

**ANALISIS KEBIJAKAN JAMINAN KESEHATAN  
MASYARAKAT (JAMKESMAS) DI KABUPATEN BONE**

**TESIS**

**S U P A R M A N  
NIM. P0800210033**



**PROGRAM STUDI ADMINISTRASI PEMBANGUNAN  
KEKHUSUSAN KEBIJAKAN PUBLIK  
PROGRAM PASCASARJANA  
UNIVERSITAS HASANUDDIN  
MAKASSAR  
2013**

## HALAMAN PENGESAHAN

Nama : Suparman  
Nomor Pokok : P0800210033  
Program Studi : Administrasi Pembangunan  
Judul Tesis : Implementasi Kebijakan Jaminan Kesehatan  
Masyarakat (Jamkesmas) di Kabupaten Bone

---

Makassar, .....2013

Menyetujui  
Komisi Pembimbing

Ketua,

Anggota,

---

**Prof. Dr. Haselman, M.Si.**

---

**Dr. Hamsinah, M.Si.**

Mengetahui:

Ketua Program Studi  
Administrasi Pembangunan,

---

**Dr. Alwi, M.Si.**

**ANALISIS KEBIJAKAN JAMINAN KESEHATAN MASYARAKAT  
(JAMKESMAS) DI KABUPATEN BONE**

**Tesis**

**Sebagai Salah Satu Syarat Untuk Mencapai Gelar Magister**

**Program Studi  
Administrasi Pembangunan**

Disusun dan diajukan oleh :

**SUPARMAN**

Kepada

**PROGRAM PASCASARJANA  
UNIVERSITAS HASANUDDIN  
MAKASSAR**

**2013**

## PERNYATAAN KEASLIAN TESIS

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Suparman  
Nomor Induk Mahasiswa : P0800210033  
Program Studi : Administrasi Pembangunan

Dengan ini menyatakan yang sebenarnya bahwa, Tesis yang saya tulis ini adalah benar-benar merupakan hasil karya saya sendiri, bukan merupakan pengambilalihan tulisan atau pemikiran orang lain. Bilamana dikemudian hari terbukti atau dapat dibuktikan bahwa sebagian ataukah keseluruhan dari Tesis ini hasil karya orang lain, maka saya bersedia menerima sanksi apapun.

Demikianlah pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya.

Makassar, Januari 2013

Yang Membuat Pernyataan

**Suparman**

## DAFTAR ISI

	Halaman
HALAMAN DEPAN	i
HALAMAN PENGESAHAN	ii
DAFTAR ISI	iii
<b>BAB I PENDAHULUAN</b>	<b>1</b>
A. Latar Belakang	1
B. Rumusan Masalah	12
C. Tujuan Penelitian	12
D. Kegunaan Penelitian	13
<b>BAB II TINJAUAN PUSTAKA</b>	<b>14</b>
A. Kebijakan Publik	14
1. Pengertian Kebijakan Publik	14
2. Proses Kebijakan Publik	18
3. Analisis Kebijakan Publik	24
B. Implementasi Kebijakan Publik	30
1. Pengertian Implementasi Kebijakan Publik	30
2. Model-model Implementasi Kebijakan Publik	34
3. Kriteria Pengukuran Implementasi Kebijakan Publik	49
C. Jamkesmas (Jaminan Kesehatan Masyarakat)	52
1. Makna dan Tujuan Jamkesmas	52
2. Sasaran dan Prosedur Penyelenggaraan Jamkesmas	55
D. Kerangka Pikir	59

<b>BAB III METODE PENELITIAN</b>	64
A. Pendekatan dan Jenis Penelitian	64
B. Lokasi Penelitian	64
C. Fokus Penelitian	65
D. Sumber Data	67
E. Teknik Pengumpulan Data	68
F. Informan Penelitian	69
G. Teknik Analisis Data	70
DAFTAR PUSTAKA	72

## KATA PENGANTAR

### بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

Puji syukur dipanjatkan kehadirat Tuhan Yang Maha Esa karena atas rahmat dan hidayah -Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan Tesis ini dengan baik dan tepat waktu. Tak lupa pula dihaturkan shalawat kepada junjungan kami Nabi Muhammad s.a.w yang memberikan pencerahan dalam menuntun kehidupan dunia dan akhirat bagi segenap umatnya.

Selama dalam proses penyelesaian studi dan penyusunan Tesis ini, tidak sedikit kendala yang dihadapi oleh penulis disebabkan keterbatasan kemampuan penulis sendiri, namun berkat bantuan beberapa pihak, akhirnya penulisan tesis ini mengalami penyempurnaan walaupun diakui masih terdapat sejumlah kekurangan dan kelemahan di dalamnya. Berbagai pihak yang telah memberikan bantuan tersebut antara lain :

1. Kedua orang tua kami tercinta, ayahanda Abd.Hamid (Almarhum) dan ibunda Rosdiana, keduanya telah membesarkan penulis dan tak henti-hentinya memberikan dorongan moril kepada penulis selama menempuh pendidikan.
2. Prof. Dr. Ir. Mursalim, M.Si selaku Direktur Pascasarjana Universitas Hasanuddin Makassar
3. Dr.Alwi M.Si selaku Ketua Program Studi Administrasi Pembangunan Universitas Hasanuddin beserta staf.
4. Prof. Dr. Haselman, M.Si selaku Ketua Komisi Penasihat dan Dr. Hamsinah, M.Si selaku Anggota Komisi Penasihat, keduanya telah sudi mencurahkan waktunya, memberikan cukup banyak pencerahan, bimbingan, serta dorongan moril bagi penulis selama menjalani proses penyelesaian studi dan penyempurnaan tesis ini
5. Prof. Dr. Suratman, M.Si., Dr. H.A Gau Kadir M.A., Dr. Hj. Hasniati M,Si, dan masing-masing sebagai Tim Penguji yang telah memberikan sejumlah saran bagi penyempurnaan tesis ini

6. Seluruh dosen/ staf pengajar PPS UNHAS khususnya yang mengajar di Program Studi Adminstrasi Pembangunan yang telah mencurahkan tenaga dan fikiran serta bersedia melakukan transfer ilmunya sehingga penulis dapat memperoleh ilmu pengetahuan
7. Isteri tercinta Sriyanti Papoli yang senantiasa memberikan dorongan dan setia mendampingi penulis selama menjalani pendidikan di PPS Unhas
8. Rekan-rekan mahasiswa di Program Studi Adminstrasi Pembangunan, yang juga cukup banyak memberikan semangat dan dorongan moril selama menempuh pendidikan di UNHAS Makassar
9. Teman-teman lainnya yang tidak sempat disebutkan namanya, namun kesemuanya banyak memberikan bantuan dan dorongan moril kepada penulis

Kepada semua pihak yang disebutkan di atas, dihaturkan terima kasih sebesar-besarnya atas segala kebaikan, jasa dan bantuannya kepada penulis selama ini.

Akhirnya, penulis berharap semoga Tesis ini dapat bermanfaat kepada pembaca yang budiman terlebih kepada diri penulis sendiri.

Makassar,.....2013

Penulis,

**Suparman**

## ABSTRAK

### **Suparman. Implementasi Kebijakan Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas) Di Kabupaten Bone** (dibimbing oleh **Haselman** dan **Hamsinah**)

Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis implementasi program jaminan kesehatan masyarakat (Jamkesmas) di Kabupaten Bone.

Tipe penelitian ini adalah deskriptif kualitatif. Fokus penelitian adalah kepesertaan, akses, mekanisme dan pendanaan. Data dikumpulkan melalui observasi, wawancara (*in depth interview*), dan dokumentasi. Teknik analisis data adalah kualitatif.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa kebijakan Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas) di Kabupaten Bone belum optimal, terutama dalam hal kepesertaan, akses, mekanisme pelayanan, pendanaan dan mutu pelayanan. Dalam hal kepesertaan, masih terjadi kesenjangan jumlah KK peserta Jamkesmas dari kalangan warga miskin di setiap kecamatan, database yang overlapping di puskesmas-puskesmas, rumah sakit, Dinas Kesehatan dan pemerintah setempat. Dalam hal akses pelayanan kesehatan kepada peserta Jamkesmas baik secara kuantitas maupun kualitas pada wilayah 38 puskesmas dan 27 kecamatan di Kabupaten Bone belum sesuai target dalam pedoman pelaksanaan Jamkesmas. Dalam hal mekanisme pelayanan, belum sepenuhnya didasarkan pada aspek keterjangkauan dan pertimbangan biaya serta proporsionalitas bahkan masih menimbulkan konflik kepentingan dan kesenjangan, overbirokratis yang terkadang menghambat peserta Jamkesmas. Sosialisasi dan pembinaan masih relatif kurang. Dalam hal pendanaan, masih terjadi kelambatan penyaluran dana yang menghambat pihak puskesmas maupun rumah sakit memberikan pelayanan serta masih adanya ketidaksesuaian antara klaim INA-DRG dengan realitas pelayanan yang diberikan. Pelaksanaan kebijakan Jamkesmas di Kabupaten Bone dipengaruhi oleh empat faktor yaitu komunikasi, sumber daya, disposisi dan struktur birokrasi.

Kata kunci : Implementasi, kebijakan, Jamkesmas, kepesertaan, akses, mekanisme, pendanaan

## **ABSTRACT**

**Suparman. *Implementation A Policy Of The People Health Assurance (Jamkesmas) In The Bone Regency*** (Under supervised by **Haselman** and **Hamsinah**).

This research aimed to analyzes a policy implementation of The People Health Assurance (called Jamkesmas) in the Bone Regency. A qualitative descriptive used as kind of study.

This research focused at the application to get a health assurance in service, access, mechanism of health service and funding system. An observation, *in depth interview* and documentation are used to collecting any data need it. A qualitative approach to analyzes it.

The result of this research indicated that not be optimum a policy of The People Health Assurance (called Jamkesmas) implementation at the Bone Regency both application to get a health assurance in service, access, mechanism of health service and funding system. For all, it is a gap amount household of poormen family involved to policy of the People Health Assurance each district, overlapping to registration of database in the many public health center (called Puskesmas), hospital, The Health Office in Service, and local government. For access, both quantity and quality not be suitable goal implementing a policy with the People Health Assurance Guide at 36 public health center in the 27 district. For mechanism of health service, not be optimum base on the access and using cost and not be proportionality yet, so they are a conflict of interest and gap in service performance, overbureaucratic which they block up many more people to get a health service, and then less socialization and supervising done to people. For funding, late distribution or allocation are still happen which block up management of public health center and hospital to establish optimally health service, then not be suitable between INA-DRG claim and health service in reality accepted or expected by many people. There are four determinant influent a policy implementation of The People Health Assurance are communication, resources, disposition and bureaucratic structure them.

**Keywords:** *Implementation, Policy, The People Health Assurance, application, access, mechanism, funding*

# BAB I

## PENDAHULUAN

### A. Latar Belakang

Kebijakan terkait pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin masih menjadi salah satu persoalan mendasar terutama di Indonesia. Masalah kemiskinan yang merupakan masalah yang selalu ada pada setiap negara, meskipun zaman telah memasuki era globalisasi namun tidak dapat dipungkiri masalah kemiskinan selalu menjadi penghambat kemajuan tiap-tiap negara. Permasalahan kemiskinan tidak hanya terdapat di negara-negara berkembang saja bahkan di negara maju juga mempunyai masalah dengan kemiskinan.

Kemiskinan tetap menjadi masalah yang rumit, walaupun fakta menunjukkan bahwa tingkat kemiskinan di negara berkembang jauh lebih besar dibanding dengan negara maju. Hal ini dikarenakan negara berkembang pada umumnya masih mengalami persoalan keterbelakangan hampir di segala bidang, seperti teknologi, kurangnya akses-akses ke sektor ekonomi, dan lain sebagainya. ([www.wikipedia.com](http://www.wikipedia.com)., diakses pada tanggal 6 Maret 2012).

Di negara-negara berkembang termasuk Indonesia, pencapaian pembangunan manusia di Indonesia masih tertinggal dengan negara-negara tetangga. Indonesia berada pada tingkat menengah dalam pembangunan manusia global (*medium human development*). Indonesia saat ini masih berada pada tahap pemulihan restrukturisasi di bidang ekonomi dan juga perubahan-perubahan di bidang sosila politik. Dalam proses ini tidak dapat dihindari semakin meluasnya kesenjangan antar kelompok, juga antara daerah yang kaya dan daerah yang miskin, terutama kesenjangan index pembangunan

manusia (IPM) yang mencakup tentang masalah kemiskinan ([www.wikipedia.com](http://www.wikipedia.com)., diakses pada tanggal 6 Maret 2012).

Sejak awal kemerdekaan, Bangsa Indonesia telah mempunyai perhatian besar terhadap terciptanya masyarakat adil dan makmur, sebagaimana termuat dalam alinea ke empat Undang-undang Dasar 1945. Program-program yang dilaksanakan selama ini juga selalu memberikan perhatian besar pada upaya pengentasan kemiskinan, karena pada dasarnya pembangunan yang dilakukan bertujuan untuk meningkatkan kesejahteraan dan kemakmuran masyarakat.

Kebijakan penanggulangan kemiskinan sampai saat ini terus menerus menjadi masalah yang berkepanjangan. Untuk mengurangi dampak-dampak kemiskinan, beberapa program-program pengentasan kemiskinan yang dilakukan pemerintah yaitu: (1). Program Inpres Desa Tertinggal yaitu suatu program yang dilakukan dengan cara memberi bantuan kepada masyarakat miskin yang tidak memiliki modal awal untuk mengembangkan usaha yang berlokasi di desa tertinggal, (2). Program Takesra dan Kukesra yaitu program yang diberikan kepada masyarakat miskin yang tidak berlokasi di desa tertinggal, bantuan yang diberikan sifatnya hanya merangsang masyarakat miskin untuk menabung dan selanjutnya melakukan usaha, bantuan yang diberikan pun berupa tabungan dan pinjaman, (3) Program Jaring Pengaman Sosial yaitu program yang dilakukan dalam rangka menyelamatkan rakyat dari deraan krisis, sifatnya darurat dan mempunyai tujuan untuk meningkatkan ketahanan pangan, menciptakan lapangan pekerjaan, mengembangkan usaha kecil dan menengah, dan melindungi sosial masyarakat dalam pelayanan dasar khususnya kesehatan dan pendidikan (Sulistiyani, 2004:137).

Dampak kemiskinan dapat dikaitkan dengan bermacam-macam hal, yaitu salah satunya adalah kesehatan dan penyakit. Kesehatan dan penyakit adalah hal yang tidak dapat dipisahkan dari permasalahan kemiskinan, kecuali dilakukan intervensi pada salah satu atau kedua sisi, yakni pada kemiskinannya atau penyakitnya.

Kemiskinan mempengaruhi kesehatan sehingga orang miskin menjadi rentan terhadap berbagai macam penyakit, karena mereka mengalami gangguan seperti menderita gizi buruk, pengetahuan kesehatan berkurang, perilaku kesehatan kurang, lingkungan pemukiman yang buruk, biaya kesehatan tidak tersedia. Sebaliknya kesehatan juga mempengaruhi kemiskinan, masyarakat yang sehat menekan kemiskinan karena orang yang sehat memiliki kondisi tingkat pendidikan yang maju, stabilitas ekonomi mantap, investasi dan tabungan memadai sehingga orang yang sehat dapat menekan pengeluaran untuk berobat. ([www.jpkm-online.net](http://www.jpkm-online.net)., diakses pada tanggal 6 Maret 2012).

