua Bidang ISIP



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

Direktur Program Pascasarjana



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

UNIVERSITAS TERBUKA
PROGRAM PASCASARJANA
PROGRAM STUDI ADMINISTRASI PUBLIK

PENGESAHAN

Nama : Masparida, S.Sos
 Nim : 015978287
 Program Studi : Magister Administrasi Publik
 Judul Penelitian : Implementasi Program Jaminan Kesehatan Masyarakat
 Miskin (JAMKESMAS) pada Kabupaten Sintang

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

Hari/Tanggal : Sabtu / 13 April 2013

Waktu : 16.30 – 18.30 WIB.

Dan telah dinyatakan **LULUS**

PANITIA PENGUJI TAPM

Ketua Komisi Penguji

Ir. Edward Zubir, MM

.....

Penguji Ahli

Dr. Roy V. Salomo, M.Soc. Sc.

.....

Pembimbing I

Dr. Hj. Fatmawati, M.Si

.....

Pembimbing II

Dr. Ir. Sri Harijati, MA

.....

KATA PENGANTAR

Alhamdulillah, segala puji bagi Allah SWT yang memberikan taufik dan hidayah-Nya kepada penulis sehingga penulis dapat menyelesaikan TAPM ini, sholawat dan salam kepada Nabi Muhammad SAW, keluarga beliau, para sahabat dan para pengikutnya, mudah-mudahan penulis mendapatkan syafaat-Nya.

TAPM ini berjudul Implementasi Program Jaminan Kesehatan Masyarakat Miskin (Jamkesmas) Pada Kabupaten Sintang. Penulis menyadari ketidak sempurnaan dari penulisan ini, karena hasil yang dicapai melalui TAPM ini baru merupakan langkah awal dari suatu perjalanan panjang khasanah ilmu pengetahuan yang penulis dapat. Oleh sebab itu penulis dengan lapang dada berkenan menerima segala kritikan yang sifatnya membangun, sehingga akan tercapai kesempurnaan untuk perbaikan-perbaikan dimasa yang akan datang . Penulis menyampaikan terima kasih kepada Ibu Dr. Fatmawati, M.Si selaku Pembimbing I dan Ibu Dr. Ir. Sri Harijati, MA selaku Pembimbing II yang telah banyak membimbing dan mengarahkan penulis dalam menyusun TAPM ini. Ucapan-ucapan terima kasih yang sama disampaikan pula kepada:

1. Direktur Program Pasca Sarjana Universitas Terbuka, Suciati, MSc, Ph.D.
2. Florentina Ratih Wulandari, S.IP, M.Si, Ketua Bidang Ilmu/Program Magister Administrasi Publik Program Pascasarjana Universitas Terbuka.
3. Ir. Edward Zubir, M.M Kepala UPBJJ Universitas Terbuka Pontianak.
4. Seluruh Staf Administrasi Program Pascasarjana Universitas Terbuka yang telah memberikan layanan administrasi kepada penulis sehingga penulis bisa menyelesaikan studi secara lancar.
5. Bupati Sintang, Wakil Bupati Sintang serta Sekretaris Daerah Kabupaten Sintang yang telah memberikan ijin dan dorongan kepada penulis untuk mengikuti pendidikan pada Program Pascasarjana Universitas Terbuka.
6. Dinkes Kabupaten Sintang, Pegawai Statistik Bagian Pendataan Masyarakat Miskin, Pegawai Kantor Askes Bagian Jamkesmas Kabupaten Sintang, Beberapa peserta Jamkesmas Kabupaten Sintang dengan sikap tulus dan terbuka memberikan

informasi dan kesediaan waktu kepada penulis untuk mendapatkan data yang diperlukan demi penyelesaian tesis ini.

7. Rekan-rekan mahasiswa serta handai taulan yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu.

Semoga amal baik dan segala bantuan yang telah diberikan kepada penulis mendapatkan imbalan dan pahala dari Allah SWT. Amin.

Sintang, Februari 2013

Penulis

MASPARIDA, S.SOS
NIM 015978287

Universitas Terbuka

DAFTAR ISI

	Hal
ABSTRACT.....	i
ABSTRAK.....	ii
KATA PENGANTAR.....	iv
DAFTAR ISI.....	vi
DAFTAR LAMPIRAN.....	viii
DAFTAR TABEL.....	ix
DAFTAR GAMBAR.....	xi
BAB I PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang.....	1
B. Perumusan Masalah.....	8
C. Tujuan Penelitian.....	9
D. Kegunaan Penelitian.....	9
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	10
A. Hasil-Hasil Penelitian Terdahulu.....	10
B. Kajian Teori.....	12
B.1.Kebijakan Publik.....	12
B.2.Implementasi Kebijakan.....	13
B.3.Faktor–Faktor Yang Mempengaruhi Implementasi Kebijakan.....	16
C. Kebijakan Program Jaminan Kesehatan Masyarakat Miskin (JAMKESMAS).....	33
C.1. Tujuan.....	33
C.2. Pengelolaan Tata Laksana Kepesertaan.....	38
D. Kerangka Berpikir.....	43
E. Definisi Operasional.....	46
BAB III METODE PENELITIAN	51
A. Jenis Penelitian.....	51
B. Subjek Penelitian.....	52
C. Waktu dan Lokasi Penelitian.....	52
D. Tehnik Pengumpulan Data.	52
E. Alat Pengumpulan Data	53
F. Analisis Data.....	54
BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN	57
A. Gambaran Umum Lokasi Penelitian.....	57
1. Gambaran Umum Kabupaten Sintang.....	57
2. Gambaran Umum Badan Pusat Statistik Kabupaten Sintang.....	63
B. Proses Pengelolaan Tata Laksana Kepesertaan Program Jaminan Kesehatan Masyarakat Miskin (Jamkesmas) di Kabupaten Sintang.....	68
1. Pengumpulan Data Peserta.....	68
2. Pengolahan Data Peserta.....	79

3. Pelatihan Penyelenggaraan Statistik.....	82
4. Penetapan Sasaran Peserta.....	84
5. Penerbitan Keputusan Data Peserta.....	88
6. Entry Data , Penerbitan Kartu Peserta, Dan distribusi Kartu Peserta.....	90
C. Faktor–Faktor Yang Mempengaruhi Proses Pengelolaan Tata Laksana Kepesertaan Program Jaminan Kesehatan Masyarakat Miskin (Jamkesmas) Di Kabupaten Sintang.....	97
1. Standar Dan Sasaran Kebijakan.....	97
2. Sumber Daya.....	103
3. Komunikasi Antarorganisasi.....	106
4. Karakteristik Agen Pelaksana.....	118
BAB V SIMPULAN DAN SARAN.....	125
A. Simpulan.....	125
B. Saran.....	126
DAFTAR PUSTAKA.....	127

Universitas Terbuka

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran	
Lampiran 1	Biodata Penulis
Lampiran 2	Kisi-kisi Penelitian
Lampiran 3	Pedoman wawancara
Lampiran 4	Transkrip hasil wawancara dengan Kepala BPS
Lampiran 5	Transkrip hasil wawancara dengan Sekda
Lampiran 6	Transkrip hasil wawancara dengan Kepala Dinkes
Lampiran 7	Transkrip hasil wawancara dengan Petugas Askes
Lampiran 8	Transkrip hasil wawancara dengan Petugas Statistik Kecamatan
Lampiran 9	Transkrip hasil wawancara dengan Peserta jamkesmas
Lampiran 10	Daftar informan
Lampiran 11	Indikator Penetapan Peserta Jamkesmas Menurut BPS dan Menurut Pemda Kabupaten Sintang
Lampiran 12	Foto Wawancara dengan Narasumber
Lampiran 13	Peta kabupaten Sintang
Lampiran 14	Surat Ijin penelitian
Lampiran 15	Juknis Tentang Jamkesmas

DAFTAR TABEL

Tabel	Hal
Tabel 1.1. Distribusi Jamkesmas dan Jamkesda Penduduk Miskin di Kabupaten Sintang Tahun 2010	4
Tabel 4.1. Luas Wilayah, Jumlah Penduduk, Penduduk miskin mendapat kartu jamkesmas dan penduduk miskin mendapat jamkesda Per Kecamatan di Kabupaten Sintang Tahun 2010	59
Tabel 4.2. Hasil Pengolahan Dokumen PPLS08.RT Program Jamkesmas di Kabupaten Sintang Tahun 2010	73
Tabel 4.3. Rekapitulasi Hasil Pengolahan Dokumen PPLS08.RT Program Jamkesmas di Kabupaten Sintang Tahun 2010	74
Tabel 4.4. Peran BPS Dalam Pendataan Peserta Program Jaminan Kesehatan Masyarakat Miskin (Jamkesmas) Pada Kabupaten Sintang	77
Tabel 4.5. Pelaksanaan tugas BPS Kabupaten Sintang dalam kepesertaan Jamkesmas di Kabupaten Sintang	80
Tabel 4.6. Jumlah PPLS 2008 Penduduk miskin Per RT per Kecamatan di Kabupaten Sintang Tahun 2008	86
Tabel 4.7. Kategori Peserta Jamkesmas Di Kabupaten Sintang	86
Tabel 4.8. Peran PT Askes (Persero) Dalam Ketatalaksanaan Peserta Program Jaminan Kesehatan Masyarakat Miskin (Jamkesmas) Pada Kabupaten Sintang	91
Tabel 4.9. Patokan Dalam Menilai Keberhasilan Dan Pencapaian Sasaran Ketatalaksanaan Peserta Dalam Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Masyarakat Miskin Di Kabupaten Sintang	101
Tabel 4.10. Jumlah Pegawai jumlah pegawai yang mendukung kebijakan Ketatalaksanaan Peserta Dalam Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Masyarakat Miskin Di Kabupaten Sintang	105
Tabel 4.11. Komunikasi antar organisasi Ketatalaksanaan peserta Jamkesmas di Kabupaten Sintang	112

Tabel 4.12.	Pendekatan Komunikasi antarorganisasi Yang Paling Sering Diterapkan Dalam Kegiatan Ketatalaksanaan peserta Jamkesmas di Kabupaten Sintang	116
Tabel 4.13.	Karakteristik Agen Pelaksana Ketatalaksanaan peserta Jamkesmas di Kabupaten Sintang	121

Universitas Terbuka

DAFTAR GAMBAR

Gambar		Hal
Gambar 2.1.	Alur Pendataan dan Proses Kepesertaan Jamkesmas	36
Gambar 2.2.	Kerangka Pikir Penelitian	40
Gambar 4.1.	Bagan Susunan Organisasi dan Tata Kerja Dinas Kesehatan Kabupaten Sintang	58
Gambar 4.2	Proses Pendataan Peserta Program Jaminan Kesehatan Masyarakat Miskin (Jamkesmas) Di Kabupaten Sintang	70
Gambar 4.3.	Alur Registrasi Dan Distribusi Kartu Peserta	95

Universitas Terbuka

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional (RPJMN) Tahun 2010-2014 telah menegaskan salah satu misi pembangunan nasional adalah terwujudnya kesejahteraan rakyat yang ditandai oleh meningkatnya kualitas kehidupan yang layak dan bermartabat serta memberi perhatian utama pada tercukupinya kebutuhan dasar, yaitu pangan, sandang, papan, kesehatan, pendidikan, dan lapangan kerja.

Masalah kemiskinan sudah menjadi keharusan untuk diimplimentasikan dan sudah menjadi kebijakan politik negara. Kemiskinan sudah menjadi isu penting dan menjadi komitmen bangsa-bangsa di dunia termasuk Indonesia sehingga seluruh negara menjadi terikat dan harus melaksanakan komitmen tersebut. Keterikatan negara-negara tersebut tertuang ke dalam konsep *Millenium Development Goals* atau Tujuan Pembangunan Milenium yang mencakup 8 jenis tujuan. Tujuan dan sasaran MDG'S Indonesia 2015 yang telah menempatkan *Pengentasan Kemiskinan Ekstrim dan Kelaparan sebagai tujuan yang pertama*.

Krisis ekonomi, sosial dan politik di Indonesia pada tahun 1997 yang lalu berakibat terjadinya peningkatan jumlah penduduk miskin di Indonesia. Berdasarkan data yang disampaikan oleh SMERU (2004:3) diketahui bahwa “sebelum krisis terdapat 20 juta penduduk yang masuk kategori miskin, sesudah krisis jumlah tersebut menjadi 40 juta orang miskin”.

Bidang kesehatan, kelompok masyarakat miskin yang ada di Kabupaten Sintang masih mengalami kondisi yang sangat memprihatinkan yaitu: antara lain:

apabila sakit, tidak memiliki biaya untuk berobat guna mendapatkan fasilitas kesehatan yang sesuai dengan penyakitnya. Selain itu, ada pula masyarakat miskin dimana mereka dapat membayar biaya pemeriksaan dan pelayanan kesehatan mereka, namun tidak mampu membeli obat yang sesuai. Memperhatikan kondisi tersebut, dapat dipahami bahwa kemiskinan adalah suatu masalah mendesak untuk ditangulangi/diberantas, dalam arti dicari solusi yang tepat. Namun upaya pemberantasan kemiskinan harus didukung oleh strategi yang matang, akurat, operasional dan berkesinambungan.

Sejak tahun 1998 Pemerintah melaksanakan beberapa upaya pemeliharaan kesehatan bagi penduduk miskin. Dimulai dengan program Jaring Pengaman Sosial Bidang Kesehatan (JPS-BK) Tahun 1998-2001, Program Dampak Pengurangan Subsidi Energi (PDPSE) Tahun 2001 dan Program Kompensasi Pengurangan Subsidi Bahan Bakar Minyak (PKPS-BBM) Tahun 2002-2004.

Program-program tersebut berbasis pada *providers* kesehatan (*supply oriented*), dimana dana disalurkan langsung ke Puskesmas dan Rumah Sakit. Provider Kesehatan (Puskesmas dan Rumah Sakit) berfungsi ganda yaitu sebagai pemberi pelayanan kesehatan dan juga mengelola pembiayaan atas pelayanan kesehatan yang diberikan. Kondisi seperti ini menimbulkan permasalahan antara lain, terjadinya defisit di beberapa rumah sakit dan sebaliknya dana yang berlebih di Puskesmas juga menimbulkan fungsi ganda pada pemberi pelayanan kesehatan yang harus berperan sebagai *payer* sekaligus *provider*.

Pada akhir tahun 2004, Menteri Kesehatan dengan SK Nomor 1241/Menkes/SK/XI/2004 tanggal 12 November 2004, menugaskan PT Askes (Persero) dalam pengelolaan program pemeliharaan kesehatan bagi masyarakat miskin dengan

berbasis asuransi sosial. Pada semester I Tahun 2005, program jaminan kesehatan masyarakat miskin sepenuhnya dikelola oleh PT Askes, yang meliputi pelayanan kesehatan dasar di Puskesmas dan jaringannya serta pelayanan kesehatan rujukan di rumah sakit. Dalam perjalanannya, pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin di semester I Tahun 2005 ditemukan permasalahan yang utama yaitu, perbedaan data jumlah masyarakat miskin Badan Pusat Statistik (BPS) Tahun 2005 dengan jumlah masyarakat miskin di setiap daerah. Permasalahan lainnya adalah, program belum tersosialisasi dengan baik, penyebaran kartu peserta belum merata, keterbatasan sumber daya manusia pada PT Askes di lapangan, minimnya biaya operasional dan manajemen di Puskesmas, kurang aktifnya Posyandu dan sebagainya.

Guna mengatasi permasalahan tersebut, maka pada semester II Tahun 2005 mekanisme penyelenggaraan jaminan pemeliharaan kesehatan bagi masyarakat miskin di ubah. Untuk pembiayaan upaya kesehatan masyarakat dan pelayanan kesehatan dasar di Puskesmas dan jaringannya disalurkan langsung ke Puskesmas melalui Bank BRI. PT Askes hanya mengelola pelayanan kesehatan rujukan bagi masyarakat miskin di Rumah Sakit.

Berdasarkan pengalaman-pengalaman pelayanan kesehatan di masa lalu, dan upaya untuk mewujudkan sistem pembiayaan yang efektif dan efisien masih perlu diterapkan mekanisme jaminan kesehatan yang berbasis asuransi sosial. Penyelenggaraan program ini melibatkan beberapa pihak yaitu: pemerintah pusat (Departemen Kesehatan), pengelola jaminan kesehatan (PT Askes) dan pemberi layanan kesehatan yaitu Puskesmas dan Rumah Sakit dimana masing-masing memiliki peran

dan fungsi yang berbeda dengan tujuan yang sama yaitu mewujudkan pelayanan kesehatan dengan biaya dan mutu terkendali.

Kabupaten Sintang sebagai salah satu Kabupaten yang berada dalam propinsi Kalimantan Barat juga tidak terlepas dari persoalan kemiskinan. Jumlah penduduk miskin termasuk keluarga miskin menyebar diseluruh Kecamatan di Kabupaten Sintang. Dari 14 (empat belas) Kecamatan, terdapat 7 (tujuh) Kecamatan yang penduduk miskinnya rata-rata diatas 50%. Distribusi Jamkesmas dan Jamkesda Penduduk Miskin di Kabupaten Sintang Tahun 2010 adalah sebagai berikut:

Tabel 1.1. Distribusi Jamkesmas dan Jamkesda Penduduk Miskin di Kabupaten Sintang Tahun 2010.

No	Kecamatan	Penduduk	Penduduk Miskin Kartu Jamkesmas	Penduduk Miskin Kartu Jamkesda	Updating 2009-2011	Persentase
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
1	Serawai	23.616	14.319	4.200	145	61 %
2	Ambalau	15.680	10.105	4.300		64 %
3	Kayan Hulu	24.153	6.760	7.500		28 %
4	Kayan Hilir	25.615	13.368	5.731		52 %
5	Sepauk	46.266	11.909	14.409		26 %
6	Tempunak	26.733	7.333	8.917		27 %
7	Sungai Tebelian	28.984	8.731	8.800		30 %
8	Sintang	57.217	8.804	16.971		15 %
9	Dedai	27.584	6.983	9.374		25 %
10	Kelam Permai	15.680	10.444	3.341		67 %
11	Binjai Hulu	11.854	6.825	2.868		58 %
12	Ketungau Hilir	21.242	12.276	4.977		58 %
13	Ketungau Tengah	28.465	13.531	6.400		48 %
14	Ketungau Hulu	20.292	6.574	5.282		32 %
Kabupaten		373.380	137.962	103.070	145	37 %

Sumber : Kabupaten Sintang Dalam Angka 2011

Berdasarkan data pada tabel 1.1 di atas, jumlah penduduk miskin di Kabupaten Sintang tahun 2010 sebesar 241.032 jiwa penduduk miskin (65 %), Sementara yang

mendapat Jaminan Kesehatan Masyarakat Miskin (Jamkesmas) atau yang sudah tercatat di *database* kepesertaan sebesar 137.962 jiwa (37 %). Sebesar 103.070 Jiwa (28 %) Mendapat Kebijakan daerah berupa Jaminan Kesehatan Daerah (Jamkesda), Sementara peserta yang bertambah dari tahun 2009 sampai dengan 2011 diluar peserta yang di data base berjumlah 145 orang. Masyarakat miskin yang ditetapkan berdasarkan Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 1185/Menkes/SK/XII/2009 tentang Peningkatan Kepesertaan Jamkesmas bagi Panti Sosial, Penghuni Lembaga Pemasyarakatan dan Rumah Tahanan Negara serta Korban Bencana Pasca Tanggap Darurat. Tata laksana pelayanan diatur dengan petunjuk teknis (Juknis) tersendiri sebagaimana tertuang dalam Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 1259/Menkes/SK/XII/2009 tentang Petunjuk Teknis Pelayanan Jamkesmas Bagi Masyarakat Miskin Akibat Bencana, Masyarakat Miskin Penghuni Panti Sosial, dan Masyarakat Miskin Penghuni Lembaga Pemasyarakatan serta Rumah Tahanan Negara. Peserta yang tidak memiliki kartu terdiri dari: Gelandangan, pengemis, anak dan orang terlantar serta penghuni panti sosial pada saat mengakses pelayanan kesehatan dengan menunjukkan surat rekomendasi dari Dinas Sosial setempat.

Kebijakan Jamkesmas Tahun 2009 pada prinsipnya ada empat yaitu (1) Tata laksana kepesertaan dengan disusunnya database kepesertaan secara nasional, (2) Tata laksana Pelayanan Kesehatan dengan menjadi lebih patuh terhadap standar-standar pelayanan yang ada termasuk standar obat sehingga pelayanan yang diberikan merupakan pelayanan yang wajar, tidak berlebihan dan benar-benar sesuai indikasi medik, (3) Tata laksana pendanaan dimana penyaluran dana langsung dari kas Negara kepada Rumah sakit dan jaringan PPK lainnya dan (4) Tata laksana Organisasi dan

manajemen dimana penyelenggaraan Jamkesmas peran dan fungsi Pemerintah Daerah termasuk Dinas Kesehatan Provinsi/ Kabupaten / Kota lebih diberdayakan melalui pembentukan tim koordinasi dan tim pengelola jamkesmas tingkat Provinsi/ Kabupaten / Kota. (Pedoman Pelaksanaan Jamkesmas 2009 : 2)

Alasan Mengambil ketatalaksanaan peserta Jamkesmas yaitu Database peserta Jamkesmas 2010 masih mengacu pada data makro BPS Tahun 2005 dan ditetapkan Bupati Tahun 2008. Kepesertaan Jamkesmas masih banyak dijumpai kendala perubahan-perubahan data dilapangan seperti banyaknya kelahiran baru, kematian, pindah tempat, perubahan tingkat sosial ekonomi, dan masih terdapatnya penyalahgunaan rekomendasi dari institusi yang berwenang, penyalahgunaan kartu oleh yang tidak berhak, masih ada peserta kesulitan mendapatkan Surat Keabsahan Peserta (SKP) bagi bayi baru lahir dari peserta Jamkesmas. Faktor lain yang mempengaruhi kepesertaan Jamkesmas adalah masih belum adanya kesamaan persepsi antara Verifikator Independen, Petugas Askes dilapangan dan fasilitas kesehatan. Salah satu aspek penting dalam penyelenggaraan program jaminan kesehatan masyarakat miskin adalah berkaitan dengan ketatalaksanaan peserta, yang meliputi: pendataan, pengolahan, entry data, penetapan, serta penerbitan dan distribusi kartu peserta. Kekeliruan dalam pengelolaan peserta tersebut dapat menyebabkan pelaksanaan program tidak berjalan optimal. Artinya, jika data peserta tidak tersedia dengan baik, dapat menyebabkan perbedaan jumlah peserta, biaya yang harus disiapkan, penerbitan kartu dan sebagainya.

Peserta Program jaminan kesehatan masyarakat miskin adalah setiap orang miskin dan tidak mampu yang bersumber dari data Badan Pusat Statistik (BPS) tahun

2006 yang dijadikan dasar penetapan jumlah sasaran peserta secara Nasional oleh Menteri Kesehatan RI. Dengan demikian, kepesertaan merupakan salah satu kebijakan Program jaminan kesehatan masyarakat miskin. Peraturan Bupati Sintang Nomor 27 Tahun 2011 Tentang Petunjuk Teknis Pelaksanaan Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas) dan Jaminan Persalinan (Jampersal) di Kabupaten Sintang Tahun Anggaran 2011 pasal 4 menyatakan bahwa peserta Jamkesmas adalah seluruh masyarakat miskin di Wilayah Kabupaten Sintang sesuai dengan kuota yang ditetapkan dengan Keputusan Bupati, Peserta Jaminan persalinan adalah ibu hamil, ibu nifas (sampai 42 hari pasca melahirkan), Bayi baru lahir (sampai dengan usia 28 hari) yang belum memiliki jaminan persalinan lainnya.

Berdasarkan laporan yang disusun oleh Dinas Kesehatan Kabupaten Sintang Tahun 2010, salah satu faktor yang mempengaruhi pelaksanaan Program Jamkesmas di Kabupaten Sintang Tahun 2010 dalam kebijakan Kepesertaan yaitu Database peserta Jamkesmas 2010 masih mengacu pada data makro BPS Tahun 2005, dan ditetapkan *by name by address* oleh Bupati Tahun 2008. Dengan demikian masih banyak terjadi kendala perubahan-perubahan data di lapangan seperti banyaknya kelahiran baru, kematian, pindah tempat tinggal, perubahan tingkat sosial ekonomi, dan masih terdapatnya penyalahgunaan rekomendasi dari institusi yang berwenang, penyalahgunaan kartu oleh yang tidak berhak, masih ada peserta kesulitan mendapatkan Surat Keabsahan Peserta (SKP) bagi bayi baru lahir dari peserta Jamkesmas, masyarakat miskin penghuni panti sosial dan lapas/rutan, masyarakat miskin korban bencana pasca tanggap darurat (Departemen Kesehatan RI, 2009).

Faktor yang mempengaruhi lainnya adalah masih belum adanya kesamaan persepsi antara Verifikator Independen, Petugas Askes di lapangan dan fasilitas kesehatan. Kendala lain adalah meskipun sasaran kepesertaan 2010 adalah tetap sama 76,4 juta namun demikian banyak daerah yang meminta tambahan kuota dan atau merubah Surat Keputusan Bupati/Walikota yang sudah diterbitkan. Berdasarkan pertimbangan dan temuan tersebut diatas maka permasalahan dalam penelitian ini diangkat melalui penelitian yang berjudul "Implementasi Program Jaminan Kesehatan Masyarakat Miskin (Jamkesmas) di Kabupaten Sintang: Studi Kasus pada Proses Pendataan Peserta Jamkesmas di Kabupaten Sintang".

B. Perumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang masalah di atas, maka perumusan masalah dalam penelitian ini adalah: “Bagaimanakah Implementasi Program Jaminan Kesehatan Masyarakat Miskin (Jamkesmas) di Kabupaten Sintang?”. Penelitian ini dibatasi pada permasalahan ketatalaksanaan peserta dalam Implementasi Program Jaminan Kesehatan Masyarakat Miskin (Jamkesmas) di Badan Pusat Statistik Kabupaten Sintang. Oleh karena itu, peneliti mengemukakan sub – sub masalah sebagai berikut.

1. Bagaimana proses Pengelolaan Tata Laksana Kepesertaan Program Jaminan Kesehatan Masyarakat Miskin (Jamkesmas) di Kabupaten Sintang, yang meliputi Pengumpulan Data Peserta, Pengolahan Data Peserta, Pelatihan Penyelenggaraan Statistik, Penetapan Sasaran Peserta, Penerbitan Keputusan Data Peserta, Entry Data , Penerbitan Kartu Peserta, dan Distribusi Kartu Peserta?
2. Faktor – faktor apa yang mempengaruhi Proses Pengelolaan Tata Laksana Kepesertaan Program Jaminan Kesehatan Masyarakat Miskin (Jamkesmas) di

Kabupaten Sintang yang meliputi Standar Dan Sasasan Kebijakan, Sumber Daya, Komunikasi Antarorganisasi, serta Karakteristik Agen Pelaksana?

C. Tujuan Penelitian.

Tujuan penelitian ini adalah :

1. Menganalisis Proses Pengelolaan Tata Laksana Kepesertaan Program Jaminan Kesehatan Masyarakat Miskin (Jamkesmas) di Kabupaten Sintang
2. Menganalisis faktor – faktor yang mempengaruhi Proses Pengelolaan Tata Laksana Kepesertaan Program Jaminan Kesehatan Masyarakat Miskin (Jamkesmas) di Kabupaten Sintang.

D. Kegunaan Penelitian

Hasil penelitian ini diharapkan dapat bermanfaat baik secara teoritis maupun secara praktis yaitu :

1. Secara teoritis, hasil penelitian ini diharapkan dapat menambah khasanah kajian ilmiah dan wawasan teoritis pada pengembangan Ilmu Administrasi publik pada aspek implementasi kebijakan Program Jamkesmas sebagaimana ditegaskan dalam Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 25 Tahun 2009 Tentang Pelayanan Publik.
2. Secara praktis hasil penelitian ini diharapkan dapat bermanfaat bagi Badan Pusat Statistik, Pemerintah Kabupaten Sintang, PT Askes, Dinas Kesehatan dan masyarakat peserta Jamkesmas dalam mengambil langkah – langkah kebijakan yang berkaitan dengan pengelolaan data peserta Program Jaminan Kesehatan Masyarakat Miskin (Jamkesmas) di Kabupaten Sintang

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Hasil-Hasil Penelitian Terdahulu

Penelitian mengenai Program Jaminan Kesehatan Masyarakat Miskin telah dilakukan oleh beberapa peneliti sebelumnya. Perbedaan penelitian sekarang dengan penelitian-penelitian sebelumnya adalah Dayang (2007) melakukan penelitian mengenai Program Jaminan Kesehatan Masyarakat Miskin dari aspek strategi yang ditempuh oleh RSUD Ade Muhammad Djoen Sintang dalam mengimplementasikan Program Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Keluarga Miskin (JPK-Gakin). Hasil penelitian yang dilakukan Dayang tersebut memperlihatkan Laporan dalam pelaksanaan program belum sepenuhnya dilakukan melalui identifikasi masalah, pengumpulan dan analisis data. Pendelegasian wewenang telah dilaksanakan dan telah berjalan secara optimal. Tingkat pemanfaatan jenis pelayanan Rawat Jalan Tingkat Lanjutan (RJTL) serta pelayanan Pelayanan gawat darurat (*emergency*) masih rendah. Sedangkan tingkat pemanfaatan jenis pelayanan Rawat Inap Tingkat Lanjutan (RITL) cukup tinggi. Penerbitan dan distribusi kartu peserta serta tingkat kepuasan konsumen belum mencapai target sebagaimana diharapkan.

Adisah (2009) melihat dari aspek Implementasi Program Askeskin oleh RSUD Ade Muhammad Djoen Sintang. Penelitian yang dilakukan Adisah, memperlihatkan tingkat pemanfaatan jenis pelayanan Rawat Jalan Tingkat Lanjutan (RJTL) serta pelayanan Pelayanan gawat darurat (*emergency*) masih rendah. Tingkat pemanfaatan jenis pelayanan Rawat Inap Tingkat Lanjutan (RITL) cukup tinggi. Namun demikian,

dari penelitian tersebut diketahui pula belum semua keluarga miskin memperoleh dukungan obat yang cukup melalui bantuan program jaminan pemeliharaan kesehatan bagi masyarakat miskin. Penelitian yang dilakukan Ahmad Riduan (2009) melihat dari aspek Manajemen Pelaksanaan Kebijakan Program Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas) di Kabupaten Sintang. Perbedaan dengan implementasi program adalah penelitian Ahmad Riduan lebih melihat keseluruhan program mulai dari perencanaan, pengorganisasian, penggerakan, pelaksanaan, pengawasan dan penganggaran Program Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas).

Penelitian lain yang pernah dilakukan adalah oleh Prihantina (2006) mengenai Efektivitas Pengelolaan Jamkesmas di Kecamatan Pontianak Timur Kota Pontianak. Penelitian tersebut memperlihatkan bahwa pengelolaan program jamkesmas di Kecamatan Pontianak Timur belum efisien dan efektif. Perbedaan penelitian yang telah dilakukan sebelumnya dengan penelitian sekarang ini adalah jika penelitian sebelumnya lebih memfokuskan pada aspek mekanisme, strategi dan prosedur implementasi, maka sekarang ini difokuskan pada Kebijakan Jamkesmas itu sendiri. Penelitian ini mencoba melihat salah satu kebijakan tersebut, dimana Kebijakan Jamkesmas antara lain terdiri dari (1) Tata laksana kepesertaan dengan disusunnya *database* kepesertaan secara nasional, (2) Tata laksana Pelayanan Kesehatan dengan menjadi lebih patuh terhadap standar-standar pelayanan yang ada termasuk standar obat sehingga pelayanan yang diberikan merupakan pelayanan yang wajar, tidak berlebihan dan benar-benar sesuai indikasi medik, (3) Tata laksana pendanaan dimana penyaluran dana langsung dari kas Negara kepada Rumah sakit dan jaringan PPK lainnya dan (4) Tata laksana Organisasi dan manajemen. Kebijakan Kepesertaan Program Jaminan Kesehatan Masyarakat

Miskin belum pernah ada yang meneliti maka Berdasarkan pertimbangan dan temuan tersebut di atas maka permasalahan dalam penelitian ini diangkat melalui penelitian yang berjudul "Implementasi Program Jaminan Kesehatan Masyarakat Miskin (Jamkesmas) Pada Kabupaten Sintang: Studi Kasus pada Proses Pendataan Peserta Jamkesmas di Kecamatan Sintang ".

B. Kajian Teori

B.1. Kebijakan Publik

Anderson (dalam Islamy, 1992 : 18-19), mengemukakan bahwa, Kebijakan publik adalah kebijakan-kebijakan yang dikembangkan oleh badan-badan dan pejabat-pejabat pemerintah. Kebijakan publik tersebut menurut Edward dan Sharkansky (dalam Islamy, 1992: 18-19), dapat ditetapkan secara jelas dalam bentuk peraturan perundangan, pidato-pidato pejabat teras pemerintah atau pun dalam bentuk program-program, proyek-proyek dan tindakan-tindakan yang dilakukan pemerintah.

Kebijakan publik menurut Dye (dalam Subarsono, 2006:2) adalah apapun pilihan pemerintah untuk melakukan atau tidak melakukan. Konsep ini sangat luas karena kebijakan publik mencakup sesuatu yang tidak dilakukan oleh pemerintah ketika pemerintah di samping yang dilakukan oleh pemerintah ketika pemerintah menghadapi masalah publik. Definisi kebijakan publik dari Dye tersebut mengandung makna (1) kebijakan publik tersebut dibuat oleh badan pemerintah, bukan organisasi swasta; (2) kebijakan publik menyangkut pilihan yang harus dilakukan atau tidak dilakukan oleh badan pemerintah.

Kebijakan publik yang berkualitas tidaklah hanya berisi cetusan pikiran atau pendapat para administrator publik, tetapi harus berisi pula opini publik sebagai

representasi dan kepentingan publik. Oleh karena itu tugas utama administrator publik mempunyai hubungan yang erat sekali dengan kepentingan publik, dan untuk itu harus memperhatikan terhadap masalah-masalah, kebutuhan-kebutuhan dan tuntutan-tuntutan yang ada di lingkungannya. Administrator publik sebagai pelaku kebijakan merupakan salah satu komponen dari sistem kebijakan publik. Menurut Dunn (2000:71) : “Sistem kebijakan atau pola institusional melalui mana kebijakan dibuat, mengandung tiga elemen yang memiliki hubungan timbal balik: Kebijakan Publik, Pelaku kebijakan, dan lingkungan kebijakan”.

Memperhatikan pendapat para ahli di atas, Program Jaminan Kesehatan Masyarakat Miskin (Jamkesmas) merupakan salah satu bentuk kebijakan publik. Tujuannya adalah terwujudnya kesejahteraan rakyat yang ditandai oleh meningkatnya kualitas kehidupan yang layak dan bermartabat serta memberi perhatian utama pada tercukupinya kebutuhan dasar, yaitu kesehatan pada keluarga miskin.

Hal ini disebabkan dalam bidang kesehatan, kelompok masyarakat miskin yang ada di Kabupaten Sintang masih mengalami kondisi yang sangat memprihatinkan yaitu: antara lain: apabila sakit, tidak memiliki biaya untuk berobat guna mendapatkan fasilitas kesehatan yang sesuai dengan penyakitnya.

B.2. Implementasi Kebijakan

Menurut Jones (1991:296) implementasi adalah “suatu kegiatan yang dimaksudkan untuk mengoperasikan sebuah program”. Kegiatan untuk mengoperasikan ini berisi “Tindakan-tindakan yang dilakukan oleh berbagai pihak (Individu /pejabat-pejabat atau kelompok pemerintah atau swasta) dalam kebijakan tersebut untuk mencapai tujuan yang diinginkan”. (Van Meter dan Van Horn dalam

Wahab, 1997:65). Keberadaan implementasi kebijakan pada dasarnya adalah “Jembatan” yang menghubungkan antara tindakan-tindakan dengan tujuan yang ingin dicapai dari suatu kebijakan. Seperti yang dikemukakan oleh Pressman dan Wildavsky (Jones, 1991:295) bahwa “Implementasi atau penerapan adalah kemampuan untuk membentuk hubungan-hubungan lebih lanjut dalam rangkaian sebab akibat yang menghubungkan tindakan dengan tujuan”.

Implementasi kebijakan merupakan tahapan pelaksanaan keputusan di antara pembentukan sebuah kebijakan, seperti halnya pasal-pasal sebuah undang-undang legislatif, keluarnya sebuah peraturan eksekutif, dan keluarnya keputusan pengadilan, atau keluarnya standar peraturan dan konsekuensi dari kebijakan bagi masyarakat yang mempengaruhi beberapa aspek kehidupannya. Jika sebuah kebijakan diambil secara tepat, maka kemungkinan kegagalanpun masih bisa terjadi. Jika proses implementasinya tidak tepat, bahkan sebuah kebijakan yang handal sekalipun jika diimplementasikan secara tidak baik dan optimal, maka kebijakan tersebut gagal untuk mencapai tujuan yang ditetapkan para pembuatnya. Hal tersebut mengisyaratkan bahwa implementasi kebijakan pada substansinya adalah cara yang tepat untuk melaksanakan agar sebuah kebijakan yang baik dapat mencapai tujuan sebagaimana yang telah ditetapkan oleh para pembuat kebijakan. Untuk mengimplementasikan kebijakan publik, Nugroho (2003:158) menawarkan dua pilihan langkah, yaitu: “Langsung mengimplementasikan dalam bentuk program-program, dan melalui formulasi kebijakan derivat atau turunan dari kebijakan publik tersebut”. Agar setiap kebijakan dapat diimplementasikan, maka seharusnya pula memperhatikan apa dan bagaimana bentuk program yang realistis, sehingga dapat memenuhi kepentingan publik.

Sementara itu Wahab (1997:53) mengatakan bahwa implementasi kebijakan adalah:

Pelaksanaan keputusan kebijakan dasar, biasanya dalam bentuk Undang-undang, namun dapat pula berbentuk perintah-perintah atau keputusan-keputusan eksekutif yang penting atau keputusan badan peradilan lazimnya, keputusan tersebut mengidentifikasi masalah yang ingin diatasi, menyebutkan secara tegas tujuan/sasaran yang ingin dicapai, dan berbagai cara untuk menstruktur / mengatur proses implementasinya.

Implementasi kebijakan sesungguhnya bukanlah sekedar bersangkut paut dengan mekanisme penjabaran keputusan-keputusan politik ke dalam prosedur-prosedur rutin lewat saluran-saluran birokrasi, melainkan lebih dari itu, ia menyangkut masalah konflik, keputusan dan siapa yang memperoleh apa dari suatu kebijakan. Oleh sebab itu tidak salah jika dikatakan bahwa implementasi kebijakan merupakan aspek yang penting dari keseluruhan proses kebijakan.

Berdasarkan pendapat di atas, implementasi program dalam penelitian ini lebih mengacu pada pendapat Wahab (1997:53) yang menyatakan implementasi program adalah pelaksanaan keputusan kebijakan dasar, biasanya dalam bentuk Undang-undang, namun dapat pula berbentuk perintah-perintah atau keputusan-keputusan eksekutif yang penting atau keputusan badan peradilan lazimnya, keputusan tersebut mengidentifikasi masalah yang ingin diatasi, menyebutkan secara tegas tujuan/sasaran yang ingin dicapai, dan berbagai cara untuk menstruktur / mengatur proses implementasinya. Kebijakan program tersebut tertuang dalam Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 1259/Menkes/SK/XII/2009 tentang Petunjuk Teknis Pelayanan Jamkesmas Bagi Masyarakat Miskin.

