

## BAB I

### PENDAHULUAN

#### A. Latar Belakang Masalah

Kemiskinan pada dasarnya merupakan kondisi tidak berdaya karena terbatasnya kemampuan ekonomi sehingga kurang terpenuhinya kebutuhan dasar manusia seperti pangan, sandang, perumahan, pendidikan, kesehatan, lapangan kerja dan keterisolasian<sup>1</sup>. Masalah kemiskinan merupakan masalah yang sulit dikenali dan ditarik garis batas secara umum mengingat berbagai perbedaan yang melatarbelakanginya. Oleh karena itu masalah kemiskinan muncul dalam berbagai dimensi. Kurang terpenuhinya berbagai kebutuhan dasar tersebut, menyebabkan masyarakat terjebak dalam lingkaran setan kemiskinan yang sulit dientaskan dalam waktu singkat.

Kemiskinan harus ditanggulangi, banyak teori ekonomi yang tersedia di lembaga perguruan tinggi dan riset. Namun tidak semua teori itu bisa dijalankan atau tidak mudah dilaksanakan. Menanggulangi kemiskinan kecuali menjadi tugas pemerintah, seperti menyediakan lapangan kerja, memberantas korupsi, menerapkan sistem ekonomi, menyediakan infrastruktur, dan mengundang investor, juga bisa mengajak perorangan atau per keluarga dengan mengubah cara berpikir dan cara berjuang dari keluarga itu. Perubahan cara berpikir dan cara bertindak pada ukuran kecil orang per orang atau keluarga bisa berkembang dan punya dampak pada penerapan kebijakan umum yang dilakukan pemerintah.

---

<sup>1</sup> Pusat Informasi Nasional JPS, 2001, *Strategi Desentralisasi dan Program Pembangunan Bidang Kesejahteraan Sosial*, Jakarta, hlm 5.

Kemiskinan menjadi masalah yang rumit, banyak diantara kita yang bukan hanya hidupnya tidak bergerak, tidak keluar dari kemiskinan, tetapi malah menghancurkan atau menakutkan sumber-sumber pengembangan ekonomi, apakah itu infrastruktur, industri, dan lain-lain. Banyak industri tutup atau lari ke negara lain akibat iklim yang tidak kondusif yang datang dari pemerintah maupun masyarakatnya. Diantara kehidupan orang miskin itu, di kampung-kampung masih banyak keluarga yang tergolong miskin kronis. Miskin kronis mengandung arti, bahwa dulu mereka miskin, sekarang miskin, dan tak ada hari depan yang lebih menjanjikan untuk waktu yang akan datang. Ukuran kemiskinan bukan dari garis kemiskinan atau upah minimum regional (UMR), tetapi dari penghasilan yang diperoleh cukup untuk makan rutin, kebutuhan listrik dan air bersih, membayar transport dan sekolah, sedikit menabung, dan membayar asuransi kesehatan, kendaraan dan jiwa dalam pengertian yang serba sederhana. Kalau untuk kebutuhan sederhana tersebut kita masih belum mampu membayarnya, kita masih berada dalam situasi yang bisa mengancam kesukaran (kemiskinan).

Konstitusi Organisasi Kesehatan Sedunia menetapkan bahwa kesehatan adalah hak fundamental setiap warga. Dalam Undang-Undang Dasar 1945 pasal 28 H angka (1) juga dinyatakan bahwa "Setiap orang berhak hidup sejahtera lahir dan bathin, bertempat tinggal, dan mendapat lingkungan hidup yang baik dan sehat serta berhak memperoleh pelayanan kesehatan". Dengan begitu, jelaslah bahwa kesehatan adalah hak dan investasi, karena itu semua warga negara berhak atas kesehatannya. Namun masalah biaya dan keterbatasan akses menjadi kendala yang sangat berarti bagi masyarakat miskin untuk memperoleh pelayanan

kesehatan. Padahal dengan kemajuan jaman yang begitu cepat, perkembangan teknologi kesehatan juga semakin maju, hal ini justru membuat masyarakat miskin semakin sulit untuk mendapatkan pelayanan kesehatan. Karena itu untuk memberikan perlindungan kesehatan terhadap setiap individu, keluarga dan masyarakat, negara bertanggungjawab mengatur agar terpenuhi hak hidup sehat bagi penduduknya termasuk bagi masyarakat miskin dan tidak mampu.

Masyarakat harus diberdayakan agar berperan aktif menyetatkan diri, keluarga, dan lingkungannya. Dengan demikian, setiap individu dan keluarga bisa menjadi teladan di lingkungan masing-masing sehingga terwujud masyarakat Indonesia yang sehat. Semua elemen masyarakat diharapkan peduli kesehatan di masyarakat dengan merintis pos pelayanan terpadu, gerakan jum'at bersih, gerakan memberantas kembali malaria, gerakan sayang bayi, dan lain-lain. Aktivitas pos pelayanan terpadu seperti pemantauan tumbuh kembang balita, imunisasi, penyehatan lingkungan diupayakan hidup kembali karena ini merupakan perbaikan kesehatan berbasis masyarakat yang menjadi ujung tombak. Sebagai contoh, masalah busung lapar terjadi bukan saja karena kekurangan makan atau faktor kemiskinan saja tetapi juga akibat dari ketidakpahaman orang tua dalam pemberian makanan dan kesehatan anak.

Tanggung jawab negara terhadap masyarakat miskin sesuai dengan amanat Undang-Undang Dasar 1945 pasal 34 angka (1) yang menyatakan bahwa "Fakir miskin dan anak-anak terlantar dipelihara oleh negara", dan Undang-Undang Nomor 23 Tahun 1992 tentang kesehatan pasal 4 yang berbunyi " Setiap orang mempunyai hak yang sama dalam memperoleh derajat kesehatan yang

optimal. Sedangkan penyelenggaraan upaya kesehatan ini dibiayai oleh pemerintah dan atau masyarakat, terutama upaya kesehatan bagi masyarakat rentan (miskin). Untuk itu, pemerintah mengembangkan, membina dan mendorong jaminan pemeliharaan kesehatan masyarakat sebagai cara yang dijadikan landasan setiap penyelenggaraan kesehatan yang pembiayaannya dilaksanakan secara praupaya, berasaskan usaha bersama dan kekeluargaan. Dasar hukum penyelenggaraannya adalah Undang-Undang Nomor 23 Tahun 1992 tentang Kesehatan pasal 65 dan Pasal 66.

Dalam rangka memenuhi hak masyarakat miskin sebagaimana diamanatkan konstitusi dan undang-undang, 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. Melalui jaminan pemeliharaan kesehatan masyarakat miskin ini diharapkan dapat menurunkan angka kematian ibu melahirkan, menurunkan angka kematian bayi dan balita serta penurunan angka kelahiran disamping dapat terlayannya kasus-kasus masyarakat miskin umumnya.

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. Penyelenggaraan program ini melibatkan beberapa pihak yaitu Pemerintah Pusat (Departemen Kesehatan), Pemerintah Daerah, Pengelola Jaminan Kesehatan (PT

Askes (Persero), dan Pemberi Pelayanan Kesehatan (PPK) yaitu Puskesmas dan Rumah Sakit. Masing-masing pihak memiliki peran dan fungsi yang berbeda dengan tujuan yang sama yaitu mewujudkan pelayanan kesehatan dengan biaya dan mutu yang terkendali.

Berlandaskan pada upaya pengembangan sistem jaminan tersebut, pada tahun 2006 penyelenggaraan pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin yang meliputi pelayanan kesehatan dasar di Puskesmas dan jaringannya serta pelayanan kesehatan rujukan di Rumah Sakit dikelola sepenuhnya melalui mekanisme asuransi sosial oleh PT Askes (Persero). Hal ini sesuai dengan Undang-Undang Nomor 40 tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional pasal 19 yang menyatakan bahwa jaminan kesehatan bagi masyarakat miskin diselenggarakan secara nasional berdasarkan prinsip asuransi sosial. Sedangkan iuran program jaminan sosial bagi masyarakat miskin (fakir miskin dan orang yang tidak mampu) dibayar oleh Pemerintah.

Program pelayanan kesehatan gratis bagi masyarakat miskin yang sebelumnya disebut Asuransi Kesehatan Masyarakat Miskin (Askeskin) kini berganti nama menjadi program Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas). Jamkesmas merupakan dana bantuan sosial yang pembayarannya berasal dari kas negara melalui bank yang ditujukan ke rumah sakit-rumah sakit yang telah ditentukan, dan dilakukan dalam bentuk paket pelayanan pengobatan berdasarkan klaim. Program ini ditujukan untuk pelayanan kesehatan 19,1 juta rumah tangga miskin atau 76,4 juta rakyat miskin dan hampir miskin di seluruh Indonesia.

Penyelenggaraan program pelayanan kesehatan gratis tersebut mulai tahun ini

juga dilakukan dengan mekanisme baru. Dalam mekanisme yang baru ini, PT.Askes tidak lagi ditugaskan melakukan pengelolaan keuangan program, tetapi hanya dibebani tugas mengelola kepesertaan, praverifikasi peserta dan pelayanan program. Kegiatan verifikasi yang meliputi verifikasi pelayanan, keuangan dan administrasi akan dilakukan oleh tenaga verifikator independen yang direkrut pemerintah melalui Dinas Kesehatan di daerah.

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan oleh ICW tentang Jamkesmas terdapat enam permasalahan dalam pelaksanaan Jamkesmas tersebut antara lain data peserta masih belum akurat, sosialisasi belum optimal, dan adanya pungutan untuk mendapatkan kartu. Selain itu, permasalahan lain adanya peserta yang tidak menggunakan kartu ketika berobat, adanya pasien Jamkesmas yang mengeluarkan biaya, dan masih buruknya kualitas pelayanan pasien Jamkesmas.

Undang-undang Nomor 32 Tahun 2004 tentang Pemerintah Daerah telah menetapkan bidang kesehatan merupakan salah satu urusan wajib yang harus dilaksanakan oleh Kabupaten/Kota. Perkembangan pertumbuhan pelayanan kesehatan sekarang ini tidak hanya tergantung dari pelayanan yang disediakan oleh pemerintah saja tetapi saat ini unit pelayanan kesehatan swasta juga sangat besar peranannya dalam memberikan kontribusi di sektor kesehatan. Dan perkembangan tersebut cukup menggembirakan.