Pasal 28H UUD 1945 dan Undang-undang (UU) No. 36 tahun 2009 tentang Kesehatan, menetapkan 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.

Permasalahannya bahwa, derajat kesehatan masyarakat miskin berdasarkan indikator angka kematian bayi (AKB) dan angka kematian ibu (AKI) di Indonesia, masih cukup tinggi, yaitu AKB sebesar 26,9% per kelahiran hidup,

dan AKI sebesar 24,8% per 100.000 kelahiran hidup sehat umur harapan hidup 70,5% Tahun (BPS Tahun 2011).

Derajat kesehatan masyarakat miskin yang masih rendah tersebut diakibatkan karena sulitnya akses dalam pelayanan kesehatan. Kesulitan akses pelayanan ini dipengaruhi oleh berbagai faktor seperti tidak adanya kemampuan secara ekonomi dikarenakan biaya kesehatan memang mahal. Terdapat beberapa contoh program pengentasan kemiskinan yang dilakukan oleh pemerintah salah satunya adalah bertujuan untuk memberi perlindungan sosial masyarakat dalam pelayanan dasar khususnya kesehatan dan pendidikan.

Sehubungan dengan hal itu, maka untuk menjamin akses penduduk miskin terhadap pelayanan kesehatan sebagaimana diamanatkan dalam UUD 1945, maka sejak tahun 2005 Pemerintah telah membuat kebijakan untuk mengatasi hambatan dan kendala tersebut melalui pelaksanaan kebijakan Program Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat Miskin.

Program tersebut diselenggarakan oleh Departemen Kesehatan melalui penugasan kepada PT. Akses (persero) berdasarkan SK Nomor 1241/Menkes/SK/XI/2004, tentang penugasaan kesehatan bagi masyarakat miskin. Program ini terus diupayakan untuk ditingkatkan melalui perubahan-perubahan setiap tahun. Perubahan mekanisme yang paling mendasar adalah adanya pemisahan peran pembayar dengan verifikasi melalui penyaluran dana langsung ke pemberi pelayanan kesehatan (PPK) dari kas negara, penggunaan tarif paket jaminan kesehatan masyarakat di rumah sakit, penempatan pelaksana verifikasi di setiap rumah sakit, pembentukan tim pengelola dan tim

koordinasi tingkat pusat, propinsi, dan kabupaten/ kota, serta penugasan PT. Askes (persero) dalam manajemen kepesertaan.

Upaya menghindari kesalahpahaman dalam penjaminan kesehatan terhadap masyarakat miskin yang meliputi sangat miskin, miskin dan mendekati miskin, program ini kemudian berganti nama dari Askeskin menjadi Jaminan Kesehatan Masyarakat yang selanjutnya disebut Jamkesmas, dengan tidak ada perubahan jumlah sasaran yang telah dituangkan dalam Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 125/Menkes/SK/II/2008 tentang Pedoman Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan Masyarakat. ([www.jpkm-online.net](http://www.jpkm-online.net)., diakses pada tanggal 6 Maret 2012).

Sasaran Jamkesmas di seluruh Indonesia saat ini sebesar 76,4 juta jiwa keluarga miskin, sedangkan kuota Provinsi Sulawesi Selatan pada tahun 2012 ini sebesar 4,6 juta jiwa. Program Jaminan Kesehatan Masyarakat ini mulai diberlakukan per tanggal 1 Juli 2008. Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas) ini diambil dari Anggaran Pendapatan Belanja Negara (APBN) yang diberikan kepada pemerintah Propinsi Sulawesi Selatan. (Pedoman Pelaksanaan Jamkesmas, 2010).

Jaminan Kesehatan Masyarakat ini dibedakan menjadi 2 jenis yaitu Jamkesmas Kuota yaitu yang sudah ditetapkan oleh Menteri Kesehatan yaitu dalam pelaksanaannya masyarakat miskin yang sudah terdata oleh pemerintah akan mendapatkan kartu Jamkesmas yang dapat digunakan di puskesmas atau rumah sakit yang telah di tunjuk oleh Pemerintah.

Jamkesmas non kuota dapat digunakan oleh masyarakat miskin yang tidak terdaftar oleh Pemerintah dalam Jamkesmas Kuota yang sudah memiliki

Surat Keterangan Miskin (SKM) yang harus diterbitkan oleh lurah sesuai dengan wilayah tinggal masing-masing. Surat Keterangan Miskin merupakan salah satu syarat mutlak yang harus dipenuhi oleh pasien untuk mendapatkan pelayanan Jamkesmas Non Kuota. Kemudian juga harus melampirkan fotokopi KTP dan rujukan dari Puskesmas yang berisi diagnosa dokter, tanggal, nama Puskesmas dan nama dokter.

Permasalahannya bahwa, kebijakan program Jamkesmas yang telah dijalankan sejak tanggal 1 Juli 2008 telah menimbulkan beberapa permasalahan sosial. Tidak semua masyarakat miskin dapat menjangkau akses pelayanan kesehatan yang diberikan oleh pemerintah tersebut oleh karena data peserta masih belum akurat, sosialisasi belum optimal, adanya pungutan untuk mendapatkan kartu, adanya pasien Jamkesmas yang mengeluarkan biaya, dan masih buruknya kualitas pelayanan pasien Jamkesmas, memberi indikasi bahwa program jamkesmas kurang berhasil dalam implementasi

Sehubungan dengan kebijakan tersebut, Edwards III menyatakan bahwa, jika suatu kebijakan tidak tepat atau tidak dapat mengurangi masalah yang merupakan sasaran dari kebijakan, maka kebijakan itu mungkin akan mengalami kegagalan sekalipun kebijakan itu diimplementasikan dengan sangat baik. Sementara itu, suatu kebijakan yang cemerlang mungkin juga akan mengalami kegagalan jika kebijakan tersebut kurang diimplementasikan dengan baik oleh pelaksana kebijakan (implementor) (Subarsono, 2005:90).

Keberhasilan implementasi kebijakan dipengaruhi oleh empat aspek yang saling berhubungan satu sama lain, yakni: komunikasi, sumberdaya, disposisi, dan struktur Birokrasi. Keberhasilan implementasi kebijakan

mensyaratkan agar implementor memahami apa yang harus dilakukan. Pada aspek komunikasi, bahwa setiap tujuan dan sasaran kebijakan harus disosialisasikan kepada kelompok sasaran sehingga akan mengurangi distorsi implementasi (Edwards III dalam Subarsono, 2005:90).

Pada aspek sumberdaya, bahwa keberhasilan implementasi kebijakan harus didukung oleh sumberdaya yang berupa sumberdaya manusia yang memiliki kompetensi implementor dan sumberdaya finansial. *Pada aspek disposisi*, bahwa sumber daya manusia harus memiliki watak dan karakteristik seperti kejujuran, sifat demokratis, dan lain-lain. Apabila implementor memiliki watak dan karakteristik yang baik ia akan dapat menjalankan kebijakan dengan baik seperti yang diinginkan oleh pembuat kebijakan.

Pada aspek struktur birokrasi, bahwa keberhasilan implementasi kebijakan harus didukung oleh struktur birokrasi yang baik. Salah satu aspek yang penting dari setiap organisasi adalah adanya prosedur operasi yang standar. Standar inilah yang menjadi pedoman bagi setiap implementor dalam bertindak. (Edwards III dalam Subarsono, 2005:90).

Hasil riset Indonesia Corruption Watch (ICW) terhadap program Jaminan Kesehatan Masyarakat menunjukkan bahwa terdapat enam permasalahan yang muncul dalam Jamkesmas, antara lain (1) data peserta masih belum akurat, (2) sosialisasi belum optimal, (3) adanya pungutan untuk mendapatkan kartu, (4) adanya peserta yang tidak menggunakan kartu ketika berobat, (6) adanya pasien Jamkesmas yang mengeluarkan biaya, dan masih buruknya kualitas pelayanan pasien Jamkesmas (Kompas, 3 Maret 2009).

Penelitian ICW tersebut berfokus pada Jamkesmas yang dilakukan di empat kota, yaitu Bogor, Depok, Tangerang, dan Bekasi. Pendekatan penelitian yang dilakukan adalah kuantitatif dan kualitatif dengan responden sebanyak 868 orang yang diambil secara acak dari 579.192 peserta Jamkesmas yang terdaftar di PT Askes. Atas hasil penelitian ini, ICW menuntut adanya perbaikan oleh Departemen Kesehatan dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin. Pengawasan terhadap kinerja pemerintah daerah, rumah sakit, dan puskesmas hendaknya juga ditingkatkan. (Kompas, 3 Maret 2009).

Hasil kajian Pusat Kajian Manajemen Kebijakan LAN RI, tanggal 25 Mei 2010, menyimpulkan bahwa, ada 4 aspek permasalahan dalam penyelenggaraan Jamkesmas, yaitu sebagai berikut :

1. Aspek kepesertaan, permasalahan yang ditemui adalah: (a) belum semua Bupati/Walikota menetapkan data masyarakat miskin; b) ketidaktepatan sasaran di mana masih ada pengguna SKTM yang berasal dari masyarakat non-miskin yang memanfaatkan pelayanan kesehatan dari Program Jamkesmas; serta c) belum semua sasaran Program Jamkesmas mendapatkan kartu peserta.
2. Aspek pelayanan kesehatan yang ditemui berupa: (a) pemanfaatan Program Jamkesmas oleh masyarakat miskin belum optimal, sehubungan dengan adanya penyalahgunaan SKTM oleh kelompok yang tidak berhak; (b) sistem rujukan belum berjalan sebagaimana mestinya; (c) masih dilakukan tindakan yang berlebihan; (d) kendali mutu dan kendali biaya pelayanan kesehatan di RS belum Optimal, dan (e) Verifikator independen belum mendapatkan pelatihan secara optimal disebabkan terhambat masalah pendanaan.
3. Aspek pendanaan, berupa: (a) Masih adanya Rumah Sakit yang belum menggunkan dana secara optimal, (b) masih banyak pemerintah daerah yang menerapkan kebijakan untuk menyetorkan dana langsung ke kas daerah, (c) Hutang pelayanan program Askeskin tahun 2007, dan (d) Prosentase pembiayaan obat terhadap biaya total pelayanan kesehatan masih di bawah 50%.
4. Aspek organisasi dan manajemen, permasalahan yang dihadapi diantaranya adalah : (a) sosialisasi program masih belum optimal pada seluruh stakeholder terkait, (b) koordinasi Tim Pengelola Jamkesmas Propinsi dan Kab/ Kota belum berjalan dengan optimal, serta (c) mekanisme pelaporan pelaksanaan kegiatan Jamkesmas

dari Dinas Kesehatan Propinsi ke Depkes belum berjalan seperti yang diharapkan.

Di Sulawesi Selatan, pelaksanaan Jamkesmas menghabiskan anggaran dana sebesar 284 milyar pada Tahun 2012 dari total anggaran dana Jamkesmas secara nasional adalah sebesar 7,3 Trilyun. Sebesar Rp 31,8 miliar dialokasikan ke kabupaten Bone untuk 186.301 jiwa warga miskin pemegang kartu jaminan kesehatan masyarakat (Jamkesmas). (<http://www.anggaran.depkeu.go.id>., diakses pada tanggal 17 April 2012).

Berdasarkan hasil observasi pada beberapa Puskesmas dan hasil wawancara terbatas dengan beberapa peserta Jaskesmas di Kabupaten Bone terindikasi bahwa implementasi program jamkesmas di Kabupaten Bone tidak berjalan efektif. Peserta jamkesmas merasa “*diping-pong*”, harus menunggu lebih lama dibandingkan pasien umum, di”anak-tirikan”, atau harus bayar sebagian (hasil observasi di Kabupaten Boen tanggal (21 Februari 2012).

Salah satu Puskesmas yang melaksanakan program Jamkesmas adalah Puskesmas Watampone Kecamatan Tanete Riattang. Total peserta Jamkesmas yang dilayani Puskesmas ini mencapai 3451 jiwa. Pada Puskesmas tersebut, terlihat bahwa koordinasi tim pengelola belum berjalan dengan optimal, aparat Puskesmas terkadang kebingungan menghadapi berbagai keluhan pasien peserta jamkesmas, sehingga pasien harus menunggu lebih lama untuk mendapatkan petunjuk lebih lanjut.

Saat ini, Kabupaten Bone melalui Peraturan Daerah Kabupaten Bone Nomor 4 Tahun 2009 tentang Retribusi Pelayanan Kesehatan pada Rumah Sakit Umum Daerah, Kabupaten Bone hanya mengatur bahwa Jaminan pelayanan bagi masyarakat miskin dengan fasilitas Pelayanan Kesehatan Kelas

III. Pada Kelas III terdapat 6 tempat tidur untuk 6 orang penderita, dengan fasilitas Kipas Angin, kamar mandi /WC untuk dipakai bersama, Bed Side table dan menu makanan standar Rumah Sakit Pemerintah. Sedangkan untuk mekanisme penerbitan kartu tanda peserta, penyerahan kartu, pendaftaran di RS, kejelasan paket jaminan yang ditanggung, biaya tambahan harus dibayar sendiri, sampai obat-obatan yang dijamin dan tidak dijamin mengacu pada Pedoman Pelaksanaan Jaminan Kesehatan Masyarakat (*Jamkesmas*) Kementerian Kesehatan (PERDA Kabupaten Bone No. 4 Tahun 2009).

Secara umum, dari berbagai permasalahan dalam pelaksanaan Jamkesmas di Kabupaten Bone tersebut, masalah utama yang menonjol adalah kepesertaan, akses, mekanisme pelayanan, sosialisasi dan pembinaan, pendanaan/pungutan biaya, pemanfaatan fasilitas, dan mutu pelayanan. Dalam hal kepesertaan, dari jumlah penduduk 688.080 jiwa yang tersebar pada 27 kecamatan dan 369 desa/ kelurahan, hanya 119.963 jiwa (atau 17,4%) atau 146.354 KK (atau 21.3%) yang terdaftar sebagai peserta Jamkesmas (Sumber : database Pengelola Jamkesmas Kabupaten Bone, 2011).

Dilihat dari komposisi jumlah penduduk miskin di Kabupaten Bone yang berjumlah 75.367 KK, namun hanya 29.988 KK (atau 43,5%) yang terdaftar sebagai peserta Jamkesmas (Sumber : database Pengelola Jamkesmas Kabupaten Bone, 2011). Hal ini berarti bahwa, masih terdapat 45.379 KK (atau 56,5%) yang belum terdaftar sebagai peserta Jamkesmas. Kenyataan tersebut menunjukkan bahwa, secara kuantitas (pendaftaran – pendataan), pelaksanaan Jamkesmas belum optimal memberikan akses kepada sejumlah KK penduduk miskin yang tersebar pada 27 kecamatan dan wilayah 396 puskesmas.

Terkait dengan akses, permasalahan yang timbul seperti pelayanan antrian dan lambat, pasien pemegang kartu Jamkesmas masih terkadang dibiarkan lama menunggu dan sering kecewa/ kurang puas, ada pasien pemegang kartu Jamkesmas tidak selalu dilayani, kadang ditolak tanpa alasan yang jelas, ada pasien pemegang kartu Jamkesmas masih sering dibebani pungutan biaya administrasi dan biaya obat, termasuk ada petugas kesehatan kurang menunjukkan empati dan kurang responsif, serta motivasi pelayanan masih kurang (hasil penelitian Agustus – September 2012).