B.3. Faktor – Faktor Yang Mempengaruhi Implementasi Kebijakan

Begitu pentingnya implementasi sebuah kebijakan, maka persyaratan utama yang harus diperhatikan adalah bahwa mereka yang harus mengimplementasikan suatu keputusan mesti tahu apa yang mereka harus kerjakan. Keputusan kebijakan dan peraturan implementasi harus ditransmisikan kepada personalia yang tepat sebelum bisa diikuti. Jika kebijakan harus diimplementasikan secara tepat, ukuran implementasi mesti tidak hanya diterima, akan tetapi harus juga jelas.

Untuk mencapai hasil yang diinginkan dari sebuah Implementasi kebijakan, menurut Adiwisastro dalam prolognya pada buku Tachjan (2006 : 15) sangat tergantung pada :

Keberhasilan mengidentifikasi jejaring kerjasama antar aktor yang terlibat dalam perumusan kebijakan publik itu, karena pada akhirnya aktor itulah yang akan melaksanakan apapun kebijakan publik yang dibuat. Karena itu, sejak tahapan formulasi kebijakan publik sudah harus diketahui secara pasti siapa yang berkepentingan, bagaimana interaksi antar aktor terbentuk, serta strategi apa yang digunakan untuk mencapai kepentingan itu.

Dari pandangan diatas, lebih menegaskan bahwa keberhasilan implementasi kebijakan tidak hanya terletak pada kemampuan dari implementor atau pelaksana kebijakan, akan tetapi bagaimana para pembuat/penentu atau aktor kebijakan tersebut dapat bertanggungjawab sampai pada keberhasilan pelaksanaan implementasi setiap kebijakan yang dibuatnya.

Demikian pentingnya implementasi kebijakan, sehingga dalam tahapan ini sangat membutuhkan kerjasama antar semua pihak (pemerintah, swasta, dan masyarakat) dalam kerangka mencapai optimalisasi dari implementasi kebijakan itu sendiri. Wahab (1997:10) mengemukakan bahwa: “Implementasi kebijakan merupakan suatu yang penting bahkan mungkin jauh lebih penting daripada pembuatan kebijakan

itu sendiri". Suatu kebijakan hanya merupakan rencana bagus yang tersimpan rapi dalam arsip jika tidak diimplementasikan dengan baik.

Jones (1991:166) mengatakan bahwa implementasi kebijakan adalah suatu kegiatan yang dimaksudkan untuk mengoperasikan sebuah program dengan memperhatikan tiga aktivitas utama kegiatan, yaitu:

- a. Organisasi, pembentukan atau penataan kembali sumber daya, unit-unit serta metode untuk menunjang agar program berjalan,
- b. Interpretasi, menafsirkan agar program menjadi rencana dan pengarah yang tepat dan dapat diterima serta dilaksanakan, dan
- c. Aplikasi (penerapan), berkaitan dengan pelaksanaan kegiatan rutin yang meliputi penyediaan barang dan jasa.

Apa yang dikemukakan sebagai pegangan bagi para implementor kebijakan, dengan menyadari bahwa implementasi kebijakan itu merupakan hal yang paling berat, karena dalam tataran inilah masalah-masalah yang kadang tidak ditemui dalam perumusan kebijakan, akan muncul di lapangan disaat kebijakan itu diimplementasikan.

Dalam proses implementasi kebijakan, komunikasi memegang peranan penting karena pelaksana harus mengetahui apa yang akan mereka kerjakan. Perintah untuk melaksanakan kebijakan harus diteruskan kepada aparat, tepat, dan konsisten. Kurangnya sumber daya akan berakibat ketidakefektifan penerapan kebijakan. Disposisi atau sikap pelaksana diartikan sebagai keinginan kesepakatan di kalangan pelaksana untuk menerapkan kebijakan. Jika penerapan kebijakan akan dilaksanakan secara efektif, maka pelaksana bukan hanya mengetahui apa yang harus mereka kerjakan dan memiliki kemampuan untuk menerapkannya, tetapi mereka juga harus mempunyai

keinginan untuk menerapkan kebijakan tersebut. Akhirnya struktur birokrasi mempunyai dampak atas penerapan dalam arti bahwa penerapan itu tidak akan berhasil jika terdapat kekurangan dalam struktur birokrasi tersebut.

Edwards III (dalam Tangkilisan, 2003:10) menegaskan : Implementasi kebijakan dapat berjalan secara efektif, jika yang bertanggungjawab terhadap implementasi sebuah kebijakan mengetahui apa yang harus dilakukannya. Perintah untuk mengimplementasikan kebijakan harus disampaikan secara jelas, akurat, dan konsisten kepada orang-orang yang mampu. Jika implementasi kebijakan yang diharapkan oleh pembuat kebijakan tampak tidak secara jelas, mungkin saja terjadi kesalahpahaman oleh para pelaksana yang ditunjuk. Jelas sekali bahwa kebingungan yang dialami para pelaksana mengenai masalah yang harus dilakukannya dapat memberi peluang untuk tidak mengimplementasikan kebijakan sebagaimana dikehendaki oleh para pembuat kebijakan.

Sehubungan dengan kebijakan pemerintah tentang Program Jaminan Kesehatan Masyarakat Miskin (Jamkesmas), maka proses implementasi kebijakan Program Jaminan Kesehatan Masyarakat Miskin (Jamkesmas), sudah semestinya kaidah proses kebijakan dari formulasi hingga implementasi mengaju kepada kepentingan kebijakan penjas yang di dukung pula adanya manajemen implementasi kebijakan , sehingga kebijakan tentang Program Jaminan Kesehatan Masyarakat Miskin (Jamkesmas) dapat mencapai tujuan sebagaimana yang diharapkan.

Implementasi kebijakan dilakukan untuk meraih kinerja yang tinggi berlangsung dalam antar hubungan berbagai faktor. Suatu kebijakan menegaskan standar dan sasaran tertentu yang harus dicapai oleh para pelaksana kebijakan. Kinerja kebijakan pada

dasarnya merupakan penilaian atas tingkat ketercapaian standar dan sasaran tersebut. Karena dijadikan sebagai kriteria penilaian, maka standar dan sasaran dirumuskan secara spesifik dan kongkrit. Kebijakan menuntut tersedianya sumber daya, baik yang berupa dana maupun insentif lain. Kinerja kebijakan akan rendah apabila dana yang dibutuhkan tidak disediakan oleh pemerintah secara memadai.

Kejelasan standar dan sasaran tidak menjamin implementasi yang efektif apabila tidak dibarengi dengan adanya komunikasi antar organisasi dan aktivitas pengukuhan. Semua pelaksana harus memahami apa yang diidealkan oleh kebijakan yang implementasinya menjadi tanggung jawab mereka. Hanya saja komunikasi adalah proses yang rumit, yang sangat potensial untuk terjadinya penyimpangan. Ini menyangkut persoalan kewenangan dan kepemimpinan. Dalam organisasi, atasan mestinya mampu mengkondisikan organisasi bawahan atau pelaksana untuk memiliki idealita sebagaimana yang dikehendaki oleh kebijakan.

Sehubungan dengan pentingnya faktor komunikasi dalam implementasi kebijakan publik, Edwards III (dalam Tangkilisan, 2003:10) menegaskan : Implementasi kebijakan dapat berjalan secara efektif, jika yang bertanggungjawab terhadap implementasi sebuah kebijakan mengetahui apa yang harus dilakukannya. Perintah untuk mengimplementasikan kebijakan harus disampaikan secara jelas, akurat, dan konsisten kepada orang-orang yang mampu. Jika implementasi kebijakan yang diharapkan oleh pembuat kebijakan tampak tidak secara jelas, mungkin saja terjadi kesalahpahaman oleh para pelaksana yang ditunjuk. Jelas sekali bahwa kebingungan yang dialami para pelaksana mengenai masalah yang harus dilakukannya dapat

memberi peluang untuk tidak mengimplementasikan kebijakan sebagaimana dikehendaki oleh para pembuat kebijakan.

Faktor komunikasi menunjukkan peranan sebagai acuan agar pelaksana kebijakan mengetahui persis apa yang akan mereka kerjakan. Berarti komunikasi juga dapat dinyatakan dengan perintah dari atasan terhadap pelaksana-pelaksana kebijakan sehingga penerapan kebijakan tidak keluar dari sasaran yang dikehendaki. Dengan demikian komunikasi tersebut harus dinyatakan dengan jelas, tepat, dan konsisten,

Dalam hubungan ini maka kebijakan Program Jaminan Kesehatan Masyarakat Miskin (Jamkesmas) secara awal harus dapat menyentuh aspek perilaku para peserta Jamkesmas yang akhirnya mereka mau mematuhi pelaksanaan kebijakan yang ditetapkan oleh Pemerintah tersebut.

Tidak sempurnanya aspek komunikasi juga dapat mengakibatkan para pelaksana menafsirkan kebijakan sebagai otoritas, seperti tindakan-tindakan untuk menyempitkan kebijakan umum menjadi tindakan-tindakan spesifik. Otoritas ini tidak akan diperiksa sebagaimana mestinya guna mendahulukan tujuan semula dari pembuat kebijakan. Dengan demikian instruksi implementasi tidak tertransmisikan dan terdistorsi dalam proses transmisi. Inkonsistensi dapat mengakibatkan hambatan yang serius bagi implementasi kebijakan. Sebaliknya, petunjuk-petunjuk yang terlalu detail dapat menghambat implementasi kebijakan itu sendiri karena dipahami sebagai pembatasan kreatifitas dan kemampuan beradaptasi.

Persyaratan pertama supaya implementasi kebijakan Program Jaminan Kesehatan Masyarakat Miskin (Jamkesmas) dapat berfungsi efektif adalah mengetahui apa yang harus dilakukan. Sebuah kebijakan dan instruksi implementasi harus

ditransmisikan kepada personel-personel yang tepat sebelum dilaksanakan. Komunikasi semacam ini harus akurat dan harus dipahami oleh para pelaksananya. Banyak hambatan transmisi komunikasi mengenai implementasi sebuah kebijakan.

Jika Program Jaminan Kesehatan Masyarakat Miskin (Jamkesmas) hendak diimplementasikan secara sempurna, maka instruksi implementasi tidak hanya dapat diterima saja tapi pesan-pesan di dalamnya pun harus dapat diterima dengan jelas. Jika tidak, para pelaksana akan kesulitan mengenai tindakan yang harus dilakukan, mereka akan leluasa menafsirkan implementasi kebijakan tersebut, sebuah penafsiran yang mungkin saja berbeda dengan maksud atasannya. Tegasnya, bahwa apa yang dikomunikasikan dalam rangka efektivitas implementasi kebijakan, mesti memperhatikan dan didukung oleh sistem transmisi yang baik, konsistensi dan kejelasan pesan dan perintah dari pembuat kebijakan, yang harus dijalankan oleh implementor kebijakan secara baik, benar, dan prosedural.

Sehubungan dengan faktor Sumber Daya, Edwards III (dalam Tangkilisan, 2003:12) menjelaskan : Sumber daya yang penting meliputi staf dalam ukuran yang tepat dengan keahlian yang diperlukan; informasi yang cukup dan relevan tentang cara untuk mengimplementasikan kebijakan dan dalam penyesuaian lainnya yang terlibat di dalam implementasi; kewenangan untuk meyakinkan bahwa kebijakan ini dilakukan semuanya sebagai dimaksudkan; dan berbagai fasilitas (termasuk bangunan, peralatan, tanah dan persediaan) di dalamnya atau dengan memberikan pelayanan. Sumber daya yang tidak cukup akan berarti bahwa Undang-undang tidak akan diberlakukan, pelayanan tidak akan diberikan, dan peraturan-peraturan yang layak tidak akan dikembangkan.

Faktor sumber daya dalam Program Jaminan Kesehatan Masyarakat Miskin (Jamkesmas) tidak hanya mencakup jumlah sumber daya manusia/aparat semata melainkan juga mencakup kemampuan sumber daya manusia untuk mendukung pelaksanaan kebijakan tersebut. Hal ini dapat menjelaskan tesis bahwa sumber daya yang memadai dan memenuhi kualifikasi akan menghasilkan pelaksanaan kebijakan yang tepat dan efektif.

Betapapun jelas dan konsistennya perintah implementasi kebijakan dan akuratnya perintah tersebut disampaikan namun apabila orang-orang yang bertanggungjawab terhadap implementasi kebijakan Program Jaminan Kesehatan Masyarakat Miskin (Jamkesmas) kekurangan sumber daya dalam pekerjaan mereka, maka implementasi kebijakan tersebut tidak akan efektif. Sumber daya yang penting antara lain jumlah staf yang cukup dengan keahlian yang memadai, informasi yang cukup dan relevan mengenai instruksi implementasi kebijakan, otoritas yang menjamin bahwa kebijakan tersebut dilaksanakan sesuai dengan apa yang dimaksud, dan fasilitas, termasuk bangunan-bangunan, tanah, dan suplai untuk memberikan pelayanan. Sumber daya yang tidak mencukupi menunjukkan bahwa hukum tidak akan dapat dilaksanakan, pelayanan tidak akan dilaksanakan, dan aturan-aturan yang masuk akal tidak akan disusun.

Sikap pelaksana merupakan faktor penting ketiga dalam pendekatan mengenai studi implementasi kebijakan publik. Jika implementasi kebijakan diharapkan berlangsung efektif, para pelaksana kebijakan tidak hanya harus mengetahui apa yang harus dilakukan dan memiliki kapabilitas untuk melaksanakannya tetapi mereka juga harus mempunyai keinginan untuk melaksanakan kebijakan tersebut. Kebanyakan para

pelaksana menggunakan sedapat mungkin otoritas dalam mengimplementasikan sebuah kebijakan. Salah satu alasan mengenai hal ini disebabkan independensi mereka terhadap pembuat kebijakan. Alasan yang lain adalah kompleksitas dari kebijakan itu sendiri. Meskipun cara lain para pelaksana menggunakan otoritasnya tergantung dari disposisi mereka yang mengacu kepada kebijakan-kebijakan tersebut namun pada akhirnya sikap merekalah yang akan mempengaruhi cara pandang mereka terhadap kebijakan tersebut dan bagaimana mereka melihat kebijakan akan berdampak terhadap kepentingan perorangan dan organisasi mereka.

Para pelaksana tidak selalu melaksanakan kebijakan sesuai dengan keinginan pembuat kebijakan. Akibatnya pembuat kebijakan sering berhadapan dengan tugas-tugas untuk memanipulasi atau bekerja dalam lingkungan disposisi para pelaksananya atau bahkan membatasi otoritasnya.

Jika para pelaksana Program Jaminan Kesehatan Masyarakat Miskin (Jamkesmas) mendapatkan disposisi yang baik terhadap kebijakan tertentu, mereka cenderung melaksanakannya diluar yang telah diharapkan pembuat kebijakan sebelumnya. Tetapi ketika perilaku dan perspektif para pelaksana berbeda dari pembuat keputusan, proses implementasi kebijakan menjadi secara tak terbatas lebih membingungkan.

Berkenaan dengan sikap pelaksana ini, mesti juga disadari bahwa pelaksanaan sebuah kebijakan hanya akan efektif jika dilaksanakan oleh aparatur/implementor kebijakan yang menyadari akan tugas dan tanggungjawabnya sebagai wujud perilaku yang baik dalam menyukseskan setiap program kebijakan yang akan diimplementasikan, akan tetapi juga para pembuat kebijakan hendaknya menyadari

bahwa implementor juga membutuhkan insentif baik berbentuk, pengakuan, penghargaan, dan dukungan agar tercipta kondisi yang simbiosis mutualisme antara pembuat dan implementor kebijakan dalam rangka mengoptimalkan implementasi kebijakan publik.

Berkenaan dengan struktur birokrasi sebagai salah satu faktor implementasi kebijakan, Edwards III (dalam Tangkilisan, 2003:11) menjelaskan: Meskipun sumber daya untuk mengimplementasikan kebijakan telah mencukupi dan para pelaksana mengetahui apa yang harus dilakukan serta bersedia melaksanakannya, implementasi kebijakan masih terhambat oleh inefisiensi struktur birokratis. Fragmentasi organisasi dapat menghambat koordinasi yang diperlukan guna keberhasilan kompleksitas implementasi sebuah kebijakan yang membutuhkan kerjasama dengan banyak orang. Hal ini menyebabkan terbuangnya sumber daya yang langka, menutup kesempatan, menciptakan kebingungan, menggiring kebijakan-kebijakan untuk menghasilkan tujuan silang, dan mengakibatkan fungsi-fungsi penting menjadi terlupakan.

Sebagai administrator kebijakan unit organisasi, mereka membangun standar prosedur operasional untuk menangani tugas rutin sebagaimana biasanya mereka tangani. Sayangnya standar dirancang untuk kebijakan-kebijakan yang telah berjalan dan kurang dapat berfungsi dengan baik untuk kebijakan-kebijakan baru sehingga sulit terjadi perubahan, penundaan, pembaharuan, atau tindakan-tindakan yang tidak dikehendaki. Standar kadang-kadang lebih menghambat dibandingkan membantu implementasi kebijakan.

Para pelaksana kebijakan Program Jaminan Kesehatan Masyarakat Miskin (Jamkesmas) akan mengetahui apa yang harus dilakukan dan mempunyai keinginan dan

sumber daya untuk melakukan kebijakan, tetapi mereka akan tetap dihambat proses implementasinya oleh struktur organisasi yang mereka layani. Asal usul karakteristik organisasi, fragmentasi birokrasi yang berbeda akan tetap menghambat implementasi kebijakan. Mereka selalu menghambat implementasi kebijakan, pemborosan sumber daya, menyebabkan tindakan yang tidak diharapkan, menghambat koordinasi, akibat proses kebijakan pada maksud yang berlawanan, dan sebab beberapa kebijakan yang gagal. Oleh karena itulah, untuk mengantisipasi kegagalan dalam implementasi kebijakan Program Jaminan Kesehatan Masyarakat Miskin (Jamkesmas) tersebut, maka faktor organisasi juga harus diperhatikan, khususnya dalam perspektif kejelasan struktur dan kehandalan tim kerja organisasi pelaksana kebijakan kearah pencapaian tujuan dari setiap kebijakan itu sendiri.

Model pendekatan implementasi kebijakan yang dirumuskan Van Meter dan Van Horn disebut dengan *A Model of the Policy Implementation* (1975). Proses implementasi ini merupakan sebuah abstraksi atau performansi suatu pengejawantahan kebijakan yang pada dasarnya secara sengaja dilakukan untuk meraih kinerja implementasi kebijakan yang tinggi yang berlangsung dalam hubungan berbagai variabel. Model ini mengandaikan bahwa implementasi kebijakan berjalan secara linear dari keputusan politik, pelaksana dan kinerja kebijakan publik. Model ini menjelaskan bahwa kinerja kebijakan dipengaruhi oleh beberapa variabel yang saling berkaitan, variable-variabel tersebut yaitu: (1) Standar dan sasaran kebijakan/ukuran dan tujuan kebijakan, (2) Sumber daya, (3) Karakteristik organisasi pelaksana, (4) Sikap para pelaksana, (5) Komunikasi antar organisasi terkait dan kegiatan-kegiatan pelaksanaan, (6) Lingkungan sosial, ekonomi dan politik.

Kinerja implementasi kebijakan dapat diukur tingkat keberhasilannya dari ukuran dan tujuan kebijakan yang bersifat realistis dengan sosio-kultur yang ada di level pelaksana kebijakan. Ketika ukuran dan dan sasaran kebijakan terlalu ideal (utopis), maka akan sulit direalisasikan (Agustino, 2006). Van Meter dan Van Horn mengemukakan untuk mengukur kinerja implementasi kebijakan tentunya menegaskan standar dan sasaran tertentu yang harus dicapai oleh para pelaksana kebijakan, kinerja kebijakan pada dasarnya merupakan penilaian atas tingkat ketercapaian standar dan sasaran tersebut. Pemahaman tentang maksud umum dari suatu standar dan tujuan kebijakan adalah penting. Implementasi kebijakan yang berhasil, bisa jadi gagal (*frustrated*) ketika para pelaksana (*officials*), tidak sepenuhnya menyadari terhadap standar dan tujuan kebijakan. Standar dan tujuan kebijakan memiliki hubungan erat dengan disposisi para pelaksana (*implementors*). Arah disposisi para pelaksana (*implementors*) terhadap standar dan tujuan kebijakan juga merupakan hal yang “*crucial*”. *Implementors* mungkin bisa jadi gagal dalam melaksanakan kebijakan, dikarenakan mereka menolak atau tidak mengerti apa yang menjadi tujuan suatu kebijakan (Van Mater dan Van Horn, 1974).

Keberhasilan implementasi kebijakan sangat tergantung dari kemampuan memanfaatkan sumber daya yang tersedia. Manusia merupakan sumber daya yang terpenting dalam menentukan keberhasilan suatu implementasi kebijakan. Setiap tahap implementasi menuntut adanya sumber daya manusia yang berkualitas sesuai dengan pekerjaan yang diisyaratkan oleh kebijakan yang telah ditetapkan secara apolitik. Selain sumber daya manusia, sumber daya finansial dan waktu menjadi perhitungan penting dalam keberhasilan implementasi kebijakan. Van Mater dan Van Horn (dalam Widodo

1974) menegaskan bahwa: "Sumber daya kebijakan (*policy resources*) tidak kalah pentingnya dengan komunikasi. Sumber daya kebijakan ini harus juga tersedia dalam rangka untuk memperlancar administrasi implementasi suatu kebijakan. Sumber daya ini terdiri atas dana atau insentif lain yang dapat memperlancar pelaksanaan (*implementasi*) suatu kebijakan. Kurangnya atau terbatasnya dana atau insentif lain dalam implementasi kebijakan, adalah merupakan sumbangan besar terhadap gagalnya implementasi kebijakan."

Pusat perhatian pada agen pelaksana meliputi organisasi formal dan organisasi informal yang akan terlibat dalam pengimplementasian kebijakan. Hal ini penting karena kinerja implementasi kebijakan akan sangat dipengaruhi oleh ciri yang tepat serta cocok dengan para agen pelaksananya. Hal ini berkaitan dengan konteks kebijakan yang akan dilaksanakan pada beberapa kebijakan dituntut pelaksana kebijakan yang ketat dan disiplin. Pada konteks lain diperlukan agen pelaksana yang demokratis dan persuasif. Selain itu, cakupan atau luas wilayah menjadi pertimbangan penting dalam menentukan agen pelaksana kebijakan.

Menurut Edward III, 2 (buah) karakteristik utama dari struktur birokrasi adalah prosedur-prosedur kerja standar (SOP = *Standard Operating Procedures*) dan fragmentasi. *Standard Operating Procedures* (SOP). SOP dikembangkan sebagai respon internal terhadap keterbatasan waktu dan sumber daya dari pelaksana dan keinginan untuk keseragaman dalam bekerjanya organisasi-organisasi yang kompleks dan tersebar luas. SOP yang bersifat rutin didesain untuk situasi tipikal di masa lalu mungkin mengambat perubahan dalam kebijakan karena tidak sesuai dengan situasi atau program baru. SOP sangat mungkin menghalangi implementasi kebijakan-kebijakan

baru yang membutuhkan cara-cara kerja baru atau tipe-tipe personil baru untuk mengimplementasikan kebijakan. Semakin besar kebijakan membutuhkan perubahan dalam cara-cara yang rutin dari suatu organisasi, semakin besar probabilitas SOP menghambat implementasi (Edward III, 1980).

Fragmentasi berasal terutama dari tekanan-tekanan di luar unit-unit birokrasi, seperti komite-komite legislatif, kelompok-kelompok kepentingan, pejabat-pejabat eksekutif, konstitusi Negara dan sifat kebijakan yang mempengaruhi organisasi birokrasi publik. Fragmentasi adalah penyebaran tanggung jawab terhadap suatu wilayah kebijakan di antara beberapa unit organisasi. Semakin banyak aktor-aktor dan badan-badan yang terlibat dalam suatu kebijakan tertentu dan semakin saling berkaitan keputusan-keputusan mereka, semakin kecil kemungkinan keberhasilan implementasi. Edward menyatakan bahwa secara umum, semakin koordinasi dibutuhkan untuk mengimplementasikan suatu kebijakan, semakin kecil peluang untuk berhasil (Edward III, 1980).

Kebijakan publik bisa dilaksanakan dengan efektif, menurut Van Horn dan Van Mater (dalam Widodo 1974) apa yang menjadi standar tujuan harus dipahami oleh para individu (*implementors*). Yang bertanggung jawab atas pencapaian standar dan tujuan kebijakan, karena itu standar dan tujuan harus dikomunikasikan kepada para pelaksana. Komunikasi dalam kerangka penyampaian informasi kepada para pelaksana kebijakan tentang apa menjadi standar dan tujuan harus konsisten dan seragam dari berbagai sumber informasi. Jika tidak ada kejelasan dan konsistensi serta keseragaman terhadap suatu standar dan tujuan kebijakan, maka yang menjadi standar dan tujuan kebijakan sulit untuk bisa dicapai. Dengan kejelasan itu, para pelaksana kebijakan dapat

mengetahui apa yang diharapkan darinya dan tahu apa yang harus dilakukan. Dalam suatu organisasi publik, pemerintah daerah misalnya, komunikasi sering merupakan proses yang sulit dan kompleks. Proses pentransferan berita kebawah di dalam organisasi atau dari suatu organisasi ke organisasi lain, dan ke komunikator lain, sering mengalami gangguan (*distortion*) baik yang disengaja maupun tidak. Jika sumber komunikasi berbeda memberikan interpretasi yang tidak sama (*inconsistent*) terhadap suatu standar dan tujuan, atau sumber informasi sama memberikan interpretasi yang penuh dengan pertentangan (*conflicting*), maka pada suatu saat pelaksana kebijakan akan menemukan suatu kejadian yang lebih sulit untuk melaksanakan suatu kebijakan secara intensif. Dengan demikian, prospek implementasi kebijakan yang efektif, sangat ditentukan oleh komunikasi kepada para pelaksana kebijakan secara akurat dan konsisten (*accuracy and consistency*) (Van Meter dan Varn Horn, dalam Widodo 1974). Disamping itu, koordinasi merupakan mekanisme yang ampuh dalam implementasi kebijakan. Semakin baik koordinasi komunikasi di antara pihak-pihak yang terlibat dalam implementasi kebijakan, maka kesalahan akan semakin kecil, demikian sebaliknya.

Menurut pendapat Van Meter dan Van Horn dalam Agustinus (2006): "sikap penerimaan atau penolakan dari agen pelaksana kebijakan sangat mempengaruhi keberhasilan atau kegagalan implementasi kebijakan publik. Hal ini sangat mungkin terjadi karena kebijakan yang dilaksanakan bukanlah hasil formulasi warga setempat yang mengenal betul permasalahan dan persoalan yang mereka rasakan. Tetapi kebijakan publik biasanya bersifat *top down* yang sangat mungkin para pengambil keputusan tidak mengetahui bahkan tak mampu menyentuh kebutuhan, keinginan atau permasalahan yang harus diselesaikan".

Sikap mereka itu dipengaruhi oleh pandangannya terhadap suatu kebijakan dan cara melihat pengaruh kebijakan itu terhadap kepentingan-kepentingan organisasinya dan kepentingan-kepentingan pribadinya. Van Mater dan Van Horn (1974) menjelaskan disposisi bahwa implementasi kebijakan diawali penyaringan lebih dahulu melalui persepsi dari pelaksana (*implementors*) dalam batas mana kebijakan itu dilaksanakan. Terdapat tiga macam elemen respon yang dapat mempengaruhi kemampuan dan kemauannya untuk melaksanakan suatu kebijakan, antara lain terdiri dari pertama, pengetahuan (*cognition*), pemahaman dan pendalaman (*comprehension and understanding*) terhadap kebijakan, kedua, arah respon mereka apakah menerima, netral atau menolak (*acceptance, neutrality, and rejection*), dan ketiga, intensitas terhadap kebijakan.

Pemahaman tentang maksud umum dari suatu standar dan tujuan kebijakan adalah penting. Karena, bagaimanapun juga implementasi kebijakan yang berhasil, bisa jadi gagal (*frustrated*) ketika para pelaksana (*officials*), tidak sepenuhnya menyadari terhadap standar dan tujuan kebijakan. Arah disposisi para pelaksana (*implementors*) terhadap standar dan tujuan kebijakan. Arah disposisi para pelaksana (*implementors*) terhadap standar dan tujuan kebijakan juga merupakan hal yang "*crucial*". Implementors mungkin bisa jadi gagal dalam melaksanakan kebijakan, dikarenakan mereka menolak apa yang menjadi tujuan suatu kebijakan (Van Mater dan Van Horn, 1974). Sebaliknya, penerimaan yang menyebar dan mendalam terhadap standar dan tujuan kebijakan diantara mereka yang bertanggung jawab untuk melaksanakan kebijakan tersebut, adalah merupakan suatu potensi yang besar terhadap keberhasilan implementasi kebijakan (Kaufman dalam Van Mater dan Van Horn, 1974). Pada

akhirnya, intensitas disposisi para pelaksana (*implementors*) dapat mempengaruhi pelaksana (*performance*) kebijakan. Kurangnya atau terbatasnya intensitas disposisi ini, akan bisa menyebabkan gagal implementasi kebijakan.

Hal terakhir yang perlu diperhatikan guna menilai kinerja implementasi kebijakan adalah sejauh mana lingkungan eksternal turut mendorong keberhasilan kebijakan publik. Lingkungan sosial, ekonomi dan politik yang tidak kondusif dapat menjadi sumber masalah dari kegagalan kinerja implementasi kebijakan. Karena itu, upaya implementasi kebijakan mensyaratkan kondisi lingkungan eksternal yang kondusif.

Implementasi kebijakan dilakukan untuk meraih kinerja yang tinggi berlangsung dalam antarmubungan berbagai faktor. Suatu kebijakan menegaskan standar dan sasaran tertentu yang harus dicapai oleh para pelaksana kebijakan. Kinerja kebijakan pada dasarnya merupakan penilaian atas tingkat ketercapaian standar dan sasaran tersebut. Karena dijadikan sebagai kriteria penilaian, maka standar dan sasaran dirumuskan secara spesifik dan kongkrit. Kebijakan menuntut tersedianya sumber daya, baik yang berupa dana maupun insentif lain. Kinerja kebijakan akan rendah apabila dana yang dibutuhkan tidak disediakan oleh pemerintah secara memadai.

Kejelasan standar dan sasaran tidak menjamin implementasi yang efektif apabila tidak dibarengi dengan adanya komunikasi antar organisasi dan aktivitas pengukuhan. Semua pelaksana harus memahami apa yang diidealkan oleh kebijakan yang implementasinya menjadi tanggung jawab mereka. Hanya saja komunikasi adalah proses yang rumit, yang sangat potensial untuk terjadinya penyimpangan. Ini menyangkut persoalan kewenangan dan kepemimpinan. Dalam organisasi, atasan

mestinya mampu mengkondisikan organisasi bawahan atau pelaksana untuk memiliki idealita sebagaimana yang dikehendaki oleh kebijakan.

Persoalan di atas juga berkaitan erat dengan karakteristik birokrasi pelaksana. Struktur birokrasi pelaksana, yang memiliki karakteristik, norma dan pola hubungan sangat berpengaruh terhadap keberhasilan implementasi kebijakan. Organisasi pelaksana memiliki variabel: (1) kompetensi dan jumlah staf, (2) rentang dan derajat pengendalian, (3) dukungan politik yang dimiliki, (4) kekuatan organisasi, (5) derajat keterbukaan dan kebebasan komunikasi, dan (6) keterkaitan dengan pembuat kebijakan.

Kesemua variabel tadi membentuk sikap pelaksana terhadap kebijakan yang mereka implementasikan, dan menentukan seberapa tinggi kinerja kebijakannya. Kognisi, netralitas, dan obyektivitas para individu pelaksana sangat mempengaruhi bentuk respons mereka terhadap semua variabel tersebut. Wujud respons individu pelaksana menjadi penyebab dari berhasil dan gagalnya implementasi kebijakan. Jika pelaksana tidak memahami tujuan kebijakan, lebih-lebih apabila sistem nilai yang mempengaruhi sikapnya berbeda dengan sistem nilai pembuat kebijakan, maka implementasi tidak akan efektif.

Menurut Thamrin (1997:59) dalam proses implementasi kebijakan masalah-masalah atau pertanyaan-pertanyaan yang ingin di jawab adalah:

1. Bagaimana kebijakan diimplementasikan ?
2. Siapa saja yang dilibatkan dalam proses implementasi tersebut ?
3. Bagaimana interaksi antara orang-orang atau kelompok-kelompok yang terlibat dalam penerapan kebijakan itu ?
4. Siapa secara formal diberikan wewenang melaksanakan program dan siapa secara formal lebih berkuasa ?
5. Bagaimana cara kerja birokrasi pusat dan daerah serta agensi lain yang terlibat dalam proses pelaksanaan program ?
6. Bagaimana cara atasan melakukan pengawasan dan mengkoordinasikan?
7. Bagaimana tanggapan target group terhadap kebijakan yang dilaksanakan ?

Berdasarkan pendapat di atas, dapat diketahui bahwa dalam implementasi Program Jaminan Kesehatan Masyarakat Miskin (Jamkesmas) di Kabupaten Sintang, diperlukan sosialisasi kepada para pihak sebagai pelaksana kebijakan dan masyarakat sebagai penerima dari suatu kebijakan. Kegiatan sosialisasi merupakan agenda yang sangat mendesak untuk dilakukan. Sedikitnya ada tiga (3) argumen yang mendasari pendapat itu. **Pertama;** jika dibandingkan dengan program jaminan kesehatan sebelumnya (Askeskin, Jamkeskin), Program Jamkesmas memiliki perbedaan substansial. Perbedaan itulah yang seyogyanya diketahui secara baik dan benar oleh seluruh stakeholder terutama para pelaksana dan masyarakat. **Kedua;** kegiatan sosialisasi yang telah dan sedang dilaksanakan oleh berbagai pihak selama ini masih belum optimal membuat masyarakat memahami substansi dan teknis jamkesmas. Karena sosialisasi yang dilakukan masih bersifat umum, abstrak dan kurang jelas. **Ketiga;** secara riil di lapangan diperoleh bukti bahwa sebagian besar masyarakat masih belum paham dan bahkan bingung tentang hal-hal yang berkenaan dengan jamkesmas terutama aspek teknis operasional. Kondisi ini jika dibiarkan akan berpotensi melahirkan distorsi yang bisa membuat program tidak berjalan sebagaimana yang diharapkan.

C. Kebijakan Program Jaminan Kesehatan Masyarakat Miskin (JAMKESMAS)

C.1. Tujuan

Tujuan umum penyelenggaraan Jamkesmas adalah meningkatkan akses dan mutu pelayanan kesehatan sehingga tercapai derajat kesehatan yang optimal secara

efektif dan efisien bagi seluruh peserta jamkesmas. Tujuan khususnya yaitu : memberikan kemudahan dan akses pelayanan kesehatan kepada peserta diseluruh jaringan PPK Jamkesmas, Mendorong peningkatan pelayanan kesehatan yang terstandar bagi peserta, tidak berlebihan sehingga terkendali mutu dan biayanya, dan terselenggaranya pengelolaan keuangan yang transparan dan akuntabel.

Jaminan kesehatan masyarakat miskin adalah program bantuan sosial untuk pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin dan tidak mampu. Program ini diselenggarakan secara Nasional agar terjadi subsidi silang dalam rangka mewujudkan pelayanan kesehatan yang menyeluruh bagi masyarakat miskin. Pada hakekatnya pelayanan kesehatan terhadap masyarakat miskin menjadi tanggung jawab dan dilaksanakan bersama oleh pemerintah pusat dan Pemerintah Daerah (Depkes RI, 2009 : 7).

Kementerian Kesehatan sejak tahun 2005 telah melaksanakan program jaminan kesehatan sosial, dimulai dengan program Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat Miskin / JPKMM atau lebih dikenal dengan program Askeskin (2005-2007) yang kemudian berubah nama menjadi program jaminan kesehatan Masyarakat (jamkesmas) sejak tahun 2008 sampai dengan sekarang. Tujuan yang sama yaitu melaksanakan penjaminan pelayanan kesehatan terhadap masyarakat miskin dan tidak mampu dengan menggunakan prinsip asuransi kesehatan sosial.

Menurut Depkes RI (2009 : 7) penyelenggaraan pelayanan masyarakat miskin mengacu pada prinsip-prinsip:

- 1) Dana amanat dan nirlaba dengan pemanfaatan untuk semata-mata peningkatan derajat kesehatan masyarakat miskin.

- 2) Menyeluruh (Komprehensif) sesuai dengan standar pelayanan medik yang 'cost effective' dan rasional.
- 3) Pelayanan terstruktur, berjenjang dengan portabilitas dan ekuitas.
- 4) Transparan dan akuntabel.

Program-program nasional penanggulangan kemiskinan yang dilaksanakan di Kabupaten Sintang adalah (1) program subsidi beras untuk masyarakat miskin terhadap seluruh rumah tangga sasaran (RTS), (2) program beasiswa untuk membantu masyarakat miskin memiliki akses pendidikan, (3) program Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas) dan layanan rumah sakit untuk kelas III kepada rumah tangga sasaran dan anggota keluarganya untuk meningkatkan akses terhadap layanan kesehatan. Untuk lebih mendorong masyarakat memanfaatkan layanan pendidikan dan kesehatan ini, pemerintah menyediakan insentif melalui Program Keluarga Harapan (PKH) agar keluarga miskin memastikan anak-anaknya menjalani wajib belajar 9 tahun dan membawa balita mereka ke Puskesmas untuk pelayanan kesehatan dan gizi, (4) Pelaksanaan PNPM Mandiri terus ditingkatkan pula. Pelaksanaan PNPM Mandiri telah membantu meningkatkan keberdayaan mereka untuk memusyawarahkan kebutuhan bersama dalam meningkatkan kesejahteraan terutama masyarakat miskin, melakukan kegiatan sosial, usaha ekonomi dan pembangunan infrastruktur perdesaan. (5) dalam rangka mendukung peningkatan akses Usaha Mikro, Kecil dan Menengah (UMKM) dan koperasi kepada kredit/pembiayaan pemerintah juga telah menyediakan dana penjaminan untuk mendukung Kredit Usaha Rakyat (KUR). Dengan berbagai program tersebut, tingkat kemiskinan dapat diupayakan terus menurun. (RPJMD Kabupaten Sintang, 2011-2015).

Salah satu strategi penanggulangan kemiskinan adalah strategi melindungi masyarakat miskin dari guncangan internal seperti jatuh sakit dan sistem pengobatannya. Dalam hubungan tersebut, sejak tahun 1998 Pemerintah melaksanakan upaya pemeliharaan kesehatan bagi penduduk miskin. Dimulai dengan program Jaring Pengaman Sosial Bidang Kesehatan (JPS-BK) Tahun 1998-2001, Program dampak Pengurangan subsidi Energi (PDPSE) Tahun 2001 dan Program Kompensasi Bahan Bakar Minyak (PKPS-BBM) Tahun 2002-2004. Program-program tersebut di atas berbasis pada providers kesehatan, dimana dana disalurkan langsung ke Puskesmas dan Rumah Sakit Provider Kesehatan (Puskesmas dan Rumah Sakit) berfungsi ganda yaitu sebagai pemberi pelayanan kesehatan dan juga mengelola pembiayaan atas pelayanan kesehatan yang diberikan. Kondisi seperti ini menimbulkan permasalahan antara lain, terjadinya deficit di beberapa Rumah sakit dan sebaliknya dana yang berlebihan di Puskesmas juga menimbulkan fungsi ganda pada pemberi pelayanan kesehatan yang harus berperan sebagai payer sekaligus provider. (Biro hukum dan organisasi Sekjen Depkes, 2009:3).