Jumlah sarana pelayanan pemerintah yang ada di Kabupaten Sleman meliputi Puskesmas sebanyak 24 unit, 4 diantaranya adalah Puskesmas Rawat Inap, Puskesmas Pembantu sebanyak 74 unit, dan Rumah sakit Pemerintah sebanyak 3 unit, sedangkan sarana pelayanan kesehatan swasta yang ada adalah

Rumah Sakit Umum swasta sebanyak 8 unit, Balai Pengobatan (BP) 19 unit, Rumah Bersalin (RB) sebanyak 17 unit, Apotek ada 129 unit, dan Laboratorium klinik sebanyak 2 unit. Untuk jumlah tenaga kesehatan yang melaksanakan praktek di wilayah Kabupaten Sleman sebanyak 422 orang tenaga dokter umum, dokter gigi 169 orang dan dokter spesialis 267 orang, sedangkan bidan praktek sebanyak 312 orang.

Melihat kenyataan yang ada tersebut, masyarakat mempunyai beberapa pilihan dalam mendapatkan pelayanan kesehatan. Apabila pelayanan kesehatan pemerintah tidak mampu bersaing dalam memberikan pelayanan yang bermutu, dan hal ini tidak segera diantisipasi, maka banyak pelayanan yang dilakukan oleh pemerintah tersebut akan semakin dijauhi oleh masyarakat. Kondisi demikian memunculkan beberapa fenomena yang perlu disikapi oleh pemberi pelayanan kesehatan pemerintah (puskesmas dan RSUD), isu-isu yang muncul saat ini adalah:

- 1) Kemungkinan pelayanan yang dilakukan di Puskesmas masih kurang memuaskan, sarana prasarana yang kurang memadai, tenaga yang kurang profesional dan pelayanan yang kurang ramah dan diskriminasi pelayanan. Termasuk juga pelayanan kesehatan yang ada di RSUD yang prosedurnya lama, pelayanan yang kurang ramah, sarana yang kurang memadai dan terjadi diskriminasi pelayanan juga banyaknya keluhan masyarakat baik pelayanan di Puskesmas maupun di RSUD
- 2) Menyangkut keinginan Puskesmas maupun RSUD menjadi lembaga yang lebih mandiri dan otonom dalam mengelola sumberdayanya sehingga

Puskesmas dan RSUD mampu hidup secara kompetitif dan tidak kehilangan pelanggan/pengguna, dan

- 3) Adanya proses pembelajaran (*benchmarking*) untuk pertumbuhan dan perkembangan organisasi yang dilakukan oleh kedua lembaga tersebut.<sup>2</sup>

Pemerintah Kabupaten Sleman dalam memberikan jaminan kesehatan bagi masyarakat agar tak ada warga miskin yang tidak terlayani, Pemkab Sleman membantu warganya lewat program Penjaminan Kesehatan dengan dana APBD senilai Rp 7,7 miliar. Sehingga warga miskin yang tidak masuk daftar penerima Jamkesmas masih dapat berobat gratis. Data terakhir jumlah warga miskin di Sleman, imbuhnya, sebanyak 191.155 orang. Jatah kuota dari pusat, warga miskin yang dijamin melalui Jamkesmas di Sleman sebanyak 168.158 orang. Sisanya, yakni 22.997 orang warga miskin, diurus oleh UPTD Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat (JPKM). Langkah ini diambil dengan maksud sembari validasi data, Pemkab Sleman tetap membiayai warga miskin yang tidak dijamin klaim Jamkesmas. Sistem klaimnya lewat rumah sakit yang sudah bekerjasama dengan UPTD Jamkesmas, yakni RSUP dr Sardjito, RSUD Sleman, RS Panti Rini, RS Panti Nugroho, RS Puri Husada dan PDHI Kalasan.<sup>3</sup>

Permasalahan yang terjadi terkait implementasi Jamkesmas di wilayah Kabupaten Sleman banyak warga miskin yang tidak terdaftar atau tidak memiliki kartu Jamkesmas Akibatnya, masih ada sebagian warga yang benar-benar miskin, tak bisa mendapat pelayanan kesehatan secara cuma-cuma.

<sup>2</sup> [http://www.dinkes-sleman.go.id/berita.php?id\\_news=78](http://www.dinkes-sleman.go.id/berita.php?id_news=78)

<sup>3</sup> <http://www.kr.co.id/web/detail.php?sid=159426&actmenu=46>, *Sederhanakan Birokrasi, Optimalkan Jaminan Kesehatan: Masih Ada Warga Miskin Belum Terlayani*, 14/04/2008 08:59:42

## **B. Perumusan Masalah**

Berdasarkan latar belakang di atas, maka perumusan masalah dalam penelitian ini adalah : Bagaimanakah implementasi program Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas) di RSUD Kabupaten Sleman?

## **C. Tujuan Penelitian**

1. Penelitian ini dilakukan dengan tujuan untuk mengetahui implementasi program Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas) di RSUD Kabupaten Sleman.
2. Mengetahui apakah implementasi program Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas) sudah tepat sasaran.

## **D. Manfaat Penelitian**

Adapun manfaat yang dapat diperoleh dari penelitian ini adalah sebagai berikut:

1. Dari studi ilmu dapat memperoleh khasanah ilmu pengetahuan pada umumnya dan ilmu pemerintahan pada khususnya.
2. Secara praktis dapat memberikan rekomendasi bagi implementasi Jamkesmas bagi Masyarakat Miskin

## **E. Kerangka Dasar Teori**



Kerangka dasar teori adalah teori-teori yang dipergunakan di dalam melakukan penelitian sehingga kegiatan ini menjadi jelas, sistematis, dan ilmiah. Selain itu, penulis pun di sini memaparkan pula definisi lain dari teori menurut para ahli disertai pula dengan definisi dari Kebijakan Publik, Implementasi Kebijakan, Rancangan Umum Tata Ruang Kota, dan Reklame. Adapun definisinya sebagai berikut: Menurut Masri Singarimbun dan Sofyan Effendi,

“Teori adalah Serangkaian asumsi, konsep, definisi, dan proposisi untuk menerangkan suatu fenomena sosial secara sistematis dengan cara merumuskan hubungan antara konsep”.<sup>4</sup>

Sedangkan menurut Koentjoroningrat,

“Teori merupakan Pernyataan mengenai sebab akibat atau mengenai adanya suatu hubungan positif antara gejala-gejala yang diteliti di satu atau beberapa faktor tertentu dalam masyarakat.”<sup>5</sup>

Berbeda dengan pendapat dari Sarlito Wirawan Sarwono, yang mengatakan bahwa “teori merupakan serangkaian hipotesa atau proposisi yang saling berhubungan tentang suatu gejala atau fenomena atau sejumlah gejala.”<sup>6</sup>

Dari ketiga definisi tersebut di atas maka dapat disimpulkan bahwa teori merupakan sarana pokok yang mengatakan hubungan sistematis antara fenomena sosial maupun alami yang hendak diteliti, sedangkan teori-teori yang digunakan tersebut sebagai dasar atau pijakan dalam penelitian yang penulis lakukan.

### 1. Kebijakan Publik

Kebijakan publik merupakan keputusan untuk semua orang dalam hal ini pengertian publik adalah umum. Dalam pengambilan keputusan ini melalui proses dan pemilihan alternatif-alternatif yang cukup banyak dengan menimbang segala akibat yang ditimbulkan dari keputusan tersebut.

Menurut Carl Friedrich Kebijakan adalah:

<sup>4</sup> Masri Singarimbun dan Sofyan Effendi, *Metode Penelitian Sosial*, LP3ES, Jakarta, 1983, hal. 37.

<sup>5</sup> Koentjoroningrat, *Metode-metode Penelitian Masyarakat*, PT. Gramedia, Jakarta, 1997, hal. 9.

<sup>6</sup> Sarlito W.S., *Teori-teori Psikologi Sosial*, PT. Raja Grafindo Persada, Jakarta, 1995, hal. 4.

“Suatu tindakan yang mengarah pada tujuan yang diusulkan oleh seorang, kelompok atau pemerintah dalam lingkungan tertentu sehubungan dengan adanya hambatan-hambatan tertentu seraya mencari peluang-peluang untuk mencari tujuan atau mewujudkan sasaran yang diinginkan”.<sup>7</sup>

Menurut Bill Jenkins Kebijakan adalah:

“Sekelompok keputusan yang diambil oleh seorang aktor politik atau sekelompok aktor menyangkut pemilihan tujuan tertentu dimana keputusan-keputusan ini, pada prinsipnya harus berada dalam rentang kesanggupan aktor-aktor ini untuk mewujudkannya”.<sup>8</sup>

Segala sesuatu yang menjadi keputusan pemerintah dapat dikatakan suatu kebijakan yang mempunyai tujuan awal yang mulia yaitu mensejahterakan rakyat. Tetapi pada kenyataannya di lapangan kebijakan lebih banyak menguntungkan penguasa dan melalaikan kepentingan rakyat. Kebijakan publik merupakan janji maupun upaya jawaban dari penguasa terhadap tuntutan rakyat akan kebaikan nasib mereka. Karena masyarakat umumnya memerlukan kebijakan yang tepat. Untuk mendapatkan keputusan atau kebijakan yang baik perlu mengadakan observasi terhadap masalah yang dihadapi, hal ini ditempuh untuk ketetapan sasaran.

#### a. Ciri-ciri Kebijakan Publik

*Pertama*, kebijakan negara lebih merupakan tindakan yang mengarah tujuan daripada sebagai pelaku atau tindakan yang serba acak dan kebetulan. *Kedua*, kebijakan pada hakekatnya terdiri atas tindakan-tindakan yang saling berkaitan dan berpola yang mengarah pada tujuan

<sup>7</sup> Carl Friedrich, dalam Solikhin Abdul Wahab, *Analisis Kebijakan dari Formulasi ke Implementasi Kebijakan Negara*, Bina Aksara, Jakarta, 1977, hal 3

<sup>8</sup> Bill Jenkins, dalam Michael Hill, *The Policy Process, Harvester Wheatsheaf*, New York, 1993, (Diterjemahkan oleh Muhammad Zaenuri dalam Proses Formulasi Kebijakan Publik).

tertentu yang dilakukan oleh pejabat-pejabat pemerintah dan bukan merupakan keputusan-keputusan yang berdiri sendiri. *Ketiga*, kebijakan bersangkutan dengan apa yang sengaja dilakukan pemerintah dalam bidang-bidang tertentu misalnya dalam mengatur perdagangan, penanganan inflasi, dan berkaitan dengan unsur masyarakat atau rakyat. *Keempat*, kebijakan negara kemungkinan positif mungkin juga negatif. Dalam bentuk yang positif, kebijakan negara mungkin akan mencakup beberapa bentuk tindakan pemerintah yang dimaksudkan untuk menangani masalah-masalah tertentu, sementara dalam bentuk yang negatif. Kemungkinan meliputi keputusan-keputusan pejabat-pejabat pemerintah untuk tidak bertindak atau tidak melakukan apapun dalam masalah-masalah dimana campur tangan pemerintah justru diperlukan.<sup>9</sup>

Kebijakan publik lebih merupakan keputusan pemerintah selaku institusi atau sebagai lembaga dan bukan merupakan keputusan individu-individu yang duduk di dalam pemerintahan. Tapi tidak sedikit dari sebuah keputusan individu yang duduk di pemerintahan di atas dinamakan kebijakan publik yang bertujuan menguntungkan diri pribadi.

