

LAPORAN PENELITIAN
IMPLEMENTASI PROGRAM JAMINAN KESEHATAN MASYARAKAT
(JAMKESMAS)
DI KABUPATEN BANTUL



Oleh:

Wasiti, M. Si (NIP. 195202131981022001)
Marita Ahdiyana, M. Si (NIP. 197303182008122001)
Yanuardi, M. Si (197501092008011003)

FAKULTAS ILMU SOSIAL
UNIVERSITAS NEGERI YOGYAKARTA

2011

Penelitian ini dibiayai oleh Dana DIPA BLU UNY 2011, berdasarkan Surat Perjanjian Pelaksanaan Penelitian No. 1071/H.34.14/PL/2011, Tanggal 5 April 2011, dan SK Dekan FISE UNY No. 117 Tahun 2011

Abstrak

Penelitian ini mengkaji tentang kebijakan program Jamkesmas di Kabupaten Bantul untuk mengetahui bagaimana realita pelaksanaannya dan permasalahan-permasalahan apa yang muncul dalam implementasinya. Teknik pengumpulan data menggunakan observasi, dokumentasi, dan wawancara mendalam. Teknik analisis data yang digunakan adalah metode analisis kualitatif.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa dalam proses penetapan kelompok sasaran sudah mengikuti prosedur yang ditetapkan walaupun di lapangan terkendala data yang tidak *diupdate*. Kabupaten Bantul juga telah melaksanakan Jamkesos, Jampersal, serta *life saving*, dan penggunaan SKM. Dalam mekanisme mendapatkan pelayanan dari PPK, tidak ditemui kendala berarti karena sudah ada SOP yang jelas. Mekanisme dan proses verifikasi klaim PPK sudah dilakukan sesuai ketentuan yang berlaku walaupun sering mengalami keterlambatan. Dari sisi kemampuan organisasi pelaksana kebijakan dapat diandalkan karena sudah melalui pelatihan terlebih dahulu. Koordinasi juga dilakukan setiap dua bulan sekali antar pelaksana program dan 11 RS di Bantul. Sedangkan dukungan sarana dan prasarana yang menunjang pelaksanaan program cukup memadai walaupun tidak ada dana khusus. Pencapaian hasil akhir (*outcomes*) kebijakan, dalam hal penyelenggaraan keuangan bersifat transparan dan akuntabel karena dana bersifat terpusat, walaupun masih terkendala keterlambatan pembayaran klaim. Ada peningkatan akses masyarakat miskin terhadap layanan kesehatan karena ada program diluar Jamkesmas.

Kata kunci: implementasi, Jamkesmas, Pemberi Pelayanan Kesehatan (PPK)

Daftar Isi

Halaman

Halaman Pengesahan

Kata Pengantar

Daftar Isi

Abstrak

BAB I PENDAHULUAN

A. Latar Belakang Masalah	1
B. Perumusan Masalah	4
C. Tujuan Penelitian	4
D. Kegunaan Penelitian	4

BAB II TINJAUAN PUSTAKA

A. Teori tentang Kebijakan Publik	5
B. Teori Implementasi Kebijakan	7
C. Model-model Pendekatan Implementasi Kebijakan Publik	10
D. Implementasi Program Jamkesmas di Kabupaten Bantul	14

BAB III METODOLOGI PENELITIAN

A. Konseptualisasi Penelitian	16
B. Operasionalisasi Konsep	16
C. Desain Penelitian	17
D. Lokasi Penelitian dan Unit Analisis	18
E. Subyek Penelitian	18
F. Metode Pengumpulan Data	19
G. Metode Analisis Data	20

BAB IV PEMBAHASAN

A. Deskripsi Program Jamkesmas	22
B. Mekanisme Prosedur dan Proses Penetapan Kelompok Sasaran Peserta Program Jamkesmas	27
C. Mekanisme Peserta Program Mendapatkan Pelayanan dari PPK	40
D. Mekanisme dan Proses Verifikasi Klaim PPK	44
E. Kemampuan Organisasi Pelaksana Kebijakan	46
F. Pencapaian Hasil Akhir Kebijakan	53
F. Permasalahan-permasalahan dalam Implementasi Program Jamkesmas	58

BAB V PENUTUP

A. Kesimpulan	62
B. Saran	64

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar belakang Masalah

Undang-Undang Dasar 1945 Pasal 28 dan Undang-Undang No. 23 Tahun 1992 tentang kesehatan menetapkan bahwa setiap orang berhak mendapatkan pelayanan kesehatan. Jaminan negara bagi layanan kesehatan sudah memiliki payung hukum dengan adanya UU No. 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN). SJSN adalah suatu tatanan atau tata cara penyelenggaraan program jaminan sosial untuk menjamin agar setiap warga negara mempunyai perlindungan sosial yang dapat memenuhi kebutuhan dasar hidupnya yang layak. Jaminan sosial dimaksud meliputi jaminan kesehatan, jaminan kecelakaan kerja, jaminan hari tua, jaminan pensiun, dan jaminan kematian.

Untuk menjamin akses penduduk miskin terhadap pelayanan kesehatan sebagaimana diamanatkan dalam UUD 1945 tersebut, pemerintah telah berupaya untuk membuat kebijakan melalui Program Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas). Program Jamkesmas dilaksanakan di hampir semua rumah sakit pemerintah di Indonesia, salah satunya di Rumah Sakit Panembahan Senopati Kabupaten Bantul. Pelaksanaan Program Jamkesmas di Kabupaten Bantul berdasarkan pada Keputusan Menteri Kesehatan RI No. 125/Menkes/SK/II/Tahun 2008 tentang Pedoman Penyelenggaraan Program Kesehatan Masyarakat Tahun 2008, tanggal 6 Februari Tahun 2008 dan Keputusan Bupati Bantul

Nomor 168 C Tahun 2007 tentang Penetapan Jumlah Masyarakat Miskin sebagai Peserta Program Jamkesmas Kabupaten Bantul Tahun 2008, sehingga diharapkan pelaksanaan program tersebut sudah sesuai dengan tujuan utamanya dan tepat sasaran. Namun demikian belum diketahui bagaimana pelaksanaan program Jamkesmas tersebut, sehingga perlu dilakukan penelitian untuk memperoleh gambaran pelaksanaan program Jamkesmas di Kabupaten Bantul.

Dalam pelaksanaannya, bagi masyarakat miskin yang membutuhkan harus melengkapi persyaratan dan mengikuti prosedur yang telah ditentukan sehingga ada kesan rumit dan membingungkan bagi masyarakat miskin yang sebagian berpendidikan rendah. Meskipun telah ada program Jamkesmas, warga miskin yang sedang sakit masih saja terabaikan dan masih harus membayar biaya perawatan di rumah sakit, bahkan ditemukan adanya penolakan terhadap pasien Jamkesmas. Sehingga di Bekasi pasien yang memiliki kartu Jamkesmas tetap dipungut bayaran (Kompas, 25 Februari 2009).

Hasil riset yang dilakukan Indonesia Corruption Watch (ICW) terhadap program Jamkesmas (Kompas 3 maret 2009), menunjukkan bahwa ada beberapa permasalahan yang ada dalam pelaksanaan program yaitu data peserta masih belum akurat, sosialisasi belum optimal, dan adanya pungutan untuk mendapatkan kartu. Selain itu, permasalahan lain adalah adanya peserta yang tidak menggunakan kartu ketika berobat, adanya pasien Jamkesmas yang mengeluarkan biaya, dan masih buruknya kualitas pelayanan pasien Jamkesmas. Lebih lanjut dikemukakan dari 868 responden terdaftar yang dipilih secara acak itu, 12,4 persen tidak memiliki kartu. Ada pula 3 persen meninggal dunia, pindah

alamat 3,1 persen, nama tidak dikenal 9,9 persen serta sebanyak 22,1 persen responden tidak dapat verifikasi. Temuan ini jelas menunjukkan tidak ada pembaruan data dari pemerintah daerah. Seharusnya kuota peserta yang telah meninggal atau pindah alamat bisa dipindahalihkan kepada masyarakat miskin lainnya yang membutuhkan. Sosialisasi Jamkesmas dinilai belum optimal, 25,8 persen dari responden tidak mengetahui apa itu Jamkesmas. Sehingga ICW menuntut adanya perbaikan oleh Departemen Kesehatan dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin, termasuk peningkatan pengawasan terhadap kinerja pemerintah daerah, rumah sakit, dan puskesmas.

Evaluasi pelaksanaan program Jamkesmas yang dilakukan oleh Bappeda di Kabupaten Gresik menunjukkan, bahwa banyak kasus salah sasaran dalam pelaksanaan program jamkesmas, diantaranya amburadulnya pendataan warga yang berhak menerima program tersebut, sehingga banyak warga miskin yang seharusnya mendapatkan jatah pengobatan gratis tidak mendapatkan, sedangkan warga yang masuk kategori mampu malah tercatat sebagai penerima program jamkesmas. Bahkan ada warga yang berasal dari luar wilayah Gresik tercatat sebagai penerima program di kabupaten tersebut (Jawa Pos, 17 Desember 2009).

Penelitian implementasi program Jamkesmas di Kabupaten Karanganyar dari perspektif hukum telah dilakukan oleh Nugraha (2008). Dari sisi manajemen administrasi pelayanan kesehatan juga telah dilakukan penelitian oleh Ernawati Carisma (2008). Namun demikian, perlu dilakukan penelitian tentang implementasi program Jamkesmas dari perspektif kebijakan publik di

Kabupaten Bantul, di mana peneliti sering berinteraksi dengan para peserta program Jamkesmas.

B. Perumusan Masalah

Berdasarkan uraian latar belakang permasalahan di atas, dirumuskan permasalahan sebagai berikut: Bagaimana implementasi program Jamkesmas di Kabupaten Bantul, serta permasalahan-permasalahan apa yang dihadapi dalam pelaksanaan program Jamkesmas di Kabupaten Bantul.

C. Tujuan Penelitian

1. Untuk mengetahui bagaimana implementasi program Jamkesmas di Kabupaten Bantul
2. Untuk mengetahui permasalahan-permasalahan yang dihadapi dalam pelaksanaan Program Jamkesmas di Kabupaten Bantul

D. Kegunaan Penelitian

1. Bagi pemerintah : memberikan alternatif rekomendasi/ masukan kelanjutan program.
2. Bagi akademisi : menambah wawasan tentang implementasi program Jamkesmas di Kabupaten Bantul dan permasalahan-permasalahan yang ada dalam pelaksanaannya.
3. Bagi masyarakat luas : menambah pengetahuan tentang implementasi program Jamkesmas dan permasalahan-permasalahannya, khususnya di Kabupaten Bantul.

BAB II

TIJAUAN PUSTAKA

A. Teori tentang Kebijakan Publik

Lingkup dari studi kebijakan publik sangat luas karena mencakup berbagai bidang dan sektor, seperti ekonomi, politik, sosial, budaya, hukum, dan sebagainya. Disamping itu dilihat dari hirarkinya kebijakan publik dapat bersifat nasional, regional maupun lokal, seperti undang-undang, peraturan pemerintah, peraturan presiden, peraturan menteri, peraturan pemerintah daerah provinsi, keputusan Gubernur, peraturan daerah kabupaten/kota, dan keputusan Bupati/Walikota.

Pada hakekatnya Program Jamkesmas merupakan salah satu bentuk dari kebijakan publik. Program Jamkesmas di Kabupaten Bantul yang dilaksanakan berdasarkan Keputusan Menteri Kesehatan RI No. 125/Menkes/SK/II/2008 tentang Pedoman Penyelenggaraan Program Kesehatan Masyarakat Tahun 2008 tanggal 6 Februari 2008 dan Keputusan Bupati Bantul Nomor 168 C Tahun 2007 tentang Penetapan Jumlah Masyarakat Miskin sebagai Peserta Program Jamkesmas Kabupaten Bantul Tahun 2008.

Menurut Friedrich (1969) dalam Agustino (2008:7) kebijakan adalah serangkaian tindakan/kegiatan yang diusulkan oleh seseorang, kelompok atau pemerintah dalam suatu lingkungan tertentu di mana terdapat hambatan-hambatan (kesulitan-kesulitan) dan kemungkinan-kemungkinan (kesempatan-kesempatan) di mana kebijakan tersebut diusulkan agar berguna dalam mengatasinya untuk

mencapai tujuan yang dimaksud. Friedrich juga menambahkan bahwa untuk maksud dari kebijakan sebagai bagian dari kegiatan, kebijakan tersebut berhubungan dengan penyelesaian beberapa maksud atau tujuan. Sedangkan Anderson dalam Agustino (2008: 7) mendefinisikan kebijakan sebagai serangkaian kegiatan yang mempunyai maksud/tujuan tertentu yang diikuti dan dilaksanakan oleh seorang aktor atau sekelompok aktor yang berhubungan dengan suatu permasalahan atau suatu hal yang diperhatikan.

Dari kedua penjelasan diatas dapat ditarik suatu kesimpulan bahwa kebijakan merupakan prosedur memformulasikan sesuatu berdasarkan aturan tertentu yang kemudian digunakan sebagai alat untuk memecahkan permasalahan dan mencapai suatu tujuan. Sehingga, dalam setiap kebijakan pasti membutuhkan orang-orang sebagai perencana atau pelaksana kebijakan maupun objek dari kebijakan itu sendiri. Sebagaimana penjelasan Irfan Islamy (2001:5) kebijakan adalah suatu program kegiatan yang dipilih oleh seorang atau sekelompok orang dan dapat dilaksanakan serta berpengaruh terhadap sejumlah besar orang dalam rangka mencapai suatu tujuan tertentu. Kebijakan dapat pula diartikan sebagai bentuk ketetapan yang mengatur yang dikeluarkan oleh seseorang yang memiliki kekuasaan, jika ketetapan tersebut memiliki sasaran kehidupan orang banyak atau masyarakat luas maka kebijakan itu dikategorikan sebagai kebijakan publik. Dalam perkembangan Ilmu Administrasi Negara baik di negara berkembang bahkan di negara maju sekalipun, kebijakan publik merupakan masalah politik yang menarik untuk dikaji dan dibahas.