Terkait dengan mekanisme pelayanan Jamkesmas di Kabupaten Bone baik pada pelayanan kesehatan dasar maupun pelayanan kesehatan lanjutan tersebut, belum maksimal diimplementasikan. Selain itu, Pedoman Pelaksanaan Jamkesmas Tahun 2010 masih memiliki beberapa kelemahan dalam pengaturannya yang cenderung mempengaruhi implementasi kebijakan jaminan kesehatan masyarakat (Jamkesmas). Kelemahan Pedoman Pelaksanaan Jamkesmas Tahun 2010 tersebut antara lain : belum mencantumkan secara jelas syarat-syarat bagi kelompok target untuk menjadi peserta Jamkesmas, kecuali hanya pemberitahuan dari *person to person* mengenai syarat memperoleh kartu Jamkesmas. Pada kartu Jamkesmas, tidak ada penjelasan mengenai tata cara penggunaan maupun sanksi atas penyalahgunaan kartu Jamkesmas tersebut ((hasil penelitian Agustus – September 2012).

Pada mekanisme yang ditetapkan, belum ada poin tentang pengawasan dan peran kelembagaan untuk melakukan pengawasan dalam memonitoring ataupun mengendalikan perilaku baik peserta Jamkesmas terlebih PPK seperti puskesmas dan rumah sakit. Pada mekanisme yang ditetapkan, belum ada poin

yang mengatur tentang pemberian akses bagi masyarakat untuk memperoleh hak-haknya maupun untuk mengadukan masalahnya bilamana mendapat pelayanan yang kurang sesuai dari pihak PPK khususnya puskesmas dan rumah sakit. (hasil penelitian Agustus – September 2012).

Peran Pusat Pelayanan Administrasi Terpadu Rumah Sakit (PPATRS) terutama pelaksanaan rujukan dari pelayanan kesehatan dasar kepada pelayanan kesehatan lanjutan belum maksimal sebab masih ada pasien peserta Jamkesmas tidak terakomodir kebutuhan pelayanan kesehatannya atau ditolak baik karena alasan administrasi maupun karena alasan yang kurang/ tidak jelas.

Terkait dengan aspek pembiayaan atau pendanaan dalam pelaksanaan Jamkesmas, fenomena permasalahan yang timbul seperti penurunan dan penambahan persentase jumlah penerimaan dan realisasi dana Jamkesmas yang kurang jelas dasar penetapannya serta masih menimbulkan kesenjangan diantara puskesmas. Penyaluran, penurunan dan penambahan jumlah penerimaan dan realisasi dana Jamkesmas masih minim kontribusi pemanfaatan dana Jamkesmas terhadap hak-hak (baik individu, keluarga maupun kelompok) warga masyarakat. (hasil penelitian Agustus – September 2012).

Penerimaan dan realisasi dana Jamkesmas pada 36 puskesmas di Kabupaten Bone belum optimal, baik dalam hal pemanfaatan maupun dalam hal pemberian kontribusi per pasien per pelayanan ataupun nilai kontribusi bagi pendapatan puskesmas. Rendahnya nilai nominal kontribusi atas penerimaan dan realisasi dana Jamkesmas mengindikasikan bahwa pelayanan kesehatan dasar di puskesmas-puskesmas kepada sejumlah pasien masih terbatas pada pemeriksaan kesehatan, belum sepenuhnya menyentuh aspek kebutuhan

pengobatan penyakit pasien peserta Jamkesmas. (hasil penelitian Agustus – September 2012).

Permasalahan demikian juga terjadi dalam pelaksanaan Jamkesmas di Rumah Sakit, yakni variasi atau perbedaan jumlah klaim dan realisasi dana Jamkesmas Tahun 2010, 2011 dan 2012 atas pelayanan kesehatan lanjutan, berimplikasi pada perbedaan jumlah atau nilai kontribusi dari 2.385 jiwa pasien peserta Jamkesmas.

Pelayanan kesehatan lanjutan (RITL dan RJTL) yang dilakukan oleh RSUD Tenriwaru Kabupaten Bone sebagai PPK lanjutan terhadap 2.385 jiwa pasien peserta Jamkesmas yang mendapat rujukan dari puskesmas-puskesmas, secara nyata menghasilkan suatu klaim dan penerimaan - realisasi dana Jamkesmas selama Tahun 2010, 2011 dan 2012, namun klaim tersebut masih dicirikan oleh peningkatan yang bervariasi. Selain itu, kontribusi per pasien per pelayanan terhadap klaim dan realisasi dana Jamkesmas juga belum optimal dalam meningkatkan pendapatan rumah sakit. (hasil penelitian Agustus – September 2012).

Jelaslah bahwa, aspek pendanaan masih cenderung terjadi kelambatan penyaluran dana yang menghambat pihak puskesmas maupun rumah sakit memberikan pelayanan serta masih adanya kekurangsesuaian antara klaim INA-DRG dengan realitas pelayanan yang diberikan. Pemanfaatan fasilitas juga belum maksimal dalam pelayanan Jamkesmas serta masih rendahnya mutu pelayanan atau masih terjadi kesenjangan antara pelayanan yang diharapkan dengan pelayanan yang diterima. (hasil penelitian Agustus – September 2012).

Terkait dengan mutu pelayanan, belum sepenuhnya didasarkan pada upaya memenuhi kepuasan peserta Jamkesmas, aspek keterjangkauan dan pertimbangan biaya serta proporsionalitas masih menimbulkan konflik kepentingan dan kesenjangan. Mekanisme pelayanan masih terkesan overbirokratis yang terkadang menghambat peserta Jamkesmas. Sosialisasi dan pembinaan masih relatif kurang yang menyebabkan masih banyak warga miskin belum memperoleh informasi yang transparan yang menjadi hak-haknya.

Berpangkal tolak dari uraian tersebut, mengindikasikan bahwa, kebijakan Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas) di Kabupaten Bone masih menimbulkan berbagai permasalahan baik dalam hal isi kebijakannya maupun pelaksanaannya. Kebijakan Jamkesmas masih mengandung sejumlah kelemahan, diantaranya database yang *overlapping* baik di tingkat puskesmas maupun rumah sakit serta Dinas Kesehatan. Demikian halnya kebijakan pendataan (Kepesertaan) cenderung masih terjadi konflik kepentingan antara pemerintah setempat (tingkat desa, kelurahan dan kecamatan), pengelola puskesmas, pengelola rumah sakit maupun instansi terkait (Dinas kesehatan).

Pentingnya analisis kebijakan Jamkesmas dalam mengatasi berbagai permasalahan terutama dalam hal kepesertaan, akses pelayanan, mekanisme pelayanan, pembiayaan atau pendanaan, serta mutu pelayanan. Hal tersebut semakin urgen dalam rangka mengatasi masalah kesenjangan dalam pelayanan kesehatan melalui implementasi kebijakan Jamkesmas.

## **B. Rumusan Masalah**

Berdasarkan uraian latar belakang, dapat dirumuskan permasalahan pokok dalam penelitian ini yaitu:

1. Bagaimana kepesertaan dalam kebijakan jaminan kesehatan masyarakat (Jamkesmas) di Kabupaten Bone ?
2. Bagaimana akses dalam kebijakan jaminan kesehatan masyarakat (Jamkesmas) di Kabupaten Bone ?
3. Bagaimana mekanisme pelayanan dalam kebijakan jaminan kesehatan masyarakat (Jamkesmas) di Kabupaten Bone ?
4. Bagaimana pendanaan dalam kebijakan jaminan kesehatan masyarakat (Jamkesmas) di Kabupaten Bone ?.

### **C. Tujuan Penelitian**

Berdasarkan rumusan permasalahan pokok tersebut, maka tujuan penelitian ini adalah :

1. Untuk menjelaskan kepesertaan dalam kebijakan jaminan kesehatan masyarakat (Jamkesmas) di Kabupaten Bone.
2. Untuk menjelaskan akses dalam kebijakan jaminan kesehatan masyarakat (Jamkesmas) di Kabupaten Bone.
3. Untuk menjelaskan mekanisme pelayanan dalam kebijakan jaminan kesehatan masyarakat (Jamkesmas) di Kabupaten Bone.
4. Untuk menjelaskan pendanaan dalam kebijakan jaminan kesehatan masyarakat (Jamkesmas) di Kabupaten Bone.

### **D. Kegunaan Penelitian**

Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan kegunaan atau manfaat baik secara teoritis maupun praktis :

1. Secara teoritis/akademis, hasil penelitian ini diharapkan dapat memperkaya khasanah kepustakaan ilmu pengetahuan, khususnya mengenai implementasi program Jamkesmas, serta dapat menjadi bahan masukan bagi mereka yang berminat menindaklanjuti hasil penelitian ini dengan mengambil kancan penelitian yang berbeda dan dengan informan penelitian yang lebih banyak.
2. Secara praktis, hasil penelitian ini diharapkan akan dapat dijadikan sebagai kontribusi atau masukan bagi pemerintah Kabupaten Bone dan secara khusus kepada Dinas Kesehatan Kabupaten Bone dalam upaya pemecahan permasalahan yang terkait dengan implementasi program Jamkesmas di Kabupaten Bone.

## BAB II

### TINJAUAN PUSTAKA

#### A. Konsep Analisis Kebijakan Publik

Pada dasarnya banyak sekali pengertian tentang kebijakan, hal ini tergantung dari kebutuhan para ahli memandangnya. Kebijakan pada hakikatnya dibuat untuk menjawab kebutuhan-kebutuhan pemerintahan yang semakin kompleks. Dengan melewati proses usulan, perumusan, dan legitimasi sebuah kebijakan pada akhirnya dapat dihasilkan, untuk selanjutnya diputuskan dan dapat dilaksanakan atau tidak dilaksanakan.

Carl J. Friedrich (dalam Lubis, 2007: 7) mendefinisikan “kebijakan sebagai serangkaian konsep tindakan yang diusulkan oleh seorang atau sekelompok orang atau pemerintah dalam satu lingkungan tertentu dengan mengajukan hambatan-hambatan dan peluang terhadap pelaksanaan usulan tersebut dalam rangka mencapai tujuan tertentu”. Dijelaskan lebih lanjut bahwa terdapat tiga hal pokok dalam suatu kebijakan, yaitu: a) tujuan (*goal*), b) sasaran (*objectives*), dan c) kehendak (*purpose*). Sedangkan Laswell dan Kaplan (Lubis, 2007: 9) melihat kebijakan sebagai “sarana” untuk mencapai “tujuan”. Kebijakan tertuang di dalam program yang diarahkan kepada pencapaian tujuan, nilai dan praktek (*a projected program of goals, values and practices*).

Menurut Robert Eyestone (dalam Winarno: 2002: 12), kebijakan publik didefinisikan sebagai hubungan suatu unit pemerintah dengan lingkungannya. Sedangkan secara konseptual kebijakan publik dapat dilihat dari kamus administrasi publik Chandler dan Plano (1998: 107) yang dikutip Harbani

Pasolong dalam *teori Administrasi Publik* (2008: 38), mengatakan bahwa kebijakan publik adalah pemanfaatan yang strategis terhadap sumber-sumber daya yang ada untuk memecahkan masalah publik atau pemerintah. Selanjutnya Chandler dan Plano beranggapan bahwa kebijakan publik merupakan suatu bentuk investasi yang kontinyu oleh pemerintah demi kepentingan orang-orang yang tidak berdaya dalam masyarakat agar mereka dapat hidup.

Menurut Thomas R. Dye (dalam Winarno, 2002: 15), kebijakan publik adalah apapun yang dipilih oleh pemerintah untuk dilakukan dan tidak dilakukan. Budiardjo (1992: 12) mendefinisikan kebijaksanaan adalah suatu kumpulan keputusan yang diambil oleh seorang pelaku dan atau oleh kelompok politik dalam usaha memilih tujuan-tujuan dan cara-cara untuk mencapai tujuan-tujuan ini.

Graycar (dalam Keban, 2008: 59), melihat kebijakan sebagai konsep filosofis, sebagai suatu produk, sebagai suatu proses dan sebagai suatu kerangka kerja. Berikut penjelasan masing-masing konsep tersebut.

1. Kebijakan sebagai konsep filosofis, bahwa kebijakan merupakan serangkaian prinsip, atau kondisi yang diinginkan.
2. Kebijakan sebagai suatu produk, bahwa kebijakan dipandang sebagai serangkaian kesimpulan dan rekomendasi.
3. Kebijakan sebagai suatu proses, bahwa kebijakan dipandang sebagai suatu cara dimana melalui cara tersebut suatu organisasi dapat mengetahui apa yang diharapkan darinya yaitu program dan mekanisme dalam mencapai produknya.
4. Kebijakan sebagai kerangka kerja, bahwa kebijakan merupakan suatu proses tawar menawar dan negosiasi untuk merumuskan isu-isu implementasi dan metode implementasinya.

Menurut Richard Rose yang dikutip oleh W. Dunn (dalam Keban, 2008: 60) menyatakan bahwa kebijakan publik merupakan serangkaian pilihan yang kurang lebih berhubungan (termasuk keputusan untuk tidak berbuat) yang dibuat

oleh badan atau kantor pemerintah, di formulasikan dalam bidang-bidang isu (*issue areas*) yaitu arah tindakan aktual atau potensial dari pemerintah yang didalamnya terkandung konflik diantara kelompok masyarakat. Konsep ini melihat kebijakan publik sebagai serangkaian pilihan tindakan pemerintah (termasuk pilihan untuk tidak bertindak) guna menjawab tantangan yang menyangkut kehidupan masyarakat.

Menurut Isworo (1996: 229), proses kebijakan publik terdiri dari langkah-langkah sebagai berikut :

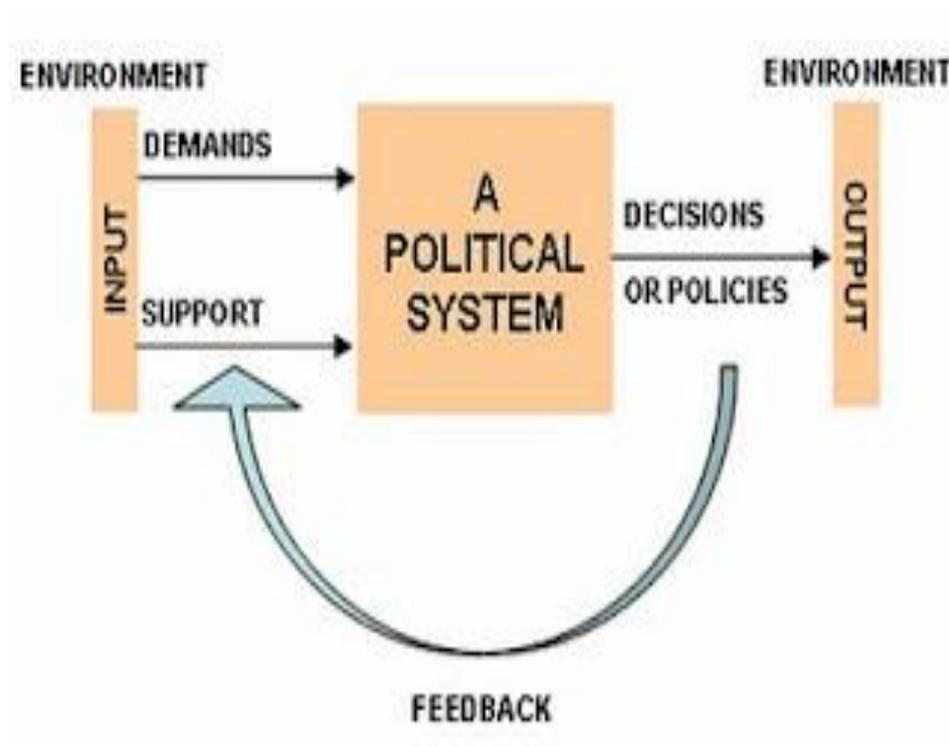
1. Identifikasi masalah yang akan mengarah pada permintaan untuk mengatasi masalah tersebut.
2. Formulasi kebijakan berupa langkah yang dilakukan setelah pemilihan alternatif.
3. Legitimasi dari kebijakan
4. Implementasi
5. Evaluasi melalui berbagai sumber untuk melihat sejauh mana usaha pencapaian tujuan.

