

BAB I

PENDAHULUAN

A. LATAR BELAKANG MASALAH

Angka kemiskinan yang ada di Indonesia dari tahun ke tahun sepertinya belum pernah berkurang begitu banyak. Malah belakangan ini angka tersebut semakin besar karena begitu besarnya pengaruh krisis moneter yang berimbas pada krisis ekonomi. Laju inflasi yang semakin besar menjadi pelengkap keterpurukan warga masyarakat. Meskipun data tersebut terus bergulir dan mengalami perubahan setiap saat, namun sampai saat ini masih harus bekerja keras dalam menetapkan kriteria seseorang atau keluarga tersebut bisa termasuk miskin. Hendaknya pemangku kepentingan dan pelaku pengambil kebijakan sudah saatnya secara bersama-sama mempunyai kesepakatan sekaligus kesempatan tentang kriteria tersebut sehingga bisa menjadi indikator bagi siapa saja yang akan melakukan pendataan.

Meski pemerintah sering menyatakan pelayanan kesehatan untuk masyarakat miskin semakin baik, namun kenyataan di masyarakat, khususnya warga miskin, masih kesulitan mendapatkan pelayanan kesehatan secara gratis. Ironisnya, kartu Gakin (keluarga miskin) terkadang tidak bisa lagi dijadikan jaminan bisa memuluskan terjaminnya kesehatan ke rumah sakit.

Kasus Ade Irma misalnya, setelah 2 tahun memperjuangkan haknya mendapatkan pelayanan kesehatan, oleh Rumah Sakit Cipto Mangunkusumo baru bisa menerimanya. Walau keberhasilannya itu harus dibayar mahal

dengan nyawanya yang tidak tertolong. Ade, satu diantara sekian banyak pemilik sah kartu keluarga miskin yang ditolak keluhan kesehatannya oleh rumah sakit. Risma Alfian, bocah pasangan Suharsono (25) dan Siti Rohmah (24), sudah empat belas bulan tergelek lemah di atas tempat tidurnya. Kepalanya yang terus membesar membuat Risma tidak bisa bangun. Sejak umur satu bulan, Risma sudah divonis terkena hydrocephalus (kelebihan cairan di otak manusia sehingga kepala penderita semakin besar). Bidan tempatnya menerima imunisasi, meminta Risma segera menjalani operasi atas kelainan kepalanya itu. Operasi tidak serta merta bisa dilakukan lantaran butuh biaya yang begitu besar untuk mendanainya. Bahkan dengan memiliki kartu Gakin yang diperolehnya dengan susah payah, juga tidak mampu bisa membawa Risma dalam perawatan medis. Risma ditolak RSCM lantaran tidak indikasi untuk dirawat.¹

Fenomena seperti di atas menandakan keinginan pemerintah untuk memberikan layanan gratis dan asuransi kesehatan (askes) kepada rakyat miskin, ternyata, dalam pelaksanaan di lapangan tidak semudah yang dibayangkan. Meskipun Menteri Kesehatan RI Siti Fadilah Supari mengumumkan bahwa mulai 1 Agustus 2005 pemerintah memberikan asuransi kesehatan kepada rakyat miskin di seluruh Indonesia agar bisa berobat gratis di puskesmas, rumah sakit pemerintah, atau rumah sakit swasta kelas tiga yang ditunjuk. Namun, dalam kenyataannya, tidak sekali-dua kali orang miskin kesulitan meminta haknya itu.

¹ *Memperkuat Miskin Bekal Sulit Sehat*, LIONZ.biz, 2007

Askes bagi masyarakat miskin yang merupakan bagian Program Kompensasi Pengurangan Subsidi (PKPS) BBM itu mungkin memang langkah yang tepat. Tapi, akibat persiapan di lapangan masih belum konsisten, terkadang sebagian rakyat miskin terpaksa menelan kekecewaan. Sebab, mereka tidak bisa memperoleh layanan kesehatan gratis seperti yang dijanjikan. Terkadang sejumlah puskesmas dan rumah sakit dikabarkan terpaksa menolak merawat orang-orang miskin karena tidak memiliki biaya untuk menalangi terlebih dahulu kebutuhan obat si pasien.

Padahal di balik fenomena yang memperlihatkan tersebut pemerintah telah memberikan anggaran besar bagi kesehatan masyarakat termasuk warga warga miskin. Tahun 2004 saja dana yang dialokasikan Rp 65 miliar. Untuk tahun 2005 dana yang dianggarkan naik hingga Rp 100 miliar. Bahkan anggaran kesehatan nilainya bertambah di tahun 2007 menjadi Rp 15 trilyun.²

Kecenderungan meningkatnya biaya pemeliharaan kesehatan menyulitkan masyarakat untuk mendapatkan pelayanan kesehatan yang dibutuhkannya, karena pembiayaannya yang harus ditanggung sendiri dalam sistem tunai. Maka dari itu untuk memelihara derajat kesehatan masyarakat dalam keterbatasan pembiayaan kesehatan (sesuai UUD 45 ps1 28 H, ps1 34 ayat 1,2,3,4 serta Tap MPR/VI/2002) dilakukan pengembangan jaminan pemeliharaan kesehatan salah satunya pengembangan Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Keluarga Miskin (JPK-Gakin).

²*ibid*

Jaminan Pemeliharaan Kesehatan untuk masyarakat miskin ini sebenarnya sudah berjalan serentak di seluruh Indonesia mulai tanggal 1 Januari 2005, tetapi sebagian masyarakat masih banyak yang belum mengetahui maksud, sasaran, dan prinsip penyelenggaraan program ini, juga cara mendapatkan kartu dan pelayanan, prosedur, manfaat yang didapat dari JPKMM, serta bagaimana pengawasan dan cara penyampaian keluhannya pada iklan layanan masyarakat dari departemen kesehatan mengenai program pelayanan kesehatan di Puskesmas rujukan rawat jalan dan rawat inap kelas III rumah sakit bagi masyarakat miskin yang dijamin pemerintah tahun 2005.

Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat (JPKMM) adalah suatu konsep atau metode penyelenggaraan pemeliharaan kesehatan yang paripurna (preventif, promotif, rehabilitatif dan kuratif) berdasarkan azas usaha bersama dan kekeluargaan yang berkesinambungan dengan mutu yang terjamin serta pembiayaan yang dilaksanakan secara pra-upaya yang ditujukan kepada masyarakat miskin.³

Berdasarkan Undang-Undang No 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) dan didukung Keputusan Menkes No 1241 Tahun 2004 dan No 56 Tahun 2005, PT Askes ditugaskan mengelola Program Jaminan Pemeliharaan Kesehatan bagi Masyarakat Miskin (PJKMM). Atau lebih dikenal sebagai asuransi kesehatan masyarakat miskin (askeskin).

Dalam tulisan ini penyusun mengambil studi kasus mengenai pelaksanaan Program Jaminan Pemeliharaan Kesehatan bagi Masyarakat

B. PERUMUSAN MASALAH

Berdasarkan permasalahan tersebut di atas, penyusun tertarik mengadakan penelitian dengan perumusan masalah sebagai berikut :

Bagaimana pelaksanaan program Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat Miskin (JPKMM) di Puskesmas Mergangsan, Kota Yogyakarta Tahun 2006-2007?

C. TUJUAN PENELITIAN

- a. Untuk mengetahui pelaksanaan program Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat Miskin (JPKMM) di Puskesmas Mergangsan, Kota Yogyakarta.
- b. Untuk mengetahui tingkat keberhasilan dari program Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat Miskin (JPKMM) di Puskesmas Mergangsan, Kota Yogyakarta.

D. MANFAAT PENELITIAN

- a. Penelitian ini diharapkan dapat memberikan gambaran tentang pelaksanaan program Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat Miskin (JPKMM) di Kecamatan Mergangsan, Kota Yogyakarta.
- b. Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan sumbangsih atau masukan bagi Dinas Kesehatan baik pusat maupun daerah dalam pelaksanaan program Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat Miskin (JPKMM).