#### **b. Tipe-tipe Model Kebijakan**

Setiap orang menggunakan model secara konstan. Setiap orang dalam kehidupan pribadinya dan bisnisnya secara khusus menggunakan model

---

<sup>9</sup> Carl Friedrich, Dalam Solikhin Abdul Wahab, *Analisis Kebijakan dari Formulasi ke Implementasi Kebijakan Negara*, Bina Aksara, Jakarta, 1977, hal 7.

untuk membuat keputusan. Adapun model-model kebijakan publik sebagai berikut:

### 1. Model Deskriptif

Model-model kebijakan dapat dibandingkan dan dikonstruksikan dari berbagai dimensi yang paling penting diantaranya adalah membantu membedakan tujuan. Bentuk ekspresi dan fungsi metodologis dan model. Dua bentuk utama model kebijakan adalah deskriptif dan normatif. Tujuan model deskriptif adalah menjelaskan dan atau memprediksikan sebab dan konsekwensi-konsekwensi dari pilihan-pilihan kebijakan.

### 2. Model Normatif

Sebaliknya, tujuan model normatif bukan hanya untuk menjelaskan dan atau memprediksikan tetapi juga memberikan dalil dan rekomendasi untuk mengoptimalkan pencapaian beberapa (*utility*) diantara beberapa jenis model-model normatif yang membantu menentukan tingkat kapasitas pelayanan yang optimal (model antri), waktu pelayanan dan waktu yang optimal (model pengganti), pengatur volume dan waktu yang optimum (model inventaris) dan keuntungan yang optimum pada investasi publik (model biaya – manfaat). Masalah-masalah keputusan normatif biasanya dalam bentuk: mencari nilai-nilai variabel yang terkontrol (kebijakan) yang akan menghasilkan manfaat yang terbentur (nilai) sebagaimana terukur dalam variabel keluaran yang rendah diubah

### 3. Model Verbal

Model verbal (verbal model), diekspresikan dalam bahasa sehari-hari, bukannya bahasa logika simbolis dan matematika, dan mirip dengan yang kita terangkan sebelumnya sebagai masalah-masalah substantif. Dalam menggunakan model verbal analisis bersandar pada penilaian nalar menghasilkan argumen kebijakan, bukannya dalam bentuk nilai-nilai angka pasti.

### 4. Model-simbolis

Model simbolis menggunakan simbol-simbol matematis untuk menerangkan hubungan diantara variabel-variabel kunci yang dipercaya meniru suatu masalah.

### 5. Model Prosedural

Model prosedural (prosedural model) menampilkan hubungan yang dinamis diantara variabel-variabel yang diyakini menjadi ciri suatu masalah kebijakan. Prediksi-prediksi dan solusi optimal diperoleh dengan mensimulasikan dan meneliti seperangkat hubungan yang mungkin yang tidak dapat diterangkan secara baik karena data-data yang diperlukan tidak tersedia.

### 6. Model sebagai pengganti dan Prespektif

Dimensi terakhir yang paling penting dari model kebijakan berhubungan dengan asumsi mereka. Model kebijakan lepas dan tujuan atau bentuk ekspresinya dapat dipandang sebagai pengganti (*surrogest*) atau sebagai (*perspektif*)<sup>10</sup>

## 7. Model Teori Pilihan Kolektif

Pentingnya tujuan dalam kebijakan negara hampir tidak dipungkiri. Yang penting dalam pengambilan keputusan publik adalah pilihan nilai-nilai yang akan digunakan untuk mengukur struktur program <sup>11</sup>

## 8. Model Pilihan Publik

Maksud dari teori pilihan publik adalah tentang determinasi kebijakan untuk menolak setiap pandangan tradisional semacam itu sebagai upaya mengejar kepentingan publik. <sup>12</sup>

## 2. Implementasi Kebijakan

Implementasi merupakan proses kegiatan antar aktor yang terlibat. Implementasi bukanlah merupakan proses mekanis dimana sikap aktor akan secara otomatis melakukan apa saja yang seharusnya dilakukan. Sesuai apa yang diformulasikan dalam kebijakan, Hal tersebut sesuai dengan pendapat Muhajir Darwin yang mengemukakan :

Proses implementasi bukanlah proses mekanisme dimana setiap aktor akan secara otomatis melakukan apa saja yang seharusnya dilakukan sesuai dengan skenario pembuat kebijakan, tetapi merupakan proses kegiatan yang acap kali rumit, diwarnai pembenturan kepentingan antar aktor yang terlibat baik sebagai administrator, petugas lapangan atau kelompok sasaran. <sup>13</sup>

<sup>11</sup> Karl D. Jackson, Dalam John Anderson, *Bisnis and Politics*, bab II Oxford University Press, Singapore 1992 (diterjemahkan Muhammad Zaenuri dalam Proses dan Formulasi Kebijakan Publik), hal 38

<sup>12</sup> *Ibid*, hal 44

<sup>13</sup> Michelle Damuis, *Hasil Loka Kerja Analisis Kebijakan Sosial UGM*, Yogyakarta, 1992

Akan tetapi banyak sekali kebijaksanaan yang didasarkan pada ide-ide yang kelihatannya sangat layak akan tetapi ternyata menemui kesulitan ketika harus dipraktekkan di dalam lapangan. Selama proses implementasi beragam interpretasi dan asumsi atas tujuan, target dan strategi pencapaian tujuan dapat berkembang bahkan dalam lembaga implementasi selalu melakukan diskresi atau keleluasaan dalam mengimplementasikan kebijaksanaan. Hal ini dilakukan karena kondisi sosial ekonomi maupun politik masyarakat yang tidak memungkinkan sehingga kebijakan yang seharusnya tinggal dilaksanakan akhirnya banyak menimbulkan penundaan, penyalahgunaan wewenang atau penyimpangan arah kebijaksanaan.

Dalam mencapai keberhasilan pelaksanaan sebuah kebijakan tidak terlepas dari penggunaan sarana-sarana yang terpilih, seperti yang dikatakan oleh Hoogerwerf : Pelaksanaan kebijakan dapat didefinisikan sebagai penggunaan sarana-sarana yang dipilih.<sup>14</sup>

Jadi yang perlu diperhatikan dalam pelaksanaan kebijakan adalah tindakan-tindakan seperti umpamanya tindakan-tindakan yang sah/pelaksanaan suatu rencana yang sudah ditetapkan dalam kebijakan suatu program kebijakan meliputi penyusunan acara tertentu dari tindakan-tindakan yang harus dijalankan, umpamanya dalam bentuk tata cara yang harus diikuti di dalam pelaksanaan patokan-patokan yang harus disediakan pada keputusan-keputusan pelaksanaan/ proyek. Proyek yang konkrit yang akan dilaksanakan

---

<sup>14</sup> Hoogerwerf, *Ilmu Pemerintahan*, Erlangga, 1983, hal 157.

dalam suatu jangka waktu tertentu yang pada akhirnya berpengaruh terhadap dampak yang diharapkan maupun yang tidak diharapkan.

Berikut ini adalah model implementasi kebijakan menurut Paul A. Sabatier dan Model Van Meter dan Van Horn.

a. Model Daniel Masmanian dan Paul A Sabatier

Menurut Daniel Masmanian dan Paul A Sabatier bahwa peran penting dari analisis implementasi kebijakan negara adalah mengidentifikasi variabel-variabel yang mempengaruhi tercapainya tujuan-tujuan formal pada keseluruhan proses implementasi. Variabel-variabel yang dimaksud dapat diklasifikasikan menjadi tiga kategori besar, yaitu:

1. Mudah tidaknya masalah yang digarap, dikendalikan.
2. Kemampuan keputusan kebijakan untuk menstrukturisasikan secara tepat proses implementasinya.
3. Pengaruh langsung berbagai variabel politik terhadap keseimbangan dukungan bagi tujuan yang termuat dalam keputusan kebijaksanaan tersebut.

Menurut Masmanian dan Sabatier, ada dua persoalan mendasar dalam implementasi kebijakan, yaitu kebijakan dan lingkungan kebijakan, menganggap bahwa suatu implementasi akan efektif bila birokrasi pelaksanaannya mematuhi apa yang telah digariskan oleh peraturan, sehingga model ini disebut model top down<sup>15</sup>.

Lebih lanjut dijelaskan variabel di luar kebijakan yang mempengaruhi proses implementasi adalah:

---

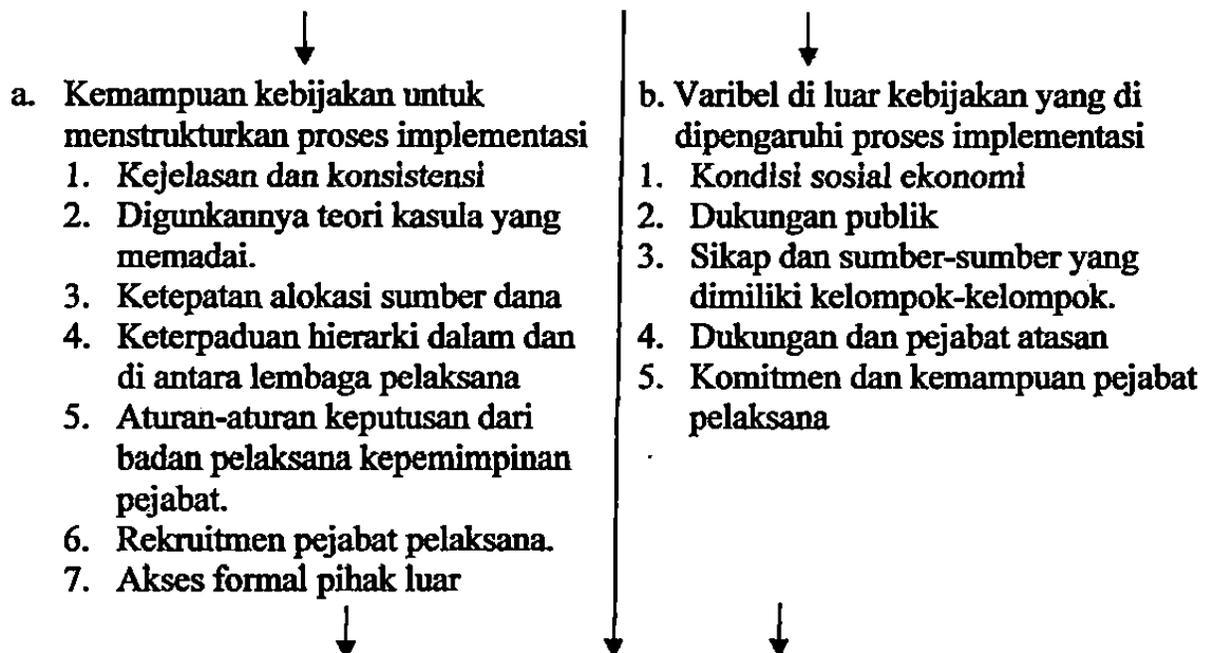
<sup>15</sup> Samudera Wibawa, Kebijakan Publik dan Analisa, Intermedia. Jakarta. 1991. hal.25