Riant Nugroho (2006: 23) memaparkan tentang rumusan kebijakan publik sebagai berikut:

1. Kebijakan publik adalah kebijakan yang dibuat oleh administrator negara, atau administrator publik, hal ini disebabkan karena kebijakan publik berkenaan dengan hubungan antar warga maupun antara warga dengan pemerintah.
2. Kebijakan publik adalah kebijakan yang mengatur kehidupan bersama atau kehidupan publik, bukan kehidupan orang seorang atau golongan. Kebijakan publik mengatur semua yang ada di domain lembaga administratif publik.
3. Dikatakan sebagai kebijakan publik jika manfaat yang diperoleh masyarakat yang bukan pengguna langsung dari produk yang dihasilkan jauh lebih banyak atau lebih besar dari pengguna langsungnya. Konsep ini disebut konsep eksternalitas.

Dimensi paling inti dari kebijakan publik adalah proses kebijakan. Di sini kebijakan publik dilihat sebagai sebuah proses kegiatan atau sebagai satu kesatuan sistem yang bergerak dari satu bagian ke bagian lain secara

sinambung, saling menentukan dan saling membentuk. Model proses kebijakan yang paling klasik dikembangkan oleh David Easton (1984). Easton mengemukakan bahwa “Kebijakan merupakan hasil atau *output* dari sistem (politik). Seperti dipelajari dalam ilmu politik, sistem politik terdiri atas *input*, *throughput* dan *output*, seperti digambarkan sebagai berikut:



Gambar 1. Model proses kebijakan David Easton

Dari gambar tersebut dapat dipahami bahwa proses formulasi kebijakan publik berada dalam sistem politik dengan mengandalkan pada masukan (*input*) yang terdiri atas dua hal, yaitu tuntutan dan dukungan. Model Easton inilah yang dikembangkan oleh para akademis di bidang kebijakan publik, seperti: Anderson, Dunn, Patton dan Savicky, dan Effendy. Berikut adalah gambar yang menunjukkan proses kebijakan publik yang dikemukakan William N. Dunn (2003:24-25)

Tabel 1 Proses Kebijakan Publik

<b>Fase</b>	<b>Karakteristik</b>	<b>Ilustrasi</b>
Penyusunan Agenda	Para pejabat yang dipilih dan diangkat menempatkan masalah pada agenda publik. Banyak masalah tidak disentuh sama sekali, sementara lainnya ditunda untuk waktu lama.	Legislator negara dan co-sponsornya menyiapkan rancangan undang-undang mengirimkan ke Komisi Kesehatan dan Kesejahteraan untuk dipelajari dan disetujui. Atau rancangan berhenti di komite dan tidak terpilih
Formulasi Kebijakan	Para pejabat merumuskan alternatif kebijakan untuk mengatasi masalah. Alternatif kebijakan melihat perlunya membuat perintah eksekutif, keputusan peradilan dan tindakan legislatif.	Peradilan Negara Bagian mempertimbangkan pelarangan penggunaan tes kemampuan standar seperti SAT dengan alasan bahwa tes tersebut cenderung bias terhadap perempuan dan minoritas.
Adopsi Kebijakan	Alternatif kebijakan yang diadopsi dengan dukungan dari mayoritas legislatif, konsensus di antara direktur lembaga atau keputusan peradilan.	Dalam keputusan Mahkamah Agung pada kasus Roe. V. Wade tercapai keputusan mayoritas bahwa wanita mempunyai hak untuk mengakhiri kehamilan melalui aborsi.
Implementasi Kebijakan	Kebijakan yang telah diambil dilaksanakan oleh unit-unit administrasi yang memobilisasikan sumberdaya finansial dan manusia.	Bagian Keuangan Kota mengangkat pegawai untuk mendukung peraturan baru tentang penarikan pajak kepada rumah sakit yang tidak lagi memiliki

		status pengecualian pajak.
Penilaian Kebijakan	Unit-unit pemeriksaan dan akuntansi dalam pemeritnahan menentukan apakah badan-badan eksekutif, legislatif dan peradilan undang-undang dalam pembuatan kebijakan dan pencapaian tujuan.	Kantor akuntansi publik memantau ptogram-program kesejahteraan sosial seperti bantuan untuk keluarga dengan anak tanggungan (AFDC) untuk menentukan luasnya penyimpangan/korupsi.

Sumber : William N. Dunn (2003:24-25)

William N. Dunn (2003:409) mengemukakan bahwa ada 5 (lima) proses yang perlu dilakukan analisis dalam pembuatan kebijakan, yaitu :

#### 1. Penyusunan Agenda (*Agenda Setting*)

Untuk memperoleh informasi mengenai sifat masalah dan pemecahannya pada tahap ini, digunakan metode analisis *problem structuring* yang dapat menemukan masalah kebijakan (*policy problems*). Dimana terdapat 4 (empat) fase yang mendasarinya, yaitu : pencarian masalah (*problem search*), pendefinisian masalah (*problem definition*), spesifikasi masalah (*problem sfecification*), dan pengenalan masalah (*problem sensing*).

#### 2. Formulasi Kebijakan (*policy formulation*)

Dalam tahapan ini lebih menekankan di dalam pembahasan tentang alternatif-alternatif apa saja yang dapat dikembangkan dan berkaitan dengan masalah siapa saja yang terlibat dalam perumusan kebijakan. Untuk itu diperlukan suatu metode *forecasting*, sehingga akan dihasilkan masa depan kebijakan (*policy futures*) berikut konsekuensi masing-masing pilihan kebijakan tersebut.

#### 3. Adopsi Kebijakan (*policy adoption*)

Merupakan proses seleksi alternatif kebijakan setelah alternatif-alternatif kebijakan tersebut diidentifikasi. Untuk menseleksi atau memilih diantara alternatif kebijakan yang ada, diperlukan suatu

metode dan kriteria. Dalam bentuknya yang paling sederhana proses penalaran untuk memilih alternatif kebijakan meliputi 3 (tiga) komponen sebagai berikut : (1) Definisi masalah mengharuskan tindakan; (2) Perbandingan konsekuensi 2 (dua) atau lebih alternatif untuk menyelesaikan masalah; (3) Rekomendasi alternatif yang akan dapat membuahkan hasil yang diinginkan, merupakan alternatif yang paling memuaskan dan efektif untuk dilaksanakan. Dalam prakteknya seringkali *policy maker* terjebak pada suatu kriteria yang tidak jelas dan bias sifatnya.

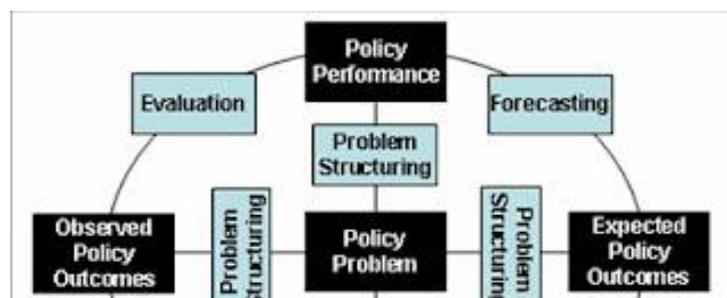
#### 4. Pelaksanaan kebijakan (*policy implementation*)

Proses ini merupakan pelaksanaan dan pengarahan tindakan kebijakan dalam jangka waktu tertentu, yang melibatkan aktor-aktor pelaksana, bagaimana dampak dan impact yang muncul akibat isi kebijakan (Dunn, 2003). Analisis yang digunakan adalah monitoring yang akan menghasilkan *policy outcomes* (hasil kebijakan).

#### 5. Penilaian Kebijakan (*policy assessment*)

Proses ini merupakan penilaian hasil kebijakan mengenai dampak dan keefektifan kebijakan. Untuk menilainya digunakan analisis evaluasi yang akhirnya dihasilkan *policy performance* (kinerja kebijakan).

William N. Dunn (2003:149) menggambarkan penggunaan komponen-komponen prosedur metodologi dalam melaksanakan analisis suatu kebijakan dalam suatu sistem. Komponen-komponen yang dimaksud dalam prosedur metodologi analisis kebijakan tersebut adalah perumusan masalah, peramalan, rekomendasi, pemantauan dan evaluasi. Melakukan analisis kebijakan berarti menggunakan kelima prosedur metodologi tersebut dalam proses kajiannya.



Gambar 2  
Prosedur Analisis Kebijakan (William N. Dunn, 2003:149)

Dalam kaitan itu, Ripley (Subarsono, 2005:10-11) mengemukakan empat tahapan kebijakan publik dapat diuraikan sebagai berikut:

1. Tahap Penyusunan Agenda Kebijakan

Dalam tahap ini ada 3 kegiatan yang perlu dilaksanakan:

- a. Membangun persepsi di kalangan *stakeholders* bahwa sebuah fenomena benar-benar dianggap sebagai masalah. Hal ini penting karena bisa jadi suatu gejala yang oleh sekelompok masyarakat tertentu dianggap sebagai masalah, tetapi oleh kelompok masyarakat yang lainnya atau bahkan oleh para elite politik bukan dianggap sebagai suatu masalah.
- b. Membuat batasan masalah. Tidak semua masalah harus masuk dalam penyusunan agenda kebijakan dan memiliki tingkat urgensi yang tinggi, sehingga perlu dilakukan pembatasan terhadap masalah-masalah tersebut.
- c. Memobilisasi dukungan agar masalah tersebut dapat masuk dalam agenda pemerintah. Memobilisasi dukungan ini dapat dilakukan dengan cara mengorganisasi kelompok-kelompok yang ada dalam masyarakat, dan kekuatan-kekuatan politik, publikasi melalui media massa dan sebagainya.

2. Tahap Formulasi dan Legitimasi Kebijakan

Pada tahap ini analisis kebijakan perlu mengumpulkan dan menganalisis informasi yang berhubungan dengan masalah yang bersangkutan, kemudian berusaha mengembangkan alternatif-alternatif kebijakan, membangun dukungan dan melakukan negosiasi, sehingga sampai pada sebuah kebijakan yang dipilih.

### 3. Tahap Implementasi Kebijakan

Pada tahap ini perlu memperoleh dukungan sumberdaya, dan penyusunan organisasi pelaksana kebijakan. Dalam proses implementasi sering ada mekanisme insentif dan sanksi agar implementasi kebijakan tersebut berjalan dengan baik.

### 4. Tahap Evaluasi terhadap Implementasi, Kinerja dan Dampak Kebijakan

Tindakan (implementasi) kebijakan akan dihasilkan kinerja dan dampak kebijakan, yang memerlukan proses berikutnya yakni evaluasi. Hasil evaluasi tersebut berguna bagi penentuan kebijakan baru di masa yang akan datang, agar kebijakan yang akan datang lebih baik dan berhasil.

Michael Howlet dan M. Ramesh sebagaimana yang dikutip Subarsono (2005:13-14) menyatakan bahwa proses kebijakan publik terdiri dari lima tahapan sebagai berikut:

- a. Penyusunan agenda (*agenda setting*), yakni suatu proses agar suatu masalah bisa mendapat perhatian dari pemerintah.
- b. Formulasi kebijakan (*policy formulation*), yakni proses perumusan pilihan-pilihan kebijakan oleh pemerintah.
- c. Pembuatan kebijakan (*decision making*), yakni proses ketika pemerintah memilih untuk melakukan suatu tindakan atau tidak melakukan suatu tindakan.
- d. Implementasi kebijakan (*policy implementation*), yaitu proses untuk melaksanakan kebijakan supaya mencapai hasil.

- e. Evaluasi kebijakan (*policy evaluation*), yakni proses untuk memonitor dan menilai hasil atau kinerja kebijakan.

Khusus mengenai analisis kebijakan publik, Dunn (2000:115), mengemukakan bahwa analisis kebijakan adalah suatu disiplin ilmu sosial terapan yang menggunakan berbagai macam metode penelitian dan argumen untuk menghasilkan dan memindahkan informasi yang relevan dengan kebijakan, sehingga dapat dimanfaatkan di tingkat politik dalam rangka memecahkan masalah-masalah kebijakan.

Analisis kebijakan publik bertujuan memberikan rekomendasi untuk membantu para pembuat kebijakan dalam upaya memecahkan masalah-masalah publik. Di dalam analisis kebijakan publik terdapat informasi-informasi berkaitan dengan masalah-masalah publik serta argumen-argumen tentang berbagai alternatif kebijakan, sebagai bahan pertimbangan atau masukan kepada pihak pembuat kebijakan.

Analisis kebijakan publik berdasarkan kajian kebijakannya dapat dibedakan antara analisis kebijakan sebelum adanya kebijakan publik tertentu dan sesudah adanya kebijakan publik tertentu. Analisis kebijakan sebelum adanya kebijakan publik berpijak pada permasalahan publik semata sehingga hasilnya benar-benar sebuah rekomendasi kebijakan publik yang baru. Keduanya baik analisis kebijakan sebelum maupun sesudah adanya kebijakan mempunyai tujuan yang sama yakni memberikan rekomendasi kebijakan kepada penentu kebijakan agar didapat kebijakan yang lebih berkualitas.

Dunn (2000:117) membedakan tiga bentuk utama analisis kebijakan publik, yaitu:

1. Analisis kebijakan prospektif

Analisis Kebijakan Prospektif yang berupa produksi dan transformasi informasi sebelum aksi kebijakan dimulai dan diimplementasikan. Analisis kebijakan disini merupakan suatu alat untuk mensintesis informasi untuk dipakai dalam merumuskan alternatif dan preferensi kebijakan yang dinyatakan secara komparatif, diramalkan dalam bahasa kuantitatif dan kualitatif sebagai landasan atau penuntun dalam pengambilan keputusan kebijakan.

## 2. Analisis kebijakan retrospektif

Analisis Kebijakan Retrospektif adalah sebagai penciptaan dan transformasi informasi sesudah aksi kebijakan dilakukan. Terdapat 3 tipe analisis berdasarkan kegiatan yang dikembangkan oleh kelompok analisis ini yakni analisis yang berorientasi pada disiplin, analisis yang berorientasi pada masalah dan analisis yang berorientasi pada aplikasi. Tentu saja ketiga tipe analisis retrospektif ini terdapat kelebihan dan kelemahan.

## 3. Analisis kebijakan yang terintegrasi

Analisis Kebijakan yang terintegrasi merupakan bentuk analisis yang mengkombinasikan gaya operasi para praktisi yang menaruh perhatian pada penciptaan dan transformasi informasi sebelum dan sesudah tindakan kebijakan diambil. Analisis kebijakan yang terintegrasi tidak hanya mengharuskan para analisis untuk mengkaitkan tahap penyelidikan retrospektif dan prospektif, tetapi juga menuntut

para analis untuk terus menerus menghasilkan dan mentransformasikan informasi setiap saat.