Miskin (PKMM) di Kecamatan Mergangsan, Kota Yogyakarta. Sejak dilaksanakannya program PKMM di wilayah Kota Yogyakarta, Puskesmas Mergangsan sebagai badan pelaksana PKMM merupakan salah satu puskesmas yang pertama kali menyatakan kesiapannya dalam melayani masyarakat melalui program tersebut. Oleh karena itu Puskesmas Mergangsan menjadi salah satu puskesmas percontohan di wilayah Kota Yogyakarta dalam hal pelayanan kesehatan.

Menurut data DINKESSOS tahun 2007 populasi penduduk miskin di Kecamatan Mergangsan terbanyak ketiga di Kota Yogyakarta setelah Kecamatan Umbulharjo (8.622 jiwa), Kecamatan Tegal Rejo (6.845 jiwa), dan Kecamatan Mergangsan (5.284 jiwa). Dari ketiga wilayah tersebut hanya Kecamatan Mergangsan khususnya Puskesmas Mergangsan yang dijadikan sebagai puskesmas percontohan dalam hal pelayanan kesehatan. Dengan segala polemik yang beredar di masyarakat sekarang ini tentang pelaksanaan Askeskin, untuk itu penyusun tertarik untuk meneliti bagaimana pelayanan kesehatan di puskesmas tersebut khususnya terhadap masyarakat miskin.

Dengan populasi penduduk sebesar 43.137 jiwa, 8.437 KK (3 Oktober 2007) yang tersebar di wilayah Kecamatan Mergangsan, tentunya program PKMM ini akan lebih diperhatikan oleh Puskesmas Mergangsan untuk melaksanakan pelayanan kesehatan yang prima. Hal ini untuk menjawab

Isu strategis dalam Pelayanan Kesehatan untuk masyarakat miskin antara lain :⁴

- a. Adanya hambatan dalam keberlanjutan pelayanan kesehatan karena anggaran yang kurang memadai baik sumber, besaran, kelembagaan dan terentukannya.
- b. Alokasi anggaran kesehatan pemerintah untuk orang miskin perlu disesuaikan dengan kebutuhan masyarakat miskin dan ditekankan pada upaya promotif dan preventif.
- c. Harus ada *political will* dari pemerintahan, legislatif, swasta, dan masyarakat untuk menindaklanjuti pelayanan kesehatan. Pelayanan gratis tidak akan secara otomatis meningkatkan cakupan, karena masih ada biaya diluar biaya pelayanan kesehatan yang harus ditanggung masyarakat miskin.
- d. Pola pembagian tugas yang jelas antara pusat dan daerah baik dari sisi *demand* maupun sisi *supply* terutama dalam *sharing* penganggaran.
- e. Pentingnya keterlibatan seluruh pihak atau *stakeholder* dalam pelaksanaan upaya kesehatan untuk masyarakat miskin.

- c. Hasil penelitian ini diharapkan dapat digunakan sebagai titik tolak untuk melakukan penelitian sejenis secara mendalam.

E. KERANGKA DASAR TEORI

1. Kebijakan.

Kebijakan dapat diartikan suatu proses yang dikemukakan sebagai berikut:

“Kalau kita memandang kebijakan sebagai suatu proses, maka pusat perhatian diberikan pada tahap yang dilalui oleh kebijakan itu pada umumnya, tahap-tahapnya atau aspek-aspek kebijakan tersebut mencakup isu-isu dan penyusunan agenda pemerintah, perumusan dan isi kebijakan, revisi kebijakan atau pengakhiran kebijakan”⁵

Dari keterangan diatas, dapat di rumuskan kebijakan merupakan rangkaian dari jumlah keseluruhan proses, bagian yang berupa pelaksanaan kebijakan, perencanaan agenda Pemerintah.

Sedangkan menurut James E. Anderson, menyebutkan bahwa *policy* adalah serangkaian tindakan yang mempunyai tujuan tertentu yang diikuti dan dilaksanakan oleh seorang pelaku atau sekelompok pelaku guna memecahkan suatu masalah tertentu⁶.

Dari beberapa definisi diatas, dapat ditarik kesimpulan bahwa kebijakan adalah serangkaian tindakan yang memiliki tujuan, maksud dan orientasi pada maksud dan tujuan tertentu demi kepentingan seluruh masyarakat. Selain itu juga memiliki kekuatan hukum yang sah, dimana

⁵Wahab, Solichin Abdul, *Pengantar Kebijakan Negara*, PT. Rineka Cipta, Jakarta, 1990, hal. 20.
⁶Gaffar, Affan, *Policy Process dan Formulation, Model Program MPA Universitas Tujuhbelas Agustus 1945*, Surabaya, hal. 6.

mengikat pada seluruh masyarakat, karenanya harus mendahulukan kepentingan rakyat.

2. Implementasi Kebijakan

Di dalam ilmu politik istilah kebijakan sering diartikan sebagai tujuan, program, keputusan, undang-undang dan rancangan-rancangan besar.⁷ Implementasi kebijakan merupakan rangkaian kegiatan setelah suatu kebijakan dirumuskan. Tanpa suatu implementasi maka suatu kebijakan yang telah dirumuskan akan sia-sia belaka. Oleh karena itulah implementasi kebijakan mempunyai kedudukan yang penting di dalam kebijakan publik.

Robert Nakamura dan Frank Smallwood mengatakan bahwa :⁸

“Hal-hal yang berhubungan dengan implementasi kebijakan adalah keberhasilan dalam mengevaluasi masalah dan kemudian menerjemahkan ke dalam keputusan-keputusan yang bersifat khusus.”

Dalam kalimat yang lain dengan substansi yang sama, Pressman dan Wildavsky mengatakan :⁹

“Implementasi diartikan sebagai interaksi antara penyusunan tujuan dengan sarana-sarana tindakan dalam mencapai tujuan tersebut, atau kemampuan untuk menghubungkan dalam hubungan kausal antara yang diinginkan dengan cara untuk mencapainya”

Sementara menurut Jones disebutkan bahwa :¹⁰

⁷Wahab, Solichin Abdul, *Analisis Kebijaksanaan-Dari Formulasi ke Implementasi Kebijaksanaan Negara*, Bumi Aksara, Jakarta, 1997 hal. 11

⁸Tangkilisan, Hesel Nogi S, *Kebijaksanaan Publik Yng Memahami Konsep, Strategi dan Kasus*, Yayasan Pembaharuan Administrasi Publik Indonesia, Yogyakarta, 2003, hal. 57

⁹ Ibid, hal. 58

¹⁰Ibid, hal 59

“Implementasi merupakan suatu proses yang dinamis yang melibatkan secara terus-menerus usaha-usaha untuk mencari apa yang akan dan dapat dilakukan. Dengan demikian implementasi mengatur kegiatan-kegiatan yang mengarah pada penempatan suatu program ke dalam tujuan kebijakan yang diinginkan.”

Berdasarkan berbagai pengertian di atas dapat diketahui bahwa implementasi kebijakan pada prinsipnya adalah cara agar sebuah kebijakan dapat mencapai tujuannya, sehingga untuk mengimplementasikan kebijakan publik, maka ada dua pilihan langkah yang ada, yaitu langsung mengimplementasikan dalam bentuk program-program atau melalui formulasi kebijakan derivat atau turunan dari kebijakan tersebut.

Nugroho D, Riant menyebutkan bahwa :¹¹

“Kebijakan publik dalam bentuk Undang-Undang atau Perda adalah jenis kebijakan publik yang memerlukan kebijakan publik penjas atau yang sering diistilahkan sebagai peraturan pelaksanaan. Kebijakan publik yang bisa langsung operasional antara lain Keppres, Inpres, Kepmen, Keputusan Kepala Daerah, Keputusan Kepala Dinas dan lain-lain”

Nugroho D, Riant lebih lanjut menjelaskan bahwa pelaksanaan atau implementasi kebijakan di dalam konteks manajemen berada di dalam kerangka *organizing-leading-controlling*. Jadi, ketika kebijakan sudah dibuat, maka tugas selanjutnya adalah mengorganisasikan, melaksanakan kepemimpinan untuk memimpin pelaksanaan, dan melakukan pengendalian pelaksanaan tersebut. Pembahasan tentang implementasi kebijakan adalah berbicara mengenai *delivery of policy services*, yaitu

tentang bagaimana memberikan pelayanan yang terbaik guna mencapai tujuan yang telah ditentukan.

