

# **TESIS**

## **EFEKTIVITAS PELAKSANAAN PROGRAM JAMINAN KESEHATAN PAPUA DI RUMAH SAKIT UMUM DAERAH KABUPATEN NABIRE**

*THE EFFECTIVENESS OF THE IMPLEMENTATION OF PAPUA  
HEALTH GUARANTEE PROGRAM IN REGIONAL PUBLIC HOSPITAL  
OF NABIRE REGENCY*

**BOWO SISWANDOYO**

Nomor Pokok P0800211401



**PROGRAM PASCA SARJANA  
UNIVERSITAS HASANUDDIN  
MAKASSAR**

**2013**

**EFEKTIVITAS PELAKSANAAN PROGRAM JAMINAN  
KESEHATAN PAPUA DI RUMAH SAKIT UMUM DAERAH  
KABUPATEN NABIRE**

Tesis

Sebagai Salah Satu Syarat untuk Mencapai Gelar Magister

Program Studi  
Administrasi Pembangunan

Disusun dan diajukan oleh

**BOWO SISWANDOYO**

Kepada

PROGRAM PASCASARJANA  
UNIVERSITAS HASANUDDIN  
MAKASSAR

2013

**TESIS****EFEKTIVITAS PELAKSANAAN PROGRAM JAMINAN  
KESEHATAN PAPUA DI RUMAH SAKIT UMUM DAERAH  
KABUPATEN NABIRE**

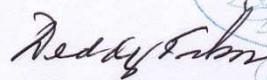
Disusun dan diajukan oleh

**BOWO SISWANDOYO**  
Nomor Pokok P0800211401

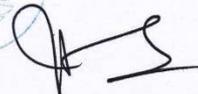
Telah dipertahankan di depan Panitia Ujian Tesis

Pada tanggal 12 Nopember 2013  
dan dinyatakan telah memenuhi syarat

Menyetujui :  
Komisi Penasihat



**Prof. Deddy T. Tikson, Ph.D**  
Ketua



**Dr. Hj. Hasniati, M.Si**  
Anggota

Ketua Program Studi  
Administrasi Pembangunan



**Dr. Alwi, M.Si**

Direktur Program Pascasarjana  
Universitas Hasanuddin



**Prof. Dr. Ir. Mursalim**

**PERNYATAAN KEASLIAN TESIS**

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Bowo Siswandoyo  
Nomor Pokok Mahasiswa : P0800211401  
Program Studi : Administrasi Pembangunan  
(Kebijakan Publik)

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa tesis yang saya tulis ini benar-benar merupakan hasil karya saya sendiri, bukan merupakan pengambilalihan tulisan atau pemikiran orang lain. Apabila dikemudian hari terbukti atau dapat dibuktikan bahwa sebagian atau keseluruhan tesis ini hasil karya orang lain, saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut.

Makassar, 12 Nopember 2013

Yang menyatakan



Bowo Siswandoyo

## PRAKATA

Segala Puji dan Syukur Penulis panjatkan kepada ALLAH S.W.T, oleh karena kasih dan pertolongan-Nya, sehingga penulis dapat menyelesaikan penulisan Tesis ini. Penulisan Tesis ini bertujuan untuk memenuhi satu persyaratan akademik dalam menyelesaikan pendidikan Magister (S2) Program Pascasarjana Jurusan Administrasi pembangunan Universitas Hasanuddin Makassar.

Dalam penyelesaian tesis ini, penulis menyadari bahwa tidak terlepas dari campur tangan berbagai pihak, yang telah memberikan bantuan baik berupa dana, doa, motivasi, arahan dan lain sebagainya, terutama untuk Ayahanda Tahsis, Ibunda Robingah serta adinda Imah Rohmawati dan Aldino Mahendra Yono Yudo beserta keluarga besar yang tiada henti berdoa dan berharap akan keberhasilan penulis.

Dalam kesempatan ini juga penulis menyampaikan rasa ucapan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada :

1. Bapak Prof. Deddy T. Tikson, Ph.D sebagai Ketua Komisi Penasehat (Pembimbing 1), yang telah meluangkan waktu dan pikirannya membimbing, mengarahkan, dan memotivasi penulis mulai dari awal penyusunan proposal hingga selesainya Tesis ini.
2. Ibu Dr. Hj. Hasniati, M.Si sebagai Anggota Komisi Penasehat (Pembimbing 2), yang telah meluangkan waktu dan pikirannya membimbing, mengarahkan, dan memotivasi penulis mulai dari awal penyusunan proposal hingga selesainya Tesis ini.

3. Bapak Prof. Dr. Haselman, M.Si, Bapak Dr. H. M. Thahir Haning, M.Si, dan Bapak Dr. Hasrat Arief Saleh, MS sebagai Dosen Penguji yang telah memberikan saran dalam perbaikan dan penyempurnaan Tesis ini.
4. Bapak Dr. Alwi, M.Si sebagai Ketua Program Studi Administrasi Pembangunan Pascasarjana Universitas Hasanuddin Makassar.
5. Bapak Didimus Mote, SH, M.Si sebagai Rektor Universitas Satya Wiyata Mandala (USWIM) Nabire, Bapak Drs. P.I. Suripatty, M.Si sebagai Dekan Fakultas Ilmu Sosial dan Ilmu Politik (FISIP) Universitas Satya Wiyata Mandala (USWIM) Nabire, dan Bapak Drs. E.L. Pesiwarissa, M.Si sebagai Ketua Program Studi Ilmu Pemerintahan Universitas Satya Wiyata Mandala (USWIM) Nabire serta Civitas Akademik Universitas Satya Wiyata Mandala (USWIM) Nabire yang telah memberikan izin dan kesempatan kepada penulis untuk melanjutkan Studi pada Program Pascasarjana pada Universitas Hasanuddin Makassar.
6. Bapak dr. Johni Ribo Tandisau, Sp,B,KBD sebagai Direktur Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Kabupaten Nabire yang telah memberikan izin pengambilan data sebagai tempat penelitian.
7. Teman-teman Pascasarjana dari USWIM Nabire 2011 : Iknatius Pangkatana, Nicodemus Rahanra, Suryadi, Irianti Tampubolon, Lisa Paginta, Petrus Salelatu, Hendri Stenli Lekatompessy, Puput Dani Prasetyo Adi, Adrian Mjesfa, Johannes Dimara, Emiliana Butu,

Ance Degei, John Robert Manggo, dan Herman Patandianan yang telah memberi motivasi kepada penulis.

8. Teman-teman Pascasarjana Administrasi Pembangunan Angkatan 2011 : Mapeare, Muh. Firyal Akbar A., Cenoanti Homang Ropu, Iknatius Pangkatana, Y. Gabriel Maniagasi, Leo Antonio, In Hutuely, Isra Djabbar, Wahyu Nurdiansyah Nurdin, Zulfan Nahrudin, Sartika Jalil, Rahmawati, Nurul Insani Abdullah, Faisal, Ahyar Amir, Hiswanto Pakasi, Jeanly Waisapy, A. Azizah Irma Wahyudiyati, Rifany, A. Yanti Tenri Uji, Aco Nata Saputra, Andi Madukelleng, Ma'wa Nurul Qalbi, Hardianty Nur, St. Rahmaniar R. Kotta, Asrianto saili, Rahman Pina , dan Ade Irwan Saputra serta teman-teman lain yang telah membantu penulis dalam menyelesaikan Tesis ini.

Doa saya kiranya ALLAH SWT melimpahkan hidayahnya kepada saudara/i yang sudah memberikan kontribusi sampai penelitian dan penulisan Tesis ini bisa terselesaikan dengan baik.

Makassar, 12 Nopember 2013

P e n u l i s

## ABSTRAK

**BOWO SISWANDOYO.** *Efektivitas Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Papua di Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Nabire* (dibimbing oleh Deddy T. Tikson dan Hasniati).

Penelitian ini bertujuan (1) menganalisis efektivitas penggunaan dana dalam program jaminan kesehatan Papua (Jamkespa) di RSUD Kabupaten Nabire, (2) menganalisis akses masyarakat terhadap program Jamkespa di Kabupaten Nabire, dan (3) menjelaskan pencapaian standar pelayanan minimal (SPM) di RSUD Kabupaten Nabire terhadap pelaksanaan program Jamkespa di RSUD Kabupaten Nabire.

Metode penelitian yang digunakan adalah metode kualitatif dengan desain penelitian studi kasus. Pengumpulan data diperoleh melalui teknik pengamatan langsung, wawancara mendalam, dan dokumentasi. Informan ditentukan secara aksidental, yaitu dilakukan berdasarkan prinsip kebetulan terhadap pasien yang merasakan langsung program Jamkespa di RSUD Kabupaten Nabire. Sementara informan dari pihak pelaksana program ditentukan dengan teknik *snowball* sehingga memungkinkan dilibatkannya pihak lain selain direktur RSUD Kabupaten Nabire. Proses analisis data meliputi reduksi data, penyajian data, dan penarikan kesimpulan.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa efektivitas pelaksanaan program Jamkespa di RSUD Kabupaten Nabire dilihat dari luaran (*output*) program berdasarkan petunjuk teknis (Juknis) berjalan kurang efektif. Namun, dengan adanya program Jamkespa di RSUD Kabupaten Nabire, masyarakat merasa sangat terbantu dalam menerima pelayanan kesehatan gratis meskipun masih ada hal-hal yang perlu dievaluasi kembali.

Kata kunci: efektivitas program, jaminan kesehatan Papua



## ABSTRACT

**BOWO SISWANDOYO.** *The Effectiveness of the Implementation of Papua Health Guarantee Program in Regional Public Hospital of Nabire Regency* (supervised by Deddy T. Tikson and Hasniati)

The aims of the research were to analyzed the effectiveness of the use of fund in Papua Health Guarantee Program in Regional Public Hospital of Nabire Regency, to analyze community access on Papua Health Guarantee Program in Regional Public Hospital of Nabire Regency, and to explain the achievement of Minimum Service Standard in Regional Public Hospital of Nabire Regency.

The research used qualitative approach with case study research design. The techniques of obtaining the data field direct observation, in-depth interview, and documentation. The informants were determined accidentally, i.e. it was done based on accidental principle on the patients who experienced directly the Papua health Guarantee Program in Regional Public Hospital of Nabire Regency. Meanwhile, the informants from the program implementers were determined using snowball technique in order to involve the other sides beside the director of Regional Public Hospital of Nabire Regency. The data were analyzed by using data reduction, data presentation, and drawing conclusion.

The results of the research indicate that the effectiveness of the implementation of Papua Health Guarantee Program in Regional Public Hospital of Nabire Regency viewed from output based on technical instruction does not run effectively. However, because of that program, the community are realized helped in obtaining free health service although there are still some things that have to be evaluated again.

