

**TUGAS AKHIR PROGRAM MAGISTER (TAPM)**

**IMPLEMENTASI KEBIJAKAN  
PELAYANAN JAMINAN KESEHATAN DAERAH  
DI KABUPATEN SUKAMARA  
(Studi Implementasi Kebijakan Kesehatan Pada RSUD Sukamara)**



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

**Disusun Oleh :**

**JUNAIDIN TARIGAN**

**NIM. 017985288**

**PROGRAM PASCASARJANA  
UNIVERSITAS TERBUKA  
JAKARTA  
2013**

**ABSTRAK****IMPLEMENTASI KEBIJAKAN  
PELAYANAN JAMINAN KESEHATAN DAERAH  
DI KABUPATEN SUKAMARA  
(Studi Implementasi Kebijakan Kesehatan Pada RSUD Sukamara)**

**Junaidin Tarigan**  
**Universitas Terbuka**  
**jt.lingga@gmail.com**

**Kata Kunci:** Implementasi kebijakan Jamkesda, Rumah Sakit Umum Daerah Sukamara, faktor pendukung dan faktor penghambat.

Penelitian ini bertujuan untuk mendeskripsikan dan menganalisis implementasi Kebijakan Pelayanan Jaminan Kesehatan Daerah (Jamkesda), serta mendeskripsikan dan menganalisis faktor-faktor pendukung dan penghambat pelaksanaan Implementasi Kebijakan Pelayanan Jamkesda di RSUD Sukamara.

Masalah pada penelitian ini dibatasi hanya pada pembahasan mengenai gambaran Implementasi Kebijakan Pelayanan Jaminan Kesehatan Daerah (Jamkesda) di RSUD Sukamara (pada tahun 2010 s/d tahun 2012). Sasaran dari penelitian ini adalah Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Kabupaten Sukamara, dalam hal ini Direktur Rumah Sakit, Kasi Pelayanan Medik RSUD, dan Pelaksana Teknis Pelayanan (Perawat).

Penelitian Implementasi Kebijakan Jaminan Kesehatan Daerah (Jamkesda) di Kabupaten Sukamara termasuk kedalam penelitian kualitatif dengan analisis data deskriptif. Sumber data yang digunakan adalah sumber data primer dan sekunder. Sedangkan teknik pengumpulan data dengan wawancara mendalam (indepth interview) dan dokumentasi.

Implementasi Kebijakan Pelayanan Jaminan Kesehatan Daerah Di Kabupten Sukamara khususnya pada RSUD Sukamara secara umum sudah sesuai dengan Peraturan Bupati Sukamara Nomor 21 Tahun 2011, Tentang Perubahan Peraturan Bupati Nomor 5 Tahun 2009, Tentang Pedoman Pelaksanaan Jaminan Kesehatan Daerah Kabupaten Sukamara dan Surat Perjanjian Kerja Sama Tentang Pemberian Pelayanan Bagi Pasien Jamkesda yang telah disepakati antara Dinas Kesehatan dengan Rumah Sakit Umum Daerah Sukamara. Dari hasil penelitian yang dilakukan dengan cara wawancara mendalam dan dokumentasi diperoleh beberapa faktor pendukung implementasi Kebijakan Pelayanan Jaminan Kesehatan Daerah (Jamkesda) di RSUD Sukamara yaitu sumber daya (anggaran), sikap dan struktur birokrasi. Sedangkan yang menjadi faktor kendala adalah komunikasi dan sumber daya (sumber daya manusia).

**ABSTRACT****Implementation of Policy  
Of Regional Health Insurance Service  
in Sukamara Regency  
(Study of Implementation of Health Policy in RSUD Sukamara)****Junaidin Tarigan  
Universitas Terbuka  
jt.lingga@gmail.com****Keywords:** Implementation of Policy of Jamkesda, General Hospital of Sukamara Regency, supporting factor and unsupporting factor.

This study was intended to describe and analyze the implementation of Policy of Regional Health Insurance Service (Jamkesda), also to describe and analyze the supporting factors and the unsupporting factors of the implementation of Policy of Jamkesda Service in RSUD Sukamara.

The problem of this study was limited only on the discussion of the description of Implementation of Policy of Regional Health Insurance Service in RSUD Sukamara (from 2010 to 2012). The object of this study was the General Hospital of Sukamara Regency, in this case the Director of the Hospital, Head of Administration of Medical Services of the Hospital, and Technical Service Executor (the Nurses).

The study of the Implementation of Policy of Regional Health Insurance Service in Sukamara Regency was a qualitative study by analyzing descriptive data. The source of the data that was used was primary and secondary data sources. The technique of data collecting was by in-depth interview and documentation.

The Implementation of Policy of Regional Health Insurance Service in Sukamara Regency especially in RSUD Sukamara had been in accordance to the Sukamara Regent Regulation Number 21 Year 2011, About the Changing of Sukamara Regent Regulation Number 5 Year 2009, About the Manual of Implementing of Regency Sukamara Health Insurance dan the Letter of Aggrement about the Service for Patient of Jamkesda which had been agreed between Department of Health and General Hospital of Sukamara Regency. From the in-depth interview and documentation which had been done was obtained some supporting factors for the Implementation of Policy of Regional Health Insurance Service di RSUD Sukamara they are sources (budget), bureaucracy attitude and structure. Whereas the unsupporting factors were communication and human resources.

**UNIVERSITAS TERBUKA  
PROGRAM PASCASARJANA  
MAGISTER ADMINISTRASI PUBLIK**

**PERNYATAAN**

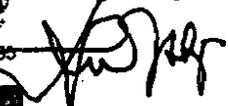
TAPM yang berjudul **IMPLEMENTASI KEBIJAKAN PELAYANAN JAMINAN KESEHATAN DAERAH DI KABUPATEN SUKAMARA (Studi Implementasi Kebijakan Kesehatan Pada RSUD Sukamara)** adalah hasil karya saya sendiri, dan seluruh sumber yang dikutip maupun dirujuk telah saya nyatakan dengan benar.

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

Palangka Raya, 20 Juli 2013

Yang menyatakan



  
**(JUNAIDIN TARIGAN)**  
**NIM. 017985288**

**LEMBAR PERSETUJUAN TUGAS AKHIR PROGRAM MAGISTER  
(TAPM)**

JUDUL TAPM : IMPLEMENTASI KEBIJAKAN PELAYANAN  
JAMINAN KESEHATAN DAERAH DI  
KABUPATEN SUKAMARA (Studi Implementasi  
Kebijakan Kesehatan Pada RSUD Sukamara)

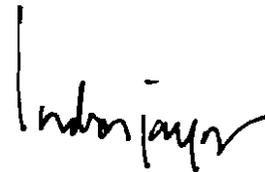
NAMA : JUNAIDIN TARIGAN  
NIM : 017985288  
PROGRAM STUDI : MAGISTER ADMINISTRASI PUBLIK (MAP)/90

Pembimbing I

Pembimbing II



Prof. Dr. H. Agus Sholahuddin, MS  
NIDN. 0721115801



Dr. Kusnida Indrajaya, M.Si  
NIP. 19740818 200912 1 004

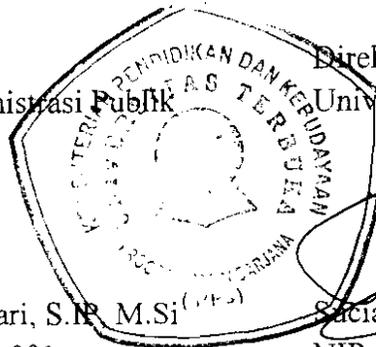
Mengetahui,

Ketua Bidang Ilmu /  
Program Magister Administrasi Publik



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

Direktur Program Pascasarjana  
Universitas Terbuka,




Sa'idiati, M.Sc, Ph.D  
NIP. 19520213 198503 2 001

**UNIVERSITAS TERBUKA  
PROGRAM PASCASARJANA  
PROGRAM MAGISTER ADMINISTRASI PUBLIK**

**PENGESAHAN**

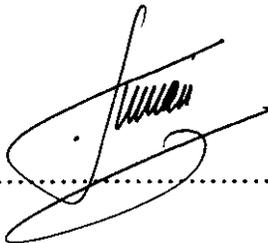
NAMA : JUNAIDIN TARIGAN  
 NIM : 017985288  
 PROGRAM STUDI : MAGISTER ADMINISTRASI PUBLIK (MAP)/90  
 JUDUL TAPM : Implementasi Kebijakan Pelayanan Jaminan Kesehatan Daerah di Kabupaten Sukamara (Studi Implementasi Kebijakan Kesehatan pada RSUD Sukamara)

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

Hari / Tanggal : Sabtu, 20 Juli 2013  
 Waktu : 12.00 s/d 14.00 WIB.  
 Dan telah dinyatakan **LULUS**.

**Panitia Penguji TAPM**

Ketua Komisi Penguji.  
 Suciati, M.Si., Ph.D.



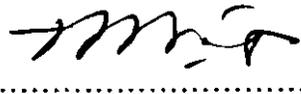
.....

Penguji Ahli :  
 Prof. Dr. Sangkala, M.Si.



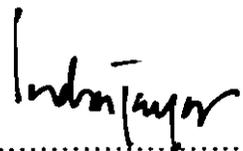
.....

Pembimbing I :  
 Prof. Dr. H. Agus Sholahuddin, MS



.....

Pembimbing II :  
 Dr. Kusnida Indrajaya, M.Si.



.....

## PENGANTAR

Dengan memanjatkan puji syukur kehadirat Tuhan Yang Maha Esa atas segala limpahan rahmat dan berkat-Nya sehingga menyusun Tugas Akhir Program Magister (TAPM) ini dapat diselesaikan.

Tesis ini merupakan tugas akhir dalam menempuh studi program pascasarjana pada Program Magister Administrasi Publik di Universitas Terbuka Palangka Raya (S2) dengan judul “IMPLEMENTASI KEBIJAKAN PELAYANAN JAMINAN KESEHATAN DAERAH DI KABUPATEN SUKAMARA (Studi Implementasi Kebijakan Kesehatan Pada RSUD Sukamara)”.

Penulis menyadari bahwa dalam penyusunan Tugas Akhir Program Magister (TAPM) ini masih jauh dari sempurna baik dari segi penulisan maupun penyajian materinya, namun penulis terbuka menerima kritikan atau saran yang bersifat membangun dalam menyempurnakan tesis ini.

Selesainya menyusun Tugas Akhir Program Magister (TAPM) ini tidak terlepas dari bimbingan dan arahan dari berbagai pihak. Oleh karena itu ucapan terima kasih disampaikan kepada:

1. Yang terhormat Rektor Universitas Terbuka Palangka Raya beserta jajarannya.
2. Yang terhormat Prof. Dr. H. Agus Sholahuddin, MS. ( Sebagai Pembimbing I) dan Dr. Kusnida Indrajaya, M.Si (Sebagai Pembimbing II).
3. Bupati Sukamara beserta jajarannya yang telah memberikan kesempatan dan dukungan.

4. Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Sukamara beserta seluruh jajarannya.
5. Kepada dr. Eflin M. N. Sianipar, sebagai Direktur RSUD Sukamara, yang memberikan rekomendasi untuk dapat melakukan penelitian di RSUD Sukamara.
6. Kepada dr. Wiwiet Mursetyani, sebagai Kepala Seksi Pelayanan Medik pada RSUD Sukamara, atas informasi serta data yang peneliti butuhkan selama di RSUD Sukamara.
7. Sediono, SKM sebagai Kepala Seksi Jaminan Kesehatan pada Dinas Kesehatan Kabupaten Sukamara.
8. Verifikator dan pengelola Program Jaminan Kesehatan Daerah Kabupaten Sukamara.
9. Orang tua dan keluarga, terutama Istri dan Resha Jessivane Tarigan (Putri Tercinta) yang selalu memberikan dukungan dan semangat.
10. Rekan-rekan mahasiswa dan semua pihak yang telah membantu baik tenaga maupun pikiran dalam rangka menyusun Tugas Akhir Program Magister (TAPM) ini.

Akhirnya, saya berharap Tuhan Yang Maha Esa berkenan membalas segala kebaikan semua pihak yang telah membantu. Semoga TAPM ini membawa manfaat bagi pengembangan ilmu.

Palangka Raya, 20 Juni 2013

Penulis

## DAFTAR ISI

Abstrak.....	i
Halaman Persetujuan .....	iii
Halaman Pengesahan.....	iv
Kata Pengantar.....	v
Daftar Isi .....	vii
Daftar Tabel .....	viii
Daftar Gambar.....	ix
Daftar Lampiran .....	x
<b>BAB I    PENDAHULUAN .....</b>	<b>1</b>
A. Latar Belakang .....	1
B. Rumusan Masalah .....	7
C. Tujuan Penelitian .....	8
D. Kegunaan Penelitian .....	9
E. Ruang Lingkup Penelitian.....	10
<b>BAB II    TINJAUAN PUSTAKA .....</b>	<b>12</b>
A. Kajian Teori.....	12
B. Kajian Terdahulu/ Penelitian Sebelumnya.....	38
C. Kerangka Berfikir dan Kerangka Acuan.....	41
<b>BAB III    METODE PENELITIAN.....</b>	<b>43</b>
A. Desain Penelitian.....	43
B. Narasumber/Subjek dan Objek Penelitian.....	47
C. Pengumpulan Data.....	48
D. Pemilihan Narasumber.....	53
E. Validitas dan Realibilitas.....	54
F. Metode Analisis Data.....	57
<b>BAB IV    TEMUAN DAN PEMBAHASAN.....</b>	<b>61</b>
A. Temuan.....	61
B. Pembahasan .....	95
<b>BAB V    SIMPULAN DAN SARAN.....</b>	<b>105</b>
A. Simpulan .....	105
B. Saran .....	109
<b>DAFTAR PUSTAKA .....</b>	<b>110</b>
<b>LAMPIRAN</b>	
A. Pedoman Wawancara	
B. Transkrip wawancara	

**DAFTAR TABEL**

	Hal.
1. Tabel 4.1 Daftar Ketenagaan RSUD Sukamara Per 31 Desember 2011.....	72
2. Tabel 4.2 Anggaran Program Jamkesda Tahun 2009 s/d 2012.....	78
3. Tabel 4.3 Karakteristik Subyek Penelitian.....	79
4. Tabel 4.4 Anggaran Jamkesda RSUD Sukamara Tahun 2010/ 2011/ 2012.....	100

UNIVERSITAS TERBUKA

**DAFTAR GAMBAR**

	Hal.
1. Gambar 2.1 Alur Pelayanan Kesehatan Program Jamkesda Kabupaten Sukamara.....	34
2. Gambar 2.2 Model Implementasi Kebijakan.....	41
3. Gambar 2.3 Kerangka Konsep Penelitian.....	42

UNIVERSITAS TERBUKA

## DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1 : Panduan wawancara
- Lampiran 2 : Transkrip wawancara
- Lampiran 3 : Dokumentasi pada saat peneliti melakukan wawancara mendalam dengan Subjek penelitian dan informan triangulasi.
- Lampiran 4 : Peraturan Bupati Sukamara Nomor 21 Tahun 2011 Tentang Perubahan Peraturan Bupati Nomor 05 Tahun 2009 Tentang Pedoman Pelaksanaan Jaminan Kesehatan Daerah Kabupaten Sukamara.
- Lampiran 5 : Perjanjian Kerja Sama yang telah disepakati antara Dinas Kesehatan Kabupaten Sukamara dengan Rumah Sakit Umum Daerah Sukamara, Tentang Pelayanan Kesehatan Bagi Peserta Program Jaminan Kesehatan Daerah Tahun 2013.
- Lampiran 6 : Peraturan Bupati Sukamara Nomor: 8 Tahun 2012 Tentang Perubahan Kedua Atas Peraturan Bupati Nomor 05 Tahun 2009 Tentang Pedoman Pelaksanaan Jaminan Kesehatan Daerah Kabupaten Sukamara.

## BAB I

### PENDAHULUAN

#### A. Latar Belakang

Pusat Pembiayaan dan Jaminan Kesehatan Kementerian Republik Indonesia (2013: 1) menyatakan bahwa: Deklarasi Universal Hak Azasi Manusia oleh Perserikatan Bangsa Bangsa (PBB) Tahun 1948 (Indonesia ikut menandatangani) dan Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945 pada Pasal 28 H, menetapkan bahwa kesehatan adalah hak dasar setiap individu dan semua warga Negara berhak mendapatkan pelayanan kesehatan termasuk masyarakat miskin, dalam implementasinya dilaksanakan secara bertahap sesuai kemampuan keuangan Pemerintah dan Pemerintah Daerah.

Kesadaran tentang pentingnya jaminan perlindungan sosial terus berkembang sesuai dengan amanat pada perubahan UUD 1945 Pasal 34 ayat 2, yaitu menyebutkan bahwa Negara mengembangkan Sistem Jaminan Sosial bagi seluruh rakyat Indonesia. Dengan dimasukkannya Sistem Jaminan Sosial dalam perubahan UUD 1945, dan terbitnya UU Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN), menjadi suatu bukti yang kuat bahwa pemerintah dan pemangku kepentingan terkait memiliki komitmen yang besar untuk mewujudkan kesejahteraan sosial bagi seluruh rakyatnya. Karena melalui SJSN sebagai salah satu bentuk perlindungan sosial pada hakekatnya bertujuan

untuk menjamin seluruh rakyat agar dapat memenuhi kebutuhan dasar hidupnya yang layak.

Kementerian Kesehatan RI, Pedoman Pelaksanaan Jaminan Kesehatan Masyarakat Tahun 2010 (2010: 1) menyebutkan bahwa: Berdasarkan konstitusi dan UU Nomor 40 tentang SJSN, Kementerian Kesehatan sejak tahun 2005 telah melaksanakan program jaminan kesehatan sosial, dimulai dengan program Jaminan Pemeliharaan Kesehatan bagi Masyarakat Miskin/JPKMM (2005) atau lebih dikenal dengan Askeskin (2005-2007) yang kemudian berubah nama menjadi program Jamkesmas sampai dengan sekarang.

Pelaksanaan program Jamkesmas mengikuti prinsip-prinsip penyelenggaraan sebagaimana yang diatur dalam UU SJSN, yaitu dikelola secara nasional, nirlaba, portability, transparan, efisien dan efektif. Pelaksanaan program Jamkesmas tersebut merupakan upaya untuk menjaga kesinambungan pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin dan tidak mampu yang merupakan masa transisi sampai dengan diserahkan kepada Badan Penyelenggaraan Jaminan Sosial sesuai UU SJSN.

Pada aspek pengorganisasian dan manajemen, dilakukan penguatan peran Tim Pengelola dan Tim Koordinasi Jamkesmas di Pusat, Provinsi, dan Kabupaten/Kota, terutama peningkatan kontribusi pemerintah daerah didalam pembinaan dan pengawasan serta peningkatan sumber daya yang ada untuk memperluas cakupan kepesertaan melalui Jaminan Kesehatan Daerah (Jamkesda) dan memberikan bantuan tambahan (suplementasi dan komplementasi) pada hal-hal yang tidak dijamin oleh program Jamkesmas.

Kementerian Kesehatan RI, Pedoman Pelaksanaan Jaminan Kesehatan Masyarakat Tahun 2009 (2009: 4:5) menyatakan bahwa: “melalui 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”.

Melalui Jamkesmas ini peran fungsi pemerintah daerah sebagian telah menunjukkan komitmen seperti pertanggung jawaban terhadap masyarakat miskin yang tidak termasuk dalam SK Bupati/Walikota, menanggung biaya transportasi dari daerah, dan bahkan ada beberapa daerah yang telah menjaminkan seluruh penduduk diluar kuota. Dan salah satu upaya perbaikan pengorganisasian manajemen Jamkesmas pada tahun 2009 adalah seluruh Pemda Provinsi/Kabupaten/Kota diharuskan berkontribusi didalam mensukseskan Jamkesmas dan penjaminan masyarakat diluar kuota dengan mekanisme pengelolaannya seyogianya mengikuti pola Jamkesmas. Pengelolaannya diharuskan memperhatikan penyelenggaraan secara nirlaba, portabilitas, pelayanan terstruktur, transparan dan akuntabel.

Berangkat dari reformasi pengorganisasian manajemen Jamkesmas pada tahun 2009 tersebut, Pemerintah Kabupaten Sukamara melalui Peraturan Bupati Nomor 05 Tahun 2009 yang telah diubah melalui Peraturan Bupati Nomor 21 Tahun 2011, Tentang Pedoman Pelaksanaan Jaminan Kesehatan Daerah Kabupaten Sukamara. Bab II Pasal 2 (2) Tujuan penyelenggaraan Jamkesda adalah untuk meningkatkan akses dan mutu pelayanan kesehatan kepada

masyarakat. Bab IV Pasal 4 Peserta program Jamkesda terdiri dari: (a) orang tidak mampu penduduk daerah yang tidak terdaftar sebagai peserta Jamkesmas yang dibuktikan dengan SKTM oleh pejabat yang berwenang. (b) Bayi baru lahir dari peserta program Jamkesmas yang dibuktikan dengan surat keterangan direktur Rumah Sakit atau pimpinan Puskesmas. Bab V Pasal (5) Setiap peserta program Jamkesda berhak mendapatkan perawatan kesehatan rawat jalan, rawat inap dan pelayanan gawat darurat serta pelayanan kesehatan lainnya di Rumah Sakit dan Rumah Sakit Rujukan yang ditunjuk. Bab VII Sumber Dan Alokasi Pembiayaan Pasal (16) menyebutkan bahwa sumber pembiayaan program Jamkesda berasal dari Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah yang dialokasikan melalui DPA-SKPD Dinas Kesehatan. Berdasarkan Peraturan Bupati tersebut, artinya Pemerintah Kabupaten Sukamara menjamin akses penduduk miskin di Kabupaten Sukamara terhadap pelayanan kesehatan sebagaimana diamanatkan dalam Undang-Undang Dasar 1945.

Program Jaminan Kesehatan Daerah (Jamkesda) di Kabupaten Sukamara mulai diberlakukan pada tahun 2009, jadi sampai saat ini sudah berjalan kurang lebih 3 (tiga) tahun. Pada pelaksanaannya Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Sukamara sangat berperan penting sebagai Pemberi Pelayanan Kesehatan (PPK) pada tahap Rawat Jalan Tingkat Lanjut (RJTL) dan Rawat Inap Tingkat Lanjut (RITL). Pelayanan Jamkesda Sukamara terselenggara atas kerjasama Dinas Kesehatan Kabupaten Sukamara selaku pengelola Program Jamkesda dan RSUD Sukamara sebagai pihak PPK. Seluruh pelayanan Jamkesda di RSUD Sukamara harus berdasarkan Peraturan Bupati Sukamara Nomor: 21 Tahun 2011 Tentang

Perubahan Peraturan Bupati Nomor 05 Tahun 2009 Tentang Pedoman Pelaksanaan Jaminan Kesehatan Daerah Kabupaten Sukamara. Dan semuanya dituangkan dalam bentuk Perjanjian Kerja Sama antara Dinas Kesehatan Kabupaten Sukamara dengan Rumah Sakit Umum Daerah Sukamara tentang Pelayanan Kesehatan Bagi Peserta Program Jaminan Kesehatan Daerah, yang untuk setiap tahunnya diperbaharui.

Penyelenggaraan Kebijakan Pelayanan Jamkesda di RSUD Sukamara ditujukan kepada terciptanya pelayanan publik (*public service*) khususnya pelayanan publik dibidang kesehatan bagi masyarakat miskin. Penyelenggaraan kebijakan pelayanan Jaminan Kesehatan Daerah di RSUD Sukamara dalam menjalankan kinerja dan fungsi-fungsi administrasi yang diartikan sebagai penyediaan jasa kesehatan bagi masyarakat yang menjadi tanggung jawab RSUD Sukamara.

Sehubungan dengan kebijakan tersebut dalam mengimplementasikan suatu kebijakan, diperlukan hal-hal seperti yang dikatakan George Edward III (1980): “dalam menjalankan kebijakan perlu 4 (empat) isu pokok agar implementasi kebijakan menjadi efektif, yaitu komunikasi, sumber daya (SDM, anggaran dan fasilitas), disposisi atau sikap dan struktur birokrasi”.

Dan dalam pelaksanaan Kebijakan Program Jamkesda di RSUD Sukamara memang masih menghadapi beberapa kendala-kendala baik secara internal maupun eksternal. Seperti salah satunya adalah kendala pada Sumber Daya Manusia (SDM), masih kurangnya tenaga dokter, baik dokter umum dan dokter spesialis. Hal ini terlihat dari jumlah dokter umum total seluruhnya adalah 5 (lima)

orang dan hanya 2 (dua) orang dokter yang sudah berstatus PNS, selebihnya PTT dan kontrak. Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor: 340/ MENKES/ PER/ III/ 2010, bahwa RSUD dengan tipe D minimal harus memiliki 4 (empat) spesialis dasar. Yaitu Dokter Spesialis Anak, Dokter Spesialis Kandungan, Dokter Spesialis Dalam dan Dokter Spesialis Bedah. Sedangkan RSUD Sukamara baru memiliki 3 (tiga) Spesialis Dasar yang disyaratkan.

Implementasi Kebijakan Pelayanan Jamkesda di RSUD Sukamara juga terlihat pada kasus rujukan oleh RSUD Sukamara, ke Rumah Sakit Rujukan yang telah ditunjuk oleh Pemerintah Daerah. Pada tahun 2010, jumlah pasien rawat jalan dan rawat inap yang ditangani oleh RSUD Sukamara adalah 213 pasien Jamkesda, sedangkan yang dirujuk 39 pasien Jamkesda. Artinya dalam 1 (satu) bulan Rumah Sakit merujuk 3 (tiga) pasien Jamkesda ke Rumah Sakit Rujukan yang sudah ditunjuk dan total pasien yang dirujuk adalah 18 % dari jumlah keseluruhan pasien. Pada tahun 2012 jumlah pasien Jamkesda yang dirujuk adalah 36 pasien dari 203 pasien Jamkesda yang ditangani di RSUD Sukamara. Hal tersebut menunjukkan rata-rata jumlah pasien Jamkesda yang dirujuk belum berubah. Meskipun kasus-kasus rujukan pada pasien jamkesda lebih mengarah pada diagnosis penyakit-penyakit tertentu seperti kanker, stroke dengan gejala kelumpuhan, trauma berat, katarak dan lain-lain.

Berdasarkan latar belakang tersebut diatas, maka penulis bermaksud untuk mengadakan suatu penelitian untuk mengetahui bagaimana Implementasi Kebijakan Pelayanan Jaminan Kesehatan Daerah di Kabupaten Sukamara

melalui Studi Implementasi Kebijakan Kesehatan pada RSUD Sukamara (tahun 2010 s/d tahun 2012), mengingat selama ini belum pernah dilakukan penelitian berkaitan dengan Kebijakan Pelayanan Jamkesda di Kabupaten Sukamara, yang termasuk dalam program unggulan bagi Pemerintah Kabupaten Sukamara yang diharapkan dapat meningkatkan derajat kesehatan masyarakat sukamara melalui pemberian akses pelayanan kesehatan yang mudah bagi masyarakat miskin di Kabupaten Sukamara.

## **B. Rumusan Masalah**

Undang-Undang Dasar 1945 pasal 28 ayat h dan Undang-Undang Kesehatan Nomor 36 Tahun 2009, menetapkan bahwa kesehatan adalah hak fundamental setiap penduduk. Karena itu setiap individu, keluarga dan masyarakat berhak memperoleh perlindungan terhadap kesehatannya, dan negara bertanggung jawab mengatur agar terpenuhi hak hidup sehat bagi penduduknya termasuk bagi masyarakat miskin dan tidak mampu.

Untuk menjamin akses penduduk miskin di wilayah Kabupaten Sukamara terhadap pelayanan kesehatan sebagaimana diamanatkan dalam Undang-Undang Dasar 1945, dicanangkan program jaminan kesehatan bagi masyarakat miskin dan tidak mampu melalui Peraturan Bupati Sukamara Nomor 21 Tahun 2011, Tentang Perubahan Peraturan Bupati Nomor 05 Tahun 2009, Tentang Pedoman Pelaksanaan Jaminan Kesehatan Daerah Sukamara dan dalam pelaksanaannya melibatkan RSUD Sukamara sebagai pemberi pelayanan kesehatan (PPK) pada tahap rawat inap tingkat lanjut (RITL) dan rawat jalan tingkat lanjut (RJTL).

Program Jamkesda di Kabupaten Sukamara telah berjalan selama 3 (tiga) tahun dan akan memasuki tahun ke 4 (empat) seiring berjalannya waktu telah banyak hasil yang dicapai, meskipun juga mengalami kendala-kendala pada proses pelaksanaannya.

Atas dasar pertimbangan tersebut serta uraian pada latar belakang diatas, didapat rumusan masalah sebagai berikut:

1. Bagaimana implementasi Kebijakan Pelayanan Jaminan Kesehatan Daerah (Jamkesda) di RSUD Sukamara (pada tahun 2010 s/d tahun 2012) berdasarkan Peraturan Bupati Sukamara Nomor 21 Tahun 2011, Tentang Perubahan Peraturan Bupati Nomor 05 Tahun 2009, Tentang Pedoman Pelaksanaan Jaminan Kesehatan Daerah Sukamara.
2. Apa faktor-faktor yang mendorong dan menjadi kendala dalam implementasi Kebijakan Pelayanan Jaminan Kesehatan Daerah (Jamkesda) di RSUD Sukamara (pada tahun 2010 s/d tahun 2012).

### **C. Tujuan Penelitian**

1. Tujuan umum.
  - a. Untuk mendiskripsikan dan menganalisis implementasi Kebijakan Pelayanan Jaminan Kesehatan Daerah (Jamkesda) di RSUD Sukamara.
  - b. Untuk mendiskripsikan dan menganalisis faktor-faktor yang mendorong dan menjadi kendala dalam implementasi Kebijakan Pelayanan Jaminan Kesehatan Daerah (Jamkesda) di RSUD Sukamara.

2. Tujuan Khusus
  - a. Mengetahui peran dan fungsi komunikasi dalam implementasi Kebijakan Pelayanan Jaminan Kesehatan Daerah (Jamkesda) di RSUD Sukamara.
  - b. Mengetahui peran dan fungsi sumber daya dalam implementasi Kebijakan Pelayanan Jaminan Kesehatan Daerah (Jamkesda) di RSUD Sukamara.
  - c. Mengetahui peran dan fungsi disposisi dalam implementasi Kebijakan Pelayanan Jaminan Kesehatan Daerah (Jamkesda) di RSUD Sukamara.
  - d. Mengetahui peran dan fungsi struktur birokrasi dalam implementasi Kebijakan Pelayanan Jaminan Kesehatan Daerah (Jamkesda) di RSUD Sukamara.

#### **D. Kegunaan Penelitian**

Manfaat dari penelitian ini adalah:

1. Sebagai bahan masukan bagi para pengelola dan pelaksana Kebijakan Pelayanan Jaminan Kesehatan Daerah (Jamkesda) berkaitan dengan dampak atau *output* dari pelaksanaan Jamkesda di Kabupaten Sukamara.
2. Sebagai bahan evaluasi pelaksanaan pelayanan Kebijakan Jamkesda di RSUD Sukamara.
3. Untuk mendapatkan hasil segera sehingga dapat dimanfaatkan sebagai pertimbangan dan masukan dalam penetapan Kebijakan Pelayanan Jamkesda untuk tahun berikutnya.

4. Sebagai bahan masukan untuk penelitian lebih lanjut, khususnya bidang Kebijakan Pelayanan Jamkesda di Kabupaten Sukamara.
5. Bagi peneliti sendiri dapat mengaplikasikan ilmu pengetahuan yang telah di dapat di perkuliahan, dan dapat menambah wawasan tentang Kebijakan Pelayanan Jamkesda di Kabupaten Sukamara.

#### **E. Ruang Lingkup Penelitian**

Karena keterbatasan penulis mengenai waktu, sarana, tenaga dan biaya maka penulis membatasi masalah yang hanya mencakup pada ruang lingkup:

1. Lingkungan keilmuan.

Penelitian ini termasuk dalam ilmu Administrasi Publik, dengan kajian Kebijakan Pelayanan Publik.

2. Lingkup masalah.

Masalah pada penelitian ini dibatasi hanya pada pembahasan mengenai gambaran implementasi Kebijakan Pelayanan Jaminan Kesehatan Daerah (Jamkesda) di RSUD Sukamara (pada tahun 2010 sampai dengan tahun 2012).

3. Lingkup waktu.

Penelitian dilaksanakan pada bulan Februari sampai dengan bulan Juni tahun 2013.

4. Lingkup sasaran.

Sasaran dari penelitian ini adalah Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Kabupaten Sukamara, dalam hal ini Pimpinan Rumah Sakit, Kasi

Pelayanan Medik RSUD, dan Pelaksana Teknis Pelayanan (Perawat) di RSUD Sukamara.

5. Lingkup lokasi.

Penelitian ini dilaksanakan di Rumah Sakit Umum Daerah Sukamara, Kabupaten Sukamara, Provinsi Kalimantan Tengah.

UNIVERSITAS TERBUKA

## BAB II

### TINJAUAN PUSTAKA

#### A. Kajian Teori

##### 1. Kebijakan public.

###### a. Pengertian kebijakan public.

Riant Nugroho D., Analisis Kebijakan Publik (2007: 218) berpendapat bahwa kebijakan publik adalah setiap keputusan pemerintah yang memberikan impek pada kehidupan bersama.

Afrizal Woyla Saputra Zaini (2012) menyebutkan bahwa, “kebijakan publik merupakan suatu aturan-aturan yang dibuat oleh pemerintah dan merupakan bagian dari keputusan politik untuk mengatasi berbagai persoalan dan isu-isu yang ada dan berkembang di masyarakat. Kebijakan publik juga merupakan keputusan yang dibuat oleh pemerintah untuk melakukan pilihan tindakan tertentu untuk tidak melakukan sesuatu maupun untuk melakukan tindakan tertentu”.

Untuk memahami lebih jauh bagaimana kebijakan publik sebagai solusi permasalahan yang ada pada masyarakat, kita harus memahami dulu apa dan seperti apa kebijakan publik itu sendiri. Berikut adalah definisi-definisi kebijakan publik menurut para ahli kebijakan publik dunia.

**Thomas R. Dye (1981)** menyebutkan, “kebijakan publik adalah apa yang tidak dilakukan maupun yang dilakukan oleh pemerintah”.

Pengertian yang diberikan Thomas R. Dye ini memiliki ruang lingkup yang sangat luas. Selain itu, kajiannya yang hanya terfokus pada negara sebagai pokok kajian.

**Chief J.O. Udoji (1981)** mendefinisikan, “kebijakan publik sebagai suatu tindakan bersanksi yang mengarah pada suatu tujuan tertentu yang diarahkan pada suatu masalah atau sekelompok masalah tertentu yang saling berkaitan yang mempengaruhi sebagian besar warga masyarakat”.

