

LAPORAN PENELITIAN

ANALISIS KEMAMPUAN PEMERINTAH KAB./KOTA DALAM PENYEDIAAN DANA SHARING PROGRAM JAMKESDA JAWA TIMUR



Peneliti:

Drs. Amirul Mustofa, M.Si

**FAKULTAS ILMU ADMINISTRASI
UNIVERSITAS DR. SOETOMO
SURABAYA
2012**

LEMBAR PENGESAHAN

Judul Penelitian : Analisis Kemampuan Pemerintah Kab./Kota Dalam Penyediaan Dana Sharing Program Jamkesda Jawa Timur

Ketua Tim Peneliti :

a. Nama Lengkap : Drs. Amirul Mustofa, M.Si

b. NIDN : 0718016601

c. Jabatan Fungsional : Lektor/III/C

d. Program Studi : Administrasi Publik

e. Nomor HP : 081230594747

f. Alamat Surel (e-mail) : amirulmust66@gmail.com

Anggota Peneliti (1) :

a. Nama Lengkap :

b. NIDN :

c. Perguruan Tinggi :

Lama Penelitian Keseluruhan : 4 Bulan

Biaya Penelitian Keseluruhan : Rp. 10.000.000,00

Biaya Mandiri : Rp. 5.000.000,00

Biaya yang Diusulkan : Rp. 5.000.000,00

Biaya Tahun Berjalan :

- Diusulkan ke Instansi Rp. 0,00
- Dana internal PT Rp. 5.000.000,00
- Dana institusi lain Rp. 0,00
- *Inkind* sebutkan -

Mengetahui,
Dekan Fakultas



(Drs. Basuki Nugroho, M.Si)
NIP. 19570902-198603-1-001

Surabaya, 22 Desember 2016

Ketua Peneliti



(Dr. Drs. Amirul Mustofa, M.Si)
NPP. 91.01.1.085

Mengetahui
Ketua Lembaga Penelitian dan Pengabdian Kepada Masyarakat



Dr. Sri Chanti Ady, SE, MM
NPP. 4.1.01.170

KATA PENGANTAR

Syukur Alhamdulillah kami panjatkan Tuhan Yang Mahaesa, sehingga laporan penelitian tentang analisis kemampuan pemerintah Kabupaten/Kota dalam penyediaan dana sharing program Jamkesda di Jawa Timur terselesaikan. Penelitian ini dimaksudkan untuk mengkaji serius tentang komitmen Pemerintah Provinsi dan Pemerintah Kabupaten/Kota di wilayah Jawa Timur dalam menyediakan dana sharing bidang kesehatan. Hal ini menjadi penting, mengingat ketersediaan dana ini sangat mempengaruhi kelancaran dan keberhasilan program Jamkesda di Jawa Timur. Dengan adanya penelitian ini diharapkan: 1) adanya transparansi komitmen dalam merealisasikan dana sharing yang disepakati melalui kerjasama antara pemerintah Kabupaten/Kota dengan Pemerintah Provinsi di Jawa Timur; 2) teranalisis secara jelas tentang beberapa faktor yang mempengaruhi terjadinya kondisi deficit atau surplus anggaran, dan 3) dapat dirumuskan usulan alternative kebijakan yang harus diambil oleh Pemerintah Provinsi dan Kabupaten/ Kota dalam meningkatkan kinerja pengelolaan dana sharing Jamkesda.

Demikian, semoga laporan penelitian tentang analisis kemampuan pemerintah Kabupaten/Kota dalam penyediaan dana sharing program Jamkesda di Jawa Timur dapat bermanfaat bagi semua pembaca. Terima kasih

Surabaya, Juli 2012

Peneliti

DAFTAR ISI

LEMBAR PENGESAHAN

KATA PENGANTAR

DAFTAR ISI

DAFTAR TABEL

DAFTAR GAMBAR

ABSTRAK

DAFTAR TABEL

DAFTAR GRAFIK/GAMBAR

Laporan Penelitian

Analisis Kemampuan Pemerintah Kab./Kota dlm Penyediaan Dana Sharing Program Jamkesda Jawa Timur

ABSTRAK

BAB I

PENDAHULUAN

1.1. Latar Belakang

Kebijakan sosial (*social policy*) di bidang kesehatan dalam bentuk program jaminan kesehatan masyarakat (Jamkesmas) yang ditetapkan pemerintah, merupakan wujud kepedulian pemerintah dalam memenuhi salah satu hak dasar rakyat, yaitu hak untuk memperoleh pelayanan kesehatan. Dalam Undang-Undang Dasar 1945 pasal 28 H dan Undang-Undang Nomor 23/1992 tentang Kesehatan, dirumuskan bahwa “setiap orang berhak mendapatkan pelayanan kesehatan”. Karena itu, setiap individu, keluarga dan masyarakat berhak memperoleh perlindungan terhadap kesehatannya, dan negara bertanggung jawab mengatur agar terpenuhi hak hidup sehat bagi penduduknya termasuk bagi masyarakat miskin dan tidak mampu.

Beberapa point penting dalam Undang-Undang Nomor 23/1992 adalah: 1) Pasal 1 no. 15, bahwa jaminaneliharaan kesehatan masyarakat (JPKM) adalah suatu cara penyelenggaraan pemeliharaan kesehatan yang paripurna berdasarkan asas usaha bersama dan kekeluargaan yang berkesinambungan dan dengan mutu yang terjamin serta pembiayaan yang dilaksanakan secara pra-upaya; 2) Pasal 65 ayat (1), bahwa penyelenggaraan upaya kesehatan dibiayai oleh pemerintah dan atau masyarakat; 3) Dalam pasal 66 ayat (1), dijelaskan bahwa pemerintah mengembangkan, membina dan mendorong JPKM sebagai cara yang dijadikan landasan setiap penyelenggaraan pemeliharaan kesehatan yang pembiayaannya dilaksanakan secara pra-upaya berasaskan usaha bersama dan kekeluargaan; dan dalam ayat (2), bahwa JPKM merupakan cara penyelenggaraan pemeliharaan kesehatan dan pembiayaannya dikelola secara terpadu untuk tujuan meningkatkan derajat kesehatan, wajib dilaksanakan oleh setiap penyelenggara.

Selanjutnya dalam pasal 66 ayat 4 UU No. 23 Tahun 1992 mendelegasikan pengaturan tentang mekanisme penyelenggaraan program PKM untuk ditetapkan dengan peraturan pemerintah, namun perintah ini belum dilaksanakan hingga UU

Kesehatan tahun 1992 dicabut. Sebagai penggantinya, serangkaian Peraturan Menteri Kesehatan ditetapkan untuk mengatur penyelenggaraan Program JPKM. Peraturan Menteri Kesehatan (Permenkes) yang mengatur penyelenggaraan JPKM adalah sebagai berikut: 1) Permenkes No. 571 Tahun 1993 tentang Penyelenggaraan Program JPKM; 2) Permenkes No. 527 Tahun 1993 tentang Paket Pemeliharaan Kesehatan; 3) Permenkes No. 568 Tahun 1996 tentang perubahan atas Peraturan Menteri Kesehatan No. 571 Tahun 1993; 4) Surat Keputusan Menkes No. 595 Tahun 1993 tentang Standar Pelayanan Medis; 5) Surat Keputusan Menkes No. 378 Tahun 1995 tentang Penunjukkan Direktorat Bina Kesehatan Masyarakat Sebagai Penanggung Jawab Pengembangan JPKM; 6) Surat Keputusan Menkes No. 56 Tahun 1996 tentang Pengembangan Dokter Keluarga Dalam Penyelenggaraan Program JPKM; dan 7) Surat Keputusan Menkes No. 172 Tahun 1999 tentang Badan Pembina JPKM.

Para pelaku Program JPKM terdiri dari badan pembina (BAPIM JPKM), badan penyelenggara (BAPEL JPKM), pemberi pelayanan kesehatan, dan peserta JPKM. BAPIM JPKM dibentuk di tingkat nasional, propinsi dan kabupaten/kota untuk melaksanakan fungsi pengaturan, pembinaan, pengembangan dan pendorongan terhadap penyelenggaraan Program JPKM. Di tingkat nasional, BAPIM JPKM berada pada Direktorat JPKM, sebuah unit kerja setingkat direktorat di bawah Direktorat Jenderal Kesehatan Masyarakat Departemen Kesehatan. BAPIM di tingkat propinsi dan kabupaten/kota adalah Dinas Kesehatan Propinsi dan Dinas Kabupaten/Kota. BAPEL JPKM adalah penyelenggara Program JPKM, layaknya badan penyelenggara asuransi/jaminan kesehatan, berfungsi mengelola kepesertaan, keuangan, pembelian pelayanan kesehatan dan sistem informasi.

Pemberi pelayanan kesehatan berkontrak dengan Bapel JPKM untuk melayani pelayanan kesehatan peserta Program JPKM. PPK terdiri dari fasilitas kesehatan pemerintah dan swasta di seluruh tingkatan pelayanan, mulai dari Puskesmas/klinik hingga rumah sakit, termasuk bidan dan dokter praktek solo. Peserta JPKM terbuka bagi individu dan kelompok. Peserta kelompok berasal

dari kelompok masyarakat atau dari perusahaan yang mengikutsertakan karyawannya pada Program JPKM.

Badan Penyelenggara JPKM (BAPEL JPKM), menurut UU Kesehatan Tahun 1992 Pasal 66 ayat 3 “Penyelenggara jaminan pemeliharaan kesehatan masyarakat harus berbentuk badan hukum dan memiliki izin operasional serta kepesertaannya bersifat aktif”. Karakteristik BAPEL JPKM menurut Peraturan Menteri Kesehatan No. 571/Menkes/PER/VII/93:

1. Badan penyelenggara harus berbentuk badan hukum dan memiliki izin operasional.
2. Badan penyelenggara dapat diselenggarakan oleh pemerintah atau swasta.
3. Bentuk badan hukum BAPEL dapat berupa perseroan terbatas atau koperasi.
4. Bentuk badan hukum harus telah memenuhi persyaratan sebagai badan hukum sesuai dengan peraturan perundang-undangan yang berlaku.
5. Untuk menjamin kelancaran dan kesinambungan penyelenggaraan pemeliharaan kesehatan bagi peserta di satu wilayah, badan penyelenggara dapat diharuskan membuka kantor cabang.

Sebagai operasionalisasi dan pelaksanaan Peraturan Menteri Kesehatan No. 571/Menkes/PER/VII/93, dan hasil assessment persiapan pelaksanaan JPK-Gakin di 4 Propinsi dan 14 Kabupaten/Kota, serta komitmen para pelaku di daerah pengembangan Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Keluarga Miskin tahun 2004, ditetapkan Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor: 713/Menkes/SK/VI/2004, tentang Penetapan Daerah Pengembangan Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Keluarga Miskin (JPK-GAKIN) dalam PKPS-BBM Bidkes 2004. Ada 4 point penting dalam Keputusan tersebut, yakni:

1. Menunjuk Prov. Jawa Timur, Prov. Gorontalo, Kab. Dairi, Kab. Labuhan Baru, Kab. Tanah Datar, Kab. Metro, Kab. Karimun, Kab. Bekasi, Kota. Cirebon, Kab. Kiaten, Kab. Tabanan, Kota Palangkaraya, Kab. Hulu Sungai Selatan dan Kab. Sinjai. sebagai lokasi pengembangan Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Keluarga Miskin (JPK-Gakin) tahun 2004;

2. Dalam penyelenggaraan JPK-Gakin Departemen Kesehatan memberikan asistensi teknis kepada Dinas Kesehatan Daerah untuk membantu Pemerintah Daerah dalam melakukan:
 - a. Validasi dan penetapan jumlah dan alamat keluarga miskin
 - b. Menghitung kebutuhan dana premi JPK-Gakin dan menetapkan kontribusi APBD
 - c. Menunjuk Pengelola JPK Gakin dan menetapkan jaringan pemberi pelayanan kesehatan (PPK)
 - d. Melakukan persiapan personil terkait dan bekerjasama dengan Pengelola JPK-Gakin dalam melakukan advokasi dan sosialisasi JPK-Gakin di wilayahnya
 - e. Menetapkan dan menyalurkan dana JPK-Gakin via Dinas Kesehatan kepada Pengelola JPK-Gakin dan PPK.
 - f. Melaksanakan pembinaan dan pengawasan pelaksanaan JPK-Gakin.
3. Dalam penyelenggaraan JPK-Gakin, agar semua pelaku memperhatikan Pedoman Pelaksanaan Program Kompensasi Pengurangan Subsidi Bahan Bakar Minyak Bidang Kesehatan (PKPS-BBM BIDKES) pada Daerah Jaminan Kesehatan Bagi Keluarga Miskin (JPK-Gakin)

Bersamaan dengan implementasi Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor: 713/Menkes/SK/VI/2004, yang berlaku untuk beberapa daerah, dan dengan memperhatikan amandemen keempat UUD 1945 pasal 34 ayat 2 tahun 2002 yang mengamanatkan bahwa “negara diberi tugas untuk mengembangkan jaminan sosial bagi seluruh rakyat”. Sehubungan dengan amanat tersebut pemerintah menindaklanjuti dengan mengeluarkan kebijakan melalui UU 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional. Dasar dikeluarkannya UU ini, karena “setiap orang berhak atas jaminan sosial untuk dapat memenuhi kebutuhan dasar hidup yang layak dan meningkatkan martabatnya menuju terwujudnya masyarakat Indonesia yang sejahtera, adil dan makmur”. Dengan dasar ini kemudian Negara berkewajiban untuk memberikan

jaminan sosial yang menyeluruh, negara mengembangkan dengan membentuk Sistem Jaminan Sosial Nasional bagi seluruh rakyat Indonesia.

Pengertian dan beberapa point penting terkait dengan penyelenggaraan sistem jaminan sosial menurut 40 Tahun 2004 dalam pasal 1 adalah: 1) jaminan sosial salah satu bentuk perlindungan sosial untuk menjamin seluruh rakyat agar dapat memenuhi kebutuhan dasar hidupnya yang layak; 2) sistem jaminan sosial nasional merupakan suatu tata cara penyelenggaraan program jaminan sosial oleh beberapa badan penyelenggaraan jaminan sosial; 3) asuransi sosial merupakan suatu mekanisme pengumpulan dana yang bersifat wajib yang berasal dari iuran guna memberikan perlindungan atas resiko sosial ekonomi yang menimpa peserta dan/atau anggota keluarganya; 4) tabungan wajib adalah simpanan yang bersifat wajib bagi peserta program jaminan sosial; 5) bantuan iuran adalah iuran yang dibayar oleh Pemerintah bagi fakir miskin dan orang mampu sebagai peserta program jaminan sosial; 6) badan penyelenggara jaminan sosial adalah badan hukum yang dibentuk untuk menyelenggarakan program jaminan sosial; 7) dana jaminan sosial adalah dana amanat milik seluruh peserta yang merupakan himpunan iuran beserta hasil pengembangannya yang dikelola oleh badan penyelenggaraan jaminan sosial untuk pembayaran manfaat kepada peserta dan pembiayaan operasional penyelenggaraan program jaminan sosial; 8) peserta adalah setiap orang, termasuk orang asing yang bekerja paling singkat 6 (enam) bulan di Indonesia, yang telah membayar iuran; 9) manfaat dari jaminan sosial ini adalah masyarakat dan pekerja yang mengalami kecelakaan kerja sehingga menyebabkan cacat sebagian atau cacat total.

Dengan demikian, Sistem Jaminan Sosial Nasional pada dasarnya merupakan program Negara yang bertujuan memberi kepastian perlindungan dan kesejahteraan sosial bagi seluruh rakyat Indonesia. Melalui program ini, setiap penduduk diharapkan dapat memenuhi kebutuhan dasar hidup yang layak apabila terjadi hal-hal yang dapat mengakibatkan hilang atau berkurangnya pendapatan, karena menderita sakit, mengalami kecelakaan, kehilangan pekerjaan, memasuki usia lanjut, atau pensiun.

Beberapa program jaminan sosial, lain yang telah dilaksanakan, menurut penjelasan dalam UU 40/2004 diantaranya adalah Undang-Undang Nomor 3 tahun 1992 tentang Jaminan Tenaga Kerja (Jamsostek), yang mencakup program jaminan pemeliharaan kesehatan, jaminan kecelakaan kerja, jaminan hari tua dan jaminan kematian. Untuk Pegawai Negeri Sipil (PNS), telah dikembangkan program Dana Tabungan dan Asuransi Pegawai Negeri (TASPEN) yang dibentuk dengan Peraturan Pemerintah Nomor 26 Tahun 1981 dan program Asuransi Kesehatan (ASKES) yang diselenggarakan berdasarkan Peraturan Pemerintah Nomor 69 Tahun 1991 yang bersifat wajib bagi PNS/Penerima Pensiun/Perintis Kemerdekaan/Veteran dana anggota keluarganya. Untuk prajurit Tentara Nasional Indonesia (TNI), anggota Kepolisian Republik Indonesia (POLRI), dan PNS Departemen Pertahanan/ TNI/POLRI beserta keluarganya telah dilaksanakan program Asuransi Sosial Angkatan Bersenjata Republik Indonesia (ASABRI) sesuai dengan Peraturan Pemerintah Nomor 67 Tahun 1991 yang merupakan perubahan atas Peraturan Pemerintah Nomor 44 Tahun 1971.

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. Perubahan pengelolaan program tersebut adalah dengan pemisahan fungsi pengelola dengan fungsi pembayaran, yang didukung dengan penempatan tenaga verifikator di setiap rumah sakit. Nama program tersebut juga berubah menjadi Jaminan Pelayanan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas).

Program Jamkesmas berbentuk bantuan sosial untuk pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin dan tidak mampu dan diselenggarakan secara nasional,

melalui 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; dan (3) pelayanan kesehatan dasar bagi masyarakat miskin.

Peserta program Jamkesmas adalah setiap orang miskin 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) berdasarkan kriteria yang telah ditentukan. 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. Pada tahun 2010, sasaran program Jamkesmas diperluas kepada tiga kelompok sasaran baru dengan dasar hukum Peraturan Menteri Kesehatan RI No.1185-SK-Menkes-XII-2009 tertanggal 13 Desember 2009. Ketiga kelompok sasaran dimaksud adalah: (1) orang miskin baru akibat tertimpa musibah bencana, (2) orang miskin penghuni Lembaga Pemasyarakatan (Lapas) dan di Rumah Tahanan (Rutan), dan (3) orang tua miskin yang tinggal di Panti Sosial, anak terlantar dan anak-anak yatim piatu yang tinggal di panti-panti asuhan.

Di dalam Pedoman Pelaksanaan Jamkesmas (2008) disebutkan bahwa apabila kuota Jamkesmas melebihi alokasinya, maka masyarakat miskin menjadi tanggung jawab pemerintah daerah setempat. Karenanya kemudian muncul program Jamkesda di beberapa pemerintah daerah baik Pemerintah Provinsi maupun Pemerintah Kabupaten/Kota. Bagi Pemerintah Provinsi Jawa Timur program Jamkesda di atur dalam Peraturan Daerah Provinsi Jawa Timur Nomor 4 Tahun 2008, tentang Sistem Jaminan Kesehatan Daerah Di Jawa Timur yang petunjuk pelaksanaannya diatur dalam Peraturan Gubernur Jawa Timur Nomor 4 Tahun 2009. Operasionalisasi program Jamkesda digunakan untuk pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin peserta program Jamkesda dan dianggarkan melalui *dana sharing*.

Besaran dana sharing dihitung berdasarkan jumlah masyarakat miskin di Kabupaten/Kota dikalikan dengan bantuan iuran yang menjadi tanggungjawab pemerintah Provinsi dan Pemerintah Kabupaten/Kota, kemudian dituangkan dalam MoU antara Pemerintah Provinsi dengan Pemerintah Kabupaten/Kota. Selanjutnya besarnya dana Jamkesda 50% ditanggung oleh Pemerintah Provinsi dan 50% ditanggung oleh Pemerintah Kabupaten/Kota dan dianggarkan melalui APBD-nya masing-masing. Yang menjadi persoalan adalah ketika dana sharing dihitung berdasarkan formula yang ada, ternyata di lapangan beberapa Pemerintah Kabupaten/Kota, akumulasi dana sharing, belum mampu membiayai kebutuhan layanan kesehatan warga miskin di daerahnya.

Dalam ketentuan asuransi kesehatan, penerima manfaat (*beneficiary*) adalah terbatas pada yang membayar iuran atau peserta, sehingga peserta Jamkesda yang dikelola Badan Penyelenggara Jaminan Kesehatan Daerah (BPJKD) terdiri atas peserta maskin dan mandiri, di mana peserta maskin iuran preminya dibayarkan oleh Pemerintah Daerah. Setiap peserta program Jamkesda wajib membayar iuran yang besarnya iuran untuk setiap peserta per bulan ditetapkan berdasarkan jumlah peserta yang tercantum dalam “*Daftar Peserta*” atau “*Daftar Penerima Bantuan Iuran*” sesuai keseimbangan antara manfaat, jenis pelayanan dan harga riil suatu waktu tertentu. Sedangkan besarnya iuran untuk peserta yang tidak menerima manfaat, ditentukan berdasarkan nominal tertentu yang ditinjau secara berkala.

Bantuan iuran program jaminan kesehatan yang disediakan oleh Pemerintah Provinsi dan Pemerintah Kabupaten/Kota sebagai bentuk penyelenggaraan Sistem Jaminan Kesehatan Daerah (SJKD) merupakan suatu tata cara penyelenggaraan program jaminan kesehatan daerah yang dipergunakan untuk sebagian atau sepenuhnya bagi warga masyarakat yang memenuhi persyaratan dan kriteria sebagai penerima bantuan, guna mendapatkan fasilitas pelayanan kesehatan dan fasilitas pelayanan umum lainnya yang diselenggarakan Pemerintah Provinsi dan Pemerintah Kabupaten/Kota dan pengelolaan bantuan iuran bagi peserta Jamkesda, dipercayakan oleh Pemerintah Provinsi dan Kabupaten/Kota kepada BPJKD.

Berdasarkan kondisi existing pelaksanaan Jamkesda tahun anggaran 2010, beberapa Pemerintah Kabupaten/Kota tidak bisa mencukupi biaya layanan kesehatan bagi warga miskin berdasarkan besaran dana yang ditentukan melalui MoU antara pemerintah Provinsi dengan Pemerintah Kabupaten/Kota. Hal ini karena meningkatnya beban pelayanan kesehatan di Rumah Sakit Daerah yang terus meningkat. Ketika dana sharing dihitung berdasarkan formula yang ada, hasil perhitungannya bisa jadi belum mampu membiayai layanan kesehatan warga miskin secara keseluruhan. Beberapa daerah memang cukup bijak dalam menyikapi masalah dana sharing dimaksud, dimana dana sharing tetap dipenuhi, sedangkan selisih anggaran yang dibutuhkan untuk memberikan layanan kesehatan standar kepada rakyatnya yang miskin dialokasikan pada pos anggaran yang lain. Dengan demikian kualitas dan keterjangkauan layanan tetap terjaga. Sebaliknya, bila ternyata hasil perhitungan atas dasar formula lebih besar dari anggaran yang rutin disediakan pada APBD Kabupaten/Kota yang sebenarnya dipandang sudah mencukupi untuk menyediakan layanan, maka kondisi ini bisa membebani struktur APBD, khususnya anggaran kesehatan secara keseluruhan.

Sehubungan dengan kondisi tersebut, untuk mendapatkan layanan kesehatan bagi peserta Jamkesda yang tidak memiliki kartu jamkesda atau Surat Ketetrangan Tidak Mampu (SKTM), Gubernur Jawa Timur melakukan revisi atas Peraturan Gubernur Jawa Timur nomor 4 Tahun 2009 tentang Petunjuk Pelaksanaan Peraturan Daerah Provinsi Jawa Timur nomor 4 Tahun 2008 tentang Sistem Jaminan Kesehatan Daerah di Jawa Timur dengan Peraturan Gubernur Jawa Timur nomor 55 Tahun 2010, dimana point pentingnya adalah bagi yang tidak bisa dirawat di Rumah Sakit Kabupaten/Kota dapat dirujuk dan dirawat di Rumah Sakit Provinsi/UPT Provinsi, karena indikasi medis, tidak tersedia sumber daya kesehatan di Rumah Sakit Kabupaten/Kota dan emergency atau penyakit katastropis, dengan persyaratan: a) Kartu Jamkesda atau SPM (Surat Pernyataan Miskin) yang diterbitkan oleh Bupati/Walikota atau Pejabat Eselon II yang ditunjuk, dengan masa berlaku 3 (tiga) bulan; b). Surat Rujukan dari Puskesmas ke Rumah Sakit atau dari Rumah Sakit ke Rumah Sakit lainnya ; dan c). KTP dan/atau KSK di wilayah Provinsi Jawa Timur.

Melalui perubahan Pergub ini, realitasnya SPM yang sangat dimanfaatkan oleh Pemerintah Kabupaten/Kota untuk merujuk para peserta Jamkesda ke Rumah Sakit Provinsi/UPT Provinsi, tanpa memperhatikan jumlah anggaran yang tersedia. Karena itu akhirnya, pada akhir tahun 2011 dana sharing program Jamkesda menjadi persoalan. Pada bulan Juni 2012 dana sharing program jamkesda yang disediakan untuk 1.411.742 jiwa dengan dana sebesar sebesar Rp 171.000.000.000,- sudah terserap sebesar 64,74% dari total anggaran. Dengan demikian, pelayanan kesehatan bagi warga miskin dari Pemerintah Kabupaten/Kota untuk berobat di Rumah Sakit Provinsi/UPT Provinsi yang menggunakan SKTM/SKM/SPM, telah melampaui pagu yang ditetapkan. Persoalan ini kalau dibiarkan akan menjadi persoalan baru dan diasumsikan akan menjadi persoalan yang memberatkan Pemerintah Provinsi. Karena itu kemudian Pemerintah Provinsi memberi keputusan bahwa pembiayaan pelaksanaan pelayanan kesehatan pasien pengguna kartu SPM menjadi tanggung jawab Pemerintah Kabupaten/Kota per bulan September 2012. Pernyataan ini dikuatkan dalam Pergub Jatim nomor 62 tahun 2012 dan Surat Edaran Gubernur nomor 440/1477/031/2012 tentang Pencabutan Surat Pernyataan Miskin (SPM) yang berlaku mulai 1 September lalu sedikit banyak berdampak pada pelayanan kesehatan di Jatim.

Persoalan lain, yang penting juga adalah bahwa pengelolaan dana sharing hingga kini belum mengoptimalkan fungsi BPJKD sebagai badan penyelenggara. Pengelolaan dana sharing kesehatan, masih dikelola oleh dinas kesehatan baik di Pemerintah Provinsi maupun di Pemerintah Kabupaten/Kota. Padahal kalau merujuk pada Peraturan Gubernur Jawa Timur nomor 4 Tahun 2009 pasal 1 poin 6 bahwa Badan Penyelenggara Jaminan Kesehatan Daerah yang selanjutnya disebut BPJKD adalah badan hukum publik yang dibentuk Pemerintah Provinsi untuk menyelenggarakan program jaminan kesehatan daerah menurut SJKD. Dan poin 7, menyatakan bahwa Dana Jaminan Kesehatan Daerah yang selanjutnya disebut DJKD adalah dana amanah milik seluruh peserta yang merupakan himpunan iuran beserta hasil pengembangannya maupun sumber lainnya yang sah, yang dikelola oleh BPJKD untuk pembayaran manfaat kepada peserta dan

pembiayaan operasional penyelenggaraan program jaminan kesehatan daerah menurut SJKD.

1.2. Tujuan

Penelitian ini dimaksudkan untuk mengkaji serius tentang komitmen Pemerintah Provinsi dan Pemerintah Kabupaten/Kota di wilayah Jawa Timur dalam menyediakan dana sharing program Jamkesda. Komitmen ini perlu dipaparkan mengingat ketersediaan dana ini sangat mempengaruhi kelancaran dan keberhasilan program Jamkesda di Jawa Timur.