Key words : program effectiveness, Papua Health Guarantee



## DAFTAR ISI

	<b>Halaman</b>
HALAMAN JUDUL .....	i
HALAMAN PENGANTAR .....	ii
HALAMAN PENGESAHAN .....	iii
PERNYATAAN KEASLIAN TESIS .....	iv
PRAKATA .....	v
ABSTRAK .....	viii
ABSTRACT .....	ix
DAFTAR ISI .....	x
DAFTAR TABEL .....	xiii
DAFTAR GAMBAR .....	xv
DAFTAR LAMPIRAN .....	xvi
 <b>BAB I PENDAHULUAN</b>	
A. Latar Belakang Penelitian .....	1
B. Rumusan Masalah .....	10
C. Tujuan Penelitian .....	12
D. Manfaat Penelitian .....	12
 <b>BAB II TINJAUAN PUSTAKA</b>	
A. Konsep Efektivitas .....	14
1. Pengertian Efektivitas .....	14
2. Pendekatan Efektivitas .....	18

3. Pengukuran Efektivitas .....	21
4. Analisis Efektivitas Biaya ( <i>Analysis Cost Effectiveness</i> ).....	24
B. Konsep Implementasi Program .....	25
C. Otonomi Khusus Provinsi Papua.....	29
D. Program Jaminan Kesehatan.....	34
1. Program Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas).....	34
2. Program Jaminan Kesehatan Papua (Jamkespa) .....	39
E. Standar Pelayanan Minimal (SPM) Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD).....	45
F. Pengukuran Efektivitas Program Jaminan Kesehatan Papua (Jamkespa) .....	49
G. Kerangka Pikir.....	50

### **BAB III METEDOLOGI PENELITIAN**

A. Pendekatan dan Jenis Penelitian .....	53
B. Lokasi dan Waktu Penelitian .....	54
C. Fokus penelitian .....	55
D. Prosedur Penelitian .....	57
E. Sumber data.....	59
F. Teknik pengumpulan data .....	62
G. Teknik analisa data .....	63

### **BAB IV HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN**

A. Gambaran Umum Lokasi Penelitian.....	66
B. Penyajian Data dan Pembahasan.....	97
1. Analisis Efektivitas Penggunaan Dana Program Jaminan Kesehatan Papua di Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Nabire .....	98

2. Analisis akses Masyarakat Terhadap Program Jaminan Kesehatan Papua di Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Nabire .....	132
3. Pencapaian Standar Pelayanan Minimal (SPM) Dalam Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Papua di Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Nabire .....	142
C. Matrik Hasil Penelitian Efektivitas Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Papua di Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Nabire .....	164

## **BAB V PENUTUP**

A. Kesimpulan .....	166
B. Saran-saran .....	168

DAFTAR PUSTAKA.....	169
---------------------	-----

## LAMPIRAN

## DAFTAR TABEL

<b>Tabel</b>	<b>Judul</b>	<b>Halaman</b>
1	Matrik Prosedur Penelitian.....	59
2	Matrik Ukuran Efektivitas Pelaksanaan program Jaminan Kesehatan Papua di Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Nabire .....	65
3	Sinkronisasi Misi dan Tujuan Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Nabire .....	68
4	Sinkronisasi Tujuan dan Sasaran Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Nabire.....	69
5	Sinkronisasi Sasaran dan Kebijakan Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Nabire.....	71
6	Sinkronisasi Kebijakan dan Program Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Nabire.....	72
7	Sinkronisasi Program dan Kegiatan Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Nabire.....	73
8	Jumlah Tenaga Kesehatan dan Non Kesehatan Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Nabire .....	77
9	Jumlah Peserta Program Jaminan Kesehatan Papua di Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Nabire .....	100

10	Jumlah Penduduk, Keluarga, dan Penduduk Miskin Menurut Kabupaten Daerah Tertinggal di Provinsi Papua Tahun 2011 .....	102
11	Jumlah Pasien Program Jamkespa Yang Menggunakan Jenis Pelayanan Kelas I, Kelas II, dan VIP .....	108
12	Jumlah Dana Program Jaminan Kesehatan Papua di Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Nabire .....	114
13	Jenis Pelayanan Program Jamkespa Yang Digunakan Oleh Pasien di Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Nabire .....	119
14	Jumlah Puskesmas di beberapa Kabupaten di Provinsi Papua.....	134
15	Standar Pelayanan Minimal (SPM) di Instalasi Gawat Darurat (IGD) Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Nabire.....	150
16	Standar Pelayanan Minimal (SPM) di Ruang Perawatan Kelas III RSUD Kabupaten Nabire.....	159
17	Matrik Hasil Penelitian Efektivitas Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Papua di Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Nabire.....	164

## DAFTAR GAMBAR

<b>Gambar</b>	<b>Judul</b>	<b>Halaman</b>
1	Skema Kerangka Pikir .....	52
2	Struktur Organisasi Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Nabire.....	76
3	Hubungan Antara SPM Kewenangan Wajib Bidang Kesehatan Dengan SPM Rumah Sakit dan SOP .....	92
4	Alur Pelayanan Medis di Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Nabire.....	146
5	Alur Pelayanan Medis Pasien Ruang Interna Pria di Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Nabire .....	154

## DAFTAR LAMPIRAN

<b>Nomor</b>	<b>Judul</b>
1	Surat Permohonan Izin Penelitian dari Program Pascasarjana FISIP Universitas Hasanuddin
2	Surat Izin Penelitian dari Badan Kesatuan Bangsa, Politik dan Perlindungan Masyarakat Pemerintah Kabupaten Nabire
3	Surat Keterangan Pengembalian Penelitian dari Rumah Sakit Umum Daerah Pemerintah Kabupaten Nabire
4	Pedoman Wawancara
5	Dokumentasi Penelitian

# **BAB I**

## **PENDAHULUAN**

### **A. Latar Belakang Penelitian**

Kesehatan merupakan salah satu unsur yang sangat penting bagi kehidupan manusia. Dengan terciptanya kesehatan manusia yang seutuhnya maka akan mewujudkan pembangunan nasional. Pembangunan kesehatan merupakan bagian dari pembangunan nasional dengan tujuan yang ingin dicapai adalah meningkatkan derajat kesehatan masyarakat yang optimal. Pada Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945 pasal 28H menyatakan bahwa kesehatan adalah hak dasar setiap individu dan semua warga negara berhak mendapatkan pelayanan kesehatan termasuk masyarakat miskin.

Dengan adanya pelaksanaan otonomi daerah diharapkan pelayanan publik terhadap masyarakat dapat lebih meningkat dibandingkan dengan sebelum diberlakukannya Undang-Undang Republik Indonesia No. 22 Tahun 1999 jo. Undang-Undang Republik Indonesia No. 32 Tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah. Dengan lahirnya Undang-Undang tersebut maka kewenangan diberikan kepada daerah otonom (daerah kabupaten dan kota) untuk mengatur dan mengurus kepentingan masyarakat setempat menurut prakarsa sendiri sesuai dengan peraturan perundang-undangan yang berlaku.

Berbagai program telah banyak lahir di daerah seiring dengan diberlakukannya otonomi daerah. Salah satu kebijakan yang lahir dalam pelaksanaan otonomi daerah yaitu kebijakan pada sektor kesehatan. Dengan adanya kebijakan program kesehatan diharapkan dapat mempermudah akses masyarakat terhadap pelayanan kesehatan terutama bagi masyarakat yang kurang mampu, dikarenakan begitu mahal biaya kesehatan saat ini.

Namun pada kenyataannya masih banyak kebijakan program kesehatan di daerah yang belum berjalan secara efektif. Hal ini juga ditunjukkan oleh beberapa hasil penelitian mengenai efektivitas pelaksanaan program. Penelitian yang dilakukan oleh Nora Eka Putri (2011) dengan judul “Efektivitas Penerapan Program JAMKESMAS oleh Pemerintah Kota Padang”, menunjukkan bahwa penerapan program Jamkesmas oleh pemerintah Kota Padang belum efektif, karena efektivitas tersebut tidak saja dilihat dari target kuantitatif namun juga aspek kualitas pelayanan, kesiagaan, motivasi, dan penilaian pihak luar. Dari aspek tersebut di atas belum sepenuhnya dapat terwujud sehingga efektivitas program Jamkesmas belum tercapai.

Hasil penelitian yang dilakukan oleh Tim Kajian PKP2A IV LAN-ACEH (2012) mengenai “Efektivitas Pelaksanaan Jaminan Kesehatan Aceh”, menunjukkan bahwa ditemukan beberapa masalah yang dinamis yaitu data untuk peserta kesehatan yang ditargetkan tidak sah, penggantian klaim layanan kesehatan tidak tepat waktu, belum adanya

sistem koordinasi antar stakeholder terkait, tidak efektif fungsi pengawasan, tidak efektif dari sistem rujukan Dinas Kesehatan, sosialisasi program asuransi kesehatan Aceh tidak tercapai seperti yang direncanakan.

Di Provinsi Papua, Pelaksanaan Undang-Undang Republik Indonesia No. 21 Tahun 2001 tentang Otonomi Khusus Bagi Provinsi Papua sudah berjalan kurang lebih 12 tahun. Namun permasalahan yang belum dapat teratasi yaitu permasalahan pada sektor kesehatan. Permasalahan ini sangat menarik untuk dibahas karena pelaksanaan pelayanan kesehatan di Papua menggunakan dana yang cukup besar, namun pada kenyataannya tingkat derajat kesehatan masyarakat Papua masih rendah. Derajat kesehatan masyarakat yang masih rendah ini diakibatkan sulitnya akses masyarakat terhadap pelayanan kesehatan. Hal ini juga dapat dilihat dari data yang menunjukkan bahwa peringkat IPM Papua (64,3) berada pada peringkat terendah di banding dengan rata-rata nasional (71,5). (Perpres RI No. 65 Tahun 2011).

Guna meningkatkan derajat kesehatan masyarakat di Provinsi Papua khususnya bagi penduduk asli Papua maka diperlukan pelayanan kesehatan yang bermutu dan dapat dijangkau. Untuk mewujudkan hal itu, maka Pemerintah Provinsi Papua memandang perlu membebaskan biaya pelayanan kesehatan bagi masyarakat tidak mampu. Berdasarkan pertimbangan tersebut, maka diterbitkanlah Peraturan Gubernur Provinsi Papua Nomor 6 Tahun 2009 tentang Pembebasan Biaya Pelayanan

Kesehatan yang lebih dikenal oleh masyarakat Papua yaitu dengan sebutan Jaminan Kesehatan Papua (Jamkespa).

Program Jaminan Kesehatan Papua (Jamkespa) menggunakan dana yang cukup besar, dana tersebut berasal dari dana otonomi khusus Provinsi Papua. Kebijakan program tersebut mempunyai tujuan untuk meningkatkan akses dan mutu pelayanan kesehatan terhadap masyarakat Papua yang tidak mampu agar tercapai derajat kesehatan masyarakat yang optimal, sedangkan untuk sasaran (*target groups*) dari program tersebut adalah orang asli Papua (masyarakat pribumi) yang dirujuk ke Rumah Sakit Umum Daerah.

Dengan dana yang cukup besar diharapkan program tersebut dapat berjalan secara efektif. Namun apabila dilihat dari locus pelaksanaan program Jaminan Kesehatan Papua, maka program tersebut susah diakses/dijangkau oleh masyarakat, hal ini karena sebagian besar masyarakat Papua bertempat tinggal di daerah pedalaman dan tidak semua kabupaten di Provinsi Papua memiliki RSUD. Akibat dari sulitnya masyarakat untuk mengakses RSUD menyebabkan terganggunya efektivitas pelaksanaan program Jaminan Kesehatan Papua (Jamkespa).

Hal ini juga terjadi di Kabupaten Nabire, yang menjadi tantangan besar saat ini yang harus dihadapi adalah bagaimana efektivitas penggunaan dana yang cukup besar tersebut untuk kesejahteraan masyarakat. Pemerintah Kabupaten Nabire memiliki RSUD dengan tipe C, dimana RSUD dengan tipe C adalah Rumah Sakit Umum yang memiliki

fasilitas dan kemampuan pelayanan medik spesialistik dasar. Rumah Sakit ini melayani masyarakat yang ada di Kabupaten Nabire yang terdiri atas 14 Distrik/Kecamatan dengan jumlah penduduk sebanyak 132.348 jiwa, yang tersebar sebagian besar di daerah pedalaman. Jumlah penduduk Kabupaten Nabire terdiri atas penduduk asli Papua dan penduduk non-Papua (pendatang) dengan perbandingan 92.061 jiwa orang asli Papua sedangkan non-Papua (pendatang) sebanyak 40.287 jiwa. (BPS Kab.Nabire, 2012)

Berdasarkan data yang diperoleh dari rekam medik RSUD Kabupaten Nabire 2012, diketahui bahwa jumlah alokasi dana pelaksanaan program Jaminan Kesehatan Papua (Jamkespa) di RSUD Kabupaten Nabire untuk tahun 2012 sebesar Rp 9.200.000.000,00 (sembilan milyar dua ratus juta rupiah), yang disalurkan dari Dinas Kesehatan Provinsi Papua ke Rekening Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Nabire.