Dalam analisis kebijakan publik paling tidak meliputi tujuh langkah dasar. Ketujuh langkah menurut Liestyodono (2008), sebagai berikut:

### 1. Formulasi Masalah Kebijakan

Untuk dapat mengkaji sesuatu masalah publik diperlukan teori, informasi dan metodologi yang relevan dengan permasalahan yang dihadapi sehingga identifikasi masalah akan tepat dan akurat, selanjutnya dikembangkan menjadi *policy question* yang diangkat dari *policy issues* tertentu.

Teori dan metode yang diperlukan dalam tahapan ini adalah metode penelitian termasuk *evaluation research*, metode kuantitatif, dan teori-teori yang relevan dengan substansi persoalan yang dihadapi, serta informasi mengenai permasalahan yang sedang dilakukan studi.

### 2. Formulasi Tujuan

Suatu kebijakan selalu mempunyai tujuan untuk memecahkan masalah publik. Analisis kebijakan harus dapat merumuskan tujuan-tujuan tersebut secara jelas, realistis dan terukur. Jelas, maksudnya mudah dipahami, realistis maksudnya sesuai dengan nilai-nilai filsafat dan terukur maksudnya sejauh mungkin bisa diperhitungkan secara nyata, atau dapat diuraikan menurut ukuran atau satuan-satuan tertentu.

### 3. Penentuan Kriteria.

Analisis memerlukan kriteria yang jelas dan konsisten untuk menilai alternatif-alternatif. Hal-hal yang sifatnya pragmatis memang diperlukan

seperti ekonomi (efisiensi, dsb) politik (konsensus antar stakeholders, dsb), administratif (kemungkinan efektivitas, dsb) namun tidak kalah penting juga hal-hal yang menyangkut nilai-nilai abstrak yang fundamental seperti etika dan falsafah (*equity, equality*, dsb)

#### 4. Penyusunan Model

Model adalah abstraksi dari dunia nyata, dapat pula didefinisikan sebagai gambaran sederhana dari realitas permasalahan yang kompleks sifatnya. Model dapat dituangkan dalam berbagai bentuk yang dapat digolongkan sebagai berikut: Skematik model (contoh: flow chart), fisikal model (contoh: miniatur), game model (contoh: latihan pemadam kebakaran), simbolik model (contoh: rumus matematik). Manfaat model dalam analisis kebijakan publik adalah mempermudah deskripsi persoalan secara struktural, membantu dalam melakukan prediksi akibat-akibat yang timbul dari ada atau tidaknya perubahan-perubahan dalam faktor penyebab.

#### 5. Pengembangan Alternatif

Alternatif adalah sejumlah alat atau cara-cara yang dapat dipergunakan untuk mencapai, langsung ataupun tak langsung sejumlah tujuan yang telah ditentukan. Alternatif-alternatif kebijakan dapat muncul dalam pikiran seseorang karena beberapa hal: (1) Berdasarkan pengamatan terhadap kebijakan yang telah ada. (2) Dengan melakukan semacam analogi dari suatu kebijakan dalam sesuatu bidang dan dicoba menerapkannya dalam bidang yang tengah dikaji, (3) merupakan hasil pengkajian dari persoalan tertentu.

#### 6. Penilaian Alternatif

Alternatif-alternatif yang ada perlu dinilai berdasarkan kriteria sebagaimana yang dimaksud pada langkah ketiga. Tujuan penilaian adalah mendapatkan gambaran lebih jauh mengenai tingkat efektivitas dan visibilitas tiap alternatif dalam pencapaian tujuan, sehingga diperoleh kesimpulan mengenai alternatif mana yang paling layak, efektif dan efisien. Perlu juga menjadi perhatian bahwa, mungkin suatu alternatif secara ekonomis menguntungkan, secara administrasi bisa dilaksanakan tetapi bertentangan dengan nilai-nilai sosial atau bahkan mempunyai dampak negatif kepada lingkungan. Maka untuk gejala seperti ini perlu penilaian etika dan falsafah atau pertimbangan lainnya yang mungkin diperlukan untuk bisa menilai secara lebih obyektif.

## 7. Rekomendasi kebijakan

Penilaian atas alternatif-alternatif akan memberikan gambaran tentang sebuah pilihan alternatif yang tepat untuk mencapai tujuan-kebijakan publik. Tugas analisis kebijakan publik pada langkah terakhir ini adalah merumuskan rekomendasi mengenai alternatif yang diperhitungkan dapat mencapai tujuan secara optimum. Rekomendasi dapat satu atau beberapa alternatif, dengan argumentasi yang lengkap dari berbagai faktor penilaian tersebut. Dalam rekomendasi ini sebaiknya dikemukakan strategi pelaksanaan dari alternatif kebijakan yang yang disodorkan kepada pembuat kebijakan publik.

Secara keseluruhan dari uraian tersebut dapat disimpulkan bahwa, analisis kebijakan Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas) di Kabupaten Bone merupakan suatu analisis (baik secara prospektif, retrospektif maupun

terintegratif) terhadap kebijakan Pemerintah memberlakukan Jamkesmas dalam rangka mengatasi atau memecahkan masalah-masalah yang timbul dalam implementasinya. Hasil analisis kebijakan tersebut bertujuan memberikan rekomendasi untuk membantu para pembuat kebijakan Jamkesmas dalam upaya memecahkan masalah-masalah pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin di Kabupaten Bone.

Analisis kebijakan Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas) di Kabupaten Bone mengandung informasi-informasi berkaitan dengan masalah-masalah kesehatan masyarakat serta argumen-argumen tentang berbagai alternatif kebijakan, sebagai bahan pertimbangan atau masukan kepada pihak pembuat kebijakan khususnya Pemerintah Daerah/ instansi terkait guna menghasilkan kebijakan yang lebih berkualitas.

## **B. Implementasi Kebijakan Publik**

Tanpa implementasi maka suatu kebijakan yang telah dirumuskan akan sia-sia belaka. Van Horn (Wahab, 1997) mengartikan implementasi sebagai tindakan-tindakan yang dilakukan oleh baik individu-individu/pejabat-pejabat atau kelompok-kelompok pemerintah atau swasta yang diarahkan pada pencapaian tujuan-tujuan yang telah digariskan dalam keputusan kebijakan.

Nakamura dan Smallwood (1990:17) mengemukakan bahwa implementasi adalah "(1) *a declaration government preferences*; (2) *mediated by a number of actors who*; dan (3) *create a circular proces characterized by reciprocaal power relations and negotiations.*" Sedangkan Gunn dan Hoogwood

(dalam Sunggono, 1994:2) mengemukakan bahwa “Implementasi merupakan sesuatu yang sangat esensial dari suatu teknik atau masalah manajerial.”

Dwidjowijoto (2006:119) mengartikan “Implementasi sebagai upaya melaksanakan keputusan kebijakan.” Hal ini sejalan dengan pandangan Salusu (2003:409) yang mengartikan “Implementasi sebagai operasionalisasi dari berbagai aktivitas guna mencapai suatu sasaran tertentu dan menyentuh seluruh jajaran manajemen mulai dari manajemen puncak sampai pada karyawan terbawah.”

Tangkilisan (2003:18) menjelaskan “Ada tiga kegiatan utama yang paling penting dalam implementasi kebijakan, yaitu: (1) penafsiran, (2) organisasi, (3) penerapan.” Sedangkan Abidin (2004:191) mengemukakan bahwa implementasi suatu kebijakan berkaitan dengan dua faktor utama, yaitu: (1) Faktor internal yang meliputi (a) kebijakan yang akan dilaksanakan, dan (b) faktor-faktor pendukung; (2) faktor eksternal yang, meliputi (a) kondisi lingkungan, dan (b) pihak-pihak terkait. Lebih lanjut Abidin menjelaskan bahwa implementasi pada umumnya cenderung mengarah pada pendekatan yang bersifat sentralistis atau dari atas ke bawah (apa yang dilaksanakan adalah apa yang telah diputuskan). Selain itu Abidin juga menjelaskan bahwa implementasi kebijakan dapat dilihat dari empat pendekatan, yaitu: (1) pendekatan struktural, (2) pendekatan prosedural, (3) pendekatan kejiwaan, dan (4) pendekatan politik.

Dwidjowijoto (2003:163) menjelaskan bahwa manajemen kegiatan implementasi kebijakan dapat disusun secara berurutan sebagai berikut:

Tabel 2 Manajemen kegiatan implementasi kebijakan

No.	Tahap	Isu Penting
1.	Implementasi Strategi (Pra Implementasi)	Menyesuaikan struktur dengan strategi
		Melembagakan strategi
		Mengoperasikan strategi
		Menggunakan prosedur untuk memdahkan implementasi
2.	Pengorganisasian	Desain organisasi dan struktur organisasi
		Pembagian pekerjaan dan desain pekerjaan
		Integrasi dan koordinasi
		Perekrutan dan penempatan sumber daya manusia
		Hak, wewenang, dan kewajiban
		Pendelegasian
		Pengembangan kapasitas organisasi dan kapasitas sumber daya manusia
		Budaya organisasi
3	Penggerakan dan Kepemimpinan	Efektivitas Kepemimpinan
		Motivasi
		Etika
		Mutu
		Kerja sama tim
		Komunikasi Organisasi
		Negosiasi
4.	Pengendalian	Desain pengendalian
		Sistem informasi manajemen
		Pengendalian anggaran/keuangan
		Audit

Sumber: Dwidjowijoto (2003:163)

Uraian di atas menunjukkan bahwa inti dari pada implementasi kebijakan adalah bagaimana kebijakan yang dibuat disesuaikan dengan sumber daya yang tersedia. Selain itu, yang penting juga diperhatikan adalah perlunya pedoman yang dapat mengarahkan ruang gerak dari pelaksana untuk memilih tindakan sendiri yang otonom di dalam batas wewenangnya apabila menghadapi situasi khusus.

Pedoman tersebut membantu pelaksana untuk menyesuaikan diri apabila ada hal-hal yang bersifat khusus yang ditemukan ketika melakukan implementasi keputusan. Hal ini menunjukkan bahwa implementasi kebijakan pada umumnya cenderung mengarah pada pendekatan sentralistis atau dari atas ke bawah.

Dwidjowijoto (2003:158) menjelaskan bahwa untuk mengimplementasikan kebijakan publik ada dua langkah yang dilakukan, yaitu: “(1) Langsung mengimplementasikan ke dalam bentuk program-program, (2) melalui formulasi kebijakan derivat atau turunan dari kebijakan publik tersebut.” Sehubungan dengan itu, maka ada dua hal penting yang harus diperhatikan berkenaan dengan implementasi kebijakan, yaitu: “(1) per-alatan kebijakan, (2) kewenangan yang tersedia untuk melakukan implementasi”.

Tidak semua kebijakan berhasil diimplementasikan secara sempurna, karena menyangkut kondisi riil yang sering berubah dan sukar diprediksikan (Abidin dalam Dwidjowijoto (2003:158). Hal ini sejalan dengan Salusu (2003:431) yang menyetir pandangan dari Alexander tentang masalah yang sering dijumpai dalam melaksanakan suatu strategi, yaitu:

(1) Jangka waktu pelaksanaan lebih lama dari yang direncanakan, koordinasi tidak berjalan secara efektif, pelaksana tidak memiliki keterampilan yang memadai, faktor eksternal kurang terkontrol dan sering dilupakan. (2) Kualitas kepemimpinan yang kurang memadai, sehingga pengarahan, instruksi kepada karyawan sering tidak tepat, pelatihan yang disyaratkan jarang dilakukan, monitoring atas pelaksanaan tugas eselon bawah sangat lemah.

Selain itu masalah lain yang sering muncul sehingga implementasi sering mengalami hambatan, yaitu dalam proses perumusan kebijakan biasanya terdapat asumsi, generalisasi dan simplifikasi, yang dalam implementasi tidak

mungkin dilakukan, akibatnya adalah adanya kesenjangan antara apa yang dirumuskan dengan apa yang dilaksanakan. Kesenjangan ini menurut Warnham (dalam Salusu, 2003:432) disebabkan: “(1) Tidak tersedia sumber daya pada saat dibutuhkan, (2) kurangnya informasi, (3) tujuan-tujuan dari unit-unit organisasi sering bertentangan sehingga membutuhkan waktu yang lama bagi manajemen untuk menyesuaikan.”

Secara keseluruhan dari uraian tersebut dapat disimpulkan bahwa, analisis kebijakan Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas) di Kabupaten Bone mencakup pula implementasi kebijakan sebab kebijakan tersebut telah dilaksanakan oleh Pemerintah Kabupaten Bone/ instansi terkait.

### **C. Model Implementasi Kebijakan Publik dan Kriteria Pengukuran**

Keberhasilan implementasi keputusan ditentukan oleh banyak faktor, dan masing-masing faktor tersebut saling berhubungan satu sama lain. Untuk memperkaya pemahaman tentang berbagai faktor yang terkait di dalam implementasi, maka pada bagian ini dielaborasi beberapa teori implementasi kebijakan dan dijadikan sebagai landasan pijak dalam penelitian ini.

#### **1. Model George C. Edwards III**

Menurut George C. Edwards III, implementasi kebijakan adalah tahap pembuatan kebijakan antara pembentukan kebijakan dan konsekuensi-konsekuensi kebijakan bagi masyarakat yang dipengaruhinya. Jika suatu kebijakan tidak tepat atau tidak dapat mengurangi masalah yang merupakan sasaran dari kebijakan, maka kebijakan itu mungkin akan mengalami kegagalan sekalipun kebijakan itu diimplementasikan dengan sangat baik. Sementara itu, suatu kebijakan yang cemerlang mungkin juga akan

mengalami kegagalan jika kebijakan tersebut kurang diimplementasikan dengan baik oleh pelaksana kebijakan (implementor).

Dalam pandangan Edwards III, implementasi kebijakan dipengaruhi oleh empat faktor yang saling berhubungan satu sama lain, yakni:

### **1. Komunikasi**

Persyaratan pertama bagi implementasi kebijakan yang efektif adalah bahwa mereka yang melaksanakan keputusan harus mengetahui apa yang harus mereka lakukan. Keputusan-keputusan kebijakan dan perintah-perintah harus diteruskan kepada personil yang tepat sebelum keputusan-keputusan dan perintah itu dapat diikuti. Tentu saja, komunikasi harus akurat dan harus dimengerti dengan cermat.

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

- a. Transmisi; sebelum pejabat dapat mengimplementasikan suatu keputusan, ia harus menyadari bahwa suatu keputusan telah dibuat dan suatu perintah untuk pelaksanaannya telah dikeluarkan. Hal ini tidak selalu merupakan proses yang langsung sebagaimana tampaknya. Banyak sekali ditemukan keputusan-keputusan tersebut diabaikan atau jika tidak demikian, seringkali terjadi kesalahpahaman terhadap keputusan-keputusan yang dikeluarkan.
- b. Kejelasan; jika kebijakan-kebijakan diimplementasikan sebagaimana yang diinginkan, maka petunjuk-petunjuk pelaksana tidak hanya harus diterima oleh para pelaksana kebijakan, tetapi juga komunikasi kebijakan tersebut harus jelas. Seringkali instruksi-instruksi yang diteruskan kepada pelaksana-pelaksana kabur dan tidak menetapkan kapan dan bagaimana suatu program dilaksanakan. Ketidakjelasan pesan komunikasi yang disampaikan berkenaan dengan implementasi kebijakan akan mendorong

terjadinya interpretasi yang salah bahkan mungkin bertentangan dengan makna pesan awal.

