



UNIVERSITAS INDONESIA

**IMPLEMENTASI PRINSIP-PRINSIP *GOOD GOVERNANCE*
DALAM PELAKSANAAN PROGRAM JAMINAN
KESEHATAN MASYARAKAT
(Studi Kasus pada Dinas Kesehatan dan KB
Kabupaten Tapanuli Selatan Provinsi Sumatera Utara)**

TESIS

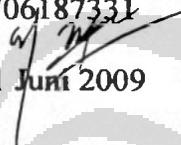
Diajukan sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar Magister Sains (M.Si)

**Fariz Haholongan Hutagalung
NPM. 0706187331**

**FAKULTAS ILMU SOSIAL DAN ILMU POLITIK
PROGRAM PASCASARJANA
DEPARTEMEN ILMU KESEJAHTERAAN SOSIAL
KEKHUSUSAN PEMBANGUNAN SOSIAL
DEPOK
JULI 2009**

HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

Tesis ini adalah hasil karya saya sendiri,
dan semua sumber baik yang dikutip maupun dirujuk
telah saya nyatakan dengan benar.

Nama : Fariz Haholongan Hutagalung
NPM : 0706187331
Tanda Tangan : 
Tanggal : 11 Juni 2009

UCAPAN TERIMA KASIH

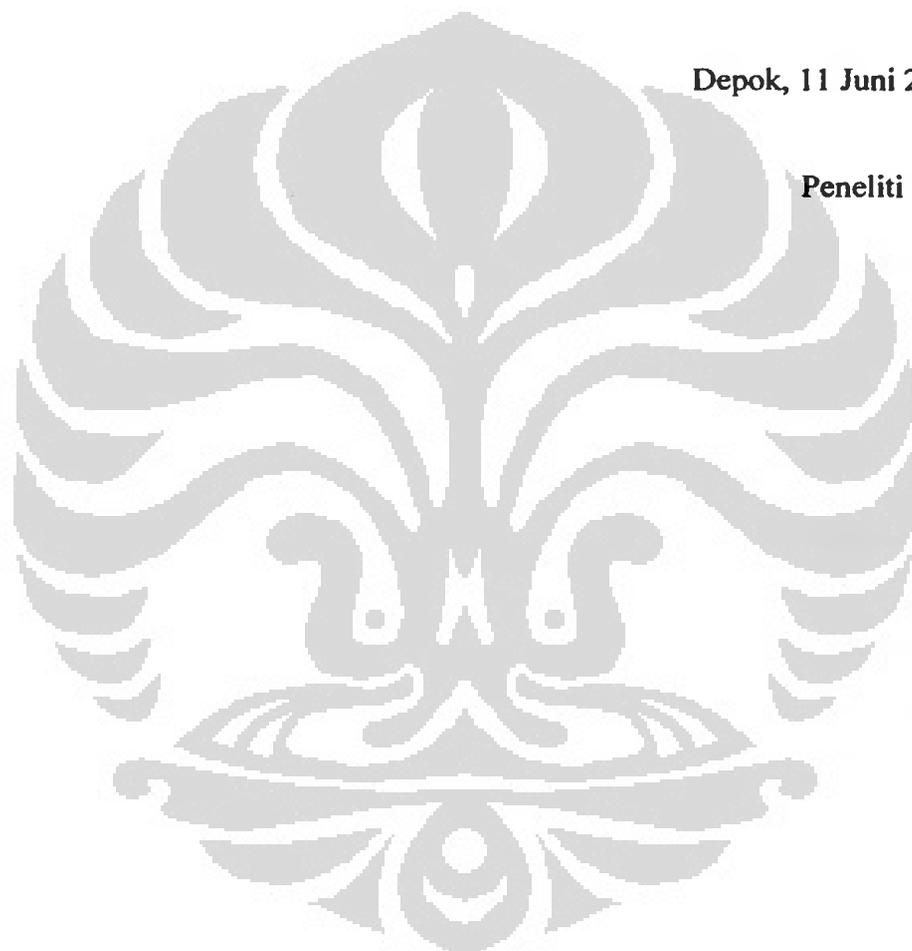
Puji syukur saya panjatkan kepada Tuhan Yang Maha Esa, karena atas berkat dan rahmat-Nya, saya dapat menyelesaikan tesis ini. Penulisan tesis ini dilakukan dalam rangka memenuhi salah satu syarat untuk mencapai gelar Magister Sains Jurusan Ilmu Kesejahteraan Sosial pada Fakultas Ilmu Sosial dan Ilmu Politik Universitas Indonesia. Saya menyadari bahwa tanpa bantuan dan bimbingan dari berbagai pihak, dari masa perkuliahan sampai pada penyusunan tesis ini, sangatlah sulit bagi saya untuk menyelesaikan tesis ini. Oleh karena itu, saya mengucapkan terima kasih kepada:

1. Drs. Agung Pramono PW, MA, selaku dosen pembimbing yang telah menyediakan waktu, tenaga, dan pikiran untuk mengarahkan saya dalam penyusunan tesis ini ;
2. Fentiny Nugroho, MA, Ph.D dan Dra. Fitriyah, M.Si, selaku ketua dan sekretaris Program Pascasarjana Ilmu Kesejahteraan Sosial ;
3. Seluruh staf pengajar dan staf akademik di Program Pascasarjana Ilmu Kesejahteraan Sosial ;
4. Bapak Bupati Tapanuli Selatan;
5. Kepala Dinas Kesehatan dan KB Daerah Kabupaten Tapanuli Selatan beserta jajarannya yang telah membuka diri dan memberi kesempatan kepada saya untuk melakukan penelitian, serta atas segala bantuan dalam usaha memperoleh data yang saya perlukan ;
6. Para informan penelitian yang telah banyak membantu dalam usaha memperoleh data yang saya perlukan ;
7. Seluruh keluarga penulis, Papa, Mama, Tulang, Nantulang, adik-adik, Istri dan anak saya tercinta, terima kasih atas segala inspirasi dan *support* kalian, baik materil maupun moril.
8. Semua teman-teman teman-teman kuliah di Kessos dan Bangsos, terkhusus angkatan semester genap 2008.

Akhir kata, saya berharap Tuhan Yang Maha Esa berkenan membalas segala kebaikan semua pihak yang telah membantu. Semoga tesis ini membawa manfaat bagi pengembangan ilmu.

Depok, 11 Juni 2009

Peneliti



**HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI
TUGAS AKHIR UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS**

Sebagai sivitas akademik Universitas Indonesia, saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Fariz Haholongan Hutagalung

NPM : 0706187331

Program Studi : Pembangunan Sosial

Departemen : Ilmu Kesejahteraan Sosial

Fakultas : Ilmu Sosial dan Ilmu Politik

Jenis Karya : Tesis

Demi pengembangan ilmu pengetahuan, menyetujui untuk memberikan kepada Universitas Indonesia Hak Bebas Royalti Noneksklusif (*Non-exclusive Royalty-Free Right*) atas karya ilmiah saya yang berjudul:

Implementasi Prinsip-Prinsip *Good Governance* Dalam Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Masyarakat (Studi Kasus pada Dinas Kesehatan dan KB Kabupaten Tapanuli Selatan Provinsi Sumatera Utara)

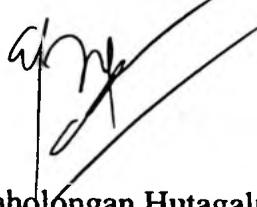
beserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan Hak Bebas Royalti Noneksklusif ini Universitas Indonesia berhak menyimpan, mengalihmedia/formatkan, mengelola dalam bentuk pangkalan data (*database*), merawat, dan mempublikasikan tugas akhir saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis/pencipta dan sebagai pemilik Hak Cipta.

Demikian pernyataan ini saya perbuat dengan sebenarnya.

Dibuat di : Jakarta

Pada tanggal : 10 Juli 2009

Yang menyatakan



(Fariz Haholongan Hutagalung)

ABSTRAK

Nama : Fariz Haholongan Hutagalung
Program Studi : Ilmu Kesejahteraan Sosial Kekhususan Pembangunan Sosial
Judul : Implementasi Prinsip-Prinsip *Good Governance* Dalam Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Masyarakat (Studi Kasus pada Dinas Kesehatan dan KB Kabupaten Tapanuli Selatan Provinsi Sumatera Utara)

Tesis ini membahas implementasi prinsip-prinsip *good governance* dalam pelaksanaan program Jamkesmas di dinas kesehatan dan KB Kabupaten Tapanuli Selatan selama Tahun 2008. Implementasi prinsip-prinsip *good governance* merupakan cara untuk mewujudkan pengelolaan Jamkesmas dan pelayanan kesehatan masyarakat miskin yang baik. Penelitian ini adalah penelitian kualitatif dengan jenis penelitian deskriptif. Hasil penelitian menyarankan bahwa para stakeholder seharusnya melaksanakan Jamkesmas dengan lebih bertanggungjawab secara moril karena menyangkut hak pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin, sebaliknya masyarakat miskin itu juga diharapkan lebih partisipatif lagi atau tidak apatis sehingga ada kerjasama yang baik antar pemerintah dan masyarakat.

Kata kunci:
Jamkesmas, akuntabilitas, transparansi, partisipasi

ABSTRACT

Name : Fariz Haholongan Hutagalung
Study Program : Social Welfare Science, Social Development Specialization
Title : The Implementation of Good Governance Principles in Performing Society Health Security Program (The Case Study in Office of Health and Family Planning South Tapanuli Regency North Sumatera Province)

The focus of this study is the The Implementation of Good Governance Principles in Performing Society Health Assistance Program in 2008. The Implementation of Good Governance Principles are the way to be a good Society Health Security Program rendering and society health care. This research uses a qualitative approach and its type is descriptive research. The researcher suggests that stakeholders should rendering Society Health Security Program with a massive responsiveness because it about the right for society health care, and on the contrary the poor society should be more participative or not be apathetic, so there is a good collaboration within government and society.

Key words:
Society Health Security Program, accountability, transparency, participation

DAFTAR ISI

	Halaman
HALAMAN JUDUL	i
HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS	ii
HALAMAN PENGESAHAN	iii
KATA PENGANTAR	iv
HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI	vi
ABTRAK	vii
DAFTAR ISI	viii
DAFTAR GAMBAR	xi
DAFTAR TABEL	xii
DAFTAR LAMPIRAN	xiii
BAB 1 PENDAHULUAN	1
1.1. Latar Belakang.....	1
1.2. Perumusan Masalah.....	12
1.3. Tujuan Penelitian.....	12
1.4. Manfaat Penelitian.....	12
1.4.1. Manfaat Akademis.....	12
1.4.2. Manfaat Praktis.....	13
1.5. Sistematika Penulisan.....	13
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA	16
2.1. Pembangunan Sosial.....	16
2.1.1. Kebijakan Sosial.....	18
2.1.2. Kemiskinan.....	21
2.1.3. Jaminan Kesehatan Masyarakat.....	24
2.2. Konsep <i>Good Governance</i>	26
2.2.1. Akuntabilitas.....	32
2.2.2. Transparansi.....	38
2.2.3. Partisipasi.....	42
2.2.4. Faktor-Faktor Pendukung dan Penghambat <i>Good Governance</i>	49
A. Faktor Pendukung.....	49
B. Faktor Penghambat.....	52
2.3. Kedudukan Program dalam Kebijakan Pemerintah.....	54
2.4. Teori/Konsep Implementasi Kebijakan.....	57
2.5. Model Penelitian.....	61
2.6. Batasan Penelitian.....	62

BAB 3 METODE PENELITIAN.....	64
3.1. Pendekatan dan Jenis Penelitian.....	64
3.2. Tempat dan Waktu Penelitian.....	65
3.3. Fokus Penelitian.....	66
3.4. Sumber dan Jenis Data.....	66
3.4.1. Sumber Data.....	66
3.4.2. Jenis Data.....	67
3.5. Teknik Pengambilan Sampel (<i>Teoritical Sampling</i>).....	68
3.6. Instrumen Penelitian.....	71
3.7. Teknik Pengumpulan Data.....	71
3.8. Analisis Data.....	72
3.9. Keabsahan Data.....	74
3.10. Jadwal Penelitian.....	76
BAB 4 TEMUAN LAPANGAN.....	77
4.1. Gambaran Umum Lokasi Penelitian.....	77
4.1.1. Kondisi Geografis.....	77
4.1.2. Kondisi Demografis.....	78
4.1.3. Profil Dinas Kesehatan dan KB Daerah Kabupaten Tapanuli Selatan.....	79
A. Visi dan Misi.....	79
B. Tujuan dan Sasaran.....	81
C. Strategi Pencapaian Tujuan dan Sasaran.....	85
4.2. Pelaksanaan Jamkesmas di Kabupaten Tapanuli Selatan.....	93
4.2.1. Keunggulan Pelaksanaan Jamkesmas di Kabupaten Tapanuli Selatan.....	105
4.2.2. Hambatan Pelaksanaan Jamkesmas di Kabupaten Tapanuli Selatan.....	111
4.3. Implementasi <i>Good Governance</i> dalam Program Jamkesmas.....	114
4.4. Faktor-Faktor yang Mendukung dan Menghambat Implementasi <i>Good Governance</i> dalam Pelaksanaan Jamkesmas di Tapanuli Selatan.....	121
4.4.1. Faktor-Faktor yang Mendukung Implementasi <i>Good Governance</i>	121
4.4.2. Faktor-Faktor yang Menghambat Implementasi <i>Good Governance</i>	123
BAB 5 IMPLEMENTASI PRINSIP-PRINSIP <i>GOOD GOVERNANCE</i> DALAM PELAKSANAAN PROGRAM JAMKESMAS....	126
5.1. Prinsip Akuntabilitas.....	127
5.1.1. Visi dan Misi.....	128
5.1.2. <i>Job Description</i> (Acuan Pelayanan).....	130

5.1.3. Laporan Pertanggungjawaban.....	132
5.1.4. Sistem pengelolaan Keuangan.....	133
5.2. Prinsip Taransparansi.....	136
5.2.1. Publikasi Kebijakan Publik.....	137
5.2.2. Keterbukaan Informasi.....	138
5.2.3. Pengawasan.....	139
5.3. Prinsip Partisipasi.....	141
5.3.1. Pertemuan dengan Masyarakat.....	141
5.3.2. Diskusi Publik dan <i>Public Hearing</i>	143
5.3.3. Keterlibatan Para <i>Stakeholder</i>	144
5.4. Faktor-Faktor yang Mendukung Implementasi <i>Good Governance</i>	145
5.4.1. Prinsip Akuntabilitas.....	145
5.4.2. Prinsip Transparansi.....	146
5.4.3. Prinsip Partisipasi.....	147
5.5. Faktor-Faktor yang Menghambat Implementasi <i>Good Governance</i>	149
5.5.1. Prinsip Akuntabilitas.....	149
5.5.2. Prinsip Transparansi.....	150
5.5.3. Prinsip Partisipasi.....	151
BAB 6 KESIMPULAN DAN SARAN.....	152
6.1. Kesimpulan.....	152
6.2. Saran.....	154
DAFTAR PUSTAKA.....	156

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1. Hubungan Antara Negara, Masyarakat, dan Swasta dalam Pemerintahan.....	31
Gambar 2.2. “Rational” Planning.....	54
Gambar 2.3. Kaitan antara Proses Kebijakan dengan Prosedur Analisis Kebijakan.....	56
Gambar 2.4. Proses Implementasi Kebijakan.....	60
Gambar 2.5. Model Penelitian.....	61
Gambar 4.1. Peta Wilayah Kabupaten Tapanuli Selatan.....	78
Gambar 4.2. Bagan Struktur Organisasi Dinas Kesehatan dan KB Daerah Kabupaten Tapanuli Selatan.....	92
Gambar 4.3. Foto Sosialisasi Jamkesmas tingkat Kabupaten Tapanuli Selatan	96
Gambar 4.4. Bagan Pembayaran Paket Program Jamkesmas 2008 dan Masa Transisi.....	99
Gambar 4.5. Contoh Kartu Jamkesmas.....	102

DAFTAR TABEL

Tabel 1.1. Program Pelayanan Kesehatan di Dinas Kesehatan dan KB Tapanuli Selatan.....	8
Tabel 3.1. <i>Theoretical Sampling</i>	70
Tabel 3.3. Tehnik Pemeriksaan Data.....	75
Tabel 3.4. Jadwal Penelitian.....	76
Tabel 4.1. Jumlah Penduduk, Jumlah Desa/Kelurahan dan Luas Wilayah Menurut Kecamatan di Kabupaten Tapanuli Selatan Tahun 2008	79
Tabel 4.2. Sepuluh Penyakit Terbanyak Yankes Dasar Tahun 2008.....	98
Tabel 4.3. Laporan Tindakan Rawat jalan, Rawat Inap dan Jumlah Hari Inap Di RSUD Sipirok Tahun 2008.....	100
Tabel 4.4. Laporan Distribusi Kartu Jamkesmas menurut Puskesmas di Kabupaten Tapanuli Selatan.....	104
Tabel 4.5. Gambaran Laporan Pertanggungjawaban Keuangan yang Tidak Sesuai Manlak.....	109

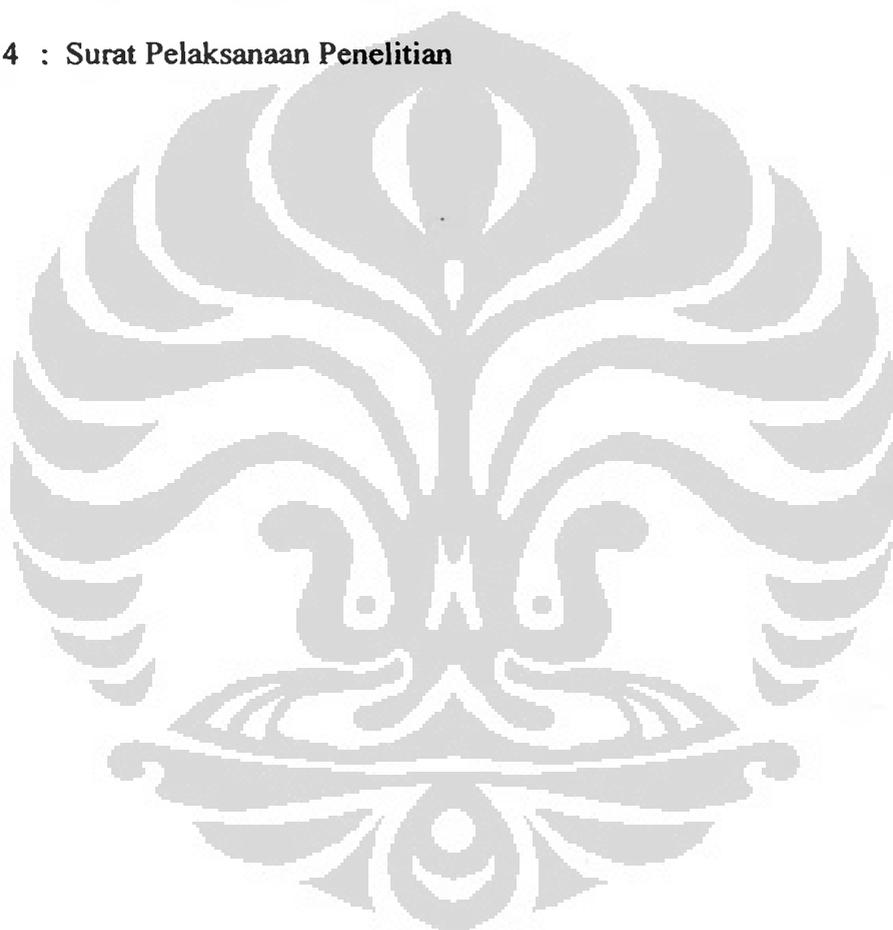
DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 : Pedoman Wawancara

Lampiran 2 : Transkrip Hasil Wawancara

Lampiran 3 : Foto Pelaksanaan Penelitian

Lampiran 4 : Surat Pelaksanaan Penelitian



BAB 1

PENDAHULUAN

1.1. Latar Belakang

Dalam kurun waktu belakangan ini, Indonesia telah memulai berbagai program penjaminan bagi masyarakatnya, terutama masyarakat miskin. Ini terkait dengan semakin tingginya angka kemiskinan maupun derajat kesejahteraan masyarakat yang semakin menurun. Salah satu dampak langsung dari kenyataan ini adalah bahwa masyarakat miskin menjadi semakin termarginal khususnya dalam berbagai bentuk pelayanan dasar seperti pendidikan dan kesehatan. Alasannya tentu saja biaya yang tidak terjangkau. Oleh sebab itu, di bidang pelayanan kesehatan pemerintah telah meluncurkan program pelayanan kesehatan gratis mulai dari JPKMM, Askeskin dan terakhir sekarang adalah Jamkesmas. Melalui otonomi daerah pelaksanaan Jamkesmas ini menjadi tanggung jawab pemerintah pusat dan daerah.

Prinsip otonomi daerah menggunakan prinsip otonomi seluas-luasnya dalam arti daerah diberikan kewenangan mengurus dan mengatur semua urusan pemerintahan di luar yang menjadi urusan pemerintah yang ditetapkan dalam Undang-Undang ini. Daerah memiliki kewenangan membuat kebijakan daerah untuk memberi pelayanan, peningkatan peran serta, prakarsa, dan pemberdayaan masyarakat yang bertujuan pada peningkatan kesejahteraan rakyat (Undang-undang Nomor 32 Tahun 2004).

Sejalan dengan prinsip tersebut dilaksanakan pula prinsip otonomi yang nyata dan bertanggungjawab. Prinsip otonomi nyata adalah suatu prinsip bahwa untuk menangani urusan pemerintahan dilaksanakan berdasarkan tugas, wewenang, dan kewajiban yang senyatanya telah ada dan berpotensi untuk tumbuh, hidup dan berkembang sesuai dengan potensi dan kekhasan daerah. Dengan demikian isi dan jenis otonomi bagi setiap daerah tidak selalu sama dengan daerah lainnya. Adapun yang dimaksud dengan otonomi yang bertanggungjawab adalah otonomi yang dalam penyelenggaraannya harus benar-benar sejalan dengan tujuan dan maksud pemberian otonomi, yang pada dasarnya untuk memberdayakan daerah termasuk meningkatkan

kesejahteraan rakyat yang merupakan bagian utama dari tujuan nasional (Undang-undang Nomor 32 Tahun 2004).

Terkait dengan prinsip desentralisasi otonomi daerah, maka pelaksanaan Jamkesmas yang merupakan program dari kebijaksanaan pemerintah pusat tetap membutuhkan peran serta semua pemerintah daerah secara aktif. Artinya, meskipun ini kebijakan pemerintah pusat, pemerintah daerah tetap mempunyai tanggung jawab dalam pelaksanaannya. Kenyataannya, konsep otonomi daerah kan bukan memisahkan antara pemerintah pusat dan daerah tetapi malah melakukan kerjasama yang baik dan bertanggung jawab untuk mendekatkan pelayanan pada masyarakat.

Penelitian ini bermaksud untuk mempelajari pelaksanaan/penerapan prinsip-prinsip *good governance* dalam pelaksanaan program Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas) yang dilaksanakan oleh Pemerintah Daerah. Implementasi otonomi daerah sejak sekitar 10 tahun yang lalu diantaranya dimaknai dengan keharusan setiap pemerintah daerah untuk memperbaiki pelayanan publik, termasuk diantaranya pelayanan di bidang kesehatan. Bagi pemerintah, tuntutan untuk mewujudkan tata pemerintahan yang baik (*good governance*) dapat diupayakan melalui berbagai langkah pelaksanaan fungsi pelayanan publik sesuai dengan harapan masyarakat. Sudah sepantasnya pemerintah mulai menyadari dan memposisikan diri sebagai “pelayan” masyarakat, bukan “raja”; artinya, pemerintah mengerti apa yang menjadi keinginan masyarakatnya sehingga kebijakan-kebijakan yang ada murni demi kepentingan rakyat melalui berbagai bentuk pelayanan publik yang tepat.

Salah satu bentuk pelayanan publik itu adalah program Jamkesmas, yang merupakan bentuk program pelayanan kesehatan bagi masyarakat dan khususnya untuk masyarakat miskin. Dalam pelayanan kesehatan ini, peran pemerintah daerah adalah melayani dan memfasilitasi masyarakat miskin agar mereka dapat memperoleh akses pelayanan kesehatan yang baik dan sebagaimana seharusnya. Tuntutan itu akan sejalan apabila pemerintah daerah itu melakukannya dengan kinerja yang tinggi, sehingga diperoleh hasil yang maksimal yaitu masyarakat miskin dapat terlayani dan merasa puas dengan pelayanan pemerintah daerahnya. Untuk itu, perlu proses

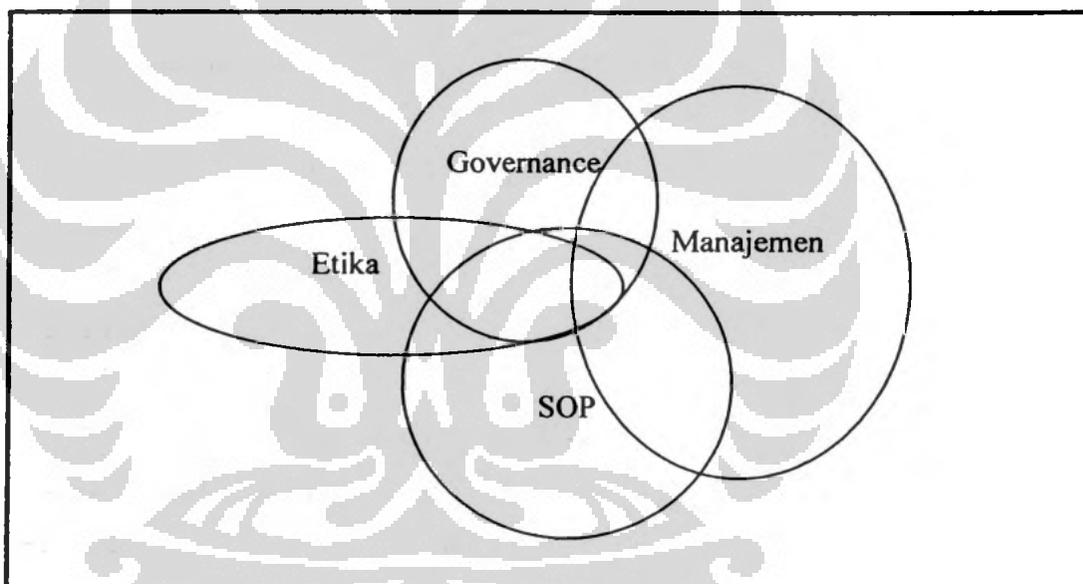
pelayanan kesehatan yang baik dan tata kelola yang baik (*good governance*) dari pemerintah daerah tersebut.

Oleh karena itu, peneliti merasa perlu melakukan penelitian implementasi program Jamkesmas yang dilakukan pemerintah daerah melalui penerapan prinsip-prinsip *good governance* dalam program tersebut. Harapan peneliti melalui penelitian ini akan membawa perbaikan pada implementasi program Jamkesmas dan menemukan kelemahan-kelemahan untuk diperbaharui di masa mendatang, sehingga apa yang diharapkan pemerintah dari program ini juga merupakan keinginan masyarakatnya.

Untuk menganalisis implementasi program Jamkesmas ini, peneliti menggunakan prinsip-prinsip *good governance* sebagai alat ukur pelaksanaan program Jamkesmas tersebut. Dengan ilustrasi bahwa apabila prinsip-prinsip *good governance* itu telah dilaksanakan dengan baik, maka program itu juga akan berjalan dengan baik. Sebaliknya, apabila prinsip-prinsip itu tidak dijalankan sebagaimana seharusnya maka masyarakat juga tidak akan terlayani dengan baik. Sehingga, fokus penelitian ini adalah bagaimana pemerintah daerah mengimplementasikan prinsip-prinsip *good governance* itu dalam pelaksanaan program Jamkesmas agar sesuai dengan harapan masyarakat.

Locus penelitian dipilih di Dinas Kesehatan dan KB Daerah Kabupaten Tapanuli Selatan, dengan alasan bahwa: a) pelaksanaan Jamkesmas di Kabupaten Tapanuli Selatan (dalam hal ini menjadi tanggung jawab dinas kesehatan), berdasarkan data yang peneliti temukan di lapangan, mengalami beberapa masalah implementasi, khususnya terkait dengan implementasi prinsip-prinsip *good governance*; b) proses tata kelola; mulai dari pembinaan, monitoring, evaluasi dan analisis program Jamkesmas dilakukan oleh pemda setempat (sesuai dengan Pedoman Pelaksanaan Jamkesmas 2008 dalam Lampiran Keputusan Menteri Kesehatan No.125/Menkes/SK/II/2008, Tanggal 6 Februari 2008) yang dalam hal ini melalui salah satu satuan kerja pemerintah daerah (SKPD) Kabupaten Tapanuli Selatan, yaitu Dinas Kesehatan dan KB Daerah Kabupaten Tapanuli Selatan.

Berkaitan dengan implementasi prinsip-prinsip *good governance*, terdapat beberapa penelitian sejenis, seperti yang dilakukan oleh Syafruddin (2004); Sudarno, dkk. (2004) dan Riasuti (2006). Dalam penelitiannya tentang Analisis Hubungan Praktek *Good Governance* dan Kualitas Pelayanan Pemberian Paten, Syafruddin (2004) mengungkapkan hubungan antara *governance* dengan SOP (juknis program), dimana apabila program dilaksanakan sesuai SOP-nya itu berarti program itu sudah dikelola dengan baik atau didalamnya telah terlaksana prinsip-prinsip *good governance*. Berikut ini Syarifuddin (2004:26) mengutip pernyataan Dwidjowijoto tentang hubungan antara manajemen, *governance*, SOP dan etika dengan gambar sebagai berikut:



Gambar 1.1 *Locus Governance*

Sumber: Dwidjowijoto, 2003:213.

Sementara itu, penelitian Sudarno, dkk. (2004) tentang Tata Kelola Pemerintah dan Penanggulangan Kemiskinan: Bukti-Bukti Awal Desentralisasi di Indonesia, menyimpulkan bahwa masyarakat miskin sebagai golongan masyarakat yang berada pada posisi terlemah dan juga paling tidak berdaya dalam mempengaruhi kebijakan yang mempengaruhi hidup mereka, menjadi kelompok yang sangat rentan terhadap tata kelola pemerintahan yang buruk. Ini tentu akan berhubungan dengan pelaksanaan tata kelola program Jamkesmas yang kelompok sasarannya adalah

masyarakat miskin. Karena itu, perlu dikeluarkannya aturan pelaksanaan Jamkesmas yang jelas di tingkat nasional untuk memastikan pembuatan regulasi pasar yang tidak distortif (tercemar) dan diberlakukannya tata kelola pemerintahan yang baik oleh pemerintah daerah khususnya setelah era desentralisasi atau otonomi daerah beberapa tahun belakangan ini.

Terkait dalam hal pelayanan kesehatan masyarakat miskin ini, penelitian oleh Riastuti (2006) tentang Analisis Implementasi Kebijakan Program Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat Miskin Pada RS di Kota Bogor Tahun 2005; juga mengungkapkan bahwa berdasarkan hasil penelitiannya masyarakat miskin banyak mendapatkan perlakuan yang kurang kondusif dari pihak rumah sakit karena keterlambatan pemenuhan klaim biaya pengobatan oleh pihak yang bertanggung jawab (seperti PT ASKES) kepada pihak rumah sakit. Disamping itu, kurangnya tanggung jawab moral beberapa oknum pihak rumah sakit untuk melayani masyarakat miskin secara optimal. Terutama apabila dibandingkan dengan pasien yang mempunyai kemampuan ekonomi yang lebih baik dari mereka.

Berdasarkan beberapa penelitian tersebut, maka peneliti berusaha mengembangkan penelitian yang ada sebelumnya, khususnya tentang implementasi prinsip-prinsip *good governance* dalam program Jamkesmas. Hal ini karena prinsip-prinsip *good governance* belum dieksplorasi lebih mendalam khususnya apabila dihubungkan dengan program pemerintah. Karena kebanyakan penelitian dengan tema *good governance* yang ada sebelumnya hanya terfokus bagaimana suatu instansi pemerintah atau organisasi menjalankan prinsip-prinsipnya secara umum, tidak atau jarang sekali meninjau apabila pelaksanaan *good governance* itu direfleksikan melalui program-program yang dijalankan.

Jamkesmas merupakan program pelayanan kesehatan gratis bagi masyarakat miskin yang sebelumnya disebut Asuransi Kesehatan untuk Masyarakat Miskin (Askeskin). Sebagai sebuah upaya penyempurnaan dari program sebelumnya, Menkes menyatakan penyempurnaan utama program ini dilakukan pada sistem pengelolaan menuju *good governance* melalui pengelolaan yang efektif, efisien, transparan dan akuntabel untuk menghindari berbagai penyimpangan yang mungkin

terjadi (*Penuhi Hak Kesehatan Masyarakat !*, 2008). Yang menjadi pertanyaan selanjutnya apakah pelaksanaan program Jamkesmas ini sudah dilakukan dengan baik oleh seluruh daerah, karena bagaimanapun juga muara dari segala kebijakan pemerintah pusat ini ada di daerah-daerah apalagi dengan adanya otonomi daerah. Artinya, program ini jangan dilaksanakan secara prosedural saja tapi lebih pada tanggung jawab moral kepada masyarakat khususnya masyarakat yang kurang mampu. Selain itu, pengendaliannya juga harus benar-benar dilaksanakan dan memberikan sanksi yang tegas bagi mereka yang melakukan pelanggaran, bukan sekedar formalitas saja.

Program Jamkesmas merupakan kebijakan yang sangat strategis untuk mewujudkan keadilan dan kesejahteraan rakyat, dimana Jamkesmas merupakan terobosan yang sangat tepat guna meningkatkan aksesibilitas masyarakat miskin terhadap pelayanan kesehatan yang dibutuhkan. Disamping itu, program Jamkesmas merupakan upaya untuk mempercepat pencapaian sasaran pembangunan kesehatan dan peningkatan derajat kesehatan yang optimal. Oleh karena itu, sudah sepantasnya pelaksanaan tata kelola program ini dilakukan dengan sebaik-baiknya dan menghindari terjadinya bias. Karena apabila tidak terlaksana dengan baik, keadaan tersebut terutama pasti akan merugikan kelompok sasaran yaitu masyarakat kurang mampu atau miskin.

Good governance merupakan kemampuan pemerintah untuk mengelola sosial, perdamaian, jaminan hukum dan tatanan, mempromosikan dan menciptakan kondisi-kondisi yang perlu untuk pertumbuhan ekonomi dan mamastikan suatu level minimum jaminan sosial (Sepandji, 2002, hal. 138-139). Artinya, apabila prinsip-prinsip *good governance* itu dilakukan secara wajar maka kelompok sasaran akan mendapatkan hasil sesuai dengan tujuan pemerintahan tersebut. Terkait dengan hal tersebut, maka program Jamkesmas sebagai suatu bentuk jaminan pelayanan kesehatan perlu mengadopsi pelaksanaan prinsip-prinsip *good governance* sehingga terwujud kesejahteraan masyarakat dalam batas pemenuhan kualitas kesehatannya. Ini sesuai dengan pendapat Agus Dwiyanto (2005) yang mengungkapkan bahwa keberhasilan mengimplementasikan nilai-nilai *good governance* dalam lingkup

pelayanan publik akan dapat pula diterapkan pada lingkup yang lain. Dengan cara seperti ini maka *good governance* secara bertahap dapat dilembagakan di dalam setiap aspek kegiatan pemerintahan.

Setiap pelaksanaan program tentu menuai dampak positif negatifnya. Begitu pula dalam pelaksanaan program Jamkesmas ini. Dalam hal ini peneliti akan lebih banyak menyoroti dampak negatifnya, kendala atau permasalahan yang ada pada pelaksanaan program tersebut karena peneliti akan merekomendasikan saran perbaikan melalui penelitian ini. Salah satu dampak yang perlu diperhatikan secara universal adalah bahwa program Jamkesmas masih merupakan program yang bersifat *top-down* (sentralisasi). Sedangkan, sebaiknya pemerintah dinilai perlu mengakomodir aspirasi masyarakat untuk penetapan program yang sama berikutnya atau dalam evaluasi programnya sehingga lebih tepat sasaran (dengan pola *bottom-up*), dan ini terkait dalam hal aspek partisipasi masyarakat dalam penentuan kebijakan sesuai dengan kebutuhan mereka.

Pemerintah Kabupaten Tapanuli Selatan dalam visi, misi serta pelaksanaan pemerintahannya bertujuan untuk mewujudkan *good governance* (*Profil Kabupaten Tapanuli Selatan*, 2008) dan ini seharusnya juga menjadi acuan bagi seluruh instansi atau SKPD yang ada dalam melaksanakan seluruh agenda kegiatan yang ada. Yang perlu juga diperhatikan bahwa pelaksanaan *good governance* tidak memandang atau membandingkan antara mereka dengan kemampuan ekonomi yang baik dengan masyarakat miskin, terutama dalam kaitannya untuk pelayanan publik. Kelemahan-kelemahan seperti ini yang sebenarnya dianggap biasa tetapi berdampak psikologis bagi masyarakat miskin, karena mereka merasa termarginal dalam berbagai bentuk pelayanan pemerintah. Untuk itu, dalam penelitian ini peneliti ingin melihat apakah prinsip-prinsip itu dilaksanakan dengan baik oleh Pemkab Tapanuli Selatan melalui salah satu programnya di bidang kesehatan yaitu Jamkesmas. Atau ini hanya pernyataan kontekstual saja (hanya karena trend di kalangan pemda belakangan ini) tanpa dibarengi pelaksanaannya di setiap kegiatan atau program pemerintah, walaupun program itu berasal dari pusat. Toh desentralisasi bukan untuk memisahkan

antara pemerintah pusat dan daerah tapi bertujuan untuk mendekatkan pelayanan dan pembangunan kepada masyarakat atau rakyat secara keseluruhan.

Untuk Pemerintah Kabupaten Tapanuli Selatan sendiri program Jamkesmas merupakan agenda program yang ditangani oleh Dinas Kesehatan dan KB Daerah Kabupaten Tapanuli Selatan yang dananya diperoleh dari APBN sesuai dengan rincian program pelayanan kesehatan dinas bersangkutan berikut ini.

Tabel 1.1. Program Pelayanan Kesehatan di Dinas Kesehatan dan KB Tapanuli Selatan di tahun 2008

NO.	PROGRAM	SUMBER DANA	SASARAN	KET.
1	Program Jaminan Kesehatan Masyarakat (JAMKESMAS)	Pusat	Masyarakat	-
2	Peningkatan Kualitas SDM Petugas Kesehatan	Dekon	Masyarakat	-
3	QA (Quality Asuransi)	Dekon	Masyarakat	-
4	Sistem Akreditasi Fasilitas Kesehatan	Dekon	Masyarakat	-
5	Operasional Peningkatan Pelayanan Posyandu	Dekon	Masyarakat	-
6	Peningkatan Perilaku Hidup Bersih Sehat	Dekon	Masyarakat	-
7	Pelayanan Pos Kesehatan Desa	Dekon	Masyarakat	-
8	Peningkatan Pelayanan Kesehatan Ibu	Dekon	Masyarakat	-
9	Pelayanan Kesehatan dan Perbaikan Gizi Ibu dan Anak	Dekon	Masyarakat	-

Sumber: Dinas Kesehatan dan KB Daerah Kabupaten Tapanuli Selatan, Desember 2008

Ada beberapa permasalahan yang peneliti temukan di lapangan selama penelitian yang berkaitan dengan implementasi *good governance* dalam pelaksanaan program jaminan kesehatan masyarakat (Jamkesmas) di Dinas Kesehatan dan KB Daerah Kabupaten Tapanuli Selatan, antara lain:

- a. Hampir 50 persen masyarakat Tapanuli Selatan masih tergolong miskin berdasarkan jumlah penduduk yang memperoleh kartu Jamkesmas, sehingga

- mempersulit pemerintah daerah mengatasi keluhan masyarakat dalam hal pelayanan kesehatan khususnya oleh dinas kesehatan dan instansi terkait (seperti Rumah Sakit dan Puskesmas). Sebagaimana data yang ada di Dinas Kesehatan dan KB Daerah Kabupaten Tapanuli Selatan Tahun 2008, jumlah penduduk di Kabupaten Tapanuli Selatan sebanyak 270.527 jiwa; jumlah penduduknya yang memperoleh kartu jamkesmas sebanyak 128.378 jiwa; sehingga persentase perbandingannya yaitu 47,5%.
- b. Berdasarkan data dari Dinas Kesehatan Tapanuli Selatan (sampai dengan Desember 2008) jumlah kartu Jamkesmas terdistribusi sebanyak 123.284, sementara jumlah masyarakat miskin yang masuk database dan di kirimkan ke Depkes ada sebanyak 128.378 orang, sehingga kekurangan kartu Jamkesmas mencapai 5.094. Artinya, ada 3,96 persen masyarakat yang tidak terlayani. Sementara per tahun 2008 jumlah kunjungan pasien miskin adalah 80.203 dengan persentase 62,47 persen. Dari data tersebut dapat dilihat salah satu kesalahan dalam pelaksanaan Jamkesmas khususnya pendataan dan distribusi kartunya. Terkait dengan implementasi prinsip-prinsip *good governance*, ternyata Dinas Kesehatan dan KB Daerah Kabupaten Tapanuli Selatan belum sepenuhnya mengimplementasi prinsip akuntabilitas dengan baik.
 - c. Pembayaran transfer dana Jamkesmas dari Depkes ke Rumah Sakit Umum setempat terlalu lama sehingga berdampak pada pelayanan oleh pihak RSU terhadap pasien yang menggunakan Jamkesmas. Ini menyangkut pada implementasi prinsip *good governance* yang tidak baik, yaitu prinsip transparansi.
 - d. Penggunaan data lama atau penggunaan data tentang masyarakat miskin yang tidak akurat, karena perbedaan data jumlah penduduk yang ditetapkan oleh Dinkes Tapsel dengan yang ada di website resmi pemda Tapsel. Di tahun 2008 jumlah penduduk berdasarkan data Dinkes Tapsel adalah 270.527 jiwa sedang dalam data yang ada di www.tapselkab.go.id adalah 258.580, sehingga ini tentu akan berpengaruh pada penentuan jumlah data masyarakat miskinnya juga. . Ini menyangkut pada implementasi prinsip *good governance* yang tidak baik, yaitu prinsip transparansi.

- e. Pihak Dinas Kesehatan sebagai wakil Pemda dinilai kurang tegas terhadap pihak rumah sakit, karena kebanyakan pasien yang menggunakan fasilitas Jamkesmas selalu “dianak-tirikan”. Ini menyangkut pada implementasi prinsip *good governance* yang tidak baik, yaitu prinsip partisipasi.

Dari beberapa fakta di atas, dapat diidentifikasi beberapa pelaksanaan program Jamkesmas yang tidak sesuai dengan prinsip-prinsip *good governance*, yaitu prinsip akuntabilitas, transparansi dan partisipasi. Untuk itu, dalam penelitian ini prinsip-prinsip *good governance* yang akan menjadi tinjauan penelitian adalah prinsip akuntabilitas, transparansi dan partisipasi. Ini sejalan pendapat Krina (2003, hal.8) ketika melakukan penelitian terkait pelaksanaan program P2TPD (*Initiative Local Government Reform*) oleh Bappenas bekerja sama dengan *World Bank* yang mengemukakan bahwa setidaknya ada 3 (tiga) prinsip utama dalam implementasi *good governance* yaitu prinsip akuntabilitas, prinsip transparansi dan prinsip partisipasi. Implementasi prinsip akuntabilitas, transparansi dan partisipasi juga berguna untuk mewujudkan program pemerintah yang tepat sasaran untuk masyarakat, khususnya masyarakat miskin. Karena seperti kita ketahui bersama masyarakat miskin selalu dipandang sebelah mata (*underestimated*), sehingga untuk akses pemenuhan kebijakan pun mereka selalu menemui kesulitan atau hambatan. Untuk itu, sudah sepantasnya pengaruh dan implementasi pelaksanaan tata kelola pemerintahan yang baik itu masuk ke seluruh aspek pemerintahan sehingga tujuan yang diharapkan dapat tercapai. Meski demikian, *good governance* berakar pada suatu gagasan adanya saling ketergantungan (*interdependence*) dan interaksi dari bermacam-macam aktor kelembagaan di semua level/tingkat dalam negara, yakni pemerintah, swasta dan masyarakat dalam menjalankan fungsinya masing-masing. Pada hakekatnya tujuan Jamkesmas ini pun berkaitan dengan pengentasan kemiskinan. Dengan harapan bahwa melalui Jamkesmas ini akan tercapai masyarakat miskin yang sehat dan produktif, yang akhirnya masyarakat miskin itu mampu keluar dari lingkaran kemiskinan dengan keadaannya yang sehat.

Program Jamkesmas secara sistemik di Seluruh Indonesia berjalan dengan baik, khususnya di daerah Tapanuli Selatan. Meskipun terjadi perubahan nama dari

Askeskin menjadi Jamkesmas, perubahan yang ada bukan terletak pada sistemnya tetapi justru karena ingin membenahi implementasi program Askeskin sebelumnya. Namun demikian, setelah setahun program Jamkesmas berjalan (sejak Januari 2008) di Kabupaten Tapanuli Selatan, berdasarkan data yang ada ternyata kinerja pelaksanaan Jamkesmas masih ada kekurangan. Kekurangan itu terkait pada masalah implementasi programnya, walaupun sistemnya masih berjalan dengan baik. Seyogyinya, program Jamkesmas ini merupakan program yang mengedepankan pelayanan kesehatan gratis bagi masyarakat kurang mampu. Artinya, dalam hal ini program Jamkesmas dinilai tepat untuk masyarakat sebagai bentuk penjaminan pemerintah terhadap masyarakat miskin (sesuai amanat UUD 1945), hanya saja dalam implementasi di Kabupaten Tapanuli Selatan masih mengalami kekurangan. Untuk itu, Dinas Kesehatan dan KB Tapanuli Selatan harus benar-benar transparan serta akuntabel dalam melaksanakan program Jamkesmas ini agar masyarakat benar-benar dapat merasakan manfaat program Jamkesmas tersebut.

Penelitian ini diharapkan akan dapat menganalisa apakah prinsip-prinsip *good governance* itu sudah dijalankan dengan baik, mengidentifikasi siapa saja yang menjadi *stakeholders* dan sasaran dari pelaksanaan program Jamkesmas tersebut, sehingga melalui pengelolaan yang baik oleh dinas kesehatan berdasarkan keterlibatannya dalam program Jamkesmas, maka program Jamkesmas itu tepat sasaran untuk masyarakat miskin. Keadaan ini nantinya tentu akan berdampak pada peningkatan kualitas kesehatan masyarakat di Kabupaten Tapanuli Selatan. Melihat kenyataan yang terjadi Kabupaten Tapanuli Selatan yang mengalami masalah dalam pelaksanaan program Jamkesmas terkait dengan implementasi prinsip-prinsip *good governance*, maka diperlukan kajian yang cukup mendalam dan komprehensif terkait dengan implementasi prinsip-prinsip *good governance* dalam pelaksanaan program Jamkesmas di Dinas Kesehatan dan KB Daerah Kabupaten Tapanuli Selatan. Karena ternyata pelaksanaan Jamkesmas di beberapa bagiannya ditinjau dari aspek *good governance* tidak berjalan sebagaimana seharusnya. Hal inilah yang mendorong peneliti untuk melakukan penelitian dengan topik **“IMPLEMENTASI PRINSIP-PRINSIP GOOD GOVERNANCE DALAM PELAKSANAAN PROGRAM**

JAMINAN KESEHATAN MASYARAKAT: Studi Kasus pada Dinas Kesehatan dan KB Daerah Kabupaten Tapanuli Selatan Provinsi Sumatera Utara”.

1.2. Perumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang sebagaimana tersebut di atas maka rumusan masalah penelitian ini adalah :

1. Bagaimana implementasi prinsip-prinsip *good governance* dalam pelaksanaan program jaminan kesehatan masyarakat (Jamkesmas) di Dinas Kesehatan dan KB Daerah Kabupaten Tapanuli Selatan?
2. Faktor-faktor apa saja yang mendukung dan menghambat implementasi *good governance* dalam program Jamkesmas di Dinas Kesehatan dan KB Daerah Kabupaten Tapanuli Selatan?

1.3. Tujuan Penelitian

Tujuan yang hendak dicapai dalam penelitian ini adalah:

1. Untuk mendeskripsikan implementasi prinsip-prinsip *good governance* dalam pelaksanaan program jaminan kesehatan masyarakat (Jamkesmas) di Dinas Kesehatan dan KB Daerah Kabupaten Tapanuli Selatan.
2. Untuk mengidentifikasi faktor-faktor yang mendukung dan menghambat implementasi *good governance* dalam program Jamkesmas di Dinas Kesehatan dan KB Daerah Kabupaten Tapanuli Selatan.

1.4. Manfaat Penelitian

1.4.1. Manfaat Akademis

Peneliti berharap penelitian ini dapat memberikan manfaat untuk:

1. Menjadi bahan informasi, referensi dan kajian bagi para pemerhati, akademisi, dan pihak-pihak lain yang berkepentingan untuk mengetahui implementasi prinsip-prinsip *good governance* dalam program Jamkesmas di Dinas Kesehatan dan KB Daerah Kabupaten Tapanuli Selatan.

2. Memberikan sumbangan dan memperkaya khazanah bagi pengembangan teoritis tentang implementasi prinsip-prinsip *good governance*, khususnya dalam program-program pemerintah.

1.4.2. Manfaat Praktis

1. Penelitian ini diharapkan dapat menjadi bahan kritik, informasi sekaligus masukan bagi Pemerintah Kabupaten Tapanuli Selatan, khususnya bagi Dinas Kesehatan dan KB Daerah Kabupaten Tapanuli Selatan dalam upaya penyempurnaan penerapan implementasi *good governance* dalam program-programnya, khususnya program Jamkesmas.
2. Bagi praktisi di bidang kesejahteraan sosial dan pembangunan sosial yang menyerukan program kesehatan, penelitian ini diharapkan dapat memberi masukan, perbaikan dan penyempurna bagi program serupa tau program lain yang berhubungan.

1.5. Sistematika Penulisan

Sistematika penulisan tesis ini terdiri dari enam bab yaitu:

BAB satu merupakan pendahuluan. Bagian ini menguraikan tentang latar belakang permasalahan yang terjadi dalam implementasi *good governance* pada pelaksanaan program Jamkesmas di Dinas Kesehatan dan KB Daerah Kabupaten Tapanuli Selatan. Rumusan permasalahan yang dikemukakan yaitu, "Bagaimana implementasi prinsip-prinsip *good governance* dalam pelaksanaan program jaminan kesehatan masyarakat (Jamkesmas) di Dinas Kesehatan dan KB Daerah Kabupaten Tapanuli Selatan? Dan faktor-faktor apa saja yang mendukung dan menghambat implementasi *good governance* dalam program Jamkesmas di Dinas Kesehatan dan KB Daerah Kabupaten Tapanuli Selatan?". Tujuan penelitian terbagi menjadi tujuan umum dan khusus. Manfaat penelitian yaitu, manfaat akademis dalam kaitannya memperkaya dan mengembangkan konsep-konsep dalam ilmu kesejahteraan sosial/ pembangunan sosial dan manfaat praktis terkait langsung dengan implementasi prinsip-prinsip *good*

governance dalam pelaksanaan program Jamkesmas. Dan, terakhir adalah sistematika penulisan tesis.

BAB dua tinjauan pustaka. Bagian ini merupakan tinjauan pustaka yang mengetengahkan berbagai pengertian dan konsep pembangunan sosial, konsep kebijakan sosial, pengertian masyarakat miskin, penjelasan tentang Jamkesmas, konsep tentang *good governance*, kedudukan program dalam kebijakan dan konsep implementasi program. Pada bab ini juga terdapat bagan model penelitian yang dipergunakan dalam penelitian ini dan batasan penelitian. Bab ini selain untuk memperluas wawasan juga digunakan untuk menganalisis hasil temuan lapangan.

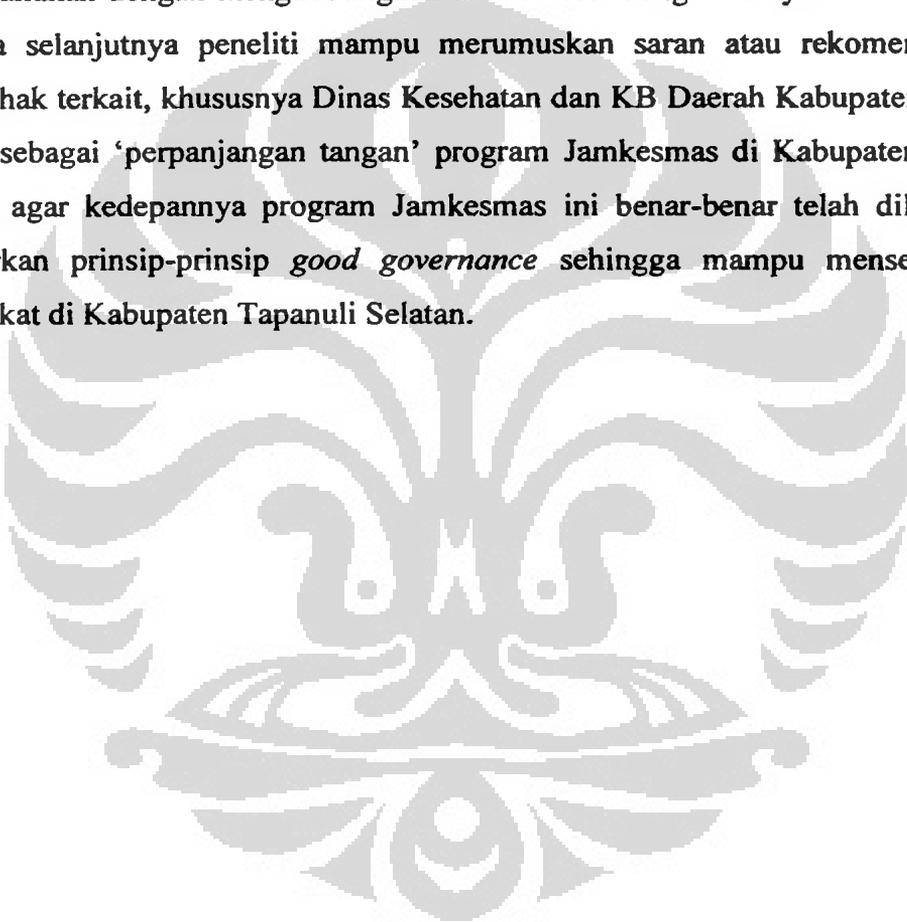
BAB tiga yaitu metode penelitian. Bagian ini akan menjelaskan metode penelitian yang dipergunakan, adapun metodologi penelitian yang dipergunakan adalah pendekatan kualitatif deskriptif dengan teknik penarikan sampel *purposive* dan *snowball*. Lokasi dan waktu penelitian di Dinas Kesehatan dan KB Daerah Kabupaten Tapanuli Selatan selama dua bulan. Teknik pengambilan data melalui studi dokumentasi dan wawancara mendalam. Sementara teknik analisis data meliputi organisasi, pengelolaan, verifikasi dan penafsiran data serta pengambilan kesimpulan.

BAB empat menggambarkan temuan lapangan. Pada bagian ini akan dikemukakan tentang gambaran umum Kabupaten Tapanuli Selatan dan Dinas Kesehatan dan KB Daerah Kabupaten Tapanuli Selatan yang menjalankan program Jamkesmas di daerahnya. Kemudian juga mengemukakan hal-hal yang merupakan hasil temuan lapangan berkaitan dengan implementasi *good governance* dalam pelaksanaan program Jamkesmas, serta mengidentifikasi faktor pendukung dan penghambat implementasi *good governance* dalam pelaksanaan program Jamkesmas yang dialami oleh Dinas Kesehatan dan KB Daerah Kabupaten Tapanuli Selatan.

Bab lima merupakan pembahasan implementasi prinsip-prinsip *good governance* dalam pelaksanaan program jamkesmas. Bagian ini akan membahas

implementasi prinsip akuntabilitas, transparansi dan partisipasi dalam pelaksanaan program Jamkesmas oleh Dinas Kesehatan dan KB Daerah Kabupaten Tapanuli Selatan yang dikaitkan antara temuan lapangan dengan teori-teori pada bab dua.

Bab enam merupakan penutup yang berisi kesimpulan dan saran. Bagian ini terdiri dari kesimpulan yang merupakan rangkuman dari keseluruhan hasil penelitian yang dilakukan dengan menghubungkan antara teori dengan kenyataan di lapangan, sehingga selanjutnya peneliti mampu merumuskan saran atau rekomendasi bagi pihak-pihak terkait, khususnya Dinas Kesehatan dan KB Daerah Kabupaten Tapanuli Selatan sebagai ‘perpanjangan tangan’ program Jamkesmas di Kabupaten Tapanuli Selatan; agar kedepannya program Jamkesmas ini benar-benar telah dilaksanakan berdasarkan prinsip-prinsip *good governance* sehingga mampu mensejahterakan masyarakat di Kabupaten Tapanuli Selatan.



BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA

2.1. Pembangunan Sosial

Berkembangnya konsep pembangunan sosial muncul karena kekecewaan yang ditimbulkan oleh kegagalan pembangunan yang mengutamakan pertumbuhan ekonomi, dimana ukuran keberhasilannya adalah peningkatan pendapatan dan pendapatan perkapita. Keadaan seperti inilah yang selanjutnya oleh Midgley (2005, hal.3) disebut sebagai 'pembangunan yang terdistorsi'. Pada prinsipnya pembangunan melalui pertumbuhan ekonomi ini juga bermaksud untuk meningkatkan kesejahteraan masyarakat melalui strategi "*trickle down effect*", yang artinya dengan kemajuan ekonomi di tingkat atas diharapkan dapat menetes/merembes ke bawah. Tetapi kenyataan ini justru membuat maraknya praktik 'konglomerasi' dalam pembangunan.

Pembangunan itu sendiri merupakan upaya untuk mengejar ketertinggalan dan menciptakan kehidupan yang sejahtera, yang sesuai dengan martabat kemanusiaan (Kartasmita, 1996, hal.2). Sementara itu, Todaro (1996, hal.) mendefinisikan pembangunan sebagai suatu perubahan terencana ke arah yang lebih baik dan mencakup semua aspek. Sehingga apabila sebuah pembangunan masih berekses pada terpuruknya kehidupan sosial sebagian masyarakat berarti itu belum bisa dikategorikan sebagai pembangunan. Meskipun, harus disadari bahwa proses pembangunan itu dapat bergerak cepat dan tidak bisa dibendung. Selama ini, sebagian besar ahli menyatakan bahwa posisi pembangunan masih berorientasi pada pembangunan di bidang ekonomi (*economic development*). Oleh sebab itu, muncul paradigma pembangunan sosial untuk mematahkan keadaan tersebut.

Pembangunan sosial merupakan paradigma pembangunan baru, yang mengusung kesejahteraan manusia sebagai sarannya. Perbedaan pembangunan ini terletak pada usahanya dalam mengharmonisasikan kebijakan-kebijakan sosial dengan cara yang telah direncanakan dengan baik untuk mengangkat kesejahteraan sosial yang kurang memiliki hubungan dengan pembangunan ekonomi, dan tidak secara dinamis mengharmonisasikan ekonomi dengan tujuan-tujuan sosial dalam

sebuah proses pembangunan yang lebih luas. Pendekatan ini menitikberatkan pentingnya komitmen yang lebih luas pada pembangunan ekonomi dan sekaligus menekankan pentingnya intervensi sosial yang sejalan dengan tujuan-tujuan tersebut.

Nancy Birdsall (1993, hal.12) secara tegas menyatakan bahwa: "*Social development is economic development*". Maksudnya menyatakan demikian adalah untuk menggarisbawahi proposisi bahwa investasi di bidang sosial tidak sia-sia dari segi ekonomi. Dari kajian 90 negara, Birdsall antara lain menunjukkan adanya asosiasi positif antara angka partisipasi sekolah (*school enrollment*) dengan angka rata-rata pertumbuhan.

Suharto (2005, hal.16) menjelaskan konsepsi pembangunan sosial dalam konteks pembangunan nasional, memberikan kerangka bagi pemerintah untuk lebih memperhatikan aspek-aspek sosial dalam proses pembangunan ekonomi yang mendominasi.

Pembangunan sosial didefinisikan oleh Midgley (1995, hal.37) sebagai 'sebuah proses perubahan sosial yang terencana yang didesain untuk mengangkat kesejahteraan masyarakat secara menyeluruh dengan menggabungkannya dengan proses pembangunan ekonomi yang dinamis'. Sehingga, pembangunan sosial tidak akan terjadi tanpa pembangunan ekonomi dan pembangunan ekonomi tidak akan berarti tanpa diiringi dengan peningkatan kesejahteraan sosial pada masyarakat secara menyeluruh.

Selanjutnya Midgley juga menjelaskan tentang aspek-aspek kunci dari pembangunan sosial, yaitu:

1. Bahwa proses pembangunan manusia sangat terkait dengan pembangunan ekonomi.
2. Pembangunan sosial memiliki fokus berbagai macam disiplin ilmu (*interdisciplinary*) yang berdasarkan berbagai ilmu sosial yang berbeda.
3. Konsep pembangunan sosial lebih menekankan pada proses.
4. Pembangunan sosial merupakan proses perubahan yang progresif.
5. Proses pembangunan sosial bersifat ke arah intervensi, yaitu usaha-usaha terencana menuju perubahan.

6. Tujuan-tujuan pembangunan sosial didukung dengan beberapa macam strategi.
7. Pembangunan sosial lebih terkait dengan rakyat secara menyeluruh dan oleh karena itu ruang lingkungannya lebih bersifat inklusif atau universal.
8. Pembangunan sosial bertujuan mengangkat kesejahteraan sosial.

Kesimpulannya, konsep pembangunan sosial ini sangat berbeda dengan pendekatan yang sudah ada dalam mengangkat kesejahteraan sosial. Pendekatan-pendekatan tersebut contohnya adalah filantropi (bantuan sosial), pekerjaan sosial dan kebijakan sosial. Pendekatan pembangunan sosial sebagai suatu perspektif pembangunan adalah untuk mengangkat kesejahteraan masyarakat yang tidak hanya sesuai untuk peningkatan kualitas hidup semua masyarakat tetapi juga merespon masalah dari pembangunan yang terdistorsi. Pembangunan sosial ini menggunakan pendekatan yang paling inklusif dan juga luas untuk dapat mengangkat kesejahteraan rakyat pada saat ini dalam hubungannya terhadap pembangunan nasional. Artinya, melalui perspektif pembangunan sosial ini maka terjadi harmonisasi intervensi sosial dengan usaha-usaha pembangunan ekonomi, yang dengan unik menggabungkan tujuan-tujuan ekonomi dan sosial.

Terkait dengan konsep pembangunan sosial, maka pelaksanaan program Jamkesmas merupakan wujud kebijakan sosial pemerintah di bidang perlindungan sosial yaitu kebijakan sistem jaminan sosial nasional (SJSN). Maka, dengan pelaksanaan Jamkesmas berarti pemerintah sudah melakukan inisiatif baik untuk membantu masyarakatnya terutama mereka yang tidak mempunyai akses yang baik terhadap pemenuhan kebutuhan kesehatannya sendiri (masyarakat miskin). Hanya saja, pelaksanaan program itu juga harus didukung oleh pengelolaan tata pemerintahan yang baik (*good governance*).

2.1.1. Kebijakan Sosial

Kebijakan sosial adalah salah satu bentuk dari kebijakan publik. Kebijakan sosial merupakan ketetapan pemerintah yang dibuat untuk merespon isu-isu yang bersifat publik, yakni mengatasi masalah

sosial atau memenuhi kebutuhan masyarakat banyak (Suharto, 2007, hal.10). Sebagai sebuah kebijakan publik, kebijakan sosial memiliki fungsi preventif (pencegahan), kuratif (penyembuhan) dan pengembangan (developmental). Kebijakan sosial seringkali melibatkan program-program bantuan yang sulit diraba atau dilihat secara kasat mata (*intangible aids*). Karenanya, masyarakat luas kadang-kadang sulit mengenali kebijakan sosial dan membedakannya dengan kebijakan publik lainnya. Kebijakan mengenai jaminan sosial, seperti bantuan sosial dan asuransi sosial yang umumnya diberikan bagi kelompok miskin atau rentan, adalah merupakan bagian dari kebijakan sosial (Suharto, 2007, hal.12).

Dalam konteks pembangunan sosial, kebijakan sosial merupakan suatu perangkat, mekanisme, dan sistem yang dapat mengarahkan dan menterjemahkan tujuan-tujuan pembangunan (Suharto, 2005, hal.61). Kebijakan sosial senantiasa berorientasi kepada pencapaian tujuan sosial. Tujuan sosial ini mengandung dua pengertian yang saling terkait, yakni: memecahkan masalah sosial dan memenuhi kebutuhan sosial.

Kebijakan publik itu sendiri juga memiliki elemen penting yaitu perlindungan sosial, sebagai strategi dalam menanggulangi kemiskinan dan mengurangi berbagai bentuk penderitaan bagi kaum lemah atau miskin. Sebagai sebuah kebijakan publik, maka perlindungan sosial merupakan satu tipe kebijakan sosial yang menunjuk pada berbagai bentuk pelayanan, ketetapan atau program yang dikembangkan oleh pemerintah untuk melindungi warganya, terutama kelompok rentan dan kurang beruntung, dari berbagai macam resiko ekonomi, sosial dan politik yang akan senantiasa menerpa kehidupan mereka.

Ada tiga jenis perlindungan sosial (Suharto, 2007, hal.88-89), yaitu:

1. Bantuan Sosial (*social assistance*)

Bantuan sosial merupakan salah satu bentuk program jaminan sosial (*social security*) yang berupa tunjangan uang, barang, atau

pelayanan kesejahteraan yang pada umumnya diberikan kepada populasi paling rentan yang tidak memiliki penghasilan yang layak sebagaimana seharusnya. Skema ini umumnya diberikan kepada orang berdasarkan “tes kemiskinan” tanpa memperhatikan kontribusi sebelumnya, seperti membayar pajak atau premi asuransi. Keluarga miskin, penganggur, anak-anak, penyandang cacat, lanjut usia, orang dengan kecacatan fisik dan mental, kaum minoritas, yatim-piatu, orang tua tunggal, pengungsi, korban bencana alam atau konflik sosial adalah beberapa contoh kelompok sasaran bantuan sosial. Pelayanan sosial, subsidi tunai atau barang seperti Subsidi Langsung Tunai (SLT), kupon makanan, subsidi temporer seperti tunjangan perumahan, beras miskin (raskin) dapat dikategorikan sebagai bantuan sosial.

2. Asuransi Sosial (*social insurance*)

Seperti Bantuan Sosial, Asuransi Sosial juga merupakan satu skema jaminan sosial. Bedanya asuransi sosial hanya diberikan kepada para peserta sesuai dengan kontribusinya berupa premi atau tabungan yang dibayarkannya. Asuransi kesehatan, asuransi tenaga kerja, asuransi kecelakaan kerja, asuransi kecacatan, asuransi hari tua, pensiun dan kematian adalah beberapa bentuk asuransi sosial yang banyak diterapkan di banyak negara.

3. Jaminan Kesejahteraan Sosial Berbasis Masyarakat (*community-based welfare security*)

Dikenal dengan istilah ‘skema mikro dan berbasis wilayah’ (*micro and area-based schemes*) atau jaring pengaman sosial berbasis masyarakat lokal, yakni Jamkesos berbasis masyarakat yang diarahkan untuk mengatasi kerentanan pada tingkat komunitas.

Posisi Jamkesmas dalam kebijakan pemerintah muncul dari wujud kepedulian akan nasib masyarakat miskin, dimana pemerintah berupaya memberikan perlindungan sosial bagi mereka melalui sistem jaminan

sosial nasional (SJSN). Oleh karena itu, Jamkesmas ini merupakan program kebijakan sosial pemerintah di bidang pelayanan kesehatan, dengan sasaran masyarakat miskin atau kurang mampu.

2.1.2. Kemiskinan

Kemiskinan adalah fenomena yang bukan saja terjadi di Indonesia tetapi juga terjadi di sebagian besar negara-negara berkembang di dunia. Kemiskinan telah menjadi suatu fenomena sosial yang selalu berkembang dan telah menjadi masalah multidimensional yang melibatkan berbagai aspek kehidupan karena substansi kemiskinan adalah kondisi serba kekurangan terhadap sumber-sumber pemenuhan kebutuhan dasar yang berupa sandang, pangan dan papan. Keterlibatan pemerintah dalam menyikapi fenomena kemiskinan sangatlah strategis dengan menempuh kebijakan yang dapat melahirkan program/kegiatan pembangunan secara terpadu, antara pertumbuhan dan pemerataan, termasuk di dalamnya upaya peningkatan pelayanan kesehatan bagi masyarakatnya yang kurang mampu sehingga daya aksesabilitasnya terhadap pelayanan kesehatan kurang baik atau tidak memadai.

Menurut Suharto (2007, hal.72) bahwa kemiskinan merupakan salah satu masalah sosial yang sangat erat kaitannya dengan kebijakan sosial, karena bagaimanapun sejarah kebijakan sosial tidak dapat dipisahkan dari hadirnya persoalan kemiskinan di masyarakat. Bahkan banyak pendapat yang mengatakan bahwa kemiskinan merupakan akar dari berbagai masalah sosial yang muncul.

Buku Pedoman Komite Penanggulangan Kemiskinan Tahun 2003 mengemukakan bahwa yang dimaksud masyarakat miskin umumnya ditandai ketidakberdayaan atau ketidakmampuan dalam beberapa hal, yaitu: (1) ketidakmampuan memenuhi kebutuhan dasar (*basic needs*) seperti pangan dan gizi, sandang, papan, pendidikan dan kesehatan, (2) ketidakberdayaan melakukan kegiatan usaha produktif, (3)

ketidakberdayaan menjangkau akses sumber daya sosial dan ekonomi, (4) ketidakmampuan menentukan nasibnya sendiri serta senantiasa mendapat perlakuan diskriminatif, mempunyai perasaan ketakutan dan kecurigaan serta sikap apatif dan fatalistik terhadap lingkungannya, (5) ketidakmampuan membebaskan diri dari mental dan budaya miskin serta senantiasa merasa mempunyai martabat dan harga diri yang rendah. Ketidakberdayaan dan ketidakmampuan tersebut menumbuhkan perilaku miskin yang bermuara pada hilangnya kemerdekaan berusaha dan menikmati kesejahteraan secara bermartabat.

Definisi dan pengertian kemiskinan yang lebih lengkap, dikemukakan oleh Robert Chambers (1987). Menurut Chambers, inti dari masalah kemiskinan terletak pada apa yang disebut *deprivation trap* atau perangkap kemiskinan. Secara rinci, *deprivation trap* terdiri dari lima unsur, yaitu: kemiskinan itu sendiri, kelemahan fisik, keterasingan atau kadar isolasi, kerentanan, dan ketidakberdayaan. Kelima unsur ini seringkali saling berkait satu dengan yang lain sehingga merupakan perangkap kemiskinan yang benar-benar berbahaya dan mematikan peluang hidup orang atau keluarga miskin.

Dari kelima dimensi di atas, kerentanan dan ketidakberdayaan perlu mendapat perhatian yang utama. Kerentanan, menurut Chambers dapat dilihat dari ketidakmampuan keluarga miskin untuk menyediakan sesuatu guna menghadapi situasi darurat seperti datangnya bencana alam, kegagalan panen, atau penyakit yang tiba-tiba menimpa keluarga miskin itu. Kerentanan ini sering menimbulkan *poverty rackets* atau roda penggerak kemiskinan, yang menyebabkan keluarga miskin harus menjual harta benda dan asset produksinya sehingga mereka menjadi makin rentan dan tidak berdaya. Ketidakberdayaan keluarga miskin salah satunya tercermin dalam kasus di mana elit desa dengan seenaknya memfungsikan diri sebagai oknum yang menjaring bantuan yang sebenarnya diperuntukkan bagi orang miskin. Ketidakberdayaan keluarga miskin di

kesempatan yang lain mungkin dimanifestasikan dalam hal seringnya keluarga miskin ditipu dan ditekan orang yang memiliki kekuasaan. Ketidakberdayaan sering pula mengakibatkan terjadinya bias bantuan terhadap si miskin kepada kelas di atasnya yang seharusnya tidak berhak memperoleh subsidi.

Suharto (2007, hal.73-74) selanjutnya menjelaskan tentang pendekatan yang digunakan dalam mengartikan kemiskinan, yaitu pendekatan absolut dan pendekatan relatif.

Pendekatan absolut beranggapan bahwa peran sejumlah barang dan jasa sangat penting dalam menentukan kesejahteraan individu dan keluarga, dimana definisi kemiskinan didasarkan pada cukup tidaknya jumlah uang yang diperoleh. Dengan begitu, total pendapatan per bulan atau per tahun biasanya dijadikan sebagai penentuan indikator garis kemiskinan. Berdasarkan garis kemiskinan ini, masyarakat miskin didefinisikan sebagai mereka yang tidak memiliki pendapatan untuk memenuhi sejumlah minimum kebutuhan hidup. Namun isu kontroversial dari pendekatan ini adalah tentang belum jelasnya makna kebutuhan minimum. Selain itu, kelemahan pendekatan absolut adalah mengabaikan kenyataan bahwa kelompok miskin tidak selalu berhubungan dengan pemenuhan kebutuhan dasar saja, tapi juga tentang bagaimana hubungan mereka dengan kelompok yang tidak miskin. Ini menunjukkan bahwa kemiskinan itu bersifat relatif tergantung pada ruang dan waktu.

Pendekatan relatif menekankan bahwa seseorang dikatakan miskin bila pendapatannya berada di bawah pendapatan rata-rata masyarakat. Menurut pendekatan ini, kemiskinan disebabkan karena adanya perbedaan pendapatan antara kelompok satu dengan kelompok lainnya atau antara suatu waktu dengan waktu lainnya. Kelemahan dari pendekatan relatif adalah ketidakmampuannya menjelaskan tentang bagaimana buruknya atau bagaimana baiknya kondisi orang-orang yang hidup di lingkungan dengan tingkat pendapatan yang rendah.

Dari beberapa penjelasan di atas dapat ditarik kesimpulan bahwa dalam mendefinisikan masyarakat miskin bisa berbeda untuk tempat yang satu dengan yang lain. Artinya, tidak ada ketentuan baku untuk menetapkan pengertian tentang keadaan masyarakat miskin secara umum tapi untuk beberapa keadaan bisa saja pengertian sama. Terkait dengan itu, masyarakat miskin sebagai sasaran Jamkesmas di tiap daerah ditentukan oleh pemerintah daerah setempat, sehingga perlu transparansi dan akuntabilitas dalam pelaksanaannya. Dengan tujuan agar tidak ada manipulasi data maupun distorsi penetapan keluarga atau masyarakat miskin di daerah bersangkutan yang akan diberikan bantuan pelayanan kesehatan gratis melalui Jamkesmas.

2.1.3. Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas)

Undang-Undang Dasar 1945 pasal 28 H dan Undang-Undang Nomor 23 Tahun 1992 tentang Kesehatan, menetapkan bahwa setiap orang berhak memperoleh perlindungan terhadap kesehatannya, dan bertanggung jawab mengatur agar terpenuhi hak hidup sehat bagi penduduknya termasuk bagi masyarakat miskin dan tidak mampu. Untuk itu, pemerintah wajib bertanggung jawab dalam pelayanan kesehatan terhadap masyarakat secara menyeluruh dan terutama untuk masyarakat miskin.

“Jamkesmas adalah program bantuan sosial untuk pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin dan tidak mampu. Program ini diselenggarakan secara nasional agar terjadi subsidi silang dalam rangka mewujudkan pelayanan kesehatan yang menyeluruh bagi masyarakat miskin”. (*Pedoman Pelaksanaan Jaminan Kesehatan Masyarakat 2008, 2008*)

Sebagaimana diketahui bahwa sejak Januari 2008, Askeskin telah disempurnakan dan berubah nama menjadi Jamkesmas (Jaminan Kesehatan Masyarakat). Baik Askeskin maupun Jamkesmas merupakan

bagian dari pelaksanaan program Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat Miskin (JPKMM) oleh pemerintah pusat untuk selanjutnya diteruskan ke daerah-daerah. Untuk itu, berikut ini peneliti akan menguraikan pembahasan tentang perubahan program Askeskin menjadi Jamkesmas.

Sebagai sebuah upaya penyempurnaan dari program sebelumnya, penyempurnaan utama Program Jamkesmas ini dilakukan pada sistem pengelolaan menuju *good governance* melalui pengelolaan yang efektif, efisien, transparan, dan akuntabel untuk menghindari berbagai penyimpangan yang mungkin terjadi. Pada intinya, penyelenggaraan Jamkesmas mengacu pada prinsip-prinsip sebagai berikut:

1. Dana amanat dan nirlaba dengan pemanfaatan untuk semata-mata peningkatan derajat kesehatan masyarakat miskin.
2. Menyeluruh (komprehensif) sesuai dengan standar pelayanan medik yang *cost effective* dan rasional.
3. Pelayanan terstruktur, berjenjang dengan portabilitas dan ekuitas.
4. Transparan dan akuntabel.

Melalui program Jamkesmas, seluruh rumah sakit yang melayani kesehatan peserta program Jaminan Kesehatan Masyarakat dilarang menolak pasien yang tidak masuk dalam kuota program itu meski Depkes tidak lagi menanggung biaya pengobatan mereka karena semua biaya pasien di luar kuota diharapkan ditanggung Pemda setempat. Karena menurut Kepala Pusat Pembiayaan dan Jaminan Kesehatan, Chalik Masulili (*Penuhi Hak Kesehatan Masyarakat !*, 2008) bahwa semua pasien miskin dengan atau tanpa kartu Jamkesmas seharusnya tetap dilayani rumah sakit dengan baik. Tidak hanya itu, pelaksanaan juga meliputi tiga akses yang wajib ada pada program Jamkesmas. Akses tersebut adalah akses tersedianya fasilitas kesehatan (Puskesmas dan rumah sakit) sedekat mungkin dengan masyarakat, akses transportasi yang

memadai, dan terakhir adanya akses pembiayaan yang diadakan oleh Depkes bekerja sama dengan pemerintah daerah yang terkait.

2.2. Konsep *Good Governance*

Kepemerintahan yang baik (*Good Governance*) sebagai sebuah konsep sebenarnya bukanlah sesuatu yang baru, namun pada tataran realitas khususnya di Indonesia hal ini merupakan barang baru yang langka dan mungkin hanya sebagai sebuah utopia. Kata *governance* sering dirancukan dengan kata *government*. Akibatnya, negara dan pemerintah menjadi korban utama dari seruan kolektif ini, bahwa mereka adalah sasaran pertama untuk melakukan perbaikan-perbaikan yang belum tentu menjadi tanggung jawab mereka. Sisi positifnya, secara umum *Good governance* dinilai telah berhasil mendekatkan hubungan antara badan-badan keuangan multilateral dengan para aktivis politik, yang sebelumnya sinis pada hubungan antara pemerintah negara berkembang dengan badan-badan keuangan internasional. Selanjutnya, ada hal yang sering dilupakan tentang *good governance* ini yaitu bahwa kekuatan konsep tata laksana pemerintahan yang baik itu terletak pada keaktifan sektor negara, masyarakat dan pasar untuk berinteraksi.

Menurut sebagian ahli, istilah "*Governance*" menunjukkan suatu proses di mana rakyat bisa mengatur ekonominya, institusi dan sumber-sumber sosial dan politiknya tidak hanya dipergunakan untuk pembangunan, tetapi juga untuk menciptakan kohesi, integrasi, dan untuk kesejahteraan rakyat (Krina, 2003, hal.4).

Menurut Ganie-Rochman (2000, hal.141) konsep "*governance*" melibatkan tidak sekedar pemerintah dan negara, tapi juga peran berbagai aktor diluar pemerintah dan negara, sehingga pihak-pihak yang terlibat juga sangat luas. *Governance* adalah mekanisme pengelolaan sumber daya ekonomi dan sosial yang melibatkan pengaruh sektor negara dan sektor non pemerintah dalam suatu kegiatan kolektif.

Pinto dalam Nishjar. (1997, hal.119) mengatakan bahwa *governance* adalah praktek penyelenggaraan kekuasaan dan kewenangan oleh pemerintah dalam pengelolaan urusan pemerintahan secara umum dan pembangunan ekonomi pada khususnya. Sementara itu, Hughes dan Ferlie, dkk. (Osborne dan Gaebler, 1992,

hal.17) berpendapat bahwa *Good Governance*, memiliki kriteria yang berkemampuan untuk memacu kompetisi, akuntabilitas, responsip terhadap perubahan, transparan, berpegang pada aturan hukum, mendorong adanya partisipasi pengguna jasa, mementingkan kualitas, efektif dan efisien, mempertimbangkan rasa keadilan bagi seluruh pengguna jasa, dan terbangunnya suatu orientasi pada nilai-nilai.

Sedangkan Lembaga Administrasi Negara (2000, hal.1) mengartikan *governance* sebagai proses penyelenggaraan kekuasaan negara dalam melaksanakan penyediaan *public goods* dan *services*. Lebih lanjut ditegaskan bahwa apabila dilihat dari segi aspek fungsional, *governance* dapat ditinjau dari apakah pemerintah telah berfungsi secara efektif dan efisien dalam upaya mencapai tujuan yang telah digariskan atau sebaliknya.

Good Governance mengandung dua pengertian, Pertama, nilai-nilai yang menjunjung tinggi keinginan/kehendak rakyat, dan nilai-nilai yang dapat meningkatkan kemampuan rakyat dalam pencapaian tujuan (nasional) kemandirian, pembangunan berkelanjutan dan keadilan sosial. Kedua, aspek-aspek fungsional dari pemerintahan yang efektif dan efisien dalam pelaksanaan tugasnya untuk mencapai tujuan-tujuan tersebut menurut LAN (Widodo, 2001, hal.21). Pengertian pertama mengandung aspek politik dalam rangka demokratisasi dalam pencapaian tujuan nasional, sedangkan pengertian kedua mengandung aspek *administrative* dari fungsi pemerintahan dalam mencapai tujuan nasional yang efektif dan efisien.

Konsep *good governance* sejak tahun 1991 dipromosikan oleh beberapa agensi multilateral dan bilateral seperti JICA, OECD, GTZ (Keban, 2000, hal.52). Mereka memberikan tekanan pada beberapa indikator, antara lain : (1) demokrasi, desentralisasi dan peningkatan kemampuan pemerintah; (2) hormat terhadap hak asasi manusia dan kepatuhan terhadap hukum yang berlaku; (3) partisipasi rakyat; (4) efisiensi, akuntabilitas, transparansi dalam pemerintah dan administrasi publik; (5) pengurangan anggaran militer; dan (6) tata ekonomi yang berorientasi pasar. OECD dan World Bank (LAN, 2000, hal.6) mensinonimkan *good governance* dengan penyelenggaraan manajemen pembangunan yang solid dan bertanggungjawab yang sejalan dengan demokrasi dan pasar yang efisien, penghindaran salah alokasi dana

investasi yang langka, dan pencegahan korupsi baik secara politik maupun administratif, menjalankan disiplin anggaran serta penciptaan *legal and political frameworks* bagi tumbuhnya aktivitas kewiraswastaan. Sedangkan UNDP dalam workshop yang diselenggarakannya (Widodo, 2001, hal.24) menyimpulkan bahwa, “*that good governance system are participatory, implying that all members of governance institutions have a voice in influencing decision making*”. Namun dalam perkembangan berikutnya lembaga ini (LAN, 2000, hal.7) memberikan definisi *good governance* sebagai hubungan yang sinergis dan konstruktif di antara negara, sektor swasta dan masyarakat (*society*).

Lembaga Administrasi Negara (2000, hal.6) mendefinisikan *good governance* sebagai penyelenggaraan pemerintahan negara yang solid dan bertanggung jawab, serta efisien dan efektif dengan menjaga “kesinergisan” interaksi yang konstruktif di antara domain-domain negara, sektor swasta dan masyarakat (*society*). Pada tataran ini, *good governance* berorientasi pada 2 (dua) hal pokok, yakni : *Pertama*, orientasi ideal negara yang diarahkan pada pencapaian tujuan nasional. Pada tataran ini, *good governance* mengacu pada demokratisasi dalam kehidupan bernegara dengan elemen-elemen konstituennya, seperti *legitimacy, accountability, scuring of human right, autonomy and devolution of power* dan *assurance of civilian control*; *Kedua*, pemerintahan yang berfungsi secara ideal yaitu secara efektif dan efisien dalam melakukan upaya mencapai tujuan nasional. Dalam konteks ini, *good governance* tergantung pada pada sejauh mana struktur serta mekanisme politik dan administrative berfungsi secara efektif dan efisien.

Dari beberapa pengertian *good governance* diatas, maka diidentifikasi indikator-indikator yang terkandung didalamnya. UNDP mengajukan karakteristik *good governance*, sebagai berikut :

- *Participation*. Setiap warga negara mempunyai suara dalam pembuatan keputusan, baik secara langsung maupun secara intermediasi institusi legitimasi yang mewakili kepentingannya. Partisipasi seperti ini dibangun atas dasar keabsahan berasosiasi dan berbicara serta berpartisipasi secara konstruktif.

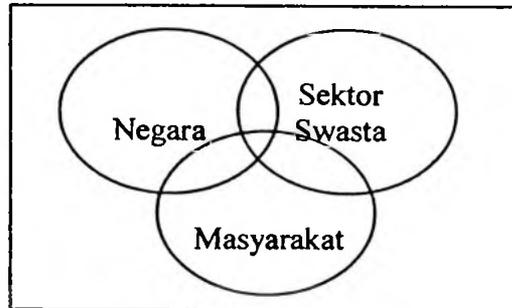
- *Rule of law*. Kerangka hukum harus adil dan dilaksanakan tanpa pandang bulu, terutama hukum untuk hak azasi manusia.
- *Transparency*. Transparansi dibangun atas dasar keabsahan arus informasi. Proses-proses, lembaga dan informasi yang secara langsung dapat diterima oleh mereka yang membutuhkan.
- *Responsive*. Lembaga-lembaga dan proses-proses harus mencoba untuk melayani setiap stakeholders.
- *Consensus Orientation*. *Good governance* menjadi perantara kepentingan yang berbeda untuk memperoleh pilihan terbaik bagi kepentingan yang lebih luas, baik dalam kebijakan-kebijakan maupun prosedur-prosedur.
- *Equity*. Semua warga negara, baik laki-laki maupun perempuan mempunyai kesempatan untuk meningkatkan atau menjaga kesejahteraan mereka.
- *Effectiveness and efficiency*. Proses-proses dan lembaga-lembaga menghasilkan sesuai dengan apa yang telah digariskan dengan menggunakan sumber-sumber yang tersedia sebaik mungkin.
- *Accountability*. Para pembuat keputusan dalam pemerintahan, sektor swasta dan masyarakat (*civil society*) bertanggung jawab kepada publik dan lembaga-lembaga *stakeholders*. Akuntabilitas ini tergantung pada organisasi dan sifat keputusan yang dibuat, apakah keputusan tersebut untuk kepentingan internal atau eksternal organisasi.
- *Strategic vision*. Para pemimpin dan publik harus mempunyai perspektif *good governance* dan pengembangan yang luas dan jauh kedepan sejalan dengan apa yang diperlukan untuk pembangunan semacam ini. (LAN, 2000, hal.7)

Sementara itu, United Nations (Keban, 2000, hal.52) merumuskan indikator *good governance* yang meliputi : (1) kemampuan, yaitu kemampuan yang cukup untuk melaksanakan kebijakan dan fungsi-fungsi pemerintah, termasuk system administrasi publik efektif dan responsive; (2) akuntabilitas dalam kegiatan pemerintah dan transparan dalam pengambilan keputusan; (3) partisipasi dalam proses demokrasi, dengan memanfaatkan sumber informasi dari publik dan dari

swasta ; (4) perhatian terhadap pemerataan dan kemiskinan; dan (5) komitmen terhadap kebijakan ekonomi yang berorientasi kepada pasar.

Nilai yang terkandung dari pengertian beserta karakteristik *good governance* tersebut diatas merupakan nilai-nilai yang universal sifatnya dan sesuai dengan cita-cita perjuangan bangsa Indonesia sebagaimana tertuang dalam GBHN 1999 – 2004 (sekarang Propenas), karena itu diperlukan pengembangan dan penerapan sistem pertanggungjawaban yang tepat, jelas dan nyata sehingga penyelenggaraan pemerintahan dan pembangunan dapat berlangsung secara berdaya guna dan berhasil guna. Kondisi semacam ini perlu adanya akuntabilitas dan tersedianya akses yang sama pada informasi bagi masyarakat luas. Hal ini merupakan fondasi legitimasi dalam system demokrasi, mengingat prosedur dan metode pembuatan keputusan harus transparan agar supaya memungkinkan terjadinya partisipasi efektif. Kondisi semacam ini mensyaratkan bagi siapa saja yang terlibat dalam pembuatan keputusan, baik itu pemerintah, sektor swasta maupun masyarakat, harus bertanggung jawab kepada publik serta kepada institusi *stakeholders*. Disamping itu, institusi *governance* harus efisien dan efektif dalam melaksanakan fungsi-fungsinya, responsif terhadap kebutuhan masyarakat, memberikan fasilitas dan peluang ketimbangng melakukan kontrol serta melaksanakan peraturan perundang-undangan yang berlaku.

Penyelenggaraan pemerintahan negara yang solid yang bertanggung jawab, serta efisien dan efektif dapat dicapai dengan menjaga kesinergisan interaksi yang positif diantara domain-domain negara, sektor swasta dan masyarakat (LAN, 2000, hal.8), sedangkan hubungan diantara ketiga unsur utama (*domain*) tersebut dapat digambarkan sebagai berikut :



Gambar 2.1. Hubungan Antara Negara, Masyarakat, dan Swasta dalam Pemerintahan
 Sumber: LAN (2000, hal.8)

Dari skema bagan sebelumnya jelas bahwa *good governance* adalah hubungan sinergis atau masalah perimbangan antara negara, sektor swasta (pasar) dan masyarakat. Memang sampai saat ini, sejumlah karakteristik kebaikan dari suatu *governance* lebih banyak berkaitan dengan kinerja pemerintah. Pemerintah berkewajiban melakukan investasi untuk mempromosikan tujuan ekonomi jangka panjang seperti: pendidikan, kesehatan dan infrastruktur. Tetapi untuk mengimbangi negara, suatu masyarakat warga yang kompeten dibutuhkan melalui diterapkannya sistem demokrasi, *rule of law*, hak asasi manusia, dan dihargainya pluralisme. *Good governance* sangat terkait dua hal (Krina, 2003, hal.6) yaitu: (1) *good governance* tidak dapat dibatasi hanya pada tujuan ekonomi dan (2) tujuan ekonomi pun tidak dapat dicapai tanpa prasyarat politik tertentu.

Beberapa ahli, seperti yang ada pada penjelasan sebelumnya di atas, banyak menyimpulkan tentang prinsip-prinsip acuan dalam pelaksanaan *good governance*. *Asian Development Bank* sendiri menegaskan adanya konsensus umum bahwa *good governance* dilandasi oleh empat pilar yaitu: (1) *accountability*, (2) *transparency*, (3) *predictability*, dan (4) *participation*. Jelas bahwa jumlah komponen atau pun prinsip yang melandasi tata pemerintahan yang baik sangat bervariasi dari satu institusi ke institusi lain, dari satu pakar ke pakar lainnya. Namun paling tidak ada sejumlah prinsip yang dianggap sebagai prinsip-prinsip utama yang melandasi *good governance*, yaitu: (1) Akuntabilitas, (2) Transparansi dan (3) Partisipasi Masyarakat (Krina, 2003, hal.8). Untuk itu, ketiga prinsip *good governance* tersebut yang peneliti

jadikan sebagai bahan tinjauan dalam penelitian tersebut. Ketiga prinsip tersebut di atas tidaklah dapat berjalan sendiri-sendiri, ada hubungan yang sangat erat dan saling mempengaruhi, masing-masing adalah instrumen yang diperlukan untuk mencapai tata kelola pemerintahan publik yang baik (*good governance*).

Terkait dengan pelaksanaan program Jamkesmas di Kabupaten Tapanuli Selatan, maka peneliti juga merasa perlu untuk menganalisa program tersebut berdasarkan prinsip akuntabilitas, transparansi dan partisipasi. Hal ini disebabkan karena apabila prinsip akuntabilitas, transparansi dan partisipasi telah diterapkan sebagaimana seharusnya, tentu program Jamkesmas tersebut akan membawa dampak yang baik bagi kelompok sasarannya dan begitu pula sebaliknya. Sehingga, kedepan program itu akan benar-benar berjalan dengan baik dan tepat sasaran sesuai harapan masyarakat, khususnya masyarakat miskin.

2.2.1. Akuntabilitas

Untuk beberapa pendapat para ahli, akuntabilitas dianggap menjadi kunci dari semua prinsip *good governance*. Meski demikian, ketiga prinsip tersebut tidak dapat berjalan sendiri-sendiri. Ada hubungan yang erat dan saling mempengaruhi dari ketiga prinsip itu, dimana masing-masing merupakan instrumen yang diperlukan untuk mencapai prinsip yang lainnya, dan dari ketiganya merupakan instrumen yang diperlukan untuk mencapai manajemen atau tata- kelola publik yang baik.

Budiardjo (1998, hal.107-120) mendefenisikan akuntabilitas sebagai “pertanggungjawaban pihak yang diberi mandat untuk memerintah kepada mereka yang diberi mandat itu”. Akuntabilitas bermakna pertanggungjawaban dengan menciptakan pengawasan melalui distribusi kekuasaan pada berbagai lembaga pemerintah sehingga mengurangi penumpukan kekuasaan sekaligus menciptakan kondisi saling mengawasi (*checks and balances system*).

Peters (2000, hal.299-381) menyatakan: “*Accountability is the requirement of an public organization (or perhaps an individual) to*

render an account to some other organization and to explain its action". (Artinya, akuntabilitas adalah prinsip yang menjamin bahwa setiap kegiatan penyelenggaraan pemerintahan dapat dipertanggungjawabkan secara terbuka oleh pelaku kepada pihak-pihak yang terkena dampak penerapan kebijakan). Selanjutnya Peters (2000, hal.299-381) menyebutkan adanya 3 (tiga) tipe akuntabilitas, yaitu: (1) akuntabilitas keuangan, (2) akuntabilitas administratif dan (3) akuntabilitas akuntabilitas kebijakan publik.

Dalam pendapat lain akuntabilitas aparatur pemerintahan ini terdiri dari tiga jenis, yaitu akuntabilitas politik, keuangan dan hukum (Bautigan, 1991, hal.13). *Akuntabilitas politik* berkaitan dengan sistem politik dan sistem pemilu. Sistem politik multi partai dinilai lebih mampu menjamin akuntabilitas politik pemerintah terhadap rakyatnya dari pada pemerintahan dengan sistem politik satu partai. *Akuntabilitas keuangan* artinya adalah bahwa aparat pemerintah wajib mempertanggung-jawabkan setiap rupiah uang rakyat dalam anggaran belanjanya yang bersumber dari penerimaan pajak dan retribusi. Sedangkan *akuntabilitas hukum* mengandung arti bahwa rakyat harus memiliki keyakinan bahwa unit-unit pemerintahan dapat bertanggung jawab secara hukum atas segala tindakannya. Organisasi pemerintahan yang pada praktiknya telah merugikan kepentingan rakyat (*onrechtmatige overheidsdaad*), dengan demikian harus mampu mempertanggungjawabkannya dan menerima tuntutan hukum atas tindakan tersebut.

Sementara itu, Shafritz dan Russels (1997, hal.376) mengungkapkan: "*Accountability means the extent to which one must answer to higher authority –legal organizations- for one's actions in society at large or within one's particular organizational position*". (Artinya, akuntabilitas bermakna pertanggungjawaban menyeluruh oleh seseorang terhadap pemegang kewenangan tertinggi –organisasi

resmi/publik- tentang suatu aksi sosial yang menyangkut masyarakat secara keseluruhan atau diantara posisi organisasi tertentu).

Asian Development Bank (2001) merumuskan, akuntabilitas dapat diperoleh melalui:

- a. Usaha imperatif untuk membuat para aparat pemerintahan mampu bertanggungjawab untuk setiap perilaku pemerintahan dan responsif kepada entitas darimana mereka memperoleh kewenangan.
- b. Penetapan kriteria untuk mengukur performansi aparat pemerintahan serta penetapan mekanisme untuk menjamin bahwa standar telah terpenuhi.

Akuntabilitas dapat dipandang dari berbagai perspektif (Sadjiarto, 2000, hal.140-141). Dari “perspektif akuntansi”, *American Accounting Association* menyatakan bahwa akuntabilitas suatu entitas pemerintahan dapat dibagi dalam empat kelompok, yaitu akuntabilitas terhadap:

1. Sumber daya finansial
2. Kepatuhan terhadap aturan hukum dan kebijaksanaan administratif
3. Efisiensi dan ekonomisnya suatu kegiatan
4. Hasil program dan kegiatan pemerintah yang tercermin dalam pencapaian tujuan, manfaat dan efektivitas.

Sedangkan dari “perspektif fungsional”, akuntabilitas dilihat sebagai suatu tingkatan dengan lima tahap yang berbeda yang diawali dari tahap yang lebih banyak membutuhkan ukuran-ukuran obyektif (*legal compliance*) ke tahap yang membutuhkan lebih banyak ukuran-ukuran subyektif. Tahap-tahap tersebut adalah:

1. *Probity and legality accountability*

Hal ini menyangkut pertanggungjawaban penggunaan dana sesuai dengan anggaran yang telah disetujui dan sesuai dengan peraturan perundang-undangan yang berlaku (*compliance*).

2. *Process accountability*

Dalam hal ini digunakan proses, prosedur, atau ukuran-ukuran dalam melaksanakan kegiatan yang ditentukan (*planning, allocating and managing*).

3. *Performance accountability*

Pada level ini dilihat apakah kegiatan yang dilakukan sudah efisien (*efficient and economy*).

4. *Program accountability*

Di sini akan disoroti penetapan dan pencapaian tujuan yang telah ditetapkan tersebut (*outcomes and effectiveness*).

5. *Policy accountability*

Dalam tahap ini dilakukan pemilihan berbagai kebijakan yang akan diterapkan atau tidak (*value*).

Dari “perspektif sistem akuntabilitas”, terdapat beberapa karakteristik pokok sistem akuntabilitas ini, yaitu :

1. Berfokus pada hasil (*outcomes*)
2. Menggunakan beberapa indikator yang telah dipilih untuk mengukur kinerja
3. Menghasilkan informasi yang berguna bagi pengambilan keputusan atas suatu program atau kebijakan
4. Menghasilkan data secara konsisten dari waktu ke waktu
5. Melaporkan hasil (*outcomes*) dan mempublikasikannya secara teratur.

Dalam pemahaman lainnya Allan (1999:26) mengungkapkan bahwa:

“Accountability, however, is a two way relationship between public servants and the public at large. Which there is a constitutional obligation on public officials to provide an accountable public service the onus is on the public to ensure that officials live up to this expectations. Standards of efficiency and public service delivery can only be as high as the

expectations voiced by civil society interest groups. ... To hold public officials accountable for services delivery requires that the public be adequately informed about the level of service that they are entitled to. Moreover, the public must be reliably informed about the actual level of service delivery and the performance of individual departments and officials within the public service". (Artinya, akuntabilitas, bagaimanapun, adalah hubungan dua arah antara pelayan publik dengan masyarakat luas. Dimana terdapat aturan perundangan bagi pejabat publik untuk mempertanggungjawabkan layanan publik yaitu tanggung jawab kepada publik bahwa mereka berusaha memenuhi harapan itu. Standar efisiensi pelayanan publik secara langsung dapat menjadi harapan/tuntutan tertinggi oleh kelompok pemerhati masyarakat. Untuk dapat menjamin pelayanan langsung yang akuntabel dari pejabat publik sebaiknya masyarakat dapat memperoleh informasi tentang tingkat pelayanan yang seharusnya mereka dapatkan. Lebih dari itu, publik harus memperoleh informasi yang dapat dipercaya tentang tingkatan pelayanan dan kinerja instansi terkait dan pejabat pemerintahan).

Secara garis besar Krina (2003, hal.10) menyimpulkan bahwa akuntabilitas berhubungan dengan kewajiban dari institusi pemerintahan maupun para aparat yang bekerja di dalamnya untuk membuat kebijakan maupun melakukan aksi yang sesuai dengan nilai yang berlaku maupun kebutuhan masyarakat. Sementara itu akuntabilitas publik menuntut adanya pembatasan tugas yang jelas dan efisien dari para aparat birokrasi. Untuk mempermudah pemahaman tentang akuntabilitas itu Krina (2003, hal.11-12) selanjutnya mengelompokkan indikator dan alat ukur prinsip akuntabilitas sebagai berikut:

1. Indikator prinsip akuntabilitas, yaitu:

- a. Proses pembuatan sebuah keputusan yang dibuat secara tertulis, tersedia bagi warga yang membutuhkan, dengan setiap keputusan yang diambil sudah memenuhi standar etika dan nilai-nilai yang berlaku, dan sesuai dengan prinsip-prinsip administrasi yang benar.
- b. Akurasi dan kelengkapan informasi yang berhubungan dengan cara-cara mencapai sasaran suatu program.
- c. Kejelasan dari sasaran kebijakan yang telah diambil dan dikomunikasikan.
- d. Kelayakan dan konsistensi dari target operasional maupun prioritas.
- e. Penyebarluasan informasi mengenai suatu keputusan melalui media massa.
- f. Akses publik pada informasi atas suatu keputusan setelah keputusan dibuat dan mempunyai mekanisme pengaduan masyarakat.
- g. Memiliki sistem informasi manajemen dan monitoring hasil.

2. Adapun alat ukur untuk prinsip akuntabilitas, yaitu:

- a. Visi dan misi
- b. *Job description* (acuan pelayanan)
- c. Produk-produk kebijakan daerah (proses pembuatan keputusan)
- d. *Annual report* (laporan pertanggungjawaban)
- e. Laporan keuangan (sistem pengelolaan keuangan).

Jadi, secara umum prinsip akuntabilitas merupakan suatu ukuran yang menunjukkan seberapa besar tingkat kesesuaian penyelenggaraan pelayanan dengan ukuran nilai-nilai atau norma eksternal yang dimiliki oleh para *stakeholders* yang berkepentingan dalam pelayanan tersebut. Terkait dengan pelayanan kesehatan melalui program Jamkesmas,

akuntabilitas Dinas Kesehatan dan KB Daerah Kabupaten Tapanuli Selatan merupakan perwujudan kewajiban dinas tersebut untuk mempertanggungjawabkan, baik keberhasilan maupun kegagalan dalam melaksanakan misi Dinas Kesehatan dan KB Daerah Kabupaten Tapanuli Selatan untuk meraih tujuan serta sasaran yang telah ditetapkan.

Oleh sebab itu, dalam penelitian ini peneliti akan menggunakan indikator dan alat ukur prinsip akuntabilitas seperti yang dikemukakan Krina (2003) untuk meneliti bagaimana prinsip akuntabilitas diimplementasikan dalam program Jamkesmas oleh Dinas Kesehatan dan KB Daerah Kabupaten Tapanuli Selatan. Sehingga akan terlihat bagaimana tingkat kesesuaian pelaksanaan Jamkesmas itu di Kabupaten Tapanuli Selatan dengan pedoman pelaksanaannya.

2.2.2. Transparansi

Pemerintahan yang baik akan bersifat transparan terhadap rakyatnya, baik di tingkat pusat maupun di daerah. Rakyat secara pribadi dapat mengetahui secara jelas dan tanpa ada yang ditutup-tutupi tentang proses perumusan kebijakan publik dan tindakan pelaksanaannya (implementasinya). Dengan kata lain, segala tindakan dan kebijakan pemerintahan baik di pusat maupun di daerah, harus selalu dilaksanakan secara terbuka dan diketahui umum.

Prinsip kedua yang dinilai sangat berperan dalam mewujudkan *good governance* adalah prinsip transparansi (keterbukaan). Prinsip ini banyak dilatarbelakangi oleh adanya kecenderungan umum menurunnya rasa percaya masyarakat kepada pemerintah (*distrust*), akibat pelaksanaan pemerintahan oleh yang berwenang selama ini hanya diketahui oleh “para penguasa’ saja. Artinya, masyarakat luas sulit sekali memperoleh informasi tentang pelaksanaan pemerintahan yang ada, konon lagi menunggu inisiatif dari mereka yang berwenang tersebut untuk menyampaikan informasi kepada masyarakat. Oleh karena itu, belakangan

prinsip ini menjadi sangat penting untuk mewujudkan *clean and good governance* dalam manajemen pemerintahan untuk menghindari patologi (penyakit) pemerintahan; seperti korupsi, kolusi dan nepotisme.

Dalam Buku Pedoman Penguatan Pengamanan Program Pembangunan Daerah (Bappenas dan Depdagri, 2002, hal.18) dijelaskan bahwa transparansi merupakan prinsip yang menjamin akses atau kebebasan bagi setiap orang untuk mendapatkan informasi terkait penyelenggaraan pemerintahan, yaitu: informasi tentang kebijakan, proses pembuatan dan pelaksanaannya, serta hasil-hasil yang dicapai.

Sementara itu, Ganie-Rochman (Krina, 2003, hal.13) menyimpulkan transparansi adalah kebijakan terbuka bagi pengawasan. Sedangkan yang dimaksud dengan informasi adalah informasi mengenai setiap aspek kebijakan pemerintah yang dapat dijangkau oleh publik. Keterbukaan informasi diharapkan akan menghasilkan persaingan politik yang sehat, toleran, dan kebijakan dibuat berdasarkan pada preferensi publik. Prinsip ini mempunyai 2 (dua) aspek, yaitu: (1) komunikasi publik oleh pemerintah, dan (2) hak masyarakat terhadap akses informasi. Keduanya akan sulit dilakukan jika pemerintah tidak menangani dengan baik kinerjanya. Manajemen kinerja yang baik adalah titik awal dari transparansi.

Bersifat transparan dalam penyelenggaraan pemerintahan di setiap tahap pengambilan keputusan dapat ditengarai dengan tingginya derajat aksesibilitas publik terhadap informasi terkait dengan suatu kebijakan publik. Setiap kebijakan publik termasuk kebijakan alokasi anggaran, pelaksanaannya maupun hasil-hasilnya mutlak harus diinformasikan kepada publik atau dapat diakses oleh publik selengkap-lengkapnyanya melalui berbagai media dan forum untuk mendapat respon. (Bappenas, 2002, hal.2)

Minogue (2000, hal.7) mengungkapkan: “ *Holders of public office should be as open as possible about all the decisions and actions that they*

take. They should give reasons for their decisions and restrict informations only when the wider public interest clearly demands.

(Artinya, pemegang kekuasaan publik seharusnya lebih terbuka tentang semua keputusan dan kegiatan yang mereka jalankan. Mereka seharusnya juga mampu memberi alasan terhadap keputusan yang mereka ambil dan membatasi informasi ketika masyarakat luas menuntut terlalu banyak).

Selanjutnya, menurut Minogue, informasi dan keterbukaan ini mencakup:

- a. Memberikan fakta dan analisis tentang keputusan-keputusan kebijakan.
- b. Menjelaskan alasan-alasan dari keputusan-keputusan administratif.
- c. Membuka informasi "*guidelines internal*" tentang cara-cara bagian tersebut berhubungan dengan publik.
- d. Menyediakan informasi tentang biaya, target, dan performansi dari pelayanan publik, dan prosedur-prosedur untuk mengeluh dan mengadu.
- e. Memenuhi permintaan informasi khusus.

Krina (2003, hal.14-16) merumuskan secara umum indikator dan alat ukur prinsip transparansi sebagai berikut:

1. Indikator prinsip transparansi, antara lain:
 - a. Penyediaan informasi yang jelas tentang prosedur-prosedur, biaya-biaya, dan tanggung jawab.
 - b. Kemudahan akses informasi.
 - c. Menyusun suatu mekanisme pengaduan jika ada peraturan yang dilanggar atau permintaan untuk membayar uang suap.
 - d. Meningkatkan arus informasi melalui kerjasama dengan media massa dan lembaga non-pemerintahan.
2. Alat ukur prinsip transparansi, yaitu:
 - a. Publikasi kebijakan publik melalui alat-alat komunikasi.

- b. Informasi yang disajikan, memiliki: acuan pelayanan, perawatan data, laporan kegiatan publik, dan prosedur keluhan.
- c. Mempunyai penanganan keluhan dan arus aspirasi masyarakat.
- d. Ada instansi atau organisasi tertentu sebagai alat ukur, seperti: Bawasda, Kantor PMD/BPM, Dinas Kominfo.
- e. Memiliki program pertemuan dengan masyarakat dan mimbar rakyat.

Asian Development Bank (1999, hal.7-13) menyimpulkan bahwa transparansi merujuk pada ketersediaan informasi pada masyarakat umum dan kejelasan (*clarity*) tentang peraturan, undang-undang, dan keputusan pemerintah. Adapun indikatornya, yaitu:

1. Akses pada informasi yang akurat dan tepat waktu (*accurate and timely*) tentang kebijakan ekonomi dan pemerintahan yang sangat penting bagi pengambilan keputusan ekonomi oleh para pelaku swasta. Data tersebut harus bebas didapat dan siap tersedia (*freely and readily available*).
2. Aturan dan prosedur yang '*simple, straightforward, and easy to apply*' untuk mengurangi perbedaan dalam hal interpretasi.

Komunikasi publik menuntut usaha afirmatif dari pemerintah untuk membuka dan mendiseminasi informasi maupun aktivitasnya yang relevan. Transparansi harus seimbang, juga, dengan kebutuhan akan kerahasiaan lembaga maupun informasi-informasi yang mempengaruhi hak privasi individu. Karena pemerintahan menghasilkan data dalam jumlah besar, maka dibutuhkan petugas informasi profesional, bukan untuk membuat dalih atas keputusan pemerintah, tetapi untuk menyebarkan keputusan-keputusan yang penting kepada masyarakat serta menjelaskan alasan dari setiap kebijakan tersebut.

Peran media juga sangat penting bagi transparansi pemerintah, baik sebagai sebuah kesempatan untuk berkomunikasi pada publik maupun menjelaskan berbagai informasi yang relevan, juga sebagai alat pengawasan atas berbagai aksi pemerintah dan perilaku menyimpang dari para aparat birokrasi.

Meski demikian, keterbukaan membawa konsekuensi adanya kontrol yang berlebih-lebihan dari masyarakat dan bahkan oleh media massa. Karena itu, kewajiban akan keterbukaan harus diimbangi dengan nilai pembatasan, yang mencakup kriteria yang jelas dari para aparat publik tentang jenis informasi apa saja yang mereka berikan dan pada siapa informasi tersebut diberikan.

Dalam pelaksanaan program Jamkesmas di kabupaten Tapanuli Selatan, Dinas Kesehatan juga sepantasnya sudah menerapkan prinsip transparansi ini. Untuk itu, dalam penelitian ini peneliti akan mengeksplorasi sejauhmana prinsip itu telah dilaksanakan dalam pelaksanaan program Jamkesmas, sehingga dapat diperoleh informasi mengenai keunggulan dan hambatan yang dialami oleh Dinkes tersebut.

Oleh sebab itu, dalam penelitian ini peneliti akan menggunakan indikator dan alat ukur prinsip transparansi seperti yang dikemukakan sebelumnya untuk meneliti bagaimana prinsip transparansi itu diimplementasikan dalam program Jamkesmas oleh Dinas Kesehatan dan KB Daerah Kabupaten Tapanuli Selatan. Sehingga akan terlihat sejauh mana keterbukaan Dinas Kesehatan dan KB Tapanuli Selatan dalam pelaksanaan Jamkesmas itu di Kabupaten Tapanuli Selatan.

2.2.3. Partisipasi

Partisipasi masyarakat dalam penentuan kebijakan publik menjadi kekuatan pendorong untuk mempercepat terpenuhinya prinsip akuntabilitas dari penyelenggara pemerintahan di daerah. Dengan adanya keterlibatan dan pengawasan secara langsung ini menjadikan

penyelenggara pemerintahan di daerah berusaha untuk meningkatkan kualitas sumber daya manusianya serta memperbaiki standar dan prosedur birokrasi untuk memberikan pelayanan publik yang lebih baik.

Partisipasi masyarakat mengakibatkan penyelenggara pemerintahan di daerah lebih bertanggung jawab. Opini publik dan aspirasi masyarakat membuat penyelenggara pemerintahan di daerah diharuskan mengubah birokrasinya agar lebih efektif dan efisien serta meninggalkan orientasi untuk hanya berpihak kepada suatu kelompok politik atau kepentingan tertentu saja.

Dalam kondisi transisi sekarang ini peran dari pers (media massa) menjadi sangat signifikan dalam memberikan pendidikan kepada masyarakat dengan membuka koridor diskursus publik. Melalui media massa publik dapat diberikan pemahaman mengenai hak-hak dan kewajiban masyarakat serta informasi mengenai kebijakan atau program yang berkaitan dengan kepentingan masyarakat. Dengan pemahaman dan informasi yang dimiliki masyarakat dapat memainkan perannya dan mengungkapkan hal-hal yang menjadi perhatian dan kebutuhan mereka. Selain itu media massa dapat mengurangi dan mencegah terjadinya korupsi dengan mengekspose kasus-kasus korupsi ataupun perilaku pejabat publik yang menyelewengkan wewenangnya. Dengan adanya pengungkapan kasus-kasus korupsi maka masyarakat dapat menjatuhkan sanksi sosial kepada para koruptor tersebut.

Menurut Soetrisno (1995, hal.17) ada dua jenis peran serta partisipasi yang berdasar dari masyarakat (1) definisi yang diberikan oleh para perencana pembangunan formal di Indonesia, mengartikan partisipasi rakyat dalam pembangunan sebagai dukungan rakyat terhadap rencana Proyek pembangunan yang akan direncanakan dan ditentukan tujuannya oleh perencana. Definisi ini mempunyai motto: "silahkan anda berpartisipasi tetapi pemerintah yang merencanakan". Ukuran tinggi rendahnya partisipasi rakyat diukur dengan kemauan rakyat untuk ikut

menanggung biaya dan tenaga dalam proyek pembangunan pemerintah, (2) Partisipasi rakyat dalam pembangunan merupakan kerjasama yang erat antara perencana dan rakyat dalam merencanakan melaksanakan, melestarikan dan mengembangkan hasil pembangunan yang telah tercapai. Ukuran tinggi rendahnya peran serta masyarakat dalam pembangunan tidak hanya diukur dengan kemauan masyarakat untuk menanggung biaya pembangunan tetapi juga adanya tindakan hak rakyat untuk ikut menentukan awal dan tujuan proyek yang akan dibangun di wilayah mereka serta ada tidaknya kemauan rakyat secara mandiri melestarikan dan mengembangkan hasil proyek.

Menurut Bryant dan White (1987, hal.268) bahwa partisipasi merupakan sikap kebutuhan terhadap persepsi dan perasaan pihak lain. Partisipasi berarti perhatian mendalam mengenai perbedaan atau perubahan yang akan dihasilkan suatu proyek sehubungan dengan kehidupan rakyat. Jadi partisipasi adalah kontribusi yang dapat diberikan oleh pihak pihak lain untuk suatu kegiatan.

Dalam konsep pembangunan partisipasi, tiap tahapan yaitu pengenalan permasalahan dan perumusan kebijakan perencanaan dan pemograman serta pelaksanaan untuk operasional pemeliharaan merupakan kesepakatan bersama antara Pemerintah Daerah dan masyarakat di lokasi pembangunan Pemerintah Daerah dalam hal ini bertindak sebagai katalisator dan masyarakat sebagai klien yang didampingi untuk memecahkan permasalahan mereka melalui hasil kerja mereka sendiri, sehingga suatu proses pembangunan merupakan proses belajar bagi tiap-tiap pihak yang terlibat.

Beberapa pengalaman membuktikan bahwa untuk mendapatkan hasil yang lebih baik dari partisipasi masyarakat, masyarakat dan lembaga swadaya masyarakat harus dilibatkan dalam setiap tahap pembangunan. Tiga tujuan utama pembangunan partisipasi (Parwoto, 1997, hal.11) adalah sebagai berikut:

1. Mewujudkan rencana pembangunan yang bertumpu pada kelompok sesuai dengan arahan GBHN.
2. Menciptakan masyarakat yang mandiri mampu mengelola dan mengembangkan sumber daya yang mereka kuasai untuk memecahkan persoalan yang mereka hadapi.
3. Menciptakan masyarakat yang sadar nilai dan mampu berfikir jangka panjang, produktif dan mampu memecahkan masa depan.

Asian Development Bank (1999, hal.7-13) menyatakan prinsip partisipasi ini berhubungan dengan pandangan bahwa masyarakat adalah jantungnya pembangunan, yang bukan hanya mendapatkan keuntungan dari sebuah pembangunan tetapi juga menjadi agen pembangunan. Karena pembangunan adalah untuk dan oleh masyarakat, maka mereka membutuhkan akses pada institusi yang mempromosikan pembangunan.

Pemerintahan partisipatif itu sendiri mempunyai ciri, yaitu:

1. Fokusnya adalah memberikan arah dan mengundang orang lain untuk berpartisipasi.
2. Basis konstitusional dan mandat demokratis yang berhubungan dengan dengan situasi akhir adalah yang menjadi tujuan.
3. Pemerintah hanya menentukan isi (*determine content*).
4. Sasaran adalah ditujukan dalam kekuatan gabungan antara pemerintah dan aktor lain dalam masyarakat.
5. Inisiatif dan bagian pertengahan dalam lingkaran *governance* adalah penting, tetapi, walaupun petunjuk umum diberikan akhir eksplisit sangat terbuka.
6. Visi dan pengembangan berdasarkan konsensus sangat penting.
7. Pemerintah hanya berperan sebagai *chairperson*.
8. Fokusnya adalah pada "*managing outcomes as shared result*".

(Michael Hill & Peter Hupe, 2002, hal.161-197)

Partisipasi sangat berguna bagi pemerintah dalam memvalidasi premis-premis darimana sebuah program berasal dan karena itu akan

berkontribusi terhadap efektivitas program. Dengan hadirnya isu partisipasi, kelompok tersebut akan berpindah dari orientasi pada input ke manajemen program dan penekanan pada output.

Dalam kaitan dengan itu, Taliziduhu Ndraha (1985, hal.33) menyatakan: "Partisipasi masyarakat adalah keterlibatan fisik dan mental seseorang atau suatu kelompok masyarakat desa di dalam gerak pembangunan yang mendorong yang bersangkutan untuk atas kehendak atau prakarsa sendiri menurut kemampuan yang ada mengambil bagian dalam usaha menyelenggarakan suatu program atau proyek atau kegiatan pembangunan desa yang bersangkutan dalam pertanggungjawabannya".

Selanjutnya oleh Sastropoetro (1998, hal.56-57) mengemukakan bentuk, jenis dan persyaratan melaksanakan partisipasi yang efektif, sebagai berikut :

1. Bentuk partisipasi : konsultasi, sumbangan uang, barang, proyek berdikari, jasa kerja, aksi masa mengerjakan proyek secara suka rela, perjanjian bersama untuk bekerja sama mencapai tujuan, pembangunan proyek komuniti yang otonom.
2. Jenis-jenis partisipasi : partisipasi dengan pikiran (*psycological participation*), tenaga (*physical participation*), pikiran dan tenaga (*active participation*), partisipasi dengan keahlian (*participation with skill*), barang (*material participation*), uang (*money participation*), jasa-jasa (*service participation*).

Adapun persyaratan untuk partisipasi adalah :

1. Perlu waktu sebelum berlangsungnya suatu kegiatan.
2. Subyek partisipasi yang relevan dengan kepentingan masyarakatnya.
3. Orang-orang yang berpartisipasi memiliki kecerdasan dan pengetahuan.
4. Orang-orang yang berpartisipasi berhubungan timbal balik dengan bahasanya sendiri yang bisa dimengerti.

5. Tidak ada pihak yang merasa terganggu karena adanya partisipasi.
6. Biaya partisipasi tidak boleh melampaui nilai ekonomi atau sejenisnya.
7. Partisipasi adalah memutuskan untuk melaksanakan kegiatan.

Pertisipasi dibutuhkan dalam memperkuat demokrasi, meningkatkan kualitas dan efektivitas layanan publik, dalam mewujudkan kerangka yang cocok bagi partisipasi, perlu dipertimbangkan beberapa aspek (Krina, 2003, hal.17), yaitu:

- a. Partisipasi melalui institusi konstitusional (*referendum, voting*) dan jaringan *civil society* (inisiatif asosiasi).
- b. Partisipasi individu dalam proses pengambilan keputusan, *civil society* sebagai *service provider*.
- c. *Local culture* pemerintah (misalnya *Neighborhood Service departement* di USA, atau *Better Management Transparent Budget* di New Zealand).
- d. Faktor-faktor lainnya, seperti: transparansi, substansi proses terbuka dan konsentrasi pada kompetisi.

Selanjutnya, Krina (2003, hal.19) mengelompokkan indikator dan alat ukur prinsip partisipasi sebagai berikut:

1. Adapun indikator prinsip partisipasi, yaitu:
 - a. Keterlibatan aparat melalui terciptanya nilai dan komitmen diantara aparat.
 - b. Adanya forum untuk menampung partisipasi masyarakat yang representatif, jelas arahnya dan dapat dikontrol bersifat terbuka dan inklusif, harus ditempatkan sebagai mimbar masyarakat mengekspresikan keinginannya.
 - c. Kemampuan masyarakat untuk terlibat dalam proses pembuatan keputusan..

- d. Fokus pemerintah adalah pada memberikan arah dan mengundang orang lain untuk berpartisipasi.
 - e. Visi dan pengembangan berdasarkan pada konsensus antara pemerintah dan masyarakat.
 - f. Akses bagi masyarakat untuk menyampaikan pendapat dalam proses pengambilan keputusan.
2. Sebagai alat ukur prinsip partisipasi adalah:
- a. *Public hearing*.
 - b. Pertemuan kelompok masyarakat (*stakeholders meeting*).
 - c. Jejak pendapat umum.
 - d. Laporan penelitian dan kajian (*constituent surveys*).
 - e. Media massa.
 - f. Diskusi publik.
 - g. *E-participation*.
 - h. *Policy conference*.
 - i. *Policy round tables*.

Transparansi ini didasarkan pada asumsi bahwa organisasi pemerintahan akan bekerja lebih baik jika anggota-anggota dalam struktur diberi kesempatan untuk terlibat secara intim dengan setiap keputusan organisasi. Maka, prinsiptransparansi ini menyangkut 2 (dua) hal (Peters, 2000, hal.299-381), yaitu:

- a. Keterlibatan aparat melalui terciptanya nilai dan komitmen diantara para aparat agar termotivasi dengan kuat pada program yang diimplementasikan.
- b. Keterlibatan publik, dalam desain dan implementasi program.

Berdasarkan beberapa pendapat sebelumnya, maka partipasi yang akan peneliti peneliti nanti adalah partipasi masyarakat dan aparat terkait dalam hal pelaksanaan program Jamkesmas di Dinas Kabupaten Tapanuli Selatan. Penyertaan partisipasi aparatur pemerintahan maupun instansi terkait dalam menganalisis implementasi *good governance* di program

tersebut didasari oleh karena program Jamkesmas itu sendiri adalah bentuk bantuan sosial pemerintah terhadap masyarakat miskin. Artinya, peran masyarakat lebih minim dibanding dengan peran aparat maupun instansi yang terkait. Meskipun demikian, prinsip partisipasi ini tetap meninjau peran serta masyarakat, khususnya masyarakat miskin sebagai target pelaksanaannya.

Oleh sebab itu, dalam penelitian ini peneliti akan menggunakan indikator dan alat ukur prinsip partisipasi seperti yang dikemukakan sebelumnya untuk meneliti bagaimana prinsip partisipasi tersebut diimplementasikan dalam program Jamkesmas oleh Dinas Kesehatan dan KB Daerah Kabupaten Tapanuli Selatan. Sehingga akan terlihat sejauh mana peran serta maupun keikutsertaan masyarakat, aparat, instansi pemerintahan di Kabupaten Tapanuli Selatan dalam pelaksanaan Jamkesmas tersebut.

2.2.4. Faktor-Faktor Pendukung dan Penghambat *Good Governance*

Dalam beberapa literatur tidak ada yang menyebutkan secara spesifik dan jelas apa yang menjadi faktor-faktor pendukung dan penghambat dalam implementasi prinsip-prinsip *good governance* dalam manajemen pemerintahan. Ini kemungkinan disebabkan perbedaan keadaan maupun lapangan yang diteliti oleh beberapa akademisi maupun para ahli. Namun untuk menetapkan acuan kerangka fikir, peneliti mengadopsi beberapa pernyataan, pendapat maupun temuan yang terkait dalam hal pengidentifikasian faktor-faktor pendukung dan penghambat implementasi *good governance* ini dalam beberapa kasus yang pernah diteliti.

A. Faktor Pendukung

Dwiyanto (2005, hal. 89-95) mengungkapkan bahwa otonomi daerah (desentralisasi) dapat menjadi peluang untuk mewujudkan *good*

governance di Indonesia. Pernyataan ini dipicu karena salah satu tujuan otonomi daerah ini adalah untuk mendekatkan pelayanan publik terhadap masyarakat, tetapi ini tetap harus didukung komitmen pemerintah dan masyarakat untuk bekerjasama dan melaksanakan perannya dengan penuh tanggung jawab. Selanjutnya, hal lain yang dapat dijadikan pendukung menurut Dwiyanto (2005, hal.29) adalah pemanfaatan *local wisdoms* (kearifan lokal) dalam birokrasi publik. Ini bertujuan untuk membangun budaya baru yang menempatkan birokrasi sebagai agen pelayanan sehingga birokrasi dapat berjalan baik.

Menurut Diharja, Tino, dkk. (*Mengkritisi 'Clean and Good Governance' di Indonesia*, 2009), faktor-faktor pendukung terciptanya *good governance* adalah:

Masyarakat suatu negara menghormati hukum.

1. Aparat pemerintahan yang bersih, bermoral dan proaktif mewujudkan partisipasi serta *check and balances*.
2. Pembentukan aparatur misalnya KPK dalam upaya pemberantasan KKN (korupsi, kolusi dan nepotisme).
3. Amandemen UUD 1945 sebagai contoh pada pasal 28F, mengatur kewajiban pemerintah untuk memberi informasi (penunjang prinsip *Clean and Good Governance* yaitu transparansi), pemantapan upaya dalam konteks konstitusi dengan keluarnya UU anti-korupsi.

Berdasarkan penelitian yang dilakukan Bappenas bekerja sama dengan *World Bank* di empat wilayah yaitu: Kabupaten Solok, Kabupaten Lebak, Kabupaten, Kabupaten Magelang dan Kabupaten Bolaang Mangandouw, ada beberapa faktor pendukung proses tata pemerintahan (*Studi Kualitatif Reformasi Tata Pemerintahan Daerah*, 2007) diantaranya adalah:

1. Komitmen pimpinan dalam reformasi tata pemerintahan (TP) daerah di Kabupatennya, yang didukung kemampuan

yang cukup dari aparat Pemerintah Kabupaten (Kabupaten Solok dan Magelang memiliki pemimpin berkomitmen kuat sehingga prosesnya sudah lebih partisipatif, Kabupaten Lebak pada awalnya sangat susah, namun akhirnya dapat menerapkan proses dengan lebih baik setelah pergantian pimpinan daerah).

2. Kemampuan dan kesadaran masyarakat sendiri untuk berpartisipasi (di Kabupaten Magelang kesadaran masyarakat untuk berpartisipasi sangat kuat sehingga Forum Masyarakat memegang peran dominan dalam penyusunan Perda TP, hal tersebut belum terlihat di Kabupaten lain, dimana yang terlibat hanya golongan tertentu dalam masyarakat yang memang dilibatkan).
3. Kemampuan fasilitator daerah untuk melibatkan seluruh elemen masyarakat dalam proses penyusunan Perda TP.
4. Hampir di semua daerah keterlibatan hanya diwakili oleh kalangan elit lokal baik formal maupun informal. Hal tersebut masih dianggap wajar karena ada kemampuan berjenjang dalam masyarakat untuk berpartisipasi, walaupun demikian bukan berarti elemen yang relative memiliki kemampuan kurang harus ditinggalkan, karena mereka juga akan merasakan hasil dari suatu kebijakan.
5. Melalui proses *trial and error*, dalam proses formulasi kebijakan yang partisipatif memerlukan waktu yang cukup panjang. Proses penyusunan Perda TP di semua Kabupaten kajian memakan waktu hampir 1 tahun. Waktu tersebut dianggap cukup lama dalam perumusan suatu kebijakan di daerah, sehingga penting untuk membuat prioritas (dan penyederhanaan) instrument dan metodologi dalam pelaksanaan prinsip partisipasi dalam formulasi kebijakan.

6. Aparat pemerintah pada semua kabupaten kajian mengakui dengan proses penyusunan Perda TP yang partisipatif mereka mendapatkan hasil identifikasi elemen-elemen yang ada dalam masyarakat lebih jelas sehingga pada proses penyusunan Perda selanjutnya proses identifikasi stakeholder masyarakat menjadi lebih mudah.

B. Faktor Penghambat

Menurut Diharja, Tino, dkk. (*Mengkritisi 'Clean and Good Governance' di Indonesia*, 2009), faktor-faktor penghambat terwujudnya *good governance* adalah

1. Anggapan mengenai korupsi yang dianggap sebagai budaya sehingga sulit untuk dirubah.
2. Masih kurangnya pemahaman masyarakat dan aparatur pemerintah mengenai *clean and good governance* (CGG) sehingga hanya menjadi slogan dan hanya menjadi wacana belaka.
3. Kualitas SDM untuk mewujudkan CGG yang kurang.
4. Penegakan dan pelaksanaan aturan hukum yang bertujuan untuk mewujudkan CGG yang belum terlaksana secara maksimal.

Beberapa faktor penghambat untuk melaksanakan *good governance* menurut Dwiyanto (2005, hal.100-103) adalah:

1. Aparatur birokrasi yang melayani kepentingan publik masih belum menyadari fungsinya sebagai pelayan masyarakat.
2. Gaya manajemen yang terlalu berorientasi kepada tugas (*task-oriented*), sehingga menyebabkan pegawai menjadi tidak termotivasi untuk menciptakan hasil yang nyata dan kualitas pelayanan publik yang prima.

3. Belum adanya komitmen aparaturn pemerintahan untuk melaksanakan tata kelola pemerintahan dengan baik, baik secara moril maupun melalui kontrak sosial/politik.

Sementara itu, berdasarkan penelitian yang dilakukan Bappenas bekerja sama dengan *World Bank* di empat wilayah yaitu: Kabupaten Solok, Kabupaten Lebak, Kabupaten, Kabupaten Magelang dan Kabupaten Bolaang Mangandouw, ada beberapa permasalahan pokok yang dapat menghambat proses tata pemerintahan (*Studi Kualitatif Reformasi Tata Pemerintahan Daerah, 2007*) diantaranya adalah

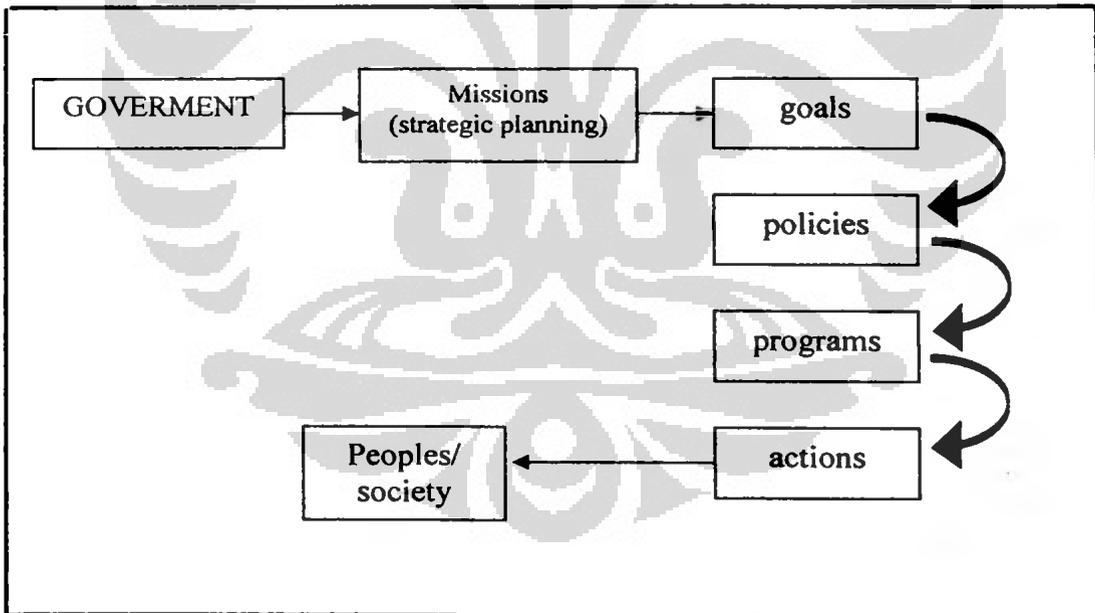
1. Mekanisme kontrol terhadap implementasi partisipasi dan transparansi belum sesuai dengan yang diinginkan masyarakat, atau setidaknya tidak sesuai dengan kondisi setempat. Secara eksplisit disampaikan tentang adanya kendala budaya dan pendidikan masyarakat.
2. Adanya perbedaan persepsi para pihak terhadap berbagai hal seperti prinsip transparansi, partisipasi, definisi publik yang terlibat, mekanisme pelibatan dan tahapan proses pelibatan sehingga perlu penyamaan persepsi dalam mekanisme konsultasi publik. Perbedaan persepsi ini khususnya muncul dalam bentuk kurangnya komitmen diantara para pihak. Belum semua lembaga dan instansi mau terbuka, masih perlu sosialisasi menerus ke semua lembaga. Hal yang muncul adalah adanya hambatan struktural dan ketidaksiapan SDM dalam implementasi Perda.
3. Implementasi TP banyak terganjal oleh persoalan tidak adanya sanksi yang jelas dan tegas bagi pelanggarnya. Sebagai produk hukum yang berupa Perda, maka sangat dimungkinkan Perda mencantumkan klausul tentang sanksi

pidana, jangan hanya sanksi administratif seperti yang kebanyakan sekarang ini ada.

2.3. Kedudukan Program dalam Kebijakan Pemerintah

Yuen dan Terao (1999, hal.1) menyatakan bahwa: *“A program is a coordinated change effort that is theory based, goal oriented, often time limited, target population-specific, and activity driven”*. (artinya, program adalah usaha perubahan yang terkoordinir berdasarkan teori, berorientasi pada hasil, mempunyai batas waktu, menargetkan pada populasi tertentu, dan berdasarkan aktivitas).

Sedangkan menurut Bryson (1988:67), kedudukan program ada setelah terbentuknya kebijakan (*policies*) atau sebelum dilaksanakannya rencana strategis pemerintahan tersebut. Dalam ilustrasinya sebagai berikut:



Gambar 2.2. “Rational” Planning

Sumber: Bryson (1988:67), telah diolah kembali.

Dari gambar sebelumnya kita dapat melihat bagaimana pemerintah menentukan perencanaan strateginya. Selanjutnya, secara berurut pembentukan perencanaan itu

dimulai dari tujuan (*goals*), kebijakan (*policies*), program (*programs*), aksi/pelaksanaan(*actions*). Dalam hal ini, program merupakan bentuk dari apa yang menjadi kebijakan pemerintah dalam mencapai tujuannya. Sehingga menurut gambar tersebut, program tersebut muncul setelah adanya kebijakan dari pemerintah.

Kebijakan oleh sebagian para ahli dapat juga disebut sebagai program, yang dimaksud dengan kebijakan disini adalah program yang akan dilaksanakan. Sebagai contoh, program Jamkesmas ini, yang menjelaskan kegiatan-kegiatan yang akan dilakukan, termasuk cara pengorganisian pelaksanaan serta pembiayaannya.

Selanjutnya hubungan antara kebijakan dan program dapat terlihat dari pendapat ahli berikut ini. Kata kebijakan selama ini telah digunakan untuk menjelaskan hal-hal yang sangat beragam. Istilah kebijakan didefinisikan oleh Lasswell dan Kaplan (Pramono, 2008, hal.10) , yaitu ".....a projected program of goals, values and practicies", yang diartikan sebagai suatu program pencapaian tujuan-tujuan, nilai-nilai dan praktek-praktek yang terarah.

Sementara menurut Jones (1984), istilah kebijakan (*policy term*) digunakan dalam praktek sehari-hari, namun untuk menggantikan kegiatan atau keputusan yang sangat berbeda. Istilah ini sering dipertukarkan dengan tujuan-tujuan (*goals*), program, keputusan-keputusan (*decisions*), standar, proposal, dan *grand design*.

Secara umum, terdapat 5 (lima) tahapan atau langkah dalam prosedur analisis kebijakan. Kelima langkah tersebut adalah: (a) perumusan masalah; (b) peramalan dalam rangka memformulasikan kebijakan; (c) penyusunan rekomendasi dalam rangka adopsi kebijakan; (d) pemantauan terhadap pelaksanaan kebijakan; (e) penilaian terhadap pelaksanaan, hasil, maupun dampak dari kibijakan.

Hal penting dalam analisis kebijakan adalah perumusan masalah kebijakan. Dalam perumusan masalah, beberapa hal yang perlu mendapat perhatian adalah memahami sifat masalah, dan karenanya, pada bagian awal sifat masalah harus didefinisikan secara jelas. Dalam mendefinisikan seifat masalah, fokus kerja si analis tidak hanya meletakkan dirinya dalam situasi problematis semata, tetapi juga harus menguji pemikiran dan wawasannya secara kreatif. Ini berarti bahwa kebanyakan

analisis kebijakan tercurah pada perumusan masalah dan setelah itu baru pada pemecahan masalah.

Prosedur dalam analisis kebijakan memiliki pijakan yang kuat pada aspek metodologi, dan dengan demikian prosedur analisis kebijakan ini sangat bernuansa "scientific", terutama menggambarkan kronologi aktivitas yang normatif.

Berikut adalah gambar kaitan antara proses kebijakan dengan prosedur analisis kebijakan.



Gambar 2.3. Kaitan antara Proses Kebijakan dengan Prosedur Analisis Kebijakan

Sumber: Dunn (2003, hal.36-39).

Good governance mengharuskan penggunaan atau upaya untuk merancang bangun perumusan kebijakan, proses implementasi kebijakan dan evaluasi kebijakan. Ketiga rancang bangun ini saling berkomplementer satu sama lain yang merupakan fokus dari ilmu administrasi publik. Sebagai suatu rancang bangun, implementasi kebijakan tidak lahir dengan sendirinya melainkan berangkat dari konsep kebijakan publik (*public policy*). Terkait dengan penelitian ini, Jamkesmas berada sebagai program bantuan sosial dari kebijakan pemerintah tentang sistem jaminan sosial nasional. walaupun penelitian ini terfokus pada analisis prinsip-prinsip *good*

governance dalam program tersebut, tapi penelitian ini nantinya tentu akan tetap menyinggung pada evaluasi pelaksanaan program Jamkesmas itu.

2.4. Teori/Konsep Implementasi Kebijakan

Seperti di kemukakan di atas, teori *good governance* mengharuskan penggunaan atau upaya untuk merancang bangun perumusan kebijakan, proses implementasi kebijakan dan evaluasi kebijakan. Ketiga rancang bangun ini saling berkomplementer satu sama lain yang merupakan fokus dari ilmu administrasi publik. Sebagai suatu rancang bangun, implementasi kebijakan tidak lahir dengan sendirinya melainkan berangkat dari konsep kebijakan publik (*public policy*).

Implementasi kebijakan bukanlah sekedar bersangkut paut dengan mekanisme penjabaran keputusan-keputusan politik ke dalam prosedur rutin lewat saluran-saluran birokrasi, melainkan lebih dari itu, ia menyangkut masalah konflik, keputusan dan siapa yang memperoleh apa dari suatu kebijakan (Wahab, 1997, hal.59). Oleh sebab itu, tidak berlebihan jika dikatakan implementasi kebijakan merupakan aspek yang penting dari keseluruhan proses kebijakan: Bahkan Udoji (1981, hal.32) mengatakan bahwa "*the execution of policies is as important if not more important than policy-making. Policies will remain dreams or blue prints file jackets unless they are implemented*". Ini menunjukkan adanya keterkaitan yang erat antara perumusan kebijakan dengan implementasi kebijakan dalam arti walaupun perumusan dilakukan dengan sempurna namun apabila proses implementasi tidak berkerja sesuai persyaratan, maka kebijakan yang semula baik akan menjadi jelek begitu pula sebaliknya.

Kebijakan publik selalu mengandung setidaknya tiga komponen dasar, yaitu tujuan yang luas, sasaran yang spesifik dan cara mencapai sasaran tersebut (Wibawa dkk., 1994, hal.15). Di dalam "cara" terkandung beberapa komponen kebijakan yang lain, yakni siapa implementatornya, jumlah dan sumber dana, siapa kelompok sasarannya, bagaimana program dan sistem manajemen dilaksanakan, serta kinerja kebijakan diukur. Di dalam cara inilah komponen tujuan yang luas dan sasaran yang spesifik diperjelas kemudian diinterpretasikan. Cara ini biasa disebut implementasi.

Meter dan Horn (1975, hal.6) mendefinisikan implementasi kebijakan sebagai tindakan yang dilakukan oleh publik maupun swasta baik secara individu maupun kelompok yang ditujukan untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan dalam keputusan kebijakan. Definisi ini menyiratkan adanya upaya mentransformasikan keputusan kedalam kegiatan operasional, serta mencapai perubahan seperti yang dirumuskan oleh keputusan kebijakan.

Implementasi kebijakan (*policy implementation*) merupakan proses lebih lanjut dari tahap formulasi kebijakan. Pada tahap formulasi ditetapkan strategi dan tujuan kebijakan, sedangkan tindakan (*action*) untuk mencapai tujuan diselenggarakannya pada tahap implementasi kebijakan. Sementara itu George C Edward III (Wahab, 1997, hal.124) menyatakan bahwa tahap implementasi kebijakan merupakan tahap diantara pembentukan kebijakan dan konsekuensi atau akibat dari kebijakan pada kelompok sasaran, mulai dari perencanaan sampai dengan evaluasi, dan implementasi dimaksudkan untuk mencapai tujuan kebijakan yang membawa konsekuensi langsung pada masyarakat yang terkena kebijakan.

Bardach dalam Basuki (Effendi, 2001, hal.30) mengartikan proses implementasi sebagai suatu sistem pengendalian untuk menjaga agar tidak terjadi penyimpangan sumber dan penyimpangan dari tujuan kebijakan. Selain itu proses implementasi adalah merupakan tawar-menawar antara instansi pemerintah. Implementasi diartikan sebagai apa yang terjadi setelah peraturan perundangan ditetapkan yang memberikan prioritas pada suatu program, manfaat atau suatu bentuk output yang jelas (*tangible*). Tugas implementasi adalah sebagai penghubung yang memungkinkan tujuan-tujuan kebijakan publik menjadi hasil (*out comes*) dari aktivitas pemerintah. Disamping itu implementasi juga menyangkut masalah penciptaan suatu *policy delivery system* atau sistem penghantaran / penyerahan kebijakan. Implementasi juga diartikan sebagai pelaksanaan suatu keputusan politik yang biasanya disampaikan dalam bentuk peraturan perundangan. Keputusan politik itu mencakup masalah yang hendak diatasi, tujuan yang hendak dicapai serta cara untuk memecahkannya.

Pandangan lain mengenai implementasi kebijakan dikemukakan oleh William dan Elmore (1980) sebagaimana dikutip Sunggono (1994, hal.139), didefinisikan sebagai “keseluruhan dari kegiatan yang berkaitan dengan pelaksanaan kebijakan”. Sementara Mazmanian dan Sabatier (1983) menjelaskan bahwa mempelajari masalah implementasi kebijakan berarti berusaha untuk memahami apa yang nyata-nyata terjadi sesudah suatu program diberlakukan atau dirumuskan yakni peristiwa-peristiwa dan kegiatan-kegiatan yang terjadi setelah proses pengesahan kebijakan negara, baik itu usaha untuk mengadministrasikannya maupun usaha-usaha untuk memberikan dampak tertentu pada masyarakat ataupun peristiwa-peristiwa (Wibawa dkk, 1994, hal.21). Sedangkan Wibawa (1994, hal.5), menyatakan bahwa “implementasi kebijakan berarti pelaksanaan dari suatu kebijakan atau program”.

Pandangan tersebut di atas menunjukkan bahwa proses implementasi kebijakan tidak hanya menyangkut perilaku badan-badan administratif yang bertanggung jawab untuk melaksanakan program dan menimbulkan ketaatan pada diri target group, melainkan menyangkut lingkaran kekuatan-kekuatan politik, ekonomi dan sosial yang langsung atau tidak dapat mempengaruhi perilaku dari semua pihak yang terlibat, dan pada akhirnya membawa konsekuensi logis terhadap dampak baik yang diharapkan (*intended*) maupun dampak yang tidak diharapkan (*spillover/negatif effects*).

Pendapat yang mengatakan bahwa implementasi kebijakan merupakan hal yang penting dikemukakan oleh Udoji (1981). Udoji (1981, hal.25) dengan tegas mengatakan bahwa : “*The execution of policies is as important if not more important than policy making. Policies will remain dreams or blue jackets unless they are implemented.*” (Pelaksanaan kebijakan adalah sesuatu yang penting, bahkan mungkin jauh lebih penting daripada pembuatan kebijakan. Kebijakan-kebijakan akan sekedar berupa impian dan rencana bagus yang tersimpan rapi dalam arsip kalau tidak diimplementasikan).

Pendapat Udoji tersebut menganggap bahwa implementasi suatu kebijakan publik lebih penting daripada pembuatan kebijakan tersebut sehingga implementasi

kebijakan harus benar-benar diatur secara tepat dan cocok dengan implementor dan lokusnya.

Selanjutnya rangkaian proses implementasi kebijakan menurut Sabatier dan Mazmanian (1983) akan terlihat dalam skema berikut (Wahab, 2002, hal.26):



Gambar 2.4. Proses Implementasi Kebijakan

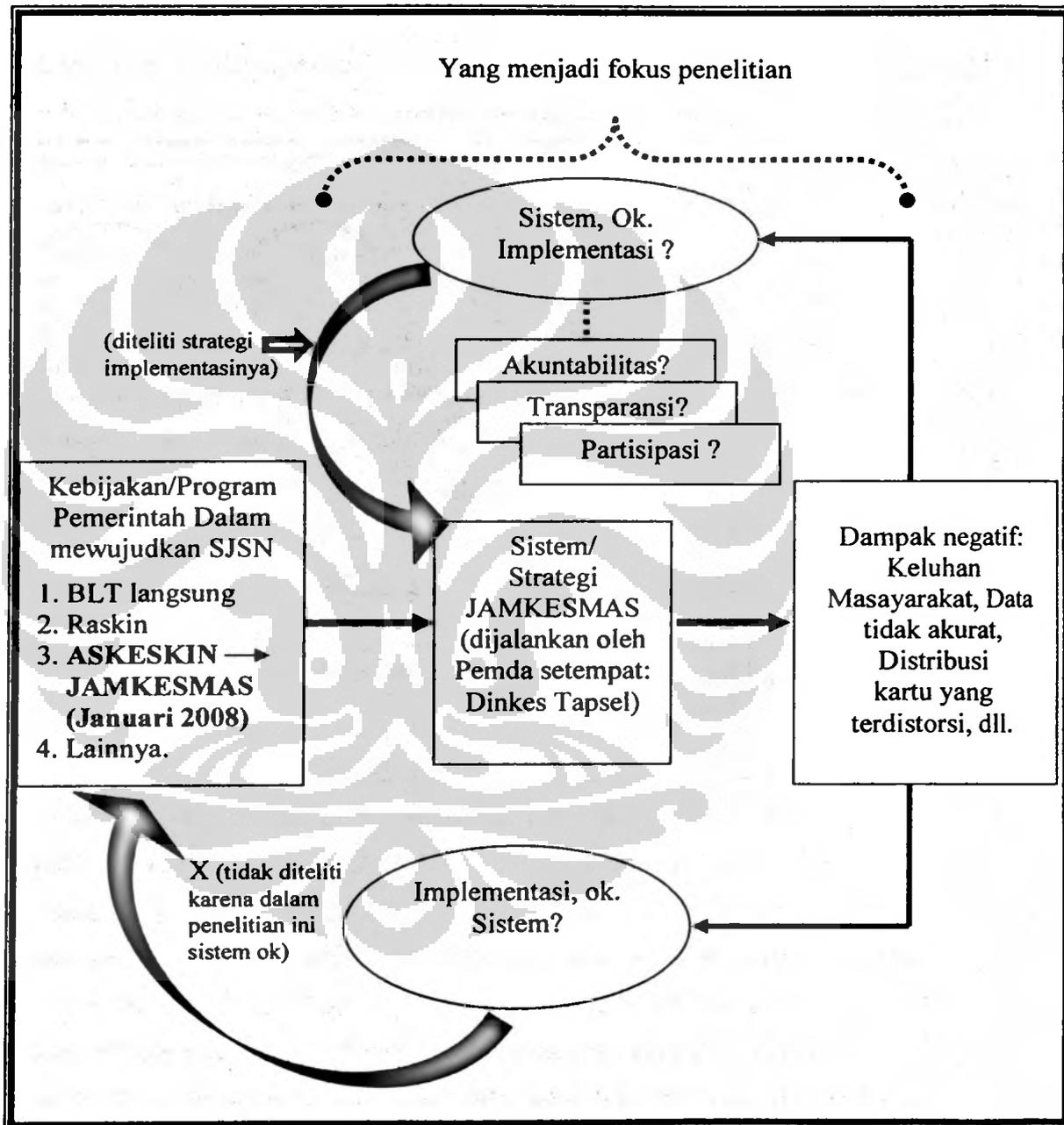
Sumber: Wahab (2002, hal.26)

Dari skema di atas, terlihat bahwa proses implementasi kebijakan dimulai dengan keluaran kebijakan dari organisasi, kemudian menuju kepada kesediaan kelompok sasaran mematuhi *output* kebijakan. Setelah itu menghasilkan dampak nyata *output* kebijakan, sehingga hasilnya terlihat melalui perbaikan mendasar terhadap peraturan yang telah atau belum dilaksanakan, yang berguna untuk menilai kinerja implementasi kebijakan.

Demikian halnya dengan penelitian ini akan dikaji dan diteliti apakah proses implementasi program Jamkesmas oleh Pemerintah Kabupaten Tapanuli Selatan telah sesuai dengan prinsip-prinsip *good governance* dan faktor-faktor apa yang mempengaruhi implementasinya, baik yang mendukung maupun yang menghambat pelaksanaan program tersebut.

2.5. Model Penelitian

Model operasional penelitian ini adalah sebagaimana tergambar di bawah berikut ini:



Gambar 2.5. Model Penelitian

Sumber: olahan peneliti.

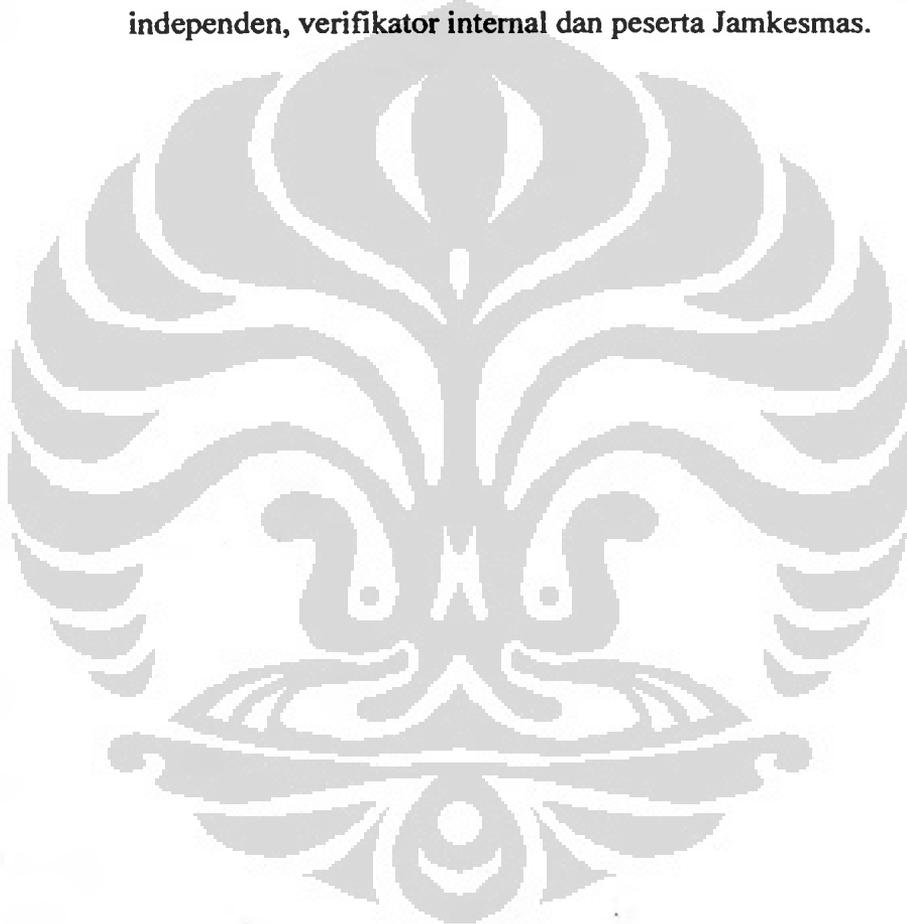
2.6. Batasan Penelitian

Untuk memberi fokus dan komprehensifnya penelitian ini maka penelitian ini diberi batasan-batasan tertentu. Beberapa batasan tersebut antara lain adalah :

1. Proses implementasi kebijakan tidak hanya menyangkut perilaku badan-badan administratif yang bertanggung jawab untuk melaksanakan program dan menimbulkan ketaatan pada diri target group, melainkan menyangkut lingkaran kekuatan-kekuatan politik, ekonomi dan sosial yang langsung atau tidak dapat mempengaruhi perilaku dari semua pihak yang terlibat, dan pada akhirnya membawa konsekuensi logis terhadap dampak baik yang diharapkan (*intended*) maupun dampak yang tidak diharapkan (*spillover/negatif effects*). Karena seperti yang dikemukakan Mazmanian dan Sabatier (dalam Wibawa dkk., 1986, hal.21) mempelajari masalah implementasi kebijakan berarti berusaha untuk memahami apa yang senyata-nyata terjadi sesudah suatu program diberlakukan atau dirumuskan yakni peristiwa-peristiwa dan kegiatan-kegiatan yang terjadi setelah proses pengesahan kebijakan negara, baik itu usaha untuk mengadministrasikannya maupun usaha-usaha untuk memberikan dampak tertentu pada masyarakat ataupun peristiwa-peristiwa. Untuk itu, dalam penelitian ini peneliti meneliti bagaimana strategi implementasi *good governance* pada program Jamkesmas di Dinas Kesehatan dan KB Daerah Kabupaten Tapanuli Selatan baik cara pengoptimalannya dan pengentasan masalah yang dihadapi dalam proses tersebut.
2. Prinsip-prinsip *good governance* yang dianalisis pada program Jamkesmas ini adalah: akuntabilitas, transparansi, dan partisipasi. Karena menurut Krina (2003, hal.8) prinsip-prinsip *good governance* yang utama adalah akuntabilitas, transparansi dan partisipasi; dimana ketiganya saling terkait satu sama lainnya.
3. Oleh karena program Jamkesmas ini dilaksanakan sejak Januari 2008, maka penelitian ini terfokus sejak dilaksanakannya program Jamkesmas tersebut (1 tahun kebelakang). Adapun program Askeskin yang digantikan oleh

Jamkesmas akan digunakan sebagai komparasi dan sebagai data/info tambahan saja.

4. *Locus* penelitian adalah pada Dinas Kesehatan dan KB Daerah Kabupaten Tapanuli Selatan. Meskipun demikian, informan dalam penelitian ini akan meliputi: Kepala Dinas Kesehatan dan KB Tapsel, Kasubbid Promkes dan KB Dinkes dan KB Tapsel, Tim pengelola Jamkesmas Tapsel, Verifikator independen, verifikator internal dan peserta Jamkesmas.



BAB 3

METODE PENELITIAN

3.1. Pendekatan dan Jenis Penelitian

Dalam studi penelitian, penggunaan metodologi merupakan suatu langkah yang harus ditempuh, agar hasil-hasil yang sudah terseleksi dapat terjawab secara valid, reliabel dan obyektif, dengan tujuan dapat ditemukan, dibuktikan dan dikembangkan suatu pengetahuan, sehingga dapat digunakan untuk memahami, memecahkan, dan mengantisipasi masalah yang diteliti. Ini sesuai dengan apa yang dikemukakan Cresswell (1994, hal.1) bahwa penggunaan paradigma mengarah pada terbentuknya metodologi, sementara paradigma itu mengajukan asumsi tentang dunia sosial; bagaimana ilmu pengetahuan harus dilaksanakan; dan apa yang disumbangkan dari masalah, pemecahan dan bukti yang sah; untuk membantu peneliti memahami fenomena yang terjadi.

Penelitian ini bersifat deskriptif yakni prosedur pemecahan masalah yang diselidiki dengan melukiskan atau menggambarkan keadaan subyek/obyek penelitian saat ini berdasarkan fakta-fakta sebagaimana adanya. Sedangkan pendekatan penelitian yang akan dipakai guna memperoleh ketepatan dengan metode deskriptif ini adalah secara kualitatif. Sejalan dengan itu, Have (2004, hal.5) mengemukakan bahwa: “..., *qualitative research offers a wide variety of methods, aims, approaches – in short, styles.*” (penelitian kualitatif menawarkan berbagai jenis cara, aturan, pendekatan, atau secara singkat disimpulkan sebagai model/jenis tersendiri).

Bogdan dan Taylor (Moleong, 2008, hal.4) mengemukakan bahwa prosedur penelitian yang menghasilkan data deskriptif berupa kata-kata tertulis atau lisan dari orang-orang dan perilaku yang diamati disebut pula metodologi kualitatif. Dengan demikian, laporan penelitian akan berisi kutipan-kutipan data untuk memberi gambaran penyajian laporan nantinya. Data tersebut berasal dari naskah wawancara, catatan lapangan, foto, *videotape*, dokumen pribadi, catatan atau memo, dan dokumen resmi lainnya. Pada penelitian laporan demikian, peneliti menganalisis data yang sangat kaya tersebut dan sejauh mungkin dalam bentuk aslinya. Hal itu hendaknya

dilakukan seperti orang merajut sehingga setiap bagian ditelaah satu demi satu. Pertanyaan dengan kata tanya mengapa, alasan apa, dan bagaimana terjadinya akan senantiasa dimanfaatkan peneliti. Dengan demikian, peneliti tidak akan memandang bahwa sesuatu itu sudah memang demikian keadaannya (Moleong, 2008, hal.11).

Dengan berdasarkan pada beberapa pemahaman di atas maka peneliti dalam penelitian ini berupaya menggambarkan secara deskriptif dan mendetail, untuk memahami fenomena apa yang terjadi pada subjek penelitian melalui pendekatan kualitatif, tentang implementasi prinsip-prinsip *good governance* pada pelaksanaan program Jamkesmas di Dinas Kesehatan dan KB Kabupaten Tapanuli Selatan. Harapan peneliti melalui pendekatan penelitian tersebut, dapat diperoleh informasi tentang fenomena yang ada dan fakta-fakta tentang implementasi prinsip akuntabilitas, transparansi dan partisipasi, serta mengetahui faktor pendukung maupun penghambat implementasi prinsip-prinsip tersebut dalam pelaksanaan program Jamkesmas di Dinas Kesehatan dan KB Kabupaten Tapanuli Selatan.

3.2. Tempat dan Waktu Penelitian

Penelitian ini dilaksanakan di Dinas Kesehatan dan KB Kabupaten Tapanuli Selatan. Alasan peneliti untuk memilih lokasi ini, antara lain:

1. Ada masalah yang ditemukan dalam pelaksanaan program Jamkesmas di Kabupaten Tapanuli Selatan, diantaranya yaitu: distribusi kartu yang tidak berjalan baik, keluhan masyarakat miskin yang tidak menerima kartu Jamkesmas, dan dugaan pengumpulan data base masyarakat miskin masih menggunakan data lama.
2. Dinas Kesehatan dan KB Tapanuli Selatan merupakan ‘perpanjangan tangan’ pemerintah pusat dalam melaksanakan tata kelola program Jamkesmas di Kabupaten Tapanuli Selatan. Dengan fungsinya untuk melakukan pembinaan, monitoring, evaluasi dan analisis program Jamkesmas (sesuai dengan Pedoman Pelaksanaan Jamkesmas 2008 dalam Lampiran Keputusan Menteri Kesehatan No.125/Menkes/SK/II/2008).

Waktu penelitian di lapangan berlangsung selama kurang lebih 2 (dua) bulan, terhitung mulai 1 April sampai 15 Mei 2009. Sedangkan, proses penelitian ini, khususnya untuk penelitian pendahuluan (*preliminary*) sudah dimulai sejak Januari 2009. Hal ini dimaksudkan untuk mengeksplorasi “permasalahan penelitian” yang dipilih.

3.3. Fokus Penelitian

Fokus penelitian adalah tentang bagaimana Dinas Kesehatan dan KB Kabupaten Tapanuli Selatan dalam mengimplementasikan prinsip-prinsip akuntabilitas, transparansi dan partisipasi dalam pelaksanaan program Jamkesmas selama tahun 2008 di Kabupaten Tapanuli Selatan. Selanjutnya, peneliti juga ingin mengidentifikasi faktor-faktor apa saja yang mendukung dan menghambat implementasi prinsip-prinsip akuntabilitas, transparansi, dan partisipasi pada pelaksanaan program Jamkesmas selama tahun 2008.

3.4. Sumber dan Jenis Data

3.4.1. Sumber Data

Menurut Lofland & Lofland (1984) sumber data utama dalam penelitian kualitatif ialah kata-kata dan tindakan, selebihnya adalah data tambahan seperti dokumen dan lain-lain (Moleong, 2008, hal.157).

Adapun yang menjadi sumber data dalam penelitian ini antara lain adalah:

1. Sumber tertulis atau dokumen.

Sumber tertulis atau dokumen yang dijadikan bahan sumber data diantaranya, yaitu: buku-buku literatur, Tapsel dalam angka, pedoman pelaksanaan Jamkesmas, petunjuk teknis pelaksanaan Jamkesmas, laporan pelaksanaan Jamkesmas, data rencana kegiatan, data anggaran, dan sumber tertulis atau dokumen lainnya yang dapat mendukung penelitian ini.

2. Informan.

Informan dipilih dengan pertimbangan bahwa informan tersebut adalah yang mengetahui, memahami, dan terlibat dalam pelaksanaan program Jamkesmas. Sejalan dengan pendapat Creswell (1994, hal.143) bahwa ide penelitian kualitatif adalah dengan sengaja memilih informan (dokumen atau bahan-bahan visual) yang dapat memberikan jawaban terbaik bagi penelitian itu, sehingga usaha memilih informan dilakukan dengan cara penarikan 'sampel bertujuan' (*purposive sampling*). Peristiwa, fenomena dan kegiatan.

Sumber data yang berasal dari peristiwa, fenomena dan kegiatan yaitu yang terkait dengan pelaksanaan Jamkesmas di Dinas Kesehatan dan KB Kabupaten Tapanuli Selatan untuk ditinjau berdasarkan prinsip akuntabilitas, transparansi dan partisipasi.

3.4.2. Jenis Data

Jenis data yang dikumpulkan dalam penelitian ini berupa:

1. Data Primer, yakni data yang diperoleh langsung dari para informan di lapangan melalui wawancara secara mendalam (*indepth interview*), yang meliputi :
 - a. Informasi yang berkenaan dengan pelaksanaan program jaminan kesehatan masyarakat (Jamkesmas) di Kabupaten Tapanuli Selatan berdasarkan prinsip akuntabilitas, transparansi dan partisipasi.
 - b. Informasi yang menyangkut tentang faktor-faktor apa saja yang mendukung dan menghambat implementasi prinsip akuntabilitas, transparansi dan partisipasi dalam program Jamkesmas di Dinas Kesehatan dan KB Kabupaten Tapanuli Selatan.
 - c. Informasi lainnya yang mendukung pelaksanaan program jaminan kesehatan masyarakat (Jamkesmas) di Kabupaten

Tapanuli Selatan berdasarkan prinsip akuntabilitas, transparansi dan partisipasi.

2. Data Skunder, yakni data yang diperoleh melalui laporan-laporan, buku-buku, catatan-catatan yang berkaitan erat dengan pelaksanaan program jaminan kesehatan masyarakat (Jamkesmas) di Kabupaten Tapanuli Selatan berdasarkan prinsip akuntabilitas, transparansi dan partisipasi, yang meliputi: dokumen atau sumber tertulis, peraturan perundang-undangan, pedoman pelaksanaan dan lain-lain yang mendukung penelitian.

3.5. Teknik Pengambilan Sampel (*Theoretical Sampling*)

Lincoln dan Guba (1985) mengemukakan pada paradigma alamiah, peneliti mulai dengan asumsi bahwa konteks itu kritis sehingga masing-masing konteks itu ditangani dari segi konteksnya sendiri. (Moleong, 2008, hal.223-224)

Selain itu, dalam penelitian kualitatif sangat erat kaitannya dengan faktor-faktor kontekstual (Moleong, 2008, hal.224). Jadi, maksud sampling dalam hal ini adalah untuk menjangkau sebanyak mungkin informasi dari pelbagai macam sumber dan bangunannya. Dengan demikian tujuannya bukanlah memusatkan diri pada adanya perbedaan-perbedaan yang nantinya dikembangkan ke dalam generalisasi. Tujuannya adalah untuk merinci kekhususan yang ada dalam ramuan konteks yang unik. Maksud kedua dari sampling ialah menggali informasi yang akan menjadi dasar dari rancangan dan teori yang muncul. Oleh sebab itu, pada penelitian kualitatif tidak ada sampel acak, tetapi sampel bertujuan (*purposive sample*).

Purposive sample dapat diketahui ciri-cirinya sebagai berikut (Moleong, 2008, hal.224-225):

- 1) *Rancangan sampel yang muncul*: sampel tidak dapat ditentukan atau ditarik terlebih dahulu.
- 2) *Pemilihan sampel secara berurutan*: tujuan memperoleh variasi sebanyak-banyaknya hanya dapat dicapai apabila pemilihan satuan sampel dilakukan jika satuannya sebelumnya sudah dijaring dan dianalisis. Setiap satuan

berikutnya dapat dipilih untuk memperluas informasi yang telah diperoleh terlebih dahulu sehingga dapat dipertentangkan atau diisi adanya kesenjangan informasi yang ditemui. Darimana atau dari siapa ia mulai tidak menjadi persoalan, tetapi bila hal itu sudah berjalan, maka pemilihan berikutnya bergantung pada apa keperluan peneliti. Teknik sampling *bola salju* (*snow ball sampling*) bermanfaat dalam hal ini, yaitu mulai dari satu menjadi makin lama makin banyak.

- 3) *Penyesuaian berkelanjutan dari sampel*: pada mulanya setiap sampel dapat sama kegunaannya. Namun, sesudah makin banyak informasi yang masuk dan makin mengembangkan hipotesis kerja, akan ternyata bahwa sampel makin dipilih atas dasar fokus penelitian.
- 4) *Pemilihan berakhir jika sudah terjadi penanggulangan*: pada sampel bertujuan seperti ini jumlah sampel ditentukan oleh pertimbangan-pertimbangan informasi yang diperlukan. Jika maksudnya memperluas informasi, dan jika tidak ada lagi informasi yang dapat dijaring, maka penarikan sampel pun sudah dapat diakhiri. Jadi, kuncinya disini ialah jika sudah mulai terjadi pengulangan informasi, maka penarikan sampel sudah harus dihentikan.

Untuk memperoleh informasi yang akurat dalam penelitian ini maka peneliti menggunakan tehnik pengambilan sampel bertujuan (*purposive sampling*) karena informan yang diambil mengetahui dan berpengalaman dalam program JAMKESMAS itu (tidak semua orang mengetahui) dan tehnik pengambilan sampel *snow ball* karena dalam penelitian nanti informan yang ada dapat terus bertambah dan dikumpulkan sampai data jenuh diperoleh.

Adapun rincian informasi dan informan yang dikumpulkan, terangkum dalam *theoretical sampling* sebagai berikut:

Tabel 3.1. *Theoretical Sampling*

NO.	Informasi yang dicari	Informan	Inisial Dalam Wawancara	Ket.
1.	Pelaksanaan program Jamkesmas oleh Dinas Kesehatan dan KB Kabupaten Tapanuli Selatan.	1 orang Kepala Dinas Kesehatan dan KB Daerah Kabupaten Tapanuli Selatan	SH	Pegawai Negeri Sipil (PNS)
2.	Implementasi prinsip-prinsip <i>good governance</i> dalam pelaksanaan program jaminan kesehatan masyarakat (Jamkesmas) di Dinas Kesehatan dan KB Kabupaten Tapanuli Selatan.	1 orang Kepala Bidang Promosi Kesehatan dan KB Dinkes dan KB Tapsel	HH	PNS
		1 orang Pengelola Jamkesmas Dinkes dan KB Tapsel	ZB	PNS
3.	Faktor-faktor yang mendukung dan menghambat implementasi <i>good governance</i> dalam program Jamkesmas di Dinas Kesehatan dan KB Kabupaten Tapanuli Selatan	1 orang Kepala Rumah Sakit Umum Daerah Kab. Tapanuli Selatan	BJ	PNS
		1 orang Verifikator Independen (di Dinkes dan KB Daerah tapsel)	RB	Tenaga Kerja Sukarela Di Dinkes & KB Tapsel (TKS)
		1 orang Verifikator Independen (di RSUD Tapsel)	MH	TKS
		1 orang Verifikator Internal (di RSUD Tapsel)	TL	PNS
		2 orang Masyarakat	TS dan EM	Peserta Jamkesmas
Jumlah Informan		9 (sembilan) orang		

Sumber: Dimodifikasi oleh peneliti.

3.6. Instrumen Penelitian

Dalam penelitian dengan pendekatan kualitatif ini yang menjadi instrumen penelitian adalah peneliti sendiri, sesuai dengan apa yang dikemukakan Neuman (2000, hal.126), "*Researcher integrity is a critical issues in qualitative research.*" (Artinya, Integritas peneliti merupakan ketentuan kritis dalam penelitian kualitatif), atau yang dikemukakan Irawan (2006, hal.92), bahwa instrumen terpenting (kunci keberhasilan) dalam penelitian kualitatif adalah peneliti itu sendiri. Disamping itu, instrumen penelitian yang diperlukan peneliti adalah pedoman wawancara, pedoman observasi, dan alat perekam maupun kamera sesuai kebutuhan peneliti.

3.7. Teknik Pengumpulan Data

Untuk memperoleh data yang dibutuhkan sesuai dengan permasalahan yang diteliti, maka peneliti menggunakan teknik pengumpulan data sebagai berikut :

1. Studi Literatur. Dalam hal ini peneliti menggunakan sumber tertulis yang memuat teori-teori dan informasi oleh para ahli, akademisi, peneliti dan lainnya; yang mendukung penelitian ini sehingga peneliti mampu membentuk kerangka fikir bagi penelitian ini. Adapun sumber-sumber itu, seperti; buku-buku, artikel, jurnal, tesis, dan lainnya.
2. Dokumentasi, yaitu mengumpulkan data skunder dari berbagai dokumen dan sumber tertulis, seperti ketentuan peraturan perundang-udangan sebagai bahan referensi dan komperasi, selain itu dipergunakan pula sejumlah dokumentasi lainnya yang berasal dari makalah seminar serta sumber data lain, baik yang telah dipublikasikan maupun belum.
3. Wawancara langsung secara mendalam (*indepth interview*), yakni suatu dialog/tanya jawab yang dilakukan terhadap nara sumber sebagai informan secara mendalam untuk memperoleh data primer yang objektif dan faktual tentang permasalahan yang diteliti.

Wawancara ini dilakukan secara bebas tidak terstruktur, bersifat terbuka, dan komunikasi dua arah sehingga jawaban tidak hanya terbatas pada satu tanggapan dan tidak kaku. Sesuai dengan pendapat Mulyana (2003,

hal.181-183), wawancara tidak terstruktur dan wawancara mendalam merupakan metode yang selaras dengan penelitian kualitatif, karena hal tersebut memungkinkan pihak yang diwawancarai untuk mendefinisikan dirinya sendiri dan lingkungannya, untuk menggunakan istilah-istilah mereka sendiri mengenai fenomena yang diteliti, tidak sekedar menjawab pertanyaan. Untuk itu, sebagai alat bantu dalam wawancara ini, peneliti menggunakan pedoman wawancara.

4. Observasi atau pengamatan. Peneliti melakukan pengamatan langsung terhadap program Jamkesmas itu apakah telah dilaksanakan sesuai prinsip akuntabilitas, transparansi, dan partisipasi; dengan memposisikan peneliti/pengamat sebagai pemeranserta. Ini sesuai dengan yang dikemukakan Moleong (2008, hal.177), pengamat sebagai pemranserta yaitu peranan peneliti secara terbuka diketahui oleh umum, karena itu mungkin informasi yang rahasia pun dapat diketahui oleh pengamat tersebut.

3.8. Analisis Data

Dalam penelitian ini, data yang diperoleh peneliti analisis secara deskriptif. Penelitian secara deskriptif analisis dimaksudkan untuk mendiskripsikan data penelitian sesuai dengan variabel-variabel yang akan diteliti, tanpa melakukan pengujian hubungan antar variabel melalui pengujian hipotesis, karena dalam penelitian ini peneliti tidak membuat hipotesis. Di samping melakukan analisis, hasil penelitian akan diterjemahkan, dan diuraikan secara kualitatif sehingga diperoleh gambaran mengenai situasi-situasi atau peristiwa-peristiwa yang terjadi di lapangan.

Moleong (2008, hal.280) mengemukakan analisis data adalah proses mengorganisasikan dan mengurutkan data ke dalam pola, kategori, dan satuan uraian dasar sehingga dapat ditemukan tema dan dapat dirumuskan hipotesis kerja seperti yang disarankan oleh data.

Data yang telah terkumpul dari hasil wawancara dan studi kepustakaan atau dokumentasi akan dianalisis dan ditafsirkan untuk mengetahui maksud serta

maknanya, kemudian dihubungkan dengan masalah penelitian. Selanjutnya, data yang terkumpul disajikan dalam bentuk narasi dan kutipan langsung hasil wawancara. Atau dengan kata lain, proses analisis data ini dimulai dengan menelaah seluruh data yang tersedia dari berbagai sumber, dilanjutkan dengan mereduksi data dengan membuat abstraksi yaitu membuat rangkuman yang inti, proses dan pernyataan-pernyataan perlu dijaga sehingga tetap berada didalamnya. Langkah selanjutnya menyusunnya dalam satuan-satuan untuk dikategorisasikan, pada tahap akhir adalah dengan mengadakan pemeriksaan keabsahan data, setelah itu barulah ke tahap penafsiran data.

Adapun tahapan analisis data (Irawan, 2006, hal.91-92) itu adalah sebagai berikut:

1. Pengumpulan data mentah. Tahap ini dilakukan melalui wawancara dengan informan, observasi lapangan, kajian dokumen-dokumen yang mendukung penelitian. Pada tahap ini juga dilakukan pencatatan dengan apa adanya di lapangan, rekaman, dan pengumpulan foto-foto yang dilakukan peneliti sendiri.
2. Transkrip data. Yaitu tahapan memudahkan data-data rekaman atau hasil wawancara ke dalam bentuk tertulis (narasi). Transkrip data ini harus ditulis apa adanya.
3. Pembuatan koding. Pada tahap ini peneliti membaca ulang secara hati-hati dan teliti seluruh data yang sudah ditranskrip. Pada bagian-bagian tertentu dari transkrip itu, peneliti akan berupaya menemukan hal-hal penting yang perlu dicatat untuk proses selanjutnya. Dari hal-hal penting tersebut kemudian diambil kata kuncinya, dimana kata kunci itu akan diberi kode.
4. Kategori data. Pada tahap ini peneliti mulai menyederhanakan data dengan cara mengikat konsep-konsep (kata-kata) kunci dalam satu besaran yang dinamakan "kategori".
5. Kesimpulan sementara. Pada tahap ini peneliti telah menyimpulkan sementara hasil yang ada berdasarkan data.

6. Triangulasi. Untuk mengecek kebenaran (*truthworthiness*), mengurangi bias dan kesalahan data perlu menggunakan “teknik triangulasi” atau pemeriksaan silang *check & recheck* antara satu sumber data dengan sumber data lainnya. Menurut Neuman (2000, hal.124-125), menyatakan bahwa triangulasi dapat digunakan dalam penelitian kualitatif maupun kuantitatif.
7. Penyimpulan akhir. Tahap ini dilakukan ketika peneliti sudah merasa bahwa data sudah jenuh (*saturated*) dan setiap penambahan data baru hanya berarti ketumpang tindihan (*redundant*). Sebelum mengambil kesimpulan akhir, berbagai data dan temuan dikaji secara berulang, diverifikasi selama penelitian berlangsung, hingga akhirnya sampai pada kesimpulan akhir.

3.9. Keabsahan Data

Bahwa dalam setiap penelitian diperlukan standar tertentu untuk melihat derajat kepercayaan atau kebenaran hasil penelitiannya. Dalam penelitian kualitatif hal tersebut dikenal dengan keabsahan (*trustworthiness*) data. Untuk menentukan keabsahan data menurut Moleong (2008, hal.324-326) dijelaskan empat kriteria pemeriksaan, yaitu: dapat dipercaya atau derajat kepercayaan (*credibility*), keteralihan (*transferability*), kebergantungan (*dependability*), dan kepastian (*confirmability*).

Penerapan kriteria *derajat kepercayaan (kredibilitas)* pada dasarnya menggantikan konsep validitas internal dari non-kualitatif. Kriteria ini berfungsi: pertama, melaksanakan inkuiri sedemikian rupa sehingga tingkat kepercayaan penemuannya dapat dicapai; kedua, mempertunjukkan derajat kepercayaan hasil-hasil penemuan dengan jalan pembuktian oleh peneliti pada kenyataan ganda yang sedang diteliti.

Kriteria *keteralihan* berbeda dengan validitas eksternal dari nonkualitatif. Konsep validitas itu menyatakan bahwa generalisasi suatu penemuan dapat berlaku atau diterapkan pada semua konteks dalam populasi yang sama atas dasar penemuan yang diperoleh pada sampel yang secara representatif mewakili populasi itu. Untuk melakukan pengalihan itu seorang peneliti hendaknya mencari dan mengumpulkan

kejadian empiris tentang kesamaan konteks. Dengan demikian peneliti bertanggungjawab untuk menyediakan data deskriptif secukupnya jika peneliti ingin membuat keputusan tentang pengalihan tersebut.

Kriteria *kebergantungan* merupakan substitusi istilah reliabilitas dalam penelitian yang non-kualitatif. Konsep kebergantungan itu sendiri lebih luas daripada realibilitas. Hal tersebut disebabkan oleh peninjauannya dari segi bahwa konsep itu memperhitungkan segala-galanya, yaitu yang ada pada reabilitas itu sendiri ditambah faktor-faktor lainnya yang tersangkut.

Kriteria kepastian berasal dari konsep 'objektivitas' menurut non-kualitatif. Non-kualitatif menetapkan objektivitas dari segi kesepakatan antar subjek. Jika non-kualitatif menekankan pada 'orang', maka penelitian alamiah menghendaki agar penekanan bukan pada orangnya, melainkan pada data. Dengan demikian kebergantungan bukan lagi pada orangnya, melainkan pada datanya itu sendiri.

Selanjutnya, Moleong (2008, hal.327) merumuskan dalam tabel teknik pemeriksaan data berdasarkan keempat kriteria yang dijelaskan di atas, sebagai berikut:

Tabel 3.3. Teknik Pemeriksaan Data

KRITERIA	TEKNIK PEMERIKSAAN
Kredibilitas (derajat kepercayaan)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Perpanjangan keikutsertaan 2. Ketekunan pengamatan 3. Triangulasi 4. Pengecekan sejawat 5. Kecukupan referensial 6. Kajian kasus negatif 7. Pengecekan anggota
Kepastian	Uraian rinci
Kebergantungan	Audit kebergantungan
Kepastian	Audit Kepastian

Sumber: Moleong (2008, hal.327)

3.10. Jadwal Penelitian

Kegiatan penelitian ini dilaksanakan selama kurang lebih 2 (dua) bulan, yaitu mulai pada tanggal 1 April sampai 15 Mei 2009. Adapun jadwal kegiatan penelitian tesis adalah sebagaimana pada tabel dibawah ini.

No.	Kegiatan	Waktu (Bulan)							
		Des 08	Jan 09	Feb 09	Mar 09	Apr 09	Mei 09	Jun 09	Jul 09
1.	Penyerahan judul/topik penelitian dan topik <i>Reading Course</i> .								
2.	Masa bimbingan <i>Reading Course</i> .								
3.	Seminar pra-proposal tesis.								
4.	Penelitian dan penulisan tesis.								
5.	Masa ujian tesis.								
6.	Batas akhir penyerahan tesis yang siap diuji.								
7.	Batas akhir ujian tesis.								
8.	Batas akhir penyerahan tesis dan berkas ijazah								

BAB 4 TEMUAN LAPANGAN

4.1 Gambaran Umum Lokasi Penelitian

Seperti yang dijelaskan pada bab sebelumnya bahwa penelitian tentang implementasi prinsip-prinsip *good governance* pada pelaksanaan Jamkesmas yang berlangsung di Kabupaten Tapanuli Selatan, tepatnya di Dinas Kesehatan dan KB selama kurang lebih 2 (dua) bulan. Sebagai fakta pendukung penelitian ini, berikutnya peneliti akan menguraikan kondisi tempat penelitian ini berlangsung serta mengumpulkan informasi pelaksanaan jamkesmas di Kabupaten Tapanuli Selatan. Hasil temuan ini peneliti dapatkan dari dokumentasi, studi literatur, wawancara mendalam dan observasi (pengamatan).

4.1.1 Kondisi Geografis

Dari perjalanan waktu sejarah berdirinya Kabupaten Tapanuli Selatan mulai dari Zaman Penjajahan Belanda sampai dengan sekarang banyak hal yang terjadi mulai dari pergantian nama, pemekaran kecamatan maupun pemekaran kabupaten. Setelah mengalami perubahan-perubahan tersebut wilayah Kabupaten Tapanuli Selatan pada saat ini terdiri dari 12 Kecamatan dengan luas 4.502,26 km², dan berada pada ketinggian 1.915 m di atas permukaan laut.

Adapun pembagian luas kemiringan tanah yang terdapat di Kabupaten Tapanuli Selatan, terdiri dari:

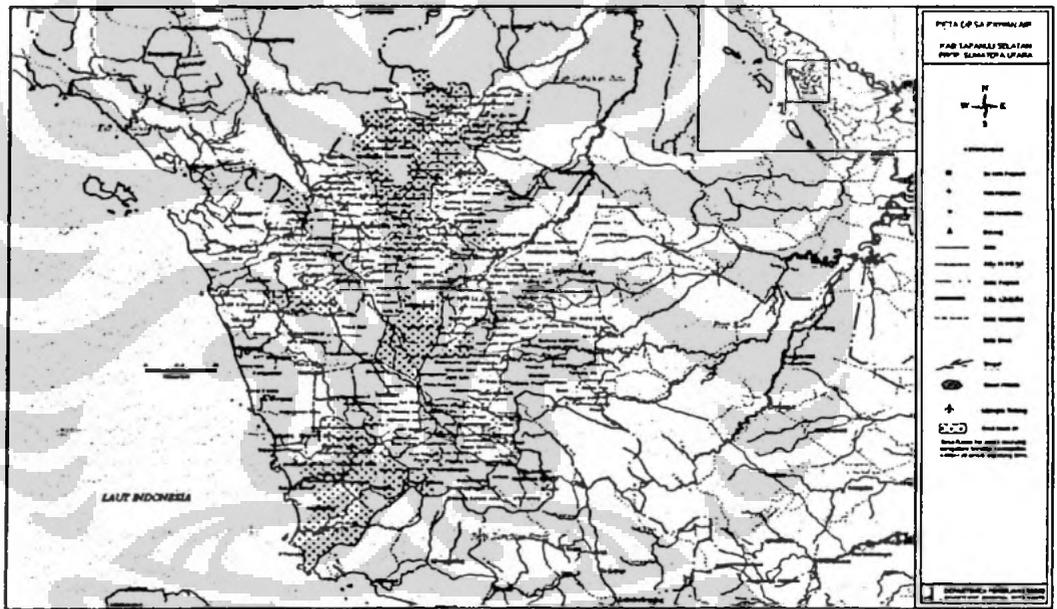
- | | |
|-------------------|------------------------|
| a. Datar | : 317.410 Ha (25,89 %) |
| b. Landai | : 154.435 Ha (12,59 %) |
| c. Berbukit-bukit | : 245.215 Ha (19,99 %) |
| d. Bergunung | : 509.095 Ha (41,53 %) |

Secara administratif, Kabupaten Tapanuli Selatan mempunyai batas-batas sebagai berikut :

- a. Di sebelah Utara berbatasan dengan Kabupaten Tapanuli Utara dan Kabupaten Tapanuli Tengah.

- b. Di sebelah Selatan berbatasan de
- c. ngan Propinsi Sumatera Barat dan Kabupaten Mandailing Natal.
- d. Di sebelah Timur berbatasan dengan Kabupaten Labuhan Batu dan Kabupaten Padang Lawas Utara.
- e. Di sebelah Barat berbatasan dengan Kabupaten Tapanuli Tengah dan Samudera Indonesia.

Berikut ini adalah peta Kabupaten Tapanuli Selatan:



Gambar 4.1 Peta Wilayah Kabupaten Tapanuli Selatan
 Sumber: *Profil Kabupaten Tapanuli Selatan* (2008)

4.1.2. Kondisi Demografis

Adapun jumlah penduduk Kabupaten Tapanuli Selatan berdasarkan kecamatannya adalah sebagai berikut:

Tabel 4.1. Jumlah Penduduk, Jumlah Desa/Kelurahan dan Luas Wilayah Menurut Kecamatan di Kabupaten Tapanuli Selatan Tahun 2008

No.	Kecamatan	Laki-Laki (Jiwa)	Perempuan (Jiwa)	Jumlah Jiwa (L+P)	Jumlah Desa/Kelurahan	Luas Wilayah (Km ²)
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
1.	Angkola Timur	9.206	9.018	18.224	39	461,46
2.	Sipirok	15.014	15.263	30.277	100	407,72
3.	Arse	3.778	3.802	7.580	31	241,16
4.	SD. Hole	6.551	6.415	12.966	68	479,06
5.	Aek Bilah	3.602	3.351	6.953	42	322,73
6.	Batang Angkola	17.082	17.052	34.134	59	540,05
7.	Sayur Matinggi	19.220	19.268	38.488	55	517,60
8.	Angkola Barat	20.214	19.869	40.083	25	558,21
9.	Batang Toru	18.889	18.312	37.201	35	490,14
10.	Muara Batang Toru ^(*)					
11.	Marancar	4.872	4.720	9.592	32	88,79
12.	Angkola Selatan	11.862	11.220	23.082	18	395,34
Jumlah		130.290	128.290	258.580	504	4.502,26

Sumber: Tapsel dalam Angka 2008, BPS Tapsel (*) Data Kec. Muara Batang Toru masih tergabung dengan Batang Toru).

Dari data tabel di atas dapat diketahui bahwa jumlah penduduk di Kabupaten Tapanuli Selatan berjumlah 258.580 jiwa, dengan tingkat kepadatan penduduknya sekitar 57,43 jiwa/km². Sementara itu, jumlah desa/kelurahan yang ada di Kabupaten Tapanuli Selatan sebanyak 504 desa/kelurahan.

4.1.3. Profil Dinas Kesehatan dan KB Daerah Kabupaten Tapanuli Selatan

A. Visi dan Misi

Visi adalah cara pandang jauh ke depan kemana Dinas Kesehatan dan KB Daerah Kabupaten Tapanuli Selatan menyatakan akan dibawa kemana organisasinya agar dapat eksis, antisipatif dan inovatif menghadapi era globalisasi yang sudah di depan mata.

Pernyataan Visi ini merupakan suatu gambaran yang menantang tentang keadaan masa depan yang ingin dicapai oleh Dinas Kesehatan dan KB Daerah

Kabupaten Tapanuli Selatan setelah melalui tahapan penyusunan Rencana Strategis berdasarkan nilai-nilai luhur yang ada.

Dinas Kesehatan Kabupaten Tapanuli Selatan menetapkan Visinya sebagai berikut:

“Masyarakat Tapanuli Selatan Sehat 2010”.

Untuk memberikan kejelasan agar tidak menimbulkan persepsi dan pengertian yang berbeda perlu dijelaskan hakekat yang terkandung dalam Visi tersebut.

1. Meningkatnya adalah suatu perbedaan keadaan yang lebih baik.
2. Derajat Kesehatan Masyarakat berarti tingkat kesehatan yang ideal bagi segenap masyarakat
3. Kabupaten Tapanuli Selatan adalah suatu wilayah pemerintahan dan wilayah kerja Dinas Kesehatan dan KB Daerah Tapanuli Selatan.
4. 2010 merupakan target waktu (Tahun 2010) yang hendak diupayakan untuk mencapai Visi sebagai wujud pernyataan tekad pengabdian dari seluruh jajaran Dinas Kesehatan Kabupaten Tapanuli Selatan.

Misi Dinas Kesehatan dan KB Daerah Kabupaten Tapanuli Selatan dalam rangka mencapai Visi yang sudah ditetapkan diatas bertujuan memberikan pemahaman mengenai bagaimana cara mencapai keberhasilan meraih Visi.

Misi Dinas Kesehatan dan KB Daerah Kabupaten Tapanuli Selatan dalam mencapai visinya yaitu “Masyarakat Tapanuli Selatan Sehat 2010” adalah:

1. Memelihara dan meningkatkan pelayanan kesehatan yang paripurna, bermutu, merata, dan terjangkau.
2. Menggerakkan pembangunan daerah yang berwawasan kesehatan.
3. Memberdayakan Masyarakat berdasarkan Potensi yang ada.
4. Mendorong terbentuknya budaya hidup sehat dan kemandirian masyarakat untuk hidup sehat.
5. Memelihara dan meningkatkan kesehatan individu keluarga dan masyarakat beserta lingkungannya.

6. Menurunkan angka kesakitan dan kematian yang dapat menyebabkan kerugian ekonomi.

Misi tersebut di atas dapat dijelaskan pengertiannya sebagai berikut:

- a. Kondisi kesehatan suatu daerah merupakan gambaran akan kesejahteraan daerah, sehingga sebagai lembaga yang memiliki tugas pokok dan fungsi sebagai pelayan masyarakat Kabupaten Tapanuli Selatan untuk meningkatkan, menjaga dan memperbaiki kesehatan masyarakat Kabupaten Tapanuli Selatan secara paripurna, bermutu, merata dan terjangkau oleh masyarakat.
- b. Sebagai instansi yang memiliki peran strategis dalam bidang kesehatan maka Dinas Kesehatan dan KB Daerah Tapanuli Selatan juga harus menggerakkan masyarakat agar terlibat secara bersama-sama membangun kesehatan masyarakat di Kabupaten Tapanuli Selatan.

B. Tujuan dan Sasaran

Penetapan Tujuan organisasi pada umumnya didasarkan pada faktor-faktor kunci keberhasilan yang dilakukan setelah penetapan visi dan misi, karena dengan mengetahui faktor-faktor kunci keberhasilan berarti organisasi tersebut telah mengetahui kelebihan untuk mencapai tujuan yang ditetapkan.

Tujuan merupakan penjabaran atau implementasi dari pernyataan Misi dan merupakan hasil akhir yang akan dicapai atau dihasilkan dalam jangka waktu 1 tahun sampai dengan 5 tahun serta harus konsisten dengan tugas dan fungsinya secara kolektif untuk menggambarkan arah strategik organisasi dan perbaikan-perbaikan yang ingin diciptakan.

Adapun yang menjadi tujuan Dinas Kesehatan dan KB Daerah Kabupaten Tapanuli Selatan berdasarkan misinya adalah sebagai berikut :

1. Memelihara dan meningkatkan pelayanan kesehatan yang paripurna, bermutu, merata, dan terjangkau.

Tujuan: “Mengoptimalkan pelayanan kesehatan masyarakat untuk mewujudkan derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya”.

2. Menggerakkan pembangunan daerah yang berwawasan kesehatan
Tujuan: “Seluruh Proses pelaksanaan pembangunan daerah selalu mempertimbangkan aspek kesehatan”.
3. Memberdayakan masyarakat berdasarkan potensi yang ada
Tujuan: “Tergalinya potensi masyarakat yang dapat dijadikan sebagai peluang untuk pengembangan kesehatan”.
4. Mendorong terbentuknya budaya hidup sehat dan kemandirian masyarakat untuk hidup sehat.
Tujuan: “Terwujudnya perilaku hidup sehat dan kemandirian masyarakat”.
5. Memelihara dan meningkatkan kesehatan individu keluarga dan masyarakat beserta lingkungannya.
Tujuan: “Terpeliharanya kesehatan individu keluarga dan masyarakat serta diperolehnya kesehatan lingkungan yang optimal”.
6. Menurunkan Angka Kesakitan dan Kematian yang dapat menyebabkan kerugian ekonomi.
Tujuan: “Meningkatkan produktivitas masyarakat”.

Sasaran adalah penjabaran dari tujuan yaitu sesuatu yang akan dicapai atau dihasilkan oleh instansi pemerintah dalam jangka waktu tahunan, semesteran, triwulan dan bulanan serta harus menggambarkan hal yang ingin dicapai melalui tindakan-tindakan yang akan dilakukan untuk mencapai tujuan sehingga bersifat spesifik, terinci, dapat diukur dan dapat dicapai.

Adapun sasaran yang ingin dicapai Dinas Kesehatan dan KB Daerah Kabupaten Tapanuli Selatan sebagai berikut:

Misi pertama, “Memelihara dan meningkatkan pelayanan kesehatan yang paripurna, bermutu, merata, dan terjangkau”.

Tujuan:

1. Meningkatnya profesionalisme SDM Kesehatan

Dengan Sasaran:

- a. Meningkatnya pendidikan formal dan informal tenaga kesehatan.

- b. Meningkatnya disiplin tenaga kesehatan dalam melaksanakan tugas.
 - c. Terlaksananya pembinaan rohani tenaga kesehatan.
2. Tertatanya administrasi Dinas Kesehatan dan KB Daerah Kabupaten Tapanuli Selatan
- Dengan Sasaran:
- a. Terbitnya laporan dari unit pelaksana tepat waktu.
 - b. Tersusunnya struktur organisasi/kob deskripsi unit pelaksana.
3. Terpenuhinya standar pelayanan minimal (SPM)
- Dengan Sasaran: Menurunnya angka keluhan pasien puskesmas terhadap layanan Puskesmas.
4. Terwujudnya Perencanaan program dan penganggaran kesehatan terpadu
- Dengan Sasaran:
- a. Tersedianya data rencana kerja dan anggaran program kesehatan.
 - b. Terpenuhinya ketersediaan obat dan vaksin.
5. Terpenuhinya sarana dan prasarana kesehatan
- Dengan Sasaran:
- a. Terbangunnya RSUD, Puskesmas, dan Puskesmas Pembantu Kabupaten.
 - b. Terpenuhinya kebutuhan Puskesmas Set bagi seluruh Puskesmas.
 - c. Terpenuhinya kebutuhan Pustu Set.
 - d. Terpenuhinya kebutuhan puskesmas keliling.
 - e. Terpenuhinya kebutuhan kendaraan tenaga kesehatan.
 - f. Terpenuhinya kebutuhan tempat tidur set.
 - g. Tersedianya Dental unit bagi puskesmas yang memiliki Dokter Gigi.
6. Menurunnya angka kematian ibu dan bayi (AKI, AKB)
- Dengan Sasaran:
- a. Terlaksananya cakupan K 1, 80 % dari populasi.
 - b. Terlaksananya cakupan K 4, 80 % dari populasi.

- c. Terimunasinya ibu hamil, 80 % dari populasi.
 - d. Manurunnya kasus Anemi Ibu Hamil , 10 % dari tahun lalu.
 - e. Menurunnya kasus Anemi Balita , 10 % dari tahun lalu.
 - f. Meningkatnya keluarga pasangan usia subur yang mengikuti program keluarga berencana nasional 10 % per tahun.
 - g. Meningkatnya jumlah anak Balita yang ditimbang setiap bulan.
7. Meningkatnya secara bermakna Umur Harapan Hidup
 Dengan Sasaran: Menurunnya angka kesakitan masyarakat dan bertambahnya usia harapan hidup USILA
8. Menurunnya angka perilaku seks bebas di kalangan remaja
 Dengan Sasaran:
- a. Tersedianya data akurat tentang remaja muda dan data remaja berperilaku seks bebas.
 - b. Meningkatnya jumlah remaja yang mengetahui bahaya seks bebas.
9. Meningkatnya intelegensia Anak
 Dengan Sasaran: Menurunnya angka GAKY 10 % dari tahun lalu.
10. Menurunnya angka kesakitan dan kematian akibat penyakit menular
 Dengan Sasaran:
- a. Tersedianya data tentang penyebaran penyakit.
 - b. Meningkatnya upaya pencegahan dan pemberantasan penyakit menular.
11. Terbentuknya Puskesmas Desentralisasi
 Dengan Sasaran: Terbentuknya perencanaan unggulan Puskesmas.
Misi kedua, "Menggerakkan pembangunan daerah yang berwawasan kesehatan".
 Dengan Tujuan:
- 1. Terjangkaunya Pelayanan Kesehatan Pra Upaya yang terpadu melalui sistem jaminan pemeliharaan kesehatan masyarakat (JPKM)
 Dengan Sasaran: Meningkatnya jumlah penduduk peserta JPKM.

2. Meningkatnya kesadaran ,pengetahuan, dan kemampuan masyarakat untuk berperilaku hidup bersih dan sehat
Dengan Sasaran:
 - a. Terpenuhinya sarana sanitasi dasar 60 % dari jumlah KK.
 - b. Perubahan perilaku hidup bersih dan sehat dari Strata 1 ke Strata 4.
 - c. Meningkatnya upaya pencegahan Narkoba dan Aids.
3. Meningkatnya derajat kesehatan anak sekolah dan masyarakat
Dengan Sasaran:
 - a. Meningkatnya usaha kesehatan sekolah.
 - b. Meningkatnya usaha PMTAS.
 - c. Meningkatnya pelayanan kesehatan bagi keluarga miskin.
 - d. Meningkatnya pemakaian obat tradisional.
4. Revitalisasi Posyandu
Dengan Sasaran: Meningkatnya angka posyandu yang aktif.
5. Terwujudnya persesuaian rencana kesehatan dengan lintas sektoral dan lintas program
Dengan Sasaran:
 - a. Terbentuknya data akurat tentang program kesehatan bersama lintas sektoral.
 - b. Terbentuknya data akurat tentang program kesehatan dengan lintas program.
 - c. Meningkatnya pemberian informasi kepada masyarakat tentang perkembangan kesehatan.
6. Meningkatnya mitra kerja Dinas Kesehatan yang memiliki dasar hukum
Dengan Sasaran: Bertambahnya tenaga medis, dan para medis yang memiliki ijin.