Selain fenomena mengenai sulitnya akses masyarakat terhadap Rumah Sakit karena sebagian besar masyarakat di Kabupaten Nabire bertempat tinggal di daerah pedalaman, ada juga fenomena lain yang terjadi dalam pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Papua (JAMKESPA) di RSUD Kabupaten Nabire. Fenomena tersebut adalah masih adanya pasien yang membeli obat diluar apotik Rumah Sakit, ini diakibatkan karena resep obat yang diberikan dokter kepada pasien untuk diambil di apotik Rumah Sakit namun obatnya tidak tersedia, sehingga

pasien tersebut harus membeli obat yang dibutuhkan di apotik luar Rumah Sakit. (<http://www.papuaposnabire.com/>, tanggal 24 November 2011)

Kemudian ada lagi fenomena lain yang peneliti temui pada studi pendahuluan dalam pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Papua (Jamkespa) di Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Nabire yaitu adanya pasien yang dikategorikan mampu dari segi perekonomian namun menggunakan Program Jamkespa, hal ini diungkapkan oleh salah satu pegawai di Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Nabire yang berinisial IR pada tanggal 17 Juli 2012 yang sempat penulis temui dan tanyakan. Padahal dilihat dari sasaran Program Jamkespa yaitu diperuntukan untuk masyarakat asli Papua yang tidak mampu. Meskipun pasien yang berobat adalah orang asli Papua, namun apabila dikategorikan mampu maka pasien tersebut tidak berhak menggunakan Program Jaminan Kesehatan Papua (Jamkespa).

Dengan melihat kondisi empiris dari implementasi program Jaminan Kesehatan Papua menunjukkan bahwa program tersebut belum berjalan optimal, dalam artian bahwa proses implementasi dari program tersebut belum terealisasi dengan baik. Arti dari Implementasi sendiri adalah merupakan suatu proses yang dinamis, dimana pelaksanaan kebijakan melakukan suatu aktivitas atau kegiatan, sehingga pada akhirnya akan mendapatkan suatu hasil yang sesuai dengan tujuan atau sasaran kebijakan itu sendiri. Hal ini sama dengan yang diungkapkan oleh Lester dan Stewart Jr. dalam Agustino (2008:139) dimana mereka

katakan bahwa implementasi sebagai suatu proses dan suatu hasil (*output*) maupun suatu dampak (*outcome*), sedangkan Agustino sendiri menjelaskan bahwa keberhasilan suatu implementasi kebijakan dapat diukur atau dilihat dari proses dan pencapaian tujuan hasil akhir (*output*), yaitu tercapai atau tidaknya tujuan-tujuan yang ingin diraih.

Hal ini tidak jauh berbeda dengan apa yang diutarakan oleh Merrile Grindle (Agustino, 2008:139) bahwa pengukuran keberhasilan implementasi dapat dilihat dari prosesnya, dengan mempertanyakan apakah pelaksanaan program sesuai dengan yang telah ditentukan yaitu melihat pada *action* program dan individual *project*, dan yang kedua apakah tujuan program tersebut tercapai.

Menurut Van Meter & Van Horn (Wahab, 2010:65) mendefinisikan implementasi lebih spesifik, yaitu *“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).

Pendapat yang sama juga dikemukakan oleh Riant Nugroho (2011:618) bahwa implementasi kebijakan pada prinsipnya adalah cara agar sebuah kebijakan dapat mencapai tujuannya. Selanjutnya dikatakan bahwa untuk mengimplementasikan kebijakan publik, ada dua pilihan langkah yang ada, yaitu langsung mengimplementasikan dalam bentuk

program atau melalui formulasi kebijakan derivat atau turunan dari kebijakan publik.

Salah satu yang menjadi tolak ukur dalam melihat bagaimana pelaksanaan program berhasil adalah dengan melihat keefektifan dari program-program yang telah dicanangkan oleh pemerintah, baik pemerintah pusat maupun pemerintah daerah. Efektivitas merupakan hubungan antara *output* dengan tujuan. Semakin besar kontribusi *output* terhadap pencapaian tujuan, maka semakin efektif organisasi, manajemen, program, atau kegiatan. Mengenai konsep Efektivitas sebagaimana yang dikemukakan oleh Robbins (1994:53) mengatakan bahwa keefektifan didefinisikan sebagai sejauhmana organisasi mewujudkan tujuan-tujuannya.

Pengertian yang dikemukakan oleh Dunn (2003:429) bahwa Efektivitas (*effectiveness*) berkenaan dengan apakah suatu alternatif mencapai hasil (akibat) yang diharapkan, atau mencapai tujuan dari diadakannya tindakan. Selanjutnya menurut Deniston (Azwar, 2010:334) mengatakan bahwa suatu program dinilai efektif (*effective*) jika program tersebut telah dapat dilaksanakan dengan hasil yang dapat menyelesaikan masalah yang dihadapi.

Penilaian keefektifan juga dikemukakan oleh Blum (Azwar, 2010:337), yang mengatakan bahwa penilaian tentang efektivitas program menunjuk pada keberhasilan program dalam mencapai tujuan dan ataupun mengatasi masalah yang dihadapi. Menurut Adam I. Indrawijaya

(1986:225) mengatakan untuk menilai apakah suatu organisasi efektif atau tidak, secara keseluruhan ditentukan oleh apakah tujuan organisasi itu tercapai dengan baik atau sebaliknya.

Untuk menjamin agar implementasi program efektif mencapai tujuan dan sasaran yang diharapkan, maka dalam setiap tahapan kegiatan hendaknya mengacu pada petunjuk teknis program sebagai pedoman dalam menentukan setiap langkah dan tindakan pelaksanaan program. Apabila dikaitkan dengan efektivitas maka suatu program dapat diukur efektivitasnya dengan melihat keluaran (*output*) dari program tersebut. Keluaran (*output*) dari Program Jaminan Kesehatan Papua (Jamkespa) yaitu : 1) Peningkatan cakupan kepesertaan; 2) Peningkatan cakupan dan mutu pelayanan; 3) Terwujudnya pencapaian standar pelayanan minimal (SPM) dimasing-masing Rumah Sakit; dan 4) Kecepatan pembayaran klaim dan meminimiliasi penyimpangan.

Berdasarkan uraian diatas maka dalam penelitian ini tidak melihat proses implementasi program tapi fokus pada keluaran (*output*) dari program yang tertuang dalam petunjuk teknis (*blue print*). Berangkat dari hal tersebut, maka peneliti tertarik untuk mengadakan penelitian dengan judul **“Efektivitas Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Papua di Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Nabire”**.

## **B. Rumusan Masalah**

Perubahan besar yang terjadi dalam pemerintahan Indonesia saat ini yaitu pemerintah daerah diberi wewenang yang cukup besar. Dengan kewenangan yang besar tersebut pemerintah daerah berkewajiban mensejahterakan masyarakatnya. Salah satu wujud yang harus dilakukan oleh pemerintah daerah dalam mensejahterakan masyarakatnya adalah memberikan pelayanan publik.

Wujud dari pelayanan publik tersebut dapat berupa program-program pemerintah daerah yang mampu diakses oleh masyarakat. Pelayanan publik dalam bidang kesehatan merupakan salah satu program yang dilakukan oleh pemerintah daerah untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat. Dalam hal ini sama seperti yang dilakukan oleh Pemerintah Provinsi Papua dengan membuat suatu program kesehatan yang ditujukan bagi masyarakat Papua (masyarakat pribumi).

Program Jaminan Kesehatan yang dimaksud diberi nama Program Jaminan Kesehatan Papua (Jamkespa). Program kesehatan tersebut mempunyai tujuan untuk meningkatkan akses dan mutu pelayanan kesehatan terhadap masyarakat Papua yang tidak mampu agar tercapai derajat kesehatan masyarakat yang optimal.

Dalam pelaksanaan program Jaminan Kesehatan Papua (Jamkespa) dialokasikan anggaran cukup besar yang berasal dari dana otonomi khusus. Dengan dana yang besar diharapkan dapat mengefektifkan pelaksanaan program Jaminan Kesehatan Papua

(Jamkespa). Salah satu yang menjadi tolak ukur untuk melihat suatu program sudah berjalan efektif atau belum efektif yaitu dengan melihat keluaran (*output*) dari program tersebut.

Namun dalam pelaksanaan Program Jamkespa masih terdapat permasalahan-permasalahan di lapangan, permasalahan-permasalahan tersebut antara lain yaitu : pertama, susahnya masyarakat dalam menjangkau tempat pelaksanaan Program Jamkespa; kedua, masih adanya pasien yang membeli obat diapotik luar Rumah Sakit; dan ketiga, adanya pihak yang mampu dari segi perekonomiannya namun menggunakan Program Jamkespa.

Berdasarkan uraian diatas maka yang menjadi rumusan masalah dalam penelitian ini adalah :

1. Apakah penggunaan dana Program Jaminan Kesehatan Papua di RSUD Kabupaten Nabire telah efektif?
2. Apakah masyarakat dapat mengakses dengan baik program Jaminan Kesehatan Papua di RSUD Kabupaten Nabire?
3. Bagaimana pencapaian Standar Pelayanan Minimal (SPM) dalam pelaksanaan program Jaminan Kesehatan Papua di RSUD Kabupaten Nabire?

### **C. Tujuan Penelitian**

Adapun yang menjadi tujuan dalam penelitian ini adalah :

1. Untuk menganalisis efektivitas penggunaan dana dalam Program Jaminan Kesehatan Papua di RSUD Kabupaten Nabire?
2. Untuk menganalisis akses masyarakat terhadap Program Jaminan Kesehatan Papua di RSUD Kabupaten Nabire?
3. Untuk menjelaskan pencapaian Standar Pelayanan Minimal (SPM) dalam pelaksanaan program Jaminan Kesehatan Papua di RSUD Kabupaten Nabire?

### **D. Manfaat Penelitian**

#### 1. Manfaat Teoritis

Diharapkan hasil penelitian ini dapat menjadi kontribusi bagi pengembangan ilmu administrasi publik, sehingga dapat dimanfaatkan untuk mengembangkan ilmu khususnya teori-teori efektivitas dan teori-teori implementasi.

#### 2. Manfaat Teknis

Diharapkan hasil penelitian ini dapat menjadi bahan referensi bagi penelitian-penelitian selanjutnya yang berminat meneliti pada bidang yang sama.

### 3. Manfaat Praktis

Diharapkan hasil penelitian ini dapat menjadi kontribusi positif bagi upaya pengembangan dan pelaksanaan (implementasi) Program Jaminan Kesehatan Papua (Jamkespa) di Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Kabupaten Nabire khususnya dalam efektivitas penggunaan dana sehingga menjadi salah satu parameter keberhasilan pelayanan publik di Kabupaten Nabire.

## BAB II

### TINJAUAN PUSTAKA

#### A. Konsep Efektivitas

##### 1. Pengertian Efektivitas.

Efektivitas berasal dari kata efektif yang berarti terjadinya sesuatu efek atau akibat yang dikehendaki dalam suatu perubahan. Dalam Kamus Besar Bahasa Indonesia (KBBI) efektivitas berarti dapat membawa hasil, berhasil guna. The Liang Gie dalam bukunya Ensiklopedia Administrasi (1998:147) mengemukakan bahwa “efektivitas yaitu suatu keadaan yang mengandung pengertian mengenai terjadinya suatu efek/akibat yang dikehendaki”. Dengan demikian efektivitas merupakan suatu keadaan terjadinya efek atau akibat yang dikehendaki berupa tercapainya tujuan atau sasaran yang diinginkan.