- c. Konsistensi; jika implementasi kebijakan ingin berlangsung efektif, maka perintah-perintah pelaksanaan harus konsisten dan jelas. Walaupun perintah-perintah yang disampaikan kepada para pelaksana kebijakan mempunyai unsur kejelasan, tetapi bila perintah tersebut bertentangan maka perintah tersebut tidak akan memudahkan para pelaksana kebijakan menjalankan tugasnya dengan baik.

## **2. Sumberdaya**

Walaupun isi kebijakan sudah dikomunikasikan secara konsisten, tetapi apabila implementor kekurangan sumberdaya untuk melaksanakan, implementasi tidak akan berjalan efektif. Sumber daya tersebut dapat berwujud sumberdaya manusia, yakni kompetensi implementor, dan sumberdaya finansial serta fasilitas-fasilitas. Sumberdaya adalah faktor penting untuk implementasi kebijakan agar efektif. Tanpa sumberdaya, kebijakan hanya tinggal di atas kertas dan menjadi dokumen saja. Sumber-sumber yang penting meliputi: staf yang memadai serta keahlian-keahlian yang baik untuk melaksanakan tugas-tugas mereka, informasi, wewenang dan fasilitas-fasilitas yang diperlukan untuk menterjemahkan usul-usul diatas kertas guna melaksanakan pelayanan-pelayanan publik.

### **a. Staf**

Barangkali sumber yang paling penting dalam melaksanakan kebijakan adalah staf. Salah satu hal penting yang harus diingat bahwa jumlah tidak selalu mempunyai efek positif bagi implementasi kebijakan. Hal ini berarti bahwa jumlah staf yang banyak tidak secara otomatis mendorong implementasi yang berhasil.

### **b. Informasi**

Informasi merupakan sumber penting yang kedua dalam implementasi kebijakan. Informasi mempunyai dua bentuk;

Pertama, informasi mengenai bagaimana melaksanakan suatu kebijakan. Pelaksana-pelaksana perlu mengetahui apa yang dilakukan dan bagaimana harus melakukannya. Dengan demikian para pelaksana diberi petunjuk untuk melaksanakan kebijakan. Kedua, data tentang ketaatan personil-personil lain terhadap peraturan-peraturan pemerintah. Pelaksana-pelaksana harus mengetahui apakah orang-orang lain yang terlibat dalam pelaksanaan kebijakan mentaati undang-undang atau tidak.

c. Wewenang

Wewenang ini akan berbeda-beda dari suatu program ke program lain serta mempunyai banyak bentuk yang berbeda seperti misalnya: hak untuk mengeluarkan surat panggilan untuk datang ke pengadilan; mengajukan masalah-masalah ke pengadilan; mengeluarkan perintah kepada para pejabat lain; menarik dana dari suatu program; menyediakan dana, staf dan bantuan teknis kepada pemerintah daerah; membeli barang-barang dan jasa.

d. Fasilitas-fasilitas

Fasilitas fisik mungkin pula merupakan sumber-sumber penting dalam implementasi. Seorang pelaksana mungkin mempunyai staf yang memadai, mungkin memahami apa yang harus dilakukan, dan mungkin mempunyai wewenang untuk melakukan tugasnya, tetapi tanpa bangunan sebagai kantor untuk melakukan koordinasi, tanpa perlengkapan, tanpa perbekalan, maka besar kemungkinan implementasi yang direncanakan tidak akan berhasil.

### **3. Disposisi**

Disposisi adalah watak dan karakteristik yang dimiliki implementor, seperti komitmen, kejujuran, sifat demokratis. Apabila implementor memiliki disposisi yang baik, maka dia dapat menjalankan kebijakan dengan baik seperti apa yang diinginkan oleh pembuat kebijakan. Ketika implementor memiliki sikap atau perspektif yang berbeda dengan pembuat kebijakan, maka proses implementasi kebijakan juga menjadi tidak efektif. (Subarsono, 2005:90).

#### 4. Struktur Birokrasi

Birokrasi merupakan salah satu badan yang paling sering bahkan secara keseluruhan menjadi pelaksana kebijakan. Birokrasi secara sadar atau tidak sadar memilih bentuk-bentuk organisasi untuk kesepakatan kolektif, dalam rangka memecahkan masalah-masalah sosial dalam kehidupan modern.

Struktur organisasi yang bertugas mengimplementasikan kebijakan memiliki pengaruh yang signifikan terhadap implementasi kebijakan. Struktur organisasi yang terlalu panjang akan cenderung melemahkan pengawasan dan menimbulkan *red-tape*, yakni prosedur birokrasi yang rumit dan kompleks. Ini pada gilirannya menyebabkan aktifitas organisasi tidak fleksibel.

Ada dua karakteristik utama dari birokrasi, yakni prosedur-prosedur kerja ukuran-ukuran dasar atau sering disebut sebagai *standard operating procedures* (SOP) dan fragmentasi.

##### a. Standars Operating Procedures (SOP)

Struktur organisasi-organisasi yang melaksanakan kebijakan mempunyai pengaruh penting pada implementasi. Salah satu dari aspek-aspek struktural paling dasar dari suatu organisasi adalah prosedur-prosedur kerja ukuran dasarnya ( *Standard Operating Procedures*, SOP). Dengan menggunakan SOP, para pelaksana dapat memanfaatkan waktu yang tersedia. Para pelaksana jarang mempunyai kemampuan untuk menyelidiki dengan seksama dan secara individual setiap keadaan yang mereka hadapi. Sebaliknya, mereka mengandalkan pada prosedur-prosedur biasa yang menyederhanakan pembuatan keputusan dan menyesuaikan tanggung jawab program dengan sumber-sumber yang ada.

##### b. Fragmentasi

Sifat kedua dari struktur birokrasi yang berpengaruh dalam pelaksanaan kebijakan adalah fragmentasi organisasi. Tanggung

jawab bagi suatu bidang kebijakan sering tersebar diantara beberapa organisasi, seringkali pula terjadi desentralisasi kekuasaan tersebut dilakukan secara radikal guna mencapai tujuan-tujuan kebijakan. Badan-badan yang ada bertentangan satu sama lain untuk mempertahankan fungsi-fungsi mereka dan menentang usaha-usaha yang memungkinkan mereka mengkoordinasi kebijakan-kebijakan dengan badan-badan yang melaksanakan program-program yang berhubungan. Konsekuensi yang paling buruk dari fragmentasi birokrasi adalah usaha untuk menghambat koordinasi.

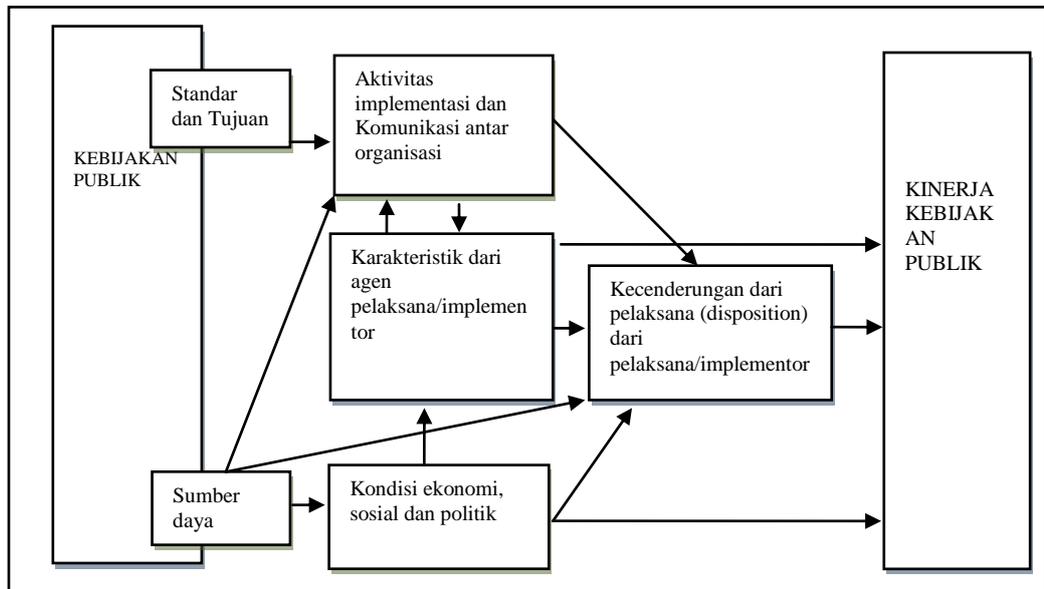
Fragmentasi mengakibatkan pandangan-pandangan yang sempit dari banyak lembaga birokrasi. Hal ini akan menimbulkan dua konsekuensi pokok yang merugikan bagi implementasi yang berhasil. Pertama, tidak ada orang yang akan mengakhiri implementasi kebijakan dengan melaksanakan fungsi-fungsi tertentu karena tanggung jawab bagi suatu bidang kebijakan terpecah-pecah. Di samping itu, karena masing-masing badan mempunyai yuridiksi yang terbatas atas suatu bidang, maka tugas-tugas penting mungkin akan terdampar antara retak-retak struktur organisasi. Kedua, pandangan-pandangan yang sempit dari badan-badan mungkin juga menghambat perubahan.

## **2. Model Donald Van Meter dan Carel Van Horn**

Van Meter dan Van Horn (dalam Wibawa *et al.*, 1994:19), “Merumuskan sebuah abstraksi yang menunjukkan hubungan antar berbagai variabel yang mempengaruhi kinerja suatu kebijakan.” Selanjutnya Van Meter dan Van Horn (dalam Subarsono, 2005:99) mengemukakan ada lima variabel yang mempengaruhi kinerja implementasi, yakni “(1) Standar dan sasaran kebijakan, (2) sumberdaya, (3) komunikasi antarorganisasi dan penguatan

aktivitas, (4) karakteristik agen pelaksana, (5) lingkungan ekonomi, sosial, dan politik, (6) sikap para pelaksana.”

Model ini dapat digambarkan sebagai berikut:



Gambar 3 Model Donald Van Meter dan Van Harn (Dwidjowijoto, 2003:168).

### 3. Model Merilee S. Grindle

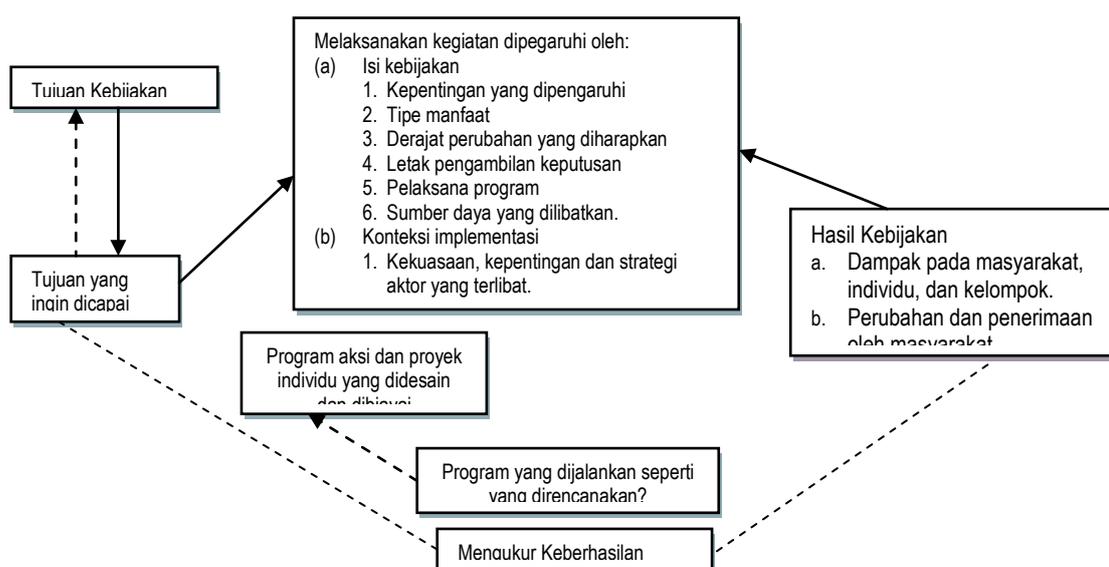
Grindle memandang bahwa suatu implementasi sangat ditentukan oleh isi kebijakan dan konteks implementasinya. Dalam teorinya itu Grindle mengemukakan bahwa proses implementasi kebijakan hanya dapat dimulai apabila tujuan-tujuan dan sasaran-sasaran yang semula telah diperinci, program-program aksi telah dirancang dan sejumlah dana telah dialokasikan untuk mewujudkan tujuan-tujuan dan sasaran tersebut (Wibawa, 1990:127).

Isi kebijakan mencakup: (1) kepentingan yang terpengaruhi oleh kebijakan, (2) jenis manfaat yang akan dihasilkan, (3) derajat perubahan yang diinginkan, (4) kedudukan pembuat kebijakan, (5) siapa pelaksana

program, (6) sumber daya yang dikerahkan. Isi kebijakan menunjukkan kedudukan pembuat kebijakan dan posisi pembuat kebijakan mempengaruhi bagaimana implementasi kebijakan. Konteks kebijakan mempengaruhi proses implementasi mencakup : (1) kekuasaan, kepentingan dan strategi aktor yang terlibat, (2) karakteristik lembaga dan penguasa, (3) kepatuhan serta daya tanggap pelaksana (Grindle dalam Wibawa, 1990:127).

Dalam kaitan itu, Goggin *et al* menyatakan bahwa, keberhasilan implementasi kebijakan ditentukan oleh kejelasan pesan yang disampaikan oleh pembuat kebijakan kepada pelaksana. Dengan menganalogikan kebijakan sebagai pesan maka kemudahan implementasi kebijakan ditentukan oleh isi faktor pesan, bentuk pesan dan reputasi komunikatornya. Bentuk pesan kebijakan meliputi kejelasan kebijakan yang diformulasikan, kemampuan kebijakan menstrukturkan proses implementasi dan pesan yang dapat diterima oleh pelaksana di lapangan. (Tarigan, 2007).