**George Edward III (1980)** mengemukakan, “kebijakan publik didefinisikan sebagai apa yang dinyatakan dan dilakukan atau tidak dilakukan oleh pemerintah termasuk kebijakan public”. Merujuk pada definisi di atas, kebijakan publik tampil sebagai sasaran atau tujuan program-program. Edward lebih lanjut menjelaskan bahwa kebijakan publik itu dapat diterapkan secara jelas dalam peraturan perundang-undangan dalam bentuk pidato-pidato pejabat teras pemerintah ataupun berupa program-program dan tindakan-tindakan yang dilakukan pemerintah.

**Woll (1966)** berpendapat bahwa, “Kebijakan publik ialah sejumlah aktivitas pemerintah untuk memecahkan masalah di masyarakat, baik secara langsung maupun melalui berbagai lembaga yang mempengaruhi kehidupan masyarakat”. Dalam pelaksanaan kebijakan publik terdapat tiga tingkat pengaruh sebagai implikasi dari tindakan pemerintah tersebut yaitu: 1) adanya pilihan kebijakan atau

keputusan yang dibuat oleh politisi, pegawai pemerintah atau yang lainnya yang bertujuan menggunakan kekuatan publik untuk mempengaruhi kehidupan masyarakat; 2) adanya output kebijakan, di mana kebijakan yang diterapkan pada level ini menuntut pemerintah untuk melakukan pengaturan, penganggaran, pembentukan personil dan membuat regulasi dalam bentuk program yang akan mempengaruhi kehidupan masyarakat; 3) adanya dampak kebijakan yang merupakan efek pilihan kebijakan yang mempengaruhi kehidupan masyarakat.

Berdasarkan berbagai definisi para ahli kebijakan publik diatas, dapat disimpulkan bahwa kebijakan publik adalah kebijakan-kebijakan yang dibuat oleh pemerintah sebagai pembuat kebijakan untuk mencapai tujuan-tujuan tertentu di masyarakat di mana dalam penyusunannya melalui berbagai tahapan.

b. Tahap-tahap dalam perumusan kebijakan publik

Perumusan kebijakan merupakan salah satu tahap yang paling penting dalam pembentukan kebijakan publik. Suatu keputusan kebijakan mencakup tindakan oleh seorang pejabat atau lembaga resmi untuk menyetujui, mengubah, atau menolak suatu alternatif kebijakan yang dipilih. Demikian juga keputusan-keputusan yang dibuat oleh pejabat-pejabat pemerintah dianggap sah, jika pejabat-pejabat tersebut mempunyai wewenang yang sah untuk bertindak dan memenuhi ukuran-ukuran yang diterima dalam mengambil tindakan.

Tahap-tahap dalam perumusan kebijakan adalah:

1) Perumusan masalah.

Mengenali dan merumuskan masalah merupakan langkah yang paling fundamental dalam perumusan kebijakan. Untuk dapat merumuskan kebijakan dengan baik, maka masalah-masalah publik harus dikenali dan didefinisikan dengan baik pula. Kebijakan publik pada dasarnya dibuat untuk memecahkan masalah yang ada dalam masyarakat.

2) Agenda kebijakan.

Tidak semua masalah publik akan masuk dalam agenda kebijakan. Masalah-masalah tersebut saling berkompetisi antara satu dengan yang lainnya. Hanya masalah-masalah tertentu yang pada akhirnya akan masuk kedalam agenda kebijakan.

3) Pemilihan alternatif kebijakan untuk memecahkan masalah.

Setelah masalah-masalah publik didefinisikan dengan baik dan para perumus kebijakan sepakat untuk memasukkan masalah tersebut kedalam agenda kebijakan, maka langkah selanjutnya adalah membuat pemecahan masalah. Di sini para perumus kebijakan akan berhadapan dengan alternatif-alternatif pilihan kebijakan yang dapat diambil untuk memecahkan masalah tersebut. Pada tahap ini para perumus kebijakan akan dihadapkan pada pertarungan kepentingan antar berbagai aktor yang terlibat dalam perumusan kebijakan.

#### 4) Penetapan kebijakan.

Setelah salah satu dari sekian alternatif kebijakan diputuskan diambil sebagai cara untuk memecahkan masalah kebijakan, maka paling akhir dalam pembentukan kebijakan adalah menetapkan kebijakan yang dipilih tersebut sehingga mempunyai kekuatan hukum yang mengikat. Alternatif kebijakan yang diambil pada dasarnya merupakan kompromi dari berbagai kelompok kepentingan yang terlibat dalam pembentukan kebijakan tersebut. Penetapan kebijakan dapat berbentuk berupa undang-undang, yurisprudensi, keputusan presiden, keputusan menteri, dan lain sebagainya.

#### 2. Implementasi kebijakan publik.

Implementasi kebijakan merupakan proses yang rumit dan kompleks. Namun dibalik kerumitan dan kekomplekannya tersebut, implementasi memegang peran yang cukup vital dalam proses kebijakan. Tanpa adanya tahap implementasi kebijakan, program-program kebijakan yang telah disusun hanya akan menjadi catatan-catatan resmi di meja para pembuat kebijakan. Implementasi kebijakan yang berhasil menjadi faktor penting dari keseluruhan proses kebijakan.

##### a. Model implementasi kebijakan publik menurut Van Meter dan Van Horn

Variabel-variabel kebijakan publik menurut Van Meter dan Van Horn adalah:

1) Ukuran-ukuran dan tujuan-tujuan kebijakan.

Ukuran-ukuran dasar dan tujuan-tujuan berguna dalam menguraikan tujuan-tujuan keputusan kebijakan secara menyeluruh. Dalam menentukan ukuran-ukuran dasar dan sasaran-sasaran, kita dapat menggunakan pernyataan-pernyataan dari para pembuat keputusan sebagaimana direfleksikan dalam banyak dokumen, seperti regulasi-regulasi dan garis-garis pedoman program yang menyatakan kriteria untuk evaluasi kebijakan.

2) Sumber-sumber kebijakan.

Pada implementasi kebijakan sumber-sumber kebijakan layak mendapat perhatian, karena menunjang keberhasilan implementasi kebijakan. Sumber-sumber yang dimaksud mencakup dana atau perangsang (*incentive*) lain yang mendorong dan memperlancar implementasi yang efektif.

3) Komunikasi antar organisasi dan kegiatan-kegiatan pelaksanaan.

Ukuran-ukuran dasar dan tujuan-tujuan tidak dapat dilaksanakan kecuali jika ukuran-ukuran dasar dan tujuan-tujuan itu dinyatakan dengan cukup jelas, sehingga para pelaksana dapat mengetahui apa yang diharapkan ukuran-ukuran dasar dan tujuan-tujuan itu. Komunikasi di dalam dan antar organisasi-organisasi merupakan suatu proses yang kompleks dan sulit. Dalam meneruskan pesan-pesan ke bawah dalam suatu organisasi atau dari suatu organisasi ke organisasi lainnya, para komunikator dapat

menyimpangkan atau menyebarluaskan, baik secara sengaja atau tidak sengaja.

4) Karakteristik badan-badan pelaksanaan.

Dalam melihat karakteristik badan-badan pelaksana, maka tidak terlepas dari struktur birokrasi. Struktur birokrasi diartikan sebagai karakteristik-karakteristik, norma-norma dan pola-pola hubungan yang terjadi berulang-ulang dalam badan-badan eksekutif yang mempunyai hubungan baik potensial maupun nyata dengan apa yang mereka miliki dengan menjalankan kebijakan.

5) Kondisi-kondisi ekonomi, sosial, dan politik.

Dampak kondisi-kondisi ekonomi, sosial dan politik pada kebijakan publik merupakan pusat perhatian yang besar selama kurun waktu beberapa tahun yang lalu. Para peminat perbandingan politik dan kebijakan publik secara khusus tertarik dalam mengidentifikasi pengaruh variabel-variabel lingkungan pada hasil-hasil kebijakan. Faktor-faktor ini mungkin mempunyai efek yang mendalam terhadap pencapaian badan-badan pelaksana.

6) Kecenderungan pelaksanaan (*implementers*).

Implementasi kebijakan yang berhasil harus diikuti oleh kesadaran terhadap kebijakan tersebut secara menyeluruh. Hal itu berarti bahwa kegagalan suatu implementasi kebijakan sering diakibatkan oleh ketidaktaatan para pelaksana terhadap kebijakan. Arah kecenderungan-kecenderungan pelaksana terhadap ukuran-

ukuran dasar dan tujuan-tujuan juga merupakan suatu hal yang sangat penting. Para pelaksana mungkin gagal dalam melaksanakan kebijakan-kebijakan dengan tepat karena mereka menolak tujuan-tujuan yang terkandung dalam kebijakan-kebijakan tersebut.

b. Model implementasi kebijakan publik menurut George Edward III.

Implementasi kebijakan adalah salah satu tahap kebijakan publik, antara pembentukan kebijakan dan konsekuensi-konsekuensi kebijakan bagi masyarakat yang dipengaruhinya. Jika suatu kebijakan tidak tepat atau tidak dapat mengurangi masalah yang merupakan sasaran dari kebijakan, maka kebijakan itu mungkin akan mengalami kegagalan sekalipun kebijakan itu diimplementasikan dengan sangat baik. Sementara itu, suatu kebijakan yang telah direncanakan dengan sangat baik, mungkin juga akan mengalami kegagalan, jika kebijakan tersebut kurang diimplementasikan dengan baik oleh para pelaksana kebijakan.

Menurut teori Edward ada 4 (empat) faktor atau variabel krusial dalam implementasi kebijakan publik. Tidak ada variabel tunggal dalam proses implementasi kebijakan, sehingga perlu dijelaskan keterkaitan antara satu variabel dengan variabel yang lain, dan bagaimana variabel-variabel ini mempengaruhi proses implementasi kebijakan. Berikut adalah 4 (empat) faktor atau variabel tersebut yang mempengaruhi kebijakan publik:

## 1) Komunikasi (*Communications*).

Secara umum Edward membahas tiga hal penting dalam proses komunikasi kebijakan, yaitu transmisi, konsistensi, dan kejelasan.

### a) Transmisi.

Faktor utama yang berpengaruh terhadap komunikasi kebijakan adalah transmisi. Ada beberapa hambatan yang timbul dalam mentransmisikan perintah-perintah implementasi. Pertama, pertentangan pendapat antara para pelaksana dengan perintah yang dikeluarkan oleh pengambil kebijakan. Pertentangan terhadap kebijakan-kebijakan ini akan menimbulkan hambatan-hambatan atau distorsi seketika terhadap komunikasi kebijakan.

Kedua, informasi melewati berlapis-lapis hirarki birokrasi. Seperti kita ketahui birokrasi mempunyai struktur yang ketat dan cenderung sangat hirarkis. Kondisi ini sangat mempengaruhi tingkat efektivitas komunikasi kebijakan yang dijalankan. Ketiga, pada akhirnya penangkapan komunikasi-komunikasi mungkin dihambat oleh persepsi yang selektif dan ketidakmauan para pelaksana untuk untuk mengetahui persyaratan-persyaratan suatu kebijakan.

## b) Kejelasan.

Faktor kedua yang dikemukakan Edward adalah kejelasan. Jika kebijakan-kebijakan diimplementasikan sebagaimana yang diinginkan, maka petunjuk-petunjuk pelaksanaan tidak hanya harus diterima oleh para pelaksana kebijakan, tetapi juga komunikasi kebijakan tersebut harus jelas. Ketidakjelasan pesan komunikasi yang disampaikan berkenaan dengan implementasi kebijakan akan mendorong terjadinya interpretasi yang salah bahkan mungkin bertentangan dengan makna pesan awal.

## c) Konsistensi.

Faktor ketiga yang berpengaruh terhadap komunikasi kebijakan adalah konsistensi. Jika implementasi kebijakan ingin berlangsung efektif, maka perintah-perintah pelaksanaan harus konsisten dan jelas. Disisi yang lain, perintah-perintah implementasi kebijakan yang tidak konsisten akan mendorong para pelaksana kebijakan mengambil tindakan yang sangat longgar dalam menafsirkan dan mengimplementasikan kebijakan.

2) Sumber daya (*Resources*).

Sumber daya memiliki peran penting dalam implementasi kebijakan. Edward III dalam Widodo (2011: 98) mengemukakan bahwa, bagaimanapun jelas dan konsistensinya ketentuan-ketentuan

dan aturan-aturan serta bagaimanapun akuratnya penyampaian ketentuan-ketentuan atau aturan-aturan tersebut, jika para pelaksana kebijakan yang bertanggung jawab untuk melaksanakan kebijakan kurang mempunyai sumber-sumber daya untuk melaksanakan kebijakan secara efektif, maka implementasi kebijakan tersebut tidak akan efektif. Sumber daya tersebut mencakup:

a) Sumber daya manusia (*Staff*).

Implementasi kebijakan tidak akan berhasil tanpa adanya dukungan dari sumber daya manusia yang cukup secara kualitas dan kuantitasnya. Kualitas sumber daya manusia berkaitan dengan keterampilan, dedikasi, profesionalitas, dan kompetensi dibidangnya. Sedangkan kuantitasnya berkaitan dengan jumlah sumber daya manusia apakah sudah cukup untuk melingkupi seluruh kelompok sasaran. Sumber daya manusia sangat berpengaruh terhadap keberhasilan implementasi, sebab tanpa sumber daya manusia yang profesional implementasi kebijakan berjalan lambat.

b) Anggaran (*Budgetary*).

Dalam implementasi kebijakan, anggaran berkaitan dengan kecukupan modal atau investasi atas suatu program atau kebijakan untuk menjamin terlaksananya kebijakan, sebab tanpa dukungan anggaran yang memadai, kebijakan tidak akan berjalan dengan efektif dalam mencapai tujuan dan sasaran.

c) Fasilitas (*Facility*).

Fasilitas atau sarana dan prasarana merupakan salah satu faktor yang berpengaruh dalam implementasi kebijakan. Pengadaan fasilitas yang layak, seperti gedung, tanah dan peralatan perkantoran akan menunjang dalam keberhasilan implementasi suatu program atau kebijakan.

d) Informasi dan kewenangan (*Information & Authority*).

Informasi juga menjadi faktor penting dalam implementasi kebijakan, terutama implementasi yang relevan dan cukup.

3) Sikap (*Dispositions atau Attitudes*).

Salah satu faktor yang mempengaruhi efektifitas implementasi kebijakan adalah sikap implementor. Jika implementor setuju dengan bagian-bagian isi dari kebijakan, maka mereka akan melaksanakan dengan senang hati. Tetapi jika pandangan mereka berbeda dengan pembuat kebijakan, maka proses implementasi akan mengalami banyak masalah. Ada 3 (tiga) bentuk sikap atau respon implementor terhadap kebijakan: kesadaran pelaksana, petunjuk/arahan pelaksana untuk merespon program kearah penerimaan atau penolakan, dan intensitas dari respon tersebut.

#### 4) Struktur birokrasi (*Bureaucratic Structure*).

Membahas badan pelaksana suatu kebijakan, tidak dapat dilepaskan dari struktur birokrasi. Struktur birokrasi adalah karakteristik, norma-norma, dan pola-pola hubungan yang terjadi berulang-ulang dalam badan-badan eksekutif yang mempunyai hubungan baik, potensial maupun nyata dengan apa yang mereka miliki dalam menjalankan kebijakan. Beberapa unsur yang mungkin berpengaruh terhadap organisasi dalam implementasi kebijakan, yaitu:

- a) Kompetensi dan ukuran staf suatu badan.
- b) Tingkat pengawasan hirarki terhadap keputusan-keputusan sub unit dan proses-proses dalam badan pelaksana.
- c) Sumber-sumber politik suatu organisasi (misalnya dukungan diantara anggota legislatif dan eksekutif).
- d) Tingkat komunikasi “terbuka” yaitu jaringan kerja komunikasi horizontal maupun vertikal secara bebas serta tingkat kebebasan yang secara relatif tinggi dalam komunikasi dengan individu-individu diluar organisasi.
- e) Kaitan formal dan informal suatu badan dengan badan pembuat keputusan atau pelaksana keputusan. Kebijakan yang kompleks membutuhkan kerjasama banyak orang, serta pemborosan sumber daya akan mempengaruhi hasil implementasi. Perubahan yang dilakukan tentunya akan mempengaruhi

individu dan secara umum akan mempengaruhi sistem dalam birokrasi.

3. Pelayanan publik.

Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 25 Tahun 2009, Tentang Pelayanan Publik menyatakan bahwa:

a. Pengertian pelayanan publik

Pelayanan Publik adalah kegiatan atau rangkaian dalam rangka pemenuhan kebutuhan pelayanan sesuai dengan peraturan perundang-undangan bagi setiap warga negara dan penduduk atas barang, jasa, dan/atau pelayanan administratif yang disediakan oleh penyelenggara pelayanan publik.

b. Penyelenggara pelayanan publik

Penyelenggara pelayanan publik yang selanjutnya disebut penyelenggara adalah setiap institusi penyelenggara negara, korporasi, lembaga independen yang dibentuk berdasarkan undang-undang untuk kegiatan pelayanan publik dan badan hukum lain yang dibentuk untuk semata-mata untuk kegiatan pelayanan publik.

c. Organisasi penyelenggara pelayanan publik.

Organisasi penyelenggara pelayanan publik yang selanjutnya disebut organisasi penyelenggara adalah satuan kerja penyelenggara pelayanan publik yang berada dilingkungan institusi penyelenggara negara, korporasi, lembaga independen yang dibentuk berdasarkan

undang-undang untuk kegiatan pelayanan publik dan badan hukum lain yang dibentuk semata-mata untuk kegiatan pelayanan publik.

d. Masyarakat

Masyarakat adalah seluruh pihak, baik warga negara maupun penduduk sebagai orang perseorangan, kelompok, maupun badan hukum yang berkedudukan sebagai penerima manfaat pelayanan publik, baik secara langsung maupun tidak langsung.

e. Standar pelayanan

Standar Pelayanan adalah tolak ukur yang dipergunakan sebagai pedoman penyelenggaraan pelayanan dan acuan penilaian kualitas pelayanan sebagai kewajiban dan janji penyelenggara kepada masyarakat dalam rangka pelayanan yang berkualitas, cepat, mudah, terjangkau dan terukur.

f. Prinsip-prinsip pelayanan publik

- 1) Kesederhanaan.
- 2) Kejelasan.
- 3) Kepastian waktu.
- 4) Akurasi.
- 5) Keamanan.
- 6) Tanggung jawab.
- 7) Kelengkapan sarana dan prasarana.
- 8) Kemudahan akses.
- 9) Kedisiplinan, kesopanan, keramahan.

10) Kenyamanan.

4. Jaminan kesehatan.

Peraturan Presiden Republik Indonesia Nomor 12 Tahun 2013 Tentang Jaminan Kesehatan, menjelaskan bahwa, “Jaminan Kesehatan adalah jaminan berupa perlindungan kesehatan agar peserta memperoleh manfaat pemeliharaan kesehatan dan perlindungan dalam memenuhi kebutuhan dasar kesehatan yang diberikan kepada setiap orang yang telah membayar iuran atau iurannya dibayar oleh pemerintah”.

Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan yang selanjutnya disingkat BPJS Kesehatan adalah Badan Hukum yang dibentuk untuk menyelenggarakan program jaminan kesehatan. Penerima Bantuan Iuran Jaminan Kesehatan yang selanjutnya disebut PBI Jaminan Kesehatan adalah fakir miskin dan orang tidak mampu sebagai peserta Jaminan Kesehatan.

Tingginya biaya pelayanan kesehatan di Indonesia saat ini merupakan masalah yang sangat serius karena sangat membebani masyarakat pengguna pelayanan kesehatan sehingga perlu dicarikan jalan keluarnya. Masalah tingginya biaya pelayanan kesehatan ini semakin dirasakan setelah krisis ekonomi melanda Indonesia karena sebagian besar komponen perawatan seperti obat-obatan dan teknologi kedokteran masih diimpor sementara nilai tukar rupiah kita masih rendah. Di sisi lain kemampuan dana pemerintah juga semakin terbatas sehingga subsidi pemerintah kepada masyarakat yang kurang mampu akan terganggu.

Beberapa jenis Jaminan Kesehatan yang dapat menjamin tersedianya pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin.

a. Asuransi Kesehatan

Chriswardani (Ekonomi Kesehatan: 25) menyampaikan bahwa, beban pembiayaan kesehatan di Indonesia semakin hari semakin berat. Ini disebabkan oleh beberapa faktor penting, yaitu: (1) meningkatnya jumlah penduduk; (2) masalah kesehatan yang terus semakin besar baik dari segi kuantitatif maupun kualitatif; (3) perkembangan teknologi kesehatan yang semakin canggih; dan (4) meningkatnya *demand* penduduk terhadap pelayanan kesehatan yang lebih bermutu. Disisi lain, kemampuan pemerintah untuk menyediakan biaya kesehatan terbatas. Oleh sebab itu, perlu ada mekanisme yang mampu membantu keluarga maupun keluarga miskin untuk menanggulangi kesulitan biaya tersebut. Salah satu adalah dengan asuransi kesehatan.

A.A. Gde Muninjaya (2004: 121), menjelaskan bahwa, “asuransi kesehatan adalah suatu mekanisme pengalihan resiko (sakit) dari resiko perorangan menjadi resiko kelompok”. Dengan cara mengalihkan resiko individu menjadi resiko kelompok, beban ekonomi yang harus dipikul oleh masing-masing peserta asuransi akan lebih ringan tetapi mengandung kepastian karena memperoleh jaminan.

Menurut Murti (2000) Dalam Tukiran, Pande M. Kintanegara, Agus Joko Pitoyo, M. Syahbudi Latief (2007: 97) menjelaskan bahwa, “asuransi kesehatan adalah cara untuk mengatasi resiko dan

ketidakpastian peristiwa sakit serta implikasi biaya-biaya yang diakibatkannya”.

A.A. Gde Muninjaya (2004: 121) menyebutkan bahwa, “unsur-unsur dari asuransi kesehatan adalah: (1) ada perjanjian; (2) ada pembelian perlindungan; (3) adanya pembayaran premi oleh masyarakat”.

Apabila dipilah menurut jenis asuransi kesehatan, di Indonesia terdapat dua jenis asuransi kesehatan yaitu asuransi kesehatan individu dan asuransi kesehatan kolektif. Asuransi kesehatan individu biasanya diperuntukkan bagi pribadi atau keluarga dan asuransi kesehatan kolektif terdapat dibanyak perusahaan yang telah memberikan perlindungan kesehatan terhadap pegawainya.

Sedangkan menurut pengelolaannya asuransi kesehatan di Indonesia berkembang secara universal:

- 1) Asuransi kesehatan sosial (*Sosial Health Insurance*).
- 2) Asuransi Kesehatan Komersial Perorangan (*Private Voluntary Health Insurance*).
- 3) Asuransi Kesehatan Komersial Kelompok (*Regulated Private Health Insurance*).

Satu hal yang harus dipenuhi dalam penyelenggaraan program asuransi kesehatan meliputi aspek efisiensi, standar, dan kualitas pelayanan kesehatan.

b. Jaminan Kesehatan Masyarakat.

Kementerian Kesehatan RI Pedoman Pelaksanaan Jaminan Kesehatan Masyarakat Tahun 2009 (2009: 7) menyatakan bahwa, “Jaminan Kesehatan Masyarakat atau disingkat Jamkesmas adalah bentuk belanja bantuan sosial untuk pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin dan tidak mampu”. Program ini diselenggarakan secara Nasional agar terjadi subsidi silang dalam rangka mewujudkan pelayanan kesehatan yang menyeluruh bagi masyarakat miskin.

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

Penyelenggaraan pelayanan kesehatan peserta mengacu pada prinsip-prinsip:

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

c. Jaminan Kesehatan Daerah.

1) Pengertian Jaminan Kesehatan Daerah (Jamkesda).

Peraturan Bupati Sukamara Nomor 21 Tahun 2011 Tentang Perubahan Peraturan Bupati Nomor 5 Tahun 2009, Tentang Pedoman Pelaksanaan Jaminan Kesehatan Daerah Kabupaten Sukamara (2011: 26) menjelaskan bahwa, “Jaminan Kesehatan Daerah Kabupaten Sukamara, yang selanjutnya disingkat Jamkesda adalah program pemberian layanan kesehatan bagi masyarakat yang anggarannya berasal dari Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara dan atau Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah Kabupaten Sukamara”.

2) Maksud, tujuan dan azas.

a) Maksud.

Maksud Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan Daerah yaitu masyarakat Kabupaten Sukamara memperoleh jaminan pemeliharaan kesehatan paripurna yang terkendali mutu dan terkendali biayanya.

b) Tujuan.

Tujuan Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan Daerah adalah mendorong kemandirian masyarakat untuk hidup sehat, dimana kesehatan adalah tanggung jawab bersama dari setiap individu, masyarakat, pemerintah dan swasta, sehingga dapat dicapai derajat kesehatan yang setinggi-tingginya.

## c) Azas.

Azas pemberian Jaminan Kesehatan Daerah: (1) menyeluruh (komprehensif) sesuai standar pelayanan kesehatan; (2) terstruktur, berjenjang dari Puskesmas Pembantu ke Puskesmas dan ke Rumah Sakit Rujukan yang di tunjuk (RSUD Sukamara, RSUD Dr. Doris Sylvanus Palangka Raya dan RSUP Dr. Karyadi Semarang).

## 3) Sasaran.

Seluruh masyarakat/keluarga miskin Kabupaten Sukamara yang tidak terdaftar sebagai peserta Jamkesmas, belum mempunyai Jaminan Kesehatan (Askes, Jamsostek, Jamkesmas dan Asuransi Kesehatan lainnya).

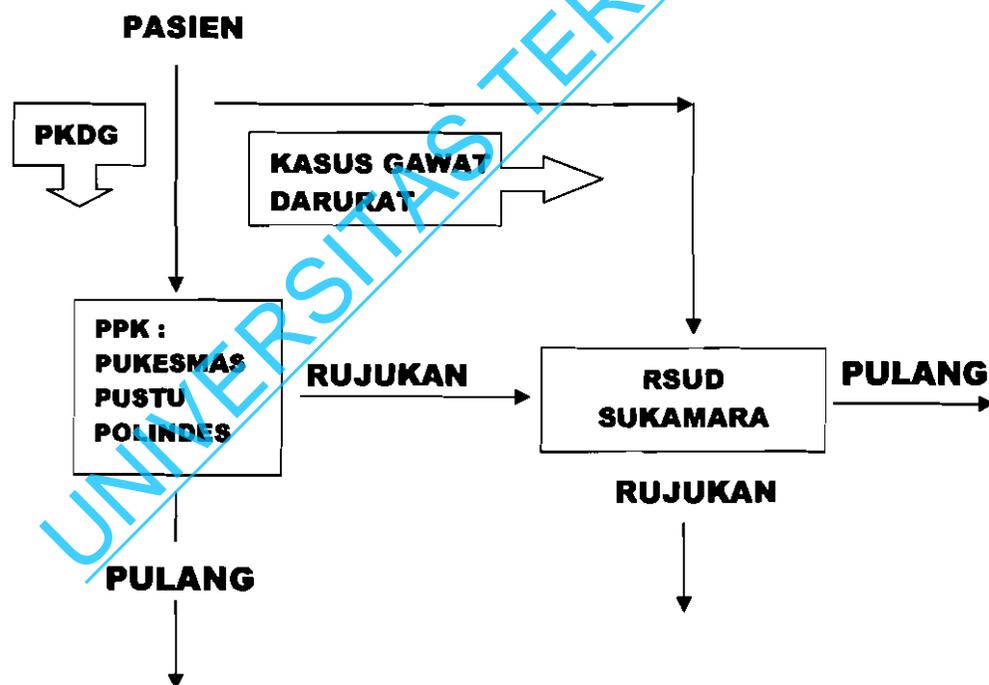
## 4) Persyaratan untuk mendapatkan Jaminan Kesehatan Daerah (Jamkesda).

Persyaratan Untuk Mendapatkan Jaminan Kesehatan Daerah (Jamkesda) adalah orang tidak mampu penduduk Kabupaten Sukamara yang tidak atau belum mempunyai Jaminan Kesehatan (Askes, Jamsostek, Jamkesmas dan Asuransi Kesehatan lainnya). Yang dibuktikan dengan Surat Keterangan Tidak Mampu (SKTM) dari Lurah/ Kepala Desa yang diketahui oleh Camat Setempat.

- 5) Ruang lingkup pelayanan kesehatan.
- a) Ruang Lingkup Pelayanan.  
Ruang Lingkup Pelayanan Program Jaminan Kesehatan Daerah (Jamkesda) meliputi: (1) pelayanan tindakan medic; (2) pelayanan obat, bahan dan alat kesehatan habis pakai; (3) pelayanan penunjang diagnostik; (4) pelayanan darah; dan (5) pelayanan kesehatan lainnya.
  - b) Pelayanan Kesehatan Yang Dibatasi (Pedoman Pelaksanaan Jaminan Kesehatan Daerah Kabupaten Sukamara Tahun 2011:4).
  - c) Pelayanan Kesehatan Yang Tidak Dijamin (Pedoman Pelaksanaan Jaminan Kesehatan Daerah Kabupaten Sukamara Tahun 2011: 5).
  - d) Tatalaksana Pelayanan (Pedoman Pelaksanaan Jaminan Kesehatan Daerah Kabupaten Sukamara Tahun 2011: 6).
- 6) Sumber dana dan alokasi pembiayaan
- a) Sumber Dana  
Sumber pembiayaan Program Jamkesda berasal dari Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah (APBD) Kabupaten Sukamara yang dialokasikan melalui DPA – SKPD Dinas Kesehatan.
  - e) Penyaluran Dana Langsung (Pedoman Pelaksanaan Jaminan Kesehatan Daerah Kabupaten Sukamara Tahun 2011: 9)

- f) Prosedur dan Tatacara Pembayaran (Pedoman Pelaksanaan Jaminan Kesehatan Daerah Kabupaten Sukamara Tahun 2011:9)
- 7) Alur pelayanan kesehatan program Jamkesda Kabupaten Sukamara  
Alur Pelayanan Kesehatan Program Jamkesda Kabupaten Sukamara seperti pada Gambar 2.1 berikut ini:

Gambar 2.1 Alur Pelayanan Kesehatan Program Jamkesda Kabupaten Sukamara



Ket :  
PKDG : Pelayanan Kesehatan Gratis  
PPK : Pemberi Pelayanan Kesehatan

Keterangan alur pelayanan program Jamkesda :

- a) Masyarakat miskin yang sakit berkunjung ke Pemberi Pelayanan Kesehatan (PPK): Puskesmas, Puskesmas Pembantu (Pustu) dan Polindes dengan menunjukkan salah satu identitas diri, Kartu Tanda Penduduk (KTP) atau Kartu Keluarga (KK) dan Surat Keterangan Tidak Mampu (SKTM) untuk mendapatkan pelayanan kesehatan dasar.
- b) Jika diperlukan pelayanan kesehatan lanjutan (rujukan), pasien dapat dirujuk ke Rumah Sakit rujukan yang telah ada perjanjian kerjasamanya (RSUD Sukamara, RSUD Sultan Imannudin Pangkalan Bun, RSUD dr. Doris Sylvanus Palangka Raya dan RSUP Dr. Kariadi Semarang) dengan membawa persyaratan:
  - ✓ Surat Rujukan dari Puskesmas/ Rumah Sakit awal pasien dirawat
  - ✓ Surat Keterangan Tidak Mampu (SKTM) yang dibuat/dikeluarkan oleh Lurah/Kepala Desa diketahui oleh camat setempat
  - ✓ Surat Jaminan Pelayanan (SJP) dari Dinas Kesehatan Kabupaten Sukamara
- c) Rujukan ke Rumah Sakit berupa rawat inap dengan menggunakan fasilitas kelas III (tiga).
- d) Dalam keadaan gawat darurat pasien dapat dirujuk langsung ke Rumah Sakit rujukan melalui Unit Gawat Darurat (UGD) dan persyaratan menyusul.

- e) JAMKESDA bagi masyarakat miskin akan diberikan/dilayani bila pasien membawa dan menyerahkan persyaratan sesuai dengan point b ke tempat pelayanan selambat-lambatnya 3 x 24 jam untuk melengkapi persyaratan tersebut dan dalam jangka waktu yang telah ditentukan peserta tidak bisa menunjukkan/membawa persyaratan, maka peserta dianggap pasien umum (membayar sendiri semua biaya pengobatan di RS)
- f) Bila pasien meminta fasilitas diluar ketentuan program Jamkesda, maka pasien dianggap mampu dan dianggap pasien umum (biaya pengobatan ditanggung sendiri)

#### 5. Aplikasi manajemen di Rumah Sakit.

Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 44 Tahun 2009 (2009: 2), menjelaskan bahwa Rumah sakit sebagai salah satu fasilitas pelayanan kesehatan merupakan bagian dari sumber daya kesehatan yang sangat diperlukan dalam mendukung penyelenggaraan upaya kesehatan. Penyelenggaraan upaya kesehatan di Rumah Sakit mempunyai karakteristik dan organisasi yang sangat kompleks. Berbagai jenis tenaga kesehatan dengan perangkat keilmuannya masing-masing berinteraksi satu sama lain. Ilmu pengetahuan dan teknologi kedokteran yang berkembang sangat pesat yang harus diikuti oleh tenaga kesehatan dalam rangka pemberian pelayanan yang bermutu, membuat semakin kompleksnya permasalahan dalam Rumah Sakit.

a. Pengertian Rumah Sakit.

Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 44 Tahun 2009 (2009: 4) menerangkan bahwa Rumah Sakit adalah Institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat.

b. Jenis Rumah Sakit di Indonesia.

A.A. Gde Muninjaya (2004: 221) menjelaskan bahwa di Indonesia dikenal tiga jenis Rumah Sakit sesuai dengan kepemilikan, jenis pelayanan dan kelasnya.

1) Berdasarkan kepemilikan.

Berdasarkan kepemilikannya dibedakan tiga macam rumah sakit yaitu: (1) Rumah Sakit Pemerintah (Rumah Sakit Pusat, Rumah Sakit Provinsi dan Rumah Sakit Kabupaten), Rumah Sakit BUMN/ABRI, dan Rumah Sakit swasta yang menggunakan dana investasi dari sumber dalam negeri dan sumber luar negeri. (2) Rumah Sakit Umum, Rumah Jiwa, Rumah Sakit Khusus (Mata, Paru, Kusta, Rehabilitasi, Jantung, Kanker dan sebagainya). (3) Rumah Sakit Kelas A, Kelas B (Pendidikan dan Non Pendidikan), Rumah Sakit Kelas C dan Rumah Sakit Kelas D (Kepmenkes Nomor 51 Menkes/ SK/ II/ 1979). Pemerintah sudah meningkatkan status semua Rumah Sakit Kabupaten menjadi kelas C.