Disamping pengertian tersebut diatas, konsep mengenai efektivitas bervariasi menurut cara pandang masing-masing pakar yang mengemukakannya. Perbedaan tersebut tidak mengakibatkan perbedaan terhadap pengertian yang dikemukakan, namun saling melengkapi dan membantu satu sama lain.

Konsep efektivitas antara lain dikemukakan Dunn (2003:429) bahwa Efektivitas (*effectiveness*) berkenaan dengan apakah suatu alternatif mencapai hasil (akibat) yang diharapkan, atau mencapai tujuan dari diadakannya tindakan. Selanjutnya menurut Deniston (Azwar,

2010:334) mengatakan bahwa suatu program dinilai efektif (*effective*) jika program tersebut telah dapat dilaksanakan dengan hasil yang dapat menyelesaikan masalah yang dihadapi.

Pengertian yang senada yang diungkapkan oleh Blum (Azwar, 2010:337) tentang penilaian keefektifan, ia mengatakan bahwa penilaian tentang efektivitas program menunjuk pada keberhasilan program dalam mencapai tujuan dan ataupun mengatasi masalah yang dihadapi. Menurut Adam I. Indrawijaya (1986:225) mengatakan untuk menilai apakah suatu organisasi efektif atau tidak, secara keseluruhan ditentukan oleh apakah tujuan organisasi itu tercapai dengan baik atau sebaliknya.

Efektivitas merupakan hal yang utama dalam sebuah organisasi demi kelangsungan hidup organisasi tersebut. efektivitas itu sendiri biasanya ditujukan untuk pencapaian tujuan organisasi. Bila tujuan dari organisasi itu telah tercapai maka eksistensi dari organisasi akan terus berlanjut.

Dalam suatu organisasi, istilah keefektifan bisa diartikan sama dengan prestasi. Gibson et al (1992:25) mengemukakan definisi efektivitas sebagai penilaian yang kita buat sehubungan dengan prestasi individu, kelompok, dan organisasi. Makin dekat dengan prestasi yang diharapkan, makin lebih efektif kita menilai mereka.

Sedangkan menurut Robbins (1994:53) memberikan definisi efektivitas sebagai sejauhmana sebuah organisasi mencapai tujuan-tujuannya, baik tujuan jangka pendek atau jangka panjang, tujuan resmi

dari organisasi atau tujuan aktual. Maksudnya adalah efektivitas merupakan suatu standar pengukuran untuk menggambarkan tingkat keberhasilan suatu organisasi dalam mencapai sasaran yang telah ditetapkan sebelumnya.

Lubis dan Husein (1987:55) mengatakan bahwa efektivitas merupakan konsep penting dalam mencapai sasaran dan merupakan suatu konsep yang luas, mencakup beberapa faktor didalam maupun diluar organisasi. Pandangan tersebut diatas menunjukkan bahwa efektivitas merupakan suatu ukuran keberhasilan suatu organisasi baik kualitas maupun ditunjukkan oleh pelaksanaan sebagai aktivitas dengan dukungan komponen pengelolaan yang tersedia.

Berbeda dengan yang dikemukakan oleh Siagian (1997:20), yang memberikan pengertian efektivitas adalah pemanfaatan sumber daya, dana, sarana dan prasarana dalam jumlah tertentu yang secara sadar ditetapkan sebelumnya untuk menghasilkan barang dan jasa dengan mutu tepat waktu. Dari pengertian tersebut nampak bahwa efektivitas sebagai orientasi kerja menyoroti empat hal :

1. Sumber daya, dana, sarana dan prasarana yang dapat digunakan sudah ditentukan dan dibatasi.
2. Jumlah dan mutu barang atau jasa yang harus dihasilkan telah ditentukan
3. Batas waktu untuk menghasilkan barang atau jasa tersebut sudah ditentukan.

4. Tata cara yang harus ditempuh untuk menyelesaikan tugas sudah dirumuskan.

Efektivitas juga dapat dikatakan sebagai ukuran yang menyatakan seberapa baik atau seberapa jauh sasaran rencana tercapai secara kuantitas dan kualitas. Nilai dari tingkat efektivitas biasanya dicerminkan oleh perbandingan antara hasil aktual dan hasil yang ditargetkan. Makin besar presentase sasaran atau target tercapai, makin tinggi tingkat efektivitasnya. Jika efektivitasnya cukup baik dan dapat dihitung, maka tingkat pencapaiannya sebagai suatu pemenuhan tujuan yang lengkap dapat dipertimbangkan menjadi 100%. Efektivitas berorientasi pada keluaran atau hasil yang lebih baik atau hasil sesuai yang direncanakan.

Dari beberapa pendapat yang dikemukakan oleh para ahli tersebut diatas, maka dapat disimpulkan bahwa yang menjadi penekanan dan pengertian efektivitas berada pada pencapaian tujuan. Ini berarti dapat dikatakan efektif apabila tujuan atau sasaran yang dikehendaki dapat tercapai sesuai dengan rencana semula dan menimbulkan efek atau dampak terhadap apa yang diinginkan atau diharapkan.

Tingkat efektivitas dapat diukur dengan membandingkan antara rencana atau target yang telah ditentukan dengan hasil yang dicapai, maka usaha atau hasil pekerjaan tersebut itulah yang dikatakan efektif, namun jika usaha atau hasil pekerjaan yang dilakukan tidak tercapai sesuai dengan apa yang direncanakan, maka hal itu dikatakan tidak efektif.

## 2. Pendekatan Efektivitas.

Pendekatan efektivitas dilakukan dengan acuan berbagai bagian yang berbeda dari lembaga dimana lembaga mendapat *input* atau masukan berupa berbagai macam sumber dari lingkungannya. Kegiatan dan proses internal yang terjadi dalam lembaga mengubah *input* menjadi *output* atau program yang kemudian dilemparkan kembali pada lingkungannya.

Menurut Robbins (1994:58-84) menyatakan adanya empat pendekatan kriteria keefektifan organisasi, yaitu pendekatan pencapaian tujuan, pendekatan sistem, pendekatan konstituensi-strategis, dan pendekatan nilai-nilai bersaing.

Pertama, pendekatan pencapaian tujuan menyatakan bahwa keefektifan sebuah organisasi harus di nilai sehubungan dengan pencapaian tujuan (*ends*) ketimbang caranya (*means*). Pendekatan ini mengasumsikan bahwa organisasi adalah kesatuan yang dibuat dengan sengaja, rasional, dan mencari tujuan. Oleh karena itu, pencapaian tujuan yang berhasil menjadi sebuah ukuran yang tepat tentang efektivitas. Namun demikian, agar pencapaian tujuan bisa menjadi ukuran yang sah dalam mengukur keefektifan organisasi, asumsi-asumsi lain juga harus sah. Pertama, organisasi harus mempunyai tujuan akhir. Kedua, tujuan-tujuan tersebut harus diidentifikasi dan ditetapkan dengan baik agar dapat dimengerti. Ketiga, tujuan-tujuan tersebut harus sedikit saja agar mudah dikelola. Keempat, harus ada konsensus atau kesepakatan umum

mengenai tujuan-tujuan tersebut. akhirnya, kemajuan kearah tujuan-tujuan tersebut harus dapat diukur.

Kedua, pendekatan sistem menjelaskan bahwa keefektifan sebuah organisasi juga harus dinilai berdasarkan kemampuannya untuk memperoleh masukan, memproses masukan tersebut, menyalurkan keluarannya, dan mempertahankan stabilitas dan keseimbangan. Dalam pendekatan sistem, tujuan akhir tidak diabaikan, namun hanya dipandang sebagai satu elemen didalam kumpulan kriteria yang lebih kompleks. Model-model sistem menekankan kriteria yang akan meningkatkan kelangsungan hidup jangka panjang dari organisasi-seperti kemampuan organisasi untuk memperoleh sumber daya, mempertahankan dirinya secara internal sebagai sebuah organisme sosial, dan berintegrasi secara berhasil dengan lingkungan eksternalnya.

Ketiga, pendekatan konstituensi-strategis menjelaskan organisasi bahwa organisasi dikatakan efektif apabila dapat memenuhi tuntutan dari konstituensi yang terdapat didalam lingkungan organisasi tersebut, yaitu konstituensi yang menjadi pendukung kelanjutan eksistensi organisasi tersebut. pendekatan ini sama dengan pandangan sistem, tetapi penekanannya berbeda. Keduanya memperhitungkan adanya saling ketergantungan, tetapi pandangan konstituensi tidak memperhatikan semua lingkungan organisasi. Pandangan ini hanya memenuhi tuntutan dari hal-hal didalam lingkungan yang dapat mengancam kelangsungan hidup organisasi. Pendekatan ini hanya menilai tentang sejauhmana

keberhasilan sebuah organisasi dalam memenuhi tuntutan konstituensi kritisnya, yaitu pihak-pihak yang menjadi tempat bergantung organisasi tersebut untuk kelangsungan hidup masa depan.

Keempat, pendekatan nilai bersaing menawarkan kerangka kerja integratif keefektifan organisasi. Pendekatan ini berasumsi bahwa tidak ada kriteria paling untuk menilai keefektifan sebuah organisasi. Tidak ada tujuan tunggal dan juga tidak ada konsensus yang menetapkan tujuan mana yang harus didahulukan dari yang lainnya. Oleh karena itu, konsep efektivitas organisasi itu sendiri subyektif, dan tujuan yang dipilih seorang penilai berdasarkan atas nilai-nilai pribadi, preferensi serta minatnya. Pendekatan ini menjelaskan bahwa ada elemen umum yang komprehensif yang dapat dikombinasikan sedemikian rupa sehingga menciptakan kumpulan dasar mengenai nilai-nilai bersaing. Masing-masing kumpulan tersebut lalu membentuk sebuah model keefektifan organisasi.

Keempat pendekatan efektivitas organisasi tersebut, sejalan dengan pendapat Lubis dan Husein dalam Suratman (2012:142), yang menjelaskan empat pendekatan dalam pengukuran terhadap efektivitas organisasi, yaitu : pendekatan sasaran (*goal approach*), pendekatan sumber (*system resource approach*), pendekatan proses (*proses approach*), dan pendekatan gabungan.

Pendekatan sasaran dalam pengukuran efektivitas memusatkan perhatian terhadap aspek *output*, yaitu dengan mengukur keberhasilan organisasi dalam mencapai tingkatan *output* yang direncanakan.

Pendekatan sumber coba mengukur efektivitas dari sisi *input*, yaitu dengan mengukur keberhasilan organisasi dalam mendapatkan sumber-sumber yang dibutuhkan untuk mencapai *performance* yang baik. Pendekatan proses melihat kegiatan internal organisasi, dan mengukur efektivitas melalui berbagai indikator internal seperti efisiensi ataupun iklim organisasi. Pendekatan gabungan mengukur efektivitas organisasi dengan menggunakan ketiga jenis pendekatan tersebut secara bersamaan, terutama jika informasi yang diperlukan seluruhnya tersedia.

### **3. Pengukuran Efektivitas**

Mengukur efektivitas bukanlah suatu hal yang sangat sederhana, karena efektivitas dapat dikaji dari beberapa sudut pandang dan tergantung pada siapa yang menilai serta menginterpretasikannya. Tingkat efektivitas juga dapat diukur dengan membandingkan antara rencana yang telah ditentukan dengan hasil nyata yang telah diwujudkan. Namun, jika usaha atau hasil pekerjaan dan tindakan yang dilakukan tidak tepat sehingga menyebabkan tujuan tidak tercapai atau sasaran yang diharapkan, maka hal ini dikatakan tidak efektif.