1. Kondisi sosial ekonomi dan teknologi.
2. Dukungan publik
3. Sikap dan sumber-sumber yang dimiliki kelompok-kelompok.
4. Dukungan dari pejabat atasan.
5. Komitmen dan kemampuan kepemimpinan pejabat pelaksana

**Gambar 1**  
**Model Implementasi Kebijakan Menurut Masmanian dan Sabatier**

Mudah/ tidaknya suatu masalah-masalah dikendalikan:

1. Kesukaran-kesukaran teknis keragaman perilaku kelompok sasaran.
2. Prosentasi kelompok sasaran dibanding jumlah penduduk
3. Ruang lingkup perubahan perilaku yang diinginkan.



c. tahap-tahap dalam proses implementasi (variabel tergantung)

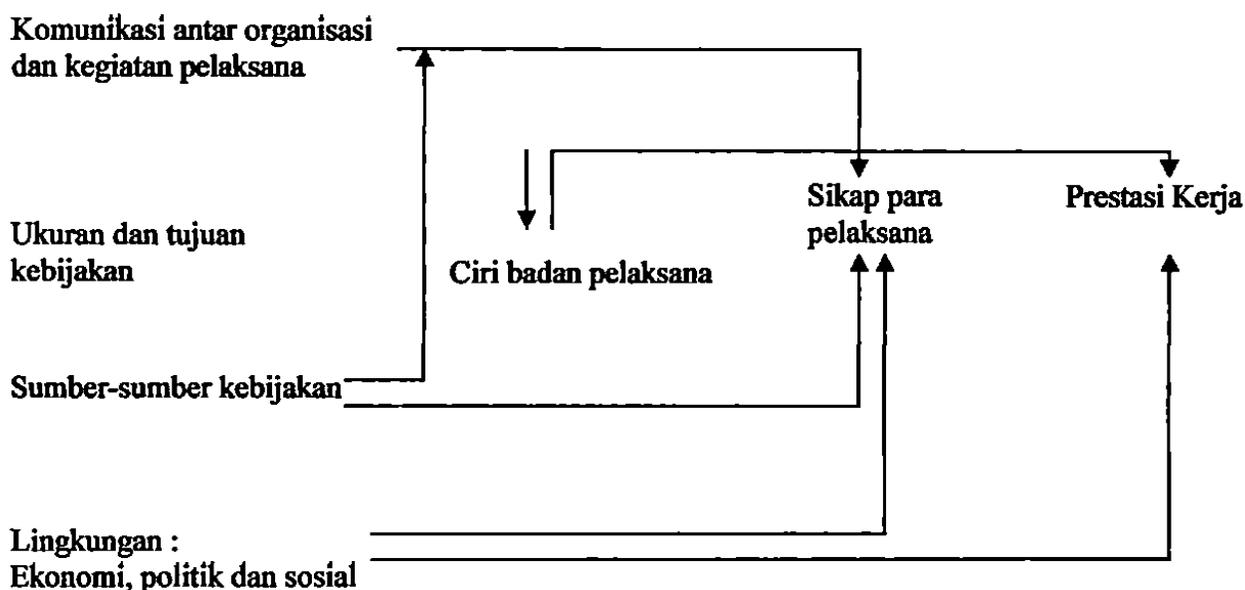
Output kebijakan Badan Pelaksana	Kesediaan Kelompok susunan Memenuhi output kebijakan	Dampak nyata Output kebijakan	Dampak output Kebijakan sebagai persepsi	Perbaikan Mendasar dalam UU
----------------------------------	--	-------------------------------	--	-----------------------------

## b. Model Van Meter dan Van Horn

Van Meter dan Van Horn mengungkapkan bahwa variabel-variabel kebijakan bersangkutan paut dg tujuan-tujuan yang telah digariskan dan sumber yang tersedia. Pusat perhatian pada bahan-bahan pelaksana meliputi sumber yang tersedia. Pusat perhatian pada bahan-bahan meliputi baik organisasi formal maupun informal, sedangkan komunikasi antar hubungan di dalam lingkungan sistem politik dan dengan kelompok-kelompok sasaran, akhirnya pusat perhatian adalah sikap para pelaksana mengantarkan pada telaah mengenai orientasi dari mereka yang mengoperasionalkan program di lapangan<sup>16</sup>.

Untuk lebih jelas model dari Van Meter dan Van Horn adalah sebagai berikut:

Gambar 2  
Model implementasi kebijakan menurut Van Meter dan Van Horn



(Sumber : Samudera Wibawa, 1991 : 23)

<sup>16</sup> Samudera Wibawa, 1991, *Kebijakan Publik dan Analisis Intermedia*, Jakarta, hlm 66

Apabila pelaksanaan suatu kebijakan menemui kegagalan dalam arti tujuan tidak tercapai sesuai dengan yang diharapkan, maka timbullah pertanyaan tentang sebab-sebabnya. Pengetahuan tentang sebab-sebab itu dapat memberikan jawaban bagaimana seharusnya kebijaksanaan itu dilaksanakan.

Agar pelaksanaan kebijakan dapat mencapai tujuan dan maksud yang telah ditetapkan, maka seharusnya memperhatikan aspek-aspek pelaksanaan kebijakan yang harus dipatuhi. Dalam hal ini Hoogerwef mengutip pendapat Marse yang menyatakan :

Sebab musabab kegagalan suatu kebijakan ada sangkut pautnya dengan isi kebijakan yang harus dilaksanakan, tingkat informasi dari aktor-aktor yang terlibat dalam pelaksanaan, banyaknya dukungan dari pelaksanaan kebijaksanaan yang harus dilaksanakan dan pembagian potensi-potensi yang ada.<sup>17</sup>

Implementasi kebijakan merupakan tahapan yang paling sulit dilakukan, sehingga untuk mewujudkan proses implementasi kebijakan dengan baik bukanlah pekerjaan yang mudah. Kesulitan dalam implementasi juga seringkali disebabkan adanya perbedaan kepentingan pada masing-masing jenjang pemerintahan, misalnya antara daerah Kabupaten/Kota dan daerah Propinsi. Dalam usaha memahami pelaksanaan kebijakan perlu diidentifikasi mengenai faktor-faktor yang akan mempengaruhi proses pelaksanaan kebijakan. Implementasi kebijakan banyak ditentukan oleh para pelaksana dan prosedur implementasi dalam organisasi.

---

<sup>17</sup> *Ibid*, hal 6

Dengan melihat berbagai pendapat dari para ahli tentang implementasi kebijakan seperti yang diuraikan diuraikan di muka terdapat beberapa kesamaan dalam pendekatan implementasi. Hal ini terlihat karena ada elemen yang sama sekali terminologi yang dikemukakan berlainan.

Suatu implementasi tentunya mempunyai tujuan untuk memperoleh keberhasilan jika memenuhi lima kriteria keberhasilan. Menurut Nakamura memiliki tujuan sebagai berikut<sup>18</sup>:

- a. Pencapaian tujuan kebijakan
- b. Efisien
- c. Kepuasan kelompok sasaran
- d. Daya tanggap klien
- e. Sistem pemeliharaan

Setiap implementasi dikatakan berhasil jika mencapai tujuan yang diharapkan atau memperoleh hasil. Karena pada prinsipnya suatu kebijaksanaan dibuat adalah untuk memperoleh hasil yang diinginkan yang dapat dinikmati atau dirasakan manfaatnya oleh masyarakat.

Efisiensi kebijaksanaan berkaitan dengan keseimbangan antara biaya atau dana yang dikeluarkan, waktu pelaksanaan, sumber daya manusia yang digunakan dan kualitas pelaksanaan kebijakan. Kepuasan kelompok sasaran memberi nilai arti pada pelaksanaan program karena kelompok sasaran inilah yang terkena dampak langsung dari program yang dilaksanakan.

---

<sup>18</sup> Selihir Webber, *Analisis Kebijakan: Dari Formulasi ke Implementasi Kebijaksanaan Negara*, Bumi

Partisipasi dan peran serta aktif dari masyarakat merupakan daya tanggap yang positif untuk mendukung keberhasilan kebijakan karena masyarakat, ikut memiliki terhadap kebijakan dan ikut bertanggung jawab dengan berhasil tidaknya suatu kebijakan diimplementasikan. Sistem pemeliharaan dimaksudkan untuk keberlangsungan dan kelancaran suatu kebijakan yang dilaksanakan. Dengan pemeliharaan yang intensif dan kontinyu maka suatu kebijakan akan lebih mudah diimplementasikan.

Edward III<sup>19</sup> mengungkapkan bahwa ada empat hal yang mempengaruhi keberhasilan implementasi kebijakan yaitu:

1. Komunikasi, sebagai upaya penyampian suatu pesan dari komunikator sehingga menimbulkan dampak tertentu terhadap komunikan. Dalam implementasi kebijakan komunikasi difungsikan untuk menghubungkan antar aparat pelaksana ataupun penyampaian pesan dari pemerintah kepada publik.
2. Sumber daya, dukungan sumber daya sangat diperlukan untuk implementasi kebijakan. Dimana sumber daya tersebut berupa sumber daya manusia (SDM) sebagai pelaksana kebijakan atau sumber dana untuk mendukung kelancaran pelaksanaan kebijakan yang mutlak diperlukan.
3. Sikap pelaksana, sikap dari pelaksana ikut menentukan terlaksana atau tidaknya suatu kebijakan mengingat peranannya sebagai implementor

---

<sup>19</sup> Ibid. hal. 47

sehingga kemampuan dari aparat pelaksana perlu ditingkatkan sehingga keberhasilan kebijakan dapat lebih mudah tercapai.

4. Organisasi pelaksana, sebagai wadah untuk menjalankan dan mengkoordinasikan setiap pelaksana dan jelas atau tidaknya suatu kebijakan.