B. Teori Implementasi Kebijakan

Implementasi kebijakan merupakan tahap dari proses kebijakan segera setelah penetapan undang-undang. Implementasi dipandang secara luas mempunyai makna pelaksanaan undang-undang di mana berbagai aktor, organisasi, prosedur, dan teknik bekerja bersama-sama untuk menjalankan kebijakan dalam upaya untuk meraih tujuan-tujuan kebijakan atau program-program (Lester dan Stewart dalam Winarno 2008: 144). Implementasi pada sisi yang lain merupakan fenomena yang kompleks yang dapat dipahami sebagai proses, keluaran (output) maupun sebagai suatu dampak (*outcome*). Implementasi juga bisa diartikan dalam konteks keluaran, atau sejauh mana tujuan-tujuan yang telah direncanakan mendapatkan dukungan, seperti tingkat pengeluaran belanja bagi suatu program. Pada tingkat abstraksi yang paling tinggi, dampak implementasi mempunyai makna bahwa telah ada perubahan yang bisa diukur dalam masalah yang luas yang dikaitkan dengan program, undang-undang publik, dan keputusan yudisial (Winarno 2008: 145).

Sebuah pengertian yang lebih singkat dikemukakan oleh Nugroho, bahwa implementasi kebijakan pada prinsipnya adalah cara agar sebuah kebijakan dapat mencapai tujuannya. Untuk mengimplementasikan kebijakan publik, terdapat dua pilihan langkah yaitu, langsung mengimplementasikan dalam bentuk program atau melalui formulasi kebijakan derivat/ turunan dari kebijakan publik tersebut (2008: 432). Dalam derajat yang lain, Mazmanian dan Sabatier mendefinisikan implementasi kebijakan sebagai pelaksanaan keputusan kebijaksanaan 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 (Agustino 2008: 139). Proses ini berlangsung setelah melalui sejumlah tahapan tertentu, biasanya diawali dengan tahapan pengesahan undang-undang kemudian output kebijakan dalam bentuk pelaksanaan keputusan oleh badan (instansi) pelaksana, dan akhirnya perbaikan-perbaikan penting terhadap undang-undang atau peraturan yang bersangkutan.

Lester mengemukakan bahwa implementasi merupakan suatu proses dan suatu hasil atau *output* (dalam Agustino 2008: 139). Sehingga keberhasilan suatu implementasi kebijakan dapat diukur atau dilihat dari proses dan pencapaian tujuan hasil akhir (*output*), yaitu tercapai atau tidaknya tujuan-tujuan yang ingin diraih. Sebagaimana dikemukakan Grindle 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 apakah tujuan program tersebut tercapai? Untuk lebih mudah dalam memahami pengertian implementasi kebijakan Lineberry (1978) dalam Fadillah Putra (2003:81) menspesifikasikan proses implementasi setidaknya-tidaknya memiliki elemen-elemen sebagai berikut :

1. Pembentukan unit organisasi baru dan staf pelaksana
2. Penjabaran tujuan ke dalam berbagai aturan pelaksana (*standard operating procedures/SOP*)

3. Koordinasi berbagai sumber dan pengeluaran kepada kelompok sasaran; pembagian tugas di dalam dan di antara dinas-dinas/badan pelaksana
4. Pengalokasian sumber-sumber untuk mencapai tujuan

Salah satu komponen utama yang ditonjolkan oleh Lineberry, yaitu pengambilan kebijakan (*policy-making*) tidaklah berakhir pada saat kebijakan itu dikemukakan atau diusulkan, tetapi merupakan kontinuitas dari pembuatan kebijakan. Bahkan Udoji (1981) dalam Agustino (2008:140) mengatakan bahwa pelaksanaan kebijakan adalah sesuatu yang penting, bahkan mungkin jauh lebih penting dari pembuatan kebijakan. Kebijakan-kebijakan hanya akan berupa impian atau rencana yang bagus, yang tersimpan rapi dalam arsip kalau tidak diimplementasikan. Oleh karenanya ditarik suatu kesimpulan bahwa implementasi merupakan unsur yang sangat penting sebagai kontinuitas dari munculnya suatu kebijakan.

Implementasi merupakan pelaksanaan dari suatu keputusan yang dibuat oleh eksekutif. Tujuannya ialah untuk mengidentifikasi masalah yang terjadi sehingga tercipta rangkaian yang terstruktur dalam upaya penyelesaian masalah tersebut. “Rangkaian terstruktur” memiliki makna bahwa dalam prosesnya implementasi selalu melibatkan berbagai komponen dan instrumen. Dari pembahasan diatas dapat disimpulkan bahwa implementasi merupakan rangkaian kegiatan yang terencana dan bertahap yang dilakukan oleh instansi pelaksana dengan didasarkan pada kebijakan yang telah ditetapkan oleh otoritas berwenang.

C. Model-Model Pendekatan Implementasi Kebijakan Publik

Menurut Peter deLeon dan Linda deLeon (2001) dalam Nugroho (2008:437- 438) pendekatan-pendekatan dalam implementasi kebijakan publik dikelompokkan menjadi tiga generasi yaitu: *generasi pertama* sekitar tahun 1970-an, implementasi kebijakan berhimpitan dengan studi pengambilan keputusan di sektor publik, *generasi kedua* tahun 1980-an, implementasi kebijakan yang bersifat *top down*, dan *generasi ketiga* tahun 1990-an, variabel perilaku aktor pelaksana implementasi kebijakan lebih menentukan keberhasilan implementasi kebijakan. Sehingga dari tiga generasi tersebut, terdapat berbagai macam teori implementasi, seperti dikemukakan oleh George C. Edwards III (1980), Merilee S. Grindle (1980), Daniel A. Mazmanian dan Paul A. Sabatier (1983), Van Meter dan Van Horn (1975), Elmore dkk (1979), Hogwood dan Gunn (1978), Goggin (1990), Nakamura dan Smallwood (1980), serta model jaringan (1997). Dalam penelitian ini, tidak semua teori disajikan, namun peneliti memilih menyajikan beberapa teori yang dianggap relevan dengan materi pembahasan dari objek yang diteliti, dengan tujuan lebih mengarahkan peneliti agar lebih fokus terhadap permasalahan yang dikaji melalui penelitian ini.

1. Model Merilee S. Grindle

Menurut Grindle (1980) dalam Suharno (2010: 190), keberhasilan implementasi kebijakan dipengaruhi oleh dua variable besar yaitu isi kebijakan (*content of policy*) dan lingkungan implementasi kebijakan (*context of implementation*). Ide dasarnya adalah bahwa setelah kebijakan

ditransformasikan, barulah implementasi kebijakan dilakukan. Sehingga keberhasilannya ditentukan oleh derajat *implementability* dari kebijakan tersebut.

Isi kebijakan (*content of policy*), mencakup hal-hal sebagai berikut :

- a). Sejauh mana kepentingan kelompok sasaran termuat dalam isi kebijakan
- b). Jenis manfaat yang diterima oleh *target groups*, sebuah kebijakan akan lebih bermanfaat jika sesuai dengan kebutuhan *target groups*.
- c). Sejauh mana perubahan yang diinginkan dari sebuah kebijakan
- d). Apakah letak sebuah program sudah tepat
- e). Apakah sebuah kebijakan telah menyebut implementornya dengan rinci
- f). Apakah sebuah program didukung oleh sumber daya yang memadai

Sementara itu, lingkungan implementasi kebijakan (*context of implementation*) mencakup aspek:

- a). Seberapa besar kekuasaan, kepentingan dan strategi aktor yang terlibat
- b). Karakteristik institusi dan rejim yang berkuasa
- c). Tingkat kepatuhan dan daya tanggap kelompok sasaran

2. Model Donald Van Metter dan Carl Van Horn

Merupakan model implementasi kebijakan dengan perspektif *top down*, menurut Meter dan Horn (1975) dalam Nugroho (2008: 438), implementasi kebijakan berjalan secara linear dari kebijakan publik, implementor dan kinerja kebijakan publik. Ada enam variabel yang mempengaruhi kebijakan publik (Agustino 2008: 142-144) yaitu:

- a). Ukuran dan tujuan kebijakan
- b). Sumber daya
- c). Karakteristik agen pelaksana
- d). Sikap/kecenderungan (*disposition*) para pelaksana
- e). Komunikasi antarorganisasi dan aktivitas pelaksana
- f). Lingkungan ekonomi, sosial dan politik

3. Model George Edward III

Menurut Edward III (1980) dalam Nugroho (2008: 447), masalah utama dalam administrasi publik adalah minimnya perhatian terhadap suatu implementasi dan bagaimana agar implementasi berhasil. Sehingga pertanyaan berikut, harus dikemukakan, yaitu apakah yang menjadi prasyarat bagi implementasi kebijakan, serta apakah yang menjadi faktor penghambat utama bagi keberhasilan implementasi kebijakan? Untuk menjawab pertanyaan tersebut, Edward III, mengusulkan empat isu pokok yang sangat berpengaruh terhadap keberhasilan implementasi kebijakan, yaitu:

- a). Komunikasi: bagaimana kebijakan dikomunikasikan kepada organisasi dan atau publik
- b). Sumber-sumber : berkenaan dengan ketersediaan sumber daya pendukung, khususnya sumber daya manusia, berkenaan dengan kecakapan pelaksana kebijakan. Yang termasuk sumber-sumber dimaksud adalah :
 - (1). staf yang relatif cukup jumlahnya dan mempunyai keahlian dan keterampilan untuk melaksanakan kebijakan

- (2). informasi yang memadai atau relevan untuk keperluan implementasi
 - (3). dukungan dari lingkungan untuk mensukseskan implementasi kebijakan
 - (4). wewenang yang dimiliki implementor untuk melaksanakan kebijakan.
- c). *Disposition* : berkaitan dengan kesediaan implementor dalam mendukung suatu implementasi kebijakan. Seringkali para implementor bersedia untuk mengambil inisiatif dalam rangka mencapai kebijakan, tergantung dengan sejauh mana wewenang yang dimilikinya
- d). Struktur birokrasi: suatu kebijakan seringkali melibatkan beberapa lembaga atau organisasi dalam proses implementasinya, sehingga diperlukan koordinasi yang efektif antar lembaga-lembaga terkait dalam mendukung keberhasilan implementasi.

Pada *Communication Model of Intergovernmental Policy Implementation* yang membahas tentang implementasi kebijakan pada negara dengan sistem federal, Goggin mengemukakan bahwa pilihan kebijakan negara tidak dilaksanakan dalam ruang yang hampa, namun sangat tergantung pada adanya pengaruh internal dan pengaruh eksternal. Sehingga kemudian dikatakan bahwa pelaksanaannya merupakan fungsi *inducements* dan *constraints* yang muncul pada sistem federal, baik dari tingkatan atas maupun tingkatan bawah, seperti halnya kecenderungan negara untuk bertindak dan kemampuannya untuk mempengaruhi pilihan tersebut. *Inducements* adalah faktor-faktor atau kondisi dan tindakan yang mendorong suatu implementasi, sedangkan *constraints* mempunyai arti sebaliknya (Goggin et. Al 1990:31). Dalam penelitian ini akan

dilihat dari permasalahan-permasalahan yang ada dalam implementasi program Jamkesmas di Kabupaten Bantul.

Dengan mendasarkan pada teori dan konsep para ahli yang telah diuraikan sebelumnya, maka yang dimaksud dengan implementasi program Jamkesmas di Kabupaten Bantul adalah proses pelaksanaan keputusan kebijaksanaan dasar, yang dibuat oleh eksekutif berbentuk berbagai peraturan dan keputusan yang penting dalam mengatur penyelenggaraan dan pelaksanaan program Jamkesmas di Kabupaten Bantul. Agar tidak terjadi perluasan dalam penelitian ini dan untuk memudahkan dalam pencarian data maka penulis memfokuskan penelitian pada:

1. Mekanisme prosedur dan proses penetapan kelompok sasaran sebagai peserta program Jamkesmas, akan dibahas dari:
 - a. Persyaratan yang harus dipenuhi oleh masyarakat calon peserta
 - b. Mekanisme penerbitan dan pendistribusian Kartu Peserta Jamkesmas oleh PT. Askes
 - c. Mekanisme bagi peserta program dari kelompok lain di luar masyarakat miskin serta jaminan bagi masyarakat di luar program Jamkesmas
2. Mekanisme peserta program Jamkesmas mendapatkan pelayanan dari pemberi layanan kesehatan (PPK) baik rumah sakit maupun Puskesmas
3. Mekanisme dan proses verifikasi klaim PPK
4. Kemampuan organisasi pelaksana kebijakan, yaitu meliputi:
 - a. Kemampuan sumberdaya manusia pelaksana program
 - b. Koordinasi dan komunikasi diantara para pelaksana kebijakan
 - c. Dukungan sarana dan prasarana yang menunjang pelaksanaan program

5. Pencapaian hasil akhir (*outcomes*) kebijakan, meliputi :
 - a. Penyelenggaraan keuangan yang transparan dan akuntabel dalam program
 - b. Peningkatan akses masyarakat miskin terhadap layanan kesehatan
6. Permasalahan-permasalahan yang ada dalam implementasi kebijakan

BAB III

METODE PENELITIAN

A. Konseptualisasi Penelitian

Implementasi merupakan rangkaian kegiatan yang terencana dan bertahap yang dilakukan oleh instansi pelaksana dengan didasarkan pada kebijakan yang telah ditetapkan oleh otoritas berwenang.