Adapun tujuan kegiatan penelitian ini secara spesifik disusun sebagai berikut :

1. Mengkaji dan menganalisis realisasi dana sharing dalam pelaksanaan kesepakatan kerjasama program Jamkesda antara pemerintah Kabupaten/Kota dengan Pemerintah Provinsi di Jawa Timur;
2. Mengkaji dan menganalisis trend anggaran kesehatan pada Pemerintah Kabupaten/Kota di Jawa Timur;
3. Mengkaji dan menganalisis berbagai kendala dalam mekanisme polling dana sharing penyelenggaraan Program Jamkesda di Jawa Timur.

1.3. Keluaran (*Output*) yang diharapkan

1. Dokumen laporan penelitian analisis kemampuan pemerintah daerah dalam penyediaan dana sharing program jaminan kesehatan daerah di Jawa Timur; dan
2. Rekomendasi kebijakan hasil penelitian analisis kemampuan pemerintah daerah dalam penyediaan dana sharing program jaminan kesehatan daerah di Jawa Timur.

BAB II

KERANGKA PEMIKIRAN DAN

METODE PENDEKATAN PENELITIAN

2.1. Kebijakan Bidang Kesehatan

Kebijakan bidang kesehatan, merupakan salah satu bagian dari kebijakan publik. Derbyshire dalam Wibawa (1994) memberikan batasan bahwa kebijakan publik sebagai sekumpulan rencana kegiatan terhadap kondisi-kondisi sosial dan ekonomi.” Sedangkan Hofferbert dalam Wibawa (1994) membatasi kebijakan publik sebagai hasil-hasil keputusan yang diambil oleh pelaku-pelaku tertentu untuk tujuan publik.

Berdasarkan batasan tersebut, batasan *pertama* tidak menyebutkan siapa pelaku atau pengambil kebijakan publik itu. Akan tetapi, pada bagian lain Derbyshire menyebutkan bahwa kebijakan publik merupakan produk akhir setiap pemerintahan, dalam arti merupakan produk akhir antara eksekutif dengan wakil rakyat (legeslatif). Sedang batasan *kedua*, yang menyebut-nyebut adanya pelaku dalam suatu proses pembuatan kebijakan, belum secara jelas mencantumkan siapa / lembaga yang dianggapnya sebagai pelaku / aktor. Untuk menjawab pertanyaan itu, Hofferbert dalam Wibawa (1994) kemudian menuturkan bahwa kebijakan publik adalah setiap hubungan antara lembaga pemerintah dengan lingkungannya. Dengan demikian, kebijakan publik tidak selalu diwujudkan dalam bentuk pertanyaan-pertanyaan tertulis yang diumumkan (yang biasanya berupa peraturan) melainkan juga setiap pilihan tindakan pemerintah.

Hofferbert dalam Wibawa (1994) menawarkan dua buah cara untuk memahami suatu kebijakan publik. *Pertama*, mendekati suatu *policy* melalui substansinya (yakni rumusan-rumusan redaksi suatu kebijakan yang berisi tujuan-tujuan / *goals* apa yang hendak dicapai), dan *kedua*, membeberkan hasil maupun dampak dari kebijakan tersebut, baik hasil yang bersifat sementara maupun yang final. Berdasarkan pendapat-pendapat di atas, yang disebut kebijakan publik adalah serangkaian pilihan tindakan pemerintah (termasuk pilihan untuk tindak

bertindak) guna menjawab tantangan-tantangan yang menyangkut kehidupan masyarakat.

Kalau dikaji dengan teliti berbagai definisi kebijakan publik yang muncul dalam pelbagai kepustakaan, paling tidak ada dua macam pandangan: *pertama*, para ahli yang mengidentikkan kebijakan publik dengan tindakan-tindakan yang dilakukan oleh pemerintah. Para ahli yang berpendapat demikian cenderung untuk beranggapan bahwa semua tindakan yang dilakukan oleh pemerintah pada dasarnya dapat disebut sebagai kebijakan publik. Sehubungan dengan masalah ini seorang ahli analisis kebijakan, Parker (1975) telah berusaha menyajikan suatu daftar yang cukup lengkap mengenai pelbagai definisi kebijakan publik. Salah satu definisi itu menyebutkan bahwa kebijakan publik itu adalah suatu tujuan tertentu, atau serangkaian asas tertentu, atau tindakan yang dilaksanakan oleh pemerintah pada suatu waktu tertentu dalam kaitannya dengan sesuatu subjek atau sebagai respon terhadap suatu keadaan yang krisis (Parker, 1975).

Dalam praktek pemerintahan, kebijakan publik sering diartikan sebagai sejumlah keputusan yang dibuat oleh mereka yang bertanggung jawab dalam bidang kebijakan tertentu – bidang kesehatan, lingkungan, pendidikan atau perdagangan. Orang-orang yang menyusun kebijakan disebut dengan pembuat kebijakan. Kebijakan dapat disusun di semua tingkatan – pemerintah pusat atau daerah, perusahaan multinasional atau daerah, sekolah atau rumah sakit. Orang-orang ini kadang disebut pula sebagai elit kebijakan – satu kelompok khusus dari para pembuat kebijakan yang berkedudukan tinggi dalam suatu organisasi dan sering memiliki hubungan istimewa dengan para petinggi dari organisasi yang sama atau berbeda. Misal: elit kebijakan di pemerintahan dapat beranggotakan para menteri dalam kabinet, yang semuanya dapat berhubungan dan bertemu dengan para petinggi perusahaan multi nasional atau badan internasional, seperti Organisasi Kesehatan Dunia (WHO).

Kebijakan publik mengacu kepada kebijakan pemerintah. Sebagai contoh: Thomas Dye (1978) menyatakan bahwa kebijakan umum adalah segala sesuatu

yang dipilih oleh pemerintah untuk dilaksanakan atau tidak. Oleh sebab itu, dan sudut pandangan Dye, kebijakan publik itu menyangkut pilihan-pilihan apapun yang dilakukan oleh pemerintah, baik untuk melakukan ataupun untuk tidak berbuat sesuatu. Selanjutnya Ia berpendapat bahwa kegagalan untuk membuat keputusan atau bertindak atas suatu permasalahan juga merupakan suatu kebijakan. Misal: pemerintah Amerika terus menerus memutuskan untuk tidak menetapkan layanan kesehatan universal, tetapi mengandalkan program market-plus untuk warga sangat miskin dan lansia 65 th keatas, guna memenuhi kebutuhan kesehatan masyarakatnya. Ketika mempertimbangkan contoh-contoh dalam kebijakan publik, pembaca harus mempertimbangkan pula pernyataan atau pendapat resmi yang dikeluarkan oleh suatu pemerintah atau departemen. Pernyataan atau pendapat tersebut dapat digunakan dalam pencapaian tujuan tertentu (melaksanakan program pelarangan bertukar jarum guna mengurangi resiko diantara pengguna obat) atau menyelesaikan suatu masalah memungut tarif untuk kendaraan guna mengurangi kepadatan lalu lintas di daerah perkotaan).

Kebijakan dapat mengacu kepada kebijakan kesehatan atau ekonomi yang disusun pemerintah dimana kebijakan tersebut digunakan sebagai batasan kegiatan atau suatu usulan tertentu. Kadang kebijakan disebut sebagai suatu program, misalnya: program kesehatan sekolah yang dicanangkan pemerintah dapat memiliki sejumlah kebijakan yang berbeda: menolak calon siswa sebelum mereka memperoleh vaksin imunisasi penyakit anak, menyelenggarakan pemeriksaan medis, mensubsidi makanan sekolah dan pendidikan kesehatan yang wajib disertakan dalam kurikulum. Program kesehatan sekolah tersebut menjadi kebijakan bagi anak usia sekolah. Dalam contoh ini, jelas bahwa kebijakan tidak hanya berpangkal pada satu keputusan saja tetapi meliputi sejumlah keputusan yang mengarah ke suatu arah tindakan yang luas sepanjang waktu. Keputusan atau tindakan ini dapat disengaja atau tidak sengaja terdefinisi atau dianggap sebagai kebijakan.

2.2. Aktor Dalam Kebijakan Kesehatan

Aktor dalam kebijakan kesehatan, menyangkut tentang peran mereka dalam mempertimbangkan isi kebijakan, proses penyusunan kebijakan dan bagaimana kekuatan digunakan dalam kebijakan kesehatan. Hal tersebut mengarah ke pemaparan peran Negara secara nasional dan internasional, serta kelompok-kelompok yang membentuk masyarakat social secara nasional dan global, memahami bagaimana mereka berinteraksi dan mempengaruhi kebijakan kesehatan. Juga berarti pemahaman terhadap proses dimana pengaruh-pengaruh tersebut diolah (contoh: dalam penyusunan kebijakan) dan konteks dimana para pelaku dan proses yang berbeda saling berinteraksi. Kerangka ini (Gambar 2.1) berfokus pada isi, konteks, proses dan pelaku. Kerangka tersebut digunakan dalam kajian ini karena membantu dalam mengeksplorasi secara sistematis bidang politik yang terabaikan dalam kebijakan kesehatan dan kerangka tersebut dapat diterapkan dinegara dengan penghasilan rendah, menengah dan tinggi.

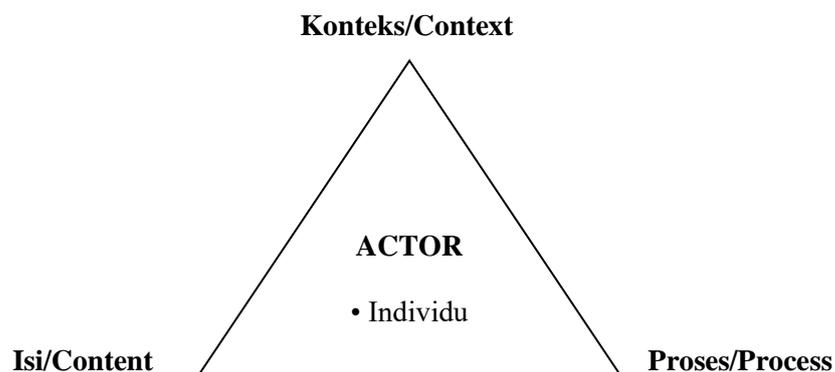
Segitiga kebijakan kesehatan merupakan suatu pendekatan yang sudah sangat disederhanakan untuk suatu tatanan hubungan yang kompleks, dan segitiga ini menunjukkan kesan bahwa ke-empat faktor dapat dipertimbangkan secara terpisah. Pada kenyataannya, para pelaku dapat dipengaruhi (sebagai seorang individu atau seorang anggota suatu kelompok atau organisasi) dalam konteks dimana mereka tinggal dan bekerja; konteks dipengaruhi oleh banyak faktor, seperti: ketidak-stabilan atau ideologi, dalam hal sejarah dan budaya; serta proses penyusunan kebijakan – bagaimana isu dapat menjadi suatu agenda kebijakan, dan bagaimana isu tersebut dapat berharga – dipengaruhi oleh pelaksana, kedudukan mereka dalam struktur kekuatan, norma dan harapan mereka sendiri. Dan isi dari kebijakan menunjukan sebagian atau seluruh bagian ini. Jadi, segitiga tersebut tidak hanya membantu dalam berpikir sistematis tentang pelaku-pelaku yang berbeda yang mungkin mempengaruhi kebijakan.

Dalam Gambar 2.1, pelaku berada ditengah kerangka kebijakan kesehatan. Pelaku dapat digunakan untuk menunjuk individu (seorang negarawan – Nelson

Mandela, mantan Presiden Afrika Selatan, misal), organisasi seperti World bank atau perusahaan multi-nasional seperti Shell, atau bahkan suatu Negara atau pemerintahan. Namun, penting untuk dipahami bahwa itu semua adalah penyederhanaan. Individu tidak dapat dipisahkan dari organisasi dimana mereka bekerja dan setiap organisasi atau kelompok dibangun dari sejumlah orang yang berbeda, yang tidak semuanya menyuarakan hal yang sama, yang masing-masing memiliki norma dan kepercayaan yang berbeda.

Ketiga aktor tersebut memiliki pengaruh yang berbeda. Sebagai contoh: ada banyak cara untuk menggambarkan kelompok-kelompok diluar daerah. Dalam hubungan internasional, ada kebiasaan untuk membicarakan pelaku-pelaku non-pemerintah. Ilmuwan politik menganggapnya sebagai kelompok yang berkepentingan dan kelompok yang menekan. Dalam perkembangan literatur, kelompok-kelompok ini sering disebut organisasi sosial masyarakat (organisasi yang berdiri diantara pemerintah dan individu/keluarga). Yang membedakan dari pelaku pemerintah adalah mereka tidak mencari kekuatan politik yang formal untuk diri mereka sendiri, meskipun mereka benar-benar ingin mempengaruhi mereka yang memiliki kekuasaan politik secara formal.

Gambar 2.1 Segitiga Analisis Kebijakan



Sumber: Walt and Gilson (1994)

Terkadang sejumlah kelompok yang berbeda berkumpul untuk menunjukkan sikap mereka terhadap isu tertentu – disebut sebagai gerakan sosial atau gerakan masyarakat. Sebagai contoh, gerakan yang dilakukan oleh kelompok-kelompok yang berbeda di tahun 1980an membuat perubahan politik dalam rezim sosialis di Eropa Timur. Banyak gerakan social yang berjuang untuk kemerdekaan, otonomi atau melawan rezim politik tertentu (gerakan Zapatista di Provinsi Chiapas, Mexico, adalah bagian dari suatu gerakan diseluruh Amerika Latin untuk mempertahankan hak penduduk asli). Para pelaku ini berusaha untuk mempengaruhi proses politik ditingkat lokal, nasional, atau internasional. Seringkali mereka merupakan bagian jaringan yang sering disebut sebagai partner, untuk mengkonsultasikan dan memutuskan kebijakan diseluruh tingkatan ini. Di tingkat lokal, sebagai contoh, pekerja kesehatan masyarakat dapat bekerja dengan pegawai lingkungan, guru sekolah setempat, dan bahkan perusahaan setempat. Dalam sisi spektrum yang lain, para pelaku ini dapat pula dihubungkan dengan pelaku lain antar daerah, sebagai contoh, mereka bisa menjadi anggota jaringan kerja antar pemerintahan (yakni: pejabat pemerintahan dalam satu departemen dari pemerintahan suatu negara, mengambil pelajaran dari pilihan-pilihan yang diambil oleh pejabat pemerintahan dari satu Negara yang lain); atau mereka bisa saja menjadi bagian dari komunitas kebijakan – jaringan professional yang saling bertemu dalam forum ilmiah atau bekerja sama dalam proyek penelitian. Yang lain mungkin membentuk jaringan isu – bertindak bersama dalam satu isu tertentu.

Untuk memahami seberapa besar pengaruh para pelaku tersebut dalam proses kebijakan berarti pula memahami konsep kekuasaan, dan bagaimana kekuasaan tersebut digunakan. Para pelaku mungkin berusaha untuk mempengaruhi kebijakan, tetapi sampai dimana pengaruh tersebut tergantung pada bagaimana mereka memandang kekuasaan tersebut. Kekuasaan dapat dikategorikan berdasarkan kekayaan pribadi, kepribadian, tingkat atau akses kepada ilmu pengetahuan, atau kewenangan, tetapi hal tersebut sangat berhubungan dengan organisasi dan struktur (termasuk jaringan kerja) dimana

para pelaku individu ini bekerja dan tinggal. Ahli sosiologi dan ilmu politik membahas hubungan diantara lembaga dan struktur dengan mengedepankan pengertian bahwa kekuasaan para pelaku (pejabat) terikat dalam stuktur organisasi mereka sendiri.

2.3. Negara dan Sektor Swasta Dalam Kebijakan Kesehatan

Dua pelaku paling penting dalam kebijakan kesehatan yaitu negara dan sektor swasta yang berorientasi keuntungan. walaupun demikian di beberapa situasi pelaku-pelaku lain bisa berperan penting. Perubahan peran negara dalam kebijakan kesehatan, dari pola sentralisasi menjadi peran regulatory. Sampai awal 1980an, pemerintah mempunyai tempat utama dalam pendanaan pelayanan kesehatan di sebagian besar negara. Sebagai tambahan, negara memegang peranan utama dalam mengalokasikan sumber daya-sumber daya untuk prioritas-prioritas kesehatan yang berkompetisi dan dalam mengatur cakupan kegiatan kesehatan. Satu contoh: pikirkan peranan yang mungkin dimiliki negara dengan regulasi layanan antar perawatan kesehatan. Mills and Ranson (2005) telah mengidentifikasi mekanisme regulasi yang sudah diterapkan oleh negara dengan pendapatan rendah dan menengah. Untuk mengatur jumlah dan distribusi pelayanan, negara telah:

- Memberi perijinan para penyedia jasa (di semua negara) dan fasilitas-fasilitas (sangat umum bagi RS-RS)
- Mengendalikan pada jumlah dan besarnya sekolah medis (umum), mengatur jumlah dokter yang berpraktek di daerah tertentu dan membatasi penggunaan teknologi tinggi (sedang dipertimbangkan di Thailand dan Malaysia)
- Menyediakan insentif untuk praktek di daerah terpencil (dibanyak negara, hal ini untuk para dokter)

Untuk mengatur tarif pelayanan, pemerintah melakukan tindakan seperti:

- Merundingkan skala gaji (Zimbabwe dan Argentina)
- Menetapkan besar tarif (Afrika Selatan)
- Merundingkan besarnya pembayaran (pada banyak skema asuransi sosial)

Untuk mengatur kualitas pelayanan kesehatan, pemerintah telah:

- Memberi ijin para praktisi kesehatan
- Mendaftar fasilitas-fasilitas kesehatan
- Mengendalikan jenis pelayanan yang disediakan
- Mensyaratkan para penyedia jasa untuk membuat prosedur penanganan keluhan
- Mensyaratkan adanya informasi untuk mengawasi kualitas
- Mengendalikan pelatihan kurikulum
- Menetapkan syarat-syarat untuk melanjutkan pendidikan
- Memperkenalkan akreditasi untuk fasilitas kesehatan

Sebagai tambahan pada pendanaan, pengawasan dan regulasi pelayanan kesehatan, sebagian besar negara-negara mempunyai fungsi-fungsi kesehatan publik, sebagai berikut:

- Menjamin kualitas air dan keamanan makanan
- Melaksanakan karantina pengawasan negara dan batas untuk menghentikan penyebaran penyakit menular
- Meregulasi jalan dan tempat kerja untuk mengurangi cedera akibat kecelakaan
- Membuat undang-undang, dengan target mengurangi polusi lingkungan dan suara
- Menetapkan standar untuk pemberian label makanan, kadar timah pada bensin, serta kadar tar dan nikotin pada rokok
- Meregulasi dan memberi perijinan industri-industri dan memaksa mereka untuk menggunakan teknologi berbasis kesehatan masyarakat
- Menambah klorine pada air minum.

Sektor swasta terlibat dalam kebijakan kesehatan, karena pemerintah memberikan ruang untuk terlibat dalam mengelola kesehatan terutama di era

governance. Sektor swasta mengembangkan kebijakan kesehatan – apakah menetapkan peraturan yang keras bagi para pekerjanya (contoh: cuti sakit) atau asosiasi industri membuat kebijakan untuk para anggotanya (contoh: sehubungan dengan polusi lingkungan). Hal ini adalah salah satu cara sektor swasta terlibat dalam kebijakan kesehatan, melalui *Self Regulation*.

Dua tipe *self-regulation* ini. Pertama, usaha-usaha yang dibuat untuk mengatur apa yang disebut standar pasar swasta dan kedua, peraturan untuk ‘standar sosial’. Dalam hal standar pasar, bagian-bagian dari produk, proses dan praktek bisnis menjadi bahan bagi *self-regulation* yang bertujuan memfasilitasi perdagangan. Standar umum membantu bisnis dengan mengurangi biaya transaksi, memastikan kesesuaian dan menciptakan kompetisi yang adil bagi semua perusahaan yang ada di pasar.

Self-regulation melalui standar sosial biasanya dilakukan karena kenaikan tingkat kekhawatiran oleh konsumen, pemegang saham, atau karena ancaman yang ditimbulkan oleh peraturan publik yang mungkin lebih berat. Inisiatif meliputi tanggung jawab sosial perusahaan, peraturan sukarela dan pelaporan inisiatif, dan beberapa program amal perusahaan. Inisiatif ini sering berpengaruh pada masalah-masalah sosial yang sudah menjadi bahan untuk (sering tidak efektif) undang-undang.

2.4. Konsep dan Sistem Perlindungan Sosial bagi Keluarga Miskin

Sejak tahun 1998, pemerintah telah membiayai pemeliharaan kesehatan dengan memprioritaskan bagi keluarga miskin (Gakin), yaitu melalui program jaminan pemeliharaan kesehatan keluarga miskin (JPK-Gakin). Cakupan JPK-Gakin meliputi pelayanan kesehatan dasar, yang kemudian diperluas untuk pelayanan pencegahan dan pemberantasan penyakit menular (khususnya malaria, diare, dan TB paru). Kemudian, pada akhir tahun 2001 Pemerintah menyalurkan dana subsidi bahan bakar minyak untuk pelayanan rumah sakit (RS) bagi keluarga miskin. Program ini diselenggarakan untuk mengatasi dampak krisis yaitu dengan

cara memberikan pelayanan kesehatan gratis bagi keluarga miskin melalui subsidi biaya operasional puskesmas, bidan di desa (BDD), gizi, posyandu, pemberantasan penyakit menular (P2M), dan rujukan rumah sakit.

Dengan perkembangan waktu, dan dalam rangka memelihara derajat kesehatan masyarakat dalam keterbatasan pembiayaan kesehatan sebagaimana diulas di atas, maka dirancang beberapa konsep dan sistem perlindungan dan jaminan sosial di bidang kesehatan (Sumber: Bahan Sidang Kabinet 6 Januari 2003 oleh Menteri Kesehatan), yaitu :

- a) Pembiayaan berbasis solidaritas sosial, dalam bentuk Jamkesnas. Jamkesnas adalah bentuk jaminan kesehatan prabayar yang bersifat wajib untuk seluruh masyarakat guna memenuhi kebutuhan kesehatan utama setiap warga negara. Pembiayaan Jamkesnas berasal dari iuran yang diperhitungkan sebagai persentase tertentu dari penghasilan setiap keluarga. Dalam hal ini, pekerja di sektor formal dan keluarganya akan lebih cepat dicakup karena kemudahan menghimpun iuran.
- b) Pembiayaan berbasis sukarela, dalam bentuk: asuransi kesehatan (askes) komersial – berdasarkan UU No. 2 Tahun 1992 tentang Usaha Perasuransian; dan Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat (JPKM) sukarela – berdasarkan UU No. 23 Tahun 1992 tentang Kesehatan dan Konstitusi WHO. Saat ini sedang diproses penerbitan PP untuk JPKM sukarela tersebut.
- c) Pembiayaan kesehatan bagi sektor informal, dalam bentuk: jaminan kesehatan mikro – dari oleh dan untuk masyarakat, misalnya dalam bentuk Dana Sehat; dan dana sosial masyarakat yang dihimpun untuk pelayanan sosial dasar, termasuk kesehatan, misalnya dihimpun dari dana sosial keagamaan dari semua agama (kolekte, dana paramitha, infaq, dll).
- d) Pembiayaan kesehatan bagi keluarga miskin dengan prinsip asuransi, dalam bentuk pembiayaan premi oleh pemerintah untuk JPK-Gakin. (Misalnya dengan memadukan dana Jaring Pengaman Sosial- Bidang Kesehatan (JPS-BK) dengan dana subsidi bahan bakar minyak agar

pemanfaatannya maksimal di berbagai tingkat pelayanan mulai dari pelayanan dasar hingga ke rujukan RS.)

Selain keempat bentuk di atas, terdapat suatu jaminan sosial di bidang kesehatan yaitu Asuransi Kesehatan yang diselenggarakan oleh PT Askes. Askes memberikan pelayanan kesehatan sesuai dengan ketentuan yang berlaku. Ruang lingkup pelayanan yang diberikan oleh Askes antara lain: konsultasi medis dan penyuluhan kesehatan, pemeriksaan dan pengobatan oleh dokter umum dan atau paramedis, serta pemeriksaan dan pengobatan gigi. Di luar bentuk pelayanan ini, Askes tidak menanggungnya.

Peserta asuransi kesehatan dapat dibedakan menjadi dua, yaitu peserta wajib, terdiri dari: pegawai negeri sipil (PNS) termasuk calon PNS, pejabat negara, dan penerima pensiun (PNS, TNI/POLRI, PNS di lingkungan TNI/POLRI, dan pejabat negara), Veteran dan Perintis Kemerdekaan, beserta keluarganya. Sedangkan jenis peserta lainnya adalah peserta sukarela, terdiri dari: pegawai swasta, BUMN/BUMD, perusahaan daerah, badan usaha lainnya, serta Dokter Pegawai Tidak Tetap (PTT) dan Bidan Pegawai Tidak Tetap (PTT).

Di satu sisi, masalah kesehatan masyarakat semakin kompleks, di sisi lain, upaya kesehatan yang diwujudkan pemerintah belum sepenuhnya memenuhi kebutuhan masyarakat. Sedangkan jaminan pemeliharaan kesehatan masyarakat diperkirakan bisa mengurangi beban masyarakat untuk mendapatkan pelayanan kesehatan yang bermutu. Pada kenyataannya belum semua masyarakat memahami keberadaan jaminan pemeliharaan kesehatan.

Hasil dari Sidang Tahunan MPR-RI tahun 2002, tentang kesehatan, berbunyi sebagai berikut:

- a) Mengupayakan peningkatan anggaran kesehatan secara bertahap sampai mencapai jumlah minimum sebesar 15% sesuai dengan kondisi keuangan negara dari APBN/APBD, sebagaimana ditetapkan WHO
- b) Melanjutkan program darurat pelayanan kesehatan dasar bagi keluarga miskin, rawan gizi, khususnya untuk bayi, balita, ibu hamil dan ibu nifas

- c) Mewujudkan sistem jaminan pemeliharaan kesehatan masyarakat
- d) Membangun pusat-pusat pemulihan trauma pasca konflik, terutama di daerah pengungsian.

2.5. Sasaran Program Kesehatan bagi Keluarga Miskin

Program kesehatan bagi masyarakat miskin dikenal dengan program Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas). Sasaran program Jamkesmas, baik yang dibiayai oleh Pemerintah Pusat maupun Pemerintah Daerah adalah “penduduk miskin”. Batasan penduduk miskin kalau sarikan oleh peneliti dari beberapa sumber adalah “penduduk yang memiliki kriteria diantaranya adalah penduduk yang kekurangan pangan dan gizi, keterbelakangan pendidikan, kriminalisme, pengangguran, prostitusi, dan masalah-masalah lain yang terkait yang kesemuanya diasumsikan para pakar bersumber dari rendahnya tingkat pendapatan penduduk”.

Sementara sebagian pakar merumuskan bahwa penyebab kemiskinan adalah: 1) karena oleh faktor-faktor adat atau budaya suatu daerah tertentu yang membelenggu seseorang atau sekelompok penduduk tertentu sehingga membuatnya tetap melekat dengan kemiskinan. Penyebab yang demikian dikenal dengan “kemiskinan cultural”; dan 2) akibat ketidakberdayaan seseorang atau sekelompok penduduk tertentu terhadap sistem atau tatanan sosial yang tidak adil, sehingga mereka berada pada posisi tawar yang sangat lemah dan tidak memiliki akses untuk mengembangkan dan membebaskan diri mereka sendiri dari perangkat kemiskinan atau dengan perkataan lain “seseorang atau sekelompok penduduk menjadi miskin karena mereka miskin”. Kemiskinan semacam ini sering disebut dengan “kemiskinan struktural”.