Undang-Undang Nomor 40 tahun 2004 Tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional merupakan perubahan yang mendasar bagi perasuransian di Indonesia khususnya Asuransi Sosial di mana salah satu program jaminan sosial adalah jaminan kesehatan. Pasal 19 ayat (2) Undang-Undang Nomor 40 tahun 2004 dinyatakan bahwa jaminan kesehatan diselenggarakan dengan tujuan agar peserta memperoleh manfaat pemeliharaan kesehatan dan perlindungan dalam memenuhi kebutuhan kesehatan dasar, hal ini merupakan salah satu bentuk atau cara agar masyarakat dapat dengan mudah

melakukan akses ke fasilitas kesehatan dan mendapatkan pelayanan kesehatan. (Biro Hukum Dan Organisasi Sekjen Depkes, 2009:4).

Pada akhir tahun 2004, Menteri Kesehatan dengan SK Nomor 1241 / Menkes/SK/XI/2004 tanggal 12 November 2004, menugaskan PT Askes (Persero) dalam pengelolaan program pemeliharaan kesehatan bagi masyarakat miskin dengan basis asuransi social. Pada semester I Tahun 2005, Program jaminan kesehatan masyarakat miskin sepenuhnya dikelola oleh PT Askes, yang meliputi pelayanan kesehatan dasar di Puskesmas dan jaringannya serta pelayanan kesehatan rujukan di Rumah Sakit. Dalam perjalanannya, pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin di semester I Tahun 2005 ditemukan permasalahan yang utama yaitu, perbedaan data jumlah masyarakat miskin BPS dengan jumlah masyarakat miskin disetiap daerah. Permasalahan lainnya adalah, program belum tersosialisasi dengan baik, penyebaran kartu peserta belum merata, keterbatasan sumber daya manusia pada PT Askes dilapangan, minimnya biaya operasional dan manajemen di puskesmas, kurang aktifnya posyandu dan sebagainya. (Biro hukum dan organisasi Sekjen Depkes, 2009:5).

Guna mengatasi permasalahan tersebut, maka pada semester II tahun 2005 mekanisme peyelenggaraan jaminan pemeliharaan kesehatan bagi masyarakat miskin di ubah. Untuk pembiayaan upaya kesehatan masyarakat dan pelayanan kesehatan dasar di Puskesmas dan jaringannya disalurkan langsung ke pukesmas melalui bank BRI. PT Askes hanya mengelola pelayanan kesehatan rujukan bagi masyarakat miskin di Rumah Sakit.

Berdasarkan pengalaman-pengalaman pelayanan kesehatan di masa lalu, dan upaya mewujudkan sistem pembiayaan yang efektif dan efisien masih perlu diterapkan

mekanisme pelayanan kesehatan yang berbasis asuransi social yaitu suatu instrument sosial untuk menjamin seseorang (anggota) dapat memenuhi kebutuhan pemeliharaan tanpa mempertimbangkan ekonomi orang tersebut. Penyelenggaraan program ini melibatkan beberapa pihak yaitu: Pemerintah pusat (Departemen Kesehatan), Pengelola Jaminan kesehatan (PT Askes) dan pemberi layanan kesehatan yaitu puskesmas dan Rumah sakit dimana masing-masing memiliki peran dan fungsi yang berbeda dengan tujuan yang sama yaitu mewujudkan pelayanan kesehatan dengan biaya dan mutu terkendali. (Biro hukum dan organisasi Sekjen Depkes, 2009:7).

Berlandaskan pada upaya pengembangan sistem jaminan Program Jamkesmas) tersebut, pada tahun 2006, Penyelenggaraan pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin yang meliputi pelayanan kesehatan dasar di Puskesmas dan jaringannya serta pelayanan kesehatan rujukan di rumah sakit dikelola sepenuhnya melalui mekanisme asuransi sosial oleh PT Askes. Selanjutnya, melalui Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 417 / Menkes/SK/IV/2007 tanggal 10 April 2007 telah ditetapkan pula Pedoman Pelaksanaan Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat Miskin Tahun 2007. (Biro hukum dan organisasi Sekjen Depkes, 2009:10).

C.2. Pengelolaan Tata Laksana Kepesertaan

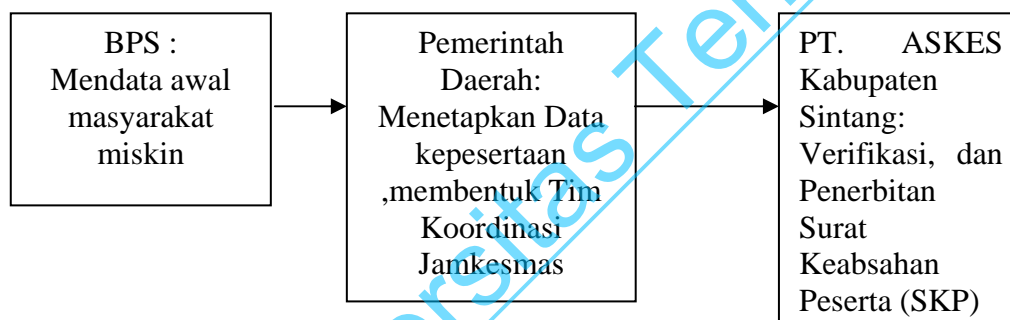
Peserta Jamkesmas adalah setiap orang miskin dan tidak mampu selanjutnya disebut peserta Jamkesmas sejumlah 76,4 juta jiwa bersumber dari Badan Pusat Statistik (BPS) tahun 2006 yang dijadikan dasar penetapan Jumlah sasaran peserta secara Nasional oleh Menteri Kesehatan RI (Menkes). Berdasarkan kuota kabupaten / kota, Bupati dan walikota telah menetapkan peserta di wilayah pada tahun 2008 (nomor,

nama dan alamat peserta) dan telah menjadi data kepersertaan Jamkesmas Nasional (Depkes RI , 2009 : 7).

Apabila masih terdapat masyarakat miskin dan tidak mampu, tidak masuk dalam dalam Surat keputusan Bupati / walikota pembiayaan kesehatannya menjadi tanggung jawab Pemda setempat dan mekanisme pengelolaannya seyogyanya mengikuti Jamkesmas. Gelandangan, pengemis, anak dan orang terlantar, masyarakat miskin, penghuni lapas / rutan serta masyarakat miskin akibat bencana pasca tanggap darurat (bencana) yang tidak memiliki identitas tetap dijamin dalam Jamkesmas dan pada saat mengakses pelayanan kesehatan mengikuti prosedur yang telah ditentukan. Selanjutnya PT Askes Wajib menerbitkan Surat Keabsahan Peserta (SKP) dan membuat pencatatan atas kunjungan pelayanan kesehatan dari kelompok tersebut. Sasaran peserta Program Keluarga Harapan (PKH) yang belum menjadi peserta Jamkesmas dijamin dalam Jamkesmas dan dapat menggunakan kartu PKH pada saat mengakses pelayanan kesehatan mengikuti prosedur yang telah ditentukan. Selanjutnya PT Askes Wajib menerbitkan Surat Keabsahan Peserta (SKP) dan membuat pencatatan atas kunjungan pelayanan kesehatan dari kelompok tersebut. Setelah peserta menerima kartu Jamkesmas maka kartu lama yang diterbitkan sebelum tahun 2008 atau SKTM, dinyatakan tidak berlaku lagi meskipun tidak dilakukan penarikan kartu / SKTM dari peserta (Depkes RI , 2009 : 7).

Bagi bayi yang terlahir dari keluarga peserta Jamkesmas : Otomatis menjadi peserta Jamkesmas dan berhak mendapatkan kepersertaan sepanjang orangtua bayi tersebut sebagai peserta jamkesmas, Bila membutuhkan pelayanan kesehatan dapat langsung diberikan, dengan menggunakan kartu Jamkesmas orang tuanya. pelayanan

kesehatan mengikuti prosedur yang telah ditentukan. Selanjutnya PT Askes Wajib menerbitkan Surat Keabsahan Peserta (SKP) dan membuat pencatatan atas kunjungan pelayanan kesehatan dari kelompok tersebut. Bila terjadi kehilangan kartu Jamkesmas, peserta tetap dapat memperoleh pelayanan kesehatan dengan dilakukan pengecekan database kepesertaan dan selanjutnya dilaporkan ke PT Askes (Persero) setempat. Bagi peserta yang pindah domisili minimal antar kabupaten / kota, hak kepesertaannya masih dimiliki dengan melaporkan kepindahannya kepada aparat Pemda setempat dan PT Askes (Persero) setempat (Depkes RI , 2009 : 7). Alur Pendataan dan Proses Kepesertaan Jamkesmas dapat dilihat pada gambar berikut ini:



Gambar 2.1. Alur Pendataan dan Proses Kepesertaan Jamkesmas

Sumber: Depkes RI , 2009

PT Askes (Persero) bertugas melaksanakan verifikasi kepesertaan dengan mencocokkan kartu Jamkesmas dari peserta yang berobat dengan database kepesertaan untuk selanjutnya diterbitkan Surat Keabsahan Peserta (SKP) terhadap peserta yang memanfaatkan pelayanan kesehatan. Dalam verifikasi kepesertaan perlu dilengkapi dengan dokumen berupa Kartu keluarga (KK) atau KTP untuk mengecek kebenarannya kecuali bagi gelandangan, pengemis, anak dan orang terlantar yang tidak punya identitas cukup hanya mendapatkan surat keterangan/ rekomendasi dari kantor Dinas social setempat.

Biro Hukum Dan Organisasi Sekjen Depkes (2009:10) menyatakan bahwa : Peserta Program Jamkesmas adalah setiap orang miskin dan tidak mampu selanjutnya disebut peserta Jamkesmas, sejumlah 76,4 juta jiwa bersumber dari data Badan Pusat Statistik (BPS) tahun 2006 yang dijadikan dasar penetapan jumlah sasaran peserta secara Nasional oleh Menteri Kesehatan RI (Menkes) sesuai SK Menkes Nomor 125/Menkes/SK/II/2008 yang telah ditetapkan nomor, alamatnya melalui SK Bupati / Walikota tentang penetapan peserta Jamkesmas serta gelandangan, pengemis, anak terlantar, masyarakat miskin yang tidak memiliki identitas, pasien sakit jiwa kronis, penyakit kusta dan sasaran Program Keluarga Harapan (PKH) yang belum menjadi peserta Jamkesmas. Apabila masih terdapat masyarakat miskin yang tidak terdapat dalam kuota Jamkesmas, pembiayaan kesehatannya menjadi tanggung jawab pemerintah daerah setempat dan mekanisme pengelolaannya mengikuti model jamkesmas.

Kebijakan Jamkesmas Tahun 2009 pada prinsipnya ada empat yaitu (1) Tata laksana kepesertaan dengan disusunnya database kepesertaan secara nasional, (2) Tata laksana Pelayanan Kesehatan dengan menjadi lebih patuh terhadap standar-standar pelayanan yang ada termasuk standar obat sehingga pelayanan yang diberikan merupakan pelayanan yang wajar, tidak berlebihan dan benar-benar sesuai indikasi medik, (3) Tata laksana pendanaan dimana penyaluran dana langsung dari kas Negara kepada Rumah sakit dan jaringan PPK lainnya dan (4) Tata laksana Organisasi dan manajemen dimana penyelenggaraan Jamkesmas peran dan fungsi Pemerintah Daerah termasuk Dinas Kesehatan Provinsi/ Kabupaten / Kota lebih diberdayakan melalui

pembentukan tim koordinasi dan tim pengelola jamkesmas tingkat Provinsi/ Kabupaten / Kota. (Pedoman Pelaksanaan Jamkesmas 2009 : 2)

Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1097/MENKES/PER/VI/2011 menyatakan bahwa Peserta Program Jamkesmas adalah seluruh peserta Jamkesmas yang memiliki kartu Jamkesmas atau yang sudah tercatat di *database* kepesertaan. Peserta Keluarga Harapan (PKH) yang memiliki kartu PKH tetapi belum termasuk peserta Jamkesmas / tidak memiliki kartu Jamkesmas. Gelandangan, pengemis, anak terlantar yang direkomendasi Dinas Sosial / institusi sejenis di daerah sehingga perlu menunjukkan kartu Jamkesmas. Masyarakat miskin penghuni Panti social, Penghuni Lembaga Pemasyarakatan, Penghuni Rumah Tahanan dan Korban Bencana Pasca Tanggap Darurat.

Memperhatikan uraian di atas, Program Jamkesmas merupakan bagian dari pelayanan dasar yang mencakup pelayanan di bidang kesehatan dan pertolongan untuk kelompok miskin. Pelayanan kesehatan merupakan pelayanan yang vital bagi masyarakat, baik masyarakat yang tergolong kelas menengah atau maupun kelas menengah bawah. Dimana selama ini pelayanan kesehatan disediakan pemerintah melalui institusi Rumah Sakit Umum maupun Puskesmas untuk menjangkau masyarakat seluas-luasnya. Hasil penelitian Bank Dunia yang dihimpun dalam *World Development Report 2004*, menunjukkan bahwa akses rakyat miskin terhadap pelayanan publik di Indonesia masih rendah. Hasil penelitian tersebut memperlihatkan pelayanan yang disediakan oleh rumah sakit maupun Puskesmas belum menjangkau masyarakat seluas-luasnya. Masih sering terjadi tindakan diskriminasi dari rumah sakit maupun Puskesmas. Pasien dari kelas menengah atas akan

mendapatkan pelayanan lebih cepat dan diterima dengan penuh keramahan. Sebaliknya pasien dari kelas menengah bawah sulit menerima perlakuan serupa.

Faktor-faktor yang dapat mendukung keberhasilan pelaksanaan Program Jamkesmas antara lain adalah: tanggapan positif masyarakat terhadap keputusan-keputusan yang dilakukan oleh pemerintah serta adanya kesadaran untuk menerima kebijakan. Selain itu, isi dan tujuan kebijakan dimengerti secara jelas, adanya informasi yang jelas mengenai kondisi masyarakat yang menjadi kelompok sasaran (penduduk miskin), serta adanya pembagian pekerjaan yang efektif dalam pelaksanaan.

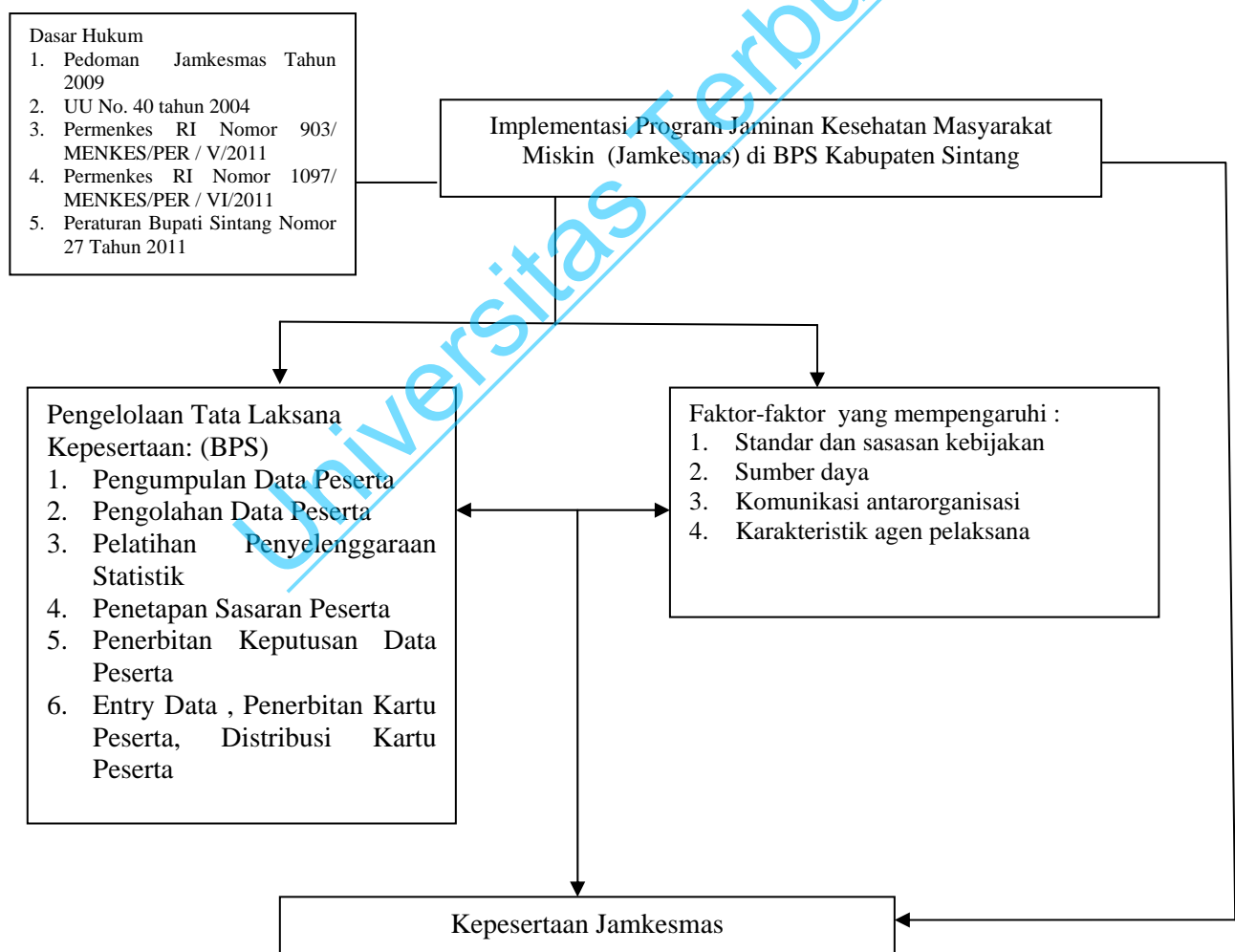
Agar Program Jamkesmas dapat berjalan secara efektif dapat dilakukan apabila tujuan-tujuan dan sasaran-sasaran yang semula bersifat umum telah diperinci; program-program aksi telah dirancang dan; sejumlah dana atau biaya telah dialokasikan untuk mewujudkan tujuan-tujuan dan sasaran tersebut.

D. Kerangka Berpikir

Hubungan antar aspek penelitian sebagaimana digambarkan dalam garis dan kotak di bawah ini merupakan upaya untuk memberikan gambaran kerangka penelitian ini secara keseluruhan. Kerangka tersebut diawali dengan dasar kebijakan (dasar hukum) Implementasi (pelaksanaan) Program Jamkesmas, dimana dalam pelaksanaan yang berkaitan dengan ketatalaksanaan peserta terdiri atas prosedur pengelolaan dan faktor – faktor yang mempengaruhi pelaksanaan Program Jamkesmas. Pengelolaan ketatalaksanaan peserta berkaitan dengan tugas dan fungsi organisasi pelaksana dalam hal ini: Badan Pusat Statistik Kabupaten Sintang (Pengumpulan Data Peserta, Pengolahan Data Peserta, Pelatihan Penyelenggaraan Statistik), Pemerintah Kabupaten Sintang (Penetapan Sasaran Peserta, Penerbitan Keputusan Bupati), PT Askes

Kabupaten Sintang) Entry Data dan Penerbitan Kartu Peserta, Distribusi Kartu Peserta, Dinas Kesehatan Kabupaten Sintang (Monitoring dan Evaluasi, Pelaporan). Faktor – faktor yang mempengaruhi Program Jamkesmas berdasarkan pendapat Van Meter dan Van Horn (dalam Winarno, 2002: 110) terdiri atas: Standar dan sasaran kebijakan, Sumber daya, Komunikasi antarorganisasi, Karakteristik agen pelaksana, Kondisi sosial, ekonomi dan politik

Berdasarkan tinjauan teoritis tersebut diatas, maka kerangka pemikiran penelitian ini dapat digambarkan pada gambar 2.2 sebagai berikut :



Gambar 2.2. Kerangka Pikir Penelitian

Dilatarbelakangi oleh masih rendahnya derajat kesehatan masyarakat miskin, antara lain dapat dilihat dari indikator-indikator berikut : Angka Kematian Bayi (IMR) pada tahun 2010 sebanyak 35 per 1000 kelahiran hidup (Kalbar = 47 per 1.000 kelahiran hidup tahun 2009). Angka Harapan Hidup tahun 2010 tercatat sebesar 66 tahun. Angka Kematian Balita cukup tinggi yaitu 55 per 1000 kelahiran hidup. Status Gizi Balita semakin memburuk. Persentase Balita yang tergolong berstatus gizi buruk dan gizi kurang (Kurang Energi dan Protein) tergolong tinggi yaitu 18,84 tahun 2009 dan 19,42 tahun 2010. Angka Kematian Ibu (AKI) tahun 2010 sebesar 307/100.000 kelahiran hidup. Angka Kesakitan Demam berdarah 0,035 per mil ; Malaria 44,46 per mil; dan Tingginya prevalensi TBC; Diare dan ISPA (RPJM Kabupaten Sintang 2011 – 2015). Selain itu, kurangnya akses dan kualitas pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin serta kesehatan sebagai hak fundamental setiap orang, maka ditetapkanlah Program Jamkesmas sebagai sebuah kebijakan jaminan sosial yang bertujuan untuk meningkatkan akses dan kualitas pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin.

Namun sebelum sampai pada tujuan yang hendak dicapai, maka ada proses yang harus dilalui yaitu Proses pendataan kepesertaan program jamkesmas yang dikaitkan dengan kegiatan Implementasi program yang tentunya akan sangat menentukan tepat atau tidaknya sasaran, berhasil guna atau tidak, dan berdaya guna atau tidak. Dalam pelaksanaannya ada beberapa variabel yang mempengaruhi kinerja implementasi program diantaranya adalah standar dan sasaran kebijakan, sumber daya, komunikasi antar organisasi , kondisi sosial, politik dan ekonomi,serta faktor-faktor yang menjadi faktor pendukung dan penghambat dalam pelaksanaan kebijakan Program Jamkesmas di Kabupaten Sintang

Jika dalam pelaksanaan jamkesmas memberikan kemudahan dan akses pelayanan kesehatan kepada peserta diseluruh jaringan PPK Jamkesmas, Mendorong peningkatan pelayanan kesehatan yang terstandar bagi peserta, tidak berlebihan sehingga terkendali mutu dan biayanya, dan terselenggaranya pengelolaan keuangan yang transparan dan, maka tujuan peningkatan akses dan kualitas pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin akan tercapai, sehingga tujuan tersebut menjadi efektif sehingga apa yang menjadi tujuan program dan organisasi akan berdampak pada tercapainya efektivitas organisasi. Demikian pula sebaliknya apabila pelaksanaannya tidak memberikan kemudahan dan akses pelayanan kesehatan kepada peserta diseluruh jaringan PPK Jamkesmas, tidak mendorong peningkatan pelayanan kesehatan yang terstandar bagi peserta, maka tujuan peningkatan akses dan kualitas pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin tidak akan tercapai, sehingga tujuan tersebut menjadi tidak efektif sehingga apa yang menjadi tujuan program dan organisasi akan berdampak pada tidak tercapainya efektivitas organisasi. Aspek ini dapat dideskripsikan melalui indikator - indikator pelaksanaan Program Jamkesmas.

E. Definisi Operasional

Definisi operasional yang akan dijelaskan berikut ini terkait dengan variabel yang akan diteliti pada bagian selanjutnya. Adapun variable – variable tersebut dapat diuraikan dalam penjelasan singkat sebagai berikut:

1. Program Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas) adalah Program bantuan sosial untuk pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin dan tidak mampu. Indikatornya adalah (1) meningkatnya cakupan masyarakat miskin dan tidak mampu mendapat pelayanan kesehatan di Puskesmas serta jaringannya dan di

Rumah Sakit, (2) meningkatnya kualitas pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin, serta (3) terselenggaranya pengelolaan keuangan yang transparan dan akuntabel.

2. Implementasi adalah pelaksanaan keputusan kebijaksanaan dasar, biasanya dalam bentuk undang-undang, perintah-perintah atau keputusan-keputusan eksekutif yang penting. Indikator Kebijakannya adalah (1) Tata laksana kepesertaan dengan disusunnya database kepesertaan secara nasional, (2) Tata laksana Pelayanan Kesehatan dengan menjadi lebih patuh terhadap standar-standar pelayanan yang ada termasuk standar obat sehingga pelayanan yang diberikan merupakan pelayanan yang wajar, tidak berlebihan dan benar-benar sesuai indikasi medik, (3) Tata laksana pendanaan dimana penyaluran dana langsung dari kas Negara kepada Rumah sakit dan jaringan PPK lainnya dan (4) Tata laksana Organisasi dan manajemen Keluarga miskin adalah tidak dapat menjalankan ibadah menurut agamanya, seluruh anggota keluarga tidak mampu makan dua kali sehari, seluruh anggota keluarga tidak memiliki pakaian berbeda di rumah, bekerja/ sekolah dan bepergian, Bagian terluas dari rumahnya berlantai tanah, tidak mampu membawa anggota keluarga ke sarana kesehatan
3. Peserta Jamkesmas adalah seluruh peserta Jamkesmas yang memiliki kartu Jamkesmas atau yang sudah tercatat di *database* kepesertaan. Peserta Keluarga Harapan (PKH) yang memiliki kartu PKH tetapi belum termasuk peserta Jamkesmas / tidak memiliki kartu Jamkesmas. Gelandangan, pengemis, anak terlantar yang direkomendasi Dinas social / institusi sejenis di daerah sehingga perlu menunjukkan kartu Jamkesmas. Masyarakat miskin penghuni Panti sosial,

Penghuni Lembaga Pemasyarakatan, Penghuni Rumah Tahanan dan Korban Bencana Pasca Tanggap Darurat.

4. Pengumpulan Data Peserta adalah pendataan program perlindungan sosial 2008 yang tujuan utamanya adalah untuk memperoleh basis data terpadu rumah tangga dan keluarga sasaran yang akan dipergunakan untuk berbagai program bantuan dan perlindungan sosial yang akan dilaksanakan oleh pemerintah pada tahun 2009-2011
5. Pengolahan Data Peserta adalah Melakukan penyiapan dokumen dan bahan yang diperlukan untuk kegiatan pengumpulan data statistik kependudukan kesejahteraan rakyat. Melakukan penerimaan dan pemeriksaan dokumen hasil pengumpulan data statistik kependudukan kesejahteraan rakyat Melakukan pengolahan data statistik sosial sesuai dengan sistem dan program yang ditetapkan, bekerja sama dengan satuan organisasi terkait, melakukan penyiapan dokumen dan atau hasil pengolahan statistik sosial yang akan dikirim ke BPS dan atau BPS Propinsi sesuai dengan jadwal yang ditetapkan.
6. Pelatihan Penyelenggaraan Statistik adalah upaya peningkatan kualitas sumber daya manusia dengan cara mengikuti penyelenggaraan pelatihan dan peningkatan ilmu pengetahuan dan teknologi yang dapat mendukung penyelenggaraan statistik.
7. Penetapan Sasaran Peserta Jamkesmas adalah masyarakat miskin dan tidak mampu yang ditetapkan oleh Bupati Sintang sesuai kuota, Gelandangan, pengemis, anak terlantar, Peserta program keluarga harapan (PKH), penghuni lapas, panti sosial, rutan dan korban bencana alam pasca bencana.

8. Penerbitan Keputusan Data Peserta adalah Surat keputusan tentang nama dan alamat sasaran peserta Jamkesmas yang diterbitkan oleh Bupati Sintang berdasarkan data yang didapatkan oleh Badan Pusat Statistik Kabupaten Sintang.
9. Entry Data adalah Data peserta yang telah ditetapkan Pemda yang kemudian dilakukan entry oleh PT Askes (Persero) untuk menjadi database kepesertaan di Kabupaten/Kota.
10. Distribusi Kartu Peserta adalah penyerahan kartu peserta oleh PT. Askes kepada yang berhak.
11. Standard dan sasaran kebijakan adalah ukuran – ukuran mengenai pelaksanaan kebijakan sehingga dapat direalisasikan. Apabila standard dan sasaran kebijakan kabur, maka akan terjadi multi interpretasi dan mudah menimbulkan konflik di antara para agen implementasi.
12. Sumber daya yang penting meliputi staf dalam ukuran yang tepat dengan keahlian yang diperlukan; informasi yang cukup dan relevan tentang cara untuk mengimplementasikan kebijakan dan dalam penyesuaian lainnya yang terlibat di dalam implementasi; kewenangan untuk meyakinkan bahwa kebijakan ini dilakukan semuanya sebagai dimaksudkan; dan berbagai fasilitas (termasuk bangunan, peralatan, tanah dan persediaan) di dalamnya atau dengan memberikan pelayanan.
13. Komunikasi didefinisikan sebagai transmisi informasi dan pemahaman. Proses komunikasi merupakan tahap-tahap antara komunikatot dengan komunikan yang menghasilkan pentransferan dan pemahaman makna. Berarti komunikasi juga dapat dinyatakan dengan perintah dari atasan terhadap pelaksana-pelaksana

kebijakan sehingga penerapan kebijakan tidak keluar dari sasaran yang dikehendaki. Dengan demikian komunikasi tersebut harus dinyatakan dengan jelas, tepat, dan konsisten.

14. Karakteristik agen pelaksana adalah mencakup sruktur birokrasi, norma-norma dan pola hubungan yang terjadi dalam birokrasi yang akan mempengaruhi implemantasi program Jamkesmas.

Universitas Terbuka

BAB III

METODE PENELITIAN

A. Jenis Penelitian

Jenis penelitian ini adalah rancangan penelitian deskriptif. Jenis deskriptif adalah prosedur pemecahan masalah yang diteliti dengan mendeskripsikan keadaan subyek/obyek penelitian (seseorang, lembaga, masyarakat dan lain-lain) pada saat sekarang yang berdasarkan fakta-fakta yang tampak atau sebagaimana adanya.

Karena penelitian ini sebatas menggambarkan Implementasi Program Jaminan Kesehatan Masyarakat Miskin (Jamkesmas) di Kabupaten Sintang apa adanya tanpa melihat pengaruh antara variabel, maka jenis penelitian yang tepat dipergunakan adalah penelitian deskriptif.

Berdasarkan uraian tersebut, dalam penelitian ini jenis yang dipergunakan adalah jenis penelitian deskriptif dengan pendekatan kualitatif. Artinya, dalam penelitian ini digunakan pendekatan kualitatif untuk menghadirkan data deskriptif dalam bentuk kata-kata tertulis dari informan tentang perilaku yang diamati melalui wawancara dan observasi. Analisis deskriptif tersebut akan menguraikan serta menghubungkan antar hasil yang diperoleh dari wawancara mendalam dengan catatan lapangan sebagai hasil observasi. Antara apa yang dilihat dan apa yang didengar, diurai secara cermat dalam kata-kata sehingga dapat membangun konsep yang lebih bermakna, dalam mengkaji permasalahan Implementasi Program Jaminan Kesehatan Masyarakat Miskin (Jamkesmas) di Kabupaten Sintang.

B. Subjek Penelitian

Subjek dalam penelitian ini adalah pihak-pihak yang terkait dalam Implementasi Program Jaminan Kesehatan Masyarakat Miskin (Jamkesmas) Pada Kabupaten Sintang yaitu sebagai berikut:

1. Sekretaris Daerah Kabupaten Sintang
2. Kepala Badan Pusat Statistik Kabupaten Sintang
3. Kepala Dinkes Kabupaten Sintang
4. Pegawai Statistik Bagian Pendataan Masyarakat Miskin
5. Pegawai Kantor Askes Bagian Jamkesmas Kabupaten Sintang
6. Beberapa peserta Jamkesmas Kabupaten Sintang

C. Waktu dan Lokasi Penelitian

Penelitian ini dilakukan pada bulan Juni sampai dengan Desember 2011. Lokasi penelitian adalah di Kabupaten Sintang, khususnya pada organisasi pelaksana yang berkaitan dengan pelaksanaan Program Jamkesmas seperti: Badan Pusat Statistik Kabupaten Sintang, Dinas Kesehatan Kabupaten Sintang, dan PT Askes Cabang Sintang.

D. Teknik Pengumpulan Data.

Teknik pengumpulan data dalam penelitian kualitatif yang dikemukakan oleh Moleong (2006) adalah : peneliti bertindak sebagai instrument penelitian, atau peneliti sebagai alat penelitian utama yang terjun langsung ke lapangan. Peneliti melaksanakan langsung penelitian dengan pengamatan/observasi, wawancara , catatan harian lapangan, maupun dengan studi dokumen / kepustakaan. Dalam penelitian ini, diperlukan data yang relevan. Oleh karena itu diperlukan teknik untuk mengumpulkan data. Adapun teknik yang dipergunakan dalam mengumpulkan data adalah :

1. Wawancara/*interview*, yaitu teknik pengumpulan data dengan melakukan wawancara secara langsung dengan subjek penelitian. Wawancara adalah proses memperoleh keterangan untuk tujuan penelitian dengan cara tanya jawab sambil bertatap muka antara peneliti dan informan. Pertanyaan yang diajukan adalah mengenai standard dan sasaran kebijakan, sumber daya yang digunakan, komunikasi antar organisasi dan karakteristik agen pelaksana.
2. Observasi yaitu pengamatan terhadap peristiwa – peristiwa yang sesuai dengan ruang lingkup penelitian misalnya prosedur pengumpulan data peserta, pengolahan data peserta, pelatihan penyelenggaraan statistik, penetapan sasaran peserta, penerbitan keputusan bupati, entry data, penerbitan kartu peserta dan distribusi kartu peserta.
3. Studi dokumentasi terhadap dokumen-dokumen tertulis yang sesuai dengan ruang lingkup penelitian. Data yang dikumpulkan melalui teknik dokumentasi adalah: Dasar hukum kegiatan (Undang – Undang, Peraturan Pemerintah, Peraturan daerah, Keputusan Bupati, Petunjuk Teknis dan Petunjuk Pelaksana)

E. Alat Pengumpulan Data

Alat pengumpul data adalah alat ukur, untuk mengumpulkan data. Instrumen penelitian dapat dijadikan alat untuk menyatakan besaran atau prosentase serta lebih kurangnya dalam bentuk kuantitatif dan kualitatif, sehingga dengan menggunakan instrumen penelitian yang dipakai tersebut berguna sebagai alat untuk mengumpulkan data maupun bagi pengukurannya. Memperhatikan tiga teknik sebagaimana dijelaskan di atas, maka instrumen (alat) yang dipergunakan dalam penelitian ini adalah :

1. Pedoman wawancara, yaitu susunan pertanyaan yang langsung ditanyakan kepada

informan kunci dan informan lanjutan. Sejumlah pertanyaan terbuka dicantumkan dalam media ini untuk menjadi pedoman bagi peneliti dalam melakukan wawancara. Pertanyaan tersebut dapat saja berkembang sesuai dengan kondisi di lapangan.

2. Pedoman observasi untuk menjaring data tentang situasi dan kondisi dari analisis terhadap Ketatalaksanaan kepesertaan Jamkesmas di Kabupaten Sintang.
3. Dokumen, yaitu dokumen-dokumen tertulis seperti undang-undang, peraturan-peraturan, Perda dan sebagainya yang sesuai dengan ruang lingkup penelitian.

F. Analisis Data

Metode yang digunakan dalam melakukan analisis data adalah metode kualitatif. Analisis secara kualitatif adalah analisis yang menginterpretasikan data hasil penelitian dengan memberikan deskripsi (pemaparan dan penafsiran data dalam bentuk narasi. Proses analisis data atau beberapa langkah praktis pada waktu melakukan analisis data penelitian Kualitatif,yaitu:

1. Tahap pengumpulan data mentah, yaitu melalui wawancara, observasi lapangan, kajian pustaka, alat-alat yang digunakan, seperti *tape recorder*, kamera, dan lain-lain. Pada tahap kegiatan pengumpulan data mentah ini hanyalah mencatat data apa adanya (Verbatim).
2. Tahap transkrip data,yaitu mengubah catatan ke bentuk tertulis (apakah itu berasal dari *tape recorder* atau catatan tulisan tangan) dan mengetiknya persis seperti apa adanya.
3. Tahap pembuatan koding, yaitu membaca ulang seluruh data yang sudah ditranskrip,serta mengambil kata kunci,yang selanjutnya kata kunci tersebut akan diberi kode.

4. Tahap katagorisasi data ,yaitu menyederhanakan data dengan cara mengikat konsep-konsep (kata-kata) kunci dalam suatu besaran yang dinamakan “Kategori”.
5. Tahap penyimpulan sementara,yaitu tahapan mengambil kesimpulan, meskipun bersifat sementara dan kesimpulan tersebut 100 % harus berdasarkan data,pada bagian akhir kesimpulan sementara inilah yang disebut Observers Comments (OC). Observers Commens adalah pendapat atau reaksi terhadap data lapangan.
6. Tahap triangulasi,yaitu proses check and recheck antara satu sumber data dengan sumber data lainnya. Dalam proses ini beberapa kemungkinan bisa terjadi, yaitu: *Pertama*,satu sumber cocok (senada,koheren) dengan sumber lain. *Kedua*,satu sumber data berbeda dari sumber lain,tetapi tidak harus berarti bertentangan. *Ketiga*, satu sumber 180 derajat bertolak belakang dengan sumber lain. Kegiatan ini dilakukan dengan membandingkan jawaban dari subjek penelitian yang terlibat dalam Implementasi Program Jaminan Kesehatan Masyarakat Miskin (Jamkesmas) di Kabupaten Sintang.
7. Tahap penyimpulan Akhir, yaitu suatu pernyataan umum dan logis yang ditarik dari beberapa kasus dan menunjukkan pola yang menggambarkan ciri-ciri kasus-kasus tersebut. Kesimpulan juga dapat ditarik dengan cara sebaliknya,yaitu suatu pernyataan umum dan logis yang telah teruji kebenaran atau ketidak benarannya melalui bukti-bukti.

Berdasarkan pendapat tersebut, dalam pelaksanaan penelitian ini data yang telah diambil atau dikumpulkan dari lapangan tersebut, kemudian diklasifikasikan sesuai dengan jenis dan kelompoknya. Selanjutnya, data-data tersebut dipilah dan diolah serta ditampilkan ke dalam bentuk tabel. Setelah itu, setiap data akan diberikan penjelasan

dan tahap terakhir atau bersamaan dengan uraian data akan dilakukan analisis dengan memberikan diskripsi (pemaparan dan penafsiran data dalam bentuk narasi).

Universitas Terbuka

BAB IV

HASIL DAN PEMBAHASAN

Di dalam Bab IV ini, Penulis akan menganalisis hasil penelitian yang berhubungan dengan masalah penelitian yaitu Implementasi Program Jaminan Kesehatan Masyarakat Miskin (Jamkesmas) Pada Kabupaten Sintang: Studi Kasus pada Proses Pendataan Peserta Jamkesmas di Kecamatan Sintang. Sebelum penulis menganalisis hasil penelitian terlebih dahulu akan menguraikan tentang Gambaran Umum Kabupaten Sintang.

A. Gambaran Umum Lokasi Penelitian

1. Gambaran Umum Kabupaten Sintang

Kabupaten Sintang merupakan salah satu daerah bagian Timur di Provinsi Kalimantan Barat yang dilalui oleh garis Khatulistiwa dengan Ibu kotanya Sintang, terletak di antara 1°05' Lintang Utara dan 0°46' Lintang Selatan serta 110°50' Bujur Timur dan 113°20' Bujur Timur. Kabupaten ini memiliki luas wilayah 21.635 km², hampir menyamai luas Provinsi Sumatera Utara. Letak geografisnya adalah:

- a. Utara: berbatasan dengan Serawak, Malaysia Timur, dan Kabupaten Kapuas Hulu.
- b. Selatan: berbatasan dengan Kalimantan Tengah dan Kabupaten Melawi, serta Kabupaten Ketapang.
- c. Timur: berbatasan dengan Kalimantan Tengah dan Kabupaten Kapuas Hulu.

d. Barat: berbatasan dengan Kabupaten Ketapang, Sanggau dan Sekadau.

Kabupaten Sintang dihuni penduduk sebanyak 363.978 jiwa, dengan kepadatannya rata-rata 27 jiwa/km. Komposisinya terdiri dari berbagai etnis dengan mayoritas dari suku Dayak dan Melayu. Mata pencaharian mereka pada umumnya adalah petani sawit dan karet.