Menurut Adam I. Indrawijaya (1986:225) mengatakan untuk menilai apakah suatu organisasi efektif atau tidak, secara keseluruhan ditentukan oleh apakah tujuan organisasi itu tercapai dengan baik atau sebaliknya. Menurutnya sudah banyak teori yang ditengahkan, mulai teori yang sederhana sampai yang cukup kompleks.

Pandangan mengenai pengukuran efektivitas yang dikemukakan oleh Georgepoulos dan Tannenbaum dalam Indrawijaya (1986:227), sebagai berikut :

*“A more defensible approach is offered by reserachers who construct a meansurement of effectiveness by using several element in the successful organizational sysytem. One study uses three basic elements : productivity (or efficiency in an economic sense), intra organizational strees (evidenced by observed level of tension and conflict), and flexibility (or the ability to adjust to external and internal change)”.*

(Suatu pendekatan yang dapat lebih dipertanggungjawabkan, sebagai mana yang diajukan oleh para peneliti, adalah suatu cara pengukuran efektivitas yang mempergunakan beberapa unsur yang biasa terdapat dalam kehidupan organisasi yang berhasil. Hasil studi menunjukkan adanya penggunaan 3 unsur, yaitu produktifitas (efisiensi dalam arti ekonomi), tekanan-stress-(dibuktikan dengan tingkat ketegangan dan konflik), dan fleksibilitas (atau kemampuan untuk menyesuaikan diri dengan perubahan intern dan ekstern)).

Dalam bukunya Robbins (1994:54) mengidentifikasi tiga puluh kriteria berbeda-yang semuanya mengaku dapat mengukur “keefektifan organisasi”. Kriteria-kriteria tersebut adalah sebagai berikut : 1) Efektivitas keseluruhan; 2) Produktivitas; 3) Efisiensi; 4) Laba; 5) Kualitas; 6) Kecelakaan; 7) Pertumbuhan; 8) Kemangkiran; 9) Pergantian Pegawai; 10) Kepuasan Kerja; 11) Motivasi; 12) Moral/Semangat Juang; 13) Kontrol; 14) Konflik/Solidaritas; 15) Fleksibel/Penyesuaian; 16) Perencanaan dan Penetapan Tujuan; 17) Konsesus tentang Tujuan; 18) Internalisasi Tujuan Organisasi; 19) Kesesuaian Norma dan Peran; 20) Keterampilan Interpersonal; 21) Keterampilan Manajerial; 22).Manajemen Informasi/Komunikasi; 23) Kesiapan; 24) Pemanfaatan Lingkungan; 25)

Evaluasi Pihak Luar; 26) Stabilitas; 27) Nilai Sumber Daya Manusia; 28) Partisipasi Bersama; 29) Pelatihan dan Pengembangan; dan 30) Penekanan Pada Performa.

Selain itu ada beberapa pakar juga yang mengemukakan bagaimana cara pengukuran efektivitas, seperti Steers dalam Suratman (2012:149), kriteria efektivitas adalah prestasi, produktivitas, kepuasan kerja, laba dan keluarnya karyawan. Tayson dan Jaekson dalam Suratman (2012:149), kriteria efektivitas adalah pengarahannya, delegasi, pertanggungjawaban, pengendalian, efisiensi, kordinasi, dan adaptasi. Adapun Duncan dalam Indrawijaya (1986:227), menggunakan tiga unsur yang biasa terdapat dalam kehidupan organisasi, yaitu produktivitas (efisiensi dalam arti ekonomi), tekanan-stress (dibuktikan dengan tingkat ketegangan dan konflik), dan fleksibilitas (atau kemampuan untuk menyesuaikan diri dengan perubahan intern dan ekstern).

Dalam mengukur efektivitas dapat juga dilakukan dengan melihat keluaran/hasil (*output*) dari suatu kegiatan/program yang dilaksanakan. Hal tersebut diungkapkan oleh beberapa pakar yang memberikan definisi mengenai efektivitas yaitu tingkat keberhasilan organisasi dalam mencapai tujuan yang direncanakan. Tujuan dari suatu program tertuang dalam petunjuk teknis (*blue print*), sehingga *blue print* tersebut dapat dijadikan tolak ukur untuk melihat keefektifan suatu program

#### **4. Analisis Efektivitas Biaya (*Analysis Cost Effectiveness*)**

Analisis efektivitas biaya (*Analysis cost effectiveness*) merupakan bentuk analisis pada bidang ekonomi. Pada prinsipnya analisis efektivitas biaya adalah membandingkan *output* yang dihasilkan dari berbagai kombinasi *input*, sehingga bisa diperkirakan kombinasi biaya terendah yang menghasilkan *output* yang diharapkan. Atau bisa pula mengidentifikasi *output* yang terbaik dari suatu biaya yang besarnya sudah ditentukan. (Adriyanto:2012)

Analisis efektivitas biaya berbeda dengan analisis biaya-manfaat (*analysis cost-benefit*) yang memberikan nilai moneter untuk ukuran dari efek. Analisis efektivitas biaya sering digunakan dalam bidang pelayanan kesehatan dan pendidikan, dimana tidak memungkinkan untuk menggunakan nilai uang untuk mengukur efek kesehatan dan pendidikan.

Berdasarkan hal tersebut maka dalam pelaksanaan kegiatan tidak semua manfaat dapat diukur/dinilai dengan nilai uang. Pada bidang ekonomi analisis efektivitas biaya dikenal dengan *lasser cost method* (LCM). LCM merupakan alat untuk menentukan biaya semimum mungkin.(Djamin, 1993:82)

Pada tataran pemerintahan, *cost effectiveness* dalam pelaksanaan program yaitu seberapa besar biaya yang digunakan tepat pada sasaran (*target groups*) dari program yang sedang dilaksanakan, sehingga tujuan yang diharapkan dapat tercapai.

## B. Konsep Implementasi Program

Dalam kamus Webster (Wahab, 2001:64) pengertian implementasi dirumuskan secara pendek, dimana "*to implementation*" (mengimplementasikan) berarti "*to provide means for carrying out; to give practical effect to*" (menyajikan alat bantu untuk melaksanakan; menimbulkan dampak berakibat sesuatu).

Dalam studi kebijakan publik, dikatakan bahwa implementasi bukanlah sekedar bersangkut paut dengan mekanisme penjabaran keputusan-keputusan politik ke dalam prosedur-prosedur rutin melalui saluran-saluran birokrasi, melainkan lebih dari itu, implementasi menyangkut masalah konflik, keputusan dan siapa yang memperoleh apa dari suatu kebijaksanaan. Oleh karena itu tidaklah terlalu salah jika dikatakan bahwa implementasi kebijakan merupakan aspek yang sangat penting dalam keseluruhan proses kebijakan.

Pengertian yang sangat sederhana tentang implementasi adalah sebagaimana yang diungkapkan oleh Charles O. Jones (1994:294), dimana implementasi diartikan sebagai "menyuruh menyelesaikan pekerjaan" dan "melakukannya". Tetapi dibalik kesederhanaan rumusan yang demikian bukan berarti bahwa implementasi kebijakan merupakan suatu proses kebijakan yang dapat dilakukan dengan mudah. Namun implementasi menurut Jones, menuntut adanya syarat antara lain : adanya tenaga kerja, uang, dan kemampuan organisasional dari apa yang telah ada. Lebih lanjut Jones merumuskan batasan implementasi sebagai

proses dalam mendapatkan sumberdaya tambahan, sehingga dapat mengukur apa-apa yang telah dikerjakan.

Ripley dan Franklin (Winarno, 2012:148) berpendapat bahwa implementasi adalah apa yang terjadi setelah undang-undang ditetapkan yang memberikan otoritas program, kebijakan, keuntungan (*benefit*), atau suatu jenis keluaran yang nyata (*tangible output*). Istilah implementasi menunjuk pada sejumlah kegiatan yang mengikuti pernyataan maksud tentang tujuan-tujuan program dan hasil-hasil yang diinginkan oleh para pejabat pemerintah. Implementasi mencakup tindakan-tindakan (tanpa tindakan-tindakan) oleh berbagai aktor, khususnya para birokrat, yang dimaksudkan untuk membuat program berjalan.

Sementara itu Grindle (Winarno, 2012:149) memberikan pandangannya tentang implementasi dengan mengatakan bahwa secara umum, tugas implementasi adalah membentuk suatu kaitan (*linkage*) yang memudahkan tujuan-tujuan kebijakan bisa direalisasikan sebagai dampak dari suatu kegiatan pemerintah. Oleh karena itu, tugas implementasi mencakup terbentuknya "*a policy delivery system*", dimana sarana-saranan tertentu dirancang dan dijalankan dengan harapan sampai pada tujuan-tujuan yang diharapkan.

Selanjutnya Van Meter dan Van Horn (Wahab, 2010:65) merumuskan 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).

Berdasarkan uraian diatas maka implementasi berkaitan dengan suatu kebijakan. Leo Agustino (2008:139) mengatakan bahwa implementasi merupakan suatu proses yang dinamis, dimana pelaksanaan kebijakan melakukan suatu aktivitas atau kegiatan, sehingga pada akhirnya akan mendapatkan suatu hasil yang sesuai dengan tujuan atau sasaran kebijakan itu sendiri.

Pengertian tersebut sama yang dikemukakan oleh Riant Nugroho (2011:618) bahwa Implementasi kebijakan pada prinsipnya adalah cara agar sebuah kebijakan dapat mencapai tujuannya. Tidak lebih dan tidak kurang. Untuk mengimplementasikan kebijakan publik, ada dua pilihan langkah yang ada, yaitu langsung mengimplementasikan dalam bentuk program atau melalui formulasi kebijakan derivat atau turunan dari kebijakan publik tersebut.

Dalam hirarki kebijakan, dikenal istilah program. Definisi yang dikemukakan oleh Wirawan (2012:17) yang mengemukakan bahwa program adalah kegiatan atau aktivitas yang dirancang untuk melaksanakan kebijakan dan dilaksanakan untuk waktu yang tidak terbatas.

Selanjutnya menurut Charles O. Jones (1994:49), pengertian program adalah cara yang disahkan untuk mencapai tujuan. Beberapa karakteristik tertentu yang dapat membantu seseorang untuk mengidentifikasi suatu aktivitas sebagai program atau tidak yaitu :

1. Program cenderung membutuhkan staf, misalnya untuk melaksanakan atau sebagai pelaku program.
2. Program biasanya memiliki anggaran tersendiri, program kadang biasanya juga diidentifikasi melalui anggaran.
3. Program memiliki identitas sendiri, yang bila berjalan secara efektif dapat diakui oleh publik.

Dari uraian diatas maka dapat diartikan bahwa suatu kebijakan selalu memiliki tujuan, kemudian tujuan tersebut dapat dituangkan dalam program-program pemerintah yang berisi tindakan-tindakan dari pemerintah. Selanjutnya dikatakan pula bahwa kebijakan publik dinyatakan secara jelas kedalam peraturan perundang-undangan atau peraturan pemerintah.

Program pada dasarnya merupakan operasional dari suatu kebijakan, sehingga Program Jaminan Kesehatan Papua (Jamkespa) merupakan kebijakan Pemerintah Daerah Provinsi Papua yang dituangkan dalam Peraturan Gubernur Provinsi Papua Nomor 6 Tahun 2009, dengan tujuan yaitu untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat, khususnya masyarakat asli Papua (masyarakat pribumi).