Pada sisi lain, kemiskinan dapat dibedakan menjadi dua kategori, yaitu: kemiskinan relatif (*relative poverty*) dan kemiskinan absolut (*absolute poverty*). Kemiskinan relatif merupakan kondisi miskin karena pengaruh kebijakan pembangunan yang belum mampu menjangkau seluruh lapisan masyarakat

sehingga menyebabkan ketimpangan distribusi pendapatan. Standar minimum disusun berdasarkan kondisi hidup suatu negara pada waktu tertentu dan perhatian terfokus pada golongan penduduk “*termiskin*”, misalnya 20 persen atau 40 persen lapisan terendah dari total penduduk yang telah diurutkan menurut pendapatan/pengeluaran. Dengan demikian, ukuran kemiskinan relatif sangat tergantung pada distribusi pendapatan/pengeluaran penduduk sehingga dengan menggunakan definisi ini berarti “*orang miskin selalu hadir bersama kita*”.

Kemiskinan absolut ditentukan berdasarkan ketidakmampuan untuk mencukupi kebutuhan pokok minimum seperti pangan, sandang, kesehatan, perumahan, dan pendidikan yang diperlukan untuk bisa hidup dan bekerja. Kebutuhan pokok minimum diterjemahkan sebagai ukuran finansial dalam bentuk uang. Nilai kebutuhan minimum kebutuhan dasar tersebut dikenal dengan istilah garis kemiskinan. Penduduk yang pendapatannya di bawah garis kemiskinan digolongkan sebagai penduduk miskin. Garis kemiskinan absolut mampu membandingkan kemiskinan secara umum. Garis kemiskinan absolut menjadi penting saat akan menilai efek dari kebijakan anti kemiskinan antar waktu, atau memperkirakan dampak dari suatu proyek terhadap kemiskinan.

BKKBN mendefinisikan miskin berdasarkan konsep/pendekatan kesejahteraan keluarga, yaitu dengan membagi kriteria keluarga ke dalam lima tahapan, yaitu keluarga prasejahtera (KPS), keluarga sejahtera I (KS-I), keluarga sejahtera II (KS-II), keluarga sejahtera III (KS-III), dan keluarga sejahtera III plus (KS-III Plus). Aspek keluarga sejahtera dikumpulkan dengan menggunakan 21 indikator sesuai dengan pemikiran para pakar sosiologi dalam membangun keluarga sejahtera dengan mengetahui faktor-faktor dominan yang menjadi kebutuhan setiap keluarga. Faktor-faktor dominan tersebut terdiri dari (1) pemenuhan kebutuhan dasar; (2) pemenuhan kebutuhan psikologi; (3) kebutuhan pengembangan; dan (4) kebutuhan aktualisasi diri dalam berkontribusi bagi masyarakat di lingkungannya. *Kelompok yang dikategorikan penduduk miskin oleh BKKBN adalah KPS dan KS-I.*

Keluarga prasejahtera adalah keluarga yang belum dapat memenuhi kebutuhan dasarnya secara minimal, seperti kebutuhan pokok (pangan), sandang, papan, kesehatan, dan pengajaran agama. Mereka yang dikategorikan sebagai KPS adalah keluarga yang tidak memenuhi salah satu dari 6 (enam) kriteria KS-I. Selanjutnya, KS-I adalah keluarga yang sudah dapat memenuhi kebutuhan yang sangat mendasar, tetapi belum dapat memenuhi kebutuhan yang lebih tinggi, yaitu satu atau lebih indikator pada tahapan KS-II. Untuk melihat perbandingan tingkatan dan criteria kemiskinan dapat dilihat pada tabel-1, berikut:

Tabel 2.1: Indikator Kriteria Keluarga Sejahtera Menurut BKKBN

No	Indikator Tahapan Keluarga Sejahtera	Klasifikasi
1	Makan dua kali sehari atau lebih	Kebutuhan Dasar (Basic Needs)
2	Memiliki pakaian yang berbeda	
3	Rumah yang ditempati mempunyai atap, lantai dan dinding yang baik	
4	Bila ada anggota keluarga yang sakit dibawa ke sarana kesehatan	
5	PUS ingin ber-KB ke sarana pelayanan kontrasepsi	
6	Semua anak umur 7-15 th dalam keluarga bersekolah	
7	Melaksanakan Ibadah agama dan kepercayaan masing-masing	Kebutuhan
8	Paling kurang sekali seminggu makan daging/ ikan/telur	Psikologi (Psychological Needs)
9	Memperoleh paling kurang satu stel pakaian baru dalam setahun	
10	Luas lantai rumah paling kurang 8m ² untuk setiap penghuni rumah	
11	Tiga bulan terakhir keluarga dalam keadaan sehat	
12	Ada anggota keluarga yang bekerja untuk memperoleh penghasilan	
13	Seluruh anggota keluarga umur 10-60 th bisa baca tulisan latin	
14	PUS dengan anak 2 atau lebih menggunakan alat kontrasepsi	Kebutuhan
15	Keluarga berupaya meningkatkan pengetahuan agama	

No	Indikator Tahapan Keluarga Sejahtera	Klasifikasi
16	Sebagian penghasilan keluarga ditabung dalam bentuk uang maupun barang	Pengembangan (<i>Developmental</i>)
17	Makan bersama paling kurang sekali seminggu untuk berkomunikasi	
18	Mengikuti kegiatan masyarakat	
19	Memperoleh informasi dari surat kabar, radio, TV, majalah	
20	Memberikan sumbangan materil secara teratur	Kebutuhan
21	Aktif sebagai pengurus Organisasi kemasyarakatan	Aktualisasi Diri

Menurut BPS, kemiskinan diukur menggunakan 16 indikator terpilih.

- a) Hanya sanggup makan satu/dua kali dalam sehari;
- b) Jenis lantai tempat tinggal terbuat dari tanah/bambu/kayu murahan;
- c) Jenis dinding tempat tinggal dari bambu/rumbia/kayu berkualitas rendah/tembok tanpa diplester;
- d) Jenis atap bangunan tempat tinggal terluas adalah sirap, genteng/seng/asbes kondisi jelek/kualitas rendah atau ijuk, rumbia;
- e) Tidak sanggup membayar biaya pengobatan dan puskesmas/poliklinik
Miskin
- f) Hanya mengkonsumsi daging/susu/ayam satu kali dalam seminggu;
- g) Hanya membeli satu stel pakaian baru dalam setahun;
- h) Luas bangunan tempat tinggal kurang dari 8m²;
- i) Sumber penghasilan kepala keluarga adalah petani dengan luas lahan 500 m², buruh tani, nelayan, buruh bangunan, buruh perkebunan dan atau pekerjaan lainnya dengan pendapatan di bawah Rp. 600.000,00 per bulan;
- j) Pendidikan tertinggi Kepala Keluarga: tidak bersekolah/tidak tamat SD/ hanya SD;

- k) Tidak memiliki fasilitas buang air besar/bersama-sama dengan rumah tangga lain;
- l) Sumber penerangan rumah tangga tidak menggunakan listrik;
- m) Sumber air minum berasal dari sumur/mata air tidak terlindung/sungai/air hujan;
- n) Bahan bakar untuk memasak sehari-hari adalah kayu bakar/arang/minyak tanah;
- o) Tidak memiliki tabungan/barang yang mudah dijual dengan nilai minimal Rp 500.000,00 seperti sepeda motor kredit/non kredit;
- p) Sering berhutang untuk memenuhi kebutuhan sehari-hari.

Berdasarkan ke-16 indikator tersebut, BPS melakukan survei dan menghitung jumlah rumah tangga, jumlah keluarga, dan jumlah penduduk. 16 indikator tersebut kemudian dibobot berdasarkan situasi dan kondisi budaya lokal setiap daerah. Hal ini dilakukan oleh BPS karena indikator yang dirasa paling berkontribusi menentukan tingkat kemiskinan bersifat heterogen dan tidak sama di setiap daerah, tergantung pada kondisi sosial, ekonomi, dan budaya lokal daerah tersebut. Berdasarkan pembobotan yang dilakukan, BPS mengklasifikasikan rumah tangga, keluarga, dan penduduk menjadi 3 kelompok, yakni: *sangat miskin, miskin, dan hampir miskin*. Sasaran program Jamkesmas meliputi rumah tangga/keluarga yang tergolong *sangat miskin, miskin, dan hampir miskin*.

Apabila membandingkan 16 indikator kemiskinan yang ditentukan BPS dan 21 indikator kriteria keluarga sejahtera menurut BKKBN (lihat tabel 1), dapat dirumuskan bahwa kedua instansi tersebut mengukur tingkat kemiskinan dalam suatu rumah tangga/keluarga berdasarkan pada faktor pemenuhan kebutuhan dasar manusia, dalam hal ini adalah kebutuhan akan pangan, sandang, dan papan. Selain itu, penghasilan dan kemampuan suatu rumah tangga/keluarga untuk mendapatkan pelayanan dasar seperti pendidikan dan kesehatan juga menjadi faktor yang sama-sama diukur untuk menentukan tingkat kemiskinan. Namun, jika mencermati lebih lanjut pada setiap indikator penentu tingkat kemiskinan di

kedua instansi tersebut, ditemukan perbedaan yang cukup mendasar, yaitu pada indikator yang digunakan dan ukuran-ukuran dari setiap indikator.

Persamaan dan perbedaan indikator dan ukuran yang digunakan dapat diamati lebih lanjut pada tabel 1 BPS tidak mengukur kebutuhan yang sifatnya tidak nyata seperti pengetahuan agama dan ketaatan dalam beribadah, selain itu BPS juga tidak mengukur keterlibatan/partisipasi seseorang di dalam suatu organisasi dan kehidupan sosial bermasyarakat sebagai bentuk aktualisasi diri sebagaimana yang dilakukan oleh BKKBN. Sementara itu, perbedaannya dengan BPS, BKKBN tidak mengukur indikator yang sebenarnya termasuk pada kebutuhan mendasar seperti kebutuhan akan air minum dan sanitasi, kebutuhan akan sumber penerangan, dan kebutuhan akan bahan bakar, padahal indikator tersebut sangat merefleksikan kondisi sosial dan ekonomi suatu masyarakat.

2.6. Implementasi Kebijakan Program Jaminan Kesehatan Masyarakat

Secara konsepsi implementasi Peraturan Daerah Provinsi Jawa Timur nomor 4 tahun 2008 tentang sistem jaminan kesehatan daerah di Jawa Timur dan Peraturan Gubernur Jawa Timur nomor 4 tahun 2009, tentang petunjuk pelaksanaan peraturan daerah Provinsi Jawa Timur nomor 4 tahun 2008 sebagai tindak lanjut dari peraturan perundangan tentang jaminan kesehatan masyarakat dari pemerintah pusat terutama dalam penentuan dan pengelolaan sharing dana antara Kabupaten/Kota dengan Provinsi, bukan merupakan proses yang mudah. Karenanya, proses semacam ini oleh Pressman dan Wildavsky diibaratkan sebagai *assembling process*, sehingga dalam prakteknya harus ada kinerja sinergis antara subsistem yang terkait, terutama kesinergisan hubungan antara: para birokrat, aktor kebijakan, keinginan dan karakteristik birokrat, komunikasi antar organisasi, dan masyarakat. Paling tidak harus melakukan aktivitas yang menurut Derthick sebagai "*bergaining activities inter-organization*".

Di dalam proses kebijakan, implementasi kebijakan adalah suatu tahap yang paling sulit untuk dilaksanakan. Bahkan dapat dikatakan tak ada satu kebijakan publik yang dapat diimplementasikan secara sempurna. Artinya, setiap implementasi kebijakan dilaksanakan, selalu ada hal-hal yang tidak dapat dijalankan meskipun sudah dirancang sedemikian rupa. Hal ini diakui oleh Eugene Bardach (1997:1). Dalam salah satu bukunya yang, menurut Charles O Jones dinilai sebagai, provokatif, yaitu “*The Implementation Games*”, Bardach (1997:3). menyatakan: “adalah cukup sulit untuk membuat sebuah kebijakan publik, yang kelihatannya bagus di atas kertas. Lebih sulit lagi merumuskannya dalam kata-kata dan slogan-slogan yang kedengarannya mengena bagi telinga para pemimpin dan para pemilih yang mendengarkannya. Tetapi itu belum seberapa, karena ternyata lebih sulit lagi untuk melaksanakannya dalam bentuk dan cara yang memuaskan semua orang termasuk mereka yang dianggap sebagai klien” Bagi Bardach, adanya kesulitan dalam program implementasi itulah maka para implementor dituntut untuk memahami skenario tertentu, yang olehnya disebut sebagai “*The Implementation Games*”.

Jones dalam Bardach (1997:294), menggaris bawahi pernyataan Bardach, bahwa implementasi kebijakan merupakan langkah yang paling sulit dalam proses kebijakan publik. Jika Bardach memunculkan bahwa adanya kesulitan dalam implementasi itu dikarenakan adanya kesulitan dalam “*mentransformasikan*” tujuan-tujuan kebijakan kepada proses pencapaian tujuan-tujuan tersebut. Maka bagi Jones, kesulitan itu dipandang sebagai adanya transformasi dari politik ke administrasi.

Untuk menyederhanakan implementasi kebijakan sebagaimana dimaksud ada dua pilihan langkah yang bisa ditempuh:, yakni: *pertama*, kebijakan diimplementasikan secara langsung melalui program-program dan *kedua*, melalui *derivate policy formulation* atau turunan dari kebijakan tersebut. Kedua cara ini sangat dimungkinkan dilaksanakan, terutama cara yang *kedua*, yaitu melalui turunan kebijakan, karena transformasi dari politik ke administrasi memang seringkali harus dilakukan dengan membuat kebijakan turunan. Dengan demikian

dapatlah dimengerti bahwa masalah yang paling penting dalam implementasi adalah berkaitan dengan proses pemindahan suatu kebijakan ke dalam kegiatan operasional dengan cara dan teknik tertentu.

Perlu disadari oleh pembuat dan pelaksana kebijakan bahwa kebijakan yang diformulasikan dengan baik (*good policy*), belum tentu berhasil untuk diimplementasikan. Sebagai salah satu argument yang dapat menjelaskan sulitnya proses implementasi, seperti dikatakan oleh Van Meter dan Van Horn (1975) yang dikutip oleh Abdul Wahab (1997) merumuskan bahwa proses implementasi ini sebagai “*those actions by public or private individuals (or groups) that are directed at the achievement of objectives set forth in prior policy decisions*” (tindakan-tindakan yang dilakukan baik oleh individu-individu/pejabat-pejabat atau kelompok-kelompok pemerintah atau swasta yang diarahkan pada tercapainya tujuan-tujuan yang telah digariskan dalam keputusan kebijaksanaan).

Pandangan Mazmanian dan Sabatier (1979), sebagaimana yang dikutip oleh Abdul Wahab (1997) menjelaskan makna implementasi, yang berusaha untuk “memahami apa yang senyatanya terjadi sesudah suatu program dinyatakan berlaku atau dirumuskan merupakan fokus perhatian implementasi kebijakan, yakni kejadian-kejadian dan kegiatan kegiatan yang timbul sesudah disahkannya pedoman-pedoman kebijakan negara, yang mencakup baik usaha-usaha untuk mengadministrasikan-nya maupun untuk menimbulkan akibat-akibat/dampak nyata pada masyarakat atau kejadian kejadian”.

Berdasarkan berbagai pandangan pemikiran tersebut, dapatlah dirumuskan bahwa dalam proses implementasi kebijakan, sesungguhnya tidak hanya menyangkut perilaku badan-badan administratif yang bertanggungjawab untuk melaksanakan program dan menimbulkan ketaatan pada diri kelompok sasaran (*target group*), melainkan pula menyangkut jaringan kekuatan-kekuatan politik, ekonomi dan sosial yang langsung atau tidak langsung dapat mempengaruhi perilaku dari semua pihak yang terlibat, dan pada akhirnya berpengaruh terhadap dampak baik yang diharapkan (*intended*) maupun yang tidak diharapkan

(*unintended*). Dengan demikian implementasi kebijakan dimaksudkan untuk memahami apa yang terjadi setelah suatu program dirumuskan, serta dampak dari kebijakan itu. Implementasi kebijakan tidak hanya terkait dengan persoalan administratif, melainkan juga mengkaji faktor-faktor lingkungan yang berpengaruh terhadap proses implementasi kebijakan.

Beberapa faktor yang dianggap penting untuk menjadi perhatian dalam implementasi kebijakan menurut Grindle (1980) ditentukan oleh 2 faktor, yakni: *content of policy* dan *context of implementation*. Selain itu, yang penting untuk diperhatikan menurut Grindle adalah *outcome* atau dampak kebijakan (baik secara individu, kelompok dan organisasi) dan tingkat perubahan dan penerimaan akan adanya implementasi kebijakan.

Kebijakan apapun bentuknya sebenarnya mengandung resiko untuk gagal. Karenanya, Hoogwood dan Gunn (1986) dalam Solichin (1997), membagi pengertian kegagalan kebijakan (*policy failure*) ke dalam dua kategori yaitu *non-implementation* (tidak terimplementasikan) dan *unsuccesful implementation* (implementasi yang tidak berhasil). Tidak terimplementasikan mengandung arti bahwa suatu kebijakan tidak dilaksanakan sesuai dengan rencana, mungkin karena pihak-pihak yang terlibat di dalam pelaksanaannya tidak mau berkerjasama, atau mereka telah bekerja secara tidak efisien, bekerja setengah hati atau karena mereka tidak sepenuhnya menguasai permasalahan, atau permasalahan yang dibuat di luar jangkauan kekuasaannya, sehingga betapapun gigih usaha mereka, hambatan-hambatan yang ada tidak sanggup mereka tanggulangi. Akibatnya implementasi yang efektif sulit untuk dipenuhi.

Implementasi yang tidak berhasil terjadi manakala suatu kebijakan tertentu telah dilaksanakan sesuai dengan rencana, namun mengingat kondisi eksternal ternyata tidak menguntungkan (misalnya tiba-tiba terjadi peristiwa penggantian kekuasaan, bencana alam, dan sebagainya), kebijaksanaan tersebut tidak berhasil dalam mewujudkan dampak atau hasil akhir yang dikehendaki. Biasanya kebijakan yang memiliki resiko untuk gagal itu disebabkan oleh beberapa faktor

antara lain: pelaksanaannya jelek (*bad execution*), kebijakannya sendiri jelek (*bad policy*) atau kebijakan itu memang bernasib jelek (*bad luck*). (lihat Solichin, 1997)

Untuk dapat mengimplementasikan suatu kebijakan secara sempurna (*perfect implementation*) maka diperlukan beberapa kondisi atau persyaratan tertentu, yang menurut Hogwood dan Gunn, yang kutip Solichin (1997), sebagai berikut: [1) *The circumstances external to the implementing agency do not impose crippling constraints; 2) that adequate time and sufficient resources are made available to the programme; 3) that the required combination of resources is actually available; 4) that the policy to be implemented is based upon a valid theory of cause and effect; 5) that the relationship between cause and effect is direct and that there are few, if any, intervening links; 6) that dependency relationships are minimal; 7) that there is understanding of, and agreement on, objectives; 8) that tasks are fully specified in correct sequences; 9) that there is perfect communication and co-ordination; 10) that those in authority can demand and obtain perfect compliance*].

2.7. Metode Pendekatan Penelitian

2.7.1. Jenis Penelitian

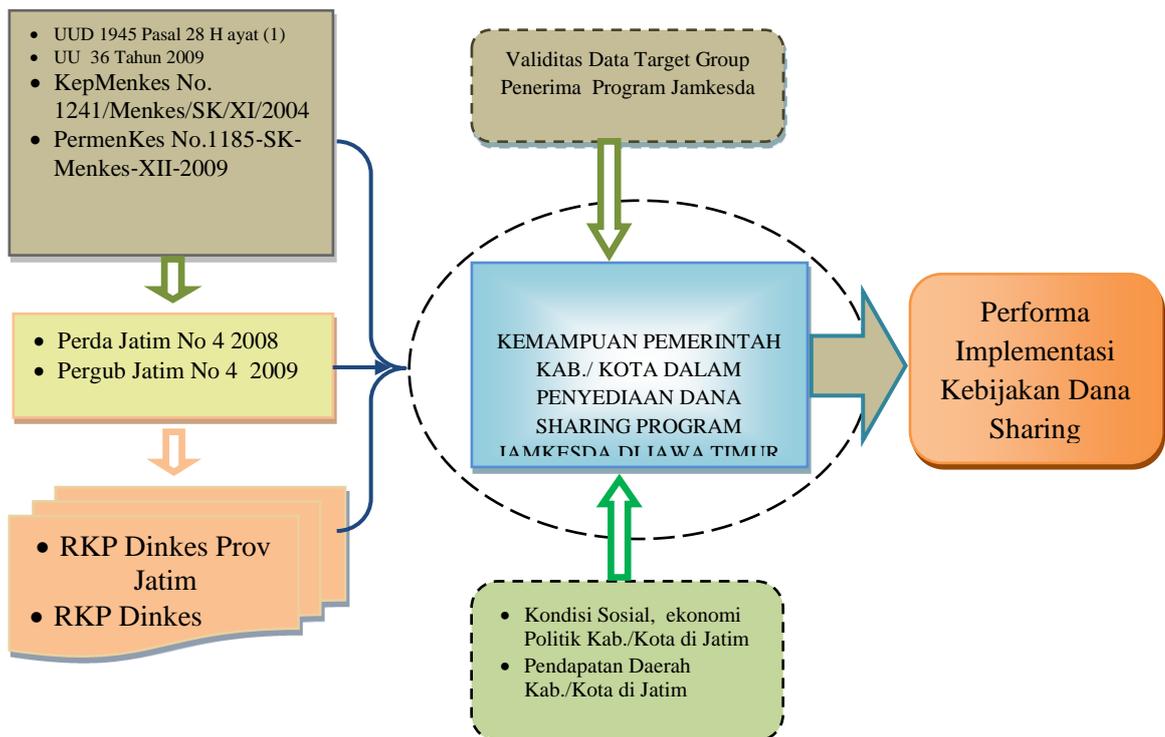
Penelitian ini tergolong penelitian deskriptif yang merupakan bagian dari penelitian kualitatif. Langkah yang ditempuh pada penelitian deskriptif, pada tahap awal peneliti lebih berkonsentrasi untuk mendeskripsikan fenomena, dan data faktual dilokasi penelitian dari data yang dikumpulkan. Lalu dari hasil analisis data yang dibantu dengan alat statistik deskriptif, diakhiri dengan pemberian makna serta memverifikasi data dan makna yang ada ke dalam suatu kategori-kategori tertentu dan merumuskan kategori ke dalam suatu rumusan hasil.

2.7.2. Alur Pendekatan Penelitian

Alur pendekatan dalam penelitian ini mengilustrasikan tentang konsepsi pemikiran dan tahapan kegiatan dalam penelitian yang berjudul tentang analisis

kemampuan pemerintah daerah dalam penyediaan dana sharing program jaminan kesehatan daerah di Jawa Timur. Adapun alur pendekatan penelitian dalam penelitian ini seperti gambar 2.2., adalah sebagai berikut:

Gambar 2-2: Alur Pendekatan Penelitian



2.7.3. Lokus Penelitian

Lokus penelitian dalam Analisis Kemampuan Pemerintah Kabupaten/Kota dalam Penyediaan Dana Sharing Program Jamkesda Di Jawa Timur ditentukan sebagai berikut:

1. Dari 38 Kabupten/Kota di Jawa Timur diambil 6 Kabupaten/Kota di Jawa Timur yang mewakili karekteristik sosial budaya di Jawa Timur. Perbedaan karakteristik sosial dan budaya tersebut diharapkan dapat

mendiskripsikan kondisi sosial dan budaya yang sebenarnya serta diasumsikan cukup untuk mendiskripsikan kondisi sosial dan budaya di Jawa Timur;

2. Ke-6 Kabupaten/Kota yang dimaksud adalah: Kabupaten Pamekasan mewakili kelompok Madura, Kabupaten Madiun mewakili kelompok Mataraman, Kabupaten Tuban mewakili wilayah Pesisir Utara, Kabupaten Trenggalek, mewakili wilayah Pesisir Selatan, Kabupaten Malang mewakili Kelompok Arek, dan Kabupaten Jember mewakili kelompok Pendalungan;
3. Penentuan ke-6 Kabupaten/Kota sebagai lokus penelitian tersebut selain didasarkan atas karakteristik masing-masing Kabupaten/Kota juga ditentukan atas pertimbangan kondisi riil penyiapan dana Jamkesda berdasarkan serta problematika di masing-masing Kabupaten/Kota dalam pengeloaan dana Jamdesda.

2.7.4. Sumber dan Kebutuhan Data

Teknik pengumpulan data penelitian, meliputi data sekunder dan primer. Data sekunder dilakukan dengan pendekatan pengumpulan data documenter yang meliputi beberapa laporan dan literature dari instansi terkait dalam penyelenggaraan program Jamkesda. Sementara data primer diambil dengan melakukan wawancara pada pengelola dana Jamkesda di 6 Kabupaten/Kota. Data-data dimaksud adalah:

4. Data pendukung
 - 1) Jumlah penduduk miskin di 6 Kabupaten /Kota;
 - 2) Perkembangan program jaminan kesehatan masyarakat;
5. Data Utama
 - 1) Trend anggaran kesehatan yang dianggarkan oleh 6 Pemerintah Kabupaten/Kotadi APBD;

- 2) Kesesuaian antara dana sharing bidang kesehatan yang dianggarkan oleh 6 Pemerintah Kabupaten/Kota APBD dengan MoU yang disepakati antara Pemerintah Kabupaten/Kota dengan Pemerintah Provinsi; dan
- 3) Kesesuaian antara dana sharing bidang kesehatan yang dianggarkan oleh 6 Pemerintah Kabupaten/Kotadi APBD dengan jumlah penduduk miskin yang menjadi tanggungan program Jamkesda (data orang miskin yang ditetapkan dalam SK Bupati/Walikota);
- 4) Data perkembangan SPM yang dikeluarkan oleh 6 Pemerintah Kabupaten/Kota untuk mendapatkan pelayanan kesehatan di Rumah Sakit Provinsi;
- 5) Bagaimana cara pengelolaan dana Jamkesda sampai menjadi *surplus* anggaran dan digunakan untuk apa dengan surplus tersebut.
- 6) Data tentang berbagai kendala dalam mekanisme polling dana sharing penyelenggaraan Program Jamkesda di Jawa Timur.

2.7.5. Teknik Pengolahan dan Analisa Data

Teknik pengolahan dan analisa data penelitian, baik data primer maupun data sekunder hasil penelitian secara deskriptif. Pengolahan data dimaksudkan untuk mengolah data-data hasil penelitian yang telah terkumpul secara deskriptif, yang dilanjutkan kegiatan analisis data penelitian berdasarkan alat analisis deskriptif.

BAB II

KERANGKA PEMIKIRAN DAN METODE PENDEKATAN PENELITIAN

2.1. Kebijakan Bidang Kesehatan

Kebijakan bidang kesehatan, merupakan salah satu bagian dari kebijakan publik. Derbyshire dalam Wibawa (1994) memberikan batasan bahwa kebijakan

publik sebagai sekumpulan rencana kegiatan terhadap kondisi-kondisi sosial dan ekonomi.” Sedangkan Hofferbert dalam Wibawa (1994) membatasi kebijakan publik sebagai hasil-hasil keputusan yang diambil oleh pelaku-pelaku tertentu untuk tujuan publik.

Berdasarkan batasan tersebut, batasan *pertama* tidak menyebutkan siapa pelaku atau pengambil kebijakan publik itu. Akan tetapi, pada bagian lain Derbyshire menyebutkan bahwa kebijakan publik merupakan produk akhir setiap pemerintahan, dalam arti merupakan produk akhir antara eksekutif dengan wakil rakyat (legeslatif). Sedang batasan *kedua*, yang menyebut-nyebut adanya pelaku dalam suatu proses pembuatan kebijakan, belum secara jelas mencantumkan siapa / lembaga yang dianggapnya sebagai pelaku / aktor. Untuk menjawab pertanyaan itu, Hofferbert dalam Wibawa (1994) kemudian menuturkan bahwa kebijakan publik adalah setiap hubungan antara lembaga pemerintah dengan lingkungannya. Dengan demikian, kebijakan publik tidak selalu diwujudkan dalam bentuk pertanyaan-pertanyaan tertulis yang diumumkan (yang biasanya berupa peraturan) melainkan juga setiap pilihan tindakan pemerintah.