Kabupaten Sintang dilalui oleh dua sungai besar, yaitu Sungai Kapuas dan Sungai Melawi. Selain sungai juga terdapat empat gunung yang cukup tinggi, yaitu: Gunung Batu Raya (tinggi 2.278 m) di Kecamatan Serawai, Gunung Batu Maherabut (tinggi 1.270 m), Gunung Batu Baluran (tinggi 1.556 m), dan Gunung Batu Sambung (tinggi 1.770) di Kecamatan Ambalau.

Seluruh wilayah Kabupaten Sintang terbagi menjadi 14 Kecamatan, 6 Kelurahan dan 281 Desa. Kecamatan-kecamatanannya adalah: Ambalau, Binjai Hulu, Dedai, Kayan Hilir, Kayan Hulu, Kelam Permai, Ketungau Hilir, Ketungau Hulu, Ketungau Tengah, Sungai Tebelian, Sepauk, Serawai, Tempunak dan Kecamatan Sintang. Kecamatan Ketungau Hulu dan Ketungau Tengah berbatasan langsung dengan Malaysia. Kecamatan yang terluas adalah Kecamatan Ambalau dengan luas 6.386,40 Km² (29,52%) dari luas Kabupaten Sintang. Sedangkan luas masing-masing Kecamatan lainnya hanya berkisar 1–29 persen dari luas Kabupaten Sintang. Adapun kecamatan terkecil wilayahnya adalah Sintang, seluas 277,05 Km² (1,28%). Penyebaran penduduk Kabupaten Sintang tidak merata antara kecamatan satu dengan kecamatan yang lain. Kecamatan Sintang memiliki jumlah penduduk tertinggi yaitu 57.217 jiwa sedangkan Binjai Hulu memiliki jumlah penduduk terendah yaitu 11.854 jiwa. Secara rinci tentang besaran jumlah

penduduk, luas wilayah, jumlah penduduk miskin mendapatkan kartu jamkesmas dan jumlah penduduk miskin mendapat jamkesda per kecamatan di Kabupaten Sintang dapat disajikan pada tabel. 4.1 sebagai berikut:

Tabel 4.1. Luas Wilayah, Jumlah Penduduk, Penduduk miskin mendapat kartu Jamkesmas dan penduduk miskin mendapat Jamkesda Per Kecamatan di Kabupaten Sintang Tahun 2010

No.	Kecamatan	Luas Wilayah (Km ²)	Jumlah Penduduk (Jiwa)	Penduduk Miskin Kartu Jamkesmas	Penduduk Miskin Jamkesda
1	2	3	4	5	6
1.	Serawai	2.127,50	23.616	14.319	4.200
2.	Ambalau	6.386,40	15.680	10.105	4.300
3.	Kayan Hulu	937,50	24.153	6.760	7.500
4.	Sepauk	1.825,70	46.266	11.909	14.409
5.	Tempunak	1.027,00	26.733	7.333	8.917
6.	Sungai Tebelian	526,50	28.984	8.731	8.800
7.	Sintang	277,05	57.217	8.804	16.971
8.	Dedai	694,10	27.584	6.983	9.374
9.	Kayan Hilir	1.136,70	25.615	13.368	5.731
10.	Kelam Permai	523,80	15.680	10.444	3.341
11.	Binjai Hulu	307,65	11.854	6.825	2.868
12.	Ketungau Hilir	1.544,50	21.242	12.276	4.977
13.	Ketungau Tengah	2.182,40	28.465	13.531	6.400
14.	Ketungau Hulu	2.138,20	20.292	6.574	5.282
	2010	21.635,00	373.380	137.962	103.070

Sumber: Badan Pusat Statistik Kabupaten Sintang, 2011

Berdasarkan Tabel 4.1 diatas, dapat dilihat bahwa dari jumlah seluruh penduduk Kabupaten Sintang yang berjumlah 373.380 orang yang mendapatkan kartu peserta Jamkesmas berjumlah 137.962 orang . Hal ini menunjukkan bahwa peserta Jamkesmas baru 36,9 % dari jumlah keseluruhan penduduk Kabupaten Sintang. Sementara Jumlah penduduk miskin seluruh kabupaten Sintang adalah 241.032 orang yang belum termasuk dalam peserta Jamkesmas di data dalam peserta Jamkesda yang dikelola oleh daerah sebesar 27,6 % dari jumlah

keseluruhan penduduk Kabupaten Sintang yaitu peserta Jamkesda berjumlah 103.070 orang.

Berdasarkan “Data dan Informasi Kemiskinan 2008, Buku 2: Kabupaten/Kota” yang dipublikasikan oleh Badan Pusat Statistik-Indonesia, jumlah penduduk miskin di Kabupaten Sintang menunjukkan kecenderungan menurun. Tahun 2005 penduduk miskin tercatat sebesar 69.400 jiwa (19,09%) dengan garis kemiskinan Rp.135.390/kapita/bulan. Kemudian pada tahun 2006 jumlah penduduk miskin berkurang 100 jiwa menjadi 69.300 jiwa (19.80%) dengan garis kemiskinan Rp.154.585/kapita/bulan. Selanjutnya pada tahun 2007 penduduk miskin berkurang sangat banyak (3.100 jiwa) menjadi 66.200 jiwa (17,10%) dengan garis kemiskinan yang lebih tinggi (Rp.169.606/kapita/bulan). Pada tahun 2008, jumlah penduduk miskin berkurang lebih banyak lagi (12.100 jiwa) menjadi 54.100 jiwa (13,61%) dengan garis kemiskinan yang lebih tinggi (Rp.182.626/bulan/kapita).

Penurunan jumlah penduduk miskin ternyata paralel dengan pendidikannya. Tahun 2005, persentase penduduk miskin yang Tamat SD/SLTP dan SLTA ke atas masing-masing adalah 34,15% dan 2,63%. Pada tahun 2008, terjadi peningkatan persentase penduduk miskin yang Tamat SD/SLTP dan SLTA ke atas menjadi 54,5 dan 4,08. Angka Partisipasi Sekolah tergolong tinggi yakni 98,0% (SD) dan 89,30% (SLTP) pada tahun 2008.

Keberhasilan mengurangi jumlah penduduk miskin disertai dengan peningkatan tingkat pendidikannya merupakan prestasi positif dari pelaksanaan pembangunan di Kabupaten Sintang. Penduduk miskin sebagian besar (sekitar

92,96 persen) bekerja di sektor informal. Lapangan kerja yang digeluti adalah sektor pertanian (seperti petani, nelayan, buruh tani). Jam kerja mereka relatif panjang. Sebagian besar (77,29%) di antara mereka bekerja antara 35 – 42 jam per minggu. Penduduk miskin yang tidak bekerja sangat sedikit (0,56 persen). Bantuan pemerintah yang mereka peroleh selain BLT dan beras miskin (raskin) adalah pengobatan gratis. Selain memperoleh pengobatan gratis, anak usia balita yang dimiliki rumah tangga miskin diberi imunisasi BCG (87,67%), DPT (86,53%), Polio (88,83%), Campak (79,61%) dan Hepatitis B (84,91%).

Belajar dari krisis ekonomi yang terjadi pada tahun 1997/1998, kebijakan pemerintah dalam penanggulangan kemiskinan tidak hanya memperhatikan aspek/dimensi pendapatan, namun juga memperhatikan dimensi non pendapatan, yaitu akses setiap rumah tangga dan individu terutama keluarga dan individu miskin terhadap kebutuhan dasar. Selain itu, secara global dirasakan pula bahwa dimensi-dimensi non-pendapatan ini merupakan bagian penting dalam kapasitas keluarga miskin untuk mampu mengentaskan dirinya sendiri dari kemiskinan. Sehubungan dengan itu, perhatian dimensi non-pendapatan dalam kemiskinan secara eksplisit juga menjadi sasaran dalam strategi penanggulangan kemiskinan yang tertuang di dalam RPJMD 2006-2010.

Program-program nasional penanggulangan kemiskinan yang dilaksanakan di Kabupaten Sintang adalah (1) program subsidi beras untuk masyarakat miskin terhadap seluruh rumah tangga sasaran (RTS). (2) program beasiswa untuk membantu masyarakat miskin memiliki akses pendidikan, (3) program Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas) dan layanan rumah sakit untuk kelas III

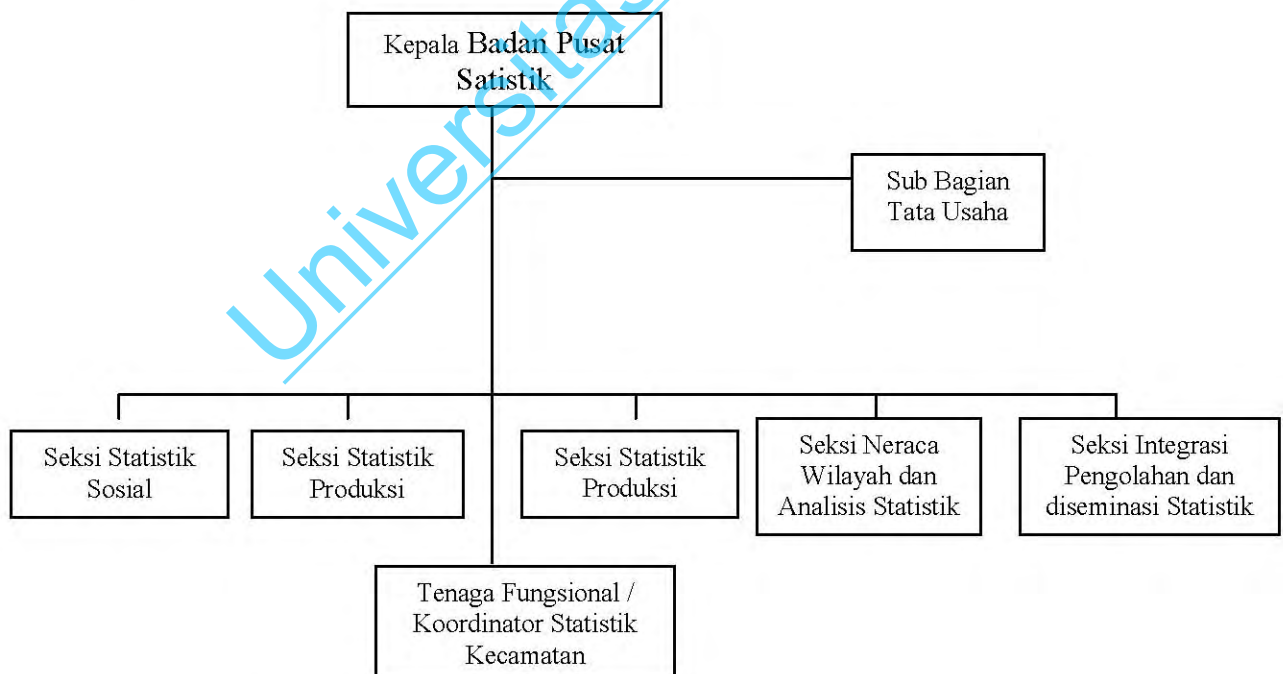
kepada rumah tangga sasaran dan anggota keluarganya untuk meningkatkan akses terhadap layanan kesehatan. Untuk lebih mendorong masyarakat memanfaatkan layanan pendidikan dan kesehatan ini, pemerintah menyediakan insentif melalui Program Keluarga Harapan (PKH) agar keluarga miskin memastikan anak-anaknya menjalani wajib belajar 9 tahun dan membawa balita mereka ke Puskesmas untuk pelayanan kesehatan dan gizi, (4) Pelaksanaan PNPM Mandiri terus ditingkatkan pula. Pelaksanaan PNPM Mandiri telah membantu meningkatkan keberdayaan mereka untuk memusyawarahkan kebutuhan bersama dalam meningkatkan kesejahteraan terutama masyarakat miskin, melakukan kegiatan sosial, usaha ekonomi dan pembangunan infrastruktur perdesaan. (5) dalam rangka mendukung peningkatan akses Usaha Mikro, Kecil dan Menengah (UMKM) dan koperasi kepada kredit/pendanaan pemerintah juga telah menyediakan dana penjaminan untuk mendukung Kredit Usaha Rakyat (KUR). Berbagai program tersebut, tingkat kemiskinan dapat diupayakan terus menurun.

Sebagai bagian dari masyarakat Kabupaten Sintang, proses pembangunan daerah lima tahun ke depan hendaknya memberikan dan memperluas akses bagi penduduk miskin (1) memperoleh pendidikan hingga ke jenjang yang lebih tinggi, (2) memperoleh layanan kesehatan yang berkualitas baik, (3) mendapatkan pembinaan yang komprehensif, holistik dan terpadu dengan prinsip “memanusiakan penduduk miskin secara manusiawi”, (4) memperoleh peningkatan keterampilan melalui Balai Latihan Kerja Industri (BLKI).

2. Gambaran Umum Badan Pusat Statistik Kabupaten Sintang

Sebagaimana diungkapkan pada BAB III bahwa lokasi penelitian adalah di Kabupaten Sintang, khususnya pada organisasi pelaksana yang berkaitan dengan pelaksanaan Program Jamkesmas seperti: Badan Pusat Statistik Kabupaten Sintang, PT Askes Cabang Sintang, Pemerintah Kabupaten Sintang dan Dinas Kesehatan Kabupaten Sintang. Sehubungan dengan hal tersebut, pada bagian ini penting untuk memberikan gambaran umum organisasi pelaksana tersebut termasuk dalam hal ini adalah Badan Pusat Statistik Kabupaten Sintang.

Susunan organisasi Badan Pusat Statistik Kabupaten Sintang berdasarkan Keputusan Kepala badan Pusat Statistisk Nomor 003 tahun 2002 dapat dilihat pada bagan 4.1 sebagai berikut:



Bagan 4.1 Susunan Organisasi dan Tata Kerja Badan Pusat Statistik Kabupaten Sintang

Dilihat dari bagan susunan organisasi tersebut di atas, Seksi yang menangani atau yang mempunyai tugas berkaitan dengan pengelolaan data peserta Program Jaminan Kesehatan Masyarakat Miskin (Jamkesmas) adalah Seksi Statistik Sosial. Adapun uraian tugas Seksi Statistik Sosial adalah sebagai berikut:

1. Menyusun program kerja tahunan Seksi Statistik Sosial;
2. Melakukan penyiapan dokumen dan bahan yang diperlukan untuk kegiatan pengumpulan statistik sosial yang mencakup kegiatan statistik kependudukan, kesejahteraan rakyat, ketahanan sosial, serta kegiatan statistik sosial lainnya yang ditentukan;
3. Mengikuti program pelatihan yang diselenggarakan dalam rangka kegiatan statistik sosial;
4. Membantu Kepala BPS Kabupaten/Kota dalam menyiapkan program pelatihan petugas lapangan kegiatan statistik sosial;
5. Melakukan pembagian dokumen dan peralatan yang diperlukan untuk pelaksanaan lapangan kegiatan statistik sosial;
6. Melakukan pembinaan, pengamatan lanjut, dan pengawasan lapangan terhadap pelaksanaan kegiatan statistik sosial;
7. Melakukan penerimaan dan pemeriksaan dokumen hasil pengumpulan data statistik sosial;
8. Melakukan pengolahan data statistik sosial sesuai dengan sistem dan program yang ditetapkan, bekerja sama dengan satuan organisasi terkait;

9. Melakukan penyiapan dokumen dan atau hasil pengolahan statistik sosial yang akan dikirim ke BPS dan atau BPS Propinsi sesuai dengan jadwal yang ditetapkan;
10. Melakukan evaluasi hasil pengolahan statistik sosial sebagai bahan masukan untuk penyempurnaan selanjutnya;
11. Membantu Kepala BPS Kabupaten/Kota dalam melaksanakan pembinaan petugas lapangan dalam rangka pengumpulan data statistik sosial di kabupaten/kota dan di kecamatan;
12. Membantu Kepala BPS Kabupaten/Kota dalam koordinasi dan kerja sama pelaksanaan kegiatan statistik sosial baik dengan Pemerintah Daerah maupun instansi lain;
13. Melakukan penyiapan naskah publikasi statistik sosial dan menyampaikan ke satuan organisasi terkait untuk pelaksanaan pencetakan dan penyebarannya;
14. Membantu Kepala BPS Kabupaten/Kota dalam melaksanakan pembinaan penyusunan publikasi statistik sosial dalam bentuk buku publikasi;
15. Membantu Kepala BPS Kabupaten/Kota dalam melaksanakan dan mengembangkan statistik sosial;
16. Membantu Kepala BPS Kabupaten/Kota dalam melaksanakan pengendalian pelaksanaan kegiatan statistik sosial;
17. Membantu Kepala BPS Kabupaten/Kota dalam koordinasi lapangan dengan pihak kecamatan, koordinator kecamatan, dan instansi terkait dalam pelaksanaan kegiatan statistik sosial;
18. Melakukan penyiapan bahan laporan akuntabilitas Seksi Statistik Sosial;

19. Melakukan penghimpunan tata cara dan hasil kegiatan yang dilakukan di lingkungan Seksi Statistik Sosial;
20. Menyusun laporan kegiatan Seksi Statistik Sosial secara berkala dan sewaktu-waktu;
21. Melakukan tugas lain yang diberikan oleh atasan langsung.

Menurut Jones (1991:296) implementasi adalah “suatu kegiatan yang dimaksudkan untuk mengoperasikan sebuah program”. Kegiatan untuk mengoperasikan ini berisi “Tindakan-tindakan yang dilakukan oleh berbagai pihak (Individu /pejabat-pejabat atau kelompok pemerintah atau swasta) dalam kebijakan tersebut untuk mencapai tujuan yang diinginkan”. (Van Meter dan Van Horn dalam Wahab, 1997:65). Keberadaan implementasi kebijakan pada dasarnya adalah “ Jembatan” yang menghubungkan antara tindakan-tindakan dengan tujuan yang ingin dicapai dari suatu kebijakan. Seperti yang dikemukakan oleh Pressman dan Wildavsky (Jones, 1991:295) bahwa “Implementasi atau penerapan adalah kemampuan untuk membentuk hubungan-hubungan lebih lanjut dalam rangkaian sebab akibat yang menghubungkan tindakan dengan tujuan”.

Kebijakan Jamkesmas pada prinsipnya ada empat yaitu (1) Tata laksana kepesertaan dengan disusunnya database kepesertaan secara nasional, (2) Tata laksana Pelayanan Kesehatan dengan menjadi lebih patuh terhadap standar-standar pelayanan yang ada termasuk standar obat sehingga pelayanan yang diberikan merupakan pelayanan yang wajar, tidak berlebihan dan benar-benar sesuai indikasi medik, (3) Tata laksana pendanaan dimana penyaluran dana langsung dari kas Negara kepada Rumah sakit dan jaringan PPK lainnya dan (4)

Tata laksana Organisasi dan manajemen dimana penyelenggaraan Jamkesmas peran dan fungsi Pemerintah Daerah termasuk Dinas Kesehatan Provinsi/ Kabupaten / Kota lebih diberdayakan melalui pembentukan tim koordinasi dan tim pengelola jamkesmas tingkat Provinsi/ Kabupaten / Kota. (Pedoman Pelaksanaan Jamkesmas 2009 : 2)

Berdasarkan uraian diatas bahwa implementasi merupakan suatu kegiatan untuk mengoperasikan sebuah program yang berisi tindakan-tindakan yang dilakukan oleh berbagai pihak. Dimana didalam kebijakan Jamkesmas mempunyai empat prinsip kegiatan yang mana setiap kegiatannya dilakukan oleh pihak yang berbeda. Kegiatan (1) Tata laksana kepesertaan dilakukan oleh Badan Pusat Statistik, (2) Tata laksana Pelayanan Kesehatan dilakukan oleh Dinas Kesehatan dan Rumah Sakit, (3) Tata laksana pendanaan dilakukan oleh tim verifikator independen yaitu PT. ASKES, dan (4) Tata laksana organisasi dan manajemen dilaksanakan oleh Tim koordinasi yaitu Dinas Kesehatan dan Pemerintah Daerah.

Badan Pusat Statistik yang menangani atau yang mempunyai tugas berkaitan dengan pengelolaan data peserta Program Jaminan Kesehatan Masyarakat Miskin (Jamkesmas) adalah Seksi Statistik Sosial. Kegiatan yang dilakukan mencakup kegiatan pendataan penduduk, Mengikuti program pelatihan yang diselenggarakan dalam rangka kegiatan statistik sosial, menyiapkan program pelatihan petugas lapangan kegiatan statistik sosial, Melakukan pembagian dokumen dan peralatan yang diperlukan untuk pelaksanaan lapangan kegiatan statistik sosial, Melakukan pembinaan, pengamatan lanjut, dan

pengawasan lapangan terhadap pelaksanaan kegiatan statistik sosial, Melakukan penerimaan dan pemeriksaan dokumen hasil pengumpulan data statistik sosial, Melakukan pengolahan data statistik sosial sesuai dengan sistem dan program yang ditetapkan, bekerja sama dengan satuan organisasi terkait, Melakukan penyiapan dokumen dan atau hasil pengolahan statistik sosial yang akan dikirim ke BPS dan atau BPS Propinsi sesuai dengan jadwal yang ditetapkan, Membantu Kepala BPS Kabupaten/Kota dalam koordinasi dan kerja sama pelaksanaan kegiatan statistik sosial baik dengan Pemerintah Daerah maupun instansi lain, Melakukan penyiapan naskah publikasi statistik sosial dan menyampaikan ke satuan organisasi terkait untuk pelaksanaan pencetakan dan penyebarannya.

Berdasarkan pendapat di atas, implementasi program dalam penelitian ini adalah program jamkesmas dimana pelaksanaan keputusan kebijakan program tersebut tertuang dalam Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 1259/Menkes/SK/XII/2009 tentang Petunjuk Teknis Pelayanan Jamkesmas Bagi Masyarakat Miskin.

B. Proses Pengelolaan Tata Laksana Kepesertaan Program Jaminan Kesehatan Masyarakat Miskin (Jamkesmas)

Berdasarkan hasil pengumpulan data di lapangan dapat diungkapkan bahwa proses pengelolaan tata laksana kepesertaan program jaminan kesehatan masyarakat miskin adalah sebagai berikut :

1. Pengumpulan Data Peserta

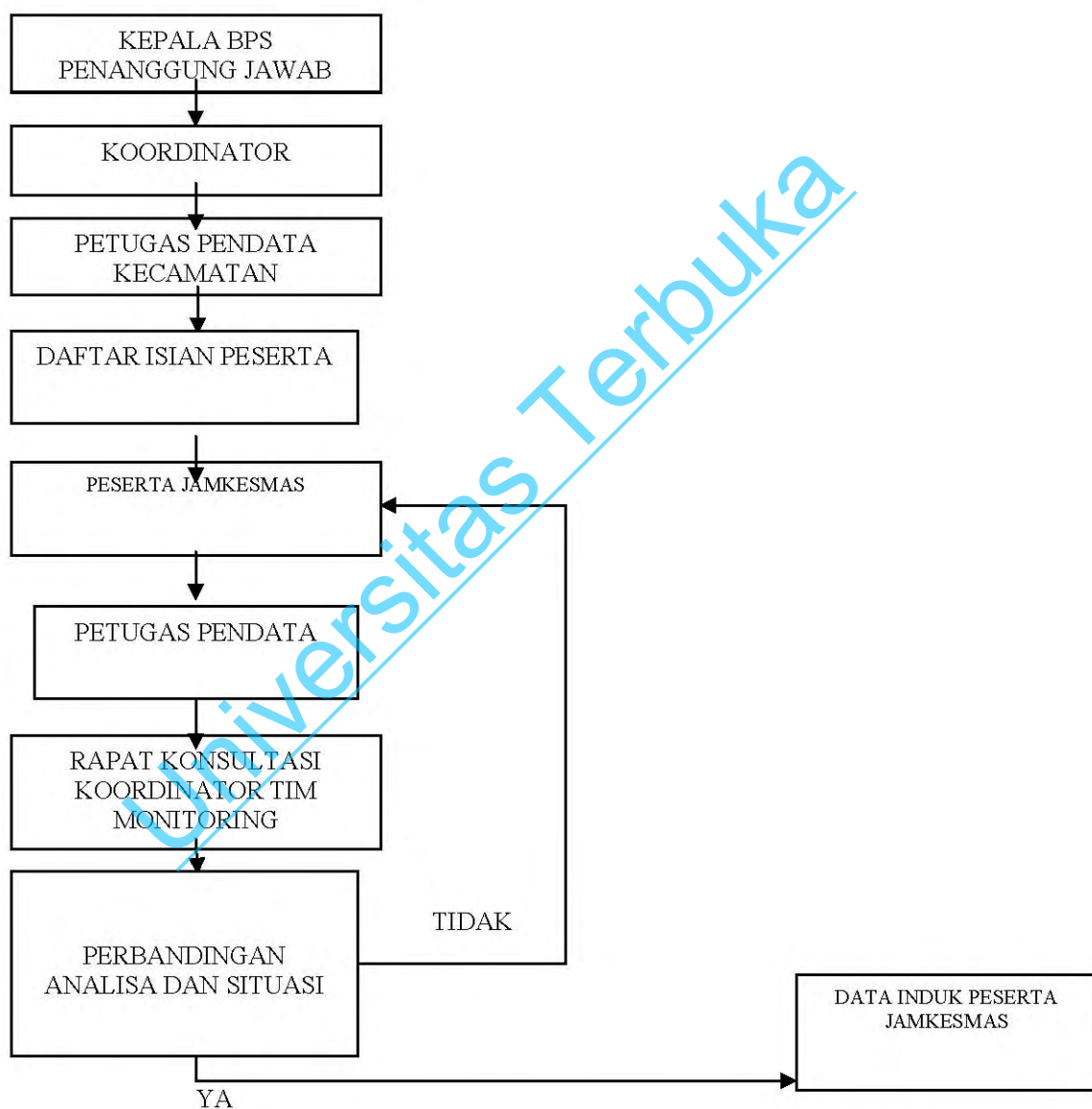
Salah satu aspek penting untuk mendukung Strategis Penanggulangan Kemiskinan adalah tersedianya data kemiskinan yang akurat dan tepat sasaran.

Pengukuran kemiskinan yang dapat dipercaya dapat menjadi instrumen tangguh bagi pengambil kebijakan dalam memfokuskan perhatian pada kondisi hidup orang miskin. Data kemiskinan yang baik dapat digunakan untuk mengevaluasi kebijakan pemerintah terhadap kemiskinan, membandingkan kemiskinan antar waktu dan daerah, serta menentukan target penduduk miskin dengan tujuan untuk memperbaiki kondisis mereka. Pengumpulan data peserta adalah pendataan program perlindungan sosial 2008 yang tujuan utamanya adalah untuk memperoleh basis data terpadu rumah tangga dan keluarga sasaran yang akan dipergunakan untuk berbagai program bantuan dan perlindungan sosial yang akan dilaksanakan oleh pemerintah pada tahun 2009-2011. (Badan Pusat Statistik, 2008)

Berdasarkan hasil wawancara dengan Kepala BPS Kabupaten Sintang mengatakan bahwa pelaksanaan pendataan bertujuan untuk mendapatkan data yang akurat tentang peserta Program Jaminan Kesehatan Masyarakat Miskin (Jamkesmas) di Kabupaten Sintang. Dengan adanya data yang akurat, akan diketahui jumlah peserta serta sebagai dasar penentuan target pencapaian pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Masyarakat Miskin (Jamkesmas) di Kabupaten Sintang. Dengan pendataan diharapkan pula meningkatkan Efisiensi dan Efektifitas, Evaluasi dan Analisa serta monitoring terhadap pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Masyarakat Miskin (Jamkesmas) di Kabupaten Sintang.

Data merupakan dasar bagi penetapan target pencapaian bagi suatu tujuan. Data ini menentukan seberapa besar Realisasi yang dapat dicapai pada suatu

tujuan. Dalam menentukan target peserta, maka sangat diperlukan keakuratan data peserta yang mencakup Nama, Alamat, Pekerjaan dan sebagainya. Adapun proses pendataan peserta Program Jaminan Kesehatan Masyarakat Miskin (Jamkesmas) di Kabupaten Sintang dapat dilihat pada gambar berikut ini:



Gambar 4.2. Proses Pendataan Peserta Program Jaminan Kesehatan Masyarakat Miskin (Jamkesmas) Di Kabupaten Sintang

Sumber : BPS Kabupaten Sintang, 2011

Berdasarkan Gambar di atas, mekanisme dan prosedur pengumpulan data peserta Jamkesmas tersebut di atas belum dapat dilaksanakan secara optimal, dimana Program Jaminan Kesehatan Masyarakat Miskin (Jamkesmas) merupakan bagian dari strategi dari tiga jalur pembangunan pemerintah Indonesia seperti Beras untuk rakyat Miskin (Raskin), Program Keluarga Harapan (PKH) dan Program Jaminan Kesehatan Masyarakat Miskin (Jamkesmas) ditujukan untuk meningkatkan kesejahteraan masyarakat menengah kebawah. Untuk memenuhi data terpadu pemerintah melalui Badan Pusat Statistik mengumpulkan data rumah tangga / keluarga sasaran melalui pendataan Program Perlindungan Sosial 2008 (PPLS 2008).

Prosedurnya yaitu mengumpulkan data setiap rumah tangga tentang : Keterangan sosial ekonomi Anggota Rumah Tangga (ART) yaitu nama, hubungan dengan kepala rumah tangga, nomor urut keluarga, hubungan dengan kepala keluarga, jenis kelamin, tanggal lahir, umur, status perkawinan, kepemilikan kartu identitas, kecacatan, penyakit menahun/ kronis, kehamilan, pendidikan dan kegiatan ekonomi ART yang berumur 5 tahun keatas. Keterangan pokok rumah tangga, mencakup status penguasaan bangunan, luas lantai, jenis lantai, dinding terluas, atap terluas, sumber air minum, sumber penerangan utama, bahan bakar/ energy utama untuk memasak, Fasilitas tempat buang air besar, tempat pembuangan akhir tinja, kepemilikan asset dan keikutsertaan berbagai program.

Selanjutnya, pencacahan rumah tangga calon RTS dilakukan dalam lima tahap yaitu :

- a. Mengunjungi Kepala Desa untuk memberitahukan akan adanya pencacahan serta menanyakan adanya perubahan Satuan Lingkungan Setempat (SLS) didesanya.
- b. Melakukan Verivikasi keberadaan calon Rumah Tangga Sejahtera (RTS) kepada ketua SLS berdasarkan daftar pendataan Sosial ekonomi 2005 (PSE05). Nama-nama calon RTS telah tercetak menurut SLS.
- c. Melakukan konsultasi dengan 3 (tiga) rumah tangga kurang mampu. Tahap ini dilakukan untuk menjaring rumah tangga kurang mampu lainnya yang ada di SLS yang kurang mampu, namun belum ada di dalam daftar PPLS2008.LS.Usulan Rumah tangga ini akan dicatat di Daftar PPLS2008.SW
- d. Melakukan pencacahan rumah tangga yang terdapat pada Daftar PPLS2008.LS dan PPLS2008.SW dengan menggunakan Daftar PPLS2008.RT.
- e. Mencatat rumah tangga menengah ke bawah lainnya yang ditemukan melalui penyisiran lapangan, tetapi yang belum terdapat di Daftar PPLS 2008.LS maupun PPLS2008.SW. Rumah Tangga menengah ke bawah yang ditemukan pada saat pendataan dicatat pada Daftar PPLS2008.SW dan Selanjutnya dicacah dengan Daftar PPLS2011.RT.

Tahapan pencacahan rumah tangga calon RTS belum semua dapat dilakukan sesuai prosedur. Hasil wawancara dengan Kepala BPS Kabupaten Sintang mengatakan bahwa hal ini disebabkan kondisi geogarfis Kabupaten Sintang yang sulit dijangkau. Setelah kegiatan tersebut di atas dilaksanakan, kemudian Jumlah RTS hasil PPLS diserahkan kepada Menkes melalui BPS

Propinsi Kalbar. Adapun hasil Pengolahan Dokumen PPLS08.RT di Kabupaten Sintang adalah sebagai berikut:

Tabel 4.2. Hasil Pengolahan Dokumen PPLS08.RT Program Jamkesmas di Kabupaten Sintang Tahun 2010

No	Kecamatan	PPLS.08.LS	PPLS08.SW	PPLS08.RT yang sudah diolah
1	Serawai	2.879	825	3.704
2	Ambalau	1.622	412	2.034
3	Kayan Hulu	708	1.114	1.822
4	Sepauk	2.151	507	2.658
5	Tempunak	1.695	1.011	2.706
6	Sungai Tebelian	1.160	566	1.726
7	Sintang	1.358	316	1.681
8	Dedai	2.544	503	3.047
9	Kayan Hilir	1.755	285	2.040
10	Kelam Permai	1.368	391	1.759
11	Binjai Hulu	1.186	271	1.458
12	Ketungau Hilir	2.116	261	2.377
13	Ketungau Tengah	1.679	750	2.429
14	Ketungau Hulu	1.498	507	2.005
	Jumlah	23.719	7.719	31.446

Sumber: BPS Sintang, 2011.

Hasil penelitian dilapangan menunjukkan bahwa , proses pendataan peserta program jaminan kesehatan masyarakat miskin yang dihadapi Badan-badan pelaksana seperti Badan Pusat Statistik Sintang, Pemerintah Daerah Sintang, Kantor Askes Sintang dan Dinas Kesehatan Kabupaten Sintang masih ditemukan persepsi yang berbeda dimana masing – masing badan, ingin melaksanakan kebijaksanaan yang berlainan pula. Didalam tata laksana kepesertaan persamaan indikator kemiskinan antara badan-badan atau instansi-instansi pelaksana dilapangan sangat mempengaruhi keberhasilan program jaminan kesehatan masyarakat miskin sehingga tidak adanya kesenjangan antara

harapan dari Program Pemerintah dan kenyataan yang diterima oleh masyarakat dilapangan.

Tabel 4.3. Rekapitulasi Hasil Pengolahan Dokumen PPLS08.RT Program Jamkesmas di Kabupaten Sintang Tahun 2010

No	Kecamatan	Penduduk	Penduduk Miskin Kartu Jamkesmas
(1)	(2)	(3)	(4)
1	Serawai	23.616	14.319
2	Ambalau	15.680	10.105
3	Kayan Hulu	24.153	6.760
4	Kayan Hilir	25.615	13.368
5	Sepauk	46.266	11.909
6	Tempunak	26.733	7.333
7	Sungai Tebelian	28.984	8.731
8	Sintang	57.217	8.804
9	Dedai	27.584	6.983
10	Kelam Permai	15.680	10.444
11	Binjai Hulu	11.854	6.825
12	Ketungau Hilir	21.242	12.276
13	Ketungau Tengah	28.465	13.531
14	Ketungau Hulu	20.292	6.574
	Kabupaten	373.380	137.962

Sumber: BPS Sintang, 2011.

Berdasarkan Tabel 4.3 di atas, dapat dilihat bahwa dari jumlah seluruh penduduk Kabupaten Sintang yang berjumlah 373.380 orang yang mendapatkan kartu peserta Jamkesmas berjumlah 137.962 orang. Hal ini menunjukkan bahwa peserta Jamkesmas baru 36,9 % dari jumlah keseluruhan penduduk Kabupaten Sintang.

Badan Pusat Statistik (BPS) merupakan lembaga Pemerintah Non Departemen (LPND) yang mengemban tugas dari pemerintah untuk melaksanakan kegiatan statistik dalam rangka menyediakan data statistik yang lengkap, akurat dan mutakhir serta melakukan koordinasi dalam mewujudkan terciptanya sistem statistik nasional yang andal, efektif dan efisien. Dalam melaksanakan tugas, BPS dilengkapi perangkat lunak kelembagaan antara lain

Undang-Undang Nomor 16 tahun 1997, Peraturan Pemerintah Nomor 51 tahun 1999 tentang Penyelenggaraan Statistik, Keputusan Presiden Nomor 103 tahun 2001 tentang Kedudukan, Tugas, Fungsi, Kewenangan, Susunan Organisasi dan Tata Kerja Lembaga Pemerintah Non Departemen serta perubahannya dan Keputusan Kepala Badan Pusat statistik Nomor 003 tahun 2002 tentang Uraian Tugas Bagian, Bidang, Subbagian, dan Seksi Perwakilan BPS di Daerah

Sebagaimana diamanatkan dalam Undang-Undang Nomor 16 tahun 1997 tentang Statistik, BPS Kabupaten Sintang sebagaimana kepanjangan tangan BPS di daerah bertugas menyelenggarakan kegiatan statistik dasar yaitu statistik yang pemanfaatannya ditujukan untuk keperluan yang bersifat luas baik bagi pemerintah (pusat dan daerah) maupun masyarakat, yang memiliki ciri-ciri lintas sektor, berskala nasional, makro dan yang penyelenggaraannya sepenuhnya menjadi tanggungjawab BPS. Untuk dapat menyajikan statistik dasar, BPS menyelenggarakan kegiatan sensus, survey, kompilasi produk administrasi dan cara lain sesuai dengan perkembangan iptek, yang dapat dilakukan secara berkala, terus menerus dan atau sewaktu-waktu yang periode pelaksanaannya ditetapkan oleh Kepala BPS dengan memperhatikan kebutuhan data baik dari pemerintah maupun masyarakat.

Berkaitan dengan Implementasi Program Jaminan Kesehatan Masyarakat Miskin, hasil wawancara dengan Kepala Badan Pusat Statistik Kabupaten Sintang, mengatakan bahwa Proses Implementasi Program Jaminan Kesehatan Masyarakat Miskin didalam tata laksana kepesertaan di Kabupaten Sintang dimulai dengan pendataan peserta. Dimana pendataan peserta program perlindungan sosial

merupakan kegiatan nasional untuk memperoleh data rumah tangga dan keluarga menurut nama dan alamat rumah tangga menengah kebawah yang akan digunakan sebagai data terpadu untuk program bantuan dan perlindungan Nasional. Pendataan peserta program perlindungan sosial disikapi sebagai bentuk tanggung jawab kepada bangsa dan Negara sehingga dalam pelaksanaannya dilakukan secara serius oleh jajaran BPS baik pusat maupun di daerah, terutama petugas yang bertugas dilapangan yaitu pencacah dan pemeriksa sebagai ujung tombak bagi tersedianya Basis data terpadu untuk program dan perlindungan sosial rakyat.

Berkenaan dengan peran BPS Dalam Pendataan Peserta Program Jaminan Kesehatan Masyarakat Miskin (Jamkesmas) Pada Kabupaten Sintang masih ditemui permasalahan yang terkait dengan penetapan indikator kemiskinan dan proses pendataan penduduk miskin. Terkait indikator kemiskinan, indikator yang digunakan adalah indikator nasional.

Menurut versi BPS ada 14 kriteria yang dipergunakan untuk menentukan keluarga/ rumah tangga dikategorikan miskin. Sementara itu, pemerintah Kabupaten Sintang juga telah menyusun indikator kemiskinan di Kabupaten Sintang. Perbedaan dalam penetapan indikator kemiskinan tersebut menyebabkan terjadinya perbedaan jumlah peserta yang terdata sebagai peserta Jamkesmas. Hal ini tidak jarang menimbulkan permasalahan bahkan menjurus pada konflik, baik antara masyarakat dengan pemerintah maupun antara masyarakat itu sendiri. Oleh karena itu sebaiknya dalam penetapan indikator kemiskinan antara pemerintah

pusat dan daerah sama supaya tidak menimbulkan permasalahan dalam pelaksanaan pendataan peserta Jamkesmas.

Dalam Tata Laksana Kepesertaan Program Jaminan Kesehatan Masyarakat Miskin (Jamkesmas) Pada Kabupaten Sintang peran BPS Kabupaten Sintang adalah sebagai berikut:

Tabel 4.4. Peran BPS Dalam Pendataan Peserta Program Jaminan Kesehatan Masyarakat Miskin (Jamkesmas) Pada Kabupaten Sintang

No	Fungsi	Kegiatan	Keterangan
1	Penetapan indikator kemiskinan	Penetapan indikator kemiskinan dilaksanakan berdasarkan indikator secara nasional	Terjadi perbedaan indikator kemiskinan
2	Pendataan penduduk miskin	Pendataan penduduk miskin pada umumnya dilakukan melalui mantra statistik yang bertugas di Kecamatan	Pendataan belum optimal, karena kondisi geografis yang sulit umumnya data di dapat melalui data sekunder
3	Penyampaian data penduduk miskin kepada Menteri Kesehatan	Penyampaian data penduduk miskin kepada Menteri Kesehatan melalui BPS Provinsi Kalimantan Barat	Jumlah kuota Pusat 137.962 Orang. Jumlah Pendataan BPS 241.032 Orang. Jumlah Temuan Dilapangan Peserta Jamkesmas 137.962 orang dan Jamkesda 103.070 orang.
4	Verifikasi data penduduk miskin yang ditetapkan Menteri Kesehatan bersama Tim Sinkronisasi Kabupaten Sintang	Verifikasi data penduduk miskin yang ditetapkan Menteri Kesehatan bersama Tim sinkronisasi Kabupaten. terdiri unsur Kependudukan Pemda, Dinas Kesehatan, BPS, Depsos, PT Askes (Persero) serta unsur terkait lainnya	

Sumber: Data Lapangan Diolah, 2011.

Terkait pendataan penduduk miskin pada umumnya dilakukan melalui mantra statistik yang bertugas di Kecamatan. Pendataan belum optimal, karena kondisi geografis yang sulit umumnya data di dapat melalui data sekunder bahkan hanya informasi lisan saja dari Kepala Desa, Kepala Dusun atau Ketua RT. Oleh karenanya dalam pendataan peserta Jamkesmas sangat diperlukan kesadaran dari petugas tidak hanya mendapatkan data peserta dari Ketua RT, Kepala Dusun, dan Kepala Desa tetapi sebaiknya dilakukan dari Rumah ke rumah masyarakat miskin. Agar data peserta Jamkesmas yang didapatkan akurat dan tepat sasaran. Pengukuran kemiskinan yang dapat dipercaya dapat menjadi instrumen tangguh bagi pengambil kebijakan dalam memfokuskan perhatian pada kondisi hidup orang miskin. Data kemiskinan yang baik dapat digunakan untuk mengevaluasi kebijakan pemerintah terhadap kemiskinan, membandingkan kemiskinan antar waktu dan daerah, serta menentukan target penduduk miskin dengan tujuan untuk memperbaiki kualitas hidup mereka.

Berdasarkan temuan-temuan diatas terjadinya perbedaan indikator kemiskinan antara Badan-badan pelaksana seperti Badan Pusat Statistik Sintang, Pemerintah Daerah Sintang, Kantor Askes Sintang dan Dinas Kesehatan Kabupaten Sintang sehingga tersedianya data kemiskinan sesuai dengan indikator masing-masing dari badan pelaksana suatu kebijakan. Sehingga mendapatkan data kemiskinan yang akurat dan tepat sasaran sangat sulit dikarenakan oleh perbedaan indikator tersebut. Pengukuran kemiskinan yang dapat dipercaya dapat menjadi instrumen tangguh bagi pengambil kebijakan dalam memfokuskan perhatian pada kondisi hidup orang miskin. Data kemiskinan yang baik dapat digunakan untuk

mengevaluasi kebijakan pemerintah terhadap kemiskinan, membandingkan kemiskinan antar waktu dan daerah, serta menentukan target penduduk miskin dengan tujuan untuk memperbaiki kondisis mereka. Jika proses implementasinya tidak tepat, bahkan sebuah kebijakan yang handal sekalipun jika diimplementasikan secara tidak baik dan optimal, maka kebijakan tersebut gagal untuk mencapai tujuan yang ditetapkan para pembuatnya. Hal tersebut mengisyaratkan bahwa implementasi kebijakan pada substansinya adalah cara yang tepat untuk melaksanakan agar sebuah kebijakan yang baik dapat mencapai tujuan sebagaimana yang telah ditetapkan oleh para pembuat kebijakan. Untuk mengimplementasikan kebijakan publik, Nugroho (2003:158) menawarkan dua pilihan langkah, yaitu: “Langsung mengimplementasikan dalam bentuk program-program, dan melalui formulasi kebijakan derivat atau turunan dari kebijakan publik tersebut”. Agar setiap kebijakan dapat diimplementasikan, maka seharusnya pula memperhatikan apa dan bagaimana bentuk program yang realistis, sehingga dapat memenuhi kepentingan publik.

2. Pengolahan Data Peserta

Berdasarkan data yang didapatkan di atas, BPS mempunyai tugas dalam kepesertaan Jamkesmas adalah: Melakukan penyiapan dokumen dan bahan yang diperlukan untuk kegiatan pengumpulan data statistik kependudukan kesejahteraan rakyat. Melakukan penerimaan dan pemeriksaan dokumen hasil pengumpulan data statistik kependudukan kesejahteraan rakyat Melakukan pengolahan data statistik sosial sesuai dengan sistem dan program yang ditetapkan, bekerja sama dengan satuan organisasi terkait, melakukan penyiapan

dokumen dan atau hasil pengolahan statistik sosial yang akan dikirim ke BPS dan atau BPS Propinsi sesuai dengan jadwal yang ditetapkan. Pelaksanaan tugas BPS Kabupaten Sintang dalam pengolahan data peserta Jamkesmas di Kabupaten Sintang dapat dilihat pada tabel berikut ini:

Tabel 4.5. Pelaksanaan tugas BPS Kabupaten Sintang dalam kepesertaan Jamkesmas di Kabupaten Sintang

No	Tugas	Kegiatan	Keterangan
1	penyiapan dokumen	Melakukan penyiapan dokumen dan bahan yang diperlukan untuk kegiatan pengumpulan data statistik kependudukan kesejahteraan rakyat	Belum semua dokumen dan bahan yang diperlukan untuk kegiatan pengumpulan data statistik dapat dilengkapi
2	penerimaan dan pemeriksaan dokumen	Melakukan penerimaan dan pemeriksaan dokumen hasil pengumpulan data statistik kependudukan kesejahteraan rakyat	Kegiatan pemeriksaan dokumen hasil pengumpulan data statistik masih menggunakan data sekunder
3	pengolahan data statistik sosial sesuai dengan sistem dan program yang ditetapkan	Melakukan pengolahan data statistik sosial sesuai dengan sistem dan program yang ditetapkan, bekerja sama dengan satuan organisasi terkait; melakukan penyiapan dokumen dan atau hasil pengolahan statistik sosial yang akan dikirim ke BPS dan atau BPS Propinsi sesuai dengan jadwal yang ditetapkan	Kerjasama dengan Bappeda Kabupaten Sintang
5	evaluasi hasil pengolahan data statistik kependudukan kesejahteraan rakyat sebagai bahan masukan untuk penyempurnaan program Jamkesmas selanjutnya	Melakukan evaluasi hasil pengolahan data statistik kependudukan kesejahteraan rakyat sebagai bahan masukan untuk penyempurnaan program Jamkesmas selanjutnya; membantu dalam koordinasi dan kerja sama pelaksanaan data statistik kependudukan kesejahteraan rakyat baik dengan Pemerintah Daerah maupun instansi lain; melakukan penyiapan naskah publikasi statistik sosial dan menyampaikan ke organisasi terkait (Pemda)	Kerjasama dengan Bappeda Kabupaten Sintang

Sumber: Data Lapangan Diolah, 2011.

Data BPS untuk menentukan kuota penerima Jamkesmas. Evaluasi hasil pengolahan data statistik kependudukan kesejahteraan rakyat (masyarakat miskin) sebagai bahan masukan untuk penyempurnaan program Jamkesmas selanjutnya, membantu dalam koordinasi dan kerja sama pelaksanaan data statistik kependudukan kesejahteraan rakyat baik dengan Pemerintah Daerah maupun instansi lain, melakukan penyiapan naskah publikasi statistik sosial dan menyampaikan ke satuan organisasi terkait (Pemda) untuk pelaksanaan pencetakan dan penyebarannya.

Berdasarkan uraian di atas, jika dikaitkan dengan pendapat Edwards III (dalam Tangkilisan, 2003:10) bahwa implementasi kebijakan Program Jamkesmas di Kabupaten Sintang dapat berjalan secara efektif, jika yang bertanggungjawab terhadap pelaksanaan Program Jamkesmas di Kabupaten Sintang (Badan Pusat Statistik, PT Askes dan Pemerintah Daerah) memahami dan melaksanakan tugas dan fungsinya masing – masing sesuai ketentuan yang berlaku. Artinya Perintah untuk mengimplementasikan kebijakan harus disampaikan secara jelas, akurat, dan konsisten kepada orang-orang yang mampu. Implementasi kebijakan Program Jamkesmas di Kabupaten Sintang belum semua dokumen dan bahan yang diperlukan untuk kegiatan pengumpulan data statistik dapat dilengkapi. Jika implementasi kebijakan yang diharapkan oleh pembuat kebijakan tampak tidak secara jelas, mungkin saja terjadi kesalahpahaman oleh para pelaksana yang ditunjuk. Jelas sekali bahwa kebingungan yang dialami para pelaksana mengenai masalah yang harus dilakukannya dapat memberi peluang untuk tidak

mengimplementasikan kebijakan sebagaimana dikehendaki oleh para pembuat kebijakan.

3. Pelatihan Penyelenggaraan Statistik

Hasil wawancara dengan Kepala BPS mengatakan bahwa BPS Kabupaten Sintang ikut serta dalam upaya peningkatan kualitas sumber daya manusia dengan cara mengikuti penyelenggaraan pelatihan dan peningkatan ilmu pengetahuan dan teknologi yang dapat mendukung penyelenggaraan statistik melalui berbagai kegiatan, baik yang berkaitan langsung dengan statistik yang merupakan program BPS Pusat ataupun kegiatan lain yang bersifat umum yang merupakan program daerah.

Berdasarkan Keputusan Kepala Badan Pusat Statistik Nomor 121 Tahun 2001 dalam menyelenggarakan fungsinya BPS Kabupaten mempunyai kewenangan : Menyusun rencana kegiatan di bidang statistik pada cakupan wilayah Kabupaten Sintang dengan mengacu kepada pedoman yang telah diberikan oleh BPS, Menyelenggarakan kegiatan statistik regional Kabupaten sesuai dengan ketentuan dan perundang-undangan yang berlaku, Melaksanakan koordinasi dengan Pemerintah Daerah Kabupaten.

Implementasi kebijakan Program Jamkesmas di Kabupaten Sintang dilakukan untuk meraih kinerja yang tinggi berlangsung dalam antar hubungan berbagai faktor. Suatu kebijakan seperti halnya Program Jamkesmas di Kabupaten Sintang menegaskan standar dan sasaran tertentu yang harus dicapai oleh para pelaksana kebijakan. Kinerja kebijakan pada dasarnya merupakan penilaian atas tingkat ketercapaian standar dan sasaran tersebut. Karena dijadikan sebagai

kriteria penilaian, maka standar dan sasaran dirumuskan secara spesifik dan kongkrit. Kebijakan Program Jamkesmas di Kabupaten Sintang menuntut tersedianya sumber daya, baik yang berupa dana maupun insentif lain. Kinerja kebijakan akan rendah apabila dana yang dibutuhkan tidak disediakan oleh pemerintah secara memadai terutama untuk pendidikan dan pelatihan sebelum ke lapangan bagi para pelaksana kebijakan dimaksud.

Penyelenggaraan pelatihan statistik dalam rangka implementasi program Jamkesmas telah dilaksanakan oleh BPS Kabupaten Sintang. Peserta pelatihan terdiri dari mantri statistik kecamatan. Sebagaimana Hasil wawancara yang dijelaskan Kepala BPS Sintang sebagai berikut :

BPS Kabupaten ikut serta dalam upaya peningkatan kualitas sumber daya manusia dengan cara menyelenggarakan pelatihan dan peningkatan ilmu pengetahuan dan teknologi yang dapat mendukung penyelenggaraan statistik melalui berbagai kegiatan, baik yang berkaitan langsung dengan statistik yang merupakan program BPS Pusat ataupun kegiatan lain yang bersifat umum yang merupakan program daerah. peserta pelatihan Pencacahan untuk masyarakat miskin 80 % yang mengikuti pelatihan.

Berdasarkan hasil wawancara tersebut tergambar kehadiran peserta pelatihan Pencacahan untuk masyarakat miskin 80 % dari jumlah keseluruhan peserta pelatihan. Hal ini menyebabkan tidak semua cara dan proses pencacahan penduduk miskin terinformasikan kepada semua peserta pencacah. Hambatan peserta pelatihan adalah letak geografis Kabupaten Sintang yang transportasi dan akomodasinya masih sulit untuk dijangkau dalam waktu yang relative singkat. Sehingga hasil dari pelatihan tidak bisa tersampaikan kepada semua mantra tingkat Kecamatan. Dan hal ini sangat mempengaruhi hasil pendataan peserta jamkesmas yang akurat dan tepat sasaran.

4. Penetapan Sasaran Peserta

Berdasarkan hasil wawancara dengan Sekretaris Daerah Kabupaten Sintang tentang sasaran peserta Program Jaminan Kesehatan Masyarakat Miskin (Jamkesmas) pada Kabupaten Sintang seperti berikut :

Sasaran program Jamkesmas ini adalah masyarakat miskin tidak mampu di Kabupaten Sintang dan yang tidak termasuk sudah mempunyai jaminan kesehatan lainnya, masyarakat miskin dan tidak mampu yang ditetapkan oleh Bupati Sintang sesuai kuota, Gelandangan, pengemis, anak terlantar, Peserta program keluarga harapan (PKH), penghuni lapas, panti sosial, rutan dan korban bencana alam pasca bencana.

Berdasarkan hasil wawancara dengan Sekretaris Daerah Kabupaten Sintang jumlah sasaran peserta dalam Program Jaminan Kesehatan Masyarakat Miskin (Jamkesmas) pada Kabupaten Sintang seperti berikut : “Jumlah sarannya yaitu 137.962 jiwa Tahun 2008 berdasarkan kuota yang telah ditetapkan. Dalam rangka memperluas cakupan kepesertaan pada Tahun 2010, terdapat kelompok peserta baru menjadi sasaran peserta Jamkesmas, yaitu : a) Masyarakat miskin penghuni Lapas/Rutan dengan melampirkan surat keterangan dari Kepala Rutan/Kepala Lapas setempat. b) Masyarakat miskin penghuni panti-panti sosial, melalui Surat Keputusan Kepala Dinas /Institusi Sosial Kabupaten Sintang setempat, kementerian Kesehatan akan segera membuatkan kartu Jamkesmas. c) Masyarakat miskin akibat bencana pasca tanggap darurat sebagaimana yang ditetapkan oleh Pemerintah Daerah setempat. d) Untuk semua kepesertaan diatas, SKP diterbitkan petugas PT. Askes (Persero). Serta terdapat perhatian khusus kepada peserta Jamkesmas yang belum masuk database seperti bayi baru lahir dari

keluarga miskin, anak terlantar/gelandangan/pengemis (rekomendasi Dinas Sosial), peserta Program Keluarga Harapan (PKH)”.

Peserta jaminan kesehatan adalah setiap orang yang membayar iuran atau iuarannya dibayar oleh Pemerintah. Peserta Program Jamkesmas adalah fakir miskin dan orang yang tidak mampu dan peserta lainnya yang iurannya dibayar oleh Pemerintah. Menurut Pegawai Statistik Bagian Pendataan Masyarakat Miskin, peserta yang dijamin dalam program Jamkesmas tersebut meliputi : Masyarakat miskin dan tidak mampu yang telah ditetapkan oleh Surat Keputusan (SK) Bupati Sintang berdasarkan pada kuota Kabupaten/ Kota (BPS) yang dijadikan database nasional, Gelandangan, pengemis, anak dan orang terlantar, masyarakat miskin yang tidak memiliki identitas, Semua Peserta Program Keluarga Harapan (PKH) yang telah memiliki atau mempunyai kartu Jamkesmas.

Masyarakat miskin yang ditetapkan berdasarkan Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 1185/Menkes/SK/XII/2009 tentang Peningkatan Kepesertaan Jamkesmas bagi Panti Sosial, Penghuni Lembaga Pemasyarakatan dan Rumah Tahanan Negara serta Korban Bencana. Tata laksana pelayanan diatur dengan petunjuk teknis (juknis) tersendiri sebagaimana tertuang dalam Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 1259/Menkes/SK/XII/2009 tentang Petunjuk Teknis Pelayanan Jamkesmas Bagi Masyarakat Miskin Akibat Bencana, Masyarakat Miskin Penghuni Panti Sosial, dan Masyarakat Miskin Penghuni Lembaga Pemasyarakatan serta Rumah Tahanan Negara.

Apabila masih terdapat masyarakat miskin dan tidak mampu, tidak termasuk dalam Surat Keputusan Bupati/Walikota maka Jaminan Kesehatannya

menjadi tanggung jawab Pemerintah Daerah (Pemda) setempat. Cara penyelenggaraan jaminan kesehatan daerah seyogyanya mengikuti kaidah-kaidah pelaksanaan Jamkesmas. Peserta Jamkesmas ada yang memiliki kartu sebagai identitas peserta dan ada yang tidak memiliki kartu.

Tabel 4.6. Jumlah PPLS.2008 Penduduk miskin Per RT per Kecamatan di Kabupaten Sintang Tahun 2008

No.	Kecamatan	Luas Wilayah (Km ²)	Jumlah Penduduk Per RT
1.	Serawai	2.127,50	3.704
2.	Ambalau	6.386,40	2.034
3.	Kayan Hulu	937,50	1.822
4.	Sepauk	1.825,70	2.658
5.	Tempunak	1.027,00	2.706
6.	Sungai Tebelian	526,50	1.726
7.	Sintang	277,05	1.681
8.	Dedai	694,10	3.047
9.	Kayan Hilir	1.136,70	2.040
10.	Kelam Permai	523,80	1.759
11.	Binjai Hulu	307,65	1.458
12.	Ketungau Hilir	1.544,50	2.377
13.	Ketungau Tengah	2.182,40	2.429
14.	Ketungau Hulu	2.138,20	2.005
	2010	21.635,00	31.446

Sumber: Badan Pusat Statistik Kabupaten Sintang, 2008

Berdasarkan uraian di atas, untuk mengetahui kategori peserta Jamkesmas di Kabupaten Sintang dapat dilihat pada tabel berikut ini:

Tabel 4.7. Kategori Peserta Jamkesmas Di Kabupaten Sintang

No	Kategori Peserta	Jumlah	Persentase
1	Peserta sesuai SK Bupati Sintang	137.962	100%
2	Penghuni Panti Sosial	Tidak ada	-
3	Korban bencana pasca tanggap darurat	Tidak ada	-
4	Gelandangan, pengemis, anak terlantar	Tidak ada	-
5	Penghuni lapas dan rutan	Tidak ada	-
6	Peserta Program Keluarga Harapan (PKH)	Tidak ada	-
7	Bayi dan anak yang lahir dari pasangan peserta Jamkesmas	Tidak ada	-
	Jumlah	137.962	100%

Sumber: Data Lapangan Diolah, 2011.

Kategori Peserta Jamkesmas Di Kabupaten Sintang adalah Peserta sesuai SK Bupati Sintang. Peserta yang memiliki kartu terdiri dari: Peserta sesuai SK Bupati Sintang. Peserta yang tidak memiliki kartu terdiri dari: Gelandangan, pengemis, anak terlantar pada saat mengakses pelayanan kesehatan dengan menunjukkan rekomendasi dari Dinas Sosial setempat, Penghuni lapas dan rutan pada saat mengakses pelayanan kesehatan dengan menunjukkan rekomendasi dari Kepala Lapas/Rutan, Peserta Program Keluarga Harapan (PKH) pada saat mengakses pelayanan kesehatan dengan menunjukkan kartu PKH, Bayi dan anak yang lahir dari pasangan peserta Jamkesmas, setelah terbitnya SK Bupati Sintang dapat mengakses pelayanan kesehatan dengan menunjukkan akte kelahiran/surat kenal lahir/surat keterangan lahir/ Pernyataan dari tenaga kesehatan, kartu Jamkesmas orang tua dan Kartu Keluarga orangtuanya.

Terhadap peserta yang memiliki kartu maupun yang tidak memiliki kartu sebagaimana tersebut diatas, PT. Askes (Persero) wajib menerbitkan Surat Keabsahan Peserta (SKP) dan membuat pencatatan atas kunjungan pelayanan kesehatan. Bila terjadi kehilangan kartu Jamkesmas, peserta melapor kepada PT. Askes (Persero) untuk selanjutnya dilakukan pengecekan database kepesertaannya dan PT. Askes (Persero) berkewajiban menerbitkan surat keterangan yang bersangkutan sebagai peserta. Bagi peserta yang telah meninggal dunia maka haknya hilang dan tidak dapat dialihkan kepada orang lain. Penyalahgunaan terhadap hak kepesertaan dikenakan sanksi sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan.

Belum semua peserta terdata dalam Program jamkesmas. Padahal tujuan umum dilaksanakannya Program Jamkesmas adalah meningkatkan pelayanan kesehatan bagi keluarga miskin. Hal ini menurut Tim peneliti SMERU (2008) Kelompok masyarakat miskin sangat rentan terhadap dua hal yakni *goncangan internal* seperti kepala keluarga meninggal, jatuh sakit, kena PHK dan sebagainya maupun *goncangan eksternal* misalnya kehilangan pekerjaan, bencana alam, konflik sosial sehingga tidak memiliki ketahanan atau jaminan dalam menghadapi goncangan goncangan tersebut. Oleh karena itu sangat penting melindungi masyarakat miskin dari dua hal itu melalui upaya mengurangi sumber sumber resiko goncangan, meningkatkan kemampuan kelompok miskin untuk mengatasi goncangan dan menciptakan sistem perlindungan sosial yang efektif. Keberadaan Program Jamkesmas merupakan upaya melindungi masyarakat miskin tersebut dari goncangan internal seperti sakit.

5. Penerbitan Keputusan Data Peserta

Berdasarkan Pedoman Pelaksanaan Jaminan Kesehatan Masyarakat Miskin (Jamkesmas) tahun 2008 dan SE Nomor 1217/Menkes/E/XII/2009 tanggal 15 Desember 2009 perihal Program Jamkesmas Tahun 2010 dan 2011, Menteri Kesehatan telah menugaskan Bupati/walikota sebagai Pelaksana Penetapan Kepesertaan Program Jaminan Kesehatan Masyarakat dengan ruang lingkup penugasan meliputi : Penerbitan keputusan Bupati/ Walikota Data Peserta Jamkesmas perkabupaten. Surat keputusan Bupati/ Walikota tentang nama dan alamat sasaran peserta Jamkesmas yang diterbitkan oleh Bupati Sintang

berdasarkan data yang didapatkan oleh Badan Pusat Statistik Kabupaten Sintang dan Kuota dari Pusat.

Untuk mendapatkan data peserta dilakukan sinkronisasi dan kelengkapan data melalui pembentukan Tim sinkronisasi Kabupaten. Tim Sinkronisasi untuk Kabupaten oleh Bupati yang terdiri unsur Kependudukan Pemda, Dinas Kesehatan, BPS, Depsos, PT Askes (Persero) serta unsur terkait lainnya. Untuk kelancaran pelaksanaan sinkronisasi dan kelengkapan data mekanismenya diatur dan menjadi tanggung jawab Bupati Kabupaten Sintang.

Berdasarkan hasil pengamatan dilapangan dokumen berupa keputusan Bupati sintang dalam penetapan masyarakat miskin yang mendapatkan kartu Jamkesmas mengalami keterlambatan hal ini dapat dilihat dalam penetapan Keputusan Bupati Sintang dilakukan dalam dua tahap yaitu tahap pertama Keputusan Bupati Sintang Nomor 345 Tahun 2008 pada tanggal 17 Juni 2008, sementara tahap kedua merupakan tambahan masyarakat miskin yang mendapatkan Jamkesmas dengan Keputusan Bupati Sintang Nomor 787 Tahun 2008 pada tanggal 30 oktober 2008, Hal ini menunjukkan bahwa data yang dihasilkan dari pendataan awal belum akurat dan tepat sasaran sehingga menimbulkan pendataan susulan. Dalam Surat Keputusan Bupati menerbitkan tentang nama dan alamat masyarakat miskin sebagai sasaran Program Jamkesmas Kabupaten.

Data masyarakat miskin yang telah ditetapkan Pemda melalui Surat Keputusan Bupati dilakukan entry oleh PT Askes (Persero) Kantor Cabang atau PT Askes (Persero) Kabupaten Sintang. Entry data meliputi antara lain nomor

kartu, nama peserta, tanggal lahir dan alamat. Setelah dilakukan entry data, dilakukan pencetakan dan penerbitan kartu peserta Jamkesmas. PT Askes (Persero) bertanggung jawab terhadap ketersediaan blanko kartu Jamkesmas. Pencetakan blanko kartu Jamkesmas di dasarkan kepada tingkat kebutuhan dengan memperhitungkan jumlah peserta Jamkesmas yang telah ditetapkan Bupati.

6. Entry Data, Penerbitan Kartu Peserta dan Pendistribusian Kartu Peserta

Berdasarkan Pedoman Pelaksanaan Jaminan Kesehatan Masyarakat Miskin (Jamkesmas) tahun 2008 dan SE Nomor JP.01.01/X/1338/2010 tanggal 11 Oktober 2010 perihal Kepesertaan Jamkesmas Tahun 2010 dan 2011, Menteri Kesehatan telah menugaskan PT. Askes (Persero) sebagai Pelaksana Manajemen Kepesertaan Program Jaminan Kesehatan Masyarakat dengan ruang lingkup penugasan meliputi : Verifikasi dan Penerbitan Surat Keabsahan Peserta (SKP) Program Jamkesmas, Entry, Pencetakan dan Pendistribusian Kartu Jamkesmas sampai ketangan Peserta.

Data peserta yang telah ditetapkan Pemda, kemudian dilakukan entry oleh PT Askes (Persero) untuk menjadi database kepesertaan di Kabupaten/Kota; Entry data setiap peserta berdasarkan database tersebut kemudian kartu dicetak / diterbitkan dan didistribusikan kepada peserta; PT Askes (Persero) menyerahkan kartu peserta kepada yang berhak, mengacu kepada penetapan Bupati/Walikota dengan tanda terima yang ditanda tangani/cap jempol peserta atau anggota keluarga peserta; dan PT Askes (Persero) melaporkan hasil pendistribusian kartu

peserta kepada Bupati/Walikota, Gubernur, Depkes, Dinas Kesehatan (Dinkes) Provinsi dan Kabupaten/Kota serta rumah sakit setempat.

Peran PT Askes (Persero) Dalam Ketatalaksanaan Peserta Program Jaminan Kesehatan Masyarakat Miskin (Jamkesmas) Pada Kabupaten Sintang adalah sebagai berikut:

Tabel 4.8. Peran PT Askes (Persero) Dalam Ketatalaksanaan Peserta Program Jaminan Kesehatan Masyarakat Miskin (Jamkesmas) Pada Kabupaten Sintang

No	Tugas	Kegiatan	Keterangan
1	Entry data setiap peserta	Data peserta yang telah ditetapkan Pemda, kemudian dilakukan entry oleh PT Askes (Persero) untuk menjadi database kepesertaan di Kabupaten Sintang	Berdasarkan Pedoman Pelaksanaan Jaminan Kesehatan Masyarakat Miskin (Jamkesmas) tahun 2008 dan SE Nomor JP.01.01/X/1338/2010 tanggal 11 Oktober 2010
2	Penerbitan kartu peserta	Berdasarkan data base kemudian kartu diterbitkan dan didistribusikan kepada peserta	Sering terjadi perbedaan jumlah peserta antara data base dan kartu yang diterbitkan
3	Penyerahan kartu peserta	PT Askes (Persero) menyerahkan kartu peserta kepada yang berhak, mengacu kepada penetapan Bupati Sintang dengan tanda terima yang ditanda tangani/cap jempol peserta atau anggota keluarga peserta	Penyerahan kartu peserta tidak dilakukan langsung oleh PT Askes tapi didistribusikan kepada Camat. Selanjutnya camat menyerahkan kepada Kepala Desa Penyerahan kartu peserta tidak disertai dengan bukti tanda terima
4	Pelaporan	PT Askes (Persero) melaporkan hasil pendistribusian kartu peserta kepada Bupati Sintang, Gubernur, Depkes, Dinkes (Dinkes)Prov dan Kab/Kota serta rumah sakit setempat	Pelaporan yang dilakukan sering terlambat

Sumber: Data Lapangan Diolah, 2011.

Berdasarkan data hasil penelitian di atas, peran PT Askes (Persero) Dalam Ketatalaksanaan Peserta Program Jaminan Kesehatan Masyarakat Miskin (Jamkesmas) Pada Kabupaten Sintang belum terlaksana secara optimal. Sering terjadi perbedaan jumlah peserta antara data base dan kartu yang diterbitkan. Penyerahan kartu peserta tidak dilakukan langsung oleh PT Askes tapi didistribusikan kepada Camat. Selanjutnya camat menyerahkan kepada Kepala Desa. Penyerahan kartu peserta tidak disertai dengan bukti tanda terima. Pelaporan yang dilakukan sering terlambat.

PT. Askes (Persero) bertugas melaksanakan verifikasi kepesertaan dengan mencocokkan kartu Jamkesmas dari peserta yang berobat dengan database kepesertaan untuk selanjutnya diterbitkan SKP. Verifikasi kepesertaan dilengkapi dengan dokumen berupa Kartu Keluarga (KK) / Kartu Tanda Penduduk (KTP) / identitas lainnya untuk pembuktian kebenarannya. Bagi gelandangan, pengemis, anak dan orang terlantar yang tidak punya identitas cukup dengan surat keterangan/rekomendasi dari Dinas/Instansi Sosial setempat. Khusus untuk penghuni lapas dan rutan, cukup dengan surat rekomendasi dari Kepala Lapas/Kepala Rutan setempat.

Verifikasi adalah kegiatan penilaian administrasi klaim yang diajukan PPK yang dilakukan oleh Pelaksana Verifikasi dengan mengacu kepada standar penilaian klaim. Tujuan dilaksanakannya verifikasi adalah diperolehnya hasil pelaksanaan program Jaminan Pelayanan Kesehatan Masyarakat Miskin yang menerapkan prinsip kendali biaya dan kendali mutu. Tiap-tiap RS/BKMM/BBKPM/BKPM/BP4/BKIM akan ditempatkan pelaksana verifikasi

yang jumlahnya diperhitungkan dari jumlah TT yang tersedia di RS/BKMM/BBKPM/BKPM/BP4/BKIM dan beban kerja. Verifikasi Program Jaminan Kesehatan Masyarakat meliputi: verifikasi administrasi kepesertaan, administrasi pelayanan dan administrasi keuangan. Pelaksana Verifikasi dalam melaksanakan tugas sehari-hari di RS/BKMM/BBKPM/BKPM/BP4/BKIM berdasarkan beban kerja di bawah koordinasi Tim Pengelola JAMKESMAS Kabupaten/ Kota.

Pelaksana verifikasi ditetapkan oleh Kepala Dinas Kesehatan Propinsi atas nama Menteri Kesehatan yang ditugaskan untuk melaksanakan penilaian administrasi klaim yang diajukan PPK, dengan mengacu kepada standar penilaian klaim, dan memproses klaim sesuai dengan hak dan tanggung jawabnya. PT. Askes (Persero) atas penugasan Menteri Kesehatan, melaksanakan manajemen kepesertaan, yang didukung dengan jaringan kantor terdiri dari: 1. PT. Askes (Persero) 2. PT. Askes (Persero) Regional 3. PT. Askes (Persero) Cabang dan Area Asisten Manajer (AAM).

Berdasarkan hasil wawancara yang dijelaskan petugas Askes bagian Verifikasi Tugas PT. Askes Kabupaten Sintang dalam kepesertaan Jamkesmas sebagai berikut :

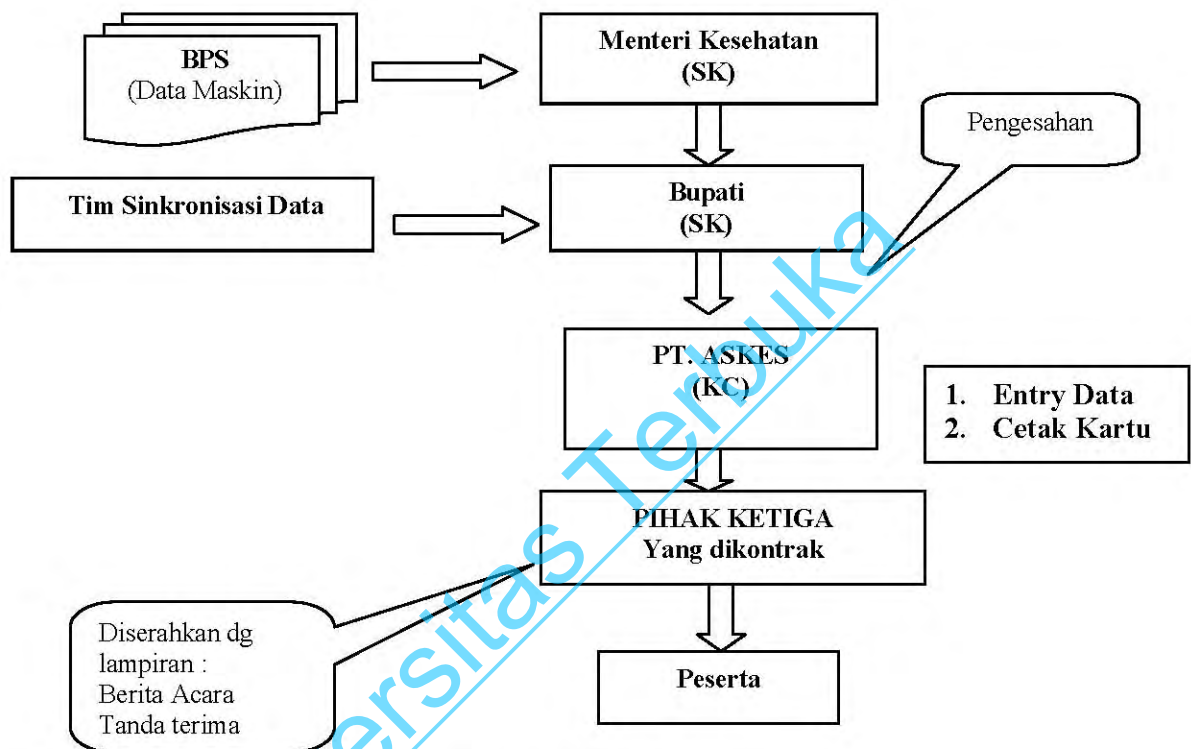
Peran PT Askes (Persero) Dalam Ketatalaksanaan Peserta Program Jaminan Kesehatan Masyarakat Miskin (Jamkesmas) Pada Kabupaten Sintang adalah sebagai berikut: Entry data setiap peserta, Data peserta yang telah ditetapkan Pemda, kemudian dilakukan entry oleh PT Askes (Persero) untuk menjadi database kepesertaan di Kabupaten Sintang, Penerbitan kartu peserta, Berdasarkan data base kemudian kartu diterbitkan dan didistribusikan kepada peserta, Penyerahan kartu peserta, PT Askes (Persero) menyerahkan kartu peserta kepada yang berhak, mengacu kepada penetapan Bupati Sintang dengan tanda terima yang

ditanda tangani/cap jempol peserta atau anggota keluarga peserta, Pelaporan, PT Askes (Persero) melaporkan hasil pendistribusian kartu peserta kepada Bupati Sintang, Gubernur, Depkes, Dinas Kesehatan (Dinkes) Provinsi dan Kabupaten/Kota serta rumah sakit setempat.

Tugas PT. Askes (Persero) melakukan penatalaksanaan kepesertaan dalam pelayanan kesehatan, meliputi: verifikasi peserta Jamkesmas yang memanfaatkan pelayanan di PPK tingkat lanjut; bila terjadi keraguan atas identitas yang diserahkan peserta, petugas PT. Askes (Persero) berkewajiban mengecek kebenarannya. Penerbitan Surat Keabsahan Peserta (SKP); kelalaian terhadap penerbitan SKP sepenuhnya menjadi tanggung jawab PT. Askes (Persero). Melakukan penatalaksanaan organisasi dan manajemen kepesertaan, meliputi: melakukan penanganan keluhan peserta terkait penugasan manajemen kepesertaan dan rekapitulasi pelaporannya; melakukan telaah utilisasi kepesertaan atas akses pelayanan kesehatan di PPK tingkat lanjut berdasarkan wilayah kab/kota/provinsi, jenis kelamin dan umur per PPK lanjutan secara bulanan dan triwulanan; melakukan pelaporan hasil telaah utilisasi secara berjenjang ke Tim Pengelola Jamkesmas Kabupaten/Kota, Provinsi, dan Pusat.

Proses pendistribusian kartu Jamkesmas oleh PT Askes (Persero) Kantor cabang atau PT Askes (Persero) Kabupaten bekerja sama dengan Tim yang dibentuk oleh Bupati. Tim yang dibentuk tersebut melibatkan antara lain tenaga Kecamatan, PKK, Karang taruna, dan lain-lain. Dalam pendistribusian kartu peserta Jamkesmas, PT Askes bekerjasama dengan Pemerintah Daerah dan atau pihak ketiga lainnya yang ditunjuk oleh Pemerintah Daerah.

Alur Registrasi Dan Distribusi Kartu Peserta dalam Implementasi Program Jaminan Kesehatan Masyarakat Miskin (Jamkesmas) di Kabupaten Sintang dapat dilihat pada gambar berikut ini:



Gambar 4.3. Alur Registrasi Dan Distribusi Kartu Peserta
Sumber: Depkes RI, 2009

Berdasarkan Gambar di atas, penerbitan dan distribusi kartu sampai ke Peserta menjadi tanggung jawab PT Askes (Persero), dan dalam pendistribusiannya PT Askes (Persero) bekerjasama dengan Pemerintah Daerah dan atau pihak ketiga lainnya yang disetujui oleh Pemerintah Daerah. Mekanisme kerjasama dengan pihak ketiga tersebut menjadi tanggung jawab PT Askes (Persero) sedangkan pembiayaannya dibebankan pada dana pelayanan tidak langsung Program Jamkesmas yang dikelola melalui PT Askes (Persero). Kartu Jamkesmas yang telah diterbitkan dengan atau tanpa pas foto masih tetap berlaku

selama nama peserta tersebut tercantum dalam Keputusan Bupati. Alur Registrasi Dan Distribusi Kartu Peserta dalam Implementasi Program Jaminan Kesehatan Masyarakat Miskin (Jamkesmas) di Kabupaten Sintang dapat dilihat pada gambar berikut ini:

PT Askes berkewajiban melakukan koordinasi aktif dalam pelaporan telaah utilisasi dan penanganan keluhan peserta dengan Tim Pengelola Jamkesmas Kabupaten/ Kota/Provinsi, melakukan pelaporan tahunan atas pelaksanaan tugasnya dalam manajemen kepesertaan Jamkesmas yang mencakup rekapitulasi telaah utilisasi kepesertaan, aspek manajerial dan aspek akuntabilitas pencapaian program, kendala yang dihadapi dan saran perbaikan, melakukan pelaporan tahunan atas pelaksanaan tugasnya dalam manajemen kepesertaan Jamkesmas yang mencakup rekapitulasi telaah utilisasi kepesertaan, aspek manajerial dan aspek akuntabilitas pencapaian program, kendala yang dihadapi dan saran perbaikan.