## C. Konsep Otonomi Khusus Provinsi Papua

### 1. Pengertian otonomi

Secara etimologis otonomi berasal dari bahasa Yunani “*autonomos*”. *Auto* artinya sendiri, *nomos*=*nomoi* artinya aturan atau undang-undang. Dengan demikian otonomi mengandung arti mengatur sendiri (*self ruling*), wilayah atau bagian Negara atau kelompok yang memerintah sendiri.

Dalam konteks administrasi publik, daerah otonom sering disebut sebagai *local self government*. Daerah otonom berbeda dengan “daerah” sebagai wilayah yang merupakan penerapan dari kebijakan yang dalam wacana administrasi publik disebut sebagai *local state government* (Sarundajang, 1999:25).

Secara terminologi, otonomi dapat mengandung beberapa pengertian sebagai berikut :

- Otonomi adalah suatu kondisi atau ciri untuk tidak dikontrol oleh pihak lain ataupun kekuatan luar.
- Otonomi adalah bentuk pemerintahan sendiri (*self*), yaitu hak untuk memerintah atau menentukan nasib sendiri (*the right of self government, self determination*)
- Otonomi adalah pemerintahan sendiri yang dihormati, diakui dan dijamin tidak adanya kontrol oleh pihak lain terhadap fungsi suatu pemerintahan atau terhadap minoritas suatu bangsa.

Pengertian ini tentunya mengandung pengertian otonomi secara umum yang berlaku untuk suatu wilayah yang merdeka/Negara merdeka, bukan semata-mata untuk pemerintahan daerah yang ada dalam suatu Negara, dimana pemerintah pusat selalu ada kaitan dan hubungan dengan Pemerintah daerah, baik dalam arti hubungan kewenangan, keuangan maupun pengawasan.

Didalam tata pemerintahan di daerah (*local government*), otonomi diartikan sebagai kemampuan untuk mengatur dan mengurus rumah tangga sendiri. Menurut UU No. 5 Tahun 1974 diartikan sebagai hak, wewenang dan kewajiban daerah untuk mengatur dan mengurus rumah tangga sendiri sesuai dengan peraturan perundang-undangan yang berlaku (pasal 1, poin c). sedangkan menurut UU No. 32 Tahun 2004 (pasal 1, poin 5) otonomi daerah adalah kewenangan daerah otonom untuk mengatur dan mengurus kepentingan masyarakat setempat menurut prakarsa sendiri berdasarkan aspirasi masyarakat sesuai dengan peraturan perundang-undangan (pasal 1, point h).

## **2. Otonomi khusus provinsi papua.**

Undang-Undang Dasar Republik Indonesia 1945 telah diamanatkan bahwa pemerintahan daerah berwenang untuk mengatur dan mengurus sendiri urusan pemerintahan menurut asas otonomi daerah. Hal tersebut diarahkan untuk mempercepat terwujudnya kesejahteraan masyarakat daerah melalui peningkatan pelayanan,

pemberdayaan, dan peran serta masyarakat, serta peningkatan daya saing daerah dengan memperhatikan prinsip demokrasi, pemerataan, keadilan, keistimewaan dan kekhususan suatu daerah dalam Negara Kesatuan Republik Indonesia.

Provinsi Papua merupakan bagian dari wilayah Negara Kesatuan Republik Indonesia, yang memiliki keragaman suku, bahasa daerah serta juga dihuni oleh suku-suku lain di Indonesia. Keputusan politik penyatuan Papua menjadi bagian dari Negara Kesatuan Republik Indonesia pada hakekatnya mengandung cita-cita luhur. Namun kenyataannya berbagai kebijakan dalam penyelenggaraan pemerintahan dan pembangunan yang sentralistik belum sepenuhnya memungkinkan tercapainya kesejahteraan rakyat, belum sepenuhnya mendukung terwujudnya penegakan hukum, dan belum sepenuhnya menampakkan penghormatan terhadap Hak Asasi manusia (HAM) di Provinsi Papua, khususnya masyarakat Papua. Kondisi tersebut mengakibatkan terjadinya kesenjangan pada hamper semua sektor kehidupan, terutama dalam bidang pendidikan, kesehatan, ekonomi, kebudayaan dan sosial politik.

Istilah “otonomi” dalam Otonomi Khusus haruslah diartikan sebagai kebebasan bagi rakyat Papua untuk mengatur dan mengurus diri sendiri, sekaligus pula berarti kebebasan untuk berpemerintahan sendiri dan mengatur pemanfaatan kekayaan alam papua untuk sebesar-besarnya kemakmuran rakyat Papua dengan tidak

meninggalkan tanggung jawab untuk ikut serta mendukung penyelenggaraan pemerintahan pusat dan daerah-daerah lain di Indonesia yang memang kekurangan. Hal lain yang tidak kalah penting adalah kebebasan untuk menentukan strategi pembangunan sosial, budaya, ekonomi dan politik yang sesuai dengan karakteristik dan kekhas sumberdaya manusia serta kondisi alam dan kebudayaan orang papua. Hal ini penting sebagai bagian dari pengembangan jati diri orang papua yang seutuhnya yang ditunjukkan dengan penegasan identitas dan harga dirinya, termasuk dengan dimilikinya symbol-simbol seperti lagu, bendera dan lambing.

Istilah “khusus” hendaknya diartikan sebagai perlakuan berbeda yang diberikan kepada Papua karena kekhususan yang dimilikinya. Kekhususan tersebut mencakup hal-hal seperti tingkat social ekonomi masyarakat, kebudayaan dan sejarah politik. Dalam pengertian praktisnya, kekhususnya otonomi papua berarti bahwa ada hal-hal berdasar yang hanya berlaku di papua dan mungkin tidak berlaku di daerah lain di Indonesia, dan ada hal-hal yang berlaku di daerah yang tidak diterapkan di Papua.

Arti otonomi khusus menurut UU No.21/2001 tentang otonomi khusus bagi provinsi papua dalam bab I perihal ketentuan umum pasal 1 membatasi arti otonomi khusus adalah kewenangan khusus yang akui dan diberikan kepada Provinsi Papua untuk mengatur dan mengurus kepentingan masyarakat setempat menurut prakarsa

sendiri berdasarkan aspirasi dan hak – hak dasar masyarakat Papua.

Dalam bab IV tentang kewenangan daerah, pasal 4 disebutkan batas-batas kewenangan yaitu: “Kewenangan provinsi Papua mencakup kewenangan dalam seluruh bidang pemerintahan, kecuali kewenangan bidang politik luar negeri, pertahanan keamanan, moneter, dan fiskal, agama dan peradilan serta kewenangan tertentu di bidang lain yang ditetapkan sesuai dengan peraturan perundang-undangan.” Jadi otonomi khusus artinya pengakuan dan pemberian kewenangan yang mencakup kewenangan dalam seluruh bidang pemerintahan kecuali lima urusan yang disebutkan diatas. Jadi keseluruhan urusan pemerintah diberikan kepada pemerintah daerah, sedangkan lima hal lain yang masih ada di tangan pemerintah pusat.

Otonomi ini diberikan oleh Negara Republik Indonesia melalui Undang-undang Nomor 21 Tahun 2001, Hal-hal mendasar yang menjadi isi undang-undang ini adalah :

- a. Mengatur kewenangan antara pemerintah dengan pemerintah propinsi papua serta menerapkan kewenangan tersebut di propinsi Papua yang dilakukan dengan kekhususan
- b. Pengakuan dan penghormatan hak-hak dasar orang asli Papua serta pemberdayaannya secara strategis dan mendasar.
- c. Mewujudkan penyelenggaraan pemerintahan yang baik yang berciri:

- d. Partisipasi rakyat sebesar-besarnya dalam perencanaan, pelaksanaan dan pengawasan dalam penyelenggaraan pemerintahan serta pelaksanaan pembangunan melalui keikutsertaan para wakil adat, agama, dan kaum perempuan;
- e. Pelaksanaan pembangunan yang diarahkan sebesar-besarnya untuk memenuhi kebutuhan dasar penduduk asli Papua pada khususnya dan penduduk Provinsi Papua pada umumnya dengan berpegang teguh pada prinsip-prinsip pelestarian lingkungan, pembangunan berkelanjutan, berkeadilan dan bermanfaat langsung bagi masyarakat; dan
- f. Penyelenggaraan pemerintahan dan pelaksanaan pembangunan yang transparan dan bertanggungjawab kepada masyarakat.
- g. pembagian wewenang, tugas, dan tanggung jawab yang tegas dan jelas antara badan legislatif, eksekutif, dan yudikatif, serta Majelis Rakyat Papua sebagai representasi kultural penduduk asli Papua yang diberikan kewenangan tertentu.

#### **D. Program Jaminan Kesehatan**

##### **1. Program Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas)**

Kesehatan merupakan hak dasar bagi semua warga negara. Hal ini tertuang pada Undang-Undang dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945 pasal 28H menyatakan bahwa kesehatan adalah hak dasar setiap

individu dan semua warga negara berhak mendapatkan pelayanan kesehatan termasuk masyarakat miskin, dalam implementasinya dilaksanakan secara bertahap sesuai kemampuan keuangan pemerintah pusat dan pemerintah daerah.

Kemudian dalam Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang kesehatan disebutkan bahwa kesehatan merupakan hak asasi manusia dan salah satu unsur kesejahteraan yang harus diwujudkan sesuai dengan cita-cita bangsa Indonesia sebagaimana dimaksud dalam Pancasila dan UUD 1945, setiap hal yang menyebabkan terjadinya gangguan kesehatan pada masyarakat Indonesia akan menimbulkan kerugian ekonomi yang besar bagi negara, dan setiap upaya peningkatan derajat kesehatan masyarakat juga berarti investasi bagi pembangunan negara, dan upaya pembangunan juga dilandasi dengan wawasan kesehatan dalam arti pembangunan nasional harus memperhatikan kesehatan masyarakat dan merupakan tanggung jawab semua pihak baik pemerintah maupun masyarakat.

Berdasarkan UUD 1945 pasal 28H dan Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang kesehatan tersebut mengisyaratkan bahwa setiap individu, keluarga dan masyarakat berhak memperoleh perlindungan terhadap kesehatannya, dan negara bertanggung jawab mengatur agar terpenuhi hak hidup sehat penduduknya termasuk baik masyarakat miskin dan tidak mampu. upaya mewujudkan hak tersebut pemerintah harus menyelenggarakan pelayanan kesehatan yang merata, adil dan

terjangkau bagi seluruh lapisan masyarakat. Untuk itu pemerintah perlu melakukan upaya-upaya untuk menjamin akses penduduk miskin terhadap pelayanan kesehatan.

Berdasarkan konstitusi dan Undang-Undang tersebut, pemerintah melakukan upaya-upaya untuk menjamin akses penduduk miskin terhadap pelayanan kesehatan, diantaranya adalah :

- Program Jaringan Pengaman Sosial Kesehatan (JPS-BK) tahun 1998-2000;
- Program Dampak Pengurangan Subsidi Energi (PDSE) tahun 2001;
- Program Kompensasi Pengurangan Subsidi Bahan Bakar Minyak (PKPS-BBM) tahun 2002-2004;
- Program Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat Miskin (JPKMM) atau lebih dikenal dengan Program Asuransi Kesehatan masyarakat Miskin (Askeskin) tahun 2005-2007;
- Kemudian ASKESKIN berubah nama menjadi Program Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas) sejak tahun 2008 hingga sekarang.