Menurut Van Meter dan Van Horn<sup>20</sup> faktor-faktor yang mempunyai pengaruh terhadap implementasi kebijakan adalah:

1. Sasaran dan standar kebijakan

Suatu kebijakan haruslah memiliki sasaran dan standar yang akan dicapainya. Standar dan sasaran menjelaskan rincian tujuan kebijaksanaan secara menyeluruh. Melalui penentuan standar dan sasaran akan diketahui keberhasilan-keberhasilan yang telah dicapai.

2. Sumber Daya

Kebijakan menentu ketersediaan sumber daya yang akan memperlancar implementasi. Sumber daya dapat berupa dan intensif lain yang akan mendukung implementasi secara efektif.

3. Pola komunikasi inter organisasi yang jelas

Implementasi yang efektif selalu akan menuntut standar dan sasaran kebijakan yang jelas. Kejelasan itu ditunjang dengan pola komunikasi inter organisasi yang jelas sehingga tujuan yang akan dicapai tersebut

Berkaitan dengan karakteristik birokrasi pelaksana meliputi norma, dan pola hubungan yang potensial maupun aktual sangat berpengaruh terhadap keberhasilan implementasi.

#### 5. Kondisi sosial, ekonomi dan politik

Menurut model ini, kondisi sosial, ekonomi dan politik juga berpengaruh terhadap efektif implementasi kebijakan.

Disamping itu implementasi kebijakan banyak pula dipengaruhi oleh isi atau muatan kebijakan dan konteks politik atau karakteristik rezim atau sistem politik atau lingkungan organisasi yang dapat menjadi faktor-faktor pendukung maupun penghambat pelaksanaan kebijakan itu. Banyak contoh diberbagai macam organisasi dimana penerapan kebijakan gagal karena isi kebijakan yang kurang mencerminkan kepentingan dan kebutuhan stakeholders organisasi. Banyak contoh pula penerapan kebijakan yang gagal karena konteks atau lingkungan yang lebih memberi kekuasaan kepada sekelompok elit untuk mengambil keuntungan sendiri dari kebijakan itu. Jadi pelaksanaan kebijakan banyak dipengaruhi oleh isi kebijakan (*content*) dan lingkungan (*contex*) yang dapat mendukung ataupun menghambat pelaksanaan kebijakan itu.

Selanjutnya Grindle merinci masing-masing faktor utama tersebut dalam berbagai faktor yang lebih spesifik. *Content of Policy* terdiri dari beberapa faktor yaitu, *pertama*, kepentingan yang dipengaruhi (*interest affected*) oleh kebijakan yang bersangkutan. Jika kebijakan sesuai dengan kepentingan masyarakat maka akan mudah diimplementasikan sesuai dengan kepentingan masyarakat (*implementable*). Sebaliknya jika bertentangan dengan kepentingan kelompok masyarakat tertentu, maka akan sulit

diimplementasikan (*unimplementation*); *kedua*, tipe manfaat diperoleh dari kebijakan (*type of benefits*). Tingkat keberhasilan kebijakan dipengaruhi oleh kejelasan dari manfaatnya. Jika kebijakan tersebut bermanfaat bagi masyarakat, terutama bila manfaatnya jelas dan dapat segera dinikmati maka akan implementable ; *ketiga*, luasnya perubahan yang diharapkan (*extent of change envisioned*). Semakin banyak perubahan yang dirasakan oleh kelompok sasaran untuk mengadopsi suatu program, maka semakin sulit program itu diimplementasikan; *keempat*, pusat-pusat pengambilan keputusan (*site of decision making*). Kebijakan akan implementable bila pengambilan keputusan melibatkan sedikit pelaku (sentralis/pusat) dan sebaiknya menjadi unimplementable bila dilakukan di banyak tempat dan oleh banyak pelaku ; *kelima*, pelaksana-pelaksana kebijakan (*implementators*). Sebagai kunci mudah sulitnya implementasi adalah implementator program. Bila didukung oleh implementor yang berkemampuan memadai dalam jumlah yang cukup dan komitmen tinggi, maka kebijakan tersebut akan implementable; *keenam*, sumber-sumber yang digunakan (*resources comitted*). Modal, tanah, peralatan, teknologi dan sumber daya lainnya turut mempengaruhi proses implementasi.

*Context of Policy* meliputi 3 faktor penting yaitu, *pertama*, kekuasaan, kepentingan dan strategi dari aktor-aktor yang terlibat. (*power, interest and strategies of actors involved*). Implementasi kebijakan dilaksanakan dalam suatu sistem politik tertentu yang melibatkan banyak kepentingan, baik di pusat maupun di daerah, di lingkungan politisi, birokrat, kekuatan-kekuatan sosial atau bisnis dalam masyarakat. Masing-masing dalam kadar tertentu memiliki kekuasaan dan strategi sendiri-sendiri untuk memperjuangkan kepentingan-kepentingan mereka. Masing-masing kepentingan tersebut

seringkali bertentangan antara satu dengan yang lain sehingga terjadi konflik kepentingan. Oleh karena itu “siapa mendapat apa” akan ditentukan oleh kekuatan dan strategi masing-masing pihak dalam upaya meraih kepentingan-kepentingannya; *kedua*, karakteristik lembaga atau rejim (*institution and regim characteristic*). Kebijakan publik dilaksanakan dalam suatu sistem politik tertentu dan sistem ekonomi tertentu. Lembaga pelaksana juga mempunyai karakteristik tertentu yang bervariasi dalam hal tingkat profesionalisme, misi dan orientasi dan sebagainya. Semua ini saling berinteraksi membentuk lingkungan yang ikut mempengaruhi proses implementasi kebijakan. Oleh karena itu karakteristik lembaga dan rezim serta interaksi berbagai kepentingan yang terjadi harus mendapat perhatian dalam analisis implementasi; *ketiga*, ketaatan dan daya tanggap (*compliance and responsiveness*). Keberhasilan implementasi kebijakan banyak ditentukan oleh konsistensi dan ketaatan para pelaksana kebijakan terhadap tujuan yang telah ditetapkan serta daya tanggap atau (*responsiveness*) untuk memenuhi kebutuhan publik. Hal ini dapat dilihat dari bagaimana para aparat pelaksana mau dan mampu memahami tuntutan masyarakat, peka terhadap ketidakadilan dan ketidakpuasan yang berkembang di masyarakat serta berusaha melakukan penyesuaian terhadap perkembangan kebutuhan masyarakat.

Berbagai pendapat lain tentang faktor-faktor yang mempengaruhi keberhasilan implementasi juga dikemukakan oleh beberapa ahli Van Meter dan Van Horn mengemukakan bahwa standar dan tujuan kebijakan, sumber daya kebijakan, komunikasi antar organisasi dan pelaksana kegiatan, karakteristik pelaksana, kondisi sosial, ekonomi dan politik serta disposisi pelaksana dalam faktor-faktor yang berpengaruh terhadap keberhasilan implementasi. Keberhasilan suatu kebijakan dapat dilihat dari performansi

kebijakan tersebut. Performasi kebijakan itu sendiri meliputi pencapaian tujuan, peningkatan kemampuan pemerintah di unit-unit lokal untuk merencanakan dan memobilisasi sumber daya, peningkatan partisipasi masyarakat serta peningkatan akses fasilitas pemerintah.<sup>21</sup>

### **3. Program Jamkesmas**

Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas) adalah program bantuan sosial untuk pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin dan tidak mampu yang diselenggarakan secara nasional, agar terjadi subsidi silang dalam rangka mewujudkan pelayanan kesehatan yang menyeluruh bagi masyarakat miskin. Upaya pelaksanaan Jamkesmas merupakan perwujudan pemenuhan hak rakyat atas kesehatan dan amanat Undang–Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN), dan merupakan salah satu komitmen pemerintah dalam pembangunan kesehatan di Indonesia. Namun karena hingga saat ini peraturan pelaksana dan lembaga yang harus dibentuk berdasarkan Undang–Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) belum terbentuk, Departemen Kesehatan mengeluarkan kebijakan program jaminan kesehatan untuk masyarakat miskin sebagai wujud pemenuhan hak rakyat atas kesehatan tersebut. Pelaksanaan kebijakan Jamkesmas dituangkan dalam Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 125/Menkes/SK/II/2008 tentang Pedoman Penyelenggaraan Program

Program Jamkesmas, sebagai salah satu program unggulan Departemen Kesehatan, telah dilaksanakan sejak tahun 2005 dengan jumlah peserta 36,1 juta penduduk miskin. Untuk tahun 2007 dan 2008, jumlah penduduk miskin dan hampir miskin yang dijamin pemerintah terus meningkat hingga menjadi 76,4 juta jiwa. Peningkatan pemanfaatan program Jamkesmas menunjukkan bahwa tujuan program tersebut telah tercapai.

Penamaan program Jamkesmas mengalami berbagai bentuk perubahan. Awalnya, sebelum program ini menjadi regulasi yang diamanatkan dalam Undang-Undang Nomor 23 Tahun 1992 tentang Kesehatan, berbagai upaya memobilisasi dana masyarakat dengan menggunakan prinsip asuransi telah dilakukan antara lain dengan program Dana Upaya Kesehatan Masyarakat (DUKM). Dengan memobilisasi masyarakat diharapkan mutu pelayanan kesehatan dapat ditingkatkan tanpa harus meningkatkan anggaran pemerintah. Konsep yang ditawarkan adalah secara perlahan pembiayaan kesehatan harus ditanggung masyarakat sementara pemerintah akan lebih berfungsi sebagai regulator. Program DUKM secara operasional dijabarkan dalam bentuk Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat (JPKM).

Untuk menjamin akses penduduk miskin terhadap pelayanan kesehatan, sejak tahun 1998 pemerintah melaksanakan berbagai upaya pemeliharaan kesehatan penduduk miskin. Bermula dengan pengembangan Program Jaring Pengaman Sosial Bidang Kesehatan (JPS-BK) Tahun 1998-2001, Program Dampak Pengurangan Subsidi Energi (PDPSE) tahun 2001

dan Program Kompensasi Pengurangan Subsidi Bahan Bakar Minyak (PKPS-BBM) Tahun 2002-2004.

Dalam Amandemen Keempat UUD 1945 yang disetujui dalam Sidang Umum MPR Tanggal 11 Agustus 2002, telah berhasil meletakkan pondasi pembiayaan dengan sistem jaminan, yang tertera dalam Pasal 34 (2) yaitu negara diberi tugas untuk mengembangkan jaminan sosial bagi seluruh rakyat. Dua tahun kemudian, tepatnya Tanggal 19 Oktober 2004 disahkan Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN), yang memberi landasan hukum terhadap kepastian perlindungan dan kesejahteraan sosial bagi seluruh rakyat Indonesia. Jaminan sosial yang dimaksud di dalam Undang-Undang SJSN adalah perlindungan sosial untuk menjamin seluruh rakyat agar dapat memenuhi kebutuhan dasar hidupnya yang layak, termasuk diantaranya adalah kesehatan. Namun sampai saat ini sistem jaminan sosial yang diamanatkan dalam undang-undang tersebut masih belum berjalan karena aturan pelaksanaannya belum ada.