2) Berdasarkan pelayanan dan kelasnya.

Rumah Sakit dibedakan berdasarkan jenis pelayanan yang tersedia, (1) Rumah Saki Kelas A tersedia pelayanan spesialisik yang luas termasuk sub spesialisik. (2) Rumah Sakit Kelas B mempunyai pelayanan minimal 11 spesialisik dan sub spesialisik terdaftar. (3) Rumah Sakit Kelas C mempunyai 4 (empat) spesialisik dasar (bedah, penyakit dalam, kebidanan dan anak). (4) Di Rumah Sakit Kelas D hanya mempunyai pelayanan medik dasar.

c. Susunan organisasi Rumah Sakit Umum di Indonesia.

Untuk Rumah Sakit Umum Kelas A, susunan oragnisasinya diatur sesuai dengan SK Menkes Nomor 543/ VI/ 1994. Susunan organisasi Rumah Sakit Kelas C dan D, lebih sederhana jika dibandingkan dengan Rumah Sakit Kelas A dan B. Disini tidak ada wakil direktur, tetapi dilengkapi dengan staf khusus yang mengurus administrasi. Kondisi ini berpengaruh pada jenis pelayanan medis dan jumlah staf profesional (medis dan non medis) yang dipekerjakan pada tiap-tiap Rumah Sakit ini. Secara umum, jenis kebutuhan masyarakat akan pelayanan kesehatan juga akan ikut menentukan peningkatan kelas sebuah Rumah Sakit disuatu wilayah, terutama yang berlokasi di ibukota provinsi.

## **B. Kajian Terdahulu/ Penelitian Sebelumnya**

Penelitian yang dilakukan oleh Muhlis Hajar Adiputra, Haselman dan Hasminah tentang Implementasi Kebijakan Jaminan Kesehatan Daerah di

Kabupaten Sinjai, Provinsi Sulawesi Selatan (2011). Hasil yang diperoleh dari analisa dokumen dan hasil wawancara di lapangan berkaitan dengan kebijakan Program Jamkesda di Kabupaten Sinjai, ditemukan bahwa masyarakat sebagai obyek dari Program Jamkesda di Kabupaten Sinjai, pada kenyataannya belum sepenuhnya memahami secara rinci terkait Kebijakan Jamkesda. Pemahaman masyarakat sebatas pada Jamkesda sebagai pelayanan kesehatan gratis yang disediakan oleh pemerintah daerah, tetapi secara teknis pelaksanaannya belum terlalu paham. Bahkan sebagian masyarakat beranggapan bahwa untuk mendapatkan pelayanan Jamkesda harus melalui proses administrasi yang berbelit-belit dan tidak pernah merasakan langsung sosialisasi dari pihak pelaksana program. Kondisi ini mencerminkan bahwa implemtasi Program Jamkesda di Kabupaten Sinjai belum berjalan maksimal, meskipun masyarakat yang menjadi anggota Jamkesda mencapai 90 % akan tetapi hal tersebut tidak menjamin masyarakat paham tentang Program Jamkesda hal tersebut tercermin dari pemahaman yang berbeda-beda pada terhadap program tersebut.

Penelitian lain yang dilakukan oleh Sasminedi Tentang implentasi program Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas) di Puskesmas Kecamatan Rumbio Jaya, Kabupaten Kampar Provinsi Riau (2012). Dalam penelitian tersebut Kabupaten Kampar dalam pelaksanaan Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas) dideskripsikan berusaha memberikan pelayanan yang terbaik guna memberikan pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin, meskipun masih banyak masyarakat Kampar yang belum tercatat dan mendapatkan kartu Jamkesmas, dan masih di temukan kesalahan dalam validasi data,

pendistribusian dan sasaran dalam kepesertaan Jamkesmas. Hal tersebut masih banyak dikeluhkan oleh masyarakat miskin di Kabupaten Kampar, yang semuanya tercermin dalam hasil wawancara mendalam dengan responden.

Pada tahun 2008 hanya 13,31 % dari 3.194 Kepala Keluarga (KK) miskin yang mendapat pelayanan Jamkesmas (Profil Dinas Kesehatan Kampar Tahun 2008). Artinya jumlah tersebut sangat kecil jika dibandingkan dengan jumlah KK miskin yang ada di Kabupaten Kampar. Sedangkan pada tahun 2010 penduduk Kecamatan Rumbio Jaya yang terdaftar dalam kepesertaan Jamkesmas sebanyak 1857 jiwa dari total penduduk sebanyak 16.046 jiwa, dan sudah memperoleh kartu sebanyak 1577 jiwa. Dilihat data tersebut tidak ada 15 % dari total penduduk di Kecamatan Rumbio Jaya yang terdaftar dalam kepesertaan Jamkesmas. Dari hasil wawancara mendalam dengan responden, didapat hasil bahwa masyarakat belum begitu familier dengan Program Jamkesmas. Banyaknya data yang salah tentang identitas KK pada kartu kepesertaan Jamkesmas di Kecamatan Rumbio Jaya, menunjukkan bahwa pemerintah belum cukup kuat dalam kesiapan data yang akan dimasukkan dalam kepesertaan Program Jamkesmas, dan hal tersebut menyakut sumber daya yang ada untuk mendukung pelaksanaan Program Jamkesda di Kecamatan Rumbio. Dari hasil penelitian Implementasi Program Jamkesmas di Kecamatan Rumbio Jaya, dapat digambarkan bahwa Implementasi Program Jamkesmas di Kecamatan Rumbio Jaya belum berjalan sesuai dengan apa yang diharapkan oleh pemerintah sebagai pembuat Kebijakan Program Jamkesmas.

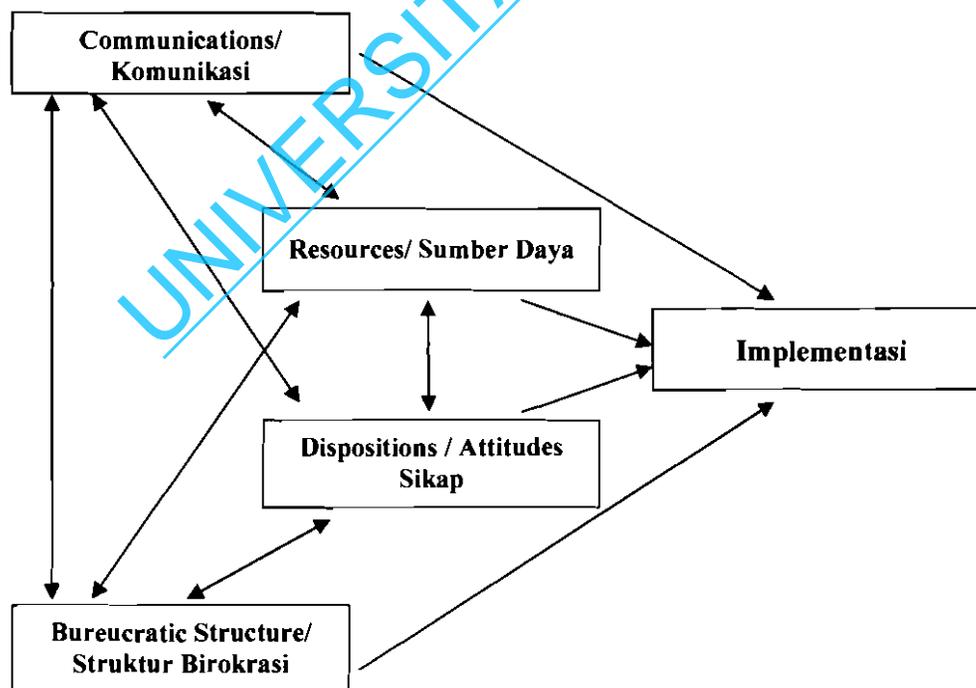
Berdasarkan kedua penelitian tersebut, menurut teori Implementasi Kebijakan Edward III dapat disimpulkan bahwa Implementasi Kebijakan Publik, khususnya kebijakan dibidang Jaminan Kesehatan sangat terkait pada variabel-variabel pendukung maupun variabel penghambat proses implementasi kebijakan itu sendiri.

### C. Kerangka Berfikir dan Kerangka Acuan

#### 1. Kerangka berfikir.

George Edward III, dalam Winarno Budi, Kebijakan Publik Teori dan Proses (2007: 174) menjelaskan bahwa: Model Implementasi Kebijakan dapat digambarkan dalam bentuk diagram sebagai berikut.

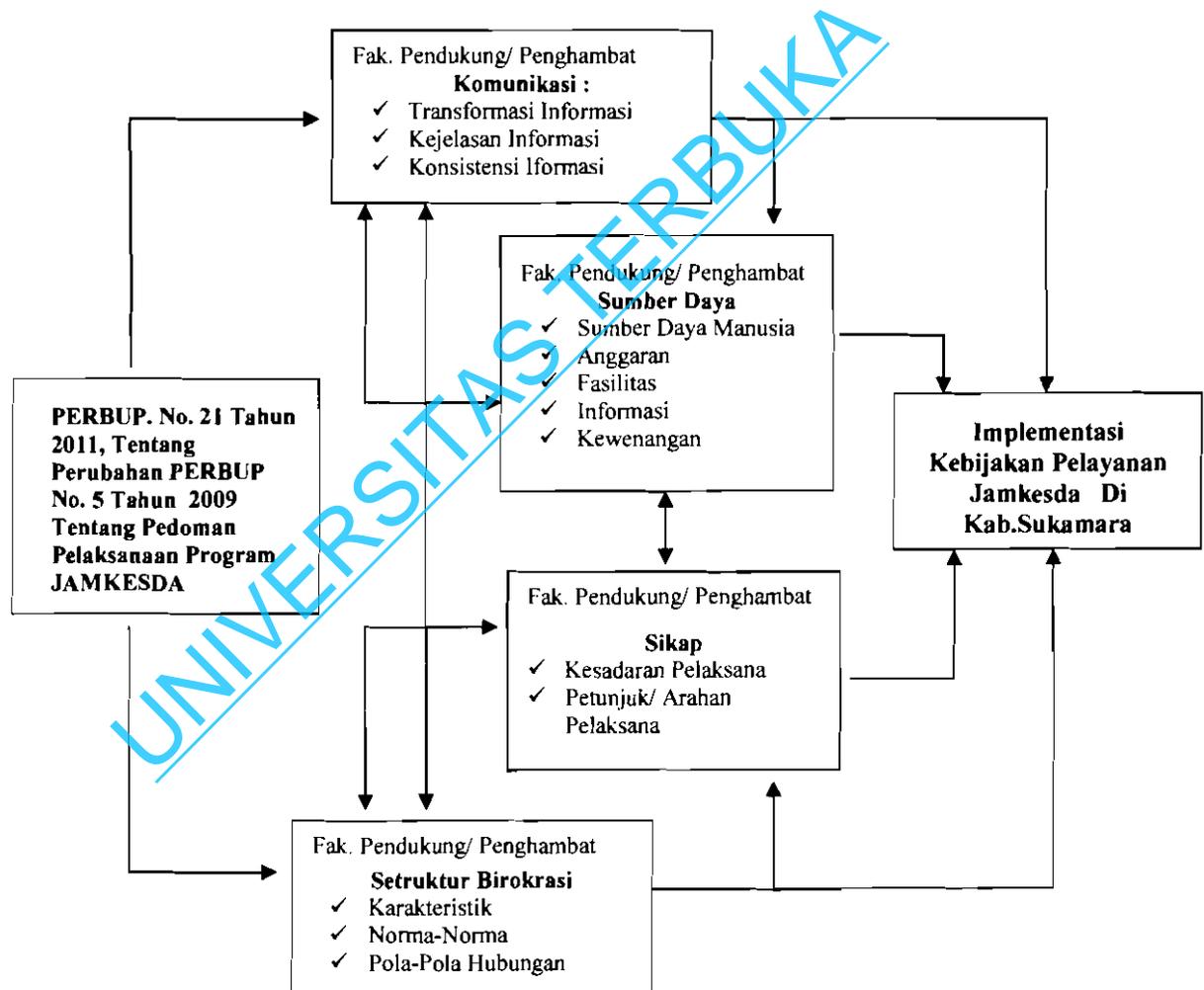
Gambar 2.2 Model Implementasi Kebijakan



## 2. Kerangka acuan.

Widodo (2011) menerangkan: Berdasarkan kerangka teori dari George Edward III, Tentang Model Implemetasi Kebijakan yang telah digambarkan dalam bentuk diagram (Gambar 2.2), selanjutnya dibuat kerangka konsep sebagai berikut:

Gambar 2.3 Kerangka Konsep Penelitian



## BAB III

### METODOLOGI PENELITIAN

#### A. Desain Penelitian

##### 1. Jenis dan rancangan penelitian.

Azwar A. dalam Pengantar Administrasi Manajemen. Jenis penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah penelitian studi kasus dengan pendekatan penelitian kualitatif, dengan tujuan utama untuk menemukan data dengan interpretasi yang tepat untuk membuat gambaran atau deskripsi tentang suatu keadaan secara obyektif.

Notoatmojo S. (2005: 73), metode penelitiannya adalah metode deskriptif yaitu suatu metode penelitian yang dilakukan dengan tujuan utama untuk membuat gambaran atau deskripsi tentang suatu keadaan secara obyektif. Metode penelitian deskriptif digunakan untuk memecahkan atau menjawab permasalahan yang sedang di hadapai pada situasi sekarang.

Alasan peneliti menggunakan pendekatan kualitatif dengan metode deskriptif karena peneliti bermaksud untuk mengetahui gambaran serta menganalisis Implmentasi Kebijakan Pelayanan Jaminan Kesehatan Daerah di Kabupaten Sukamara (Studi Implementasi Kebijakan Kesehatan Pada RSUD Sukamara) dengan menempuh langkah-langkah: pengumpulan data, klasifikasi, pengolahan/analisis data, dan membuat kesimpulan serta laporan. Notoatmojo S. (2005), metode kualitatif merupakan proses berfikir yang dimulai dari data-data yang terkumpul kemudian diambil secara umum. Metode kualitatif ini digunakan dengan beberapa pertimbangan, pertama

metode kualitatif ini lebih mudah menyesuaikan apabila berhadapan langsung dengan kenyataan, kedua menyajikan secara langsung hubungan antara peneliti dengan responden dan lebih peka, serta dapat menyesuaikan dengan banyak penajaman pengaruh bersama dengan pola-pola nilai yang dihadapi.

Patton dalam Poerwandari (1998), dalam peneliti kualitatif perlu menekankan pada pentingnya kedekatan dengan orang-orang dan situasi penelitian, agar peneliti memperoleh pemahaman jelas tentang realitas dan kondisi kehidupan nyata.

## 2. Variabel penelitian.

Dari kerangka konsep yang telah digambarkan (Gambar 2.2) selanjutnya dapat dijabarkan kedalam variabel-variabel penelitian.

### a. Komunikasi.

#### 1) Transformasi informasi.

Pada transformasi informasi Implementasi Kebijakan Pelayanan Jamkesda Di Kabupaten Sukamara khususnya di RSUD Sukamara, harus disampaikan secara rinci tentang maksud, tujuan dan azas pelaksanaan Program Jamkesda Di RSUD Sukamara. Hal tersebut dilakukan agar terdapat pemahaman yang sama antara pembuat kebijakan Program Jamkesda, Pengelola Program Jamkesda, serta pihak RSUD Sukamara selaku pelaksana Program Jamkesda, sehingga implementasi kebijakan dapat tercapai secara maksimal.

Sarana transformasi informasi pada program Jamkesda di Kabupaten Sukamara adalah (1) Peraturan Bupati Sukamara Nomor 21 Tahun 2011, Tentang Perubahan Peraturan Bupati Nomor 5 Tahun 2009 Tentang Pedoman Pelaksanaan Jaminan Kesehatan Daerah (Jamkesda), (2) Pedoman Pelaksanaan Jaminan Kesehatan Daerah Kabupaten Sukamara Tahun 2011.

Ada beberapa hal yang mungkin timbul dan dapat menghambat transformasi informasi Pelaksanaan Jaminan Kesehatan Daerah di RSUD Sukamara, yaitu (1) informasi disampaikan melewati berlapis-lapis dan cenderung sangat hirarki sehingga terjadi distorsi kebijakan, karena kebijakan yang akan di implementasikan di terjemahkan secara berbeda-beda oleh pelaksana kebijakan. (2) pertentangan pendapat antara para pelaksana kebijakan dengan perintah yang dikeluarkan oleh pengambil kebijakan. (3) dan pada akhirnya penangkapan komunikasi-komunikasi mungkin dihambat oleh persepsi yang selektif dan ketidakmauan pelaksana kebijakan untuk mengetahui persyaratan-persyaratan suatu kebijakan.

## 2) Kejelasan informasi.

Faktor kedua yang berpengaruh pada komunikasi adalah kejelasan informasi. Jika kebijakan diimplementasikan sebagaimana yang diinginkan sesuai dengan tujuan dari kebijakan, maka petunjuk-petunjuk pelaksanaan tidak hanya harus diterima oleh para

pelaksana kebijakan, tetapi juga komunikasi kebijakan tersebut harus jelas. Pada implementasi kebijakan pelayanan Jaminan Kesehatan Daerah di Kabupaten Sukamara (di RSUD Sukamara) kejelasan informasi terdapat pada Pedoman Pelaksanaan Jaminan Kesehatan Daerah Kabupaten Sukamara Tahun 2011, dan dituangkan secara rinci kedalam Perjanjian Kerja Sama Antara Dinas Kesehatan Kabupaten Sukamara dengan Rumah Sakit Umum Daerah Sukamara, yang selalu diperbaharui pada setiap tahunnya.

### 3) Konsistensi informasi.

Faktor ketiga yang berpengaruh terhadap komunikasi kebijakan adalah konsistensi. Jika implementasi kebijakan ingin berlangsung efektif, maka perintah-perintah pelaksanaan harus konsisten dan jelas. Walaupun perintah-perintah yang disampaikan kepada para pelaksana kebijakan mempunyai unsur kejelasan, tetapi bila perintah tersebut bertentangan maka perintah tersebut tidak akan memudahkan para pelaksana kebijakan menjalankan tugasnya dengan baik. Pada Pedoman Pelaksanaan Jaminan Kesehatan Daerah Kabupaten Sukamara Tahun 2011, butir-butir serta penjelasan yang disampaikan sangat konsisten dan jelas, serta sesuai dengan Standar Operasional Prosedur (SOP) dan Peraturan Daerah tentang retribusi jasa kesehatan di RSUD Sukamara. Dan jika Pedoman Pelaksanaan Jaminan Kesehatan Daerah Kabupaten Sukamara, sudah tidak sesuai dan relevan lagi dengan peraturan

yang ada, maka akan dilakukan revisi dan perubahan sesuai dengan kebutuhan dilapangan.

- b. Sumber daya.
  - 1) Sumber daya manusia.
  - 2) Anggaran.
  - 3) Fasilitas
  - 4) Informasi
  - 5) Kewenangan
- c. Sikap.
  - 1) Kesadaran pelaksana
  - 2) Petunjuk/ Arahan pelaksana
  - 3) Intensitas dari respon
- d. Setruktur birokrasi.
  - 1) Karakteristik.
  - 2) Norma-norma.
  - 3) Pola hubungan.

## **B. Narasumber/Subjek dan Objek Penelitian**

Dalam penelitian kualitatif tidak dikenal istilah sampel, tetapi dikenal dengan istilah informan atau subjek penelitian. Hal ini dikarenakan penelitian kualitatif tidak bertujuan untuk membuat generalisasi hasil penelitian. Hasil penelitian lebih bersifat kontekstual dan kasuistik, yang berlaku pada waktu dan tempat tertentu sesuai penelitian dilakukan.

Adapun subyek dalam penelitian ini adalah petugas di Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) yang berjumlah 3 (tiga) orang yang terdiri dari: Direktur RSUD Sukamara sebagai penanggung jawab pelaksana Program Jamkesda Kabupaten Sukamara, Kepala Seksi Pelayanan Medik selaku penanggung jawab pelayanan medis di RSUD Sukamara dan yang terakhir adalah 1 (satu) orang tenaga perawat sebagai salah satu pelaksana pelayanan kesehatan serta pelaksana Program Jamkesda di RSUD Sukamara.

Sedangkan yang menjadi obyek dalam penelitian ini adalah (1) Peraturan Bupati Sukamara Nomor 21 Tahun 2011, Tentang Perubahan Peraturan Bupati Nomor 5 Tahun 2009 Tentang Pedoman Pelaksanaan Jaminan Kesehatan Daerah (Jamkesda), (2) Pedoman Pelaksanaan Jaminan Kesehatan Daerah Kabupaten Sukamara Tahun 2011, (3) Surat Perjanjian Kerja Sama Antara Dinas Kesehatan Kabupaten Sukamar Dengan Rumah Sakit Umum Daerah Sukamara Tentang Pelayanan Kesehatan Bagi Peserta Program Jaminan Kesehatan Daerah Tahun 2013, (4) Profil Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Sukamara Tahun 2010, Tahun 2011 dan Tahun 2012. (5) Data laporan klaim jasa pelayanan kesehatan Program Jamkesda di RSUD Sukamara untuk Tahun 2010, 2011 dan 2012. Serta data-data lain yang mendukung dalam penelitian ini.

### **C. Pengumpulan Data**

#### **1. Sumber data.**

Data yang digunakan dalam penelitian ini mencakup data primer dan data sekunder. Notoatmojo S. (2005) menjelaskan bahwa:

a. Data primer.

Data primer adalah data-data yang diperoleh dari hasil penelitian secara langsung kepada objek penelitian, melalui wawancara langsung dan mendalam dengan responden, yaitu dengan menggunakan alat bantu kuesioner terstruktur dan pada umumnya bersifat baru. Data primer yang diambil meliputi hasil wawancara dengan Direktur RSUD Sukamara, Kepala Seksi Pelayanan Medik dan tenaga perawat di RSUD Sukamara, tentang pelaksanaan pelayanan Program Jamkesda Kabupaten Sukamara.

Peneliti melaksanakan sendiri wawancara terhadap responden dengan alasan agar memperoleh data yang akurat dan selengkap-lengkapnyanya dari responden.

b. Data sekunder.

Adalah data yang diperoleh dari instansi terkait untuk melengkapi hasil penelitian. Data sekunder dimanfaatkan sebagai data pelengkap atau data pendukung data primer yang berhubungan dengan kepentingan penelitian. Data sekunder dapat diperoleh dari data dokumentasi, yaitu dalam bentuk data profil, laporan bulanan, agenda, buku, transkrip, catatan, notulen rapat dan lain-lain yang diperoleh dari instansi terkait.

Data sekunder yang diperlukan dalam penelitian ini adalah identitas Rumah Sakit Umum Daerah Sukamara, data ketenagaan rumah sakit, data fasilitas dan sarana pelayanan rumah sakit, serta data cara

pembayaran rawat jalan dan rawat inap di Rumah Sakit Umum Daerah Sukamara.

## 2. Teknik pengumpulan data.

Adapun teknik pengumpulan data dalam penelitian kualitatif ini adalah dengan cara sebagai berikut:

Arikunto S. (2006) menjelaskan bahwa :

### a. Wawancara mendalam (*in depth interview*).

Pada penelitian ini metode wawancara mendalam merupakan salah satu teknik yang digunakan untuk mengumpulkan data dan informasi. Penggunaan metode ini didasarkan pada dua alasan: (1) dengan wawancara peneliti dapat menggali tidak saja apa yang diketahui dan dialami subjek yang diteliti, tetapi juga apa yang tersembunyi jauh di dalam diri subjek penelitian. (2) Apa yang ditanyakan kepada informan bisa mencakup hal-hal yang bersifat lintas waktu, yang berkaitan dengan masa lampau, masa sekarang, dan juga masa mendatang. Wawancara yang digunakan adalah wawancara mendalam. Artinya peneliti mengajukan pertanyaan-pertanyaan secara lebih bebas dan leluasa, tanpa terkait oleh suatu susunan pertanyaan yang telah dipersiapkan sebelumnya. Dengan teknik ini peneliti berharap wawancara berlangsung luwes, arahnya bias lebih terbuka, percakapan tidak membuat jenuh kedua belah pihak, sehingga diperoleh informasi yang lebih kaya. Metode wawancara mendalam menggunakan panduan

wawancara yang berisi butir-butir pertanyaan untuk diajukan kepada informan.

Kerlinger dalam Hasan (2000), menyebutkan 3 (tiga) hal yang menjadi kekuatan metode wawancara adalah:

- 1) Mampu mendeteksi kadar pengertian subjek terhadap pertanyaan yang diajukan. Jika mereka tidak mengerti bisa diantisipasi oleh interview dengan memberikan penjelasan.
- 2) Fleksibel, pelaksanaannya dapat disesuaikan dengan masing-masing individu.
- 3) Menjadi satu-satunya hal yang dapat dilakukan disaat tehnik lain sudah tidak dapat dilakukan.

Sedangkan Yin (2003), menjelaskan disamping kekuatan, metode wawancara juga memiliki kelemahan, yaitu :

- 1) Rentan terhadap bias yang ditimbulkan oleh kontruksi pertanyaan yang penyusunanya kurang baik.
- 2) Rentan terhadap terhadap bias yang ditimbulkan oleh respon yang kurang sesuai.
- 3) *Probling* yang kurang baik menyebabkan hasil penelitian menjadi kurang akurat.
- 4) Ada kemungkinan subjek hanya memberikan jawaban yang ingin didengar oleh pewawancara.

b. Pengumpulan data sekunder.

Pengumpulan data sekunder dilakukan untuk mengumpulkan data yang bersumber dari arsip dan dokumen baik yang berada di RSUD Sukamara maupun yang berada diluar RSUD Sukamara, yang ada hubungannya dengan penelitian yang sedang dilaksanakan.

Sedangkan teknik dokumentasinya dikembangkan sesuai dengan kebutuhan penelitian, yaitu dengan mengumpulkan data-data yang berupa: data profil rumah sakit, laporan bulanan, agenda, buku, transkrip, catatan, notulen rapat dan lain lain yang diperoleh dari instansi terkait, yang dapat mendukung data penelitian.

3. Alat bantu penelitian.

Poerwandari (1998), berpendapat bahwa penulis sangat berperan dalam seluruh proses penelitian, mulai dari memilih topik, mendeteksi topik tersebut, mengumpulkan data, hingga analisis, menginterpretasikan dan menyimpulkan hasil penelitian.

Dalam mengumpulkan data-data penulis membutuhkan alat Bantu (instrumen penelitian). Dalam penelitian ini peneliti menggunakan 3 alat bantu yaitu:

a. Pedoman wawancara.

Pedoman wawancara digunakan agar wawancara yang dilakukan tidak menyimpang dari tujuan penelitian. Pedoman ini disusun tidak hanya berdasarkan tujuan penelitian, tetapi juga berdasarkan teori yang berkaitan dengan masalah yang diteliti.

b. *Checklist.*

Dalam penelitian ini *checklist* digunakan sebagai alat bantu dalam pengumpulan data sekunder, seperti: profil rumah sakit, laporan bulanan, agenda, buku, transkrip, catatan, notulen rapat, laporan bulanan klaim jasa pelayanan Jamkesda dan lain-lain.

c. Alat perekam.

Alat perekam berguna sebagai alat bantu pada saat wawancara, agar peneliti dapat berkonsentrasi pada proses pengambilan data tanpa harus berhenti untuk mencatat jawaban-jawaban dari subjek. Dalam pengumpulan data, alat perekam baru dapat dipergunakan setelah mendapat ijin dari subjek untuk mempergunakan alat tersebut pada saat wawancara berlangsung

#### **D. Pemilihan Narasumber**

Dalam penelitian ini pemilihan dan penentuan narasumber atau responden ditentukan dengan teknik purposif. Artinya peneliti menentukan responden dengan memilih subjek yang mengetahui benar tentang permasalahan yang menjadi sasaran dalam penelitian ini.

Narasumber penelitian dalam penelitian ini sebanyak 3 (tiga) orang, yaitu 1 (satu) orang Direktur Rumah Sakit, 1 (satu) orang Kepala Seksi Pelayanan Medik Rumah Sakit, dan 1 (satu) orang perawat di Rumah Sakit. Selanjutnya hasil wawancara yang diperoleh dari subyek penelitian akan dilakukan triangulasi (*cross check*) kepada 8 (delapan) orang informan triangulasi.

Secara teori, jumlah subjek dalam penelitian kualitatif tidak dapat ditentukan secara pasti dan bersifat *snow ball*. Yang artinya subjek penelitian bisa jadi akan semakin bertambah banyak seiring dengan proses wawancara dalam penelitian. Karena wawancara baru akan berhenti ketika peneliti sudah mendapatkan data yang sesuai dengan tujuan penelitian. Dan apabila jawaban dari responden masih dirasakan bias, maka peneliti boleh meminta responden pertama untuk merekomendasikan seseorang yang diharapkan berkompeten untuk menjawab pertanyaan yang disampaikan oleh peneliti, hal inilah yang disebut dengan sifat *snow ball*.

Dalam penelitian ini juga dilakukan validitas jawaban dari subjek penelitian dengan teknik triangulasi data, triangulasi yang pertama dilakukan pada verifikator Program Jamkesda yang ada di RSUD Sukamara, triangulasi yang kedua dilakukan pada Kepala Seksi Jaminan Kesehatan, Dinas Kesehatan Kabupaten Sukamara sebagai pengelola Program Jamkesda dan triangulasi jawaban yang ketiga dilakukan pada keluarga pasien yang dirawat di RSUD Sukamara sebagai sasaran atau pengguna Program Jamkesda di Kabupaten Sukamara.

#### **E. Validitas dan Realibilitas**

Hartati S. (2004) menyampaikan bahwa: Validitas pada penelitian kualitatif adalah dengan pendekatan Triangulasi. Triangulasi data adalah teknik pemeriksaan keabsahan data yang memanfaatkan sesuatu yang lain diluar data itu

untuk keperluan pengecekan atau sebagai pembanding data itu. Triangulasi data bisa dilakukan dengan melalui metode, sumber dan teori.

Yin (2003) menjelaskan bahwa: ada empat (empat) kriteria keabsahan dan keajegan yang diperlukan dalam suatu penelitian dengan pendekatan kualitatif.

Empat hal tersebut adalah sebagai berikut :

1. Keabsahan Konstruk (*Construct validity*).

Keabsahan bentuk batasan berkaitan dengan suatu kepastiaan bahwa yang terukur benar-benar merupakan variabel yang ingin di ukur. Keabsahan ini juga dapat dicapai dengan proses pengumpulan data yang tepat. Salah satu caranya adalah dengan proses triangulasi, yaitu tehnik pemeriksaan keabsahan data yang memanfaatkan sesuatu yang lain di luar data itu untuk keperluan pengecekan atau Sebagai pembanding terhadap data itu. Menurut Patton (dalam Sulistiany 1999) ada 4 (empat) macam triangulasi sebagai tehnik pemeriksaan untuk mencapai keabsahan yaitu:

a. Triangulasi data .

Menggunakan berbagai sumber data seperti dokumen, arsip, hasil wawancara, hasil observasi atau juga dengan mewawancarai lebih dari satu subjek yang dianggap memeiliki sudut pandang yang berbeda.

b. Triangulasi Pengamat.

Adanya pengamat di luar peneliti yang turut memeriksa hasil pengumpulan data. Dalam penelitian ini, dosen pembimbing studi kasus bertindak sebagai pengamat (*expert judgement*) yang memberikan masukan terhadap hasil pengumpulan data.

c. Triangulasi teori.

Penggunaan berbagai teori yang berlainan untuk memastikan bahwa data yang dikumpulkan sudah memasuki syarat. Pada penelitian ini, berbagai teori telah dijelaskan pada bab II untuk dipergunakan dan menguji terkumpulnya data tersebut.

d. Triangulasi metode.

Penggunaan berbagai metode untuk meneliti suatu hal, seperti metode wawancara dan metode observasi.

Dalam penelitian kualitatif ini, untuk menguji validitas keabsahan konstruk variabel penelitian atau data-data yang di peroleh, peneliti menggunakan teknik triangulasi data, triangulasi pengamat, dan triangulasi teori.

2. Keabsahan internal (*Internal validity*).

Keabsahan internal merupakan konsep yang mengacu pada seberapa jauh kesimpulan hasil penelitian menggambarkan keadaan yang sesungguhnya. Keabsahan ini dapat dicapai melalui proses analisis dan interpretasi yang tepat. Aktivitas dalam melakukan penelitian kualitatif akan selalu berubah dan tentunya akan mempengaruhi hasil dari penelitian tersebut. Walaupun telah dilakukan uji keabsahan internal, tetap ada kemungkinan munculnya kesimpulan lain yang berbeda.

3. Keabsahan eksternal (*Eksternal validity*).

Keabsahan eksternal mengacu pada seberapa jauh hasil penelitian dapat digeneralisasikan pada kasus lain. Walaupun dalam penelitian kualitatif

memiliki sifat tidak ada kesimpulan yang pasti, tetapi penelitian kualitatif dapat dikatakan memiliki keabsahan eksternal terhadap kasus-kasus lain selama kasus tersebut memiliki konteks yang sama.

#### 4. Keajegan (*Reabilitas*).

Keajegan merupakan konsep yang mengacu pada seberapa jauh penelitian berikutnya akan mencapai hasil yang sama apabila mengulang penelitian yang sama, sekali lagi.

Pada penelitian ini, keajegan mengacu pada kemungkinan peneliti selanjutnya memperoleh hasil yang sama apabila penelitian dilakukan sekali lagi dengan subjek yang sama. Hal ini menunjukkan bahwa konsep keajegan penelitian kualitatif selain menekankan pada desain penelitian, juga pada cara pengumpulan data dan pengolahan data.

### F. Metode Analisis Data

Marshall dan Rossman dalam Kabalmay (2002) menjelaskan tentang teknik-teknik analisis data pada penelitian kualitatif, yaitu:

#### 1. Mengorganisasikan data.

Peneliti mendapatkan data langsung dari subjek melalui wawancara mendalam (*in depth interview*), dimana data tersebut ditulis pada pedoman wawancara serta direkam dengan menggunakan tape recorder. Kemudian data yang masih dalam bentuk rekaman, dibuatkan transkripnya dengan mengubah hasil wawancara dari bentuk rekaman menjadi bentuk tertulis secara rinci sesuai dengan apa yang disampaikan oleh responden. Data yang

telah didapat dibaca berulang-ulang agar penulis mengerti benar tentang data hasil penelitian tersebut.

2. Pengelompokan berdasarkan kategori, tema dan pola jawaban.

Pada tahap ini dibutuhkan pengertian yang mendalam terhadap data, perhatian yang penuh dan keterbukaan terhadap hal-hal yang muncul di luar apa yang ingin digali. Berdasarkan kerangka teori dan pedoman wawancara, peneliti menyusun sebuah kerangka awal analisis sebagai acuan dan pedoman dalam melakukan *coding*. Dengan pedoman ini, peneliti kemudian kembali membaca transkrip wawancara dan melakukan *coding*, melakukan pemilihan data yang relevan dengan pokok pembicaraan. Data yang relevan diberi kode dan penjelasan singkat, kemudian dikelompokkan atau dikategorikan berdasarkan kerangka analisis yang telah dibuat.

Pada penelitian ini analisis dilakukan terhadap sebuah kasus yang diteliti. Peneliti menganalisis hasil wawancara berdasarkan pemahaman terhadap hal-hal yang diungkapkan oleh responden. Data yang telah dikelompokkan tersebut oleh peneliti dicoba untuk dipahami secara utuh dan ditemukan tema-tema penting serta kata kuncinya. Sehingga peneliti dapat menangkap pengalaman, pemahaman, dan permasalahan yang disampaikan oleh responden.

3. Menguji asumsi atau permasalahan yang ada terhadap data.

Setelah kategori pola data tergambar dengan jelas, peneliti menguji data tersebut terhadap asumsi yang dikembangkan dalam penelitian ini. Pada tahap ini kategori yang telah didapat melalui analisis ditinjau kembali

berdasarkan landasan teori yang telah dijabarkan dalam bab II, sehingga dapat dicocokkan apakah ada kesamaan antara landasan teoritis dengan hasil yang dicapai. Walaupun penelitian ini tidak memiliki hipotesis tertentu, namun dari landasan teori dapat dibuat asumsi-asumsi mengenai hubungan antara konsep-konsep dan faktor-faktor yang ada.

4. Mencari alternatif penjelasan bagi data.

Setelah hubungan antara kategori dan pola data dengan asumsi terwujud, peneliti masuk ke dalam tahap penjelasan. Dan berdasarkan kesimpulan yang telah didapat dari kaitanya tersebut, penulis merasa perlu mencari suatu alternatif penjelasan lain tentang kesimpulan yang telah didapat. Sebab dalam penelitian kualitatif memang selalu ada alternatif penjelasan yang lain. Dari hasil analisis, ada kemungkinan terdapat hal-hal yang menyimpang dari asumsi atau tidak terfikir sebelumnya. Pada tahap ini akan dijelaskan dengan alternatif lain melalui referensi atau teori-teori lain. Alternatif ini akan sangat berguna pada bagian pembahasan, kesimpulan dan saran.

5. Menulis hasil penelitian.

Penulisan data subjek yang didapat dari responden yang telah berhasil dikumpulkan merupakan suatu hal yang membantu penulis untuk memeriksa kembali apakah kesimpulan yang dibuat telah selesai. Dalam penelitian ini, penulisan yang dipakai adalah presentase data yang didapat yaitu, penulisan data-data hasil penelitian berdasarkan wawancara mendalam dan dokumentasi. Proses dimulai dari data-data yang diperoleh dari responden

dan *significant other* dibaca berulang kali sehingga penulis mengerti benar permasalahannya, kemudian dianalisis, sehingga didapat gambaran mengenai penjelasan dari responden serta kondisi kenyataan yang ada dilapangan. Selanjutnya dilakukan interpretasi terhadap data yang diperoleh sehingga penulis bisa masuk pada tahap akhir penelitian yaitu kesimpulan.

UNIVERSITAS TERBUKA

## BAB IV

### TEMUAN DAN PEMBAHASAN

#### A. TEMUAN

##### 1. Gambaran Umum Rumah Sakit Umum Daerah Sukamara

###### a. Dasar hukum pembentukan RSUD Sukamara.

Dasar hukum pembentukan RSUD Sukamara adalah sebagai berikut:

- 1) Surat Keputusan Bupati Sukamara Nomor SK.445/51/SOS/2003 tanggal 23 Januari 2003 tentang Peningkatan Status Puskesmas Perawatan Sukamara menjadi Rumah Sakit Umum Daerah Persiapan Type D.
- 2) Tanggal 01 April 2005 ditingkatkan statusnya menjadi Rumah Sakit Umum Daerah Sukamara.
- 3) Surat Direktorat Jenderal Bina Pelayanan Medik Departemen Kesehatan Republik Indonesia Nomor: IR.01.01/I.1/8152/08 tanggal 21 Mei 2008 telah ditetapkan Nomor Kode Rumah Sakit yaitu : 62 07 033.
- 4) Peraturan Daerah Kabupaten Sukamara Nomor 13 Tahun 2008 tanggal 16 Juli 2008 tentang Organisasi dan Tata Kerja Rumah Sakit Umum Daerah Sukamara.
- 5) Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor: 341/MENKES/SK/V/2009 tentang Penetapan Kelas Rumah Sakit Umum Daerah Sukamara Milik Pemerintah Kabupaten Sukamara

Provinsi Kalimantan Tengah, tanggal 7 Mei 2009 dengan klasifikasi Kelas D.

6) Keputusan Kepala Dinas Kesehatan kabupaten Sukamara Nomor: 445/190/DINKES/2010 tentang Izin Operasional RSUD Sukamara.

b. Sejarah singkat pelayanan kesehatan.

Pelayanan Rumah Sakit Umum Daerah Sukamara dimulai sejak 1 April 2005, sampai dengan sekarang. RSUD Sukamara telah melaksanakan/memberikan 4 (empat) pelayanan dasar (Dalam, Anak, Kandungan, dan Bedah Minor) serta Pelayanan Gawat Darurat 24 jam. Untuk pelayanan penunjang medik telah dibuka pelayanan Laboratorium 24 Jam, Apotek 24 Jam, Radiologi, Poli Gigi, Dapur RS, Laundry, Kamar Jenazah dan Sarana Prasarana penunjang lainnya.

Khusus pelayanan spesialistik hanya bersifat kunjungan dan pada tahun 2007 tetap menjalin kerjasama dengan RSUD Sultan Imanudin Pangkalan Bun dengan Dana Operasional Bidang Pelayanan Kesehatan (Yankes) Dinas Kesehatan Kabupaten Sukamara.

Pada tahun 2009 pelayanan spesialis di RSUD Sukamara sudah dapat dilayani secara mandiri oleh RSUD Sukamara tanpa harus mendatangkan tenaga spesialis dari RSUD Pangkalan Bun. Pelayanan spesialis pada tahun 2009 dimulai dengan pelayanan Spesialis Anak. Dan sampai dengan tahun 2013 ini RSUD Sukamara baru mampu memberikan pelayanan 3 (tiga) spesialis dasar. Yaitu Spesialis Penyakit Dalam, Spesialis Anak, dan Spesialis Kandungan.

## c. Identitas Rumah Sakit.

Nama Rumah Sakit	: Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Sukamara Provinsi Kalimantan Tengah
Alamat Rumah Sakit	: Jl. Tjilik Riwut Km. 5,5 Sukamara
Kode / Telpon / Fax	: (0532) 26752, 26753 - Fax. (0532) 26753
Kecamatan / Kabupaten	: Sukamara / Sukamara
Kelas/Type RS	: D / Non Pendidikan
Status Rumah Sakit	: Milik Pemerintah Kabupaten Sukamara
Luas Tanah	: $P = 126.50 \text{ M} \times 181.00 \text{ M} = 22.896.5\text{M}^2$
Tahun Operasional	: 2005

## d. Visi dan Misi.

Salah satu kerangka dalam meningkatkan kesejahteraan rakyat, sebagaimana yang tercantum dalam Renstra Kementerian Kesehatan Tahun 2010-2014 yakni: "Peningkatan Akses masyarakat Terhadap Layanan yang Berkualitas" dengan sasaran yang akan dicapai yaitu:

- 1) Meningkatnya status kesehatan dan gizi masyarakat.
- 2) Menurunnya angka kesakitan akibat penyakit menular.
- 3) Menurunnya disparitas status kesehatan dan status gizi antar wilayah dan antar tingkat sosial ekonomi serta gender.
- 4) Meningkatnya penyediaan anggaran publik untuk kesehatan dalam rangka mengurangi risiko finansial akibat gangguan kesehatan bagi seluruh penduduk, terutama penduduk miskin.

- 5) Meningkatnya perilaku hidup bersih dan sehat pada tingkat rumah tangga.
- 6) Terpenuhinya kebutuhan tenaga kesehatan strategis di daerah tertinggal, terpencil, perbatasan dan kepulauan terluar.
- 7) Seluruh Provinsi melaksanakan program pengendalian penyakit tidak menular.
- 8) Seluruh Kabupaten/Kota melaksanakan Standar Pelayanan Minimal.

Berkaitan dengan berbagai hal tersebut dan dalam rangka mendukung Masyarakat Sehat Yang Mandiri dan Berkeadilan, sebagai salah satu pelaku pembangunan dalam penyelenggaraan pembangunan kesehatan, RSUD Sukamara dengan seksama memperhatikan dasar-dasar pembangunan kesehatan dan masalah serta berbagai kecenderungan pembangunan kesehatan kedepan, maka Visi RSUD Sukamara periode 2009-2013 adalah: "TERWUJUDNYA PELAYANAN KESEHATAN PRIMA BAGI SETIAP ORANG TAHUN 2013".

Terwujudnya pelayanan kesehatan prima bagi setiap orang 2013 adalah suatu kondisi dimana masyarakat Kabupaten Sukamara membutuhkan akses layanan kesehatan yang prima (Sarana dan Prasarana Pendukung Rumah Sakit), Layanan Bermutu (*Quality Assurance*) serta terjangkau oleh semua orang (Pembiayaan Kesehatan).

Dalam rangka mewujudkan visi tersebut, maka misi RSUD Sukamara adalah sebagai berikut:

- 1) Menyelenggarakan pelayanan kesehatan bermutu, efisien, adil dan merata kepada seluruh masyarakat.
- 2) Memberikan pelayanan kesehatan yang terjangkau oleh semua orang.
- 3) Menjadi pusat rujukan di Kabupaten Sukamara dan sekitarnya.
- 4) Mewujudkan tersedianya sumber daya untuk peningkatan dan perkembangan Pelayanan Kesehatan Prima sesuai Ilmu Pengetahuan dan Teknologi (IPTEK) secara profesional.
- 5) Meningkatkan dan mengembangkan sistem rujukan dan jaringan pelayanan medik.

Sedangkan tujuan dan sasaran yang ingin dicapai dalam pengembangan RSUD Sukamara kedepan adalah:

- 1) Menjadi pusat rujukan pelayanan kesehatan di Kabupaten Sukamara.
- 2) Meningkatkan kepuasan pelanggan (*Customer Service*) terhadap layanan Rumah Sakit.
- 3) Meningkatkan mutu layanan dan pemanfaatan fasilitas Rumah Sakit sesuai kebutuhan masyarakat
- 4) Meningkatkan mutu tenaga kesehatan dengan mengikuti diklat/magang ke fasilitas kesehatan yang lebih mampu dan

mendidik tenaga kesehatan Rumah sakit ke berbagai sarana pendidikan kesehatan sesuai dengan kebutuhan organisasi.

- 5) Merencanakan dan mewujudkan berbagai fasilitas pendukung/penunjang kegiatan layanan di lingkungan RSUD Sukamara (ICU, ICCU, BEDAH SENTRAL, REHABILITASI MEDIK, KEBIDANAN DAN PERINATALOGI, NICU, dan PICU) serta fasilitas lainnya sesuai kebutuhan Rumah Sakit.

Dalam merealisasikan visi dan misi, RSUD Sukamara menetapkan kebijakan dan program utama untuk pencapaiannya yaitu:

e. Kebijakan

- 1) Meningkatkan sistem rujukan UKP dan pengembangan RSUD Sukamara sebagai pusat rujukan *Safe Community* di Kabupaten Sukamara dan sekitarnya.
- 2) Menyediakan sarana dan prasarana pelayanan medik yang memadai.
- 3) Mengembangkan dan peningkatan PONEK RSUD Sukamara.
- 4) Mewujudkan RSUD Sukamara sebagai Rumah Sakit Sayang Ibu dan Sayang Bayi.
- 5) Mengembangkan standar pelayanan kedokteran, keperawatan dan penunjang medik lainnya.
- 6) Mempersiapkan pelaksanaan akreditasi Rumah Sakit.
- 7) Meningkatkan efisiensi dan efektifitas pembiayaan kesehatan Rumah Sakit.

8) Mengembangkan Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit (SIMRS).

f. Program.

- 1) Meningkatkan sistem rujukan UKP dan pengembangan RSUD Sukamara sebagai pusat rujukan *Safe Community* di Kabupaten Sukamara dan sekitarnya.
- 2) Menyediakan sarana dan prasarana pelayanan medik yang memadai.
- 3) Mengembangkan dan peningkatan PONEK RSUD Sukamara.
- 4) Mewujudkan RSUD Sukamara sebagai Rumah Sakit Sayang Ibu dan Sayang Bayi.
- 5) Mengembangkan standar pelayanan kedokteran, keperawatan dan penunjang medik lainnya.
- 6) Mempersiapkan pelaksanaan Akreditasi Rumah Sakit.
- 7) Meningkatkan efisiensi dan efektifitas pembiayaan kesehatan Rumah Sakit.
- 8) Mengembangkan Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit (SIMRS).

Program RSUD Sukamara bertumpu pada, “ Upaya Kesehatan Perorangan (UKP)”. Untuk mewujudkannya RSUD Sukamara telah menetapkan beberapa langkah strategis untuk menggerakkan dan memberdayakan masyarakat untuk hidup sehat, meningkatkan akses

masyarakat terhadap pelayanan kesehatan yang berkualitas serta meningkatkan pembiayaan kesehatan.

Penyelenggaraan ketiga strategi tersebut perlu didukung oleh SDM Kesehatan, Sarana dan Prasarana Kesehatan (Gedung, Alat Kesehatan, Obat dan Perbekalan Kesehatan serta Logistik Kesehatan) yang memadai, tersedia dalam jumlah dan jenis yang cukup, terdistribusi secara adil dan merata sesuai dengan kebutuhan, serta berkualitas dengan memegang teguh nilai-nilai etika profesi, tata cara pengadaan dan pelaksanaannya.

Dalam kerangka pemenuhan kebutuhan Sarana dan Prasarana Kesehatan agar terdistribusi secara adil dan merata sesuai dengan kebutuhan tersebut harus didukung oleh sumber daya dan sumber pembiayaan dengan memperhatikan tiga hal pokok, yaitu :

- 1) Perencanaan sarana dan prasarana.
  - 2) Pengadaan sarana dan prasarana.
  - 3) Pendayagunaan/pemanfaatan yang efektif dan efisien.
- g. Jenis pelayanan Rumah Sakit.

Jenis pelayanan yang telah dilaksanakan/ di berikan RSUD Sukamara adalah sebagai berikut :

- |  |      |
|--|------|
| 1) Pelayanan Medik (oleh Dokter Spesialis) | : Ya |
| a) Poli Anak (Kesehatan Anak)              | : Ya |
| b) Poli Kebidanan dan Kandungan            | : Ya |
| c) Poli Penyakit Dalam                     | : Ya |

- 2) Pelayanan Medik ( Oleh Dokter Umum) : Ya
- a) Penyakit Dalam : Ya
  - b) Penyakit Bedah : Ya
  - c) Kesehatan Anak : Ya
  - d) Obstetrik dan Gynekologik : Ya
  - e) Gawat Darurat : Ya
  - f) Mata : Ya
  - g) Telinga Hidung Tenggorokan : Ya
  - h) Kulit dan Kelamin : Ya
  - i) Jiwa : Ya
  - j) Saraf : Ya
  - k) Gigi dan Mulut : Ya
  - l) Jantung : Ya
  - m) Paru : Ya
  - n) Rehabilitasi Medik : Ya
  - o) Bedah Mayat : Tidak
- 3) Pelayanan Intensif Lainnya.
- a) *Intensif Care Unit (ICU)* : Tidak
  - b) *Intensif Cardiac Care Unit (ICCU)* : Tidak
  - c) *Perinatalogi Intensif Care Unit (PICU)* : Tidak
  - d) *Neorulogi Intensif Care Unit (NICU)* : Tidak
- 4) Pelayanan Penunjang Medik.
- a) Radio Diagnostik : Ya

- b) Anaesthesi : Ya (Lokal)
- c) Gizi : Ya
- d) Farmasi : Ya
- 5) Laboratorium Klinik : Ya
- 6) Pelayanan Administrasi.
  - a) Tata Usaha : Ya
  - b) Rekam Medik : Ya
  - c) Kepegawaian : Ya
  - d) Keuangan : Ya
  - e) Rumah Tangga dan Perlengkapan : Ya
- h. Data ketenagaan Rumah Sakit.

Dalam era reformasi, pengembangan dan pemberdayaan sumber daya manusia kesehatan mencakup tiga unsur utama, yaitu perencanaan, pengadaan dan pendayagunaan SDM Kesehatan.

Pengadaan SDM Kesehatan RSUD Sukamara meliputi: Pendidikan SDM Kesehatan dan Pelatihan SDM Kesehatan. Sedangkan pendayagunaan SDM Kesehatan meliputi: rekrutmen, penempatan SDM Kesehatan, pengembangan dan evaluasi SDM Kesehatan, pemberian kompensasi pada SDM Kesehatan serta pembinaan dan pengawasan SDM Kesehatan.

Jumlah SDM Kesehatan RSUD Sukamara masih belum memadai terutama untuk tenaga medis dan spesialis serta beberapa tenaga strategis lainnya, hal ini karena masih kurangnya informasi dan promosi

daerah terkait adanya kebijakan pemerintah terhadap rekrutmen CPNS Kesehatan.

Kebijakan pegawai tidak tetap (PTT) juga masih belum mampu menempatkan tenaga medis (Dokter Umum dan Dokter Gigi) secara merata. RSUD Sukamara sampai saat ini masih belum memiliki Dokter Gigi PNS/PTT walaupun telah diupayakan pengadaannya. Sedangkan Pembinaan dan Pengawasan SDM Kesehatan meliputi sertifikasi, registrasi dan lisensi dari pelaksanaan tugas profesi tenaga kesehatan yang ada belum terlaksana sesuai yang diharapkan.

Data ketenagaan RSUD Sukamara masih didominasi oleh tenaga Keperawatan (Perawat dan Bidan) yaitu sebanyak 55 orang, sedangkan tenaga lainnya masih kurang atau tidak ada sama sekali. Dengan adanya penerimaan Tenaga Kesehatan baik CPNS dan PTT ataupun tenaga kontrak lainnya, kebutuhan ketenagaan RSUD Sukamara akan dapat terpenuhi.

Pelayanan kepada masyarakat khususnya Pengguna Jasa Layanan Rumah Sakit tetap dilaksanakan sesuai kemampuan SDM maupun sumber daya yang ada (Sarana dan Prasarana pendukung lainnya). Daftar ketenagaan RSUD Sukamara per 31 Desember 2011 secara rinci tergambar dalam Tabel 4.1 dibawah ini:

**Tabel 4.1 Daftar Ketenagaan RSUD Sukamara  
Per 31 Desember 2011**

No.	JENIS TENAGA	STATUS KETENAGAAN	JUMLAH (ORANG)	KET
1	2	3	4	5
I.	Dokter : Dokter Umum	PNS PTT KONTRAK TITIPAN	2 1 1 1	
	Spesialis Dasar : 1. Ahli Kesehatan Anak 2. Ahli Kebidanan & kandungan 3. Ahli Dalam/Internist	PNS  PNS PNS	1  1 1	2011 Aktif 2012 Aktif
II.	Dokter Gigi :	-	-	
III.	Tenaga Medis :	-	-	
IV.	Paramedis Perawatan : 1. S1 Keperawatan  2. D3 Keperawatan Umum  D3 Kep Anestesi 3. Perawat (SPK/SPR) 4. D3 Kebidanan  5. D1 Kebidanan (PPB-A) 6. PPB-C	PNS CPNS KONTRAK PNS KONTRAK PNS PNS PNS TITIPAN PNS PNS	2 2 3 28 6 1 4 4 1 2 1	1 Orang Tubel D4 Anestesi
V.	Non Keperawatan : 1. Apoteker 2. Sarjana Farmasi  3. SAA / SMF 4. S2 SKM 5. S1 SKM	PNS PNS CPNS PNS PNS PNS	2 3 1 1 1 3	

	6. D3 Sanitarian 7. D1 SPPH / Lainnya 8. D3 Gizi 9. D3 Fisioterapi 10. APRO / ATRO  11. AKG / ATG 12. SPRG 13. ATEM 14. AAK/AAM 15. Perekam Medis	PNS PNS PNS PNS PNS CPNS PNS PNS PNS PNS PNS	1 1 2 2 1 1 1 2 2 5 2	1 Tubel          1 Tubel
VI.	Sarjana Non Medik : 1. Sarjana Pemerintahan 2. Sarjana Ekonomi 3. Sarjana Teknik	PNS PNS PNS	1 1 1	
VII	D3 Non Perawatan : 1. D3 Komputer	CPNS	1	
VIII	Sekolah Menengah Atas : 1. SMU / SMTA	PNS KONTRAK	2 9	
IX.	SLTP dan SD kebawah : 1. SMTP 2. SD kebawah	KONTRAK KONTRAK	9 9	
	Total Ketenagaan Rumah Sakit	PNS CPNS TITIPAN KONTRAK PTT	80 5 2 37 1	3 Orang Tubel

## i. Sarana dan prasarana.

## Pembangunan Gedung:

- 1) Kelas I Utama dan VIP : Dibangun tahun 2007
- 2) Kelas II dan III : Dibangun tahun 2005
- 3) UGD : Dibangun tahun 2004
- 4) Poliklinik : Dibangun tahun 2006
- 5) Radiologi : Dibangun tahun 2004
- 6) Laboratorium : Dibangun tahun 2006
- 7) Laundry dan Dapur : Dibangun tahun 2006
- 8) Incenerator : Dibangun tahun 2006
- 9) Ruang Generator Set : Dibangun tahun 2006
- 10) Kamar Jenazah : Dibangun tahun 2006
- 11) Asrama Perawat : Dibangun tahun 2006
- 12) Gudang alat : Dibangun tahun 2004
- 13) Kantin/Wartel : Dibangun tahun 2007
- 14) Ruang Isolasi : Dibangun tahun 2007
- 15) Ruang Kebidanan : Dibangun tahun 2007
- 16) Apotek dan Musholla : Dibangun tahun 2007
- 17) Pos Satpam 1 dan 2 : Dibangun tahun 2006 dan 2007
- 18) Gedung Administrasi : Dibangun tahun 2006
- 19) Garasi Pegawai : Dibangun tahun 2008
- 20) Garasi Ambulance : Dibangun tahun 2009
- 21) Garasi Pengunjung : Dibangun tahun 2009

- 22) Gedung Bedah Central : Dibangun tahun 2009  
23) Gedung Kebidanan : Dibangun tahun 2009

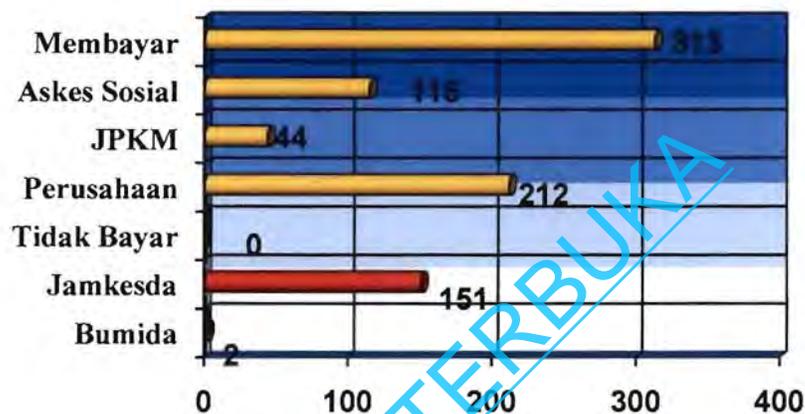
Kapasitas tempat tidur di RSUD Sukamara sampai dengan Bulan Mei 2011, terdapat 32 tempat tidur.

j. Sistem pembayaran pasien Rumah Sakit.

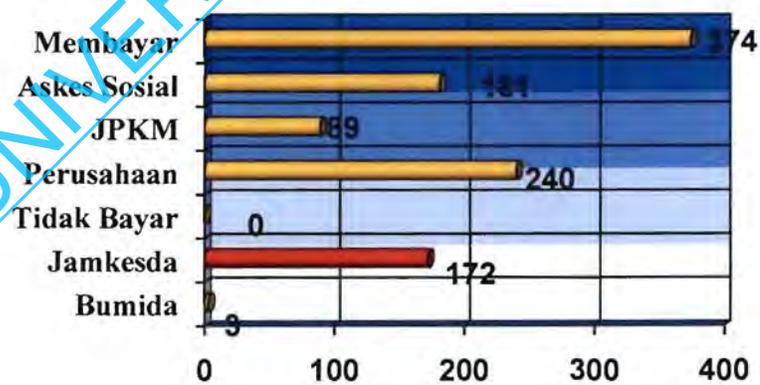
Sistem pembayaran penderita di RSUD Sukamara sesuai dengan ketentuan yang berlaku (Umum, Askes, Askeskin, Perusahaan, dan SKTM) mengacu pada PERDA Nomor 10 Tahun 2005 Tentang Retribusi Pelayanan Kesehatan Kabupaten Sukamara. Sumber data diperoleh dari: Buku Register Pendaftaran Pasien Rawat Jalan, Rawat Inap, Rawat Inap Kebidanan, Tindakan/Pelayanan, Radiodiagnostik, Penerimaan Spesimen Pasien dll yang telah direkap per triwulan tahun berjalan.

Cara Pembayaran pasien rawat inap di RSUD Sukamara Th. 2010-2011 terinci dalam grafik dibawah ini (sumber profil RSUD Sukamara Th. 2012):

**Grafik 4.1 Data Cara Pembayaran Pasien Rawat Inap RSUD Sukamara Tahun 2010**



**Grafik 4.2 Data Cara Pembayaran Pasien Rawat Inap RSUD Sukamara Tahun 2011**

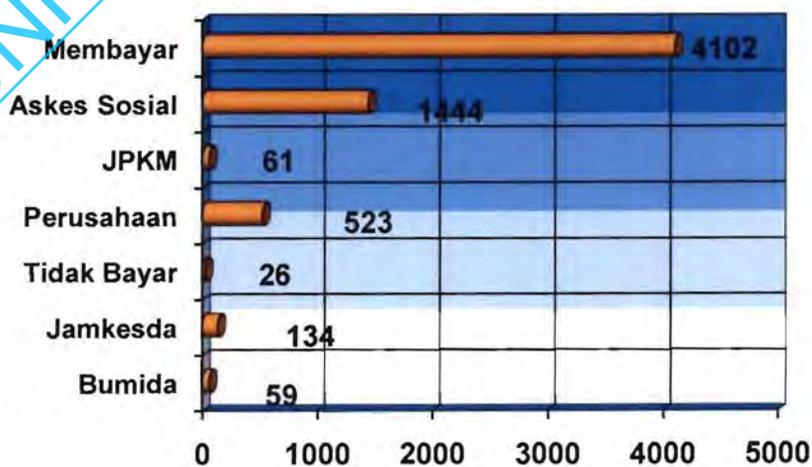


Cara Pembayaran pasien rawat jalan di RSUD Sukamara Th. 2010-2011 terinci dalam grafik dibawah ini (sumber profil RSUD Sukamara Th. 2012) :

**Grafik 4.3 Data Cara Pembayaran Pasien Rawat Jalan RSUD Sukamara Tahun 2010**



**Grafik 4.4 Data Cara Pembayaran Pasien Rawat Jalan RSUD Sukamara Tahun 2011**



- k. Anggaran Program Jamkesda (Melalui DPA-SKPD Dinas Kesehatan Kabupaten Sukamara).

Tabel 4.2 Anggaran Program Jamkesda Tahun 2009 s/d 2012

No	Program	Th	Anggaran		Tidak Terserap	% Serapan
			Tersedia	Realisasi		
1	2	3	4	5	6	7
1	Jamkesda	2009	540.000.000	74.374.786	465.625.214	14 %
2		2010	961.400.000	818.185.686	143.214.314	85 %
3		2011	1.260.000.000	1.252.725.420	7.274.580	99 %
4		2012	2.440.000.000	1.967.882.880	472.117.120	81 %

Sumber : DPA SKPD Dinas Kesehatan Tahun 2009 s/d 2012

2. Hasil penelitian.

a. Identitas informan.

Teknik penentuan informan yang dipakai yaitu *nonprobability sample*, dimana jenis penarikan sample dalam penelitian ini ditentukan secara *purposive sampling* dengan dasar pertimbangan bahwa informan yang dipilih adalah kelompok yang dianggap lebih mengetahui tentang kebijakan Jaminan Kesehatan Daerah di Rumah Sakit Umum Daerah Sukamara.

Subyek penelitian dalam penelitian ini sebanyak 3 (tiga) orang, yaitu 1 (satu) orang Direktur Rumah Sakit , 1 (satu) orang Kepala Seksi

Pelayanan Medik Rumah Sakit, dan 1 (satu) orang perawat di Rumah Sakit. Selanjutnya hasil wawancara yang diperoleh dari subyek penelitian akan dilakukan triangulasi (*cross check*) kepada 8 (delapan) orang informan triangulasi.

Dari hasil wawancara dengan 3 (tiga) subyek penelitian, diperoleh hasil sebagai berikut: usia dari subyek penelitian bervariasi, yaitu mulai dari usia 32 tahun, 36 tahun dan 37 tahun. Dan latar belakang dari subyek penelitian adalah D 3 Keperawatan, Sarjana/S 1 (Kedokteran). Lama bekerja dari subyek penelitian di Rumah Sakit Umum Daerah Sukamara adalah 3-5 tahun.

Tabel 4.3 Karakteristik Subyek Penelitian

NO	KARAKTERISTIK	SUBYEK PENELITIAN		
		1	2	3
1	Inisial	ENM	WWT	IDR
2	Umur	36	37	32
3	Jenis Kelamin	Perempuan	Perempuan	Perempuan
4	Pendidikan terakhir	Kedokteran	Kedokteran	D 3 Keperawatan
5	Lama Bekerja	5 Tahun	3 Tahun	3 Tahun

Informan Triangulasi terdiri dari 8 (delapan) orang informan triangulasi yaitu 1 (satu) orang informan adalah Kepala Seksi Jaminan Kesehatan pada Dinas Kesehatan Kabupaten Sukamara, 1 (satu) orang tenaga Verifikator Jamkesda di RSUD Sukamara, dan 6 (enam) orang pasien yang sedang dirawat inap di RSUD Sukamara.

Dalam memberikan analisis mengenai mengenai hasil penelitian ini, peneliti mengklasifikasikan jawaban responden. Pengklasifikasian bertujuan untuk mempermudah dalam penarikan kesimpulan. Pengklasifikasian tersebut adalah sebagai berikut :

1) Subjek penelitian.

Subjek penelitian dalam penelitian ini berjumlah 3 (tiga) orang, sehingga dapat diklasifikasikan:

- a) Satu subjek penelitian = sebagian kecil.
- b) Dua subjek penelitian = sebagian besar.
- c) Tiga subjek penelitian = semua.

2) Informan triangulasi.

Sedangkan untuk informan triangulasi berjumlah 8 (delapan) orang, sehingga dapat diklasifikasikan sebagai berikut:

- a) Satu sampai dengan tiga informan triangulasi = sebagian kecil.
- b) Empat dan lebih dari empat informan triangulasi = sebagian besar.
- c) Delapan informan triangulasi = semua.

Untuk mendapatkan informasi mengenai Implementasi Kebijakan Pelayanan Jaminan Kesehatan Daerah di Kabupaten Sukamara, penulis memilih informan adalah kelompok yang dianggap lebih mengetahui tentang permasalahan yang berkaitan dengan judul dan bersedia memberikan data adalah:

1) Direktur RSUD Sukamara.

- 2) Kepala Seksi Pelayanan Medik pada RSUD Sukamara
  - 3) Satu orang perawat selaku perawat pelaksana pada bangsal rawat inap di RSUD Sukamara.
  - 4) Verifikator Jamkesda di RSUD Sukamara.
  - 5) Seksi Jaminan Kesehatan pada Dinas Kesehatan Kabupaten Sukamara.
  - 6) 6 (enam) orang Pasien yang sedang dirawat di RSUD Sukamara.
- b. Pengetahuan subjek penelitian tentang Kebijakan Jaminan Kesehatan Daerah (Jamkesda) Kabupaten Sukamara.

Komitmen Pemerintah Kabupaten Sukamara dalam mendukung Program Jamkesmas sangat besar sekali, selain berperan aktif dalam sosialisasi dan pelaksanaan Jamkesmas di Kabupaten Sukamara, bentuk dukungan tersebut juga diapresiasi dalam bentuk Peraturan Bupati Sukamara Nomor 21 Tahun 2011, Tentang Perubahan Peraturan Bupati Nomor 5 Tahun 2009, Tentang Pedoman Pelaksanaan Jaminan Kesehatan Daerah Kabupaten Sukamara. Hal tersebut juga merupakan bukti nyata keseriusan Pemerintah Daerah dalam menjamin masyarakat miskin untuk dapat mengakses pelayanan kesehatan yang bermutu dan komprehensif secara gratis. Sehingga dapat diasumsikan bahwa Jamkesda merupakan program Pemerintah Daerah dalam pemberian pelayanan kesehatan rujukan yang biayanya dijamin oleh Pemerintah Daerah.

Dari hasil wawancara mendalam, semua subjek penelitian menyatakan bahwa pengertian Jamkesda adalah pemberian pelayanan kesehatan di rumah sakit secara gratis bagi masyarakat miskin, yang beban biayanya ditanggung oleh pemerintah daerah. Berikut adalah hasil petikan wawancara mendalam dengan ketiga subjek penelitian:

Informan 1 (inisial ENM) menjelaskan bahwa: “.....Pengertian Jamkesda dari sumber yang saya baca, adalah Program penjaminan pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin, yang anggarannya disediakan oleh Pemerintah Daerah. Program penjaminan pelayanan kesehatan ini diperuntukkan bagi pelayanan kesehatan rujukan seperti pelayanan kesehatan di rumah sakit.....” (Wawancara dengan Pimpinan RSUD Sukamara, tanggal 26 Maret 2013)

Pernyataan senada yang disampaikan oleh informan 2 (inisial WWT) yang menjabat sebagai Kepala Seksi Pelayanan Medik pada RSUD Sukamara, menyatakan: “.....Pengertian Jamkesda adalah Program Jaminan pelayanan kesehatan yang diperuntukkan bagi masyarakat miskin yang tidak ter *cover* oleh program jaminan kesehatan yang lain, dan lebih difokuskan pada pelayanan rujukan di rumah sakit. Sedangkan anggaran Program Jamkesda berasal dari Pemerintah Daerah.....” (Wawancara dengan Kasi Yanmed RSUD Sukamara, tanggal 27 Maret 2013)

Demikian juga yang disampaikan informan 3 (inisial IDR) selaku perawat pelaksana pada bangsal rawat inap di RSUD Sukamara: “.....Pengertian Jamkesda adalah Program jaminan kesehatan di rumah sakit, yang diperuntukkan bagi masyarakat miskin dan biayanya ditanggung oleh Pemerintah Daerah.....” (Wawancara dengan Perawat pada bangsal rawat inap RSUD Sukamara, tanggal 28 Maret 2013)

Selanjutnya informan penelitian mengatakan bahwa untuk mendapatkan pelayanan Jamkesda, pasien harus membawa syarat-syarat sebagai berikut: Fotokopi Kartu Tanda Penduduk (KTP), Fotokopi Kartu Keluarga, Surat Keterangan Tidak Mampu (SKTM) dan Surat

Rujukan dari Pustu atau Puskesmas. Dari hasil wawancara sebagian besar subjek penelitian menyampaikan hal yang sama.

Seperti yang disampaikan Informan 1 (inisial ENM) yang menyatakan: “.....Persyaratan Jamkesda menurut Juknis Jamkesda adalah fotokopi KTP, SKTM dan Surat Rujukan. Dan apabila pasien tidak punya atau belum memiliki KTP maka harus dilampirkan fotokopi KK.....” (Wawancara dengan Direktur RSUD Sukamara, tanggal 26 Maret 2013).

Informan 2 (inisial WWT) yang menjabat sebagai Kepala Seksi Pelayanan Medik pada RSUD Sukamara menyampaikan: “.....Persyaratan Jamkesda berdasarkan buku Pedoman Pelaksanaan Jaminan Kesehatan Daerah Kabupaten Sukamara adalah fotokopi SKTM, KTP dan Surat Rujukan sedangkan bagi pasien yang belum atau tidak memiliki KTP maka dapat menggunakan fotokopi Kartu Keluarga (KK) sebagai pengganti KTP.....” (Wawancara dengan Kasi Yanmed RSUD Sukamara, tanggal 27 Maret 2013).

Pernyataan senada juga disampaikan informan 3 (inisial IDR) selaku perawat pelaksana pada bangsal rawat inap di RSUD Sukamara: “.....Syarat-syarat Jamkesda setahu saya adalah fotokopi KTP dan KK, Surat Rujukan dan SKTM.....” (Wawancara dengan Perawat pada bangsal rawat inap RSUD Sukamara, tanggal 28 Maret 2013).

c. Komunikasi (petugas pemberi pelayanan kepada pasien Jamkesda)

Komunikasi yang akan digali dalam penelitian ini adalah komunikasi dalam konteks komunikasi dari petugas pemberi pelayanan kesehatan kepada pasien sebagai penerima Program Jamkesda. Sedangkan untuk komunikasi antara pembuat kebijakan kepada pelaksana kebijakan sudah jelas tercantum dalam Pedoman Pelaksanaan Jaminan Kesehatan Daerah Sukamara (Jamkesda) Kabupaten Sukamara Tahun 2011 dan tertuang pada Surat Perjanjian Kerja Sama Antara

Dinas Kesehatan Kabupaten Sukamara Dengan Rumah Sakit Umum Daerah Sukamara, Tentang Pelayanan Kesehatan Bagi Peserta Program Jamkesda Tahun 2013.

Dari hasil wawancara dengan subjek penelitian, bahwa semua subjek penelitian tidak pernah menjelaskan tentang Program Jamkesda kepada pasien dan hak-hak yang diperoleh pasien Jamkesda. Berikut petikan wawancara dengan subjek penelitian.

Informan 1 (inisial ENM) menjelaskan mengatakan: “.....Kalau untuk sosialisasi Jamkesda, menurut saya tidak menjadi kewenangan kami Pak..., seharusnya dari dinas kesehatan dan jaringannya lah yang mesosialisasikan kepada pasien/masyarakat. Tugas kami disini sebagai pemberi pelayanan kesehatannya. Jadi kami harapkan pasien datang ke RSUD dalam keadaan sudah tau dan paham tentang Jamkesda berikut persyaratannya. Jadi disinilah pentingnya koordinasi RSUD dengan Dinas Kesehatan.....” (Wawancara dengan Pimpinan RSUD Sukamara, tanggal 26 Maret 2013).

Demikian juga yang disampaikan oleh informan 2 (inisial WWT) yang menjabat sebagai Kepala Seksi Pelayanan Medik pada RSUD Sukamara: “.....Menjelaskan Program Jamkesda kepada pasien..., kalau saya sendiri belum pernah Pak. Soalnya menurut saya masyarakat sudah banyak yang tau. Buktinya mereka datang berobat ke RSUD Sukamara dengan menggunakan Jamkesda sebagai jaminannya. Dan mengenai hak pasien Jamkesda, mereka cukup tau kok, kalau hak pelayanan kesehatannya di kelas III.....” (Wawancara dengan Kasi Yanmed RSUD Sukamara, tanggal 27 Maret 2013).

Informan 3 (inisial IDR) pelaksana pada bangsal rawat inap di RSUD Sukamara mengatakan bahwa : “.....Untuk menjelaskan tentang Program Jamkesda, kalau saya jarang sekali. Terkecuali ada pasien yang bertanya. Misalnya tentang persyaratan yang kurang dan sebagainya. Kami lebih fokus kepelayanannya, Pak!.....” (Wawancara dengan perawat pada bangsal rawat inap RSUD Sukamara dengan tanggal 28 Maret 2013).

Untuk memvalidasi data yang disampaikan oleh subjek penelitian maka dilakukan wawancara mendalam dengan informan triangulasi yaitu Kepala Seksi Jaminan Kesehatan pada Dinas Kesehatan Kabupaten Sukamara, tenaga Verifikator Jamkesda di RSUD Sukamara, dan pasien yang sedang dirawat inap di RSUD Sukamara.

Tn. Rsd (40 Th), keluarga dari pasien atas nama An. Fry menyatakan: “.....Saya tau Program Jamkesda dari Bapak Kepala Desa dan Ibu Bidan di Desa saya Pak.....” (Wawancara dengan Tn. Rsd (40 Tahun) tanggal 29 Maret 2013)

Hal senada juga disampaikan Pak Hlm (30 Th), keluarga dari pasien atas nama An. Idy “.....Saya dapat informasi tentang Program Jamkesda dari Kepala Desa dan petugas kesehatan didesa saya Pak. Dan pada saat mengurus Surat Jaminan Pelayanan, biasanya kami baru dapat penjelasan tentang Jamkesda dari petugas kesehatan di dinas kesehatan Pak. Kalau mengani hak perawatan kami, kami merasa sudah cukup Pak, dirawat di kelas III pun kami sudah terima.....” (Wawancara dengan Tn. Hlm (30 Th) tanggal 29 Maret 2013).

Tn. Tys (48 Th) pasien yang sedang dirawat inap di RSUD Sukamara mengatakan: “.....Informasi tentang Jamkesda kalau saya tau dari Pak Kades Pak, dan setelah saya tanyakan ke Bu Bidan, memang katanya ada Program Jamkesda untuk di rumah sakit.....” (Wawancara dengan Tn. Tys (48 Th) tanggal 29 Maret 2013).

Tn. Jly (23 Th) pasien yang sedang dirawat inap di RSUD Sukamara juga mengatakan: “.....Ya, saya tau Jamkesda dari Bu Bidan dan Pak Kades.....”(Wawancara dengan Tn. Jly (23 Th) tanggal 29 Maret 2013).

Sementara Informan Triangulasi berikutnya Bp. Sdy (49 Th) . Kepala Seksi Jaminan Kesehatan pada Dinas Kesehatan Kabupaten Sukamara, selaku pengelola Program Jamkesda Kabupaten Sukamara mengayakan: “.....Kami kadang mendapatkan beberapa keluarga pasien yang mengurus Jamkesda masih kurang paham tentang Program Jamkesda, terutama tentang persyaratan untuk mendapatkan SJP. Padahal keluarga mereka sudah dalam posisi dirawat di rumah sakit. Artinya mereka masih kurang mendapat penjelasan dari petugas di rumah sakit. Bahkan beberapa kepala desa ada yang datang sendiri dalam pengurusan SJP bagi warganya. Sehingga kalau sudah seperti itu,

pastinya kami turun tangan dalam memberikan penjelasan kepada pasien tentang Program Jamkesda, yang mencakup persyaratannya dan hak-hak yang diperolehnya sebagai pasien Jamkesda.....” (Wawancara Kasi Jaminan Kesehatan, tanggal 26 Maret 2013).

Demikian juga Sdr. Nhr (27) sebagai verifikator Jamkesda di Rumah sakit Umum Daerah Sukamara mengatakan: “.....Keluarga pasien sering tidak paham tentang syarat-syarat untuk mendapatkan Jamkesda, hal tersebut terlihat dari belum lengkapnya persyaratan yang dibawa ke rumah sakit, meskipun tidak semua keluarga pasien juga seperti itu. Dan tidak jarang saya sendiri terkadang yang harus mengantar atau menguruskan Surat Jaminan Pelayanan (SJP) ke Dinas Kesehatan.....” (Wawancara verifikator Jamkesda, tanggal 30 Maret 2013).

Hasil konfirmasi dengan informan triangulasi pada penelitian ini, sebagian besar informan triangulasi menjawab, bahwa informasi tentang program Jamkesda tidak pernah diperoleh dari petugas pemberi pelayanan kesehatan di rumah sakit. Mereka tau tentang Program Jamkesda dari Kepala Desa dan petugas kesehatan di lapangan.

#### d. Sumber Daya

Sumber daya di sini berkaitan dengan segala sumber yang dapat digunakan untuk mendukung keberhasilan implementasi Kebijakan Program Jamkesda di Kabupaten Sukamara. Sumber daya ini mencakup sumber daya manusia, anggaran, fasilitas, informasi dan kewenangan.

Dari hasil wawancara dengan subjek penelitian, semua subjek penelitian mengatakan bahwa sumber daya berpengaruh terhadap pelaksanaan pelayanan Program Jamkesda di RSUD Sukamara. Berikut hasil petikan wawancara mendalam dengan subjek penelitian:

Informan 1 (inisial ELN), menyatakan bahwa: “.....Dari sumber daya yang ada di RSUD Sukamara, masih ada beberapa yang harus

dipenuhi dan hal tersebut perlu adanya dukungan dari Pemerintah Daerah untuk kelancaran pelaksanaan Program Jamkesda di Kabupaten Sukamara khususnya di RSUD Sukamara. Beberapa sumber daya yang harus dipenuhi misalnya sumber daya manusia, untuk saat ini dibutuhkan Dokter Spesialis Bedah (sebagai persyaratan akreditasi rumah sakit), dan Dokter Gigi. Sedangkan untuk anggaran Jamkesda menurut saya sudah cukup (klaim jasa Jamkesda yang selalu terbayar). Sedangkan untuk fasilitas rumah sakit, sesuai dengan tipe rumah sakit kita (tipe D) sudah sesuai dengan standar pemerintah. Akan tetapi dengan kondisi sumber daya yang ada saat ini, tidak menjadi hambatan berarti bagi kami untuk melaksanakan Program Jamkesda....” (Wawancara Pimpinan RSUD Sukamara, tanggal 26 Maret 2013).

Sementara Informan 2 (inisial WWT), Kepala Seksi Pelayanan Medik RSUD Sukamara menyampaikan: “.....Sumber daya yang ada di RSUD Sukamara sudah cukup mendukung pelaksanaan Program Jamkesda, meskipun masih ada beberapa kekurangan diantaranya adalah untuk tenaga Dokter Spesialis kami masih membutuhkan Dokter Spesialis Bedah, kemudian Dokter Gigi dan Dokter Umum, karena Dokter Umum yang ada di RSUD belum semuanya dokter tetap akan tetapi sebagian dari dokter umum masih bersifat kontrak dan PTT. Akan tetapi hal tersebut tidak mengurangi kualitas pelayanan kami terhadap pasien. Dan pada saat kami tidak mampu lagi melakukan pelayanan kesehatan diluar kemampuan kami, maka kami akan merujuk pasien ke rumah sakit rujukan yang sudah ditunjuk, pastinya sesuai dengan SOP. Sedangkan untuk anggaran Jamkesda Kabupaten Sukamara, kalau untuk saat ini cukup menurut saya, karena klaim pelayanan Jamkesda yang kami sampaikan ke Dinkes selalu terbayar lunas, dan waktunya pun tidak lebih dari waktu yang sudah tertuang di Surat Perjanjian Kerja Sama (SPK) antara Dinkes dengan RSUD Sukamara....” (Wawancara dengan Kasi Yanmed RSUD Sukamara, tanggal 27 Maret 2013).

Demikian juga, Informan 3 (inisial IDR) perawat pelaksana pada bangsal rawat inap di RSUD Sukamara menyatakan: “.....Kalau bagi saya sebagai petugas pelaksana, ya pastinya akan mengikuti apa instruksi dari atasan, terkait dengan sumber daya yang ada kalau menurut saya selama ini tidak ada masalah yang berarti. Pada kenyataannya semua pasien Jamkesda kami layani semampu kami. Dan jika kami tidak mampu, pasien kami rujuk ke rumah sakit rujukan sesuai dengan syarat dan ketentuan yang berlaku (SOP)....” (Wawancara dengan perawat pelaksana pada bangsal rawat inap RSUD Sukamara, tanggal 28 Maret 2013)

Setelah dikonfirmasi dengan informan triangulasi, semua informan triangulasi menyampaikan bahwa, pelayanan dan sumber daya yang ada di RSUD Sukamara sudah cukup memadai dan mendukung terlaksananya Program Jamkesda di Kabupaten Sukamara. Hasil wawancara mendalam dengan informan triangulasi.

Tn. Rsd (40 Th), keluarga dari pasien yang sedang dirawat inap di RSUD Sukamara atas nama An. Fry: “.....Selama keluarga kami berobat dengan Jamkesda di RSUD Sukamara, kami dilayani dengan baik dan tidak pernah dipungut biaya. Keluarga kami pun bisa sembuh dari sakit, meskipun ada beberapa tetangga saya yang harus dirujuk ke Pangkalan Bun dan Semarang. Itu dikarenakan tidak bisa ditangani disini. Yang pasti saya sangat senang dengan adanya Program Jamkeda ini, karena keluarga saya jadi banyak terbantu.....” (Wawancara dengan Tn. Rsd (40 Th), tanggal 29 Maret 2013).

Tn Hlm (30 Th), keluarga dari pasien yang sedang dirawat inap di RSUD Sukamara atas nama An. Idy : “.....Kalau untuk pelayanan Jamkesda di Rumah Sakit Sukamara menurut saya sudah cukup baik Pak, keluarga kami dilayani sama dengan pasien yang lain. Yah, meskipun keluarga kami hanya mendapatkan perawatan dikelas III. Tapi kami sudah cukup senang, namanya juga gratis Pak. Bagi kami yang penting keluarga kami bisa sembuh.....” (Wawancara dengan Tn Hlm (30 Th), tanggal 29 Maret 2013).

Tn. Tys (48 Th) pasien yang sedang dirawat inap di RSUD Sukamara: “.....Selama keluarga kami dirawat disini, kami dilayani baik-baik aja, yah kalau masih ada kekurangan sedikit itu masih biasa kok Pak! dan kalau sudah ndak mampu ditangani disini, setahu saya pasien dirujuk ke Rumah Sakit Pangkalan Bun atau ke Semarang Pak. Di Rumah Sakit Sukamara katanya ada dokter spesialis yang belum ada, tapi saya ndak tau dokter spesialis apa.....” (Wawancara dengan Tn. Tys (48 Th), tanggal 29 Maret 2013).

Tn. Jly (23 Th) pasien yang sedang dirawat inap di RSUD Sukamara: “.....Untuk pelayanan petugas di Rumah Sakit Sukamara pada pasien Jamkesda kalau menurut saya sih Pak, biasa-biasa aja. Artinya ya sesuai aja tidak ada kekurangan tapi juga tidak berlebihan. Semuanya masih wajar. Sedangkan untuk pasien yang dirujuk, kalau memang sudah ndak bisa ditangani disini, dirujuk ya ndak masalah.....” (Wawancara dengan Tn. Jly (23 Th) tanggal 29 Maret 2013).

Bp. Sdy (49 Th), Kepala Seksi Jaminan Kesehatan pada Dinas Kesehatan Kabupaten Sukamara, selaku pengelola Program Jamkesda Kabupaten Sukamara: “.....Kalau dari kami selaku pengelola Program Jamkesda, pelayanan Program Jamkesda di RSUD Sukamara terkait dengan sumber daya yang ada masih berjalan dengan baik. Sebagai indikatornya masyarakat merasakan manfaat dari pelaksanaan Program Jamkesda ini (hasil konfirmasi pada keluarga pasien), dan selama ini kami belum pernah menerima pengaduan terkait pungutan biaya pengobatan terhadap pasien Jamkesda. Sedangkan untuk pasien yang tidak mampu ditangani di RSUD Sukamara, akan di rujuk ke rumah sakit rujukan sesuai dengan ketentuan.....” (Wawancara dengan Kasi Jaminan Kesehatan, tanggal 26 Maret 2013).

Sdr. Nhr (27), sebagai verifikator Jamkesda di Rumah sakit Umum Daerah Sukamara: “.....Kalau menurut saya, selaku verifikator Jamkesda di RSUD Sukamara, sesuai dengan pengamatan saya, pelayanan petugas RSUD terhadap pasien Jamkesda cukup baik Pak, karena mereka tidak membedakan antara pasien Jamkesda dengan pasien umum. Meskipun saya tidak selalu melihat pasien secara langsung, tetapi saya sering menanyakan ke keluarga pasien yang mengurus Jamkesda tentang pelayanan yang diberikan. Jadi menurut saya untuk masalah pelayanan kesehatan/ medis hampir tidak ada keluhan.....” (Wawancara dengan verifikator Jamkesda. tanggal 30 Maret 2013).

e. Sikap

Faktor sikap yang akan digali dari subjek pada penelitian ini adalah sikap pelaksana kebijakan atau implementor pada pelaksanaan Program Jamkesda.

Sesuai dengan apa yang disampaikan oleh subjek penelitian, semua subjek penelitian setuju bahwa sikap profesionalisme harus diterapkan dalam pemberian pelayanan kepada semua pasien. Berikut hasil petikan wawancara mendalam dengan subjek penelitian.

Informan 1 (inisial ELN), selaku Pimpinan RSUD Sukamara: “.....Saya selaku Direktur Rumah Sakit Umum Daerah Sukamara, sangat mendukung pelaksanaan pelayanan Program Jamkesda di RSUD

Sukamara. Dan saya juga menyampaikan kepada seluruh staf dan semua petugas kesehatan di RSUD untuk ikut serta mensukseskan Program Jamkesa ini, dengan cara memberikan pelayanan yang terbaik kepada semua pasien termasuk pasien Jamkesda.....” (Wawancara dengan Pimpinan RSUD Sukamara, tanggal 26 Maret 2013).

Informan 2 (inisial WWT), selaku Kepala Seksi Pelayanan Medik RSUD Sukamara: “.....Pastinya selaku Kepala Seksi Pelayanan Medik di RSUD Sukamara, yang selalu berhubungan langsung dengan pasien, saya selalu menyampaikan pada rekan-rekan sejawat dan petugas pelaksana pelayanan kesehatan untuk bersikap profesional dalam memberikan pelayanan kepada pasien dengan cara tidak membedakan antara pasien umum dengan pasien Jamkesda dan hal tersebut sudah merupakan bentuk dukungan dari kami sebagai pemberi pelayanan terhadap Program Jamkesda.....” (Wawancara Kasi Yanmed RSUD Sukamara, tanggal 27 Maret 2013).

Informan 3 (inisial IDR). perawat pelaksana pada bangsal rawat inap di RSUD Sukamara: “.....Saya selaku pemberi pelayanan di rumah sakit akan melaksanakan tugas saya dengan penuh tanggung jawab, dan kaitannya dengan program Pemerintah Daerah, yaitu Jamkesda saya sangat mendukung sesuai dengan profesi saya sebagai pelaksana pelayanan kesehatan di RSUD Sukamara.....” (Wawancara dengan perawat pelaksana pada bangsal rawat inap RSUD Sukamara.tanggal 28 Maret 2013)

Pernyataan subjek penelitian dilakukan pengecekan atau pembandingan terhadap data menggunakan wawancara kepada informan triangulasi. Berikut hasil wawancara dengan informan triangulasi.

Tn. Rsd (40 Th), keluarga dari pasien yang sedang dirawat inap di RSUD Sukamara atas nama An. Fry : “.....Saya sudah cukup senang Pak, semua petugas di rumah sakit sudah memberikan pelayanan dengan cukup baik. Saya juga bersyukur karena keluarga saya bisa sehat kembali.....” (Wawancara dengan Tn. Rsd (40 Th), tanggal 29 Maret 2013).

Tn. Hlm (30 Th), keluarga dari pasien yang sedang dirawat inap di RSUD Sukamara atas nama An. Idy : “.....Dengan Program Jamkesda yang gratis ini, kami sudah merasa cukup dengan pelayanan yang

diberikan oleh petugas di RSUD Sukamara, dan kami juga berterimakasih karena keluarga kami bisa sembuh kembali.....” (wawancara dengan Tn. Hlm (30 Th) tanggal 29 Maret 2013)

Tn. Tys (48 Th), pasien yang sedang dirawat inap di RSUD Sukamara: “.....Sikap petugas rumah sakit menurut saya sudah cukup baik dalam memberikan pelayanan kepada kami.....” (Wawancara dengan Tn. Tys (48 Th), tanggal 29 Maret 2013).

Tn. Jly (23 Th) pasien yang sedang dirawat inap di RSUD Sukamara: “.....Ya meskipun tidak semua petugas bersikap ramah dan baik, tapi itu hanya beberapa saja. Karena hampir semua petugas di rumah sakit sudah memberikan pelayanan dengan cukup baik.....” (Wawancara dengan Tn. Jly (23 Th) tanggal 29 Maret 2013).

Hal ini senada seperti yang disampaikan Bp. Sdy, Kepala Seksi Jaminan Kesehatan pada Dinas Kesehatan Kabupaten Sukamara, selaku pengelola Program Jamkesda Kabupaten Sukamara: “.....Program Jamkesda di Kabupaten Sukamara dapat berjalan dengan baik, karena adanya dukungan dari pelaksana program dilapangan, seperti di RSUD Sukamara. Hal itu ditunjukkan dengan sikap petugas saat memberikan pelayanan kepada pasien Jamkesda. Karena selama ini belum pernah ada keluhan terkait dengan sikap petugas kesehatan di RSUD saat memberikan pelayanan. Dan walaupun ada keluhan masih dalam batas kewajaran.....” (Wawancara Kasi Jaminan Kesehatan Dinas Kesehatan Sukamara, tanggal 26 Maret 2013).

Sdr. Nhr (27 Th.), sebagai verifikator Jamkesda di Rumah sakit Umum Daerah Sukamara: “.....Kalau untuk sikap petugas di RSUD Sukamara terhadap pasien Jemkesda, menurut saya cukup baik Pak. Karena saya jarang sekali mendengar keluhan pasien terkait dengan sikap para petugas dalam melayani pasien Jamkesda.....” (Wawancara dengan Sdr. Nhr (27 Th.), tanggal 30 Maret 2013)

Setelah dikonfirmasi dari informan triangulasi, semua informan triangulasi mengatakan bahwa sikap petugas pemberi pelayanan kesehatan di RSUD Sukamara sudah cukup baik.

#### f. Struktur Birokrasi

Edward III dalam Winarno (2007) mengatakan bahwa Birokrasi merupakan salah satu badan yang paling sering, bahkan secara

keseluruhan menjadi pelaksana kebijakan. Birokrasi baik secara sadar atau tidak sadar memilih bentuk-bentuk organisasi untuk kesepakatan kolektif, dalam rangka memecahkan masalah-masalah sosial dalam kehidupan modern.

Setelah dilakukan wawancara mendalam dengan subjek penelitian, semua subjek penelitian mengatakan bahwa birokrasi memiliki peran yang sangat tinggi serta berpengaruh dalam pelaksanaan Program Jamkesda di Rumah Sakit Umum Daerah Sukamara. Berikut hasil wawancara dengan ketiga subjek penelitian.

Informan 1 (inisial ELN), selaku Pimpinan RSUD Sukamara: “.....Pada dasarnya kami melaksanakan pelayanan Program Jamkesda di RSUD Sukamara, mengacu pada Perbup Nomor 21 Tahun 2011, Tentang Perubahan Perbup Nomor 5 Tahun 2009, Tentang Pedoman Pelaksanaan Jaminan Kesehatan Daerah Kabupaten Sukamara, dan diperkuat dengan Surat Perjanjian Kerja Sama antara Dinas Kesehatan dengan RSUD Sukamara Tentang Pelayanan Kesehatan Bagi Peserta Program Jaminan Kesehatan Daerah Tahun 2013. Kebijakan inilah yang menjadi pedoman kami dalam melaksanakan Program Jamkesda di RSUD Sukamara.....” (Wawancara dengan Pimpinan RSUD Sukamara, tanggal 26 Maret 2013).

Informan 2 (inisial WWT), selaku Kepala Seksi Pelayanan Medik RSUD Sukamara: “.....Dalam menjalankan tugas pelayanan kepada pasien Jamkesda, kami mengacu pada apa yang sudah disosialisasikan oleh pimpinan tentang Pedoman Pelaksanaan Program Jamkesda di RSUD Sukamara. Ya pastinya apa yang disampaikan oleh direktur harus kami laksanakan Pak.....” (Wawancara dengan Kasi Yanmed RSUD Sukamara, tanggal 27 Maret 2013).

Sdr. IDR. Selaku perawat pelaksana pada bangsal rawat inap di RSUD Sukamara: “.....Kalau menurut saya dalam memberikan pelayanan kesehatan kami harus selalu berdasarkan pada SOP, dan terakit pelayanan pada pasien Jamkesda selain SOP pastinya kami juga mengacu pada Pedoman Pelaksanaan Program Jamkesda di RSUD Sukamara, seperti yang sudah disampaikan pimpinan kepada kami.....”

(Wawancara perawat pelaksana bangsal rawat inap RSUD Sukamara, tanggal 28 Maret 2013).

Apa yang disampaikan oleh subjek penelitian kemudian dikonfirmasi dengan informan triangulasi, berikut hasil wawancara dengan informan triangulasi.

Tn. Rsd (40 Th), keluarga dari pasien yang sedang dirawat inap di RSUD Sukamara atas nama An. Fhy mengatakan: “.....Seperti yang sudah saya sampaikan tadi, kalau kami mendapat pelayanan yang baik. Meskipun kami pakai Jamkesda. Kami pun tidak ditarik biaya pengobatan. Terus untuk mengurus Surat Jaminan Pelayanannya (SJP) juga tidak sesulit yang kami bayangkan.....” (Wawancara Tn. Rsd (40 Th), tanggal 29 Maret 2013)

Tn. Hlm (30 Th), keluarga dari pasien yang sedang dirawat inap di RSUD Sukamara atas nama An. Idy : “.....Pengurusan surat jaminan pada Jamkesda tadinya saya piker susah, tapi ternyata mudah saja Pak, dan meskipun belum membawa Surat Jaminan Pelayanan (SJP) kami tetap bisa mendapatkan pelayanan kesehatan di rumah sakit. Kata petugasnya itu berlaku dalam kondisi darurat. Dan kami diberikan kesempatan untuk mengurus SJP paling lambat 3 (tiga) hari setelah keluarga kami dirawat. Dan untuk biaya pengobatan, kami belum pernah dipungut biaya....” (Wawancara dengan Tn. Hlm (30 Th), tanggal 29 Maret 2013)

Tn. Tys (48 Th) pasien yang sedang dirawat inap di RSUD Sukamara: “.....Untuk mengurus Surat Jaminan mudah aja kok Pak, yang penting syarat-syaratnya komplit. Kalau biaya rumah sakit selama ini sih kami selalu gratis, ndak diminta membayar. Ya makanya kami pakai Jamkesda, karena gratis itu Pak.....” (Wawancara dengan Tn. Tys (48 Th), tanggal 29 Maret 2013)

Tn. Jly (23 Th) pasien yang sedang dirawat inap di RSUD Sukamara: “.....Kalau dibilang berbelit-belit dalam mengurus Surat Jaminan Pelayanan (SJP), menurut saya sih ndak Pak..., meskipun ada tetangga yang bilang agak ribet. Hal itu mungkin karena persyaratannya yang belum lengkap. Kalau syarat-syaratnya sudah lengkap cepat aja kok Pak. Dan setahu saya kalau sudah pakai Jamkesda semua biaya perawatannya gratis. Karena selama saya menggunakan Jamkesda, saya tidak pernah dipungut biaya.....” (Wawancara dengan Tn. Jly (23 Th), tanggal 29 Maret 2013)

Sementara Bp. Sdy, Kepala Seksi Jaminan Kesehatan pada Dinas Kesehatan Kabupaten Sukamara, selaku pengelola Program Jamkesda Kabupaten Sukamara mengatakan: “.....Selaku pengelola Program Jamkesda di Kabupaten, kami berkewajiban memantau jalannya Pelaksanaan Program Jamkesda di lapangan termasuk di RSUD Sukamara. Dan dari hasil pantauan kami selama ini, pelaksanaan Program Jamkesda di RSUD Sukamara masih sesuai dengan Perbup dan Surat Perjanjian Kerja Sama yang telah disepakati bersama (Dinkes Kabupaten Sukamara dengan RSUD Sukamara).....” (wawancara dengan Kepala Seksi Jaminan Kesehatan Dinas Kesehatan Sukamara, tanggal 26 Maret 2013)

Demikian juga Sdr. Nhn. sebagai verifikator Jamkesda di Rumah sakit Umum Daerah Sukamara: “.....Selama saya menjadi verifikator Jamkesda, belum pernah ada pasien yang dipersulit dalam pelayanan Pak, buktinya mereka belum membawa Surat Jaminan Pelayanan (SJP) saja masih tetap dilayani, dengan catatan dalam kondisi gawat darurat dan mereka diberi kesempatan mengurus SJP dalam waktu 3 x 24 Jam. Artinya RSUD Sukamara masih memberikan toleransi pada pasien Jamkesda, pada kondisi-kondisi tertentu.....” (Wawancara dengan verifikator Jamkesda. tanggal 30 Maret 2013)

Berdasarkan hasil wawancara mendalam dengan semua subjek penelitian disampaikan, bahwa pelaksanaan pelayanan Program Jamkesda di RSUD Sukamara selalu mengacu pada buku Pedoman Pelaksanaan Jaminan Kesehatan Daerah Kabupaten Sukamara Tahun 2011 dan Surat Perjanjian Kerja Sama yang sudah disepakati antara Dinas Kesehatan dengan Rumah Sakit Umum Daerah Sukamara Tahun 2013.

Hal tersebut juga didukung dengan pernyataan dari informan triangulasi yang mengatakan bahwa dari hasil pemantauannya selama ini, pelaksanaan Program Jamkesda di RSUD Sukamara masih sesuai dengan Perbup dan Surat Perjanjian Kerja Sama yang telah disepakati antara Dinas Kesehatan Kabupaten Sukamara dengan Rumah Sakit

Umum Daerah Sukamara, Tentang Pelayanan Kesehatan Bagi Peserta Program Jaminan Kesehatan Daerah Tahun 2013. Sedangkan menurut pernyataan yang disampaikan oleh informan triangulasi yang lain, selama ini pelayanan yang diberikan oleh pihak RSUD Sukamara terhadap pasien Jamkesda sudah cukup baik dan proses pengurusan surat jaminannya pun tidak sulit.

## B. PEMBAHASAN

Mardiasmo (2002 : 74) mengatakan bahwa: Krisis Ekonomi yang terjadi sejak tahun 1997 telah menyadarkan kepada kita bahwa pembangunan kesehatan bukanlah sekedar urusan teknis belaka. Arti penting krisis tersebut adalah timbulnya implikasi negatif yaitu berupa turunnya derajat pemenuhan kebutuhan dasar secara drastis yang dialami oleh masyarakat. Andaikan hal ini dibiarkan begitu saja dan tidak ditangani secara serius, maka akan tercipta suatu kondisi yang disebut *the lost generation*.

Paradigma tersebut menjadi populer dalam wacana ilmu-ilmu sosial karena praktek pembangunan kesehatan pada akhir-akhir ini menunjukkan bahwa kebutuhan pelayanan kesehatan menjadi barang mewah bagi lapisan bawah masyarakat yang merupakan mayoritas di negeri ini.

Siti Fadilah Supari (2007 : 85) menyampaikan bahwa: Menyadari pengaruh kemiskinan terhadap kesehatan orang miskin yang rentan terhadap berbagai macam penyakit serta akibat ikutannya, pemerintah mengambil tanggung jawab atas penyelenggaraan pelayanan kesehatan keluarga miskin. Pemerintah telah

secara tegas menetapkan bahwa upaya penanggulangan kemiskinan merupakan salah satu prioritas pembangunan.

Desentralisasi kesehatan juga menjadikan sektor kesehatan sebagai urusan Pemerintah Daerah yang harus dipertanggung jawabkan kepada masyarakatnya. Dengan demikian pembangunan kesehatan adalah salah satu ukuran dalam menilai kinerja pemerintah daerah terhadap masyarakat.

Melalui Peraturan Bupati Sukamara Nomor 21 Tahun 2011, Tentang Perubahan Peraturan Bupati Nomor 5 Tahun 2009, Tentang Pedoman Pelaksanaan Jaminan Kesehatan Daerah Kabupaten Sukamara, hal tersebut bukti keseriusan Pemerintah Daerah Kabupaten Sukamara dalam pemenuhan akses pelayanan kesehatan yang berkualitas dan bermutu bagi masyarakat miskin.

Hasil penelitian ini secara umum sudah dapat menjawab dari tujuan penelitian, kerangka teori maupun kerangka konsep. Tujuan umum penelitian ini adalah untuk mendeskripsikan dan menganalisis implementasi Kebijakan Pelayanan Jaminan Kesehatan Daerah (Jamkesda) di RSUD Sukamara dan mendeskripsikan faktor-faktor yang mendorong serta yang menjadi kendala dalam implementasi Kebijakan Pelayanan Jaminan Kesehatan Daerah (Jamkesda) di RSUD Sukamara. Dari hasil penelitian, kemudian dibahas faktor-faktor yang memengaruhi implementasi Kebijakan Pelayanan Jaminan Kesehatan Daerah (Jamkesda) di RSUD Sukamara sebagai berikut.

## 1. Komunikasi.

Widodo (2011 : 97) mengatakan bahwa: Komunikasi merupakan proses penyampaian informasi dari komunikator kepada komunikan. Sementara itu komunikasi kebijakan berarti merupakan proses penyampaian informasi kebijakan dari pembuat kebijakan kepada pelaksana kebijakan.

Informasi perlu disampaikan kepada pelaku kebijakan agar pelaku kebijakan dapat memahami apa yang menjadi isi, tujuan, arah, kelompok sasaran kebijakan, sehingga pelaku kebijakan dapat mempersiapkan hal-hal apa saja yang berhubungan dengan pelaksanaan kebijakan, agar proses implementasi kebijakan bisa berjalan dengan efektif serta sesuai dengan tujuan kebijakan itu sendiri.

Dalam penelitian ini yang ingin dilihat dari peneliti adalah proses penyampaian informasi dari pelaksana kebijakan kepada kelompok sasaran kebijakan tentang pelaksanaan kebijakan Program Jamkesda di RSUD Sukamara. Sedangkan untuk proses penyampaian informasi dari pembuat kebijakan kepada pelaksana kebijakan sudah cukup jelas tertuang pada Pedoman Pelaksanaan Jamkesda Kabupaten Sukamara dan Surat Perjanjian Kerja Sama yang telah disepakati oleh Dinas Kesehatan Kabupaten Sukamara dan RSUD Sukamara, Tentang Pelayanan Kesehatan Bagi Peserta Program Jamkesda Tahun 2013.

Berdasarkan hasil wawancara mendalam, seluruh subjek penelitian menyatakan bahwa sosialisasi tentang Jamkesda bukan menjadi tugas utama dari tenaga kesehatan di RSUD Sukamara, karena mereka lebih fokus ke

pelayanan kesehatannya. Dan selama ini pasien dianggap sudah tentang Jamkesda, hal tersebut terbukti dari banyaknya pasien Jamkesda yang datang ke RSUD Sukamara dengan membawa persyaratan lengkap untuk dapat memperoleh pelayanan Jamkesda.

Hal tersebut sesuai dengan pernyataan dari informan triangulasi, bahwa selama ini mereka mendapatkan informasi tentang Jamkesda dari Kepala Desa dan petugas kesehatan di desa mereka. Informan triangulasi yang lain menyatakan bahwa mereka kadang mendapatkan beberapa keluarga pasien yang mengurus Jamkesda masih belum paham tentang persyaratan untuk mendapatkan pelayanan Jamkesda, padahal keluarga mereka sudah dalam kondisi dirawat di RSUD Sukamara. Hal tersebut membuktikan bahwa sosialisasi tentang Jamkesda yang dilakukan oleh petugas pelayanan di rumah sakit masih kurang. Dan pada saat menemui hal-hal tersebut salah satu dari informan triangulasi yang memang bertugas sebagai pengelola program akan memberikan penjelasan kepada pasien dan keluarga pasien Jamkesda tentang hal-hal yang berkaitan dengan program Jamkesda.

Widodo (2011 : 97) menjelaskan bahwa: Dalam implementasi sebuah kebijakan komunikasi kebijakan berarti merupakan proses penyampaian informasi kebijakan dari pembuat kebijakan kepada pelaksana kebijakan. Dan pada dasarnya komunikasi dalam implementasi kebijakan mencakup beberapa dimensi penting yaitu transformasi informasi, kejelasan informasi dan konsistensi informasi. Dimensi transformasi menghendaki agar

informasi tidak hanya disampaikan kepada pelaksana kebijakan tetapi juga kepada kelompok sasaran dan pihak yang terkait.

Berdasarkan hasil penelitian ini, informasi tentang Program Jamkesda di Kabupaten Sukamara masih kurang di sampaikan/diinformasikan oleh petugas pelaksan Program Jamkesda di RSUD Sukamara kepada pasien Jamkesda. Biarpun pasien dan keluarga pasien sebagai kelompok sasaran Program Jamkesda mendapatkan informasi tersebut dari pihak-pihak yang terkait seperti Dinas Kesehatan sebagai pengelola program. Hal ini berarti komunikasi dalam konteks penyampaian informasi program akan menjadi kendala dalam implementasi Kebijakan Pelayanan Jamkesda di RSUD Sukamara.

## 2. Sumber Daya.

Edward III dalam Widodo (2011 : 98) mengatakan bahwa : Sumber daya memiliki peranan penting dalam implementasi kebijakan. Sumber daya yang dimaksud disini adalah berkaitan dengan segala sumber yang dapat digunakan untuk mendukung keberhasilan implementasi kebijakan. Sumber daya tersebut mencakup sumber daya manusia, anggaran, fasilitas, informasi dan kewenangan.

Hasil penelitian yang disampaikan oleh subjek penelitian yang mengatakan bahwa dengan sumber daya yang ada di RSUD Sukamara pada saat ini mereka cukup siap untuk memberikan pelayanan kepada pasien Jamkesda. Namun masih perlu adanya penambahan dan pembenahan sumber daya di beberapa bagian diantaranya adalah untuk tenaga Dokter Spesialis

Bedah, kemudian Dokter Gigi dan Dokter Umum, karena Dokter Umum yang ada di RSUD belum semuanya dokter tetap akan tetapi sebagian dari dokter umum masih bersifat kontrak dan PTT.

Dan hal tersebut juga sesuai dengan pernyataan yang disampaikan oleh informan triangulasi bahwa, selama ini pasien Jamkesda yang dirawat di RSUD Sukamara tidak ada yang terlantar. Mereka dilayani dengan baik, dan ketika ada pasien Jamkesda yang tidak bisa ditangani di RSUD Sukamara maka pasien tersebut akan dirujuk ke rumah sakit rujukan sesuai dengan ketentuan yang berlaku.

Berdasarkan hasil penelitian tersebut maka dapat disimpulkan bahwa sumber daya (sumber daya manusia) di RSUD Sukamara belum dapat sepenuhnya mendukung program Jamkesda di RSUD Sukamara.

Sedangkan terkait dengan anggaran, sesuai dengan dokumentasi dilapangan diperoleh data sebagai berikut:

**Tabel 4.4 Anggaran Jamkesda RSUD Sukamara  
Tahun 2010/ 2011/ 2012**

<b>NO</b>	<b>TAHUN</b>	<b>ANGGARAN (Rupiah)</b>	<b>JUMLAH PASIEN JAMKESDA</b>
<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
1	2010	961.400.000	274
2	2011	1.260.000.000	477
3	2012	2.440.000.000	857

*Sumber : DPA SKPD Dinas Kesehatan Tahun 2010, 2011 dan 2012*

Di lihat dari tabel 4.4 tentang anggaran Jamkesda RSUD Sukamara tahun 2010, 2011 dan 2012 dapat disimpulkan bahwa tren jumlah anggaran Jamkesda di RSUD Sukamara dari tahun ke tahun semakin meningkat dan hal tersebut juga berbanding lurus dengan jumlah pasien Jamkesda yang berobat ke RSUD Sukamara.

Dari hasil penelitian tentang sumber daya tersebut, dapat dikatakan bahwa sumber daya yang ada di RSUD Sukamara sudah dapat mendukung pelaksanaan Program Jamkesda di Kabupaten Sukamara, khususnya pada pelaksanaan pelayanan Program Jamkesda di RSUD Sukamara. Dan dari informasi yang didapat dari keluarga pasien Jamkesda, bahwa selama pasien dirawat di RSUD Sukamara tidak pernah dipungut biaya pengobatan.

### 3. Sikap.

Mulyono (2009) berpendapat bahwa: Sikap yang positif terhadap suatu kebijakan dari seorang pimpinan merupakan salah satu bentuk dukungan seorang pimpinan yang sangat mempengaruhi pelaksanaan suatu program, sehingga tujuan program dapat dicapai secara efektif dan efisien.

Dari hasil wawancara mendalam dengan subjek penelitian, diperoleh gambaran bahwa petugas kesehatan di RSUD Sukamara memberikan pelayanan yang sama kepada semua pasien yang berkunjung dan berobat ke RSUD Sukamara tanpa membedakan status pasien. Hal tersebut didukung oleh pernyataan Direktur RSUD Sukamara yang mengatakan bahwa yang bersangkutan sangat mendukung pelaksanaan pelayanan Program Jamkesda di RSUD Sukamara. Dan menghimbau kepada seluruh staf dan semua

petugas kesehatan di RSUD untuk ikut serta dalam mensukseskan Program Jamkesda tersebut, dengan cara memberikan pelayanan yang terbaik kepada semua pasien termasuk pasien Jamkesda.

Sedangkan hasil konfirmasi yang diperoleh dari informan triangulasi menunjukkan pernyataan yang sama dengan informasi yang disampaikan oleh subjek penelitian. Informan triangulasi menyatakan bahwa terlaksananya pelayanan Program Jamkesda di RSUD bisa berjalan dengan baik, karena adanya dukungan dari pelaksana program dilapangan. Hal itu ditunjukkan dengan sikap petugas saat memberikan pelayanan kepada pasien Jamkesda yang cukup baik. Dan selama ini juga belum pernah terjadi komplain yang disampaikan terkait dengan sikap petugas kesehatan di RSUD Sukamara dalam pemberian pelayanan kesehatan.

Berdasarkan hasil penelitian yang didapat, bahwa sikap yang ditunjukkan oleh pejabat pelaksana dan para pelaksana Program di RSUD Sukamara sudah sesuai dengan penjelasan Mulyono (2009), yang mengatakan bahwa salah satu faktor yang mempengaruhi efektifitas implementasi kebijakan adalah sikap implementor. Jika implementor setuju dengan bagian-bagian isi dari kebijakan maka mereka akan melaksanakan dengan senang hati. Tetapi jika pandangan mereka berbeda dengan pembuat kebijakan maka proses implementasi akan mengalami banyak masalah. Disamping itu dukungan para pejabat pelaksana sangat dibutuhkan dalam mencapai sasaran program.

Sehingga jika ditarik benang merah, dapat dikatakan bahwa sikap positif ketugas pelayanan Jamkesda di RSUD Sukamara sangat mendukung implementasi Kebijakan Pelayanan Jamkesda di RSUD Sukamara.

#### 4. Struktur birokrasi.

Budi Winarno (2009) menyatakan bahwa: Struktur birokrasi adalah karakteristik, norma-norma, dan pola-pola hubungan yang terjadi berulang-ulang dalam badan-badan eksekutif yang mempunyai hubungan baik potensial maupun nyata dengan apa yang mereka miliki dalam menjalankan kebijakan.

Dari hasil wawancara mendalam dengan subjek penelitian tentang pengaruh struktur birokrasi terhadap pelaksanaan pelayanan Program Jamkesda di RSUD Sukamara disampaikan bahwa pelaksanaan pelayanan Program Jamkesda di RSUD Sukamara selalu mengacu pada buku Pedoman Pelaksanaan Jaminan Kesehatan Daerah Kabupaten Sukamara Tahun 2011 dan Surat Perjanjian Kerja Sama yang sudah disepakati antara Dinas Kesehatan dengan Rumah Sakit Umum Daerah Sukamara Tahun 2013.

Hal tersebut juga didukung dengan pernyataan dari informan triangulasi yang mengatakan bahwa dari hasil pemantauannya selama ini, pelaksanaan Program Jamkesda di RSUD Sukamara masih sesuai dengan Perbup dan Surat Perjanjian Kerja Sama yang telah disepakati antara Dinas Kesehatan Kabupaten Sukamara dengan Rumah Sakit Umum Daerah Sukamara, Tentang Pelayanan Kesehatan Bagi Peserta Program Jaminan

Kesehatan Daerah Tahun 2013. Sedangkan menurut pernyataan yang disampaikan oleh informan triangulasi yang lain, selama ini pelayanan yang diberikan oleh pihak RSUD Sukamara terhadap pasien Jamkesda sudah cukup baik dan proses pengurusan surat jaminannya pun tidak sulit.

Sehingga dapat dianalisa berdasarkan pola-pola hubungan dalam struktur birokrasi seperti yang telah disampaikan oleh Edward III dalam Budi Winarno (2007) bahwa struktur birokrasi yang sudah terbangun antara Pemerintah Daerah, Dinas Kesehatan dan RSUD Sukamara merupakan faktor pendukung terlaksanannya Implementasi Kebijakan Pelayanan Jaminan Kesehatan Daerah Kabupaten Sukamara.

UNIVERSITAS TERBUKA

## BAB V

### SIMPULAN DAN SARAN

#### A. Simpulan

Hasil penelitian ini secara umum sudah dapat menjawab dari tujuan penelitian, kerangka teori maupun kerangka konsep. Berdasarkan hasil penelitian dan pembahasan yang telah diuraikan sebelumnya, maka dapat disimpulkan sebagai berikut:

1. Implementasi Kebijakan Pelayanan Jaminan Kesehatan Daerah Di Kabupten Sukamara khususnya pada RSUD Sukamara secara umum sudah sesuai dengan Peraturan Bupati Sukamara Nomor 21 Tahun 2011, Tentang Perubahan Peraturan Bupati Nomor 5 Tahun 2009, Tentang Pedoman Pelaksanaan Jaminan Kesehatan Daerah Kabupaten Sukamara dan Surat Perjanjian Kerja Sama Tentang Pemberian Pelayanan Bagi Pasien Jamkesda yang telah disepakati antara Dinas Kesehatan dengan Rumah Sakit Umum Daerah Sukamara Tahun 2013. Hal tersebut tercermin dalam pelaksanaan pelayanan yang diberikan oleh RSUD Sukamara kepada pasien pengguna Jaminan Kesehatan Daerah (Jamkesda) yang tidak membedakan dengan pasien umum atau pengguna jaminan lainnya, dengan cacatan pasien telah memenuhi syarat dan ketentuan sebagai pasien Jamkesda. Bagi pasien yang menjalani rawat inap, pasien Jamkesda diberikan pelayanan dengan menggunakan fasilitas rawat inap kelas III rumah sakit. Seluruh biaya pengobatan pasien Jamkesda yang menjalani rawat jalan maupun rawat inap,

seluruhnya ditanggung oleh Pemerintah Daerah yang diklaimkan oleh pihak RSUD Sukamara melalui anggaran DPA-SKPD Dinas Kesehatan Kabupaten Sukamara. Sedangkan bagi pasien Jamkesda yang tidak mampu ditangani oleh RSUD Sukamara, maka pasien akan dirujuk ke rumah sakit rujukan yang telah di tunjuk oleh Pemerintah Daerah.

2. Dari hasil penelitian yang dilakukan dengan cara wawancara mendalam dan dokumentasi diperoleh beberapa faktor pendukung implementasi Kebijakan Pelayanan Jaminan Kesehatan Daerah (Jamkesda) di RSUD Sukamara yaitu sumber daya (anggaran), sikap dan struktur birokrasi. Sedangkan yang menjadi faktor kendala adalah komunikasi dan sumber daya (sumber daya manusia).

- a. Faktor pendukung.

- 1) Sikap.

Dari hasil penelitian diperoleh bahwa sikap petugas dalam memberikan pelayanan kepada pasien Jamkesda cukup baik, hal tersebut tercermin dari pernyataan keluarga pasien rawat inap Program Jamkesda yang sudah merasa terlayani keluarganya selama dirawat di RSUD Sukamara dengan menggunakan fasilitas Jaminan Kesehatan Daerah (Jamkesda)

- 2) Struktur birokrasi.

Struktur birokrasi merupakan faktor yang sangat mendukung dalam Implementasi Kebijakan Pelayanan Jaminan Kesehatan Daerah di RSUD Sukamara. Hal tersebut dibuktikan dengan

dikeluarkannya Peraturan Bupati Sukamara Nomor 21 Tahun 2011, Tentang Perubahan Peraturan Bupati Nomor 5 Tahun 2009, Tentang Pedoman Pelaksanaan Jaminan Kesehatan Daerah Kabupaten Sukamara. Yang dituangkan dalam Surat Perjanjian Kerja Sama Tentang Pemberian Pelayanan Bagi Pasien Jamkesda dan telah disepakati antara Dinas Kesehatan dengan Rumah Sakit Umum Daerah Sukamara Tahun 2013. Hal tersebut juga didukung dengan pernyataan informan triangulasi, bahwa pelaksanaan jamkesda di RSUD Sukamara selama ini tidak berbelit-belit, pasien datang langsung mendapatkan pelayanan dari petugas dan tidak dipungut biaya.

3) Sumber daya (anggaran).

Anggaran menjadi faktor yang sangat penting dan mendukung dalam implementasi Kebijakan Pelayanan Jaminan Kesehatan Daerah di RSUD Sukamara, dan pada pelaksanaannya anggaran untuk program Jamkesda di Kabupaten Sukamara dilihat dari *trent* nya, selalu mengalami kenaikan sesuai dengan kebutuhan dan peningkatan pasien pengguna Jamkesda.

b. Faktor penghambat.

1) Komunikasi.

Komunikasi dalam konteks pemberian informasi tentang Program Jaminan Kesehatan Daerah Kabupaten Sukamara (Jamkesda) antara petugas kesehatan di RSUD Sukamara sebagai

pelaksana Program Jamkesda dengan pasien Jamkesda sebagai pengguna atau kelompok sasaran program belum terjalin dengan baik. Hal tersebut terlihat dari adanya beberapa pasien Jamkesda yang sudah menjalani rawat inap akan tetapi belum paham tentang syarat untuk mendapatkan Jaminan Kesehatan Daerah (Jamkesda). Proses transformasi informasi tentang Program Jamkesda juga dilaksanakan oleh instansi terkait yaitu Dinas Kesehatan Kabupaten Sukamara yang berperan sebagai pengelola Program Jamkesda, petugas kesehatan di Puskesmas/ Puskesmas Pembantu, dan oleh Pemerintah Desa.

2) Sumber daya (sumber daya manusia).

Sumber daya yang telah tersedia di RSUD Sukamara pada saat ini, seperti sumber daya manusia masuk dalam faktor penghambat Program Jamkesda di RSUD Sukamara. Hal tersebut dikarenakan belum terpenuhinya beberapa spesialis dasar. Seperti Dokter Spesialis Bedah, Dokter Gigi dan Dokter Umum yang sebagian masih bersifat pegawai tidak tetap (PTT) dan pegawai kontrak. Sehingga hal tersebut harus diantisipasi dengan merujuk pasien Jamkesda yang belum mampu ditangani di RSUD Sukamara, ke rumah sakit rujukan yang telah ditunjuk oleh Pemerintah Daerah Sukamara. Fasilitas, informasi dan kewenangan, dipandang sudah mampu mendukung pelaksanaan Program Jamkesda di RSUD Sukamara.

## **B. Saran**

### 1. Bagi Pemerintah Kabupaten Sukamara.

Mengingat besarnya dampak positif yang ditimbulkan dari pelaksanaan Program Pelayanan Kesehatan bersubsidi bagi masyarakat kurang mampu, sehingga kami berharap:

- c. Pemerintah daerah masih tetap melanjutkan Program Jamkesda pada masa pemerintahan selanjutnya.
- d. Meningkatkan kuantitas dan kualitas SDM bidang kesehatan, melalui rekrutmen tenaga spesialis dasar, tenaga kesehatan lainnya berdasarkan kebutuhan rumah sakit.

### 2. Bagi Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Sukamara.

- a. Meningkatkan mutu pelayanan kesehatan gratis bagi pasien Jamkesda di kelas III Rumah Sakit.
- b. Berperan aktif dalam penyampaian informasi tentang Program Jamkesda kepada pasien.

**DAFTAR PUSTAKA**

- Agustino, Leo, 2008, *Dasar-dasar kebijakan Publik*, cet.ke-2, Bandung: alfabeta.
- Ahmad.A.K, , 2006, *Kamus lengkap bahasa Indonesia*, Reality pulisher.
- Ali, Farid, 2010, *Studi tentang kebijakan pemerintah*, Makassar: BDF Bripadi press.
- Dwijowijoto, R. N, 2003, *Kebijakan publik formulasi, implementasi dan evaluasi*, Jakarta: PT.elex media komputindo.
- Kondrat, David Sukandi, 2009, *Manajemen Strategi*, Yogyakarta: Graha Ilmu.
- Mukti, Ali Grufran, 2008, *Sistem Jaminan Kesehatan: Konsep Desentralisasi Terintegrasi*, Yogyakarta: FK UGM.
- Muninjaya, A.A.Gede, 2004, *Manajemen Kesehatan*, Cet Ke-1, Jakarta: penerbit buku kedokteran ECG.
- Moleong, Lexy J., 2000, *Metode Penelitian Kualitatif*, Bandung: Remaja Karya.
- Ndraha, Taliziduhu. 2003. *Kybernology (Ilmu Pemerintahan Baru) Jilid 1*. Jakarta: PT Rineka Cipta.
- Ndraha, Taliziduhu. 2003. *Kybernology (Ilmu Pemerintahan Baru) Jilid 2*. Jakarta: PT Rineka Cipta.
- Soekarno S.D, 2005, *Publik policy: pengertian pokok untuk memahami dan analisa kebijaksanaan pemerintahan*, Cet.ke-4, Surabaya: Airlangga University Prees.
- Sugino, 2011, *Metode penelitian kuantitatif, kualitatif, dan R&D*, Jakarta: Alfaberta.
- Thabrany,Hasbullah, 2005, *pendanaan kesehatan dan alternatif mobilisasi dan kesehatan di Indonesia*, ed.I, Jakarta: PT Raja Garfindo Persada.
- Trihendradi, Cornelius, 2007, *Langkah mudah menguasai analisis statistik menggunakan SPSS 15. Ed.I, C.V.Andi offset*.
- Usman, Husaini, dan Purnomo.S.A, 2009, *Metodologi Penelitian Sosial*, Cet.ke-2, Jakarta: Bumi Aksara.
- Walgito, Bimo, 2003, *Psikologi sosial (suatu pengantar)*, ed.IV, Yogyakarta: C.V.Andi offset.

Winarno, Budi, 2007. *Kebijakan Publik: Teori dan Proses*, cet.ke-1, Yogyakarta: Media Pressindo.

Yusuf, Eddy, 2000, *Psikologi sosial, teori dan praktek*, cet ke-4, Makassar: Offset settingprakasa.

Undang-undang Dasar Republik Indonesia.

Undang-undang Nomor 32 Tahun 2004 tentang Pemerintahan di Daerah.

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

Depkes RI (2009), *Pedoman Pelaksanaan Jaminan Kesehatan Masyarakat 2009*, Jakarta.

Kementrian Kesehatan RI (2009), *Undang-undang Kesehatan Nomor 36 Tahun 2009*, Jakarta.

Pemda Sukamara (2011), *Peraturan Bupati Sukamara Nomor 21 Tahun 2011 Tentang Perubahan Peraturan Bupati Nomor 5 Tahun 2009 Tentang Pedoman Pelaksanaan Jaminan Kesehatan Daerah Kabupaten Sukamara*, Sukamara.

Dinkes Sukamara (2011), *Pedoman Pelaksanaan Jaminan Kesehatan Daerah Kabupaten Sukamara 2011*, Sukamara.

UNIVERSITAS TERBUKA

## Lampiran 1



**PANDUAN WAWANCARA**  
**IMPLEMENTASI KEBIJAKAN JAMINAN KESEHATAN DAERAH**  
**DI KABUPATEN SUKAMARA (Studi Implementasi Kebijakan**  
**Kesehatan Pada RSUD Sukamara)**

**Ditujukan untuk** : Keluarga Pasien

**Tanggal Wawancara** : Kode/ No :

**Nama Pewawancara** :

**Waktu Wawancara** :

**Nama Responden** :

**A. KARAKTERISTIK RESPONDEN**

1. Berapa usia saudara?
2. Apa pendidikan terakhir saudara?
3. Apa pekerjaan saudara?
4. Sudah berapa keluarga anda dirawat di RSUD Sukamara?
5. Apa diagnosis penyakit keluarga saudara?

**B. KEBIJAKAN JAMINAN KESEHATAN DAERAH (JAMKESDA)**

1. Apa yang saudara ketahui tentang Jamkesda?
2. Dari siapa saudara mengetahui tentang Jamkesda?
3. Sejak kapan saudara menggunakan Jamkesda?
4. Sudah berapa kali saudara menggunakan pelayanan Jamkesda di Rumah Sakit Umum (RSUD) Sukamara?
5. Apa persyaratan Jamkesda yang saudara ketahui

**C. KOMUNIKASI (Komunikasi Pemberi Pelayanan Tentang Kebijakan Pelayanan Jamkesda)**

1. Apakah petugas kesehatan di RSUD Sukamara, pernah menginformasikan/ menjelaskan tentang Program Jamkesda dan persyaratan pengurusan administrasinya kepada saudara? (Jelaskan)
2. Bagaimana sikap petugas dalam memberikan informasi tentang Jamkesda kepada saudara?
3. Apakah petugas menginformasikan tentang hak-hak pasien Jamkesda kepada saudara? (Jelaskan)
4. Apakah informasi tentang Jamkesda yang disampaikan oleh petugas bermanfaat sekali bagi saudara dalam proses pengurusan administrasi Jamkesda?

**D. SUMBER DAYA**

**1. Sumber Daya Manusia**

- 1.1. Menurut saudara bagaimana kesiapan semua petugas kesehatan di RSUD Sukamara dalam memberikan pelayanan kepada pasien Jamkesda?
- 1.2. Apakah petugas cukup mampu dan trampil dalam memberikan pelayanan kesehatan kepada pasien Jamkesda?
- 1.3. Selama keluarga saudara dirawat di RSUD Sukamara, apakah saudara pernah menjumpai keluarga saudara terlantar dan kurang mendapat pelayanan dari petugas kesehatan?
- 1.4. Jika Ya, pada unit mana (Pendaftaran Pasien, UGD, Pelayanan Rawat Jalan, Pelayanan Rawat Inap, Instalasi Farmasi, Radiologi, Laboratorium DLL).
- 1.5. Apakah menurut saudara jumlah dari petugas kesehatan di RSUD Sukamara cukup untuk memberikan berbagai pelayanan di RSUD Sukamara.
- 1.6. Jika belum cukup dibagikan pelayanan yang mana?

**2. Anggaran**

- 2.1. Apakah saudara pernah dipungut biaya, selama keluarga saudara dirawat di RSUD Sukamara?
- 2.2. Jika ya, berapa besar biaya yang dipungut dan untuk pembiayaan apa?

2.3. Menurut saudara, bagaimana tentang obat yang diberikan oleh pihak RSUD Sukamara?

### **3. Fasilitas**

- 3.1. Bagaimana menurut saudara tentang fasilitas pelayanan kesehatan yang ada di RSUD Sukamara?
- 3.2. Fasilitas yang ada apakah sudah cukup menunjang petugas dalam memberikan pelayanan kesehatan?
- 3.3. Jika belum, fasilitas pada unit pelayanan yang mana?
- 3.4. Apakah saudara dan keluarga saudara pernah memanfaatkan fasilitas kendaraan (Ambulance) RSUD Sukamara?
- 3.5. Jika ya, dalam rangka apa? (Menjemput keluarga saudara yang sakit/ mengantar keluarga saudara post perawatan di RSUD Sukamara)

### **E. Struktur Birokrasi**

1. Bagaimana menurut saudara pengurusan administrasi pasien jamkesda di RSUD Sukamara?
2. Apakah saudara pernah mengalami kesulitan dalam pengurusan administrasi Jamkesda di RSUD Sukamara?
3. Jika ya, pada persyaratan administrasi atau jenjang kepengurusan yang mana?

## Lampiran 2

### TRANSKRIP WAWANCARA

#### 1. IDENTITAS INFORMAN

Kode Informan : Informan 1  
 Nama informan : ENM  
 Tanggal : 26 Maret 2013  
 Jam : 09.32 WIB  
 Tempat wawancara : Ruang Direktur RSUD Sukamara  
 Topik wawancara : Identitas informan

	Topik Wawancara
Peneliti	Selamat pagi Bu...., maaf Bu...bisa saya mengganggu waktu kerja ibu sebentar.
Informan	Selamat pagi juga Pak...., apa yang bisa saya bantu.
Peneliti	Sehubungan dengan surat permohonan saya tanggal 26 Maret 2013 lalu, bahwa saya akan melakukan penelitian di RSUD Sukamara selama 6 (enam) hari, untuk keperluan studi dan tugas akhir saya yaitu tesis. Dan untuk hal tersebut saya perlu melakukan wawancara langsung dengan pihak-pihak yang terakit dengan penelitian saya. Salah satunya adalah ibu....selaku Pimpinan di RSUD Sukamara.
Informan	Ok...., silahkan Pak.
Peneliti	Baiklah Bu...., bisa kita mulai sekarang ya Bu....yang pertama dimulai dari identitas ibu. Berapa umur ibu sekarang...?

Informan	36 Tahun
Peneliti	Apa pendidikan terakhir Ibu...?
Informan	S 1 kedokteran
Peneliti	Sudah berapa lama ibu bertugas di RSUD Sukamara ini....?
Informan	5 (lima) Tahun Pak...

Kode Informan : Informan 2  
 Nama informan : WWT  
 Tanggal : 27 Maret 2013  
 Jam : 11.20 WIB  
 Tempat wawancara : Ruang Kasi Pelayanan Medik RSUD Sukamara  
 Topik wawancara : Identitas informan

	Topik Wawancara
Peneliti	Selamat siang Bu..., sehubungan dengan kesediaan ibu sebagai subyek dalam penelitian saya, maka hari ini saya akan melakukan wawancara dengan ibu....
Informan	Selamat siang Pak..., silahkan.....
Peneliti	Baiklah dimulai dari identitas ibu. Berapa umur ibu sekarang....?
Informan	37 Tahun
Peneliti	Apa pendidikan terakhir Ibu...?
Informan	S 1 kedokteran
Peneliti	Sudah berapa lama ibu bertugas di RSUD Sukamara ini....?
Informan	3 (tiga) Tahun

Kode Informan : Informan 3  
 Nama informan : IDR  
 Tanggal : 28 Maret 2013  
 Jam : 09.00 WIB  
 Tempat wawancara : Ruang Perawat Bangsal Rawat Inap RSUD  
 Sukamara  
 Topik wawancara : Identitas informan

	Topik Wawancara
Peneliti	Selamat pagi Bu...., maaf Bu...bisa saya mengganggu waktu kerja ibu sebentar.
Informan	Selamat siang Pak...., bisa Pak silahkan. ....
Peneliti	Sehubungan dengan apa yang saya sampaikan kepada ibu kemarin, tentang penelitian yang saya lakukan di RSUD Sukamara, maka saya minta kesedian ibu untuk bisa saya wawancara untuk memperoleh data penelitian saya di RSUD Sukamara ini.
Informan	Iya Pak silahkan...
Peneliti	Baiklah dimulai dari data pribadi ibu. Berapa umur ibu sekarang....?
Informan	32 Tahun
Peneliti	Apa pendidikan terakhir Ibu...?
Informan	D 3 Keperawatan
Peneliti	Sudah berapa lama ibu bertugas di RSUD Sukamara ini....?
Informan	3 (tiga) Tahun

## 2. PENGETAHUAN SUBJEK PENELITIAN

Kode Informan : Informan 1  
 Nama informan : ENM  
 Tanggal : 26 Maret 2013  
 Jam : 09.32 WIB  
 Tempat wawancara : Ruang Direktur RSUD Sukamara  
 Topik wawancara : Pengetahuan subjek penelitian tentang Kebijakan Jaminan Kesehatan Daerah Kabupaten Sukamara.

	Topik Wawancara
Peneliti	Ma'af Bu..., saya mau mengajukan pertanyaan tentang apa pengertian Jaminan Kesehatan Daerah....
Informan	Pengertian Jamkesda dari sumber yang saya baca, adalah Program penjaminan pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin, yang anggarannya disediakan oleh Pemerintah Daerah. Program penjaminan pelayanan kesehatan ini diperuntukkan bagi pelayanan kesehatan rujukkan seperti pelayanan kesehatan di rumah sakit

Kode Informan : Informan 2  
 Nama informan : WWT  
 Tanggal : 27 Maret 2013  
 Jam : 11.20 WIB  
 Tempat wawancara : Ruang Kasi Pelayanan Medik RSUD Sukamara  
 Topik wawancara : Pengetahuan subjek penelitian tentang Kebijakan Jaminan Kesehatan Daerah Kabupaten Sukamara.

	Topik Wawancara
Peneliti	Apa pengertian Jaminan Kesehatan Daerah menurut ibu....
Informan	Pengertian Jamkesda adalah Program Jaminan pelayanan kesehatan yang diperuntukkan bagi masyarakat miskin yang tidak ter <i>cover</i> oleh program jaminan kesehatan yang lain, dan lebih difokuskan pada pelayanan rujukan di rumah sakit. Sedangkan anggaran Program Jamkesda berasal dari Pemerintah Daerah

Kode Informan : Informan 3  
 Nama informan : IDR  
 Tanggal : 28 Maret 2013  
 Jam : 09.00 WIB  
 Tempat wawancara : Ruang Perawat Bangsal Rawat Inap RSUD Sukamara  
 Topik wawancara : Pengetahuan subjek penelitian tentang Kebijakan Jaminan Kesehatan Daerah Kabupaten Sukamara.

	Topik Wawancara
Peneliti	Menurut ibu apa yang dimaksud dengan Jaminan Kesehatan Daerah....
Informan	Pengertian Jamkeda adalah Program jaminan kesehatan di rumah sakit, yang diperuntukkan bagi masyarakat miskin dan biayanya ditanggung oleh Pemerintah Daerah

### 3. KOMUNIKASI

Kode Informan : Informan 1  
 Nama informan : ENM  
 Tanggal : 26 Maret 2013  
 Jam : 09.32 WIB  
 Tempat wawancara : Ruang Direktur RSUD Sukamara  
 Topik wawancara : Komunikasi (petugas pemberi pelayanan kepada pasien Jamkesda)

	Topik Wawancara
Peneliti	Selama program Jakesda ini berlangsung apakah pihak RSUD Sukmara pernah melakukan sosialisasi tentang program dimaksud secara sederhana, langsung kepada pasien pengguna Program Jamkesda.....
Informan	Kalau untuk sosialisasi Jamkesda, menurut saya tidak menjadi kewenangan kami Pak..., seharusnya dari dinas kesehatan dan jaringannya lah yang mesosialisasikan kepada pasien/masyarakat. Tugas kami disini sebagai pemberi pelayanan kesehatannya. Jadi kami harapkan pasien datang ke RSUD dalam keadaan sudah tau dan paham tentang Jamkesda berikut persyaratannya. Jadi disinilah pentingnya koordinasi RSUD dengan Dinas Kesehatan

Kode Informan : Informan 2  
 Nama informan : WWT  
 Tanggal : 27 Maret 2013  
 Jam : 11.20 WIB  
 Tempat wawancara : Ruang Kasi Pelayanan Medik RSUD Sukamara  
 Topik wawancara : Komunikasi (petugas pemberi pelayanan kepada pasien Jamkesda)

	Topik Wawancara
Peneliti	Bu....apakah di RSUD Sukamara sering melakukan sosialisasi tentang Program Jamkesda, yang sifat sederhana kepada pasien pengguna Jaminan Kesehatan Daerah.
Informan	Menjelaskan Program Jamkesda kepada pasien..., kalau saya sendiri belum pernah Pak. Soalnya menurut saya masyarakat sudah banyak yang tau. Buktinya mereka datang berobat ke RSUD Sukamara dengan menggunakan Jamkesda sebagai jaminannya. Dan mengenai hak pasien Jamkesda, mereka cukup tau kok, kalau hak pelayanan kesehatannya di kelas III

Kode Informan : Informan 3  
 Nama informan : IDR  
 Tanggal : 28 Maret 2013  
 Jam : 09.00 WIB  
 Tempat wawancara : Ruang Perawat Bangsal Rawat Inap RSUD  
 Sukamara  
 Topik wawancara : Komunikasi (petugas pemberi pelayanan kepada  
 pasien Jamkesda)

	Topik Wawancara
Peneliti	Apakah ibu pernah menjelaskan program Jamkesda secara individu langsung kepada pasien Jemkesda....?
Informan	Untuk menjelaskan tentang Program Jamkesda, kalau saya jarang sekali. Terkecuali ada pasien yang bertanya. Misalnya tentang persyaratan yang kurang dan sebagainya. Kami lebih fokus kepelayanannya, Pak...

#### 4. SUMBER DAYA

Kode Informan : Informan 1  
 Nama informan : ENM  
 Tanggal : 26 Maret 2013  
 Jam : 09.32 WIB  
 Tempat wawancara : Ruang Direktur RSUD Sukamara  
 Topik wawancara : Sumber Daya Manusia, anggaran dan fasilitas/ sarana Kesehatan dan sikap

	Topik Wawancara
Peneliti	Menurut ibu apakah jumlah petugas kesehatan di RSUD Sukamara sudah cukup memenuhi dalam pemberian pelayanan kesehatan kepada pasien Jamkesda.....
Informan	Dari sumber daya yang ada di RSUD Sukamara, masih ada beberapa yang harus dipenuhi dan hal tersebut perlu adanya dukungan dari Pemerintah Daerah untuk kelancaran pelaksanaan Program Jamkesda di Kabupaten Sukamara khususnya di RSUD Sukamara. Beberapa sumber daya yang harus dipenuhi misalnya sumber daya manusia, untuk saat ini dibutuhkan Dokter Spesialis Bedah (sebagai persyaratan akreditasi rumah sakit), dan Dokter Gigi.
Peneliti	Kalau dilihat dari segi anggaran dan saran yang sudah tersedia selama ini apakah sudah cukup meng <i>cover</i> bagi pembiayaan dan pelayanan pasien Jamkesda di RSUD Sukamara.....
Informan	Untuk anggaran Jamkesda menurut saya sudah cukup (klaim jasa Jamkesda yang selalu terbayar). Sedangkan

	<p>untuk fasilitas rumah sakit, sesuai dengan tipe rumah sakit kita (tipe D) sudah sesuai dengan standar yang ditentukan pemerintah daerah....</p>
--	--

Kode Informan : Informan 2  
 Nama informan : WWT  
 Tanggal : 27 Maret 2013  
 Jam : 11.20 WIB  
 Tempat wawancara : Ruang Kasi Pelayanan Medik RSUD Sukamara  
 Topik wawancara : Sumber daya manusia, anggaran dan fasilitas/sarana kesehatan

	Topik Wawancara
Peneliti	<p>Bagaimana menurut saudara tentang jumlah petugas kesehatan di RSUD Sukamara dalam mendukung pelaksanaan Program Jamkesda di rumah sakit ini....</p>
Informan	<p>Sumber daya yang ada di RSUD Sukamara sudah cukup mendukung pelaksanaan Program Jamkesda, meskipun masih ada beberapa kekurangan diantaranya adalah untuk tenaga Dokter Spesialis kami masih membutuhkan Dokter Spesialis Bedah, kemudian Dokter Gigi dan Dokter Umum, karena Dokter Umum yang ada di RSUD belum semuanya dokter tetap akan tetapi sebagian dari dokter umum masih bersifat kontrak dan PTT. Akan tetapi hal tersebut tidak mengurangi kualitas pelayanan kami terhadap pasien.</p>
Peneliti	<p>Apa tindakan yang dilakukan oleh petugas kesehatan apabila terdapat kasus pasien Jamkesda diluar kemampuan</p>

	petugas kesehatan yang ada...
Informan	Dan pada saat kami tidak mampu lagi melakukan pelayanan kesehatan diluar kemampuan kami, maka kami akan merujuk pasien ke rumah sakit rujukan yang sudah ditunjuk, pastinya sesuai dengan SOP
Peneliti	Menurut saudara, apakah anggaran dan sarana yang telah tersedia sudah cukup memadai dalam mendukung pelaksanaan Program Jamkesda di RSUD Sukamara.....
Informan	Untuk anggaran Jamkesda di Kabupaten Sukamara, kalau untuk saat ini cukup menurut saya, karena klaim pelayanan Jamkesda yang kami sampaikan ke Dinkes selalu terbayar lunas, dan waktunya pun tidak lebih dari waktu yang sudah tertuang di Surat Perjanjian Kerja Sama (SPK) antara Dinkes dengan RSUD Sukamara....

Kode Informan : Informan 3  
 Nama informan : IDR  
 Tanggal : 28 Maret 2013  
 Jam : 09.00 WIB  
 Tempat wawancara : Ruang Perawat Bangsal Rawat Inap RSUD Sukamara  
 Topik wawancara : Sumber Daya Manusia, anggaran dan fasilitas/ sarana Kesehatan

	Topik Wawancara
Peneliti	Sebagai petugas kesehatan yang langsung berhadapan dengan pasien, menurut saudara apakah jumlah kesehatan yang ada di RSUD Sukamara sudah cukup memenuhi dalam memberikan pelayanan kesehatan di rumah sakit...
Informan	Kalau bagi saya sebagai petugas pelaksana, ya pastinya akan mengikuti apa instruksi dari atasan, terkait dengan sumber daya yang ada kalau menurut saya selama ini tidak ada masalah yang berarti. Pada kenyataannya semua pasien Jamkesda kami layani semampu kami. Dan jika kami tidak mampu, pasien kami rujuk ke rumah sakit rujukan sesuai dengan syarat dan ketentuan yang berlaku (SOP).....

## 5. SIKAP

Kode Informan : Informan 1  
 Nama informan : ENM  
 Tanggal : 26 Maret 2013  
 Jam : 09.32 WIB  
 Tempat wawancara : Ruang Direktur RSUD Sukamara  
 Topik wawancara : Sikap pelaksanaan kebijakan atau implementor  
 Pada pelaksanaan Program Jamkesda

	Topik Wawancara
Peneliti	Sebagai pelaksana tertinggi Program Jamkesda di RSUD Sukamara, bagaimana anda mengarahkan tenaga kesehatan pemberi pelayanan di RSUD Sukamara yang langsung berhadapan dengan pasien Jamkesda, untuk suksesnya pelaksanaan Program Jamkesda di RSUD Sukamara
Informan	Saya selaku Direktur Rumah Sakit Umum Daerah Sukamara, sangat mendukung pelaksanaan pelayanan Program Jamkesda di RSUD Sukamara. Dan saya juga menyampaikan kepada seluruh staf dan semua petugas kesehatan di RSUD untuk ikut serta mensukseskan Program Jamkesda ini, dengan cara memberikan pelayanan yang terbaik kepada semua pasien termasuk pasien Jamkesda.....

Kode Informan : Informan 2  
 Nama informan : WWT  
 Tanggal : 27 Maret 2013  
 Jam : 11.20 WIB  
 Tempat wawancara : Ruang Kasi Pelayanan Medik RSUD Sukamara  
 Topik wawancara : Sikap pelaksanaan kebijakan atau implementor  
 Pada pelaksanaan Program Jamkesda

	Topik Wawancara
Peneliti	Sebagai Atasan langsung dari pelaksana pelayanan medis di RSUD Sukamara, bagaimana sikap saudara dalam mengkoordinasikan rekan-rekan sejawat anda dan mitra kerja yang lain terhadap pasien Jamkesda....
Informan	Pastinya selaku Kepala Seksi Pelayanan Medik di RSUD Sukamara, yang selalu berhubungan langsung dengan pasien, saya selalu menyampaikan pada rekan-rekan sejawat dan petugas pelaksana pelayanan kesehatan untuk bersikap profesional dalam memberikan pelayanan kepada pasien dengan cara tidak membeda-bedakan antara pasien umum dengan pasien Jamkesda, dan hal tersebut sudah merupakan bentuk dukungan dari kami sebagai pemberi pelayanan terhadap Program Jamkesda.....

Kode Informan : Informan 3  
 Nama informan : IDR  
 Tanggal : 28 Maret 2013  
 Jam : 09.00 WIB  
 Tempat wawancara : Ruang Perawat Bangsal Rawat Inap RSUD  
 Sukamara  
 Topik wawancara : Sikap pelaksanaan kebijakan atau implementor  
 Pada pelaksanaan Program Jamkesda

	Topik Wawancara
Peneliti	Apa bentuk dukungan saudara dalam mensukseskan pelaksanaan Program Jamkesda di RSUD Sukamara dan bagaimana sikap saudara dalam memberikan pelayanan terhadap pasien Jamkesda...
Informan	Saya selaku pemberi pelayanan di rumah sakit akan melaksanakan tugas saya dengan penuh tanggung jawab, dan kaitannya dengan program Pemerintah Daerah, yaitu Jamkesda saya sangat mendukung sesuai dengan profesi saya sebagai pelaksana pelayanan kesehatan di RSUD Sukamara.....

## 6. STRIKTUR BIROKRASI

Kode Informan : Informan 1  
 Nama informan : ENM  
 Tanggal : 26 Maret 2013  
 Jam : 09.32 WIB  
 Tempat wawancara : Ruang Direktur RSUD Sukamara  
 Topik wawancara : Struktur birokrasi

	Topik Wawancara
Peneliti	Bagaimana menurut saudara pengurusan administrasi pasien jamkesda di RSUD Sukamara?
Informan	<p>Pada dasarnya kami melaksanakan pelayanan Program Jamkesda di RSUD Sukamara, mengacu pada Perbup Nomor 21 Tahun 2011, Tentang Perubahan Perbup Nomor 5 Tahun 2009, Tentang Pedoman Pelaksanaan Jaminan Kesehatan Daerah Kabupaten Sukamara, dan diperkuat dengan Surat Perjanjian Kerja Sama antara Dinas Kesehatan dengan RSUD Sukamara Tentang Pelayanan Kesehatan Bagi Peserta Program Jaminan Kesehatan Daerah Tahun 2013. Kebijakan inilah yang menjadi pedoman kami dalam melaksanakan Program Jamkesda di RSUD Sukamara.</p>

Kode Informan : Informan 2  
 Nama informan : WWT  
 Tanggal : 27 Maret 2013  
 Jam : 11.20 WIB  
 Tempat wawancara : Ruang Kasi Pelayanan Medik RSUD Sukamara  
 Topik wawancara : Sikap pelaksanaan kebijakan atau implementor  
 Pada pelaksanaan Program Jamkesda

	Topik Wawancara
Peneliti	Bagaimana menurut saudara pengurusan adminitrasi pasien jamkesda di RSUD Sukamara?
Informan	Dalam menjalankan tugas pelayanan kepada pasien Jamkesda, kami mengacu pada apa yang sudah disosialisasikan oleh pimpinan tentang Pedoman Pelaksanaan Program Jamkesda di RSUD Sukamara. Ya pastinya apa yang disampaikan oleh direktur harus kami laksanakan Pak.

Kode Informan : Informan 3  
 Nama informan : IDR  
 Tanggal : 28 Maret 2013  
 Jam : 09.00 WIB  
 Tempat wawancara : Ruang Perawat Bangsal Rawat Inap RSUD Sukamara  
 Topik wawancara : Sikap pelaksanaan kebijakan atau implementor  
 Pada pelaksanaan Program Jamkesda

	Topik Wawancara
Peneliti	Bagaimana menurut saudara pengurusan administrasi pasien jamkesda di RSUD Sukamara?
Informan	Kalau menurut saya dalam memberikan pelayanan kesehatan kami harus selalu berdasarkan pada SOP, dan terakit pelayanan pada pasien Jamkesda selain SOP pastinya kami juga mengacu pada Pedoman Pelaksanaan Program Jamkesda di RSUD Sukamara, seperti yang sudah disampaikan pimpinan kepada kami.



(Gambar 1. : Lokasi Penelitian, RSUD Sukamara)



(Gambar 2 : Gedung Administrasi RSUD Sukamara)



(Gambar 3 : Instalasi Gawat Darurat RSUD Sukamara)



(Gambar 4 : Peneliti sedang melakukan wawancara mendalam dengan Subjek Penelitian 1)



(Gambar 5 : Peneliti sedang melakukan wawancara mendalam dengan Subjek Penelitian 2)



(Gambar 6 : Peneliti sedang melakukan wawancara mendalam dengan Subjek Penelitian 3)



(Gambar 7 : Peneliti sedang melakukan wawancara mendalam dengan informan triangulasi 1)



(Gambar 8 : Peneliti sedang melakukan wawancara mendalam dengan informan triangulasi 2)



(Gambar 9 : Pasien Rawat Inap Jamkesda, standar pelayanan kelas III rawat inap)



(Gambar 10: Pasien Rawat Inap Jamkesda, standar pelayanan kelas III rawat inap)



(Gambar 11: Pasien Rawat Inap Jamkesda, standar pelayanan kelas III rawat inap)



(Gambar 12: Pasien Rawat Inap Jamkesda, standar pelayanan kelas III rawat inap)



**BUPATI SUKAMARA**

**PERATURAN BUPATI SUKAMARA  
NOMOR 21 TAHUN 2011**

**TENTANG**

**PERUBAHAN PERATURAN BUPATI NOMOR 5 TAHUN 2009  
TENTANG PEDOMAN PELAKSANAAN JAMINAN KESEHATAN DAERAH  
KABUPATEN SUKAMARA**

**DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA**

**BUPATI SUKAMARA,**

- Menimbang** : bahwa dengan adanya beberapa perubahan mengenai anggaran pada Program Jaminan Kesehatan Daerah khususnya pada Pos Bantuan Transportasi dan Akomodasi, perlu dilakukan penyesuaian pada Peraturan Bupati Nomor 5 Tahun 2009 tentang Pedoman Pelaksanaan Jaminan Kesehatan Daerah Kabupaten Sukamara.
- Mengingat** :
1. Undang-Undang Nomor 23 Tahun 1992 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Tahun 1992 Nomor 100, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 3495);
  2. Undang-Undang Nomor 5 Tahun 2002 tentang Pembentukan Kabupaten Katingan, Kabupaten Seruyan, Kabupaten Sukamara, Kabupaten Lamandau, Kabupaten Gunung Mas, Kabupaten Pulang Pisau, Kabupaten Murung Raya dan Kabupaten Barito Timur di Provinsi Kalimantan Tengah (Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4180);
  3. Undang-Undang Nomor 32 Tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 125, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4437) sebagaimana telah beberapa kali diubah terakhir dengan Undang-Undang Nomor 12 Tahun 2008 tentang Perubahan Kedua atas Undang-Undang Nomor 32 Tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2008 Nomor 108, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4548);
  4. Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 150, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4456);
  5. Peraturan Daerah Kabupaten Sukamara Nomor 8 Tahun 2008 tentang Organisasi dan Tata Kerja Dinas Daerah Kabupaten Sukamara (Lembaran Daerah Kabupaten Sukamara Tahun 2008 Nomor 8);
  6. Peraturan Bupati Sukamara Nomor 06 Tahun 2007 tentang

**MEMUTUSKAN :**

**Menetapkan : PERUBAHAN PERATURAN BUPATI NOMOR 5 TAHUN 2009 TENTANG PEDOMAN PELAKSANAAN JAMINAN KESEHATAN DAERAH KABUPATEN SUKAMARA**

**Pasal I**

Beberapa ketentuan dalam Peraturan Bupati Nomor 5 Tahun 2009 tentang Pedoman Pelaksanaan Jaminan Kesehatan Daerah Kabupaten Sukamara ( Berita Daerah Kabupaten Sukamara Tahun 2009 Nomor 5), diubah sebagai berikut :

1. Ketentuan Pasal 9 diubah, sehingga keseluruhan Pasal 9 berbunyi sebagai berikut :

**Pasal 9**

- (1) Pemberian obat-obatan bagi peserta Jamkesda mengacu pada ketentuan sebagai berikut.
  - a. formularium Rumah Sakit .
  - b. daftar Plafon Harga Obat (DPHO) PT. Askes (Persero) bagi peserta Jamkesda.
  - c. obat diluar formularium Rumah Sakit dan DPHO dapat diberikan dengan mengacu pada formularium RSUD sepanjang berdasarkan indikasi medis yang ditetapkan oleh dokter yang merawat dan diketahui oleh ketua tim Jamkesda atau pejabat yang ditunjuk.
- (2) Transportasi rujukan pasien dan jenazah mengacu pada ketentuan sebagai berikut:
  - a. rujukan dari Puskesmas ke RSUD dibebankan pada biaya Operasional masing-masing Puskesmas.
  - b. pengembalian dari RSUD ke Puskesmas dan atau tempat tinggal pasien/jenazah menjadi tanggung jawab RSUD dan dibebankan pada anggaran Jamkesda, berlaku hanya pada RSUD Sukamara.
- (3) Peserta tidak diperbolehkan mendapat manfaat ganda baik dari program yang sejenis maupun anggaran lain dari Pemerintah Daerah seperti namun tidak terbatas pada contoh-contoh berikut ini:
  - a. biaya pelayanan kesehatan, alat kesehatan,kacamata, intra ocular lens (IOL), alat bantu dengar, alat bantu gerak, bahan habis pakai, pemberian obat dan pelayanan darah serta pelayanan kesehatan lainnya yang telah ditanggung oleh PT. Askes (Persero), PT. Jamsostek, PT. Jasa Raharja, asuransi lain yang sejenis, perusahaan yang memperkerjakan dan atau pihak ketiga lainnya;
  - b. biaya transportasi rujukan/perjalanan dinas yang telah ditanggung oleh pemerintah daerah dan atau pihak ketiga lainnya;
  - c. biaya-biaya lain yang telah ditanggung oleh pihak ketiga.
- (4) Lumpsum petugas pendamping dari RSUD disesuaikan dengan ketentuan perjalanan dinas Pegawai Negeri Sipil untuk maksimal 3 (tiga) hari sesuai ketentuan dalam peraturan Bupati yang berlaku.

- (1) Pada dasarnya manfaat yang disediakan untuk peserta Jamkesda bersifat menyeluruh berdasarkan kebutuhan medis sesuai dengan standar pelayanan medik di RSUD dan Rumah Sakit rujukan yang cost efektif dan rasional, bukan berupa uang tunai, kecuali beberapa hal yang dibatasi dan tidak dijamin.
- (2) Biaya pengiriman dan pemeriksaan sediaan (Specimen) di laboratorium yang ditunjuk:

3. Ketentuan Pasal 11 dihapus sehingga keseluruhan Pasal 11 berbunyi sebagai berikut :

**Pasal 11**

Manfaat yang diperoleh peserta di RSUD meliputi :

- a. bahan habis pakai, alat kesehatan habis pakai, kacamata, intra ocular lens (IOL), alat bantu dengar dan alat bantu gerak.
- b. obat-obatan sesuai dengan formularium Rumah Sakit dan DPHO.
- c. obat-obatan diluar daftar formularium Rumah Sakit dan DPHO dapat ditanggung sepanjang berdasarkan kebutuhan medis dan tidak atas permintaan sendiri.
- d. dihapus

4. Pasal 12 dihapus

5. Ketentuan Pasal 13 ayat (2) diubah sehingga keseluruhan Pasal 13 berbunyi sebagai berikut :

**Pasal 13**

(1) Penyaluran langsung kepada apotik mitra yang ditunjuk oleh direktur dengan ketentuan apotik mitra harus memenuhi syarat sebagai berikut :

- a. buka 24 jam;
- b. bersedia meminjamkan tanpa jaminan pasien peserta Jamkesda obat-obatan, alat kesehatan dan bahan habis pakai yang menjadi tanggungan RSUD selama instalasi Farmasi RSUD belum dapat beroperasi 24 jam;
- c. selisih biaya akibat perbedaan kualitas atau merk alat kesehatan dan bahan habis pakai serta obat yang dipinjamkan dengan penggantian oleh instalasi farmasi RSUD akan dibayarkan melalui Jamkesda;
- d. selisih biaya sebagaimana yang dimaksud huruf c termasuk jasa apotik maksimal 10 % (sepuluh perseratus) dari harga jual.

(2) Penyaluran langsung kepada petugas pendamping.

(3) Penyaluran langsung kepada Direktur Rumah Sakit untuk biaya pelayanan kesehatan di RSUD

(4) Penyaluran langsung kepada Direktur Rumah Sakit rujukan untuk biaya pelayanan kesehatan di rumah sakit rujukan.

(5) Penyaluran langsung kepada kepala unit transfusi darah di Palang Merah Indonesia untuk biaya pelayanan darah.

(6) Penyaluran langsung kepada perusahaan jasa pengiriman dan atau laboratorium rujukan untuk biaya pengiriman dan pemeriksaan sediaan laboratorium.

(7) Penyaluran langsung kepada apotik mitra untuk biaya

Pasal II

Peraturan Bupati ini mulai berlaku pada tanggal diundangkan.

Agar setiap orang mengetahuinya, memerintahkan pengundangan Peraturan Bupati ini dengan penempatannya dalam Berita Daerah Kabupaten Sukamara.

Ditetapkan di Sukamara  
pada tanggal 03. Mei 2011



Diundangkan di Sukamara  
pada tanggal 03. Mei 2011

Pt. SEKRETARIS DAERAH  
KABUPATEN SUKAMARA



Drs. MURYADI HARMAN, M.Si  
Pemimpin Utama Muda  
NIP. 19530128 197601 1 001

BERITA DAERAH KABUPATEN SUKAMARA TAHUN 2011 NOMOR 21

**BUPATI SUKAMARA****PERATURAN BUPATI SUKAMARA  
NOMOR 5 TAHUN 2009****TENTANG****PEDOMAN PELAKSANAAN JAMINAN KESEHATAN DAERAH  
KABUPATEN SUKAMARA****DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA****BUPATI SUKAMARA,**

- Menimbang** :
- a. Bahwa dalam rangka meningkatkan akses dan mutu pelayanan dasar kesehatan bagi masyarakat yang tidak mampu, karena setiap orang berhak atas pelayanan dasar kesehatan yang layak;
  - b. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana huruf a tersebut diatas, perlu ditetapkan dengan Peraturan Bupati.
- Mengingat** :
1. Undang-Undang Nomor 23 Tahun 1992 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Tahun 1992 Nomor 100, Tambahan Lembaran Negara Nomor 3495);
  2. Undang-Undang Nomor 5 Tahun 2002 tentang Pembentukan Kabupaten Katingan, Kabupaten Seruyan, Kabupaten Sukamara, Kabupaten Lamandau, Kabupaten Gunung Mas, Kabupaten Pulang Pisau, Kabupaten Murung Raya dan Kabupaten Barito Timur di Provinsi Kalimantan Tengah (Lembaran Negara Tahun 2002 Nomor 18, Tambahan Lembaran Negara Nomor 4180);
  3. Undang-Undang Nomor 32 Tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Tahun 2004 Nomor 125, Tambahan Lembaran Negara Nomor 4437) sebagaimana telah beberapa kali diubah terakhir dengan Undang-Undang Nomor 12 Tahun 2008 tentang Perubahan Kedua atas Undang-Undang Nomor 32 Tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Tahun 2008 Nomor 108, Tambahan Lembaran Negara Nomor 4548);
  4. Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (Lembaran Negara Tahun 2004 Nomor 150, Tambahan Lembaran Negara Nomor 4456);
  5. Peraturan Daerah Kabupaten Sukamara Nomor 10 Tahun 2005 tentang Restribusi Pelayanan Kesehatan (Lembaran Daerah Kabupaten Sukamara Tahun 2005 Nomor 10);
  6. Peraturan Daerah Kabupaten Sukamara Nomor 8 Tahun 2008 tentang Organisasi dan Tata Kerja Dinas Daerah Kabupaten Sukamara (Lembaran Daerah Kabupaten Sukamara Tahun 2008 Nomor 8);

7. Peraturan Daerah Kabupaten Sukamara Nomor 13 Tahun 2008 tentang Organisasi dan Tata Kerja Rumah Sakit Umum Daerah Sukamara (Lembaran Daerah Kabupaten Sukamara Tahun 2008 Nomor 13) ;
8. Peraturan Bupati Sukamara Nomor 06 Tahun 2007 tentang Pembebasan Restribusi Biaya Pelayanan Kesehatan Dasar (Berita Daerah Kabupaten Sukamara Tahun 2006 Nomor 06).

## **MEMUTUSKAN :**

Menetapkan : **PERATURAN BUPATI TENTANG PEDOMAN PELAKSANAAN JAMINAN KESEHATAN DAERAH KABUPATEN SUKAMARA**

### **BAB I**

#### **KETENTUAN UMUM**

##### **Pasal 1**

Dalam Peraturan Bupati ini yang dimaksud dengan :

1. Daerah adalah Kabupaten Sukamara.
2. Pemerintah Daerah adalah Bupati beserta Perangkat Daerah sebagai unsur Penyelenggara Pemerintah Daerah.
3. Bupati adalah Bupati Sukamara.
4. Rumah Sakit Umum Daerah, yang selanjutnya disingkat RSUD adalah Rumah Sakit Umum Daerah Sukamara.
5. Dinas adalah Dinas Kesehatan Kabupaten Sukamara.
6. Kepala Dinas adalah Kepala Dinas Kesehatan.
7. Pusat Kesehatan Masyarakat, yang selanjutnya disingkat Puskesmas adalah Unit Pelaksana Teknis Dinas Kesehatan Kabupaten Sukamara.
8. Direktur adalah direktur RSUD.
9. Komite medik adalah komite medik RSUD.
10. Jaminan Kesehatan Daerah Kabupaten Sukamara yang selanjutnya disingkat Jamkesda adalah program pemberian layanan kesehatan bagi masyarakat yang anggarannya berasal dari Anggaran dan atau Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah Kabupaten Sukamara.
11. Surat Keterangan Tidak Mampu selanjutnya disingkat SKTM adalah surat keterangan yang menyatakan seseorang adalah berasal dari keluarga tidak mampu yang dikeluarkan oleh pejabat yang berwenang.
12. Peserta Jamkesda yang selanjutnya disebut peserta adalah pasien yang dapat menunjukan SKTM.
13. Keluarga miskin adalah keluarga yang telah ditetapkan dan dinyatakan miskin oleh pejabat yang berwenang di Kabupaten Sukamara.

- 41350.pdf
14. Pelayanan Kesehatan adalah semua bentuk penyelenggaraan kegiatan dan jasa yang diberikan kepada orang pribadi dalam rangka observasi, penegakan diagnosa, pengobatan, pencegahan, pemulihan dan peningkatan status kesehatan.
  15. Tindakan Medik adalah tindakan yang bersifat individu yang diberikan oleh tenaga medis berupa pemeriksaan, konsultasi dan tindakan medik.
  16. Pelayanan Rawat Jalan adalah pelayanan pasien untuk observasi, diagnosis, pengobatan, rehabilitasi medik dan atau pelayanan kesehatan lainnya tanpa menginap dirumah sakit.
  17. Pelayanan Rawat Darurat adalah pelayanan kedaruratan medik yang harus diberikan secepatnya untuk mencegah/menanggulangi risiko kematian atau cacat.
  18. Pelayanan Rawat Inap adalah pelayanan pasien untuk observasi, diagnosis, pengobatan, rehabilitasi medik dan atau pelayanan kesehatan lainnya dengan menginap di Rumah Sakit.
  19. Pelayanan Penunjang Medik adalah pelayanan kepada pasien untuk membantu penegakan diagnosis dan terapi.
  20. **General Check Up** adalah pemeriksaan fisik dan penunjang medis secara lengkap yang diberikan kepada seseorang atas permintaan sendiri atau pihak yang berkepentingan.
  21. IUR biaya (**Cost sharing**) adalah pembebanan sebagian biaya pelayanan kesehatan kepada peserta PT. Askes (Peserta) dan anggota keluarganya.
  22. Tim Koordinasi Jamkesda adalah tim yang dibentuk Bupati dengan melibatkan lintas sektor untuk melaksanakan koordinasi, sinkronisasi, pembinaan dan pengendalian program Jamkesda.
  23. Tim Pelaksana Jamkesda adalah tim yang dibentuk Kepala Dinas untuk mengelola dan menyelenggarakan Jamkesda di RSUD.

## BAB II

### MAKSUD DAN TUJUAN

#### Pasal 2

- (1) Maksud penyelenggaraan Jamkesda adalah untuk menjamin terpeliharanya hak dasar masyarakat daerah atas pelayanan kesehatan yang berkualitas.
- (2) Tujuan penyelenggaraan Jamkesda adalah untuk meningkatkan akses dan mutu pelayanan kesehatan kepada masyarakat daerah.

## BAB III

### PRINSIP PENYELENGGARAAN

#### Pasal 3

- (1) Pada hakekatnya pelayanan kesehatan terhadap masyarakat adalah tanggung jawab bersama antara pemerintah pusat dan Pemerintah Daerah.

- (2) Penyelenggara Jamkesda mengacu pada prinsip: 41350.pdf
- a. Dana amanat dan nirlaba dengan pemanfaatan untuk semata-mata peningkatan derajat kesehatan masyarakat miskin dan tidak mampu;
  - b. Menyeluruh sesuai dengan standar pelayanan medik yang berlaku di fasilitas kesehatan yang ditunjuk;
  - c. Pelayanan terstruktur dan berjenjang;
  - d. Transparan dan akuntabel.

#### **BAB IV**

### **PESERTA PROGRAM JAMKESDA**

#### **Pasal 4**

Peserta program Jamkesda terdiri dari :

- a. Orang tidak mampu penduduk daerah yang tidak terdaftar sebagai peserta Jamkesmas yang dibuktikan dengan SKTM oleh pejabat yang berwenang;
- b. Bayi Baru lahir dari peserta program Jamkesda yang dibuktikan dengan surat keterangan direktur atau pimpinan Puskesmas;

#### **BAB V**

### **TATA LAKSANA PELAYANAN**

#### **Pasal 5**

- (1) Setiap peserta program Jamkesda berhak mendapatkan pelayanan kesehatan rawat jalan, rawat inap dan pelayanan gawat darurat serta pelayanan kesehatan lainnya di RSUD dan Rumah Sakit rujukan yang ditunjuk.
- (2) Pelayanan Kesehatan dalam program Jamkesda menerapkan pelayanan berjenjang berdasarkan rujukan.
- (3) Untuk mendapatkan pelayanan kesehatan di RSUD peserta harus menunjukkan SKTM dan surat rujukan dari Puskesmas.

#### **Pasal 6**

- (1) Pada keadaan gawat darurat peserta wajib dilayani tanpa memperhatikan kartu peserta dan surat rujukan.
- (2) Kriteria diagnosa keadaan gawat darurat sebagaimana tercantum dalam lampiran peraturan Bupati ini yang merupakan bagian tak terpisahkan.
- (3) Peserta sebagaimana yang dimaksud pada ayat (1) dan atau keluarganya wajib menunjukkan surat rujukan dan SKTM dalam waktu 3 x 24 jam ( tidak termasuk hari libur ).
- (4) Pada kondisi tertentu bila dalam waktu 3 x 24 jam peserta dan atau keluarganya tidak dapat menunjukkan surat rujukan dan kartu peserta, Direktur atau pejabat yang ditunjuk dapat menyatakan yang bersangkutan sebagai peserta.

- (5) Kondisi tertentu sebagaimana yang dimaksud pada ayat (4) meliputi antara lain anak terlantar, pasien terlantar, gelandangan.

- (1) Seluruh fasilitas kesehatan baik yang dimiliki maupun tidak dimiliki oleh Pemerintah Daerah yang berlokasi di daerah wajib memberi pelayanan gawat darurat kepada peserta.
- (2) Fasilitas Kesehatan sebagaimana yang dimaksud pada ayat (1) berkewajiban mengantar pasien gawat darurat ke RSUD.
- (3) Biaya pelayanan kesehatan, biaya transportasi pasien gawat darurat yang ditangani oleh fasilitas kesehatan sebagaimana yang dimaksud pada ayat (1) dapat di klaim ke tim pelaksana Jamkesda sesuai ketentuan tarif pelayanan kesehatan di RSUD.

#### Pasal 8

- (1) Penggunaan SKTM dan surat rujukan hanya berlaku untuk setiap kali pelayanan kecuali pada kondisi pelayanan lanjutan yang terkait dengan penyakit sebelumnya.
- (2) Peserta harus menunjukkan surat rujukan dan SKTM di sentra Layanan administrasi RSUD yang kemudian diverifikasi kebenarannya oleh Tim Pelaksana Jamkesda.
- (3) Apabila berkas dinyatakan lengkap, tim pelaksana Jamkesda menerbitkan Surat Jaminan Perawatan (SJP) dan peserta selanjutnya dapat memperoleh pelayanan kesehatan.
- (4) Pasien rawat inap peserta pemegang SKTM yang bermaksud menggunakan layanan kesehatan yang dibiayai oleh program Jamkesda sejak awal harus menandatangani surat pernyataan akan menggunakan serta bersedia menempati ruang perawatan kelas III.

#### Pasal 9

- (1) Pemberian obat-obatan bagi peserta Jamkesda mengacu pada ketentuan sebagai berikut:
  - a. Formularium Rumah Sakit bagi peserta Jamkesda, serta pemegang SKTM;
  - b. Daftar Plafon Harga Obat (DPHO) PT. Askes (Persero) bagi peserta PT. Askes (Persero);
  - c. Obat diluar formalarium Rumah Sakit dan DPHO dapat diberikan dengan mengacu pada formularium RSUD sepanjang berdasarkan indikasi medis yang ditetapkan oleh dokter yang merawat dan diketahui oleh ketua tim Jamkesda atau pejabat yang ditunjuk.
- (2) Transportasi rujukan pasien dan jenazah mengacu pada ketentuan sebagai berikut;
  - a. Rujukan dari Puskesmas ke RSUD dibebankan pada blaya Operasional masing-masing Puskesmas;
  - b. Pengembalian dari RSUD ke Puskesmas dan atau tempat tinggal pasien/jenazah menjadi tanggung jawab RSUD dan dibebankan pada anggaran Jamkesda;
  - c. Rujukan dan rujukan balik pasien dari dan ke RSUD serta dari dan ke Rumah sakit rujukan dibebankan pada anggaran Jamkesda.
- (3) Peserta tidak diperbolehkan mendapat manfaat ganda baik dari program yang sejenis maupun anggaran lain dai Pemerintah Daerah namun tidak terbatas pada contoh-contoh berikut ini:
  - a. Biaya pelayanan kesehatan, alat kesehatan, kacamata, intra

pelayanan kesehatan lainnya yang telah ditanggung oleh PT. Askes (Persero), PT. Jamsostek, PT. Jasa Raharja, asuransi lain yang sejenis, perusahaan yang memperkerjakan dan atau pihak ketiga lainnya;

- b. Biaya transportasi rujukan/perjalanan dinas yang telah ditanggung oleh pemerintah daerah dan atau pihak ketiga lainnya;
- c. Biaya-biaya lain yang telah ditanggung oleh pihak ketiga.

## **BAB VI MANFAAT YANG DIPEROLEH PESERTA**

### **Pasal 10**

- (1) Pada dasarnya manfaat yang disediakan untuk peserta Jamkesda bersifat menyeluruh berdasarkan kebutuhan medis sesuai dengan standar pelayanan medik di RSUD dan Rumah Sakit rujukan yang cost efektif dan rasional, bukan berupa uang tunai, kecuali beberapa hal yang dibatasi dan tidak dijamin.
- (2) Biaya transportasi rujukan pasien peserta Jamkesda dibatasi hanya pada Rumah Sakit / fasilitas kesehatan sebagai berikut :
  - a. Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Sukamara
  - b. Ruamah Sakit Umum Daerah Sultan Imannudin Pangakalan Bun
  - c. Rumah Sakit Umum Pusat dr. Karyadi Semarang
  - d. Rumah Sakit Urnum Daerah dr. Doris Sylvanus Palangka Raya
- (3) Biaya pengiriman dan pemeriksaan sediaan (Specimen) di laboratorium yang ditunjuk.
- (4) Ketentuan sebagaimana yang dimaksud pada ayat (3) tidak diberikan kepada peserta sebagaimana yang dimaksud pada pasal 4 huruf b.

### **Pasal 11**

**Manfaat yang diperoleh peserta di RSUD meliputi:**

- a. Bahan habis pakai, alat kesehatan habis pakai, kacamata, Intra ocular lens (IOL), alat bantu dengar dan alat bantu gerak;
- b. Obat-obatan sesuai dengan formularium Rumah Sakit dan DPHO;
- c. Obat-obatan diluar daftar formularium Rumah Sakit dan DPHO dapat ditanggung sepanjang berdasarkan kebutuhan medis dan tidak atas permintaan sendiri;
- d. Keluarga pasien selama dirawat di RSUD dapat mendapatkan bantuan biaya makan sesuai standar pasien kelas III untuk maksimal untuk 1 (satu) Orang.

### Pasal 12

Bagi Pasien peserta yang karena indikasi medis harus dirujuk ke Rumah Sakit rujukan yang ditunjuk akan memperoleh manfaat sebagai berikut:

- a. Bantuan biaya transportasi ke dan dari rumah sakit rujukan untuk pasien, keluarga pasien maksimal 1 (satu) dan 1 (satu) orang petugas pendamping dari RSUD;
- b. Jumlah tiket yang dapat disediakan untuk pasien yang menurut pertimbangan medis harus berbaring pada saat pengangkutan maksimal 6 (enam) orang;
- c. Bantuan uang saku keluarga pendamping pasien Rp. 50.000,- (Lima puluh ribu rupiah) perhari yang diberikan maksimal 5 (lima) hari;
- d. Lumpsum petugas pendamping dari RSUD disesuaikan dengan ketentuan perjalanan dinas Pegawai Negeri Sipil sesuai ketentuan dalam peraturan Bupati yang berlaku;

### Pasal 13

Pelayanan Kesehatan di RSUD dan Rumah Sakit rujukan untuk peserta mencakup:

- a. Pelayanan tindakan medik;
- b. Pelayanan Obat, bahan dan alat kesehatan habis pakai;
- c. Pelayanan penunjang diagnostik;
- d. Pelayanan darah;
- e. Pelayanan Kesehatan lainnya.

### Pasal 14

Pelayanan yang dibatasi adalah :

- a. Kacamata hanya diberikan pada pasien yang membutuhkan lensa koreksi minimal +1/-1 dengan nilai maksimal Rp. 150.000,- (seratus lima puluh ribu rupiah) berdasarkan resep dokter;
- b. Intra Ocular Lens (IOL) sesuai resep dokter spesialis mata berdasarkan harga paling murah yang tersedia di daerah ;
- c. Alat bantu dengar sesuai resep dokter spesialis THT dengan harga paling murah yang terdapat di daerah;
- d. Alat bantu gerak (tongkat penyangga, kursi roda dan korset) sesuai resep dokter dan disetujui oleh direktur atau pejabat lain yang ditunjuk dengan mempertimbangkan bahwa alat tersebut dibutuhkan untuk mengembalikan fungsi sosial peserta berdasarkan harga paling murah yang terdapat di daerah;
- e. Pelayanan penunjang diagnostik canggh diberikan hanya pada kasus penyelamatan jiwa (life saving) dan kebutuhan penegakan diagnosa yang sangat diperlukan melalui pengkajian dan pengendalian oleh komite medik.

## Pasal 15

Pelayanan yang tidak dijamin / tidak ditanggung adalah : 41350.pdf

- a. Pelayanan yang tidak sesuai dengan prosedur dan ketentuan;
- b. Bahan, Zat dan tindakan yang bertujuan untuk kosmetik;
- c. General check up;
- d. Protesis Gigi Tiruan (gigi palsu);
- e. Pengobatan alternatif dan pengobatan lain yang belum terbukti secara ilmiah;
- f. Rangkaian pemeriksaan pengobatan dan tindakan dalam upaya mendapat keturunan termasuk bayi tabung dan pengobatan impotensi (lemah syahwat);
- g. Pelayanan kesehatan pada masa tanggap darurat bencana;
- h. Pelayanan kesehatan dalam rangka kegiatan bakti sosial;
- i. Upaya bunuh diri, melukai diri sendiri, menyakiti diri sendiri dan atau terlibat kegiatan yang melanggar hukum sebagai berikut namun tidak terbatas pada meminum minuman keras, bunuh diri, balapan liar, terlibat kerusuhan dan atau tindakan kriminal lainnya;
- j. Selisih biaya pelayanan kesehatan karena perbedaan tarif kelas perawatan karena memilih kelas perawatan yang lebih tinggi dari haknya;

## BAB VII

### SUMBER DAN ALOKASI PEMBIAYAAN

#### Pasal 16

Sumber pembiayaan program Jamkesda berasal dari Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah yang dialokasikan melalui DPA=SKPD Dinas Kesehatan.

## BAB VIII

### PERUNTUKAN DAN PENGGUNAAN PENERIMAAN

#### Pasal 17

- (1) Penerimaan RSUD yang berasal dari Jamkesda adalah penerimaan daerah yang harus disetorkan ke kas daerah
- (2) Penggunaan penerimaan RSUD yang berasal dari Jamkesda didasarkan pada ketentuan peraturan dan perundang-undangan yang berlaku.
- (3) Pertanggungjawaban, peruntukan dan penggunaan dana akan diaudit oleh Inspektorat daerah dan atau aparat pengawas fungsional lainnya.

## BAB IX

### PENYALURAN DANA

#### Pasal 18

- (1) Penyaluran langsung kepada apotik mitra yang ditunjuk oleh direktur dengan ketentuan apotik mitra harus memenuhi syarat sebagai berikut:

- c. Selisih biaya akibat perbedaan kualitas atau, merk, alat kesehatan dan bahan habis pakai serta obat yang dipinjamkan dengan penggantian oleh instalasi farmasi RSUD akan dibayarkan melalui Jamkesda;
- d. Selisih biaya sebagaimana yang dimaksud huruf c termasuk jasa apotik maksimal 10 % (sepuluh perseratus) dari harga jual.
- (2) Penyaluran langsung kepada petugas pendamping dan keluarga untuk uang saku.
  - (3) Penyaluran langsung kepada Direktur rumah sakit untuk biaya pelayanan kesehatan di RSUD
  - (4) Penyaluran langsung kepada Direktur rumah sakit rujukan untuk biaya pelayanan kesehatan di rumah sakit rujukan.
  - (5) Penyaluran langsung kepada kepala unit transfusi darah di Palang Merah Indonesia untuk biaya pelayanan darah.
  - (6) Penyaluran langsung kepada perusahaan jasa pengiriman dan atau laboratorium rujukan untuk biaya pengiriman dan pemeriksaan sediaan laboratorium.
  - (7) Penyaluran langsung kepada optik, apotik, pasien dan keluarga pasien untuk biaya pengganti kaca mata, intr oculus lens (IOL), alat bantu dengar dan atau alat bantu gerak.

## **BAB X**

### **PENGORGANISASIAN**

#### **Pasal 19**

- (1) Bupati membentuk tim Koordinasi Jamkesda.
- (2) Kepala Dinas membentuk tim pelaksana Jamkesda di RSUD.

## **BAB XI**

### **SANKSI ADMINISTRASI**

#### **Pasal 20**

Fasilitas kesehatan sebagaimana yang dimaksud dalam pasal 7 yang tidak memberikan pelayanan gawat darurat diberikan sanksi administrasi sebagai berikut:

- a. Bagi fasilitas kesehatan yang dimiliki oleh pemerintah daerah didasarkan pada ketentuan tentang peraturan disiplin pegawai negeri;
- b. Bagi fasilitas kesehatan yang tidak dimiliki oleh pemerintah daerah dapat berupa teguran atau pencabutan ijin operasional.

**BAB XII**  
**KETENTUAN PENUTUP**

41350.pdf

**Pasal 21**

Hal-hal yang belum diatur dalam peraturan Bupati ini, sepanjang mengenai pelaksanaannya akan diatur lebih lanjut oleh Kepala Dinas

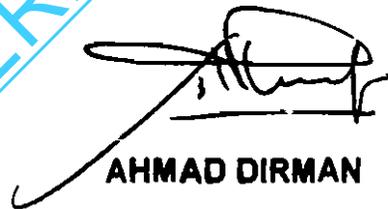
**Pasal 22**

Peraturan Bupati ini mulai berlaku pada tanggal diundangkan

Agar setiap orang dapat mengetahuinya, memerintahkan pengundangan Peraturan Bupati ini dengan penempatannya dalam Berita Daerah Kabupaten Sukamara.

Ditetapkan di Sukamara  
pada tanggal 13 April 2009

**BUPATI SUKAMARA**



**AHMAD DIRMAN**

Diundangkan di Sukamara  
pada tanggal 13 April 2009

**Plt. SEKRETARIS DAERAH  
KABUPATEN SUKAMARA**



**Drs. Ec. IMANNUDIN**  
**PEMBINA UTAMA MUDA**  
**NIP.19601003 198703 1 006**

**BERITA DAERAH KABUPATEN SUKAMARA TAHUN 2009 NOMOR 5**

**PERJANJIAN KERJA SAMA  
ANTARA  
DINAS KESEHATAN KABUPATEN SUKAMARA  
DENGAN  
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH SUKAMARA  
TENTANG  
PELAYANAN KESEHATAN BAGI PESERTA  
PROGRAM JAMINAN KESEHATAN DAERAH  
TAHUN 2013**

Nomor : 440/ 010.0 / Dinkes / 2013  
Nomor : 445/ 0004.4 / RSUD / 2013

Pada hari ini, Rabu Tanggal Dua Bulan Januari Tahun Dua Ribu Tiga Belas ( 02 - 01 - 2013 ), bertempat di Sukamara, yang bertanda tangan dibawah ini ;

1. drg. JUNAINI TARIGAN, Plt. Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Sukamara yang berkedudukan dan berkantor di Jalan Tjilik Riwut Km. 7,5 Sukamara, dalam hal ini bertindak untuk dan atas nama Dinas Kesehatan Kabupaten Sukamara, yang untuk selanjutnya disebut sebagai "PIHAK PERTAMA".
2. dr. EFLIN N,M SIANIPAR, Direktur Rumah Sakit Umum Daerah Sukamara, yang berkedudukan dan berkantor di jalan Tjilik Riwut No. 35 Km. 5,5 Sukamara dalam hal ini bertindak untuk dan atas nama RSUD Sukamara, yang untuk selanjutnya disebut sebagai "PIHAK KEDUA".

Bahwa PIHAK PERTAMA dan PIHAK KEDUA secara bersama – sama disebut "PARA PIHAK" dan secara sendiri – sendiri disebut "PIHAK".

PIHAK PERTAMA dan PIHAK KEDUA mengadakan perjanjian kerja sama (selanjutnya disebut "Perjanjian") dengan ketentuan – ketentuan sebagaimana diatur lebih lanjut dalam perjanjian ini.

**DASAR HUKUM  
Pasal 1**

- 1) Undang-Undang RI Nomor 36 tahun 2009 tentang Kesehatan;
- 2) Undang-Undang Nomor 44 tahun 2009 tentang Rumah Sakit;
- 3) Undang-Undang Nomor 29 tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran;
- 4) Peraturan Pemerintah RI Nomor 23 tahun 2005, tanggal 13 Juni 2005 tentang Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum;
- 5) Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 1234/Menkes/SK/VIII/2005, tanggal 11 Agustus 2005 tentang Penetapan 13 (Tiga Belas) eks Rumah Sakit Perusahaan Jawatan (PERJAN) menjadi Unit Pelaksana Teknis (UPT) Departemen Kesehatan dengan menerapkan Pola Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum;
- 6) Peraturan Daerah Kabupaten Sukamara Nomor 09 tahun 2010 tentang Retribusi Jasa Umum;
- 7) Peraturan Bupati Sukamara Nomor 5 Tahun 2009, tentang Pedoman Pelaksanaan Jaminan Kesehatan Daerah Kabupaten Sukamara;

## KETENTUAN UMUM Pasal 2

Dalam Perjanjian Kerjasama ini yang dimaksud dengan istilah – istilah dan frase – frase di bawah ini memiliki pengertian – pengertian sebagai berikut :

- 1) **Dinas Kesehatan Kabupaten Sukamara** adalah Satuan Kerja Perangkat Daerah Kabupaten Sukamara yang berada dibawah dan bertanggungjawab kepada Bupati Sukamara.
- 2) **Rumah Sakit Umum Daerah Sukamara** yang selanjutnya disebut RSUD Sukamara adalah Satuan Kerja Perangkat Daerah di lingkungan Pemerintah Kabupaten Sukamara yang bertanggungjawab kepada Bupati Sukamara.
- 3) **Pasien** adalah masyarakat miskin yang tidak dijamin oleh program Jaminan Kesehatan Masyarakat Pemerintah Pusat dan menjadi tanggungan Pemerintah Kabupaten Sukamara melalui Dinas Kesehatan Kabupaten Sukamara.

## DASAR PERJANJIAN KERJASAMA Pasal 3

- 1) **PIHAK PERTAMA** dan **PIHAK KEDUA** mengadakan Perjanjian Kerjasama ini didasarkan atas kesepakatan bersama dalam pelayanan kesehatan rawat jalan dan rawat inap bagi masyarakat miskin diluar kuota kabupaten Sukamara.
- 2) **PIHAK PERTAMA** menunjuk **PIHAK KEDUA** dalam pelayanan kesehatan rawat jalan dan rawat inap bagi masyarakat miskin yang tidak dijamin oleh Program Jaminan Kesehatan Masyarakat Kabupaten Sukamara melalui Kementerian Kesehatan Republik Indonesia yang dinyatakan dengan Surat Jaminan dari Pemerintah Kabupaten Sukamara melalui Dinas Kesehatan Kabupaten Sukamara.
- 3) **PIHAK KEDUA** dengan batas-batas fasilitas yang dimiliki bersedia memberikan pelayanan kesehatan rawat jalan dan rawat inap bagi masyarakat miskin diluar kuota Kabupaten Sukamara yang tidak dijamin oleh Program Jaminan Kesehatan Masyarakat melalui Kementerian Kesehatan Republik Indonesia yang dinyatakan dengan Surat Jaminan dari Pemerintah Kabupaten Sukamara melalui Dinas Kesehatan Kabupaten Sukamara.

## MAKSUD DAN TUJUAN Pasal 4

Perjanjian Kerjasama ini dibuat untuk sebagai upaya untuk meningkatkan kesehatan kepada masyarakat khususnya bagi masyarakat miskin Kabupaten Sukamara yang tidak dijamin oleh Program Jaminan Kesehatan Masyarakat melalui Kementerian Kesehatan Republik Indonesia yang dinyatakan dengan Surat Jaminan dari Pemerintah Kabupaten Sukamara melalui Dinas Kesehatan Kabupaten Sukamara, yang menderita sakit dan membutuhkan pemeriksaan, perawatan dan pengobatan di RSUD Sukamara.

## RUANG LINGKUP Pasal 5

- 1) Ruang lingkup Perjanjian Kerjasama ini adalah Pelayanan Kesehatan rawat jalan dan rawat inap di RSUD Sukamara bagi masyarakat miskin Kabupaten Sukamara yang tidak dijamin oleh program Jaminan Kesehatan Masyarakat melalui Kementerian Kesehatan Republik Indonesia yang dinyatakan dengan Surat Jaminan dari Pemerintah Kabupaten Sukamara melalui Dinas Kesehatan Kabupaten Sukamara bertanggung dari **PIHAK PERTAMA**.
- 2) Pelayanan Kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) pada pasal ini adalah pelayanan kesehatan yang mengacu pada Pedoman Pelaksanaan Jamkesmas tahun 2010 berdasarkan SK Menkes Nomor : 686/1-1enkes/SK/VI/2010 dan ketentuan-ketentuan yang berlaku.

## KETENTUAN TARIF

### Pasal 6

Biaya pelayanan kesehatan sebagaimana dimaksud dalam pasal 5 ayat (2) sesuai tarif RSUD Sukamara yang berlaku (untuk rawat jalan dan gawat darurat) dan untuk rawat inap serta pemeriksaan penunjang (laboratorium, radiologi, dll) sesuai dengan tarif kelas III.

## KETENTUAN PELAYANAN

### Pasal 7

- 1) Masyarakat miskin Kabupaten Sukamara dari PIHAK PERTAMA, yang akan/perlu mendapatkan pelayanan kesehatan rawat jalan dan rawat inap dari PIHAK KEDUA berdasarkan perjanjian kerjasama ini, harus menunjukkan Surat Jaminan Perawatan dari PIHAK PERTAMA C/q. Dinas Kesehatan Kabupaten Sukamara.
- 2) Dalam keadaan darurat, masyarakat miskin diluar kuota Kabupaten Sukamara yang bertanggung oleh PIHAK PERTAMA dapat menyerahkan Surat Jaminan Perawatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) pasal ini paling lambat 3 x 24 jam sejak pasien masuk rawat inap.
- 3) Pejabat yang berwenang menandatangani surat-surat yang berkenaan dengan pelayanan kesehatan sebagaimana dimaksud ayat (1) pasal ini, adalah Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Sukamara atau pejabat lain yang ditunjuk sebagai Pejabat Pelaksana Harian.
- 4) Apabila sampai dengan pasien dinyatakan boleh pulang, karena sesuatu hal Surat Jaminan Perawatan belum diterima oleh PIHAK KEDUA maka kepada pasien tersebut diberlakukan sebagai pasien umum.

## PENEMPATAN PASIEN

### Pasal 8

- 1) Penempatan pasien PIHAK PERTAMA yang memerlukan pelayanan kesehatan rawat inap di rumah sakit milik PIHAK KEDUA diusahakan dikelas perawatan sesuai peraturan yang berlaku dalam lingkungan PIHAK PERTAMA adalah kelas III.
- 2) Penempatan pasien PIHAK PERTAMA berhak mendapatkan pelayanan kesehatan dan perawatan yang dilakukan sesuai dengan indikasi medis dari PIHAK KEDUA.

## TATACARA PENAGIHAN, PEMBAYARAN DAN SANKSI ADMINISTRASI

### Pasal 9

- 1) Penagihan biaya pelayanan kesehatan oleh PIHAK KEDUA kepada PIHAK PERTAMA dilakukan dengan melengkapi dokumen pendukung berupa Surat Jaminan Perawatan, data rincian biaya pemeriksaan, tindakan dan obat-obatan serta kwitansi yang dibuat dalam rangkap 2 (dua) Surat Rujukan dari Puskesmas.
- 2) Penagihan biaya pelayanan kesehatan oleh PIHAK KEDUA setiap tanggal 10 (sepuluh) bulan berikutnya dan pembayaran terhadap tagihan sebagaimana tersebut ayat (1) dibayarkan oleh PIHAK PERTAMA kepada PIHAK KEDUA setelah mendapatkan SP2D dari DPKAD dan atau paling lambat akhir bulan tagihan.
- 3) Dalam hal PIHAK PERTAMA tidak bisa membayar tepat pada waktunya atau kurang membayar, dikenakan sanksi administrasi berupa bunga sebesar 2% (dua perseratus) setiap bulan dari retribusi yang terutang atau kurang bayar.
- 4) Pembayaran dilakukan oleh PIHAK PERTAMA kepada PIHAK KEDUA secara langsung atau melalui rekening Bendahara Penerimaan RSUD Sukamara, Nomor : 0401-202-000001096-1.

- 5) Dalam hal terjadi perubahan tarif dalam masa berlakunya perjanjian kerjasama ini, maka PIHAK KEDUA melalui Bagian Perbendaharaan dan Mobilisasi Dana akan memberitahukan secara tertulis kepada PIHAK PERTAMA paling lambat 1 (satu) bulan sejak diberlakukannya tarif baru.

## HAJAK DAN KEWAJIBAN PARA PIHAK

### Pasal 10

- 1) PIHAK PERTAMA berhak :  
Mendapatkan pelayanan kesehatan meliputi pemeriksaan, perawatan, pengobatan dan perawatan yang perlu dilakukan sesuai dengan indikasi medis dari PIHAK KEDUA.
- 2) PIHAK PERTAMA berkewajiban :
  - c. Membayar tagihan biaya pelayanan kesehatan rawat inap dan rawat jalan sesuai tagihan yang disampaikan PIHAK KEDUA sesuai pelayanan yang telah diberikan dengan tepat waktu.
  - d. Memberikan kepada PIHAK KEDUA contoh Surat Jaminan Perawatan dengan tanda tangan pejabat yang berwenang menandatangani, untuk mendapatkan pelayanan kesehatan rawat inap dan rawat jalan di tempat PIHAK KEDUA.
- 3) PIHAK KEDUA berhak :
  - c. Mengajukan kepada PIHAK PERTAMA untuk mendapatkan pembayaran biaya pelayanan kesehatan yang telah dilakukan PIHAK KEDUA kepada PIHAK PERTAMA.
  - d. Mengkonfirmasi kepada PIHAK PERTAMA apabila tanda tangan yang tercantum dalam Surat Jaminan tidak sesuai dengan contoh Surat Jaminan dan tanda tangan yang diberikan PIHAK PERTAMA.
- 4) PIHAK KEDUA berkewajiban :  
Memberikan pelayanan kesehatan dengan baik kepada pasien PIHAK PERTAMA sesuai dengan diagnosa dan merupakan perawatan yang normal (standar) untuk jenis penyakit atau luka badan yang diderita serta sesuai dengan standar praktek kedokteran yang baik dan etika medis yang berlaku.

## PENGAWASAN DAN PENGENDALIAN

### Pasal 11

- 3) Setelah kedua belah pihak sepakat untuk melaksanakan perjanjian kerjasama ini, dan menandatangani, maka masing-masing pihak saling mengevaluasi terhadap pelaksanaan perjanjian kerjasama ini.
- 4) PIHAK PERTAMA dan PIHAK KEDUA melalui Unit Kerja terkait melakukan pengawasan dan pengendalian atas pelaksanaan Perjanjian Kerjasama ini.

## SANKSI PEMBATALAN

### Pasal 12

- 1) Apabila salah satu pihak secara sengaja tidak memenuhi kewajibannya yang dibuktikan dengan bukti otentik dan pihak yang lain sudah memberitahukan perihal tersebut, 3 (tiga) kali berturut-turut dalam jangka waktu 1 (satu) bulan, akan tetapi tetap tidak mau memenuhi kewajibannya, maka yang bersangkutan dapat dikenakan sanksi berupa Pemutusan Perjanjian Kerjasama ini.
- 2) Dalam keadaan tidak ada kesepakatan tarif pelayanan yang ditetapkan PIHAK KEDUA maka PIHAK PERTAMA dapat membatalkan perjanjian kerjasama ini, setelah sebelumnya memberitahukan secara tertulis kepada PIHAK KEDUA.

- 3) Pembatalan Perjanjian Kerjasama ini tidak membebaskan kedua belah pihak untuk menyelesaikan hak dan kewajiban yang sedang berjalan.

### PENYELESAIAN PERSELISIHAN

#### Pasal 13

- 1) Apabila timbul perbedaan pendapat atau perselisihan antara kedua belah pihak mengenai Perjanjian Kerjasama ini, maka diutamakan penyelesaiannya untuk dilakukan secara musyawarah dan mufakat.
- 2) Bilamana tidak diperoleh penyelesaian dengan cara musyawarah, maka pihak yang merasa dirugikan dapat mengajukan perselisihan ini untuk diselesaikan melalui jalur hukum yang berlaku.

### FORCE MAJEURE

#### Pasal 14

- 1) Yang dimaksud Force Majeure dalam Perjanjian Kerjasama ini adalah peristiwa-peristiwa yang terjadi diluar kekuasaan kedua belah pihak yang berakibat tidak dapat dipenuhinya Perjanjian Kerjasama ini. Peristiwa dimaksud adalah seperti ; gempa bumi, angin topan, banjir, kebakaran, tanah longsor, wabah penyakit, pemogokan umum, huru-hara, sabotase, perang, pemberontakan, revolusi dan peraturan kebijaksanaan pemerintah/penguasa.
- 2) Apabila terjadi Force Majeure seperti tersebut pada ayat (1) pasal ini, maka pihak yang terkena Force Majeure harus memberitahukan secara tertulis kepada pihak lainnya selambat-lambatnya dalam waktu 1 (satu) bulan sejak terjadinya peristiwa atau berakhirnya kejadian sebagaimana dimaksud ayat (1) pasal ini.
- 3) Setiap terjadi keadaan Kahar / Force Majeure, semua surat keterangan yang menyatakan terjadinya peristiwa keadaan kahar / force majeure tersebut yang dibuat pihak yang mengalami peristiwa keadaan kahar / force majeure, wajib disahkan oleh instansi Pemerintah setempat yang berwenang, yang menyatakan apa, kapan, dimana, mengapa, siapa dan bagaimana kahar / force majeure tersebut terjadi.
- 4) Kedua belah pihak dibebaskan untuk melaksanakan kewajiban-kewajiban yang diatur dalam perjanjian kerjasama ini apabila hal tersebut diakibatkan oleh force majeure.

### JANGKA WAKTU PERJANJIAN

#### Pasal 15

- 1) Perjanjian kerjasama ini berlaku jangka waktu 1 (satu) tahun terhitung mulai tanggal 01 Januari 2013 sampai dengan 31 Desember 2013.
- 2) Pengakhiran Perjanjian Kerjasama ini tidak membebaskan kedua belah pihak untuk menyelesaikan kewajibannya yang sedang berjalan.

### LAIN - LAIN

#### Pasal 16

- 1) Hal-hal yang belum diatur dalam perjanjian ini akan ditentukan kemudian berdasarkan kesepakatan kedua belah pihak.
- 2) Segala perubahan perbaikan maupun penambahan terhadap perjanjian kerjasama ini akan dibuat addendum/amandemen berdasarkan persetujuan kedua belah pihak yang merupakan bagian tak terpisahkan dari perjanjian kerjasama ini.
- 3) Surat pemberitahuan/surat-surat sehubungan dengan perjanjian kerjasama ini disampaikan dengan alamat-alamat kepada :

**PIHAK PERTAMA** : Dinas Kesehatan Kabupaten Sukamara  
 Jl. Tjilik Riwut Km. 7,5 Sukamara 74172

Koleksi Perpustakaan Universitas Sukamara

B.  
 W

PIHAK KEDUA : Rumah Sakit Umum Daerah Sukamara  
Jl. Tjilik Riwut No. 35 Km. 5.5 Sukamara  
Telp. 0532 - 26752, Fax: 0532 - 26753

PENITUP  
Pasal 17

- 1) Perjanjian kerjasama ini dibuat dalam rangkap 2 (dua) oleh kedua belah pihak tanpa paksaan dari pihak manapun dan ditandatangani diatas materai secukupnya serta mempunyai kekuatan hukum yang sama dan dapat diperbanyak dalam bentuk foto copy sesuai kebutuhan apabila diperlukan.
- 2) Perjanjian Kerjasama ini dianggap sah / berlaku setelah ditandatangani oleh kedua belah pihak pada hari dan tanggal sebagaimana tersebut diatas.

PIHAK PERTAMA

Pt. KEPALA DINAS KESEHATAN  
KABUPATEN SUKAMARA A.



dr. FUNAIDIN TARIGAN

Pembina

NIP. 19700314 200012 1 005

PIHAK KEDUA

DIREKTUR RSUD SUKAMARA



dr. EELIN N.M SIANIPAR

Penata

NIP. 19760611 200604 2 028



**BUPATI SUKAMARA**

**PERATURAN BUPATI SUKAMARA  
NOMOR 8 TAHUN 2012**

**TENTANG**

**PERUBAHAN KEDUA ATAS PERATURAN BUPATI NOMOR 5 TAHUN 2009  
TENTANG PEDOMAN PELAKSANAAN JAMINAN KESEHATAN DAERAH  
KABUPATEN SUKAMARA**

**DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA**

**BUPATI SUKAMARA,**

**Menimbang** : bahwa dengan adanya beberapa perubahan mengenai anggaran pada Program Jaminan Kesehatan Daerah khususnya pada Pos Bantuan Transportasi dan Akomodasi, perlu dilakukan penyesuaian pada Peraturan Bupati Nomor 5 Tahun 2009 tentang Pedoman Pelaksanaan Jaminan Kesehatan Daerah Kabupaten Sukamara.

- Mengingat** :
1. Undang-Undang Nomor 23 Tahun 1992 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Tahun 1992 Nomor 100, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 3495);
  2. Undang-Undang Nomor 5 Tahun 2002 tentang Pembentukan Kabupaten Katingan, Kabupaten Seruyan, Kabupaten Sukamara, Kabupaten Lembang, Kabupaten Gunung Mas, Kabupaten Pulang Pisau, Kabupaten Murung Raya dan Kabupaten Barito Timur di Provinsi Kalimantan Tengah (Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4180);
  3. Undang-Undang Nomor 32 Tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 125, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4437) sebagaimana telah beberapa kali diubah terakhir dengan Undang-Undang Nomor 12 Tahun 2008 tentang Perubahan Kedua atas Undang-Undang Nomor 32 Tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2008 Nomor 108, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4548);
  4. Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 150, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4456);
  5. Peraturan Daerah Kabupaten Sukamara Nomor 8 Tahun 2008 tentang Organisasi dan Tata Kerja Dinas Daerah Kabupaten Sukamara (Lembaran Daerah Kabupaten Sukamara Tahun 2008 Nomor 8);
  6. Peraturan Bupati Sukamara Nomor 06 Tahun 2007 tentang

**MEMUTUSKAN :**

**Menetapkan : PERUBAHAN KEDUA ATAS PERATURAN BUPATI NOMOR 5 TAHUN 2009 TENTANG PEDOMAN PELAKSANAAN JAMINAN KESEHATAN DAERAH KABUPATEN SUKAMARA**

**Pasal I**

Ketentuan Pasal 18 ayat (2) dalam Peraturan Bupati Nomor 5 Tahun 2009 tentang Pedoman Pelaksanaan Jaminan Kesehatan Daerah Kabupaten Sukamara ( Berita Daerah Kabupaten Sukamara Tahun 2009 Nomor 5) sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Bupati Nomor 21 Tahun 2011 tentang Perubahan Peraturan Bupati Nomor 5 Tahun 2009 tentang Pedoman Pelaksanaan Jaminan Kesehatan Daerah Kabupaten Sukamara (Berita Daerah Kabupaten Sukamara Tahun 2011 Nomor 21), diubah sehingga secara keseluruhan Pasal 18 berbunyi sebagai berikut :

**Pasal 18**

- (1) Penyaluran langsung kepada apotik mitra yang ditunjuk oleh direktur dengan ketentuan apotik mitra harus memenuhi syarat sebagai berikut :
  - a. buka 24 jam;
  - b. bersedia meminjam tanpa jaminan pasien peserta Jamkesda obat-obatan, alat kesehatan dan bahan habis pakai yang menjadi tanggungan RSUD selama instalasi Farmasi RSUD belum dapat beroperasi 24 jam;
  - c. selisih biaya akibat perbedaan kualitas atau merk alat kesehatan dan bahan habis pakai serta obat yang dipinjamkan dengan penggantian oleh instalasi farmasi RSUD akan dibayarkan melalui Jamkesda;
  - d. selisih biaya sebagaimana yang dimaksud huruf c termasuk jasa apotik maksimal 10 % (sepuluh perseratus) dari harga jual.
- (2) Penyaluran langsung kepada peugas pendamping dan pasien.
- (3) Penyaluran langsung kepada Direktur Rumah Sakit untuk biaya pelayanan kesehatan di RSUD
- (4) Penyaluran langsung kepada Direktur Rumah Sakit rujukan untuk biaya pelayanan kesehatan di rumah sakit rujukan.
- (5) Penyaluran langsung kepada kepala unit transfusi darah di Palang Merah Indonesia untuk biaya pelayanan darah.
- (6) Penyaluran langsung kepada perusahaan jasa pengiriman dan atau laboratorium rujukan untuk biaya pengiriman dan pemeriksaan sedian laboratorium.
- (7) Penyaluran langsung kepada optik, apotik, untuk biaya pengganti kacamata, intra ocule lens (IOL), alat bantu dengar dan atau alat bantu gerak.

**Pasal II**

Peraturan Bupati ini mulai berlaku pada tanggal diundangkan.

Agar setiap orang mengetahuinya, memerintahkan pengundangan Peraturan Bupati ini dengan penempatannya dalam Berita Daerah Kabupaten Sukamara.

Ditetapkan di Sukamara  
pada tanggal 2 Januari 2012



Diundangkan di Sukamara  
pada tanggal 2 Januari 2012

**SEKRETARIS DAERAH  
KABUPATEN SUKAMARA,**



**BERITA DAERAH KABUPATEN SUKAMARA TAHUN 2012 NOMOR**