Model implementasi kebijakan menurut Grindle digambarkan berikut:

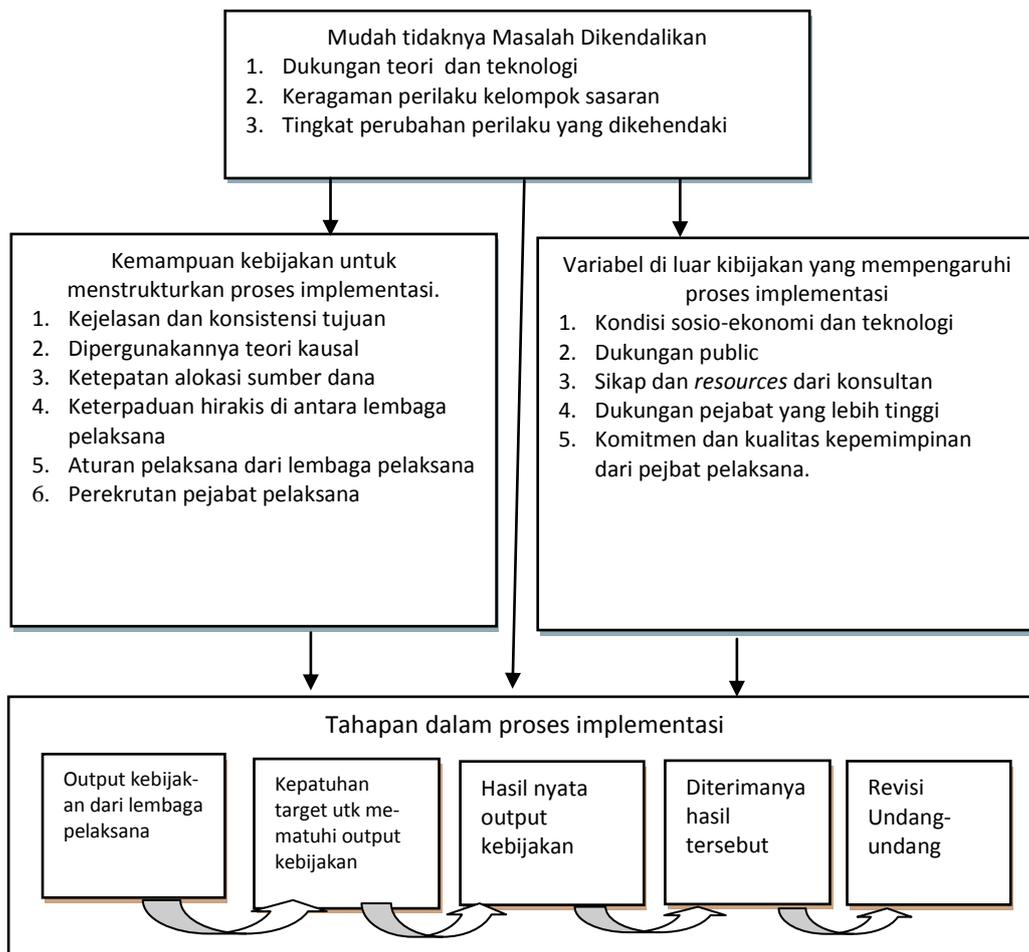


Gambar 4. Model Merilee S. Grindle (Dwidjowijoto, 2003:176)

#### 4. Model Daniel A. Mazmanian dan Paul A. Sabateir

Teori Daniel A. Mazmanian dan Paul A. Sabateir yang dikenal dengan model kerangka analisis implementasi. Dalam esainya, Mazmanian dan Sabateir mencoba memperkirakan kondisi apa yang mendorong atau menghambat suatu implementasi kebijakan. Keduanya berpendapat bahwa implementasi yang ideal memerlukan seperangkat kondisi optimal.

Model implementasi kebijakan menurut Daniel A. Mazmanian dan Paul A. Sabateir dapat digambarkan seperti berikut:



(Sumber : Daniel A. Mazmanian dan Paul A. Sabateir dalam Dwidjowijoto, 2006:130)

Gambar 5. Model Daniel A. Mazmanian dan Paul A. Sabateir

Pemetaan model tersebut bersifat sentralistis (dari atas ke bawah) dan lebih berada di mekanisme paksa dari pada mekanisme pasar. Implementasi kebijakan berdasarkan model pendekatan sentralistis akan menjadi efektif apabila memenuhi enam syarat: (1) tujuan yang jelas dan konsisten, (2) teori kausal yang memadai tentang bagaimana cara melahirkan perubahan, (3) struktur implementasi yang disusun secara legal, (4) para pelaksana implementasi yang memiliki keahlian dan komitmen, (5) dukungan dari kelompok kepentingan dan penguasa, (6) perubahan dalam kondisi sosio-ekonomi yang tidak melemahkan dukungan kelompok dan penguasa (Parsons, 2006).

#### **5. David L. Weimer dan Aidan R. Vining**

Pandangan David L. Weimer dan Aidan R. Vining (dalam Subarsono, 2005:103) yang mengemukakan ada tiga kelompok variabel besar yang dapat mempengaruhi keberhasilan implementasi suatu program, yakni: "(1) Logika kebijakan, (2) lingkungan tempat kebijakan dioperasikan, dan (3) kemampuan implementator kebijakan."

Bardach (Stillman, 1982:376, Nakamura, 1980:16) mengemukakan "Teori *the implementation game* (implementasi dalam bentuk permainan)." Teori ini menjelaskan bahwa dalam implementasi kebijakan di dalamnya terjadi tawar menawar, persuasi manuver yang berlangsung di bawah kondisi tidak pasti dengan tujuan agar bisa melakukan kontrol terhadap hasil yang diinginkan. Dalam kondisi ini para pelaksana belajar memahami/menguasai aturan permainan, keahlian menggunakan taktik dan strategi, mengontrol arus komunikasi dan mencermati krisis dan situasi tidak pasti yang mungkin terjadi.

Lain halnya dengan Mayone dan Wildavsky (dalam Lane, 1995) yang mengemukakan teori *evolution* (evolusi) dalam implementasi kebijakan. Teori evolusi lebih menekankan implementasi sebagai suatu proses yang senantiasa memerlukan perubahan/penyesuaian dengan mendefinisikan dan menafsirkan kembali terhadap tujuan-tujuan dan dampak yang dihasilkannya. Dalam teori ini dikatakan bahwa proses implementasi boleh jadi tidak dipisahkan dari tahap-tahap perumusan kebijakan, pengkombinasian tujuan-tujuan dan hasil. Konsepsi tersebut juga mengimplikasikan bahwa implementasi tidak akan berakhir. Implementasi selalu akan mengalami evolusi, dan implementasi selalu dirumuskan ulang sepanjang pelaksanaan kebijakan.

#### 6. Model korelasi antara perumusan strategi dan implementasi strategi

Suksesnya perumusan suatu keputusan stratejik bukan merupakan suatu jaminan bahwa implementasinya akan berhasil dengan baik. Karena itu menurut Salusu (2003:443) “Para eksekutif perlu memberi perhatian pada hubungan antara perumusan strategi dan implementasi strategi tersebut.” Hubungan ini tampak pada baik buruknya rumusan strategi dengan sempurna tidaknya implementasinya. Hubungan ini dapat digambarkan sebagai berikut:

Implementasi Strategi	Formulasi Strategi	
	Tepat	Tidak tepat
EKSELEN	Sukses	Selamat atau Runtuh
BURUK	Kesulitan	Kegagalan

Gambar 6. Model Korelasi antara Rumusan Strategi dan Implementasi Strategi; Model Bonoma, 1984 (Salusu, 2003:445)

Dalam model ini ditegaskan oleh Bonoma (dalam Salusu, 2003) bahwa sel pertama yaitu pertemuan antara formulasi strategi yang tepat dan implementasi yang ekselen membawa sukses organisasi untuk mencapai sasaran dan sekaligus memberi kepuasan bagi seluruh anggota organisasi. Pada sel kedua, yaitu pertemuan antara rumusan strategi yang kurang tepat dengan pelaksanaan yang prima membantu organisasi dalam mencegah kegagalan. Sedangkan pada sel ketiga, yaitu pertemuan antara strategi yang rumusannya sangat tepat dengan implementasi yang buruk menghasilkan kegagalan, karena dengan pelaksanaan yang buruk sasaran tidak tercapai. Pada sel terakhir, yaitu pertemuan antara rumusan strategi yang tidak tepat dengan pelaksanaan yang buruk, hasilnya sudah dapat dipastikan, yaitu kegagalan total, artinya apa yang dikehendaki oleh semua unsur dalam organisasi tidak dapat direalisasikan.

Keseluruhan model-model implementasi kebijakan tersebut terkait dengan masalah penting yaitu model mana yang digunakan. Menurut, Dwidjowijoto (2003:177) "Tidak ada model implementasi kebijakan yang paling unggul dari model yang lainnya, karena setiap kebijakan memerlukan model implementasi yang berlainan."

Dalam kaitan itu, Naihasy (Dwidjowijoto (2003:179) menjelaskan bahwa ada kebijakan efektif bila diimplementasikan secara *top-down*, ada kebijakan lebih efektif jika diimplementasikan secara *bottom-up*, selain itu ada jenis kebijakan efektif jika diimplementasikan secara paksa dan ada pula efektif jika menggunakan mekanisme pasar. Hal ini menunjukkan bahwa, tampaknya tidak

ada model paling baik yang harus dipilih, tetapi yang ada adalah pilihan-pilihan model yang harus dipilih secara bijaksana sesuai dengan kebutuhan dari kebijakan itu sendiri. Namun ada satu hal yang penting adalah implementasi kebijakan harus menampilkan keefektifan kebijakan itu sendiri.

Sehubungan dengan itu, maka Dwidjowijoto (2003:179) mengemukakan ada “empat tepat” yang perlu dipenuhi dalam implementasi kebijakan. “Empat tepat” tersebut, yaitu: “(1) Kebijakan itu sendiri sudah tepat, (2) tepat pelaksanaannya, (3) tepat target, (4) tepat lingkungan.” Selain itu Dwidjowijoto lebih lanjut menjelaskan bahwa keempat “tepat” tersebut masih perlu didukung oleh tiga jenis dukungan, yaitu dukungan politik, dukungan strategik, dan dukungan teknis.

Kaitannya dengan kriteria pengukuran implementasi kebijakan publik, Gogin *at al.*, (Tarigan, 2007:23) menjelaskan bahwa, “Proses implementasi kebijakan diukur keberhasilan kinerjanya berdasarkan variabel (1) dorongan dan paksaan pada tingkat federal, (2) kapasitas pusat, (3) dorongan dan paksaan pada tingkat pusat dan daerah.”

Ripley dan Franklin (Tangkilisan, 2003:21) mengemukakan:

Kriteria pengukuran keberhasilan implementasi kebijakan didasarkan pada tiga perspektif, yaitu: (1) perspektif kepatuhan birokrasi yang lebih rendah terhadap birokrasi di atasnya, (2) perspektif kelancaran rutinitas dan tiadanya masalah, (3) perspektif pelaksanaan yang mengarah kepada kinerja yang memuaskan semua pihak terutama kelompok penerima manfaat yang diharapkan.

Dwidjowijoto (2003:174) mengemukakan bahwa:

Keberhasilan implementasi kebijakan ditentukan oleh derajat *implementity* dari kebijakan tersebut, maka dalam konteks implementasinya terdapat tiga hal, yaitu: (1) kekuasaan, kepentingan dan strategi aktor yang terlibat, (2) karakteristik lembaga dan penguasa, (3) kepatuhan dan daya tanggap.

Bertolak dari uraian di atas, dapat dipahami bahwa keberhasilan implementasi kebijakan ditentukan oleh kejelasan isi pesan yang disampaikan secara konsisten dan berulang serta diterimanya pesan oleh pelaksana. Selain itu keberhasilan implementasi kebijakan dipengaruhi oleh kompleksitas isi kebijakan, konteks kebijakan, karakter lingkungan tempat kebijakan dilaksanakan dan karakter pelaksana.

Untuk mengukur kekuatan isi dan pesan kebijakan dapat dilihat melalui: (1) besarnya dana yang dialokasikan, (2) bentuk kebijakan, yang memuat antara lain kejelasan kebijakan, konsistensi, frekuensi pelaksanaan dan diterimanya pesan secara benar” (Tarigan, 2007:23). Sedangkan menurut Dwidjowijoto (2003:174) isi kebijakan meliputi:

(1) Kepentingan yang terpengaruhi oleh isi kebijakan, (2) jenis manfaat yang akan dihasilkan, (3) derajat perubahan yang diinginkan, (4) kedudukan pembuat kebijakan, (5) siapa pelaksana program, (6) sumber daya yang dikerahkan.

Van Meter dan Van Horn (dalam Parsons, 2006:482) menyatakan bahwa “Studi implementasi perlu mempertimbangkan isi atau tipe kebijakan, karena itu efektivitas implementasi akan bervariasi di antara tipe dan isu kebijakan.” Selanjutnya Van Meter dan Van Horn menjelaskan bahwa faktor utama implementasi adalah perubahan, kontrol, dan pemenuhan, dan jika ada tingkat konsensus yang tinggi dan tidak banyak dibutuhkan perubahan, maka implementasi kebijakan akan lebih sukses.

Selain kriteria pengukuran implementasi kebijakan di atas, perlu pula dipahami hubungan antara implementasi kebijakan dengan faktor lain. Faktor lain yang dimaksud adalah ukuran dan tujuan kebijakan, sumber kebijakan, sifat

instansi pelaksana, komunikasi antar organisasi dan antar kegiatan yang dilakukan, sikap pelaksana dan lingkungan ekonomi, sosial dan politik.

Sebaliknya, penyebab kegagalan implementasi kebijakan, jika mengacu pada pendapat Peters (Tangkilisan, 2003:22) meliputi: "(1) Ke-kurangan informasi, (2) isi (tujuan) kebijakan tidak jelas, (3) pelaksanaannya tidak memperoleh dukungan yang cukup, (4) pembagian tugas dan wewenang yang tidak jelas." Sejalan dengan itu Bardach (Tarigan, 2007:25) menyatakan bahwa "Kegagalan implementasi kebijakan disebabkan oleh keterbatasan sumber daya, struktur organisasi yang kurang memadai, dan komitmen yang rendah dari pelaksana."

Organisasi sebagai faktor determinan implementasi kebijakan sebagaimana dikemukakan oleh Grindle yang mengisyaratkan pentingnya memahami implementasi sebagai proses interaksi dan reaksi dari organisasi pelaksana, kelompok sasaran dan faktor lingkungan. Jika sumber daya yang dimiliki organisasi diartikan sebagai kemampuan organisasi maka sumber daya pelaksana dipahami sebagai kemampuan pelaksana. Dalam hubungan ini, maka implementasi kebijakan dipengaruhi oleh kemampuan pelaksana yang meliputi kemampuan sumber daya, komitmen, otoritas, koordinasi antar pelaksana dan budaya yang dianut. Hal ini sejalan dengan pandangan Grindle, Mazmanian, yang menjelaskan bahwa implementasi kebijakan tidak dapat dilepaskan dari pelaksanaannya. Dari sisi pelaksana kebijakan didasarkan pada sumber daya yang dimiliki dengan segala perilakunya. Sumber daya dalam suatu organisasi meliputi kapasitas organisasi dan orang yang terlibat didalamnya, mutu dan jumlahnya, kewenangan yang dimiliki, dan budaya organisasi. Selain itu, apabila

suatu kebijakan dilaksanakan lebih dari satu organisasi maka sumber daya organisasi juga meliputi kerjasama dan koordinasi.

Selain faktor isi kebijakan, faktor organisasi, lingkungan merupakan faktor determinan implementasi kebijakan yang harus dipahami, karena dalam elemen konteks implementasi menurut Grindle, juga dapat dipahami dari Mazmanian bahwa dalam proses implementasi kebijakan terjadi proses interaksi dan reaksi dari organisasi pelaksana, kelompok sasaran dan faktor lingkungan dimana proses interaksi dan reaksi terjadi (Tarigan, 2007).

Tarigan mengutip pandangan dari Hoy W.K dan Browen B.L yang menjelaskan faktor lingkungan dalam implementasi kebijakan, harus dilihat dari pendekatan sistem. Hal ini sejalan dengan model dasar pendekatan system yang meliputi input, transformasi, output dan lingkungan. Selain itu organisasi berorientasi pada lingkungan karena organisasi merupakan salah satu sub-sistem dari suatu sistem yang lebih besar. Sehubungan dengan itu maka organisasi harus menjaga eksistensinya dengan cara selalu beradaptasi dengan lingkungannya.

Secara keseluruhan dari uraian tersebut dapat disimpulkan bahwa, model kebijakan yang tepat dalam analisis kebijakan Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas) di Kabupaten Bone adalah model kebijakan yang dikemukakan oleh Edward III, sebab selain mengatur tentang isi kebijakan juga mengkaji tentang keempat faktor strategis yang mempengaruhi implementasi kebijakan Jamkesmas di Kabupaten Bone, yaitu komunikasi, SDM, disposisi, dan struktur birokrasi.