Pada Tahun 2005, pemerintah meluncurkan program jaminan kesehatan bagi masyarakat miskin dan tidak mampu yang dikenal dengan nama program Asuransi Kesehatan Masyarakat Miskin (Askeskin). Penyelenggara program adalah PT Askes (Persero), yang ditugaskan Menteri Kesehatan berdasarkan Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 1241/Menkes/SK/XI/2004 tentang Penugasan PT Askes (Persero) dalam Pengelolaan Program Pemeliharaan Kesehatan bagi Masyarakat Miskin.

Program ini merupakan bantuan sosial yang diselenggarakan dalam skema asuransi kesehatan sosial.

Setelah dilakukan evaluasi dan dalam rangka efisiensi dan efektivitas, maka pada tahun 2008 dilakukan perubahan dalam sistem penyelenggaraannya. Perubahan pengelolaan program tersebut adalah dengan pemisahan fungsi pengelola dengan fungsi pembayaran, yang didukung dengan penempatan tenaga verifikator di setiap rumah sakit. Nama program tersebut juga berubah menjadi Jaminan Pelayanan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas).

Penyelenggaraan pelayanan kesehatan masyarakat miskin dilakukan dengan mengacu pada prinsip-prinsip asuransi :

1. Pengelolaan dana amanat dan nirlaba dengan pemanfaatan hanya untuk peningkatan kesehatan masyarakat miskin.
2. Pelayanan kesehatan bersifat menyeluruh (komprehensif) sesuai dengan standar pelayanan medik yang cost effective dan rasional.
3. Pelayanan kesehatan dilakukan dengan prinsip terstruktur dan berjenjang.
4. Pelayanan kesehatan diberikan dengan prinsip portabilitas dan ekuitas.
5. Pengelolaan program dilaksanakan secara transparan dan akuntabel.

Dengan pertimbangan untuk mengendalikan pelayanan kesehatan, peningkatan mutu, transparansi dan akuntabilitas, serta mengingat keterbatasan pendanaan, pengelolaan program Jamkesmas tahun 2008 dilakukan langsung oleh Departemen Kesehatan. Pergantian pihak pengelola dengan tahun-tahun sebelumnya menyebabkan terjadinya perubahan-perubahan dalam

pelaksanaannya, sehingga mekanisme pelaksanaan Program Jamkesmas tahun 2008 sebagai berikut:

#### 1. Kepesertaan Jamkesmas

Peserta Program Jamkesmas adalah setiap orang miskin dan tidak mampu yang terdaftar dan memiliki kartu dan berhak mendapatkan pelayanan kesehatan. Jumlah sasaran peserta sebesar 19,1 juta Rumah Tangga Miskin (RTM) atau sekitar 76,4 juta jiwa.

Jumlah tersebut berdasarkan data Badan Pusat Statistik (BPS) tahun 2006, yang dijadikan dasar penetapan jumlah sasaran peserta secara nasional oleh Menkes. Berdasarkan Jumlah Sasaran Nasional tersebut Menkes membagi alokasi sasaran kuota Kabupaten/Kota. Bupati/Walikota wajib menetapkan peserta Jamkesmas Kabupaten/Kota dalam satuan jiwa berisi nomor, nama dan alamat peserta dalam bentuk Keputusan Bupati/Walikota. Administrasi kepesertaan Jamkesmas meliputi: registrasi, penerbitan dan pendistribusian kartu kepada peserta. Untuk administrasi kepesertaan Departemen Kesehatan menunjuk PT Askes (Persero), dengan kewajiban melakukan langkah-langkah sebagai berikut:

a. Data peserta yang telah ditetapkan Pemda, kemudian dilakukan entry oleh PT Askes (Persero) untuk menjadi database kepesertaan di Kabupaten/Kota.

b. Entry data setiap peserta.

c. Berdasarkan database tersebut kemudian kartu diterbitkan dan

- d. PT Askes (Persero) menyerahkan kartu peserta kepada yang berhak, mengacu kepada penetapan Bupati/Walikota dengan tanda terima yang ditanda tangani/cap jempol peserta atau anggota keluarga peserta.
- e. PT Askes (Persero) melaporkan hasil pendistribusian kartu peserta kepada Bupati/Walikota, Gubernur, Departemen Kesehatan, Dinas Kesehatan Propinsi dan Kabupaten/ Kota serta rumah sakit setempat.

## 2. Tatalaksana Pelayanan Kesehatan

Setiap peserta Jamkesmas berhak mendapat pelayanan kesehatan dasar meliputi pelayanan kesehatan rawat jalan (RJ) dan rawat inap (RI), serta pelayanan kesehatan rujukan rawat jalan tingkat lanjutan (RJTL), rawat inap tingkat lanjutan (RITL) dan pelayanan gawat darurat.

Pelayanan kesehatan dalam program Jamkesmas menerapkan pelayanan berjenjang berdasarkan rujukan dengan ketentuan sebagai berikut:

- a. Pelayanan rawat jalan tingkat pertama diberikan di Puskesmas dan jaringannya. Pelayanan rawat jalan lanjutan diberikan di Balai Kesehatan Mata Masyarakat (BKMM), Balai Besar Kesehatan Paru Masyarakat (BBKPM), BKPM/BP4/BKIM dan rumah sakit (RS).
- b. Pelayanan rawat inap diberikan di Puskesmas Perawatan dan ruang rawat inap kelas III (tiga) di RS Pemerintah termasuk RS Khusus, RS TNI/POLRI dan RS Swasta yang bekerjasama dengan Departemen Kesehatan. Departemen Kesehatan melalui Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota atas nama Menkes membuat perjanjian kerjasama (PKS)

dengan RS setempat, yang diketahui Kepala Dinas Kesehatan Provinsi meliputi berbagai aspek pengaturan.

- c. Pada keadaan gawat darurat (emergency) seluruh Pemberi Pelayanan Kesehatan (PPK) wajib memberikan pelayanan kepada peserta walaupun tidak memiliki perjanjian kerjasama. Penggantian biaya pelayanan kesehatan diklaimkan ke Departemen Kesehatan melalui Tim Pengelola Kabupaten/Kota setempat setelah diverifikasi sesuai dengan ketentuan yang berlaku pada program ini.
- d. RS/BKMM/BBKPM/BKPM/BP4/BKIM melaksanakan pelayanan rujukan lintas wilayah dan biayanya dapat diklaimkan oleh Pemberi Pelayanan Kesehatan (PPK) yang bersangkutan ke Departemen Kesehatan.

Pelayanan kesehatan RJTL di BKMM/BBKPM/BKPM/ BP4/BKIM dan di Rumah Sakit, serta pelayanan RI di Rumah Sakit yang mencakup tindakan, pelayanan obat, penunjang diagnostik, pelayanan darah serta pelayanan lainnya (kecuali pelayanan haemodialisa) dilakukan secara terpadu sehingga biaya pelayanan kesehatan diklaimkan dan diperhitungkan menjadi satu kesatuan menurut jenis paket dan tarif pelayanan kesehatan peserta Jamkesmas Tahun 2008, atau penggunaan sistem INA-DRG (apabila sudah diberlakukan), sehingga dokter berkewajiban melakukan penegakan diagnosa sebagai dasar pengajuan klaim.

Dalam pelayanan kesehatan bagi peserta Jamkesmas yang dilakukan oleh PPK dilakukan verifikasi, verifikasi terhadap pelayanan di Puskesmas (RJTP, RITP, Persalinan, dan pengiriman spesimen, transportasi dan lainnya) di laksanakan oleh Tim Pengelola Jamkesmas Kabupaten/Kota, sementara pelayanan kesehatan yang dilakukan oleh Rumah Sakit, BKMM/BBKPM/BKPM/BP4/BKIM dilaksanakan oleh Pelaksana Verifikasi.

Verifikasi adalah kegiatan penilaian administrasi klaim yang diajukan PPK yang dilakukan oleh Pelaksana Verifikasi dengan mengacu kepada standar penilaian klaim. Tujuan dilaksanakannya verifikasi adalah diperolehnya hasil pelaksanaan program Jamkesmas yang menerapkan prinsip kendali biaya dan kendali mutu.

Tiap-tiap RS/BKMM/BBKPM/BKPM/BP4/BKIM akan ditempatkan pelaksana verifikasi yang jumlahnya diperhitungkan dari jumlah TT yang tersedia di RS/BKMM/BBKPM/BKPM/BP4/BKIM dan beban kerja. Verifikasi Program Jaminan Kesehatan Masyarakat meliputi: verifikasi administrasi kepesertaan, administrasi pelayanan dan administrasi keuangan.

Pelaksana Verifikasi dalam melaksanakan tugas sehari-hari di RS/BKMM/BBKPM/BKPM/BP4/BKIM berdasarkan beban kerja di bawah koordinasi Tim Pengelola JAMKESMAS Kabupaten/ Kota. Pelaksana verifikasi ditetapkan oleh Kepala Dinas Kesehatan Propinsi atas nama Menteri Kesehatan yang ditugaskan untuk melaksanakan penilaian administrasi klaim yang diajukan PPK, dengan mengacu kepada standar penilaian klaim, dan memproses klaim sesuai dengan hak dan tanggung jawabnya.

Prosedur untuk memperoleh pelayanan kesehatan bagi peserta, sebagai berikut:

- a. Peserta yang memerlukan pelayanan kesehatan dasar berkunjung ke Puskesmas dan jaringannya.
- b. 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.
- c. Apabila peserta Jamkesmas memerlukan pelayanan kesehatan rujukan, maka yang bersangkutan dirujuk ke fasilitas pelayanan kesehatan rujukan disertai surat rujukan dan kartu peserta yang ditunjukkan sejak awal sebelum mendapatkan pelayanan kesehatan, kecuali pada kasus emergency. Pelayanan tersebut meliputi
  - a. Pelayanan rawat jalan lanjutan (spesialistik) di Rumah Sakit, BKMM/ BBKPM /BKPM/BP4/BKIM.
  - b. Pelayanan Rawat Inap kelas III di Rumah Sakit
  - c. Pelayanan obat-obatan
  - d. Pelayanan rujukan spesimen dan penunjang diagnostik

Untuk memperoleh pelayanan rawat jalan di BKMM/BBKPM /BKPM/BP4/BKIM dan RS peserta harus menunjukkan kartu peserta.

Surat Keabsahan Peserta (SKP), dan peserta selanjutnya memperoleh pelayanan kesehatan.

Pelaksanaan program Jamkesmas dilaksanakan sebagai amanah Pasal 28 H ayat (1) Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia, yang menyatakan bahwa "Setiap orang berhak hidup sejahtera lahir dan batin, bertempat tinggal, dan mendapatkan lingkungan hidup yang baik dan sehat serta berhak memperoleh pelayanan kesehatan." Selain itu berdasarkan Pasal 34 ayat (3) Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia dinyatakan bahwa "Negara bertanggung jawab atas penyediaan fasilitas pelayanan kesehatan dan fasilitas pelayanan umum yang layak." Pemerintah menyadari bahwa masyarakat, terutama masyarakat miskin, sulit untuk mendapatkan akses pelayanan kesehatan. Kondisi tersebut semakin memburuk karena mahalnya biaya kesehatan, akibatnya pada kelompok masyarakat tertentu sulit mendapatkan akses pelayanan kesehatan. Untuk memenuhi hak rakyat atas kesehatan, pemerintah, dalam hal ini Departemen Kesehatan telah mengalokasikan dana bantuan sosial sektor kesehatan yang digunakan sebagai pembiayaan bagi masyarakat, khususnya masyarakat miskin.

Dasar hukum penyelenggaraan program Jamkesmas adalah:

1. Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional
2. Undang-Undang Nomor 45 Tahun 2007 tentang APBN Tahun 2008

3. Undang–Undang Nomor 1 Tahun 2004 tentang Perbendaharaan Negara
4. Undang–Undang Nomor 17 Tahun 2003 tentang Keuangan Negara

Jika mencermati peraturan–peraturan tersebut, dapat disimpulkan bahwa penyelenggaraan program Jamkesmas telah sesuai dengan koridor hukum yang berlaku. Menkes memiliki kekuasaan pengelolaan keuangan negara di bidang kesehatan, dan pengelolaan keuangan tersebut diwujudkan dalam bentuk bantuan sosial yang diberikan kepada masyarakat untuk melindungi resiko sosial.

Penetapan keluarga miskin berdasarkan 14 indikator kemiskinan seperti tertuang dalam Peraturan Bupati Sleman nomor 21a Tahun 2008 tentang Indikator Kemiskinan Kabupaten Sleman yaitu :

1. Dalam sehari makan kurang dari 3 kali.
2. Tidak mampu membeli daging atau ikan atau susu satu kali dalam seminggu.
3. Sumber air minum berupa sumur atau mata air tak terlindungi atau sungai atau air hujan.
4. Tidak mampu membeli pakaian baru untuk setiap anggota keluarga satu kali dalam setahun.
5. Luas lantai bangunan tempat tinggal kurang dari 8 meter persegi per orang.

6. Lantai bangunan tempat tinggal terluas berupa tanah

1. Կատարում բանցարանում, որտեղից արձակվելու արևելք

6 ամի

2. Ընդունվելով բանցարանում, որտեղից արձակվելու 8 ամի օրվա ընթացքում  
զանգվածային շարժում

3. Ընդունվելով բանցարանում, որտեղից արձակվելու ամբողջական ժամկետում  
շարժում անց է կացնում

4. Զանգվածային շարժում բանցարանում անց է կացնում, որտեղից արձակվելու  
արձակվելու

5. Ընդունվելով բանցարանում, որտեղից արձակվելու անց է կացնում իր  
արձակվելու

6. Ընդունվելով բանցարանում, որտեղից արձակվելու անց է կացնում

արձակվելու իր արձակվելու արձակվելու արձակվելու արձակվելու

7. Ընդունվելով բանցարանում, որտեղից արձակվելու անց է կացնում իր  
արձակվելու

8. Ընդունվելով բանցարանում, որտեղից արձակվելու անց է կացնում իր  
արձակվելու

9. Ընդունվելով բանցարանում, որտեղից արձակվելու անց է կացնում իր  
արձակվելու

10. Ընդունվելով բանցարանում, որտեղից արձակվելու անց է կացնում իր  
արձակվելու

11. Ընդունվելով բանցարանում, որտեղից արձակվելու անց է կացնում իր  
արձակվելու

12. Ընդունվելով բանցարանում, որտեղից արձակվելու անց է կացնում իր  
արձակվելու

13. Ընդունվելով բանցարանում, որտեղից արձակվելու անց է կացնում իր  
արձակվելու

14. Ընդունվելով բանցարանում, որտեղից արձակվելու անց է կացնում իր  
արձակվելու

15. Ընդունվելով բանցարանում, որտեղից արձակվելու անց է կացնում իր  
արձակվելու

16. Ընդունվելով բանցարանում, որտեղից արձակվելու անց է կացնում իր  
արձակվելու

7. Jenis dinding bangunan terluas berupa bambu atau kayu berkualitas rendah
8. sumber penerangan utama bukan listrik.
9. Tidak mampu berobat ke puskesmas atau poliklinik jika ada anggota keluarga yang sakit.
10. Tidak memiliki fasilitas tempat buang air besar (jamban/kakus).
11. Pendidikan Kepala Keluarga hanya tamat Sekolah Dasar atau Madrasah Ibtidaiyah ke bawah.
12. Lapangan pekerjaan utama Kepala Keluarga adalah petani penggarap atau pekerja bebas dengan upah perbulan kurang dari Upah Minimum Propinsi.
13. Jenis bahan bakar untuk memasak sehari-hari berupa kayu bakar atau arang.
14. Tidak memiliki tabungan atau barang berharga seperti emas, ternak, sepeda motor, tanah atau barang modal lainnya, sedikitnya senilai Upah Minimum Propinsi.

Kriteria indikator kemiskinan ini tidak berlaku bagi kepala atau anggota keluarga yang bekerja sebagai PNS atau anggota TNI/Polri atau pegawai BUMn/BUMD atau pensiunan/purnawirawan. Ketentuan ini juga tidak berlaku bagi keluarga yang bertempat tinggal di wilayah Kabupaten Sleman kurang dari 6 bulan dengan dibuktikan dengan Kartu Keluarga.

Klasifikasi keluarga miskin terbagi dalam 3 kategori yaitu : Keluarga tidak miskin bila hanya memenuhi 0-3 indikator, Keluarga hampir miskin yaitu bila memenuhi 4-8 indikator, Keluarga miskin yaitu bila memenuhi 9-12 indikator, dan Keluarga sangat miskin yaitu bila memenuhi 13-14 indikator dari 14 indikator keluarga miskin yang



ditetapkan oleh Dinas Nakersos KB. Rencananya, setelah pendataan selesai diproses akan dilakukan uji publik sampai di kecamatan terlebih dulu sebelum ditetapkan dalam SK Bupati Sleman. Ada kemungkinan data tersebut mengalami perubahan setelah dilakukan uji publik.

Data akhir kemudian akan ditetapkan sebagai SK Bupati dan sekaligus sebagai perubahan SK Bupati yang lama. Nantinya, masyarakat Gakin akan diberikan kartu Keluarga Miskin yang disertai dengan stiker keluarga miskin untuk ditempelkan di pintu masuk utama rumah-rumah Gakin untuk memudahkan petugas dalam mengakses Gakin. Pelayanan Jaminan Kesehatan bagi masyarakat miskin yang dikenal dengan nama Jamkesmas, pada masa transisi ini, di tahun 2009 penjaminan bagi Gakin sesuai dengan yang tertuang dalam SK Bupati lama sampai dengan diterbitkannya SK Bupati yang baru dengan data hasil pendataan dari Dinas Nakersos KB. Bagi gakin yang belum menerima kartu, maka nama gakin tersebut akan dicocokkan dengan nama yang tercantum dalam SK Bupati Nomor 305/Kep. KDH/A/2008 tentang Perubahan Keputusan Bupati Sleman Nomor 4/Kep.KDH/A/2008 tentang Peserta Program Jaminan Kesehatan Masyarakat tahun 2008 dan SK Bupati Nomor 339/Kep.KDH/A/2008.

### **E. Definisi Konseptual**

Definisi konsep adalah suatu usaha untuk menjelaskan suatu pembatasan antara konsep yang satu dengan yang lain agar tidak terjadi kesalahpahaman. Definisi konsep digunakan untuk menjelaskan makna kata-kata yang tertera dalam

tidak ada kata-kata konseptual dalam pembahasan ini adalah:



1. Kebijakan Publik adalah suatu tindakan yang diambil guna merespon tuntutan yang datang dari aktor kebijakan maupun dari lingkungan yang berada dimana kebijakan tersebut diformulasikan.
2. Implementasi Kebijakan, adalah proses pelaksanaan atau penerapan isi atau substansi keputusan melalui serangkaian aktivitas dalam rangka merealisasikan tujuan-tujuan yang tertuang dalam keputusan itu.
3. Program jaminan jamkesmas adalah program bantuan sosial untuk pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin dan tidak mampu yang diselenggarakan secara nasional, agar terjadi subsidi silang dalam rangka mewujudkan pelayanan kesehatan yang menyeluruh bagi masyarakat miskin.

#### **F. Definisi Operasional**

Definisi operasional merupakan unsur penting dalam penelitian yang memberikan informasi tentang bagaimana cara mengukur suatu variabel atau dalam arti lain semacam petunjuk pelaksanaan bagaimana suatu variabel dapat diukur.

Dalam menganalisis data penulis menggunakan teori Daniel Masmanian dan Paul A Sabatier pada kejelasan dan konsistensi tujuan, sikap dan sumber yang dimiliki, yang kedua menggunakan teori Van Meter dan Van Horn dengan menggunakan indikator sikap pelaksana program, hal ini termuat dalam definisi operasional. Adapun definisi operasional dari penyusunan skripsi mengenai kebijakan program jamkesmas meliputi:

1. Ukuran-ukuran dasar dan tujuan-tujuan kebijakan
2. Sumber-sumber kebijakan
3. Komunikasi antar organisasi dan kegiatan-kegiatan pelaksanaan
4. Karakteristik badan-badan pelaksana



5. Kondisi-kondisi ekonomi, sosial dan politik

6. Kecenderungan pelaksana

## **G. Metode Penelitian**

Metode penelitian merupakan cara untuk melaksanakan penelitian dalam taraf pengetahuan ilmiah yang digunakan untuk menyimpulkan fakta-fakta atau arsip-arsip untuk mencapai kepastian mengenai suatu masalah. Dalam hal ini metode penelitian meliputi:

### **1. Jenis Penelitian**

Jenis penelitian yang digunakan di dalam penelitian ini adalah deskriptif kualitatif. Penelitian deskriptif kualitatif adalah suatu metode penelitian dimana meneliti suatu kelompok manusia, suatu obyek, suatu kondisi dalam sistem pemikiran ataupun suatu kelas peristiwa pada masa sekarang. Tujuan penelitian deskriptif kualitatif adalah untuk membuat deskripsi, gambaran atau lukisan secara sistematis, faktual dan akurat mengenai fakta-fakta, sifat-sifat serta hubungan antara fenomena yang diselidiki.<sup>22</sup>

### **2. Lokasi Penelitian**

Lokasi penelitian di Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Sleman, dengan alasan bahwa di Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Sleman adalah rumah sakit milik pemda yang menjadi rujukan dalam pelaksanaan Jamkesmas dan adanya realisasi Jamkesmas oleh Pemda Sleman yang membebaskan 100% warganya yang masuk rumah sakit.



### **3. Unit Analisis**

Sejalan dengan permasalahan yang menjadi pokok bahasan dalam penelitian ini maka unit analisisnya adalah Kepala RSUD Kabupaten Sleman, Kepala Sub bagian keuangan RSUD Sleman ibu Ria Setiawan, Staf Koordinator Pembukuan dan verifikasi RSUD Sleman Ibu Endang Herningsih SE, Tenaga Pelaksana Verifikasi Jamkesmas di RSUD Sleman Ibu Dewi Mustika, S.Farm, Apt, Kepala Bidang Linkesmas Dinas Kesehatan, Staf/Sie Linmaswankes Koordinator Verifikator Dinas Kesehatan bapak Hardiyanta, dan Kepala Cabang Pembantu PT Askes (Persero) Kabupaten Sleman.

### **4. Sumber Data**

#### **a. Data Primer**

Data yang diperoleh dari keterangan dan penjelasan yang berkaitan dengan penelitian, khususnya diperoleh dari RSUD Kabupaten Sleman dan PT Askes (Persero) Cabang Pembantu Kabupaten Sleman.

#### **b. Data Sekunder**

Data yang diperoleh dari literatur, media massa, buku-buku, arsip-arsip, internet, dan berbagai dokumen yang berkaitan dengan penelitian yang penulis lakukan.

### **5. Teknik Pengumpulan Data**

#### **a. Wawancara (Interview)**

Merupakan teknik pengumpulan data dengan melakukan wawancara secara langsung, tujuannya untuk mendapatkan informasi ataupun keterangan yang lebih jelas tentang berbagai aspek yang

ստանալու բաժանման ևս ոչ ինչի ինչ տեսանք բարձրագույն աստիճանի ևս  
անհասնելի բարձրագույն ինքնուրույն սուրբ սուրբագործական ինքնուրույն

պատկերներ ևս ոչ ինչի ինչ տեսանք գրեթե գրեթե սուրբագույն և

Տ՝ Կարծես թե (իսկապես)

## 2. Երկու խոսքերի մասին

Երկու խոսքերի մասին խոսքեր

Երկու խոսքերի մասին խոսքեր ևս բարձրագույն ևս բարձրագույն գրեթե

Երկու խոսքերի մասին խոսքեր ևս բարձրագույն ևս բարձրագույն

Ի՞նչ Երկու խոսքեր

Կարծես թե խոսքեր

Կարծես թե խոսքեր ևս Բ. Ասկեր (Բարձրագույն) խոսքեր Երկու խոսքեր

Կարծես թե խոսքեր ևս բարձրագույն ևս բարձրագույն գրեթե ևս ԿՏԼԸ

Երկու խոսքերի մասին խոսքեր ևս բարձրագույն ևս բարձրագույն

Տ՝ Երկու խոսքեր

## Վ՝ Երկու խոսքեր

Կարծես թե խոսքեր

Երկու խոսքերի մասին խոսքեր ևս Բ. Ասկեր (Բարձրագույն) խոսքեր

Կարծես թե խոսքեր ևս Բ. Ասկեր (Բարձրագույն) խոսքեր ևս ԿՏԼԸ

Կարծես թե խոսքեր ևս Բ. Ասկեր (Բարձրագույն) խոսքեր ևս ԿՏԼԸ

Կարծես թե խոսքեր ևս Բ. Ասկեր (Բարձրագույն) խոսքեր ևս ԿՏԼԸ

Կարծես թե խոսքեր ևս Բ. Ասկեր (Բարձրագույն) խոսքեր ևս ԿՏԼԸ

Կարծես թե խոսքեր ևս Բ. Ասկեր (Բարձրագույն) խոսքեր ևս ԿՏԼԸ

Կարծես թե խոսքեր ևս Բ. Ասկեր (Բարձրագույն) խոսքեր ևս ԿՏԼԸ

Երկու խոսքերի մասին խոսքեր ևս բարձրագույն ևս բարձրագույն

## 3. Երկու խոսքեր

berkaitan dengan masalah pelaksanaan Jamkesmas di RSUD  
Kabupaten Sleman

**b. Dokumentasi**

Merupakan cara mempelajari data yang mendukung penelitian yang dapat diperoleh dengan menggunakan teknik dokumentasi, yaitu dengan menggunakan dokumen yang ada sebagai bahan literatur yang dapat diperoleh dari buku, jurnal, media massa, serta sumber-sumber relevan lainnya yang terkait dengan permasalahan.

**6. Teknik Pengambilan Sampel**

Tehnik pengambilan sampel yang digunakan adalah tehnik *non random sampling* yaitu tidak setiap individu mempunyai peluang yang sama untuk dipilih sebagai sampel. Adapun cara yang dipergunakan adalah *purposive sampling* yaitu penelitian yang menggunakan pertimbangan dalam menentukan sampel berdasarkan obyek penelitian yang berhubungan erat dalam hal ini adalah 5 orang masyarakat yang menggunakan Jamkesmas di RSUD Kabupaten Sleman yaitu : Ny. Hasidah warga Karangwuni Kec Turi Sleman, Ny. Maryam Wariano warga Gawar, Pandoharjo Kec Sleman, Ibu Saryanti, warga Candibinangun Kec Pakem Sleman, Bpk Sutrisno warga Banyurejo Kec Tempel Sleman, Ibu Tri Parwati warga Tri Mulyo, Kec Sleman .

**7. Teknik Analisa Data**

Analisa data adalah: "Proses mengatur urutan data, mengorganisasikan ke dalam suatu pola, kategori dan satuan uraian dasar".<sup>23</sup>

<sup>23</sup> Larry Moleong, *Metodologi Penelitian Kualitatif* PT Remaja Rosdakarya, Bandung, 1993, hal 103

berkaitan dengan masalah pelaksanaan tugas-tugas di RSUD Kabupaten Sleman

b. Dokumentasi

Merupakan cara mempelajari data yang terdapat di penelitian yang dapat diperoleh dengan menggunakan teknik dokumentasi. yaitu dengan menggunakan dokumen yang ada seperti bahan literatur yang dapat diperoleh dari buku, jurnal, media massa serta sumber-sumber relevan lainnya yang terkait dengan permasalahan.

d. Teknik Pengambilan Sampel

Teknik pengambilan sampel yang digunakan adalah teknik non random sampling yaitu tidak setiap individu mempunyai peluang yang sama untuk dipilih sebagai sampel. Adapun cara yang dipergunakan adalah purposive sampling yaitu penelitian yang menggunakan pertimbangan dalam menentukan sampel berdasarkan objek penelitian yang berhubungan erat dengan hal ini adalah 2 orang masyarakat yang menggunakan tugas-tugas di RSUD Kabupaten Sleman yaitu : N.Y. Hidayat warga Karangwuni Kec Turi Sleman. N.Y. Marwan Wicaksono warga Gunung Panjarharjo Kec Sleman. H. H. Satriyanto warga Candiwinangun Kec Pakem Sleman. H.P. Sutrisno warga Panjarharjo Kec Turi Sleman. Ibu Hj. Parwati warga Ji Ti Mulyo, Kec Sleman.

e. Teknik Analisis Data

Analisis data adalah: "Proses mengolah uraian data yang dikumpulkan ke dalam suatu pola, kategori dan satuan uraian dasar."

1. Lexy Mulyo, Metodologi Penelitian, Rineka Cipta, Bandung, 1997, hal 103.

Teknik analisa data yang di gunakan adalah analisa kualitatif. Di mana data yang diperoleh diklasifikasikan, digambarkan dengan kalimat, dipisah-pisahkan mengkategorikan untuk memperoleh kesimpulan. Selanjutnya menganalisa dengan gejala atau obyek yang diteliti dan menginterpretasikan data atau dasar teori yang ada serta runtut menilai makna yang bersifat menyeluruh. Data tersbut diperoleh dari naskah wawancara, catatan laporan, dokumen resmi dan sebagainya untuk memperoleh keabsahan data penelitian. Langkah-langkah yang perlu ditempuh dalam analisa data adalah sebagai berikut:

- a. Analisa data dalam bentuk menjalin proses pengamatan dengan penelitian lapangan.
- b. Berusaha menemukan kesamaan dan perbedaan-perbedaan dengan gejala-gejala sosial yang diamati.
- c. Melakukan pengamatan lebih lanjut terhadap perilaku yang berkaitan dengan proposisi-proposisi teoritis sementara.
- d. Mengevaluasi proposisi-proposisi sementara untuk menghasilkan kesimpulan-kesimpulan.

Dari langkah-langkah yang seperti dijelaskan diatas, akan diambil satu kesimpulan yang dapat teruji kebenarannya, sehingga dapat diketahui

Teknik analisis data yang digunakan adalah analisis kualitatif. Di mana data yang diperoleh diklasifikasikan, digambarkan dengan kalimat-kalimat yang kemudian dikategorikan untuk memperoleh kesimpulan. Selanjutnya menganalisis dengan gejala atau objek yang diteliti dan menginterpretasikan data atau dasar teori yang ada serta untuk mencari makna yang bersifat menyeluruh. Data tersebut diperoleh dari masalah wawancara, catatan lapangan, dokumen resmi dan sebagainya untuk memperoleh: keabsahan data penelitian, triangulasi yang perlu diterapkan dalam analisis data adalah sebagai berikut:

- a. Analisis data dalam bentuk menjadi proses pengamatan dengan penelitian lapangan.
- b. Berusaha menemukan kesamaan dan perbedaan-perbedaan dengan gejala-gejala sosial yang diteliti.
- c. Melakukan pengamatan lebih lanjut terhadap perilaku yang berkaitan dengan proposisi-proposisi teoritis sebelumnya.
- d. Mengembangkan proposisi-proposisi sementara untuk menguji dan kesimpulannya.

Dari langkah-langkah yang seperti dijelaskan diatas akan didapat suatu kesimpulan yang dapat teruji kebenarannya sehingga dapat diketahui hubungan sebab-sebab dan akibat dari beberapa data yang diperoleh dari penelitian yang dilakukan.