Semua program-program pemerintah tersebut mempunyai tujuan yang sama yaitu melaksanakan penjaminan kesehatan terhadap masyarakat miskin dan tidak mampu dengan menggunakan prinsip asuransi kesehatan sosial. Dalam pelaksanaan program Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas) masih terdapat beberapa masalah

yang dihadapi. Diantaranya dalam kepesertaan program Jaminan Kesehatan Masyarakat, berdasarkan data yang diperoleh dari Surat Edaran Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 60 Tahun 2013 tentang pelaksanaan Jaminan Kesehatan Masyarakat dan Jaminan Persalinan tahun 2013 menunjukkan bahwa jumlah peserta Program Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas) 2013 sebanyak 86.400.000 (delapan puluh enam juta empat ratus ribu) jiwa.

Untuk data jumlah penduduk miskin di Indonesia, ada dua versi yaitu versi pemerintah melalui Badan Pusat Statistik (BPS) dan versi Bank Dunia. Dari versi Badan Pusat Statistik (BPS) menunjukkan bahwa jumlah penduduk miskin di Indonesia 2013 sebanyak 27,48 juta jiwa, setara dengan 11,23%. Hal ini jauh berbeda dengan data yang ditunjukkan oleh Bank Dunia. Versi Bank Dunia menunjukkan bahwa pada 2013 jumlah penduduk miskin di Indonesia mencapai 97,9 juta jiwa, atau setara dengan 40% penduduk. (Republika Online)

Perbedaan jumlah data penduduk miskin di Indonesia antara versi Badan Pusat Statistik (BPS) dengan versi Bank Dunia karena adanya perbedaan cara pengukurannya, hal ini sesuai dengan indikator yang dipakai dalam mengukur tingkat kemiskinan masyarakat. Badan Pusat Statistik (BPS) menggunakan konsep kemampuan memenuhi kebutuhan dasar (*basic needs approach*). Dengan pendekatan ini, kemiskinan A dipandang sebagai ketidakmampuan dari sisi ekonomi untuk memenuhi

kebutuhan dasar makanan dan bukan makanan yang diukur dari sisi pengeluaran.

Menurut Badan Pusat Statistik (BPS) Garis Kemiskinan Makanan (GKM) merupakan nilai pengeluaran kebutuhan minimum makanan yang disetarakan dengan 2100 kilokalori perkapita perhari. Sedangkan untuk Garis Kemiskinan Non Makanan (GKNM) merupakan kebutuhan minimum untuk perumahan, sandang, pendidikan, dan kesehatan. Sehingga untuk standar kemiskinan di Indonesia sebesar Rp 211.000,- per bulan per orang, dimana pemenuhan untuk makanan sebesar Rp 155.000/bulan dan Non Makanan Rp 56.000/bulan. (<http://www.bps.go.id/>)

Sedangkan Bank Dunia menggunakan Indikator untuk menetapkan garis kemiskinan internasional sebesar 1,25 dollar AS per kapita per hari. Artinya, yang dianggap miskin di dunia ini, di negara manapun individu tersebut berada adalah yang memiliki pengeluaran kurang dari 1,25 dollar AS per hari, apabila di kurskan ke Rupiah maka yang dikategorikan masyarakat miskin adalah yang memiliki pengeluaran kurang dari Rp 11.250,- per hari, sehingga untuk standar kemiskinan internasional adalah Rp 337.500,- per bulan per orang.

Merujuk dari data versi Bank Dunia yang merupakan data internasional dan dikaitkan dengan jumlah peserta penerima Program Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas), menunjukkan bahwa masih terdapat masyarakat miskin yang tidak dapat menikmati Program Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas) yang disiapkan oleh

pemerintah. Untuk mengatasi hal tersebut, maka pemerintah daerah dapat mengambil langkah untuk menjamin kesehatan masyarakatnya di daerah yang belum terdaftar dalam peserta Program Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas). Langkah tersebut dapat berupa membuat suatu kebijakan kesehatan dimana dananya berasal dari APBD kabupaten/kota atau yang lebih dikenal dengan Program Jaminan Kesehatan Daerah (Jamkesda).

## **2. Program Jaminan Kesehatan Papua (Jamkespa)**

Program Jaminan Kesehatan Papua (Jamkespa) merupakan salah satu program yang lahir pasca diberlakukannya Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 21 Tahun 2001 tentang Otonomi Khusus Bagi Provinsi Papua. Program ini dikhususkan bagi masyarakat asli Papua (masyarakat pribumi) yang tidak mampu yang dirujuk ke Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD).

Berdasarkan petunjuk teknis (*blue print*) dari program Jaminan Kesehatan Papua (Jamkespa), maka program tersebut mempunyai tujuan dan sasaran yaitu :

### **a. Tujuan**

#### **1. Tujuan umum**

Sebagai petunjuk bagi para pelaksana guna peningkatan akses dan mutu pelayanan kesehatan terhadap masyarakat Papua yang tidak mampu agar tercapai derajat kesehatan masyarakat yang optimal.

## 2. Tujuan khusus

- Terselenggaranya pelayanan kesehatan rujukan bagi masyarakat Papua yang tidak mampu di Rumah Sakit Pemerintah se Provinsi Papua.
- Meningkatnya kualitas pelayanan kesehatan bagi masyarakat tidak mampu.
- Terselenggaranya pengelolaan keuangan yang transparan dan akuntabel.

### b. Sasaran

- Rumah sakit Pemerintah se Provinsi Papua.
- Masyarakat asli papua (kriterianya sebagaimana termuat dalam UU No.21 Tahun 2001 tentang Otonomi Khusus Bagi Provinsi Papua) yang tidak mampu di Provinsi Papua.
- Target indikator yang dicapai adalah 100% masyarakat papua yang tidak mampu yang membutuhkan pelayanan kesehatan sehingga mendapat pelayanan kesehatan di Rumah Sakit Pemerintah se Provinsi Papua.

Kepesertaan dalam pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Papua (Jamkespa) yaitu orang asli papua (kriteria sebagaimana termuat dalam UU OTSUS No. 21 Tahun 2001) tidak mampu/miskin dan mau dirawat di kelas III Rumah Sakit Pemerintah. Kemudian untuk dana yang dipergunakan yaitu dana yang berasal dari APBD/dana OTSUS yang dialokasikan dalam DPA DInas Kesehatan Provinsi Papua. Dana tersebut

disalurkan dari Dinas Kesehatan Provinsi Papua ke rekening Rumah Sakit (bukan a.n Direktur Rumah Sakit) di Bank Papua yang telah disampaikan ke Dinas Kesehatan Provinsi Papua.

Untuk jenis pelayanan Program Jaminan Kesehatan Papua (Jamkespa) diserahkan kepada Rumah Sakit yang bersangkutan dengan mempertimbangkan kemampuan Rumah sakit. Berdasarkan Petunjuk Teknis jenis pelayanan Program jaminan Kesehatan Papua, yaitu :

1. Persalinan normal dan persalinan dengan resiko tinggi dan penyulit.
2. Pelayanan Gawat Darurat.
3. Pelayanan Gizi.
4. Konsultasi medis dan penyuluhan kesehatan.
5. Penunjang diagnosa : patologi klinik, Radiologi, Elektromedik dan Patologi anatomi.
6. Akomodasi rawat inap pada kelas III.
7. Operasi kecil, sedang, besar dan khusus.
8. Pelayanan rehabilitasi medis.
9. Perawatan intensif (NICU, ICU, dan HCU).
10. Pelayanan farmasi.
11. Pelayanan transfusi darah.
12. Pelayanan VTC, CST dan PMTCT.
13. Bahan dan alat kesehatan habis pakai.

14. Rangkaian pemeriksaan, pengobatan dan tindakan dalam upaya mendapatkan keturunan tingkat dasar.
15. Pemeriksaan dan pengobatan gigi dasar dan tingkat lanjutan.
16. Pelayanan KB, termasuk kontak elektif, kontak pasca persalinan/keguguran, penyembuhan efek samping dan komplikasinya.
17. Pelayanan imunisasi untuk ibu dan bayi.
18. Alat medis habis pakai tertentu (AHMP) yang meliputi : IOL, J stent (urologi), VP shunt (Neurologi), Mini plate (gigi), Imlant spine dan non spine (ortopedi), Alat vitrektomi (mata), Keteter double lumen (hemodialisis), stent (bedah, THT dan kebidanan).
19. Ambulans dan pemulasaran jenazah.

Dalam pelaksanaan program Jaminan Kesehatan Papua (Jamkespa) mengacu pada petunjuk teknis (*blue print*). Untuk itu sebagai patokan dalam menilai keberhasilan dan pencapaian dari pelaksanaan penyelenggaraan program ini, diukur dengan indikator-indikator pelayanan dan administratif. Indikator-indikator tersebut adalah :

1. Indikator Input

Untuk indikator input yang akan dinilai yaitu :

- a. Adanya tim pengelolaan Jaminan Kesehatan (Jamkes) Papua dimasing-masing Rumah Sakit

- b. Adanya pelaksanaan verifikasi di semua Staf Medik Fungsional (SMF) dan unit kerja masing-masing Rumah Sakit
- c. Tersedianya anggaran untuk manajemen operasional
- d. Adanya Petunjuk Teknis sebagai dasar pelaksanaan Jamkes Papua
- e. Tersedianya sarana dan prasarana pelaksanaan program Jamkes Papua

## 2. Indikator Proses

Untuk indikator proses yang akan dinilai yaitu :

- a. Semua kepesertaan Jamkes Papua harus terlayani 100%
- b. Terwujudnya pelaksanaan tarif paket Jamkes Papua
- c. Penyampaian klaim yang tepat waktu
- d. Pelaporan yang tepat waktu

## 3. Indikator Output

Untuk indikator output yang diharapkan dari program ini adalah :

- a. Peningkatan cakupan kepesertaan dengan indikator yaitu :  
Adanya database kepesertaan 100% sasaran target Jamkes Papua dimasing-masing Rumah Sakit
- b. Peningkatan cakupan dan mutu pelayanan dengan indikator :  
peningkatan cakupan tingkat rujukan dari puskesmas, kunjungan rawat jalan lanjutan dan kunjungan rawat inap tingkat lanjutan

- c. Terwujudnya pencapaian standar pelayanan minimal dimasing-masing Rumah Sakit
- d. Kecepatan pembayaran klaim dan meminimalisasi penyimpangan, dengan indikator : SPJ dilakukan maksimal 28 hari setelah dana didistribusikan dan peningkatan transparansi dan akuntabilitas pengelolaan keuangan.

Untuk pengorganisasian Program Jaminan Kesehatan Bagi Masyarakat Asli Papua (Jamkespa) merujuk pada pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas). Dalam pelaksanaan program Jamkespa mempunyai Tim Koordinasi yang mempunyai tugas, yaitu :

1. Menetapkan arah kebijakan koordinasi dan sinkronisasi Program Jaminan Kesehatan Bagi Masyarakat Asli Papua (Jamkespa) tingkat Kabupaten/Kota.
2. Melakukan pembinaan dan pengendalian Program Jaminan Kesehatan Bagi Masyarakat Asli Papua (Jamkespa) tingkat Kabupaten/Kota.