Hofferbert dalam Wibawa (1994) menawarkan dua buah cara untuk memahami suatu kebijakan publik. *Pertama*, mendekati suatu *policy* melalui substansinya (yakni rumusan-rumusan redaksi suatu kebijakan yang berisi tujuan-tujuan / *goals* apa yang hendak dicapai), dan *kedua*, membeberkan hasil maupun dampak dari kebijakan tersebut, baik hasil yang bersifat sementara maupun yang final. Berdasarkan pendapat-pendapat di atas, yang disebut kebijakan publik adalah serangkaian pilihan tindakan pemerintah (termasuk pilihan untuk tidak bertindak) guna menjawab tantangan-tantangan yang menyangkut kehidupan masyarakat.

Kalau dikaji dengan teliti berbagai definisi kebijakan publik yang muncul dalam pelbagai kepustakaan, paling tidak ada dua macam pandangan: *pertama*, para ahli yang mengidentikkan kebijakan publik dengan tindakan-tindakan yang dilakukan oleh pemerintah. Para ahli yang berpendapat demikian cenderung untuk

beranggapan bahwa semua tindakan yang dilakukan oleh pemerintah pada dasarnya dapat disebut sebagai kebijakan publik. Sehubungan dengan masalah ini seorang ahli analisis kebijakan, Parker (1975) telah berusaha menyajikan suatu daftar yang cukup lengkap mengenai pelbagai definisi kebijakan publik. Salah satu definisi itu menyebutkan bahwa kebijakan publik itu adalah suatu tujuan tertentu, atau serangkaian asas tertentu, atau tindakan yang dilaksanakan oleh pemerintah pada suatu waktu tertentu dalam kaitannya dengan sesuatu subjek atau sebagai respon terhadap suatu keadaan yang krisis (Parker, 1975).

Dalam praktek pemerintahan, kebijakan publik sering diartikan sebagai sejumlah keputusan yang dibuat oleh mereka yang bertanggung jawab dalam bidang kebijakan tertentu – bidang kesehatan, lingkungan, pendidikan atau perdagangan. Orang-orang yang menyusun kebijakan disebut dengan pembuat kebijakan. Kebijakan dapat disusun di semua tingkatan – pemerintah pusat atau daerah, perusahaan multinasional atau daerah, sekolah atau rumah sakit. Orang-orang ini kadang disebut pula sebagai elit kebijakan – satu kelompok khusus dari para pembuat kebijakan yang berkedudukan tinggi dalam suatu organisasi dan sering memiliki hubungan istimewa dengan para petinggi dari organisasi yang sama atau berbeda. Misal: elit kebijakan di pemerintahan dapat beranggotakan para menteri dalam kabinet, yang semuanya dapat berhubungan dan bertemu dengan para petinggi perusahaan multi nasional atau badan internasional, seperti Organisasi Kesehatan Dunia (WHO).

Kebijakan publik mengacu kepada kebijakan pemerintah. Sebagai contoh: Thomas Dye (1978) menyatakan bahwa kebijakan umum adalah segala sesuatu yang dipilih oleh pemerintah untuk dilaksanakan atau tidak. Oleh sebab itu, dan sudut pandangan Dye, kebijakan publik itu menyangkut pilihan-pilihan apapun yang dilakukan oleh pemerintah, baik untuk melakukan ataupun untuk tidak berbuat sesuatu. Selanjutnya Ia berpendapat bahwa kegagalan untuk membuat keputusan atau bertindak atas suatu permasalahan juga merupakan suatu kebijakan. Misal: pemerintah Amerika terus menerus memutuskan untuk tidak menetapkan layanan kesehatan universal, tetapi mengandalkan program market-

plus untuk warga sangat miskin dan lansia 65 th keatas, guna memenuhi kebutuhan kesehatan masyarakatnya. Ketika mempertimbangkan contoh-contoh dalam kebijakan publik, pembaca harus mempertimbangkan pula pernyataan atau pendapat resmi yang dikeluarkan oleh suatu pemerintah atau departemen. Pernyataan atau pendapat tersebut dapat digunakan dalam pencapaian tujuan tertentu (melaksanakan program pelarangan bertukar jarum guna mengurangi resiko diantara pengguna obat) atau menyelesaikan suatu masalah memungut tarif untuk kendaraan guna mengurangi kepadatan lalu lintas di daerah perkotaan).

Kebijakan dapat mengacu kepada kebijakan kesehatan atau ekonomi yang disusun pemerintah dimana kebijakan tersebut digunakan sebagai batasan kegiatan atau suatu usulan tertentu. Kadang kebijakan disebut sebagai suatu program, misalnya: program kesehatan sekolah yang dicanangkan pemerintah dapat memiliki sejumlah kebijakan yang berbeda: menolak calon siswa sebelum mereka memperoleh vaksin imunisasi penyakit anak, menyelenggarakan pemeriksaan medis, mensubsidi makanan sekolah dan pendidikan kesehatan yang wajib disertakan dalam kurikulum. Program kesehatan sekolah tersebut menjadi kebijakan bagi anak usia sekolah. Dalam contoh ini, jelas bahwa kebijakan tidak hanya berpangkal pada satu keputusan saja tetapi meliputi sejumlah keputusan yang mengarah ke suatu arah tindakan yang luas sepanjang waktu. Keputusan atau tindakan ini dapat disengaja atau tidak sengaja terdefinisi atau dianggap sebagai kebijakan.

2.2. Aktor Dalam Kebijakan Kesehatan

Aktor dalam kebijakan kesehatan, menyangkut tentang peran mereka dalam mempertimbangkan isi kebijakan, proses penyusunan kebijakan dan bagaimana kekuatan digunakan dalam kebijakan kesehatan. Hal tersebut mengarah ke pemaparan peran Negara secara nasional dan internasional, serta kelompok-kelompok yang membentuk masyarakat social secara nasional dan global, memahami bagaimana mereka berinteraksi dan mempengaruhi kabijakan

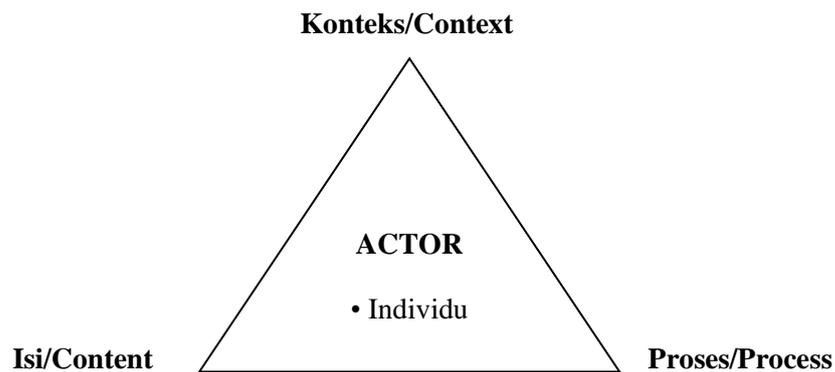
kesehatan. Juga berarti pemahaman terhadap proses dimana pengaruh-pengaruh tersebut diolah (contoh: dalam penyusunan kebijakan) dan konteks dimana para pelaku dan proses yang berbeda saling berinteraksi. Kerangka ini (Gambar 2.1) berfokus pada isi, konteks, proses dan pelaku. Kerangka tersebut digunakan dalam kajian ini karena membantu dalam mengeksplorasi secara sistematis bidang politik yang terabaikan dalam kebijakan kesehatan dan kerangka tersebut dapat diterapkan dinegara dengan penghasilan rendah, menengah dan tinggi.

Segitiga kebijakan kesehatan merupakan suatu pendekatan yang sudah sangat disederhanakan untuk suatu tatanan hubungan yang kompleks, dan segitiga ini menunjukkan kesan bahwa ke-empat faktor dapat dipertimbangkan secara terpisah. Pada kenyataannya, para pelaku dapat dipengaruhi (sebagai seorang individu atau seorang anggota suatu kelompok atau organisasi) dalam konteks dimana mereka tinggal dan bekerja; konteks dipengaruhi oleh banyak faktor, seperti: ketidak-stabilan atau ideologi, dalam hal sejarah dan budaya; serta proses penyusunan kebijakan – bagaimana isu dapat menjadi suatu agenda kebijakan, dan bagaimana isu tersebut dapat berharga – dipengaruhi oleh pelaksana, kedudukan mereka dalam struktur kekuatan, norma dan harapan mereka sendiri. Dan isi dari kebijakan menunjukkan sebagian atau seluruh bagian ini. Jadi, segitiga tersebut tidak hanya membantu dalam berpikir sistematis tentang pelaku-pelaku yang berbeda yang mungkin mempengaruhi kebijakan.

Dalam Gambar 2.1, pelaku berada ditengah kerangka kebijakan kesehatan. Pelaku dapat digunakan untuk menunjuk individu (seorang negarawan – Nelson Mandela, mantan Presiden Afrika Selatan, misal), organisasi seperti World bank atau perusahaan multi-nasional seperti Shell, atau bahkan suatu Negara atau pemerintahan. Namun, penting untuk dipahami bahwa itu semua adalah penyederhanaan. Individu tidak dapat dipisahkan dari organisasi dimana mereka bekerja dan setiap organisasi atau kelompok dibangun dari sejumlah orang yang berbeda, yang tidak semuanya menyuarakan hal yang sama, yang masing-masing memiliki norma dan kepercayaan yang berbeda.

Ketiga aktor tersebut memiliki pengaruh yang berbeda. Sebagai contoh: ada banyak cara untuk menggambarkan kelompok-kelompok diluar daerah. Dalam hubungan internasional, ada kebiasaan untuk membicarakan pelaku-pelaku non-pemerintah. Ilmuwan politik menganggapnya sebagai kelompok yang berkepentingan dan kelompok yang menekan. Dalam perkembangan literatur, kelompok-kelompok ini sering disebut organisasi sosial masyarakat (organisasi yang berdiri diantara pemerintah dan individu/keluarga). Yang membedakan dari pelaku pemerintah adalah mereka tidak mencari kekuatan politik yang formal untuk diri mereka sendiri, meskipun mereka benar-benar ingin mempengaruhi mereka yang memiliki kekuasaan politik secara formal.

Gambar 2.1 Segitiga Analisis Kebijakan



Sumber: Walt and Gilson (1994)

Terkadang sejumlah kelompok yang berbeda berkumpul untuk menunjukkan sikap mereka terhadap isu tertentu – disebut sebagai gerakan sosial atau gerakan masyarakat. Sebagai contoh, gerakan yang dilakukan oleh kelompok-kelompok yang berbeda di tahun 1980an membuat perubahan politik dalam rezim sosialis di Eropa Timur. Banyak gerakan social yang berjuang untuk kemerdekaan, otonomi atau melawan rezim politik tertentu (gerakan Zapatista di Provinsi Chiapas, Mexico, adalah bagian dari suatu gerakan diseluruh Amerika Latin untuk mempertahankan hak penduduk asli). Para pelaku ini berusaha untuk mempengaruhi proses politik ditingkat lokal, nasional, atau internasional.

Seringkali mereka merupakan bagian jaringan yang sering disebut sebagai partner, untuk mengkonsultasikan dan memutuskan kebijakan diseluruh tingkatan ini. Di tingkat lokal, sebagai contoh, pekerja kesehatan masyarakat dapat bekerja dengan pegawai lingkungan, guru sekolah setempat, dan bahkan perusahaan setempat. Dalam sisi spektrum yang lain, para pelaku ini dapat pula dihubungkan dengan pelaku lain antar daerah, sebagai contoh, mereka bisa menjadi anggota jaringan kerja antar pemerintahan (yakni: pejabat pemerintahan dalam satu departemen dari pemerintahan suatu negara, mengambil pelajaran dari pilihan-pilihan yang diambil oleh pejabat pemerintahan dari satu Negara yang lain); atau mereka bisa saja menjadi bagian dari komunitas kebijakan – jaringan professional yang saling bertemu dalam forum ilmiah atau bekerja sama dalam proyek penelitian. Yang lain mungkin membentuk jaringan isu – bertindak bersama dalam satu isu tertentu.

Untuk memahami seberapa besar pengaruh para pelaku tersebut dalam proses kebijakan berarti pula memahami konsep kekuasaan, dan bagaimana kekuasaan tersebut digunakan. Para pelaku mungkin berusaha untuk mempengaruhi kebijakan, tetapi sampai dimana pengaruh tersebut tergantung pada bagaimana mereka memandang kekuasaan tersebut. Kekuasaan dapat dikategorikan berdasarkan kekayaan pribadi, kepribadian, tingkat atau akses kepada ilmu pengetahuan, atau kewenangan, tetapi hal tersebut sangat berhubungan dengan organisasi dan struktur (termasuk jaringan kerja) dimana para pelaku individu ini bekerja dan tinggal. Ahli sosiologi dan ilmu politik membahas hubungan diantara lembaga dan struktur dengan mengedepankan pengertian bahwa kekuasaan para pelaku (pejabat) terikat dalam stuktur organisasi mereka sendiri.

2.3. Negara dan Sektor Swasta Dalam Kebijakan Kesehatan

Dua pelaku paling penting dalam kebijakan kesehatan yaitu negara dan sektor swasta yang berorientasi keuntungan. walaupun demikian di beberapa

situasi pelaku-pelaku lain bisa berperan penting. Perubahan peran negara dalam kebijakan kesehatan, dari pola sentralisasi menjadi peran regulatory. Sampai awal 1980an, pemerintah mempunyai tempat utama dalam pendanaan pelayanan kesehatan di sebagian besar negara. Sebagai tambahan, negara memegang peranan utama dalam mengalokasikan sumber daya-sumber daya untuk prioritas-prioritas kesehatan yang berkompetisi dan dalam mengatur cakupan kegiatan kesehatan. Satu contoh: pikirkan peranan yang mungkin dimiliki negara dengan regulasi layanan antar perawatan kesehatan. Mills and Ranson (2005) telah mengidentifikasi mekanisme regulasi yang sudah diterapkan oleh negara dengan pendapatan rendah dan menengah. Untuk mengatur jumlah dan distribusi pelayanan, negara telah:

- Memberi perijinan para penyedia jasa (di semua negara) dan fasilitas-fasilitas (sangat umum bagi RS-RS)
- Mengendalikan pada jumlah dan besarnya sekolah medis (umum), mengatur jumlah dokter yang berpraktek di daerah tertentu dan membatasi penggunaan teknologi tinggi (sedang dipertimbangkan di Thailand dan Malaysia)
- Menyediakan insentif untuk praktek di daerah terpencil (dibanyak negara, hal ini untuk para dokter)

Untuk mengatur tarif pelayanan, pemerintah melakukan tindakan seperti:

- Merundingkan skala gaji (Zimbabwe dan Argentina)
- Menetapkan besar tarif (Afrika Selatan)
- Merundingkan besarnya pembayaran (pada banyak skema asuransi sosial)

Untuk mengatur kualitas pelayanan kesehatan, pemerintah telah:

- Memberi ijin para praktisi kesehatan
- Mendaftar fasilitas-fasilitas kesehatan
- Mengendalikan jenis pelayanan yang disediakan
- Mensyaratkan para penyedia jasa untuk membuat prosedur penanganan keluhan

- Mensyaratkan adanya informasi untuk mengawasi kualitas
- Mengendalikan pelatihan kurikulum
- Menetapkan syarat-syarat untuk melanjutkan pendidikan
- Memperkenalkan akreditasi untuk fasilitas kesehatan

Sebagai tambahan pada pendanaan, pengawasan dan regulasi pelayanan kesehatan, sebagian besar negara-negara mempunyai fungsi-fungsi kesehatan publik, sebagai berikut:

- Menjamin kualitas air dan keamanan makanan
- Melaksanakan karantina pengawasan negara dan batas untuk menghentikan penyebaran penyakit menular
- Meregulasi jalan dan tempat kerja untuk mengurangi cedera akibat kecelakaan
- Membuat undang-undang, dengan target mengurangi polusi lingkungan dan suara
- Menetapkan standar untuk pemberian label makanan, kadar timah pada bensin, serta kadar tar dan nikotin pada rokok
- Meregulasi dan memberi perijinan industri-industri dan memaksa mereka untuk menggunakan teknologi berbasis kesehatan masyarakat
- Menambah klorine pada air minum.

Sektor swasta terlibat dalam kebijakan kesehatan, karena pemerintah memberikan ruang untuk terlibat dalam mengelola kesehatan terutama di era governance. Sektor swasta mengembangkan kebijakan kesehatan – apakah menetapkan peraturan yang keras bagi para pekerjanya (contoh: cuti sakit) atau asosiasi industri membuat kebijakan untuk para anggotanya (contoh: sehubungan dengan polusi lingkungan). Hal ini adalah salah satu cara sektor swasta terlibat dalam kebijakan kesehatan, melalui *Self Regulation*.

Dua tipe *self-regulation* ini. Pertama, usaha-usaha yang dibuat untuk mengatur apa yang disebut standar pasar swasta dan kedua, peraturan untuk ‘standar sosial’. Dalam hal standar pasar, bagian-bagian dari produk, proses dan praktek bisnis menjadi bahan bagi *self-regulation* yang bertujuan memfasilitasi

perdagangan. Standar umum membantu bisnis dengan mengurangi biaya transaksi, memastikan kesesuaian dan menciptakan kompetisi yang adil bagi semua perusahaan yang ada di pasar.

Self-regulation melalui standar sosial biasanya dilakukan karena kenaikan tingkat kekhawatiran oleh konsumen, pemegang saham, atau karena ancaman yang ditimbulkan oleh peraturan publik yang mungkin lebih berat. Inisiatif meliputi tanggung jawab sosial perusahaan, peraturan sukarela dan pelaporan inisiatif, dan beberapa program amal perusahaan. Inisiatif ini sering berpengaruh pada masalah-masalah sosial yang sudah menjadi bahan untuk (sering tidak efektif) undang-undang.

2.4. Konsep dan Sistem Perlindungan Sosial bagi Keluarga Miskin

Sejak tahun 1998, pemerintah telah membiayai pemeliharaan kesehatan dengan memprioritaskan bagi keluarga miskin (Gakin), yaitu melalui program jaminan pemeliharaan kesehatan keluarga miskin (JPK-Gakin). Cakupan JPK-Gakin meliputi pelayanan kesehatan dasar, yang kemudian diperluas untuk pelayanan pencegahan dan pemberantasan penyakit menular (khususnya malaria, diare, dan TB paru). Kemudian, pada akhir tahun 2001 Pemerintah menyalurkan dana subsidi bahan bakar minyak untuk pelayanan rumah sakit (RS) bagi keluarga miskin. Program ini diselenggarakan untuk mengatasi dampak krisis yaitu dengan cara memberikan pelayanan kesehatan gratis bagi keluarga miskin melalui subsidi biaya operasional puskesmas, bidan di desa (BDD), gizi, posyandu, pemberantasan penyakit menular (P2M), dan rujukan rumah sakit.

Dengan perkembangan waktu, dan dalam rangka memelihara derajat kesehatan masyarakat dalam keterbatasan pembiayaan kesehatan sebagaimana diulas di atas, maka dirancang beberapa konsep dan sistem perlindungan dan jaminan sosial di bidang kesehatan (Sumber: Bahan Sidang Kabinet 6 Januari 2003 oleh Menteri Kesehatan), yaitu :

- e) Pembiayaan berbasis solidaritas sosial, dalam bentuk Jamkesnas. Jamkesnas adalah bentuk jaminan kesehatan prabayar yang bersifat wajib untuk seluruh masyarakat guna memenuhi kebutuhan kesehatan utama setiap warga negara. Pembiayaan Jamkesnas berasal dari iuran yang diperhitungkan sebagai persentase tertentu dari penghasilan setiap keluarga. Dalam hal ini, pekerja di sektor formal dan keluarganya akan lebih cepat dicakup karena kemudahan menghimpun iuran.
- f) Pembiayaan berbasis sukarela, dalam bentuk: asuransi kesehatan (askes) komersial – berdasarkan UU No. 2 Tahun 1992 tentang Usaha Perasuransian; dan Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat (JPKM) sukarela – berdasarkan UU No. 23 Tahun 1992 tentang Kesehatan dan Konstitusi WHO. Saat ini sedang diproses penerbitan PP untuk JPKM sukarela tersebut.
- g) Pembiayaan kesehatan bagi sektor informal, dalam bentuk: jaminan kesehatan mikro – dari oleh dan untuk masyarakat, misalnya dalam bentuk Dana Sehat; dan dana sosial masyarakat yang dihimpun untuk pelayanan sosial dasar, termasuk kesehatan, misalnya dihimpun dari dana sosial keagamaan dari semua agama (kolekte, dana paramitha, infaq, dll).
- h) Pembiayaan kesehatan bagi keluarga miskin dengan prinsip asuransi, dalam bentuk pembiayaan premi oleh pemerintah untuk JPK-Gakin. (Misalnya dengan memadukan dana Jaring Pengaman Sosial- Bidang Kesehatan (JPS-BK) dengan dana subsidi bahan bakar minyak agar pemanfaatannya maksimal di berbagai tingkat pelayanan mulai dari pelayanan dasar hingga ke rujukan RS.)

Selain keempat bentuk di atas, terdapat suatu jaminan sosial di bidang kesehatan yaitu Asuransi Kesehatan yang diselenggarakan oleh PT Askes. Askes memberikan pelayanan kesehatan sesuai dengan ketentuan yang berlaku. Ruang lingkup pelayanan yang diberikan oleh Askes antara lain: konsultasi medis dan penyuluhan kesehatan, pemeriksaan dan pengobatan oleh dokter umum dan atau paramedis, serta pemeriksaan dan pengobatan gigi. Di luar bentuk pelayanan ini, Askes tidak menanggungnya.

Peserta asuransi kesehatan dapat dibedakan menjadi dua, yaitu peserta wajib, terdiri dari: pegawai negeri sipil (PNS) termasuk calon PNS, pejabat negara, dan penerima pensiun (PNS, TNI/POLRI, PNS di lingkungan TNI/POLRI, dan pejabat negara), Veteran dan Perintis Kemerdekaan, beserta keluarganya. Sedangkan jenis peserta lainnya adalah peserta sukarela, terdiri dari: pegawai swasta, BUMN/BUMD, perusahaan daerah, badan usaha lainnya, serta Dokter Pegawai Tidak Tetap (PTT) dan Bidan Pegawai Tidak Tetap (PTT).

Di satu sisi, masalah kesehatan masyarakat semakin kompleks, di sisi lain, upaya kesehatan yang diwujudkan pemerintah belum sepenuhnya memenuhi kebutuhan masyarakat. Sedangkan jaminan pemeliharaan kesehatan masyarakat diperkirakan bisa mengurangi beban masyarakat untuk mendapatkan pelayanan kesehatan yang bermutu. Pada kenyataannya belum semua masyarakat memahami keberadaan jaminan pemeliharaan kesehatan.

Hasil dari Sidang Tahunan MPR-RI tahun 2002, tentang kesehatan, berbunyi sebagai berikut:

- e) Mengupayakan peningkatan anggaran kesehatan secara bertahap sampai mencapai jumlah minimum sebesar 15% sesuai dengan kondisi keuangan negara dari APBN/APBD, sebagaimana ditetapkan WHO
- f) Melanjutkan program darurat pelayanan kesehatan dasar bagi keluarga miskin, rawan gizi, khususnya untuk bayi, balita, ibu hamil dan ibu nifas
- g) Mewujudkan sistem jaminan pemeliharaan kesehatan masyarakat
- h) Membangun pusat-pusat pemulihan trauma pasca konflik, terutama di daerah pengungsian.

2.5. Sasaran Program Kesehatan bagi Keluarga Miskin

Program kesehatan bagi masyarakat miskin dikenal dengan program Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas). Sasaran program Jamkesmas, baik yang dibiayai oleh Pemerintah Pusat maupun Pemerintah Daerah adalah

“penduduk miskin”. Batasan penduduk miskin kalau sarikan oleh peneliti dari beberapa sumber adalah “penduduk yang memiliki kriteria diantaranya adalah penduduk yang kekurangan pangan dan gizi, keterbelakangan pendidikan, kriminalisme, pengangguran, prostitusi, dan masalah-masalah lain yang terkait yang kesemuanya diasumsikan para pakar bersumber dari rendahnya tingkat pendapatan penduduk”.

Sementara sebagian pakar merumuskan bahwa penyebab kemiskinan adalah: 1) karena oleh faktor-faktor adat atau budaya suatu daerah tertentu yang membelenggu seseorang atau sekelompok penduduk tertentu sehingga membuatnya tetap melekat dengan kemiskinan. Penyebab yang demikian dikenal dengan “kemiskinan cultural”; dan 2) akibat ketidakberdayaan seseorang atau sekelompok penduduk tertentu terhadap sistem atau tatanan sosial yang tidak adil, sehingga mereka berada pada posisi tawar yang sangat lemah dan tidak memiliki akses untuk mengembangkan dan membebaskan diri mereka sendiri dari perangkap kemiskinan atau dengan perkataan lain “seseorang atau sekelompok penduduk menjadi miskin karena mereka miskin”. Kemiskinan semacam ini sering disebut dengan “kemiskinan struktural”.

Pada sisi lain, kemiskinan dapat dibedakan menjadi dua kategori, yaitu: kemiskinan relatif (*relative poverty*) dan kemiskinan absolut (*absolute poverty*). *Kemiskinan relatif* merupakan kondisi miskin karena pengaruh kebijakan pembangunan yang belum mampu menjangkau seluruh lapisan masyarakat sehingga menyebabkan ketimpangan distribusi pendapatan. Standar minimum disusun berdasarkan kondisi hidup suatu negara pada waktu tertentu dan perhatian terfokus pada golongan penduduk “termiskin”, misalnya 20 persen atau 40 persen lapisan terendah dari total penduduk yang telah diurutkan menurut pendapatan/pengeluaran. Dengan demikian, ukuran kemiskinan relatif sangat tergantung pada distribusi pendapatan/pengeluaran penduduk sehingga dengan menggunakan definisi ini berarti “orang miskin selalu hadir bersama kita”.

Kemiskinan absolut ditentukan berdasarkan ketidakmampuan untuk mencukupi kebutuhan pokok minimum seperti pangan, sandang, kesehatan, perumahan, dan pendidikan yang diperlukan untuk bisa hidup dan bekerja. Kebutuhan pokok minimum diterjemahkan sebagai ukuran finansial dalam bentuk uang. Nilai kebutuhan minimum kebutuhan dasar tersebut dikenal dengan istilah garis kemiskinan. Penduduk yang pendapatannya di bawah garis kemiskinan digolongkan sebagai penduduk miskin. Garis kemiskinan absolut mampu membandingkan kemiskinan secara umum. Garis kemiskinan absolut menjadi penting saat akan menilai efek dari kebijakan anti kemiskinan antar waktu, atau memperkirakan dampak dari suatu proyek terhadap kemiskinan.