Implementasi program Jamkesmas di Kabupaten Bantul adalah proses pelaksanaan keputusan kebijaksanaan dasar, yang dibuat oleh eksekutif berbentuk berbagai peraturan dan keputusan yang penting dalam mengatur penyelenggaraan dan pelaksanaan program Jamkesmas di Kabupaten Bantul

B. Operasionalisasi Konsep

Implementasi Program Jamkesmas di Kabupaten Bantul akan dibahas dari:

1. Mekanisme prosedur dan proses penetapan kelompok sasaran peserta program Jamkesmas, akan dibahas dari:
 - a. Persyaratan yang harus dipenuhi oleh masyarakat calon peserta program
 - b. Mekanisme penerbitan dan pendistribusian Kartu Peserta Jamkesmas oleh PT. Askes
 - c. Mekanisme bagi peserta program dari kelompok lain di luar masyarakat miskin serta jaminan bagi masyarakat di luar program Jamkesmas
2. Mekanisme peserta program Jamkesmas mendapatkan pelayanan dari PPK baik rumah sakit maupun Puskesmas
3. Mekanisme dan proses verifikasi klaim PPK

4. Kemampuan organisasi pelaksana kebijakan, yaitu meliputi:
 - a. Kemampuan sumberdaya manusia pelaksana program
 - b. Koordinasi dan komunikasi diantara para pelaksana kebijakan
 - c. Dukungan sarana dan prasarana yang menunjang pelaksanaan program
5. Pencapaian hasil akhir (*outcomes*) kebijakan, meliputi :
 - a. Penyelenggaraan keuangan yang transparan dan akuntabel dalam program
 - b. Peningkatan akses masyarakat miskin terhadap layanan kesehatan
6. Permasalahan-permasalahan yang ada dalam implementasi kebijakan

C. Desain Penelitian

Jenis penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah studi deskriptif. Menurut Nasir dalam Widodo dan Mokhtar (2000: 89), tujuan penelitian deskriptif secara mikro adalah membuat deskripsi, gambaran atau lukisan secara sistematis, faktual dan akurat mengenai fakta-fakta, sifat-sifat serta hubungan antar fenomena yang diselidiki. Menurut Suryabrata (1998: 18- 19), penelitian deskriptif adalah penelitian yang bermaksud untuk membuat pencandraan mengenai situasi-situasi atau kejadian dalam arti akumulasi data dasar dalam cara deskriptif semata, tidak perlu mencari atau menerangkan saling hubungan, mentest hipotesis, dan membuat ramalan. Sehingga dalam penelitian ini, studi deskriptif dimaksudkan untuk mengungkapkan secara cermat implementasi Program Jamkesmas di Kabupaten Bantul dan permasalahan-permasalahan yang dihadapi dalam pelaksanaan program tersebut.

D. Lokasi Penelitian dan Unit Analisis

Lokasi penelitian dan unit analisis kelembagaan di Kabupaten Bantul meliputi: Kantor Dinas Kesehatan Kabupaten Bantul, PT Askes (Persero) Asisten Area Manager (AAM) Kabupaten Bantul, RS Panembahan Senopati Kabupaten Bantul, Kantor Badan Kesejahteraan Keluarga Pemberdayaan Perempuan dan Keluarga Berencana (BKKPP dan KB) Kabupaten Bantul, dan Puskesmas di Kabupaten Bantul. Sedangkan individu-individu yang terlibat serta menjadi sumber data merupakan instrumen pendukung untuk kebutuhan analisis yang mendalam.

E. Subyek Penelitian

Penentuan subjek dari penelitian ini dipilih dengan menggunakan metode *purposive sampling* dan *incidental sampling*. Dalam penelitian ini dipilih beberapa informan dari berbagai instansi yang berkoordinasi dan merupakan penanggung jawab implementasi program Jamkesmas di Kabupaten Bantul, meliputi beberapa orang informan, yaitu : pejabat di Dinas Kesehatan Kabupaten Bantul, pejabat di PT Askes (Persero) AAM Kabupaten Bantul, pejabat di RS Panembahan Senopati Kabupaten Bantul, pejabat di BKKPP dan KB Kabupaten Bantul, dan petugas di puskesmas di Bantul.

Kemudian untuk menentukan informan dari masyarakat peserta Jamkesmas, peneliti menggunakan teknik *sampling incidental*, yaitu penentuan sampel berdasarkan kebetulan. Sebagaimana penjelasan Sugiyono (2007:96), yaitu siapa saja yang secara kebetulan bertemu dengan peneliti dapat digunakan

sebagai sampel, bila dipandang orang yang kebetulan ditemui itu cocok sebagai sumber data.

F. Metode Pengumpulan Data

Data yang dikumpulkan dalam penelitian ini ada dua jenis yaitu data primer dan data sekunder. Data primer adalah data yang diperoleh langsung dari narasumber, sedangkan data sekunder adalah data yang sudah diolah, dapat berupa data statistik, ataupun laporan dokumen yang ada, media massa maupun arsip lain yang berkaitan dengan masalah penelitian. Untuk memperoleh data tersebut, digunakan cara-cara:

- a. Observasi: metode pengumpulan data di mana peneliti dan kolaboratornya mencatat informasi sebagaimana yang mereka saksikan selama penelitian (Gulo 2004: 116).
- b. Dokumentasi: catatan peristiwa yang sudah berlalu. Dokumen bisa berbentuk tulisan, gambar, atau karya monumental dari seseorang (Sugiyono 2007:82).
- c. Wawancara Mendalam: proses memperoleh keterangan dengan cara tanya jawab sambil bertatap muka antara pewawancara dengan informan, dengan atau tanpa menggunakan pedoman wawancara, di mana pewawancara dan informan terlibat dalam kehidupan sosial yang relatif lama (Bungin 2009: 108).

G. Metode Analisis Data

Penelitian ini menggunakan metode analisis kualitatif. Metode kualitatif dapat digunakan untuk mengungkap dan memahami sesuatu di balik fenomena yang baru sedikit difahami atau yang sedikit pun belum diketahui (Strauss dan Corbin 2009: 5). Menurut Widodo dan Mokhtar , dalam analisis data terkandung muatan pengumpulan dan interpretasi data yang merupakan ciri utama dalam penelitian deskriptif kualitatif (2000: 123). Seluruh data yang diperoleh baik data primer maupun data sekunder, diolah dan diinterpretasikan secara kualitatif, dengan maksud untuk mencari jawaban dari masalah penelitian. Menurut Salim, proses analisis data kualitatif berlangsung selama dan pasca pengumpulan, mengalir dari tahap awal hingga tahap penarikan kesimpulan hasil studi, atau dalam bahasa Miles dan Huberman disebut sebagai *flow model*. Ditambahkan pula bahwa dalam proses tersebut, komponen-komponennya secara interaktif saling berhubungan selama dan sesudah pengumpulan data, sehingga disebut pula sebagai model interaktif (Salim 2006: 22). Proses analisis data kualitatif dijelaskan sebagai berikut:

- a. Reduksi data (*data reduction*), yaitu proses pemilihan, pemusatan perhatian dan penyederhanaan, abstraksi, dan transformasi data kasar yang diperoleh di lapangan studi.
- b. Penyajian data (*data display*), yaitu deskripsi kumpulan informasi tersusun yang memungkinkan untuk melakukan kesimpulan dan pengambilan tindakan. Penyajian yang lazim adalah dalam bentuk teks naratif.

c. Penarikan kesimpulan dan verifikasi (*conclusion drawing and verification*), yaitu mencari makna setiap gejala yang diperoleh di lapangan sejak awal pengumpulan data, mencatat keteraturan atau pola kejelasan dan konfigurasi yang mungkin ada, alur kausalitas dan proposisi. Selama penelitian masih berlangsung, setiap kesimpulan yang ditetapkan akan terus menerus diverifikasi sehingga benar-benar diperoleh konklusi yang valid dan kokoh (Salim 2006: 23).

BAB IV

PEMBAHASAN

A. Deskripsi Program Jamkesmas

Undang-Undang Dasar 1945 pasal 28 dan Undang-Undang Nomor 23 Tahun 1992 Tentang Kesehatan, mengandung arti bahwa setiap individu, keluarga, dan masyarakat berhak memperoleh perlindungan terhadap kesehatannya, dan negara bertanggung jawab mengatur agar hak hidup sehat bagi penduduknya terpenuhi tak terkecuali bagi penduduk miskin dan tidak mampu, termasuk di dalamnya gelandangan, pengemis, anak terlantar, masyarakat miskin yang tidak memiliki identitas, pasien sakit jiwa kronis, dan penyakit kusta.

Untuk meningkatnya derajat kesehatan masyarakat melalui pemerataan dan peningkatan mutu upaya kesehatan serta pengendalian pembiayaan kesehatan, pasal 66 UU No. 23 Tahun 1992 telah menetapkan jaminan pemeliharaan kesehatan masyarakat (JPKM) sebagai cara yang dijadikan landasan setiap penyelenggaraan pemeliharaan kesehatan yang terpadu dengan pembiayaannya. JPKM merupakan konsep atau metode penyelenggaraan pemeliharaan kesehatan yang paripurna (preventif, promotif, rehabilitatif dan kuratif) berdasarkan azas usaha bersama dan kekeluargaan yang berkesinambungan dengan mutu yang terjamin serta pembiayaan yang dilaksanakan secara pra-upaya. Badan pelaksana JPKM dapat berupa badan usaha milik pemerintah ataupun swasta. Saat ini badan penyelenggaraan JPKM milik pemerintah adalah PT. Askes dan

PT. Jamsostek, sementara Badan penyelenggara JPKM swasta sudah banyak sekali berkembang.

Selanjutnya, untuk memberikan jaminan kesehatan bagi penduduk miskin dan tidak mampu membayar dengan sistem asuransi, pemerintah mengembangkan upaya pemeliharaan kesehatan bagi penduduk miskin yang dimulai sejak tahun 2008. Pemerintah mengembangkan Program Jaring Pengaman Sosial Bidang Kesehatan (JPS-BK) tahun 1998–2001, Program Dampak Pengurangan Subsidi Energi (PDPSE) tahun 2001, dan Program Kompensasi Pengurangan Subsidi Bahan Bakar Minyak (PKPS–BBM) tahun 2002–2004. Bersamaan dengan itu, amandemen keempat UUD 1945 pasal 34 ayat 2 tahun 2002 mengamanatkan bahwa negara diberi tugas untuk mengembangkan jaminan sosial bagi seluruh rakyat. Hal ini ditindaklanjuti dengan disahkannya Undang–Undang Nomor 40 Tahun 2004 Tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN). Undang-undang tersebut menjadi landasan hukum terhadap kepastian perlindungan dan kesejahteraan sosial bagi seluruh rakyat Indonesia. Jaminan sosial yang dimaksud di dalam Undang–Undang SJSN berupa perlindungan sosial untuk menjamin seluruh rakyat agar dapat memenuhi kebutuhan dasar hidupnya yang layak, termasuk di antaranya adalah kesehatan. Namun, sampai saat ini aturan pelaksanaan sistem jaminan sosial yang diamanatkan dalam undang–undang tersebut belum tersedia.

Pada Tahun 2005, pemerintah meluncurkan program jaminan kesehatan bagi masyarakat miskin dan tidak mampu yang dikenal dengan nama program Asuransi Kesehatan Masyarakat Miskin (Askeskin). Penyelenggara program

adalah PT Askes (Persero), yang ditugaskan Menteri Kesehatan berdasarkan Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 1241/Menkes/SK/XI/2004 Tentang Penugasan PT Askes (Persero) dalam Pengelolaan Program Pemeliharaan Kesehatan Bagi Masyarakat Miskin. Program ini merupakan bantuan sosial yang diselenggarakan dalam skema asuransi kesehatan sosial. Setelah dilakukan evaluasi dan dalam rangka efisiensi dan efektivitas, maka pada tahun 2008 dilakukan perubahan dalam sistem penyelenggaraannya menjadi Jamkesmas. Model Askeskin dirubah menjadi Jamkesmas karena dinilai ada hambatan kelancaran pembayaran klaim pelayanan kesehatan di rumah sakit dan memicu penggunaan dana pelayanan. Perubahan pengelolaan program tersebut adalah dengan pemisahan fungsi pengelola dengan fungsi pembayaran, yang didukung dengan penempatan tenaga verifikator di setiap rumah sakit.

Semenjak saat itu PT Askes yang sebelumnya menjadi pengelola seluruh program pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin hanya ditugasi mengurus kepesertaan Jamkesmas. Sedangkan dana untuk membayar tagihan pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin selanjutnya dikucurkan langsung dari kas negara ke rekening rumah sakit setelah pengelola rumah sakit mengajukan klaim pelayanan yang sudah diverifikasi.

Pelaksanaan Program Jamkesmas di Kabupaten Bantul berdasarkan pada Keputusan Menteri Kesehatan RI No. 125/Menkes/SK/II/2008 tentang Pedoman Penyelenggaraan Program Kesehatan Masyarakat Tahun 2008 tanggal 6 Februari 2008 dan Keputusan Bupati Bantul Nomor 168 C Tahun 2007 tentang Penetapan Jumlah Masyarakat Miskin sebagai Peserta Program Jamkesmas Kabupaten

Bantul Tahun 2008. Tujuan Penyelenggaraan Program Jamkesmas secara umum adalah untuk memberikan akselerasi dalam peningkatan akses dan mutu pelayanan kesehatan terhadap seluruh masyarakat miskin dan tidak mampu agar tercapai derajat kesehatan masyarakat yang optimal secara efektif dan efisien. Secara khusus program Jamkesmas ditujukan untuk meningkatkan cakupan masyarakat miskin dan tidak mampu guna mendapat pelayanan kesehatan di Puskesmas serta jaringannya dan di Rumah Sakit. Melalui program Jamkesmas pula diharapkan akan terjadi proses penyelenggaraan pengelolaan keuangan yang transparan dan akuntabel yang pada akhirnya akan berdampak kepada peningkatan kualitas pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin.

Program Jamkesmas berbentuk bantuan sosial untuk pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin dan tidak mampu dan diselenggarakan secara nasional agar terjadi subsidi silang dalam rangka mewujudkan pelayanan kesehatan yang menyeluruh bagi masyarakat miskin. Kegiatan yang dilaksanakan dalam Program Jamkesmas meliputi:

1. pembinaan, pengembangan pembiayaan dan jaminan pemeliharaan kesehatan
2. pelayanan kesehatan rujukan bagi masyarakat miskin
3. pelayanan kesehatan dasar bagi masyarakat miskin.

Pada tahun 2008 dan 2009 jumlah sasaran adalah sebesar 19,1 juta Rumah Tangga Miskin (RTM) atau sekitar 76,4 juta jiwa, meningkat dari jumlah sasaran pada tahun sebelumnya sebesar 36,4 juta orang. sedangkan di Provinsi DIY sasaran mencapai 275,110 RTM atau 942,129 jiwa. Sumber data berasal dari Badan Pusat Statistik (BPS) tahun 2006 yang dijadikan dasar penetapan oleh

Menteri Kesehatan RI. Kepesertaan Program Jamkesmas Peserta program Jamkesmas adalah setiap orang miskin dan tidak mampu selanjutnya disebut peserta JAMKESMAS, yang terdaftar dan memiliki kartu dan berhak mendapatkan pelayanan kesehatan. Berdasarkan jumlah sasaran nasional tersebut Menteri Kesehatan (Menkes) membagi alokasi sasaran di setiap Kabupaten/Kota (Kuota Jamkesmas) dengan berdasar kriteria yang telah ditentukan.