Berdasarkan Surat Keputusan Direktur Rumah Sakit No : 800/144/III/2013 tanggal 27 Maret 2013 tentang Susunan Personalia Team Pengendali Dana Program Jamkespa tahun 2013, maka susunan team pengendali Program Jamkespa di Rumah Sakit Umum daerah Kabupaten Nabire tersebut sebagai berikut :

- Pelindung : Bupati Nabire
- Penanggungjawab : Direktur RSUD Kabupaten Nabire
- ketua : Silas E. Numobogre, S.Kep
- Sekretaris : Yohanis Eriyadi
- Bendahara : Martina Sri Pajuk, SKM
- Anggota : 1. Sanvredey Toding  
2. Nomensen Simanjuntak  
3. Novirianty Purba

#### **E. Standar Pelayanan Minimal (SPM) Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD)**

Standar Pelayanan Minimal (SPM) Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) diatur dengan Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 228/MENKES/SK/III/2002. Dalam Keputusan Menteri ini dituliskan bahwa :

- a. Standar Pelayanan Rumah Sakit Daerah adalah penyelenggaraan pelayanan manajemen rumah sakit, pelayanan medik, pelayanan penunjang dan pelayanan keperawatan baik rawat inap maupun rawat jalan yang minimal harus diselenggarakan oleh rumah sakit;
- b. Indikator. Indikator adalah merupakan variabel ukuran atau tolak ukur yang dapat menunjukkan indikasi-indikasi terjadinya perubahan tertentu. Untuk mengukur kinerja rumah sakit ada beberapa indikator, yaitu :

1. Input, yang dapat mengukur pada bahan alat sistem prosedur atau orang yang memberikan pelayanan misalnya jumlah dokter, kelengkapan alat, prosedur tetap dan lain-lain.
2. Proses, yang dapat mengukur perubahan pada saat pelayanan misalnya kecepatan pelayanan, pelayanan dengan ramah dan lain-lain.
3. Output, yang dapat menjadi tolak ukur pada hasil yang dicapai, misalnya jumlah yang dilayani, jumlah pasien yang dioperasi, kebersihan ruangan.
4. Outcome, yang menjadi tolak ukur dan merupakan dampak dari hasil pelayanan sebagai misalnya keluhan pasien yang merasa tidak puas terhadap pelayanan dan lain-lain.
5. Benefit, adalah tolak ukur dari keuntungan yang diperoleh pihak rumah sakit maupun penerima pelayanan atau pasien misal biaya pelayanan yang lebih murah, peningkatan pendapatan rumah sakit.
6. Impact, adalah tolak ukur dampak pada lingkungan atau masyarakat luas misalnya angka kematian ibu yang menurun, meningkatkan derajat kesehatan masyarakat, meningkatkan kesejahteraan karyawan.

- c. Standar adalah spesifikasi teknis atau sesuatu yang dibakukan sebagai patokan dalam melakukan kegiatan. Standar ini dapat ditentukan berdasarkan kesepakatan provinsi, kabupaten/kota sesuai dengan *evidence base*.
- d. Bahwa Rumah Sakit sesuai dengan kewenangan wajib yang harus dilaksanakan oleh Rumah Sakit Provinsi/Kabupaten/Kota, maka harus memberikan pelayanan untuk keluarga miskin dengan biaya ditanggung oleh pemerintah Kabupaten/Kota.
- e. Secara khusus selain pelayanan yang harus diberikan kepada masyarakat wilayah setempat maka rumah sakit juga harus meningkatkan manajemen dalam rumah sakit yaitu meliputi :
  - 1. Manajemen Sumberdaya Manusia.
  - 2. Manajemen Keuangan.
  - 3. Manajemen Sistem Informasi Rumah Sakit, ke dalam dan keluar rumah sakit.
  - 4. Sarana prasarana.
  - 5. Mutu Pelayanan.

Standar yang menjadi patokan dalam melakukan kegiatan dalam program Jamkespa yaitu Petunjuk Teknis (Juknis). Petunjuk Teknis (Juknis) dalam pelaksanaan program Jamkespa di RSUD Kabupaten Nabire berdasarkan Surat Keputusan Gubernur Provinsi Papua Nomor 151 Tahun 2009, tanggal 11 Nopember 2009 tentang Petunjuk Teknis

(Juknis) Pembebasan Pelayanan Kesehatan bagi masyarakat asli Papua yang tidak mampu di Rumah Sakit Pemerintah Se Provinsi Papua.

Dalam pelaksanaan program Jamkespa yang menjadi standar pelayanan berdasarkan Petunjuk Teknis (Juknis) yaitu :

1. Setiap peserta Jamkespa di Rumah Sakit Pemerintah se Provinsi Papua mempunyai hak mendapatkan pelayanan kesehatan dasar meliputi pelayanan kesehatan rawat jalan (RJ), rawat inap (RI), rujukan rawat jalan tingkat lanjutan (RJTL), rawat inap tingkat lanjutan (RITL) dan pelayanan gawat darurat.
2. Pelayanan kesehatan dalam program Jamkespa menerapkan pelayanan berjenjang berdasarkan rujukan.
3. Pelayanan rawat inap diberikan di kelas III. Pada kondisi dimana ruang kelas III penuh, maka penderita dapat dititipkan ke kelas yang lebih tinggi dengan seluruh pembiayaan mengikuti pembiayaan Jamkespa untuk kelas III.
4. Jika peserta menghendaki perawatan diluar kelas III maka semua beban pembiayaan menjadi tanggung jawab penderita. Guna menghindari penyalahgunaan pelayanan kelas perawatan penderita diharuskan menandatangani surat pernyataan menghendaki perawatan diluar kelas III dan segala konsekwensi pembiayaannya.

5. Jika peserta membutuhkan rujukan lintas wilayah, maka Rumah Sakit yang bersangkutan bertanggungjawab atas biaya rujukan pasien tersebut, sementara Rumah Sakit yang dituju bertanggungjawab atas biaya kepulangan penderita tersebut, demikian pula sebaliknya.
6. Masing-masing Rumah Sakit wajib membentuk Tim Pengelola Jamkespa.
7. Pengadaan obat untuk kegiatan Jamkespa adalah obat generik.

#### **F. Pengukuran Efektivitas Program Jaminan Kesehatan Papua (Jamkespa)**

Setiap program/kegiatan pasti mempunyai tujuan yang ingin dicapai. Begitu juga program-program yang ditetapkan oleh pemerintah mempunyai tujuan, salah satu tujuannya yaitu untuk mensejahterakan masyarakat. Untuk melihat bagaimana program yang telah ditetapkan berdampak bagi masyarakat, maka dapat dilihat dari efektivitas program yang dijalankan.

Deniston (Azwar, 2003:429) mengatakan bahwa suatu program dinilai efektif (*effectiveness*) jika program tersebut telah dapat dilaksanakan dengan hasil yang dapat menyelesaikan masalah yang dihadapi. Untuk menjamin agar implementasi program dapat berjalan dengan baik dan mencapai hasil yang diharapkan, maka dalam pelaksanaan program harus mengacu pada petunjuk teknis (juknis) atau *blue print* dari program tersebut.

Salah satu yang dapat menjadi tolak ukur dalam melihat efektivitas program yaitu dengan melihat keluaran (*output*) dari program. Keluaran (*output*) program dapat dilihat dalam petunjuk teknis (Juknis) atau *blue print* dari program. Adapun yang menjadi tolak ukur untuk melihat efektivitas program Jaminan Kesehatan Papua (Jamkespa) yaitu dengan melihat keluaran (*output*) dari program yang tertuang dalam petunjuk teknis (juknis). Keluaran (*output*) dari program Jaminan Kesehatan Papua (Jamkespa) yaitu :

1. Peningkatan cakupan kepesertaan;
2. Peningkatan cakupan dan mutu pelayanan;
3. Terwujudnya pencapaian standar pelayanan minimal (SPM) di Rumah Sakit; dan
4. Kecepatan pembayaran klaim dan meminimiliasi penyimpangan.

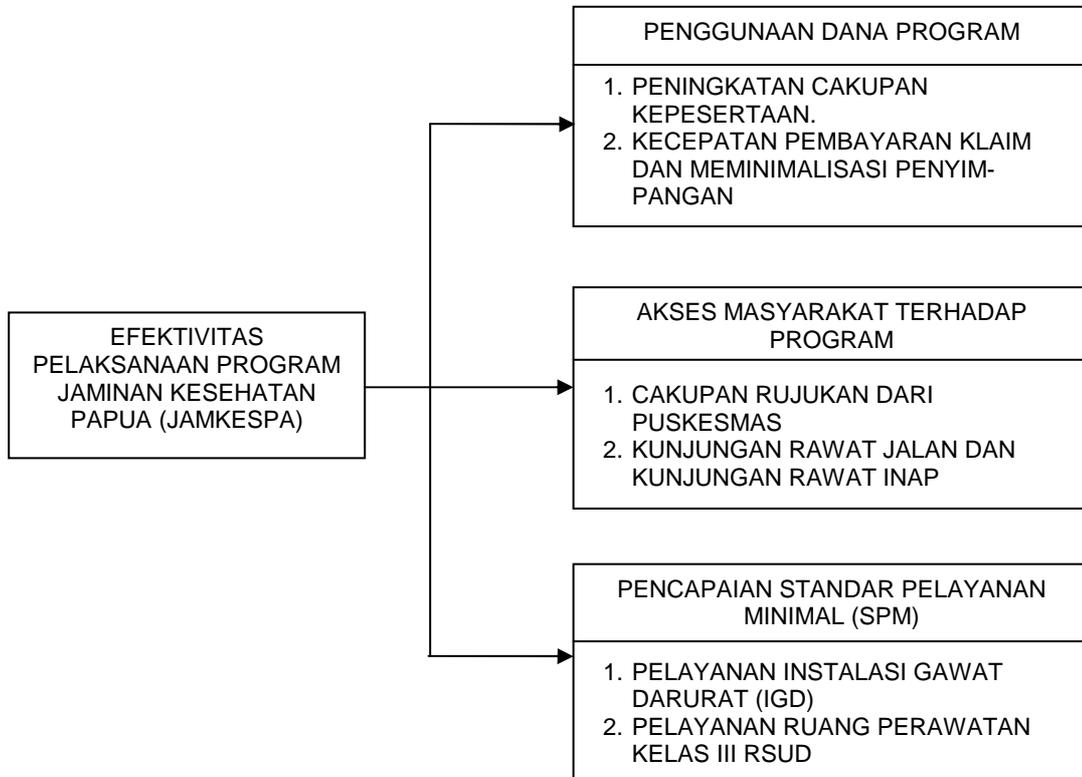
### **G. Kerangka Pikir**

Wujud nyata dari pelayanan publik terhadap masyarakat yaitu dengan membuat kebijakan yang berpihak untuk kepentingan masyarakat. Salah satu kebijakan yang lahir dalam pelaksanaan otonomi daerah yaitu kebijakan pada sektor kesehatan. Dimana dengan kebijakan tersebut diharapkan masyarakat dapat mudah mengakses pelayanan kesehatan, sehingga dapat meningkatkan derajat kesehatan masyarakat.

Kebijakan program kesehatan yang lahir pasca ditetapkan Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 21 Tahun 2001 tentang Otonomi Khusus Provinsi Papua yaitu Program Jaminan Kesehatan Papua (Jamkespa). Program tersebut mempunyai tujuan yaitu untuk meningkatkan akses dan mutu pelayanan kesehatan terhadap masyarakat Papua yang tidak mampu agar tercapai derajat kesehatan masyarakat yang optimal. Sedangkan untuk sasaran (*target groups*) dari program tersebut adalah orang asli Papua (masyarakat pribumi) yang dirujuk ke Rumah Sakit Umum Daerah.

Kebijakan program yang telah ditetapkan harus diimplementasikan terhadap masyarakat. Dengan implementasi tersebut maka dapat diketahui apakah program tersebut telah berjalan efektif atau belum efektif. Salah satu yang menjadi tolak ukur untuk mengetahui efektivitas yaitu dengan melihat keluaran (*output*) dari program tersebut. *Output* dari program Jaminan Kesehatan Papua (Jamkespa) yaitu : 1) Peningkatan cakupan kepesertaan; 2) Peningkatan cakupan dan mutu pelayanan; 3) Terwujudnya pencapaian standar pelayanan minimal (SPM) Rumah Sakit; dan 4) Kecepatan pembayaran klaim dan meminimiliasi penyimpangan.

Untuk lebih jelas, maka dapat dilihat pada skema kerangka pikir di bawah ini :



Gambar 1. Skema Kerangka Pikir