Secara sederhana, implementasi merupakan tahapan yang menghubungkan rencana dengan tujuan yang ditetapkan. Dengan kata lain, implementasi merupakan proses penerjemahan pernyataan kebijakan ke dalam aksi kebijakan. Tahap-tahap dalam proses implementasi suatu kebijakan, menurut Wahab adalah keputusan (output kebijakan) dari badan-badan pelaksana, kepatuhan kelompok-kelompok sasaran terhadap keputusan, dampak nyata keputusan-keputusan badan-badan pelaksana, persepsi terhadap dampak dan evaluasi sistem politik terhadap undang-undang berupa perbaikan mendasar dalam isinya.¹²

Proses implementasi biasanya terdiri dari atas serangkaian aktifitas yang sangat kompleks. Implementasi berkaitan dengan akumulasi dan akuisisi sumber daya yang dibutuhkan untuk menggerakkan suatu program. Sumberdaya tersebut meliputi personil, perlengkapan, material dan yang terpenting anggaran. Badan-badan yang dipercayakan untuk mengimplementasikan suatu kebijakan harus terlebih dahulu menterjemahkan kebijakan tersebut ke dalam arahan-arahan, peraturan serta desain dan rencana program yang riil. Badan pelaksana yang diberi otoritas sebagai implementator kebijakan harus mengatur perencanaan dan aktivitas dengan membentuk unit-unit pelaksana serta rincian kegiatan

3. Program

Pandangan para pakar mengenai implementasi program juga memperlihatkan berbagai kausalitas antara pelaku kebijakan (*policy actions*) dengan pencapaian tujuan kebijakan atau program. Selain itu tahapan implementasi dipandang sebagai aktivitas fungsional yang dilaksanakan setelah aktivitas formulasi, legitimasi dan penganggaran kebijakan. Di bagian lain, Jones mengatakan produk implementasi sangat bervariasi, yaitu dapat berupa pelayanan, pembayaran, kemudahan, pengawasan dan lain-lain. Lebih lanjut Jones mengatakan¹³

“Sebuah program berisi tindakan yang diusulkan pemerintah yang dalam rangka mencapai sasaran yang ditetapkan yang pencapaiannya problematis. Program akan ada apabila kondisi permulaan yaitu tahapan ‘apabila’ dari hipotesis kebijakan telah dirumuskan. Kata ‘program’ sendiri menegaskan perubahan (konversi) dari suatu hipotesis menjadi suatu tindakan pemerintah. Sedang premis awal dari hipotesis tersebut telah disahkan, sedang derajat keterlaksanaan konsekuensi atau akibat yang diharapkan (yang merupakan tahapan ‘selanjutnya’) disebut sebagai penerapan.”

Secara sederhana, program merupakan tahapan yang menghubungkan antara rencana dengan tujuan yang telah ditetapkan. Dengan kata lain, program merupakan proses penerjemahan pernyataan ke dalam aksi kebijakan. Tahap-tahap dalam proses implementasi suatu program, menurut Wahab adalah :¹⁴

“Keputusan (output kebijakan) dari badan-badan pelaksana, kepatuhan kelompok-kelompok sasaran terhadap keputusan, dampak nyata keputusan-keputusan badan-badan pelaksana, persepsi terhadap dampak dan evaluasi sistem politik terhadap undang-undang berupa perbaikan

Implementasi program merupakan serangkaian aktifitas yang sangat kompleks. Implementasi berkaitan dengan akumulasi dan akuisisi sumber daya yang dibutuhkan untuk menggerakkan suatu program. Sumber daya tersebut meliputi personil, perlengkapan, material, dan yang terpenting anggaran. Implementasi Program JPKMM meliputi layanan-layanan yang bisa diperoleh masyarakat miskin dan tidak mampu melalui Program JPKMM di Puskesmas, yaitu sebagai berikut :

- Prosedur/Tata Cara Mendapatkan Pelayanan
- Pelayanan Kesehatan Askeskin yang meliputi :
 - Rawat Jalan Tingkat Pertama (RJTP)
 - Rawat Inap Tingkat Pertama (RITP)
- Sistem Rujukan
- Penyaluran dan pengelolaan dana program

Badan-badan yang dipercayakan untuk mengimplementasikan suatu kebijakan harus terlebih dahulu menterjemahkan kebijakan tersebut ke dalam arahan-arahan, peraturan serta desain dan rencana program yang riil. Badan pelaksana yang diberi otoritas sebagai implementator program harus mengatur perencanaan dan aktivitas dengan membentuk unit-unit pelaksana serta rincian kegiatan rutin sesuai dengan beban kerjanya. Di dalam penelitian ini yang dimaksud dengan implementor program adalah pemerintah dalam hal ini Puskesmas Merangas.

Dari berbagai pengertian dan definisi yang dikemukakan oleh para ahli diatas, dapat disimpulkan beberapa unsur pokok implementasi program, yakni:

- a. Implementasi program ialah rangkaian kegiatan tindak lanjut setelah kebijakan ditetapkan, yang meliputi aktifitas pengambilan keputusan, langkah-langkah operasional yang strategis untuk mewujudkan program menjadi kenyataan, di bidang kesehatan dapat disebut dengan layanan kesehatan dalam rangka mencapai sasaran program yang ditetapkan.
- b. Implementasi program dalam keadaan yang sesungguhnya jika ditinjau dari wujud hasil yang dicapai (*outcome*) dapat berhasil, kurang betul ataupun gagal sama sekali, karena dalam suatu proses implementasi turut bermain dan terlibat berbagai unsur yang berpengaruh, baik bersifat mendukung ataupun menghambat pencapaian sasaran program.
- c. Implementasi program sekurang-kurangnya memiliki tiga unsur pokok, yaitu adanya layanan (operasional) program yang dilaksanakan, adanya target group program yaitu kelompok masyarakat yang menjadi sasaran dan diharapkan akan menerima manfaat program, serta unsur pelaksana (*implementer*) yaitu baik organisasi atau perorangan yang bertanggungjawab dalam proses implementasi program.
- d. Implementasi program juga senantiasa dipengaruhi oleh faktor lingkungan baik fisik, sosial, budaya dan politik.

4. Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Implementasi Kebijakan

Beberapa pendapat ahli tentang pengertian, pendekatan dan faktor-faktor yang mempengaruhi implementasi kebijakan/program sebagaimana dikemukakan di atas cukup relevan untuk menjelaskan fenomena implementasi Program Jaminan Pemeliharaan Masyarakat Miskin (JPKMM) yang dilaksanakan oleh pemerintah daerah.

Secara umum dapat disimpulkan, bahwa model-model implementasi kebijakan atau program yang dikemukakan oleh para ahli di atas dapat berpengaruh terhadap tingkat keberhasilan atau kegagalan pelaksanaan suatu kebijakan atau program. Bertitik tolak dari kerangka pemikiran berbagai ahli tersebut, maka terdapat tiga faktor yang berpengaruh terhadap implementasi Program Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat Miskin (JPKMM) yang dilaksanakan oleh Dinas Kesehatan Kota Yogyakarta yaitu : organisasi pelaksana, sumber daya dan sikap pelaksana.