Selanjutnya pada tahun 2010, sasaran program Jamkesmas diperluas kepada tiga kelompok sasaran baru yaitu orang miskin baru akibat tertimpa musibah bencana, orang miskin penghuni Lembaga Pemasyarakatan (Lapas) dan di Rumah Tahanan (Rutan), orang-orang tua miskin yang tinggal di Panti Sosial, anak terlantar dan anak-anak yatim piatu yang tinggal di panti-panti asuhan. Jaminan kesehatan pada kelompok tersebut ditetapkan melalui Peraturan Menteri Kesehatan RI No.1185-SK-Menkes-XII-2009 tertanggal 13 Desember 2009 Tentang Penetapan orang miskin di Lapas-Rutan, Orang-orang tua miskin, anak terlantar dan yatim piatu di panti-panti sosial, serta orang miskin akibat bencana dijamin oleh Jamkesmas.

Sasaran Jamkesmas di setiap Kabupaten/Kota belum dianggap sah apabila Bupati/Walikota belum menetapkan peserta Jamkesmas Kabupaten/Kota dalam satuan jiwa berisi nomor, nama dan alamat peserta dengan bentuk Keputusan Bupati/Walikota. Daftar peserta Jamkesmas dalam keputusan Bupati/Walikota dikirim kepada PT. Askes (persero) Provinsi DIY diserahkan ke Kantor PT. Askes (Persero) Cabang Utama Yogyakarta untuk diterbitkan kartunya dan didistribusikan.

B. Mekanisme prosedur dan proses penetapan kelompok sasaran peserta program Jamkesmas:

Dalam penelitian ini, pembahasan tentang prosedur dan proses penetapan kelompok sasaran peserta program Jamkesmas akan dilihat dari:

1. Persyaratan yang harus dipenuhi oleh masyarakat calon peserta program

Di Kabupaten Bantul, penjangkaran kelompok sasaran peserta program Jamkesmas diawali dengan penentuan status keluarga berdasarkan kategori-kategori yang sudah ditentukan. Petugas dari BKKPP dan KB membuat formulir yang akan diskor untuk menentukan status keluarga apakah masuk dalam kategori miskin, tidak miskin, rawan miskin atau miskin sekali. Petugas menyebarkan formulir di level dusun bekerja sama dengan Kepala Dusun, Ketua RW, dan di level RT bekerja sama Ketua RT. Data dari masing-masing RW disampaikan ke Desa, ke kecamatan dan di kabupaten daftar tersebut kemudian diverifikasi oleh Komite Penanggulangan Kemiskinan Daerah (KPKD). Data berdasarkan nama (*by name*), setelah itu hasilnya baru di SK kan oleh Bupati, namun demikian kuota tetap ditentukan oleh pusat.

Penetapan Indikator keluarga miskin di Kabupaten Bantul didasarkan pada Peraturan Bupati No. 21A tahun 2007, antara lain penghasilan tidak lebih Rp 800 ribu dalam satu bulan, seluruh anggota keluarga tidak mampu makan minimal dua kali sehari, tempat tinggal atau rumah berlantai tanah, berdinding bambu atau beratap rumbia. Berdasarkan Peraturan Bupati tersebut, penetapan keluarga miskin dilakukan berdasarkan form penetapan dengan kriteria yang telah disusun oleh BKKPP dan KB sebagai berikut:

1. Aspek penentu:

- a. Aspek pangan: seluruh anggota keluarga tidak mampu makan minimal dua kali sehari (Rp 1.500,00 /makan/jiwa)
- b. Aspek sandang: sebagian besar anggota keluarga tidak memiliki pakaian pantas pakai minimal 6 stel
- c. Aspek papan: tempat tinggal rumah berlantai tanah/berdinding bambu/beratap rumbia

2. Aspek penyebab:

Berisi aspek penghasilan: Jumlah penghasilan yang diterima seluruh anggota keluarga berusia 16 tahun keatas termasuk KK rata-rata per bulan < Rp 666.788.

3. Aspek pendukung

- a. Aspek kesehatan: Jika ada anggota keluarga yang sakit tidak mampu berobat ke fasilitas kesehatan dasar
- b. Aspek pendidikan: Keluarga tidak mampu menyekolahkan anak yang berumur 7-15 tahun
- c. Aspek kekayaan: jumlah kekayaan milik keluarga diluar tanah dan bangunan <Rp 2,5 juta, tanah dan bangunan yang ditempati bukan miliki sendiri
- d. Akses air bersih: tidak menggunakan air bersih untuk keperluan makan, minum, dan MCK
- e. Akses listrik: tidak menggunakan listrik untuk kebutuhan rumah tangga
- f. Jumlah anggota jiwa dalam KK lima jiwa atau lebih.

Dari isian tersebut masing-masing aspek diberi bobot dengan nilai terendah 10 sampai dengan nilai tertinggi 1. Bobot dari masing-masing aspek kemudian dijumlah dan diperoleh skor angka, untuk menentukan kategori status keluarga:

- a. Jumlah skor 0-46 Keluarga Tidak Miskin (TM)
- b. Jumlah Skor 47-50 Keluarga Rawan Miskin (RM)
- c. Jumlah skor 51-77 Keluarga Miskin (M)
- d. Jumlah skor 78-100 Keluarga Miskin Sekali (MS)

Dari kategori status keluarga tersebut, peserta program Jamkesmas ditetapkan mereka yang berasal dari keluarga miskin (M) dan keluarga Miskin Sekali (MS). Penerima Jamkesmas tahun 2011 di Kabupaten Bantul didasarkan pada sensus penduduk 2008 yang dilakukan Badan Pusat Statistik (BPS) sebanyak 222.987 jiwa. Jumlah kuota tersebut sama dengan tahun-tahun sebelumnya yaitu tahun 2009 dan tahun 2010.

Walaupun kriteria-kriteria penentuan status keluarga miskin di Kabupaten Bantul sudah ditetapkan berdasarkan ketentuan yang ada, namun pada pelaksanaannya di lapangan masih banyak dijumpai permasalahan. Berdasarkan hasil wawancara dengan seorang warga miskin yang tidak mendapatkan kartu peserta Jamkesmas, ia mengemukakan bahwa anaknya sakit dan membutuhkan biaya yang tidak sedikit sehingga dia terpaksa harus menjual hewan peliharaan yang merupakan aset keluarga. Keluarganya tidak masuk dalam program Jamkesmas, padahal untuk hidup sehari-hari saja susah. Ketika bertanya pada aparat di desanya dijawab sudah

tidak ada lagi program untuk masyarakat miskin. Padahal menurut penilaiannya keluarga yang dari segi ekonomi memiliki kemampuan lebih dari keluarganya mendapatkan kartu peserta Jamkesmas. Menurut penuturannya hal tersebut disebabkan karena kadang-kadang petugas pendataan tidak langsung turun ke lapangan, hanya berdasarkan informasi Ketua RT atau Ketua RW saja. Padahal kadang keluarga yang sebenarnya tidak masuk kategori miskin karena memiliki hubungan keluarga dengan aparat kelurahan didaftar sebagai peserta program Jamkesmas.

Dampak luar biasa gempa Mei 2006 di Bantul juga menyebabkan penentuan kriteria keluarga miskin berdasarkan aspek papan menimbulkan kerancuan. Karena setelah adanya gempa, banyak masyarakat atau keluarga yang sebenarnya miskin memiliki rumah dengan bangunan permanen dan berlantai keramik karena dana pembangunannya berasal dari bantuan. Sehingga penentuan aspek bangunan untuk menentukan status keluarga menjadi tidak valid. Selain itu Kabupaten Bantul juga masih terbebani tingginya angka kemiskinan, meskipun sejumlah program digulirkan untuk menyantuni warga kurang mampu atau dhuafa, khususnya di bidang kesehatan. Termasuk program *live saving* yang masih dalam pembahasan pemerintah dan akan diluncurkan.

Dari pembahasan tersebut, mekanisme prosedur dan proses penetapan kelompok sasaran peserta program Jamkesmas sebenarnya sudah sesuai dengan ketentuan yang ada dalam Penetapan Indikator keluarga miskin di Kabupaten Bantul berdasarkan Peraturan Bupati No. 21A tahun 2007.

Namun dalam pelaksanaannya masih ditemukan permasalahan berupa ketidaktepatan penetapan sasaran serta kerancuan penetapan kelompok sasaran dari aspek papan karena dampak gempa.

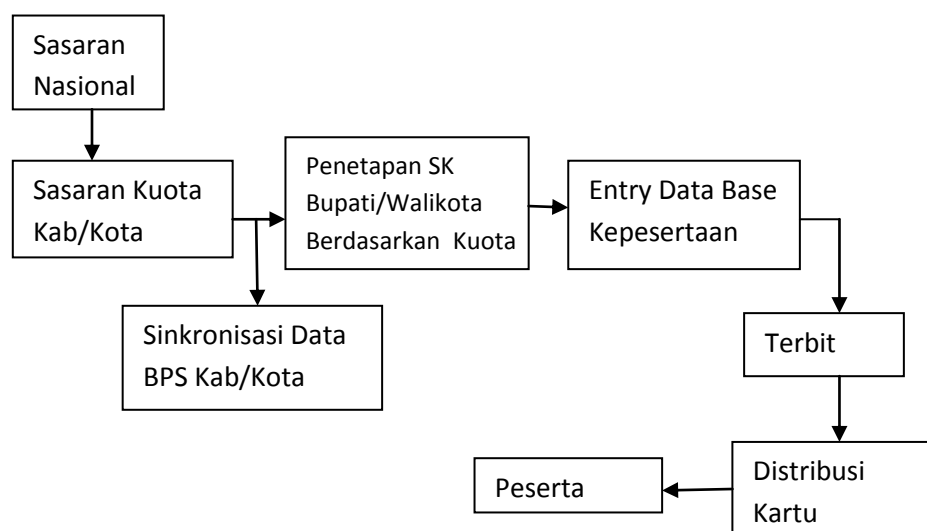
2. Mekanisme penerbitan dan pendistribusian Kartu Peserta Jamkesmas oleh PT. Askes (Persero)

Administrasi kepesertaan program Jamkesmas di Kabupaten Bantul dimulai dari registrasi, penerbitan sampai dengan pendistribusian kartu ke peserta. Administrasi kepesertaan tersebut menjadi tanggung jawab PT Askes (Persero). Alur registrasi peserta program Jamkesmas dimulai dari adanya penetapan sasaran program Jamkesmas secara nasional. Pada tahun 2008 dan 2009 jumlah sasaran adalah sebesar 19,1 juta Rumah Tangga Miskin (RTM) atau sekitar 76,4 juta jiwa, meningkat dari jumlah sasaran pada tahun sebelumnya sebesar 36,4 juta orang. sedangkan di Provinsi DIY sasaran mencapai 275,110 RTM atau 942,129 jiwa. Tahun 2010 kuota penerima Jamkesmas di Kabupaten Bantul masih sama dengan tahun sebelumnya yaitu sebanyak 222.987 jiwa.

Data yang sudah diperoleh melalui penetapan status keluarga di Kabupaten Bantul, disinkronkan dengan jumlah kuota yang ditetapkan dari pusat untuk kabupaten. Setelah itu berdasarkan kuota Bupati mengeluarkan SK penetapan peserta program (lihat gambar 4.1). Sedangkan mekanisme penerbitan dan pendistribusian kartu peserta Jamkesmas dilakukan dengan langkah-langkah sebagai berikut:

- a) Data peserta yang telah ditetapkan pemerintah Kabupaten Bantul, dientry oleh PT Askes (Persero) menjadi data *base* kepesertaan di Kabupaten Bantul.
- b) Entry data peserta program Jamkesmas meliputi: Nomor kartu, Nama peserta, Jenis kelamin, Tempat dan tanggal lahir/umur, dan alamat
- c) Berdasarkan data *base* kepesertaan kartu diterbitkan kemudian didistribusikan ke peserta
- d) PT Askes (Persero) menyerahkan kartu peserta kepada yang berhak, mengacu pada ketetapan Bupati Bantul dengan tanda terima yang ditandatangani/cap jempol peserta/anggota keluarga peserta
- e) PT Askes (Persero) melaporkan hasil pendistribusian kartu peserta kepada bupati, gubernur, Departemen Kesehatan RI, Dinas Kesehatan Propinsi DIY dan Kabupaten Bantul, serta rumah sakit setempat (Departemen Kesehatan RI, dalam Pedoman Pelaksanaan Jamkesmas, 2008).

Gambar 4.1



Alur Registrasi dan Distribusi Kartu Peserta

Daftar peserta Jamkesmas dalam keputusan Bupati Bantul dikirim kepada PT.Askes (Persero) Cabang Utama Yogyakarta untuk diterbitkan kartunya dan didistribusikan. Penerbitan Kartu Peserta Jamkesmas oleh PT. Askes (Persero) tersebut dimulai dengan proses pencetakan blanko, entri data, penerbitan dan distribusi kartu sampai ke Peserta. PT Askes (Persero) AAM Kabupaten Bantul bertugas mengecek keabsahan data. Keabsahan data perlu dilakukan untuk mencegah jangan sampai ada kartu palsu. Dalam menjalankan tugas tersebut PT Askes (Persero) AAM Kabupaten Bantul mengacu pada kartu data yang telah di SK kan oleh Bupati. Di Kabupaten Bantul terdapat 11 rumah sakit yang menjadi penyelenggara program Jamkesmas. Sehingga dalam mengecek keabsahan peserta, petugas PT Askes (Persero) harus mengecek ke rumah sakit-rumah sakit tersebut.

Data kepesertaan juga diberikan kepada instansi terkait yaitu Rumah Sakit penyelenggara program Jamkesmas, Dinas Kesehatan Kabupaten Bantul dan semua anggota Tim Pengelola program Jamkesmas Kabupaten Bantul, Dinas Kesehatan Provinsi DIY atau Tim Pengelola Jamkesmas Provinsi DIY dan Departemen Kesehatan RI.

Program Jamkesmas merupakan pengganti Program Askeskin sehingga peserta yang telah menerima kartu Jamkesmas maka kartu Askeskin dinyatakan tidak berlaku lagi meskipun tidak dilakukan penarikan kartu dari peserta. Sejak tahun 2008 kartu Jamkesmas sudah didistribusikan kepada peserta oleh PT. Askes (Persero) Cabang Utama Yogyakarta dengan total jumlah kepesertaan sebanyak 942.129. Bagi bayi yang terlahir dari keluarga peserta Jamkesmas akan langsung

menjadi peserta baru dan PT. Askes (Persero) Cabang Utama Yogyakarta akan memberikan kartu Jamkesmas. Sebaliknya bagi peserta yang meninggal dunia akan hilang haknya dan tidak dapat digantikan dengan peserta lain kecuali pada saat daerah tersebut melakukan pemutakhiran data secara reguler.

Namun demikian di lapangan masih dijumpai peserta program yang sudah meninggal tapi namanya masih tercatat namanya sebagai peserta program Jamkesmas. Hal tersebut disebabkan karena pemutakhiran data yang sebenarnya sudah dilakukan oleh pemerintah Kabupaten Bantul setiap tahun, dan sudah dikirimkan ke Departemen Kesehatan RI tidak menjadi acuan penetapan peserta program Jamkesmas tahun berikutnya.

Penerima Jamkesmas tahun 2011 di Kabupaten Bantul didasarkan pada sensus penduduk 2008 yang dilakukan Badan Pusat Statistik (BPS) sebanyak 222.987 jiwa. Data tersebut berasal dari Tim Koordinasi Penanggulangan Kemiskinan Daerah (TKPKD). Kepala Badan Kesejahteraan Keluarga, Pemberdayaan Perempuan dan Keluarga Berencana (BKKPP dan KB), Drs Djoko Sulasno Nimpuno, menjelaskan, mulai tahun 2011 data penerima Jamkesmas berasal dari BPS, sedangkan tahun 2010 berasal dari TKPKD. Tahun 2010 kuota penerima Jamkesmas di Kabupaten Bantul masih sama dengan tahun sebelumnya yaitu sebanyak 222.987 jiwa. Data yang digunakan untuk Jamkesmas tahun 2011 mengacu pada BPS. Untuk anggaran Jamkesmas berasal dari pusat, sedangkan Jamkesos berasal dari provinsi. Jumlah kemiskinan di Kabupaten Bantul untuk 2009 ada 47.015 KK atau 149.159 jiwa, tahun 2010 ada 41.480 KK atau 129.614 jiwa. Sedangkan untuk tahun 2011 sedang dalam pendataan keluarga miskin.

Dari pembahasan tersebut, dapat dijelaskan bahwa mekanisme penerbitan dan pendistribusian kartu peserta program Jamkesmas di Kabupaten sudah mengikuti prosedur dan ketentuan yang berlaku dalam petunjuk pelaksanaan program Jamkesmas, walaupun dalam pelaksanaan masih dijumpai adanya orang yang sudah meninggal masih tercatat kepesertaannya dalam program disebabkan karena pemutakhiran data yang sudah dilakukan setiap tahun oleh Kabupaten Bantul, tidak dijadikan dasar penerima program Jamkesmas tahun berikutnya.

3. Mekanisme bagi peserta program dari kelompok lain di luar masyarakat miskin serta jaminan bagi masyarakat di luar program Jamkesmas

Selain peserta program Jamkesmas dari kelompok penduduk keluarga miskin, Pengelola program Jamkesmas di Kabupaten Bantul juga memasukan kelompok lain seperti gelandangan, pengemis, anak terlantar, masyarakat miskin yang tidak memiliki identitas, pasien sakit jiwa kronis dan penyakit kusta. Mekanisme penetapan untuk kelompok dimaksud adalah sebagai berikut :

- a). Pendataan melalui Dinas Sosial Kab/Kota atau pada daerah yang mengalami kesulitan pendataannya PT. Askes (Persero) Cabang Utama Yogyakarta dapat bekerjasama dengan pihak ketiga lainnya.
- b). Nama-nama yang pendataannya dilakukan oleh Dinas Sosial Kab/Kota ditetapkan oleh Dinas Sosial Kab/Kota. Sedangkan nama-nama hasil pendataan PT. Askes (Persero) setempat dengan pihak Jamkesmas Pusat untuk ditetapkan dengan tembusan Tim Pengelola Jamkesmas Kab/Kota.

c). Nama-nama gelandangan, pengemis, anak terlantar, masyarakat miskin yang tidak memiliki identitas, pasien sakit jiwa kronis dan penyakit kusta sebagaimana yang diatur pada butir a dan b disampaikan ke Dinas Sosial Kab/Kota atau Tim Pengelola Jamkesmas Pusat (sudah terlaksana tahun 2008).

Di dalam Pedoman Pelaksanaan Jamkesmas (2008) disebutkan bahwa apabila kuota Jamkesmas melebihi alokasinya, maka masyarakat miskin menjadi tanggung jawab pemerintah daerah setempat. Pada tahun 2012 Pemerintah Kabupaten Bantul akan mengadakan Jamkesda. Saat ini sedang tahap validasi data calon penerima. Sebenarnya program tersebut sejak tahun 2011 sudah diusulkan, tapi belum ada dana sehingga belum terlaksana. Dana yang diajukan untuk pelaksanaan tahun 2012 sebesar Rp 9 miliar, dan hanya cukup untuk biaya 100.000 orang, padahal yang belum memiliki jaminan tercatat hampir 300 ribu jiwa dan belum dipilah penduduk yang miskin, sehingga jika mau melaksanakan Jamkesda masih butuh banyak dana.

Berdasarkan hasil wawancara dengan Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Bantul Dr. Hj. Siti Noor Zaenab, M. Kes, Bantul akan segera memiliki Jamkesda pada tahun 2012. Jamkesda merupakan jaminan untuk mengcover masyarakat yang belum memiliki jaminan kesehatan seperti jamkesmas dan jamkesos. Menurut Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Bantul, saat ini ada sekita 400 ribu warga baik yang miskin, menengah, kaya yang belum memiliki jaminan kesehatan. Jamkesda berbentuk premi dengan dengan besaran Rp 7.500 per bulan. Sehingga setiap orang memiliki premi Rp 90 ribu per tahun Untuk

desainnya biaya pengobatan dan kesehatan orang miskin akan ditanggung penuh. Sedangkan warga ekonomi kelas menengah membayar setengah, yang kaya tetap membayar sendiri. Hal paling mendasar adalah memvalidkan data penduduk, terutama penduduk miskin. Dinkes akan menyinkronkan data penduduk yang didapat dari BKKPP dan KB serta BPS supaya akurat. Jamkesda memang merupakan amanah perda dan akan dilaksanakan seperti yang direncanakan akan dilakukan tahun 2012. Sebelum implementasi, ada beberapa hal yang masih perlu dipastikan. Salah satu hal yang penting adalah masuknya anggaran jamkesda dalam RAPBD 2012, yang menurut Anggota Komisi D DPRD Bantul sampai saat ini drafnya belum masuk ke Dewan. Validasi data sangat penting dan seharusnya sudah dilakukan pada 2011 oleh BKK PP KB. Selain itu juga pentingnya penyiapan infrastruktur atau kelembagaan pengelola jamkesda oleh Dinkes, Kepegawaian dan Bappeda. Dewan juga sudah melakukan koordinasi dengan Dinkes dan BKK PP KB. Validasi data serta penyiapan infrastruktur dan kelembagaan pengelola jamkesda bisa dilakukan, sambil menunggu progres reportnya.

Kepala Bidang Pengolahan dan Pengelolaan Data dan Pengkajian Kantor BKKPP dan KB, Dra. Lestari Hardyaningsih mengemukakan bahwa masyarakat tidak perlu risau jika namanya tidak masuk program Jamkesmas. Karena sejumlah program Pemerintah Kabupaten Bantul siap mengurai benang kusut kemiskinan khususnya di bidang kesehatan. Setidaknya ada lima penyakit kronis yang akan ditanggung pemerintah jika memang masuk menjadi warga miskin, yaitu jantung, stroke, gagal ginjal, kanker serta sakit jiwa. Hal tersebut dapat

diproses dengan menyertakan surat keterangan miskin (SKM), yang dikeluarkan oleh dusun atau desa. Pemerintah Kabupaten Bantul telah menggulirkan sejumlah program yang berorientasi pada warga miskin untuk mendapatkan pelayanan di bidang kesehatan, yaitu Jamkesda dan Jamkesos dari provinsi DIY, Jamkesta yang sedang dalam pembahasan, serta *live saving* atau program untuk masyarakat miskin di Bantul yang menderita lima macam penyakit kronis, namun tidak masuk dalam program Jamkesmas maupun Jamkesos.

Pengalaman Bapak Manto di Kecamatan Kasihan menunjukkan bahwa, walaupun dia tidak menjadi peserta program Jamkesmas, namun dia mendapatkan pelayanan gratis selama enam bulan. Pelayanan itu meliputi pemeriksaan dokter, obat, pemberian susu, bahkan uang sebesar Rp 100 ribu setiap bulan. Hal tersebut disebabkan penyakit kronis yang dideritanya, yaitu Tuberculose. Sehingga ia merasa berterimakasih kepada pemerintah.

Program Jaminan persalinan (Jampersal) juga telah dilaksanakan di Bantul bagi keluarga miskin. Program ini dimaksudkan untuk menekan angka kematian ibu melahirkan dan angka kematian bayi baru lahir. Dengan program ini diharapkan dapat meningkatkan derajat kesehatan masyarakat miskin. Pemenuhan hak-hak kesehatan masyarakat masih menjadi masalah mendasar yang belum terselesaikan. Problema kesmiskinan menjadikan masyarakat tak berdaya mengakses pelayanan publik karena terbebani biaya kesehatan. Sehingga untuk mengatasinya diperlukan intervensi pemerintah sebagaimana amanat UUD 1945 melalui program penjaminan kesehatan.

Kemiskinan di Bantul dibagi menjadi empat kriteria, yaitu tidak miskin, rawan miskin, miskin dan miskin sekali. Untuk masyarakat yang miskin dan miskin sekali dimasukkan dalam Jamkesmas. Sedangkan rawan miskin dimasukkan dalam Jamkesos. Pendataan penerima Jamkesos dilakukan oleh kader-kader BKK yang ada di masyarakat untuk mencatat *by name by adres*. Selanjutnya data diserahkan ke petugas KB yang ada di kecamatan dan diteruskan ke BKK kabupaten.

Saat ini, beberapa daerah telah mencanangkan program Jaminan Kesehatan Semesta (Jamkesta) yang didahului dengan penyusunan Raperda Jamkesta. Selama ini, pengesahan Raperda Jamkesta menghadapi kendala karena belum disyahnkannya UU BPJS oleh pemerintah dan DPR. Walaupun akhirnya pemerintah dan DPR berhasil mengesahkan UU BPJS I dan BPJS II dalam Rapat Paripurna DPR tanggal 28 Oktober 2011, setelah dibahas sekitar satu tahun, namun baru akan dioperasikan pada awal Januari 2014 dan paling lambat Juli 2015.

Pemerintah Provinsi DIY berencana pada tahun 2014 akan melakukan program *total coverage* oleh Jamkesos DIY. Kesehatan masyarakat sangat penting bagi ketersediaan kualitas generasi bangsa. Agar jaminan kesehatan tepat sasaran, pemerintah harus segera melakukan pemutakhiran data warga miskin. Saat ini UU SJSN sudah enam tahun lebih disyahkan. Tapi belum dapat diimplementasikan karena tak adanya UU BPJS. UU SJSN sendiri sudah disahkan pada tanggal 19 Oktober 2009. UU ini mewajibkan negara untuk menyediakan manfaat jaminan sosial berupa jaminan kesehatan, kecelakaan

kerja, hari tua, pensiun, dan jaminan kematian bagi para pekerja. UU SJSN mengatur untuk membiayai pelaksanaan sistem jaminan sosial nasional, sehingga warga yang mampu diwajibkan memberi kontribusi dalam bentuk iuran, dan bagi yang tidak mampu dijamin oleh negara. Pemerintah pusat harusnya belajar dari penyelenggaraan program Jamkesos di DIY.

Dari pembahasan tersebut, di Kabupaten Bantul mekanisme bagi peserta program dari kelompok lain di luar masyarakat miskin sudah dilakukan mengacu pada ketentuan yang berlaku. Sedangkan untuk jaminan bagi masyarakat di luar program Jamkesmas, Kabupaten Bantul melaksanakan Jamkesos dengan dana dari propinsi DIY, Jampersal, dan baru akan melaksanakan program Jamkesda pada tahun 2012, serta program *live saving* atau program untuk masyarakat miskin di Bantul yang menderita lima macam penyakit kronis, namun tidak masuk dalam program Jamkesmas maupun Jamkesos dapat diakses masyarakat dengan surat keterangan miskin (SKM) dari RT/RW/Kelurahan.

C. Mekanisme peserta program Jamkesmas mendapatkan pelayanan dari PPK baik rumah sakit maupun Puskesmas

Peserta program Jamkesmas yang telah memiliki kartu peserta, akan mendapatkan pelayanan secara gratis dari PPK. Pelayanan Kesehatan Program Jamkesmas meliputi :

- a). Rawat Jalan Tingkat Pertama (RJTP);
- b). Rawat Inap Tingkat Pertama (RITP);
- c). Rawat Jalan Tingkat Lanjutan (RJTL);

- d). Rawat Inap Tingkat Lanjutan (RITL) dan ;
- e). Gawat Darurat.

Syarat yang harus dibawa peserta Jamkesmas pada saat datang untuk mendapatkan pelayanan di tempat PPK (Pemberi Pelayanan Kesehatan) meliputi:

- 1). Puskesmas (PPK I):
 - a. Kartu Jamkesmas
 - b. Kartu Tanda Penduduk (KTP)
 - c. Kartu Keluarga
- 2). Rumah Sakit (PPK II/III):
 - a. Kartu Jamkesmas
 - b. Kartu Tanda Penduduk (KTP)
 - c. Kartu Keluarga
 - d. Rujukan dari Puskesmas (PPK I)

Peserta Jamkesmas yang berkunjung ke PPK II/III untuk memanfaatkan pelayanan kesehatan harus memiliki surat keabsahan peserta (SKP) yang diterbitkan oleh PT. Askes (Persero) Cabang Utama Yogyakarta, sehingga peserta tersebut akan mendapat jaminan pelayanan kesehatan sesuai kebutuhan medis. Bagi pasien Jamkesmas yang dirujuk dari satu RS ke RS lain, harus membawa surat rujukan dari RS yang merujuk dilampiri kartu peserta Jamkesmas serta surat pengantar dari PT. Askes (Persero) setempat.

Pelayanan kesehatan dilaksanakan secara berjenjang berdasarkan rujukan. Pelayanan rawat jalan tingkat pertama diberikan di Puskesmas dan jaringannya (Pustu). Pelayanan rawat jalan lanjutan diberikan di

BKMM/BBKPM/BKPM/ BP4/BKIM dan Rumah Sakit. Pelayanan rawat inap diberikan di Puskesmas Perawatan dan ruang rawat inap kelas III (tiga) di RS Pemerintah termasuk RS Khusus, RS TNI/POLRI dan RS Swasta yang melaksanakan program Jamkesmas.

PPK yang memberikan pelayanan Jamkesmas telah membuat Perjanjian Kerjasama (PKS) dengan Dinas Kesehatan Kabupaten Bantul, yang diketahui Kepala Dinas Kesehatan Provinsi DIY. Namun demikian semua PPK wajib memberikan pelayanan gawat darurat (*emergency*) pada peserta program Jamkesmas meskipun tidak memiliki perjanjian kerjasama sebagai bagian dari fungsi sosial PPK. Selanjutnya segera setelah penanganan darurat pasien dapat dirujuk ke RS yang memiliki perjanjian kerjasama. Apabila dalam proses pelayanan terdapat kondisi dengan diagnosa penyakit/tindakan yang belum tercantum dalam paket dan tarif yang ditetapkan dalam aturan pelayanan Jamkesmas maka tim RS (Komite medik RS) membuat penyetaraan dengan tarif melalui Keputusan Direktur RS/Kepala Balai, kemudian disampaikan ke Sekretariat Jamkesmas Pusat untuk dapat dipertimbangkan dan diberlakukan secara nasional.

Sehubungan dengan pelaksanaan Program KB, pelayanan kontrasepsi yang dapat diperoleh masyarakat miskin melalui program Jamkesmas antara lain adalah sebagai berikut (Pedoman Pelayanan Jamkesmas, 2008):

- a. Rawat Jalan Tingkat Pertama (RJTP), dilaksanakan pada puskesmas dan jaringannya baik dalam maupun luar gedung meliputi pelayanan :

(1) Pelayanan KB dan penanganan efek samping (alat kontrasepsi disediakan BKKBN)

(2). Pelayanan kesehatan di Rumah Sakit dan di BKMM /BBKPM/BKPM/BP4/BKIM:

b. Rawat Jalan Tingkat Lanjutan (RJTL), dilaksanakan pada puskesmas yang menyediakan pelayanan spesialistik, poliklinik spesialis, Rumah Sakit Pemerintah, BKMM/BBKPM/BKPM/BP4/BKIM meliputi:

(1) Pelayanan KB, termasuk kontak efektif, kontak pasca persalinan/keguguran

(2) penyembuhan efek samping dan komplikasinya (alat kontrasepsi disediakan oleh BKKBN)

Ny. Desti warga Kecamatan Imogiri menuturkan pengalamannya mendapatkan pelayanan RS Panembahan Senopati saat melahirkan anaknya yang ketiga. Menurutnya jika syarat-syaratnya sudah dipenuhi seperti kartu peserta, KTP, dan kartu keluarga serta membawa rujukan dari puskesmas, maka prosedur pengurusannya di RS menjadi sangat mudah dan cepat. Bahkan dirinya selain melahirkan gratis ditanggung Jampersal, juga sekaligus mendapatkan pelayanan KB tubektomi. Ditambahkannya bahwa sebenarnya ia hanya merencanakan untuk memiliki dua anak. Namun walaupun sudah mengikuti program KB anaknya bertambah satu orang sehingga ia memutuskan untuk menjalani program KB tubektomi setelah melahirkan.

Selain itu berdasarkan pengalaman Ny Mangun, ia harus menjalani dua kali operasi dalam selang waktu yang tidak lama karena mengidap tumor jinak di kakinya. Ny Mangun menerangkan bahwa jika ia tidak memiliki kartu Jamkesmas, maka ia tidak tahu dari mana harus membayar biaya operasi yang sangat besar menurut penilaiannya. Sehingga ia merasa bersyukur dan berterima kasih dengan adanya program Jamkesmas. Ditambahkannya bahwa pengurusannya sangat mudah, hanya meminta rujukan ke puskesmas terlebih dahulu.

Dari pembahasan tersebut, mekanisme peserta program mendapatkan pelayanan dari PPK di Kabupaten Bantul adalah sangat mudah jika peserta program Jamkesmas mengikuti prosedur serta ketentuan yang berlaku serta syarat-syarat yang ditetapkan oleh PPK.

D. Mekanisme dan proses verifikasi klaim PPK

Verifikasi secara sederhana diterjemahkan sebagai penilaian ketepatan. Verifikasi dalam penyelenggaraan Jamkesmas merupakan sebuah kegiatan penilaian administrasi terhadap klaim yang diajukan oleh PPK, seperti rumah sakit dan puskesmas. Verifikasi dilaksanakan oleh Pelaksana Verifikasi. Verifikasi ini sangat penting untuk meningkatkan efisiensi dan mutu pelayanan Jamkesmas atau yang dalam istilah teknis dinamakan kendali biaya dan kendali mutu.

Pelaksana Verifikasi di Puskesmas oleh Tim Pengelola Jamkesmas Kabupaten Bantul, sesuai dengan petunjuk teknis Jamkesmas di Puskesmas

dan Jaringannya tahun 2008 yang dikeluarkan oleh Direktorat Jendral Bina Kesehatan Masyarakat Depkes RI. Klaim dari puskesmas dilakukan dengan mengajukan permohonan ke rumah sakit setempat yaitu RS Panembahan Senopati, disertai dengan kartu klaim atau kartu bukti penjaminan. Klaim tidak akan dapat dipenuhi jika tidak ada kartu bukti penjaminan.

Sementara untuk Verifikasi di RS dilaksanakan dengan melalui mekanisme sebagai berikut :

- 1). Verifikasi keabsahan peserta Jamkesmas menjadi tanggung jawab PT. Askes (Persero) yang dilaksanakan oleh petugas PT. Askes (Persero) dengan mengeluarkan surat keabsahan peserta (SKP)
- 2). Verifikasi pelayanan dan keuangan dilaksanakan oleh petugas khusus yang independen (Verifikator Independen) dengan menggunakan pedoman yang ditetapkan oleh Tim Pengelola Jamkesmas Pusat.
- 3). Entry data terkait pelayanan peserta Jamkesmas di RS/BKMM menjadi tanggung jawab dan fungsi petugas klaim RS/BKMM. Hasil entry data tersebut diserahkan kepada verifikator independen segera dilakukan verifikasi.

Berkaitan dengan kegiatan verifikasi, Menteri Kesehatan telah mengeluarkan Surat Keputusan Menteri Kesehatan No. 124/Menkes/SKN/2008 tentang Tenaga Pelaksana Verifikator Klaim Program Jamkesmas. Sebelumnya para tenaga verifikator juga harus melalui pelatihan terlebih dahulu.

Di Kabupaten Bantul, petugas yang bertugas melakukan verifikasi berasal dari petugas di PT Askes (Persero) AAM Bantul. Tenaga verifikasi tersebut sebelum melaksanakan proram sudah melalui program pelatihan tenaga verifikator yang dilakukan oleh Departemen Kesehatan Pusat. Namun hanya ada empat tenaga verifikator yang harus mengecek keabsahan peserta melalui surat keabsahan peserta ke berbagai rumah sakit yang menyelenggarakan layanan pogram Jamkesmas. Sementara itu tidak tersedia dana tambahan diluar jam kerja sehingga kadang tugas dilaksanakan sampai malam hari. Sehingga petugas verifikator dari PT Askes (Persero) AAM Bantul merasa terbebani karena mereka juga tetap menjalankan tugas di luar program Jamkesmas.

Dari pembahasan tersebut, mekanisme dan verifikasi klaim baik dari puskesmas maupun dari rumah sakit sudah dilaksanakan sesuai dengan ketentuan yang berlaku, walaupun masih ada kendala berupa keterbatasan jumlah tenaga verifikator dan insentif dana bagi tugas tersebut yang tidak dianggarkan tersendiri.

E. Kemampuan organisasi pelaksana kebijakan, yaitu meliputi:

1. Kemampuan sumberdaya manusia pelaksana program

Penentuan kelas rumah sakit merupakan salah satu penentu standar pelayanan. Rumah sakit Panembahan Senopati merupakan rumah sakit yang memiliki standar klas B berdasarkan penilaian dari Depatemen Kesehatan RI. Dalam memberikan pelayanan sudah sesuai standar. SDM pelaksana program

juga sudah melalui pelatihan tertentu sebelum melaksanakan program. Hanya karena terjadinya proses pelaksanaan tugas (pergantian *software*) sehingga menyebabkan petugas keteteran. Karena petugas baru saja menguasai sistem yang lama dalam pengajuan klaim PPK kepada Penjamin Pembiayaan di pusat, sistemnya kemudian berganti sehingga harus belajar kembali.

Kemudian untuk pengelola program dari PT Askes (Persero), sebelum melaksanakan program juga sudah melalui pelatihan, khususnya untuk tenaga verifikasi. Dari sisi tenaga medis, saat ini RS Panembahan Senopati didukung oleh dokter-dokter yang memiliki spesialisasi di bidangnya masing-masing. RS Panembahan Senopati juga didukung oleh peralatan-peralatan modern. Walaupun untuk menangani penyakit tertentu, masih harus di rujuk ke rumah sakit yang lebih lengkap peralatannya seperti ke RSUP Dr. Sardjito.

Namun demikian implementasi program Jamkesmas juga membuat kapasitas kelembagaan meningkat. Hal ini sebagaimana dijelaskan oleh Kepala Bagian Keuangan merangkap koordinator Jamkesmas RS Panembahan Senopati, Andriyandono, MM. Diungkapkan bahwa dari sisi efisiensi, program Jamkesmas mampu membuat rumah sakit di daerah, khususnya RSUD Panembahan Senopati Bantul, terdorong untuk bekerja lebih efisien karena program ini sudah terpola dan terstandardisasi, lebih efektif dalam bekerja sebab sudah ada standar kerja, serta dapat menjadi ajang promosi rumah sakit, selain itu pendapatan RS juga meningkat karena warga miskin tidak ragu-ragu datang ke rumah sakit, dan RS juga tidak khawatir terhadap kepastian pembayaran sebab sudah ada yang menjamin.

Dari pembahasan tersebut, sumber daya manusia pelaksana program Jamkesmas di Kabupaten Bantul terutama di RS Panembahan Senopati memiliki kemampuan yang dibutuhkan untuk melakukan tugasnya karena sudah melalui proses pelatihan sebelumnya, hal tersebut juga berlaku bagi sumber daya manusia di instansi terkait misalnya PT Askes (Persero) AAM Bantul.

2. Koordinasi dan komunikasi diantara para pelaksanan kebijakan

Dalam rangka koordinasi implementasi program Jamkesmas di Kabupaten Bantul, telah dikeluarkan Surat Keputusan Bupati Bantul Nomor 252 tentang Pembentukan Tim Koordinasi Program Jamkesmas Kabupaten Bantul Tahun 2009 dan masih berlaku hingga saat ini.

Tim tersebut mempunyai tugas:

- 1). Menetapkan arah kebijakan koordinasi dan sinkronisasi program Jamkesmas Kabupaten Bantul;
- 2). Melakukan pembinaan dan pengendalian Program Jamkesmas Kabupaten Bantul;
- 3). Melaksanakan pertemuan review/evaluasi secara berkala sesuai kebutuhan
- 4). Menyelesaikan permasalahan Jamkesmas yang menyangkut lintas sektor di Kabupaten Bantul.

Susunan personalia Tim Koordinasi Program Jamkesmas Kabupaten Bantul adalah sebagai berikut:

NO.	JABATAN DALAM TIM	JABATAN DALAM DINAS
1.	Pelindung	Bupati Bantul
2.	Ketua	Sekretaris Daerah Kabupaten Bantul
3.	Anggota	1. Asisten Administrasi Setda Kab. Bantul 2. Ketua Komisi A DPRD Kab. Bantul 3. Kepala PT Askes (Persero) AAM Kab. Bantul 4. Kepala DPKD Kab. Bantul 5. Kepala Dinas Sosial Kab. Bantul
4.	Ketua	Kepala Dinas Kesehatan Kab. Bantul
5.	Anggota	1. Direktur RSUD Panembahan Senopati Kab. Bantul 2. Kepala Bidang Data dan Pengkajian BKK PP dan KB Kab. Bantul

Dalam pelaksanaan, setiap 2 bulan sekali diselenggarakan rapat koordinasi penyelenggaraan program Jamkesmas yang dilakukan oleh tim pengelola Jamkesmas dengan 11 rumah sakit, dengan koordinator Dinas Kesehatan Kabupaten Bantul.

Rumah sakit tersebut adalah:

1. RSUD Panembahan Senopati (0274) 367997 Siaga 24 jam
2. RS AU Hardjo Lukito (0274) 444706 Siaga 24 jam
3. RS Rajawali Citra (0274) 9125598 Siaga 24 jam
4. RSI Nur Hidayah (0274) 7472941 Siaga 24 jam
5. RSUD Patmasuri (0274) 372021 Siaga 24 jam
6. RSKB Ring Road Selatan (0274)376115 Siaga 24 jam
7. RSUD Rachma Husada (0274) 6460091 Siaga 24 jam
8. RSUD ST. Elisabeth (0274) 367502 Siaga 24 jam
9. RSUD PKU Muh. Bantul (0274) 367437 Siaga 24 jam
10. RSKIA Ummi Khasanah (0274) 7420104 Siaga 24 jam
11. RSUD Permata Husada (0274) 441212 Siaga 24 jam

Permasalahannya hanya ada empat tenaga verifikator yang harus mengecek keabsahan peserta ke berbagai rumah sakit, sementara tidak tersedia dana tambahan diluar jam kerja sehingga kadang tugas dilaksanakan sampai malam hari. Pihak PT Askes (Persero) AAM Bantul merasa terbebani karena mereka juga tetap menjalankan tugas di luar program Jamkesmas. Namun demikian karena adanya forum pertemuan tersebut sehingga menyebabkan mereka memiliki kontak-kontak person di rumah sakit sehingga hal tersebut dapat memudahkan dalam berkomunikasi terutama ketika harus datang ke berbagai rumah sakit untuk melakukan cek keabsahan peserta.