Berdasarkan temuan-temuan di atas, Program Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat Miskin mensyaratkan adanya kerja sama tim dalam implementasi kebijakan tersebut. Koordinasi Tim dimulai dari pengumpulan data peserta Jamkesmas, Pengolahan Data Peserta, Penetapan, Entry data, Cetak kartu dan pendistribusiannya. Kerja sama Tim koordinasi yang lemah berdampak pada kurang akuratnya data peserta serta kurang tepatnya sasaran peserta Program Jaminan Kesehatan Masyarakat Miskin sehingga tujuan yang diharapkan menjadi tidak tercapai. Hal tersebut sangat bersesuaian dengan apa yang dikatakan Winarno (2002:184) “pada dasarnya, setiap kebijakan mempunyai tujuan-tujuan tertentu

atau ingin meraih dampak-dampak yang diinginkan. Namun demikian, karena proses kebijakan merupakan proses yang kompleks, maka seringkali program-program kebijakan tidak dapat meraih tujuan atau dampak yang diinginkan”.

C. Faktor – Faktor Yang Mempengaruhi Proses Pengelolaan Tata Laksana Kepesertaan Program Jaminan Kesehatan Masyarakat Miskin (Jamkesmas) Di Kabupaten Sintang

1. Standar dan Sasaran Kebijakan

Kinerja implementasi kebijakan dapat diukur tingkat keberhasilannya dari ukuran dan tujuan kebijakan yang bersifat realistis dengan sosio-kultur yang ada di level pelaksana kebijakan. Ketika ukuran dan dan sasaran kebijakan terlalu ideal (utopis), maka akan sulit direalisasikan (Agustino, 2006). Van Meter dan Van Horn (dalam Sulaeman, 1998) mengemukakan untuk mengukur kinerja implementasi kebijakan tentunya menegaskan standar dan sasaran tertentu yang harus dicapai oleh para pelaksana kebijakan, kinerja kebijakan pada dasarnya merupakan penilaian atas tingkat ketercapaian standar dan sasaran tersebut. Pemahaman tentang maksud umum dari suatu standar dan tujuan kebijakan adalah penting. Implementasi kebijakan yang berhasil, bisa jadi gagal (*frustated*) ketika para pelaksana (*officials*), tidak sepenuhnya menyadari terhadap standar dan tujuan kebijakan. Standar dan tujuan kebijakan memiliki hubungan erat dengan disposisi para pelaksana (*implementors*). Arah disposisi para pelaksana (*implementors*) terhadap standar dan tujuan kebijakan juga merupakan hal yang “*crucial*”. Implementors mungkin bisa jadi gagal dalam melaksanakan kebijakan,

dikarenakan mereka menolak atau tidak mengerti apa yang menjadi tujuan suatu kebijakan (Van Mater dan Van Horn, 1974).

Implementasi kebijakan dapat berjalan secara efektif, jika yang bertanggungjawab terhadap implementasi sebuah kebijakan mengetahui apa yang harus dilakukannya. Perintah untuk mengimplementasikan kebijakan harus disampaikan secara jelas, akurat, dan konsisten kepada orang-orang yang mampu. Jika implementasi kebijakan yang diharapkan oleh pembuat kebijakan tampak tidak secara jelas, mungkin saja terjadi kesalahpahaman oleh para pelaksana yang ditunjuk. Jelas sekali bahwa kebingungan yang dialami para pelaksana mengenai masalah yang harus dilakukannya dapat memberi peluang untuk tidak mengimplementasikan kebijakan sebagaimana dikehendaki oleh para pembuat kebijakan.

Implementasi kebijakan dilakukan untuk meraih kinerja yang tinggi berlangsung dalam antar hubungan berbagai faktor. Suatu kebijakan menegaskan standar dan sasaran tertentu yang harus dicapai oleh para pelaksana kebijakan. Kinerja kebijakan pada dasarnya merupakan penilaian atas tingkat ketercapaian standar dan sasaran tersebut. Karena dijadikan sebagai kriteria penilaian, maka standar dan sasaran dirumuskan secara spesifik dan kongkrit. Jamkesmas adalah program bantuan sosial untuk pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin dan tidak mampu. Program ini diselenggarakan secara nasional agar terjadi subsidi silang dalam rangka mewujudkan pelayanan kesehatan yang menyeluruh bagi masyarakat miskin. Pada hakekatnya pelayanan kesehatan terhadap masyarakat miskin menjadi tanggung jawab dan dilaksanakan bersama oleh pemerintah pusat

dan pemerintah daerah. Pemerintah propinsi/kabupaten/kota berkewajiban memberikan kontribusi sehingga menghasilkan pelayanan yang optimal. Penyelenggaraan pelayanan kesehatan masyarakat miskin mengacu pada prinsip-prinsip: dana amanat dan nirlaba dengan pemanfaatan untuk semata-mata peningkatan derajat kesehatan masyarakat miskin, menyeluruh (komprehensif) sesuai dengan standar pelayanan medik yang *'cost effective'* dan rasional, pelayanan terstruktur, berjenjang dengan portabilitas dan ekuitas, serta transparan dan akuntabel.

Tujuan dari Jamkesmas dibagi menjadi dua, yaitu : tujuan umum dan tujuan khusus. Tujuan umum yaitu: terselenggaranya akses dan mutu pelayanan kesehatan terhadap seluruh masyarakat miskin dan tidak mampu agar tercapai derajat kesehatan masyarakat yang optimal secara efektif dan efisien, Meningkatnya akses dan mutu pelayanan kesehatan sehingga tercapai derajat kesehatan yang optimal secara efektif dan efisien bagi seluruh peserta Jamkesmas. Tujuan khususnya yaitu: Memberikan kemudahan dan akses pelayanan kesehatan kepada peserta di seluruh jaringan PPK Jamkesmas, Mendorong peningkatan pelayanan kesehatan yang terstandar bagi peserta, tidak berlebihan sehingga terkendali mutu dan biayanya, Terselenggaranya pengelolaan keuangan yang transparan dan akuntabel, meningkatkan cakupan masyarakat dan tidak mampu yang mendapat pelayanan kesehatan di puskesmas serta jaringannya dan di Rumah Sakit,serta meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin.

Program Jamkesmas dilaksanakan sebagai amanat Pasal 28 H ayat (1) UUD Negara RI Tahun 1945, yang menyatakan bahwa "Setiap orang berhak hidup sejahtera lahir dan batin, bertempat tinggal, dan mendapatkan lingkungan hidup yang baik dan sehat serta berhak memperoleh pelayanan kesehatan." Selain itu berdasarkan Pasal 34 ayat (3) UUD Negara RI Tahun 1945 dinyatakan bahwa "Negara bertanggung jawab atas penyediaan fasilitas pelayanan kesehatan dan fasilitas pelayanan umum yang layak." Dari ketentuan tersebut, Dasar hukum penyelenggaraan program Jamkesmas adalah: UU No. 23 Tahun 1992 tentang Kesehatan; UU No. 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional; UU No. 45 Tahun 2007 tentang APBN Tahun 2008; UU No. 1 Tahun 2004 tentang Perbendaharaan Negara; UU No. 17 Tahun 2003 tentang Keuangan Negara.

Standar pelaksanaan Jamkesmas adalah: Percepatan penyelesaian pendataan sasaran miskin, Percepatan pembayaran klaim Tim verifikasi independent, Pembayaran langsung ke rekening Puskesmas dan Rumah Sakit, Pemberlakuan paket pelayanan JAMKESMAS di RS, Peningkatan peran Pemerintah Provinsi dan Kabupaten/Kota dalam fungsi pengelola, koordinasi serta pengawasan dan pengendalian. (Departemen Kesehatan RI, 2009).

Sasaran kebijakan Jamkesmas tercermin dari Indikator Keberhasilan Jamkesmas yaitu, Input, Proses, dan output. Dari aspek Input: Ada Tim Koordinasi di tingkat Pusat/Prov/Kab/Kota, Adanya sekretariat Pengelola di tingkat Pusat/Prov/Kab/Kota, Ada Tim Verifikasi di semua RS, Ada Anggaran untuk manajemen Operasional, Adanya APBD untuk miskin diluar yang

ditetapkan Bupati/Walikota. Dari aspek Proses :Adanya Database Kepesertaan 100% di Kabupaten/Kota, Tercapainya Distribusi Kartu Peserta JAMKESMAS 100%, Tarif Paket Pelayanan JAMKESMAS, Klaim tepat waktu, Laporan tepat waktu. Dari aspek Output : Peningkatan Cakupan Kepesertaan (100% Kab/Kota memiliki database peserta, Distribusi Kartu 100%), Peningkatan cakupan dan mutu pelayanan (Kewajaran Tingkat Kunjungan RJTP & RITP, Kewajaran Tingkat Rujukan dari PPK I ke PPK II/III, Kewajaran Kunjungan RJTL, Kewajaran Kunjungan RITL, Ketepatan Mekanisme Pembayaran dg Penggunaan Tarif Paket JAMKESMAS di RS), Kecepatan Pembayaran Klaim & Limitasi, (Klaim diajukan setiap hari Jum'at (setiap minggunya), Pembayarn Klaim selambat-lambatnya 7 hari setelah tanggal Berita Acara Verifikasi di Depkes, Peningkatan Transparansi & Akuntabilitas.

Tabel 4.9. Patokan Dalam Menilai Keberhasilan Dan Pencapaian Sasaran Ketatalaksanaan Peserta Dalam Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Masyarakat Miskin Di Kabupaten Sintang

No	Patokan Dalam Menilai Keberhasilan	Target	Realisasi
1	Percepatan penyelesaian pendataan sasaran miskin	100%	55%
2	Ada Tim Koordinasi di tingkat Pusat/Prov/Kab/Kota	100%	100%
3	Adanya sekretariat Pengelola di tingkat Pusat/Prov/Kab/Kota	100%	100%
4	Adanya Database Kepesertaan 100% di Kabupaten/Kota	100%	65%
5	Tercapainya Distribusi Kartu Peserta JAMKESMAS 100%	100%	65%

Sumber: Data Lapangan Diolah, 2011.

Berdasarkan pengamatan dilapangan, untuk mengetahui patokan dalam menilai keberhasilan dan pencapaian sasaran ketatalaksanaan peserta dalam

pelaksanaan Program Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Keluarga Miskin (Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat Miskin) di Kabupaten Sintang dapat dilihat pada tabel diatas ini. Berdasarkan data pada tabel di atas, standar dan sasaran kebijakan Ketatalaksanaan Peserta Dalam Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Masyarakat Miskin Di Kabupaten Sintang belum optimal. Indikasi hal tersebut adalah: Percepatan penyelesaian pendataan sasaran masyarakat miskin realisasinya masih 55 % , Adanya Database Kepesertaan realisasinya masih 65 % dimana hal ini bisa terlihat didalam pendataan masyarakat miskin Jamkesmas jumlahnya 137.962 orang yang terdata dalam Jamkesda yaitu masyarakat miskin yang tidak termasuk dalam Jamkesmas Jumlahnya 103.070 orang, hal ini menunjukkan bahwa sasaran peserta Jamkesmas belum terdata secara optimal, serta Distribusi Kartu Peserta JAMKESMAS belum mencapai target yang di tetapkan yaitu baru mencapai sasaran 65 %.

Untuk mencapai keberhasilan suatu implementasi kebijakan, Replay dan Franklin (1986: 232) mengklasifikasikan ke dalam tiga kategori yaitu kepatuhan dari aparat birokrasi bawahan, berfungsinya prosedur-prosedur rutin dalam pelaksanaan kebijakan dan tidak adanya konflik dan pencapaian tujuan program yang telah diniatkan. Dari pendapat Replay dan Franklin tersebut dapat dipahami bahwa keberhasilan implementasi kebijakan Program jamkesmas di Kabupaten Sintang setidaknya dapat dilihat dari dua aspek yaitu proses dan output. Dari aspek proses dapat dinilai melalui kepatuhan dari aparat birokrasi bawahan, berfungsinya prosedur-prosedur rutin dalam pelaksanaan kebijakan dan tidak adanya konflik, sedangkan aspek output dapat dinilai dari tingkat pencapaian

tujuan kebijakan yang telah diniatkan yaitu jumlah sasaran peserta Jamkesmas miskin terdata semua sebagai dasar dari Program Jamkesmas yaitu Sasaran Kepesertaan Jamkesmas. Hal tersebut sangat bersesuaian dengan apa yang dikatakan Van Meter & Van Horn (1975 : 99)” Standard dan sasaran kebijakan harus jelas dan terukur sehingga dapat direalisasikan, apabila standard dan sasaran kebijakan kabur, maka akan terjadi multiinterpretasi dan mudah menimbulkan konflik di antara para agen implementasi”.

2. Sumber Daya

Sehubungan dengan faktor Sumber Daya, Edwards III (dalam Tangkilisan, 2003:12) menjelaskan : Sumber daya yang penting meliputi staf dalam ukuran yang tepat dengan keahlian yang diperlukan; informasi yang cukup dan relevan tentang cara untuk mengimplementasikan kebijakan dan dalam penyesuaian lainnya yang terlibat di dalam implementasi; kewenangan untuk meyakinkan bahwa kebijakan ini dilakukan semuanya sebagai dimaksudkan; dan berbagai fasilitas (termasuk bangunan, peralatan, tanah dan persediaan) di dalamnya atau dengan memberikan pelayanan. Sumber daya yang tidak cukup akan berarti bahwa Undang-undang tidak akan diberlakukan, pelayanan tidak akan diberikan, dan peraturan-peraturan yang layak tidak akan dikembangkan.

Faktor sumber daya dalam Program Jaminan Kesehatan Masyarakat Miskin (Jamkesmas) tidak hanya mencakup jumlah sumber daya manusia/aparat semata melainkan juga mencakup kemampuan sumber daya manusia untuk mendukung pelaksanaan kebijakan tersebut. Hal ini dapat menjelaskan bahwa

sumber daya yang memadai dan memenuhi kualifikasi akan menghasilkan pelaksanaan kebijakan yang tepat dan efektif.

Betapapun jelas dan konsistennya perintah implementasi kebijakan dan akuratnya perintah tersebut disampaikan namun apabila orang-orang yang bertanggungjawab terhadap implementasi kebijakan Program Jaminan Kesehatan Masyarakat Miskin (Jamkesmas) kekurangan sumber daya dalam pekerjaan mereka, maka implementasi kebijakan tersebut tidak akan efektif. Sumber daya yang penting antara lain jumlah staf yang cukup dengan keahlian yang memadai, informasi yang cukup dan relevan mengenai instruksi implementasi kebijakan, otoritas yang menjamin bahwa kebijakan tersebut dilaksanakan sesuai dengan apa yang dimaksud, dan fasilitas, termasuk bangunan-bangunan, tanah, dan suplai untuk memberikan pelayanan. Sumber daya yang tidak mencukupi menunjukkan bahwa hukum tidak akan dapat dilaksanakan, pelayanan tidak akan dilaksanakan, dan aturan-aturan yang masuk akal tidak akan disusun.

Berdasarkan hasil pengamatan dilapangan bahwa Keberhasilan kebijakan Ketatalaksanaan Peserta Dalam Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Masyarakat Miskin Di Kabupaten Sintang tidak terlepas dari kualitas dan kuantitas sumber daya manusia yang mendukungnya, baik secara langsung maupun tidak langsung. Jumlah pegawai yang mendukung urusan pendataan tersebut berasal dari SKPD penyelenggara yaitu Badan pusat Statistik Kabupaten Sintang, Sekretaris Daerah Kabupaten Sintang, Dan Kantor Askes kabupaten Sintang. Adapun jumlah pegawai yang mendukung urusan tersebut dirinci berdasarkan kualifikasi pendidikan adalah sebagai berikut:

Tabel 4.10. Jumlah Pegawai jumlah pegawai yang mendukung kebijakan Ketatalaksanaan Peserta Dalam Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Masyarakat Miskin Di Kabupaten Sintang

No	Instansi	SD		SLTP		SLTA		Sarjana Muda		DIV / SI		S2		Jlh
		L	P	L	P	L	P	L	P	L	P	L	P	
1	BPS Sintang					18	3			4	1			26
2	Sekretariat Daerah	4	1	9	1	63	22	8	7	42	22	22	23	202
3	PT. Askes Sintang					8	1	1	7	6	6			29
	Jumlah	4	1	9	1	89	26	9	14	52	29	22	23	257

Sumber: Kabupaten Sintang Dalam Angka, 2011.

Terbatasnya Tenaga Badan Pusat Statistik sebagai petugas awal dalam proses pendataan kepesertaan masyarakat miskin di Kabupaten Sintang sangat mempengaruhi hasil dari pendataannya. Tenaga Statistik di Kantor Badan Pusat statistik Kabupaten Sintang yang tersedia masih terbatas (26 orang terdiri 21 orang pendidikan SLTA; 5 orang Pendidikan DIV dan SI) dan dibantu oleh mantri statistik tingkat Kecamatan berjumlah 14 orang. Dari jumlah sumber daya tenaga yang dimiliki Badan Pusat Statistik Kabupaten Sintang yang sangat terbatas sementara luas daerah Kabupaten Sintang yang sangat besar hal ini sangat mempengaruhi keakuratan data peserta Jamkesmas yang didapatkan.

Berdasarkan hasil wawancara dengan petugas dilapangan, selain sumber daya tenaga atau staff yang kurang juga disebabkan desa-desa didaerah pedalaman atau terpencil yang sulit jalur transportasi (Infrastruktur jalan) yang harus ditempuh sehingga pendataan kepesertaan masyarakat miskin tidak bisa dilakukan secara optimal hanya berdasarkan laporan ketua RT setempat.

Berdasarkan hal tersebut diatas jelas dan konsistennya perintah implementasi kebijakan dan akuratnya perintah tersebut disampaikan namun apabila sumber daya tenaga yaitu orang-orang yang bertanggungjawab terhadap implementasi kebijakan Program Jaminan Kesehatan Masyarakat Miskin (Jamkesmas) kekurangan sumber daya dalam pekerjaan mereka, maka implementasi kebijakan tersebut tidak akan efektif, dimana sumber daya tenaga sangat mempengaruhi hasil dari kebijakan yang ingin dicapai yaitu tentang data kepesertaan Jamkesmas yang akurat dan tepat sasaran. Hal ini selaras dengan apa yang dikatakan oleh Van Meter dan Van Horn (dalam Agustino, 2006) Keberhasilan implementasi kebijakan sangat tergantung dari kemampuan memanfaatkan sumber daya yang tersedia. Manusia merupakan sumber daya yang terpenting dalam menentukan keberhasilan suatu implementasi kebijakan. Setiap tahap implementasi menuntut adanya sumber daya manusia yang berkualitas sesuai dengan pekerjaan yang diisyaratkan oleh kebijakan yang telah ditetapkan secara apolitik. Selain sumber daya manusia, sumber daya finansial dan waktu menjadi perhitungan penting dalam keberhasilan implementasi kebijakan.

3. Komunikasi Antarorganisasi

Sehubungan dengan pentingnya faktor komunikasi dalam implementasi kebijakan publik, menurut Van Horn dan Van Mater (dalam Widodo 1974) apa yang menjadi standar tujuan harus dipahami oleh para individu (*implementors*). Yang bertanggung jawab atas pencapaian standar dan tujuan kebijakan, karena itu standar dan tujuan harus dikomunikasikan kepada para pelaksana. Komunikasi dalam kerangka penyampaian informasi kepada para pelaksana kebijakan tentang

apa menjadi standar dan tujuan harus konsisten dan seragam (*consistency and uniformity*) dari berbagai sumber informasi.

Edwards III (dalam Tangkilisan, 2003:10) menegaskan : Implementasi kebijakan dapat berjalan secara efektif, jika yang bertanggungjawab terhadap implementasi sebuah kebijakan mengetahui apa yang harus dilakukannya. Perintah untuk mengimplementasikan kebijakan harus disampaikan secara jelas, akurat, dan konsisten kepada orang-orang yang mampu. Transmisi berkaitan dengan pemberian atau penyebaran informasi yang berkenaan dengan kebijakan publik itu sendiri. Sedangkan kejelasan berhubungan dengan sejauhmana proses transmisi terjadi secara akurat. Sementara konsistensi adalah sejauhmana informasi yang ditransmisi/disampaikan tidak berubah-ubah atau tetap konsisten. Jika implementasi kebijakan yang diharapkan oleh pembuat kebijakan tampak tidak secara jelas, mungkin saja terjadi kesalahpahaman oleh para pelaksana yang ditunjuk. Jelas sekali bahwa kebingungan yang dialami para pelaksana mengenai masalah yang harus dilakukannya dapat memberi peluang untuk tidak mengimplementasikan kebijakan sebagaimana dikehendaki oleh para pembuat kebijakan.

Faktor komunikasi menunjukkan peranan sebagai acuan agar pelaksana kebijakan mengetahui persis apa yang akan mereka kerjakan. Berarti komunikasi juga dapat dinyatakan dengan perintah dari atasan terhadap pelaksana-pelaksana kebijakan sehingga penerapan kebijakan tidak keluar dari sasaran yang dikehendaki. Dengan demikian komunikasi tersebut harus dinyatakan dengan jelas, tepat, dan konsisten,

Dalam hubungan ini maka kebijakan Program Jaminan Kesehatan Masyarakat Miskin (Jamkesmas) secara awal harus dapat menyentuh aspek perilaku para peserta Jamkesmas yang akhirnya mereka mau mematuhi pelaksanaan kebijakan yang ditetapkan oleh Pemerintah tersebut.

Tidak sempurnanya aspek komunikasi juga dapat mengakibatkan para pelaksana menafsirkan kebijakan sebagai otoritas, seperti tindakan-tindakan untuk menyempitkan kebijakan umum menjadi tindakan-tindakan spesifik. Otoritas ini tidak akan diperiksa sebagaimana mestinya guna mendahulukan tujuan semula dari pembuat kebijakan. Dengan demikian instruksi implementasi tidak tertransmisikan dan terdistorsi dalam proses transmisi. Inkonsistensi dapat mengakibatkan hambatan yang serius bagi implementasi kebijakan. Sebaliknya, petunjuk-petunjuk yang terlalu detail dapat menghambat implementasi kebijakan itu sendiri karena dipahami sebagai pembatasan kreatifitas dan kemampuan beradaptasi.

Persyaratan pertama supaya implementasi kebijakan Program Jaminan Kesehatan Masyarakat Miskin (Jamkesmas) dapat berfungsi efektif adalah mengetahui apa yang harus dilakukan. Sebuah kebijakan dan instruksi implementasi harus ditransmisikan kepada personel-personel yang tepat sebelum dilaksanakan. Komunikasi semacam ini harus akurat dan harus dipahami oleh para pelaksananya. Banyak hambatan transmisi komunikasi mengenai implementasi sebuah kebijakan.

Jika Program Jaminan Kesehatan Masyarakat Miskin (Jamkesmas) hendak diimplementasikan secara sempurna, maka instruksi implementasi tidak hanya

dapat diterima saja tapi pesan-pesan di dalamnya pun harus dapat diterima dengan jelas. Jika tidak, para pelaksana akan kesulitan mengenai tindakan yang harus dilakukan, mereka akan leluasa menafsirkan implementasi kebijakan tersebut, sebuah penafsiran yang mungkin saja berbeda dengan maksud atasannya. Tegasnya, bahwa apa yang dikomunikasikan dalam rangka efektivitas implementasi kebijakan, mesti memperhatikan dan didukung oleh sistem transmisi yang baik, konsistensi dan kejelasan pesan dan perintah dari pembuat kebijakan, yang harus dijalankan oleh implementor kebijakan secara baik, benar, dan prosedural.

Rumus yang ditawarkan oleh Lasswell (Uchana Effendy, 1992: 29) bahwa komunikasi memiliki 5 (lima) komponen yang terlihat dari pernyataan *who says what in which channel to whom with what effect* yaitu komunikator, pesan, media, komunikan dan efek. Komunikator adalah pihak yang berposisi sebagai subyek komunikasi. Pesan merupakan informasi yang disampaikan oleh pihak subyek. Media adalah alat yang dipergunakan subyek untuk menyampaikan pesan. Komunikan adalah pihak yang menjadi obyek dari komunikator. Sedangkan efek adalah tanggapan obyek terhadap pesan yang disampaikan subyek. Komunikasi menjadi penting dalam proses implementasi karena merupakan alat dan mekanismenya bagi aktor-aktor kebijakan (birokrasi dan masyarakat) yang terlibat untuk menjalin interaksi (saling tukar informasi/pesan) dalam proses implementasi kebijakan. Disaat yang sama, peran komunikasi selain untuk menyatukan persepsi antar aktor tetapi juga sebagai alat melakukan koordinasi sehingga aktivitas masing-masing aktor saling sinergis. Akan sulit tercapai keberhasilan

implementasi suatu kebijakan apabila komunikasi yang terjadi antar aktor kurang berjalan secara baik atau bahkan tidak terjadi sama sekali. Dimensi komunikasi ini dapat terjadi antara birokrasi selaku aparat pelaksana dengan masyarakat sebagai target group kebijakan atau internal birokrasi itu sendiri.

Komunikasi antara birokrasi dengan masyarakat berupa derajat kontak tatap muka secara langsung berupa dialog (saling bertukar saran/pemikiran) yang bentuknya dapat berupa kegiatan sosialisasi dan pembinaan dari aparat birokrasi kepada masyarakat. Sosialisasi berkenaan dengan proses penyebaran informasi tentang keberadaan program kebijakan yang akan dilakukan sehingga lahir pemahaman yang benar bagi target group. Sedangkan pembinaan merupakan kegiatan yang diarahkan untuk membentuk sikap dan perilaku target group yang sesuai tujuan kebijakan. Dilain pihak, komunikasi internal birokrasi berupa proses pemberian perintah dan petunjuk dari atasan kepada bawahan guna memperlancar operasionalisasi kegiatan dari kebijakan tersebut.

Berdasarkan pengamatan dilapangan Pengorganisasian dalam penyelenggaraan jamkesmas terdiri dari Tim pengelola dan Tim koordinasi di Tingkat Kabupaten Sintang pelaksana verifikasi di Pemberi Pelayanan Kesehatan (PPK) serta PT.Askes (Persero) sebagai pengelola manajemen kepesertaan. Bupati Kabupaten Sintang membentuk Tim Koordinasi Jamkesmas Tingkat Kabupaten terdiri dari Pelindung yaitu Sekretaris Daerah Kabupaten Sintang, Penanggung jawab yaitu Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Sintang, Ketua Sekretaris Dinas Kesehatan Kabupaten Sintang dan anggotanya terdiri dari seluruh Kepala Bidang di Dinas Kesehatan Kabupaten Sintang.,

Berdasarkan hasil pengamatan dilapangan Tugas Tim Koordinasi Kabupaten Jamkesmas Kabupaten Sintang adalah: Menetapkan arah kebijakan dan sinkronisasi Program Jamkesmas Tingkat Kabupaten Sintang; Melakukan pembinaan dan pengendalian Program Jamkesmas Tingkat Kabupaten Sintang; Melaksanakan pertemuan review/evaluasi secara berkala sesuai kebutuhan; Menyelesaikan permasalahan Jamkesmas yang menyangkut lintas sektor di tingkat Kabupaten Sintang; Menggali sumber daya yang diperlukan dalam rangka meningkatkan pelaksanaan di daerahnya melalui advokasi ke DPRD, PEMDA, organisasi kemasyarakatan, swasta/dunia usaha lainnya.

Struktur Tim Koordinasi Program Jamkesmas Tingkat Kabupten/Kota berikut : Pelindung : Bupati Kabupaten Sintang, Ketua : Sekretaris Daerah, Anggota : Kadinkes Kabupaten Sintang, Asisten Kesra, Direktur Rumah Sakit, Ketua Komisi DPRD yang membidangi Kesehatan, Kepala PT. Askes (Persero) Cabang Kabupaten Sintang.

Berdasarkan Tabel 4.11 dibawah ini data yang ditemukan dilapangan Komunikasi antarorganisasi dalam ketatalaksanaan peserta Jamkesmas di Kabupaten Sintang diharapkan dimulai sejak awal, yaitu pada tahap perencanaan. Kadang-kadang saja dilakukan Komunikasi antarorganisasi antar unit kerja terkait dalam proses perencanaan Ketatalaksanaan peserta Jamkesmas. Padahal, Komunikasi antarorganisasi antar lembaga pemerintah perlu dilaksanakan mulai dari proses perumusan kebijaksanaan, perencanaan, pelaksanaan sampai pada pengawasan dan pengendaliannya.

Berdasarkan hasil wawancara dari beberapa Tim Koordinasi Komunikasi antarorganisasi Ketatalaksanaan peserta Jamkesmas di Kabupaten Sintang sebagai berikut:

Tabel 4.11. Komunikasi antarorganisasi Ketatalaksanaan peserta Jamkesmas di Kabupaten Sintang

No	Kegiatan	Sering	Kadang – kadang	Tidak Pernah
1	Komunikasi antarorganisasi Dalam Proses Perencanaan		√	
2	Rancangan Pertemuan Berkala Dalam Komunikasi antarorganisasi Pelaksanaan Jamkesmas			√
3	Upaya Pemecahan Masalah-Masalah Dalam Komunikasi antarorganisasi Pelaksanaan Jamkesmas		√	
4	Penyempurnaan Sistem Kerja Dalam Komunikasi antarorganisasi Pelaksanaan Jamkesmas			√
5	Pembentukan Kepanitiaan/Tim Dalam Komunikasi antarorganisasi Pelaksanaan Jamkesmas	√		

Sumber: Data Lapangan Diolah, 2011.

Pelaksanaan Komunikasi antarorganisasi Ketatalaksanaan peserta Jamkesmas di Kabupaten Sintang diperlukan kesamaan persepsi antar unit kerja terkait. Komunikasi antarorganisasi Ketatalaksanaan peserta Jamkesmas kadang-kadang saja ada kesamaan persepsi antar unit kerja terkait. Hal ini disebabkan masih adanya perbedaan antara unit kerja terkait mengenai obyek atau sasaran yang menjadi acuan dalam Komunikasi antarorganisasi Ketatalaksanaan peserta Jamkesmas.

Untuk memudahkan pelaksanaan Komunikasi antarorganisasi diperlukan rancangan pertemuan yang dilakukan secara berkala. Sudah ada rancangan pertemuan berkala dalam Komunikasi antarorganisasi Ketatalaksanaan peserta

Jamkesmas Sedangkan upaya pemecahan masalah-masalah dalam Komunikasi antarorganisasi Ketatalaksanaan peserta Jamkesmas dilakukan dalam rangka mengerahkan semua potensi sumber daya dalam Ketatalaksanaan peserta Jamkesmas di Kabupaten Sintang.

Selain untuk mengerahkan semua potensi sumber daya dalam Ketatalaksanaan peserta Jamkesmas pemecahan masalah juga dimaksudkan guna penyempurnaan sistem kerja. Penyempurnaan sistem kerja dalam Komunikasi antarorganisasi Ketatalaksanaan peserta Jamkesmas belum sepenuhnya dapat dilakukan. Kegiatan yang berkaitan dengan penyempurnaan sistem kerja tersebut antara lain adalah proses dengar pendapat semua pihak serta penggunaan alat-alat komunikasi dalam Komunikasi antarorganisasi.

Guna memudahkan pelaksanaan Komunikasi antarorganisasi, diperlukan pula kepanitiaan/tim yang ditunjuk khusus untuk melaksanakan tugas tersebut. Adapun pembentukan kepanitiaan/tim dalam Komunikasi antarorganisasi Ketatalaksanaan peserta Jamkesmas telah dibentuk kepanitiaan/tim. Tim dimaksud bertugas menghimpun, mengolah dan menganalisa data yang diperlukan dalam melaksanakan Komunikasi antarorganisasi dan konsultasi program ketatalaksanaan peserta Jamkesmas di Kabupaten Sintang, melakukan Komunikasi antarorganisasi dan konsultasi program ketatalaksanaan peserta Jamkesmas dengan Dinas baik pada tataran Pemerintah Kabupaten Sintang, Pemerintah Provinsi Kalimantan Barat maupun Pemerintah Pusat serta melaporkan seluruh hasil kegiatan baik secara berkala maupun secara menyeluruh kepada Bupati Sintang. Selain itu, Tim juga bertugas menyusun pedoman

prosedur operasional dan pedoman rencana bersama dalam Komunikasi antarorganisasi Ketatalaksanaan Peserta Jamkesmas.

Komunikasi antarorganisasi Ketatalaksanaan peserta Jamkesmas diantaranya dimaksudkan untuk membangkitkan kesadaran bahwa antara unit kerja saling berhubungan satu sama lain. Tujuan membangkitkan kesadaran bahwa antara unit kerja saling berhubungan dalam Komunikasi antarorganisasi Ketatalaksanaan peserta Jamkesmas sebagian sudah dapat tercapai. Sedangkan mengenai Tujuan memelihara dan mengembangkan saling pengertian dalam Komunikasi antarorganisasi Ketatalaksanaan peserta Jamkesmas sudah tercapai. Demikian pula dengan tujuan memelihara dan mengembangkan semangat persatuan antara unit kerja terkait. Dengan tercapainya hal tersebut diharapkan dapat menumbuhkan sikap para pelaksana untuk mematuhi peraturan serta memastikan adanya kesatuan gerak dalam Komunikasi antarorganisasi Ketatalaksanaan peserta Jamkesmas.

Dengan terjalinya komunikasi tersebut, diharapkan dapat menjamin kesatuan kebijaksanaan serta menghindari kecenderungan merasa paling penting dalam Komunikasi antarorganisasi Ketatalaksanaan peserta Jamkesmas. Pelaksanaan Komunikasi antarorganisasi belum sepenuhnya dapat meningkatkan partisipasi dalam merumuskan kebijaksanaan dalam ruang lingkup tugasnya. Hal ini tentunya akan berpengaruh terhadap terwujudnya kondisi organisasi yang lebih baik dalam Komunikasi antarorganisasi Ketatalaksanaan peserta Jamkesmas. Pada hakekatnya, pelaksanaan Komunikasi antarorganisasi dimaksudkan untuk

meningkatkan efisiensi, efektivitas, dan produktivitas kerja yang tinggi dalam Ketatalaksanaan peserta Jamkesmas.

Komunikasi antarorganisasi yang dilakukan dalam mendukung ketatalaksanaan peserta Jamkesmas dapat dilakukan melalui Komunikasi antarorganisasi fungsional baik secara horizontal (Komunikasi antarorganisasi terhadap unit/instansi yang setingkat), secara diagonal (Komunikasi antarorganisasi terhadap instansi lain yang lebih rendah tingkatannya tetapi bukan bawahannya) maupun secara territorial (Komunikasi antarorganisasi terhadap instansi lainnya yang berada dalam suatu wilayah tertentu).

Kedua jenis Komunikasi antarorganisasi baik hierarkis maupun fungsional paling sering digunakan dalam Ketatalaksanaan peserta Jamkesmas Berdasarkan data yang dikumpulkan, diketahui pula Komunikasi antarorganisasi antara pejabat terhadap pejabat atau unit/instansi lain yang setingkat; serta Komunikasi antarorganisasi antara pejabat terhadap pejabat atau unit/instansi lain yang lebih rendah tingkatannya kadang – kadang saja dilakukan.

Untuk mendukung kelancaran pelaksanaan Ketatalaksanaan peserta Jamkesmas, diperlukan pendekatan Komunikasi antarorganisasi yang efektif. Pendekatan Komunikasi antarorganisasi yang paling sering diterapkan dalam pelaksanaan kegiatan ketatalaksanaan peserta Jamkesmas dapat dilihat pada tabel berikut ini:

Tabel 4.12. Pendekatan Komunikasi antarorganisasi Yang Paling Sering Diterapkan Dalam Kegiatan Ketatalaksanaan peserta Jamkesmas di Kabupaten Sintang

No	Pendekatan Komunikasi antarorganisasi Yang Paling Sering Diterapkan	Sering	Kadang-kadang	Tidak pernah
1	penggunaan teknik-teknik dasar manajemen (melalui rantai komando organisasi, peraturan dan prosedur serta rencana dan tujuan)		√	
2	peningkatan potensi Komunikasi antarorganisasi (pengiriman data dan kontak langsung) pengurangan kebutuhan akan		√	
3	Komunikasi antarorganisasi (membentuk tim kerja).	√		

Sumber: Data Lapangan Diolah, 2011.

Berdasarkan Tabel 4.12 Pendekatan Komunikasi antarorganisasi yang paling sering diterapkan dalam pelaksanaan kegiatan ketatalaksanaan peserta Jamkesmas adalah peningkatan potensi Komunikasi antarorganisasi (pengiriman data dan kontak langsung). Prinsip-prinsip Komunikasi antarorganisasi ketatalaksanaan peserta Jamkesmas yang dapat dilaksanakan seluruhnya adalah prinsip komunikasi timbal balik, prinsip terus menerus (kontinuitas), prinsip pedoman atau petunjuk untuk pelaksanaan serta prinsip saling menghormati. Adapun prinsip wewenang formal, prinsip keterbukaan, serta prinsip penetapan waktu-waktu yang tepat sebagian saja yang dapat dilaksanakan. Sedangkan prinsip dimulai dari tahap dini belum dapat dilaksanakan.

Guna mewujudkan sasaran, arah kebijakan dan program ketatalaksanaan peserta Jamkesmas di Kabupaten Sintang diperlukan sarana koordinasi. Salah satu sarana Komunikasi antarorganisasi adalah ketersediaan kebijakan (peraturan perundang-undangan dan sebagainya). Ketersediaan kebijakan (peraturan

perundang-undangan dan sebagainya) berpengaruh terhadap pelaksanaan Komunikasi antarorganisasi ketatalaksanaan peserta Jamkesmas. Peraturan Bupati tersebut dikeluarkan setiap tahun sebagai pedoman dalam pelaksanaan Program Jamkesmas di Kabupaten Sintang seperti peraturan Bupati Sintang Nomor 27 Tahun 2011 Tentang Petunjuk Teknis Pelaksanaan Jaminan Kesehatan Masyarakat dan Jaminan Persalinan Di Kabupaten Sintang Tahun anggaran 2011. Dengan adanya kebijakan tersebut, tentunya selain menjadi payung hukum juga dapat menjadi panduan dan acuan dalam ketatalaksanaan peserta Jamkesmas.

Sarana Komunikasi antarorganisasi yang lain adalah rencana kerja. Dengan adanya rencana kerja tersebut diharapkan pelaksanaan ketatalaksanaan peserta Jamkesmas dapat lebih terarah. Selain itu, hasil penelitian ini juga memperlihatkan ketersediaan rapat/pertemuan juga sangat berpengaruh terhadap pelaksanaan Komunikasi antarorganisasi ketatalaksanaan peserta Jamkesmas. Jika tidak ada kejelasan dan konsistensi serta keseragaman terhadap suatu standar dan tujuan kebijakan, maka yang menjadi standar dan tujuan kebijakan sulit untuk bisa dicapai. Dengan kejelasan itu, para pelaksana kebijakan dapat mengetahui apa yang diharapkan darinya dan tahu apa yang harus dilakukan. Dalam suatu organisasi publik, pemerintah daerah misalnya, komunikasi sering merupakan proses yang sulit dan kompleks. Proses pentransferan berita kebawah di dalam organisasi atau dari suatu organisasi ke organisasi lain, dan ke komunikator lain, sering mengalami gangguan (*distortion*) baik yang disengaja maupun tidak. Jika sumber komunikasi berbeda memberikan interpretasi yang tidak sama (*inconsistent*) terhadap suatu standar dan tujuan, atau sumber informasi sama

memberikan interpretasi yang penuh dengan pertentangan (*conflicting*), maka pada suatu saat pelaksana kebijakan akan menemukan suatu kejadian yang lebih sulit untuk melaksanakan suatu kebijakan secara intensif. Dengan demikian, prospek implementasi kebijakan yang efektif, sangat ditentukan oleh komunikasi kepada para pelaksana kebijakan secara akurat dan konsisten (Van Mater dan Varn Horn, dalam Widodo 1974). Disamping itu, koordinasi merupakan mekanisme yang ampuh dalam implementasi kebijakan. Semakin baik koordinasi komunikasi di antara pihak-pihak yang terlibat dalam implementasi kebijakan, maka kesalahan akan semakin kecil, demikian sebaliknya.

4. Karakteristik Agen Pelaksana

Menyangkut sikap pelaksana yang juga sebagai salah satu faktor implementasi kebijakan, kembali Edwards III (dalam Tangkilisan, 2003:11) menjelaskan : Sikap pelaksana merupakan faktor penting dalam pendekatan mengenai studi implementasi kebijakan publik. Jika implementasi kebijakan diharapkan berlangsung efektif, para pelaksana kebijakan tidak hanya harus mengetahui apa yang harus dilakukan dan memiliki kapabilitas untuk melaksanakannya tetapi mereka juga harus mempunyai keinginan untuk melaksanakan kebijakan tersebut. Kebanyakan para pelaksana menggunakan sedapat mungkin otoritas dalam mengimplementasikan sebuah kebijakan. Salah satu alasan mengenai hal ini disebabkan independensi mereka terhadap pembuat kebijakan. Alasan yang lain adalah kompleksitas dari kebijakan itu sendiri. Meskipun cara lain para pelaksana menggunakan otoritasnya tergantung dari disposisi mereka yang mengacu kepada kebijakan-kebijakan tersebut namun pada

akhirnya sikap merekalah yang akan mempengaruhi cara pandang mereka terhadap kebijakan tersebut dan bagaimana mereka melihat kebijakan akan berdampak terhadap kepentingan perorangan dan organisasi mereka.

Para pelaksana tidak selalu melaksanakan kebijakan sesuai dengan keinginan pembuat kebijakan. Akibatnya pembuat kebijakan sering berhadapan dengan tugas-tugas untuk memanipulasi atau bekerja dalam lingkungan disposisi para pelaksananya atau bahkan membatasi otoritasnya.

Jika para pelaksana Program Jaminan Kesehatan Masyarakat Miskin (Jamkesmas) mendapatkan disposisi yang baik terhadap kebijakan tertentu, mereka cenderung melaksanakannya diluar yang telah diharapkan pembuat kebijakan sebelumnya. Tetapi ketika perilaku dan perspektif para pelaksana berbeda dari pembuat keputusan, proses implementasi kebijakan menjadi secara tak terbatas lebih membingungkan.

Kedudukan birokrasi sangat penting dalam proses implementasi Program Jamkesmas di Kabupaten Sintang. Karena setelah sebuah kebijakan dirumuskan dan ditetapkan maka dibutuhkan adanya suatu sistem untuk mengimplementasikannya. Sistem inilah dikenal dengan nama birokrasi. Melalui birokrasi berbagai variasi tindakan yang luas, membicarakan dan menyelenggarakan petunjuk, menyelenggarakan pendanaan, menjabarkan informasi, menganalisis permasalahan, membantu dan mempermudah personil, membuat unit-unit operasional, mengusulkan berbagai alternatif, merencanakan, mengorganisasi dan lain-lain dapat diselenggarakan.

Sebagai sebuah konsep, birokrasi adalah sistem organisasi. Dalam hal ini, birokrasi merupakan institusi yaitu memiliki struktur, prosedur dan anggota dengan ciri spesifik. Struktur adalah pola atau cara organisasi mengatur sumber daya bagi kegiatan-kegiatan ke arah tujuan. Berbagai komponen atau bagian dari struktur birokrasi diantaranya dapat berupa spesialisasi, formalisasi, besarnya organisasi dan ukuran unit kerja (Steers, 1980: 67). Dalam pandangan Edwards (Tangkilisan, 2003: 13) elemen penting struktur birokrasi dalam implementasi kebijakan publik mencakup fragmentasi dan prosedur pengoperasian standar atau lazim di singkat dengan (SOP). Fragmentasi merupakan pembagian tanggungjawab untuk sebuah bidang kebijakan diantara unit-unit organisasional. Sedangkan SOP prosedur baku yang berlaku dalam aktivitas rutin dari kebijakan publik. Spesialisasi merupakan jumlah divisi yang bersifat khusus dalam organisasi. Formalisasi merupakan prosedur dan peraturan resmi yang menjadi patokan kegiatan kerja anggota organisasi. Besarnya organisasi merupakan ukuran yang menggambarkan batas-batas organisasi secara keseluruhan. Besarnya unit kerja adalah merupakan ukuran yang menggambarkan batas-batas unit kerja yang terdapat dalam sebuah organisasi. Sedangkan anggota birokrasi adalah orang-orang yang bekerja dalam struktur dan prosedur birokrasi yang memiliki kemampuan tertentu dan dilandasi sikap kepatuhan terhadap prosedur yang berlaku. Sikap patuh ini merupakan kesediaan anggota birokrasi untuk melaksanakan tugas yang diemban baik pemahaman terhadap tujuan dari tugas, ketaatan terhadap prosedur dan tanggungjawab melaksanakan tugas.

Karakteristik Agen Pelaksana Ketatalaksanaan peserta Jamkesmas di Kabupaten Sintang adalah, Pelindung : Bupati Kabupaten Sintang, Ketua : Sekretaris Daerah, Anggota : Kadinkes Kabupaten Sintang, Asisten Kesra, Direktur Rumah Sakit, Ketua Komisi DPRD yang membidangi Kesehatan, Kepala PT. Askes (Persero) Cabang Kabupaten Sintang. Berdasarkan uraian tersebut, Karakteristik Agen Pelaksana Ketatalaksanaan peserta Jamkesmas di Kabupaten Sintang adalah sebagai berikut:

Tabel 4.13. Karakteristik Agen Pelaksana Ketatalaksanaan peserta Jamkesmas di Kabupaten Sintang

No	Agen Pelaksana	Jabatan Dalam Tim	Keterangan
1	Bupati Sintang	Pelindung	SKPD Kabupaten Sintang
2	Sekretaris Daerah Kabupaten Sintang	Ketua	SKPD Kabupaten Sintang
3	Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Sintang	Anggota	SKPD Kabupaten Sintang
4	Asisten Administrasi Pembangunan	Anggota	SKPD Kabupaten Sintang
5	Direktur RSUD Ade Mohammad Djoen Sintang	Anggota	SKPD Kabupaten Sintang
6	Ketua Komisi C DPRD Kabupaten Sintang	Anggota	SKPD Kabupaten Sintang
7	Kepala PT. Askes (Persero) Sintang	Anggota	Instansi Vertikal (BUMN)
8	Kepala BPS Sintang	Anggota	Instansi Vertikal

Sumber: Data Lapangan Diolah, 2011.

Berdasarkan hasil temuan dilapangan, Sikap pelaksana didalam ketatalaksanaan peserta Jamkesmas merupakan faktor penting dalam pendekatan mengenai studi implementasi kebijakan publik. Jika implementasi kebijakan diharapkan berlangsung efektif, para pelaksana kebijakan tidak hanya harus mengetahui apa yang harus dilakukan dan memiliki kapabilitas untuk melaksanakannya tetapi mereka juga harus mempunyai keinginan untuk

melaksanakan kebijakan tersebut. Kebijakan Program Jamkesmas yang melibatkan berbagai Instansi yang berbeda akan menimbulkan kompleksitas dan otoritas dari disposisi masing-masing Instansi yang bersangkutan sehingga menimbulkan cara pandang mereka terhadap kebijakan tersebut dan bagaimana mereka melihat kebijakan akan berdampak terhadap kepentingan perorangan dan organisasi mereka.

Para pelaksana tidak selalu melaksanakan kebijakan sesuai dengan keinginan pembuat kebijakan. Akibatnya pembuat kebijakan sering berhadapan dengan tugas-tugas untuk memanipulasi atau bekerja dalam lingkungan disposisi para pelaksananya atau bahkan membatasi otoritasnya. Ini dikarenakan kebijakan dibuat untuk seluruh wilayah sama tanpa membedakan watak dan sikap dari agen pelaksana tersebut. Berkenaan dengan sikap pelaksana ini tidak semua implementor kebijakan dapat melaksanakan tugas dan tanggungjawabnya secara baik, hal ini dipengaruhi oleh insentif yang dapat mendukung implementor dalam pelaksanaan kepesertaan Jamkesmas.

Terkait dengan sikap pelaksana/implementor sebuah kebijakan hanya akan efektif jika dilaksanakan oleh aparatur/implementor kebijakan yang menyadari akan tugas dan tanggungjawabnya sebagai wujud perilaku yang baik dalam menyukseskan setiap program kebijakan yang akan diimplementasikan, akan tetapi juga para pembuat kebijakan hendaknya menyadari bahwa implementor juga membutuhkan insentif baik berbentuk, pengakuan, penghargaan, dan dukungan agar tercipta kondisi yang simbiosis mutualisme antara pembuat dan

implementor kebijakan dalam rangka mengoptimalkan implementasi kebijakan publik.

Struktur birokrasi pelaksana dalam hal ini pemerintah Kabupaten Sintang, yang memiliki karakteristik, norma dan pola hubungan sangat berpengaruh terhadap keberhasilan implementasi kebijakan Program Jamkesmas. Organisasi pelaksana dalam pelaksanaan Program Jamkesmas seharusnya memiliki variabel: (1) kompetensi dan jumlah staf, (2) rentang dan derajat pengendalian, (3) dukungan politik yang dimiliki, (4) kekuatan organisasi, (5) derajat keterbukaan dan kebebasan komunikasi, dan (6) keterkaitan dengan pembuat kebijakan.

Jika dikaitkan dengan pendapat Van Meter Dan Van Horn (dalam Winarno, 2002:111) model proses pelaksanaan kebijakan Program Jamkesmas bahwa karakteristik badan pelaksana dalam hal ini pemerintah Kabupaten Sintang tidak dapat dipisahkan dari struktur birokrasi itu sendiri. Dalam struktur birokrasi tersebut beberapa hal yang mungkin berpengaruh dalam melaksanakan kebijakan Program Jamkesmas adalah: kompetensi dan ukuran staf, tingkat pengawasan, tingkat komunikasi, sumber-sumber politik, vitalitas, serta kaitan formal dan informal dengan badan pelaksana keputusan maupun pembuat keputusan. Kondisi ini penting, persyaratan yang harus dipenuhi agar implelementasi Program Jamkesmas dapat efektif yaitu organisasi pelaksana dalam hal ini Pemerintah Kabupaten Sintang harus mempunyai kemampuan untuk melaksanakan program dimaksud, isi pelayanan harus sesuai dengan kebutuhan masyarakat miskin, serta masyarakat mempunyai kepercayaan kepada pemerintah Kabupaten Sintang.

Menurut pendapat Van Metter dan Van Horn dalam Agustinus (2006): "sikap penerimaan atau penolakan dari agen pelaksana kebijakan sangat mempengaruhi keberhasilan atau kegagalan implementasi kebijakan publik. Hal ini sangat mungkin terjadi karena kebijakan yang dilaksanakan bukanlah hasil formulasi warga setempat yang mengenal betul permasalahan dan persoalan yang mereka rasakan. Tetapi kebijakan publik biasanya bersifat *top down* yang sangat mungkin para pengambil keputusan tidak mengetahui bahkan tak mampu menyentuh kebutuhan, keinginan atau permasalahan yang harus diselesaikan". Sikap mereka itu dipengaruhi oleh pandangannya terhadap suatu kebijakan dan cara melihat pengaruh kebijakan itu terhadap kepentingan-kepentingan organisasinya dan kepentingan-kepentingan pribadinya. Penerimaan yang menyebar dan mendalam terhadap standar dan tujuan kebijakan diantara mereka yang bertanggung jawab untuk melaksanakan kebijakan tersebut, adalah merupakan suatu potensi yang besar terhadap keberhasilan implementasi kebijakan (Kaufman dalam Van Mater dan Van Horn, 1974). Pada akhirnya, intensitas disposisi para pelaksana (*implementors*) dapat mempengaruhi pelaksana (*performance*) kebijakan Ketatalaksanaan Peserta Program Jamkesmas. Kurangnya atau terbatasnya intensitas disposisi ini, akan bisa menyebabkan gagalnya implementasi kebijakan Ketatalaksanaan Peserta Program Jamkesmas tersebut.

BAB V

SIMPULAN DAN SARAN

A. Simpulan

Memperhatikan tujuan yang ingin dicapai dalam penelitian ini, dapat disimpulkan sebagai berikut:

1. Proses Pengelolaan Tata Laksana Kepesertaan Program Jaminan Kesehatan Masyarakat Miskin (Jamkesmas) di Kabupaten Sintang belum terlaksana secara optimal. Kegiatan-kegiatan yang berkaitan dengan distribusi kartu peserta belum terlaksana atau berjalan secara maksimal dikarenakan terjadinya perbedaan indikator kemiskinan, lambatnya proses pendataan masyarakat miskin, kurangnya jumlah tenaga yang dilatih dalam pendataan masyarakat miskin dan belum adanya pengawasan didalam pendistribusian kartu peserta Jamkesmas.
2. Faktor dominan yang mempengaruhi Proses Pengelolaan Tata laksana Kepesertaan Program Jamkesmas adalah dipengaruhi oleh minimnya komunikasi antar organisasi, sumber daya tenaga atau petugas yang terbatas dan karakteristik Agen Pelaksana yang berbeda.

B. Saran

1. Untuk menghasilkan data yang akurat dan tepat sasaran didalam proses pendataan peserta Jamkesmas diperlukan keseragaman indikator kemiskinan, sosialisasi atau pelatihan yang tepat sasaran terhadap petugas dilapangan sehingga sasaran yang ingin dicapai dalam kebijakan dapat dilaksanakan, didalam penetapan keputusan Bupati sebaiknya datanya

sudah akurat sehingga tidak menimbulkan komplik didalam pelaksanaan. Dalam proses entry data dan pendistribusian kartu sebaiknya ada pengawasan dari berbagai pihak, sehingga pendistribusian kartu tersebut tepat waktu dan tepat sasaran.

2. Untuk pencapaian standar dan sasaran kebijakan Jamkesmas harus jelas sehingga didalam pelaksanaan kebijakan tersebut jelas sasarannya. Kurangnya sumber daya petugas atau tenaga pendata masyarakat miskin sangat mempengaruhi hasil pendataan sehingga perlu peningkatan sumber daya tenaga atau petugas. Faktor berpengaruh lainnya adalah komunikasi antar organisasi dalam pelaksanaan ketatalaksanaan peserta Jamkesmas dimana komunikasi antar organisasi jarang dilakukan sehingga evaluasi terhadap pelaksanaan kebijakan dilapangan tidak terukur. Sementara pelaksanaan Kebijakan Jamkesmas melibatkan berbagai Instansi atau Organisasi yang berbeda dimana karakteristik dari agen pelaksanaanya bermacam ragam sesuai dengan Kebijakan masing-masing organisasinya. Hal ini sangat mempengaruhi didalam pelaksanaan proses Jamkesmas dilapangan sehingga dituntut kesadaran dari masing-masing organisasi untuk berkomunikasi dalam menjalankan Program Kebijakan Jamkesmas sehingga tercapai tujuan dan sasaran Jamkesmas yaitu meningkatkan pelayanan kesehatan untuk masyarakat miskin.

DAFTAR PUSTAKA

- Ashari, (2003). *Upaya Meningkatkan Kinerja Pelayanan Publik di Era Persaingan Bebas*, Jakarta: Forum Inovasi UI.
- Azrul Azwar, (1996). *Pengantar Administrasi Kesehatan*, Jakarta: Binarupa Aksara.
- Badan Pusat Statistik, (2007). *Data Dan Informasi Kemiskinan Tahun 2007*, Jakarta: Badan Pusat Statistik.
- Badan Pusat Statistik, (2011). *Pedoman Pencacah Pendataan Program Perlindungan Sosial 2011*, Jakarta: Badan Pusat Statistik.
- BAPPEDA KABUPATEN SINTANG DAN BPS KABUPATEN SINTANG. (2010). *Kabupaten Sintang dalam Angka 2010*. Badan Pusat Statistik Kabupaten Sintang.
- Biro Hukum dan Organisasi Sekjen Depkes RI. (2009). *Jurnal Hukum Kesehatan*, Depkes RI.
- Danim, S. (1997). *Pengantar Studi Penelitian Kebijakan*. Bumi Aksara. Jakarta.
- Departemen Kesehatan RI, (2009). *Pedoman Pelaksanaan Jaminan Kesehatan Masyarakat (JAMKESMAS) 2009*, Depkes.
- Dunn, W. (2000). *Pengantar Analisis Kebijakan Publik (Edisi Kedua)*. Yogyakarta: Gajahmada Universitas Press.
- Dwiyanto, (2009). *Kebijakan Publik Berbasis Dynamic Policy Analysis*. Jakarta: Gava Media
- Faisal. (1990). *Penelitian Kualitatif*, Yayasan Asih Asah Asuh Malang.
- Thabranny, Hasbullah. (2005). *Pendanaan Kesehatan Dan alternatif Mobilisasi Dana Kesehatan di Indonesia*. Jakarta : PT. Raja grafindo Persada
- Irawan, P. (2007). *Metodelogi Penelitian Administrasi*. Jakarta: Universitas Terbuka
- Islamy, I.M. (1992). *Prinsip-Prinsip Perumusan Kebijaksanaan Negara*. Jakarta: Bumi Aksara.
- Jones, C.(1991), *Pengantar Kebijakan Publik*. Jakarta: Rajawali Pers.
- Moleong. LJ (2001) *Metodologi Penelitian Kualitatif*. Bandung: PT. Remaja Rosdakarya.
- Nugroho, Riant. 2003 . *Kebijakan Publik Formulai, Implementasi dan Evaluasi*. Jakarta: PT.Elex Media Komputindo Kelompok Gramedia.

SMERU. (2004), *Memahami suara orang miskin*, Volume 11 Juli – September 2004, SMERU.

RSUD Sintang. (2010). *Laporan Akhir Tahun 2010*. RSUD Sintang

Sarwono, Solita. (1997). *Sosiologi Kesehatan*, Gadjah Mada University Press.

Soenarko, (2000). *Public Policy: Pengertian-pengertian pokok untuk memahami dan analisa kebijakan pemerintahan*, Airlangga University Press.

Subarsono. (2006). *Analisis Kebijakan Publik*, Yogyakarta : Pustaka Pelajar.

Sumardi, M. (1982), *Kemiskinan dan kebutuhan pokok*, Jakarta: CV.Rajawali.

Fermana, S. (2009). *Kebijakan Publik*, Yogyakarta: Ar-Ruzz Media.

Tachjan, (2006). *Implementasi Kebijakan Publik*.

Tangkilisan, H.N. (2003). *Implementasi Kebijakan Publik, Transformasi Pikiran George Edwards*, Yogyakarta: Lukan Ofset.

Thamrin, (1997). *Kebijakan Negara Suatu Pengantar*, Pontinak : Fisipol Untan.

Van Meter, D dan Van Horn, C.E. (1974). *The Policy Implementation Process A Conceptual Framework*. Administrative and Society Vol 6 no 4 Sage Publication.

Wahab. (1997). *Analisis Kebijakan Publik*. Jakarta: PT. Bumi Aksara.

Winarno, B, (2002), *Teori dan proses kebijakan publik*, Yogyakarta: Media Pressindo.

Widodo, J. (2007). *Analisis Kebijakan Publik*, Jakarta: Bayumedia Publishing.

Peraturan Perundang – Undangan:

Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 23 Tahun 1992 tentang *Kesehatan*.

Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2009 tentang *Kesehatan*.

Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 44 Tahun 2009 tentang *Rumah Sakit*.

Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 14 Tahun 2008 tentang *Keterbukaan informasi Publik*.

Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 25 Tahun 2009 tentang *Pelayanan Publik*.

Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 11 Tahun 2009 tentang *Kesejahteraan Sosial*.

Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 1575/Menkes/Per/XI/2005 tentang *Organisasi dan Tata Kerja Departemen Kesehatan* sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 1279/Menkes/per/XII/2007.

Perda Kabupaten Sintang Nomor 12 Tahun 2011 tentang *RPJMD Kabupaten Sintang Tahun 2011-2015*.

Peraturan Bupati Sintang Nomor 28 Tahun 2008 tentang *Susunan Organisasi dan tata Kerja Sekretariat Daerah Kabupaten Sintang*.

Peraturan Bupati Sintang Nomor 27 Tahun 2011 tentang *Petunjuk Teknis Pelaksanaan Jaminan Kesehatan Masyarakat Dan Jaminan Persalinan di Kabupaten Sintang Tahun Anggaran 2011*.

Peraturan Bupati Sintang Nomor 10 Tahun 2010 tentang *Penetapan Komposisi Pembagian Komponen Jasa Pelayanan dari Peserta Jamkesmas yang Dilayani Di RSUD Ade Muhammad Djoen Sintang*.

Peraturan Bupati Sintang Nomor 37 Tahun 2010 tentang *Penetapan Penggunaan Komponen Jasa Pelayanan dari Peserta Jamkesmas yang Dilayani Di RSUD Ade Muhammad Djoen Sintang*.

Keputusan Kepala Badan Pusat Statistik Nomor 003 Tahun 2002 tentang *Uraian Tugas Bagian, Bidang, Subbagian dan Seksi Perwakilan di Daerah*.

Tesis

Prihantina, A. (2006). Efektifitas pengelolaan jaminan pemeliharaan kesehatan bagi masyarakat miskin suatu studi kasus di Kecamatan Pontianak Timur Kota Pontianak Provinsi Kalimantan Barat. *Tesis*, Magister Ilmu Sosial Universitas Tanjungpura. Pontianak.

Ridwan, A. (2009). Manajemen Pelaksanaan Kebijakan Program Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas) di Kabupaten Sintang. *Tugas Akhir Program Magister*, Magister Administrasi Publik Universitas Terbuka. Jakarta.

Adisah. (2009). Implementasi Program Askeskin oleh RSUD Ade Muhammad Djoen Sintang. *Tesis*, Magister Ilmu Sosial Universitas Tanjungpura. Pontianak.

Skripsi

Dayang. (2007). Strategi RSUD Ade Muhammad Djoen Sintang dalam Mengimplementasikan Program Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Keluarga Miskin (JPK-Gakin). *Skripsi*, Sarjana Ilmu Sosial Universitas Kapuas. Sintang.

**KEMENTERIAN PENDIDIKAN DAN
KEBUDAYAAN
UNIVERSITAS TERBUKA**

Jalan Cabe Raya, Pondok Cabe, Pemulang, Tangerang Selatan 15418
Telp. (021) 7490941 (hunting) Fax. (021) 7490147 (Bag.Umum) Email.Inf@q2m.ut.ac.id
Home page. [Http://www.ut.ac.id](http://www.ut.ac.id)

BIODATA

Nama : Masparida, S.Sos

Tempat Tanggal Lahir : Sintang, 12 Januari 1974

NIM : 015978287

Registrasi Pertama : 2009.2

Riwayat Pendidikan :

1. Tamat SDN no. 24 Sintang Tahun 1987
2. Tamat SMP N 4 Sintang Tahun 1990
3. Tamat SMAN 1 Sintang Tahun 1993
4. Tamat D-1 Sekolah Pendidikan Ahli Gizi Pontianak Tahun 1994
5. Tamat S-1 Universitas Kapuas Sintang Tahun 2006
6. Masuk Program S-2 MAP UT Tahun 2009.2

Riwayat Pekerjaan :

1. Staf honorer pada Puskesmas Nanga Mau Kabupaen Sintang tahun 1994 - 1996.
2. Staf honorer pada Puskesmas Pandan Jaya Kabupaen Sintang tahun 1996 - 1999.
3. Staf Instalasi Gizi pada RSUD Ade Muhammad Djoen Sintang Kabupaten Sintang Tahun 1999-2008.
4. Staf Perencanaan dan Litbang pada RSUD Ade Muhammad Djoen Sintang Kabupaten Sintang Tahun 2008 Sampai saat ini..

Alamat Tetap ; Jl. Dara Juanti RT.11 Rw.04 Kelurahan kapuas Kiri Hulu Sintang

Telp/HP : 081345780459

Alamat Email : masparida_map_2009@yahoo.co.id

Sintang, Februari 2013

**Masparida
NIM. 015978287**

KISI PENELITIAN**NAMA MAHASISWA : MAS FARIDA****NIM : 015978287****JUDUL TAPM : IMPLEMENTASI PROGRAM JAMINAN KESEHATAN MASYARAKAT MISKIN (JAMKESMAS) PADA KABUPATEN SINTANG**

No	Rumusan Masalah	Ruang lingkup	Indikator	Alat/Instrumen Penelitian Pedoman wawancara
1	Bagaimana Proses Pengelolaan Tata Laksana Kepesertaan Program Jaminan Kesehatan Masyarakat Miskin (Jamkesmas) di Kabupaten Sintang?	Proses Pengelolaan Tata Laksana Kepesertaan Program Jaminan Kesehatan Masyarakat Miskin (Jamkesmas) di Kabupaten Sintang	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pengumpulan Data Peserta 2. Pengolahan Data Peserta 3. Pelatihan Penyelenggaraan Statistik 4. Penetapan Sasaran Peserta 5. Penerbitan Keputusan Bupati 6. Entry Data dan Penerbitan Kartu Peserta 7. Distribusi Kartu Peserta 8. Monitoring dan Evaluasi 9. Pelaporan 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mekanisme dan prosedur Pengumpulan Data Peserta 2. Tugas dan fungsi para pihak dalam pengumpulan data peserta 3. Tata cara Pengolahan Data Peserta 4. Tugas dan fungsi para pihak dalam pengolahan data peserta 5. Tugas dan fungsi para pihak dalam pelaksanaan Pelatihan Penyelenggaraan Statistik 6. Penyelenggara Pelatihan Penyelenggaraan Statistik 7. Tujuan Pelatihan Penyelenggaraan Statistik 8. Tugas dan fungsi para pihak dalam

				<p>Penetapan Sasaran Peserta</p> <p>9. Verifikasi Penetapan Sasaran Peserta</p> <p>10. Tugas dan fungsi para pihak dalam Proses Penerbitan Keputusan Bupati</p> <p>11. Mekanisme Entry Data dan Penerbitan Kartu Peserta</p> <p>12. Tata cara Distribusi Kartu Peserta</p> <p>13. Tugas dan fungsi para pihak dalam Distribusi Kartu Peserta</p> <p>14. Tugas dan fungsi para pihak dalam monitoring dan Evaluasi ketatalaksanaan peserta</p>
2	Faktor – faktor apakah yang mempengaruhi Proses Pengelolaan Tata Laksana Kepesertaan Program Jaminan Kesehatan Masyarakat Miskin (Jamkesmas) di Kabupaten Sintang?	Faktor – faktor yang mempengaruhi Proses Pengelolaan Tata Laksana Kepesertaan Program Jaminan Kesehatan Masyarakat Miskin (Jamkesmas) di Kabupaten Sintang	<ol style="list-style-type: none"> 1. Standar dan sasaran kebijakan 2. Sumber daya 3. Komunikasi antarorganisasi 4. Karakteristik agen pelaksana 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Penetapan standar dan sasaran kebijakan 2. Tugas dan fungsi para pihak dalam penetapan standar dan sasaran kebijakan 3. Ketersediaan sumber daya pendukung (anggaran, SDM, sarana dan prasarana) 4. Mekanisme komunikasi antarorganisasi (jenis dan bentuk koordinasi yang dilakukan) 5. Karakteristik agen pelaksana (Badan Pusat Statistik, Pemda Kabupaten Sintang, PT Askes, dan Dinas Kesehatan Kabupaten Sintang)

PEDOMAN WAWANCARA

A. Proses Pengelolaan Tata Laksana Kepesertaan Program Jaminan Kesehatan Masyarakat Miskin (Jamkesmas) di Kabupaten Sintang

1. Mekanisme dan prosedur Pengumpulan Data Peserta
2. Tugas dan fungsi para pihak dalam pengumpulan data peserta
3. Tata cara Pengolahan Data Peserta
4. Tugas dan fungsi para pihak dalam pengolahan data peserta
5. Tugas dan fungsi para pihak dalam pelaksanaan Pelatihan Penyelenggaraan Statistik
6. Penyelenggara Pelatihan Penyelenggaraan Statistik
7. Tujuan Pelatihan Penyelenggaraan Statistik
8. Tugas dan fungsi para pihak dalam Penetapan Sasaran Peserta
9. Verifikasi Penetapan Sasaran Peserta
10. Tugas dan fungsi para pihak dalam Proses Penerbitan Keputusan Bupati
11. Mekanisme Entry Data dan Penerbitan Kartu Peserta
12. Tata cara Distribusi Kartu Peserta
13. Tugas dan fungsi para pihak dalam Distribusi Kartu Peserta
14. Tugas dan fungsi para pihak dalam monitoring dan Evaluasi ketatalaksanaan peserta

B. Faktor – faktor yang mempengaruhi Proses Pengelolaan Tata Laksana Kepesertaan Program Jaminan Kesehatan Masyarakat Miskin (Jamkesmas) di Kabupaten Sintang

1. Penetapan standar dan sasaran kebijakan
2. Tugas dan fungsi para pihak dalam penetapan standar dan sasaran kebijakan

3. Ketersediaan sumber daya pendukung (anggaran, SDM, sarana dan prasarana)
4. Mekanisme komunikasi antar organisasi (jenis dan bentuk koordinasi yang dilakukan)
5. Karakteristik agen pelaksana (Badan Pusat Statistik, Pemda Kabupaten Sintang, PT Askes, dan Dinas Kesehatan Kabupaten Sintang)

Universitas Terbuka

TRANSKRIP HASIL WAWANCARA

Nama Mahasiswa : **MASPARIDA, S.SOS**

NIM : **015978287**

Judul : **Implementasi Program Jaminan Kesehatan Masyarakat Miskin (Jamkesmas) Pada Kabupaten Sintang**

Nama Yang Diwawancara : **H. Buyung Sukowati, S.IP (Kepala BPS Kabupaten Sintang)**

Hari/Tanggal :

Tempat :

1. Secara struktural hirarki pada Badan Pusat Statistik Kabupaten Sintang siapa yang bertugas dengan pengelolaan data peserta Program Jaminan Kesehatan Masyarakat Miskin (Jamkesmas)?

Jawab: Dilihat dari bagan susunan organisasi tersebut di atas, Seksi yang menangani atau yang mempunyai tugas berkaitan dengan pengelolaan data peserta Program Jaminan Kesehatan Masyarakat Miskin (Jamkesmas) adalah Seksi Statistik Sosial. Adapun uraian tugas Seksi Statistik Sosial adalah sebagai berikut: Melakukan penyiapan dokumen dan bahan yang diperlukan untuk kegiatan pengumpulan statistik sosial yang mencakup kegiatan statistik kependudukan, kesejahteraan rakyat, ketahanan sosial, serta kegiatan statistik sosial lainnya yang ditentukan; Membantu Kepala BPS Kabupaten/Kota dalam menyiapkan program pelatihan petugas lapangan kegiatan statistik sosial; Melakukan pembinaan, pengamatan lanjut, dan pengawasan lapangan terhadap pelaksanaan kegiatan statistik sosial; Melakukan penerimaan dan pemeriksaan dokumen hasil pengumpulan data statistik sosial; Melakukan pengolahan data statistik sosial sesuai dengan sistem dan program yang ditetapkan, bekerja sama dengan satuan organisasi terkait; Membantu Kepala BPS Kabupaten/Kota dalam koordinasi dan kerja sama pelaksanaan kegiatan statistik sosial baik dengan Pemerintah Daerah maupun instansi lain.

2. Apa saja yang menjadi tugas BPS?

Jawab: Sebagaimana diamanatkan dalam Undang-Undang Nomor 16 tahun 1997 tentang Statistik, BPS Kabupaten Sintang sebagaimana kepanjangan tangan BPS di daerah bertugas menyelenggarakan kegiatan statistik dasar yaitu statistik yang pemanfaatannya ditujukan untuk keperluan yang bersifat luas baik bagi pemerintah (pusat dan daerah) maupun masyarakat, yang memiliki cirri-ciri lintas sector, berskala nasional, makro dan yang penyelenggaraannya sepenuhnya menjadi tanggungjawab BPS. Untuk dapat menyajikan statistik dasar, BPS menyelenggarakan kegiatan sensus, survey, kompilasi produk administrasi dan cara lain sesuai dengan perkembangan iptek,

yang dapat dilakukan secara berkala, terus menerus dan atau sewaktu-waktu yang periode pelaksanaannya ditetapkan oleh Kepala BPS dengan memperhatikan kebutuhan data baik dari pemerintah maupun masyarakat.

3. Apa saja pelaksanaan tugas BPS berkaitan dengan Implementasi Program Jaminan Kesehatan Masyarakat Miskin?

Jawab: Berkaitan dengan Implementasi Program Jaminan Kesehatan Masyarakat Miskin, Proses Implementasi Program Jaminan Kesehatan Masyarakat Miskin didalam tata laksana kepesertaan di Kabupaten Sintang dimulai dengan pendataan peserta. Dimana pendataan peserta program perlindungan sosial merupakan kegiatan nasional untuk memperoleh data rumah tangga dan keluarga menurut nama dan alamat rumah tangga menengah kebawah yang akan digunakan sebagai data terpadu untuk program bantuan dan perlindungan Nasional. Pendataan peserta program perlindungan sosial disikapi sebagai bentuk tanggung jawab kepada bangsa dan Negara sehingga dalam pelaksanaannya dilakukan secara serius oleh jajaran BPS baik pusat maupun di daerah, terutama petugas yang bertugas dilapangan yaitu pencacah dan pemeriksa sebagai ujung tombak bagi tersedianya Basis data terpadu untuk program dan perlindungan sosial prakyat.

4. Apa saja kriteria yang dipergunakan untuk menentukan keluarga/ rumah tangga dikategorikan miskin?

Jawab: Menurut versi BPS ada 14 kriteria yang dipergunakan untuk menentukan keluarga/ rumah tangga dikategorikan miskin. Sementara itu, pemerintah Kabupaten Sintang juga telah menyusun indikator kemiskinan di Kabupaten Sintang. Perbedaan dalam penetapan indikator kemiskinan tersebut menyebabkan terjadinya perbedaan jumlah peserta yang terdata sebagai peserta Jamkesmas. Hal ini tidak jarang menimbulkan permasalahan bahkan menjurus pada konflik, baik antara masyarakat dengan pemerintah maupun antara masyarakat itu sendiri.

5. Apa saja yang menjadi tugas BPS dalam kepesertaan Jamkesmas?

Jawab: Berdasarkan data di atas, BPS mempunyai tugas dalam kepesertaan Jamkesmas adalah: Melakukan penyiapan dokumen dan bahan yang diperlukan untuk kegiatan pengumpulan data statistik kependudukan kesejahteraan rakyat. Melakukan penerimaan dan pemeriksaan dokumen hasil pengumpulan data statistik kependudukan kesejahteraan rakyat Melakukan pengolahan data statistik sosial sesuai dengan sistem dan program yang ditetapkan, bekerja sama dengan satuan organisasi terkait; melakukan penyiapan dokumen dan atau hasil pengolahan statistik sosial yang akan dikirim ke BPS dan atau BPS Propinsi sesuai dengan jadwal yang ditetapkan

6. Apakah dalam kepesertaan Jamkesmas BPS melaksanakan pelatihan statistik sosial?

Jawab: BPS Kabupaten ikut serta dalam upaya peningkatan kualitas sumber daya manusia dengan cara menyelenggarakan pelatihan dan peningkatan ilmu pengetahuan dan teknologi yang dapat mendukung penyelenggaraan statistik melalui berbagai kegiatan, baik yang berkaitan langsung dengan statistik yang merupakan program BPS Pusat ataupun kegiatan lain yang bersifat umum yang merupakan program daerah. peserta pelatihan Pencacahan untuk masyarakat miskin hanya 80 % yang mengikuti pelatihan.

7. Bagaimanakah kondisi komunikasi antar organisasi dalam tata laksana kepesertaan Jamkesmas?

Jawab: Guna memudahkan pelaksanaan Komunikasi antarorganisasi, diperlukan pula kepanitiaan/tim yang ditunjuk khusus untuk melaksanakan tugas tersebut. Adapun pembentukan kepanitiaan/tim dalam Komunikasi antarorganisasi Ketatalaksanaan peserta Jamkesmas telah dibentuk kepanitiaan/tim. Tim dimaksud bertugas menghimpun, mengolah dan menganalisa data yang yang diperlukan dalam melaksanakan Komunikasi antarorganisasi dan konsultasi program ketatalaksanaan peserta Jamkesmas di Kabupaten Sintang, melakukan Komunikasi antarorganisasi dan konsultasi program ketatalaksanaan peserta Jamkesmas dengan Instansi / Dinas baik pada tataran Pemerintah Kabupaten Sintang, Pemerintah Provinsi Kalimantan Barat maupun Pemerintah Pusat serta melaporkan seluruh hasil kegiatan baik secara berkala maupun secara menyeluruh kepada Bupati Sintang. Selain itu, Tim juga bertugas menyusun pedoman prosedur operasional dan pedoman rencana bersama dalam Komunikasi antarorganisasi Ketatalaksanaan peserta Jamkesmas.

Universitas Terbuka

12. TRANSKRIP HASIL WAWANCARA

Nama Mahasiswa : **MASPARIDA, S.SOS**

NIM : **015978287**

Judul : **Implementasi Program Jaminan Kesehatan Masyarakat Miskin (Jamkesmas) Pada Kabupaten Sintang**

Nama Yang Diwawancara : **Drs. H. Zulkifli, HA, M.Si. (Sekretaris Daerah Kabupaten Sintang)**

Hari/Tanggal :

Tempat :

1. Apa saja aspek penting dalam Implementasi Program Jaminan Kesehatan Masyarakat Miskin (Jamkesmas) Pada Kabupaten Sintang?

Jawab: Aspek penting dalam penyelenggaraan program jaminan kesehatan masyarakat miskin adalah berkaitan dengan ketatalaksanaan peserta, yang meliputi: pendataan, pengolahan, entry data, penetapan, serta penerbitan dan distribusi kartu peserta. Kekeliruan dalam pengelolaan peserta tersebut dapat menyebabkan pelaksanaan program tidak berjalan optimal. Artinya, jika data peserta tidak tersedia dengan baik, dapat menyebabkan perbedaan jumlah peserta, biaya yang harus disiapkan, penerbitan kartu dan sebagainya.

2. Siapa saja yang menjadi sasaran Implementasi Program Jaminan Kesehatan Masyarakat Miskin (Jamkesmas) Pada Kabupaten Sintang?

Jawab: sasaran program Jamkesmas ini adalah masyarakat miskin tidak mampu di Kabupaten Sintang dan yang tidak termasuk sudah mempunyai jaminan kesehatan lainnya, masyarakat miskin dan tidak mampu yang ditetapkan oleh Bupati Sintang sesuai kuota, Gelandangan, pengemis, anak terlantar, Peserta program keluarga harapan (PKH), penghuni lapas, panti sosial, rutan dan korban bencana alam pasca bencana.

3. Berapa jumlah sasaran peserta dalam Implementasi Program Jaminan Kesehatan Masyarakat Miskin (Jamkesmas) Pada Kabupaten Sintang?

Jawab: jumlah sarannya yaitu 137.962 jiwa Tahun 2008 berdasarkan kuota yang telah ditetapkan. Dalam rangka memperluas cakupan kepesertaan pada Tahun 2010, terdapat kelompok peserta baru menjadi sasaran peserta Jamkesmas, yaitu : a) Masyarakat miskin penghuni Lapas/Rutan dengan melampirkan surat keterangan dari Kepala Rutan/Kepala Lapas setempat. b) Masyarakat miskin penghuni panti-panti sosial, melalui Surat Keputusan Kepala Dinas /Institusi Sosial Kabupaten Sintang setempat,

kementerian Kesehatan akan segera membuat kartu Jamkesmas. c) Masyarakat miskin akibat bencana pasca tanggap darurat sebagaimana yang ditetapkan oleh Pemerintah Daerah setempat. d) Untuk semua kepesertaan diatas, SKP diterbitkan petugas PT. Askes (Persero). Serta terdapat perhatian khusus kepada peserta Jamkesmas yang belum masuk database seperti bayi baru lahir dari keluarga miskin, anak terlantar/gelandangan/pengemis (rekomendasi Dinas Sosial), peserta Program Keluarga Harapan (PKH).