BKKBN mendefinisikan miskin berdasarkan konsep/pendekatan kesejahteraan keluarga, yaitu dengan membagi kriteria keluarga ke dalam lima tahapan, yaitu keluarga prasejahtera (KPS), keluarga sejahtera I (KS-I), keluarga sejahtera II (KS-II), keluarga sejahtera III (KS-III), dan keluarga sejahtera III plus (KS-III Plus). Aspek keluarga sejahtera dikumpulkan dengan menggunakan 21 indikator sesuai dengan pemikiran para pakar sosiologi dalam membangun keluarga sejahtera dengan mengetahui faktor-faktor dominan yang menjadi kebutuhan setiap keluarga. Faktor-faktor dominan tersebut terdiri dari (1) pemenuhan kebutuhan dasar; (2) pemenuhan kebutuhan psikologi; (3) kebutuhan pengembangan; dan (4) kebutuhan aktualisasi diri dalam berkontribusi bagi masyarakat di lingkungannya. *Kelompok yang dikategorikan penduduk miskin oleh BKKBN adalah KPS dan KS-I.*

Keluarga prasejahtera adalah keluarga yang belum dapat memenuhi kebutuhan dasarnya secara minimal, seperti kebutuhan pokok (pangan), sandang, papan, kesehatan, dan pengajaran agama. Mereka yang dikategorikan sebagai KPS adalah keluarga yang tidak memenuhi salah satu dari 6 (enam) kriteria KS-I. Selanjutnya, KS-I adalah keluarga yang sudah dapat memenuhi kebutuhan yang sangat mendasar, tetapi belum dapat memenuhi kebutuhan yang lebih tinggi, yaitu satu atau lebih indikator pada tahapan KS-II. Untuk melihat perbandingan tingkatan dan criteria kemiskinan dapat dilihat pada tabel-1, berikut:

Tabel 2.1: Indikator Kriteria Keluarga Sejahtera Menurut BKKBN

No	Indikator Tahapan Keluarga Sejahtera	Klasifikasi
1	Makan dua kali sehari atau lebih	Kebutuhan Dasar (Basic Needs)
2	Memiliki pakaian yang berbeda	
3	Rumah yang ditempati mempunyai atap, lantai dan dinding yang baik	
4	Bila ada anggota keluarga yang sakit dibawa ke sarana kesehatan	
5	PUS ingin ber-KB ke sarana pelayanan kontrasepsi	
6	Semua anak umur 7-15 th dalam keluarga bersekolah	
7	Melaksanakan Ibadah agama dan kepercayaan masing-masing	Kebutuhan Psikologi
8	Paling kurang sekali seminggu makan daging/ ikan/telur	(Psychological Needs)
9	Memperoleh paling kurang satu stel pakaian baru dalam setahun	
10	Luas lantai rumah paling kurang 8m ² untuk setiap penghuni rumah	
11	Tiga bulan terakhir keluarga dalam keadaan sehat	
12	Ada anggota keluarga yang bekerja untuk memperoleh penghasilan	
13	Seluruh anggota keluarga umur 10-60 th bisa baca tulisan latin	
14	PUS dengan anak 2 atau lebih menggunakan alat kontrasepsi	Kebutuhan Pengembangan (Developmental Needs)
15	Keluarga berupaya meningkatkan pengetahuan agama	
16	Sebagian penghasilan keluarga ditabung dalam bentuk uang maupun barang	
17	Makan bersama paling kurang sekali seminggu untuk berkomunikasi	
18	Mengikuti kegiatan masyarakat	
19	Memperoleh informasi dari surat kabar, radio, TV, majalah	Kebutuhan Aktualisasi Diri
20	Memberikan sumbangan materil secara teratur	
21	Aktif sebagai pengurus Organisasi kemasyarakatan	

Menurut BPS, kemiskinan diukur menggunakan 16 indikator terpilih.

- q) Hanya sanggup makan satu/dua kali dalam sehari;
- r) Jenis lantai tempat tinggal terbuat dari tanah/bambu/kayu murahan;
- s) Jenis dinding tempat tinggal dari bambu/rumbia/kayu berkualitas rendah/tembok tanpa diplester;
- t) Jenis atap bangunan tempat tinggal terluas adalah sirap, genteng/seng/asbes kondisi jelek/kualitas rendah atau ijuk, rumbia;
- u) Tidak sanggup membayar biaya pengobatan dan puskesmas/poliklinik Miskin
- v) Hanya mengkonsumsi daging/susu/ayam satu kali dalam seminggu;
- w) Hanya membeli satu stel pakaian baru dalam setahun;
- x) Luas bangunan tempat tinggal kurang dari 8m²;
- y) Sumber penghasilan kepala keluarga adalah petani dengan luas lahan 500 m², buruh tani, nelayan, buruh bangunan, buruh perkebunan dan atau pekerjaan lainnya dengan pendapatan di bawah Rp. 600.000,00 per bulan;
- z) Pendidikan tertinggi Kepala Keluarga: tidak bersekolah/tidak tamat SD/ hanya SD;
- aa) Tidak memiliki fasilitas buang air besar/bersama-sama dengan rumah tangga lain;
- bb) Sumber penerangan rumah tangga tidak menggunakan listrik;
- cc) Sumber air minum berasal dari sumur/mata air tidak terlindung/sungai/air hujan;
- dd) Bahan bakar untuk memasak sehari-hari adalah kayu bakar/arang/minyak tanah;
- ee) Tidak memiliki tabungan/barang yang mudah dijual dengan nilai minimal Rp 500.000,00 seperti sepeda motor kredit/non kredit;
- ff) Sering berhutang untuk memenuhi kebutuhan sehari-hari.

Berdasarkan ke-16 indikator tersebut, BPS melakukan survei dan menghitung jumlah rumah tangga, jumlah keluarga, dan jumlah penduduk. 16

indikator tersebut kemudian dibobot berdasarkan situasi dan kondisi budaya lokal setiap daerah. Hal ini dilakukan oleh BPS karena indikator yang dirasa paling berkontribusi menentukan tingkat kemiskinan bersifat heterogen dan tidak sama di setiap daerah, tergantung pada kondisi sosial, ekonomi, dan budaya lokal daerah tersebut. Berdasarkan pembobotan yang dilakukan, BPS mengklasifikasikan rumah tangga, keluarga, dan penduduk menjadi 3 kelompok, yakni: *sangat miskin, miskin, dan hampir miskin*. Sasaran program Jamkesmas meliputi rumah tangga/keluarga yang tergolong *sangat miskin, miskin, dan hampir miskin*.

Apabila membandingkan 16 indikator kemiskinan yang ditentukan BPS dan 21 indikator kriteria keluarga sejahtera menurut BKKBN (lihat tabel 1), dapat dirumuskan bahwa kedua instansi tersebut mengukur tingkat kemiskinan dalam suatu rumah tangga/keluarga berdasarkan pada faktor pemenuhan kebutuhan dasar manusia, dalam hal ini adalah kebutuhan akan pangan, sandang, dan papan. Selain itu, penghasilan dan kemampuan suatu rumah tangga/keluarga untuk mendapatkan pelayanan dasar seperti pendidikan dan kesehatan juga menjadi faktor yang sama-sama diukur untuk menentukan tingkat kemiskinan. Namun, jika mencermati lebih lanjut pada setiap indikator penentu tingkat kemiskinan di kedua instansi tersebut, ditemukan perbedaan yang cukup mendasar, yaitu pada indikator yang digunakan dan ukuran-ukuran dari setiap indikator.

Persamaan dan perbedaan indikator dan ukuran yang digunakan dapat diamati lebih lanjut pada tabel 1 BPS tidak mengukur kebutuhan yang sifatnya tidak nyata seperti pengetahuan agama dan ketaatan dalam beribadah, selain itu BPS juga tidak mengukur keterlibatan/partisipasi seseorang di dalam suatu organisasi dan kehidupan sosial bermasyarakat sebagai bentuk aktualisasi diri sebagaimana yang dilakukan oleh BKKBN. Sementara itu, perbedaannya dengan BPS, BKKBN tidak mengukur indikator yang sebenarnya termasuk pada kebutuhan mendasar seperti kebutuhan akan air minum dan sanitasi, kebutuhan akan sumber penerangan, dan kebutuhan akan bahan bakar, padahal indikator tersebut sangat merefleksikan kondisi sosial dan ekonomi suatu masyarakat.

2.6. Implementasi Kebijakan Program Jaminan Kesehatan Masyarakat

Secara konsepsi implementasi Peraturan Daerah Provinsi Jawa Timur nomor 4 tahun 2008 tentang sistem jaminan kesehatan daerah di Jawa Timur dan Peraturan Gubernur Jawa Timur nomor 4 tahun 2009, tentang petunjuk pelaksanaan peraturan daerah Provinsi Jawa Timur nomor 4 tahun 2008 sebagai tindak lanjut dari peraturan perundangan tentang jaminan kesehatan masyarakat dari pemerintah pusat terutama dalam penentuan dan pengelolaan sharing dana antara Kabupaten/Kota dengan Provinsi, bukan merupakan proses yang mudah. Karenanya, proses semacam ini oleh Pressman dan Wildavsky diibaratkan sebagai *assembling process*, sehingga dalam prakteknya harus ada kinerja sinergis antara subsistem yang terkait, terutama kesinergisan hubungan antara: para birokrat, aktor kebijakan, keinginan dan karakteristik birokrat, komunikasi antar organisasi, dan masyarakat. Paling tidak harus melakukan aktivitas yang menurut Derthick sebagai “*bergaining activities inter-organization*”.

Di dalam proses kebijakan, implementasi kebijakan adalah suatu tahap yang paling sulit untuk dilaksanakan. Bahkan dapat dikatakan tak ada satu kebijakan publik yang dapat diimplementasikan secara sempurna. Artinya, setiap implementasi kebijakan dilaksanakan, selalu ada hal-hal yang tidak dapat dijalankan meskipun sudah dirancang sedemikian rupa. Hal ini diakui oleh Eugene Bardach (1997:1). Dalam salah satu bukunya yang, menurut Charles O Jones dinilai sebagai, provokatif, yaitu “*The Implementation Games*”, Bardach (1997:3). menyatakan: “adalah cukup sulit untuk membuat sebuah kebijakan publik, yang kelihatannya bagus di atas kertas. Lebih sulit lagi merumuskannya dalam kata-kata dan slogan-slogan yang kedengarannya mengesankan bagi telinga para pemimpin dan para pemilih yang mendengarkannya. Tetapi itu belum seberapa, karena ternyata lebih sulit lagi untuk melaksanakannya dalam bentuk dan cara yang memuaskan semua orang termasuk mereka yang dianggap sebagai klien” Bagi Bardach, adanya kesulitan dalam program implementasi itulah maka

para implementor dituntut untuk memahami skenario tertentu, yang olehnya disebut sebagai “*The Implementation Games*”.

Jones dalam Bardach (1997:294), menggaris bawahi pernyataan Bardach, bahwa implementasi kebijakan merupakan langkah yang paling sulit dalam proses kebijakan publik. Jika Bardach memunculkan bahwa adanya kesulitan dalam implementasi itu dikarenakan adanya kesulitan dalam “*mentransformasikan*” tujuan-tujuan kebijakan kepada proses pencapaian tujuan-tujuan tersebut. Maka bagi Jones, kesulitan itu dipandang sebagai adanya transformasi dari politik ke administrasi.

Untuk menyederhanakan implementasi kebijakan sebagaimana dimaksud ada dua pilihan langkah yang bisa ditempuh:, yakni: *pertama*, kebijakan diimplementasikan secara langsung melalui program-program dan *kedua*, melalui *derivate policy formulation* atau turunan dari kebijakan tersebut. Kedua cara ini sangat dimungkinkan dilaksanakan, terutama cara yang *kedua*, yaitu melalui turunan kebijakan, karena transformasi dari politik ke administrasi memang seringkali harus dilakukan dengan membuat kebijakan turunan. Dengan demikian dapatlah dimengerti bahwa masalah yang paling penting dalam implementasi adalah berkaitan dengan proses pemindahan suatu kebijakan ke dalam kegiatan operasional dengan cara dan teknik tertentu.

Perlu disadari oleh pembuat dan pelaksana kebijakan bahwa kebijakan yang diformulasikan dengan baik (*good policy*), belum tentu berhasil untuk diimplementasikan. Sebagai salah satu argument yang dapat menjelaskan sulitnya proses implementasi, seperti dikatakan oleh Van Meter dan Van Horn (1975) yang dikutip oleh Abdul Wahab (1997) merumuskan bahwa proses implementasi ini sebagai “*those actions by public or private individuals (or groups) that are directed at the achievement of objectives set forth in prior policy decisions*” (tindakan-tindakan yang dilakukan baik oleh individu-individu/pejabat-pejabat atau kelompok-kelompok pemerintah atau swasta yang diarahkan pada tercapainya tujuan-tujuan yang telah digariskan dalam keputusan kebijaksanaan).

Pandangan Mazmanian dan Sabatier (1979), sebagaimana yang dikutip oleh Abdul Wahab (1997) menjelaskan makna implementasi, yang berusaha untuk “memahami apa yang senyatanya terjadi sesudah suatu program dinyatakan berlaku atau dirumuskan merupakan fokus perhatian implementasi kebijakan, yakni kejadian-kejadian dan kegiatan kegiatan yang timbul sesudah disahkannya pedoman-pedoman kebijakan negara, yang mencakup baik usaha-usaha untuk mengadministrasikan-nya maupun untuk menimbulkan akibat-akibat/dampak nyata pada masyarakat atau kejadian kejadian”.

Berdasarkan berbagai pandangan pemikiran tersebut, dapatlah dirumuskan bahwa dalam proses implementasi kebijakan, sesungguhnya tidak hanya menyangkut perilaku badan-badan administratif yang bertanggungjawab untuk melaksanakan program dan menimbulkan ketaatan pada diri kelompok sasaran (*target group*), melainkan pula menyangkut jaringan kekuatan-kekuatan politik, ekonomi dan sosial yang langsung atau tidak langsung dapat mempengaruhi perilaku dari semua pihak yang terlibat, dan pada akhirnya berpengaruh terhadap dampak baik yang diharapkan (*intended*) maupun yang tidak diharapkan (*unintended*). Dengan demikian implementasi kebijakan dimaksudkan untuk memahami apa yang terjadi setelah suatu program dirumuskan, serta dampak dari kebijakan itu. Implementasi kebijakan tidak hanya terkait dengan persoalan administratif, melainkan juga mengkaji faktor-faktor lingkungan yang berpengaruh terhadap proses implementasi kebijakan.

Beberapa faktor yang dianggap penting untuk menjadi perhatian dalam implementasi kebijakan menurut Grindle (1980) ditentukan oleh 2 faktor, yakni: *content of policy* dan *context of implementation*. Selain itu, yang penting untuk diperhatikan menurut Grindle adalah *outcome* atau dampak kebijakan (baik secara individu, kelompok dan organisasi) dan tingkat perubahan dan penerimaan akan adanya implementasi kebijakan.

Kebijakan apapun bentuknya sebenarnya mengandung resiko untuk gagal. Karenanya, Hoogwood dan Gunn (1986) dalam Solichin (1997), membagi

pengertian kegagalan kebijakan (*policy failure*) ke dalam dua kategori yaitu *non-implementation* (tidak terimplementasikan) dan *unsuccesful implementation* (implementasi yang tidak berhasil). Tidak terimplementasikan mengandung arti bahwa suatu kebijakan tidak dilaksanakan sesuai dengan rencana, mungkin karena pihak-pihak yang terlibat di dalam pelaksanaannya tidak mau berkerjasama, atau mereka telah bekerja secara tidak efisien, bekerja setengah hati atau karena mereka tidak sepenuhnya menguasai permasalahan, atau permasalahan yang dibuat di luar jangkauan kekuasaannya, sehingga betapapun gigih usaha mereka, hambatan-hambatan yang ada tidak sanggup mereka tanggulangi. Akibatnya implementasi yang efektif sulit untuk dipenuhi.

Implementasi yang tidak berhasil terjadi manakala suatu kebijakan tertentu telah dilaksanakan sesuai dengan rencana, namun mengingat kondisi eksternal ternyata tidak menguntungkan (misalnya tiba-tiba terjadi peristiwa penggantian kekuasaan, bencana alam, dan sebagainya), kebijaksanaan tersebut tidak berhasil dalam mewujudkan dampak atau hasil akhir yang dikehendaki. Biasanya kebijakan yang memiliki resiko untuk gagal itu disebabkan oleh beberapa faktor antara lain: pelaksanaannya jelek (*bad execution*), kebijakannya sendiri jelek (*bad policy*) atau kebijakan itu memang bernasib jelek (*bad luck*). (lihat Solichin, 1997)

Untuk dapat mengimplementasikan suatu kebijakan secara sempurna (*perfect implementation*) maka diperlukan beberapa kondisi atau persyaratan tertentu, yang menurut Hogwood dan Gunn, yang kutip Solichin (1997), sebagai berikut: [1] *The circumstances external to the implementing agency do not impose crippling constraints*; 2) *that adequate time and sufficient resources are made available to the programme*; 3) *that the required combination of resources is actually available*; 4) *that the policy to be implemented is based upon a valid theory of cause and effect*; 5) *that the relationship between cause and effect is direct and that there are few, if any, intervening links*; 6) *that dependency relationships are minimal*; 7) *that there is understanding of, and agreement on, objectives*; 8) *that tasks are fully specified in correct sequences*; 9) *that there is*

perfect communication and co-ordination; 10) that those in authority can demand and obtain perfect compliance].

2.7. Metode Pendekatan Penelitian

2.7.1. Jenis Penelitian

Penelitian ini tergolong penelitian deskriptif yang merupakan bagian dari penelitian kualitatif. Langkah yang ditempuh pada penelitian deskriptif, pada tahap awal peneliti lebih berkonsentrasi untuk mendeskripsikan fenomena, dan data faktual dilokasi penelitian dari data yang dikumpulkan. Lalu dari hasil analisis data yang dibantu dengan alat statistik deskriptif, diakhiri dengan pemberian makna serta memverifikasi data dan makna yang ada ke dalam suatu kategori-kategori tertentu dan merumuskan kategori ke dalam suatu rumusan hasil.

2.7.2. Alur Pendekatan Penelitian

Alur pendekatan dalam penelitian ini mengilustrasikan tentang konsepsi pemikiran dan tahapan kegiatan dalam penelitian yang berjudul tentang analisis kemampuan pemerintah daerah dalam penyediaan dana sharing program jaminan kesehatan daerah di Jawa Timur. Adapun alur pendekatan penelitian dalam penelitian ini seperti gambar 2.2., adalah sebagai berikut:

Gambar 2-2: Alur Pendekatan Penelitian



2.7.3. Lokus Penelitian

Lokus penelitian dalam Analisis Kemampuan Pemerintah Kabupaten/Kota dalam Penyediaan Dana Sharing Program Jamkesda Di Jawa Timur ditentukan sebagai berikut:

4. Dari 38 Kabupten/Kota di Jawa Timur diambil 6 Kabupaten/Kota di Jawa Timur yang mewakili karekteristik sosial budaya di Jawa Timur. Perbedaan karakteristik sosial dan budaya tersebut diharapkan dapat mendiskripsikan kondisi sosial dan budaya yang sebenarnya serta diasumsikan cukup untuk mendiskripsikan kondisi sosial dan budaya di Jawa Timur;
5. Ke-6 Kabupaten/Kota yang dimaksud adalah: Kabupaten Pamekasan mewakili kelompok Madura, Kabupaten Madiun mewakili kelompok Mataraman, Kabupaten Tuban mewakili wilayah Pesisir Utara, Kabupaten Trenggalek, mewakili wilayah Pesisir Selatan, Kabupaten Malang mewakili Kelompok Arek, dan Kabupaten Jember mewakili kelompok Pendalungan;
6. Penentuan ke-6 Kabupaten/Kota sebagai lokus penelitian tersebut selain didasarkan atas karakteristik masing-masing Kabupaten/Kota juga ditentukan atas pertimbangan kondisi riil penyiapan dana Jamkesda berdasarkan serta problematika di masing-masing Kabupaten/Kota dalam pengeloaan dana Jamdesda.

2.7.4. Sumber dan Kebutuhan Data

Teknik pengumpulan data penelitian, meliputi data sekunder dan primer. Data sekunder dilakukan dengan pendekatan pengumpulan data documenter yang meliputi beberapa laporan dan literature dari instansi terkait dalam penyelenggaraan program Jamkesda. Sementara data primer diambil dengan melakukan wawancara pada pengelola dana Jamkesda di 6 Kabupaten/Kota. Data-data dimaksud adalah:

6. Data pendukung
 - 7) Jumlah penduduk miskin di 6 Kabupaten /Kota;
 - 8) Perkembangan program jaminan kesehatan masyarakat;
7. Data Utama
 - 3) Trend anggaran kesehatan yang dianggarkan oleh 6 Pemerintah Kabupaten/Kotadi APBD;
 - 4) Kesesuaian antara dana sharing bidang kesehatan yang dianggarkan oleh 6 Pemerintah Kabupaten/Kota APBD dengan MoU yang disepakati antara Pemerintah Kabupaten/Kota dengan Pemerintah Provinsi; dan
 - 9) Kesesuaian antara dana sharing bidang kesehatan yang dianggarkan oleh 6 Pemerintah Kabupaten/Kotadi APBD dengan jumlah penduduk miskin yang menjadi tanggungan program Jamkesda (data orang miskin yang ditetapkan dalam SK Bupati/Walikota);
 - 10) Data perkembangan SPM yang dikeluarkan oleh 6 Pemerintah Kabupaten/Kota untuk mendapatkan pelayanan kesehatan di Rumah Sakit Provinsi;
 - 11) Bagaimana cara pengelolaan dana Jamkesda sampai menjadi *surplus* anggaran dan digunakan untuk apa dengan surplus tersebut.
 - 12) Data tentang berbagai kendala dalam mekanisme polling dana sharing penyelenggaraan Program Jamkesda di Jawa Timur.

2.7.5. Teknik Pengolahan dan Analisa Data

Teknik pengolahan dan analisa data penelitian, baik data primer maupun data sekunder hasil penelitian secara deskriptif. Pengolahan data dimaksudkan untuk mengolah data-data hasil penelitian yang telah terkumpul secara deskriptif, yang dilanjutkan kegiatan analisis data penelitian berdasarkan alat analisis deskriptif.

BAB IV

ANALISIS KEMAMPUAN PEMERINTAH KABUPATEN/KOTA DALAM PENYEDIAAN DANA SHARING PROGRAM JAMKESDA DI JAWA TIMUR

4.1. Program Kesehatan Bagi Masyarakat

Pemerintah mengeluarkan kebijakan dalam bentuk program kesehatan untuk penduduk miskin sangat penting karena pelayanan kesehatan terhadap penduduk miskin merupakan program untuk mengurangi beban penduduk miskin agregat, sekaligus sebagai tolak ukur keberhasilan program pembangunan suatu bangsa. Penduduk miskin agregat yang dimaksud adalah proporsi dan jumlah penduduk miskin yang hidup dibawah garis kemiskinan.

Program kesehatan untuk penduduk miskin dalam hal ini merupakan pendekatan untuk memenuhi kebutuhan dasar (*basic needs approach*) di bidang kesehatan. Dengan pendekatan ini, penduduk miskin dipandang sebagai ketidakmampuan dari sisi ekonomi untuk memenuhi kebutuhan dasar makanan dan bukan makanan dan dari sisi kesehatan untuk memenuhi kebutuhan dasar untuk hidup sehat. Penduduk miskin yang berhak untuk mendapatkan pelayanan kesehatan adalah penduduk yang memiliki rata-rata pengeluaran/pendapatan per kapita per bulan di bawah garis kemiskinan.

Jumlah penduduk yang memiliki tingkat konsumsi di bawah garis kemiskinan ini sering juga disebut sebagai *Poverty Incidence*. Dalam menentukan

penduduk miskin, berbagai survei di Indonesia selalu menggunakan ukuran konsumsi. Alasan menggunakan ukuran ini, setidaknya ada 3 (tiga) alasan utama: *Pertama*, dalam pelaksanaan survei, terutama bagi penduduk miskin yang mempunyai pendapatan tidak tetap, lebih mudah menanyakan jenis barang (termasuk makanan) dan jasa yang telah dikonsumsi atau dibelanjakannya. *Kedua*, dengan diketahuinya jenis makanan yang dikonsumsi maka akan menjadi jauh lebih mudah untuk mengkonversinya menjadi tingkat kalori yang dikonsumsi. Informasi mengenai tingkat kalori yang dikonsumsi menjadi penting karena tingkat kemiskinan dihubungkan dengan seberapa besar kalori yang dikonsumsi. Untuk memenuhi kebutuhan dasar makanan ditetapkan 2100 kilo kalori per orang perhari sebagai batas kemiskinan. *Ketiga*, dalam kenyataannya, terutama bagi penduduk miskin yang tidak mempunyai tabungan, dalam jangka menengah tingkat pendapatan akan sama dengan tingkat konsumsi (belanja).

Program kesehatan bagi masyarakat terutama untuk penduduk miskin di Indonesia terkait dengan kegiatan ini baik di Pemerintah Pusat maupun Pemerintah Provinsi dan Pemerintah Kabupaten/Kota diklasifikasikan menjadi 2 kategori, yakni: Program Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas) dan Program Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas) dan Jaminan Kesehatan Daerah (Jamkesda). Penjelasan singkat program tersebut di Jawa Timur adalah sebagai berikut:

4.1.1. Program Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas)

Program Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas) yaitu program bantuan sosial untuk pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin dan hampir miskin. Tujuan Jamkesmas adalah meningkatkan akses terhadap masyarakat miskin dan hampir miskin agar dapat memperoleh pelayanan kesehatan. Pada saat ini Jamkesmas menurut Direktur Jenderal Informasi dan Komunikasi Publik, Kementerian Komunikasi dan Informatika RI, hingga tahun 2011 melayani 76,4 juta jiwa.

Pelaksanaan program Jamkesmas di Jawa Timur, hingga tanggal 30 Agustus tahun 2012 dana Jamkesda yang dikucurkan dan beberapa hal yang terkait dengan program Jamkesmas menurut data yang penulis upload dari <http://dinkes.jatimprov.go.id/userimage/image0120120831151643954.pdf> dapat disarikan sebagai berikut:

- 1) Kuota Program Jamkesmas di Jawa Timur sebanyak 10.710.051 jiwa
- 2) Sasaran perluasan program Jamkesmas: peserta program keluarga harapan (PKH), panti sosial, penghuni lapas/rutan yang miskin, tempat tinggal tidak tetap (T4), jaminan persalinan, penderita thalasemia, dan penderita akibat KIPI (Kejadian Ikutan Pasca Imunisasi)
- 3) Dana APBN untuk program Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas) yang diluncurkan di Provinsi Jawa Timur tahun 2011 sebesar Rp. 838.040.083.000,-
- 4) Dana Jamkesmas yang disediakan untuk Provinsi Jawa Timur sampai dengan bulan Agustus 2012 sebesar Rp 853.243.872.000,-
- 5) Pada 3 bulan pertama tahun 2012 jumlah kunjungan di RS PPK Jamkesmas pengguna kartu Jamkesmas: 227.721 orang, jumlah kunjungan di 5 RS Provinsi dan UPT Dinkes kartu Jamkesda 4.259 orang, SPM 13.148 orang.

4.1.2. Program Jaminan Kesehatan Daerah (Jamkesda)

Jaminan kesehatan daerah (Jamkesda) adalah salah satu bentuk usaha kesejahteraan kesehatan di Daerah Provinsi berupa perlindungan dan pemeliharaan kesejahteraan kesehatan yang memberikan jaminan bagi seluruh warga masyarakat agar dapat memenuhi kebutuhan dasar hidupnya yang layak (Pasal 1 Perda 4/2008 ayat (10)). Kemudian pada pasal ini juga dibahas beberapa item penting diantaranya bahwa dalam pelaksanaannya, program ini merupakan sebuah program dalam bentuk sistem jaminan kesehatan daerah (SJKD), dalam arti suatu tata cara penyelenggaraan program jaminan kesehatan daerah yang menurut Perda ini diselenggarakan oleh Badan Penyelenggara Jaminan Kesehatan Daerah (BPJKD). BPJKD merupakan badan hukum publik yang dibentuk

Pemerintah Provinsi untuk menyelenggarakan program jaminan kesehatan daerah menurut SJKD.

Penerima manfaat dari program Jamkesda adalah setiap warga masyarakat dan/atau anggota keluarganya yang telah membayar iuran dan memenuhi ketentuan untuk dapat ikut serta, yang atas dirinya diadakan program jaminan kesehatan daerah menurut SJKD, termasuk warga negara asing yang telah bekerja paling singkat 6 (enam) bulan di Indonesia. Koordinator peserta sebagai penerima manfaat program Jamkesda adalah setiap pemberi kerja atau lembaga penyelenggara, yang telah membayarkan iuran pekerja atau tertanggungnya dan memenuhi ketentuan untuk ikut serta dalam penyelenggaraan program jaminan kesehatan daerah menurut SJKD.