Dari pembahasan tersebut, koordinasi antar pelaksana dan pengelola program sudah dilakukan, walaupun hanya dua bulan sekali. Dukungan dana khusus untuk kerja tambahan di luar jam kerja karena program tersebut juga tidak ada. Namun demikian sewaktu-waktu petugas verifikasi juga sudah melakukan koordinasi dengan petugas rumah sakit atau puskesmas untuk mengecek surat keabsahan peserta.

3. Dukungan sarana dan prasarana yang menunjang pelaksanaan program

Dari sisi pemberi pelayanan kesehatan, selain 11 rumah sakit yang siap memberikan pelayanan kesehatan kepada masyarakat peserta program Jamkesmas, saat ini ada 27 puskesmas di Bantul. Beberapa puskesmas bahkan sudah memberikan pelayanan 24 jam dan rawat inap. Masing-masing puskesmas juga memiliki dokter gigi, dokter umum, apoteker, bidan, perawat, tenaga klinik laboratorium, serta tenaga administratif.

Puskesmas tersebut adalah:

1. Puskesmas Bantul I (0274) 7104470 Puskesmas Non Rawat Inap
2. Puskesmas Bantul II (0274) 6994490 Puskesmas Non Rawat Inap
3. Puskesmas Sewon I (0274) 445550/7466880 Puskesmas rawat inap 24 jam
4. Puskesmas Sewon II (0274) 445248 Puskesmas Non Rawat Inap
5. Puskesmas Kasihan I (0274) 4342463 Puskesmas rawat inap 24 jam
6. Puskesmas Kasihan II (0274) 419294 Puskesmas Non Rawat Inap
7. Puskesmas Sedayu I (0274) 7477131 Puskesmas rawat inap 24 jam
8. Puskesmas Sedayu II (0274) 7100490/7466886 Puskesmas Non Rawat Inap
9. Puskesmas Pajangan (0274) 7101300 Puskesmas rawat inap 24 jam
10. Puskesmas Pandak I (0274) 7104660 Puskesmas rawat inap 24 jam
11. Puskesmas Pandak II (0274) 6994291 Puskesmas Non Rawat Inap
12. Puskesmas Srandakan (0274) 7100852 Puskesmas rawat inap 24 jam
13. Puskesmas Sanden (0274) 368808/7104456 Puskesmas rawat inap 24 jam
14. Puskesmas Bambanglipuro (0274) 7493809 Puskesmas rawat inap 24 jam
15. Puskesmas Kretek (0274) 368537 Puskesmas rawat inap 24 jam
16. Puskesmas Pundong (0274) 6601917 Puskesmas rawat inap 24 jam
17. Puskesmas Jetis I (0274) 7466860 Puskesmas rawat inap 24 jam

18. Puskesmas Jetis II (0274) 7102772 Puskesmas Non Rawat Inap
19. Puskesmas Imogiri I (0274) 6994013 Puskesmas rawat inap 24 jam
20. Puskesmas Imogiri II (0274) 881222 Puskesmas Non Rawat Inap
21. Puskesmas Pleret (0274) 7466863 Puskesmas rawat inap 24 jam
22. Puskesmas Banguntapan I (0274) 7493513/383104 Non Rawat Inap
23. Puskesmas Banguntapan II (0274)7466879 Puskesmas rawat inap 24 jam
24. Puskesmas Banguntapan III (0274) 7466887 Puskesmas Non Rawat Inap
25. Puskesmas Piyungan (0274) 4353218 Puskesmas rawat inap 24 jam
26. Puskesmas Dlingo I (0274) 7477551 Puskesmas rawat inap 24 jam
27. Puskesmas Dlingo II (0274) 7101744 Puskesmas Non Rawat Inap

Dalam pelaksanaan program Jamkesmas di Kabupaten Bantul, PT Askes (Persero) AAM Bantul sebagai salah satu instansi terkait pengelola program selama ini tidak memiliki dana tersendiri untuk pengelolaan program. Demikian juga kantor BKKPP dan KB yang bertugas melakukan pendataan keluarga miskin juga tidak didukung oleh dana tersendiri untuk pengelolaan program tersebut. Bahkan dalam pelaksanaan kerja, SK yang mengatur tentang tugas dan fungsi lembaga terkait pun tidak ada. Yang ada hanya SK Bupati tentang tim koordinasi. Hal tersebut menyebabkan pandangan beberapa pelaksana program dari berbagai instansi merasa mendapatkan tambahan beban kerja di luar tugas pokok mereka dalam lembaganya.

Dari pembahasan tersebut, secara kelembagaan dukungan sarana dan prasarana terhadap penyelenggaraan program Jamkesmas di Kabupaten Bantul cukup memadai, baik dari puskesmas maupun rumah sakit. Walaupun masih ada kendala tidak adanya dukungan dana khusus untuk pelaksanaan program di beberapa instansi terkait pengelola program Jamkesmas.

F. Pencapaian hasil akhir (*outcomes*) kebijakan, meliputi :

1. Penyelenggaraan keuangan yang transparan dan akuntabel dalam program

Peningkatan pelayanan kesehatan selalu diupayakan oleh pemerintah. Demikian juga dalam hal penyelenggaraan keuangan yang transparan dan akuntabel pada pelaksanaan program Jamkesmas. Setelah pada awal pelaksanaan program Jamkesmas menggunakan sistem paket dalam pembayaran klaim, sejak 1 Januari 2009, pemerintah pusat menerapkan sistem Indonesian Diagnosis Related Group (INA-DRG) dalam upaya kendali biaya dan kendali mutu pada seluruh Pemberi Pelayanan Kesehatan (PPK). Kalangan penyedia layanan kesehatan termasuk dokter, apoteker, dan rumah sakit telah mengikuti standar tarif berdasarkan kelompok diagnosis penyakit (Diagnosis Related Groups) yang diharapkan akan mempermudah penyelesaian pembiayaan kesehatan. Dengan demikian berapa dana yang harus dipersiapkan dan kemungkinan dana yang bisa digunakan akan lebih mudah dipertanggungjawabkan. Hal tersebut memungkinkan tidak terjadinya saling mempersalahkan antar

pihak dan saling lempar tanggung jawab. Jika pada pelaksanaan program Askeskin pengelolaan atau penyaluran dana dikirim dari Kantor Pusat Kas Negara (KPKN) ke rumah sakit melalui PT Askes (Persero), maka kemudian pada pelaksanaan Jamkesmas, dana langsung ditransfer KPKN ke rekening rumah sakit.

Walaupun demikian, hal tersebut menurut penilaian beberapa pihak, menambah beban fungsi rumah sakit sebagai penyedia layanan kesehatan sekaligus sebagai pengelola pembiayaan kesehatan. Sehingga dari sisi sumber daya manusia pelaksana program, hal tersebut menyebabkan klaim yang diajukan rumah sakit di seluruh Indonesia mengalami tunggakan. Pada sumber daya manusia pelaksana program di RS Panembahan Senopati hal tersebut menyebabkan para petugas rumah sakit yang menangani dan mengelola program menjadi keteteran. Apalagi kemudian Kementerian Kesehatan pada September 2010 melakukan penggantian program komputerisasi klaim Jamkesmas dari INA-DRG ke Indonesia Case Based Group (INA-CBG'S). Selain membuat keteteran, para petugas yang sudah menguasai *software* sebelumnya harus mempelajari *software* baru ini.

Dari pembahasan tersebut, penyelenggaraan dan pengelolaan dana penyelenggaraan keuangan program Jamkesmas sudah dilakukan oleh PPK di Bantul dengan sistem komputerisasi klaim yang sudah memiliki standar, sehingga pengelolaan keuangan bersifat terpusat dan terkendali

dan tidak menimbulkan karut marut dalam pelaksanaannya. Walaupun demikian permasalahan keterlambatan pembayaran tunggakan klaim masih dijumpai, bahkan menimbulkan beban petugas pengelola program di rumah sakit karena adanya pergantian *software*.

2. Peningkatan akses masyarakat miskin terhadap layanan kesehatan

Pada saat ini Jumlah penduduk di Kabupaten Bantul Berdasarkan Sensus Penduduk/ BPS Tahun 2010 Sebesar 910.572 Jiwa. Dari Jumlah tersebut, yang mempunyai jaminan kesehatan sebesar 414.183 jiwa yang terdiri dari Peserta Jamkesmas , Peserta Jamkesos, Peserta Askes PNS dan Peserta Jamsostek, dan jumlah penduduk yang belum mempunyai Jaminan kesehatan sebesar 496.389 Jiwa. Untuk mencapai *Universal Coverage* di perlukan Upaya pengembangan jaminan kesehatan salah satunya dengan program jaminan Kesehatan Daerah.

Di RSUD Panembahan Senopati, jumlah total jumlah kunjungan rawat inap di tahun 2010 ada 20.155 pasien. Jumlah tersebut meningkat dibandingkan 2009 yang hanya ada 17.673 pasien. Sedang untuk rawat jalan di 2010 ada 164.362 pasien dan tahun 2009 sebanyak 126.847 pasien. Jaminan pelayanan kesehatan bagi penduduk miskin diharapkan akan mampu meningkatkan akses penduduk miskin terhadap pelayanan kesehatan, namun belum sepenuhnya dapat meningkatkan status kesehatan masyarakat miskin akibat fasilitas pelayanan kesehatan dasar yang masih belum memadai terutama untuk daerah tertinggal, terpencil, perbatasan dan kepulauan. Sampai dengan tahun 2008, jumlah

rumah sakit yang telah terlibat dalam pelayanan jaminan kesehatan masyarakat miskin (jamkesmas) telah mencapai 70 persen dari jumlah rumah sakit, baik rumah sakit pemerintah maupun rumah sakit swasta.

Selain itu, dengan akan adanya Jaminan Kesehatan Daerah (Jamkesda) di Kabupaten Bantul sangat membantu masyarakat, terutama masyarakat miskin untuk mendapat pelayanan kesehatan. Hal tersebut disampaikan oleh Asisten Bidang Pemerintahan Drs.Misbakhul Munir. Ditambahkan bahwa dengan adanya program pemberian jaminan kepada masyarakat miskin ini bisa meningkatkan mutu pelayanan rumah sakit di Bantul, serta lebih leluasa untuk memberi pelayanan kesehatan masyarakat. Pemda Kabupaten sangat memperhatikan kesehatan masyarakat Bantul dengan selalu menggalakkan program peningkatan kesehatan. Untuk bisa menjangkau masyarakat miskin sebesar 64 ribu orang, Pemda Bantul telah memberikan dana stimulan untuk kesehatan.

Menurut Kepala Dinas Sosial Drs. H. Mahmudi, M. Si, sebagai daerah yang merupakan pemerintahan *Empatic Governance*, Bantul telah memberikan santunan Jamkesmas, Jamkesos juga akan ada Jamkesda yang dikelola oleh Dinas Kesehatan dan Dinas Sosial. Sampai sekarang ini, penerima Jamkesmas adalah sebanyak 222.987 jiwa. Pemberian santunan tersebut berdasar data dari BPS yang juga benar-benar dilakukan seleksi yang ketat. Dalam setahun bisa menyalurkan dana sebesar Rp 3 miliar kepada 2.400 pemohon. Dana stimulan untuk Jamkesda tersebut berasal dari dana APBD yang disalurkan melalui DAK (dana alokasi

khusus). Dalam pemberian dana pada tahun 2011 ini, sampai dengan bulan April 2011 sudah disalurkan dana sebesar Rp. 1,3 miliar.

Selain program tersebut, Kabupaten Bantul juga sudah dilaksanakan program Jampersal. Misalnya yang dialami oleh pasangan suami istri Ginanti dan Bayu Setyo Nugroho warga dusun Wintaos, Kirimulyo, Panggang, Gunungkidul. Pada awal bulan Agustus 2011, Ginanti melahirkan bayi laki-laki kembar tiga dan mendapatkan pelayanan secara gratis dari RS Panembahan Senopati. Dikemukakan oleh Gandung Bambang Hermanto, Wakil Direktur Bagian Pelayanan RSUD Panembahan Senopati bahwa biaya melahirkan tersebut ditanggung Jampersal.

Dari pembahasan tersebut, jaminan pelayanan kesehatan bagi penduduk miskin telah mampu meningkatkan akses penduduk miskin terhadap pelayanan kesehatan, walaupun belum sepenuhnya dapat meningkatkan status kesehatan masyarakat miskin. Hal tersebut disebabkan masih adanya program-program jaminan pelayanan kesehatan yang belum dapat dilaksanakan di Kabupaten Bantul karena keterbatasan dana. Namun demikian pemerintah kabupaten Bantul dinilai telah berusaha mengusahakan jaminan pelayanan kesehatan masyarakat miskin misalnya melalui program *life saving* bagi penduduk miskin dengan lima macam penyakit kronis, melalui mekanisme SKM, dan Jampersal.

G. Permasalahan-permasalahan yang ada dalam implementasi kebijakan

Dalam pelaksanaan program Jamkesmas di Kabupaten Bantul, permasalahan pertama yang ditemui di lapangan adalah ketidaktepatan sasaran sebagai peserta program, karena *update* data sebenarnya sudah dilakukan kabupaten, tetapi di pusat datanya tidak dirubah, padahal penerima program ditetapkan berdasarkan kuota dari pusat. Permasalahan lain yang berkaitan dengan kepesertaan adalah belum semua sasaran program mendapatkan kartu peserta. Kepala Bidang Pengolahan dan Pengelolaan Data dan Pengkajian Kantor BKKPP dan KB, Dra. Lestari Hardyaningsih menjelaskan bahwa luputnya warga miskin masuk program Jamkesmas bisa disebabkan oleh beberapa faktor yaitu mungkin yang bersangkutan adalah warga miskin baru sehingga namanya belum terdapat dalam Jamkesmas. Karena data yang dijadikan acuan penerima Jamkesmas 2011 menggunakan data sensus BPS tahun 2008. Sehingga bila ada yang belum masuk dalam program, karena pada waktu sensus belum masuk. Selain hal tersebut ada juga warga Bantul yang mendaftarkan diri menjadi warga miskin agar dapat menjadi peserta program Jamkesmas.

Selain itu, pemanfaatan program Jamkesmas oleh masyarakat miskin belum optimal karena masyarakat tidak menyimpan kartunya sebagai syarat mendapatkan pelayanan dari PPK. Masyarakat yang sudah memiliki kartu peserta Jamkesmas juga kadang tidak memiliki kelengkapan syarat yang lain,

misalnya KTP atau KTPnya sudah tidak berlaku lagi sehingga ketika sakit dan akan mengurus kelengkapan peserta menjadi terhambat.

Pendanaan yang bersifat terpusat menyebabkan keterlambatan pembayaran klaim. Tunggakan klaim Jamkesmas bulan Januari sampai dengan bulan Juni 2011 RSUD Panembahan Senopati mencapai 8,4 miliar. Sedangkan untuk tahun 2010 ada 1,2 miliar yang belum cair dari total klaim sejumlah Rp 15 miliar. Sehingga saat ini baru cair Rp 13,8 miliar, karena bulan Desember 2010 belum cair. Kabag Keuangan RSUD Panembahan Senopati Andriyandono, SE, MM mengatakan, tunggakan tersebut dikarenakan Kementerian Kesehatan pada September 2010 melakukan penggantian program komputerisasi klaim Jamkesmas dari INA-DRG ke INA-CBG'S. Akibatnya klaim yang diajukan rumah sakit di seluruh Indonesia mengalami tunggakan. Bahkan sisa tunggakan di 2010 lalu baru cair bulan Juli 2011.

Meskipun sudah 6 bulan klaim dari RSUD Panembahan Senopati belum terbayar, pihak Rumah sakit menjamin pelayanan bagi peserta Jamkesmas tidak akan terpengaruh atau terhenti. Karena rumah sakit dapat menggunakan dana sisa lebih perhitungan anggaran tahun sebelumnya. Hal ini berbeda dengan kasus yang terjadi di RSUD Sukoharjo karena anggaran jamkesda habis warga miskin harus membayar untuk mendapatkan pelayanan obat dan jasa dokter, yang gratis hanya sarana dan makan selama perawatan (KR, 21 Juli 2011).

Di RSUD Panembahan Senopati, jumlah total jumlah kunjungan rawat inap di tahun 2010 ada 20.155 pasien. Jumlah tersebut meningkat

dibandingkan 2009 yang hanya ada 17.673 pasien. Sedang untuk rawat jalan di 2010 ada 164.362 pasien dan tahun 2009 sebanyak 126.847 pasien.

Permasalahan yang lain muncul karena Kabupaten Bantul belum memiliki program Jamkesda bagi warga miskin yang tidak tercakup dalam program Jamkesmas. Padahal daerah lain di DIY seperti Kota Yogyakarta dan Kabupaten Sleman sudah memiliki program Jamkesta/Jamkesda. Sehingga warga Bantul memiliki utang sebesar Rp 730 Juta di RSUD Wirosaban Kota Yogyakarta , dan RS akan menagihnya ke Pemerintah Kabupaten Bantul. Masalah ini mengemuka karena Bantul belum melaksanakan Jamkesda. Jumlah total utang sebesar Rp 730 juta berasal dari sebanyak 310 warga Bantul yang belum melunasi utang mereka di RSUD Kota Wirosaban. Dikemukakan Wakil Direktur Umum dan Keuangan RSUD Kota Jogja Anti Suharyanti, utang tersebut terbagi dua. Pertama, berasal dari kepesertaan Askeskin sebelum adanya Jamkesmas dan Jamkesos pada Januari hingga Agustus 2007. Tagihan obat pasien miskin mencapai Rp 305,8 juta dan bahan habis pakai medis sebesar Rp 181,2 juta, utang peserta Askeskin merupakan tanggung jawab rumah sakit dan pemerintah yang bersangkutan. Sedangkan bagian kedua, berjumlah Rp 243 juta berasal dari masyarakat umum yang tidak memiliki jaminan kesehatan. Hal tersebut dapat mengganggu keuangan RSUD Kota Wirosaban, karena jumlahnya yang tidak sedikit. Selain Kabupaten Bantul, sebenarnya Kabupaten Sleman dan Kota Yogyakarta juga memiliki permasalahan yang sama, namun utang tersebut langsung ditalangi

oleh Jamkesda. Sedangkan Bantul belum melaksanakan program Jamkesda sehingga agak rumit penyelesaiannya.

Dari pembahasan tersebut, permasalahan yang masih dijumpai dalam pelaksanaan program Jamkesmas terutama adalah dari sisi ketepatan penetapan kelompok sasaran karena data yang tidak *diupdate* oleh pusat. Selain itu juga kurang optimalnya pemanfaatan program karena pengetahuan masyarakat yang kurang dalam memahami kelengkapan persyaratan untuk mendapatkan pelayanan dari PPK, serta pengelolaan dana terpusat yang menyebabkan keterlambatan pembayaran klain PPK sehingga harus hutang terlebih dahulu.

BAB V

PENUTUP

A. Kesimpulan

Dari pembahasan tentang pelaksanaan program Jamkesmas di Kabupaten Bantul, dapat diambil kesimpulan secara umum bahwa pelaksanaan program Jamkesmas sudah sesuai dengan mekanisme dan prosedur yang telah ditetapkan, walaupun dalam implementasinya di lapangan masih ditemui berbagai macam permasalahan. Hal tersebut dapat dirinci sebagai berikut:

1. Dalam mekanisme proses penetapan kelompok sasaran sebagai peserta program Jamkesmas sudah mengikuti prosedur yang ditetapkan walaupun di lapangan terkendala data yang tidak *diupdate*. Sedangkan persyaratan yang harus dipenuhi oleh masyarakat calon peserta, terkadang keadaan yang ditetapkan tidak menunjukkan kriteria yang akan diungkap, misalnya kondisi bangunan. Setelah terjadinya gempa di Kabupaten Bantul banyak masyarakat memiliki bangunan permanen karena bantuan.
2. Mekanisme penerbitan dan pendistribusian Kartu Peserta oleh PT. Askes (Persero) sudah dilakukan melalui ketentuan yang berlaku. Sedangkan untuk jaminan masyarakat di luar program Jamkesmas, Kabupaten Bantul telah melaksanakan Jamkesos, Jampersal, serta *life saving* bagi penderita lima macam penyakit kronis, dan penggunaan SKM. Sedangkan Jamkesda baru akan dilaksanakan pada tahun 2012.

3. Mekanisme peserta program Jamkesmas mendapatkan pelayanan dari PPK baik rumah sakit maupun Puskesmas tidak menemui kendala berarti karena sudah ada SOP yang jelas di RS atau Puskesmas, serta jika masyarakat memiliki persyaratan yang lengkap.
4. Mekanisme dan proses verifikasi klaim PPK sudah dilakukan sesuai ketentuan yang berlaku walaupun sering mengalami keterlambatan karena terbatasnya tenaga verifikasi dan tidak adanya dukungan dana.
5. Kemampuan organisasi pelaksana kebijakan dapat diandalkan karena sudah melalui pelatihan terlebih dahulu, walaupun pergantian *software* menyebabkan petugas sedikit keteteran dalam melaksanakan tugasnya. Koordinasi juga dilakukan setiap dua bulan sekali antar pelaksana program dan 11 RS di Bantul. Sedangkan dukungan sarana dan prasarana yang menunjang pelaksanaan program dari masing-masing lembaga terkait cukup memadai walaupun masih ada kendala karena tidak adanya dana khusus untuk pelaksanaan program Jamkesmas di masing-masing instansi terkait.
6. Pencapaian hasil akhir (*outcomes*) kebijakan, dalam hal penyelenggaraan keuangan sudah transparan dan akuntabel karena dana bersifat terpusat, walaupun masih terkendala keterlambatan pembayaran klaim. Ada peningkatan akses masyarakat miskin terhadap layanan kesehatan karena pelaksanaan program layanan kesehatan bagi masyarakat miskin di luar program Jamkesmas juga sudah dilakukan di Bantul seperti Jampersal, *life saving*, mekanisme SKM, dan akan dilaksanakannya Jamkesda.

7. Permasalahan-permasalahan yang ada dalam implementasi kebijakan didominasi oleh kendala ketidaktepatan sasaran karena data yang tidak *diupdate*, kurang optimalnya pemanfaatan program karena pengetahuan masyarakat yang kurang untuk melengkapi persyaratan, dan pengelolaan dana terpusat yang menyebabkan keterlambatan pembayaran kalim.

B. Saran

1. *Update* data yang sudah disiapkan oleh pemerintah kabupaten setiap tahun hendaknya menjadi pedoman pelaksana di tingkat pusat yaitu Departemen Kesehatan RI dalam penentuan peserta sehingga tepat sasaran.
2. Ada dukungan dana khusus bagi instansi terkait pelaksana program
3. Perlu dirumuskan indikator yang lebih akurat untuk menentukan kriteria miskin
4. Perlu penentuan prosedur baru dalam pengelolaan keuangan yang bersifat komprehensif, menyeluruh dan terpadu mengacu pada UU No. 40 Tahun 2004 tentang SJSN.

DAFTAR PUSTAKA

- Agustino, Leo (2008). *Dasar-Dasar Kebijakan Publik*. Bandung: Alfabeta.
- Bungin, Burhan (2009). *Penelitian Kualitatif. Komunikasi, Ekonomi, Kebijakan Publik, dan Ilmu Sosial Lainnya*. Jakarta: Kencana.
- Dinas Kesehatan Propinsi DIY (2007). *Realisasi, Kendala dan Masalah Pelayanan Publik Bidang Kesehatan* . Disampaikan dalam Seminar dan Lokakarya Pemetaan Masalah Pelayanan Publik, Yogyakarta, 9 Januari 2007
- Goggin, Malcolm L., Ann O'm Bowman, James P. Lester, Laurence J. O'Toole, Jr. (1990). *Implementation Theory and Practice Toward a Third Generation*. Scott, Foresman/Little, Brown Higher Education A Division of Scott, Foresman and Company Glenview, Illionis, London, England.
- Gulo, W. (2004). *Metodologi Penelitian*. Jakarta: PT Grasindo.
- Islamy, M. Irfan (2001). *Prinsip-Prinsip Perumusan Kebijakan Negara*. Jakarta: Sinar Grafika.
- Nugraha, Anselmus Karhendra Oka Tyas (2008). Implementasi Program Jamkesmas di Kabupaten Karanganyar. Fakultas Hukum, UNS.
- Nugroho, Riant (2008). *Public Policy. Teori Kebijakan, Analisis Kebijakan, Proses Kebijakan, Perumusan, Implementasi, Evaluasi, Revisi Risk Management dalam Kebijakan Publik*. Jakarta: Elex Media Komputindo.
- Putra, Fadilah (2003). *Partai Politik dan Kebijakan Publik*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar.
- Republik Indonesia. 2008. *Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 125/Menkes/SK/II/2008 Tentang Pedoman Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan Masyarakat*. Jakarta.
- Salim, Agus (2006). *Teori dan Paradigma Penelitian Sosial. Buku Sumber untuk Penelitian Kualitatif Ed. Kedua*. Yogyakarta: Tiara Wacana.
- Silverman, David (2005). *Doing Qualitative Research 2nd Edition*. SAGE Publications.
- Strauss, Anselm dan Corbin, Juliet (2007). *Dasar - Dasar Penelitian Kualitatif*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar.
- Suharno. (2010). *Dasar-Dasar Kebijakan Publik. Kajian Proses dan Analisis Kebijakan*. Yogyakarta: UNY Press.
- Surat Keputusan Bupati Bantul No. 137 Tahun 2009 tentang Penetapan Peserta Pengganti Kartu Jamkesmas Kabupaten Bantul 2009
- Surat Keputusan Bupati Bantul Nomor 252 tentang Pembentukan Tim Koordinasi Program Jamkesmas Kabupaten Bantul Tahun 2009
- Suryabrata, Sumadi (1998). *Metodologi Penelitian*. Jakarta: PT RajaGrafindo Persada.
- Sugiyono (2007). *Metode Penelitian Administrasi*. Bandung: Alfabeta.
- Undang-Undang Dasar 1945.
- Undang-Undang Nomor 23 Tahun 1992 Tentang Kesehatan.
- Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 Tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional.
- Wahab, Solichin Abdul (2002). *Analisis Kebijaksanaan: dari Formulasi ke Implementasi Kebijaksanaan Negara*. Jakarta: SinarGrafika.
- Widodo, Erna dan Mokhtar (2000). *Konstruksi ke Arah Penelitian Deskriptif*. Yogyakarta: Avyrouz.

Winarno, Budi (2007). *Kebijakan Publik, Teori dan Proses* . Yogyakarta: Media Pressindo.

Dari Internet dan Media Massa

<http://www.bantulkab.go.id/berita/1075.html>. Jamkesda Kabupaten Bantul Mempermudah Masyarakat Mendapat Perawatan Kesehatan. Diakses tanggal 4 November 2011, pukul 13.00 WIB

http://www.ppjk.depkes.go.id/index.php?option=com_content&view=article&id=106:pengorganisasian&catid=56&Itemid=28. Tim Pengelola Jamkesmas. Diakses tanggal 22 Oktober 2011 Jam 14.00 WIB

<http://www.Ziddu.Com/download/402158> diakses tanggal 31 Desember 2009, pukul 12.30 WIB

<http://dinkes.jogjaprov.go.id/index.php/cjamkes.html>. Tentang jamkesmas.diakses tanggal 31 Desember 2009, pukul 12.20 WIB

Jawa Pos, 17 Desember 2009

Kompas, 25 Februari 2009

Kompas, 3 Maret 2009

Media Indonesia, 8 November 2009.