Dari deskripsi permasalahan Program Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat Miskin (JPKMM) yang telah disusun kemukakan dan selanjutnya dikaitkan dengan beberapa kerangka pemikiran implementasi kebijakan atau program yang dikemukakan di atas, maka implementasi Program Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat Miskin yang dilaksanakan oleh Puskesmas Mergangsan akan mencapai tujuannya secara efektif apabila :

- 1) Organisasi pelaksana yang terlibat dalam pelaksanaan Program Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat Miskin mempunyai komitmen terhadap pencapaian tujuan dan sasaran kebijakan atau program tersebut.
- 2) Tujuan dan sasaran kebijakan atau program dapat dicapai bila sumber daya (*resources*) yang meliputi dana, sarana, dan prasarana serta jasa tersedia secara memadai.
- 3) Tujuan dan sasaran kebijakan atau program dapat dicapai apabila sikap para pelaksana mendukung tercapainya implementasi Program Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat Miskin.

Hubungan variabel organisasi pelaksana, sumber daya pelaksana dan sikap pelaksana terhadap implementasi Program Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat Miskin dijelaskan sebagai berikut :

4.1. Organisasi Pelaksana :

Organisasi pelaksana merupakan organisasi atau petugas (*implementator*) yang terlibat dalam suatu program yang memiliki struktur organisasi (*desain organisasi*) sebagai mekanisme-mekanisme formal untuk mencapai tujuan program. Dalam penelitian ini organisasi pelaksana adalah Puskesmas Mergangsan.

Di dalam mekanisme organisasi pelaksana, struktur organisasi menetapkan bagaimana tugas akan dibagi, siapa melapor kepada siapa, dan mekanisme koordinasi yang formal serta pola interaksi yang

diikuti. Oleh karena itu, struktur organisasi sangat penting bagi suatu organisasi agar mekanisme kerja dapat berjalan dengan baik. Salah satu prinsip organisasi yang harus dipahami adalah keseimbangan antara wewenang dan tanggungjawab. Hal ini berarti struktur apapun yang digunakan harus terjalin keseimbangan antara keseimbangan antara wewenang dan tanggung jawab yang mencerminkan kebijakan pimpinan dalam menerapkan pola desentralisasi untuk pengambilan keputusan.

Apabila dikaitkan dengan struktur organisasi atau kelembagaan daerah di era otonomi daerah, maka pembentukan kelembagaan tidak lain guna mewadahi kewenangan daerah. Peraturan Pemerintah Nomor 08 tahun 2003 tentang *Pedoman Organisasi Perangkat Daerah* menyebutkan, pembentukan organisasi perangkat daerah berdasarkan pertimbangan :

“Kewenangan pemerintah yang dimiliki oleh daerah, karakteristik, potensi dan kebutuhan daerah, kemampuan keuangan daerah, ketersediaan sumber daya aparatur serta pengembangan pola kerjasama antar daerah dan/atau dengan pihak ketiga.”

4.2. Sumber Daya Pelaksana

Sumber daya, yaitu setiap potensi baik berupa dana, fasilitas dan tenaga kerja yang dikerahkan dan dimanfaatkan untuk mengimplementasikan Program Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat Miskin. Situasi tersebut sangat relevan dalam penyelenggaraan Pemerintah Daerah di era otonomi daerah karena

salah satu kunci pokok keberhasilannya sangat ditentukan oleh kesiapan sumber daya manusia yang ada di daerah tersebut, baik dari segi kualitas maupun dari segi kuantitas sesuai dengan kebutuhan daerah.

Dalam Undang-Undang Nomor 43 tahun 1999 tentang perubahan Undang-Undang Nomor 8 tahun 1974 tentang Pokok-Pokok Kepegawaian, yang dimaksud dengan aparatur/pegawai negeri adalah :

“Pegawai negeri adalah setiap warga negara Republik Indonesia yang telah memenuhi syarat yang ditentukan, diangkat oleh pejabat yang berwenang dan disertai tugas dalam suatu jabatan negeri, atau disertai tugas negara lainnya, dan digaji berdasarkan peraturan perundang-undangan yang berlaku.”

Selanjutnya dalam pasal 3 Undang-Undang Nomor 43 Tahun 1999 disebutkan bahwa :

“Pegawai negeri berkedudukan sebagai unsur aparatur yang bertugas untuk memberikan pelayanan kepada masyarakat secara profesional, jujur, adil, dan merata dalam penyelenggaraan tugas negara, pemerintah, dan pembangunan.”

Sumber daya manusia merupakan organ perencana sekaligus yang menjalankan misi organisasi dalam rangka pencapaian tujuan dengan memanfaatkan segala kemampuan dan keterampilan yang dimiliki oleh para personil. Sarana dan prasarana yang memadai tidak akan ada artinya bila tidak tersedia sumber daya manusia yang mampu menggunakannya, sebaliknya jumlah sumber daya manusia yang terlalu besar bukan merupakan suatu jaminan akan tercapainya tujuan sebagaimana yang telah ditetapkan sebelumnya tanpa dibarengi kualitas memadai. Oleh karena itu, Dalam penelitian ini disusun

menyertakan bagaimana pemberdayaan sumber daya manusia Puskesmas Mergangsan guna mendukung Program JPKMM.

Penyelenggaraan Pemerintah di Daerah dapat berjalan lancar ditentukan oleh aparatur yang memiliki kemampuan, kecakapan maupun kecerdasan dalam melaksanakan tugasnya masing-masing. Dengan demikian aparatur merupakan faktor yang menentukan bagi keberhasilan penyelenggaraan pemerintah di daerah. Eksistensi staf bukan dilihat dari kuantitasnya akan tetapi kualitasnya juga, yang mana jumlah staf yang besar cenderung membuat organisasi tersebut tidak efektif untuk menjalankan kebijakan. Staf yang dibutuhkan adalah yang memiliki kemampuan, kecakapan, untuk melakukan pekerjaan dalam melaksanakan kebijakan yang telah ditetapkan.

Selain sumber daya manusia, implementasi kebijakan menuntut tersedianya sumber daya yang lain, baik yang berupa dana maupun insentif. Oleh karena itu, salah satu faktor penting dalam penyelenggaraan otonomi daerah adalah kemampuan dalam bidang keuangan karena tanpa sumber keuangan sendiri yang jelas, maka daerah tersebut tidak mungkin dapat melaksanakan suatu program.

Sehubungan dengan pentingnya posisi keuangan ini Pamudji dalam Josef Riwo Kaho menegaskan sebagai berikut :¹⁵

“Pemerintahan daerah tidak akan dapat melakukan fungsinya dengan efektif dan efisien tanpa biaya yang cukup untuk memberikan pelayanan dan pembangunan...dan keuangan inilah yang merupakan

salah satu dasar kriteria untuk mengetahui secara nyata kemampuan daerah dalam mengurus rumah tangganya sendiri.”

Keuangan daerah merupakan aspek yang esensial untuk mengukur tingkat kemampuan daerah dalam melaksanakan otonomi daerah. Dalam penyelenggaraan urusan rumah tangga daerah sangat dibutuhkan adanya pembiayaan. Mengenai posisi pembiayaan ini, dapat diketahui dari penjelasan UU Nomor 25 Tahun 1999 sebagai berikut :

“...untuk mendukung penyelenggara otonomi daerah diperlukan kewenangan yang luas, nyata dan bertanggung jawab di daerah secara proposional yang diwujudkan dengan peraturan, pembagian dan pemanfaatan sumber daya nasional yang berkeadilan serta perimbangan keuangan Pemerintah Pusat dan Daerah. Sumber pembiayaan Pemerintah Daerah dalam rangka perimbangan keuangan Pemerintah Pusat dan Daerah dilaksanakan atas dasar desentralisasi, dekosentrasi dan tugas pembantuan. Sumber-sumber pembiayaan pelaksanaan desentralisasi terdiri dari pendapatan asli daerah, dana perimbangan, pinjaman daerah dan lain-lain penerimaan yang sah...”

Kegiatan-kegiatan pemerintah daerah dalam menjalankan kewenangannya sebagai daerah otonom harus didukung dengan ketersediaan dana yang memadai. Seluruh pembiayaan kegiatan atau aktivitas pemerintah daerah itu tertuang dalam anggaran daerah atau yang lebih dikenal dengan nama Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah (APBD). APBD merupakan cerminan dari keadaan keuangan daerah secara keseluruhan, karena anggaran tersebut menggambarkan bagaimana daerah memperoleh sumber-sumber keuangannya dan bagaimana pula daerah menggunakannya. APBD merupakan produk politik pemerintah daerah yang mencerminkan anggaran yang akan

dilakukan oleh pemerintah daerah dalam jangka waktu setahun yang akan datang.

Saragih menyatakan bahwa, dalam pengelolaan keuangan daerah atau anggaran pada saat ini telah mengikuti paradigma yang berkembang yaitu dalam pengelolaan keuangan modern yang dapat diterapkan (*applicable*) oleh Pemerintah Daerah. Perubahan paradigma ini seiring dengan pencanangan konsep *good governance* dalam setiap penyelenggaraan pemerintahan. Prinsip-prinsip pengelolaan keuangan daerah harus mengacu pada transparansi, efisiensi, efektivitas, akuntabilitas, dan partisipatif.¹⁶

Berdasarkan pemahaman seperti itu, terdapat sumber dana yang dimiliki oleh Dinas Kesehatan Kota Yogyakarta untuk melaksanakan kewenangan program JPKMM yang berasal dari APBD, serta sumber dana yang berasal dari pemerintah/propinsi DIY dalam rangka tugas pembantuan dan dekonsentrasi sesuai kewenangannya.

4.3. Sikap Pelaksana

Organisasi (birokrasi pemerintah) pelayanan publik di tengah arus perubahan yang sedemikian kompleks tersebut, sebagaimana dijelaskan di atas memerlukan sumber daya manusia yang mampu

¹⁶ Saragih, Juli Panglima, *Desentralisasi Fiskal dan Keuangan Daerah Dalam Otonomi*, Ghalia Indonesia, Jakarta, 2003, hal. 7

meningkatkan peran serta dan kinerja agar optimal dalam transformasi pelayanan publik. Situmorang mengatakan sebagai berikut :¹⁷

“Untuk mengatasi kondisi sumber daya manusia yang demikian diperlukan upaya-upaya yang sistematis dalam meningkatkan kapasitasnya agar mampu bekerja secara optimal kepada masyarakat. Hal itu hanya mungkin tercapai melalui peningkatan kapasitas sumber daya manusia aparatur Pemerintah Daerah dalam berbagai aspek, baik aspek intelektual, manajerial dan perilaku.”

Di dalam implementasi program Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat Miskin (JKMM), yang dimaksudkan sikap, meliputi sikap pelaksana yaitu keinginan atau kesepakatan di kalangan pelaksana (implementors) untuk melaksanakan berbagai ketentuan yang berkaitan dengan implementasi. Sikap ini termasuk menaati apa yang seharusnya dikerjakan dan mampu melaksanakan.

Dalam kaitannya dengan implementasi program Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat Miskin (JKMM), sikap dari pelaksana (implementor) diwujudkan dalam semangat dan kemauan yang kuat untuk mematuhi peraturan yang ditetapkan dalam rangka mensukseskan pelaksanaan kebijakan/program tersebut. Apabila pelaksana tidak menunjukkan sikap yang serius atau komitmen yang kuat untuk mematuhi peraturan yang ada, maka kemungkinan besar pelaksanaan kebijakan atau program akan mengalami kendala.

Sikap atau komitmen tersebut didasari oleh persepsi yang merupakan sesuatu yang bersifat sangat pribadi dan merupakan dasar

tindakan atau perilaku seseorang terhadap rangsangan yang berasal dari lingkungan atau dari luar dirinya. Persepsi merupakan proses dengan mana seseorang mengorganisasikan dalam pikirannya, menafsirkan, mengalami, dan mengolah pertanda atau segala sesuatu yang terjadi di lingkungannya. Bagaimana segala sesuatu tersebut mempengaruhi persepsi seseorang, nantinya akan pula mempengaruhi sikap atau perilaku yang akan dipilih.

Di dalam implementasi program Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat Miskin (JKMM) yang dilaksanakan oleh Puskesmas Mergangsan, sikap merupakan perilaku pelaksana yang berhubungan dengan penilaian seseorang terhadap ketentuan yang ada dalam kebijakan atau program tersebut. Secara teoritis seperti telah disampaikan oleh para ahli di atas, penilaian tersebut akan melahirkan beberapa pilihan sikap dan tindakan yang akan dilakukan, sehingga antara seseorang dengan orang lainnya akan mungkin sekali berbeda dalam menentukan pilihan sikap dan tindakan apa yang akan dilakukan terhadap kebijakan atau program tersebut.

Penilaian yang mendasari sikap salah satunya adalah kenyataan bahwa adanya tambahan penghasilan atau intensif. Hal ini dimaksudkan guna mendorong produktifitas kerja pegawai menjadi lebih tinggi dalam mengimplementasikan kebijakan, banyak organisasi memberikan intensif sebagai bagian dari sistem imbalan yang berlaku

Sikap pelaksana diwujudkan pula dengan melibatkan kelompok dalam masyarakat di berbagai wilayah terhadap tujuan kebijakan/program, sehingga tindakan aparat pelaksana memainkan peran yang cukup penting dalam proses implementasi. Dalam kaitan ini dilema yang biasanya dihadapi oleh pejabat publik yang berusaha untuk mengubah perilaku dari satu atau lebih kelompok masyarakat adalah bahwa derajat dukungan publik atas kebijakan berbeda-beda dari waktu ke waktu.

Perubahan sikap pelaksana dan kelompok masyarakat terjadi apabila kebijakan yang dijalankan selama ini telah membebani dan membatasi akses penghidupan mereka, dan secara alami akan terjadi penolakan. Tugas yang amat penting dari para birokrat daerah adalah menjabarkan dukungan yang tadinya meluas menjadi suatu kekuatan masyarakat yang turut menentukan dalam keputusan kebijakan. Untuk itu, sangat penting juga untuk mengetahui bagaimana tanggapan masyarakat khususnya para pengguna Program JPKMM mengenai pelaksanaan kebijakan tersebut.

5. Asuransi Kesehatan

Banyak definisi yang telah diberikan kepada istilah asuransi, dimana secara sepintas tidak ada kesamaan antara definisi yang satu dengan yang lainnya. Hal ini bisa dimaklumi, karena mereka dalam mendefinisikannya disesuaikan dengan sudut pandang yang mereka

gunakan dalam memandang asuransi, dimana sesuai dengan uraian diatas bahwa asuransi dapat dipandang dari beberapa sudut.

Definisi-definisi tersebut antara lain :¹⁸

1. Definisi asuransi menurut **Pasal 246 Kitab Undang-undang Hukum Dagang (KUHD) Republik Indonesia:**

"Asuransi atau pertanggungan adalah suatu perjanjian, dengan mana seorang **penanggung** mengikatkan diri pada **tertanggung** dengan menerima suatu premi, untuk memberikan penggantian kepadanya karena suatu kerugian, kerusakan atau kehilangan keuntungan yang diharapkan, yang mungkin akan dideritanya karena suatu peristiwa yang tak tertentu".

Berdasarkan definisi tersebut, maka dalam asuransi terkandung 4 unsur, yaitu :

- 1) Pihak tertanggung (*insured*) yang berjanji untuk membayar uang premi kepada pihak penanggung, sekaligus atau secara berangsur-angsur
- 2) Pihak penanggung (*insure*) yang berjanji akan membayar sejumlah uang (santunan) kepada pihak tertanggung, sekaligus atau secara berangsur-angsur apabila terjadi sesuatu yang mengandung unsur tak tertentu.
- 3) Suatu peristiwa (*accident*) yang tak tertentu (tidak diketahui sebelumnya).

¹⁸Definisi dan Fungsi Asuransi, Asuransi Mobil.com

- 4) Kepentingan (*interest*) yang mungkin akan mengalami kerugian karena peristiwa yang tak tertentu.

2. Definisi asuransi menurut **Prof. Mehr dan Cammack:**

"Asuransi merupakan suatu alat untuk mengurangi resiko keuangan, dengan cara pengumpulan unit-unit exposure dalam jumlah yang memadai, untuk membuat agar kerugian individu dapat diperkirakan. Kemudian kerugian yang dapat diramalkan itu dipikul merata oleh mereka yang tergabung".

3. Definisi asuransi menurut **Prof. Mark R. Green:**

"Asuransi adalah suatu lembaga ekonomi yang bertujuan mengurangi risiko, dengan jalan mengkombinasikan dalam suatu pengelolaan sejumlah obyek yang cukup besar jumlahnya, sehingga kerugian tersebut secara menyeluruh dapat diramalkan dalam batas-batas tertentu".

4. Definisi asuransi menurut **C.Arthur William Jr dan Richard M.**

Heins, yang mendefinisikan asuransi berdasarkan dua sudut pandang, yaitu:

- 1) "Asuransi adalah suatu pengaman terhadap kerugian finansial yang dilakukan oleh seorang penanggung".
- 2) "Asuransi adalah suatu persetujuan dengan mana dua atau lebih orang atau badan mengumpulkan dana untuk menanggulangi kerugian finansial".

5. Asuransi dalam **Undang-Undang No.2 Th 1992** tentang usaha

perasuransian adalah:

“Perjanjian antara dua pihak atau lebih, dengan mana pihak penanggung mengikatkan diri kepada tertanggung, dengan menerima premi asuransi, untuk memberikan penggantian kepada tertanggung karena kerugian, kerusakan atau kehilangan keuntungan yang diharapkan atau tanggung jawab hukum pihak ke tiga yang mungkin akan diderita tertanggung, yang timbul dari suatu peristiwa yang tidak pasti, atau memberikan suatu pembayaran yang didasarkan atas meninggal atau hidupnya seseorang yang dipertanggungjawabkan.”

Badan yang menyalurkan risiko disebut "tertanggung", dan badan yang menerima resiko disebut "penanggung". Perjanjian antara kedua badan ini disebut *kebijakan*: ini adalah sebuah kontrak legal yang menjelaskan setiap istilah dan kondisi yang dilindungi. Biaya yang dibayar oleh "tertanggung" kepada "penanggung" untuk risiko yang ditanggung disebut "premi". Ini biasanya ditentukan oleh "penanggung" untuk dana yang bisa diklaim di masa depan, biaya administratif, dan keuntungan.

Berdasarkan definisi-definisi tersebut di atas kiranya mengenai definisi asuransi yang dapat mencakup semua sudut pandang : "Asuransi adalah suatu alat untuk mengurangi risiko yang melekat pada perekonomian, dengan cara menggabungkan sejumlah unit-unit yang terkena risiko yang sama atau hampir sama, dalam jumlah yang cukup besar, agar probabilitas kerugiannya dapat diramalkan dan bila kerugian yang diramalkan terjadi akan dibagi secara proposional oleh semua pihak dalam gabungan itu".

Asuransi kesehatan adalah sebuah jenis produk asuransi yang secara khusus menjamin biaya kesehatan atau perawatan para anggota asuransi tersebut jika mereka jatuh sakit atau mengalami kecelakaan..

Secara garis besar ada dua jenis perawatan yang ditawarkan perusahaan-

perusahaan asuransi, yaitu rawat inap (in-patient treatment) dan rawat jalan (out-patient treatment). Produk asuransi kesehatan diselenggarakan baik oleh perusahaan asuransi sosial, perusahaan asuransi jiwa, maupun juga perusahaan asuransi umum.

Adapun jenis-jenis dari asuransi kesehatan adalah sebagai berikut:¹⁹

1. Asuransi Kesehatan Sosial

Program asuransi kesehatan sosial bagi Pegawai Negeri Sipil, Penerima Pensiun, Veteran dan Perintis Kemerdekaan beserta anggota keluarganya merupakan penugasan Pemerintah kepada PT Askes (Persero) dan dalam usaha perasuransian dikenal sebagai Government Captive Health Insurance, bukan merupakan bentuk monopoli.

2. Asuransi Kesehatan Sukarela

Penyelenggaraan asuransi kesehatan bagi peserta sukarela didasarkan pada Peraturan Pemerintah nomor 69 tahun 1991 dan Peraturan Pemerintah nomor 6 tahun 1992, dimana PT Askes (Persero) diperkenankan untuk memperluas cakupan kepesertaannya kepada pegawai badan usaha dan badan lainnya secara sukarela. Program tersebut dimulai sejak tahun 1993, dengan produk asuransi kesehatan dengan pola managed care dengan produk yang telah dipasarkan yaitu ASKES Diamond, ASKES Platinum, ASKES Gold, ASKES Silver,

ASKES Blue dan ASKES Alba. Masing-masing produk dibedakan oleh fasilitas dan ruang lingkup pelayanan kesehatan yang diberikan.

3. Asuransi Kesehatan Diamond

Jaminan pemeliharaan kesehatan bagi kelompok/group yang berlaku Nasional dan Internasional dengan manfaat pelayanan Standar Plus di PPK eksklusif (RS Pondok Indah, RS Metropolitan Medical Center - MMC) dan PPK Luar Negeri (Mount Elizabeth di Singapura dan Mounth Hospital Perth di Australia)serta PPK Lain yang ditunjuk.

4. Asuransi Kesehatan Platinum

Jaminan pemeliharaan kesehatan bagi kelompok/group yang berlaku Nasional dengan manfaat pelayanan Standar Plus di PPK eksklusif (RS Pondok Indah, RS Metropolitan Medical Center - MMC) dan atau PPK lain yang ditunjuk.

5. Asuransi Kesehatan Gold

Jaminan pemeliharaan kesehatan bagi kelompok/group yang berlaku Nasional dengan manfaat pelayanan Standar Plus di PPK yang ditunjuk

6. Asuransi Kesehatan Silver

Jaminan pemeliharaan kesehatan bagi kelompok/group yang berlaku Nasional dengan manfaat pelayanan Standar di PPK yang ditunjuk.

7. Asuransi Kesehatan Blue

Jaminan pemeliharaan kesehatan bagi kelompok/group yang berlaku Regional dengan manfaat pelayanan Standar di PPK yang ditunjuk.

8. Asuransi Kesehatan Alba

Jaminan pemeliharaan kesehatan bagi kelompok/group yang berlaku Lokal dengan manfaat pelayanan Standar di PPK yang ditunjuk

Fungsi dari asuransi itu sendiri adalah :²⁰

a. Transfer Resiko

Dengan membayar premi yang relatif kecil, seseorang atau perusahaan dapat memindahkan ketidakpastian atas hidup dan harta bendanya (resiko) ke perusahaan asuransi.

b. Kumpulan Dana

Premi yang diterima kemudian dihimpun oleh perusahaan asuransi sebagai dana untuk membayar resiko yang terjadi.

Di Indonesia, PT Askes Indonesia merupakan salah satu perusahaan asuransi sosial yang menyelenggarakan asuransi kesehatan kepada para anggotanya yang utamanya merupakan para pegawai negeri baik sipil maupun non-sipil. Anak-anak mereka juga dijamin sampai dengan usia 21 tahun. Para pensiunan beserta istri ataupun suami juga dijamin seumur hidup. Berdasarkan Undang-Undang No 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) dan didukung Keputusan Menkes No 1241 Tahun 2004 dan No 56 Tahun 2005, PT Askes ditugaskan mengelola Program Jaminan Pemeliharaan Kesehatan bagi Masyarakat Miskin (PJKMM).

6. Masyarakat Miskin

Masalah kemiskinan ini berkaitan erat dengan tidak terpenuhinya hak-hak dasar masyarakat miskin dalam mempertahankan dan mengembangkan kehidupannya secara bermartabat. Menjalani kehidupan yang selalu berada dalam jeratan kemiskinan bisa menjadikan seseorang terjerumus ke dalam pola kehidupan yang membawa kenistaan. Untuk bisa bermartabat dalam kehidupannya, masyarakat perlu ditopang oleh kemampuan mereka dalam memenuhi kebutuhan dasarnya secara layak.

Secara harafiah, kemiskinan berasal dari kata dasar miskin diberi arti “tidak berharta-benda”. Dalam pengertian yang lebih luas, kemiskinan dapat dikonotasikan sebagai suatu kondisi ketidak-mampuan baik secara individu, keluarga maupun kelompok, sehingga kondisi ini rentan terhadap timbulnya permasalahan sosial yang lain.²¹ Dengan demikian, masyarakat miskin dapat diartikan sebagai orang-orang atau kelompok individu yang berondisikan ketidak-mampuan baik secara individu, keluarga maupun kelompok, sehingga kondisi ini rentan terhadap timbulnya permasalahan sosial yang lain.

Banyak hal memang yang mempengaruhi seseorang dikatakan miskin bila keadaannya memang dia tidak mampu berdiri sederajat dengan lingkungan masyarakat secara memadai, maka kemiskinan yang terjadi mempunyai rentang dimensi dan kerentanan yang lebar. Meskipun

²¹ Dedyadarminto, WIS, *Kamus Umum Bahasa Indonesia*, PN Balai Pustaka, Jakarta, 1976

demikian bukan hanya sekedar kemiskinan relatif yang perlu dipersoalkan, tetapi kemiskinan absolut yang dapat membuat seseorang tidak mempunyai kemampuan untuk mengakses segala kebutuhan pokok bagi keberlangsungan hidupnya.

Dapat dikatakan, masyarakat miskin dan tidak mampu merupakan anggota masyarakat yang paling rentan dalam menghadapi kenaikan harga-harga sebagai dampak pengurangan subsidi bahan bakar minyak, terutama jika mereka mengalami sakit.

Hasil *American Episcopal Conference* merumuskan bahwa ada tiga arti kemiskinan, yaitu pertama kemiskinan nyata karena ketidakadilan, manipulasi dan kekerasan. Kedua, kemiskinan karena seseorang dianggap sebagai bukan manusia (*non-person*), sebab ia kehilangan hak hidup serta kebebasan menentukan pilihan. Ketiga, kemiskinan rohani, yaitu dimana seseorang telah kehilangan kesadaran spiritual dan rasa solidaritas sesama manusia terutama terhadap orang miskin dan orang yang perlu pembebasan.²²

Kriteria-kriteria tersebut di atas tentunya menjadi patokan bagi aparat pamerintahan berwenang dalam melakukan pendataan masyarakat miskin. Sehingga program JPKMM bisa berjalan tepat sasaran.

Dalam hal penanggulangan masalah kemiskinan melalui program bantuan langsung tunai (BLT) BPSpun telah menetapkan 14 (empat belas) kriteria keluarga miskin, seperti yang telah disosialisasikan oleh

²² Setoyan, M. Subhan. *Pertolongan Melalui Kemiskinan*. JKPM Online

Departemen Komunikasi dan Informatika (2005), rumah tangga yang memiliki ciri rumah tangga miskin, yaitu :²³

1. Luas lantai bangunan tempat tinggal kurang dari 8 m² per orang.
2. Jenis lantai bangunan tempat tinggal terbuat dari tanah/bambu/kayu murahan.
3. Jenis dinding tempat tinggal terbuat dari bambu/rumbia/kayu berkualitas rendah/tembok tanpa diplester.
4. Tidak memiliki fasilitas buang air besar/bersama-sama dengan rumah tangga lain.
5. Sumber penerangan rumah tangga tidak menggunakan listrik.
6. Sumber air minum berasal dari sumur/mata air tidak terlindung/sungai/air hujan
7. Bahan bakar untuk memasak sehari-hari adalah kayu bakar/arang/minyak tanah.
8. Hanya mengonsumsi daging/susu/ayam satu kali dalam seminggu.
9. Hanya membeli satu stel pakaian baru dalam setahun.
10. Hanya sanggup makan sebanyak satu/dua kali dalam sehari.
11. Tidak sanggup membayar biaya pengobatan di puskesmas/poliklinik
12. Sumber penghasilan kepala rumah tangga adalah petani dengan luas lahan 0,5 ha, buruh tani, nelayan, buruh bangunan, buruh perkebunan, atau pekerjaan lainnya dengan pendapatan Rp. 600.000 per bulan.

²³ <http://www.kemkominfo.go.id>

13. Pendidikan tertinggi kepala rumah tangga : tidak sekola/tidak tamat SD/hanya SD.

14. Tidak memiliki tabungan/barang yang mudah dijual dengan nilai Rp. 500.000 seperti : sepeda motor (kredit/nonkredit), emas, ternak, kapal, motor, atau barang modal lainnya.

Keberhasilan upaya penanggulangan kemiskinan akan ditentukan oleh lima hal yaitu :²⁴

1. Kebijakan yang dirumuskan dengan baik (*good policy*), dibangun melalui proses partisipasif dengan mendengarkan suara si miskin dan dilakukan secara inklusif dengan melibatkan *stakeholders*.
2. Komitmen penganggaran jangka menengah yang pasti.
3. Dukungan kelembagaan yang kredibel dan kapabel.
4. Mekanisme pengendalian dan pengawasan (*safeguarding*) yang solid.
5. Monitoring dan evaluasi yang terbuka, dengan indikator kinerja yang jelas dan terukur, serta tindak lanjut (*enforcement*) yang nyata terhadap hasil monitoring dan evaluasi.

F. DEFINISI KONSEPTIONAL

Definisi konsepsional berisi definisi dari konsep/variabel yang digunakan dalam penelitian yang merupakan kesimpulan deduktif dari teori

1. Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat Miskin (JPKMM) adalah suatu konsep atau metode penyelenggaraan pemeliharaan kesehatan yang paripurna (preventif, promotif, rehabilitatif dan kuratif) berdasarkan azas usaha bersama dan kekeluargaan yang berkesinambungan dengan mutu yang terjamin serta pembiayaan yang dilaksanakan secara pra-upaya yang ditujukan kepada masyarakat miskin.
2. Kebijakan adalah serangkaian tindakan yang memiliki tujuan, maksud dan orientasi pada maksud dan tujuan tertentu demi kepentingan seluruh masyarakat yang memiliki kekuatan hukum yang sah, dimana mengikat pada seluruh masyarakat.
3. Implementasi program ialah rangkaian kegiatan tindak lanjut setelah kebijakan ditetapkan, yang meliputi aktifitas pengambilan keputusan, langkah-langkah operasional yang strategis untuk mewujudkan program menjadi kenyataan, di bidang kesehatan dapat disebut dengan layanan kesehatan dalam rangka mencapai sasaran program yang ditetapkan.
4. Asuransi kesehatan adalah sebuah jenis produk asuransi yang secara khusus menjamin biaya kesehatan atau perawatan para anggota asuransi tersebut jika mereka jatuh sakit atau mengalami kecelakaan. Produk asuransi kesehatan diselenggarakan baik oleh perusahaan asuransi sosial, perusahaan asuransi jiwa, maupun juga perusahaan asuransi umum.
5. Masyarakat miskin adalah orang-orang atau kelompok individu yang berkecukupan ketidakmampuan baik secara individu, keluarga maupun

kelompok, sehingga kondisi ini rentan terhadap timbulnya permasalahan sosial yang lain.

G. DEFINISI OPERASIONAL

Definisi operasional adalah langkah yang ditempuh untuk menjabarkan bagaimana melihat atau mengukur suatu konsep. Dengan kata lain definisi operasional adalah sebagai petunjuk menterjemahkan suatu konsep menjadi lebih nyata dan terperinci sehingga mudah dipahami.

Dalam penelitian ini, konsep dapat dilihat secara operasional sebagai berikut:

1. Implementasi Program JPKMM dalam hal layanan-layanan yang bisa diperoleh masyarakat miskin dan tidak mampu melalui Program JPKMM di Puskesmas Mergangsan, yaitu sebagai berikut :
 - Prosedur/Tata Cara Mendapatkan Pelayanan
 - Pelayanan Kesehatan Askeskin yang meliputi :
 - Rawat Jalan Tingkat Pertama (RJTP)
 - Rawat Inap Tingkat Pertama (RITP)
 - Sistem Rujukan
 - Penyaluran dan pengelolaan dana program
2. Kualitas pencapaian kinerja Program JPKMM yang dapat dilihat dari faktor-faktor yang mempengaruhi implementasi kebijakan dengan menggunakan indikator-indikator sebagai berikut :

- a. Pemberdayaan Sumber Daya manusia Puskesmas Mergangsan guna mendukung Program JPKMM
- b. Tingkat keberhasilan Pelaksanaan Program JPKMM Puskesmas Mergangsan dilihat dari tingkat kunjungan pasien masyarakat miskin.
- c. Kepuasan pengguna Program JPKMM (pasien) di Puskesmas Mergangsan.

H. METODE PENELITIAN

1. Jenis Penelitian

Jenis penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah penelitian kualitatif. Tujuan penelitian kualitatif tidak selalu mencari sebab akibat sesuatu, tetapi lebih berupaya memahami situasi tertentu untuk sampai pada suatu kesimpulan obyektif, penelitian kualitatif mencoba mendalami dan menerobos gejalanya dengan menginterpretasikan masalahnya atau menyimpulkan kombinasi dari berbagai arti permasalahan sebagaimana disajikan oleh situasinya.²⁵

Dengan demikian, jenis penelitian yang akan digunakan oleh penyusun dalam penelitian ini adalah dengan menggunakan jenis penelitian deskriptif dengan bentuk metodenya adalah studi kasus. Kemudian mengenai jenis penelitian deskriptif dengan bentuk metode studi kasus dapat dijelaskan bahwa studi kasus memusatkan perhatian pada suatu kasus secara

²⁵ Levy L. *Metode Penelitian Kualitatif*. PT Remaja Rosdakarya, Bandung, 1990, hal

intensif dan mendetail dalam hal ini penyusun mengambil studi kasus tentang Implementasi Program JPKMM di Puskesmas Mergangsan.

Subyek yang diselidiki terdiri dari satu unit (atau satu kesatuan unit) yang dipandang sebagai kasus. Karena sifat yang mendalam dan mendetail itu, studi kasus umumnya menghasilkan gambaran yang longitudinal, yaitu hasil pengumpulan dan analisa data kasus dalam suatu jangka waktu. Kasus dapat terbatas pada satu orang, satu lembaga, satu keluarga, satu peristiwa, satu desa, ataupun satu kelompok manusia dan kelompok obyek-obyek lain yang dipandang sebagai satu kesatuan²⁶

2. Unit Analisis

Istilah unit analisis ini disamakan dengan unit penelitian atau unit elementer. Unit analisis adalah unit dari mana informasi dikumpulkan, dan sekaligus sebagai basis untuk melakukan analisis dan menarik kesimpulan. Unit analisis mnunjuk pada karakteristik khusus yang berkaitan dengan obyek atau tujuan penelitian.²⁷

Bertolak dari sasaran penelitian ini yaitu Implementasi Program Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat Miskin (JPKMM) , maka yang menjadi unit analisis adalah Puskesmas Mergangsan.

²⁶ *Ibid*, hal 143

²⁷ Hadi, Sutrisno, *Metodologi Research*, Yayasan Penerbit Fakultas Psikologi-UGM, Yogyakarta, 1986, hal. 140

3. Data yang Dibutuhkan

Untuk keperluan dalam penelitian ini, penyusun menggunakan sumber data yang dibutuhkan yaitu :

- a. Data Primer, adalah data yang diperoleh melalui wawancara, meliputi pembicaraan dengan pihak-pihak yang berhubungan dengan penelitian secara langsung maupun tidak langsung dan observasi secara langsung, dengan cara pengamatan dan pencatatan secara sistematis berbagai fenomena yang muncul.²⁸ Sumber data primer yang dibutuhkan dalam penelitian ini meliputi data mengenai :
 1. Program Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat Miskin (JPKMM) di Puskesmas Mergangsan.
 2. Kelembagaan Puskesmas Mergangsan.
- b. Data Sekunder adalah data yang diperoleh dari bahan-bahan yang diperlukan seperti dokumentasi, dengan cara menghimpun sumber-sumber yang ada.²⁹ Sumber data sekunder yang diperlukan antara lain produk-produk hukum nasional, peraturan daerah, serta bahan pustaka. Data sekunder yang dibutuhkan dalam penelitian ini mengenai gambaran daerah penelitian yang meliputi keadaan geografis, demografis dan prasarana daerah yang dibutuhkan untuk penelitian.

²⁸ *Ibid*, hal. 126

²⁹ *Ibid*, hal. 126

4. Teknik Pengumpulan Data

Teknik pengumpulan data dalam suatu penelitian dapat menggunakan berbagai macam instrumen seperti :

a. Dokumentasi.

Menurut Winarno Surachmad yang memberikan pengertian dokumentasi sebagai berikut :³⁰

Kita dapat merumuskan pengertian dokumentasi; sebagai laporan tertulis dari suatu peristiwa, yang isinya terdiri atas sesuatu penjelasan dan pemikiran terhadap peristiwa itu dan ditulis dengan sengaja untuk menyimpan atau merumuskan keterangan mengenai peristiwa tersebut.

Dalam penelitian ini penyusun menggunakan sumber primer sebagai sumber yang memberikan data langsung dari tangan pertama diantaranya dalam bentuk Profil Puskesmas Mergangsan serta data-data pendukung mengenai pelaksanaan Program JPKMM di Puskesmas Mergangsan tahun 2006-2007.

b. Interview

Adapun teknik interview yang penyusun gunakan dalam penelitian ini adalah interview dengan cara membawa kerangka pertanyaan-pertanyaan atau panduan wawancara untuk dijawab oleh

3. Bendahara ASKES Puskesmas Mergangsan

4. Beberapa pasien pengguna Askeskin

c. Observasi

Menurut Sutrisno Hadi observasi diartikan :³¹

Sebagai pengamatan dan pencatatan dengan sistematis dan sengaja melalui pengamatan dan pencatatan terhadap obyek yang diselidiki dalam arti luas observasi sebenarnya tidak hanya terbatas pada pengamatan yang dilakukan dengan mata kepala saja, melainkan juga semua jenis pengamatan yang dilakukan baik secara langsung maupun tidak langsung. Observasi yang penyusun lakukan selama penelitian ini menghasilkan gambaran-gambaran yang terjadi di lapangan dan kemudian di deskripsikan sesuai faktanya.

5. Teknik Analisis Data

Sebagaimana disampaikan di atas, penelitian ini menggunakan metode deskriptif kualitatif, meskipun data yang dipergunakan bersifat kuantitatif, analisis yang digunakan adalah dengan cara melakukan interpretasi terhadap data, fakta dan informasi yang telah dikumpulkan dengan langkah-langkah sebagai berikut :³²

1) Pengumpulan data yang dilakukan melalui wawancara studi pustaka

- 2) Penelitian data, yang dilakukan berdasarkan prinsip validitas, obyektivitas, reliabilitas melalui cara mengkategorikan data dengan sistem pencatatan yang relevan dan melakukan kritik atas data yang telah dikumpulkan dengan teknik triangulasi.
- 3) Interpretasi data, yang dilakukan dengan cara menganalisis data dengan pemahaman intelektual yang dibangun atas dasar pengalaman empiris terhadap data, fakta, dan informasi yang telah dikumpulkan dan disederhanakan dalam bentuk tabel/grafik.
- 4) ~~Dasarimpulan terhadap hasil interpretasi data~~