Dana Jamkesda di Jawa Timur dihimpun melalui asuransi kesehatan sebagai suatu mekanisme pengumpulan dana yang bersifat wajib yang berasal dari iuran guna memberikan perlindungan atas risiko kesehatan ekonomi yang menimpa peserta dan/atau anggota keluarganya. Dana jaminan kesehatan daerah (DJKD) merupakan dana amanah milik seluruh peserta, yang merupakan himpunan iuran beserta hasil pengembangannya maupun sumber lainnya yang sah, yang dikelola oleh BPJKD untuk pembayaran manfaat kepada peserta dan pembiayaan operasional penyelenggaraan program jaminan kesehatan daerah menurut SJKD. Dana operasional program Jamkesda merupakan kekayaan DJKD yang dipisahkan berdasarkan besar tarif jasa pengelolaan DJKD dan/atau sumber lainnya yang sah, untuk membiayai operasional BPJKD dalam menyelenggarakan program jaminan kesehatan daerah menurut SJKD.

Dana operasional program Jamkesda diwujudkan dalam bentuk bantuan iuran yang dibayar oleh Pemerintah, Pemerintah Provinsi dan/atau Pemerintah Kabupaten/Kota untuk sebagian atau sepenuhnya bagi warga masyarakat yang memenuhi persyaratan dan kriteria sebagai penerima bantuan iuran yang dapat menjadi Peserta program jaminan kesehatan daerah. Iuran yang dikumpulkan tersebut kemudian dibayarkan kepada BPJKD secara teratur oleh Peserta,

Koordinator Peserta, dan/atau Pemerintah, Pemerintah Provinsi, dan/atau Pemerintah Kabupaten/Kota menurut SJKD.

Bagi Pemerintah Provinsi Jawa Timur iuran dana Jamkesda yang diperuntukkan untuk peserta atau masyarakat miskin yang dibiayai oleh pemerintah daerah yang bersumber dari APBD Provinsi dan APBD Kabupaten/Kota. Jumlah dana Jamkesda yang disiapkan oleh Pemerintah Jawa Timur sampai tahun 2012 yang besarnya beriwivalen dengan jumlah penduduk miskin yang memiliki Kartu Jamkesda yang ditetapkan melalui kesepakatan antara Pemerintah Provinsi dengan Pemerintah Kabupaten/Kota.

Data program Jamkesda menurut data yang penulis upload dari <http://dinkes.jatimprov.go.id/userimage/image0120120831151643954.pdf> dapat disarikan sebagai berikut:

- a. Jumlah warga miskin yang dijamin Program Jamkesda di Jawa Timur sebanyak 1.411.742 jiwa;
- b. Warga miskin yang mendapat layanan program Jamkesda, yaitu warga yang memiliki Peserta Kartu Jamkesda/SPM/SKTM/SKM;
- c. Dana sharing program Jamkesda menurut kesepakatan antara Pemerintah Provinsi dan Pemerintah Kabupaten/Kota pada tahun 2012, yang ditanggung oleh Pemerintah Provinsi Jawa Timur sebesar Rp. 171.000.000.000,-

Selanjutnya implementasi program Jamkesda di Provinsi Jawa Timur dari sumber yang sama, menunjukkan bahwa:

- 1) Tahapan penyediaan dana sharing yang disiapkan oleh Pemerintah Provinsi Jawa Timur murni sebesar Rp. 120.000.000.000,- dan dari APBD sebesar Rp. 51.000.000.000,-, sehingga jumlahnya sebesar Rp.171.000.000.000,-;
- 2) Realisasi klaim biaya pelayanan peserta Jamkesda di 5 Rumah Sakit Provinsi & UPT bulan mulai bulan Januari sampai dengan bulan Juni tahun 2012 telah terserap sebesar 64,74 % dari total anggaran;

- 3) Peserta yang mendapat layanan dengan menggunakan kartu Jamkesda sebanyak 25.527 kunjungan (25,91 %) dan SPM 71.435 kunjungan (72,5 %), lain-lain 1.557 kunjungan (1,59%)
- 4) Sebanyak 12 Kabupaten/Kota yang telah menggunakan dana Jamkesda melebihi pagu yang telah ditetapkan per Jni 2012. Diantara Pemerintah Kabupaten/Kota yang dimaksud adalah Kota Malang, Kabupaten Malang, Kota Mojokerto, Kabupaten Mojokerto, Kota Batu, Kabupaten Madiun, Kota Surabaya, Kota Blitar, Kota Pasuruan, Kabupaten Blitar, Kabupaten Sidoarjo dan Kabupaten Bangkalan .

Berdasarkan data tersebut menurut Pemerintah Provinsi Jawa Timur diprediksi bahwa dana Jamkesda yang disediakan oleh Pemerintah Provinsi dan Pemerintah Kabupaten/Kota, akan habis pada bulan September 2012. Karena itu, langkah sementara yang diambil oleh Pemerintah Provinsi dalam program layanan kesehatan untuk warga miskin melalui Surat Pernyataan Miskin (SPM) diberhentikan per bulan September 2012. Bila SPM tidak dihentikan diasumsikan ada kekurangan dana sebesar Rp. 30.600.000.000,-. Dan dana ini akan menjadi beban serta wajib ditanggung bersama oleh Pemerintah Provinsi dan Pemerintah Kabupaten/Kota.

Dengan demikian, ketika Pemerintah Provinsi memberikan peluang kepada penduduk miskin untuk mendapatkan layanan kesehatan masih menjadi prioritas. Karenanya, bagi penduduk miskin yang tidak tercatat sebagai peserta Jamkesda diberi peluang untuk mendapat layanan kesehatan melalui SPM. Namun demikian, adanya SPM kurang dapat dimanfaatkan oleh Pemerintah Kabupaten/Kota sesuai dengan ketentuan dalam Pergub 55/2010, sehingga SPM dengan mudahnya diberikan oleh Pemerintah Kabupaten/Kota kepada penduduk miskin, tanpa memperhatikan pagu dana Jamkesda yang telah disepakati. Akibatnya, beberapa Kabupaten/Kota mengeluarkan SPM terlalu banyak dan dana yang dibutuhkan lebih besar dari pagu dana yang ditentukan, yang pada akhirnya terjadi defisit anggaran.

4.2. Analisis Program Jaminan Kesehatan Masyarakat di 6 Kabupaten/Kota

Berdasarkan kesepakatan antara konsultan dengan pemberi kerja dan kesepakatan dalam diskusi laporan pendahuluan, ditentukan bahwa Pemerintah Kabupaten yang menjadi lokasi kajian adalah 6 Kabupaten di Jawa Timur. Dasar penentuan ke-6 Pemerintah Kabupaten/Kota, diasumsikan dengan variasi karakteristik sosial, politik, dan budaya dapat mewakili karakteristik keseluruhan Pemerintah Kabupaten/Kota di Jawa Timur. Ke-6 Pemerintah Kabupaten/Kota yang dimaksud adalah: Kabupaten Pamekasan mewakili kelompok Madura, Kabupaten Madiun mewakili kelompok Mataraman, Kabupaten Tuban mewakili wilayah Pesisir Utara, Kabupaten Trenggalek, mewakili wilayah Pesisir Selatan, Kabupaten Malang mewakili Kelompok Arek, dan Kabupaten Jember mewakili kelompok Pendalungan.

Melalui pendekatan penelitian kualitatif, penentuan 6 Kabupaten/Kota sebagai lokus penelitian, dapat dibenarkan. Yang penting peneliti dapat mendiskripsikan data-data secara faktual dimana penelitian ini dilakukan dalam bentuk data yang mengandung makna *internal validity* dan *external validity* (Lincoln and Guba, 1985). *Internal validity refers to the extent to which the findings accurately describe reality*; dan *external validity refers to the ability to generalize findings across different settings. Making generalizations involves a trade-off between internal and external validity*. Dengan demikian, penentuan 6 Kabupaten/Kota sebagai lokus penelitian tidak ditimbang dari keterwakilan, tetapi ditimbang dari sejauhmana peneliti mampu mendiskripsikan data faktual secara benar dan akurat sesuai dengan kebutuhan penelitian. Pemikiran Lincoln and Guba (1985) yang digunakan sebagai dasar peneliti untuk menentukan lokus penelitian menjadi 6 Kabupaten/Kota, juga menjadi dasar untuk menentukan obyektivitas hasil penelitian. Karena obyektivitas penelitian kualitatif menurut Lincoln and Guba (1985), terletak pada subyektivitas itu sendiri.

4.2.1. Jumlah Penduduk Miskin di 6 Kabupaten /Kota

Jumlah penduduk miskin di 6 Kabupaten/Kota sebagai lokasi kajian dalam kegiatan penelitian dana sharing program Jamkesda sangat bervariasi. Dari 6 Kabupaten/Kota yang menjadi lokus penelitian penduduk miskin yang terbesar berada di Kabupaten Jember sebesar 695.360 jiwa dan Kabupaten Malang sebesar 574.455 jiwa. Sedangkan yang terkecil berada di Kabupaten Madiun sebesar 122.000 jiwa. Sementara, untuk 3 Kabupaten lainnya terhitung hampir sama sekitar 300 ribu jiwa. Total keseluruhan jumlah penduduk miskin di lokasi kajian adalah sebanyak 2.385.261 jiwa.

Untuk memahami secara rinci jumlah penduduk miskin di masing-masing Kabupaten yang menjadi lokasi penelitian dapat dilihat pada tabel berikut.

Tabel 4.1

Jumlah Penduduk Miskin di Daerah Kajian Tahun 2012

No	Kabupaten	Jumlah Penduduk Miskin
1	Kabupaten Pamekasan	373.518
2	Kabupaten Trenggalek	324.075
3	Kabupaten Malang	574.455
4	Kabupaten Madiun	122.000
5	Kabupaten Tuban	295.853
6	Kabupaten Jember	695.360
	Jumlah	2.385.261

Sumber : Dinas Kesehatan Jatim 2012

4.2.2. Perkembangan Peserta Program Jaminan Kesehatan Masyarakat

Berdasarkan jumlah penduduk miskin tersebut dan dengan mengacu pada peraturan perundangan tentang program jaminan kesehatan masyarakat, sebenarnya menjadi dasar untuk menentukan program pagu dana program Jamkesmas dan Jamkesda di lokasi dimaksud. Berdasarkan hasil penelitian, data perkembangan peserta program jaminan kesehatan masyarakat di lokasi penelitian dapat dilihat pada tabel 4.2.

Tabel 4.2

**Peserta Program Jamkesmas Di 6 Kabupaten/Kota Jawa Timur
Tahun 2010-2012**

No	Kabupaten/Kota	Jumlah Peserta Jamkesmas		
		2010	2011	2012
1	Kabupaten Madiun	184,902	184,902	184,902
2	Kabupaten Pamekasan	364,408	364,408	364,408
3	Kabupaten Jember	682,299	682,299	682,299
4	Kabupaten Trenggalek	252,706	252,706	252,706
5	Kabupaten Tuban	344,919	344,919	344,919
6	Kabupaten Malang	563,173	563,173	563,173
Jumlah		2,392,407	2,392,407	2,392,407

Sumber : Dinas Kesehatan, Jawa Timur 2012

Berdasarkan data yang ada pada tabel dimaksud, tampak bahwa perkembangan jumlah peserta program jamkesmas di lokasi penelitian mulai tahun 2010 sampai tahun 2012, tidak mengalami penambahan atau pengurangan. Jumlah kepesertaan Jamkesmas di 6 Kabupaten sebagai lokasi penelitian menunjukkan bahwa tahun 2010 sampai tahun 2012 sebesar 2.392.407 jiwa. Jumlah kepesertaan program Jamkesmas tidak mengalami perubahan, karena jumlah tersebut yang sudah masuk database dan sudah di SK-kan oleh Menteri Kesehatan sehingga jumlahnya tetap.

4.3. Analisis Penyediaan dan Realisasi Dana Proram Jaminan Kesehatan Daerah di 6 Kabupaten/ Kota

Jumlah peserta program Jamkesmas sebagaimana diuraikan di atas, bersifat tetap sepanjang belum dilakukan penelitian dan perubahan dalam SK Menteri Kesehatan. Sehubungan dengan jumlah peserta Jamksemas di batasi dengan kuota, sudah barang tentu kurang sesuai dengan perkembangan jumlah penduduk miskin. Perubahan status penduduk, sewaktu-waktu bisa berubah, dalam arti bahwa saat dilakukan pendataan penduduk yang ekonominya baik dan cukup bisa berubah menjadi miskin atau sebaliknya, sementara kuota penduduk untuk mendapatkan layanan kesehatan bersifat tetap.

Sehubungan dengan kondisi tersebut bagi penduduk di Jawa Timur belum terdata sebagai peserta Jamkesmas diwajibkan kepada Pemerintah Provinsi Jawa Timur untuk tetap memberi layanan kesehatan melalui program Jaminan Kesehatan Daerah (Jamkesda). Sebagai tindak lanjut dari kewajiban ini, kemudian Pemerintah Provinsi Jawa Timur (Gubernur dan DPRD) Provinsi Jawa Timur menetapkan Peraturan Daerah Provinsi Jawa Timur Nomor 4 Tahun 2008 tentang Sistem Jaminan Kesehatan Daerah Di Jawa Timur.

Kemudian pada tahun 2009 untuk memudahkan dalam pelaksanaan Program Jamkesda di keluarkan Peraturan Gubernur Jawa Timur No. 4 Tahun 2009 tentang Petunjuk Pelaksanaan Program Jamkesda dimana pada Bab II pasal 2a dan 2b tentang ruang lingkup bahwa pada Pada tahap awal kepesertaan jaminan kesehatan daerah diutamakan bagi penduduk miskin diluar kuota program Jamkesmas.

4.3.1. Perkembangan Peserta Program Jaminan Kesehatan Daerah

Perkembangan jumlah peserta program Jamkesda yang sudah memiliki kartu atau sudah masuk dalam database di 6 Kabupaten di lokasi kajian tahun 2010 sebesar 107,494 jiwa, tahun 2011 sebesar 107,494 jiwa, tahun 2012 sebesar 107,494 jiwa dan secara rinci dapat dilihat pada tabel di bawah ini.

Tabel 4.3

**Peserta Pemegang Kartu Jamkesda 6 Kabupaten Jawa Timur
Tahun 2010-2012**

No	Kabupaten	Jumlah Peserta Jamkesda		
		2010	2011	2012
1	Kabupaten Madiun	7,653	7,653	7,653
2	Kabupaten Pamekasan	9,110	9,110	9,110
3	Kabupaten Jember	13,061	13,061	13,061
4	Kabupaten Trenggalek	30,000	30,000	30,000
5	Kabupaten Tuban	36,388	36,388	36,388
6	Kabupaten Malang	11,282	11,282	11,282

No	Kabupaten	Jumlah Peserta Jamkesda		
		2010	2011	2012
	Jumlah	107,494	107,494	107,494

Sumber : Dinas Kesehatan Kab/Kota Jawa Timur 2012

Merujuk pada tabel tersebut, menunjukkan bahwa dari tahun ke tahun jumlah peserta program Jamkesda tidak mengalami penurunan maupun peningkatan jumlah peserta, ini mengingat peserta program Jamkesda adalah masyarakat miskin yang masuk dalam SK Bupati/Walikota, sehingga apabila ada masyarakat miskin yang sakit dan belum memiliki Kartu Jamkesda untuk mendapatkan manfaat program Jamkesda, sesuai dengan kebijakan Gubernur sebagaimana dituangkan dalam Peraturan Gubernur Jawa Timur No.4 Tahun 2009, tentang petunjuk pelaksanaan program Jamkesda, maka harus menunjukkan Surat Keterangan Tidak Mampu (SKTM) atau Surat Pernyataan Miskin (SPM) dari daerah asal.

4.3.2. Analisis Penyediaan dan Penyerapan Dana Sharing Program

Jamkesda di 6 Kabupaten

Analisis trend dana sharing program Jamkesda di 6 Kabupaten sebagai lokasi penelitian dalam hal ini bertujuan untuk mendiskripsikan bagaimana penyediaan dana sharing bagi 6 Kabupaten di lokasi penelitian, baik ditinjau dari sisi besaran dana sharing sesuai MoU antara Pemerintah Provinsi Jawa Timur dengan Pemerintah Kabupaten/Kota di Jawa Timur, dan dalam kajian ini dengan 6 Kabupaten sebagai lokasi penelitian.

4.3.2.1. Analisis Trend Penyediaan Dana Sharing Program Jamkesda di 6 Kabupaten sesuai MoU

Sebagaimana Peraturan Daerah Jawa Timur No 4 Tahun 2008 dan Petunjuk Pelaksanaannya yaitu Peraturan Gubernur No.4 Tahun 2009 disebutkan bahwa sumber dana untuk program Jamkesda bagi masyarakat miskin non-kuota adalah bersumber dari dana sharing yang dipersiapkan oleh Pemerintah Provinsi dan

Pemerintah Kabupaten/Kota di Jawa Timur dimana dalam Peraturan tersebut besarnya adalah 50% Provinsi dan 50% Kabupaten/Kota .

Untuk memudahkan dalam pelaksanaannya di tuangkan dalam Perjanjian Kerjasama (MoU) antara Pemerintah Provinsi dengan pemerintah Kabupaten/ Kota terkait dengan besarnya dana untuk program Jaminan Kesehatan Daerah di Jawa Timur. Berdasarkan hasil pengumpulan data dari beberapa sumber didapatkan data besarnya pagu anggaran untuk program jamkesda di 6 Kabupaten lokasi penelitian sebagaimana tampak pada tabel di bawah.

Berdasarkan data yang tampak pada tabel tersebut, terlihat bahwa dari tahun 2010 sampai dengan tahun 2012 tidak ada perubahan pagu anggaran untuk program jaminan kesehatan daerah di Jawa Timur yang cukup signifikan, hanya di Kabupaten Madiun yang terjadi perubahan anggaran pada tahun 2011 yaitu Rp 1,537,137,669 kemudian pada tahun 2012 kembali lagi menjadi Rp 1,696,923,064. Untuk lebih rincinya dapat dilihat pada tabel berikut:

Tabel 4.4
Besarnya Pagu Anggaran Jamkesda Sesuai MoU di 6 Kabupaten
Tahun 2010-2012

No	Kabupaten	Pagu Program Jamkesda di 6 Kabupaten Sesuai MoU		
		2010	2011	2012
1	Kabupaten Trenggalek	2,960,669,846	2,960,669,846	2,960,669,846
2	Kabupaten Malang	3,976,333,210	3,976,333,210	3,976,333,210
3	Kabupaten Jember	4,593,354,123	4,593,354,123	4,593,354,123
4	Kabupaten Madiun	1,696,923,064	1,537,137,669	1,696,923,064
5	Kabupaten Pamekasan	2,382,896,973	2,382,896,973	2,382,896,973
6	Kabupaten Tuban	5,454,277,915	5,454,277,915	5,454,277,915
Total		21,064,455,131	20,904,669,736	21,064,455,131

Sumber : Dinas Kesehatan Kab/Kota Jawa Timur 2012

Tidak adanya perubahan sebagaimana data pada tabel tersebut sesungguhnya tidak ada persoalan, manakala data tentang kepesertaan sebagai mana pada tabel 4.3., karena perhitungan tentang besaran dana sharing dihitung dari jumlah masyarakat miskin yang menjadi peserta Jamkesda. Namun demikian, kalau ada perubahan tentang jumlah penduduk miskin sesuai dengan data yang dapat dipercaya melalui pencacahan kembali, sangat seharusnya ada perubahan jumlah kepesertaan. Karena itu, peneliti menemukan keganjilan terhadap data tentang jumlah kepesertaan Jamkesda tersebut.

4.3.2.2. Analisis Penyediaan Dana Sharing Program Jamkesda di 6 Kabupaten dan Kesesuaian antara di Mou dengan di APBD Tahun 2011

Penyediaan dana sharing di 6 Kabupaten sesuai dengan MoU, sebagaimana dijelaskan sebelumnya menunjukkan bahwa hampir tidak ada perubahan pada 3 tahun terakhir. Namun demikian munculnya fenomena di beberapa Kabupaten/Kota menggelitik peneliti untuk lebih jauh mengetahui, apa yang menjadi penyebab kekurangan dana sharing dalam pelayanan kesehatan melalui program Jamkesda. Sehubungan dengan itu, peneliti selanjutnya berkeinginan untuk mengetahui tentang apakah pemerintah Kabupaten/Kota sudah serius menyiapkan dana sesuai dengan kesepakatan dalam MoU. Menurut hasil penelitian yang dilakukan peneliti terhadap penyediaan dana sharing di 6 Kabupaten sebagai lokasi penelitian terhadap jumlah dana sharing program Jamkesda yang dianggarkan di APBD-nya didapatkan data sebagaimana tabel berikut:

Tabel 4.5
Penyediaan Dana Sharing Program Jamkesda antara di APBD dengan Pagu di Mou pada 6 Kabupaten Tahun 2011

No	Kabupaten	Penyediaan Pagu		Selisih Penyediaan di APBD - Pagu di MoU
		Pagu di MoU	Penyediaan di APBD	
1	Kabupaten Trenggalek	2,960,669,846	3,909,605,618	948,935,772
2	Kabupaten Malang	3,976,333,210	3,900,000,000	-76,333,210

3	Kabupaten Jember	4,593,354,123	5,518,146,250	924,792,127
4	Kabupaten Madiun	1,537,137,669	3,981,402,302	2,444,264,633
5	Kabupaten Pamekasan	2,382,896,973	88,980,000	-2,293,916,973
6	Kabupaten Tuban	5,454,277,915	889,164,000	-4,565,113,915
Jumlah		20,904,669,736	18,287,298,170	-2,617,371,566

Sumber : Dinas Kesehatan di Lokasi Penelitian, 2012

Dengan memahami data pada tabel 4.5. tersebut, bahwa pagu anggaran Jamkesda di MoU dengan penyediaan dana sharing di APBD di 6 Kabupten, menunjukkan adanya perbedaan-perbedaan. Dari 6 Kabupaten, terdapat 3 Kabupaten, yakni Kabupaten Trenggalek, Kabupaten Jember, dan Kabupaten Madiun yang telah menyediakan anggaran program Jamkesda di APBD lebih besar dari Pagu Anggaran program Jamkesda di MoU. Sedangkan 3 Kabupaten lainnya, yakni Kabupaten Malang, Kabupaten Pamekasan, dan Kabupaten Tuban belum menyediakan anggaran anggaran program Jamkesda di APBD sesuai dari Pagu Anggaran program Jamkesda di MoU, bahkan lebih kecil.

4.3.2.3. Analisis Penyediaan dan Penyerapan Dana Sharing Program Jamkesda di 6 Kabupaten di Mou dan di APBD Tahun 2011

Dari 6 Kabupaten yang menjadi lokasi penelitian, dapat diketahui bahwa pada tahun 2011, ada 3 Kabupaten yang menyediakan dana sharing program Jamkesda yang kurang dari Pagu anggaran Jamkesda sesuai MoU, dan 3 Kabupaten lainnya menyediakan anggaran dana sharing lebih dari ketentuan MoU.

Adanya perbedaan penyediaan dana sharing seperti tersebut, tentunya berdampak signifikan terhadap penyerapan dana sharing program Jamkesda dalam pelaksanaannya. Untuk itu, kemudian peneliti berkeinginan untuk mengetahui seberapa besar penyerapan dana sharing program Jamkesda yang telah dipersiapkan tersebut?. Data yang didapatkan dalam penelitian dapat dilihat pada tabel 4.6.

Tabel 4.6

Pagu dan Penyerapan Dana Sharing Program Jamkesda Sesuai APBD di 6 Kabupaten Tahun 2011

No	Kabupaten	Pagu dan Penyerapan Tahun 2011		Selisih
		Pagu	Penyerapan	
1	Kabupaten Trenggalek	3,909,605,618	3,717,297,573	192,308,045
2	Kabupaten Malang	3,900,000,000	13,032,415,111	-9,132,415,111
3	Kabupaten Jember	5,518,146,250	3,093,971,131	2,424,175,119
4	Kabupaten Madiun	3,981,402,302	3,264,201,506	717,200,796
5	Kabupaten Pamekasan	88,980,000	8,144,000	80,836,000
6	Kabupaten Tuban	889,164,000	94,716,000	794,448,000
Jumlah		18,287,298,170	23,210,745,321	-4,923,447,151

Sumber : Dinas Kesehatan di Lokasi Penelitian, 2012

Menurut data di tabel 4.6. dapat diketahui bahwa dari 6 Kabupaten yang menjadi lokasi penelitian, terdapat satu Kabupaten yang penyerapan dana sharing program Jamkesda-nya melebihi dari pagu yang disediakan melalui APBD-nya, yakni Kabupaten Malang sebesar Rp.9,132,415,111,-. Kekurangan ini penyediaan dana ini, menurut informasi di Dinas Kesehatan Malang akibat SPM yang diperlakukan, sehingga kekurangan dana tersebut ditanggung oleh Pemerintah Provinsi.

Dengan demikian, sesungguhnya menurut peneliti, perlu dievaluasi tentang jumlah penduduk miskin yang menjadi peserta program Jamkesda, bahkan menjadi masukan untuk menentukan jumlah kepesertaan program Jamkesda di tahun 2012. Namun demikian kalau dikaitkan dengan jumlah kepesertaan program Jamkesda di Kabupaten Malang tahun 2012 tidak mengalami perubahan dan perbaikan atau jumlahnya sama dengan tahun 2011, serta Pagunya di MoU juga tidak dilakukan perubahan.

4.3.2.4. Analisis Penyediaan Dana Sharing Program Jamkesda di 6

Kabupaten dan Kesesuaian antara di Mou dengan di APBD 2012

Menurut penjelasan sebelumnya bahwa terdapat 3 Kabupaten yang penyediaan dana sharing di APBD kurang dari dana sharing yang disepakati di MoU, yakni Kabupaten Malang, Kabupaten Pamekasan, dan Kabupaten Tuban. Bahkan penyerapan layanan kesehatan yang bersumber dari dana sharing di Kabupaten Malang ada kekurang sebesar Rp. 9,132,415,111,-.

Pada tahun 2012, penyediaan dana sharing di 6 Kabupaten baik melalui DPA maupun PAK untuk memenuhi penyediaan dana sharing program Jamkesda sebagaimana yang disepakati antara Pemerintah Kabupaten/Kota dan Pemerintah Provinsi di MoU, dapat dilihat sebagaimana pada tabel 4.7.

Berdasarkan data pada tabel 4.7. menunjukkan bahwa dari 6 Kabupaten yang menjadi lokus penelitian, terdapat 4 Kabupaten yang total penyediaan dana sharing untuk program Jamkesda di APBD (DPA+PAK) lebih besar dari di MoU. Kabupaten dan kelebihan besaran dana yang dipersiapkan adalah sebagai berikut: Kabupaten Trenggalek kelebihan dana yang dipersiapkan sebesar Rp. 939,330,154; Kabupaten Malang kelebihan dana yang dipersiapkan sebesar Rp. 5,023,666,790; Kabupaten Jember kelebihan dana yang dipersiapkan sebesar Rp. 6,801,142,127; dan Kabupaten Madiun kelebihan dana yang dipersiapkan sebesar Rp. 6,853,076,936. Sedangkan untuk 3 Kabupaten yang lain, yakni Kabupaten Pamekasan kekurangan dana yang dipersiapkan sebesar Rp. 2,019,476,973 Dan Kabupaten Pamekasan kekurangan dana yang dipersiapkan sebesar Rp. 4,799,293,915. Bagi Kabupaten yang kekurangan dalam penyediaan dana sharing program Jamkesda di APBD, peneliti belum mendapatkan datanya.

Tabel 4.7.