## **D. Kebijakan Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas)**

Jamkesmas adalah program bantuan sosial untuk pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin dan tidak mampu. Program ini diselenggarakan secara nasional agar terjadi subsidi silang dalam rangka mewujudkan pelayanan kesehatan yang menyeluruh bagi masyarakat miskin.

Memenuhi hak masyarakat miskin diamanatkan konstitusi dan Undang-Undang, maka Departemen Kesehatan mempunyai kebijakan untuk lebih memfokuskan pada pelayanan kesehatan masyarakat miskin. Dasar pemikirannya adalah bahwa selain memenuhi kewajiban pemerintah juga berdasarkan kajian bahwa indikator-indikator kesehatan akan lebih baik apabila lebih memperhatikan pelayanan kesehatan yang terkait dengan kemiskinan dan kesehatan.

### **1. Makna dan Tujuan Jamkesmas**

Secara umum, Jamkesmas mempunyai tujuan yaitu meningkatnya akses dan mutu pelayanan kesehatan kepada seluruh masyarakat miskin dan tidak mampu agar tercapai derajat kesehatan masyarakat yang optimal secara efektif dan efisien. Sedangkan tujuan khusus Jamkesmas yaitu :

- a. Meningkatnya cakupan masyarakat miskin dan tidak mampu yang mendapatkan pelayanan kesehatan di Puskesmas serta jaringannya dan Rumah Sakit.
- b. Meningkatnya kualitas pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin.
- c. Terselenggaranya pengolahan keuangan yang transparan dan akuntabel

Jaminan pemeliharaan kesehatan masyarakat miskin diharapkan dapat menurunkan angka kematian ibu melahirkan, menurunkan angka kematian bayi dan balita serta penurunan angka kelahiran di samping dapat terlayannya

kasus-kasus kesehatan masyarakat miskin umumnya. Pemeliharaan kesehatan bagi masyarakat miskin dengan prinsip jaminan kesehatan melalui mekanisme asuransi sosial sebagai awal dari pengembangan sistem jaminan kesehatan sosial secara menyeluruh yang bersifat wajib bagi seluruh masyarakat.

Sistem jaminan pemeliharaan kesehatan masyarakat miskin (Jamkesmas) dapat mendorong perubahan-perubahan mendasar seperti penataan standarisasi pelayanan, standarisasi tarif yang didasari perhitungan yang benar, penataan formularium dan penggunaan obat rasional, yang berdampak pada kendali mutu dan kendali biaya. (Depkes RI, 2008)

Untuk menjamin akses penduduk miskin terhadap pelayanan kesehatan, sejak tahun 2005 semester I pemerintah melaksanakan penyelenggaraan jaminan pemeliharaan kesehatan bagi masyarakat miskin dikelola sepenuhnya oleh PT.Askes (Persero). Berdasarkan pengalaman-pengalaman pelayanan kesehatan di masa lalu dan upaya untuk mewujudkan sistem pembiayaan yang efektif dan efisien masih perlu diterapkan mekanisme jaminan kesehatan yang berbasis asuransi sosial. Program ini sudah berjalan 4 (empat) tahun, dan telah memberikan banyak manfaat bagi peningkatan akses pelayanan kesehatan masyarakat miskin dan tidak mampu. Pada tahun 2008 terjadi perubahan pada penyaluran dana dan pengelolaannya. (Pedoman Pelaksanaan Jamkesmas, 2008)

Jaminan pemeliharaan kesehatan masyarakat bertujuan untuk mengumpulkan sumber daya (*pooling resources*) dengan cara membayar premi dan membagi atau menyebarkan atau memindahkan resiko sakit (*spreading or transfer risk*) dari resiko individu ke kelompok, dengan kata lain bertujuan untuk

saling gotong royong dan saling membantu mengatasi resiko sakit dan akibat yang ditimbulkan dari resiko sakit tersebut di antara peserta (M. Nadjib, 2000).

Saat ini masyarakat miskin memerlukan jaminan pemeliharaan kesehatan, untuk memperoleh jaminan kesehatan paripurna dan berkesinambungan yang dibiayai dengan iuran prabayar bersama karena :

2. Biaya pemeliharaan kesehatan cenderung semakin mahal seiring dengan perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi serta pola penyakit degeneratif akibat penduduk yang makin menua.
3. Pemeliharaan kesehatan memerlukan dana yang berkesinambungan.
4. Masyarakat tidak mampu membiayai pemeliharaan kesehatannya sendiri, sakit dan musibah dapat datang secara tiba-tiba.
5. Biaya pemeliharaan kesehatan dilakukan secara perorangan cenderung mahal.
6. Beban biaya perorangan dalam pemeliharaan kesehatan menjadi lebih ringan bila ditanggung bersama. Dana dari uraian bersama yang terkumpul pada Jamkesmas dapat menjamin pemeliharaan kesehatan peserta.

## **2. Sasaran dan Prosedur Penyelenggaraan Jamkesmas**

Sasaran Jamkesmas yaitu : masyarakat miskin dan tidak mampu di seluruh Indonesia tidak termasuk yang sudah mempunyai jaminan kesehatan lainnya. Untuk kelancaran pelaksanaan Program Jamkesmas di daerah, Departemen Kesehatan Pusat mengeluarkan Pedoman Pelaksanaan Jaminan Kesehatan Masyarakat Miskin dengan ketentuan yang ada.

Adapun prosedur untuk memperoleh pelayanan kesehatan bagi peserta, sebagai berikut :

1. Peserta yang memerlukan pelayanan kesehatan dasar berkunjung ke Puskesmas dan jaringannya
2. Untuk mendapatkan pelayanan kesehatan, peserta harus menunjukkan kartu yang keabsahan kepesertaannya merujuk kepada daftar masyarakat miskin yang ditetapkan oleh Bupati/Walikota setempat. Penggunaan SKTM hanya berlaku untuk setiap kali pelayanan kecuali pada kondisi pelayanan lanjutan terkait dengan penyakitnya.

3. Apabila peserta Jamkesmas memerlukan pelayanan kesehatan rujukan, maka yang bersangkutan dapat dirujuk ke fasilitas pelayanan kesehatan rujukan dengan disertai surat rujukan dan kartu peserta yang ditunjuk sejak awal sebelum mendapatkan pelayanan kesehatan, kecuali pada kasus emergency.
4. Pelayanan rujukan sebagaimana butir-3 (tiga) di atas meliputi :
  - a. Pelayanan rawat jalan lanjutan (spesialistik) di Rumah Sakit, BKMM/BKPM/BKPM/BP4/BKIM.
  - b. Pelayanan Rawat Inap kelas III di Rumah Sakit.
  - c. Pelayanan obat-obatan
  - d. Pelayanan rujukan spesimen dan penunjang diagnostik
5. Untuk memperoleh pelayanan rawat jalan di BKMM/BBKPM/BKPM/BP4/BKIM dan Rumah Sakit peserta harus menunjukkan kartu peserta atau SKTM dan surat rujukan dari puskesmas di loket pusat pelayanan Administrasi terpadu Rumah Sakit (PPATRS). Kelengkapan berkas peserta diverifikasi kebenarannya oleh petugas kesehatan Jamkesmas, bila berkas telah lengkap maka petugas mengeluarkan SKP dan peserta mendapatkan pelayanan kesehatan.
6. Untuk memperoleh pelayanan rawat inap di BKMM/BBKPM/BKPM/BP4/BKIM dan Rumah Sakit peserta harus menunjukkan kartu peserta atau SKTM dan surat rujukan dari puskesmas di loket pusat pelayanan Administrasi terpadu Rumah Sakit (PPATRS). Kelengkapan berkas peserta diverifikasi kebenarannya oleh petugas kesehatan Jamkesmas, bila berkas telah lengkap maka petugas mengeluarkan SKP dan peserta mendapatkan pelayanan kesehatan dan selanjutnya memperoleh pelayanan rawat inap
7. Pada kasus tertentu yang dilayani di IGD termasuk kasus Gawat Darurat di BKMM/BBKPM/BKPM/BP4/BKIM dan Rumah Sakit peserta harus menunjukkan kartu peserta atau SKTM dan surat rujukan dari puskesmas di loket pusat pelayanan Administrasi terpadu Rumah Sakit (PPATRS). Kelengkapan berkas peserta diverifikasi kebenarannya oleh petugas kesehatan Jamkesmas, bila berkas telah lengkap maka petugas mengeluarkan SKP dan peserta mendapatkan pelayanan kesehatan.
8. Bila peserta tidak dapat menunjukkan kartu peserta atau SKTM sejak awal sebelum mendapatkan pelayanan kesehatan, maka yang bersangkutan diberi waktu maksimal 2 x 24 jam hari kerja untuk menunjukkan kartu tersebut.

Pelayanan kesehatan komprehensif meliputi : pelayanan yang wajib untuk pemeliharaan kesehatan dasar di Puskesmas dan jaringannya adalah :

1. Rawat Jalan Tingkat Pertama (RJTP), dilaksanakan pada Puskesmas dan jaringannya baik dalam maupun luar gedung meliputi pelayanan :
  - a. Konsultasi medis, pemeriksaan fisik dan penyuluhan kesehatan
  - b. Laboratorium sederhana (darah, urin, dan feses rutin)
  - c. Tindakan medis kecil
  - d. Pemeriksaan dan pengobatan gigi, termasuk cabut/tambal.
  - e. Pemeriksaan ibu hamil/nifas/menyusui, bayi dan balita
  - f. Pelayanan KB dan penanganan efek samping
  - g. Pemberian obat.

2. Pelayanan kesehatan di Rumah Sakit  
Rawat jalan tingkat lanjutan (RJTL), dilaksanakan pada poliklinik spesialis RS Pemerintah/BP4/BKMM, meliputi :
  - a. Konsultasi medis, pemeriksaan fisik dan penyuluhan kesehatan oleh dokter spesialis/umum.
  - b. Rehabilitasi medik
  - c. Penunjang diagnostik: laboratorium klinik, radiologi dan elektromedik.
  - d. Tindakan medis kecil dan sedang
  - e. Pemeriksaan dan pengobatan gigi tingkat lanjutan
  - f. Pelayanan KB, konsep efektif, kontak pasca persalinan/keguguran, penyembuhan efek samping dan komplikasinya.
  - g. Pemberian obat generik
  - h. Pelayanan darah
  - i. Pemeriksaan kehamilan dengan resiko tinggi dan penyulit
3. Pelayanan rawat inap dilaksanakan pada ruang perawatan kelas III RS pemerintah, meliputi :
  - a. Akomodasi rawat inap pada kelas III
  - b. Konsultasi medis, pemeriksaan fisik dan penyuluhan kesehatan
  - c. Penunjang diagnostik laboratorium klinik, radiologi dan elektromedik
  - d. Tindakan Medis
  - e. Operasi sedang dan besar
  - f. Pelayanan rehabilitasi medis.
  - g. Perawatan Intensif (ICU, ICCU, dan seterusnya)
  - h. Pemberian obat mengacu Formularium RS program
  - i. Pelayanan darah
  - j. Bahan dan alat kesehatan habis pakai
  - k. Persalinan dengan resiko tinggi dan penyulit.

Secara keseluruhan dari uraian tersebut dapat disimpulkan bahwa, analisis kebijakan Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas) di Kabupaten Bone adalah mencakup kepesertaan dan akses bagi masyarakat miskin yang menjadi target pelayanan, pengaturan mekanisme pelayanan, sosialisasi dan pembinaan, pendanaan, pemanfaatan fasilitas dan mutu pelayanan.

### **E. Kerangka Pikir**

Kesehatan merupakan aspek penting dalam kehidupan masyarakat, oleh karena itu pemerintah harus menciptakan suatu pembangunan kesehatan yang memadai sebagai upaya perbaikan terhadap buruknya tingkat kesehatan selama ini. Dalam UUD 1945 pada Pasal 28H, menetapkan bahwa kesehatan

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

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 harus dilandasi dengan wawasan kesehatan dalam arti pembangunan nasional harus memperhatikan kesehatan masyarakat dan merupakan tanggung jawab semua pihak baik Pemerintah maupun masyarakat.

Berdasarkan konstitusi dan undang-undang tersebut, pemerintah mengeluarkan berbagai kebijakan dalam upaya untuk menjamin akses penduduk miskin terhadap pelayanan kesehatan, diantaranya adalah kebijakan Program Jaringan Pengaman Sosial Kesehatan (JPS-BK) tahun 1998-2000, kebijakan Program Dampak Pengurangan Subsidi Energi (PDSE) tahun 2001, dan Program Kompensasi Pengurangan Subsidi Bahan Bakar Minyak (PKPS-BBM) tahun 2002-2004.

Pada awal tahun 2005, melalui Keputusan Menteri Kesehatan 1241/Menkes/XI/04 pemerintah menetapkan kebijakan Program Jaminan

Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat Miskin (JPKMM) melalui pihak ketiga, yaitu, PT Askes (persero), program ini lebih dikenal sebagai program Asuransi Kesehatan Masyarakat Miskin (Askeskin). Program Askeskin merupakan kelanjutan dari PKPS-BBM yang telah dilaksanakan sebelumnya, dimana pembiayaannya didanai dari subsidi BBM yang telah dikurangi pemerintah untuk dialihkan menjadi subsidi di bidang kesehatan. Program Askeskin (2005-2007) kemudian berubah nama menjadi program Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas) sejak tahun 2008 sampai dengan sekarang.

Dalam pelaksanaannya, belum semua masyarakat miskin dapat menjangkau akses pelayanan kesehatan yang diberikan oleh pemerintah tersebut oleh karena data peserta masih belum akurat, sosialisasi belum optimal, adanya pungutan untuk mendapatkan kartu, adanya pasien Jamkesmas yang mengeluarkan biaya, dan masih buruknya kualitas pelayanan pasien Jamkesmas, telah menjadi persoalan dan menunjukkan bahwa kebijakan pemerintah dibidang kesehatan tersebut masih belum optimal dalam pelaksanaannya.

Pendekatan-pendekatan teori kebijakan publik banyak menawarkan model-model implementasi kebijakan, seperti model yang dikembangkan oleh George C. Edwards III. Menurut George C. Edward III terdapat empat aspek yang saling berhubungan terhadap keberhasilan atau kegagalan implementasi suatu kebijakan, yaitu faktor komunikasi, sumber daya, disposisi, dan struktur birokrasi. Pada aspek komunikasi, bahwa setiap tujuan dan sasaran kebijakan harus disosialisasikan kepada kelompok sasaran sehingga akan mengurangi distrorsi implemementasi. Pada aspek sumberdaya, bahwa keberhasilan implementasi

kebijakan harus didukung oleh sumberdaya yang berupa sumberdaya manusia yang memiliki kompetensi implementor dan sumberdaya finansial. Pada aspek disposisi, bahwa sumber daya manusia harus memiliki watak dan karakteristik seperti kejujuran, sifat demokratis, dan lain-lain. Apabila implementor memiliki watak dan karakteristik yang baik ia akan dapat menjalankan kebijakan dengan baik seperti yang diinginkan oleh pembuat kebijakan. *Pada aspek struktur birokrasi*, bahwa keberhasilan implementasi kebijakan harus didukung oleh struktur birokrasi yang baik. Salah satu aspek yang penting dari setiap organisasi adalah adanya prosedur operasi yang standar. Standar inilah yang menjadi pedoman bagi setiap implementor dalam bertindak.

Untuk lebih jelasnya, dapat dilihat pada skema kerangka pikir dibawah ini:

