

TUGAS AKHIR PROGRAM MAGISTER (TAPM)

**MANAJEMEN PELAKSANAAN KEBIJAKAN
PROGRAM JAMINAN KESEHATAN MASYARAKAT
(JAMKESMAS)
(Studi Kasus pada Puskesmas di Kabupaten Sintang Tahun 2008)**



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

Disusun Oleh :

AHMAD RIDUAN
NIM. 014942757

**PROGRAM PASCASARJANA
UNIVERSITAS TERBUKA
JAKARTA
2009**

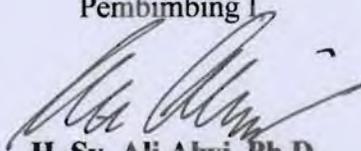
LEMBAR PERSETUJUAN TAPM

Judul TAPM : **Manajemen Pelaksanaan Kebijakan Program Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas): (Studi Kasus pada Puskesmas di Kabupaten Sintang Tahun 2008)**

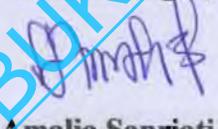
Penyusun TAPM : **Ahmad Riduan**
 NIM : **014942757**
 Program Studi : **Magister Administrasi Publik**
 Hari/Tanggal :

Menyetujui :

Pembimbing I

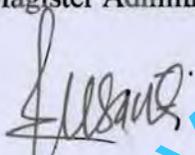

H. Sy. Ali Alwi, Ph.D
 NIP. 131 292 599

Pembimbing II,

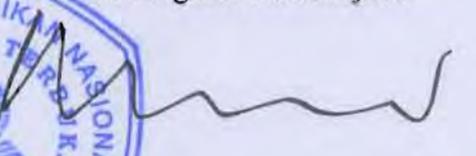

Dr. Amalia Sapriati, MA
 NIP. 19600821 198601 2 001

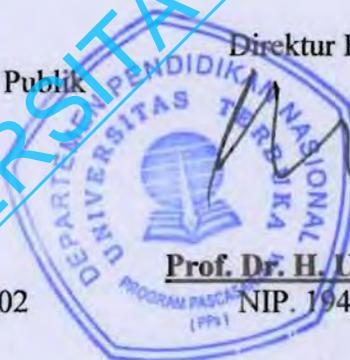
Mengetahui,

Ketua Bidang Ilmu/
 Program Magister Administrasi Publik


Dra. Susanti, M.Si
 NIP. 19671214 199303 2 002

Direktur Program Pascasarjana


Prof. Dr. H. Udin S. Winataputra, MA
 NIP. 19451007 197302 1 001



UNIVERSITAS TERBUKA
PROGRAM PASCASARJANA
PROGRAM STUDI ADMINISTRASI PUBLIK

PENGESAHAN

Nama : **Ahmad Riduan**
 NIM : **014942757**
 Program Studi : **Magister Administrasi Publik**
 Judul Penelitian : **Manajemen Pelaksanaan Kebijakan Program Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas): (Studi Kasus pada Puskesmas di Kabupaten Sintang Tahun 2008)**

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

Hari/Tanggal : Minggu / 1 November 2009

Waktu : 10.30 – 12.30 WIB.

Dan telah dinyatakan **LULUS**

PANITIA PENGUJI TAPM

Ketua Komisi Penguji :

Prof. Dr. H. Udin S. Winataputra, MA

Penguji Ahli :

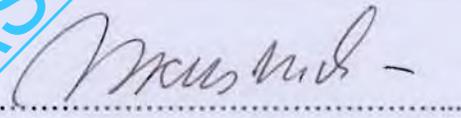
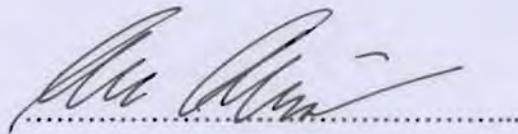
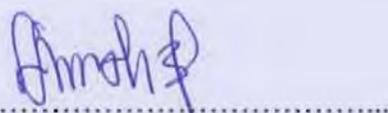
Prof. Dr. HM. Aries Djaenuri, MA

Pembimbing I :

H. Sy. Ali Alwi, Ph.D

Pembimbing II :

Dr. Amalia Sapriati, MA

UNIVERSITAS TERBUKA
PROGRAM PASCASARJANA
MAGISTER ADMINISTRASI PUBLIK

PERNYATAAN

TAPM yang berjudul **Manajemen Pelaksanaan Kebijakan Program Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas): (Studi Kasus pada Puskesmas di Kabupaten Sintang Tahun 2008)**

adalah hasil karya saya sendiri, dan seluruh sumber yang dikutip maupun dirujuk telah saya nyatakan dengan benar.

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

Sintang, Agustus 2009

Yang Menyatakan



Ahmad Riduan)

NIM : 014942757

ABSTRAK**Manajemen Pelaksanaan Kebijakan
Program Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas):
(Studi Kasus pada Puskesmas di Kabupaten Sintang Tahun 2008)****Ahmad Riduan****Universitas Terbuka****riduanmap@yahoo.com****Kata Kunci: manajemen pelaksanaan kebijakan, program jamkesmas.**

Penelitian ini bertujuan untuk menggambarkan Manajemen Pelaksanaan Kebijakan Program Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas) pada Puskesmas di Kabupaten Sintang serta menggambarkan faktor pendukung dan penghambat dalam pelaksanaannya. Program Jamkesmas merupakan salah satu bentuk kebijakan pemerintah di bidang kesehatan yang bertujuan untuk meningkatkan akses dan mutu pelayanan kesehatan seluruh masyarakat miskin dan tidak mampu agar tercapai derajat kesehatan masyarakat yang optimal secara efektif dan efisien.

Penelitian ini adalah penelitian deskriptif dengan pendekatan kuantitatif, dengan maksud untuk menggambarkan tentang pelaksanaan kebijakan program jamkesmas pada puskesmas di Kabupaten Sintang. Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh puskesmas di Kabupaten Sintang dan masyarakat miskin peserta jamkesmas yang pernah memanfaatkan puskesmas untuk mendapatkan pelayanan kesehatan dalam program jamkesmas. Sampel dalam penelitian ini adalah seluruh puskesmas yang ada sebanyak 16 puskesmas yang tersebar dalam 14 wilayah kecamatan di Kabupaten Sintang, diwakili oleh kepala puskesmas 68,75% dan staf puskesmas 31,25%, yang mana 68,75% responden adalah laki-laki dan 31,25% adalah perempuan. Sementara sampel dari masyarakat dilakukan secara *purposif* dengan mengambil sebanyak 48 orang peserta jamkesmas yang pernah memanfaatkan puskesmas sebagai tempat pelayanan kesehatan, dengan demikian jumlah sampel keseluruhan adalah 64 orang. Data primer diperoleh menggunakan instrumen kuesioner, sementara data sekunder diperoleh dengan menggunakan pedoman review dokumen. Prosedur pengumpulan data dilakukan dengan teknik survei. Setelah data terkumpul selanjutnya dilakukan pengolahan dan dilakukan analisis menggunakan analisis data kuantitatif yang disajikan dalam bentuk tabel-tabel distribusi. Setelah itu baru diberikan interpretasi melalui analisis kualitatif.

Hasil analisis penelitian ini memperlihatkan manajemen pelaksanaan kebijakan program jamkesmas pada puskesmas di Kabupaten Sintang mulai dari perencanaan telah dilaksanakan dengan baik, pengorganisasian sebagian belum dilaksanakan dengan baik, penggerakan pelaksanaan belum dilaksanakan dengan

baik, pengawasan telah dilaksanakan dengan baik, dan penganggaran belum dilaksanakan dengan baik. Pelaksanaan kebijakan program jamkesmas masih mengalami beberapa kendala diantaranya adalah lambatnya penyaluran alokasi dana dari pusat ke puskesmas, belum akuratnya data peserta, sulitnya akses dan jangkauan pelayanan kesehatan serta kurangnya tenaga kesehatan terutama untuk desa-desa di daerah terpencil menyebabkan pelaksanaan kebijakan menjadi kurang berhasil dan berdaya guna serta kurang tepat sasaran, sehingga tujuan yang ingin dicapai menjadi kurang efektif.

Sebagai kesimpulan, penelitian ini menggambarkan bahwa Manajemen Pelaksanaan Kebijakan Program Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas) pada Puskesmas di Kabupaten Sintang belum berjalan efektif. Terdapat beberapa faktor penghambat yang mengakibatkan pelaksanaan kebijakan program menjadi kurang berhasil dan berdaya guna serta kurang tepat sasaran, sehingga tujuan yang ingin dicapai menjadi kurang efektif, dan pada umumnya disebabkan oleh faktor kendala dari luar (*eksternal*) puskesmas. Walaupun demikian, karena kesehatan merupakan hak fundamental setiap warga negara, disarankan program jamkesmas tetap dilanjutkan sampai kondisi kesehatan dan perekonomian masyarakat miskin membaik, tetapi dengan perbaikan-perbaikan berupa penyaluran anggaran yang lebih tepat waktu, penambahan kapitasi anggaran, pengisian formasi tenaga kesehatan untuk daerah-daerah terpencil, serta pendataan masyarakat miskin yang lebih akurat dan tepat sasaran, sehingga tujuan yang ingin dicapai menjadi efektif.

ABSTRACT

**Management on The Policy Implementation
of The Guarantee of Society Health Program (The Jamkesmas):
(Case Study at Center of Society Health in Sintang Regency of Year 2008)**

Ahmad Riduan

Universitas Terbuka

riduanmap@yahoo.com

Keyword: management on the policy implementation, the guarantee of society health program (the jamkesmas program)

This research was intended to describe Management on The Policy Implementation of The Guarantee of Society Health Program (The Jamkesmas) at Center of Society Health (Puskesmas) in Sintang Regency and supplementary factor and resistor in its execution. The Jamkesmas program represents one of governmental policies form in health area which aims to increase access and quality of health service of all disadvantage society who were unable to reach the degree of optimal societal health effectively and efficiently.

This research was descriptive in nature using the quantitative approach, to a sees policy implementation of the Jamkesmas program at Puskesmas in Sintang Regency. Population of this research was all Puskesmas in Sintang Regency and disadvantage society of Jamkesmas participants which have exploited the puskesmas to get the health service in the Jamkesmas program. Sample in this research was all existing Puskesmas as many 16 puskesmas which 14 subdistrict region in Sintang Regency, deputized by puskesmas head 68.75% and puskesmas staff 31.25%, 68.75% responders were men and 31.25% were women. Sample from society used by using *purposif* as many 48 people of Jamkesmas participants which have exploited Puskesmas as place of health service, the total of the sample were 64 people. Primary data was obtained by using the questioner, where as secunder data was obtained by using guidance of review document. collection was obtained using technique of survey. After data was gathered and then was processed and an analysis using the quantitative data analysis presented in the form of tables of distribution. Afterwards interpretation was given through qualitative analysis.

This research analysis found that management of the policy implementation of the Jamkesmas program at Puskesmas in Sintang Regency, start from planning have been executed better, organizing some of uncommitted better, uncommitted execution powering better, controlling have been executed better, and uncommitted budgeting

better. The Policy implementation of the Jamkesmas program still find some constraint among other things was the tardiness of distributing fund allocation from center to Puskesmas, less accuracy of data of participants, difficult access and reach of health service and also the lack of health energy, especially for the countryside of in purileus caused the policy implementation become less successful and less utilizable and also less be beefy precisely, so that target which wished to be reached become less effective.

It was concluded that, this research depict that Management on The Policy Implementation of The Jamkesmas Program at Puskesmas in Sintang Regency have been uncommitt effectively. There were some resistor factor resulting from policy execution program which become less successful and utilizable and also less be beefy precisely. So that target which to be reached became less effective, and generally, because of constraint factor from outside (*ekternal*) Puskesmas. Even though, because health represents the basic rights of each and every citizen, it is suggested that the Jamkesmas program need to be continued until condition of health and economy of disadvantage society is better. But with the repair in the form of more timely budget channeling, addition of budget capitation, admission filling of formation of health energy for the purileus and also more accurate disadvantage society data and zero in on, so that target which was wished to be reached become effective.

UNIVERSITAS TERBUKA

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur kehadiran Allah Swt, atas berkah dan limpahan karunia-Nya jugalah penulis dapat menyelesaikan penulisan Tesis atau Tugas Akhir Program Magister (TAPM) “Manajemen Pelaksanaan Kebijakan Program Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas): Studi Kasus pada Puskesmas di Kabupaten Sintang Tahun 2008” sebagai salah satu tugas akhir dalam menyelesaikan program Pascasarjana Magister Administrasi Publik pada Universitas Terbuka Jakarta. Adapun yang menjadi tujuan dalam penulisan TAPM ini adalah ingin menggambarkan manajemen pelaksanaan kebijakan program jamkesmas pada puskesmas di Kabupaten Sintang serta faktor-faktor yang mempengaruhi pelaksanaannya. Penulis menyadari bahwa dalam penulisan TAPM ini banyak pihak yang terlibat dan membantu baik secara materil maupun spirituil, untuk itu pada kesempatan ini penulis ingin mengucapkan terima kasih dan penghargaan yang sebesar-besarnya kepada:

1. Prof. Ir. Tian Belawati, M.Ed. Ph.D, selaku Rektor Universitas Terbuka Jakarta.
2. Prof. Dr. H. Udin S. Winataputra, MA selaku Direktur Program Pascasarjana Universitas Terbuka Jakarta, atas motivasi dan arahan yang pernah diberikan.
3. Dra. Susanti, M.Si selaku Ketua Bidang Ilmu/Program Magister Administrasi Publik, atas arahan dan bimbingan yang telah diberikan.
4. Ir. Edward Zubir, MM selaku Kepala Unit Program Belajar Jarak Jauh (UPBJJ) Universitas Terbuka Pontianak.
5. H. Sy. Ali Alwi, Ph.D selaku Pembimbing I TAPM.
6. Dr. Amalia Sapriati, MA selaku Pembimbing II TAPM.

7. Hj. Sukarsih Panjaitan, SE, MM, Tutor pada UPBJJ-UT Pontianak.
8. Joko Isdianto, S.Sos, M.Si, Tutor pada UPBJJ-UT Pontianak.
9. Bapak/Ibu Tutor dan staf pada UPBJJ-UT Pontianak serta Universitas Terbuka di Jakarta yang tidak dapat disebutkan satu per satu.
10. dr. Marcus Gatot B.P, M.Kes selaku Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Sintang.
11. Bapak/Ibu Kepala Puskesmas Se-Kabupaten Sintang selaku pimpinan unit pelaksana Program Jamkesmas yang tidak dapat disebutkan satu per satu.
12. Ibunda Rusinah tercinta, yang telah menjadi inspirasi dan pendorong semangat pada diri penulis untuk terus maju di masa depan.
13. Istri dan anak tercinta yang dengan begitu setia telah mendampingi dan mendukung serta memberikan pengorbanan materil maupun spirituil selama penulis menjalankan pendidikan pascasarjana.
14. Rekan-rekan mahasiswa pascasarjana yang tidak dapat disebutkan satu per satu.

Penulis menyadari bahwa dalam penulisan TAPM ini masih kurang sempurna, untuk itu segala saran yang sifatnya membangun demi kesempurnaan akan diterima dengan senang hati. Akhirnya semoga Tesis/TAPM ini bermanfaat bagi kita semua, terutama kepada diri penulis sendiri serta kepada semua pihak yang terkait serta kepada para pengambil kebijakan yang merasa terlibat baik dalam perumusan, pelaksanaan serta evaluasi kebijakan program jamkesmas.

Sintang, Agustus 2009

P e n u l i s

DAFTAR ISI

	Halaman
Abstrak	i
Lembar Persetujuan	iii
Lembar Pengesahan	iv
Kata Pengantar	v
Daftar Isi	vii
Daftar Bagan	ix
Daftar Gambar	x
Daftar Tabel	xi
Daftar Lampiran	xiii
BAB I PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang Masalah	1
B. Perumusan Masalah	7
C. Tujuan Penelitian	7
D. Kegunaan Penelitian	8
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	9
A. Manajemen Pelaksanaan Kebijakan Publik dan Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Implementasinya	9
B. Program Jamkesmas sebagai Kebijakan Publik	36
C. Efektivitas Organisasi	48
D. Kerangka Berpikir	43
E. Definisi Operasional	45
BAB III METODE PENELITIAN	49
A. Desain Penelitian	49
B. Populasi dan Sampel	49
C. Instrumen Penelitian	50
D. Prosedur Pengumpulan Data	51
E. Metode Analisis Data	51
BAB IV TEMUAN DAN PEMBAHASAN	53
A. Gambaran Umum Lokasi Penelitian	53
B. Gambaran Umum Dinas Kesehatan Kabupaten Sintang	57
C. Gambaran Manajemen Pelaksanaan Kebijakan Program Jamkesmas pada Puskesmas di Kabupaten Sintang Tahun 2008	67

D. Gambaran Faktor Pendukung dan Penghambat dalam Pelaksanaan Kebijakan Program Jamkesmas pada Puskesmas di Kabupaten Sintang Tahun 2008	101
E. Keterbatasan Penelitian	114
BAB V KESIMPULAN DAN SARAN	115
A. Kesimpulan	115
B. Saran	118
DAFTAR PUSTAKA	121

UNIVERSITAS TERBUKA

DAFTAR BAGAN

		Halaman
Bagan	4.1 Bagan Susunan Organisasi dan Tata Kerja Dinas Kesehatan Kabupaten Sintang	59

UNIVERSITAS TERBUKA

DAFTAR GAMBAR

	Halaman
Gambar 2.1 Kerangka Berpikir Manajemen Pelaksanaan Kebijakan Program Jamkesmas di Puskesmas Tahun 2008	43

UNIVERSITAS TERBUKA

DAFTAR TABEL

		Halaman
Tabel 4.1	Luas Wilayah, Jumlah Penduduk, Kepala Keluarga dan Rata-Rata Anggota Rumah Tangga Per Kecamatan di Kabupaten Sintang Tahun 2007	55
Tabel 4.2	Jumlah Masyarakat Miskin Yang Mendapatkan Program Jamkesmas di Kabupaten Sintang Tahun 2008.....	56
Tabel 4.3	Jumlah Tenaga Kesehatan pada Puskesmas di Kabupaten Sintang Tahun 2007	66
Tabel 4.4	Gambaran Manajemen Pelaksanaan Kebijakan Program Jamkesmas Pada Puskesmas di Kabupaten Sintang Tahun 2008	68
Tabel 4.5	Puskesmas Yang Membuat Perencanaan/Plann Of Action (POA) Program Jamkesmas di Puskesmas Tahun 2008.....	69
Tabel 4.6	Puskesmas Yang Membentuk Tim Pengelola Program Jamkesmas di Puskesmas Tahun 2008	72
Tabel 4.7	Puskesmas Yang Membentuk Tim Untuk Pendataan Masyarakat Miskin Program Jamkesmas di Puskesmas Tahun 2008	74
Tabel 4.8	Puskesmas Yang Menyatakan Adanya Kegiatan Penggerakan dari Tingkat Dinas/Kabupaten dalam Pelaksanaan Program Jamkesmas di Puskesmas Tahun 2008	77
Tabel 4.9	Puskesmas Yang Menyatakan Sudah Seluruhnya Masyarakat Miskin Masuk dalam <i>Data Base</i> Program Jamkesmas di Puskesmas Tahun 2008	80
Tabel 4.10	Puskesmas Yang Menyatakan Masyarakat Miskin Dengan Kepemilikan Kartu Jamkesmas Tahun 2008	84

		Halaman
Tabel 4.11	Puskesmas Yang Menyatakan Jangkauan Akses Pelayanan Kesehatan Bagi Masyarakat Miskin dalam Program Jamkesmas di Puskesmas Tahun 2008	85
Tabel 4.12	Puskesmas Yang Menyatakan Semua Jenis Pelayanan Kesehatan Diberikan Secara Gratis Kepada Masyarakat Miskin Dalam Pelaksanaan Program Jamkesmas di Puskesmas Tahun 2008	88
Tabel 4.13	Puskesmas Yang Menyatakan Adanya Kegiatan Pengawasan dalam Pelaksanaan Program Jamkesmas di Puskesmas Tahun 2008	93
Tabel 4.14	Puskesmas Yang Menyatakan Kecukupan Alokasi Anggaran Program Jamkesmas di Puskesmas Tahun 2008	96
Tabel 4.15	Puskesmas Yang Menyatakan Ketepatan Waktu Penyaluran Alokasi Anggaran Program Jamkesmas Ke Puskesmas Tahun 2008	98

UNIVERSITAS TERBUKA

DAFTAR LAMPIRAN

		Halaman
Lampiran	1. Kuesioner Manajemen Pelaksanaan Kebijakan Program Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas): (Studi Kasus pada Puskesmas di Kabupaten Sintang Tahun 2008)	124
Lampiran	2. Tabel Rekap Hasil Analisis Data Tanggapan Responden tentang Implementasi Kebijakan Program Jamkesmas Pada Puskesmas Di Kabupaten Sintang Tahun 2008	135
Lampiran	3. Pedoman Review Dokumen Manajemen Pelaksanaan Kebijakan Program Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas): (Studi Kasus Pada Puskesmas Di Kabupaten Sintang Tahun 2008)	149
Lampiran	4. Keputusan Menteri Kesehatan RI tentang Pedoman Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan Masyarakat Tahun 2008	150
Lampiran	5. Keputusan Menteri Kesehatan RI tentang Penerima Dana Program Jaminan Kesehatan Masyarakat di Puskesmas dan Jaringannya Untuk Tiap Kabupaten/Kota Tahun Anggaran 2008	153
Lampiran	6. Keputusan Bupati Sintang tentang Penetapan Masyarakat Miskin di Kabupaten Sintang yang Mendapatkan Jaminan Kesehatan Masyarakat Tahun Anggaran 2008	158
Lampiran	7. Surat Keputusan Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Sintang tentang Penetapan Alokasi Dana Program Jamkesmas Kabupaten Sintang Tahun 2008	168
Lampiran	8. Rekapitulasi Laporan Program Jamkesmas per Puskesmas Tahun 2008	171
Lampiran	9. Surat Permohonan Izin Penelitian Tesis (TAPM) dari UPBJJ-UT Pontianak	175
Lampiran	10. Surat Keterangan Izin Penelitian dari Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Sintang	176
Lampiran	11. Biodata	177

BAB I PENDAHULUAN

A. Latar Belakang Masalah

Pembangunan Kesehatan merupakan bagian integral dari Pembangunan Nasional yang mempunyai peran menentukan dalam peningkatan kualitas sumber daya manusia (Renstra Dinas Kesehatan Tahun 2006-2010). Sebagaimana diketahui bahwa sumber daya manusia yang berkualitas dan ditunjang oleh faktor derajat kesehatan yang tinggi pada diri setiap orang, akan memperlancar tercapainya tujuan pembangunan nasional sebagaimana tercantum dalam Pembukaan Undang-Undang Dasar 1945.

Untuk mencapai tujuan tersebut, maka salah satunya diperlukan manusia-manusia yang sehat, baik jasmani maupun rohani sehingga derajat kesehatan masyarakat yang optimal akan tercapai. Derajat kesehatan yang optimal menurut penjelasan Undang Undang Nomor 23 Tahun 1992 tentang Kesehatan adalah "tingkat kondisi kesehatan yang tinggi dan mungkin dapat dicapai pada suatu saat sesuai kondisi dan situasi serta kemampuan yang nyata dari setiap orang atau masyarakat dan harus selalu diusahakan peningkatannya secara terus menerus" (UU No.23, 1992:7). Seiring dengan tujuan pembangunan kesehatan sebagaimana terdapat dalam Undang-Undang Nomor 23 Tahun 1992 pasal 3 yaitu "untuk meningkatkan kesadaran, kemauan, dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang agar terwujud derajat kesehatan masyarakat yang optimal" (UU No.23, 1992:7), maka telah dilakukan berbagai kebijakan program dibidang

kesehatan dalam memberikan pelayanan kepada masyarakat, baik itu berupa program jangka panjang maupun program jangka pendek. Pelayanan Program jangka panjang selalu ditujukan untuk seluruh masyarakat tanpa membedakan status atau kategorinya. Sementara pelayanan program jangka pendek diberikan kepada masyarakat dengan kategori-kategori tertentu. Salah satu bentuk program jangka pendek ini adalah pelayanan yang diberikan khusus kepada masyarakat dengan status keluarga miskin yang diberi nama Program Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas).

Konstitusi Organisasi Kesehatan Dunia (WHO, 1948), Undang-Undang Dasar 1945 pasal 28 H dan Undang-Undang Nomor 23 Tahun 1992 tentang Kesehatan, menetapkan bahwa kesehatan adalah hak fundamental setiap penduduk, karena setiap individu, keluarga dan masyarakat berhak memperoleh perlindungan terhadap kesehatannya, dan negara bertanggungjawab mengatur agar terpenuhi hak hidup sehat bagi penduduknya termasuk bagi masyarakat miskin dan tidak mampu (dalam Depkes RI, 2007). Untuk menjamin akses penduduk miskin terhadap pelayanan kesehatan, sejak tahun 1998 pemerintah melaksanakan berbagai upaya pemeliharaan kesehatan penduduk miskin. Dimulai dengan pengembangan Program Jaring Pengaman Sosial Bidang Kesehatan (JPS-BK) tahun 1998-2001, Program Dampak Pengurangan Subsidi Energi (PDPSE) tahun 2001, Program Kompensasi Pengurangan Subsidi Bahan Bakar Minyak (PKPS-BBM) tahun 2002-2004, dan melalui Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 1241/Menkes/SK/XI/2004 tanggal 12 November 2004 berganti nama menjadi Program Jaminan Pemeliharaan Kesehatan bagi Masyarakat Miskin

(Askeskin) pada akhir tahun 2004-2007 (Depkes RI, 2007). Namun sejak tanggal 1 Januari 2008 berubah nama menjadi Program Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas) melalui Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 125/Menkes/SK/II/2008 tanggal 6 Februari 2008 (Depkes RI, 2008).

Program Jamkesmas yang sekarang dilaksanakan menurut Menteri Kesehatan Siti Fadillah (Tempo, 17 Maret 2008) mengatakan bahwa, "semuanya masih sama seperti Askeskin, yang berbeda hanya pengaturan keuangannya", dengan karakteristik sebagai salah satu program jaminan sosial atau pemeliharaan kesehatan masyarakat. Jaminan sosial adalah hak asasi setiap warga negara sebagaimana tercantum dalam UUD 1945 Pasal 27 ayat 2 (Yaumil, 2002). Dengan demikian program jamkesmas didesain hanya dalam jangka waktu yang pendek sampai kondisi kesehatan masyarakat miskin membaik. Sebagai salah satu bentuk kebijakan, program jamkesmas telah diimplementasikan di seluruh pelosok tanah air, dan salah satunya telah diimplementasikan di Kabupaten Sintang.

Seiring dengan visi Kabupaten Sintang dalam penyelenggaraan pembangunan daerah dan peningkatan kualitas sumber daya manusia, maka yang menjadi tujuan dari program jamkesmas adalah :

Tujuan umum : meningkatkan akses dan mutu pelayanan kesehatan seluruh masyarakat miskin dan tidak mampu agar tercapai derajat kesehatan masyarakat yang optimal secara efektif dan efisien.
 Tujuan khusus : yaitu : 1) meningkatnya cakupan masyarakat miskin dan tidak mampu yang mendapat pelayanan kesehatan di Puskesmas serta jaringannya dan di Rumah Sakit, 2) meningkatnya kualitas pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin, 3) terselenggaranya pengelolaan keuangan yang transparan dan akuntabel (Depkes RI, 2008:3).

Dari tujuan tersebut di atas jelas bahwa yang menjadi kelompok sasaran dari Program Jamkesmas adalah masyarakat miskin dan tidak mampu. Bagi Kabupaten/Kota yang telah mendapatkan program jamkesmas tersebut mempunyai kewajiban untuk melaksanakannya. Salah satu Satuan Kerja Perangkat Daerah (SKPD) yang telah mengimplementasikan Program Jamkesmas ini adalah Dinas Kesehatan Kabupaten Sintang sebagai Tim Pengelola Jamkesmas Kabupaten yang bertujuan untuk menjamin dan mengamankan kegiatan-kegiatan dalam program agar tepat sasaran, berhasil guna dan berdaya guna.

Dalam mengimplementasikan kebijakan Program Jamkesmas, tentunya diharapkan akan tercapai tujuan dari program serta memberikan dampak yang positif sebagaimana yang diharapkan. Namun demikian, dari pengamatan pra penelitian yang dilakukan terhadap kondisi kesehatan masyarakat di Kabupaten Sintang hingga saat ini masih belum begitu memuaskan, terutama dari golongan masyarakat miskin. Kejadian yang menonjol adalah masih bersarangnya beberapa kasus penyakit menular seperti ispa yang mencapai 15.751 kasus, malaria klinis 9.562 kasus, diare 5.895 kasus, penyakit infeksi usus/typhus 3.694 kasus (data Dinas Kesehatan Kabupaten Sintang, 2008) serta beberapa penyakit menular lainnya seperti tuberkulosis. Penyakit-penyakit tersebut umumnya masih terjadi di masyarakat terutama pada kelompok masyarakat miskin, padahal sebelumnya telah dilaksanakan program Askeskin atau program sejenis yang semestinya membantu meningkatkan akses pelayanan dan status kesehatan mereka.

Meskipun sejak tahun 2004 kebijakan berupa Program Askeskin yang sekarang berganti nama dengan Program Jamkesmas telah dilaksanakan, namun data menunjukkan angka masyarakat miskin di Kabupaten Sintang dalam tiga tahun terakhir semakin meningkat. Data masyarakat miskin dari Dinas Kesehatan Kabupaten Sintang pada tahun 2006 sampai dengan tahun 2007 menunjukkan kenaikan sebesar 73,93%, yaitu dari 81.686 jiwa pada tahun 2006 meningkat menjadi 142.076 jiwa, sedangkan untuk tahun 2008 mengalami sedikit kenaikan menjadi 142.141 jiwa (data Dinas Kesehatan, 2008).

Kenyataan menunjukkan bahwa status kesehatan masyarakat miskin belum begitu memuaskan dan belum menampakkan hasil yang optimal. Hal tersebut disebabkan karena adanya hambatan dalam pelaksanaan pelayanan serta kemampuan unit pelaksana. Menurut Depkes RI (2007:1) "hambatan utama pelayanan kesehatan masyarakat adalah sulitnya akses terhadap pelayanan kesehatan". Data Dinas Kesehatan Kabupaten Sintang memperlihatkan bahwa akses Pusat Kesehatan Masyarakat (Puskesmas) Pembantu baru mencapai 14,29% dan baru terisi tenaga paramedis sebesar 56,10%, sementara akses Pondok Persalinan Desa (Polindes) baru mencapai 35,89% dan baru terisi bidan desa sebesar 75,73%. Kenyataan lain yang terjadi adalah derajat kesehatan masyarakat miskin masih rendah, tergambar dari angka kematian bayi kelompok masyarakat miskin 3,5 - 4 kali lebih tinggi dari masyarakat tidak miskin (Depkes, 2008).

Data Depkes RI (2008) menunjukkan bahwa derajat kesehatan masyarakat miskin berdasarkan indikator Angka Kematian Bayi (AKB) dan Angka Kematian Ibu (AKI) masih cukup tinggi, yaitu AKB sebesar 26,9 per 1000 kelahiran hidup

dan AKI sebesar 248 per 100.000 kelahiran hidup. Sementara berdasarkan data Dinas Kesehatan Kabupaten Sintang tahun 2008, terdapat AKB sebanyak 78 kasus, sedangkan AKI sebanyak 7 kasus dan umumnya banyak terjadi pada kelompok keluarga atau masyarakat miskin.

Selain itu Program Jamkesmas yang diklaim gratis oleh Departemen Kesehatan, faktanya tidak begitu. Menurut *Indonesia Corruption Watch* (ICW) mengungkapkan, 40% peserta Jamkesmas ternyata masih dimintai biaya pelayanan kesehatan (Riyadi, 2009). Sementara menurut Winarno (2009) sebanyak 14% atau 10,69 juta dari total 76,42 juta penduduk miskin penerima jamkesmas belum terdaftar sebagai anggota jamkesmas. Sebagian besar mereka adalah kaum gelandangan, pengemis dan anak-anak telantar.

Berdasarkan temuan-temuan tersebut di atas, menunjukkan bahwa dalam pelaksanaan program jamkesmas masih belum sesuai harapan. Melihat beberapa penelitian yang pernah dilakukan seperti Implementasi Program Jaring Pengaman Sosial Bidang Pendidikan Tingkat SLTP/MTs di Kota Pontianak oleh Defliana. N (2004) yang hasilnya mengatakan bahwa pelaksanaan program tersebut kurang tepat sasaran, dan melihat penelitian tentang Efektifitas Pengelolaan Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Bagi Masyarakat Miskin suatu Studi Kasus di Kecamatan Pontianak Timur Kota Pontianak Provinsi Kalimantan Barat oleh Prihantina. A (2006) dengan hasil bahwa dalam pengelolaan program jamkesmas masih dirasakan kurang efisien dan efektif.

Kemudian melihat penelitian Implementasi Program Kompensasi Pengurangan Subsidi Bahan Bakar Minyak (PKPS BBM) Bidang Infrastruktur

Perdesaan di Kecamatan Sepauk Kabupaten Sintang oleh Azwar (2007) yang memberikan hasil bahwa dalam proses pelaksanaan program PKPS BBM tersebut dikatakan sudah cukup baik dengan sedikit kendala teknis yang tidak berarti. Berdasarkan pertimbangan dan temuan tersebut diatas maka permasalahan dalam penelitian ini diangkat melalui penelitian yang berjudul "Manajemen Pelaksanaan Kebijakan Program Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas): Studi Kasus pada Puskesmas di Kabupaten Sintang Tahun 2008".

B. Perumusan Masalah

Dalam pelaksanaan Program Jamkesmas, Dinas Kesehatan Kabupaten Sintang dibatasi oleh wilayah kerja yang meliputi semua puskesmas yang ada pada 14 kecamatan di Kabupaten Sintang. Tepat atau tidaknya sasaran serta keberhasilan dari pelaksanaan program ini sangat ditentukan oleh strategi implementasinya. Berdasarkan uraian di atas, maka masalah dalam penelitian ini dirumuskan sebagai berikut:

1. Bagaimana manajemen pelaksanaan Kebijakan Program Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas) pada Puskesmas di Kabupaten Sintang.
2. Faktor apa saja yang menjadi pendukung dan penghambat dalam pelaksanaan Kebijakan Program Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas) pada Puskesmas di Kabupaten Sintang.

C. Tujuan Penelitian

Sebagaimana telah diuraikan dalam perumusan masalah yang ada, maka yang menjadi tujuan dalam penelitian ini adalah:

1. Untuk menggambarkan manajemen pelaksanaan Kebijakan Program Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas) pada Puskesmas di Kabupaten Sintang.
2. Untuk menggambarkan faktor pendukung dan penghambat dalam pelaksanaan Kebijakan Program Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas) pada Puskesmas di Kabupaten Sintang.

D. Kegunaan Penelitian

Dalam melakukan penelitian diharapkan hasilnya dapat dipergunakan dan dimanfaatkan, baik itu kepada diri penulis sendiri maupun kepada masyarakat serta semua pihak yang merasa terlibat didalamnya. Sejalan dengan tujuan penelitian ini, maka diharapkan penelitian ini dapat dimanfaatkan dan mempunyai kegunaan baik itu secara teoritis maupun secara praktis sebagai berikut.

1. Secara Teoretis

Menjadikan penelitian ini sebagai bahan kontribusi atau masukan akademis dan pengembangan ilmu administrasi bidang administrasi publik yang menyangkut tentang teori manajemen dan teori kebijakan publik khususnya dalam pelaksanaan kebijakan program pemerintah.

2. Secara Praktis

Diharapkan akan berguna bagi berbagai pihak yang terlibat mulai dari tingkat kecamatan, tingkat kabupaten, tingkat provinsi sampai pada tingkat pusat, baik untuk masyarakat, aparat pemerintah, organisasi pelaksana kebijakan khususnya jajaran Dinas Kesehatan Kabupaten Sintang, serta kepada para pengambil kebijakan sehubungan dengan program jamkesmas baik dalam tahap perumusan, pelaksanaan dan evaluasinya.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Manajemen Pelaksanaan Kebijakan Publik dan Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Implementasinya

Banyak definisi kebijakan publik (*public policy*) yang dikemukakan oleh para ahli, malah banyak kalangan para ahli yang berselisih pendapat tentang pengertian tersebut. Hal ini disebabkan karena masing-masing para ahli memberi penekanan yang berbeda-beda serta memiliki latar belakang yang berbeda-beda pula, tetapi hal tersebut justru menambah wawasan dan khasanah ilmu kebijakan publik. Dilihat dari kata kebijakan dan publik maka kebijakan publik dapat diartikan sebagai suatu yang dilakukan oleh pemerintah atau tidak dilakukan oleh pemerintah dalam rangka mencapai suatu tujuan untuk kepentingan publik atau masyarakat.

Menurut Thomas R. Dye (dalam Islamy, 2001:18) kebijakan publik sebagai "apapun yang dipilih oleh pemerintah untuk dilakukan atau tidak dilakukan". Menurut Edwards III dan Sharkansky (dalam Widodo, 2007:12) mengartikan "kebijakan publik adalah apa yang pemerintah katakan dan dilakukan atau tidak dilakukan. Kebijakan merupakan serangkaian tujuan dan sasaran program-program pemerintah". Berkaitan dengan definisi diatas Anderson (dalam Islamy, 2001:19) mengatakan:

Kebijakan publik adalah kebijaksanaan-kebijaksanaan yang dikembangkan oleh badan-badan dan pejabat-pejabat pemerintah.

Implikasi dari pengertian kebijaksanaan negara tersebut adalah : (1) bahwa kebijaksanaan negara itu selalu mempunyai tujuan tertentu atau merupakan tindakan yang berorientasi pada tujuan, (2) Bahwa kebijaksanaan negara itu berisi tindakan-tindakan atau pola-pola tindakan pejabat-pejabat pemerintah, (3) Bahwa kebijaksanaan itu adalah merupakan apa yang benar-benar dilakukan oleh pemerintah, jadi bukan merupakan apa yang pemerintah bermaksud akan melakukan sesuatu atau menyatakan akan melakukan sesuatu, (4) Bahwa kebijaksanaan negara itu bersifat positif dalam arti merupakan beberapa bentuk tindakan pemerintah mengenai suatu masalah tertentu atau bersifat negatif - dalam arti : merupakan keputusan pejabat pemerintah untuk tidak melakukan sesuatu, dan (5) bahwa kebijaksanaan pemerintah - setidak-tidaknya dalam arti yang positif, didasarkan atau selalu dilandaskan pada peraturan-peraturan perundangan yang bersifat memaksa (*otoritatif*).

Sementara itu Easton (dalam Islamy, 2001:19) memberikan arti kebijakan publik "pengalokasian nilai-nilai secara paksa (*sah*) kepada seluruh anggota masyarakat". Akhirnya dalam suatu *glossary* (dalam Islamy, 2001), diberikan arti kebijakan publik sebagai berikut: susunan rancangan tujuan-tujuan dan dasar-dasar pertimbangan program-program pemerintah yang berhubungan dengan masalah-masalah tertentu yang dihadapi masyarakat, apapun yang dipilih pemerintah untuk dilakukan atau tidak dilakukan, masalah-masalah yang kompleks yang dinyatakan dan dilaksanakan oleh pemerintah.

Berdasarkan pengertian yang diungkapkan para ilmuwan administrasi publik, menurut Kismartini dkk (2008:1.6) terdapat beberapa sudut pandang tentang kebijakan publik yaitu: 1) Kebijakan publik dipandang sebagai tindakan pemerintah, 2) Kebijakan publik dipandang sebagai pengalokasian nilai-nilai masyarakat yang dilakukan pemerintah, dan 3) Kebijakan publik dipandang sebagai rancangan program-program yang dikembangkan pemerintah untuk mencapai tujuan.

Akhirnya Sundarso dkk (2006:8.8) berpendapat bahwa "definisi kebijakan publik yang dikemukakan oleh Anderson tampaknya lebih tepat bila dibandingkan dengan definisi-definisi kebijakan publik yang lain", dari beberapa pengertian kebijakan publik yang telah diuraikan dan dengan mengikuti paham bahwa kebijakan publik harus mengabdikan pada kepentingan masyarakat, dapatlah ditarik kesimpulan. Kebijakan publik atau *public policy* adalah serangkaian arah tindakan yang ditetapkan dan dilaksanakan atau tidak dilaksanakan oleh pemerintah yang mempunyai tujuan tertentu dan berorientasi pada tujuan tertentu demi kepentingan seluruh masyarakat.

Menurut Islamy (2001:21) pengertian kebijakan publik seperti tersebut diatas mempunyai implikasi:

- (1) Bahwa kebijakan negara itu dalam bentuk perdananya berupa penetapan tindakan-tindakan pemerintah.
- (2) Bahwa kebijaksanaan negara itu tidak cukup hanya dinyatakan tetapi dilaksanakan dalam bentuknya yang nyata.
- (3) Bahwa kebijaksanaan negara baik untuk melakukan sesuatu atau tidak melakukan sesuatu itu mempunyai dan dilandasi dengan maksud dan tujuan tertentu.
- (4) Bahwa kebijaksanaan negara itu harus senantiasa ditujukan demi kepentingan seluruh anggota masyarakat.

Jadi jelas bahwa tugas dari administrator publik bukan membuat kebijakan publik atas nama kepentingan publik saja, tetapi harus benar-benar bertujuan untuk mengatasi masalah dan memenuhi keinginan serta tuntutan seluruh anggota masyarakat.

Suatu kebijakan publik yang dibuat bukanlah untuk kepentingan politik belaka tetapi bertujuan untuk meningkatkan kesejahteraan hidup anggota masyarakat secara keseluruhan. Untuk itu diperlukan suatu proses perumusan

yang cukup bijaksana dan hal tersebut bukanlah sesuatu yang mudah dilakukan. Dalam proses perumusan kebijakan pada umumnya dilakukan melalui beberapa tahap dimulai dari perumusan masalah, penyusunan agenda pemerintah, perumusan usulan kebijakan, pengesahan, pelaksanaan sampai pada penilaian kebijakan.

Implementasi sebagai salah satu tahap dalam proses perumusan kebijakan publik tersebut mempunyai arti penting yaitu tidak hanya terbatas pada perwujudan secara riil, tetapi mempunyai kaitan terhadap konsekuensi atau dampak yang akan tampak pada pelaksanaan kebijakan tersebut. Salusu (dalam Radjiin, 2002:15) mengatakan "implementasi adalah seperangkat kegiatan yang dilakukan menyusul suatu keputusan. Suatu keputusan selalu dimaksudkan untuk mencapai sasaran tertentu. Untuk merealisasikan pencapaian sasaran itu diperlukan serangkaian aktivitas". Pressman dan Wildavsky (dalam Azwar, 2007:19) mengatakan bahwa "implementasi kebijakan adalah kemampuan untuk membentuk hubungan-hubungan lebih lanjut dalam rangkaian sebab akibat yang menghubungkan tindakan dengan tujuan". kemudian Van Meter dan Van Horn (dalam Wibawa, 2000:15) mendefinisikan implementasi kebijakan sebagai "tindakan yang dilakukan oleh pemerintah maupun swasta baik secara individu maupun kelompok yang dimaksudkan untuk mencapai tujuan sebagaimana dirumuskan di dalam kebijakan".

Sementara Winarno (2002:101) mengatakan "implementasi kebijakan merupakan tahap yang krusial dalam proses kebijakan publik. Suatu program kebijakan harus diimplementasikan agar mempunyai dampak atau tujuan yang

diinginkan", lebih lanjut ia mengatakan dalam pengertian yang luas, implementasi kebijakan adalah:

Alat administrasi hukum di mana berbagai aktor, organisasi, prosedur, dan teknik yang bekerja bersama-sama untuk menjalankan kebijakan guna meraih dampak atau tujuan yang diinginkan. Implementasi pada sisi yang lain merupakan fenomena yang kompleks yang mungkin dapat dipahami sebagai proses, keluaran (output) maupun sebagai hasil (Winarno, 2002:102).

Mazmanian dan Sabatier (dalam Waluyo, 2007:49) memberi makna implementasi kebijakan sebagai berikut:

Implementasi kebijakan adalah pelaksanaan keputusan kebijakan dasar, biasanya dalam bentuk undang-undang, namun dapat pula berbentuk perintah-perintah atau keputusan-keputusan eksekutif yang penting atau keputusan badan peradilan. Lazimnya, keputusan tersebut mengidentifikasi masalah yang ingin diatasi, menyebutkan secara tegas tujuan atau sasaran yang ingin dicapai, dan berbagai cara untuk menstrukturkan atau mengatur proses implementasinya.

Berdasarkan definisi tersebut diatas, maka dalam implementasi kebijakan paling tidak menyangkut tiga hal, yaitu : "1) adanya tujuan atau sasaran kebijakan, 2) adanya aktivitas atau kegiatan pencapaian tujuan, dan 3) adanya hasil kegiatan" (Agustino, 2006:154). Lebih lanjut Agustino menyimpulkan bahwa "implementasi kebijakan merupakan suatu proses yang dinamis, dimana pelaksana kebijakan melakukan suatu aktivitas atau kegiatan, sehingga pada akhirnya akan mendapatkan suatu hasil yang sesuai dengan tujuan atau sasaran kebijakan itu sendiri".

Hal tersebut juga diungkapkan oleh Lester dan Stewart Jr (dalam Agustino, 2006:154) yang mengatakan "implementasi merupakan suatu proses sekaligus suatu hasil (*output*). Keberhasilan suatu implementasi kebijakan dapat diukur

atau dilihat dari proses pencapaian tujuan hasil akhir (*output*), yaitu tercapai atau tidaknya tujuan-tujuan yang ingin diraih". Hal tersebut tidak jauh berbeda dengan apa yang diutarakan oleh Grindle (dalam Agustino, 2006:154) bahwa "pengukuran keberhasilan implementasi dapat dilihat dari prosesnya, dengan mempertanyakan apakah pelaksanaan program sesuai dengan yang telah ditentukan yaitu melihat pada *action program* dari *individual projects* dan yang kedua apakah tujuan program tersebut tercapai".

Jadi implementasi kebijakan dapat merupakan tindakan-tindakan yang dilakukan oleh individu-individu atau kelompok-kelompok pemerintah yang diarahkan untuk mencapai tujuan-tujuan yang telah ditetapkan dalam keputusan-keputusan kebijakan sebelumnya. Perlu ditekankan bahwa implementasi kebijakan tidak akan dimulai sebelum tujuan-tujuan ditetapkan atau diidentifikasi, dengan demikian tahap implementasi terjadi hanya setelah suatu kebijakan itu ditetapkan dan dana mengenai itu disediakan.

Dalam sejarah perkembangannya, dijelaskan bahwa ada dua pendekatan untuk memahami implementasi kebijakan secara sederhana yaitu pendekatan *top-down* dan pendekatan *bottom-up*. Agustino (2006:155) mengatakan tentang kedua pendekatan tersebut sebagai berikut:

Dalam pendekatan *top-down*, implementasi kebijakan dilakukan secara tersentralisasi dan dimulai dari aktor di tingkat pusat, serta keputusannya pun diambil pada tingkat pusat. Pendekatan *top-down* bertitik tolak dari perspektif bahwa keputusan-keputusan politik (kebijakan publik) yang telah ditetapkan oleh pembuat kebijakan harus dilaksanakan oleh administratur atau birokrat-birokrat pada level bawahnya (*street-level bureaucrats*). Inti pendekatan ini (*top-down*) secara sederhana dapat dimengerti sebagai sejauhmana tindakan para pelaksana (administratur dan birokrat) sesuai dengan

prosedur-prosedur serta tujuan yang telah digariskan oleh para pembuat kebijakan di tingkat pusat.

Sebaliknya pendekatan *bottom-up* sebagaimana diungkapkan Agustino (2006:155) "lebih menyoroti pelaksanaan kebijakan yang terformulasi dari inisiasi warga masyarakat setempat. Asumsi itu dapat dimengerti melalui argumentasi bahwa masalah dan persoalan yang terjadi di level daerah hanya dapat dimengerti secara baik oleh warga setempat". Sementara itu dalam mengimplementasikan kebijakan cukup banyak bentuk atau jenis kebijakan yang dilakukan, beberapa kebijakan bersifat "*self-executing*" artinya dengan dirumuskannya kebijakan itu sekaligus dengan sendirinya kebijakan tersebut terimplementasikan misalnya tentang kebijakan suatu negara yang mengakui kemerdekaan suatu negara baru, tetapi kebijakan seperti ini tidak banyak, dan kebanyakan adalah berbentuk peraturan perundangan, program atau lainnya. Beberapa bentuk kebijakan publik dalam implementasinya menurut Islamy (2001) diantaranya adalah :

1. *Substantive* atau *Procedural Policies*

Substantive policies merupakan kebijakan tentang apa yang akan atau ingin dilakukan oleh pemerintah, jadi tekanannya adalah pada subject-matter (perkara pokok), contoh kebijakan perdagangan, perburuhan, pendidikan dan kesehatan. Sedangkan *procedural policies* adalah kebijakan tentang siapa dan pihak-pihak mana saja yang terlibat dalam perumusan serta kebijakan itu dilaksanakan.

2. *Distributive Policies*

Merupakan kebijakan tentang pemberian pelayanan-pelayanan atau keuntungan-keuntungan bagi sejumlah khusus penduduk; individu-individu, kelompok-kelompok, perusahaan-perusahaan dan masyarakat tertentu, contoh kebijakan tentang pemberian pengobatan cuma-cuma kepada masyarakat yang terjangkit penyakit menular dan sebagainya.

Jadi jelas bahwa banyak pihak yang terlibat dan aktivitas-aktivitas yang dilakukan dalam implementasi kebijakan publik, diperlukan persiapan dalam implementasi kebijakan publik. Widodo (2007:90) mengatakan dalam implementasi kebijakan perlu mendapatkan perhatian dan persiapan dalam proses implementasinya meliputi "interpretasi, organisasi, penyediaan risorsis, dan manajemen program, serta penyediaan layanan dan manfaat pada publik". Atas dasar hal tersebutlah masalah implementasi menjadi lebih jelas, implementasi merupakan proses yang memerlukan tindakan-tindakan sistematis dari pengorganisasian, interpretasi dan aplikasi. Terkait dengan interpretasi, organisasi, penyediaan risorsis, dan manajemen program, serta penyediaan layanan dan manfaat pada publik dalam implementasi kebijakan maka ada beberapa bagian aktivitas atau kegiatan yang mempunyai peran penting mulai dari perencanaan, pengorganisasian, penggerakan pelaksanaan dan tata laksana pelayanan, pengawasan serta penganggarannya.

Berkenaan dengan hal tersebut, maka dalam implementasi kebijakan publik, terdapat kegiatan manajemen yang harus dijalankan oleh suatu organisasi publik. Pada dasarnya tujuan bersama dalam suatu organisasi akan tercapai

apabila dalam pengelolaannya terdapat pihak yang mengkoordinir dengan baik, sehingga orang-orang yang terhimpun dan terlibat di dalam organisasi tersebut dapat melakukan aktivitas secara terarah, efisien dan efektif sesuai dengan fungsinya masing-masing.

Secara umum banyak para ahli yang memberikan pengertian manajemen, diantaranya Tead (dalam Syafie, 2006:49) mengatakan "manajemen adalah proses dan perangkat yang mengarahkan serta membimbing kegiatan suatu organisasi dalam mencapai tujuan yang telah ditetapkan". Sementara itu Terry (2005:1) memberikan pengertian "manajemen adalah suatu proses atau kerangka kerja, yang melibatkan bimbingan atau pengarahan suatu kelompok orang-orang kearah tujuan-tujuan organisasional atau maksud-maksud yang nyata", lebih lanjut Terry (dalam Syafie, 2006:49) mengatakan "manajemen suatu proses khusus yang terdiri dari perencanaan, pengorganisasian, pelaksanaan dan pengawasan yang dilakukan untuk menentukan serta mencapai sasaran yang telah ditentukan melalui pemanfaatan sumber daya manusia dan lainnya". Kemudian Siagian (2004) mengatakan manajemen merupakan kemampuan atau keterampilan untuk memperoleh hasil dalam rangka pencapaian tujuan melalui kegiatan orang lain.

Beberapa definisi sebagaimana telah disebutkan di atas, dapatlah ditegaskan yang terkandung dalam pengertian tersebut antara lain adalah bahwa :

- 1) manajemen mempunyai tujuan tertentu yang akan dicapai, 2) untuk mencapai tujuan tersebut dilakukan melalui orang lain, dan 3) orang-orang yang melakukan aktivitas perlu di koordinir serta diawasi agar tujuan dapat dicapai sesuai dengan

rencana yang telah ditetapkan sebelumnya. Untuk mencapai tujuan sesuai dengan rencana maka diperlukan fungsi-fungsi manajemen.

Manajemen sangat menentukan maju mundurnya suatu organisasi, setiap orang yang terlibat dalam organisasi harus menyadari sepenuhnya terhadap wewenang dan tanggung jawab ataupun tugas-tugas yang harus diembannya. Terutama bagi seorang pimpinan atau manajer yang menggerakkan para karyawan atau pegawai harus mengetahui dengan sebenarnya tugas-tugas apa yang ia dan bawahannya kerjakan. Tugas-tugas yang menjadi fungsi-fungsi manajemen merupakan rangkaian kegiatan yang harus dikerjakan secara tertib dan teratur terutama dalam pelaksanaan suatu kebijakan publik. Sementara fungsi-fungsi manajemen menurut para ahli manajemen sangat beragam, diantaranya Fayol (dalam Siagian, 2004:9) berpendapat bahwa "fungsi-fungsi manajemen terdiri dari *planning* (perencanaan), *organizing* (pengorganisasian), *coordinating* (pengkoordinasian), *commanding* (perintah), dan *controlling* (pengawasan)". Terry yang menganggap manajemen sebagai proses aktivitas yang terdiri dari 4 sub-aktivitas yang masing-masing merupakan fungsi fundamental. Keempat sub-aktivitas itu yang dalam dunia manajemen menurut Terry (2005) dikenal sebagai POAC, merupakan fungsi-fungsi manajemen yaitu *planning* (perencanaan), *organizing* (pengorganisasian), *actuating* (penggerakan), *controlling* (pengawasan). Kelengkapan urutan versi Terry (dalam Siagian, 2004:123) tersebut tampak pada penekanan "sarana dan prasarana yang dibutuhkan terdiri dari sumber daya manusia (*man*), modal dan dana (*money*), bahan (*materials*), mesin-mesin (*machines*), metode dan prosedur kerja

(*methods*), dan pasar (*markets*) ". Sementara itu Gullicks (dalam Terry, 2005) berpendapat bahwa fungsi-fungsi manajemen terdiri dari *planning* (perencanaan), *organizing* (pengorganisasian), *staffing* (pengadaan tenaga kerja), *directing* (pengarahan), *coordinating* (pengkoordinasian), *Reporting* (pelaporan), dan *budgeting* (penganggaran).

Terkait dengan apa yang diungkapkan oleh Widodo (2007) dalam implementasi kebijakan yang meliputi interpretasi, organisasi, penyediaan risorsis, dan manajemen program, serta penyediaan layanan dan manfaat pada publik, maka manajemen sangat diperlukan untuk menata suatu organisasi dalam rangka mencapai tujuan yang telah ditetapkan sebelumnya dan merupakan salah satu bagian dalam pelaksanaan kebijakan publik. Adapun beberapa bagian manajemen dalam pelaksanaan kebijakan publik yang mempunyai peran penting antara lain adalah perencanaan, pengorganisasian, penggerakan pelaksanaan, pengawasan dan penganggaran.

1. Perencanaan

Menurut Simanjuntak (2005:26) "salah satu fungsi perencanaan yang krusial adalah merumuskan visi, misi dan tujuan perusahaan atau organisasi". Sedangkan pengertian perencanaan itu sendiri adalah "rangkaiian kegiatan menetapkan hal-hal yang akan dikerjakan pada waktu yang akan datang berdasarkan fakta-fakta dan pemikiran yang matang dalam rangka pencapaian tujuan yang diinginkan" (Simanjuntak, 2005:27). Sementara itu Terry & Rue (2005:9) mengatakan *planning* atau perencanaan adalah "menentukan tujuan-tujuan yang hendak dicapai selama suatu masa yang akan datang dan apa yang

harus diperbuat agar dapat mencapai tujuan-tujuan itu". Perencanaan merupakan langkah yang sangat penting bagi setiap organisasi untuk memberikan arah yang menjadi acuan dalam pelaksanaan kegiatan, untuk menetapkan suatu rencana yang baik, maka perencanaan harus memiliki tujuan dan sasaran. Sasaran perencanaan untuk menjadi pedoman penyelenggaraan kegiatan yang sangat berguna untuk mencapai suatu tujuan yang diinginkan, sementara tujuan perencanaan tercapainya hasil akhir yang sesuai dengan kebijakan yang telah ditetapkan.

Pada dasarnya perencanaan disusun untuk menunjang kegiatan manajemen yang akan dilaksanakan Adapun fungsi dari perencanaan menurut Terry & Rue (2005:11) adalah:

- (1) *Self audit* – menentukan keadaan organisasi sekarang.
- (2) *Survey* lingkungan.
- (3) Menentukan tujuan *objectives*.
- (4) *Forecast* – ramalan keadaan-keadaan yang akan datang.
- (5) Melakukan tindakan-tindakan dan sumber pengerahan.
- (6) *Evaluate* – pertimbangan tindakan-tindakan yang diusulkan.
- (7) Ubah dan sesuaikan - *revise and adjust* rencana-rencana sehubungan dengan hasil-hasil pengawasan dan keadaan-keadaan yang berubah-ubah.
- (8) *Comunicate* – berhubungan terus selama proses perencanaan.

Perencanaan merupakan proses intelektual, dengan menggunakannya Terry & Rue (2005:44) mengatakan "para manajer mencoba memandang ke depan, menduga-duga kemungkinan-kemungkinan, bersedia siap untuk hal tak terduga, memetakan kegiatan-kegiatan, dan mengadakan urutan-urutan yang teratur untuk mencapai tujuan-tujuan. Perencanaan yang memadai harus berlangsung sebelum kegiatan". Perencanaan akan memberikan keuntungan, dalil utama perencanaan menurut Terry & Rue (2005:46) adalah:

Mencari fakta-fakta; menentukan jalan kegiatan yang akan diikuti; memperkirakan waktu, tenaga dan bahan yang diperlukan dengan sendirinya merupakan kekuatan-kekuatan positif menuju manajemen yang baik; membantu mencapai tujuan; perencanaan mengurangi kegiatan yang kebetulan dan tidak berguna, usaha-usaha saling tindi. Bahwa perencanaan siap untuk penggunaan secara efektif fasilitas-fasilitas suatu organisasi yang tersedia. Untuk sesuatu jangka waktu tertentu, penggunaan yang terbaik dilakukan dari apa yang tersedia. Selanjutnya, perencanaan membantu seorang manajer untuk memperoleh kepercayaan dan kepemimpinan yang maju.

2. Pengorganisasian

Terry & Rue (2005:9) mengatakan pengorganisasian "mengelompokkan dan menentukan berbagai kegiatan penting dan memberikan kekuasaan untuk melaksanakan kegiatan-kegiatan itu", lebih lanjut Terry & Rue (2005:82) mengatakan "pengorganisasian dilakukan untuk menghimpun dan mengatur semua sumber-sumber yang diperlukan, termasuk manusia sehingga pekerjaan yang dikehendaki dapat dilaksanakan dengan berhasil". Sementara itu Ruslan (2007:2) mengatakan pengorganisasian (*organizing*) adalah "pemberian tugas terpisah kepada masing-masing pihak, membentuk bagian, mendelegasikan dan menetapkan jalur wewenang, mendelegasikan dan menetapkan sistem komunikasi, serta mengoordinir kerja setiap karyawan dalam satu tim yang solid dan terorganisasi". Pengorganisasian menekankan pada proses atau rangkaian pembagian pekerjaan, wewenang dan tanggung jawab. Pembagian pekerjaan yang dimaksudkan adalah pembagian pekerjaan antara atasan dan bawahan, antara pekerjaan pokok dengan pekerjaan bantuan.

Sasaran dari pengorganisasian adalah diperolehnya suatu organisasi yang efektif untuk melaksanakan proses manajemen, sedangkan tujuan

pengorganisasian yaitu terselenggaranya proses manajemen untuk memperoleh hasil secara efisien dan efektif. Setiap organisasi yang menjalankan kegiatan diperlukan suatu pengorganisasian yaitu untuk membantu orang-orang dalam bekerja bersama-sama secara efektif. Hal tersebut disebabkan karena "seorang manajer harus mengetahui kegiatan-kegiatan apa yang akan diurus, siapa yang membantu dan siapa yang dibantu, saluran-saluran komunikasi, pengelompokan pekerjaan yang diikuti, hubungan-hubungan antara kelompok-kelompok kerja yang berbeda-beda susunan umum dari kelompok kerja itu" (Terry & Rue, 2005:82).

Seperti telah diuraikan di atas bahwa pengorganisasian merupakan kegiatan-kegiatan untuk membagi-bagikan pekerjaan/tugas, wewenang dan tanggung jawab. Berdasarkan hal tersebut maka pengorganisasian menurut Terry & Rue (2005:11) memiliki fungsi sebagai berikut:

- (1) *Identity* – tetapkan dengan teliti dan tentukan pekerjaan yang akan dilaksanakan.
- (2) *Break work down* – bagi-bagi pekerjaan menjadi tugas setiap orang.
- (3) Tugas-tugas kelompok menjadi posisi-posisi.
- (4) Tentukan persyaratan-persyaratan setiap posisi.
- (5) Kelompok-kelompok posisi menjadi satuan-satuan yang dapat dipimpin dan saling berhubungan dengan baik.
- (6) Bagi-bagikan pekerjaan, pertanggungjawaban dan luas kekuasaan yang akan dilaksanakan.
- (7) Uban dan sesuaikan organisasi sehubungan dengan hasil pengawasan dan kondisi-kondisi yang berubah-ubah.
- (8) Berhubungan selalu selama proses pengorganisasian.

3. Penggerakan pelaksanaan

Dalam menggerakkan manusia sebagai bawahan, seorang pimpinan/manajer dituntut memiliki suatu kemampuan sehingga para bawahan dengan senang hati mengikuti ajakan dari pimpinan/manajer. Terry

& Rue (2005:10) memberikan pengertian penggerakan sebagai "mengarahkan atau menyalurkan perilaku manusia kearah tujuan-tujuan". Lebih lanjut Terry & Rue (2005:168) mengatakan "penggerakan menyangkut perilaku manusia dan merupakan sebuah unsur yang vital dalam manajemen. Ia dapat didefinisikan sebagai membuat orang menyelesaikan pekerjaan dengan semangat, karena orang itu ingin melakukannya".

Berdasarkan pendapat tersebut di atas maka penggerakan merupakan kegiatan yang dilakukan oleh pimpinan/manajer untuk membuat bawahan dapat melakukan tugas dengan senang hati seperti yang dikehendaki pimpinan sesuai dengan sasaran organisasi, atau dengan kata lain merupakan upaya menggerakkan anggota-anggota kelompok untuk melaksanakan tugas-tugas mereka yang telah diuraikan secara lengkap. Penggerakan mempunyai sasaran agar seorang bawahan menjadi pengikut yang taat dan setia dalam mengerjakan tugas-tugas dengan sebaik-baiknya, sedangkan tujuan dari penggerakan adalah agar penyelenggaraan manajemen dan pelaksanaan kegiatan dapat berjalan secara efisien dan efektif.

Penggerakan merupakan inti dari manajemen karena fungsi ini merupakan fungsi yang berhubungan langsung dengan manusia. Keberhasilan sebuah manajemen sangat tergantung pada sumber daya manusia yang terlibat di dalamnya. Sehingga tidak mengherankan apabila dikatakan bahwa manusia merupakan faktor pusat, faktor pertama dan utama di dalam kegiatan manajemen, oleh karena itu fungsi penggerakan menurut Terry & Rue (2005:12) adalah:

(1) Berhubungan dengan staf dan jelaskan tujuan-tujuan kepada bawahan. (2) Bagi-bagikan ukuran-ukuran pelaksanaan – *performance standards*. (3) latih dan bimbing bawahan untuk memenuhi ukuran-ukuran pelaksanaan itu. (4) Beri jawaban upah berdasarkan pelaksanaan. (5) Puji dan tegur dengan jujur. (6) Adanya lingkungan yang memberikan dorongan dengan meneruskan keadaan yang berubah-ubah serta tuntutan-tuntutannya. (7) Ubah dan sesuaikan cara-cara menggerakkan sehubungan dengan hasil pengawasan dan kondisi yang berubah. (8) berhubungan selalu selama proses penggerakan.

4. Pengawasan

Dalam proses kerja untuk mencapai hasil seperti yang telah direncanakan sebelumnya, sering kali terjadi pelaksanaan kerja yang tidak sesuai seperti rencana semula. Situasi yang demikian akan diketahui apabila dalam pelaksanaan kerja terdapat fungsi pengawasan yang dilakukan oleh seorang pimpinan atau manajer. Terry & Rue (2005:10) memberikan pengertian pengawasan adalah "mengukur pelaksanaan dengan tujuan-tujuan, menentukan sebab-sebab penyimpangan dan mengambil tindakan-tindakan korektif dimana perlu", lebih lanjut Terry (2005) mengatakan pengawasan merupakan proses penentuan apa yang akan dicapai yaitu standar apa yang akan dihasilkan, menilai pelaksanaan dan bilamana perlu mengambil tindakan korektif sehingga pelaksanaan berjalan menurut rencana yaitu sesuai dengan standar. Sementara Siagian (2004) mengatakan pengawasan adalah proses pengamatan dari pelaksanaan seluruh kegiatan organisasi untuk menjamin agar semua pekerjaan yang sedang dilakukan sesuai dengan rencana yang telah ditentukan sebelumnya.

Berdasarkan uraian tersebut di atas dapat dikatakan bahwa pengawasan adalah kegiatan yang dilakukan oleh pimpinan/manajer atau yang berwenang untuk mengetahui hasil pelaksanaan kerja, kemudian memperbaiki apabila terjadi kesalahan atau penyimpangan dan mencegah terjadinya hal-hal yang tidak diinginkan terulang kembali, sehingga hasil yang dicapai sesuai dengan rencana yang telah ditetapkan. Sasaran dari pengawasan adalah memperbaiki ketidaksesuaian, penyimpangan-penyimpangan dan penyelewengan serta mencegah agar tidak terjadi hal-hal yang mengakibatkan ketidaksesuaian antara hasil yang dicapai dengan rencana yang telah ditetapkan. Sementara yang menjadi tujuan dari pengawasan adalah menciptakan kondisi tertib, dinamis dan harmonis dalam penyelenggaraan manajemen sehingga akan diperoleh hasil yang optimal dengan cara efisien dan efektif.

Untuk melakukan kegiatan pengawasan, maka diperlukan penentuan *performance* atau pelaksanaan kerja meliputi pengamatan-pengamatan, laporan-laporan, dan data-data statistik. Terry & Rue (2005:235) mengatakan :

Pengamatan langsung memberikan gambaran yang dikenal baik dari pelaksanaan kerja. Kuantitas dan kualitas pekerjaan, metode-metode yang diikuti dan lingkungan umum pekerjaan sesuai benar dengan pengamatan dan merupakan alat yang sangat baik untuk memeriksa dan melaporkan *intangibles*-yang tidak kelihatan-seperti pengamatan semangat suatu kelompok kerja dan mengamati usaha-usaha pengembangan yang dilakukan untuk orang-orang yang dilatih. Laporan-laporan mengambil bentuk (a) lisan seperti wawancara-wawancara dan pembahasan berkelompok, maupun (b) tertulis, yang mungkin hanya deskriptif semata atau mungkin memuat data statistik.

Oleh sebab itu kegiatan pengawasan dalam pelaksanaan kegiatan manajemen organisasi menurut Terry & Rue (2005) mempunyai kegunaan untuk

mencegah dan memperbaiki terjadinya ketidaksesuaian atau penyimpangan dan penyelewengan dalam badan usaha atau organisasi yang bersangkutan, membuat setiap kegiatan badan usaha atau organisasi menjadi lebih dinamis, membuat setiap anggota organisasi bertanggungjawab secara optimal atas hasil pekerjaan yang telah dilakukan, dan mendidik anggota organisasi untuk mentaati dan mengikuti semua aturan yang berlaku dan organisasi yang bersangkutan.

5. Penganggaran

Penganggaran adalah suatu kegiatan untuk menyediakan anggaran sedemikian rupa untuk pelaksanaan kegiatan dan sarana manajemen dalam rangka mencapai tujuan yang diinginkan. Suparmoko (dalam Ikhsan dkk, 2007:9.4) mengatakan bahwa anggaran (*budget*) adalah "suatu daftar atau pernyataan yang terinci mengenai penerimaan dan pengeluaran yang diharapkan dalam jangka waktu tertentu, biasanya satu tahun". Dengan demikian penganggaran merupakan serangkaian kegiatan untuk pengalokasian sumber-sumber daya (*resources*) yang dibuat secara terencana mengenai berbagai hal atau aktivitas yang akan dilakukan pada masa yang akan datang, ditujukan untuk mencapai sejumlah tujuan tertentu dengan mengaitkan antara penerimaan-penerimaan yang diperkirakan dengan pengeluaran-pengeluaran yang direncanakan, serta menjadi suatu dasar atau basis untuk mengukur dan mengontrol pengeluaran dan pendapatan.

Pada dasarnya penganggaran dilakukan untuk memudahkan manajemen dalam mengelola berbagai aktivitas organisasi. Penganggaran merupakan

bentuk pelaksanaan salah satu fungsi manajemen yaitu perencanaan. Secara umum fungsi penganggaran tidak jauh berbeda dengan fungsi keuangan negara sebagaimana diungkapkan oleh Musgrave (dalam Ikhsan dkk, 2007:9.7) yakni "fungsi alokasi, fungsi distribusi dan fungsi stabilisasi", menurutnya fungsi alokasi dari anggaran adalah terkait dengan pengalokasian sumber sumber daya yang tersedia untuk menghasilkan barang privat dan barang serta jasa publik melalui penganggaran. Fungsi distribusi dari anggaran terkait dengan peran anggaran dalam rangka pembagian kembali (redistribusi) pendapatan untuk menciptakan keadilan sosial dan mengurangi kesenjangan pendapatan. Sementara fungsi stabilitas terkait dengan peran anggaran sebagai alat kebijakan. Jones & Pendlebury (dalam Ikhsan dkk, 2007:9.10) menyatakan bahwa fungsi utama dari suatu anggaran adalah:

- (a) Menetapkan pendapatan dan pengeluaran.
- (b) Membantu dalam perumusan kebijakan dan perencanaan.
- (c) Pengesahan (*authorizing*) pengeluaran-pengeluaran di masa yang akan datang.
- (d) Menyediakan/membentuk dasar bagi pengendalian pendapatan dan pengeluaran.
- (f) Menetapkan standar untuk menilai kerja (*performance*).
- (g) Memotivasi manajer dan pengawas.
- (h) Mengkoordinasikan berbagai kegiatan dengan tujuan yang berbeda-beda dalam suatu organisasi.

Adapun tujuan dilakukannya penyusunan anggaran sebagaimana diungkapkan oleh Ikhsan dkk (2007:9.9) adalah:

- (a) Sebagai alat pertanggungjawaban, terutama pertanggungjawaban keluar (*external accountability*).
- (b) Sebagai alat informasi untuk kebutuhan di dalam organisasi (biasanya anggaran dibutuhkan oleh manajemen).
- (c) Sebagai alat bantu bagi terselenggaranya program dan proyek agar lebih berhasil (efektif).
- (d) Sebagai alat untuk mengendalikan, mengatur, atau mengelola perekonomian.

Namun demikian, dalam implementasi kebijakan publik sangat dipengaruhi oleh berbagai faktor, baik faktor *internal* maupun faktor *eksternal*. Van Meter dan Van Horn (dalam Agustino, 2006) memformulasikan 6 faktor yang mempengaruhi implementasi kebijakan yaitu:

- (1) kejelasan standar dan tujuan kebijakan, (2) tersedianya sumber daya yang diperlukan dalam pelaksanaan kebijakan seperti staf, fasilitas fisik, informasi dan sebagainya, (3) komunikasi yang lancar, seimbang dan jelas antar organisasi dan pelaksana, (4) karakteristik lembaga pelaksana yang mendukung kesuksesan implementasi kebijakan, (5) kondisi sosial ekonomi dan politik dimana kebijakan tersebut dilaksanakan, dan (6) adanya kesediaan dan komitmen dari pelaksana untuk menyukseskan implementasi kebijakan di lapangan.

Edward III (dalam Agustino, 2006:156) mengatakan ada 4 faktor atau variabel krusial dalam implementasi kebijakan publik, "variabel yang sangat menentukan keberhasilan implementasi suatu kebijakan, yaitu : 1) komunikasi, 2) sumberdaya, 3) disposisi, dan 4) struktur birokrasi". Sementara itu Mazmanian dan Sabatier (dalam Agustino, 2006:163) berpendapat bahwa "peran penting dari implementasi kebijakan publik adalah kemampuan dalam mengidentifikasi variabel-variabel yang mempengaruhi tercapainya tujuan-tujuan formal pada keseluruhan proses implementasi". Menurut Mazmanian dan Sabatier (dalam Agustino, 2006) variabel-variabel yang mempengaruhi tersebut yaitu:

- 1) Mudah atau tidaknya masalah yang akan digarap, meliputi: (a) kesukaran-kesukaran teknis, (b) keberagaman perilaku yang diatur, (c) persentase totalitas penduduk yang tercakup dalam kelompok sasaran, (d) tingkat dan ruang lingkup perubahan perilaku yang dikehendaki, dan 2) Kemampuan kebijakan menstruktur proses implementasi secara tepat, meliputi : (a) kecermatan dan kejelasan penjenjangan tujuan-tujuan resmi yang akan dicapai, (b) keterandalan teori kausalitas yang diperlukan, (c) ketetapan alokasi sumber dana, (d) keterpaduan hirarki di dalam lingkungan dan di antara lembaga-lembaga atau instansi pelaksana, (e) aturan-aturan

pembuat keputusan dari badan-badan pelaksana, (f) kesepakatan para pejabat terhadap tujuan yang termaktub dalam undang-undang, (g) akses formal pihak-pihak luar, serta 3) Variabel-variabel di luar Undang-Undang yang mempengaruhi implementasi, meliputi : (a) kondisi sosial ekonomi dan teknologi, (b) dukungan publik, (c) sikap dan sumber-sumber yang dimiliki kelompok masyarakat, (d) kesepakatan dan kemampuan kepemimpinan para pejabat pelaksana.

Keberhasilan implementasi kebijakan juga dapat diukur dari proses pencapaian hasil akhir sebagaimana diungkapkan oleh Grindle (dalam Agustino, 2006:167) sebagai berikut:

- 1) Dilihat dari prosesnya, dengan mempertanyakan apakah pelaksanaan kebijakan sesuai dengan yang ditentukan (*design*) dengan merujuk pada aksi kebijakannya.
- 2) Apakah tujuan kebijakan tercapai. Dimensi ini diukur dengan melihat dua faktor, yaitu : (a) dampak atau efeknya pada masyarakat secara individu dan kelompok, (b) tingkat perubahan yang terjadi serta penerimaan kelompok sasaran dan perubahan yang terjadi.

Semua kebijakan publik dimaksudkan untuk mempengaruhi atau mengawasi perilaku manusia dalam berbagai cara, untuk membujuk orang supaya bertindak sesuai dengan aturan atau tujuan yang ditentukan pemerintah. Agustino (2006) mengatakan jika kebijakan tidak dapat dipenuhi, jika orang-orang tetap bertindak dengan cara yang tidak diinginkan, jika mereka tidak memakai cara yang ditentukan, atau jika mereka berhenti mengerjakan apa yang ditentukan maka kebijakan tersebut dikatakan tidak efektif atau secara ekstrem hasilnya nol. Selanjutnya Agustino (2006) mengatakan bahwa ada beberapa faktor yang dapat mempengaruhi pelaksanaan suatu kebijakan publik sebagai berikut:

1. Faktor Penentu Pelaksanaan Kebijakan, yaitu:

- a) Respek anggota masyarakat pada otoritas dan keputusan pemerintah.

- b) Adanya kesadaran untuk menerima kebijakan
 - c) Adanya sanksi hukum
 - d) Adanya kepentingan publik
 - e) Adanya kepentingan pribadi
 - f) Masalah waktu
2. Faktor Penentu Penolakan atau Penundaan Kebijakan, yaitu:
- a) Adanya kebijakan yang bertentangan dengan sistem nilai yang ada
 - b) Tidak adanya kepastian hukum
 - c) Adanya keanggotaan seseorang dalam suatu organisasi
 - d) Adanya konsep ketidakpatuhan selektif terhadap hukum

Oleh karena itu suatu kebijakan yang cemerlang mungkin akan mengalami kegagalan sekalipun kebijakan itu diimplementasikan dengan sangat baik oleh para pelaksananya sehingga tujuan yang diinginkan dan dampak yang diharapkan menjadi tidak tercapai.

Berbicara dampak kebijakan maka tidak akan terlepas dari evaluasi atau penilaian kebijakan, hal tersebut disebabkan karena evaluasi adalah tahap terakhir dari proses perumusan kebijakan. Sebagai salah satu kegiatan, evaluasi kebijakan tidak hanya dilakukan dengan mengikuti aktivitas-aktivitas sebelumnya yaitu pengesahan dan pelaksanaan, tetapi terjadi pada seluruh aktivitas fungsional lain meliputi evaluasi substansi kebijakan, pelaksanaan kebijakan dan dampak kebijakan. Menurut Islamy (2001:113) dari sudut spesifikasi objeknya berarti menilai hasil-hasil pelbagai macam program-program yang dilaksanakan pemerintah sesuai dengan problem-problem yang

dihadapi oleh masyarakat, misalnya dibidang kesehatan, apakah telah terlaksana dengan baik atau belum, sementara menurut Dunn (2000:28) "evaluasi membuahakan pengetahuan yang relevan dengan kebijakan tentang ketidaksesuaian antara kinerja kebijakan yang diharapkan dengan yang benar-benar dihasilkan". Kemudian dari evaluasi tersebut akan memberikan hasil akhir atau kesimpulan dari program-program pemerintah apakah efektif atau tidak, mempunyai dampak positif yang lebih besar dari dampak negatif atau sebaliknya.

Evaluasi kebijakan negara biasanya banyak dilakukan untuk mengetahui dampak kebijakan negara. Evaluasi dilakukan karena tidak semua program kebijakan pemerintah meraih hasil yang diinginkan. Seringkali terjadi kebijakan pemerintah gagal meraih maksud atau tujuan yang telah ditetapkan sebelumnya. Hal tersebut berarti evaluasi kebijakan ditujukan untuk melihat sebab-sebab kegagalan suatu kebijakan atau untuk mengetahui apakah kebijakan pemerintah yang telah dilaksanakan meraih dampak atau manfaat yang diinginkan.

Menurut Lester dan Stewart (dalam Winarno, 2002:166) evaluasi kebijakan dapat dibedakan ke dalam dua tugas yang berbeda "tugas pertama adalah untuk menentukan konsekuensi-konsekuensi apa yang ditimbulkan oleh suatu kebijakan dengan cara menggambarkan dampaknya. Sedangkan tugas kedua adalah untuk menilai keberhasilan atau kegagalan dari suatu kebijakan berdasarkan standard atau kriteria yang telah ditetapkan sebelumnya". Menurut Winarno (2002:166) tentang tugas-tugas tersebut adalah:

Tugas pertama merujuk pada usaha untuk melihat apakah program kebijakan publik mencapai tujuan atau dampak yang diinginkan ataukah tidak. Bila tidak, faktor-faktor apa yang menjadi penyebabnya? Misalnya, apakah karena terjadi kesalahan dalam merumuskan masalah ataukah karena faktor-faktor yang lain? Tugas kedua dalam evaluasi kebijakan pada dasarnya berkait erat dengan tugas yang pertama. Setelah kita mengetahui konsekuensi-konsekuensi melalui penggambaran dampak kebijakan publik, maka kita dapat mengetahui apakah program kebijakan yang dijalankan sesuai atau tidak dengan dampak yang diinginkan. Dari sini kita dapat melakukan penilaian apakah program yang dijalankan berhasil atau gagal? Dengan demikian, tugas kedua dalam evaluasi kebijakan adalah menilai apakah suatu kebijakan berhasil atau tidak dalam meraih dampak yang diinginkan.

Dengan demikian suatu penilaian kebijakan adalah ditujukan untuk melihat sejauh mana program-program kebijakan pemerintah yang telah dijalankan mampu menyelesaikan masalah-masalah yang ada dalam masyarakat. Hal ini berarti penilaian ditujukan untuk melihat sejauh mana efektifitas dan efisiensi suatu program kebijakan dijalankan dalam memberikan pemecahan masalah yang ada. Efektifitas berkenaan dengan cara yang digunakan untuk memecahkan masalah, sedangkan efisiensi menyangkut biaya-biaya yang dikeluarkan untuk suatu program kebijakan. Dalam hal ini Winarno (2002:182) memberikan pandangan bahwa:

Tidak semua masalah-masalah publik dapat dipecahkan oleh program-program kebijakan atau dengan kata lain, tidak semua program kebijakan yang dijalankan meraih dampak yang diinginkan. Bila kondisi seperti ini yang terjadi maka akan menimbulkan pertanyaan mengapa program kebijakan gagal meraih dampak yang diinginkan? Evaluasi kebijakan berguna dalam melihat sebab-sebab kegagalan tersebut.

Berdasarkan pandangan tersebut maka perubahan kebijakan dan penghentian kebijakan merupakan kegiatan selanjutnya setelah penilaian

kebijakan. Melalui identifikasi masalah-masalah kebijakan yang timbul dan kegagalan-kegagalan program kebijakan, maka selanjutnya dalam lingkaran kebijakan dilakukanlah perubahan atau penghentian suatu kebijakan. "Konsep perubahan kebijakan (*policy change*) merujuk pada penggantian kebijakan yang sudah ada dengan satu atau lebih kebijakan yang lain. Perubahan kebijakan ini meliputi pengambilan kebijakan baru dan merevisi kebijakan yang sudah ada" (Winarno, 2002:182).

Namun demikian tentunya tidak semua kebijakan akan menimbulkan masalah dan gagal dalam meraih dampak yang diinginkan. Banyak juga program-program kebijakan pemerintah yang telah berhasil meraih dampak yang diinginkan. Oleh karena itu, rekomendasi yang diajukan adalah terus menjalankan program-program kebijakan tersebut.

Berbicara tentang dampak hal tersebut berarti adanya akibat, pengaruh atau konsekuensi yang ditimbulkan dari pelaksanaan suatu kegiatan atau program, baik itu akibat yang diharapkan maupun akibat yang tidak diharapkan. Bila dihubungkan dengan pengertian kebijakan publik serta pengertian dari implementasi kebijakan, maka dampak kebijakan publik berarti suatu akibat, pengaruh atau konsekuensi dari serangkaian tindakan yang ditetapkan dan dilaksanakan atau tidak dilaksanakan oleh pemerintah yang mempunyai tujuan demi kepentingan seluruh masyarakat, baik itu akibat yang diharapkan maupun akibat yang tidak diharapkan. Dampak tersebut mempunyai beberapa macam dimensi yang harus dipertimbangkan dengan seksama. Adapun dimensi dampak kebijakan tersebut menurut Anderson (dalam Islamy, 2001) meliputi:

(a) Dampak kebijakan yang diharapkan (*intended impact*) atau tidak diharapkan (*unintended impact*) baik pada problemanya maupun pada masyarakat. (b) Dampak kebijakan pada situasi atau keadaan orang-orang atau kelompok diluar sasaran atau tujuan kebijakan yang dinamakan dengan dampak yang melimpah (*externalities or spillover effects*). (c) Dampak kebijakan terhadap kondisi sekarang atau kondisi yang akan datang. (d) Dampak kebijakan terhadap biaya langsung (*direct costs*) yang harus dikeluarkan untuk program-program kebijakan pemerintah. (e) Dampak kebijakan terhadap biaya tidak langsung (*indirect costs*) yang ditanggung dan dikeluarkan oleh masyarakat sebagai akibat adanya program-program kebijakan pemerintah.

Perlu ditegaskan bahwa dampak kebijakan (*policy outcomes* atau *policy consequences*) berbeda pengertiannya dengan hasil kebijakan (*policy outputs*). Hasil kebijakan adalah apa-apa yang telah dihasilkan dengan adanya proses perumusan kebijakan negara misalnya kebijakan tentang perumahan akan menghasilkan berdirinya bangunan-bangunan rumah. Sementara dampak kebijakan adalah akibat-akibat atau konsekuensi-konsekuensi apa yang ditimbulkan dengan dilaksanakannya kebijakan negara tersebut misalnya apakah kebijakan pembangunan puskesmas telah memberikan akibat semakin tingginya kesadaran masyarakat untuk mendapatkan pelayanan kesehatan, jadi dampaknya dapat dilihat pada perubahan sikap masyarakat tentang pelayanan kesehatan, apakah adanya kebijakan program Jamkesmas yang diimplementasikan telah memberikan dampak semakin meningkatnya kesehatan kelompok masyarakat miskin sebagai sasaran dan meningkatnya kesehatan masyarakat secara optimal.

Menurut Winarno (2002:184) "Pada dasarnya, setiap kebijakan mempunyai tujuan-tujuan tertentu atau ingin meraih dampak-dampak yang diinginkan. Namun demikian, karena proses kebijakan merupakan proses yang

kompleks, maka seringkali program-program kebijakan tidak dapat meraih tujuan atau dampak yang diinginkan". Mengingat bahwa pembangunan masyarakat merupakan suatu proses perubahan yang terencana menuju suatu kondisi yang lebih baik atau berdampak positif, maka munculnya dampak negatif atau *side effect* negatif tersebut seolah-olah merupakan hal yang kontradiktif.

Menurut Islamy (2001) ada sembilan faktor yang menyebabkan kebijakan publik tidak memperoleh hasil atau dampak yang diharapkan (*intended impact*) yaitu pertama, sumber-sumber yang terbatas baik tenaga, biaya, material dan waktu. Kedua, kesalahan dalam pengadministrasian kebijakan. Ketiga, problema-problema publik yang ada seringkali timbul disebabkan karena berbagai faktor. Keempat, masyarakat melaksanakan kebijakan dengan caranya sendiri. Kelima, adanya beberapa tujuan kebijakan yang bertentangan satu sama lain. Keenam, usaha-usaha untuk memecahkan masalah memakan biaya lebih besar dari masalahnya sendiri. Ketujuh, problema publik yang tidak dapat dipecahkan secara tuntas. Kedelapan, terjadinya perubahan sifat permasalahan ketika kebijakan sedang dirumuskan atau dilaksanakan. Kesembilan, adanya masalah-masalah baru yang lebih menarik sehingga mengalihkan perhatian orang pada masalah yang telah ada.

Berdasarkan hal tersebut dapat dikatakan bahwa kebijakan atau proses pembangunan yang dilaksanakan oleh pemerintah akan ada dampak positif dan dampak negatifnya. Berdasarkan pendekatan sistem politik maka dampak kebijakan baik yang positif maupun yang negatif akan difungsikan sebagai umpan

balik dan dimasukkan ke dalam masukan (*input*) dalam proses perumusan kebijakan publik berikutnya dengan harapan dapat meningkatkan mutu kebijakan.

B. Program Jamkesmas sebagai Kebijakan Publik

Hogwood dan Gunn (dalam Azwar, 2007) mengelompokkan aneka ragam penggunaan istilah kebijakan kedalam sepuluh macam, dan salah satu diantaranya adalah *policy as a programme* atau kebijakan sebagai program. Berbicara tentang suatu program maka menurut Hogwood dan Gunn (dalam Azwar, 2007:13) secara umum yang dimaksud adalah "suatu lingkup kegiatan pemerintah yang relatif khusus dan jelas batas-batasnya, mencakup serangkaian kegiatan yang menyangkut pengesahan/legislasi, pengorganisasian dan pengerahan atau penyediaan sumber-sumber yang diperlukan". Menurut Terry (dalam Defliana, 2004:19) program adalah:

sebuah rencana komprehensif yang meliputi penggunaan macam-macam sumber daya untuk masa yang akan datang dalam bentuk sebuah pola yang terintegrasi dan yang menetapkan suatu urutan tindakan-tindakan yang perlu dilaksanakan serta jadwal-jadwal waktu untuk masing-masing tindakan tersebut dalam rangka usaha mencapai sasaran-sasaran yang ditetapkan.

Sementara itu Siagian (dalam Defliana, 2004:19) mendefinisikan program sebagai "usaha kongkritisasi langkah-langkah yang harus ditempuh, yang dasarnya telah diletakkan dalam strategi organisasi". Sedangkan Mustopadidjaja (2000:32) berpendapat "program merupakan proses penentuan jumlah dan jenis sumber daya yang diperlukan dalam rangka pelaksanaan suatu rencana". Oleh karena itu kalau kita berbicara tentang pengentasan kemiskinan, maka kebijakan itu dapat terdiri dari sejumlah program misalnya pemberian subsidi bagi

masyarakat miskin, inpres desa tertinggal, jaminan pemeliharaan kesehatan masyarakat dan sebagainya. Sebagai salah satu program di bidang kesehatan dalam meningkatkan derajat kesehatan maka pemerintah telah melancarkan suatu program dengan nama Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas) yang diperuntukkan bagi masyarakat miskin. Terjadinya krisis ekonomi global tentunya akan semakin mempengaruhi status kesehatan masyarakat miskin. Tentang kemiskinan itu sendiri banyak sekali konsep yang dijumpai, diantaranya dapat dilihat secara absolut dan secara relatif. Soedarno (dalam Prihantina, 2006:29) memberikan pengertian kemiskinan absolut dan relatif sebagai berikut:

Kemiskinan mutlak (*Absolute Poverty*) diartikan sebagai ketidakmampuan seseorang atau kelompok untuk memenuhi kebutuhan dasarnya, bahkan kebutuhan fisik minimumnya. Kemampuan minimal yang perlu dimiliki oleh seseorang atau kelompok agar dapat hidup cukup, terbebas dari kemiskinan mutlak ini disebut garis kemiskinan. Garis kemiskinan ini secara kasar dapat dinyatakan dalam penghasilan perkapita per tahun, bisa pula dengan pembelanjaan konsumtif per jiwa per tahun. Kemiskinan relatif yaitu ketidaksamaan kesempatan dan kemampuan diantara berbagai lapisan masyarakat untuk mendapatkan barang atau jasa/pelayanan dalam menikmati kehidupan yang makmur. Di dalam suatu masyarakat dikatakan terdapat kemiskinan relatif, apabila ada lapisan atau kelompok tertentu yang tidak mendapatkan atau menikmati apa yang diperoleh dan didapat oleh lapisan atau kelompok lain.

Sementara itu Chalid (2007:6.1) memberikan pengertian kemiskinan tersebut sebagai berikut:

Kemiskinan setidaknya dapat ditinjau dari dua sisi, yaitu pertama, kemiskinan absolut, dimana dengan pendekatan ini diidentifikasi jumlah penduduk yang hidup dibawah garis kemiskinan tertentu. Kedua, kemiskinan relatif, yaitu pangsa pendapatan nasional yang diterima oleh masing-masing golongan pendapatan. Dengan kata lain, kemiskinan relatif amat erat kaitannya dengan masalah distribusi pendapatan.

Selanjutnya ia mengatakan bahwa kemiskinan yang terjadi di Indonesia secara konseptual terbagi dalam tiga kategori yaitu:

Pertama, kemiskinan alamiah, yaitu kemiskinan yang timbul sebagai akibat sumber daya yang langka jumlahnya, atau karena tingkat perkembangan teknologi yang sangat rendah. Termasuk didalamnya adalah kemiskinan akibat jumlah penduduk yang melaju dengan pesat di tengah-tengah sumber daya alam yang tetap. Kedua, kemiskinan struktural, yaitu kemiskinan yang diderita oleh suatu golongan masyarakat karena struktur sosial sehingga mereka tidak dapat menggunakan sumber-sumber pendapatan yang sebenarnya tersedia bagi mereka. Kemiskinan struktural ini terjadi karena kelembagaan yang ada membuat anggota kelompok masyarakat tidak menguasai sarana ekonomi dan fasilitas-fasilitas secara merata. Ketiga, kemiskinan kultural, yaitu kemiskinan yang muncul karena tuntutan tradisi/adat yang membebani ekonomi masyarakat, seperti upacara perkawinan, kematian atau pesta-pesta adapt lainnya termasuk juga dalam hal ini sikap mentalitas penduduk yang lamban, malas, konsumtif, serta kurang orientasi ke depan (Chalid, 2007:6.3)

Dalam rangka menghindari makin menurunnya status kesehatan, pemerintah perlu melakukan serangkaian tindakan dan upaya untuk membantu masyarakat miskin tersebut diantaranya melalui suatu kebijakan publik yang diberi nama Program Jamkesmas.

C. Efektivitas Organisasi

Organisasi merupakan suatu alat yang digunakan oleh manusia untuk mengorganisasi suatu pekerjaan sehingga keberadaannya tidak dapat diabaikan. Melalui organisasi maka suatu pekerjaan dapat dilaksanakan secara efektif dan efisien. Menurut Mooney (dalam Khofifi, 2009) "organisasi adalah bentuk setiap perserikatan manusia untuk mencapai tujuan bersama", dan menurut Stoner (dalam Khofifi, 2009) "organisasi adalah suatu pola hubungan-hubungan yang melalui mana orang-orang di bawah pengarahan manajer mengejar tujuan

bersama", sementara Robbins (dalam Purwanto dkk, 2007:1.3) mendefinisikan organisasi sebagai "kesatuan sosial yang dikoordinasikan secara sadar, dengan sebuah batasan yang relatif dapat diidentifikasi, yang bekerja secara terus-menerus untuk mencapai suatu tujuan atau sekelompok tujuan yang telah ditetapkan". Dengan demikian suatu organisasi haruslah mengandung unsur-unsur yaitu adanya kesatuan sosial yang dikordinasikan secara sadar, adanya batasan yang relatif dapat diidentifikasi, adanya keterikatan yang terus menerus serta adanya tujuan yang hendak dicapai.

Dalam menjalankan pekerjaan atau fungsinya suatu organisasi pasti akan mempengaruhi atau sebaliknya dipengaruhi oleh lingkungannya, hal tersebut umumnya menyangkut 3 hal besar yaitu desain organisasi, struktur organisasi dan budaya organisasi. Desain, struktur dan budaya organisasi dipengaruhi oleh lingkungan, sedangkan struktur dan budaya dipengaruhi oleh desain. Menurut Jones (dalam Purwanto dkk, 2007:1.30) "desain organisasi adalah proses di mana para manajer memilih dan mengelola aspek-aspek dari struktur dan kultur sehingga organisasi dapat melakukan pengawasan terhadap kegiatannya dalam upayanya mencapai tujuan". Adapun masalah dalam mendesain organisasi adalah kemampuan menjembatani jurang antara faktor-faktor organisasi dan faktor-faktor individual dengan mengembangkan konsistensi, hubungan dan kesesuaian antara faktor-faktor tersebut.

Kinerja suatu organisasi akan menurun apabila gagal dalam mendesain organisasi secara efektif dan efisien, hal tersebut ditandai dengan keluarnya tenaga-tenaga potensial, semakin sulitnya memperoleh sumber daya, dan

menurunnya keseluruhan proses penciptaan nilai bagi organisasi. Berdasarkan hal tersebut maka efektifitas suatu organisasi ditentukan oleh desain organisasi yang mampu mempertemukan kepentingan individu dan organisasi serta strategi organisasi. Purwanto dkk (2007:1.31) mengatakan "pada umumnya efektivitas organisasi diberikan pengertian sebagai kemampuan organisasi dalam mencapai tujuan secara efisien dengan sumber daya yang tersedia. Organisasi yang efektif adalah organisasi yang mendesain struktur dan budayanya sesuai dengan keinginan *stakeholder*".

Dari penelitian Peters dan Waterman (dalam Purwanto dkk, 2007:1.31), menyimpulkan bahwa organisasi yang dikelola dengan baik dan sangat efektif memiliki 8 (delapan) karakteristik yaitu :

- 1) mempunyai hasil terhadap tindakan dan penyelesaian pekerjaan;
- 2) selalu dekat dengan pelanggan sehingga mengetahui kebutuhannya;
- 3) memberikan otonomi yang tinggi kepada pegawai dan memupuk semangat kewirausahaan;
- 4) peningkatan produktivitas melalui partisipasi;
- 5) pegawai mengerti kemauan perusahaan dan manajer terlibat aktif pada permasalahan dalam semua tingkat;
- 6) dekat dengan usaha yang diketahui dan dipahami;
- 7) memiliki struktur organisasi yang luwes dan sederhana, dengan staf pendukung yang berjumlah minimal;
- 8) penggabungan kontrol yang ketat dengan desentralisasi.

Selanjutnya Robbins (dalam Purwanto dkk, 2007:1.32) menambahkan "efektivitas organisasi dipengaruhi secara kuat oleh struktur organisasi yang tepat". Sementara Steers dkk (dalam Purwanto dkk, 2007:1.32) menyatakan "pengembangan desain struktur organisasi merupakan tugas yang amat fundamental bagi para manajer. Kesalahan dalam mendesain struktur dapat mengakibatkan adanya duplikasi wewenang dan tanggung jawab, konflik,

koordinasi yang kacau, ketidaksesuaian antara keterampilan dan tugas dan lain-lain". Lebih lanjut Steers dkk (dalam Purwanto dkk, 2007:1.32) mengemukakan beberapa variabel yang mempengaruhi efektivitas organisasi yaitu :

1. Karakteristik organisasi seperti struktur dan teknologi.
2. Karakteristik lingkungan seperti ekonomi, sosial, dan peraturan pemerintah.
3. Karakteristik pegawai seperti prestasi kerja.
4. Kebijakan-kebijakan dan praktek-praktek manajerial.

Chambell (dalam Purwanto dkk, 2007:1.33) menyebutkan ada 29 kriteria untuk mengukur keefektifan organisasi. Adapun ke-29 kriteria tersebut adalah :

- 1) keefektifan keseluruhan; 2) produktivitas; 3) efisiensi; 4) laba; 5) kualitas; 6) kecelakaan; 7) Pertumbuhan; 8) kemangkiran; 9) penggantian pegawai; 10) kepuasan kerja; 11) motivasi; 12) moral atau semangat kerja; 13) kontrol; 14) konflik/solidaritas; 15) fleksibilitas atau penyesuaian; 16) perencanaan dan penetapan tujuan; 17) konsensus tentang tujuan; 18) internalisasi tujuan organisasi; 19) keterampilan interpersonal manajerial; 20) keterampilan manajerial; 21) manajemen informasi dan komunikasi; 22) kesiapan; 23) pemanfaatan lingkungan; 24) evaluasi pihak luar; 25) stabilitas; 26) nilai sumber daya manusia; 27) partisipasi dan pengaruh yang digunakan bersama; 28) penekanan pada pelatihan dan pengembangan; 29) penekanan pada performa.

Dari 29 kriteria tersebut diatas, maka secara global terdapat 6 pendekatan untuk mengukur efektivitas yaitu ukuran yang dikemukakan oleh Robbins (dalam Purwanto.dkk, 2007:1.43) yaitu :

- 1) Pendekatan pencapaian tujuan, yang mengukur efektivitas organisasi hanya semata-mata dilihat dari segi kemampuan organisasi dalam mencapai tujuan organisasi; 2) Pendekatan sistem yang mengukur efektifitas organisasi dari segi kinerja intern organisasi dalam menanggapi permintaan lingkungan; 3) Pendekatan konstituensi strategis adalah pendekatan yang mengukur efektivitas dengan mengukur bagaimana organisasi menanggapi pengaruh lingkungan. Hanya pendekatan ini lebih melihat bahwa organisasi

dapat memilih sendiri lingkungannya. Ini yang membedakannya dengan pendekatan sistem.

Sementara 3 (tiga) ukuran lain yang dikemukakan oleh Jones (dalam Purwanto dkk, 2007:1.43) adalah :

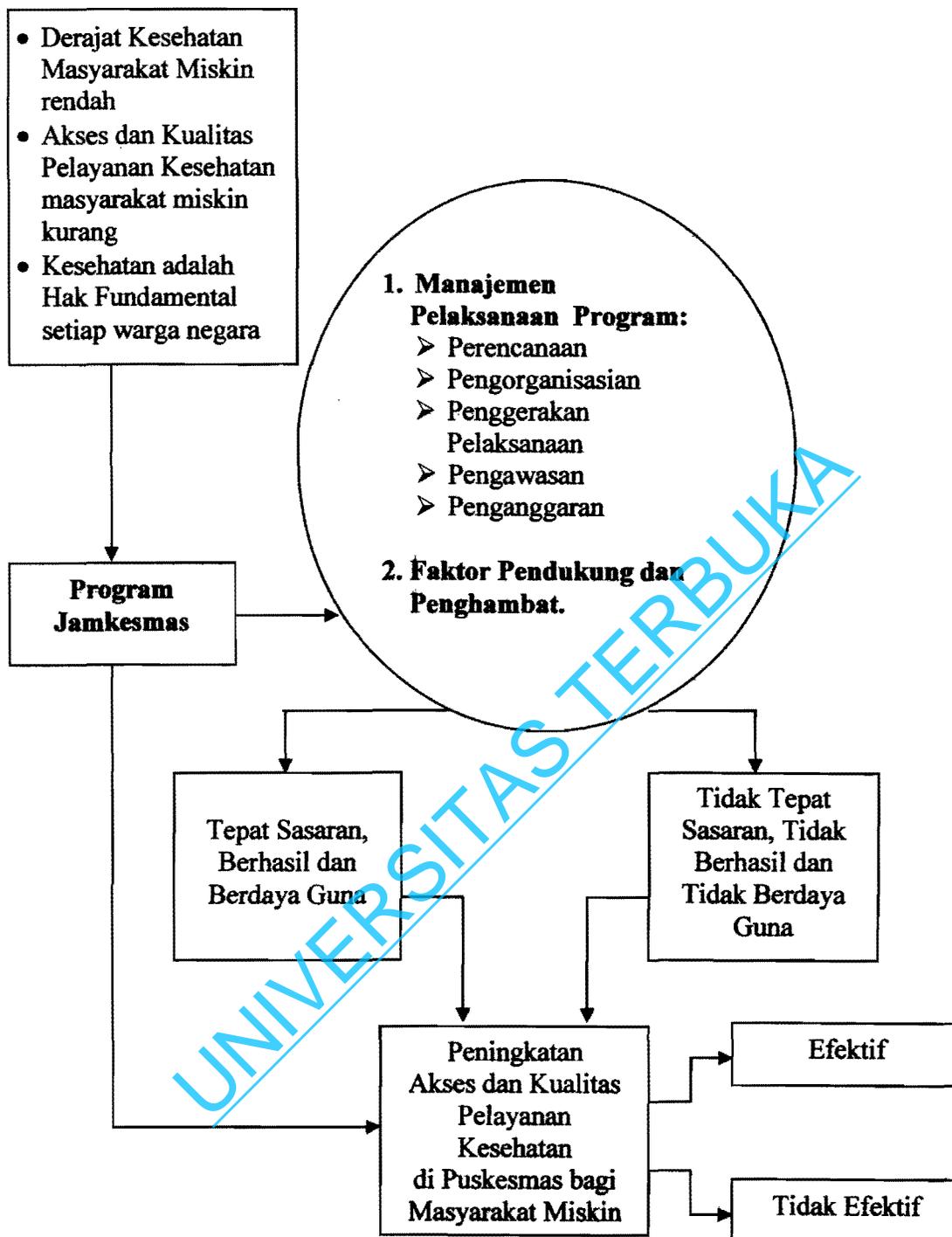
1) Pendekatan sumber *eksternal*, yaitu mengukur efektivitas organisasi berdasarkan kemampuannya dalam menjalin hubungan dengan pihak *eksternal*; 2) Pendekatan sistem *internal*, yaitu mengukur efektivitas organisasi dengan mengukur kemampuan kinerja intern organisasi dalam menjalankan fungsinya; 3) Pendekatan teknis (*technical approach*), yaitu mengevaluasi kemampuan organisasi dalam mengkonversi keterampilan dan sumber-sumber menjadi barang dan jasa secara efisien.

Dengan demikian terdapat beberapa kesamaan antara pendekatan yang dikemukakan oleh Robbins dan Jones tersebut di atas. Terdapat kesamaan antara pendekatan sumber *eksternal* dengan pendekatan konstituen, serta pendekatan sistem dengan sistem *internal*.

UNIVERSITAS TERBUKA

D. Kerangka Berpikir

Gambar 2.1
Kerangka Berpikir
Manajemen Pelaksanaan Kebijakan Program Jamkesmas
di Puskesmas Tahun 2008



Dilatarbelakangi oleh masih rendahnya derajat kesehatan masyarakat miskin, kurangnya akses dan kualitas pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin serta kesehatan sebagai hak fundamental setiap orang, maka ditetapkanlan Program Jamkesmas sebagai sebuah kebijakan jaminan sosial yang bertujuan untuk meningkatkan akses dan kualitas pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin.

Namun sebelum sampai pada tujuan yang hendak dicapai, maka ada proses yang harus dilalui yaitu pelaksanaan kebijakan program yang dikaitkan dengan kegiatan manajemen program yang tentunya akan sangat menentukan tepat atau tidaknya sasaran, berhasil guna atau tidak, dan berdaya guna atau tidak. Dalam pelaksanaannya ada beberapa aktivitas atau fungsi manajemen yang berpengaruh terhadap keberhasilan program diantaranya adalah perencanaan, pengorganisasian, penggerakan pelaksanaan, pengawasan, dan penganggaran serta faktor-faktor yang menjadi faktor pendukung dan penghambat dalam pelaksanaan kebijakan program jamkesmas di puskesmas.

Jika dalam pelaksanaannya berhasil guna, berdaya guna dan tepat sasaran, maka tujuan peningkatan akses dan kualitas pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin akan tercapai, sehingga tujuan tersebut menjadi efektif sehingga apa yang menjadi tujuan program dan organisasi akan berdampak pada tercapainya efektivitas organisasi. Demikian pula sebaliknya apabila pelaksanaannya tidak berhasil guna, tidak berdaya guna dan tidak tepat sasaran, maka tujuan peningkatan akses dan kualitas pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin tidak akan tercapai, sehingga tujuan tersebut menjadi tidak efektif sehingga apa yang menjadi tujuan program dan organisasi akan berdampak pada tidak tercapainya efektivitas organisasi.

E. Definisi Operasional

Setelah mengkaji beberapa definisi dan pengertian tentang manajemen dan pelaksanaan kebijakan publik, maka definisi operasional variabel beserta indikator dalam penelitian ini dapat diuraikan dalam penjelasan singkat sebagai berikut:

1. Kebijakan Publik adalah serangkaian arah tindakan yang ditetapkan dan dilaksanakan atau tidak dilaksanakan oleh pemerintah yang mempunyai tujuan tertentu untuk memenuhi kepentingan masyarakat atau publik.
2. Program Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas) adalah Program bantuan sosial untuk pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin dan tidak mampu yang bertujuan untuk meningkatnya cakupan masyarakat miskin dan tidak mampu mendapat pelayanan kesehatan di Puskesmas serta jaringannya dan di Rumah Sakit, meningkatnya kualitas pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin, serta terselenggaranya pengelolaan keuangan yang transparan dan akuntabel.
3. Manajemen Pelaksanaan Kebijakan Program di Puskesmas adalah suatu proses yang dilakukan oleh individu-individu atau kelompok-kelompok pemerintah yang diarahkan untuk mencapai tujuan-tujuan yang telah ditetapkan dalam keputusan-keputusan kebijakan bagi pelaksanaan program di puskesmas melalui pemanfaatan sumber daya manusia mulai dari tahap penyusunan perencanaan kegiatan, pengorganisasian, penggerakan pelaksanaan kegiatan, pelaksanaan pengawasan dan penganggaran.

4. Perencanaan adalah rangkaian kegiatan menetapkan hal-hal yang akan dikerjakan oleh puskesmas dalam pelaksanaan kebijakan program jamkesmas pada waktu yang akan datang berdasarkan fakta-fakta dan pemikiran yang matang dalam rangka pencapaian tujuan yang diinginkan, mulai dari penyusunan dokumen perencanaan kegiatan (*plan of action*) program jamkesmas dalam rangka memetakan kegiatan-kegiatan yang akan dibuat untuk masa yang akan datang, keterlibatan anggota organisasi atau staf puskesmas dalam penyusunan perencanaan kegiatan, serta proses yang dilakukan dalam rangka penyusunan perencanaan kegiatan.
5. Pengorganisasian adalah rangkaian aktivitas menyusun suatu kerangka yang menjadi wadah segenap kegiatan usaha kerja sama dengan jalan membagi dan mengelompokkan pekerjaan-pekerjaan yang harus dilaksanakan, serta menetapkan dan menyusun jalinan hubungan kerja di antara satuan-satuan organisasi puskesmas atau para pejabatnya dalam pelaksanaan kebijakan program jamkesmas mulai dari pembentukan tim pengelola program jamkesmas di puskesmas beserta strukturnya serta pembentukan tim pendataan masyarakat miskin beserta strukturnya di tingkat puskesmas.
6. Penggerakan pelaksanaan adalah kegiatan yang dilakukan oleh pimpinan untuk membuat bawahan dapat melaksanakan tugas dan kegiatan dengan senang hati seperti yang dikehendaki sesuai dengan sasaran organisasi dan kebijakan program jamkesmas di puskesmas mulai dari kegiatan penggerakan berupa pembinaan pimpinan, pendataan kelompok sasaran kebijakan program (masyarakat miskin), kriteria yang digunakan dalam penetapan kelompok

sasaran masyarakat miskin, upaya yang dilakukan puskesmas untuk mengatasi masyarakat miskin yang belum terdata, kepemilikan kartu peserta jamkesmas oleh masyarakat miskin, jangkauan akses pelayanan kesehatan dan kualitas pelayanan kesehatan yang diberikan kepada masyarakat miskin, jaminan atas semua jenis pelayanan kesehatan gratis kepada masyarakat miskin, serta kemudahan atau mekanisme yang diberlakukan oleh puskesmas dalam memberikan pelayanan kesehatan kepada masyarakat miskin.

7. Pengawasan adalah kegiatan yang dilakukan oleh pimpinan atau yang berwenang untuk mengetahui hasil pelaksanaan kerja di puskesmas, kemudian memperbaiki apabila terjadi kesalahan atau penyimpangan dan mencegah terjadinya hal-hal yang tidak diinginkan terulang kembali, sehingga hasil yang dicapai sesuai dengan rencana yang telah ditetapkan dalam program jamkesmas mulai dari pelaksanaan kegiatan pengawasan oleh kepala puskesmas, pejabat pada tingkat dinas kabupaten, dan pejabat fungsional pengawasan dalam hal ini Inspektorat Kabupaten, saran-saran hasil pengawasan dan tindak lanjut terhadap temuan-temuan atau penyimpangan-penyimpangan serta pelaksanaan penyusunan pelaporan kegiatan program jamkesmas dan penyampaian pelaporan.
8. Penganggaran adalah suatu kegiatan untuk menyediakan anggaran dalam program jamkesmas sedemikian rupa untuk pelaksanaan kegiatan dan sarana manajemen di puskesmas dalam rangka mencapai tujuan yang diinginkan mulai dari kecukupan alokasi anggaran program jamkesmas, upaya yang dilakukan puskesmas apabila anggaran program jamkesmas tidak mencukupi,

ketepatan waktu dalam penyaluran alokasi anggaran dari pusat ke puskesmas, serta mekanisme yang diberlakukan dalam penyaluran alokasi anggaran program jamkesmas ke puskesmas.

9. Faktor pendukung dan penghambat adalah semua faktor-faktor yang menjadi pendukung dan penghambat dalam pelaksanaan program jamkesmas di Puskesmas, baik yang berasal dari dalam (*internal*) maupun dari luar (*eksternal*) puskesmas yaitu kejelasan standard an tujuan program, tersedianya sumber daya, komunikasi yang lancar, karakteristik lembaga, kondisi sosial ekonomi politik, adanya kesediaan dan komitmen dari pelaksana, mudah tidaknya masalah yang digarap, kemampuan kebijakan menstruktur proses implementasi secara tepat, respek anggota masyarakat pada otoritas keputusan pemerintah, adanya kesadaran untuk menerima kebijakan, adanya sanksi hukum, adanya kepentingan publik, adanya kepentingan pribadi, adanya masalah waktu, kebijakan yang bertentangan dengan sistem nilai yang ada, tidak adanya kepastian hukum, adanya keanggotaan seseorang dalam organisasi, dan adanya konsep ketidakpatuhan selektif terhadap hukum.

BAB III

METODE PENELITIAN

A. Desain Penelitian

Desain penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah metode deskriptif dengan pendekatan kuantitatif. Yang dimaksud dengan metode deskriptif adalah bahwa penelitian ini bertujuan untuk mendeskripsikan (menggambarkan) atau menjelaskan sesuatu hal apa adanya (Irawan, 2007) sesuai kondisi objek penelitian yaitu puskesmas atau jajaran dinas kesehatan dalam pelaksanaan kebijakan program jamkesmas di Kabupaten Sintang. Sementara pendekatan kuantitatif adalah suatu metode penelitian yang berupaya menjelaskan variabel penelitian dengan menggunakan perhitungan statistik.

B. Populasi dan Sampel

Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh unit puskesmas yang ada pada jajaran Dinas Kesehatan di Kabupaten Sintang dan masyarakat miskin peserta jamkesmas yang pernah memanfaatkan puskesmas untuk mendapatkan pelayanan kesehatan dalam program jamkesmas. Adapun jumlah puskesmas yang menjadi sampel dalam penelitian ini adalah seluruh populasi atau *total sampling* dari puskesmas yang ada yaitu sebanyak 16 puskesmas yang tersebar dalam 14 wilayah kecamatan di Kabupaten Sintang. Unit penelitian ini adalah lembaga sehingga tidak secara otomatis dapat menjadi responden penelitian, dengan demikian diperlukan adanya responden yang dianggap mewakili lembaga tersebut. Sementara sampel dari masyarakat dilakukan secara *purposif* dengan

mengambil sebanyak 48 orang peserta jamkesmas yang pernah memanfaatkan puskesmas sebagai tempat pelayanan kesehatan dengan rincian 3 responden masyarakat miskin pada masing-masing wilayah puskesmas.

Dengan demikian jumlah sampel keseluruhan adalah 64 orang, untuk sampel atau responden dari puskesmas sebagian besar atau 68,75% diwakili oleh kepala puskesmas dan 31,25% diwakili oleh staf puskesmas, dengan tingkat pendidikan 37,50% S-1 Kedokteran, 37,50% SMA sederajat, dan 25% D-3 Kesehatan. Sebagian besar atau 68,75% diwakili oleh responden laki-laki dan 31,25% diwakili oleh responden perempuan.

Sementara untuk responden masyarakat miskin peserta jamkesmas 25% memiliki pekerjaan sebagai petani, 22,92% sebagai nelayan, 18,75% sebagai buruh, 18,75% tidak memiliki pekerjaan tetap, dan 14,58% sebagai tukang, dengan tingkat pendidikan 47,92% SD tidak tamat, 39,58% tamat SD, dan 12,50% SLTP tidak tamat, yang mana sebagian besar atau 77,08% diwakili oleh responden laki-laki dan 22,92% diwakili oleh responden perempuan.

C. Instrumen Penelitian

Data yang dijangkau dalam penelitian ini terdiri dari data primer dan data sekunder. Data primer diperoleh dari responden dengan menggunakan instrumen kuesioner (*questionnaire*). Sedangkan data sekunder diperoleh dari literatur-literatur yang terkait dengan kajian dan laporan serta dokumen kegiatan program jamkesmas. Data sekunder ini dijangkau dengan menggunakan instrumen pedoman review dokumen (*document review*).

D. Prosedur Pengumpulan Data

Prosedur pengumpulan data dalam penelitian ini menggunakan teknik atau metode survei. Metode survei adalah metode penelitian yang menggunakan instrumen kuesioner sebagai instrumen utama dalam pengumpulan data. Data yang dikumpulkan dengan metode survei merupakan data primer dimana pengumpulannya dilakukan dengan cara mendistribusikan kuesioner kepada seluruh responden yang dianggap dapat mewakili lembaga atau unit penelitian yaitu seluruh puskesmas yang telah melaksanakan program jamkesmas di Kabupaten Sintang serta masyarakat miskin peserta jamkesmas yang pernah memanfaatkan puskesmas sebagai tempat pelayanan kesehatan. Untuk melengkapi data primer yang dijangkau maka peneliti juga melakukan pengumpulan data sekunder menggunakan telaahan dokumen berupa profil dinas kesehatan, literatur dan laporan-laporan program serta Peraturan atau Keputusan Bupati Sintang terkait dengan pelaksanaan Program Jamkesmas di Kabupaten Sintang.

E. Metode Analisis Data

Setelah data terkumpul maka tahap selanjutnya adalah mengatur dan mengolah data sedemikian rupa. Pengolahan data primer atau kuesioner dalam penelitian ini dilakukan dengan menggunakan analisis data kuantitatif yaitu menggunakan rumus-rumus statistik yang dilakukan secara manual melalui program Microsoft Office Excel 2003. Adapun tahap analisis kuantitatif ini *pertama*, dilakukan dengan pemberian kode-kode pada item pertanyaan (koding) beserta kategori penilaian pada masing-masing jawaban responden sehingga akan mempermudah dalam proses perhitungan dan penerapannya. *Kedua*, melakukan

decoding dan memberi tafsiran serta deskripsi terhadap hasil perhitungan statistik yang telah dilakukan melalui deskripsi kuantitatif. Data-data hasil penelitian yang telah diolah secara kuantitatif selanjutnya disajikan dalam bentuk tabel-tabel distribusi dan selanjutnya diberikan tafsiran serta interpretasi melalui analisis kualitatif.

UNIVERSITAS TERBUKA

BAB IV

TEMUAN DAN PEMBAHASAN

A. Gambaran Umum Lokasi Penelitian

1. Letak dan Luas Wilayah Kabupaten Sintang

Kabupaten Sintang adalah salah satu kabupaten yang terletak di bagian timur Provinsi Kalimantan Barat. Secara geografis terletak diantara 1°05' Lintang Utara - 0°46' Lintang Selatan dan 110°50' Bujur Timur - 113°20' Bujur Timur, sehingga dilalui oleh garis Khatulistiwa. Secara administratif batas wilayah Kabupaten Sintang adalah sebagai berikut :

- Sebelah Utara berbatasan dengan Kapuas Hulu dan Malaysia Timur (Serawak).
- Sebelah Selatan berbatasan dengan Provinsi Kalimantan Tengah, Kabupaten Melawi, Kabupaten Sanggau dan Kabupaten Ketapang.
- Sebelah Timur berbatasan dengan Provinsi Kalimantan Tengah, Kabupaten Sanggau dan Kabupaten Kapuas Hulu.
- Sebelah Barat berbatasan dengan Kabupaten Ketapang, Kabupaten Sanggau, Kabupaten Melawi, Kabupaten Kapuas Hulu dan Kabupaten Sekadau.

Kabupaten Sintang memiliki luas wilayah terbesar ketiga di Provinsi Kalimantan Barat yaitu 21.635,00 Km² atau 14,74% dari luas wilayah Provinsi Kalimantan Barat (146.760 Km²). Sungai besar yang mengalir di

Kabupaten Sintang terbagi atas dua, yaitu Sungai Kapuas dan Sungai Melawi yang merupakan urat nadi kehidupan perekonomian masyarakat. Secara administratif Kabupaten Sintang terdiri dari 14 kecamatan, 281 desa dan 6 kelurahan serta 636 dusun. Luas wilayah kecamatan tidak merata, bervariasi antara 1,28% – 29,52% terhadap luas kabupaten.

2. Jumlah Penduduk Kabupaten Sintang

Berdasarkan angka proyeksi tahun 2007 dari Kabupaten Sintang Dalam Angka 2008 (Bappeda dan BPS Kabupaten Sintang, 2008), penduduk Kabupaten Sintang berjumlah 357.579 jiwa terdiri dari laki-laki 181.652 jiwa dan perempuan 175.827 jiwa, dengan jumlah rumah tangga sebanyak 89.932 kk. Laju pertumbuhan penduduk antara tahun 2000-2007 lebih tinggi yaitu 2,01% dibanding tahun sebelumnya 2000-2006 sebesar rata-rata 1,84% per tahun. Tingkat kepadatan penduduk tahun 2007 adalah 17 jiwa/km², dengan jumlah anggota rumah tangga rata-rata 4 jiwa per rumah tangga.

Penyebaran penduduk Kabupaten Sintang tidak merata antara kecamatan satu dengan kecamatan yang lain. Kecamatan Sintang memiliki jumlah penduduk tertinggi yaitu 54.784 jiwa sedangkan Binjai Hulu memiliki jumlah penduduk terendah yaitu 11.350 jiwa. Secara rinci tentang besaran jumlah penduduk, luas wilayah, jumlah kepala keluarga dan rata-rata anggota rumah tangga per kecamatan di Kabupaten Sintang dapat disajikan pada tabel.

4.1 sebagai berikut:

Tabel 4.1.
Luas Wilayah, Jumlah Penduduk, Kepala Keluarga dan
Rata-Rata Anggota Rumah Tangga Per Kecamatan
di Kabupaten Sintang Tahun 2007

No.	Kecamatan	Luas Wilayah (Km2)	Jumlah Penduduk (Jiwa)	Kepala Keluarga (KK)	Rata-Rata ART (Jiwa)
1	2	3	4	5	6
1.	Serawai	2.127,50	22.610	5.737	4
2.	Ambalau	6.386,40	15.011	3.977	4
3.	Kayan Hulu	937,50	23.127	5.386	4
4.	Sepauk	1.825,70	44.293	11.709	4
5.	Tempunak	1.027,00	25.591	6.875	4
6.	Sungai Tebelian	526,50	27.750	7.477	4
7.	Sintang	277,05	54.784	13.184	4
8.	Dedai	694,10	26.409	7.465	4
9.	Kayan Hilir	1.136,70	24.523	5.960	4
10.	Kelam Permai	523,80	15.013	4.174	4
11.	Binjai Hulu	307,65	11.350	2.504	5
12.	Ketungau Hilir	1.544,50	20.338	4.601	4
13.	Ketungau Tengah	2.182,40	27.253	6.479	4
14.	Ketungau Hulu	2.138,20	19.427	4.404	4
	2007	21.635,00	357.479	89.932	4
	2006	21.635,00	346.857	78.596	4
	2005	21.635,00	341.146	78.596	4

Sumber data: Badan Pusat Statistik Kabupaten Sintang, 2008

3. Jumlah Masyarakat Miskin Penerima Program Jamkesmas

Berdasarkan hasil pendataan yang dilakukan terhadap masyarakat miskin di Kabupaten Sintang Tahun 2008 oleh Tim Kabupaten Sintang bekerja sama dengan Badan Pusat Statistik Kabupaten Sintang terdapat 142.141 jiwa masyarakat miskin. Untuk lebih jelasnya dapat dilihat dalam tabel 4.2 sebagai berikut:

Tabel 4.2
Jumlah Masyarakat Miskin Yang Mendapatkan Program Jamkesmas
di Kabupaten Sintang Tahun 2008

No.	Kecamatan	Jumlah Penduduk Estimasi 2008 (Jiwa)	Jumlah Masyarakat Miskin (Jiwa)	Prosentase Masyarakat Miskin (%)
1	2	3	4	5
1.	Serawai	23.064	14.802	64,18
2.	Ambalau	15.313	7.849	51,26
3.	Kayan Hulu	23.592	9.239	39,16
4.	Sepauk	45.183	12.353	27,34
5.	Tempunak	26.105	11.110	42,56
6.	Sungai Tebelian	28.308	6.757	23,87
7.	Sintang	55.885	6.545	11,71
8.	Dedai	26.940	11.243	41,73
9.	Kayan Hilir	25.016	9.865	39,43
10.	Kelam Permai	15.315	9.771	63,80
11.	Binjai Hulu	11.578	5.556	47,99
12.	Ketungau Hilir	20.747	10.338	49,83
13.	Ketungau Tengah	27.801	15.109	54,35
14.	Ketungau Hulu	19.817	11.604	58,55
	2008	364.664	142.141	38,98
	2007	357.479	142.076	39,74
	2006	346.857	81.686	23,55

Sumber data: Dinas Kesehatan Kabupaten Sintang, 2008

Berdasarkan tabel tersebut terlihat bahwa jumlah prosentase masyarakat miskin terbesar berada pada Kecamatan Serawai, sedangkan yang terendah pada Kecamatan Sintang. Bila dibandingkan dengan jumlah penduduk dengan estimasi kenaikan penduduk Kabupaten Sintang sebesar 2,01% pada tahun 2008 menjadi 364.664 jiwa, maka masih terdapat 38,98% masyarakat miskin di Kabupaten Sintang. Hal tersebut memperlihatkan bahwa tingkat kesejahteraan masyarakat di Kabupaten Sintang masih relatif rendah.

B. Gambaran Umum Dinas Kesehatan Kabupaten Sintang

1. Kedudukan, Tugas Pokok dan Fungsi

Berdasarkan Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 41 Tahun 2007 tentang Organisasi Perangkat Daerah, maka Pemerintah Kabupaten Sintang telah melakukan reorganisasi perangkat daerah yang diwujudkan dalam bentuk Peraturan Daerah Kabupaten Sintang Nomor 2 Tahun 2008 tentang Susunan Organisasi Perangkat Daerah Pemerintah Kabupaten Sintang. Peraturan Daerah tersebut telah ditindak lanjuti dengan Peraturan Bupati Sintang Nomor 33 Tahun 2008 tentang Susunan Organisasi dan Tata Kerja Dinas Kesehatan Kabupaten Sintang. Berdasarkan Peraturan Daerah dan Peraturan Bupati tersebut, Dinas Kesehatan merupakan Unsur Pelaksana Pemerintah Kabupaten Sintang yang dipimpin oleh seorang Kepala Dinas yang berada di bawah dan bertanggung jawab kepada Bupati Sintang melalui Sekretaris Daerah sesuai dengan bidang kewenangannya.

Berdasarkan Peraturan Bupati Nomor 33 Tahun 2008 tersebut, Dinas Kesehatan Kabupaten Sintang mempunyai tugas pokok melaksanakan sebagian kewenangan otonomi daerah di bidang kesehatan. Untuk melaksanakan tugas pokok tersebut Dinas Kesehatan mempunyai fungsi-fungsi sebagai berikut:

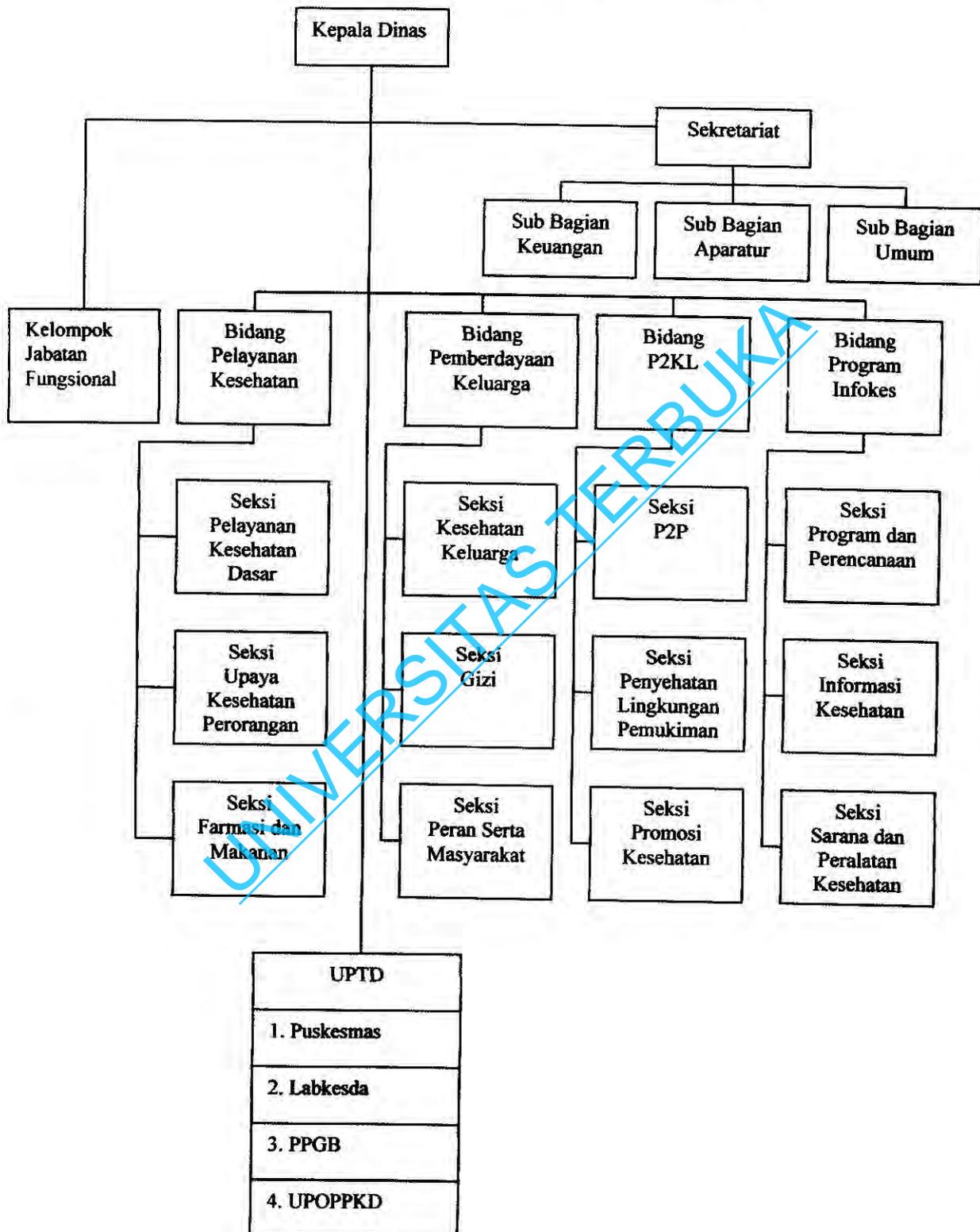
- a. Perumusan kebijakan teknis di bidang kesehatan.
- b. Penyusunan dan pelaksanaan rencana strategis dan rencana kerja tahunan di bidang kesehatan.
- c. Pengadaan dan pemeliharaan sarana dan prasarana kesehatan.
- d. Pembinaan dan penempatan tenaga fungsional kesehatan.
- e. Pelaksanaan dan pengawasan kegiatan pelayanan kesehatan.

- f. Penyusunan pedoman dan pelaksanaan kompetensi tenaga kesehatan yang profesional.
- g. Pelaksanaan dan pengawasan kerjasama di bidang kesehatan.
- h. Pelaksanaan dan pembinaan masyarakat di bidang kesehatan.
- i. Pemberian pertimbangan teknis perijinan di bidang kesehatan.
- j. Pelaksanaan dan pengawasan pendidikan dan pelatihan di bidang kesehatan kepada masyarakat.
- k. Pelaksanaan pendataan dan penyusunan perencanaan teknis di bidang kesehatan.
- l. Pembinaan Unit Pelaksana Teknis Dinas (UPTD) di bidang kesehatan.
- m. Pengelolaan administrasi umum meliputi penyusunan program, ketatalaksanaan, ketatausahaan, keuangan, kepegawaian, rumah tangga, perlengkapan, humas dan arsip Dinas Kesehatan.
- n. Pelaksanaan Standar Pelayanan Minimal (SPM) di bidang kesehatan.
- o. Evaluasi dan pelaporan pelaksanaan tugas dan fungsi.
- p. Penyusunan Laporan Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah di bidang Kesehatan.
- q. Penyusunan Penetapan Kinerja di bidang kesehatan.
- r. Penyusunan analisa jabatan.
- s. Penyusunan pengawasan melekat.
- t. Pelaksanaan tugas lain yang diberikan oleh Bupati sesuai dengan tugas dan fungsinya.

2. Susunan Organisasi

Susunan organisasi Dinas Kesehatan Kabupaten Sintang berdasarkan Peraturan Bupati Nomor 33 Tahun 2008 dapat dilihat pada bagan 4.1 sebagai berikut:

Bagan 4.1
 Bagan Susunan Organisasi dan Tata Kerja
 Dinas Kesehatan Kabupaten Sintang



Dilihat dari bagan susunan organisasi tersebut di atas terlihat bahwa Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Sintang membawahi seorang sekretaris yang mempunyai 3 (tiga) sub bagian, 4 (empat) orang kepala bidang dengan 3 (tiga) seksi pada masing-masing bidang, beberapa kelompok jabatan fungsional dan 4 (empat) Unit Pelaksana Teknis Dinas (UPTD) dari Dinas Kesehatan. Dalam hal ini Puskesmas merupakan salah satu UPTD dari dinas kesehatan yang menjadi ujung tombak dalam pelaksanaan pelayanan kesehatan masyarakat termasuk pelaksanaan program jamkesmas.

Pusat Kesehatan Masyarakat (Puskesmas) merupakan unit organisasi pelayanan kesehatan terdepan dengan misi sebagai pusat pengembangan pelayanan kesehatan, yang tugasnya melaksanakan pembinaan, pelayanan kesehatan secara menyeluruh dan terpadu kepada masyarakat di suatu wilayah tertentu. Pelayanan kesehatan yang dilakukan secara menyeluruh, meliputi aspek-aspek promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif. Upaya yang dilakukan untuk menjalankan misi puskesmas antara lain:

- a. Meluaskan jangkauan pelayanan kesehatan sampai ke desa-desa.
- b. Meningkatkan mutu pelayanan kesehatan dengan dua cara yaitu:
 - 1) *Quality of care* yaitu peningkatan kemampuan profesional tenaga kesehatan dalam menjalankan profesinya (dokter, perawat, bidan, dll) yang dilakukan oleh organisasi profesi.
 - 2) *Quality of service*, yaitu peningkatan kualitas yang terkait dengan pengadaan sarana, dan menjadi tanggung jawab institusi sarana kesehatan.
- c. Pengadaan peralatan dan obat-obatan sesuai dengan kebutuhan masyarakat.
- d. Sistem rujukan di tingkat pelayanan kesehatan dasar.
- e. Peran serta masyarakat, melalui pembangunan kesehatan masyarakat desa (PKMD).

Adapun penerapan fungsi manajemen yang dilaksanakan di puskesmas meliputi kegiatan sebagai berikut:

a. Perencanaan

Micro planning atau perencanaan tingkat puskesmas dilakukan setahun sekali, unsur yang direncanakan meliputi; kebutuhan tenaga, alat dan sarana, pelaksanaan kegiatan atau program serta penunjang lainnya. Sedangkan perencanaan obat dan alat kesehatan dilakukan setiap bulan, dengan cara mengajukan usulan ke Dinas Kesehatan Kabupaten.

b. Pengorganisasian

Struktur organisasi Puskesmas, dengan jabatan struktural Kepala Puskesmas dan Kepala Sub Bagian Tata Usaha, sedangkan lainnya bersifat fungsional. Pembagian tugas dilakukan berdasarkan program pokok Puskesmas, terdiri dari 12 sampai dengan 18 program pokok, yang melibatkan tenaga perawat, bidan, sanitarian, gizi, analis kesehatan, kefarmasian dan lainnya. Pembagian wilayah kerja dilakukan kepada setiap petugas puskesmas melalui pembinaan ke desa-desa.

c. Penggerakan Pelaksanaan

Dilaksanakan melalui kegiatan lokakarya mini puskesmas setiap bulan dalam rangka koordinasi lintas program dan sektor. Adanya proses kepemimpinan yang dilakukan melalui koordinasi lintas program dan sektor serta pelaksanaan program pokok puskesmas yang melibatkan seluruh staf.

d. Pengawasan dan Evaluasi

Dilakukan melalui kegiatan pemantauan atas laporan kegiatan pemantauan wilayah setempat (PWS), supervisi dan rapat rutin (*staff meeting*) puskesmas.

Setiap program yang ada di Puskesmas (sekitar 18 program pokok) dikelola atau manajemennya meliputi; perencanaan, manajemen personalia, pelatihan, supervisi, manajemen keuangan, manajemen logistik, monitoring program, kerjasama/koordinasi dan pencatatan/pelaporan. Hal tersebut memperlihatkan bahwa puskesmas sebagai salah satu unit pelaksana teknis mempunyai peran yang sangat menentukan keberhasilan pencapaian tujuan dan sasaran yang telah ditetapkan baik dari rencana strategis maupun rencana operasional atau kinerja tahunan Dinas Kesehatan Kabupaten Sintang.

3. Visi dan Misi

Berangkat dari Visi Pembangunan Kabupaten Sintang Tahun 2006-2010 sebagaimana terdapat dalam Renstra Kabupaten Sintang Tahun 2006-2010 yaitu "Terwujudnya Masyarakat Kabupaten Sintang Yang Produktif, Berkualitas, Sejahtera dan Demokratis", serta dengan memperhatikan Rencana Pembangunan Kesehatan Menuju Indonesia Sehat Tahun 2010, maka Dinas Kesehatan Kabupaten Sintang mempunyai visi "Terwujudnya Derajat Kesehatan Masyarakat Kabupaten Sintang Yang Optimal pada Tahun 2010" (Renstra Dinas Kesehatan, 2006-2010).

Derajat kesehatan masyarakat adalah suatu ukuran tingkat kesehatan masyarakat yang ditandai dengan beberapa indikator, sementara

optimal mencerminkan suatu tingkatan yang seharusnya dicapai pada kondisi tertentu. Derajat kesehatan masyarakat yang optimal pada tahun 2010 adalah kondisi masyarakat yang hidup dalam lingkungan dan perilaku sehat, tersedia pelayanan kesehatan yang bermutu dan dapat dijangkau oleh seluruh masyarakat, mempunyai kemampuan untuk mencegah dan menolong dirinya dalam bidang kesehatan (Renstra Dinas Kesehatan, 2006-2010)

Berdasarkan Visi Dinas Kesehatan Kabupaten Sintang tersebut, maka

Misi yang ditetapkan tahun 2006-2010 adalah sebagai berikut:

- a. Memberdayakan masyarakat dan peran serta stakeholder dalam upaya kesehatan.
- b. Meningkatkan mutu dan jangkauan pelayanan kesehatan.
- c. Meningkatkan kesehatan individu, keluarga, masyarakat dan lingkungan.

4. Tujuan

Berdasarkan visi dan misi yang telah ditetapkan, maka dalam rangka mencapai misi tersebut ditetapkanlah beberapa tujuan sebagai berikut:

- a. Meningkatkan jumlah dan mutu upaya kesehatan bersumberdaya masyarakat (UKBM).
- b. Meningkatkan perilaku hidup bersih dan sehat di semua tatanan kehidupan masyarakat.
- c. Meningkatkan peran serta stakeholder dalam upaya kesehatan.
- d. Meningkatkan mutu fasilitas kesehatan masyarakat dan perorangan.
- e. Meningkatkan profesionalisme tenaga kesehatan dalam memberikan pelayanan kesehatan.
- f. Meningkatkan manajemen pelayanan kesehatan.
- g. Meningkatkan status gizi individu, keluarga dan masyarakat.

- h. Meningkatkan jangkauan dan kualitas pelayanan kesehatan bayi, anak pra sekolah, usia sekolah dan ibu.
- i. Menurunkan morbiditas dan mortalitas penyakit menular dan penyakit yang berpotensi wabah dan kelainan bawaan.
- j. Meningkatkan kesadaran dan perilaku individu, keluarga dan masyarakat tentang perilaku sehat, termasuk bahaya penyalahgunaan narkoba dan HIV/AIDS.
- k. Meningkatkan kualitas kesehatan lingkungan permukiman.

5. Akses dan Mutu Pelayanan Kesehatan

Akses pelayanan kesehatan dapat dilihat dari jumlah kunjungan rawat jalan dan rawat inap, sedangkan mutu pelayanan dilihat dari kelengkapan sarana dan prasarannya. Dari data profil kesehatan tahun 2008, sebagian besar masyarakat di Kabupaten Sintang telah memanfaatkan sarana kesehatan sebagai sarana pencari pertolongan baik milik pemerintah maupun swasta. Puskesmas tetap menjadi pilihan utama penduduk untuk mendapatkan penanganan kesehatannya.

Selama tahun 2007 cakupan rawat jalan di puskesmas, rumah sakit dan pelayanan kesehatan lainnya adalah 73,83%, sedangkan cakupan rawat inap tercatat 2,45%, namun hanya 27,86% saja yang terlindungi oleh asuransi kesehatan. Untuk kelengkapan sarana pelayanan kesehatan tercatat 100% mempunyai sarana laboratorium. Kecukupan akan obat-obat esensial juga merupakan bagian dari tingkat mutu pelayanan kesehatan, dimana selama

tahun 2007 obat esensial tersedia sebanyak 83,77% dari kebutuhan dan obat generik sebanyak 85,56% (Profil Dinas Kesehatan Kab. Sintang, 2008).

6. Sumber Daya Kesehatan

Dari data profil Dinas Kesehatan tahun 2008, jumlah sarana pelayanan kesehatan di Kabupaten Sintang terdiri dari 16 puskesmas, 84 puskesmas pembantu, 13 puskesmas keliling darat, dan 16 puskesmas keliling air. Bila dibandingkan dengan jumlah kecamatan maka rata-rata setiap kecamatan terdapat 1 sampai dengan 2 puskesmas dengan jangkauan pelayanan per puskesmas rata-rata 21.678 jiwa. Jumlah polindes (pondok persalinan desa) 177 buah dan poskesdes (pos kesehatan desa) sebanyak 42 buah, namun dari sarana yang tersedia jumlah tenaga kesehatan masih menjadi permasalahan yang perlu mendapatkan perhatian.

Pada tahun 2007 jumlah tenaga kesehatan di Kabupaten Sintang berjumlah 606 orang dengan rasio tenaga kesehatan untuk masyarakat per 100.000 penduduk adalah 174,71. Hal tersebut berarti bahwa setiap 1 orang tenaga kesehatan melayani penduduk sebanyak 572 orang, dari jumlah tenaga kesehatan tersebut yang berada atau bertugas di puskesmas sebanyak 392 orang. Untuk lebih jelasnya dapat dilihat dalam tabel 4.3. sebagai berikut:

Tabel 4.3.
Jumlah Tenaga Kesehatan pada Puskesmas di Kabupaten Sintang Tahun 2007

No.	Kecamatan	Puskesmas	Tenaga Kesehatan							Jumlah
			Medis	Perawat &Bidan	Farmasi	Gizi	Teknisi Medis	Sanitasi	Kemas	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
1.	Serawai	Serawai	3	20	0	1	1	0	0	25
2.	Ambalau	Kemangai	1	11	0	0	0	0	0	12
3.	Kayan Hulu	Tebidah	2	15	1	1	2	1	0	22
4.	Sepauk	Sepauk	3	37	1	2	1	1	0	45
5.	Tempunak	Tempunak	1	27	0	1	2	1	0	32
6.	Sungai Tebelian	Pandan	2	25	0	1	1	1	0	30
7.	Sintang	Sei Durian	3	16	2	3	1	3	0	28
8.	Dedai	Tj. Puri	4	20	1	2	2	1	0	30
		Dedai	1	14	0	0	0	1	0	16
9.	Kayan Hilir	Emparu	2	15	0	0	0	1	0	18
		Nanga Mau	3	18	1	0	0	1	0	23
10.	Kelam Permai	Kebong	1	22	0	1	1	1	1	27
11.	Binjai Hulu	Mensiku	1	15	0	1	0	1	0	18
12.	Ketungau Hilir	Na. Ketungau	1	15	0	1	0	0	0	17
13.	Ketungau Tengah	Merakai	2	25	0	1	1	1	0	30
14.	Ketungau Hulu	Senaning	1	18	0	0	0	0	0	19
Puskesmas			31	313	0	15	12	14	1	392

Sumber data: Simpeg Dinas Kesehatan, 2008

Dari tabel 4.3 tersebut memperlihatkan bahwa rasio tenaga kesehatan terutama yang berada di puskesmas dan jajarannya terhadap masyarakat di Kabupaten Sintang masih relatif kecil, sehingga akan menyulitkan dalam pelaksanaan pelayanan kesehatan kepada masyarakat. Hal tersebut tentunya menjadi salah satu faktor yang mempengaruhi dalam implementasi kebijakan program jamkesmas pada masyarakat miskin di puskesmas dan jajarannya.

C. Gambaran Manajemen Pelaksanaan Kebijakan Program Jamkesmas pada Puskesmas di Kabupaten Sintang Tahun 2008

Pelaksanaan Kebijakan Program Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas) pada Puskesmas di Kabupaten Sintang telah berjalan selama satu tahun lebih sejak ditetapkan dengan Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 125/Menkes/SK/II/2008 tanggal 6 Februari 2008 yang lalu, meskipun sebelumnya telah ada program sejenis dengan nama Askeskin namun terdapat sedikit perbedaan dengan program jamkesmas terutama dalam pengelolaan keuangannya.

Berdasarkan hasil pengolahan dan analisis data kuesioner terhadap tanggapan responden penelitian pada 16 wilayah kerja puskesmas yang diwakili oleh kepala puskesmas dan staf puskesmas serta masyarakat miskin peserta jamkesmas, maka dapatlah diuraikan gambaran-gambaran Manajemen Pelaksanaan Kebijakan Program Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas) pada Puskesmas di Kabupaten Sintang mulai dari kegiatan perencanaan, pengorganisasian, penggerakan pelaksanaan, pengawasan serta penganggaran, secara garis besar dapat dilihat dalam tabel induk sebagai berikut:

Tabel 4.4
Gambaran Manajemen Pelaksanaan Kebijakan Program Jamkesmas
Pada Puskesmas di Kabupaten Sintang Tahun 2008

No.	Kegiatan	Hasil Penelitian
1	2	3
1.	Perencanaan	Sudah terlaksana dengan baik antara lain berupa penyusunan perencanaan kegiatan sebelum kegiatan dilaksanakan telah dibuat dengan melibatkan seluruh staf puskesmas melalui kegiatan rapat di puskesmas.
2.	Pengorganisasian	Sebagian telah terlaksana dengan baik berupa pembentukan tim pengelola program jamkesmas beserta strukturnya, dan sebagian lagi belum terlaksana dengan baik yaitu belum terbentuknya tim pendataan masyarakat miskin di tingkat puskesmas.
3.	Penggerakan Pelaksanaan	Belum terlaksana dengan baik antara lain masih banyaknya masyarakat miskin yang belum terdata dalam data base program jamkesmas dan belum memiliki kartu jamkesmas, belum terjangkaunya akses pelayanan kesehatan, pelayanan kesehatan yang tidak gratis serta pelayanan kesehatan yang belum memuaskan.
4.	Pengawasan	Sudah terlaksana dengan baik berupa pengawasan melekat oleh kepala puskesmas, pengawasan oleh tim dari Dinas Kesehatan serta Inspektorat Kabupaten, laporan pelaksanaan kegiatan program jamkesmas juga telah berjalan dengan baik.
5.	Penganggaran	Belum terlaksana dengan baik antara lain berupa alokasi anggaran program yang belum mencukupi, penyaluran anggaran tidak tepat waktu.

Sumber data: Kuesioner diolah, Mei 2009.

Adapun secara lebih rinci gambaran Manajemen Pelaksanaan Kebijakan Program Jamkesmas pada Puskesmas di Kabupaten Sintang Tahun 2008 dapat diuraikan sebagai berikut:

1. Perencanaan

Hasil analisis data tanggapan responden dari puskesmas didapatkan bahwa perencanaan sebelum kegiatan program jamkesmas dilaksanakan atau *Plan of Action* (POA) Puskesmas sebagian besar atau 87,50% telah dibuat. Untuk lebih jelasnya dapat dilihat dalam tabel 4.5 sebagai berikut:

Tabel 4.5
Puskesmas Yang Membuat Perencanaan/*Plan of Action* (POA)
Program Jamkesmas di Puskesmas Tahun 2008

No.	Tanggapan Responden	Jumlah (orang)	Prosentase (%)
1	2	3	4
1.	Ada	14	87,50
2.	Tidak Ada	2	12,50
3.	Tidak Tahu	0	0
Jumlah		16	100

Sumber data: Kuesioner diolah, Mei 2009.

Tabel di atas memperlihatkan masih ada atau 12,50% puskesmas yang tidak membuat perencanaan atau POA Program Jamkesmas padahal perencanaan merupakan salah satu bagian kegiatan yang terpenting sebelum suatu kebijakan dilaksanakan atau diimplementasikan. Adapun yang menjadi alasan tidak dibuatnya perencanaan program jamkesmas tersebut antara lain disebabkan 50% karena kurangnya sumber daya manusia serta kurangnya

petunjuk teknis penyusunan kegiatan perencanaan sehingga tidak ada tenaga yang terampil menyusun POA, sedangkan 50% disebabkan karena adanya pergantian kepala puskesmas sehingga perencanaan tersebut tidak sempat dibuat oleh puskesmas. Dengan demikian penyusunan perencanaan (POA) masih dibantu oleh pengelola pada Dinas Kesehatan.

Untuk puskesmas yang telah membuat perencanaan maka hasil pengolahan data tanggapan responden memperlihatkan seluruhnya atau 100% menyatakan perencanaan dibuat oleh kepala puskesmas dengan melibatkan seluruh staf puskesmas dan pengelola program. Adapun proses penyusunan perencanaan tersebut dibuat sebagian besar atau 78,57% dilakukan melalui rapat seluruh staf dan pengelola program, sedangkan 21,43% menyatakan dilakukan dengan membuat usulan dari masing-masing pengelola program atau kegiatan, setelah itu baru dibahas dan disusun oleh tim penyusun pada tingkat puskesmas.

Berdasarkan temuan-temuan tersebut di atas, menggambarkan perencanaan sebagai salah satu rangkaian kegiatan menetapkan hal-hal yang akan dikerjakan pada waktu yang akan datang berdasarkan fakta-fakta dan pemikiran yang matang dalam rangka pencapaian tujuan yang diinginkan (Simanjuntak, 2005:27) telah terlaksana dengan baik meskipun belum mendapatkan perhatian yang serius dari seluruh unit pelaksana program dalam hal ini puskesmas. Walaupun sebagian besar telah membuat dokumen perencanaan namun akan lebih baik jika seluruh puskesmas membuat suatu perencanaan kegiatan sebelum kegiatan tersebut dilaksanakan. Hal tersebut

mengingat perencanaan merupakan suatu langkah awal yang sangat penting bagi setiap organisasi untuk memberikan arah yang menjadi acuan dalam pelaksanaan kegiatan suatu kebijakan sebagaimana yang dikatakan Terry & Rue (2005:9) bahwa *planning* atau perencanaan adalah "menentukan tujuan-tujuan yang hendak dicapai selama suatu masa yang akan datang dan apa yang harus diperbuat agar dapat mencapai tujuan-tujuan itu".

Perencanaan yang baik adalah perencanaan yang disusun bersama-sama dan melibatkan banyak anggota organisasi yang dilakukan melalui musyawarah dan mufakat sebagaimana yang telah dilakukan oleh puskesmas dalam penyusunan perencanaan program jamkesmas tersebut, sehingga seluruh kegiatan dalam program jamkesmas dapat dikoordinasikan serta dapat mengurangi penyimpangan-penyimpangan yang tidak diinginkan. Hal tersebut selaras dengan apa yang diungkapkan oleh Terry & Rue (2005:11) bahwa perencanaan berfungsi untuk:

- (1) *Self audit* – menentukan keadaan organisasi sekarang.
- (2) *Survey* lingkungan.
- (3) Menentukan tujuan – *objectives*.
- (4) *Forecast* – ramalan keadaan-keadaan yang akan datang.
- (5) Melakukan tindakan-tindakan dan sumber pengerahan.
- (6) *Evaluate* – pertimbangan tindakan-tindakan yang diusulkan.
- (7) Ubah dan sesuaikan - *revise and adjust* rencana-rencana selubung dengan hasil-hasil pengawasan dan keadaan-keadaan yang berubah-ubah.
- (8) *Communicate* – berhubungan terus selama proses perencanaan.

Selain itu dengan perencanaan yang disusun bersama secara matang dengan melibatkan seluruh staf puskesmas dapat memberikan keuntungan-keuntungan sebagaimana diungkapkan Terry & Rue (2005:46) sebagai berikut:

Mencari fakta-fakta; menentukan jalan kegiatan yang akan diikuti; memperkirakan waktu, tenaga dan bahan yang diperlukan dengan sendirinya merupakan kekuatan-kekuatan positif menuju manajemen yang baik; membantu mencapai tujuan; perencanaan mengurangi kegiatan yang kebetulan dan tidak berguna, usaha-usaha saling tindi. Bahwa perencanaan siap untuk penggunaan secara efektif fasilitas-fasilitas suatu organisasi yang tersedia. Untuk sesuatu jangka waktu tertentu, penggunaan yang terbaik dilakukan dari apa yang tersedia. Selanjutnya, perencanaan membantu seorang manajer untuk memperoleh kepercayaan dan kepemimpinan yang maju.

2. Pengorganisasian

Hasil analisis data tanggapan responden dari puskesmas didapatkan bahwa pengorganisasian dalam program jamkesmas baik tim pengelola maupun tim pendataan masyarakat miskin dapat dilihat dalam tabel 4.6 dan 4.7 sebagai berikut:

Tabel 4.6
Puskesmas Yang Membentuk Tim Pengelola Program Jamkesmas di Puskesmas Tahun 2008

No.	Tanggapan Responden	Jumlah (orang)	Prosentase (%)
1	2	3	4
1.	Ada	13	81,25
2.	Tidak Ada	3	18,75
3.	Tidak Tahu	0	0
Jumlah		16	100

Sumber data: Kuesioner diolah, Mei 2009.

Tabel di atas memperlihatkan sebagian besar atau 81,25% puskesmas telah membentuk tim pengelola program jamkesmas di puskesmas, sedangkan 18,75% tidak ada membentuk tim pengelola. Adapun alasan tidak

dibentuknya tim pengelola program jamkesmas adalah 100% responden mengatakan karena tidak adanya petunjuk teknis untuk membentuk tim pengelola program jamkesmas di puskesmas sehingga pengelolaan program jamkesmas langsung ditangani pengelola kegiatan rutin yang ada pada organisasi puskesmas atau dengan kata lain langsung ditangani oleh kepala puskesmas beserta bendaharawan rutin puskesmas yang mengelola seluruh kegiatan puskesmas melalui sistem satu pintu. Dengan demikian pengelolaan kegiatan program jamkesmas menyatu dengan pengelolaan kegiatan rutin yang ada di puskesmas.

Sementara bagi puskesmas yang telah membentuk tim pengelola program jamkesmas di puskesmas membuat pemisahan pengelolaan kegiatan dan keuangan antara kegiatan rutin dan program jamkesmas. Adapun struktur tim pengelola program jamkesmas hasil tanggapan responden seluruhnya atau 100% mengatakan mempunyai struktur langsung diketuai oleh kepala puskesmas dengan menunjuk satu orang bendaharawan program jamkesmas yang khusus mengelola keuangan program jamkesmas, sedangkan staf atau pengelola program lainnya mempunyai kedudukan sama seperti organisasi puskesmas yaitu sebagai anggota atau pelaksana yang mempunyai tugas melaksanakan seluruh rangkaian kegiatan dalam program jamkesmas terutama dalam pemberian pelayanan kesehatan serta kasus-kasus rujukan kepada masyarakat miskin dan tidak mampu.

Selain tim pengelola program jamkesmas, ada beberapa puskesmas yang juga telah membentuk tim untuk melakukan pendataan masyarakat

miskin. Hasil pengolahan data tanggapan responden dari puskesmas didapatkan baru sebagian kecil atau 31,25 % puskesmas yang membentuk tim untuk pendataan masyarakat miskin, untuk lebih jelasnya dapat dilihat pada tabel berikut:

Tabel 4.7
Puskesmas Yang Membentuk Tim Pendataan Masyarakat Miskin
Program Jamkesmas di Puskesmas Tahun 2008

No.	Tanggapan Responden	Jumlah (orang)	Prosentase (%)
1	2	3	4
1.	Ada	5	31,25
2.	Tidak Ada	11	68,75
3.	Tidak Tahu	0	0
Jumlah		16	100

Sumber data: Kuesioner diolah, Mei 2009.

Tabel tersebut memperlihatkan masih ada sebagian besar atau 68,75% puskesmas yang tidak ada membentuk tim untuk pendataan masyarakat miskin, hal tersebut disebabkan beberapa alasan yaitu 45,45% karena alasan telah dilakukan oleh tim pendataan dari kabupaten bersama-sama dengan bagian pendataan penduduk di kecamatan tanpa melibatkan pihak puskesmas, sebagian kecil atau 36,36% karena alasan telah dilakukan oleh aparat masing-masing desa/kelurahan, sementara 9,09% karena tidak ada petunjuk teknis dari pusat atau kabupaten, dan 9,09% karena alasan tidak ada dana yang disiapkan khusus untuk pendataan masyarakat miskin. Untuk puskesmas yang telah membentuk tim untuk pendataan masyarakat miskin, maka tanggapan

responden seluruhnya atau 100% mengatakan strukturnya langsung diketuai oleh camat, sementara kepala puskesmas serta unit kerja lain termasuk kepala desa/lurah mempunyai kedudukan sebagai anggota tim.

Berdasarkan temuan-temuan tersebut di atas menggambarkan pengorganisasian sebagai aktivitas menyusun suatu kerangka yang menjadi wadah segenap kegiatan usaha kerja sama dengan jalan membagi dan mengelompokkan pekerjaan-pekerjaan yang harus dilaksanakan, serta menetapkan dan menyusun jalinan hubungan kerja di antara satuan-satuan organisasi atau kegiatan untuk mengelompokkan dan menentukan berbagai kegiatan penting dan memberikan kekuasaan untuk melaksanakan kegiatan-kegiatan itu (Terry&Rue, 2005) masih kurang mendapat perhatian dari puskesmas, padahal pengorganisasian sangat membantu dalam penyelenggaraan proses serta pelaksanaan kebijakan dalam rangka memperoleh hasil yang efisien dan efektif, dengan harapan semua pekerjaan yang tertumpuk dapat dilakukan. Hal tersebut selaras dengan apa yang diungkapkan Ruslan (2007:2) yaitu pengorganisasian merupakan "pemberian tugas terpisah kepada masing-masing pihak, membentuk bagian, mendelegasikan dan menetapkan jalur wewenang, mendelegasikan dan menetapkan sistem komunikasi, serta mengoordinir kerja setiap karyawan dalam satu tim yang solid dan terorganisasi".

Berdasarkan pendapat tersebut maka langkah yang baik bagi puskesmas dalam pelaksanaan kebijakan program jamkesmas terutama dalam melakukan pengelolaan keuangan dan kegiatan program jamkesmas adalah

dengan membentuk tim pengelola yang terpisah dari pengelolaan keuangan dan kegiatan rutin di puskesmas sebagai suatu tim khusus pengelola program jamkesmas. Selain itu, pengorganisasian terutama dalam pembentukan tim pendataan masyarakat miskin dalam program jamkesmas sebaiknya dilakukan mengingat pendataan harus melibatkan beberapa sektor atau unit kerja terkait, hal tersebut untuk menghindari terjadinya kesimpangsiuran data, serta untuk menghindari pendataan yang salah atau tidak tepat sasaran. Hal tersebut selaras dengan apa yang dikatakan Terry & Rue (2005:11) tentang fungsi pengorganisasian yaitu:

- (1) *Identity* – tetapkan dengan teliti dan tentukan pekerjaan yang akan dilaksanakan.
- (2) *Break work down* – bagi-bagi pekerjaan menjadi tugas setiap orang.
- (3) Tugas-tugas kelompok menjadi posisi-posisi.
- (4) Tentukan persyaratan-persyaratan setiap posisi.
- (5) Kelompok-kelompok posisi menjadi satuan-satuan yang dapat dipimpin dan saling berhubungan dengan baik.
- (6) Bagi-bagikan pekerjaan, pertanggungjawaban dan luas kekuasaan yang akan dilaksanakan.
- (7) Ubah dan sesuaikan organisasi sehubungan dengan hasil pengawasan dan kondisi-kondisi yang berubah-ubah.
- (8) Berhubungan selalu selama proses pengorganisasian.

Adanya tim-tim tersebut meliputi tim pengelola program jamkesmas tentunya akan memberikan keuntungan antara lain berupa pengelolaan kegiatan dan keuangan yang lebih transparan, adanya pembagian tugas yang jelas dikalangan staf, serta koordinasi dari pengelola program dan pimpinan menjadi lebih jelas. Selain itu, dengan adanya tim pendataan masyarakat miskin tentunya akan memberikan keuntungan berupa akurasi data masyarakat miskin sehingga lebih tepat sasaran dan tidak ada masyarakat miskin yang terlewatkan atau tidak masuk dalam data base sebagai penerima

program jamkesmas serta memudahkan dalam koordinasi, karena sebagaimana diketahui data setiap saat berubah.

3. Penggerakan Pelaksanaan

Hasil analisis data tanggapan responden dari puskesmas didapatkan bahwa kegiatan penggerakan yang dilakukan oleh pimpinan atau pejabat dari tingkat dinas atau kabupaten sehingga unit pelaksana dalam hal ini staf puskesmas mau bekerja atau termotivasi dalam melaksanakan tugas-tugasnya sebagian besar atau 81,25% telah dilakukan, untuk lebih jelasnya dapat dilihat dalam tabel 4.8 sebagai berikut:

Tabel 4.8
Puskesmas Yang Menyatakan Adanya Kegiatan Penggerakan
dari Tingkat Dinas/Kabupaten dalam Pelaksanaan
Program Jamkesmas di Puskesmas Tahun 2008

No.	Tanggapan Responden	Jumlah (orang)	Prosentase (%)
1	2	3	4
1.	Ada	13	81,25
2.	Tidak Ada	3	18,75
3.	Tidak Tahu	0	0
Jumlah		16	100

Sumber data: Kuesioner diolah, Mei 2009.

Tabel di atas memperlihatkan sebagian kecil atau 18,75% tanggapan responden menyatakan tidak ada dilakukan kegiatan penggerakan oleh pimpinan atau atasan dari tingkat dinas atau kabupaten, hal tersebut disebabkan karena beberapa alasan yaitu pertama, sebagian besar atau 66,67% tanggapan responden berasumsi karena terlambatnya dana atau

anggaran program jamkesmas. Kedua, sebagian kecil atau 33,33% berasumsi karena faktor transportasi yang sulit ke puskesmas.

Adapun beberapa bentuk penggerakan yang dilakukan antara lain adalah 23,08% tanggapan responden mengatakan berupa pembinaan pelaksanaan kegiatan program jamkesmas sesuai juknis dan perencanaan, 15,38% memberikan pembinaan tentang penyusunan perencanaan (POA), 15,38% memberikan pembinaan tentang pembukuan dan penyelesaian surat pertanggungjawaban (SPJ), dan 7,69% memberikan dalam bentuk sosialisasi program. Sementara sebagian kecil lagi atau 38,46% responden mengatakan pembinaan yang diberikan meliputi keempat bagian tersebut meliputi pembinaan pelaksanaan kegiatan sesuai juknis dan POA, pembinaan penyusunan perencanaan, pembinaan pembukuan dan SPJ, serta pembinaan dalam bentuk sosialisasi program jamkesmas.

Berdasarkan temuan-temuan tersebut di atas, menggambarkan bahwa penggerakan pelaksanaan sebagai rangkaian kegiatan yang dilakukan oleh pimpinan untuk membuat bawahan dapat melakukan tugas dengan senang hati seperti yang dikehendaki sesuai dengan sasaran organisasi telah dilakukan secara berkala oleh pejabat dan pengelola pada tingkat dinas atau kabupaten. Hal tersebut memperlihatkan bahwa salah satu bagian atau kegiatan dalam pelaksanaan kebijakan program jamkesmas telah dilaksanakan meskipun dengan beberapa keterbatasan. Hal tersebut selaras dengan apa yang diuraikan oleh Terry & Rue (2005:12) tentang fungsi penggerakan yaitu:

(1) Berhubungan dengan staf dan jelaskan tujuan-tujuan kepada bawahan. (2) Bagi-bagikan ukuran-ukuran pelaksanaan – *performance standards*. (3) latih dan bimbing bawahan untuk memenuhi ukuran-ukuran pelaksanaan itu. (4) Beri jawaban upah berdasarkan pelaksanaan. (5) Puji dan tegur dengan jujur. (6) Adanya lingkungan yang memberikan dorongan dengan meneruskan keadaan yang berubah-ubah serta tuntutan-tuntutannya. (7) Ubah dan sesuaikan cara-cara menggerakkan sehubungan dengan hasil pengawasan dan kondisi yang berubah. (8) berhubungan selalu selama proses penggerakan.

Melihat bentuk-bentuk penggerakan yang dilakukan baik berupa pembinaan kegiatan dan pelaksanaannya, sosialisasi program, pembinaan penyusunan perencanaan, pembinaan keuangan serta pembinaan penyelesaian surat pertanggungjawaban akan sangat bermanfaat kepada puskesmas khususnya seluruh sumber daya dan tenaga puskesmas yang ada sehingga semakin menambah keterampilan, loyalitas dan tanggung jawab seluruh staf puskesmas. Hal tersebut selaras dengan apa yang diungkapkan Terry & Rue (2005:168) mengatakan "penggerakan menyangkut perilaku manusia dan merupakan sebuah unsur yang vital dalam manajemen. Ia dapat didefinisikan sebagai membuat orang menyelesaikan pekerjaan dengan semangat, karena orang itu ingin melakukannya".

Terkait dengan kegiatan penggerakan yang dilakukan dalam pelaksanaan kegiatan program jamkesmas terutama dalam hal pelaksanaan pelayanan kesehatan mulai dari pendataan masyarakat miskin, peningkatan jangkauan akses pelayanan kesehatan, pemberian pelayanan kesehatan gratis serta mekanisme pemberian pelayanan kesehatan kepada masyarakat miskin atau tidak mampu, maka hasil analisis data tanggapan responden dari

puskesmas dan masyarakat miskin peserta jamkesmas dapat diuraikan sebagai berikut:

Tabel 4.9
Puskesmas Yang Menyatakan Sudah Seluruhnya Masyarakat Miskin
Masuk dalam *Data Base* Program Jamkesmas
di Puskesmas Tahun 2008

No.	Tanggapan Responden	Jumlah (orang)	Prosentase (%)
1	2	3	4
1.	Sudah seluruhnya	0	0
2.	Belum seluruhnya	16	100
3.	Tidak Tahu	0	0
Jumlah		16	100

Sumber data: Kuesioner diolah, Mei 2009

Tabel 4.9 tersebut di atas memperlihatkan tanggapan responden dari puskesmas seluruhnya atau 100% menyatakan bahwa belum seluruhnya masyarakat miskin terdata atau masuk dalam data dasar (*data base*) sebagai peserta program jamkesmas. Hal tersebut disebabkan karena beberapa alasan yaitu sebagian besar atau 81,25% karena pendataan langsung dilakukan oleh tim kabupaten bersama bagian pendataan penduduk di kecamatan tanpa koordinasi atau kerjasama dengan pihak puskesmas, sementara sebagian kecil atau 18,75% mengatakan karena data yang digunakan dari kecamatan merupakan data yang belum diperbaharui sehingga belum akurat.

Hasil review dokumen berupa Keputusan Bupati Sintang dalam penetapan masyarakat miskin yang mendapatkan jamkesmas terlihat

mengalami keterlambatan dan dilakukan dalam dua tahap yang mana pada tahap pertama ditetapkan dan disahkan dengan Keputusan Bupati Sintang Nomor 345 Tahun 2008 pada tanggal 17 Juni 2008, sementara tahap kedua merupakan tambahan masyarakat miskin yang mendapatkan jamkesmas dengan Keputusan Bupati Sintang Nomor 787 Tahun 2008 pada tanggal 30 Oktober 2008, padahal data tersebut seharusnya sudah disiapkan sebelum kegiatan dalam program jamkesmas diimplementasikan (Keputusan Bupati Sintang tentang penetapan masyarakat miskin tersebut terlampir).

Untuk mengatasi masyarakat miskin yang belum masuk dalam *data base* program jamkesmas, maka langkah yang dilakukan oleh puskesmas untuk memberikan pelayanan kesehatan kepada masyarakat miskin tersebut antara lain dengan melakukan dua hal yaitu sebagian besar atau 56,25% dengan meminta surat keterangan tidak mampu (SKTM) yang diterbitkan oleh kepala desa/lurah setempat untuk kasus-kasus rujukan, dan sebagian kecil atau 18,75% dengan melakukan subsidi silang pada program pelayanan kesehatan bersubsidi yang bersumber dari dana anggaran pendapatan dan belanja daerah (APBD) Kabupaten Sintang, sementara 25% puskesmas melakukan kedua hal tersebut yaitu melakukan pelayanan kesehatan dengan pelayanan kesehatan bersubsidi dan meminta SKTM untuk kasus rujukan.

Berdasarkan temuan-temuan tersebut di atas, yang mana belum seluruhnya masyarakat miskin miskin terdata atau masuk dalam *data base* peserta program jamkesmas menggambarkan bahwa masih terdapat beberapa kelemahan dari sisi pendataan terutama karena kurang melibatkan pihak

terkait seperti unsur puskesmas dan jajarannya serta perangkat desa/kelurahan yang ada, dan tentunya akan berdampak pada kurang akuratnya data peserta serta kurang tepatnya sasaran program sehingga tujuan yang diharapkan menjadi tidak tercapai. Hal tersebut sangat bersesuaian dengan apa yang dikatakan Winarno (2002:184) "pada dasarnya, setiap kebijakan mempunyai tujuan-tujuan tertentu atau ingin meraih dampak-dampak yang diinginkan. Namun demikian, karena proses kebijakan merupakan proses yang kompleks, maka seringkali program-program kebijakan tidak dapat meraih tujuan atau dampak yang diinginkan".

Sementara terhadap puskesmas yang telah membentuk tim pendataan masyarakat miskin, maka kriteria yang digunakan untuk menetapkan masyarakat miskin dalam program jamkesmas sebagian besar atau 72,73% menyatakan dilihat secara relatif artinya hanya melalui kondisi setempat dibandingkan dengan keadaan sekitarnya misalnya dengan melihat kondisi rumah, pakaian, pekerjaan yang tidak tetap atau pengangguran serta tingkat pendidikan yang rendah, sementara 27,27% dilihat secara absolut misalnya dengan melihat makan tidak lebih dari 2 kali sehari, dilihat dari tingkat pendapatan rata-rata dalam sebulan serta tidak berganti pakaian 1 kali dalam sehari. Hal tersebut bersesuaian dengan apa yang diungkapkan oleh Soedarno (dalam Prihantina, 2006:29) tentang konsep atau kriteria kemiskinan yang memberikan pengertian kemiskinan absolut dan relatif sebagai berikut:

Kemiskinan mutlak (*Absolute Poverty*) diartikan sebagai ketidakmampuan seseorang atau kelompok untuk memenuhi kebutuhan dasarnya, bahkan kebutuhan fisik minimumnya. Kemampuan

minimal yang perlu dimiliki oleh seseorang atau kelompok agar dapat hidup cukup, terbebas dari kemiskinan mutlak ini disebut garis kemiskinan. Garis kemiskinan ini secara kasar dapat dinyatakan dalam penghasilan perkapita per tahun, bisa pula dengan pembelanjaan konsumtif per jiwa per tahun. Kemiskinan relatif yaitu ketidaksamaan kesempatan dan kemampuan diantara berbagai lapisan masyarakat untuk mendapatkan barang atau jasa/pelayanan dalam menikmati kehidupan yang makmur. Di dalam suatu masyarakat dikatakan terdapat kemiskinan relatif, apabila ada lapisan atau kelompok tertentu yang tidak mendapatkan atau menikmati apa yang diperoleh dan didapat oleh lapisan atau kelompok lain.

Selain itu bersesuaian pula dengan apa yang dikatakan oleh Chalid (2007:6.1) yang memberikan pengertian kemiskinan absolut dan relatif sebagai berikut:

Kemiskinan setidaknya dapat ditinjau dari dua sisi, yaitu pertama, kemiskinan absolut, dimana dengan pendekatan ini diidentifikasi jumlah penduduk yang hidup dibawah garis kemiskinan tertentu. Kedua, kemiskinan relatif, yaitu pangsa pendapatan nasional yang diterima oleh masing-masing golongan pendapatan. Dengan kata lain, kemiskinan relatif amat erat kaitannya dengan masalah distribusi pendapatan.

Sementara itu, terkait dengan kepemilikan kartu jamkesmas oleh seluruh masyarakat miskin, hasil analisis data tanggapan responden dari puskesmas memperlihatkan sebagian besar atau 75% mengatakan belum seluruhnya masyarakat miskin yang masuk dalam pendataan (*data base*) program jamkesmas memiliki kartu jamkesmas, untuk lebih jelasnya dapat dilihat dalam tabel 4.10 sebagai berikut:

Tabel 4.10
Puskesmas Yang Menyatakan Masyarakat Miskin Dengan
Kepemilikan Kartu Jamkesmas Tahun 2008

No.	Tanggapan Responden	Jumlah (orang)	Prosentase (%)
1	2	3	4
1.	Sudah seluruhnya	0	0
2.	Belum seluruhnya	12	75
3.	Tidak Tahu	4	25
Jumlah		16	100

Sumber data: Kuesioner diolah, Mei 2009.

Temuan tersebut di atas diperkuat oleh hasil analisis data terhadap tanggapan responden dari masyarakat miskin peserta jamkesmas yang menyatakan baru 43,75% peserta jamkesmas memiliki kartu jamkesmas, sedangkan 56,25% masyarakat miskin belum memiliki kartu jamkesmas. Masih banyaknya masyarakat yang tidak memiliki kartu jamkesmas hasil analisis tanggapan responden dari puskesmas disebabkan karena beberapa alasan yaitu sebagian besar atau 75% karena belum akuratnya pendataan peserta jamkesmas sehingga masih memerlukan akurasi data yang mengakibatkan keterlambatan distribusi dari PT. Askes kepada pihak kecamatan dan desa. Sebagian kecil atau 16,67% karena alasan keterlambatan distribusi oleh kepala desa, dan 8,33% karena adanya kesalahan pencetakan kartu jamkesmas oleh PT. Askes. Terhadap tanggapan responden yang 25% mengatakan tidak tahu, seluruhnya atau 100% memberikan alasan bahwa distribusi kartu jamkesmas menjadi wewenang camat sepenuhnya, sementara

puskesmas hanya sebatas sebagai unit pelaksana pelayanan kesehatan sehingga tidak pernah merasa terlibat dalam pendistribusian kartu jamkesmas kepada masyarakat miskin.

Sementara itu, terkait dengan pelaksanaan pelayanan atau jangkauan akses pelayanan kesehatan yang diberikan kepada masyarakat miskin, hasil analisis data terhadap tanggapan responden dari puskesmas menyatakan sebagian besar atau 87,50% belum terjangkau oleh akses pelayanan kesehatan, dan hanya 12,50% menyatakan telah seluruhnya terjangkau oleh akses pelayanan kesehatan, hal tersebut dapat dilihat pada tabel 4.11 sebagai berikut:

Tabel 4.11
Puskesmas Yang Menyatakan Jangkauan Akses Pelayanan Kesehatan Bagi Masyarakat Miskin dalam Program Jamkesmas di Puskesmas Tahun 2008

No.	Tanggapan Responden	Jumlah (orang)	Prosentase (%)
1	2	3	4
1.	Sudah Terjangkau Akses	2	12,50
2.	Belum Terjangkau Akses	14	87,50
3.	Tidak Tahu	0	0
Jumlah		16	100

Sumber data: Kuesioner diolah, Mei 2009.

Belum terangkanya akses pelayanan kesehatan tersebut di atas, hasil analisis data tanggapan responden dari puskesmas mengatakan disebabkan karena beberapa alasan yaitu, pertama sebagian besar atau 71,40% disebabkan karena kurangnya tenaga kesehatan seperti paramedis dan bidan

desa terutama untuk desa-desa di daerah pedalaman atau terpencil serta sulitnya jalur transportasi (infrastruktur jalan) yang harus ditempuh untuk memberikan pelayanan kepada masyarakat miskin terutama yang berada di daerah-daerah terpencil tersebut. Kedua, sebagian kecil atau 14,30% disebabkan karena mahalny biaya transportasi untuk menjangkau masyarakat miskin di daerah-daerah terpencil. Ketiga, sebagian kecil atau 14,30% disebabkan karena sarana dan prasarana kesehatan yang belum memadai.

Tanggapan responden dari puskesmas tersebut di atas diperkuat pula oleh hasil analisis data tanggapan responden masyarakat miskin peserta jamkesmas dengan mengatakan bahwa 52,08% petugas kesehatan tidak pernah melakukan pelayanan kesehatan melalui kunjungan ke rumah-rumah masyarakat miskin, 27,08% mengatakan pernah dan 20,83% mengatakan tidak tahu. Selain itu, dalam mendapatkan pelayanan kesehatan di puskesmas mereka mengatakan 72,92% mendapatkan hambatan diantaranya 40% berupa kesulitan mendapatkan pelayanan kesehatan karena petugas kesehatan di desa-desa banyak yang kosong, 34,29% berupa jarak tempuh atau jangkauan untuk sampai ke puskesmas yang cukup jauh, dan 25,71% berupa biaya transport yang cukup mahal dari desa ke puskesmas.

Berdasarkan temuan-temuan tersebut di atas, mulai dari kepemilikan kartu jamkesmas yang mana belum seluruhnya masyarakat miskin memiliki kartu peserta jamkesmas disebabkan karena terlambatnya distribusi serta kesalahan pencetakan kartu, sampai dengan kurangnya jangkauan akses

pelayanan kesehatan yang diberikan kepada masyarakat miskin terutama pada penduduk yang bertempat tinggal di desa-desa daerah pedalaman atau terpencil disebabkan kurangnya sumber daya tenaga kesehatan, sulitnya jalur transportasi (infrastruktur jalan), mahalnya biaya transportasi serta kurangnya sarana dan prasarana memperlihatkan bahwa terdapat beberapa kendala atau hambatan dalam implementasi kebijakan program jamkesmas pada puskesmas, baik yang berasal dari *internal* maupun *eksternal* puskesmas.

Hal tersebut selaras dengan apa yang dikatakan oleh Van Meter dan Van Horn (dalam Agustino, 2006) yang memformulasikan 6 faktor yang mempengaruhi implementasi kebijakan dan salah satunya adalah ketersediaan sumber daya yang diperlukan dalam pelaksanaan kebijakan seperti staf, fasilitas fisik, informasi serta kondisi sosial ekonomi dimana kebijakan tersebut dilaksanakan. Selaras pula dengan apa yang dikatakan oleh Edward III (dalam Agustino, 2006:156) tentang 4 faktor atau variabel krusial dalam implementasi kebijakan publik bahwa variabel yang sangat menentukan keberhasilan implementasi suatu kebijakan diantaranya yaitu komunikasi, sumberdaya, disposisi dan struktur birokrasi. Selain itu selaras pula dengan apa yang diungkapkan Winarno (2002:166) tentang tugas-tugas kebijakan publik yaitu "tugas pertama merujuk pada usaha untuk melihat apakah program kebijakan publik mencapai tujuan atau dampak yang diinginkan ataukah tidak. Bila tidak, faktor-faktor apa yang menjadi penyebabnya? Misalnya, apakah karena terjadi kesalahan dalam merumuskan masalah ataukah karena faktor-faktor yang lain".

Untuk jenis pelayanan kesehatan yang diberikan secara gratis kepada masyarakat miskin, hasil analisis data tanggapan responden dari puskesmas mengatakan telah melaksanakan pelayanan kesehatan gratis sebagaimana dapat dilihat dalam tabel sebagai berikut:

Tabel 4.12
Puskesmas Yang Menyatakan Semua Jenis Pelayanan Kesehatan Diberikan Secara Gratis Kepada Masyarakat Miskin Dalam Pelaksanaan Program Jamkesmas di Puskesmas Tahun 2008

No.	Tanggapan Responden	Jumlah (orang)	Prosentase (%)
1	2	3	4
1.	Gratis	16	100
2.	Tidak Gratis	0	0
3.	Tidak Tahu	0	0
Jumlah		16	100

Sumber data: Kuesioner diolah, Mei 2009.

Tabel tersebut di atas memperlihatkan tanggapan responden seluruhnya atau 100% menyatakan pelayanan kesehatan yang diberikan kepada masyarakat miskin dalam program jamkesmas seluruhnya diberikan secara gratis meliputi semua jenis pelayanan kesehatan. Tetapi, hal tersebut ditanggapi berbeda oleh responden masyarakat miskin peserta jamkesmas yang mana masih ada 22,92% menyatakan tidak semua jenis pelayanan kesehatan diberikan secara gratis, dan sebagian besar atau 77,08% menyatakan semua jenis pelayanan kesehatan diberikan secara gratis.

Tidak digratiskannya pelayanan kesehatan tersebut, hasil analisis tanggapan responden peserta jamkesmas mengatakan beberapa alasan yaitu 54,55% karena harus membayar biaya sebagian obat-obatan tertentu yang tidak menjadi tanggungan dalam program jamkesmas, 27,27% karena pelayanan kesehatan yang dilakukan di luar jam kerja puskesmas sehingga tetap dimintai bayaran, sementara 18,18% mengatakan dimintai biaya karena pelayanan kesehatan dilakukan melalui kunjungan rumah. Adapun pelayanan kesehatan yang tidak gratis tersebut menurut responden masyarakat miskin peserta jamkesmas, 63,64% berupa pelayanan Keluarga Berencana (KB) berupa biaya alat dan obat-obatan KB, 18,18% berupa pelayanan pemeriksaan laboratorium yang dilakukan di luar jam kerja puskesmas, dan 18,18% berupa pelayanan kesehatan rawat jalan yang dilakukan di rumah masyarakat.

Adanya perbedaan tanggapan antara responden dari puskesmas dan masyarakat miskin peserta jamkesmas memperlihatkan bahwa puskesmas sebagai unit pelaksana kebijakan program jamkesmas masih terkesan menutupi atau tidak transparans, kurang bertanggung jawab dan seolah-olah mengabaikan tujuan-tujuan formal dari implementasi kebijakan publik atas pelayanan kesehatan yang diberikan kepada masyarakat miskin yang seharusnya digratiskan. Hal tersebut tentunya memerlukan kemampuan puskesmas beserta sumber dayanya dalam mengidentifikasi tujuan-tujuan formal yang hendak dicapai dalam kebijakan program jamkesmas. Hal tersebut senada dengan apa yang dikatakan oleh Mazmanian dan Sabatier (dalam Agustino, 2006:163) bahwa "peran penting dari implementasi

kebijakan publik adalah kemampuan dalam mengidentifikasi variabel-variabel yang mempengaruhi tercapainya tujuan-tujuan formal pada keseluruhan proses implementasi". Menurut Mazmanian dan Sabatier (dalam Agustino, 2006) variabel-variabel yang mempengaruhi tersebut yaitu:

- 1) Mudah atau tidaknya masalah yang akan digarap, meliputi: (a) kesukaran-kesukaran teknis, (b) keberagaman perilaku yang diatur, (c) persentase totalitas penduduk yang tercakup dalam kelompok sasaran, (d) tingkat dan ruang lingkup perubahan perilaku yang dikehendaki, dan 2) Kemampuan kebijakan menstruktur proses implementasi secara tepat, meliputi : (a) kecermatan dan kejelasan penjenjangan tujuan-tujuan resmi yang akan dicapai, (b) keterandalan teori kausalitas yang diperlukan, (c) ketetapan alokasi sumber dana, (d) keterpaduan hirarki di dalam lingkungan dan di antara lembaga-lembaga atau instansi pelaksana, (e) aturan-aturan pembuat keputusan dari badan-badan pelaksana, (f) kesepakatan para pejabat terhadap tujuan yang termaktub dalam undang-undang, (g) akses formal pihak-pihak luar, serta 3) Variabel-variabel di luar Undang-Undang yang mempengaruhi implementasi, meliputi : (a) kondisi sosial ekonomi dan teknologi, (b) dukungan publik, (c) sikap dan sumber-sumber yang dimiliki kelompok masyarakat, (d) kesepakatan dan kemampuan kepemimpinan para pejabat pelaksana.

Selain itu selaras pula sebagaimana diungkapkan oleh Grindle (dalam Agustino, 2006:167) tentang keberhasilan implementasi kebijakan dapat diukur dari proses pencapaian hasil akhir diantaranya dilihat dari prosesnya, dengan mempertanyakan apakah pelaksanaan kebijakan sesuai dengan yang ditentukan (*design*) dengan merujuk pada aksi kebijakannya.

Melihat temuan-temuan tersebut di atas menggambarkan pula bahwa semua masyarakat miskin yang telah menjadi peserta jamkesmas akan mendapatkan pelayanan kesehatan gratis di puskesmas asal mau memanfaatkan fasilitas kesehatan seperti puskesmas dan jaringannya

terutama pada jam-jam kerja puskesmas. Selain itu untuk mendapatkan pelayanan kesehatan di puskesmas cukup dengan menunjukkan kepemilikan kartu jamkesmas atau surat keterangan tidak mampu (SKTM) atau surat keterangan dari kepala desa/lurah setempat, setelah itu tinggal mengikuti prosedur pelayanan sesuai yang diberlakukan oleh unit pelayanan kesehatan atau puskesmas beserta jaringannya. Apabila masyarakat benar-benar memanfaatkan fasilitas puskesmas sebagai tempat untuk mendapatkan pelayanan kesehatannya, maka tujuan yang hendak dicapai berupa peningkatan derajat kesehatan masyarakat yang optimal tentunya akan dapat dicapai sehingga kesejahteraannya juga meningkat. Hal tersebut disebabkan karena semua kebijakan publik bertujuan untuk meningkatkan kesejahteraan masyarakat sebagaimana dikatakan Islamiy (2001:21) kebijakan publik mempunyai implikasi:

- (1) Bahwa kebijakan negara itu dalam bentuk perdananya berupa penetapan tindakan-tindakan pemerintah.
- (2) Bahwa kebijaksanaan negara itu tidak cukup hanya dinyatakan tetapi dilaksanakan dalam bentuknya yang nyata.
- (3) Bahwa kebijaksanaan negara baik untuk melakukan sesuatu atau tidak melakukan sesuatu itu mempunyai dan dilandasi dengan maksud dan tujuan tertentu.
- (4) Bahwa kebijaksanaan negara itu harus senantiasa ditujukan demi kepentingan seluruh anggota masyarakat.

Adapun jenis pelayanan yang diberikan kepada masyarakat miskin tersebut berdasarkan hasil review dokumen meliputi pemberian pelayanan kesehatan rawat jalan, pelayanan kesehatan yang bersifat rujukan ke RSUD, serta pelayanan kesehatan penunjang lainnya sesuai petunjuk teknis yang ada. Sementara itu, hasil analisis data tanggapan responden masyarakat peserta

jamkesmas terhadap kualitas pelayanan kesehatan yang diberikan puskesmas kepada masyarakat miskin, sebagian besar atau 54,17% mengatakan belum memuaskan, 37,50% mengatakan memuaskan, dan 8,33% mengatakan tidak tahu.

Berdasarkan temuan-temuan tersebut di atas menggambarkan implementasi kebijakan program jamkesmas yang bertujuan untuk meningkatkan akses atau jangkauan dan kualitas pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin belum sepenuhnya dilaksanakan oleh puskesmas yang mana belum semua jenis pelayanan kesehatan diberikan secara gratis kepada masyarakat miskin atau tidak mampu. Namun demikian dari pihak puskesmas merasa telah bekerja maksimal dan sesuai petunjuk teknis serta standar yang ditetapkan dengan memberikan semua jenis pelayanan kesehatan gratis, meskipun belum sepenuhnya digratiskan serta telah berupaya memberikan pelayanan kesehatan dengan kualitas yang terbaik.

Pelayanan kesehatan yang diberikan kepada masyarakat miskin tentunya sedikit banyak telah memberikan hasil berupa meningkatnya cakupan masyarakat miskin dan tidak mampu yang mendapat pelayanan kesehatan di puskesmas dan jaringannya serta telah meningkatkan kualitas kesehatan bagi masyarakat miskin yang tentunya akan memberikan dampak yang positif serta efektivitas organisasi dalam pelaksanaan program. Hal tersebut sesuai dengan apa yang diungkapkan oleh Winarno (2002) tentang konsekuensi-konsekuensi yang ditimbulkan oleh suatu kebijakan dengan cara menggambarkan dampaknya dimana tugas pertama dari implementasi kebijakan publik adalah

merujuk pada usaha untuk melihat apakah program kebijakan publik mencapai tujuan atau dampak yang diinginkan. Selain itu bersesuaian pula dengan apa yang dikemukakan oleh Robbins (dalam Purwanto dkk, 2007) tentang kriteria mengukur efektivitas organisasi dimana salah satunya adalah melalui pendekatan pencapaian tujuan, yang mengukur efektivitas organisasi hanya semata-mata dilihat dari segi kemampuan organisasi dalam mencapai tujuannya.

4. Pengawasan

Hasil analisis data tanggapan responden puskesmas tentang kegiatan pengawasan dalam pelaksanaan program jamkesmas memperlihatkan bahwa seluruhnya atau 100% telah dilakukan pengawasan, untuk lebih jelasnya dapat dilihat pada tabel 4.13 sebagai berikut:

Tabel 4.13
Puskesmas Yang Menyatakan Adanya Kegiatan Pengawasan
Dalam Pelaksanaan Program Jamkesmas
di Puskesmas Tahun 2008

No.	Tanggapan Responden	Jumlah (orang)	Prosentase (%)
1	2	3	4
1.	Ada	16	100
2.	Tidak Ada	0	0
3.	Tidak Tahu	0	0
Jumlah		16	100

Sumber data: Kuesioner diolah, Mei 2009.

Adapun pejabat atau unsur pimpinan yang melakukan pengawasan secara terperinci menurut tanggapan responden sepenuhnya atau 100%

dilakukan melalui pengawasan melekat oleh kepala puskesmas, sebagian besar atau 62,50% dilakukan oleh sektor fungsional bidang pengawasan dalam hal ini adalah Inspektorat Kabupaten Sintang atau dulunya dikenal dengan Badan Pengawasan Daerah (Bawasda), dan sebagian kecil atau 37,50% dilakukan oleh Pengelola Program Dinas Kesehatan Kabupaten Sintang. Adapun hasil-hasil pengawasan terutama yang dilakukan oleh Inspektorat Kabupaten terhadap pelaksanaan program jamkesmas di puskesmas memberikan saran-saran antara lain sebagian besar atau 68,75% berupa perbaikan terhadap pelaksanaan kegiatan yang tidak sesuai dengan perencanaan dan petunjuk teknis, sedangkan 31,35% berupa saran perbaikan pembukuan keuangan, perbaikan surat pertanggungjawaban keuangan serta perbaikan terhadap pelaporan kegiatan yang dibuat.

Sementara itu berdasarkan hasil analisis tanggapan responden puskesmas tentang pelaporan program jamkesmas yang dibuat, seluruhnya atau 100% puskesmas menyatakan telah membuat dan mengirimkan pelaporan secara rutin setiap bulannya kepada Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Sintang. Hal tersebut juga terlihat dari telaahan atau review data sekunder pada rekapitulasi pelaporan program jamkesmas pada Dinas Kesehatan Kabupaten Sintang, dimana setiap bulannya seluruh puskesmas telah menyampaikan laporan kegiatan berikut laporan penggunaan keuangan. Meskipun demikian dari arus laporan keuangan tahun 2008 masih terdapat puskesmas yang tidak tepat waktu dalam menyampaikan pelaporannya.

Berdasarkan temuan-temuan tersebut di atas, menggambarkan bahwa pengawasan yang dilakukan baik oleh kepala puskesmas maupun oleh Inspektorat Kabupaten sudah terlihat sangat baik, dan dari hasil-hasil pengawasan tidak ditemukan adanya penyimpangan-penyimpangan dalam pengelolaan keuangan. Hal tersebut selaras dengan apa yang dikatakan oleh Siagian (2004) yang mengatakan bahwa pengawasan adalah proses pengamatan dari pelaksanaan seluruh kegiatan organisasi untuk menjamin agar semua pekerjaan yang sedang dilakukan sesuai dengan rencana yang telah ditentukan sebelumnya, selain itu selaras pula dengan pendapat dari Terry (2005) yang mengatakan bahwa pengawasan sebagai proses penentuan apa yang akan dicapai yaitu standar apa yang akan dihasilkan, menilai pelaksanaan dan bilamana perlu mengambil tindakan korektif sehingga pelaksanaan berjalan menurut rencana yaitu sesuai dengan standar.

Selain itu pengawasan yang telah dilaksanakan dalam pelaksanaan kegiatan program jamkesmas tersebut akan memberikan berbagai manfaat dan kegunaan terutama bagi unit pengelola program yaitu puskesmas antara lain semakin menambah keterampilan petugas pengelola serta untuk menghindari terjadinya penyimpangan-penyimpangan dalam implementasi kebijakan program jamkesmas. Hal tersebut senada dengan apa yang dikatakan Terry & Rue (2005) bahwa pengawasan mempunyai kegunaan untuk mencegah dan memperbaiki terjadinya ketidaksesuaian atau penyimpangan dan penyelewengan dalam badan usaha atau organisasi yang bersangkutan, membuat setiap kegiatan badan usaha atau organisasi menjadi lebih dinamis,

membuat setiap anggota organisasi bertanggungjawab secara optimal atas hasil pekerjaan yang telah dilakukan, dan mendidik anggota organisasi untuk mentaati dan mengikuti semua aturan yang berlaku dan organisasi yang bersangkutan.

5. Penganggaran

Hasil analisis data tanggapan responden puskesmas didapatkan hasil bahwa kecukupan anggaran yang dialokasikan bagi pelaksanaan program jamkesmas sebagian besar atau 68,75% menyatakan belum mencukupi, hanya sebagian kecil atau 31,25% yang menyatakan anggaran tersebut telah mencukupi. Untuk lebih jelasnya dapat dilihat pada tabel 4.14 sebagai berikut:

Tabel 4.14
Puskesmas Yang Menyatakan Kecukupan Alokasi Anggaran
Program Jamkesmas di Puskesmas Tahun 2008

No.	Tanggapan Responden	Jumlah (orang)	Prosentase (%)
1	2	3	4
1.	Sudah Mencukupi	5	31,25
2.	Belum Mencukupi	11	68,75
3.	Tidak Tahu	0	0
Jumlah		16	100

Sumber data: Kuesioner diolah, Mei 2009.

Untuk mengatasi anggaran program jamkesmas yang belum mencukupi tersebut maka langkah-langkah yang dilakukan oleh puskesmas antara lain adalah pertama, 45,45% mengatakan melaksanakan kegiatan

elayanan kesehatan dengan menggunakan dana pelayanan kesehatan bersubsidi bagi masyarakat non askes PNS dan asuransi kesehatan lainnya melalui alokasi anggaran pendapatan dan belanja daerah (APBD) di mana dalam program subsidi ini semua masyarakat diberikan pelayanan kesehatan gratis untuk kasus-kasus rawat jalan tetapi tidak berlaku untuk kasus-kasus rujukan ke rumah sakit. Kedua, 27,27% mengatakan melakukan efisiensi kegiatan dengan cara mengurangi kegiatan-kegiatan yang kurang prioritas seperti mengurangi belanja obat-obatan esensial serta peralatan medis dan lebih memprioritaskan untuk pelayanan dan perawatan masyarakat miskin di puskesmas. Ketiga, sebagian kecil atau 9,09% mengatakan mencoba mengusulkan tambahan alokasi anggaran program jamkesmas ke pusat melalui pengelola pada Dinas Kesehatan Kabupaten. Keempat, sebagian kecil lagi atau 18,18% puskesmas melakukan kedua hal tersebut diatas berupa melakukan pelayanan kesehatan melalui dana pelayanan kesehatan bersubsidi serta melakukan efisiensi kegiatan yang kurang prioritas.

Berdasarkan temuan-temuan tersebut di atas, menggambarkan bahwa penganggaran yang dialokasikan bagi program jamkesmas belum sepenuhnya mencukupi sehingga akan berpengaruh pada keberhasilan pelaksanaan kebijakan program jamkesmas dan dapat menghambat efektivitas pelayanan kesehatan, yang pada gilirannya akan berpengaruh pada pencapaian tujuan program jamkesmas serta efektivitas organisasi dalam hal ini puskesmas, sementara penganggaran merupakan salah satu bagian penting dari pelaksanaan kebijakan dalam mengelola berbagai kegiatan organisasi.

Hal tersebut sesuai dengan yang dikatakan oleh Purwanto dkk (2007) yang mengatakan bahwa pada umumnya efektivitas organisasi dipengaruhi oleh kemampuan organisasi dalam mencapai tujuan secara efisien dengan sumber daya yang tersedia, kemudian Steers dkk. (dalam Purwanto dkk, 2007) yang mengemukakan beberapa variabel yang mempengaruhi efektivitas organisasi adalah karakteristik lingkungan seperti ekonomi dalam ini berupa tersedianya uang atau alokasi anggaran. Selain itu ketepatan dalam penyaluran alokasi anggaran program jamkesmas juga sangat menentukan keberhasilan dan efektivitas pelaksanaan program jamkesmas, berdasarkan analisis data tanggapan responden puskesmas didapatkan hasil bahwa seluruhnya atau 100% menyatakan penyaluran alokasi anggaran program jamkesmas untuk tahun 2008 tidak tepat waktu dengan kata lain mengalami keterlambatan. Untuk lebih jelasnya dapat dilihat pada tabel 4.15 sebagai berikut:

Tabel 4.15
Puskesmas Yang Menyatakan Ketepatan Waktu Penyaluran
Alokasi Anggaran Program Jamkesmas
Ke Puskesmas Tahun 2008

No.	Tanggapan Responden	Jumlah (orang)	Prosentase (%)
1	2	3	4
1.	Tepat Waktu	0	0
2.	Tidak Tepat Waktu	16	100
3.	Tidak Tahu	0	0
Jumlah		16	100

Sumber data: Kuesioner diolah, Mei 2009.

Terlambatnya penyaluran alokasi anggaran menurut tanggapan responden sebagian besar atau 68,75% disebabkan oleh kebijakan pusat yang bersifat *top down* sehingga turunnya anggaran sangat tergantung dari pusat, sementara 31,25% menyatakan disebabkan karena keterlambatan dalam penerbitan surat keputusan penetapan alokasi anggaran oleh Dinas Kesehatan Kabupaten Sintang sehingga anggaran dari pusat menjadi terlambat turunnya ke puskesmas. Hasil review dokumen terhadap Keputusan Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Sintang tentang penetapan alokasi anggaran program jamkesmas tahun 2008 memang mengalami keterlambatan, keputusan tersebut baru ditetapkan dan disahkan pada tanggal 10 Juni 2008 (surat keputusan tentang penetapan alokasi anggaran ada pada lampiran). Sementara mekanisme penyaluran anggaran tersebut seluruhnya atau 100% menyatakan langsung masuk ke rekening puskesmas melalui PT. Pos Indonesia di Sintang setelah Keputusan Bupati tentang penetapan masyarakat miskin disahkan oleh Bupati Sintang, dan setelah surat keputusan tentang penetapan alokasi anggaran program jamkesmas oleh Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten disampaikan kepada PT. Pos Indonesia.

Berdasarkan temuan-temuan tersebut di atas, menggambarkan bahwa efektivitas implementasi kebijakan program jamkesmas sedikit mengalami hambatan terkait dengan waktu penyaluran anggaran yang mengalami keterlambatan, hal tersebut tentunya dapat mengakibatkan pelaksanaan kegiatan terutama yang terkait dengan pemberian pelayanan kesehatan kepada masyarakat miskin menjadi terhambat atau mengalami kendala,

sehingga tujuan yang diharapkan menjadi tidak tercapai. Hal tersebut selaras dengan apa yang dikatakan Islamy (2001) bahwa ada sembilan faktor yang menyebabkan kebijakan publik tidak memperoleh hasil atau dampak yang diharapkan (*intended impact*) dan salah satunya adalah karena sumber-sumber yang terbatas baik tenaga, biaya, material dan waktu.

Terkait dengan terlambatnya penyaluran alokasi anggaran program jamkesmas yang sebagian besar disebabkan oleh keterlambatan penyalurannya dari pemerintah pusat, hal tersebut disebabkan karena kebijakan program jamkesmas bersifat *top-down* sehingga para pelaksana kebijakan di daerah beserta jajarannya sangat tergantung dari pemerintah pusat. Hal tersebut selaras dengan apa yang diungkapkan oleh Agustino (2006:155) tentang pendekatan kebijakan sebagai berikut:

dalam pendekatan *top-down*, implementasi kebijakan dilakukan secara tersentralisasi dan dimulai dari aktor di tingkat pusat, serta keputusannya pun diambil pada tingkat pusat. Pendekatan *top-down* bertitik tolak dari perspektif bahwa keputusan-keputusan politik (kebijakan publik) yang telah ditetapkan oleh pembuat kebijakan harus dilaksanakan oleh administratur atau birokrat-birokrat pada level bawahnya (*street-level bureaucrats*). Inti pendekatan ini (*top-down*) secara sederhana dapat dimengerti sebagai sejauhmana tindakan para pelaksana (administratur dan birokrat) sesuai dengan prosedur-prosedur serta tujuan yang telah digariskan oleh para pembuat kebijakan di tingkat pusat.

Selain itu terlambatnya penyaluran alokasi anggaran memperlihatkan bahwa fungsi anggaran dalam implementasi kebijakan publik sebagaimana yang diungkapkan oleh Musgrave dan Jones & Pendlebury tidak berjalan sesuai yang diharapkan. Menurut Musgrave (dalam Ikhsan dkk, 2007:9.7)

seharusnya anggaran dapat berfungsi sebagai "fungsi alokasi, fungsi distribusi dan fungsi stabilisasi", yang mana fungsi alokasi dari anggaran adalah terkait dengan pengalokasian sumber sumber daya yang tersedia untuk menghasilkan barang privat dan barang serta jasa publik melalui penganggaran, fungsi distribusi dalam rangka pembagian kembali (redistribusi) pendapatan untuk menciptakan keadilan sosial dan mengurangi kesenjangan pendapatan dan fungsi stabilitas terkait dengan peran anggaran sebagai alat kebijakan. Sementara itu Jones & Pendlebury (dalam Ikhsan dkk, 2007:9.10) menyatakan anggaran seharusnya berfungsi dalam:

- (a) Menetapkan pendapatan dan pengeluaran. (b) Membantu dalam perumusan kebijakan dan perencanaan. (c) Pengesahan (*authorizing*) pengeluaran-pengeluaran di masa yang akan datang. (d) Menyediakan/membentuk dasar bagi pengendalian pendapatan dan pengeluaran. (e) Menetapkan standar untuk menilai kerja (*performance*). (f) Memotivasi manajer dan pengawas. (g) Mengkoordinasikan berbagai kegiatan dengan tujuan yang berbeda-beda dalam suatu organisasi.

Hal tersebut mengandung makna bahwa para pelaksana kebijakan dari program jamkesmas di puskesmas harus selalu berpedoman pada prosedur, aturan atau petunjuk yang telah ditetapkan oleh pemerintah pusat.

D. Gambaran Faktor Pendukung dan Penghambat dalam Pelaksanaan Kebijakan Program Jamkesmas pada Puskesmas di Kabupaten Sintang Tahun 2008

1. Faktor pendukung

Hasil analisis data tanggapan responden puskesmas didapatkan hasil bahwa ada beberapa faktor yang menjadi pendukung dalam pelaksanaan

kebijakan program jamkesmas di puskesmas, setelah dikelompokkan diantaranya dapat diuraikan dalam bentuk point-point sebagai berikut:

- a. Sebagian besar atau 81,25% berupa adanya ketersediaan dana dalam program jamkesmas yang bersumber dari dana APBN.
- b. Sebagian besar atau 56,25% mengatakan adanya dukungan dan komitmen dari pemerintah daerah dalam pemberian pelayanan kesehatan bersubsidi bagi masyarakat yang bersumber dari dana APBD, sehingga dapat dimanfaatkan untuk pelayanan kesehatan bagi keluarga miskin yang tidak terdaftar sebagai peserta jamkesmas.
- c. Sebagian atau 50% mengatakan adanya dukungan dan kerjasama lintas program dan lintas sektor.
- d. Sebagian kecil atau 43,75% mengatakan adanya sarana dan fasilitas puskesmas yang sudah cukup memadai.
- e. Sebagian kecil atau 43,75% mengatakan telah didukung dengan sumber daya manusia yang memadai.
- f. Sebagian kecil atau 43,75% mengatakan adanya kesadaran masyarakat untuk mendapatkan pelayanan kesehatan serta memanfaatkan fasilitas kesehatan yang ada.
- g. Sebagian kecil atau 25% mengatakan karena adanya petunjuk teknis yang jelas dalam pelaksanaan kegiatan program jamkesmas di puskesmas.

Sementara itu, hasil analisis data responden masyarakat miskin peserta jamkesmas mengatakan 31,25% mendapatkan dukungan dalam rangka memperoleh pelayanan kesehatan di puskesmas diantaranya 53,33% berupa

dukungan dari kepala desa dan aparat pemerintahan desa setempat dalam pengurusan surat-surat keterangan yang diperlukan, dan 46,67% berupa dukungan dari petugas kesehatan dan bidan desa pada saat melakukan rujukan ke puskesmas maupun rumah sakit.

Berdasarkan temuan-temuan tentang faktor pendukung tersebut di atas, menggambarkan bahwa telah ada komitmen dari pemerintah daerah untuk membantu masyarakat dalam mendapatkan pelayanan kesehatan gratis atau bersubsidi di puskesmas, hanya saja masih sangat terbatas. Adanya faktor-faktor pendukung yang telah disebutkan di atas, sangat selaras dengan apa yang diungkapkan oleh Agustino (2006) yang mengatakan ada beberapa faktor yang dapat mempengaruhi pelaksanaan suatu kebijakan publik diantaranya adalah adanya respek anggota masyarakat pada otoritas dan keputusan pemerintah, adanya kesadaran untuk menerima kebijakan serta adanya kepentingan publik. Selain itu bersesuaian pula dengan apa yang diungkapkan oleh Van Meter dan Van Horn (dalam Agustino, 2006) yang memformulasikan 6 faktor yang mempengaruhi implementasi kebijakan diantaranya tersedianya sumber daya yang diperlukan dalam pelaksanaan kebijakan seperti staf, fasilitas fisik, informasi, karakteristik lembaga pelaksana yang mendukung kesuksesan implementasi kebijakan, kondisi sosial ekonomi dan politik dimana kebijakan tersebut dilaksanakan, serta adanya kesediaan dan komitmen dari pelaksana untuk menyukseskan implementasi kebijakan di lapangan.

2. Faktor penghambat

Hasil analisis data tanggapan responden puskesmas didapatkan hasil bahwa ada beberapa faktor yang menjadi penghambat dalam pelaksanaan kebijakan program jamkesmas di puskesmas, setelah dikelompokkan diantaranya dapat diuraikan dalam bentuk point-point sebagai berikut:

- a. Sebagian besar atau 87,50% mengatakan lambatnya penyaluran alokasi anggaran dari pusat ke puskesmas.
- b. Sebagian besar atau 81,25% mengatakan belum akuratnya data peserta penerima program jamkesmas.
- c. Sebagian besar atau 62,50% mengatakan sulitnya jalur transportasi yang harus ditempuh untuk menjangkau akses pelayanan kesehatan terutama pada daerah-daerah terpencil.
- d. Sebagian besar atau 56,25% mengatakan kurangnya tenaga atau sumber daya manusia di puskesmas dan jaringannya terutama tenaga kesehatan untuk desa-desa di daerah pedalaman atau terpencil.
- e. Sebagian besar atau 56,25% mengatakan sarana dan prasarana kesehatan yang belum memadai.
- f. Sebagian kecil atau 43,75% mengatakan kurang atau minimnya dana untuk pelaksanaan pelayanan kesehatan serta minimnya dana operasional puskesmas dalam program jamkesmas.

Sementara hasil analisis data responden masyarakat miskin peserta jamkesmas mengatakan 72,92% mendapatkan hambatan dalam memperoleh pelayanan kesehatan di puskesmas diantaranya 40% berupa kesulitan

mendapatkan pelayanan kesehatan karena petugas kesehatan di desa-desa banyak yang kosong, 34,29% berupa jarak tempuh atau jangkauan untuk sampai ke puskesmas yang cukup jauh, dan 25,71% berupa biaya transport yang cukup mahal dari desa ke puskesmas.

Berdasarkan temuan-temuan di atas, menggambarkan bahwa banyak hal yang menjadi faktor penghambat dalam pelaksanaan program jamkesmas, baik yang berasal dari dalam (*internal*) maupun dari luar (*eksternal*) puskesmas. Faktor penghambat yang terbesar dalam hal ini adalah lambatnya penyaluran dana program jamkesmas, hal tersebut disebabkan karena kebijakan program yang bersifat *top-down*, dengan demikian para pengelola dan pelaksana khususnya pada tingkat puskesmas sangat tergantung pada pusat dalam hal ini Departemen Kesehatan RI. Selain itu masih kurangnya sumber daya manusia khususnya tenaga kesehatan di daerah-daerah pedalaman atau terpencil juga menjadi faktor yang menghambat pelaksanaan dan jangkauan akses pelayanan kesehatan kepada masyarakat miskin.

Melihat faktor faktor penghambat yang diuraikan di atas bersesuaian dengan apa yang diungkapkan oleh Mazmanian dan Sabatier (dalam Agustino, 2006:163) yang mengatakan bahwa terdapat variabel-variabel yang mempengaruhi implementasi kebijakan publik sebagai berikut:

- 1) Mudah atau tidaknya masalah yang akan digarap, meliputi:
 - (a) kesukaran-kesukaran teknis, (b) keberagaman perilaku yang diatur, (c) persentase totalitas penduduk yang tercakup dalam kelompok sasaran, (d) tingkat dan ruang lingkup perubahan perilaku yang dikehendaki, dan 2) Kemampuan kebijakan menstruktur proses implementasi secara tepat, meliputi : (a) kecermatan dan kejelasan penjenjangan tujuan-tujuan resmi

yang akan dicapai, (b) keterandalan teori kausalitas yang diperlukan, (c) ketetapan alokasi sumber dana, (d) keterpaduan hirarki di dalam lingkungan dan di antara lembaga-lembaga atau instansi pelaksana, (e) aturan-aturan pembuat keputusan dari badan-badan pelaksana, (f) kesepakatan para pejabat terhadap tujuan yang termaktub dalam undang-undang, (g) akses formal pihak-pihak luar, serta 3) Variabel-variabel di luar Undang-Undang yang mempengaruhi implementasi, meliputi : (a) kondisi sosial ekonomi dan teknologi, (b) dukungan publik, (c) sikap dan sumber-sumber yang dimiliki kelompok masyarakat, (d) kesepakatan dan kemampuan kepemimpinan para pejabat pelaksana.

Selain itu bersesuaian pula dengan apa yang dikemukakan Islamy (2001) bahwa ada sembilan faktor yang menyebabkan kebijakan publik tidak memperoleh hasil atau dampak yang diharapkan (*intended impact*) yaitu pertama, sumber-sumber yang terbatas baik tenaga, biaya, material dan waktu. Kedua, kesalahan dalam pengadministrasian kebijakan. Ketiga, problema-problema publik yang ada seringkali timbul disebabkan karena berbagai faktor. Keempat, masyarakat melaksanakan kebijakan dengan caranya sendiri. Kelima, adanya beberapa tujuan kebijakan yang bertentangan satu sama lain. Keenam, usaha-usaha untuk memecahkan masalah memakan biaya lebih besar dari masalahnya sendiri. Ketujuh, problema publik yang tidak dapat dipecahkan secara tuntas. Kedelapan, terjadinya perubahan sifat permasalahan ketika kebijakan sedang dirumuskan atau dilaksanakan. Kesembilan, adanya masalah-masalah baru yang lebih menarik sehingga mengalihkan perhatian orang pada masalah yang telah ada.

Setelah diketahui gambaran implementasi kebijakan program jamkesmas serta faktor-faktor yang menjadi pendukung dan penghambat dalam pelaksanaan

kebijakan, maka tentu ada rekomendasi dan saran terhadap kebijakan yang telah dilaksanakan tersebut. Hasil analisis data tanggapan responden baik dari puskesmas maupun dari masyarakat miskin peserta jamkesmas dalam implementasi kebijakan program jamkesmas pada puskesmas di Kabupaten Sintang memberikan tanggapan sebagai berikut:

1. Rekomendasi terhadap Kebijakan Program Jamkesmas

Hasil analisis data tanggapan responden dari puskesmas maupun masyarakat miskin peserta jamkesmas, seluruhnya atau 100% memberikan rekomendasi agar kebijakan program jamkesmas untuk masa yang akan datang tetap dilanjutkan atau diteruskan. Alasan yang diberikan oleh tanggapan responden dari puskesmas adalah bahwa 68,75% mengatakan kebijakan atau program tersebut masih sangat dibutuhkan bagi masyarakat miskin dan tidak mampu terutama pada kondisi seperti sekarang ini dimana masyarakat sangat rentan dengan perekonomian yang sedang terpuruk ditambah lagi dengan krisis ekonomi global, sementara 31,25% mengatakan bahwa kesehatan merupakan hak setiap orang yang harus dijamin dan dipenuhi oleh negara atau pemerintah.

Sementara hasil analisis tanggapan responden masyarakat miskin peserta jamkesmas seluruhnya atau 100% mengatakan ada manfaat yang dirasakan dengan adanya program jamkesmas, alasannya adalah 52,08% mengatakan dengan adanya program jamkesmas dapat memelihara dan semakin meningkatkan status atau derajat kesehatan keluarga mereka, 31,25% mengatakan dengan adanya program jamkesmas dapat meringankan

beban dan kebutuhan sehari-hari atau ekonomi keluarga mereka, dan 16,67% mengatakan kedua hal tersebut di atas yaitu selain dapat meningkatkan status kesehatan keluarga juga dapat meringankan perekonomian keluarga.

Melihat rekomendasi yang diajukan oleh para unit pelaksana program atau puskesmas dan masyarakat miskin peserta jamkesmas, maka jelas bahwa untuk saat ini puskesmas dan masyarakat miskin masih sangat tergantung terhadap kebijakan program jamkesmas. Puskesmas masih sangat tergantung pada kebijakan program jamkesmas dalam memberikan pelayanan kesehatan kepada masyarakat miskin, sementara masyarakat miskin juga sangat tergantung pada kebijakan program jamkesmas dalam memperoleh pelayanan kesehatan gratis. Hal tersebut memperlihatkan bahwa ada dampak yang diharapkan dan tidak diharapkan telah muncul sebagaimana yang dikatakan oleh Anderson (dalam Islamy, 2001) bahwa dalam implementasi kebijakan publik, ada beberapa macam dimensi yang harus dipertimbangkan dengan seksama diantaranya:

- (a) Dampak kebijakan yang diharapkan (*intended impact*) atau tidak diharapkan (*unintended impact*) baik pada problemanya maupun pada masyarakat.
- (b) Dampak kebijakan pada situasi atau keadaan orang-orang atau kelompok diluar sasaran atau tujuan kebijakan yang dinamakan dengan dampak yang melimpah (*externalities or spillover effects*).
- (c) Dampak kebijakan terhadap kondisi sekarang atau kondisi yang akan datang.
- (d) Dampak kebijakan terhadap biaya langsung (*direct costs*) yang harus dikeluarkan untuk program-program kebijakan pemerintah.
- (e) Dampak kebijakan terhadap biaya tidak langsung (*indirect costs*) yang ditanggung dan dikeluarkan oleh masyarakat sebagai akibat adanya program-program kebijakan pemerintah.

Program Jamkesmas masih dibutuhkan sebagai suatu kebijakan berupa bantuan atau jaminan sosial pemeliharaan kesehatan masyarakat. Implementasi kebijakan program jamkesmas tersebut merupakan pelaksanaan kebijakan dalam rangka pemenuhan kebutuhan dan keinginan masyarakat. Hal tersebut selaras dengan apa yang dimaksudkan dalam kebijakan publik oleh para ahli diantaranya oleh Anderson (dalam Islamy, 2001:19) yaitu:

Kebijaksanaan publik adalah kebijaksanaan-kebijaksanaan yang dikembangkan oleh badan-badan dan pejabat-pejabat pemerintah. Implikasi dari pengertian kebijaksanaan negara tersebut adalah : (1) bahwa kebijaksanaan negara itu selalu mempunyai tujuan tertentu atau merupakan tindakan yang berorientasi pada tujuan, (2) Bahwa kebijaksanaan negara itu berisi tindakan-tindakan atau pola-pola tindakan pejabat-pejabat pemerintah, (3) Bahwa kebijaksanaan itu adalah merupakan apa yang benar-benar dilakukan oleh pemerintah, jadi bukan merupakan apa yang pemerintah bermaksud akan melakukan sesuatu atau menyatakan akan melakukan sesuatu, (4) Bahwa kebijaksanaan negara itu bersifat positif dalam arti merupakan beberapa bentuk tindakan pemerintah mengenai suatu masalah tertentu atau bersifat negatif dalam arti : merupakan keputusan pejabat pemerintah untuk tidak melakukan sesuatu, dan (5) bahwa kebijaksanaan pemerintah - sedikit-tidaknya dalam arti yang positif, didasarkan atau selalu dilandaskan pada peraturan-peraturan perundangan yang bersifat memaksa (*otoritatif*).

Kemudian selaras pula dengan apa yang dikemukakan oleh Islamy (2001:21) implikasi dari suatu kebijakan publik adalah:

(1) Bahwa kebijaksanaan negara itu dalam bentuk perdananya berupa penetapan tindakan-tindakan pemerintah. (2) Bahwa kebijaksanaan negara itu tidak cukup hanya dinyatakan tetapi dilaksanakan dalam bentuknya yang nyata. (3) Bahwa kebijaksanaan negara baik untuk melakukan sesuatu atau tidak melakukan sesuatu itu mempunyai dan dilandasi dengan maksud dan tujuan tertentu. (4) Bahwa kebijaksanaan negara itu harus senantiasa ditujukan demi kepentingan seluruh anggota masyarakat.

Kemudian selaras pula dengan pengertian implementasi kebijakan sebagaimana diungkapkan oleh beberapa para ahli diantaranya Agustino (2006:154) menyimpulkan bahwa "implementasi kebijakan merupakan suatu proses yang dinamis, dimana pelaksana kebijakan melakukan suatu aktivitas atau kegiatan, sehingga pada akhirnya akan mendapatkan suatu hasil yang sesuai dengan tujuan atau sasaran kebijakan itu sendiri". Lester dan Stewart Jr (dalam Agustino, 2006:154) juga mengatakan bahwa "implementasi merupakan suatu proses sekaligus suatu hasil (*output*). Keberhasilan suatu implementasi kebijakan dapat diukur atau dilihat dari proses pencapaian tujuan hasil akhir (*output*), yaitu tercapai atau tidaknya tujuan-tujuan yang ingin diraih". Selain itu, tidak jauh berbeda dengan apa yang diutarakan oleh Grindle (dalam Agustino, 2006:154) yang mengatakan bahwa "pengukuran keberhasilan implementasi dapat dilihat dari prosesnya, dengan mempertanyakan apakah pelaksanaan program sesuai dengan yang telah ditentukan yaitu melihat pada *action program* dari *individual projects* dan yang kedua apakah tujuan program tersebut tercapai".

2. Saran terhadap Kebijakan Program Jamkesmas

Hasil analisis data tanggapan responden puskesmas memberikan beberapa saran dalam implementasi kebijakan program jamkesmas di puskesmas, setelah dilakukan pengelompokan dapat diuraikan dalam bentuk point-point sebagai berikut:

- a. Sebagian besar atau 87,50% menyarankan agar penyaluran anggaran program jamkesmas dapat disalurkan tepat waktu.

- b. Sebagian besar atau 62,50% menyarankan dalam pendataan masyarakat miskin untuk wilayah masing-masing kecamatan atau puskesmas agar dapat melibatkan unsur-unsur terkait terutama pihak kecamatan, puskesmas dan jaringannya serta perangkat pemerintahan desa/kelurahan.
- c. Sebagian besar atau 56,25% menyarankan agar ada peningkatan anggaran program jamkesmas dengan cara meningkatkan perhitungan satuan kapitasi anggaran.
- d. Sebagian atau 50% menyarankan tambahan petugas kesehatan dan tenaga bidan desa khususnya untuk wilayah-wilayah pedesaan daerah pedalaman atau terpencil untuk mengisi puskesmas pembantu dan polindes yang saat ini banyak kekosongan petugas.
- e. Sebagian kecil atau 43,75% menyarankan pembinaan oleh tim pengelola dinas kesehatan kabupaten kepada puskesmas agar dapat ditingkatkan.
- f. Sebagian kecil atau 18,75% menyarankan penetapan alokasi anggaran program jamkesmas di sesuaikan dengan profil dan kondisi puskesmas sehingga tidak ditetapkan dengan sistem kapitasi.
- g. Sebagian kecil atau 18,75% menyarankan agar dalam penetapan masyarakat miskin dibuatkan kriteria atau ukuran yang lebih jelas dalam menetapkannya sehingga memudahkan pendataan.
- h. Sebagian kecil atau 12,5% menyarankan adanya tambahan insentif bagi petugas pengelola program jamkesmas di puskesmas dan jajarannya.

Melihat beberapa saran yang diajukan tampak bahwa saran terbesar ditujukan kepada pemerintah pusat khususnya Departemen Kesehatan serta

para pengelola pada Dinas Kesehatan Kabupaten Sintang. Hal tersebut sehubungan dengan keterlambatan penyaluran alokasi anggaran program jamkesmas dimana para pengelola pada tingkat kabupaten mempunyai peran penting dalam mengurus dan mengkoordinasikan Keputusan Bupati Sintang untuk menetapkan masyarakat miskin yang mendapatkan jamkesmas, serta mempunyai peran dalam mengurus dan menetapkan Keputusan Kepala Dinas Kesehatan tentang alokasi dana program jamkesmas bagi puskesmas.

Sementara itu Departemen Kesehatan RI mempunyai peran dalam menetapkan Kabupaten/Kota yang menerima dana program jamkesmas khususnya untuk wilayah Kabupaten Sintang. Dengan demikian diharapkan penyaluran anggaran program jamkesmas dapat dilakukan lebih tepat waktu sehingga pelaksanaan kegiatan dan pelayanan kesehatan kepada masyarakat miskin mendapatkan hasil yang optimal.

Temuan-temuan tentang saran yang diajukan tersebut di atas menggambarkan bahwa dalam proses implementasi kebijakan publik, ada evaluasi terhadap hasil-hasil kebijakan yang telah dilaksanakan, untuk selanjutnya saran tersebut dapat dimasukkan sebagai *input* untuk menjadi agenda pemerintah dalam perumusan kebijakan publik selanjutnya. Hal tersebut sesuai dengan apa yang dikatakan oleh Dunn (2000:28) "evaluasi membuahakan pengetahuan yang relevan dengan kebijakan tentang ketidaksesuaian antara kinerja kebijakan yang diharapkan dengan yang benar-benar dihasilkan". Evaluasi kebijakan publik banyak dilakukan untuk mengetahui dampaknya, karena tidak semua program kebijakan pemerintah

meraih hasil yang diinginkan, seringkali terjadi kebijakan pemerintah gagal meraih maksud atau tujuan yang telah ditetapkan sebelumnya. Hal tersebut berarti evaluasi kebijakan ditujukan untuk melihat sebab-sebab kegagalan suatu kebijakan atau untuk mengetahui apakah kebijakan pemerintah yang telah dilaksanakan meraih dampak atau manfaat yang diinginkan.

Evaluasi tersebut akan memberikan hasil akhir atau kesimpulan dari program-program pemerintah apakah efektif atau tidak, mempunyai dampak positif yang lebih besar dari dampak negatif atau sebaliknya. Hal tersebut selaras dengan yang dikatakan Lester dan Stewart (dalam Winarno, 2002:166) bahwa evaluasi kebijakan dapat dibedakan ke dalam dua tugas yang berbeda "tugas pertama adalah untuk menentukan konsekuensi-konsekuensi apa yang ditimbulkan oleh suatu kebijakan dengan cara menggambarkan dampaknya. Sedangkan tugas kedua adalah untuk menilai keberhasilan atau kegagalan dari suatu kebijakan berdasarkan standard atau kriteria yang telah ditetapkan sebelumnya".

Berdasarkan saran-saran kebijakan yang diajukan maka perubahan kebijakan dan penghentian kebijakan merupakan kegiatan selanjutnya setelah penilaian kebijakan. Melalui identifikasi masalah-masalah kebijakan yang timbul dan kegagalan-kegagalan program kebijakan, maka selanjutnya dalam lingkaran kebijakan dilakukanlah perubahan atau penghentian suatu kebijakan. Hal tersebut selaras dengan apa yang dikatakan Winarno, (2002:182) bahwa "Konsep perubahan kebijakan (*policy change*) merujuk pada penggantian kebijakan yang sudah ada dengan satu atau lebih kebijakan

yang lain. Perubahan kebijakan ini meliputi pengambilan kebijakan baru dan merevisi kebijakan yang sudah ada".

E. Keterbatasan Penelitian

Setiap penelitian yang dilakukan pasti memiliki keterbatasan, adapun beberapa keterbatasan dalam penelitian ini antara lain:

1. Penelitian ini bersifat studi kasus artinya hanya berlaku untuk kasus-kasus tertentu, dalam penelitian ini hanya berlaku untuk kejadian atau fakta pada puskesmas di Kabupaten Sintang, sehingga tidak dapat digeneralisasikan untuk kejadian-kejadian pada lokasi atau daerah-daerah lain.
2. Pengumpulan data sekunder lebih banyak berisi data-data tahun 2007, sedangkan data tahun 2008 sedikit mengalami kendala karena data-data tersebut banyak yang belum diolah oleh instansi yang bersangkutan.
3. Responden peserta jamkesmas banyak yang tidak bisa baca tulis, sehingga pengumpulan data dengan kuesioner harus ditanyakan langsung kepada mereka.
4. Luasnya wilayah Kabupaten Sintang yang tersebar dalam 14 kecamatan dengan geografis yang demikian sulit menyebabkan pengumpulan data membutuhkan waktu yang relatif panjang.

BAB V

KESIMPULAN DAN SARAN

A. Kesimpulan

Berdasarkan apa yang telah diuraikan dalam temuan dan pembahasan penelitian, maka dapat ditarik beberapa kesimpulan sesuai dengan perumusan masalah dan tujuan penelitian. Manajemen pelaksanaan kebijakan program jamkesmas pada puskesmas di Kabupaten Sintang tahun 2008 yang telah dilaksanakan mulai dari perencanaan, pengorganisasian, penggerakan pelaksanaan, pengawasan dan penganggaran dapat disimpulkan sebagai berikut:

1. Perencanaan telah dilaksanakan dengan baik oleh puskesmas dimana sebagian besar telah membuat *plan of action* (POA) program jamkesmas serta telah menjalankan fungsi perencanaan tersebut dengan baik, perencanaan tersebut telah disusun secara bersama dengan melibatkan seluruh staf puskesmas melalui kegiatan rapat atau lokakarya puskesmas sehingga semua kegiatan yang ingin dilakukan diharapkan dapat dicapai.
2. Pengorganisasian baru sebagian dilaksanakan dengan baik oleh puskesmas berupa pembentukan tim pengelola program jamkesmas, sebagian lagi belum terlaksana dengan baik berupa belum terbentuknya tim pendataan masyarakat miskin di tingkat puskesmas sehingga pendataan masyarakat miskin yang masuk dalam program jamkesmas belum akurat, terdapat kemungkinan masyarakat yang mampu masuk dalam pendataan sebagai peserta jamkesmas

- sehingga tidak tepat sasaran, sehingga pencapaian tujuan program menjadi kurang efektif.
3. Penggerakan pelaksanaan dalam pelaksanaan program jamkesmas belum terlaksana dengan baik antara lain masih banyak masyarakat miskin yang belum terdata dalam *data base* program jamkesmas dan belum memiliki kartu jamkesmas, belum terjangkaunya akses pelayanan kesehatan kepada masyarakat miskin, pelayanan kesehatan yang diberikan kepada masyarakat miskin tidak sepenuhnya gratis serta kualitas pelayanan kesehatan yang diberikan kepada masyarakat miskin belum memuaskan menyebabkan pencapaian tujuan program berupa peningkatan kualitas pelayanan menjadi kurang efektif.
 4. Pengawasan dalam pelaksanaan program jamkesmas sudah terlaksana dengan baik berupa pengawasan melekat oleh kepala puskesmas, pengawasan oleh tim dari Dinas Kesehatan serta Inspektorat Kabupaten, laporan pelaksanaan kegiatan program jamkesmas juga telah berjalan dengan baik, sehingga pelaksanaan kegiatan menjadi transparan dan akuntabel serta terhindar dari adanya penyimpangan-penyimpangan kegiatan dan pengelolaan keuangan program jamkesmas di puskesmas.
 5. Penganggaran dalam program jamkesmas belum terlaksana dengan baik antara lain berupa alokasi anggaran program yang belum mencukupi, penyaluran anggaran tidak tepat waktu. Anggaran yang dialokasikan tidak sesuai dengan kondisi di lapangan sehingga puskesmas mengalami kesulitan melaksanakan berbagai aktivitas dan kegiatan dalam program jamkesmas

terutama kegiatan pokok berupa pemberian pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin dan tidak mampu sehingga pelaksanaan program menjadi kurang berhasil dan berdaya guna menyebabkan pencapaian tujuan program menjadi kurang efektif.

Adapun faktor pendukung dan penghambat dalam pelaksanaan kebijakan program jamkesmas pada puskesmas di Kabupaten Sintang tahun 2008 adalah:

1. Faktor Pendukung yang terbesar adalah adanya ketersediaan dana dalam program jamkesmas, adanya dukungan dan komitmen dari pemerintah daerah dalam pemberian pelayanan kesehatan bersubsidi bagi masyarakat yang bersumber dari dana APBD sehingga dapat dimanfaatkan untuk pelayanan kesehatan bagi keluarga miskin yang tidak terdaftar sebagai peserta jamkesmas, di samping itu adanya dukungan dan kerjasama lintas program dan lintas sektor juga menjadi salah satu faktor pendukung dalam pelaksanaan program jamkesmas.
2. Faktor penghambat dalam pelaksanaan kebijakan program jamkesmas di puskesmas yang terbesar adalah lambatnya penyaluran alokasi anggaran program jamkesmas dari pusat ke puskesmas, belum akuratnya data peserta penerima program jamkesmas, sulitnya jalur transportasi yang harus ditempuh untuk menjangkau akses pelayanan kesehatan terutama pada desa-desa di daerah terpencil, kurangnya tenaga atau sumber daya manusia di puskesmas dan jaringannya terutama tenaga kesehatan untuk desa-desa di daerah pedalaman atau terpencil, serta sarana dan prasarana kesehatan yang belum memadai.

B. Saran

Berdasarkan apa yang telah disimpulkan tersebut di atas, serta dengan memperhatikan rekomendasi dan saran yang disampaikan oleh puskesmas dan peserta jamkesmas, maka dapatlah disampaikan saran-saran peneliti sebagai berikut:

1. Kepada Pemerintah Pusat:

- a. Mengingat kesehatan merupakan hak fundamental setiap warga negara, maka program jamkesmas sebagai sebuah kebijakan yang bertujuan meningkatkan derajat kesehatan masyarakat masih sepatutnya dilanjutkan sampai kondisi kesehatan dan perekonomian masyarakat membaik.
- b. Departemen Kesehatan Republik Indonesia diharapkan dapat meninjau kembali sistem kapitasi alokasi anggaran program jamkesmas yang dinilai tidak sesuai dengan kondisi lapangan di Kabupaten Sintang, diharapkan satuan kapitasi tersebut dapat ditingkatkan atau dinaikkan.
- c. Departemen Kesehatan Republik Indonesia diharapkan lebih proaktif dalam memotivasi Dinas Kesehatan Kabupaten Sintang untuk bekerja lebih tepat waktu terkait penyaluran alokasi anggaran yang tidak tepat waktu.

2. Kepada Pemerintah Kabupaten Sintang:

- a. Sehubungan dengan sering terlambatnya penyaluran alokasi dana ke puskesmas, maka disarankan kepada Dinas Kesehatan Kabupaten Sintang yang berperan dalam menetapkan alokasi anggaran per puskesmas untuk bekerja lebih tepat waktu dalam rangka mempercepat proses penyaluran

- anggaran oleh pemerintah pusat yaitu Departemen Kesehatan Republik Indonesia kepada Puskesmas melalui PT. Pos Indonesia.
- b. Sehubungan dengan masih terbatasnya tenaga kesehatan terutama untuk desa-desa di daerah terpencil, maka disarankan kepada Dinas Kesehatan Kabupaten Sintang untuk dapat menyusun formasi tenaga kesehatan dan selanjutnya disampaikan kepada Badan Kepegawaian Daerah Kabupaten Sintang untuk ditindak lanjuti.
 - c. Kepada Badan Kepegawaian Daerah Kabupaten Sintang diharapkan dapat menambah formasi penerimaan pegawai berstatus tenaga kesehatan seperti paramedis dan bidan desa guna mengisi lokasi pada desa-desa di daerah terpencil yang masih banyak kekosongan petugas, sehingga diharapkan akan mendukung jangkauan dan akses pelayanan kesehatan kepada masyarakat miskin dan tidak mampu khususnya, serta masyarakat luas pada umumnya.
 - d. Kepada Dinas Pekerjaan Umum Kabupaten Sintang serta para anggota Dewan Perwakilan Rakyat Daerah (DPRD) Kabupaten Sintang agar dapat bekerjasama untuk bersama-sama merumuskan dan merencanakan peningkatan pembangunan infrastruktur jalan atau jalur transportasi yang demikian sulit terutama di daerah-daerah pedalaman atau terpencil, sehingga diharapkan akan mempermudah dan memperlancar akses serta jangkauan pelayanan kesehatan kepada masyarakat.
3. Kepada Puskemas di Kabupaten Sintang, meskipun dalam petunjuk teknis tidak ada menyebutkan harus membentuk tim pendataan masyarakat miskin

pada tingkat kecamatan atau puskesmas, namun demikian disarankan agar pada masing-masing wilayah kerja kecamatan atau puskesmas dapat membentuk tim pendataan yang difasilitasi oleh Dinas Kesehatan Kabupaten Sintang dengan cara mengusulkan anggaran untuk tim pendataan melalui dana APBD Kabupaten Sintang sehingga *data base* peserta jamkesmas lebih akurat dan tepat sasaran. Selain itu puskesmas diharapkan lebih bersifat proaktif dalam melakukan pelayanan kesehatan kepada masyarakat miskin dengan menjangkau dan memperluas akses terutama pada desa-desa daerah terpencil.

4. Kepada masyarakat khususnya masyarakat miskin disarankan untuk dapat memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan gratis yang telah disediakan oleh pemerintah melalui program jamkesmas pada puskesmas dan jaringannya terutama pada jam-jam kerja (dinas) puskesmas, sehingga diharapkan dapat membantu dan semakin meningkatkan kondisi kesehatan dan tingkat perekonomian keluarga serta kebutuhan dasar lainnya.
5. Kepada peneliti yang akan meneliti masalah kebijakan terutama terkait program jamkesmas disarankan untuk melakukan pengamatan yang mendalam pada kondisi kesehatan masyarakat miskin, apa yang menyebabkan kondisi kesehatan mereka belum mencapai seperti yang diharapkan, data dan informasi yang akurat mengenai kondisi kesehatan masyarakat hendaknya menjadi perhatian peneliti yang akan melakukan penelitian sejenis, contoh-contoh penelitian sejenis hendaknya dapat dijadikan sebagai bahan masukan untuk melakukan penelitian.

DAFTAR PUSTAKA

- Agustino, L. (2006). *Politik & kebijakan publik*. Bandung: AIPI Bandung bekerjasama dengan Puslit KP2W Lemlit Unpad.
- Azwar, S. (2001). *Metode penelitian*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar.
- Azwar. (2007). Implementasi program kompensasi pengurangan subsidi bahan bakar minyak (PKPS BBM) bidang infrastruktur perdesaan di Kecamatan Sepauk Kabupaten Sintang. *Tesis*, Magister Ilmu Sosial Universitas Tanjungpura. Pontianak.
- Bappeda & BPS Kabupaten Sintang. (2008). *Kabupaten Sintang dalam angka 2008*, Kerja sama Badan Perencanaan Pembangunan Daerah Kabupaten Sintang dengan Badan Pusat Statistik Kabupaten Sintang.
- Chalid, P. (2007). *Teori dan isu pembangunan*. Jakarta: Universitas Terbuka.
- Damayanti, N. (2008, 17 Maret). Dewan desak menteri kesehatan tinjau ulang jamkesmas dalam *Tempo* hal I.
- Defliana, N. (2004). Implementasi program jaring pengaman sosial bidang pendidikan tingkat SLTP/MTs di Kota Pontianak. *Tesis*, Magister Ilmu Sosial Universitas Tanjungpura. Pontianak.
- Departemen Kesehatan R.I. (2007). *Pedoman pelaksanaan jaminan pemeliharaan kesehatan masyarakat (Askeskin) 2007*. Jakarta: Departemen Kesehatan Republik Indonesia.
- Departemen Kesehatan R.I. (2008). *Pedoman pelaksanaan jaminan kesehatan masyarakat (Jamkesmas) 2008*. Jakarta: Departemen Kesehatan Republik Indonesia.
- Dinas Kesehatan Kabupaten Sintang. (2006). *Rencana strategis dinas kesehatan Kabupaten Sintang tahun 2006-2010*. Dinas Kesehatan Kabupaten Sintang.
- Dinas Kesehatan Kabupaten Sintang. (2008). *Profil kesehatan Kabupaten Sintang tahun 2007*, Dinas Kesehatan Kabupaten Sintang.
- Dunn, W.N. (2000). *Pengantar analisis kebijakan publik*. Terjemahan oleh Samodra Wibawa dkk. Yogyakarta: Gadjah Mada University Press.

- Faisal, S. (2001). *Format-format penelitian sosial*. Jakarta: PT. Raja Grafindo Persada.
- Ikhsan, M, Santosa, A, dan Harmanti. (2007). *Administrasi keuangan publik*. Jakarta: Universitas Terbuka.
- Irawan, P. (2006). *Metodologi penelitian administrasi*. Jakarta: Universitas Terbuka.
- Islamy, I.M. (2001). *Prinsip-prinsip perumusan kebijaksanaan negara*. Jakarta: Bumi Aksara.
- Khofifi, M. (2009). Definisi organisasi. Diambil 24 April 2009, dari situs Wordpress <http://khofif.wordpress.com/2009/01/21/definisi-organisasi/>
- Kismartini. dkk. (2008). *Analisis kebijakan publik*. Jakarta: Universitas Terbuka.
- Moleong, L.J. (2002). *Metodologi penelitian kualitatif*. Bandung. PT. Remaja Rosdakarya.
- Mustopadidjaja. (2000). *Perencanaan strategik instansi pemerintah*. Jakarta: Lembaga Administrasi Negara RI.
- Nasution, S. (2001). *Metode research (penelitian ilmiah)*. Jakarta: Bumi Aksara
- Pemerintah Kabupaten Sintang. *Rencana strategis pemerintah Kabupaten Sintang tahun 2006-2010*. Pemerintah Kabupaten Sintang.
- Prihantina, A. (2006). Efektifitas pengelolaan jaminan pemeliharaan kesehatan bagi masyarakat miskin suatu studi kasus di Kecamatan Pontianak Timur Kota Pontianak Provinsi Kalimantan Barat. *Tesis*, Magister Ilmu Sosial Universitas Tanjungpura. Pontianak.
- Purwanto, A.J, Kridasakti, S.W, dan Elu, W.B. (2007). *Teori organisasi*. Jakarta: Universitas Terbuka.
- Radjiin, W. (2002). Pengaruh implementasi program pemberian beasiswa jaring pengaman sosial (JPS) terhadap motivasi belajar siswa SLTP Negeri dan Swasta di Kota Pontianak. *Tesis*, Program Pasca Sarjana Universitas Tanjungpura Pontianak.
- Riduwan. (2008). *Dasar-dasar statistika*. Bandung: Alfabeta
- Riyadi, T.A. (2009). Jamkesmas belum sepenuhnya gratis, 40 persen peserta Jamkesmas dimintai biaya pelayanan kesehatan. *Jurnal Nasional, Sosial-Budaya Jakarta*.

- Rosita, T. et al. (2007). *Pedoman penulisan tugas akhir program magister (TAPM)*. Jakarta: Universitas Terbuka.
- Ruslan, R. (2007). *Manajemen publik relations & media komunikasi: konsepsi dan aplikasi*. Jakarta: PT. Raja Grafindo Persada.
- Santana, S. (2007). *Menulis ilmiah metode penelitian kualitatif*. Jakarta: Yayasan Obor Indonesia.
- Siagian, S.P. (2004). *Manajemen abat 21*. Jakarta: PT. Bumi Aksara.
- Simanjuntak, P.J. (2005). *Manajemen dan evaluasi kinerja*. Jakarta: Lembaga Penerbit Fakultas Ekonomi Universitas Indonesia.
- Sundarso, dkk. (2006). *Teori administrasi*. Jakarta: Universitas Terbuka.
- Syafiie, I.K. (2006). *Ilmu administrasi publik*. Jakarta: PT. Rineka Cipta.
- Teknik Industri. (2009). Definisi dan pengertian organisasi. Diambil 24 April 2009, dari situs Wordpress <http://hmti.wordpress.com/2008/02/22/definisi-dan-pengertian-organisasi/>
- Terry, G.R & Rue, L.W.(2005). *Dasar-dasar manajemen*. Terjemahan oleh Ticoalu. G.A. Jakarta: PT. Bumi Aksara.
- Undang-undang Republik Indonesia nomor 23 tahun 1992 tentang kesehatan*. Jakarta: Departemen Kesehatan Republik Indonesia.
- Waluyo. (2007). *Manajemen publik (konsep, aplikasi dan implementasinya dalam pelaksanaan otonomi daerah)*. Bandung: CV. Mandar Maju.
- Wibawa, S. (2000). *Evaluasi kebijakan publik*. Jakarta: PT. Raja Grafindo Persada.
- Widodo, J. (2007). *Analisis kebijakan publik*. Malang: Bayumedia Publishing.
- Winarno, B. (2002). *Teori dan proses kebijakan publik*. Yogyakarta: Media Pressindo.
- Winarno, B. (2009). 10 juta warga penerima Jamkesmas belum terdaftar. *Jurnal Nasional, Nusantara Jakarta*.
- Yaumil, C.H. & Achir. A. (2002). Jaminan sosial nasional Indonesia. *Jurnal Ekonomi Rakyat*.

KUESIONER

MANAJEMEN PELAKSANAAN KEBIJAKAN PROGRAM JAMINAN KESEHATAN MASYARAKAT (JAMKESMAS): (Studi Kasus pada Puskesmas di Kabupaten Sintang Tahun 2008)

(Diisi oleh responden yang mewakili puskesmas)

Petunjuk Kuesioner :

Kuesioner ini terdiri dari 2 bentuk pertanyaan yaitu tertutup dan terbuka. Untuk pertanyaan tertutup Bapak/Ibu/Saudara hanya perlu memilih dengan cara melingkari salah satu jawaban yang tersedia. Sedangkan untuk pertanyaan terbuka mohon Bapak/Ibu/saudara dapat menyampaikan (menuliskan) jawaban pada baris yang tersedia, untuk yang ada tanda *) berarti coret dan pilih salah satu. Jika tempat jawaban tidak mencukupi untuk menuliskan jawaban mohon ditulis pada kertas tambahan.

A. IDENTITAS RESPONDEN

1. No. Responden :
2. Pendidikan Terakhir :
3. Jenis Kelamin : Laki-laki / Perempuan *)
4. Jabatan :
5. Instansi/Lembaga :
6. Alamat :

B. PERENCANAAN

Perencanaan adalah rangkaian kegiatan menetapkan hal-hal yang akan dikerjakan pada waktu yang akan datang berdasarkan fakta-fakta dan pemikiran yang matang dalam rangka pencapaian tujuan yang diinginkan.

7. Menurut sepengetahuan Bapak/Ibu/Saudara, sebelum kegiatan program jamkesmas dilaksanakan apakah ada dibuat perencanaan/plan of action (POA) untuk pelaksanaan kegiatan di Puskesmas Tahun 2008?
 - a. Ada
 - b. Tidak ada
 - c. Tidak tahu
8. Jika tidak ada, apa yang menjadi alasan tidak dibuatnya perencanaan (POA)?

Jawaban :

.....

9. Jika ada, siapa saja yang terlibat dalam pembuatan perencanaan (POA) tersebut?

Jawaban :

.....

10. Terkait dengan pertanyaan No. 9, bagaimana proses penyusunan perencanaan (POA) tersebut dilakukan?

Jawaban :

.....

C. PENGORGANISASIAN

Pengorganisasian adalah rangkaian aktivitas menyusun suatu kerangka yang menjadi wadah segenap kegiatan usaha kerja sama dengan jalan membagi dan mengelompokkan pekerjaan-pekerjaan yang harus dilaksanakan, serta menetapkan dan menyusun jalinan hubungan kerja di antara satuan-satuan organisasi atau para pejabatnya.

11. Menurut sepengetahuan Bapak/Ibu/Saudara, apakah ada tim/pengorganisasian untuk mengelola program jamkesmas di Puskesmas ?
 a. Ada b. Tidak ada c. Tidak tahu

12. Jika tidak ada, apa yang menjadi alasan tidak dibentuknya tim/pengorganisasian pengelola program jamkesmas di puskesmas tersebut?

Jawaban :

.....

13. Jika ada, bagaimana struktur tim/pengorganisasian pengelola program jamkesmas di puskesmas tersebut ?

Jawaban :

.....

14. Menurut sepengetahuan Bapak/Ibu/Saudara, apakah ada tim/pengorganisasian untuk pendataan sasaran program jamkesmas di wilayah kerja Puskesmas ?

a. Ada b. Tidak ada c. Tidak tahu

15. Jika tidak ada, apa yang menjadi alasan tidak dibentuknya tim/pengorganisasian untuk pendataan sasaran program jamkesmas tersebut ?

Jawaban :

.....

16. Jika ada, bagaimana struktur tim/peorganisasiannya untuk pendataan sasaran program jamkesmas tersebut ?

Jawaban :

.....

D. PENGGERAKAN PELAKSANAAN

Penggerakan pelaksanaan merupakan kegiatan yang dilakukan oleh pimpinan untuk membuat bawahan dapat melaksanakan tugas dan kegiatan dengan senang hati seperti yang dikehendaki sesuai dengan sasaran organisasi.

17. Menurut sepengetahuan Bapak/Ibu/Saudara, apakah pimpinan pada tingkat Dinas/Kabupaten ada melakukan penggerakan kepada puskesmas untuk pelaksanaan program jamkesmas di Puskesmas ?

a. Ada b. Tidak ada c. Tidak tahu

18. Jika tidak ada, apa yang menjadi alasan tidak dilakukannya penggerakan tersebut ?

Jawaban :

.....

19. Jika ada, bagaimana bentuk pergerakan yang dilakukan oleh pimpinan tersebut ?

Jawaban :

.....

20. Menurut sepengetahuan Bapak/Ibu/Saudara, apakah sudah seluruhnya masyarakat miskin terdata sebagai peserta (*data base* peserta) pada program jamkesmas ?

a. Sudah seluruhnya b. Belum seluruhnya c. Tidak tahu

21. Jika belum, apa yang menyebabkan belum seluruhnya masyarakat miskin terdata sebagai peserta program jamkesmas ?

Jawaban :

.....

22. Terkait dengan pertanyaan No. 21, bagaimana cara mengatasi masyarakat miskin yang belum masuk dalam pendataan (*data base* peserta) jamkesmas tersebut ?

Jawaban :

.....

23. Menurut sepengetahuan Bapak/Ibu/Saudara, kriteria apa yang digunakan untuk menetapkan status masyarakat miskin dalam program jamkesmas ?

Jawaban :

.....

24. Apakah masyarakat miskin yang masuk dalam data base peserta sudah seluruhnya memiliki kartu peserta jamkesmas ?

a. Sudah seluruhnya b. Belum seluruhnya c. Tidak tahu

apabila terjadi kesalahan atau penyimpangan dan mencegah terjadinya hal-hal yang tidak diinginkan terulang kembali, sehingga hasil yang dicapai sesuai dengan rencana yang telah ditetapkan.

31. Menurut sepengetahuan Bapak/Ibu/Saudara, apakah ada dilakukan kegiatan pengawasan dalam pelaksanaan program jamkesmas di Puskesmas?

- a. Ada b. Tidak ada c. Tidak tahu

32. Jika tidak ada, apa yang menjadi alasan tidak dilakukannya pengawasan dalam pelaksanaan program jamkesmas tersebut ?

Jawaban :

.....

33. Jika ada, siapa saja yang telah melakukan kegiatan pengawasan dalam pelaksanaan program jamkesmas tersebut ?

Jawaban :

.....

34. Apa saja yang menjadi saran dari hasil kegiatan pengawasan pada pelaksanaan program jamkesmas tersebut ?

Jawaban :

.....

35. Apakah ada pelaporan yang dibuat secara rutin dalam pelaksanaan program jamkesmas di Puskesmas ?

- a. Ada b. Tidak ada c. Tidak tahu

36. Jika tidak, apa yang menjadi alasan tidak dibuatnya pelaporan tersebut ?

Jawaban :

.....

43. Apa saja yang menjadi faktor pendukung dalam pelaksanaan program jamkesmas di Puskesmas ? Sebutkan !

Jawaban :

.....

H. HAMBATAN

Hambatan adalah semua faktor-faktor yang menjadi penghambat dalam pelaksanaan program jamkesmas di Puskesmas, baik yang berasal dari dalam (*internal*) maupun dari luar (*eksternal*) puskesmas.

44. Apa saja yang menjadi faktor penghambat dalam pelaksanaan program jamkesmas di Puskesmas ? Sebutkan !

Jawaban :

.....

I. REKOMENDASI DAN SARAN TERHADAP PROGRAM JAMKESMAS

45. Bagaimana rekomendasi Bapak/Ibu/Saudara terhadap keberlanjutan program jamkesmas di Puskesmas dan jajarannya ?

- a. Dilanjutkan b. Dihentikan c. Diganti

46. Apa yang menjadi alasan rekomendasi yang Bapak/Ibu/Saudara berikan tersebut ?

Jawaban :

.....

47. Apakah saran Bapak/Ibu/Saudara terhadap program jamkesmas untuk masa yang akan datang ?

Jawaban :

.....

.....,2009

Responden

.....

KUESIONER

MANAJEMEN PELAKSANAAN KEBIJAKAN PROGRAM JAMINAN KESEHATAN MASYARAKAT (JAMKESMAS): (Studi Kasus pada Puskesmas di Kabupaten Sintang Tahun 2008)

(Diisi oleh masyarakat peserta jamkesmas)

Petunjuk Kuesioner :

Kuesioner ini terdiri dari 2 bentuk pertanyaan yaitu tertutup dan terbuka. Untuk pertanyaan tertutup Bapak/Ibu/Saudara hanya perlu memilih dengan cara melingkari salah satu jawaban yang tersedia. Sedangkan untuk pertanyaan terbuka mohon Bapak/Ibu/saudara dapat menyampaikan (menuliskan) jawaban pada baris yang tersedia, untuk yang ada tanda *) berarti coret dan pilih salah satu. Jika tempat jawaban tidak mencukupi untuk menuliskan jawaban mohon ditulis pada kertas tambahan.

B. IDENTITAS RESPONDEN

1. No. Responden :
2. Pendidikan Terakhir :
3. Jenis Kelamin : Laki-laki / Perempuan *)
4. Pekerjaan :
5. Alamat :

B. PELAKSANAAN PROGRAM JAMKESMAS

6. Apakah Bapak/Ibu/Saudara sudah terdata sebagai peserta program jamkesmas di puskesmas ?
 - a. Sudah
 - b. Belum
 - c. Tidak tahu
7. Apakah Bapak/Ibu/Saudara sudah memiliki kartu peserta jamkesmas ?
 - a. Sudah
 - b. Belum
 - c. Tidak tahu
8. Terkait dengan pertanyaan nomor 6, jika sudah terdata sebagai peserta jamkesmas, apakah Bapak/Ibu/Saudara sudah pernah memanfaatkan puskesmas untuk mendapatkan pelayanan kesehatan ?
 - a. Sudah pernah
 - b. Belum pernah
 - c. Tidak tahu

**TABEL REKAP HASIL ANALISIS DATA
TANGGAPAN RESPONDEN PUSKESMAS TENTANG MANAJEMEN
PELAKSANAAN KEBIJAKAN PROGRAM JAMKESMAS
PADA PUSKESMAS DI KABUPATEN SINTANG
TAHUN 2008**

Indikator	Tanggapan Responden	Alasan / Uraian
1. Perencanaan	<p>Pembuatan POA: 14 orang atau 87,50% mengatakan puskesmas telah membuat POA, 2 orang atau 12,50% tidak membuat.</p>	<p>Tidak dibuatnya perencanaan 1 orang atau 50% mengatakan karena kurangnya sumber daya manusia serta kurangnya petunjuk teknis penyusunan kegiatan perencanaan sehingga tidak ada tenaga yang terampil menyusun POA, 1 orang atau 50% mengatakan disebabkan karena adanya pergantian kepala puskesmas sehingga perencanaan tersebut tidak sempat dibuat oleh puskesmas.</p> <p>Cara penyusunan POA 11 orang atau 78,57% mengatakan dilakukan melalui rapat seluruh staf dan pengelola program, 3 orang atau 21,43% dilakukan dengan membuat usulan dari masing-masing pengelola program atau kegiatan, setelah itu baru dibahas dan disusun oleh tim penyusun pada tingkat puskesmas.</p>
2. Pengorganisasian	<p>Tim Pengelola: 13 orang atau 81,25% mengatakan puskesmas telah membentuk tim pengelola program jamkesmas, 3 orang atau 18,75% mengatakan tidak ada membentuk tim pengelola.</p>	<p>Tidak dibentuknya tim pengelola program jamkesmas 3 orang atau 100% mengatakan karena tidak adanya petunjuk teknis untuk membentuk tim pengelola program di puskesmas sehingga pengelolaan program jamkesmas langsung ditangani pengelola kegiatan rutin yang ada pada puskesmas.</p>

Indikator	Tanggapan Responden	Alasan / Uraian
	<p>Tim Pendataan: 11 orang atau 68,75% mengatakan puskesmas tidak ada membentuk tim pendataan masyarakat miskin, 5 orang atau 31,25% mengatakan sudah membentuk tim.</p>	<p>Tidak dibentuknya tim pendataan 5 orang atau 45,45% mengatakan karena telah dilakukan oleh tim pendataan dari kabupaten bersama-sama dengan bagian pendataan penduduk di kecamatan tanpa melibatkan pihak puskesmas, 4 orang atau 36,36% karena telah dilakukan oleh aparat masing-masing desa/kelurahan, 1 orang atau 9,09% karena tidak ada petunjuk teknis dari pusat atau kabupaten, dan 1 orang atau 9,09% karena tidak ada dana yang disiapkan khusus untuk pendataan masyarakat miskin.</p> <p>Bagi puskesmas yang telah membentuk tim untuk pendataan masyarakat miskin, 5 orang atau 100% mengatakan strukturnya langsung diketuai oleh camat, kepala puskesmas serta unit kerja lain termasuk kepala desa/lurah kedudukannya sebagai anggota tim.</p>
3. Penggerakan Pelaksanaan	<p>Penggerakan dari Dinas/Kabupaten: 13 orang atau 81,25% mengatakan telah dilakukan Penggerakan dari tingkat Dinas/ Kabupaten, 3 orang atau 18,75 mengatakan tidak ada dilakukan kegiatan penggerakan.</p>	<p>Tidak dilakukannya kegiatan penggerakan karena 2 orang atau 66,67% berasumsi karena terlambatnya dana atau anggaran program jamkesmas, 1 orang atau 33,33% berasumsi karena faktor transportasi yang sulit ke puskesmas.</p> <p>Bentuk penggerakan yang dilakukan antara lain 3 orang atau 23,08% berupa pembinaan pelaksanaan kegiatan program jamkesmas sesuai juknis dan perencanaan,</p>

Indikator	Tanggapan Responden	Alasan / Uraian
		<p>2 orang atau 15,38% diberikan pembinaan tentang penyusunan perencanaan (POA), 2 orang atau 15,38% tentang pembukuan dan penyelesaian surat pertanggung jawaban (SPJ), 1 orang atau 7,69% dalam bentuk sosialisasi program. 5 orang atau 38,46% mengatakan pembinaan yang diberikan meliputi keempat bagian tersebut meliputi pembinaan pelaksanaan kegiatan sesuai juknis dan POA, penyusunan perencanaan, pembukuan dan SPJ, serta sosialisasi program jemkesmas.</p>
	<p>Pendataan Masyarakat Miskin: 16 orang atau 100% mengatakan belum seluruhnya masyarakat miskin masuk dalam <i>data base</i> sebagai penerima program jamkesmas.</p>	<p>Alasan adalah 13 orang atau 81,25% mengatakan karena pendataan langsung dilakukan oleh tim kabupaten bersama bagian pendataan penduduk di kecamatan tanpa koordinasi atau kerjasama dengan pihak puskesmas, 3 orang atau 18,75% mengatakan karena data yang digunakan dari kecamatan merupakan data yang belum diperbaharui sehingga belum akurat.</p> <p>Untuk mengatasi masyarakat miskin yang belum masuk dalam <i>data base</i> program jamkesmas, langkah yang dilakukan 9 orang atau 56,25% mengatakan dengan meminta surat keterangan tidak mampu (SKTM) yang diterbitkan oleh kepala desa/lurah untuk kasus rujukan, 3 orang atau 18,75% mengatakan melakukan subsidi silang pada program</p>

Indikator	Tanggapan Responden	Alasan / Uraian
		<p>elayanan kesehatan bersubsidi yang bersumber dari dana APBD Kabupaten, 4 orang atau 25% mengatakan melakukan kedua hal tersebut yaitu melakukan pelayanan kesehatan bersubsidi dan meminta SKTM untuk pelayanan kesehatan yang memerlukan rujukan.</p> <p>Kriteria yang digunakan untuk menetapkan masyarakat miskin 8 orang atau 72,73% mengatakan dilihat secara relatif artinya hanya melalui kondisi setempat dibandingkan dengan keadaan sekitarnya misalnya dengan melihat kondisi rumah, pakaian, pekerjaan yang tidak tetap atau pengangguran serta tingkat pendidikan yang rendah, 3 orang atau 27,27% dilihat secara absolut misalnya dengan melihat makan tidak lebih dari 2 kali sehari, dilihat dari tingkat pendapatan rata-rata dalam sebulan serta tidak berganti pakaian 1 kali dalam sehari, 5 orang atau 31,25% tidak tahu.</p>
	<p>Kepemilikan Kartu Jamkesmas: 12 orang atau 75% mengatakan masyarakat Miskin belum memiliki kartu jamkesmas, 4 orang atau 25% mengatakan tidak tahu.</p>	<p>Belum dimilikinya kartu jamkesmas 9 orang atau 75% mengatakan karena belum akuratnya pendataan peserta jamkesmas sehingga masih memerlukan akurasi data menyebabkan keterlambatan distribusi dari PT. Askes kepada pihak kecamatan dan desa, 2 orang atau 16,67% karena keterlambatan distribusi oleh kepala desa, 1 orang atau 8,33% karena kesalahan pencetakan</p>

Indikator	Tanggapan Responden	Alasan / Uraian
		kartu jamkesmas oleh PT. Askes. Untuk 25% responden yang mengatakan tidak tahu, 4 orang atau 100% memberikan alasan distribusi kartu jamkesmas menjadi wewenang camat sepenuhnya, puskesmas hanya sebatas sebagai unit pelaksana pelayanan kesehatan sehingga tidak pernah merasa terlibat dalam pendistribusian kartu jamkesmas kepada masyarakat miskin.
	Jangkauan Akses Pelayanan Kesehatan: 14 orang atau 87,50% mengatakan belum terjangkau oleh masyarakat miskin, 2 orang atau 12,50% mengatakan sudah terjangkau.	Belum terjangkainya akses pelayanan kesehatan 10 orang atau 71,40% mengatakan karena kurangnya tenaga kesehatan seperti paramedis dan bidan desa terutama untuk desa-desa di daerah pedalaman atau terpencil serta sulitnya jalur transportasi (infrastruktur jalan) yang harus ditempuh untuk memberikan pelayanan. 2 orang atau 14,30% mengatakan karena mahal biaya transportasi untuk menjangkau masyarakat miskin di daerah-daerah terpencil. 2 orang atau 14,30% mengatakan disebabkan karena sarana dan prasarana kesehatan yang belum memadai.
	Pelayanan Kesehatan Gratis: 16 orang atau 100% mengatakan semua jenis pelayanan kesehatan diberikan secara gratis kepada masyarakat miskin	untuk mendapatkan pelayanan kesehatan di puskesmas 16 orang atau 100% mengatakan cukup dengan menunjukkan kartu jamkesmas atau surat keterangan tidak mampu (SKTM), selanjutnya tinggal mengikuti prosedur pelayanan sesuai yang diberlakukan pada masing-

Indikator	Tanggapan Responden	Alasan / Uraian
		masing unit pelayanan kesehatan atau puskesmas beserta jaringannya.
4. Pengawasan	<p>Kegiatan Pengawasan: 16 orang atau 100% mengatakan telah dilakukan kegiatan pengawasan</p> <p>Pelaporan Program: 16 orang atau 100% mengatakan telah membuat pelaporan</p>	<p>16 orang atau 100% mengatakan dilakukan melalui pengawasan melekat oleh kepala puskesmas, 10 orang atau 62,50% dilakukan oleh sektor fungsional bidang pengawasan dalam hal ini adalah Inspektorat Kabupaten Sintang, 6 orang atau 37,50% dilakukan oleh Pengelola Program Dinas Kesehatan Kabupaten Sintang. Hasil-hasil pengawasan terutama yang dilakukan oleh Inspektorat Kabupaten terhadap pelaksanaan program jamkesmas memberikan saran-saran antara lain 11 orang atau 68,75% berupa perbaikan terhadap pelaksanaan kegiatan yang tidak sesuai dengan perencanaan dan petunjuk teknis, 5 orang atau 31,35% berupa saran perbaikan pembukuan keuangan, perbaikan surat pertanggung jawaban keuangan serta perbaikan terhadap pelaporan kegiatan yang dibuat.</p> <p>Pelaporan dikirimkan secara rutin setiap bulannya kepada Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Sintang.</p>
5. Penganggaran	Kecukupan Anggaran: 11 orang atau 68,75% mengatakan belum mencukupi, 5 orang atau 31,25% mengatakan sudah mencukupi	langkah-langkah yang dilakukan terhadap anggaran yang belum mencukupi 5 orang atau 45,45% mengatakan melaksanakan kegiatan pelayanan kesehatan dengan menggunakan dana pelayanan kesehatan bersubsidi

Indikator	Tanggapan Responden	Alasan / Uraian
		<p>bagi masyarakat non askes PNS dan asuransi kesehatan lainnya melalui alokasi anggaran pendapatan dan belanja daerah (APBD) dimana dalam program subsidi ini semua masyarakat diberikan pelayanan kesehatan gratis untuk kasus-kasus rawat jalan tetapi tidak berlaku untuk kasus-kasus rujukan ke rumah sakit.</p> <p>3 orang atau 27,27% mengatakan melakukan efisiensi kegiatan dengan cara mengurangi kegiatan-kegiatan yang kurang prioritas seperti mengurangi belanja obat-obatan esensial serta peralatan medis dan lebih memprioritaskan untuk pelayanan dan perawatan masyarakat miskin di puskesmas. 1 orang atau 9,09% mengatakan mengusulkan tambahan alokasi anggaran program jamkesmas ke pusat melalui pengelola pada Dinas Kesehatan Kabupaten. 2 orang atau 18,18% mengatakan puskesmas melakukan kedua hal tersebut diatas berupa pelayanan kesehatan melalui dana pelayanan kesehatan bersubsidi dan melakukan efisiensi kegiatan yang kurang prioritas.</p>
	<p>Ketepatan Waktu Penyaluran Anggaran: 16 orang atau 100% mengatakan penyaluran anggaran tidak tepat waktu atau mengalami keterlambatan</p>	<p>Tidak tepatnya waktu penyaluran anggaran 11 orang atau 68,75% mengatakan karena kebijakan pusat yang bersifat <i>top down</i> sehingga turunnya anggaran sangat tergantung dari pusat, 5 orang atau 31,25% mengatakan disebabkan karena keterlambatan</p>

Indikator	Tanggapan Responden	Alasan / Uraian
		<p>dalam penerbitan surat keputusan penetapan alokasi anggaran oleh Dinas Kesehatan Kabupaten Sintang sehingga anggaran dari pusat menjadi terlambat turunnya ke puskesmas.</p> <p>Mekanisme penyaluran anggaran 16 orang atau 100% mengatakan langsung masuk ke rekening puskesmas melalui Kantor PT. Pos Indonesia di Sintang setelah Keputusan Bupati tentang penetapan masyarakat miskin disahkan oleh Bupati Sintang, dan surat keputusan tentang penetapan alokasi anggaran program jamkesmas oleh Kepala Dinas Kesehatan disampaikan kepada PT. Pos Indonesia.</p>
<p>6. Faktor Pendukung dan Penghambat dalam Pelaksanaan Kebijakan Program Jamkesmas</p>	<p>Faktor Pendukung, dikelompokkan dari jawaban responden lebih dari satu.</p>	<p>a. 13 orang atau 81,25% mengatakan berupa adanya ketersediaan dana dalam program jamkesmas yang bersumber dari dana APBN.</p> <p>b. 9 orang atau 56,25% mengatakan adanya dukungan dan komitmen dari pemerintah daerah dalam pemberian pelayanan kesehatan bersubsidi bagi masyarakat yang bersumber dari dana APBD, sehingga dapat dimanfaatkan untuk pelayanan kesehatan bagi keluarga miskin yang tidak terdaftar sebagai peserta jamkesmas.</p> <p>c. 8 orang atau 50% mengatakan adanya dukungan dan kerjasama lintas program dan lintas sektor.</p>

Indikator	Tanggapan Responden	Alasan / Uraian
		<p>e. 9 orang atau 56,25% mengatakan sarana dan prasarana kesehatan yang belum memadai.</p> <p>f. 7 orang atau 43,75% mengatakan kurang atau minimnya dana untuk pelaksanaan pelayanan kesehatan serta minimnya dana operasional puskesmas dalam program jamkesmas.</p>
	<p>Rekomendasi : 16 orang atau 100% merekomendasikan program jamkesmas di masa yang akan datang tetap dilanjutkan</p>	<p>11 orang atau 68,75% mengatakan kebijakan atau program tersebut masih sangat dibutuhkan bagi masyarakat miskin dan tidak mampu terutama pada kondisi seperti sekarang ini dimana masyarakat sangat rentan dengan perekonomian yang sedang terpuruk ditambah lagi dengan krisis ekonomi global, 5 orang atau 31,25% mengatakan bahwa kesehatan merupakan hak setiap orang yang harus dijamin dan dipenuhi oleh negara atau pemerintah.</p>
	<p>Saran, dikelompokkan dari jawaban responden lebih dari satu</p>	<p>a. 14 orang atau 87,50% menyarankan agar penyaluran anggaran program jamkesmas dapat disalurkan tepat waktu.</p> <p>b. 10 orang atau 62,50% menyarankan dalam pendataan masyarakat miskin untuk wilayah masing-masing kecamatan atau puskesmas agar dapat melibatkan unsur-unsur terkait terutama pihak kecamatan, puskesmas dan jaringannya serta perangkat pemerintahan desa/kelurahan.</p>

Indikator	Tanggapan Responden	Alasan / Uraian
		<p>c. 9 orang atau 56,25% menyarankan agar ada peningkatan anggaran dengan meningkatkan perhitungan satuan kapitasi anggaran.</p> <p>d. 8 orang atau 50% menyarankan tambahan petugas kesehatan dan tenaga bidan desa khususnya untuk wilayah-wilayah pedesaan daerah pedalaman atau terpencil untuk mengisi puskesmas pembantu dan polindes yang saat ini banyak kekosongan petugas.</p> <p>e. 7 orang atau 43,75% menyarankan pembinaan oleh tim pengelola dinas kesehatan kabupaten kepada puskesmas agar dapat ditingkatkan.</p> <p>f. 3 orang atau 18,75% menyarankan penetapan alokasi anggaran program jamkesmas di sesuaikan dengan profil dan kondisi puskesmas sehingga tidak ditetapkan dengan sistem kapitasi.</p> <p>g. 3 orang atau 18,75% menyarankan agar dalam penetapan masyarakat miskin dibuatkan kriteria atau ukuran yang lebih jelas dalam menetapkannya sehingga memudahkan pendataan.</p> <p>h. 2 orang atau 12,5% menyarankan adanya tambahan insentif bagi petugas pengelola program jamkesmas di puskesmas dan jajarannya.</p>

**TABEL REKAP HASIL ANALISIS DATA
TANGGAPAN RESPONDEN MASYARAKAT MISKIN PESERTA
JAMKESMAS TENTANG PELAKSANAAN KEBIJAKAN
PROGRAM JAMKESMAS PADA PUSKESMAS
DI KABUPATEN SINTANG TAHUN 2008**

Indikator	Tanggapan Responden	Alasan / Uraian
Pelaksanaan Kebijakan Program Jamkesmas di Puskesmas	Kepemilikan Kartu Jamkesmas: 21 orang atau 43,75% mengatakan sudah memiliki kartu jamkesmas, 27 orang atau 56,25% mengatakan belum memiliki kartu jamkesmas	
	Pelayanan Kesehatan Gratis: 37 orang atau 77,08% mengatakan semua jenis pelayanan kesehatan diberikan secara gratis, 11 orang atau 22,92% mengatakan tidak semua jenis pelayanan kesehatan diberikan secara gratis	Alasan tidak semua gratis adalah 6 orang atau 54,55% karena harus membayar biaya sebagian obat-obatan tertentu yang tidak menjadi tanggungan dalam program jamkesmas, 3 orang atau 27,27% karena pelayanan kesehatan yang dilakukan di luar jam kerja puskesmas sehingga tetap dimintai bayaran, 2 orang atau 18,18% mengatakan dimintai biaya karena pelayanan kesehatan dilakukan melalui kunjungan rumah. Pelayanan kesehatan yang tidak gratis tersebut 7 orang atau 63,64% berupa pelayanan Keluarga Berencana berupa biaya alat dan obat-obatan KB, 2 orang atau 18,18% berupa pelayanan pemeriksaan lab. yang dilakukan di luar jam kerja, dan 2 orang atau 18,18% berupa pelayanan rawat jalan yang dilakukan di rumah masyarakat miskin.

Indikator	Tanggapan Responden	Alasan / Uraian
		<p>d. 7 orang atau 43,75% mengatakan adanya sarana dan fasilitas puskesmas yang sudah cukup memadai.</p> <p>e. 7 orang atau 43,75% mengatakan telah didukung dengan sumber daya manusia yang memadai.</p> <p>f. 7 orang atau 43,75% mengatakan adanya kesadaran masyarakat untuk mendapatkan pelayanan kesehatan serta memanfaatkan fasilitas kesehatan yang ada.</p> <p>g. 4 orang atau 25% mengatakan karena adanya petunjuk teknis yang jelas dalam pelaksanaan kegiatan program jamkesmas di puskesmas.</p>
	<p>Faktor Penghambat, dikelompokkan dari jawaban responden lebih dari satu.</p>	<p>a. 14 orang atau 87,50% mengatakan berupa lambatnya penyaluran alokasi anggaran dari pusat ke puskesmas.</p> <p>b. 13 orang atau 81,25% mengatakan belum akuratnya data peserta penerima program jamkesmas.</p> <p>c. 10 orang atau 62,50% mengatakan sulitnya jalur transportasi yang harus ditempuh untuk menjangkau pelayanan kesehatan terutama pada daerah-daerah terpencil.</p> <p>d. 9 orang atau 56,25% berupa kurangnya tenaga atau sumber daya manusia di puskesmas dan jaringannya terutama tenaga kesehatan untuk desa-desa di daerah pedalaman atau terpencil.</p>

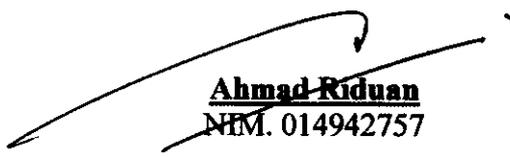
Indikator	Tanggapan Responden	Alasan / Uraian
	<p>Kualitas Pelayanan Kesehatan: 26 orang atau 54,17% mengatakan belum memuaskan, 18 orang atau 37,50% sudah memuaskan, dan 4 orang atau 8,33 tidak tahu.</p>	
	<p>Jangkauan Akses Pelayanan Kesehatan: berupa kunjungan pelayanan kesehatan ke rumah masyarakat miskin 25 orang atau 52,08% mengatakan tidak pernah dilakukan oleh petugas kesehatan, 13 orang atau 27,08% mengatakan pernah, dan 10 orang atau 20,83 tidak tahu.</p>	
	<p>Mekanisme Pelayanan Kesehatan Gratis: 31 orang atau 64,58% mengatakan pelayanan akan dilakukan dengan menunjukkan kartu jamkesmas, 17 orang atau 35,42% mengatakan bagi yang belum memiliki kartu jamkesmas harus dengan surat pengantar kepala desa/lurah setempat.</p>	

Indikator	Tanggapan Responden	Alasan / Uraian
	Faktor Pendukung dalam memperoleh pelayanan kesehatan: 33 orang atau 68,75% tidak ada dukungan, dan 15 orang atau 31,25% mendapatkan dukungan	dukungan tersebut diantaranya 8 orang atau 53,33% berupa dukungan dari kepala desa dan aparat pemerintahan desa setempat dalam pengurusan surat-surat keterangan yang diperlukan, dan 7 orang atau 46,67% berupa dukungan dari petugas kesehatan dan bidan desa pada saat melakukan rujukan ke puskesmas maupun rumah sakit.
	Faktor Penghambat dalam memperoleh pelayanan kesehatan: 35 orang atau 72,92% mendapatkan hambatan, 13 Orang atau 27,08% tidak ada hambatan	Hambatan tersebut 14 orang atau 40% mengatakan berupa kesulitan mendapatkan pelayanan kesehatan karena petugas kesehatan di desa-desa banyak yang kosong, 12 orang atau 34,29% berupa jarak tempuh atau jangkauan untuk sampai ke puskesmas yang cukup jauh, dan 9 orang atau 25,71% berupa biaya transport yang cukup mahal dari desa ke puskesmas.
	Rekomendasi : 48 orang atau 100% merekomendasikan program jamkesmas di masa yang akan datang tetap dilanjutkan.	48 orang atau 100% mengatakan program jamkesmas ada manfaat, 25 orang atau 52,08% mengatakan adanya program jamkesmas dapat memelihara dan semakin meningkatkan derajat kesehatan keluarga mereka, 15 orang atau 31,25% mengatakan dengan adanya program jamkesmas dapat meringankan beban dan kebutuhan sehari-hari atau ekonomi keluarga mereka, dan 8 orang atau 16,67% mengatakan kedua hal tersebut di atas yaitu selain dapat meningkatkan status kesehatan keluarga juga dapat meringankan perekonomian keluarga.

**PEDOMAN REVIEW DOKUMEN
MANAJEMEN PELAKSANAAN KEBIJAKAN
PROGRAM JAMINAN KESEHATAN MASYARAKAT (JAMKESMAS):
(Studi Kasus pada Puskesmas di Kabupaten Sintang Tahun 2008)**

No.	Jenis Data	Sumber Data
1.	Data Gambaran Umum Dinas Kesehatan Kabupaten Sintang (Profil Kesehatan Tahun 2008).	Dinas Kesehatan Kabupaten Sintang.
2.	Renstra Dinas Kesehatan Kabupaten Sintang Tahun 2006-2010.	Dinas Kesehatan Kabupaten Sintang.
3.	Data Jumlah Penduduk Miskin Per Puskesmas /Kecamatan Tahun 2006, 2007, 2008.	Dinas Kesehatan Kabupaten Sintang.
4.	Keputusan Menteri Kesehatan tentang Program Jamkesmas Tahun 2008.	Dinas Kesehatan Kabupaten Sintang.
5.	Keputusan Bupati Sintang tentang Penetapan Masyarakat Miskin Peserta Jamkesmas Tahun 2008.	Dinas Kesehatan Kabupaten Sintang.
6.	Data Alokasi Anggaran dan Realisasi Anggaran Program Jamkesmas Per Puskesmas Tahun 2008.	Dinas Kesehatan Kabupaten Sintang.
7.	Rekapitulasi Laporan (Pelayanan Kesehatan) Program Jamkesmas Per Puskesmas Tahun 2008.	Dinas Kesehatan Kabupaten Sintang.
8.	Peraturan Bupati Sintang tentang Susunan Organisasi dan Tata Kerja Dinas Kesehatan Kabupaten Sintang.	Dinas Kesehatan Kabupaten Sintang.
9.	Data Gambaran Umum Kabupaten Sintang (Kabupaten Sintang Dalam Angka Tahun 2008).	Bappeda Kabupaten Sintang.
10.	Renstra Kabupaten Sintang Tahun 2006-2010.	Setda Kabupaten Sintang.

Peneliti


Ahmad Riduan
NIM. 014942757



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

**KEPUTUSAN MENTERI KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
NOMOR 125/MENKES/SK/II/2008**

TENTANG

**PEDOMAN PENYELENGGARAAN PROGRAM JAMINAN
KESEHATAN MASYARAKAT TAHUN 2008**

MENTERI KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA,

- Menimbang** :
- a. bahwa dalam rangka meningkatkan derajat kesehatan khususnya masyarakat miskin, telah diselenggarakan Program Pelayanan Kesehatan Bagi Masyarakat Miskin;
 - b. bahwa untuk meningkatkan mutu pelaksanaan, efisiensi dan efektivitas pengelolaan keuangan negara, dipandang perlu menata kembali penyelenggaraan Program Jaminan Pemeliharaan Kesehatan bagi Masyarakat Miskin;
 - c. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud pada huruf a dan b perlu suatu pedoman penyelenggaraan yang ditetapkan dengan Keputusan Menteri Kesehatan;
- 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 17 Tahun 2003 tentang Keuangan Negara (Lembaran Negara Tahun 2003 Nomor 47, Tambahan Lembaran Negara Nomor 4286);
 - 3. Undang-Undang Nomor 1 Tahun 2004 tentang Perbendaharaan Negara (Lembaran Negara Tahun 2004 Nomor 5, Tambahan Lembaran Negara Nomor 4355);
 - 4. Undang-Undang Nomor 15 Tahun 2004 tentang Pemeriksaan Pengelolaan dan Tanggung Jawab Keuangan Negara (Lembaran Negara Tahun 2004 Nomor 66, Tambahan Lembaran Negara Nomor 4400);
 - 5. Undang-Undang Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran (Lembaran Negara Tahun 2004 Nomor 116, Tambahan Lembaran Negara Nomor 4431);
 - 6. Undang-Undang Nomor 32 Tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Tahun 2004 Nomor 125, Tambahan Lembaran Negara Nomor 4437), sebagaimana telah diubah dengan Undang-Undang Nomor 8 Tahun 2005 tentang Penetapan Peraturan Pemerintah Pengganti Undang-Undang Nomor 3 Tahun 2005 tentang Perubahan Atas Undang-Undang Nomor 32 Tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah Menjadi Undang-Undang (Lembaran Negara Tahun 2005 Nomor 108, Tambahan Lembaran Negara Nomor 4548);



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

7. Undang-Undang Nomor 33 Tahun 2004 tentang Perimbangan Keuangan Antara Pemerintah Pusat dan Pemerintah Daerah (Lembaran Negara Tahun 2004 Nomor 126, Tambahan Lembaran Negara Nomor 3637);
8. Undang-Undang Nomor 45 Tahun 2007 tentang Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara Tahun Anggaran 2008 (Lembaran Negara Tahun 2007 Nomor 133, Tambahan Lembaran Negara Nomor 4778);
9. Peraturan Pemerintah Nomor 32 Tahun 1996 tentang Tenaga Kesehatan (Lembaran Negara Tahun 1996 Nomor 49, Tambahan Lembaran Negara Nomor 3637);
10. Peraturan Pemerintah Nomor 38 Tahun 2007 tentang Pembagian Urusan Pemerintahan Antara Pemerintah, Pemerintahan Daerah Provinsi, Dan Pemerintahan Daerah Kabupaten/Kota (Lembaran Negara Tahun 2007 Nomor 82, Tambahan Lembaran Negara Nomor 4737);
11. Peraturan Pemerintah Nomor 41 Tahun 2007 tentang Organisasi Perangkat Daerah (Lembaran Negara Tahun 2007 Nomor 89, Tambahan Lembaran Negara Nomor 4741);
12. Peraturan Presiden Nomor 9 Tahun 2005 tentang Kedudukan, Tugas, Fungsi, Susunan Organisasi dan Tata Kerja Kementerian Negara Republik Indonesia, sebagaimana telah diubah terakhir dengan Peraturan Presiden Nomor 94 Tahun 2006;
13. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 1575/Menkes/Per/XI/2005 tentang Organisasi dan Tata Kerja Departemen Kesehatan sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 1279/Menkes/Per/XII/2007

MEMUTUSKAN :

- Menetapkan :
- Kesatu : **KEPUTUSAN MENTERI KESEHATAN TENTANG PEDOMAN PENYELENGGARAAN PROGRAM JAMINAN KESEHATAN MASYARAKAT TAHUN 2008.**
- Kedua : Pedoman Penyelenggaraan sebagaimana dimaksud Diktum Kesatu sebagaimana terlampir dalam Lampiran Keputusan ini.
- Ketiga : Pedoman sebagaimana dimaksud Diktum Kedua agar digunakan sebagai acuan bagi Pemerintah Pusat, Pemerintah Provinsi, Pemerintah Kabupaten/Kota, Rumah Sakit dan Puskesmas serta pihak lain yang terkait dalam penyelenggaraan dan pengelolaan program jaminan kesehatan masyarakat.
- Keempat : Pemberi Pelayanan Kesehatan yang telah bekerja sama dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan dalam program askeskin, dinyatakan masih tetap melaksanakan pelayanan kesehatan dengan mengacu pada pedoman ini.



**MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA**

- Kelima : Klaim-klaim pelayanan kesehatan program jaminan pemeliharaan kesehatan masyarakat miskin Tahun 2007 yang belum diselesaikan, berdasarkan atas penugasan kepada PT. ASKES (Persero) akan diselesaikan setelah dilakukan audit oleh aparat pengawas fungsional.
- Keenam : Keputusan ini mulai berlaku sejak tanggal 1 Januari 2008.

Ditetapkan di Jakarta
pada tanggal 6 Pebruari 2008

MENTERI KESEHATAN,

TTD

Dr. dr. SITI FADILAH SUPANI, Sp.JP(K)

UNIVERSITAS TERBUKA



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

KEPUTUSAN MENTERI KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
NOMOR : 483/MENKES/SK/V/2008

TENTANG

PENERIMA DANA
PROGRAM JAMINAN KESEHATAN MASYARAKAT
DI PUSKESMAS DAN JARINGANNYA
UNTUK TIAP KABUPATEN/KOTA
TAHUN ANGGARAN 2008

MENTERI KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA,

- Menimbang :
- a. bahwa dalam rangka meningkatkan derajat kesehatan khususnya bagi masyarakat miskin, ditetapkan Program Jaminan Kesehatan Masyarakat di Puskesmas dan Jaringannya;
 - b. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud pada huruf a perlu ditetapkan Keputusan Menteri Kesehatan tentang Penerima Dana Program Jaminan Kesehatan Masyarakat di Puskesmas dan Jaringannya untuk tiap Kabupaten/Kota Tahun Anggaran 2008;
- 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 32 Tahun 2004 tentang Pemerintah Daerah (Lembaran Negara Tahun 2004 Nomor 125, Tambahan Lembaran Negara Nomor 4437);
 - 3. Undang-Undang Nomor 33 Tahun 2004 tentang Perimbangan Keuangan Antara Pemerintah Pusat dan Pemerintah Daerah (Lembaran Negara Tahun 2004 Nomor 126, Tambahan Lembaran Negara Nomor 4438);
 - 4. Undang-Undang Nomor 45 Tahun 2007 tentang Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara Tahun Anggaran 2008 (Lembaran Negara Tahun 2007 Nomor 133, Tambahan Lembaran Negara Nomor 4778);
 - 5. Peraturan Pemerintah Nomor 38 Tahun 2007 tentang Pembagian urusan Pemerintahan antara Pemerintah, Pemerintah Daerah Propinsi dan Pemerintah Daerah Kabupaten/Kota (Lembaran Negara Tahun 2007 Nomor 82, Tambahan Lembaran Negara Nomor 4737);
 - 6. Peraturan Presiden Nomor 9 Tahun 2005 tentang Kedudukan, Tugas, Fungsi, Susunan Organisasi dan Tata Kerja Kementerian Negara Republik Indonesia;
 - 7. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 1575/Menkes/Per/XI/2005 tentang Organisasi dan Tata Kerja Departemen Kesehatan;



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

8. Keputusan Menteri Kesehatan Nornor 125/Menkes/SK/III/2008 tentang Pedoman Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Masyarakat tahun 2008.

MEMUTUSKAN :

- Menetapkan : KEPUTUSAN MENTERI KESEHATAN TENTANG PENERIMA DANA PROGRAM JAMINAN KESEHATAN MASYARAKAT DI PUSKESMAS DAN JARINGANNYA UNTUK TIAP KABUPATEN/KOTA TAHUN ANGGARAN 2008
- Kesatu : Perhitungan besaran Alokasi Dana Program Jaminan Kesehatan Masyarakat di Puskesmas dan Jaringannya untuk tiap Kabupaten/Kota Tahun Anggaran 2008 perhitungannya berdasarkan jumlah masyarakat miskin yang ditetapkan oleh Keputusan Menteri Kesehatan;
- Kedua : Besaran alokasi dana sebagaimana dimaksud butir (1) kesatu adalah jumlah maksimal yang akan disalurkan dalam beberapa tahap melalui PT. Pos Indonesia dengan memperhitungkan sisa saldo dana di rekening giro pos tahun 2007;
- Ketiga : Alokasi Dana Program Jaminan Kesehatan Masyarakat di Puskesmas dan Jaringannya untuk Kabupaten/Kota pemekaran masih dialokasikan di Kabupaten/Kota Induk semula;
- Keempat : Dana Program Jaminan Kesehatan Masyarakat di Puskesmas dan Jaringannya untuk tiap Kabupaten/Kota Tahun Anggaran 2008 digunakan untuk kegiatan :
 - Pelayanan Kesehatan Rawat Jalan Tingkat Pertama (RJTP)
 - Pelayanan Kesehatan Rawat Inap Tingkat Pertama (RITP)
 - Pelayanan Persalinan
 - Pelayanan Spesialistik
 - Pelayanan Gawat Darurat
 - Pelayanan Rujukan Gawat Darurat
 - Dukungan Manajemen Puskesmas
- Kelima : Penerima Dana Program Jaminan Kesehatan Masyarakat di Puskesmas dan Jaringannya untuk tiap Kabupaten/Kota Tahun Anggaran 2008 sebagaimana terlampir dalam keputusan ini;



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

- Keenam : Pengalokasian dana tiap Puskesmas ditetapkan melalui Keputusan Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota dengan mempertimbangkan jumlah Penduduk Miskin, tingkat utilisasi, dan sisa dana tahun sebelumnya;
- Ketujuh : Pengelolaan dan pertanggungjawaban keuangan sesuai dengan Pedoman Pelaksanaan dan Petunjuk Teknis Jaminan Kesehatan Masyarakat di Puskesmas dan Jaringannya;
- Kedelapan : Penerima Dana Program Jaminan Kesehatan Masyarakat di Puskesmas dan Jaringannya untuk tiap Kabupaten/Kota Tahun Anggaran 2008 sebagaimana dimaksud dalam Diktum Kedua dibebankan kepada Daftar Isian Pelaksanaan Anggaran 2008, Nomor 0675.0/024-03.0/-/2008 Tanggal 31 Desember 2007;
- Kesembilan : Keputusan ini berlaku sejak tanggal 1 Januari 2008.

Ditetapkan di Jakarta
pada tanggal 28 Mei 2008

MENTERI KESEHATAN,

Dr. dr. SITI FADILAH SUPARI, Sp.JP (K)

Tembusan disampaikan kepada Yth :

1. Ketua Badan Pemeriksa Keuangan
2. Menteri Negara Koordinator Bidang Perekonomian
3. Menteri Negara Koordinator Bidang Kesejahteraan Rakyat
4. Menteri Keuangan
5. Menteri Dalam Negeri
6. Menteri Negara Perencanaan Pembangunan Nasional/Kepala Badan Perencanaan Pembangunan Nasional
7. Kepala Badan Pengawas Keuangan dan Pembangunan
8. Gubernur di seluruh Indonesia
9. Bupati/Walikota di seluruh Indonesia
10. Dirjen Perbendaharaan, Departemen Keuangan
11. Kepala Dinas Kesehatan Propinsi di seluruh Indonesia
12. Kepala Dinas Kesehatan Kab/Kota di seluruh Indonesia
13. Kuasa Pengguna Anggaran Satker Sekretariat Ditjen Bina Kesmas

MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIALampiran Keputusan Menteri Kesehatan
Nomor :483/MENKES/SK/V/2008
Tanggal : 28 Mei 2008PENERIMA DANA
PROGRAM JAMINAN KESEHATAN MASYARAKAT
DI PUSKESMAS DAN JARINGANNYA
UNTUK TIAP KABUPATEN/KOTA
TAHUN ANGGARAN 2008

NO	PROPINSI	JUMLAH MASKIN	FORMULASI		ALOKASI DANA YANG AKAN DI SALURKAN
			TAHUN 2008	SALDO TAHUN 2007	
1	2	3	4	5	6
1	NANGGROE ACEH DARUSSALAM	2.682.285	32.187.420.000	26.914.425.000	17.583.984.000
2	SUMATERA UTARA	4.124.247	49.490.964.000	11.164.437.000	38.326.527.000
3	SUMATERA BARAT	1.361.281	16.335.372.000	8.287.543.000	8.253.288.000
4	RIAU	1.230.911	14.770.932.000	3.622.246.000	11.148.686.000
5	KEPULAUAN RIAU	277.589	3.331.068.000	1.350.081.000	2.020.780.000
6	JAMBI	784.842	9.418.104.000	3.025.704.000	6.392.400.000
7	SUMATERA SELATAN	2.793.317	33.519.804.000	19.113.182.000	14.927.346.000
8	BANGKA BELITUNG	116.726	1.400.712.000	2.142.629.000	128.329.000
9	BENGKULU	632.098	7.585.176.000	3.522.426.000	4.062.750.000
10	LAMPUNG	3.146.184	37.751.208.000	6.180.731.000	31.573.477.000
11	DKI JAKARTA	675.718	8.108.616.000	5.852.484.000	2.729.147.000
12	JAWA BARAT	10.700.175	128.402.100.000	46.141.887.000	82.485.366.000
13	BANTEN	2.910.500	34.926.072.000	15.079.608.000	19.846.464.000
14	JAWA TENGAH	11.715.881	140.590.572.000	42.660.915.000	97.929.657.000
15	DI YOGYAKARTA	942.129	11.305.548.000	2.964.172.000	8.341.376.000
16	JAWA TIMUR	10.710.051	128.520.612.000	66.159.675.000	65.110.087.000
17	BALI	548.617	6.583.404.000	3.229.499.000	3.360.545.000
18	NUSA TENGGARA BARAT	2.028.491	24.341.892.000	5.149.464.000	19.192.428.000
19	NUSA TENGGARA TIMUR	2.798.871	33.586.452.000	25.279.041.000	16.800.482.000
20	KALIMANTAN BARAT	1.584.451	19.013.412.000	10.634.255.000	11.450.226.000
21	KALIMANTAN TENGAH	783.556	9.162.672.000	3.530.497.000	6.480.077.000
22	KALIMANTAN SELATAN	843.837	10.128.044.000	4.884.109.000	6.080.866.000
23	KALIMANTAN TIMUR	910.925	10.931.100.000	2.990.385.000	7.940.715.000
24	SULAWESI UTARA	485.084	5.821.008.000	859.982.000	4.961.026.000
25	GORONTALO	431.299	5.175.588.000	4.193.513.000	2.103.726.000
26	SULAWESI TENGAH	851.027	10.212.324.000	5.177.020.000	5.686.539.000
27	SULAWESI SELATAN	2.449.737	29.396.844.000	8.736.542.000	20.705.645.000
28	SULAWESI BARAT	473.817	5.685.804.000	2.103.889.000	3.997.570.000
29	SULAWESI TENGGARA	1.144.447	13.733.364.000	7.013.340.000	7.140.750.000
30	MALUKU	840.680	10.088.160.000	3.725.364.000	6.362.796.000
31	MALUKU UTARA	302.436	3.629.232.000	54.706.000	3.574.526.000
32	PAPUA	1.943.517	23.322.204.000	5.670.795.000	18.006.536.000
33	PAPUA BARAT	521.558	6.258.696.000	1.456.002.000	5.103.024.000
34	ANAK-ANAK TERLANTAR, PANTI JOMPO DAN MASYARAKAT TIDAK MEMILIKI KTP	2.673.710	32.084.520.000		
	JUMLAH	76.400.000	916.800.000.000	358.870.549.000	559.807.121.000



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIC INDONESIA

PENERIMA DANA
PROGRAM JAMINAN KESEHATAN MASYARAKAT
DI PUSKESMAS DAN JARINGANNYA
UNTUK TIAP KABUPATEN/KOTA
TAHUN ANGGARAN 2008

NO.	KABUPATEN/KOTA	JUMLAH MASKIN	FORMULASI		ALOKASI DANA YANG AKAN DISALURKAN
			TAHUN 2008	SALDO TAHUN 2007	
1	2	3	4	5	6=4+5
20.	KALIMANTAN BARAT				
1	KOTA PONTIANAK	94.582	1.134.984.000	900.783.000	234.221.000
2	KOTA SINGKAWANG	63.890	766.788.000	258.988.000	507.800.000
3	KAB SAMBAS	139.498	1.873.952.000	414.191.000	1.259.761.000
4	KAB PONTIANAK	330.959	3.971.508.000	481.867.000	3.489.641.000
5	KAB KUBU RAYA*				
6	KAB SANGGAU	135.924	1.631.088.000	4.009.747.000	
7	KAB SEKADAU	60.593	727.118.000	1.193.466.000	
8	KAB KETAPANG	181.103	2.173.238.000	61.450.000	2.111.786.000
9	KAB KAYONG UTARA*				
10	KAB SINTANG	142.141	1.705.692.000	482.254.000	1.223.438.000
11	KAB MELAWI	58.056	698.672.000	922.732.000	
12	KAB KAPUAS HULU	91.823	1.101.878.000	555.002.000	546.874.000
13	KAB BENGKAYANG	78.428	941.136.000	30.742.000	910.394.000
14	KAB LANDAK	207.447	2.489.364.000	1.323.053.000	1.166.311.000
	TOTAL	1.584.451	19.013.412.000	10.634.255.000	11.450.226.000

**BUPATI SINTANG****KEPUTUSAN BUPATI SINTANG
NOMOR 345 TAHUN 2008****TENTANG****PENETAPAN MASYARAKAT MISKIN DI KABUPATEN SINTANG YANG
MENDAPATKAN JAMINAN KESEHATAN MASYARAKAT
TAHUN ANGGARAN 2008****BUPATI SINTANG,**

- Menimbang :
- a. bahwa berdasarkan Pasal 34 Undang-Undang Dasar 1945 ditegaskan bahwa fakir miskin dan anak-anak terlantar dipelihara oleh Negara, dan sehubungan dengan hal tersebut maka setiap orang berhak memperoleh derajat kesehatan yang optimal, karena kesehatan merupakan hak asasi dan hak yang paling fundamental bagi setiap orang, dimana pemerintah berkewajiban untuk mengupayakan penyelenggaraan kesehatan yang merata dan terjangkau bagi segenap lapisan masyarakat;
 - b. bahwa sehubungan dengan maksud tersebut pada huruf a di atas, maka Pemerintah Kabupaten Sintang menyelenggarakan program jaminan kesehatan masyarakat bagi masyarakat miskin di Kabupaten Sintang Tahun Anggaran 2008;
 - c. bahwa guna menjamin kepastian hukum, tertib administrasi, efektif dan efisiensi pelaksanaan program jaminan pemeliharaan kesehatan sebagaimana dimaksud pada huruf b di atas dipandang perlu untuk menetapkan nama-nama masyarakat miskin di Kabupaten Sintang yang mendapat jaminan kesehatan masyarakat Tahun Anggaran 2008 yang ditetapkan dengan Keputusan Bupati Sintang;
- Mengingat :
1. Undang-Undang Nomor 27 Tahun 1959 tentang Penetapan Undang-Undang Darurat Nomor 3 Tahun 1953 tentang Pembentukan Daerah Tingkat II Di Kalimantan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1953 Nomor 9, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 352) sebagai Undang-Undang (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1959 Nomor 72, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 1820) ;
 2. Undang-Undang Nomor 6 Tahun 1974 tentang Ketentuan-Ketentuan Pokok Kesejahteraan Sosial (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1974 Nomor 53, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 3039);
 3. Undang-Undang Nomor 23 Tahun 1992 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1992 Nomor 100, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 3495);
 5. Undang-Undang...

4. Undang-Undang Nomor 7 Tahun 1996 tentang Pangan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1996 Nomor 99, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 3656);
5. Undang-Undang Nomor 28 Tahun 1999 tentang Penyelenggara Negara Yang Bersih dan Bebas Dari Korupsi, Kolusi Dan Nepotisme (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1999 Nomor 75, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 3874);
6. Undang-Undang Nomor 31 Tahun 1999 tentang Pemberantasan Tindak Pidana Korupsi (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1999 Nomor 140, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 3874), sebagaimana telah diubah dengan Undang-Undang Nomor 20 Tahun 2001 (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2001 Nomor 134, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4150);
7. Undang-Undang Nomor 39 Tahun 1999 tentang Hak Asasi Manusia (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1999 Nomor 165, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 3886);
8. Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2003 tentang Keuangan Negara (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2003 Nomor 47, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4282);
9. Undang-Undang Nomor 1 Tahun 2004 tentang Perbendaharaan Negara (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 5, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4355);
10. Undang-Undang Nomor 15 Tahun 2004 tentang Pemeriksaan Pengelolaan Dan Tanggung Jawab Keuangan Negara (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 66, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4400);
11. Undang-Undang Nomor 25 Tahun 2004 tentang Sistem Perencanaan Pembangunan Nasional (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 104, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4421);
12. 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 diubah dengan Undang-Undang Nomor 8 Tahun 2005 tentang Penetapan Peraturan Pemerintah Pengganti Undang-Undang Nomor 3 Tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah Menjadi Undang-Undang (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2005 Nomor 108, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4548);
13. Undang-Undang Nomor 33 Tahun 2004 tentang Perimbangan Keuangan antara Pemerintah Pusat Dan Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 126, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4438);
14. 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 4436);

15. Undang-Undang Nomor 18 Tahun 2006 tentang Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara Tahun Anggaran 2007 (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2008 Nomor 94, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4662);
16. Peraturan Pemerintah Nomor 7 Tahun 2005 tentang Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional Tahun 2004-2009 (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2005 Nomor 11);
17. Peraturan Pemerintah Nomor 65 Tahun 2005 tentang Pedoman Penyusunan Dan Penerapan Standar Pelayanan Minimal (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2005 Nomor 150, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4585);
18. Peraturan Pemerintah Nomor 58 Tahun 2005 tentang Pengelolaan Keuangan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2005 Nomor 5, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4578);
19. Peraturan Pemerintah Nomor 79 Tahun 2005 tentang Pedoman Pembinaan Dan Pengawasan Penyelenggaraan Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2005 Nomor 165, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4593);
20. Peraturan Pemerintah Nomor 38 Tahun 2007 tentang Pembagian Kewenangan Pemerintahan Antara Pemerintah, Pemerintahan Daerah Provinsi, Dan Pemerintahan Daerah Kabupaten/Kota (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2007 Nomor 82, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4737);
21. Keputusan Presiden Republik Indonesia Nomor 42 Tahun 2002 tentang Pedoman Pelaksanaan Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2002 Nomor 73, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4212), sebagaimana telah diubah dengan Keputusan Presiden Republik Indonesia Nomor 72 Tahun 2004 (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 92, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4418);
23. Peraturan Daerah Kabupaten Sintang Nomor 14 Tahun 2000 tentang Pembentukan Organisasi Perangkat Daerah (Lembaran Daerah Kabupaten Sintang Tahun 2000 Nomor 20 Seri D Nomor 10, Tambahan Lembaran Daerah Kabupaten Sintang Nomor 13);
24. Peraturan Daerah Kabupaten Sintang Nomor 25 Tahun 2006 tentang Pengelolaan Keuangan Daerah (Lembaran Daerah Kabupaten Sintang Tahun 2006 Nomor 26, Tambahan Lembaran Daerah Kabupaten Sintang Nomor 25);
25. Peraturan ...

25. Peraturan Daerah Kabupaten Sintang Nomor 20 Tahun 2007 tentang Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah Kabupaten Sintang Tahun Anggaran 2008 (Lembaran Daerah Kabupaten Sintang Tahun 2007 Nomor 20, Tambahan Lembaran Daerah Nomor 20);

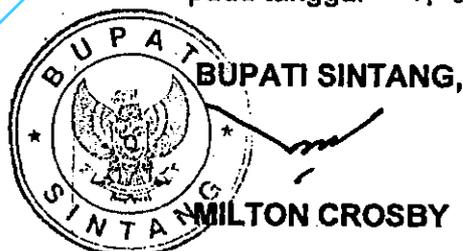
- Memperhatikan :
1. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 125/Menkes/SK/V/2008 tentang Pedoman Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan Masyarakat Tahun 2008.
 2. Keputusan Bupati Sintang Nomor 209 Tahun 2008 tentang Pembentukan Tim Koordinasi, Pelaksana dan Pengolah Pemutahiran Data Program Jaminan Kesehatan Masyarakat Miskin di Kabupaten Sintang Tahun Anggaran 2008.

MEMUTUSKAN :

Menetapkan :

- KESATU : Masyarakat miskin di Kabupaten Sintang yang mendapatkan Jaminan Kesehatan Masyarakat Tahun Anggaran 2008 dengan daftar jumlah dan daftar nama sebagaimana tercantum pada Lampiran I sampai XV Keputusan ini.
- KEDUA : Keputusan ini berlaku sejak tanggal ditetapkan dengan ketentuan bahwa :
- a. biaya sebagai akibat ditetapkannya Keputusan ini dibebankan pada Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara (APBN) Tahun Anggaran 2008;
 - b. apabila terdapat kekeliruan dalam penetapan ini akan diadakan perbaikan dan penyempurnaan sebagaimana mestinya.

Ditetapkan di Sintang
pada tanggal 17 Juni 2008



Tembusan

- Yth
1. Gubernur Kalimantan Barat di Pontianak
 2. Ketua Dewan-Perwakilan Rakyat Daerah Kabupaten Sintang di Sintang
 3. Kepala Badan Pengelola Keuangan dan Kekayaan Daerah Kabupaten Sintang di Sintang
 4. Kepala Badan Perencanaan Pembangunan Daerah Kabupaten Sintang di Sintang
 5. Kepala Badan Pengawas Daerah Kabupaten Sintang di Sintang
 6. Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Sintang di Sintang.
 7. Direktur Rumah Sakit Umum Daerah Ade M. DJoen Sintang di Sintang
 8. Kepala Bagian Hukum Sekretariat Daerah Kabupaten Sintang di Sintang
 9. Kepala PT. Askes (Persero) Cabang Sintang di Sintang

LAMPIRAN I : KEPUTUSAN BUPATI SINTANG

NOMOR : 345 TAHUN 2008

TANGGAL : 17 Juni 2008

TENTANG : PENETAPAN MASYARAKAT MISKIN DI KABUPATEN SINTANG YANG MENDAPAT JAMINAN PEMELIHARAAN KESEHATAN (JAMKESMAS) TAHUN ANGGARAN 2008

**JUMLAH MASYARAKAT MISKIN DI KABUPATEN SINTANG YANG MENDAPAT
JAMINAN PEMELIHARAAN KESEHATAN MASYARAKAT (JAMKESMAS) TAHUN ANGGARAN 2008**

NO	KECAMATAN	JUMLAH (JWA)
1	SINTANG	8.628 JWA
2	SUNGAI TEBELIAN	8.224 JWA
3	SEPAUK	11.883 JWA
4	KELAM PERMAI	10.440 JWA
5	TEMPUNAK	7.325 JWA
6	DEDAI	6.967 JWA
7	SERAWAI	13.429 JWA
8	KETUNGAU HILIR	11.793 JWA
9	KETUNGAU TENGAH	13.514 JWA
10	KETUNGAU HULU	6.298 JWA
11	KAYAN HILIR	13.347 JWA
12	KAYAN HULU	6.783 JWA
13	AMBALAU	9.743 JWA
14	BINJAI HULU	6.825 JWA
	JUMLAH	135.193 JWA



BUPATI SINTANG,

MILTON CROSBY



BUPATI SINTANG

KEPUTUSAN BUPATI SINTANG NOMOR 787 TAHUN 2008

TENTANG

PERUBAHAN ATAS KEPUTUSAN BUPATI SINTANG NOMOR 345 TAHUN 2008 TENTANG
PENETAPAN MASYARAKAT MISKIN DI KABUPATEN SINTANG YANG MENDAPATKAN
JAMINAN KESEHATAN MASYARAKAT TAHUN ANGGARAN 2008

BUPATI SINTANG,

- Menimbang : a. bahwa jumlah kuota masyarakat miskin Kabupaten Sintang yang ditetapkan oleh Departemen Kesehatan Republik Indonesia adalah sebanyak 142.141 jiwa, sedangkan hasil pendataan yang telah dilaksanakan oleh Tim Koordinasi Kabupaten yang ditetapkan dengan Keputusan Bupati Sintang Nomor 345 Tahun 2008 tanggal 17 Juni 2008 sebanyak 135.372 jiwa.
- b. bahwa sehubungan dengan maksud tersebut pada huruf a di atas, dan sesuai dengan hasil validasi data masyarakat miskin di Kabupaten Sintang yang terakhir, maka diperoleh penambahan jumlah masyarakat miskin di Kabupaten Sintang, untuk itu dipandang perlu untuk mengubah Keputusan Bupati Sintang Nomor 345 Tahun 2008 tentang Penetapan Masyarakat Miskin di Kabupaten Sintang yang mendapatkan Jaminan kesehatan Masyarakat Tahun Anggaran 2008;
- c. bahwa untuk melaksanakan maksud huruf a dan b di atas, dipandang perlu ditetapkan dengan Keputusan Bupati Sintang;
- Mengingat : 1. Undang-Undang Nomor 27 Tahun 1959 tentang Penetapan Undang-Undang Darurat Nomor 3 Tahun 1953 tentang Pembentukan Daerah Tingkat II Di Kalimantan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1953 Nomor 9, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 352) sebagai Undang-Undang (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1959 Nomor 72, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 1820);
2. Undang-Undang Nomor 6 Tahun 1974 tentang Ketentuan-Ketentuan Pokok Kesejahteraan Sosial (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1974 Nomor 53, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 3039);
3. Undang-Undang Nomor 23 Tahun 1992 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1992 Nomor 100, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 3495);
4. Undang-Undang Nomor 7 Tahun 1996 tentang Pangan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1996 Nomor 99, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 3656);
5. Undang-Undang Nomor 28 Tahun 1999 tentang Penyelenggara Negara Yang Bersih dan Bebas Dari Korupsi, Kolusi Dan Nepotisme (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1999 Nomor 75, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 3874);
6. Undang-Undang...

6. Undang-Undang Nomor 31 Tahun 1999 tentang Pemberantasan Tindak Pidana Korupsi (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1999 Nomor 140, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 3874), sebagaimana telah diubah dengan Undang-Undang Nomor 20 Tahun 2001 (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2001 Nomor 134, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4150);
7. Undang-Undang Nomor 39 Tahun 1999 tentang Hak Asasi Manusia (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1999 Nomor 165, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 3886);
8. Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2003 tentang Keuangan Negara (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2003 Nomor 47, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4282);
9. Undang-Undang Nomor 1 Tahun 2004 tentang Perbendaharaan Negara (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 5, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4355);
10. Undang-Undang Nomor 15 Tahun 2004 tentang Pemeriksaan Pengelolaan Dan Tanggung Jawab Keuangan Negara (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 66, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4400);
11. Undang-Undang Nomor 25 Tahun 2004 tentang Sistem Perencanaan Pembangunan Nasional (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 104, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4421);
12. 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 diubah beberapa kali terakhir dengan Undang-Undang Nomor 12 Tahun 2008 (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2008 Nomor 59, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4844);
13. Undang-Undang Nomor 33 Tahun 2004 tentang Perimbangan Keuangan antara Pemerintah Pusat Dan Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 126, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4438);
14. 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 4436);
15. Undang-Undang Nomor 45 Tahun 2007 tentang Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara Tahun Anggaran 2008 (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2007 Nomor 133, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4778);
16. Peraturan Pemerintah Nomor 7 Tahun 2005 tentang Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional Tahun 2004-2009 (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2005 Nomor 11);
17. Peraturan Pemerintah Nomor 65 Tahun 2005 tentang Pedoman Penyusunan Dan Penerapan Standar Pelayanan Minimal (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2005 Nomor 150, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4505);

18. Peraturan ...

- 14/41157.pdf
18. Peraturan Pemerintah Nomor 58 Tahun 2005 tentang Pengelolaan Keuangan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2005 Nomor 5, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4578);
 19. Peraturan Pemerintah Nomor 79 Tahun 2005 tentang Pedoman Pembinaan Dan Pengawasan Penyelenggaraan Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2005 Nomor 165, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4593);
 20. Peraturan Pemerintah Nomor 38 Tahun 2007 tentang Pembagian Kewenangan Pemerintahan Antara Pemerintah, Pemerintahan Daerah Provinsi, Dan Pemerintahan Daerah Kabupaten/Kota (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2007 Nomor 82, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4737);
 21. Keputusan Presiden Republik Indonesia Nomor 42 Tahun 2002 tentang Pedoman Pelaksanaan Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2002 Nomor 73, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4212), sebagaimana telah diubah dengan Keputusan Presiden Republik Indonesia Nomor 72 Tahun 2004 (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 92, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4418);
 22. Peraturan Daerah Kabupaten Sintang Nomor 14 Tahun 2000 tentang Pembentukan Organisasi Perangkat Daerah (Lembaran Daerah Kabupaten Sintang Tahun 2000 Nomor 20 Seri D Nomor 10, Tambahan Lembaran Daerah Kabupaten Sintang Nomor 13);
 23. Peraturan Daerah Kabupaten Sintang Nomor 25 Tahun 2006 tentang Pengelolaan Keuangan Daerah (Lembaran Daerah Kabupaten Sintang Tahun 2006 Nomor 26, Tambahan Lembaran Daerah Kabupaten Sintang Nomor 25);
 24. Peraturan Daerah Kabupaten Sintang Nomor 20 Tahun 2007 tentang Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah Kabupaten Sintang Tahun Anggaran 2008 (Lembaran Daerah Kabupaten Sintang Tahun 2007 Nomor 20, Tambahan Lembaran Daerah Nomor 20);

- Memperhatikan :
1. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 125/Menkes/SK/V/2008 tentang Pedoman Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan Masyarakat Tahun 2008.
 2. Keputusan Bupati Sintang Nomor 209 Tahun 2008 tentang Pembentukan Tim Koordinasi, Pelaksana dan Pengolah Pemutahiran Data Program Jaminan Kesehatan Masyarakat Miskin di Kabupaten Sintang Tahun Anggaran 2008.
 3. Keputusan Bupati Sintang Nomor 345 Tahun 2008 tanggal 17 Juni 2008 tentang Penetapan Masyarakat Miskin di Kabupaten yang Mendapatkan Jaminan Kesehatan Tahun Anggaran 2008.

MEMUTUSKAN...

MEMUTUSKAN :

Menetapkan :

- KESATU** : Perubahan Atas keputusan Bupati Sintang Nomor 345 tanggal 17 Juni 2008 tentang Penetapan Masyarakat Miskin di Kabupaten Sintang yang Mendapatkan Jaminan Kesehatan Masyarakat Tahun Anggaran 2008 dengan daftar jumlah dan daftar nama sebagaimana tercantum pada Lampiran I sampai XV Keputusan ini.
- KEDUA** : Perubahan sebagaimana yang dimaksud Diktum KESATU adalah berkaitan dengan penambahan jumlah masyarakat miskin di Kabupaten Sintang berdasarkan hasil validasi data terakhir yang semua berjumlah 135.372 jiwa menjadi 142.141 jiwa;
- KETIGA** : Penambahan data masyarakat miskin di Kabupaten Sintang berdasarkan hasil validasi data terakhir sejumlah 6.769 jiwa (Enam Ribu Tujuh Ratus Enam Puluh Sembilan), sebagaimana tercantum pada Lampiran I sampai dengan XV keputusan ini.
- KEEMPAT** : Keputusan Bupati Sintang Nomor 345 Tahun 2008 tanggal 17 Juni 2008 tentang Penetapan Masyarakat miskin di Kabupaten Sintang yang mendapatkan Jaminan Kesehatan Masyarakat Tahun Anggaran 2008 masih tetap berlaku sepanjang tidak bertentangan dengan Keputusan ini.
- KELIMA** : Keputusan ini berlaku sejak tanggal ditetapkan dengan ketentuan bahwa :
- biaya sebagai akibat ditetapkannya Keputusan ini dibebankan pada Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara (APBN) Tahun Anggaran 2008;
 - apabila terdapat kekeliruan dalam penetapan ini akan diadakan perbaikan dan penyempurnaan sebagaimana mestinya.

Ditetapkan di Sintang
pada tanggal 30 - 10 - 2008



Tembusan

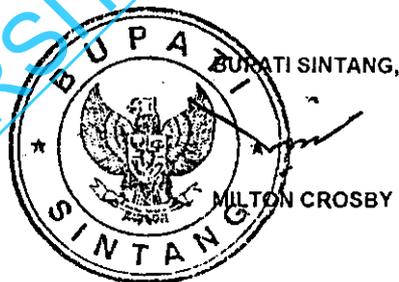
- Yth
- Gubernur Kalimantan Barat di Pontianak
 - Ketua Dewan Perwakilan Rakyat Daerah Kabupaten Sintang di Sintang
 - Kepala Badan Pengelola Keuangan dan Kekayaan Daerah Kabupaten Sintang di Sintang
 - Kepala Badan Perencanaan Pembangunan Daerah Kabupaten Sintang di Sintang
 - Kepala Badan Pengawas Daerah Kabupaten Sintang di Sintang
 - Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Sintang di Sintang.
 - Direktur Rumah Sakit Umum Daerah Ade M. DJoen Sintang di Sintang
 - Kepala Bagian Hukum Sekretariat Daerah Kabupaten Sintang di Sintang
 - Kepala PT. Askes (Persero) Cabang Sintang di Sintang

LAMPIRAN I : KEPUTUSAN BUPATI SINTANG

NOMOR : 787 TAHUN 2008
 TANGGAL : 30 - 10 - 2008
 TENTANG : PENETAPAN MASYARAKAT MISKIN TAMBAHAN KABUPATEN SINTANG YANG MENDAPATKAN JAMINAN PEMELIHARAAN KESEHATAN MASYARAKAT (JAMKESMAS) TAHUN ANGGARAN 2008

JUMLAH MASYARAKAT MISKIN TAMBAHAN DI KABUPATEN SINTANG YANG MENDAPAT JAMINAN PEMELIHARAAN KESEHATAN MASYARAKAT (JAMKESMAS) TAHUN ANGGARAN 2008

NO	KECAMATAN	JUMLAH
1	AMBALAU	384
2	BINJAI HULU	18
3	DEDAI	1.328
4	KAYAN HILIR	56
6	KAYAN HULU	30
6	KELAM PERMAI	367
7	KETUNGAU HILIR	511
8	KETUNGAU HULU	17
9	KETUNGAU TENGAH	82
10	SEPAUK	1.619
11	SUNGAI TEBELIAN	541
12	TEMPUNAK	127
13	SERAWAI	944
14	SINTANG	745
	JUMLAH	6.789





**SURAT KEPUTUSAN KEPALA DINAS KESEHATAN KABUPATEN SINTANG
NOMOR : 879 TAHUN 2008**

T E N T A N G

**PENETAPAN ALOKASI DANA PROGRAM JAMINAN KESEHATAN
MASYARAKAT KABUPATEN SINTANG TAHUN 2008
KEPALA DINAS KESEHATAN KABUPATEN SINTANG.**

- Menimbang** : a. bahwa dalam rangka menjaga kesinambungan pelayanan kesehatan bagi masyarakat, Pemerintah telah menetapkan Program Jaminan Pelayanan Kesehatan Masyarakat di Puskesmas dan Jaringannya.
b. bahwa sebagai tindak lanjut pelaksanaan program sebagaimana dimaksud pada huruf a di atas, perlu ditetapkan Keputusan Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Sintang tentang Penetapan Alokasi Dana Program Jaminan Kesehatan Masyarakat di Puskesmas dan Jaringannya tahun 2008.
- Mengingat** : 1. Undang-undang No. 23 Tahun 1992 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Tahun 1992 Nomor 100, Tambahan Lembaran Negara RI Nomor 3495)
2. Undang-undang Nomor 32 Tahun 2004 tentang Pemerintah Daerah (Lembaran Negara Tahun 2004 Nomor 125, Tambahan Lembaran Negara RI Nomor 4437)
3. Undang-undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sisten Jaminan Sosial Nasional (Lembaran Negara Tahun 2004 Nomor 150, Tambahan Lembaran Negara RI Nomor 4456)
4. Peraturan Daerah Kabupaten Sintang Nomor 14 Tahun 2000 tentang Pembentukan Organisasi Perangkat Daerah (Lembaran Daerah Tahun 2000 Nomor 20 Seri D Nomor 10, Tambahan Lembaran Daerah Nomor 13).
- Memperhatikan** Surat Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 483/Menkes/SK/V/2008, tentang Penerima Dana Program Jaminan Kesehatan Masyarakat di Puskesmas dan Jaringannya untuk tiap Kabupaten/Kota Tahun Anggaran 2008.

M E M U T U S K A N

- Menetapkan** :
- PERTAMA** : Puskesmas, Nama Pemegang Rekening dan Alokasi Dana Program Jaminan Kesehatan Masyarakat sebagaimana tercantum pada lampiran 1 (satu) Surat Keputusan ini.

KEDUA

- 14/41157.pdf
: Keputusan ini berlaku sejak tanggal ditetapkan dengan ketentuan :
- a. Biaya sebagai akibat ditetapkannya Keputusan ini dibebankan pada Anggaran Dana Program Jaminan Kesehatan Masyarakat Kabupaten Sintang Tahun 2008.
 - b. Apabila dikemudian hari ternyata terdapat kekeliruan dalam penetapan keputusan ini, akan diadakan perbaikan dan penyempurnaan kembali sebagaimana mestinya.

DITETAPKAN : DI SINTANG
PADA TANGGAL : 10 JUNI 2008

KEPALA DINAS KESEHATAN KABUPATEN SINTANG


Dr. SIDIG HANDANU W., M.Kes
Pembina
NIP. 140 324 240

Tembusan Yth.

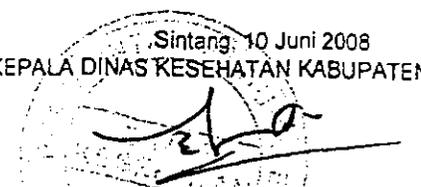
1. Menteri Kesehatan RI di Jakarta
2. Direktur Jenderal Bina Kesehatan Masyarakat Departemen Kesehatan RI di Jakarta
3. Gubernur Kalimantan Barat di Pontianak
4. Kepala Dinas Kesehatan Propinsi Kalimantan Barat di Pontianak
5. Bupati Sintang di Sintang
6. PT. Pos Indonesia (Persero) Kantor Pos Sintang di Sintang
7. Ketua Dewan Perwakilan Rakyat Daerah Kabupaten Sintang di Sintang
8. Kepala Badan Pengawas Daerah Kabupaten Sintang di Sintang
9. Kepala Badan Perencana Pembangunan Daerah Kabupaten Sintang di Sintang
10. Kepala Puskesmas se Kabupaten Sintang
11. Yang bersangkutan

piran 1 Surat Keputusan Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Sintang
 Nomor : Tahun 2008
 Tanggal : 10 Juni 2008

PUSKESMAS, NAMA PEMEGANG REKENING DAN ALOKASI DANA
 PROGRAM JAMINAN KESEHATAN MASYARAKAT KABUPATEN SINTANG TAHUN 2008

NO	KECAMATAN	PUSKESMAS	PEMEGANG REKENING	NOMOR REKENING GIRO POS	JUMLAH PENDUDUK MISKIN	DANA PUSKESMAS RAWAT INAP	DANA PUSKESMAS	JUMLAH DANA
1	2	3	4	5	6	7	8	9
1	SINTANG	SEI DURIAN	Dr. YUYUN SETYORINI	7860000736	3,138		25,655,800	25,655,800
		TANJUNG PURI	Dr. HARY SHINTO LINOH,MM	7860000690	3,407		27,854,900	27,854,900
2	TEMPUNAK	TEMPUNAK	SRI WAHYUNI	7860000703	11,110		90,833,400	90,833,400
3	SEPAUK	SEPAUK	Dr. JOHANES MANURUNG	7860000555	12,353	22,200,000	100,996,000	123,196,000
4	KETUNGAU HILIR	KETUNGAU	ARWADI	7860000496	10,338		84,521,600	84,521,600
5	KETUNGAU TENGAH	MERAKAI	Dr. HELI HL	7860000587	15,109	4,800,000	123,528,400	128,328,400
6	KETUNGAU HULU	SENANING	A. ISKANDAR	7860000689	11,604	5,280,000	94,872,200	100,152,200
7	DEDAI	EMPARU	ACHMADSYAH	7860000521	4,497		36,766,700	36,766,700
		DEDAI	ISMAIL	7860000725	6,746		55,154,000	55,154,000
8	KAYAN HILIR	NANGA MAU	Dr. PONCOROSO	7860000601	9,865	9,000,000	80,654,400	89,654,400
9	KAYAN HULU	TEBIDAH	Dr. HANDRIYANI	7860000543	9,239		75,536,400	75,536,400
10	SERAWAI	SERAWAI	JUNAIDI	7860000554	14,802	6,360,000	121,018,400	127,378,400
11	AMBALAU	KEMANGAI	TAPANG ALI	7860000510	7,849	13,680,000	64,172,000	77,852,000
12	SUNGAI TEBELIAN	PANDAN	Dr. ROBY MANURUNG	7860000714	6,757		55,243,900	55,243,900
13	KELAM PERMAI	KEBONG	Dr. IVAN RAHMAT	7860000576	9,771		79,885,900	79,885,900
14	BINJAI HULU	MENSIKU	Dr. INDRA L.	7860000509	5,556		45,424,000	45,424,000
	JUMLAH				142,141	61,320,000	1,162,118,000	1,223,438,000

Sintang, 10 Juni 2008
 KEPALA DINAS KESEHATAN KABUPATEN SINTANG


 Dr. SIDIG HANDANU W. M. Kes
 PEMBINA



Kopiran 8.

14/41757.pdf

PEMERINTAH KABUPATEN SINTANG
DINAS KESEHATAN

Jalan Teluk Menyurai Telp. (0565) 21941, FAX (0565) 2226
SINTANG 78611

Nomor : 900 / 153 / JAMKESMAS
Sifat : Biasa
Perihal : Laporan Kegiatan dan
Keuangan Program
JAMKESMAS Bidang
Kesehatan Rekap Januari s/d
Desember 2008 dan Bulan
Januari 2009

Sintang, 6 Februari 2009

Kepada Yth.
Sekretariat Program JAMKESMAS
Bidang Kesehatan
Dinas Kesehatan Provinsi Kalimantan
Barat
Di –

PONTIANAK

Dengan hormat,

Bersama ini saya sampaikan Laporan Kegiatan dan Keuangan Program JAMKESMAS Bidang Kesehatan, Rekap Mulai Bulan Januari s/d Desember 2008, dan Januari 2009

Demikian disampaikan, atas perhatian dan kerja sama yang baik diucapkan terima kasih.

PLT: Kepala Dinas Kesehatan
Kabupaten Sintang


Dr. Sidig Handanu.W. M.Kes

Pembina

NIP. 140 324 240

Tembusan : Disampaikan Kepada Yth,

1. Sekretariat Program JAMKESMAS Bidang Kesehatan Departemen Kesehatan Republik Indonesia di – JAKARTA
2. Bupati Sintang di – SINTANG
3. Ketua Bappeda Kabupaten Sintang di - SINTANG

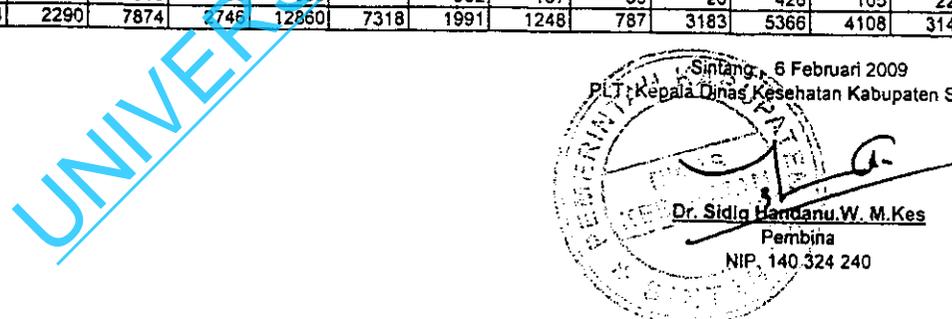
REKAPITULASI 10 PENYAKIT TERBANYAK RAWAT JALAN DI PUSKESMAS
DINAS KESEHATAN KABUPATEN SINTANG

BULAN JANUARI S/D DESEMBER 2008

No	Nama Penyakit	Puskesmas																Jumlah
		Sei Durian	Tj.Puri	Sepauk	Tempunak	Na.Ketungau	Merakai	Senaning	Dedai	Emparu	Na.Mau	Na.Tebidah	Na.Serawai	Na.Kemangai	Kebong	Pandan	Mensiku	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19
1	Inf.akut pd saluran pernapasan atas	428	356	1189	705	840	1974	375	241	149	602	593	1629	535	1488	598	896	12598
2	Penyakit pd sistem otot & jaringan pengikat	392	208	625	302	1483	589	248	174	42	651	733	767	388	2010	425	344	9381
3	Malaria klinis	159	84	1418	589	908	1002	206	207	173	219	756	327	722	742	560	553	8625
4	Penyakit kulit infeksi	69	47	179	81	1783	510	6	82	29	70	462		247	1000	261	135	4961
5	Penyakit kulit alergi	71	177	305	32	1914	490			20	98	312		74	823	375	223	4914
6	Peny.lain pd saluran pernapasan atas	435	320	70	105	2104		37										4499
7	Tekanan darah tinggi	359	218	325	153	899	464	261	126	63	227	244	165	143	284	359	209	3848
8	Diare	121	26	671	247		373	345		15	260	31	270	223	395	511	260	3076
9	Inf.peny.usus lainnya	60	12	523	255	629	76	6				251		112	1009	49	71	2327
10	Asma		30	206	35	969	489	9					116	81		207	63	2280
11	Gastritis							87			785	661	557	190				1824
12	Tonsilitis				31	736	972							12				1024
13	Desentri		10	63	109		379		133		6	166	84	46				556
14	Peny.pulpa & jaringan periodental	124			67			103	148	28				38			48	336
15	Peny.lain pd saluran pemapasan bawah	30		306														325
16	Kecelakaan	26						6		18	51				224			305
17	Kecelakaan Rudapaksa			27						42	53		75	48		14	169	291
18	Penyakit kulit karena jamur	73														30	65	185
19	Ginggivitis & jaringan periodental	46	89	50						43	19		13	22				97
20	Bronchitis																	
21	Penyakit inf.pd telinga																	
22	Penyakit lainnya	7301	713	1816	25	595		302	137	39	20	428	105	224	5874	249	901	18739
		9694	2290	7874	2746	12860	7318	1991	1248	787	3183	5366	4108	3143	13849	4039	4242	84738

Sintang, 6 Februari 2009
PLT: Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Sintang

Dr. Sidig Hamdanu, W. M. Kes
Pembina
NIP. 140.324.240



LAPORAN REALISASI PENYALURAN DANA OLEH PT.POS
 DAN PENGGUNAAN DANA OLEH PUSKESMAS
 PROGRAM JAMINAN PELAYANAN KESEHATAN MASYARAKAT MISKIN TA. 2008
 KEADAAN S/D BULAN JANUARI 2009

No	Puskesmas	Total Dana Yankes Tahun 2008 Tahap I	Total Dana Yankes Tahun 2008 Tahap II	Biaya Pelkes yg dikeluarkan bulan ini		Biaya Pelkes yg dikeluarkan sampai dengan bulan ini		Sisa Dana s/d Bulan ini
				Yankes Dasar	Rawat Inap Pusesmas	Yankes Dasar	Rawat Inap Pusesmas	
1	2	3	4	5	6	7	8	9
1	Sei Durian	32.713.600	7.057.800	2.855.800	0	30.949.150	-	1.764.450
2	Tj. Puri	35.517.700	7.662.800	3.102.900	0	33.602.000	-	1.915.700
3	Sepauk	146.576.900	33.543.500	10.097.400	1.440.000	102.185.525	26.520.000	17.871.375
4	Tempunak	125.983.900	24.987.900	11.228.000	0	110.422.925	-	15.560.975
5	Na. Ketungau	107.773.200	23.251.600	9.393.600	0	101.960.300	-	5.812.900
6	Merakai	167.110.600	38.782.200	13.728.400	1.200.000	139.015.050	8.400.000	19.695.550
7	Senaning	131.531.100	31.378.900	10.544.200	1.320.000	114.446.375	9.240.000	7.844.725
8	Dedai	70.326.700	15.172.700	6.130.000	0	66.533.525	-	3.793.175
9	Emparu	46.881.100	10.114.400	4.086.000	0	44.352.500	-	2.528.600
10	Nanga Mau	116.402.000	26.747.600	8.966.400	1.140.000	89.795.100	12.420.000	14.186.900
11	Na. Tebidah	96.316.200	20.779.800	8.416.400	0	83.621.250	-	12.694.950
12	Na. Serawai	165.350.000	37.971.600	13.450.400	1.170.000	145.987.100	9.870.000	9.492.900
13	Na. Kemangai	117.585.300	39.733.300	7.132.000	5.520.000	77.411.975	30.240.000	9.933.325
14	Kebong	101.862.200	21.976.300	8.877.900	0	95.243.125	-	6.619.075
15	Pandan	70.441.300	15.197.400	6.139.900	0	60.391.950	-	10.049.350
16	Mensiku	57.920.200	12.496.200	5.048.000	0	54.796.150	-	3.124.050
Total		1.590.292.000	366.854.000	129.197.300	11.790.000	1.350.714.000	96.690.000	142.888.000

Sintang, 6 Februari 2009
 PLT. Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Sintang

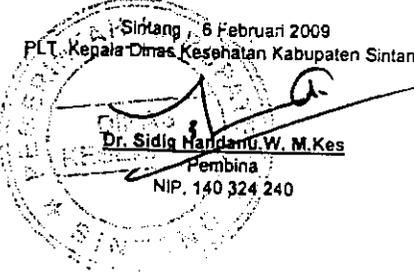

 Dr. Sidiq Handanu, W. M. Kes
 Pembina
 NIP. 140 324 240

GAMBARAN CAKUPAN KEPESERTAAN PELAYANAN KESEHATAN JAMKESMAS DI PPK 1
DINAS KESEHATAN KABUPATEN SINTANG

Form Kab-I A

REKAPTULASI LAPORAN BULAN JANUARI S/D DESEMBER 2008

No	Puskesmas	Kepesertaan Askeskin					Pelayanan Kesehatan														
		Jumlah Peserta			Jumlah Kartu terdistribusi	Cak (%)	Jumlah Kunjungan			Jumlah Kasus dirujuk	Maternal dan Neonatal						Penggunaan Identitas				
		Terdaftar	Memiliki Kartu	Cak (%)			RJTP	Cak RJTP (%)	RITP		Jumlah			Jumlah Kunjungan Pemeriksaan			Jumlah Maskin Menggunakan				
					Bumil	Bayi Lahir				Bumil dirujuk	Kehamilan K4	Cak (%)	Bayi (KN2)	Cak (%)	Kartu Askeskin	Kartu Lainnya	SKTM				
1	2	3	4	5=4/3x100	6	7=6/3x100	8	9=8/3x100	10	11	12	13	14	15	6=15/12x100	17	8=17/13x100	19	20	21	
1	Sei Durian	3.175	3.151	99,24	3.151	99,24	4.170	131,34	0	7	79	66	3	59	74,60	45	68,18	4163	0	13	
2	Tj. Puri	3.305	3.281	99,27	3.281	99,27	2.600	78,67	0	992	82	80	7	100	121,43	80	100,00	2752	8	147	
3	Sepuk	12.353	12.261	99,26	12.261	99,26	12.148	98,34	144	25	308	119	1	286	92,93	119	100,00	7786	2349	2110	
4	Tempunak	11.110	11.028	99,26	11.028	99,26	4.218	37,97	4	76	277	60	5	48	17,34	32	53,33	3160	471	467	
5	Na. Ketungau	10.338	10.261	99,26	10.261	99,26	12.413	120,07	0	1	258	219	0	295	114,54	187	85,39	13183	0	0	
6	Merakai	15.107	14.995	99,26	14.995	99,26	8.204	54,31	62	20	378	125	19	245	65,09	122	97,60	7353	944	17	
7	Senaning	11.604	11.516	99,24	11.516	99,24	2.751	23,71	46	13	289	98	7	145	50,16	103	105,10	1879	663	209	
8	Dedai	5.742	5.699	99,25	5.699	99,25	3.569	62,16	36	20	143	60	10	106	74,10	60	100,00	3503	34	168	
9	Emparu	5.503	5.462	99,25	5.462	99,25	4.853	88,19	0	77	137	154	28	52	37,93	70	42,68	1350	0	505	
10	Nanga Mau	9.865	9.792	99,26	9.792	99,26	1.759	17,83	82	34	246	106	5	181	73,64	152	143,40	1718	0	38	
11	Na. Tebidah	9.239	9.171	99,26	9.171	99,26	6.291	68,09	24	33	230	82	8	270	117,29	83	101,22	8248	0	583	
12	Na. Serawai	14.802	14.692	99,26	14.692	99,26	4.826	32,60	160	16	369	71	5	174	47,18	76	107,04	4711	0	400	
13	Na. Kemangai	7.849	7.791	99,26	7.791	99,26	3.242	41,30	119	29	196	117	2	201	102,78	117	100,00	3232	40	46	
14	Kebong	9.771	9.699	99,26	9.699	99,26	14.165	144,97	0	113	243	97	9	239	98,17	102	105,15	13528	331	20	
15	Pandan	6.757	6.707	99,26	6.707	99,26	3.016	44,64	0	45	168	83	5	125	74,25	84	101,20	2609	0	109	
16	Mensiku	5.556	5.515	99,26	5.515	99,26	2.154	38,77	0	66	138	75	11	123	88,86	75	100,00	2437	30	26	
		142.076	141.021	99,26	141.021	99,26	90.379	63,61	677	1.569	3.540	1.622	126	2.649	74,84	1507	92,91	79.612	4.870	4.858	

Sintang, 6 Februari 2009
 PLT. Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Sintang

 Dr. Sidig Handamu W. M. Kes
 Pembina
 NIP. 140 324 240

UNIVERSITAS TERBUKA



Lampiran 9.

DEPARTEMEN PENDIDIKAN NASIONAL

Universitas Terbuka

Unit Program Belajar Jarak Jauh (UPBJJ) Pontianak

14/41757.pdf

Alamat : Jalan Karya Bhakti II
Pontianak - 78121
Telp : 0561-736107,730291,760791
Fax : 0561-736107
Email : ut-pontianak@uphjj.ut.ac.id

nomor : 0296 /H31.43/AK/2009
lampiran : --
perihal : Permohonan Izin Penelitian Tesis (TAPM)

kepada : Kepala Dinas Kesehatan
Kabupaten Sintang

yang bertanda tangan di bawah ini, menerangkan bahwa :

No	Nama	Nim	Kode Mata Kuliah
1	Ahmad Riduan	014942757	MAPU 5400 (Tugas Akhir Program Magister)

Perini bermaksud akan melaksanakan penelitian TAPM (Tugas Akhir Program Magister) / Tesis, di institusi yang Bapak/Ibu pimpin.

Untuk tugas kerja sama dan bantuannya, kami mengucapkan terima kasih.

Pontianak, 04 April 2009
A.n. Kepala UPBJJ-UT Pontianak
Kasubbag Tata Usaha

RAMAYANTI, S.IP
NIP. 131 790 876



PEMERINTAH KABUPATEN SINTANG
DINAS KESEHATAN

Jalan Teluk Menyurai Telp. (0565) 21941, FAX (0565) 22268
SINTANG 78611

SURAT KETERANGAN IZIN PENELITIAN

Nomor : 800 / 341 / KP

Dasar surat Unit Program Belajar Jarak Jauh (UPBJJ) Universitas Terbuka Pontianak Nomor : 0296/H31.43/AK/2009 tanggal 4 April 2009 perihal Permohonan Izin Penelitian Tesis (TAPM) pada Dinas Kesehatan Kabupaten Sintang. Sehubungan hal tersebut, Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Sintang memberikan izin kepada :

Nama : **AHMAD RIDUAN**
NIM : **014942757**
Program Studi : **Pasca Sarjana Magister Administrasi Publik**

Untuk melaksanakan penelitian yang berjudul "Implementasi Kebijakan Program Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas) pada Puskesmas di Kabupaten Sintang", dengan ketentuan setelah selesai melakukan penelitian agar melapor kembali kepada Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Sintang.

Untuk kelancaran pelaksanaan penelitian tersebut diharapkan kepada saudara yang unit kerjanya menjadi tempat penelitian agar dapat membantu pelaksanaan penelitian tersebut.

Demikian izin penelitian ini diberikan untuk dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.

Sintang, 13 April 2009



Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Sintang

dr. MARCUS GATOT BUDI P. M.Kes

PEMBINA TK. I

NIP. 19631006 198903 1 014

Tembusan :

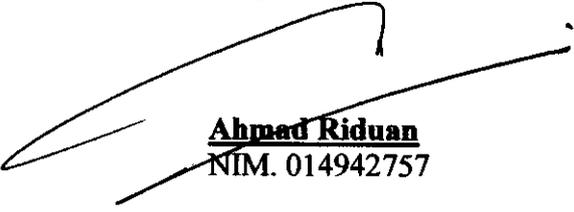
1. Direktur Program Pasca Sarjana Universitas Terbuka di Jakarta
2. Kepala UPBJJ Universitas Terbuka Pontianak di Pontianak
3. Kepala Puskesmas Se-Kabupaten Sintang

**DEPARTEMEN PENDIDIKAN NASIONAL
PROGRAM PASCASARJANA
UNIVERSITAS TERBUKA**
Jl. Cabe Raya, Pondok Cabe Ciputat 15418
Telp. 021.7415050, Fax. 021.7415588

BIODATA

Nama : **Ahmad Riduan**
NIM : 014942757
Tempat dan Tanggal Lahir : Pemangkat, 12 Oktober 1972
Registrasi Pertama : 2007.2
Riwayat Pendidikan : 1. Tamat SDN Negeri No. 2 Pemangkat Tahun 1985
2. Tamat SLTP Negeri No. 1 Pemangkat Tahun 1988
3. Tamat SLTA Negeri Pemangkat Tahun 1991
4. Tamat D-1 SPPH Pontianak Tahun 1992
5. Tamat S-1 Fisipol Universitas Kapuas Sintang Tahun 2003
6. Masuk Program S-2 MAP UT Tahun 2007.2
Riwayat Pekerjaan : 1. PNS Tenaga Sanitarian Puskesmas Tahun 1994 sampai dengan Tahun 2001.
2. PNS Staf Dinas Kesehatan Kabupaten Sintang Tahun 2001 sampai dengan 2009.
3. Kasubag Analisis Jabatan pada Sekretariat Daerah Kabupaten Sintang sejak Februari 2009 – sekarang.
Alamat Tetap : Jl. Husni Thamrin No.99 Kelurahan Tanjung Puri Sintang, 78611 Kalimantan Barat
Telp. / HP : 08125742460

Sintang, Agustus 2009


Ahmad Riduan
NIM. 014942757