Penyediaan Dana Sharing Program Jamkesda antara di APBD dengan Pagu di Mou pada 6 Kabupaten Tahun 2012

No	Kabupaten	Dana Jamkesda antara Pagu di MoU dan di DPA+ PAK				Selisih antara Pagu di MoU dengan Total Penyediaan
		Pagu di MoU	Penyediaan di DPA	Penyediaan di PAK	Total Penyediaan di DPA+PAK	
1	Kab. Trenggalek	2,960,669,846	3,900,000,000	0	3,900,000,000	939,330,154
2	Kab. Malang	3,976,333,210	3,900,000,000	5,100,000,000	9,000,000,000	5,023,666,790
3	Kab. Jember	4,593,354,123	6,394,496,250	5,000,000,000	11,394,496,250	6,801,142,127
4	Kab. Madiun	1,696,923,064	3,500,000,000	5,050,000,000	8,550,000,000	6,853,076,936
5	Kab. Pamekasan	2,382,896,973	363,420,000	0	363,420,000	-2,019,476,973
6	Kab. Tuban	5,454,277,915	654,984,000	0	654,984,000	-4,799,293,915
Jumlah		21,064,455,131	18,712,900,250	15,150,000,000	33,862,900,250	12,798,445,119

Sumber: Data Diolah dari BPIKD dan Data dari Lokasi Penelitian 2012

Keterangan: untuk penyediaan Dana di PAK dengan nilai 0, peneliti tidak mendapatkan datanya.

Secara keseluruhan analisis dan interpretasi yang dapat penulis katakan adalah bahwa dilihat dari penyediaan dana sharing yang disediakan di Kabupaten Kota dalam penelitian tersebut ada kelebihan dana sharing yang dipersiapkan. Dengan demikian ada dua hal yang dapat dikatakan di sini adalah: 1) bahwa Pemerintah Kabupaten di lokasi penelitian masih memiliki keseriusan di dalam menyediakan dana sharing untuk program layanan kesehatan; dan 2) bahwa ada kemampuan yang lebih di dalam penyediaan dana sharing program Jamkesda. Dengan demikian fenomena ini bisa membatalkan animo bahwa masih rendahnya kemampuan Pemerintah Kabupaten Kota dalam menyediakan dana sharing untuk layanan kesehatan bagi penduduk miskin di daerahnya.

4.3.2.5. Analisis Penyediaan dan Penyerapan Dana Sharing Program Jamkesda di 6 Kabupaten 2012

Hasil penelitian di 6 Kabupaten lokasi penelitian dan dokumen yang berada di BPJKD dan DWA, menunjukkan bahwa penyediaan dana sharing program Jamkesda tahun 2012 di 4 Kabupaten menunjukkan perkembangan yang lebih besar dibanding pada tahun 2011. Sedangkan di dua Kabupaten lainnya belum ada data yang menunjukkan perkembangan. Dari dana sharing yang dipersiapkan tersebut sampai dengan bulan Juni 2012 menurut data dari BPJKD dan DWA kemudian peneliti oleh dengan data yang didapatkan dari hasil penelitian di Kabupaten yang menjadi lokus penelitian didapatkan gambaran sebagaimana pada tabel 4.8.

Tabel 4.8.

Penyediaan dan Penyerapan Dana Sharing Program Jamkesda di 6 Kabupaten Tahun 2012

No	Kabupaten	Total Penyediaan Dana Sharing di DPA+PAK	Penyerapan per Juni 2012	Selisih Anggaran per Juni 2012
1	Kab. Trenggalek	3,900,000,000	1,874,078,656	2,025,921,344
2	Kab. Malang	9,000,000,000	16,284,678,074	-7,284,678,074
3	Kab. Jember	11,394,496,250	2,161,200,025	9,233,296,225
4	Kab. Madiun	8,550,000,000	4,649,574,517	3,900,425,483
5	Kab. Pamekasan	363,420,000	691,251,857	-327,831,857
6	Kab. Tuban	654,984,000	3,248,195,754	-2,593,211,754
	Jumlah	33,862,900,250	28,908,978,883	4,953,921,367

Sumber: Data Diolah dari BPJKD dan Dara dari Lokasi Penelitian 2012

Berdasarkan data yang ada pada tabel diatas terlihat bahwa, penyerapan dana sharing program jamkesda dari tahun 2012 sampai dengan bulan Juni 2012 dapat dianalisis sebagai berikut:

- 1) Terdapat tiga Kabupaten **belum mengalami deficit anggaran program Jamkesda** yaitu: Kabupaten Trenggalek, Kabupaten Jember, dan Kabupaten Madiun.

- 2) Terdapat tiga Kabupaten yang mengalami deficit anggaran program **Jamkesda** yaitu: Kabupaten Malang, Kabupaten Pamekasan, dan Kabupaten Tuban.

Yang perlu diperhatikan adalah bahwa sampai dengan Juni 2012 (semester pertama), Kabupaten Malang sudah terjadi defisit sebesar Rp.7,284,678,074,-; Kabupaten Tuban mengalami defisit sebesar Rp. 2,593,211,754 dan Kabupaten Pamekasan mengalami defisit sebesar Rp. 327,831,857.

Kalau dicermati lebih jauh, daerah yang tidak mengalami deficit anggaran Jamkesda adalah Kabupaten Trenggalek, Jember dan Madiun yang mayoritas masyarakatnya adalah masyarakat yang terkesan masyarakat kurang mampu tetapi anggaran Jamkesda belum sampai habis. Sementara yang mengalami deficit anggaran adalah Kabupaten Malang, Tuban dan Pamekasan yang mayoritas masyarakatnya lebih maju, tetapi justru anggaran program Jamkesda sudah habis per Juni 2012.

Sebelum tahun 2012, apabila terjadi deficit anggaran terkait dengan program Jamkesda sebagaimana dijelaskan sebelumnya masih di bantu oleh Pemerintah Provinsi. Namun mulai tahun anggaran 2012 apabila terjadi deficit anggaran maka akan dibebankan pada daerah yang mengalami defisit anggaran. Karena itu, untuk menyiasati defisit anggaran, berdasarkan hasil wawancara dengan pihak Dinas Kesehatan di 6 Kabupaten yang menjadi lokus penelitian adalah dengan menganggarkannya di PAK.

4.4. Analisis Terjadinya Defisit Anggaran Program Jamkesda di 6 Kabupaten

Terjadinya defisit anggaran Program Jamkesda di 6 Kabupaten, menurut hemat peneliti adalah sebagai berikut:

4.4.1. Ketidaksesuaian antara Dana Sharing Yang Dianggarkan Oleh 6 Kabupaten Di APBD Dengan Jumlah Penduduk Miskin Yang Menjadi Tanggungan Program Jamkesda

Berdasarkan hasil survey di 6 Kabupaten di lokasi penelitian menunjukkan bahwa perbandingan antara jumlah peserta pemegang kartu jamkesda dengan dana yang dianggarkan belum sesuai dengan kebutuhan, dimana pada tahun 2011 apabila di rata-ratakan per orang mendapatkan jaminan sebesar Rp 133,843 per tahun, kemudian pada tahun 2012 meningkat menjadi 316,882 per tahun. Data ini belum termasuk pasien yang menggunakan Surat Pernyataan Miskin atau SPM, sehingga ini apabila ditambahkan dengan pasien yang menggunakan SPM maka rata-rata per orang untuk mendapatkan jaminan kesehatan jumlahnya akan kecil sekali. (Lihat tabel 4.9).

Tabel 4.9.

Perbandingan Jumlah Peserta Jamkesda dengan Pagu Anggaran APBD

No	Kabupaten	Perbandingan Jumlah Peserta Jamkesda dengan Pagu Anggaran APBD					
		2011			2012		
		Peserta	Pagu	Rata-Rata	Peserta	Pagu	Rata-Rata
1	Kab. Madiun	7,653	3,981,402,302	520,241	7,653	8,550,000,000	1,117,209
2	Kab. Pamekasan	9,110	88,980,000	9,767	9,110	363,420,000	39,892
3	Kab. Jember	13,061	5,518,146,250	422,490	13,061	11,394,496,250	887,719
4	Kab. Trenggalek	30,000	3,909,605,618	130,320	30,000	3,900,000,000	130,000
5	Kab. Tuban	36,388	889,164,000	24,436	36,388	654,984,000	18,000
6	Kab. Malang	11,282	2,000,000,000	177,274	11,282	9,000,000,000	797,731
	Jumlah	107,494	14,387,298,170	133,843	107,494	33,862,900,250	316,882

Sumber : Dinas Kesehatan Kab/Kota 2012 diolah

Jumlah peserta diatas adalah data peserta Jamkesda yang memiliki kartu Jamkesda dan masuk dalam SK Bupati/Walikota, padahal berdasarkan data dari Badan Penyelenggara Jaminan Kesehatan Daerah Provinsi Jawa Timur perbandingan antara pasien yang menggunakan kartu dengan yang menggunakan SPM/SKTM jumlahnya lebih banyak yang menggunakan SPM.

4.4.2. Penggunaan SPM yang Melampaui Pagu Anggaran Program Jamkesda Di APBD

Berdasarkan hasil penelusuran dan pengumpulan data dari berbagai sumber dapat disimpulkan bahwa masyarakat yang menggunakan kartu Jamkesda

jumlahnya sedikit sekali hanya sekitar 25,91% dan sisanya sebanyak 74,09% adalah pengguna SPM.

Dilihat dari frekuensi kunjungan pada tahun 2011 yang menggunakan SPM baik yang rawat inap tingkat lanjut maupun rawat jalan tingkat lanjut sebanyak 33,062 kali dengan total anggaran yang terserap sebesar Rp 42,802,025,477 dan yang menggunakan kartu Jamkesda jumlah kunjungannya sebanyak 6,920 kali dengan penyerapan anggaran sebesar Rp 6,439,704,438 yang paling banyak mengeluarkan SPM adalah Kabupaten Malang, Kabupaten Madiun dan Tuban

Pada tahun 2012 sampai dengan bulan Juni frekuensi kunjungan ke rumah sakit provinsi yang menggunakan SPM sebanyak 19,366 kunjungan dengan total anggaran yang terserap sebesar Rp 25,941,268,125 dan yang menggunakan kartu Jamkesda sebanyak 2,855 kali dengan anggaran yang terserap sebesar Rp 2,651,273,229. Lebih jelas dapat dilihat dua tabel 4.10 dan tabel 4.11.

Mekanisme dikeluarkannya SPM adalah masyarakat yang menderita mengajukan permohonan ke tingkat desa (RT, RW dan Lurah) dari desa kemudian minta persetujuan dari kecamatan dari kecamatan di bawa ke Dinas Kesehatan sebagai dasar di keluarkannya SPM dan yang berhak mengeluarkan atau menandatangani SPM sesuai dengan Peraturan Gubernur Jawa Timur N0.4 Tahun 2009 adalah pejabat eselon II yaitu setingkat Kepala Dinas. Berdasarkan hasil survey di 6 Kabupaten sebagai daerah kajian menunjukkan bahwa mekanisme penerbitan SPM sudah sesuai dan melalui prosedur yang ada.

Kalau dilihat dari trend pengguna SPM menunjukkan perkembangan yang meningkat sebagaimana tabel 4.10 dan tabel 4.11., sementara hasil wawancara peneliti dengan informan pengelola dana sharing, bahwa membludaknya SPM, sebagai akibat dari: 1) Karena balas jasa terkait dengan kepentingan pemilihan Kepala Desa sehingga mudah dalam mengeluarkan SKTM, tanpa menentukan kreteria yang selektif dalam memutuskan kriteria kelompok SPM (bahkan mantan kades punya SPM); dan 2) Karena faktor politis untuk kepentingan perangkat desa;

Meningkatnya SPM yang diterbitkan ini tanpa memperhatikan pagu yang ditetapkan melalui MoU dan pembiayaan yang disediakan melalui APBD, menyebabkan banyak klaim yang melampaui batas anggaran. Memahami kondisi ini pada tanggal 29 Agustus 2012 Pemerintah Provinsi Jawa Timur mengambil langkah tegas dengan mengeluarkan Surat Edaran tentang Penghentian SPM per tanggal 1 September 2012 yang intinya apabila ada pasien yang di rujuk ke rumah sakit Provinsi dengan menggunakan SPM maka tagihanya akan dibebankan kepada daerah pengirim. Untuk itu perlu dicarikan jalan keluar terbaik terkait dengan program Jamkesda.

Tabel 4.10.
Realisasi Penyerapan Dana Jamkesda di 6 Kabupaten/Kota Tahun 2011

No	Kabupaten	RJTL							
		Kartu Jamkesda (Rp)	Px	SPM (Rp)	Px	Lain-lain (Rp)	Px	Total (Rp)	Px
12	Kabupaten Trenggalek	111,113,587	236	612,150,118	1,225	4,851,765	30	728,115,470	1,491
16	Kabupaten Malang	3,129,273,874	4,529	6,050,723,464	11,567	4,985,547	8	9,184,982,885	16,104
18	Kabupaten Jember	30,640,429	71	395,686,992	1,332	0.00	0	426,327,421	1,403
28	Kabupaten Madiun	385,578,874	1,073	2,312,290,613	8,781	989,293	6	2,698,858,780	9,860
35	Kabupaten Pamekasan	16,662,129	75	181,414,089	590	609,319	3	198,685,536	668
38	Kabupaten Tuban	207,724,211	370	1,280,283,623	2,772	561,755	4	1,488,569,589	3,146
Jumlah I		3,880,993,104	6,354	10,832,548,899	26,267	11,997,678	51	14,725,539,681	32,672

No	Kabupaten	RITL							
		Kartu Jamkesda (Rp)	Px	SPM (Rp)	Px	Lain-lain (Rp)	Px	Total (Rp)	Px
12	Kabupaten Trenggalek	182,305,376	28	1,833,324,316	287	24,214,179	6	2,039,843,872	321
16	Kabupaten Malang	1,709,946,150	341	16,555,983,743	3,071	0.00	0	18,265,929,893	3,412
18	Kabupaten Jember	11,065,891	3	2,592,791,557	791	8,823,572	3	2,612,681,020	797
28	Kabupaten Madiun	434,710,328	130	6,793,362,630	1,952	6,237,384	1	7,234,310,342	2,083
35	Kabupaten Pamekasan	56,350,060	26	821,195,422	201	1,822,451	1	879,367,932	228
38	Kabupaten Tuban	164,333,527	38	3,372,818,911	493	63,195,371	18	3,600,347,808	549
JUMAH II		2,558,711,333	566	31,969,476,578	6,795	104,292,956	29	34,632,480,868	7,390
TOTAL		6,439,704,438	6,920	42,802,025,477	33,062	116,290,634	80	49,358,020,548	40,062

Sumber : BPJKD Jawa Timur 2012

Tabel 4.11

Realisasi Penyerapan Dana Jamkesda di 6 Kabupaten Tahun 2012 (Posisi Bulan Juni 2012)

No	Kabupaten	RJTL								
		Kartu Jamkesda (Rp)	Px	SPM (Rp)	Px	Lain-lain (Rp)	Px	Ambulance Jamkesda (Rp)	Total (Rp)	Px
1	Kabupaten Trenggalek	53,675,050	114	479,295,537	854	2,889,377	17	-	535,859,964	985
2	Kabupaten Malang	1,284,357,723	1,837	4,291,057,979	6,963	872,261	3	-	5,576,287,963	8,803
3	Kabupaten Jember	249,124	2	340,119,893	1,240	290,754	1	-	340,659,771	1,243
4	Kabupaten Madiun	168,340,559	465	1,213,965,974	4,070	2,671,429	11	-	1,384,977,962	4,546
5	Kabupaten Pamekasan	32,730,361	60	84,900,206	343	767,778	2	-	118,398,345	405
6	Kabupaten Tuban	106,143,818	157	957,106,934	2,024	10,335,418	15	-	1,073,586,170	2,196
Jumlah I		1,645,496,635	2,635	7,366,446,523	15,494	17,827,017	49	-	9,029,770,175	18,178

No	Kabupaten	RITL								
		Kartu Jamkesda (Rp)	Px	SPM (Rp)	Px	Lain-lain (Rp)	Px	Ambulance Jamkesda (Rp)	Total (Rp)	Px
1	Kabupaten Trenggalek	134,206,335	17	1,155,965,562	207	33,954,295	7	14,092,500	1,338,218,692	231
2	Kabupaten Malang	490,368,275	113	10,167,815,436	1,821	6,864,900	23	43,341,500	10,708,390,111	1957
3	Kabupaten Jember	16,383,946	3	1,777,451,162	581	18,557,646	4	8,147,500	1,820,540,254	588
4	Kabupaten Madiun	259,966,280	62	2,950,426,676	797	44,253,599	4	9,950,000	3,264,596,555	863
5	Kabupaten Pamekasan	44,355,933	10	505,929,714	142	6,073,865	3	16,494,000	572,853,512	155
6	Kabupaten Tuban	60,495,825	15	2,017,233,052	324	79,636,707	22	17,244,000	2,174,609,584	361
Jumlah II		1,005,776,594	220	18,574,821,602	3,872	189,341,012	63	109,269,500	19,879,208,708	4155
Total		2,651,273,229	2,855	25,941,268,125	19,366	207,168,029	112	109,269,500	28,908,978,883	22,333

Sumber : BPJKD Jawa Timur 2012

4.5. Analisis Kendala Dalam Mekanisme Polling Dana Sharing Penyelenggaraan Program Jamkesda Di Jawa Timur

Peraturan Daerah Provinsi Jawa Timur, No 4 Tahun 2008 pada ketentuan umum, pasal 1 ditentukan bahwa badan penyelenggara program jaminan kesehatan daerah adalah BPJKD yang merupakan badan hukum publik yang dibentuk Pemerintah Provinsi (lihat ayat (13)). Kemudian tata cara penyelenggaraan penyelenggara program jaminan kesehatan daerah ditentukan dalam Sistem Jaminan Kesehatan Daerah (SJKD). SJKD diselenggarakan berdasarkan asas kemanusiaan, asas manfaat, asas keadilan kesehatan bagi seluruh warga masyarakat Jawa Timur (Pasal 2). Tujuan SJKD menurut pasal 3 adalah

- a. melindungi seluruh warga masyarakat dalam sistem jaminan kesehatan di Daerah
- b. mengimplementasikan dan mengembangkan sistem jaminan kesehatan di Daerah
- c. mewujudkan sistem pembiayaan kesehatan perorangan yang bersumber dari masyarakat dan Pemerintah serta mendorong efisiensi pembiayaan.
- d. menjamin keterjangkauan masyarakat dengan mewujudkan pemerataan pelayanan kesehatan yang bermutu.
- e. memberdayakan masyarakat bersama Pemerintah Daerah di Jawa Timur dalam pelayanan publik bidang kesehatan

Selanjutnya dalam Pasal 4, dikatakan bahwa SJKD diselenggarakan dengan prinsip-prinsip : a). kegotong-royongan; b). nirlaba; c). keterbukaan; d). kehati-hatian; e). akuntabilitas; f). portabilitas; g). Dana amanat; h). kepesertaan bersifat wajib; i). hasil pengelolaan DJKD dipergunakan seluruhnya untuk pengembangan program dan untuk sebesar-besar kepentingan peserta.

Mekanisme pengumpulan dana program Jamkesda bersifat wajib, yang berasal dari iuran guna memberikan perlindungan atas risiko kesehatan ekonomi yang menimpa Peserta dan/atau anggota keluarganya melalui asuransi kesehatan. Asuransi ini kemudian dalam pasal 1. ayat (14) disebut dengan dana jaminan kesehatan daerah (DJKD), yang merupakan dana amanah milik seluruh Peserta, yang merupakan himpunan iuran beserta hasil pengembangannya maupun sumber lainnya yang sah,

dikelola oleh BPJKD untuk pembayaran manfaat kepada Peserta dan pembiayaan operasional penyelenggaraan program jaminan kesehatan daerah menurut SJKD.

Tujuan pembentukan BPJKD, menurut Pasal 5 ayat (3) adalah :

- a. menyelenggarakan program jaminan kesehatan daerah berlandaskan pada asas, tujuan, dan prinsip penyelenggaraan SJKD;
- b. mengupayakan perluasan cakupan kepesertaan bagi seluruh warga masyarakat dan membangun budaya berasuransi demi pemenuhan keadilan kesehatan bagi generasi saat ini dan yang akan datang;
- c. memberikan jaminan ketepatan sasaran dan kepastian hukum serta jaminan keberlangsungan perlindungan kesehatan bagi masyarakat rentan dan tidak mampu melalui prinsip gotongroyong dan partisipasi pemerintahan, masyarakat serta sektor swasta;
- d. mewujudkan fungsi kebijakan dan fasilitasi Pemerintahan Provinsi Jawa Timur dalam usaha kesejahteraan kesehatan melalui pengelolaan dana masyarakat dengan prinsip dana amanah; dan
- e. meningkatkan kapasitas daerah dan membangun kerjasama antar daerah dalam menjalankan kewajiban mengembangkan sistem jaminan kesehatan.

Tugas pokok, wewenang, dan alat kelengkapan pasal 6 adalah sebagai berikut:

1. Tugas pokok BPJKD meliputi :
 - 1) menjalankan maksud dan tujuan BPJKD;
 - 2) mengelola pendaftaran untuk menjadi Peserta dan Koordinator Peserta;
 - 3) menyelesaikan keluhan/sengketa yang timbul dalam penyelenggaraan program jaminan kesehatan daerah;
 - 4) memberikan informasi mengenai hak dan kewajiban Peserta dalam program jaminan kesehatan daerah;
 - 5) membentuk cadangan teknis sesuai dengan standar praktek aktuarial yang lazim;
 - 6) menjaga tingkat kesehatan keuangan DJKD dan dana operasional BPJKD;
 - 7) menjalankan tugas pokok lainnya, wewenang, dan
 - 8) mempertanggungjawabkan pelaksanaannya dengan sebaik-baiknya.
2. wewenang BPJKD meliputi :

- 1) melakukan tindakan hukum secara langsung baik di dalam maupun di luar pengadilan untuk kepentingan Peserta dan/atau BPJKD dalam rangka penyelenggaraan program jaminan kesehatan daerah menurut SJKD;
- 2) menerima dan mengelola iuran yang terhimpun dalam DJKD dan hasil pengembangannya;
- 3) menerbitkan nomor identitas tunggal bagi setiap Peserta dan/atau anggota keluarganya yang berlaku untuk semua jenis program jaminan kesehatan daerah;
- 4) menjalin kerjasama dengan pihak-pihak yang terkait dengan penyelenggaraan program jaminan kesehatan daerah;
- 5) menetapkan dan/atau mencabut status warga masyarakat sebagai Peserta dalam Daftar Peserta;
- 6) menetapkan dan/atau mencabut status Lembaga Penyelenggara dan/atau Pemberi Kerja sebagai Koordinator Peserta; dan
- 7) menerbitkan, menolak permohonan, mencabut, atau merubah keputusan BPJKD untuk menjalankan tugas pokok dan wewenangnya;
- 8) menjalankan wewenang lainnya sesuai ketentuan Peraturan Daerah ini dan peraturan pelaksanaannya.

Berdasarkan uraian tentang tugas pokok, dan wewenang BPJKD dalam Peraturan Daerah Provinsi Jawa Timur, No 4 Tahun 2008 dapat diambil benang merahnya sebagai berikut:

1. BPJKD adalah institusi yang sah ditetapkan oleh Pemerintah Provinsi Jawa Timur dalam menyelenggarakan program Jamkesda (pasal 1 ayat (13));
2. BPJKD adalah institusi yang sah ditetapkan oleh Pemerintah Provinsi Jawa Timur dalam mengelola dana jaminan kesehatan daerah (DJKD), yang merupakan dana amanah milik seluruh Peserta, dan merupakan himpunan iuran beserta hasil pengembangannya maupun sumber lainnya yang sah. (pasal 1 ayat (14));
3. Tujuan pembentukan BPJKD, yang penting menurut Pasal 5 ayat (3), adalah menyelenggarakan program jaminan kesehatan daerah dan perluasan cakupan kepesertaan, serta yang penting lagi dalam urusan kerjasama adalah

meningkatkan kapasitas daerah dan membangun kerjasama antar daerah dalam menjalankan kewajiban mengembangkan SJKD;

4. sesuai dengan tugas pokok dan wewenangnya yang tertera dalam pasal 6 ayat 2 BPJKD berwenang untuk menerima dan mengelola iuran yang terhimpun dalam DJKD dan hasil pengembangannya.
5. Menerima pendaftaran bantuan iuran untuk program Jamkesda dari Pemerintah Kabupaten/Kota (maksud pasal 20 ayat (1))

Dari 5 point penting fungsi dan kewenangan BPJKD tersebut jelas bahwa satu-satunya institusi yang berwenang dalam pengelolaan DJKD dalam SJKD adalah BPJKD, baik untuk mengelola DJKD yang disiapkan oleh Pemerintah Provinsi Jawa Timur maupun yang disiapkan oleh Pemerintah Kabupaten/Kota di lingkungan Provinsi Jawa Timur.

Dengan demikian, sampai kajian atau penelitian ini dilakukan (akhir tahun 2012), bahwa pengelolaan DJKD masih dikelola oleh Dinas Kesehatan, baik di Pemerintah Provinsi maupun Pemerintah Kabupaten/Kota. Institusi BPJKD yang dibentuk dan diberikan wewenang untuk mengelola DJKD, tidak diberikan kewenangan untuk mengelola DJKD. BPJKD seola hanya sebagai institusi untuk memonitor dan mengevaluasi pelaksanaan pengelolaan DJKD.

Tidak adanya kewenangan BPJKD untuk mengelola DJKD, yang menurut pengelola BPJKD disebut dengan “polling dana” untuk mengelola DJKD oleh BPJKD, karena masih ditemukan kendala, yakni:

1. Pemerintah provinsi dan Pemerintah Kabupaten/Kota belum bisa menyerahkan DJKD ke BPJKD karena belum memiliki dasar hukum yang kuat; dan
2. Pemerintah provinsi dan Pemerintah Kabupaten/Kota belum menemukan item posting pengeluaran yang tepat dana DJKD diserahkan ke BPJKD.