4. Bagaimana jika terdapat peserta Jamkesmas yang tidak terdaftar?

Jawab: Apabila masih terdapat masyarakat miskin dan tidak mampu, tidak termasuk dalam Surat Keputusan Bupati maka Jaminan kesehatannya menjadi tanggung jawab Pemerintah Daerah (Pemda) setempat. Cara penyelenggaraan jaminan kesehatan daerah seyogyanya mengikuti kaidah-kaidah pelaksanaan Jamkesmas. Peserta Jamkesmas ada yang memiliki kartu sebagai identitas peserta dan ada yang tidak memiliki kartu. Peserta yang memiliki kartu terdiri dari: Peserta sesuai SK Bupati Sintang, Penghuni panti-panti sosial, Korban bencana pasca tanggap darurat. Peserta yang tidak memiliki kartu terdiri dari: Gelandangan, pengemis, anak terlantar pada saat mengakses pelayanan kesehatan dengan menunjukkan rekomendasi dari Dinas Sosial setempat, Penghuni lapas dan rutan pada saat mengakses pelayanan kesehatan dengan menunjukkan rekomendasi dari Kepala Lapas/Rutan, Peserta Program Keluarga Harapan (PKH) pada saat mengakses pelayanan kesehatan dengan menunjukkan kartu PKH, Bayi dan anak yang lahir dari pasangan peserta Jamkesmas, setelah terbitnya SK Bupati Sintang dapat mengakses pelayanan kesehatan dengan menunjukkan akte kelahiran/surat kenal lahir/surat keterangan lahir/pernyataan dari tenaga kesehatan, kartu Jamkesmas orang tua dan Kartu Keluarga orangtuanya.

5. Upaya apa yang dilakukan agar diperoleh data peserta yang valid?

Jawab: Untuk mendapatkan data peserta dilakukan sinkronisasi dan kelengkapan data melalui pembentukan Tim sinkronisasi Kabupaten. Tim Sinkronisasi untuk Kabupaten oleh Bupati yang terdiri unsur Kependudukan Pemda, Dinas Kesehatan, BPS, Depsos, PT Askes (Persero) serta unsur terkait lainnya. Untuk kelancaran pelaksanaan sinkronisasi dan kelengkapan data mekanismenya diatur dan menjadi tanggung jawab PT Askes (Persero). Setelah data tersebut lengkap, Bupati menerbitkan surat Keputusan tentang nama dan alamat masyarakat miskin sebagai sasaran Program Jamkesmas Kabupaten. Selama masa transisi, Masyarakat Miskin yang terdaftar dalam ketetapan SK Bupati belum memperoleh Kartu Peserta Jamkesmas dapat menggunakan Surat Keterangan Miskin (SKM)/Kartu Sehat/Kartu Subsidi Langsung Tunai (SLT)/Kartu Gakin, dan PT Askes (Persero) mengganti Kartu dengan Kartu Jamkesmas.

6. Bagaimana kondisi sumber daya aparatur yang melaksanakan Implementasi Program Jaminan Kesehatan Masyarakat Miskin (Jamkesmas) Pada Kabupaten Sintang?

Jawab: Keberhasilan kebijakan Ketatalaksanaan Peserta Dalam Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Masyarakat Miskin Di Kabupaten Sintang tidak terlepas dari kualitas dan kuantitas sumber daya manusia yang mendukungnya, baik secara langsung maupun tidak langsung. Jumlah pegawai yang mendukung urusan tersebut berasal dari

SKPD penyelenggara yaitu Badan pusat statistic Kabupaten Sintang. Yang jumlah sumber dayanya masih sangat terbatas.

7. Bagaimana kondisi Komunikasi antarorganisasi dalam ketatalaksanaan peserta Jamkesmas di Kabupaten Sintang?

Jawab: Komunikasi antarorganisasi dalam ketatalaksanaan peserta Jamkesmas di Kabupaten Sintang diharapkan dimulai sejak awal, yaitu pada tahap perencanaan. Kadang-kadang saja dilakukan Komunikasi antarorganisasi antar unit kerja terkait dalam proses perencanaan Ketatalaksanaan peserta Jamkesmas. Padahal, Komunikasi antarorganisasi antar lembaga pemerintah perlu dilaksanakan mulai dari proses perumusan kebijaksanaan, perencanaan, pelaksanaan sampai pada pengawasan dan pengendaliannya.

8. Pendekatan apa yang dilakukan dalam meningkatkan komunikasi antarorganisasi dalam ketatalaksanaan peserta Jamkesmas di Kabupaten Sintang?

Jawab: Pendekatan Komunikasi antarorganisasi yang paling sering diterapkan dalam pelaksanaan kegiatan ketatalaksanaan peserta Jamkesmas adalah peningkatan potensi Komunikasi antarorganisasi (pengiriman data dan kontak langsung). Prinsip-prinsip Komunikasi antarorganisasi ketatalaksanaan peserta Jamkesmas yang dapat dilaksanakan seluruhnya adalah prinsip komunikasi timbal balik, prinsip terus menerus (kontinuitas), prinsip pedoman atau petunjuk untuk pelaksanaan serta prinsip saling menghormati. Adapun prinsip wewenang formal, prinsip keterbukaan, serta prinsip penetapan waktu-waktu yang tepat sebagian saja yang dapat dilaksanakan. Sedangkan prinsip dimulai dari tahap dini belum dapat dilaksanakan.

9. Bagaimana prosedur kerja Tim Pengelola Jamkesmas Kabupaten Sintang?

Jawab: Tim Pengelola Jamkesmas Kabupaten Sintang bersifat internal lintas program di Dinas Kesehatan Kabupaten Sintang. Tugas Tim Pengelola Kab/Kota: adalah: Bertanggung Jawab mengelola manajemen penyelenggaraan Jamkesmas secara keseluruhan di wilayah kerjanya, Melakukan rekrutmen dan menyampaikan usulan pengangkatan, pemindahan dan pemberhentian tenaga verifikator independen yang bekerja di seluruh PPK yang berada di Kabupaten Sintang, melakukan pembinaan, pengawasan dan pengendalian terhadap unit-unit kerja yang terkait dalam penyelenggaraan Jamkesmas di wilayah kerjanya (termasuk pada sarana yankes dasar di puskesmas dan jaringannya dan PPK Lanjutan), memfasilitasi pertemuan secara berkala dengan tim koordinasi sesuai kebutuhan dalam rangka review, evaluasi, dan penyelesaian masalah lintas sek-tor yang terkait dengan penyelenggaraan Jamkesmas di Kabupaten Sintang, mengkoordinasikan manajemen kepesertaan, pelayanan dan administrasi keuangan dalam penyelenggaraan Jamkesmas di Kabupaten Sintang, membentuk tim rekrutmen tenaga verifikator independen serta melakukan pembinaan, pengawasan dan pengendalian serta mobilisasi tenaga verifika-tor di PPK lanjutan, menyusun dan menyampaikan laporan atas semua pelaksanaan tugas pe-nyelenggaraan Jamkesmas kepada Tim Pengelola Jamkesmas Pusat mela-lui Dinas Kesehatan Provinsi setempat, melakukan pengelolaan kepesertaan yang mencakup pencatatan dan up-dating data kepesertaan di wilayah kerjanya, menangani penyelesaian keluhan yang belum dapat terselesaikan baik di PPK maupun peserta, Menyiapkan bahan laporan penyelenggaraan Jamkesmas, memfasilitasi calon PPK baru, yang meliputi: penyiapan

rekomendasi ber-dasarkan hasil penilaian kelengkapan dokumen calon PPK tingkat lanjut yang baru. menyiapkan Perjanjian Kerjasama (PKS) dengan PPK yang menyelenggarakan Jamkesmas di wilayah kerjanya, Selaku Pembina verifikator independen melakukan pembinaan dan pengawas-an pelaksanaan kegiatan verifikator independen di daerahnya, termasuk didalamnya adalah melakukan evaluasi kinerja terhadap kegiatan verifikatorindependen, melakukan pengawasan dan pemeliharaan terhadap inventaris barang yang telah diserahkan Kementerian Kesehatan untuk menunjang pelaksanaan Jamkesmas di daerahnya.

Universitas Terbuka

TRANSKRIP HASIL WAWANCARA

Nama Mahasiswa : **MASPARIDA, S.SOS**

NIM : **015978287**

Judul : **Implementasi Program Jaminan Kesehatan Masyarakat Miskin (Jamkesmas) Pada Kabupaten Sintang**

Nama Yang : **dr. Markus Budi. P, M. Kes (Kepala Dinas**
Diwawancara **Kesehatan Kabupaten Sintang)**

Hari/Tanggal :

Tempat :

1. Siapa saja yang berhak ditetapkan sebagai peserta Jamkesmas?

Jawab: Peserta jaminan kesehatan adalah setiap orang yang membayar iuran atau iuarannya dibayar oleh Pemerintah. Peserta Program Jamkesmas adalah fakir miskin dan orang yang tidak mampu dan peserta lainnya yang iurannya dibayar oleh Pemerintah. Menurut Pegawai Statistik Bagian Pendataan Masyarakat Miskin, peserta yang dijamin dalam program Jamkesmas tersebut meliputi : Masyarakat miskin dan tidak mampu yang telah ditetapkan oleh Surat Keputusan (SK) Bupati Sintang berdasarkan pada kuota Kabupaten/ Kota (BPS) yang dijadikan database nasional, Gelandangan, pengemis, anak dan orang terlantar, masyarakat miskin yang tidak memiliki identitas, Semua Peserta Program Keluarga Harapan (PKH) yang telah memiliki atau mempunyai kartu Jamkesmas. Serta terdapat perhatian khusus kepada peserta Jamkesmas yang belum masuk database seperti bayi baru lahir dari keluarga miskin, anak terlantar/gelandangan/pengemis (rekomendasi Dinas Sosial), peserta Program Keluarga Harapan (PKH).

2. Apa yang menjadi dasar penetapan peserta Jamkesmas di Kabupaten Sintang?

Jawab: Masyarakat miskin yang ditetapkan berdasarkan Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 1185/Menkes/SK/XII/2009 tentang Peningkatan Kepesertaan Jamkesmas bagi Panti Sosial, Penghuni Lembaga Pemasasyarakatan dan Rumah Tahanan Negara serta Korban Bencana. Tata laksana pelayanan diatur dengan petunjuk teknis (juknis) tersendiri sebagaimana tertuang dalam Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 1259/Menkes/SK/XII/2009 tentang Petunjuk Teknis Pelayanan Jamkesmas Bagi Masyarakat Miskin Akibat Bencana, Masyarakat Miskin Penghuni Panti Sosial, dan Masyarakat Miskin Penghuni Lembaga Pemasasyarakatan serta Rumah Tahanan Negara.

3. Apa yang menjadi tujuan penetapan peserta Jamkesmas?

Jawab: Tujuan dari Jamkesmas dibagi menjadi dua, yaitu : tujuan umum dan tujuan khusus. Tujuan umum yaitu: terselenggaranya akses dan mutu pelayanan kesehatan terhadap seluruh masyarakat miskin dan tidak mampu agar tercapai derajat kesehatan masyarakat yang optimal secara efektif dan efisien, Meningkatnya akses dan mutu pelayanan kesehatan sehingga tercapai derajat, kesehatan yang optimal secara efektif dan efisien bagi seluruh peserta Jamkesmas. Tujuan khususnya yaitu: Memberikan kemudahan dan akses pelayanan kesehatan kepada peserta di seluruh jaringan PPK Jamkesmas, Mendorong peningkatan pelayanan kesehatan yang terstandar bagi peserta, tidak berlebihan sehingga terkendali mutu dan biayanya, Terselenggaranya pengelolaan keuangan yang transparan dan akuntabel, meningkatkan cakupan masyarakat dan tidak mampu yang mendapat pelayanan kesehatan di puskesmas serta jaringannya dan di Rumah Sakit,serta meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin.

4. Apa yang menjadi Standar pelaksanaan Jamkesmas?

Jawab: Standar pelaksanaan Jamkesmas adalah: Percepatan penyelesaian pendataan sasaran miskin, Percepatan pembayaran klaim Tim verifikasi independent, Pembayaran langsung ke rekening Puskesmas dan Rumah Sakit, Pemberlakuan paket pelayanan JAMKESMAS di RS, Peningkatan peran Pemerintah Provinsi dan Kabupaten/Kota dalam fungsi pengelola, koordinasi serta pengawasan dan pengendalian.

5. Apa yang menjadi sasaran kebijakan Jamkesmas?

Jawab: Sasaran kebijakan Jamkesmas tercermin dari Indikator Keberhasilan Jamkesmas yaitu, Input, Proses, dan output. Dari aspek Input: Ada Tim Koordinasi di tingkat Pusat/Prov/Kab/Kota, Adanya sekretariat Pengelola di tingkat Pusat/Prov/Kab/Kota, Ada Tim Verifikasi di semua RS, Ada Anggaran untuk manajemen Operasional, Adanya APBD untuk miskin diluar yang ditetapkan Bupati/Walikota. Dari aspek Proses :Adanya Database Kepesertaan 100% di Kabupaten/Kota, Tercapainya Distribusi Kartu Peserta JAMKESMAS 100%, Tarif Paket Pelayanan JAMKESMAS, Klaim tepat waktu, Laporan tepat waktu. Dari aspek Output : Peningkatan Cakupan Kepesertaan (100% Kab/Kota memiliki database peserta, Distribusi Kartu 100%), Peningkatan cakupan dan mutu pelayanan (Kewajaran Tingkat Kunjungan RJTP & RITP, Kewajaran Tingkat Rujukan dr PPK I ke PPK II/III, Kewajaran Kunjungan RJTL, Kewajaran Kunjungan RITL, Ketepatan Mekanisme Pembayaran dg Penggunaan Tarif Paket JAMKESMAS di RS), Kecepatan Pembayaran Klaim & Limitasi, (Klaim diajukan setiap hari Jum'at (setiap minggunya), Pembayarn Klaim selambat-lambatnya 7 hari setelah tanggal Berita Acara Verifikasi di Depkes, Peningkatan Transparansi & Akuntabilitas

6. Bagaimanakah pencapaian Standar dan sasaran kebijakan Ketatalaksanaan Peserta Dalam Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Masyarakat Miskin Di Kabupaten Sintang?

Standar dan sasaran kebijakan Ketatalaksanaan Peserta Dalam Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Masyarakat Miskin Di Kabupaten Sintang belum

optimal. Indikasi hal tersebut adalah: Percepatan penyelesaian pendataan sasaran maskin, Adanya Database Kepesertaan 100%, serta Tercapainya Distribusi Kartu Peserta JAMKESMAS belum mencapai target yang di tetapkan.

7. Apa saja kendala yang dihadapi dalam pencapaian Standar dan sasaran kebijakan Ketatalaksanaan Peserta Dalam Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Masyarakat Miskin Di Kabupaten Sintang?

Jawab: Terbatasnya Sarana Dan Tenaga Pendata.

8. Apa saja yang diperlukan Guna mewujudkan sasaran, arah kebijakan dan program ketatalaksanaan peserta Jamkesmas di Kabupaten Sintang?

Jawab: Guna mewujudkan sasaran, arah kebijakan dan program ketatalaksanaan peserta Jamkesmas di Kabupaten Sintang diperlukan sarana koordinasi. Salah satu sarana Komunikasi antarorganisasi adalah ketersediaan kebijakan (peraturan perundang-undangan dan sebagainya). Ketersediaan kebijakan (peraturan perundang-undangan dan sebagainya) berpengaruh terhadap pelaksanaan Komunikasi antarorganisasi ketatalaksanaan peserta Jamkesmas. Dengan adanya kebijakan tersebut, tentunya selain menjadi payung hukum juga dapat menjadi panduan dan acuan dalam ketatalaksanaan peserta Jamkesmas.

9. Apa saja sarana komunikasi ketatalaksanaan peserta Jamkesmas di Kabupaten Sintang?

Jawab: Sarana Komunikasi antarorganisasi yang lain adalah rencana kerja. Dengan adanya rencana kerja tersebut diharapkan pelaksanaan ketatalaksanaan peserta Jamkesmas dapat lebih terarah. Selain itu, hasil penelitian ini juga memperlihatkan ketersediaan rapat/pertemuan juga sangat berpengaruh terhadap pelaksanaan Komunikasi antarorganisasi ketatalaksanaan peserta Jamkesmas.

10. Bagaimana Karakteristik Agen Pelaksana Ketatalaksanaan peserta Jamkesmas di Kabupaten Sintang?

Jawab: Karakteristik Agen Pelaksana Ketatalaksanaan peserta Jamkesmas di Kabupaten Sintang adalah, Pelindung : Bupati, Ketua : Sekretaris Daerah, Anggota: Kadinkes Kabupaten/Kota, Asisten Kesra, Direktur Rumah Sakit, Ketua Komisi DPRD yang membidangi Kesehatan, Kepala PT. Askes (Persero) Cabang/ AAM.

TRANSKRIP HASIL WAWANCARA

Nama Mahasiswa : **MASPARIDA, S.SOS**

NIM : **015978287**

Judul : **Implementasi Program Jaminan Kesehatan Masyarakat Miskin (Jamkesmas) Pada Kabupaten Sintang**

Nama Yang Diwawancara : **Dr. Ganda** (Pegawai PT Askes Sintang)

Hari/Tanggal :

Tempat :

1. Bagaimana proses entry data peserta Jamkesmas pada PT Askes Sintang?

Jawab: Data masyarakat miskin yang telah ditetapkan Pemda melalui Surat Keputusan Bupati dilakukan entry oleh PT Askes (Persero) Kantor Cabang atau PT Askes (Persero) Kabupaten Sintang. Entry data meliputi antara lain nomor kartu, nama peserta, tanggal lahir dan alamat. Setelah dilakukan entry data, dilakukan pencetakan dan penerbitan kartu peserta Jamkesmas. PT Askes (Persero) bertanggung jawab terhadap ketersediaan blanko kartu Jamkesmas. Pencetakan blanko kartu Jamkesmas di dasakan kepada tingkat kebutuhan dengan memperhitungkan sisa kartu Jamkesmas pada tahun sebelumnya.

2. Bagaimana prosedur distribusi kartu peserta Jamkesmas pada PT Askes Sintang?

Jawab: Data peserta yang telah ditetapkan Pemda, kemudian dilakukan entry oleh PT Askes (Persero) untuk menjadi database kepesertaan di Kabupaten/Kota; Entry data setiap peserta; Berdasarkan database tersebut kemudian kartu diterbitkan dan didistribusikan kepada peserta; PT Askes (Persero) menyerahkan kartu peserta kepada yang berhak, mengacu kepada penetapan Bupati/Walikota dengan tanda terima yang ditanda tangani/cap jempol peserta atau anggota keluarga peserta; dan PT Askes (Persero) melaporkan hasil pendistribusian kartu peserta kepada Bupati/Walikota, Gubernur, Depkes, Dinas Kesehatan (Dinkes) Provinsi dan Kabupaten/Kota serta rumah sakit setempat. Proses pendistribusian kartu Jamkesmas oleh PT Askes (Persero) Kantor cabang atau PT Askes (Persero) Kabupaten bekerja sama dengan Tim yang dibentuk oleh Bupati. Tim yang dibentuk tersebut melibatkan antara lain tenaga Puskesmas, PKK, Karang taruna, dan lain-lain. Penyerahan kartu yang telah diterbitkan oleh PT Askes (Persero) kepada Tim tersebut dilengkapi dengan berita acara serah terima. Tim tersebut

menyerahkan Kartu Jamkesmas kepada yang berhak dengan tanda terima yang ditanda tangani/cap jempol peserta dan atau anggota keluarga dan dikembalikan kepada PT Askes (Persero) setempat. Bukti penerimaan kartu peserta dikembalikan ke PT Askes (Persero) maksimal satu bulan dari penugasan.

3. Apa saja peran PT Askes (Persero) Dalam Ketatalaksanaan Peserta Program Jaminan Kesehatan Masyarakat Miskin (Jamkesmas) Pada Kabupaten Sintang?

Jawab: Peran PT Askes (Persero) Dalam Ketatalaksanaan Peserta Program Jaminan Kesehatan Masyarakat Miskin (Jamkesmas) Pada Kabupaten Sintang adalah sebagai berikut: Entry data setiap peserta, Data peserta yang telah ditetapkan Pemda, kemudian dilakukan entry oleh PT Askes (Persero) untuk menjadi database kepesertaan di Kabupaten Sintang, Penerbitan kartu peserta, Berdasarkan data base kemudian kartu diterbitkan dan didistribusikan kepada peserta, Penyerahan kartu peserta, PT Askes (Persero) menyerahkan kartu peserta kepada yang berhak, mengacu kepada penetapan Bupati Sintang dengan tanda terima yang ditanda tangani/cap jempol peserta atau anggota keluarga peserta, Pelaporan, PT Askes (Persero) melaporkan hasil pendistribusian kartu peserta kepada Bupati Sintang, Gubernur, Depkes, Dinas Kesehatan (Dinkes) Provinsi dan Kabupaten/Kota serta rumah sakit setempat

4. Bagaimanakah pelaksanaan peran PT Askes (Persero) Dalam Ketatalaksanaan Peserta Program Jaminan Kesehatan Masyarakat Miskin (Jamkesmas) Pada Kabupaten Sintang?

Jawab: Peran BPS Dalam PT Askes (Persero) Dalam Ketatalaksanaan Peserta Program Jaminan Kesehatan Masyarakat Miskin (Jamkesmas) Pada Kabupaten Sintang belum terlaksana secara optimal. Sering terjadi perbedaan jumlah peserta antara data base dan kartu yang diterbitkan. Penyerahan kartu peserta tidak dilakukan langsung oleh PT Askes tapi didistribusikan kepada Camat. Selanjutnya camat menyerahkan kepada Kepala Desa. Penyerahan kartu peserta tidak disertai dengan bukti tanda terima. Pelaporan yang dilakukan sering terlambat.

5. Bagaimanakah verifikasi kepesertaan oleh PT Askes (Persero) Dalam Ketatalaksanaan Peserta Program Jaminan Kesehatan Masyarakat Miskin (Jamkesmas) Pada Kabupaten Sintang?

Jawab: PT. Askes (Persero) bertugas melaksanakan verifikasi kepesertaan dengan mencocokkan kartu Jamkesmas dari peserta yang berobat dengan database kepesertaan untuk selanjutnya diterbitkan SKP. Verifikasi kepesertaan dilengkapi dengan dokumen berupa Kartu Keluarga (KK) / Kartu Tanda Penduduk (KTP) / identitas lainnya untuk pembuktian kebenarannya. Bagi gelandangan, pengemis, anak dan orang terlantar yang tidak punya identitas cukup dengan surat keterangan/rekomendasi dari Dinas/Instansi Sosial setempat. Khusus untuk penghuni lapas dan rutan, cukup dengan surat rekomendasi dari Kepala Lapas/Kepala Rutan setempat. (Pengaturan lebih lanjut lihat tata laksana pelayanan kesehatan). Verifikasi adalah kegiatan penilaian administrasi klaim yang diajukan PPK yang dilakukan oleh Pelaksana Verifikasi dengan mengacu kepada standar penilaian klaim. Tujuan dilaksanakannya verifikasi adalah

diperolehnya hasil pelaksanaan program Jaminan Pelayanan Kesehatan Masyarakat Miskin yang menerapkan prinsip kendali biaya dan kendali mutu. Tiap-tiap RS/BKMM/BBKPM/BKPM/BP4/BKIM akan ditempatkan pelaksana verifikasi yang jumlahnya diperhitungkan dari jumlah TT yang tersedia di RS/BKMM/BBKPM/BKPM/BP4/BKIM dan beban kerja. Verifikasi Program Jaminan Kesehatan Masyarakat meliputi: verifikasi administrasi kepesertaan, administrasi pelayanan dan administrasi keuangan. Pelaksana Verifikasi dalam melaksanakan tugas sehari-hari di RS/BKMM/BBKPM/BKPM/BP4/BKIM berdasarkan beban kerja di bawah koordinasi Tim Pengelola JAMKESMAS Kabupaten/ Kota. Pelaksana verifikasi ditetapkan oleh Kepala Dinas Kesehatan Propinsi atas nama Menteri Kesehatan yang ditugaskan untuk melaksanakan penilaian administrasi klaim yang diajukan PPK, dengan mengacu kepada standar penilaian klaim, dan memproses klaim sesuai dengan hak dan tanggung jawabnya. PT. Askes (Persero) atas penugasan Menteri Kesehatan, melaksanakan mana-jemen kepesertaan, yang didukung dengan jaringan kantor terdiri dari: 1. PT. Askes (Persero) 2. PT. Askes (Persero) Regional 3. PT. Askes (Persero) Cabang dan Area Asisten Manajer (AAM).

6. Apa saja tugas PT Askes (Persero) Dalam Ketatalaksanaan Peserta Program Jaminan Kesehatan Masyarakat Miskin (Jamkesmas) Pada Kabupaten Sintang?

Jawab: Tugas PT. Askes (Persero) melakukan penatalaksanaan kepesertaan dalam pelayanan kesehatan, meliputi: verifikasi peserta Jamkesmas yang memanfaatkan pelayanan di PPK tingkat lanjut; bila terjadi keraguan atas identitas yang diserahkan peserta, petugas PT. Askes (Persero) berkewajiban mengecek kebenarannya. Penerbitan Surat Keabsahan Peserta (SKP); kelalaian terhadap penerbitan SKP sepenuhnya menjadi tanggung jawab PT. Askes (Persero). Melakukan penatalaksanaan organisasi dan manajemen kepesertaan, meliputi: melakukan penanganan keluhan peserta terkait penugasan manajemen kepesertaan dan rekapitulasi pelaporannya; melakukan telaah utilisasi kepesertaan atas akses pelayanan kesehatan di PPK tingkat lanjut berdasarkan wilayah kab/kota/provinsi, jenis ke-lamin dan umur per PPK lanjutan secara bulanan dan triwulanan; melakukan pelaporan hasil telaah utilisasi secara berjenjang ke Tim Pengelola Jamkesmas Kabupaten /Kota, Provinsi, dan Pusat.

Menteri Kesehatan menetapkan jumlah masyarakat miskin yang menjadi sasaran program Jamkesmas yang bersumber dari data BPS. Berdasarkan jumlah masyarakat miskin yang ditetapkan Menkes tersebut, Bupati membentuk tim sinkronisasi untuk melengkapi data BPS tersebut. Setelah data tersebut lengkap, Bupati menerbitkan Surat Keputusan tentang nama dan alamat masyarakat miskin sebagai sasaran program Jamkesmas Kabupaten. Data masyarakat miskin yang telah ditetapkan Pemda diserahkan kepada PT Askes untuk dilakukan penerbitan dan pendistribusian kartu. Dalam pendistribusian kartu Jamkesmas peserta, PT Askes bekerjasama dengan Pemerintah Daerah dan atau pihak ketiga lainnya yang ditunjuk oleh Pemerintah Daerah.

7. Bagaimanakah alur distribusi kartu peserta Jamkesmas?

Jawab: penerbitan dan distribusi kartu sampai ke Peserta menjadi tanggung jawab PT Askes (Persero), dan dalam pendistribusiannya PT Askes (Persero) bekerjasama dengan Pemerintah Daerah dan atau pihak ketiga lainnya yang disetujui oleh Pemerintah Daerah. Mekanisme kerjasama dengan pihak ketiga tersebut menjadi tanggung jawab PT Askes (Persero) sedangkan pembiayaannya dibebankan pada dana pelayanan tidak langsung Program Jamkesmas yang dikelola melalui PT Askes (Persero). Kartu Jamkesmas yang telah diterbitkan dengan atau tanpa pas foto masih tetap berlaku selama nama peserta tersebut tercantum dalam Keputusan Bupati.

8. Apa saja kewajiban PT Askes dalam pelaporan ketatalaksanaan peserta Jamkesmas?

Jawab: PT Askes berkewajiban melakukan koordinasi aktif dalam pelaporan telaah utilisasi dan penanganan keluhan peserta dengan Tim Pengelola Jamkesmas Kabupaten/ Kota/Provinsi, melakukan pelaporan tahunan atas pelaksanaan tugasnya dalam mana-jemen kepesertaan Jamkesmas yang mencakup rekapitulasi telaah utili-sasi kepesertaan, aspek manajerial dan aspek akuntabilitas pencapaian program, kendala yang dihadapi dan saran perbaikan, melakukan pelaporan tahunan atas pelaksanaan tugasnya dalam mana-jemen kepesertaan Jamkesmas yang mencakup rekapitulasi telaah utilisasi kepesertaan, aspek manajerial dan aspek akuntabilitas pencapaian program, kendala yang dihadapi dan saran perbaikan. Program Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat Miskin mensyaratkan adanya konsultasi dengan pihak-pihak yang berkepentingan. Konsultasi dengan pihak-pihak yang berkepentingan dalam pelaksanaan Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat Miskin diwujudkan dalam bentuk, pemantauan dan evaluasi; pengawasan serta penanganan dan penyelesaian pengaduan.

TRANSKRIP HASIL WAWANCARA

Nama Mahasiswa : **MASPARIDA, S.SOS**

NIM : **015978287**

Judul : **Implementasi Program Jaminan Kesehatan Masyarakat Miskin (Jamkesmas) Pada Kabupaten Sintang**

Nama Yang : **Momon Hermanto** (Pegawai BPS Sintang Bagian Diwawancara Pendataan Masyarakat Miskin)

Hari/Tanggal :

Tempat :

1. Apa saja permasalahan dalam Pendataan Peserta Program Jaminan Kesehatan Masyarakat Miskin (Jamkesmas) Pada Kabupaten Sintang?

Jawab: Berkenaan dengan peran BPS dalam Pendataan Peserta Program Jaminan Kesehatan Masyarakat Miskin (Jamkesmas) Pada Kabupaten Sintang masih ditemui permasalahan yang terkait dengan penetapan indikator kemiskinan dan proses pendataan penduduk miskin. Terkait indikator kemiskinan, indikator yang digunakan adalah indikator nasional.

2. Bagaimana mekanisme Pendataan Peserta Program Jaminan Kesehatan Masyarakat Miskin (Jamkesmas) Pada Kabupaten Sintang?

Jawab: Terkait pendataan penduduk miskin pada umumnya dilakukan melalui mantri statistik yang bertugas di Kecamatan. Pendataan belum optimal, karena kondisi geografis yang sulit umumnya data di dapat melalui data sekunder bahkan hanya informasi lisan saja dari Kepala Desa, Kepala Dusun atau Ketua RT.

3. Apa saja Pelaksanaan tugas BPS Kabupaten Sintang dalam kepesertaan Jamkesmas di Kabupaten Sintang?

Jawab: penyiapan dokumen, penerimaan dan pemeriksaan dokumen, pengolahan data statistik sosial sesuai dengan sistem dan program yang ditetapkan, evaluasi hasil pengolahan data statistik kependudukan kesejahteraan rakyat sebagai bahan masukan untuk penyempurnaan program Jamkesmas selanjutnya

4. Untuk apa saja Pendataan Peserta Program Jaminan Kesehatan Masyarakat Miskin (Jamkesmas) Pada Kabupaten Sintang?

Jawab: Data BPS untuk menentukan kuota penerima Jamkesmas. Evaluasi hasil pengolahan data statistik kependudukan kesejahteraan rakyat sebagai bahan masukan untuk penyempurnaan program Jamkesmas selanjutnya; membantu

dalam koordinasi dan kerja sama pelaksanaan data statistik kependudukan kesejahteraan rakyat baik dengan Pemerintah Daerah maupun instansi lain; melakukan penyiapan naskah publikasi statistik sosial dan menyampaikan ke satuan organisasi terkait (Pemda) untuk pelaksanaan pencetakan dan penyebarannya.

5. Apa yang menjadi dasar kebijakan Pendataan Peserta Program Jaminan Kesehatan Masyarakat Miskin (Jamkesmas) Pada Kabupaten Sintang?

Jawab: Berdasarkan Keputusan Kepala Badan Pusat Statistik Nomor 121 Tahun 2001 dalam menyelenggarakan fungsinya BPS Kabupaten mempunyai kewenangan : Menyusun rencana kegiatan di bidang statistik pada cakupan wilayah Kabupaten Sintang dengan mengacu kepada pedoman yang telah diberikan oleh BPS, Menyelenggarakan kegiatan statistik regional Kabupaten sesuai dengan ketentuan dan perundang-undangan yang berlaku, Melaksanakan koordinasi dengan Pemerintah Daerah Kabupaten .

Universitas Terbuka

TRANSKRIP HASIL WAWANCARA

Nama Mahasiswa : **MASPARIDA, S.SOS**

NIM : **015978287**

Judul : **Implementasi Program Jaminan Kesehatan Masyarakat Miskin (Jamkesmas) Pada Kabupaten Sintang**

Nama Yang Diwawancara : **Masyarakat Peserta Jamkesmas**

Hari/Tanggal :

Tempat :

1. Apakah Bapak/Ibu/sdr(i) mengetahui keberadaan Program Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat Miskin?

Jawab: sebagian masyarakat ada yang mengetahui, Namur ada pula yang tidak mengetahui

2. Darimanakah Bapak/Ibu/sdr(i) mengetahui informasi mengenai keberadaan Program Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat Miskin?

Jawab: dari puskesmas

3. Apakah Bapak/Ibu/sdr(i) mengetahui Mekanisme dan prosedur pengumpulan data peserta?

Jawab: kurang mengetahui

4. Apakah Bapak/Ibu/sdr(i) mengetahui Tugas dan Fungsi para pihak dalam pengumpulan data peserta?

Jawab: kurang mengetahui

5. Apakah Bapak/Ibu/sdr(i) mengetahui Tata cara pengolahan data peserta?

Jawab:

6. Apakah Bapak/Ibu/sdr(i) mengetahui Tugas dan Fungsi para pihak dalam pengolahan data peserta?

Jawab: kurang mengetahui

7. Apakah Bapak/Ibu/sdr(i) mengetahui Tugas dan fungsi para pihak dalam pelaksanaan pelatihan penyelenggaraan Statistik?

Jawab: kurang mengetahui

8. Apakah Bapak/Ibu/sdr(i) mengetahui Tugas dan Fungsi para pihak dalam penetapan sasaran peserta?

Jawab: Tidak mengerti

9. Apakah BPS pernah melakukan Verifikasi penetapan sasaran peserta?

Jawab: tidak ada

10. Apakah Bapak/Ibu/sdr(i) mengetahui Tata cara Distribusi kartu peserta?

Jawab: kurang mengetahui

11. Apakah Bapak/Ibu/sdr(i) mengetahui Tugas dan fungsi para pihak dalam distribusi kartu peserta?

Jawab: kurang mengetahui

12. Sepengetahuan Bapak/Ibu/Sdr(i) apakah pemerintah pernah melaksanakan penyuluhan/sosialisasi mengenai kebijakan Program Jaminan Kesehatan Masyarakat Miskin?

Jawab: tidak pernah

Universitas Terbuka

DAFTAR INFORMAN

1. Drs. H. Zulkifli, HA, M.Si : Sekretaris Daerah Kabupaten Sintang
2. H. Buyung Sukowati, S.IP : Kepala Badan Pusat statistic Kab. Sintang
3. Dr. Markus Budi,P, M.Kes : Kepala Dinkes Kab. Sintang
4. Dr. Ganda : Bagian Verifikasi PT. Askes Kab. Sintang
5. Vita : Bagian Verifikasi PT. Askes Kab. Sintang
6. Nufi Alabshar, S.St : Staf Bagian Statistik Sosial BPS Sintang
7. Aztiwansah, SE : Bagian Sosial Pemda Kab. Sintang
8. Momon Hermanto : Pegawai Statistik Kecamatan
9. Zulkipli : Peserta Jamkesmas
10. Ua Lelan : Peserta Jamkesmas

Universitas Terbuka

**Indikator Penetapan Peserta Jamkesmas Menurut BPS dan Menurut Pemerintah
Kabupaten Sintang**

Indikator Penetapan Peserta Jamkesmas Menurut BPS	Indikator Penetapan Peserta Jamkesmas Menurut Pemerintah Kabupaten Sintang
<ol style="list-style-type: none"> 1. Luas lantai bangunan tempat tinggal kurang dari 8 m² per orang 2. Jenis lantai tempat tinggal terbuat dari tanah/ bambu / kayu murahan 3. Jenis dinding tempat tinggal dari bambu / rumbia / kayu berkualitas rendah / tembok tanpa diplester 4. Tidak memiliki fasilitas buang air besar / bersama-sama dengan rumah tangga lain 5. Sumber penerangan rumah tangga tidak menggunakan listrik 6. Sumber air minum berasal dari sumur / mata air tidak terlindung / sungai /air hujan 7. Bahan bakar untuk memasak sehari-hari adalah kayu bakar / arang / minyak tanah 8. Hanya mengkonsumsi daging / susu / ayam satu kali dalam seminggu 9. Hanya membeli satu stel pakaian baru dalam setahun 10. Hanya sanggup makan sebanyak satu / dua kali dalam sehari 11. Tidak sanggup membayar biaya pengobatan di puskesmas / poliklinik 12. Sumber penghasilan kepala rumah tangga adalah : petani dengan luas lahan 500 m², buruh tani, nelayan, buruh bangunan, buruh perkebunan dan atau pekerjaan lainnya dengan pendapatan dibawah Rp. 600.000,- per bulan 13. Pendidikan tertinggi kepala rumah tangga : tidak sekolah / tidak tamat SD/ hanya SD 14. Tidak memiliki tabungan / barang yang mudah dijual dengan minimal Rp. 500.000,- seperti sepeda motor kredit / non kredit, emas, ternak, kapal motor, atau barang modal lainnya. 	<p>Karakter individu dan keluarga mencakup.</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Tidak bisa makan 2 x sehari atau lebih; b. Tidak bisa menyediakan daging / ikan/ telur sebagai lauk pauk paling kurang seminggu sekali; c. Tidak bisa memiliki pakaian yang berbeda untuk setiap aktivitas; d. Tidak bisa memperoleh pakaian baru minimal satu stel setahun terakhir; e. Bagian terluas lantai rumah dari tanah; f. Luas lantai rumah kurang dari 8 m² per penghuni rumah; g. Tidak ada anggota keluarga berusia > 15 tahun mempunyai penghasilan tetap; h. Bila anak sakit / PUS ingin ber KB tidak bisa ke fasilitas kesehatan; i. Anak berusia 7 – 15 tahun tidak bisa sekolah <p>Karakter lingkungan sosial mencakup :</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Minimnya sarana dan prasarana pendidikan yang terlihat dari kurangnya jumlah guru dan gedung sekolah jika dibandingkan dengan jumlah siswa. b. Minimnya sarana dan prasarana kesehatan yang terlihat dari kurangnya jumlah tenaga medis (Dokter, Bidan dan perawat) dan kondisi prasarana kesehatan seperti puskesmas, puskesmas pembantu dan polides yang kurang baik. c. Minimnya prasarana transportasi, berupa jalan dan jembatan yang terlihat dari belum adanya jalan antara desa dan dusun serta jalan yang ada dalam kondisi rusak berat sehingga mengganggu mobilisasi orang dan barang. d. Minimnya sarana dan prasarana perekonomian rakyat, baik pasar, dsb, yang terlihat dari tidak adanya pasar untuk menjual hasil produksi hasil pertanian masyarakat.



Gambar .1
Wawancara dengan Petugas Statistik



Gambar . 2
Wawancara dengan Petugas Askes



Gambar .3

Wawancara dengan Sekda kabupaten Sintang



Gambar .4

Wawancara dengan Kepala Dinkes Kabupaten sintang



Gambar . 5

Wawancara dengan Peserta Jamkesmas



Gambar .6

Wawancara dengan Peserta Jamkesmas

PETA KABUPATEN SINTANG