Dari dua permasalahan yang sekaligus menjadi kendala bagi BPJKD untuk mengelola DJKD baik dari Pemerintah Provinsi maupun dari Pemerintah Kabupaten/Kota, menurut pemikiran peneliti, adalah sebagai berikut:

1. Belum ada kemauan (*Political will*) dari Pemerintah Provinsi untuk menyerahkan dana BPJKD secara serius. Secara hukum sebenarnya sudah cukup jelas bahwa satu-satunya institusi yang berhak mengelola DJKD termasuk pengembangannya adalah BPJKD, sebagaimana dijelaskan peneliti pada uraian sebelumnya yang merujuk Perda Prov Jatim No. 4/2008 yakni:

- 1) BPJKD adalah institusi yang sah ditetapkan oleh Pemerintah Provinsi Jawa Timur dalam menyelenggarakan program Jamkesda (pasal 1 ayat (13));
 - 2) BPJKD adalah institusi yang sah ditetapkan oleh Pemerintah Provinsi Jawa Timur dalam mengelola dana jaminan kesehatan daerah (DJKD), yang merupakan dana amanah milik seluruh Peserta, dan merupakan himpunan iuran beserta hasil pengembangannya maupun sumber lainnya yang sah. (pasal 1 ayat (14));
 - 3) BPJKD adalah menyelenggarakan program Jamkesda dan perluasan cakupan kepesertaan;
 - 4) BPJKD berwenang untuk meningkatkan kapasitas daerah dan membangun kerjasama antar daerah dalam menjalankan kewajiban mengembangkan SJKD (Pasal 5 ayat (3));
 - 5) BPJKD berwenang untuk menerima dan mengelola iuran yang terhimpun dalam DJKD dan hasil pengembangannya. (pasal 6 ayat (2));
 - 6) BPJKD berwenang menerima pendaftaran bantuan iuran untuk program Jamkesda dari Pemerintah Kabupaten/Kota (maksud pasal 20 ayat (1))
2. Berdasarkan 6 poin ketentuan dalam beberapa pasal dalam Perda Prov Jatim No. 4/2008, tidak alasan lagi bagi Pemerintah Provinsi, dan Pemerintah Kabupaten/Kota di Jawa Timur untuk tidak menyetorkan iuran DJKD untuk program Jamkesda kepada BPJKD;
 3. Untuk lebih memantapkan pelaksanaan dari beberapa pasal dalam Perda Prov Jatim No. 4/2008 terkait dengan kewenangan mengelola DJKD bagi BPJKD, perlu penerbitan Peraturan Gubernur terkait dengan **Tatacara dan Mekanisme Pengelolaan DJKD** bagi BPJKD, termasuk di dalamnya mengatur mekanisme pengelolaan dari dari Pemerintah Kabupaten/Kota, sebagaimana ketentuan dari Perda Prov Jatim No. 4/2008, *pasal 23 ayat (1) bahwa pelaksanaan pengelolaan DJKD dilakukan oleh Pejabat Pengelola BPJKD sesuai arahan kebijakan dan persetujuan Dewan Wali Amanah; dan ayat (8) Tata cara pengelolaan dan pengembangan DJKD sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diatur lebih lanjut dengan Peraturan Gubernur atas Usulan Dewan Wali Amanah.*

4. Dengan adanya Keputusan Gubernur dimaksud, BPJKD memiliki tidak hanya memiliki tugas pokok dan kewenangan untuk mengelola DJKD, tetapi memiliki pedoman teknis pelaksanaan pengelolaan DJKD, karena DJKD menyangkut kelembagaan di Provinsi dan di Kabupaten/Kota. Dengan demikian, dengan Keputusan Gubernur ini BPJKD akan memiliki kewenangan yang dapat dipahami dan ditaati oleh oleh Dinas Kesehatan baik di Provinsi dan di Kabupaten/Kota.
5. Pengelolaan DJKD oleh BPJKD, merupakan kewenangan khusus. Karena itu kewenangan untuk mengelola DJKD tidak perlu ditenderkan seperti pengelolaan barang dan jasa yang dananya lebih dari 200 juta rupiah. Dengan demikian, dasar untuk pengelolaan DJKD oleh BPJKD tetap merujuk pada Perda 4/2008 dan Pergub 8/2009 dan tidak perlu ditendernya. Tata cara pemungutan seperti dijelaskan dalam perda 4/2008 pasal 21 adalah sebagai berikut:
 - 1) Besarnya iuran untuk Peserta yang tidak menerima upah, ditentukan berdasarkan nominal tertentu yang ditinjau secara berkala (ayat 5).
 - 2) Besarnya iuran untuk penerima bantuan iuran ditentukan berdasarkan APBN/APBD terhadap sebagian atau keseluruhan atas iuran, yang ditetapkan secara berkala. (ayat 6)
 - 3) Bantuan iuran program jaminan kesehatan oleh Pemerintah, Pemerintah Provinsi, dan Kabupaten/Kota bagi warga masyarakat penerima bantuan iuran yang memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan dan fasilitas pelayanan umum lainnya milik Pemerintah Provinsi dan Kabupaten/Kota dikelola oleh BPJKD (ayat 7).
6. Untuk lebih memudahkan sistem pengelolaan DJKD oleh BPJKD, BPJKD perlu membentuk *trust* yang lebih kuat antara BPJKD dengan Dinas Kesehatan di Provinsi dan di Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota, dalam rangka koordinasi dan sinkronisasi kinerja pengelolaan DJKD.

4.6. Rumusan Usulan Kebijakan dan Program Kerja Dalam Meningkatkan Kinerja Pengelolaan Program Jamkesda

Beberapa langkah strategis sebagai rumusan usulan kebijakan dan program kerja yang diajukan pengkaji berdasarkan analisis dan pembahasan sebelumnya yang diharapkan akan bermanfaat bagi pihak yang bekepentingan antara lain sebagai berikut:

Langkah Pertama, Meningkatkan Kepatuhan Terhadap Peraturan Daerah baik Di Tingkat Provinsi dan Kabupaten/Kota dalam Pelaksanaan Program Jamkesda

Pelaksana kebijakan yang telah ditetapkan dalam Peraturan Perundangan oleh Pemerintah Provinsi Jawa Timur perlu meningkatkan kepatuhannya. Beberapa peraturan yang patut untuk dipatuhi pelaksana program Jamkesda adalah:

- Revisi Peraturan Gubernur Nomor 55 Tahun 2010 tentang Perubahan Atas Peraturan Gubernur Jawa Timur Nomor 4 Tahun 2009 tentang Petunjuk Pelaksanaan Peraturan Daerah Provinsi Jawa Timur Nomor 4 Tahun 2008 Tentang Sistem Jaminan Kesehatan Daerah Di Jawa Timur. Menjadi Peraturan Gubernur Jawa Timur No. 62 tahun 2012 tentang Perubahan kedua atas Peraturan Gubernur Jawa Timur No. 4 tahun 2009 tentang Petunjuk Pelaksanaan Peraturan Daerah Provinsi Jawa Timur Nomor 4 Tahun 2008 Tentang Sistem Jaminan Kesehatan Daerah Di Jawa Timur.
- SE Gubernur Jawa Timur tanggal 13 April 2010 Nomor : 440/5370/031/2010 Perihal Kartu Jamkesda diganti dengan Surat Edaran Gubernur Jawa Timur tanggal 29 Agustus 2012 Perihal Penghentian Surat Pernyataan Miskin (SPM) sejak tgl 1 September 2012 SPM tidak berlaku di RS Prov dan UPT Dinkes Prov. Jatim.
- Perubahan PKS Sharing Dana Jamkesda. Sharing Biaya pelayanan kesehatan di RS Kab/Kota dan RS Provinsi/UPT 50 % Provinsi : 50 % Kab/Kota

Menurut pengamatan peneliti terjadinya deficit anggaran dan surplus anggaran Jamkesda atau kurang sesuainya penyerapan anggaran Jamkesda di 6 Kabupaten yang menjadi lokus penelitian, akibat kurang tepatnya para pelaksana Jamkesda dalam mematuhi *policy guide line* yang ditentukan. Dengan demikian bahwa peraturan perundangan diharapkan bahwa menjadi payung hukum yang wajib

dipatuhi bersama terutama para pelaksana, justru dilanggar dan dibuat kesempatan untuk mendapat layanan kesehatan di luar kemampuan Pemerintah Kabupaten/Kota.

Sehubungan dengan itu, dalam Pergub tersebut perlu ditentukan kepatuhan dan sanksi terhadap besaran dana dari Provinsi yang dapat dimanfaatkan oleh peserta Jamkesda dari Kabupaten/Kota pada tahun Anggaran yang ditetapkan. Kalau berlebihan berarti menjadi tanggung jawab Pemerintah Kabupaten/Kota untuk membayar Rumah Sakit di Provinsi atau dirujuk ke Rumah Sakit Daerah setempat.

Langkah kedua, penguatan kelembagaan pelaksanaan program Jamkesda.

Penguatan kelembagaan BPJKD sebagai institusi yang memiliki kewenangan dan otoritas dalam mengelola DJKD. Penguatan kelembagaan dalam hal ini tentunya perlu didukung oleh SDM yang memiliki kemampuan (kompetensi) dan profesionalitas lebih baik dari pada saat ini dalam menjalankan Tugas Pokok, Fungsi dan Kewenangan BPJKD. Dengan kemampuan SDM di BPJKD diharapkan dapat:

- mampu mengelola keuangan DJKD secara professional, efisien dan efektif;
- mampu menjalin hubungan antara BPJKD dengan skateholders (public private pathnership), sehingga mampu menjalin sinkronisasi hubungan, trust atau saling menjaga kepercayaan antar stakeholders
- mampu menjalankan tugas fungsi dan kewenangannya yang lebih efektif dan efisien dalam memanfaatkan pagu dana kepesertaan program Jamkesda di wilayahnya. Pada akhirnya warga miskin peserta program Jamkesda sesuai dengan ketentuan yang telah ditetapkan dalam Keputusan dan Bupati/Walikota dan tidak ada lagi warga miskin yang menjadi penunggang kesempatan (*free riders*) bagi warga miskin lain yang seharusnya mendapatkan layanan kesehatan melalui program Jamkesda.

Langkah ketiga, peningkatan pengawasan, monitoring dan evaluasi secara intensif.

Pengawasan, monitoring dan evaluasi secara intensif terhadap proses dan hasil pelaksanaan peraturan perundangan tentang program Jamkesda. Kegiatan monitoring dan evaluasi ini merupakan aktivitas yang penting dalam proses manajemen

pelaksanaan sebuah kebijakan. Monitoring merupakan kegiatan untuk mengamati/meninjau kembali/mempelajari serta mengawasi secara berkesinambungan atau berkala terhadap pelaksanaan program/kegiatan yang sedang berjalan. Kegiatan monitoring dilakukan untuk menemukenali permasalahan, mencari alternatif pemecahan dan menyarankan langkah-langkah penyelesaian sebagai *koreksi dini* agar pelaksanaan kegiatan berjalan secara efisien, dan efektif. Selain itu kegiatan monitoring untuk mengetahui kesesuaian antar rencana yang telah ditetapkan dalam rencana dengan hasil yang dicapai. Karenanya, pemantauan dapat dijadikan sebagai sumber informasi utama tentang implementasi.

Bertumpu pada arti penting monitoring dan evaluasi tersebut, makala aktivitas monitoring perlu diawali pada aktivitas antara lain sebagai berikut:

- Melakukan monitoring program, ini adalah penilaian apakah suatu program Jamkesda dilaksanakan sebagaimana direncanakan. Monitoring program ini akan memberikan umpan balik yang terus menerus pada program Jamkesda yang dilaksanakan dan mengidentifikasi masalah begitu muncul.
- Melakukan evaluasi proses; ini merupakan penilaian bagaimana program Jamkesda dioperasikan; berfokus pada pelaksanaan program kepada peserta (*servicedelivery*), yakni warga miskin atau warga yang mendapatkan Kartu Jamkesda.
- Evaluasi dampak, ini adalah penilaian apakah program Jamkesda telah bermanfaat benar terhadap yang berhak menerimanya atau dimanfaatkan warga lain;
- *Cost-benefit* atau *cost effectiveness*, adalah penilaian dari biaya program Jamkesda dan manfaat yang dihasilkan oleh biaya program Jamkesda. Dengan penilaian ini akan diketahui apakah manfaat program Jamkesda cukup bernilai dibandingkan biaya yang anggarkan.

Melalui aktivitas monitoring dan evaluasi tersebut, segala bentuk penyimpangan, kesalahan dan hasil tentang program Jamkesda, telah dapat diketahui sejak dinidan pada akhirnya dapat dilakukan tindakan korektif atas kesalahan, penyimpangan, dan hasil yang belum sesuai dengan apa yang diharapkan.

Langkah keempat, membangun komitmen bersama.

Membangun komitmen ini diperlukan informasi yang cukup (*valid information*) tentang apa yang akan dilakukan dan apa yang ingin dicapainya, serta bagaimana cara mencapainya. Selain itu, di antara mereka yang terlibat harus diberi pilihan (sesuai dengan kepentingan masing-masing), saling percaya (*trust*) saling terbuka (*openness*), dan saling bertanggungjawab (*responsible*). Tak kalah pentingnya adalah keterlibatan (*involvement*) mereka dalam proses perencanaan program Jamkesda, pelaksanaan program Jamkesda, pemantauan program Jamkesda, dan evaluasi program Jamkesda.

Komitmen bersama dalam hal ini, semua unsur yang terlibat dalam Jamkesda diupayakan harus difungsikan sebagaimana yang ditetapkan dalam Peraturan Perundangan. Termasuk dalam menentukan kebijakan tambahan bagi warga yang belum tercatat dalam Kartu Jamkesda harus diidentifikasi sesuai dengan kondisi riil, tanpa didasari oleh kepentingan politik disegala lini pemerintahan, atau penentuan tidak jelas kriteria yang dijadikan pedoman.

BAB V

PENUTUP

5.1. Kesimpulan

Beberapa kesimpulan berdasarkan hasil analisis data dalam penelitian ini adalah sebagai berikut:

1. Perkembangan jumlah peserta program Jamkesda yang sudah memiliki kartu atau sudah masuk dalam database di 6 Kabupaten di lokasi kajian tahun 2010 sampai tahun 2012 sebesar 107,494 jiwa (jumlah ini tidak mengalami perkembangan sama sekali). Sehubungan dengan itu penyediaan dana sharing program Jamkesda sesuai MoU dari tahun 2010 s/d tahun 2012 tidak ada perubahan yang berarti, namun yang sedikit berubah adalah di Kabupaten Madiun yang terjadi perubahan anggaran pada tahun 2011 yaitu Rp 1,537,137,669 kemudian pada tahun 2012 kembali lagi menjadi Rp 1,696,923,064.
2. Kalau dilihat dari penyediaan dana sharing di APBD di 6 Kabupten tahun 2011, menunjukkan adanya perbedaan-perbedaan. Dari 6 Kabupaten, terdapat 3 Kabupaten, yakni Kabupaten Trenggalek, Kabupaten Jember, dan Kabupaten Madiun yang telah menyediakan anggaran program Jamkesda di APBD lebih besar dari Pagu Anggaran program Jamkesda di MoU. Sedangkan 3 Kabupaten lainnya, yakni Kabupaten Malang, Kabupaten Pamekasan, dan Kabupaten Tuban belum menyediakan anggaran anggaran program Jamkesda di APBD sesuai dari Pagu Anggaran program Jamkesda di MoU, bahkan lebih kecil.
3. Dilhat dari penyerapannya, tahun 2011 Kabupaten yang penyerapan dana sharing program Jamkesda-nya melebihi dari pagu yang disediakan melalui APBD-nya, adalah Kabupaten Malang sebesar Rp.9,132,415,111,-. Kekurangan ini penyediaan dana ini, menurut informasi di Dinas Kesehatan Malang akibat SPM yang diperlakukan, sehingga kekurangan dana tersebut ditanggung oleh Pemerintah Provinsi.

4. Tahun 2012, dari 6 Kabupten yang menjadi lokus penelitian, terdapat 4 Kabupten yang total penyediaan dana sharing untuk program Jamkesda di APBD (DPA+PAK) lebih besar dari di MoU. Kabupaten dan kelebihan besaran dana yang dipersiapkan adalah sebagai berikut: Kabupaten Trenggalek kelebihan dana yang dipersiapkan sebesar Rp. 939,330,154; Kabupaten Malang kelebihan dana yang dipersiapkan sebesar Rp. 5,023,666,790; Kabupaten Jember kelebihan dana yang dipersiapkan sebesar Rp. 6,801,142,127; dan Kabupaten Madiun kelebihan dana yang dipersiapkan sebesar Rp. 6,853,076,936. Sedangkan untuk 3 Kabupaten yang lain, yakni Kabupaten Pamekasan kekurangan dana yang dipersiapkan sebesar Rp. 2,019,476,973 Dan Kabupaten Pamekasan kekurangan dana yang dipersiapkan sebesar Rp. 4,799,293,915. Bagi Kabupaten yang kekurangan dalam penyediaan dana sharing program Jamkesda di APBD, peneliti belum mendapatkan datanya.
5. Analisis dan interprestasi yang dapat penulis katakan adalah: 1) bahwa Pemerintah Kabupaten di lokasi penelitian masih memiliki keseriusan di dalam menyediakan dana sharing untuk program layanan kesehatan; dan 2) bahwa ada kemampuan yang lebih di dalam penyediaan dana sharing program Jamkesda. Dengan demikian fenomena ini bisa membatalkan animo bahwa masih rendahnya kemampuan Pemerintah Kabupaten Kota dalam menyediakan dana sharing untuk layanan kesehatan bagi penduduk miskin di daerahnya.
6. Dilihat dari penyerapan dana sharing program jamkesda dari tahun 2012 sampai dengan bulan Juni 2012 dapat disimpulkan bahwa 1) terdapat tiga Kabupaten belum mengalami deficit anggaran program Jamkesda yaitu: Kabupaten Trenggalek, Kabupaten Jember, dan Kabupaten Madiun. Dan 2) Terdapat tiga Kabupaten yang mengalami deficit anggaran program Jamkesda yaitu: Kabupaten Malang, Kabupaten Pamekasan, dan Kabupaten Tuban.
7. Sampai dengan Juni 2012 (semester pertama), Kabupaten Malang sudah terjadi defisit sebesar Rp.7,284,678,074,-; Kabupaten Tuban mengalami defisit sebesar Rp. 2,593,211,754 dan Kabupaten Pamekasan mengalami defisit sebesar Rp. 327,831,857. Terjadinya defisit anggaran karena: 1) ketidaksesuaian antara dana sharing yang dianggarkan oleh 6 kabupaten di APBD dengan jumlah penduduk miskin yang menjadi tanggungan program jamkesda; 2) penggunaan SPM yang melebihi batas pagu anggaran. Berdasarkan hasil survai bahwa masyarakat yang menggunakan kartu Jamkesda jumlahnya sedikit sekali hanya sekitar 25,91% dan

sisanya sebanyak 74,09% adalah pengguna SPM; 3) terlalu mudahnya masyarakat untuk mendapat SPM dan banyak SPM yang diterbitkan dengan alasan politis tanpa memperhatikan pagu anggaran.

8. Sulitnya polling dana untuk dikelola BPJKD untuk mengelola DJKD baik dari Pemerintah Provinsi maupun dari Pemerintah Kabupaten/Kota, menurut hemat peneliti, adalah sebagai berikut:

7. Belum ada kemauan (*Political will*) dari Pemerintah Provinsi untuk menyerahkan dana BPJKD secara serius. Secara hukum sebenarnya sudah cukup jelas bahwa satu-satunya institusi yang berhak mengelola DJKD termasuk pengembangannya adalah BPJKD, sebagaimana dijelaskan peneliti pada uraian sebelumnya yang merujuk Perda Prov Jatim No. 4/2008, antara lain:

a) BPJKD adalah institusi yang sah ditetapkan oleh Pemerintah Provinsi Jawa Timur dalam menyelenggarakan program Jamkesda (pasal 1 ayat (13));

b) BPJKD adalah institusi yang sah ditetapkan oleh Pemerintah Provinsi Jawa Timur dalam mengelola dana jaminan kesehatan daerah (DJKD), yang merupakan dana amanah milik seluruh Peserta, dan merupakan himpunan iuran beserta hasil pengembangannya maupun sumber lainnya yang sah. (pasal 1 ayat (14));

c) BPJKD adalah menyelenggarakan program Jamkesda dan perluasan cakupan kepesertaan;

d) BPJKD berwenang untuk meningkatkan kapasitas daerah dan membangun kerjasama antar daerah dalam menjalankan kewajiban mengembangkan SJKD (Pasal 5 ayat (3));

e) BPJKD berwenang untuk menerima dan mengelola iuran yang terhimpun dalam DJKD dan hasil pengembangannya. (pasal 6 ayat (2));

f) BPJKD berwenang menerima pendaftaran bantuan iuran untuk program Jamkesda dari Pemerintah Kabupaten/Kota (maksud pasal 20 ayat (1))

8. Belum adanya trust yang kuat antara BPJKD dengan Dinas Kesehatan di Pemerintah Provinsi Jawa Timur dan Dinas Kesehatan di Kabupaten/Kota dalam sistem pengelolaan DJKD, dalam rangka koordinasi dan sinkronisasi kinerja pengelolaan DJKD.

5.2. Rekomendasi

Berdasarkan rumusan kesimpulan hasil penelitian ini direkomendasikan sebagai berikut:

1. Perlu adanya pendataan ulang jumlah penduduk miskin sesuai dengan perkembangan penduduk miskin tiap tahun yang valid dan dapat dipercaya oleh BPJKD, sehingga jumlah kepesertaan sesuai dengan kondisi yang sesungguhnya. Dengan jumlah penduduk miskin yang sesuai dengan realitas akan mengurangi jumlah penduduk miskin untuk tidak mendapatkan pelayanan kesehatan yang disediakan, yang pada akhirnya pagu anggaran DJKD perlu juga disesuaikan;
2. SPM masih juga diperlukan, sepanjang tidak melampaui pagu dana DJKD yang ditentukan, kalau berlebihan peneliti setuju kalau diserahkan kepada Pemerintah Kabupaten/Kota untuk membiayainya, dan menurut hasil penelitian bahwa pemerintah Kabupaten/Kota memiliki kemampuan yang lebih di dalam penyediaan dana sharing program Jamkesda.
3. Pengelolaan dana sharing harus diserahkan pada BPJKD sesuai dengan Perda Prov Jatim No. 4/2008, dan Pegub 4/2009 beserta perubahannya. Dan tidak alasan, yang dapat dilandasi hukum bagi Pemerintah Provinsi, dan Pemerintah Kabupaten/Kota di Jawa Timur untuk tidak menyetorkan iuran DJKD untuk program Jamkesda kepada BPJKD;
4. Untuk lebih memantapkan pelaksanaan dari beberapa pasal dalam Perda Prov Jatim No. 4/2008 terkait dengan kewenangan mengelola DJKD bagi BPJKD, perlu penerbitan Peraturan Gubernur terkait dengan Tatacara dan Mekanisme Pengelolaan DJKD bagi BPJKD, termasuk di dalamnya mengatur mekanisme pengelolaan dari dari Pemerintah Kabupaten/Kota, sebagaimana ketentuan dari Perda Prov Jatim No. 4/2008, *pasal 23 ayat (1) bahwa pelaksanaan pengelolaan DJKD dilakukan oleh Pejabat Pengelola BPJKD sesuai arahan kebijakan dan persetujuan Dewan Wali Amanah; dan ayat (8) Tata cara pengelolaan dan pengembangan DJKD sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diatur lebih lanjut dengan Peraturan Gubernur atas Usulan Dewan Wali Amanah.* Dengan adanya Keputusan Gubernur dimaksud, BPJKD memiliki tidak hanya memiliki tugas pokok dan kewenangan untuk mengelola DJKD, tetapi memiliki pedoman teknis pelaksanaan pengelolaan DJKD, karena DJKD menyangkut kelembagaan di Provinsi

dan di Kabupaten/Kota. Dengan demikian, dengan Keputusan Gubernur ini BPJKD akan memiliki kewenangan yang dapat dipahami dan ditaati oleh oleh Dinas Kesehatan baik di Provinsi dan di Kabupaten/Kota.

5. Pengelolaan DJKD oleh BPJKD, merupakan kewenangan khusus sesuai Perda 4/2008 dan Pergub 8/2009 dan perubahannya. Karena itu kewenangan untuk mengelola DJKD tidak perlu ditenderkan seperti pengelolaan barang dan jasa yang lain.
6. Pergub 8/2009 dan perubahannya perlu ditinjau kembali dan diberikan item atau pasal terkait dengan kepatuhan dan sanksi serta besaran dana dari Provinsi yang dapat dimanfaatkan oleh peserta Jamkesda dari Kabupaten/Kota pada tahun Anggaran yang ditetapkan. Kalau berlebihan berarti menjadi tanggung jawab Pemerintah Kabupaten/Kota untuk membayar Rumah Sakit di Provinsi atau dirujuk ke Rumah Sakit Daerah setempat.
7. Penguatan kelembagaan BPJKD dan didukung oleh SDM yang lebih baik agar mampu menjalankan tugas fungsi dan kewenangannya dan mampu mengelola dana menentukan warga miskin peserta program Jamkesda sesuai dengan ketentuan yang telah ditetapkan dalam Keputusan dan Bupati/Walikota dan tidak ada lagi warga miskin yang menjadi penunggang kesempatan (*free riders*) bagi warga miskin lain melalui SPM.
8. Melakukan evaluasi dan monitoring kinerja pengelolaan DJKD dalam upaya untuk meningkatkan pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin sesuai perkembangan kepesertaan dan pelayanannya, serta diikuti dengan komitmen-komitmen yang dituangkan dalam standar pelayanan kesehatan yang lebih baik secara progresif tiap tahun.

DAFTAR PUSTAKA

Buku:

- Bardach, E., 1977, *The Implementation Game*, Cambridge: MIT Press.
- Dye, Thomas R, 1987, *Understanding Public Policy.*, New Jersey, Englewood Cliffs, Prentice-Hall. Inc.
- Jones, Charles, O., 1970, *An Introduction to The Study of Public Policy*, Belmont AD : Wadsworth
- Mazmaian, Daniel and Paul A. Sabatier (ed), 1981, *Effective Policy Implementation*, Lexington Mass DC. Heath.
- Parker, R.S. (1975). *Policy and Administration*, dalam Public Policy and Administration in Australia: A Reader. (ed. R.N. Spann dan G.R. Cunon). John Wiley & Sons, New York, USA.
- Mills AJ dan Ranson MK (2005). "The design of health systems". In Merson MH, Black RE dan Mills AJ (eds). *International Public Health: Disease, Programs, Sytems and Policies*. Subury MA: Jones and Bartlett
- Samodra Wibawa, 1994 *Implementasi Kebijakan Publik*, Penerbit Balai Pustaka, Jakarta.
- Sholichin Abdul Wahab, 1997, *Evaluasi Kabijakan Publik*, Penerbit Balai Pustaka Jakarta.
- Van Metter D.S. and C.E. Van Horn, 1978, *The Policy Implementation Process : A Conceptual Framework, Administration and Society*.
- Wahab, A. Solichin, 1997, *Analisis Kebijaksanaan: dari formulasi ke implementasi kebijaksanaan negara*, Bumi aksara, Jakarta.
- Walt G dan Gilson L (1994). "Reforming the health sector in developing countries: The central role of policy analysis". *Health Policy and Planning* 9: 353-70

Peraturan Perundangan:

- Undang-Undang Dasar 1945
- Undang-Undang No. 2 Tahun 1992 tentang Usaha Perasuransian
- Undang-Undang No. 23 Tahun 1992 tentang Kesehatan dan Konstitusi WHO
- Undang-Undang Nomor 23/1992 tentang Kesehatan
- Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional.

Peraturan Pemerintah Nomor 67 Tahun 1991 yang merupakan perubahan atas Peraturan Pemerintah Nomor 44 Tahun 1971, tentang Program Asuransi Sosial Angkatan Bersenjata Republik Indonesia (ASABRI).

Peraturan Menteri Kesehatan No. 571 Tahun 1993 tentang Penyelenggaraan Program JPKM;

Peraturan Menteri Kesehatan No. 527 Tahun 1993 tentang Paket Pemeliharaan Kesehatan;

Peraturan Menteri Kesehatan No. 568 Tahun 1996 tentang perubahan atas Peraturan Menteri Kesehatan No. 571 Tahun 1993;

Peraturan Daerah Provinsi Jawa Timur nomor 4 tahun 2008 tentang sistem jaminan kesehatan daerah di Jawa Timur

Peraturan Gubernur Jawa Timur nomor 4 tahun 2009, tentang petunjuk pelaksanaan peraturan daerah Provinsi Jawa Timur nomor 4 tahun 2008

Peraturan Gubernur Jawa Timur nomor 62 tahun 2012 dan Surat Edaran Gubernur nomor 440/1477/031/2012 tentang Pencabutan Surat Pernyataan Miskin (SPM)

Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor: 713/Menkes/SK/VI /2004, tentang Penetapan Daerah Pengembangan Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Keluarga Miskin (JPK-GAKIN) dalam PKPS-BBM Bidkes 2004

Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 1241/Menkes/SK/XI/2004, tentang penugasan PT Askes (persero)

Peraturan Menteri Kesehatan RI No.1185-SK-Menkes-XII-2009, tentang Sasaran Program Jamkesmas

Surat Keputusan Menkes No. 595 Tahun 1993 tentang Standar Pelayanan Medis;

Surat Keputusan Menkes No. 378 Tahun 1995 tentang Penunjukkan Direktorat Bina Kesehatan Masyarakat Sebagai Penanggung Jawab Pengembangan JPKM;

Surat Keputusan Menkes No. 56 Tahun 1996 tentang Pengembangan Dokter Keluarga Dalam Penyelenggaraan Program JPKM;

Surat Keputusan Menkes No. 172 Tahun 1999 tentang Badan Pembina JPKM.