C. Strategi Pencapaian Tujuan dan Sasaran

Berdasarkan tujuan dan sasaran yang telah ditetapkan maka langkah selanjutnya adalah menetapkan bagaimana Tujuan dan Sasaran yang sudah ditetapkan

dapat dicapai. Langkah-langkah dan aturan-aturan yang dijadikan sebagai suatu cara untuk mencapai Tujuan dan Sasaran merupakan Strategi mencapai tujuan dan sasaran.

Strategi yang ditetapkan oleh Dinas Kesehatan dan KB Daerah Kabupaten Tapanuli Selatan meliputi penetapan kebijakan, program, dan kegiatan.

Kebijakan merupakan ketentuan yang disepakati pihak terkait yang ditetapkan oleh pihak yang berwenang untuk dijadikan pedoman, pegangan bagi setiap kegiatan aparatur pemerintah. Kebijakan yang diambil oleh Dinas Kesehatan dan KB Daerah Kabupaten Tapanuli Selatan adalah:

1. Memberikan kesempatan pendidikan bagi PNS yang memiliki masa kerja minimal 2 tahun.
2. Mengutamakan peningkatan pendidikan informal bagi pegawai yang sesuai bidang teknisnya.
3. Mengutamakan pelatihan administrasi bagi pegawai administrasi.
4. Menerbitkan laporan tepat waktu.
5. Penyusunan struktur dan *job* deskripsi dalam waktu sesingkatnya.
6. Mensosialisasikan SK Bupati tentang Job deskripsi dan struktur organisasi unit pelaksana sejelas-jelasnya kepada unit pelaksana.
7. Melakukan Evaluasi Pelayanan Kesehatan.
8. Mematuhi PERDA Nomor 6/1999.
9. Melibatkan seluruh unsur pimpinan Dinas dan Unit Pelaksana dalam Program Perencanaan Bidang Kesehatan.
10. Meningkatkan kesehatan ibu dan anak.
11. Mengutamakan penyuluhan kepada masyarakat dalam rangka pemberdayaan bidang kesehatan.
12. Mengutamakan pemberian Yodium bagi daerah endemik berat.
13. Meningkatkan penyuluhan JPKM kepada masyarakat.
14. Meningkatkan jumlah Sanitasi Dasar.
15. Mengadakan penyuluhan, pelayanan dan lingkungan UKS.
16. Mengadakan penyuluhan dan pemberian makanan tambahan anak sekolah.

17. Melengkapi sarana Posyandu.
18. Memberikan informasi seluas-luasnya kepada masyarakat.
19. Mematuhi UU No. 23/1992 tentang Kesehatan.

Program merupakan proses penentuan jumlah dan jenis sumber daya yang diperlukan dalam pelaksanaan suatu rencana. Untuk Dinas Kesehatan dan KB Daerah Kabupaten Tapanuli Selatan penjabaran kebijakan tertuang didalam program-program berikut ini:

a. Program Pembangunan Kesehatan

a.1. Program Promosi Kesehatan dan Pemberdayaan Masyarakat

Program ini bertujuan untuk memberdayakan individu, keluarga dan masyarakat agar mampu menumbuhkan perilaku hidup sehat dan mengembangkan upaya kesehatan yang bersumber masyarakat. Kegiatan-kegiatan pokok program ini adalah:

a.1.1. Pengembangan Media Promosi Kesehatan dan Tehnologi dan Komunikasi, Informasi dan Edukasi (KIE).

a.1.2. Pengembangan Upaya Kesehatan bersumber masyarakat dan generasi muda.

a.1.3. Peningkatan pendidikan Kesehatan kepada masyarakat.

a.2. Program Lingkungan Sehat

Program ini bertujuan untuk mewujudkan mutu lingkungan hidup yang lebih sehat melalui pengembangan system kesehatan kewilayahan untuk menggerakkan pembangunan berwawasan kesehatan. Kegiatan-kegiatan pokok program ini adalah:

a.2.1. Penyediaan Sarana Air Bersih dan Sanitasi Dasar.

a.2.2. Pemeliharaan dan pengawasan Kwalitas Lingkungan.

a.2.3. Pengendalian dampak resiko pencemaran lingkungan.

a.2.4. Pengembangan wilayah sehat.

a.2.5. Pengembangan kesehatan matra.

a.3. Program Peningkatan Upaya Pelayanan Kesehatan Masyarakat

Program ini bertujuan untuk meningkatkan jumlah, pemerataan, dan kualitas pelayanan kesehatan melalui Puskesmas dan jaringannya meliputi Puskesmas Pembantu, Puskesmas Keliling dan Bidan di Desa. Kegiatan-kegiatan pokok program ini adalah:

a.3.1. Pelayanan penduduk miskin di Puskesmas dan Jaringannya.

a.3.2. Pengadaan, Peningkatan dan perbaikan sarana dan prasarana Puskesmas dan jaringannya.

a.3.3. Pengadaan peralatan dan perbekalan masyarakat kesehatan termasuk obat generik sangat esensial dan sangat-sangat esensial.

a.3.4. Peningkatan pelayanan kesehatan dasar yang mencakup sekurang-kurangnya promosi kesehatan, kesehatan ibu dan anak, keluarga berencana, perbaikan gizi, kesehatan lingkungan, pemberantasan penyakit menular dan pengobatan dasar

a.4. Program Peningkatan Upaya Kesehatan Perorangan

Program ini bertujuan untuk meningkatkan akses, keterjangkauan dan kualitas pelayanan kesehatan perorangan. Kegiatan-kegiatan pokok program ini adalah:

a.4.1. Pelayanan kesehatan bagi penduduk miskin di kelas III Rumah Sakit.

a.4.2. Pembangunan Sarana dan Prasarana Rumah Sakit.

a.4.3. Perbaikan Sarana dan Prasarana Rumah Sakit.

a.4.4. Pengadaan Obat dan Perbekalan Rumah Sakit

a.4.5. Peningkatan Pelayanan Kesehatan Rujukan.

a.4.6. Pengembangan Pelayanan Kedokteran Keluarga.

a.4.7. Penyediaan biaya operasional dan pemeliharaan.

a.4.8. Peningkatan peran serta sektor swasta dalam Upaya Kesehatan Perorangan (UKP).

a.5. Program Pencegahan dan Pemberantasan Penyakit

Program ini bertujuan untuk menggunakan angka kesakitan, kematian dan kecacatan akibat penyakit menular dan penyakit tidak menular. Kegiatan-kegiatan pokok program ini adalah:

- a.5.1. Pencegahan dan penanggulangan faktor resiko.
- a.5.2. Peningkatan Imunisasi.
- a.5.3. Penemuan dan tatalaksana penderita.
- a.5.4. Peningkatan surveilans Epidemiologi dan penanggulangan wabah.
- a.5.5. Peningkatan komunikasi, Informasi dan edukasi (KIE) pencegahan dan pemberantasan penyakit.
- a.6. Program Perbaikan Gizi Masyarakat
Program ini bertujuan untuk meningkatkan kesadaran gizi keluarga dalam upaya meningkatkan status gizi masyarakat terutama pada ibu hamil, bayi dan anak balita. Kegiatan-kegiatan pokok program ini adalah:
 - a.6.1. Peningkatan pendidikan gizi.
 - a.6.2. Penanggulangan Kurang Energi Protein (KEP), Anemia Gizi Besi, Gangguan akibat kurang yodium (GAKY), kurang vitamin A dan kekurangan zat gizi mikro lainnya.
 - a.6.3. Penanggulangan gizi lebih gizi.
 - a.6.4. Peningkatan surveilans Gizi.
 - a.6.5. Pemberdayaan masyarakat untuk pencapaian keluarga sadar gizi (Kadarzi).
- a.7. Program Peningkatan Sumber Daya Kesehatan
Program ini bertujuan untuk meningkatkan jumlah, mutu dan penyebaran tenaga kesehatan, sesuai dengan kebutuhan pembangunan kesehatan. Kegiatan-kegiatan pokok program ini adalah:
 - a.7.1. Perencanaan kebutuhan tenaga kesehatan.
 - a.7.2. Peningkatan keterampilan dan profesionalisme tenaga kesehatan melalui pendidikan tenaga kesehatan dan pelatihan tenaga kesehatan.
 - a.7.3. Pembinaan tenaga kesehatan termasuk pengembangan karir tenaga kesehatan.
 - a.7.4. Penyusunan standar kompetensi dan regulasi profesi kesehatan
- a.8. Program Peningkatan Kelengkapan Sarana dan Fasilitas Kesehatan bertaraf Standart Kelas Satu

Program ini bertujuan untuk meningkatkan kelengkapan sarana dan fasilitas kesehatan Posyandu, Puskesmas terutama Rumah Sakit Umum Daerah bertaraf standar kelas satu. Kegiatan-kegiatan pokok program ini adalah:

a.8.1. Melakukan pengadaan sarana dan fasilitas berbagai puskesmas sampai pada tingkat rawat inap.

a.8.2. Melakukan pengadaan sarana dan fasilitas Rumah Sakit Umum Daerah bertaraf Standar Kelas Satu.

a.8.3. Melakukan koordinasi dengan pihak pemerintah atasan dalam rangka mendapatkan bantuan pembiayaan dari pemerintah atasan.

a.9. Program Penyediaan Obat dan Perbekalan Kesehatan

Program ini bertujuan untuk menjamin ketersediaan, pemerataan mutu, keterjangkauan obat dan perbekalan kesehatan rumah tangga dan kosmetika.

Kegiatan-kegiatan pokok program ini adalah:

a.9.1. Peningkatan ketersediaan obat dan perbekalan kesehatan.

a.9.2. Peningkatan pemerataan obat dan perbekalan kesehatan.

a.9.3. Peningkatan mutu penggunaan obat dan perbekalan kesehatan.

a.9.4. Peningkatan keterjangkauan harga obat dan perbekalan kesehatan terutama untuk penduduk miskin.

a.9.5. Peningkatan mutu pelayanan farmasi komunitas dan rumah sakit.

a.9.6. Peningkatan pemanfaatan dan pengembangan obat tradisional.

a.10. Program Pengawasan Obat dan Makanan

Program ini bertujuan untuk menjamin terpenuhinya persyaratan mutu, keamanan dan kemanfaatan/khasiat produk obat, perbekalan kesehatan rumah tangga, obat tradisional, kosmetika produk komplemen dan produk pangan dalam rangka perlindungan konsumen/masyarakat. Kegiatan-kegiatan pokok program ini adalah:

a.10.1. Peningkatan pengawasan mutu, khasiat dan keamanan produk obat, obat tradisional, kosmetika dan alat / perbekalan kesehatan rumah tangga.

a.10.2. Peningkatan pengawasan penyalahgunaan narkoba, psikotropika, zat adiktif dan bahan berbahaya lain.

a.10.3. Peningkatan pengawasan keamanan makanan.

a.11. Program Peningkatan Manajemen Pembangunan Kesehatan

Program ini bertujuan untuk mengembangkan kebijakan dan manajemen pembangunan kesehatan guna mendukung penyelenggaraan Sistem Kesehatan Kabupaten. Kegiatan-kegiatan pokok program ini adalah :

a.11.1. Pengkajian dan penyusunan kebijakan.

a.11.2. Pengembangan sistem perencanaan dan penganggaran, pelaksanaan dan pengendalian, pengawasan dan penyempurnaan administrasi keuangan serta hukum kesehatan.

a.11.3. Pengembangan Sistem Informasi Kesehatan (SIK).

a.11.4. Pengembangan Sistem Kesehatan Daerah (SKD).

a.11.5. Peningkatan Jaminan Pembiayaan Kesehatan Masyarakat secara kavitasi dan pra upaya terutama bagi penduduk miskin.

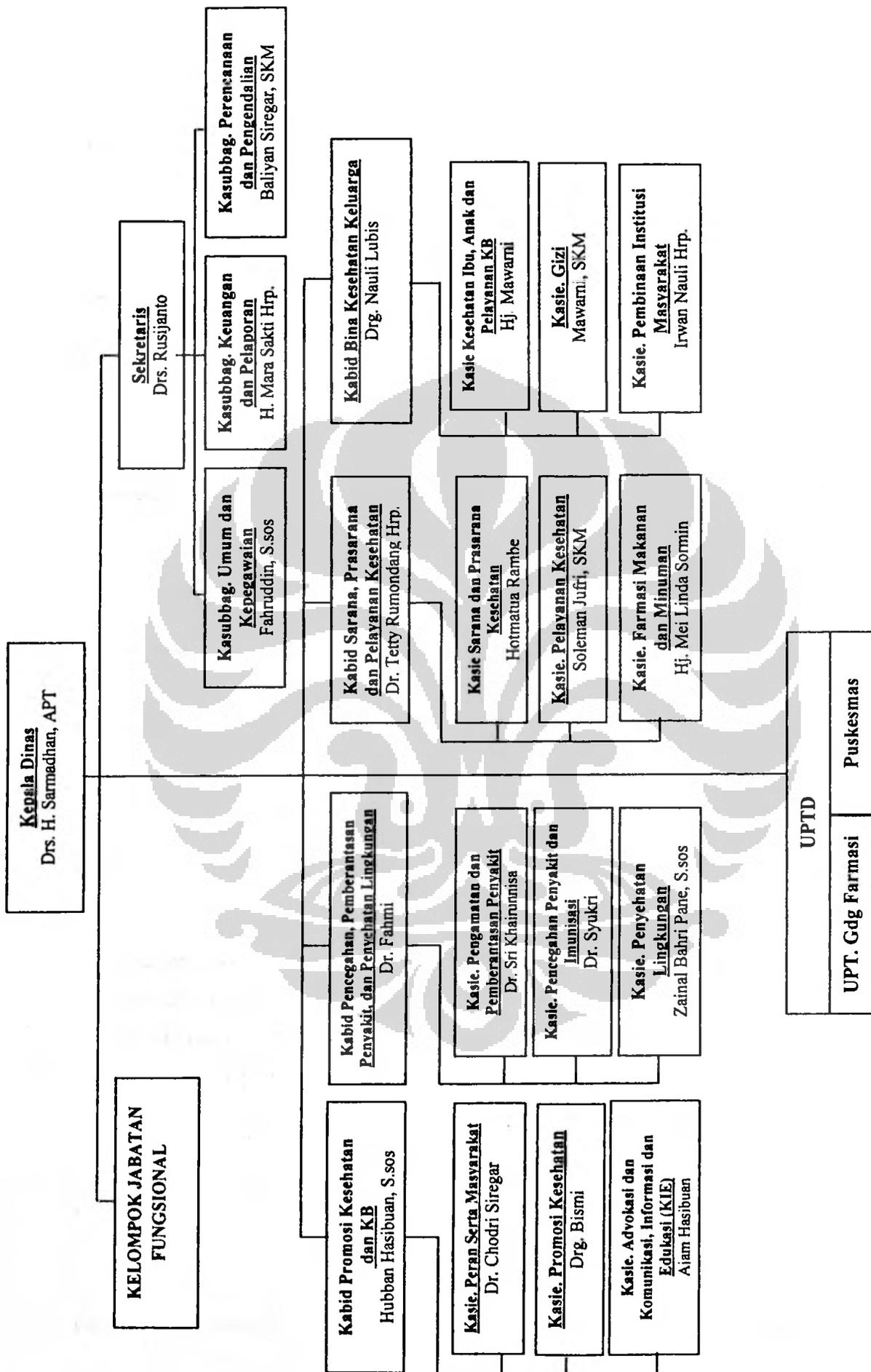
a.11.6. Pengembangan registrasi akreditasi, regulasi dan perizinan sarana kesehatan.

a.11.7. Penelitian dan pengembangan kesehatan.

a.11.8. Pengembangan kerjasama lintas sektoral.

D. Struktur Organisasi dan Tata Kerja

Dinas Kesehatan sendiri mengalami perubahan struktur organisasi dan dimerges (bergabung) dengan kantor KB menjadi Dinas Kesehatan dan KB Daerah Kabupaten Tapanuli Selatan di tahun 2007, yang mengikuti PP Nomor 41 Tahun 2007 tentang pedoman organisasi perangkat daerah. Sehingga struktur organisasinya sekarang adalah sebagai berikut:



Gambar 4.2. Bagan Struktur Organisasi Dinas Kesehatan dan KB Daerah Kabupaten Tapanuli Selatan
 Sumber: Dinas Kesehatan dan KB Kabupaten Tapanuli Selatan 2008

4.2 Pelaksanaan Jamkesmas di Kabupaten Tapanuli Selatan

Pembangunan pada hakekatnya bertujuan untuk memperbaiki dan meningkatkan kualitas hidup manusia. Untuk mencapai tujuan tersebut, maka pembangunan perlu diimplementasikan ke dalam berbagai program pembangunan yang dapat secara langsung menyentuh masyarakat. Pembangunan memerlukan cara atau pedoman tindakan yang terarah mengenai bagaimana cara meningkatkan kualitas hidup manusia tersebut. Suatu perangkat pedoman yang memberikan arah terhadap pelaksanaan strategi-strategi pembangunan itu dapat kita sebut sebagai kebijakan, yang berfungsi untuk memberikan rumusan mengenai berbagai pilihan tindakan dan prioritas yang diwujudkan dalam program-program pelayanan sosial yang efektif untuk mencapai tujuan pembangunan. Dalam hal ini pembangunan itu terkait dalam hal pembangunan masyarakat melalui peningkatan kualitas tau pelayanan kesehatan.

Pelaksanaan sebuah program tentu diharapkan akan berhasil semaksimal mungkin, meski tentunya tidak lepas dari permasalahan. Begitu pula dengan program Askeskin yang telah dijalankan sebelumnya tentu juga menghadapi berbagai permasalahan setelah di evaluasi. Permasalahan yang perlu dibenahi itu diantaranya: kepesertaan yang belum tuntas, peran fungsi ganda sebagai pengelola, verifikator dan sekaligus sebagai pembayar atas pelayanan kesehatan, verifikasi belum berjalan dengan optimal, kendala dalam kecepatan pembayaran, kurangnya pengendalian biaya, dan penyelenggara tidak menanggung resiko.

Atas dasar pertimbangan untuk pengendalian biaya pelayanan kesehatan, peningkatan mutu, transparansi dan akuntabilitas maka pemerintah melalui Menteri Kesehatan dan jajarannya melakukan perubahan pengelolaan program Askeskin menjadi Jamkesmas di tahun 2008. Perubahan mekanisme yang mendasar adalah adanya pemisahan peran pembayar dengan verifikator melalui penyaluran dana langsung ke Pemberi Pelayanan Kesehatan (PPK) dari Kas Negara, penggunaan tarif paket Jaminan Kesehatan Masyarakat di Rumah Sakit, penempatan pelaksana verifikasi di setiap Rumah Sakit, pembentukan Tim Pengelola dan Tim Koordinasi di tingkat Pusat, Propinsi, dan Kabupaten/Kota serta penugasan PT ASKES (Persero) dalam manajemen kepesertaan. Untuk menghindari kesalahpahaman dalam

penjaminan terhadap masyarakat miskin yang meliputi sangat miskin, miskin dan mendekati miskin, program ini berganti nama menjadi JAMINAN KESEHATAN MASYARAKAT yang selanjutnya disebut “Jamkesmas” dengan tidak ada perubahan jumlah sasaran (*Pedoman Pelaksanaan Jaminan Kesehatan Masyarakat 2008*, 2008, hal.2).

Melalui program Jamkesmas, seluruh rumah sakit yang melayani kesehatan peserta program Jaminan Kesehatan Masyarakat dilarang menolak pasien yang tidak masuk dalam kuota program itu meski Depkes tidak lagi menanggung biaya pengobatan mereka karena semua biaya pasien di luar kuota diharapkan ditanggung Pemda setempat. Karena menurut Kepala Pusat Pembiayaan dan Jaminan Kesehatan, Chalik Masulili (*Penuhi Hak Kesehatan Masyarakat!*, 2008, hal.10) bahwa semua pasien miskin dengan atau tanpa kartu Jamkesmas seharusnya tetap dilayani rumah sakit dengan baik. Tidak hanya itu, pelaksanaan juga meliputi tiga akses yang wajib ada pada program Jamkesmas. Akses tersebut adalah akses tersedianya fasilitas kesehatan (Puskesmas dan rumah sakit) sedekat mungkin dengan masyarakat, akses transportasi yang memadai, dan terakhir adanya akses pembiayaan yang diadakan oleh Depkes bekerja sama dengan pemerintah daerah yang terkait.

Sebagai sebuah upaya penyempurnaan dari program sebelumnya, penyempurnaan utama Program Jamkesmas ini dilakukan pada sistem pengelolaan menuju *good governance* melalui pengelolaan yang efektif, efisien, transparan, dan akuntabel untuk menghindari berbagai penyimpangan yang mungkin terjadi. Pada intinya, penyelenggaraan Jamkesmas mengacu pada prinsip-prinsip sebagai berikut,

1. Dana amanat dan nirlaba dengan pemanfaatan untuk semata-mata peningkatan derajat kesehatan masyarakat miskin.
2. Menyeluruh (komprehensif) sesuai dengan standar pelayanan medik yang *cost effective* dan rasional.
3. Pelayanan terstruktur, berjenjang dengan portabilitas dan ekuitas.
4. Transparan dan akuntabel.

Program Jamkesmas itu sendiri telah berlangsung sejak Januari 2008 di semua daerah (kabupaten/kota) di Indonesia. Program ini sendiri sebelumnya

bernama Askeskin (Asuransi Kesehatan Masyarakat Miskin). Dengan kelompok sasaran yang sama yaitu masyarakat miskin. Ini sesuai dengan kutipan wawancara berikut ini:

“Sasaran Jamkesmas ini adalah seluruh masyarakat miskin di Kabupaten Tapanuli Selatan. Untuk mempermudah pendataan Depkes telah menentukan kriterianya di Manlak dan Juknis Jamkesmas. Hanya saja data yang ada di tahun 2008 itu masih memuat data masyarakat miskin di dua kabupaten baru yaitu Padang Lawas Utara (Paluta) dan Padang Lawas (Palas). Jadi data Maskin yang akan di SK kan Bupati untuk 2009 ini yang akan mencakup daerah Tapsel setelah pemekaran. masalah pendataan ini ditanggungjawab oleh BPS Tapsel.” (SH, Kepala Dinkes dan KB Daerah Kab. Tapsel, 6 April 2009)

Kemudian Askeskin berubah menjadi Jamkesmas. Perbedaan yang paling jelas kelihatan adalah sistem pengaturannya, dimana pada program Jamkesmas ini keuangan tidak lagi melalui PT Askes tetapi langsung disalurkan oleh pemerintah pusat ke Rumah Sakit maupun Puskesmas yang telah masuk di data base pemerintah pusat.

Sebelum pelaksanaannya program Jamkesmas ini sudah terlebih dahulu disosialisasikan. Sosialisasi awal adalah kepada pegawai rumah sakit (baik dokter, bidan/perawat dan pegawai lainnya), para kepala puskesmas, camat se-kabupaten Tapanuli Selatan oleh Tim Pengelola Jamkesmas Kabupaten. Nantinya mereka ini yang akan meneruskan sosialisasi langsung ke masyarakat baik yang terjadwal (sudah diprogram) maupun secara spontanitas (ketika ditanya oleh masyarakat). Sosialisasi yang dilakukan ini merupakan sosialisasi berjenjang kepada semua pihak yang terlibat dalam penyelenggaraan Jamkesmas, yaitu:

1. sosialisasi tingkat nasional
2. sosialisasi tingkat propinsi
3. sosialisasi tingkat kabupaten/kota
4. sosialisasi kepada PPK (RS, Balai Kesehatan, Puskesmas)
5. sosialisasi kepada LSM, tokoh masyarakat, lintas sektor, maskin, dan lainnya.

Berikut ini adalah foto sosialisasi Jamkesmas yang dilakukan oleh Tim Pengelola Jamkesmas Kabupaten Tapanuli Selatan.



Gambar 4.3. Foto sosialisasi Jamkesmas tingkat Kabupaten Tapanuli Selatan.
Sumber: Tim Pengelola Jamkesmas Kabupaten Tapanuli Selatan

Bapak Kepala Dinkes dan KB Daerah Kab. Tapsel mengungkapkan tentang pelaksanaan Jamkesmas sebagai berikut:

“Jamkesmas kami laksanakan berdasarkan Manlak dan Juknis yang diberikan oleh Depkes. Kami semaksimal mungkin telah mengikuti prosedurnya. Kami juga melakukan koordnasi dengan pihak-pihak terkait seperti: Pak Bupati, rumah sakit dan PT Askes agar pelaksanaannya sinergis dan saling mendukung. Hanya saja ada hal-hal yang tidak tercantum dalam Manlak tapi karena mendesak langsung kami konsultasikan ke Depkes. Selanjutnya, Semua masyarakat miskin peserta Jamkesmas yang berobat akan langsung dilayani dan ditangani oleh tempat dimana mereka berobat; rumah sakit atau puskesmas. Untuk mereka yang jauh bisa dirujuk ke RSUD atau Puskesmas terdekat. Karena kan sekarang rumah sakit di tapsel tinggal 1 setelah pemekaran, sehingga daerah pemekaran Paluta dan Palas

mempunyai masing-masing 1 RSUD yang dulunya bagian dari Tapsel.”
(SH, Kepala Dinkes dan KB Daerah Kab. Tapsel, 6 April 2009)

Sejalan dengan pendapat di atas Bapak Kabid Promkes dan KB Dinkes Tapsel juga menyatakan bahwa:

“Setiap peserta Jamkesmas mempunyai hak 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 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 pengguna INA-DRG, sehingga dokter berkewajiban melakukan penegakan diagnosa sebagai dasar pengajuan klaim.” (HH, Kabid Promkes dan KB Dinkes Tapsel, 5 Mei 2009)

Kebijakan program Jamkesmas ini mulai dari pelaksanaannya, fungsi dinas kesehatan setempat, fungsi pemda, dan seluruh petunjuk pelaksanaannya menurut Kepala Dinas Kesehatan dan KB Tapsel benar-benar mengikuti petunjuk yang ada dari pemerintah pusat. Artinya, di daerah manapun pelaksanaannya akan sama karena sudah dituntun berdasarkan pedomaan pelaksanaan dan petunjuk teknis dari departemen kesehatan berdasarkan keputusan menteri kesehatan.

Dalam Manlak Jamkesmas pembayaran pelayanan kesehatan dalam masa transisi sebelum pola Tarif Paket Jamkesmas Tahun 2008 (INA-DRG) berlaku efektif (transisi) dilakukan pengaturan sebagai berikut:

a. Luncuran Dana Pertama (awal)

Sebelum berlakunya Tarif Paket Jamkesmas tahun 2008 (INA-DRG) secara efektif maka akan diberikan dana luncuran pertama untuk penggantian biaya pelayanan peserta, dengan pengaturan sebagai berikut:

- 1) Pembayaran RS dan BKMM/BBKPM/BKPM/BP4/BKIM mengacu pada jenis paket dan tarif pelayanan kesehatan peserta Jamkesmas Tahun 2008
 - 2) Penulisan kode diagnosa ICD X
 - 3) Membuat laporan rekapitulasi pertanggungjawaban
 - 4) Akan dilakukan audit oleh Aparat Pengawas Fungsional yang ditunjuk
- b. Luncuran dana kedua dengan dasar perhitungan:
- 1) Bila sudah ada pelaksana verifikasi dan kesiapan pembayaran paket, maka akan dilakukan verifikasi dengan menggunakan pola pembayaran mengacu pada Jenis paket dan tarif pelayanan kesehatan peserta Jamkesmas Tahun 2008
 - 2) Rumah Sakit mencantumkan diagnosa pada setiap klaim dengan kewajiban menambahkan kode diagnosa yang tercantum dalam tarif Paket Jamkesmas tahun 2008 (INA-DRG) meskipun kode tersebut belum menjadi dasar pembayaran
 - 3) Bila belum ada pelaksana verifikasi, akan diluncurkan pembiayaan dengan mengikuti ketentuan seperti luncuran pertama
 - 4) Membuat laporan rekapitulasi pertanggungjawaban
 - 5) Akan dilakukan oleh Aparat Pengawas Fungsional yang ditunjuk
- c. Periode klaim Juli-Desember 2008 dasar besaran klaim RS mengacu pada tarif paket Jamkesmas di RS tahun 2008 (INA-DRG) yang berlaku efektif.

Adapun data penyakit terbanyak yang memperoleh pelayanan dasar kesehatan di seluruh RSUD se-Indonesia adalah seperti dalam tabel berikut ini.

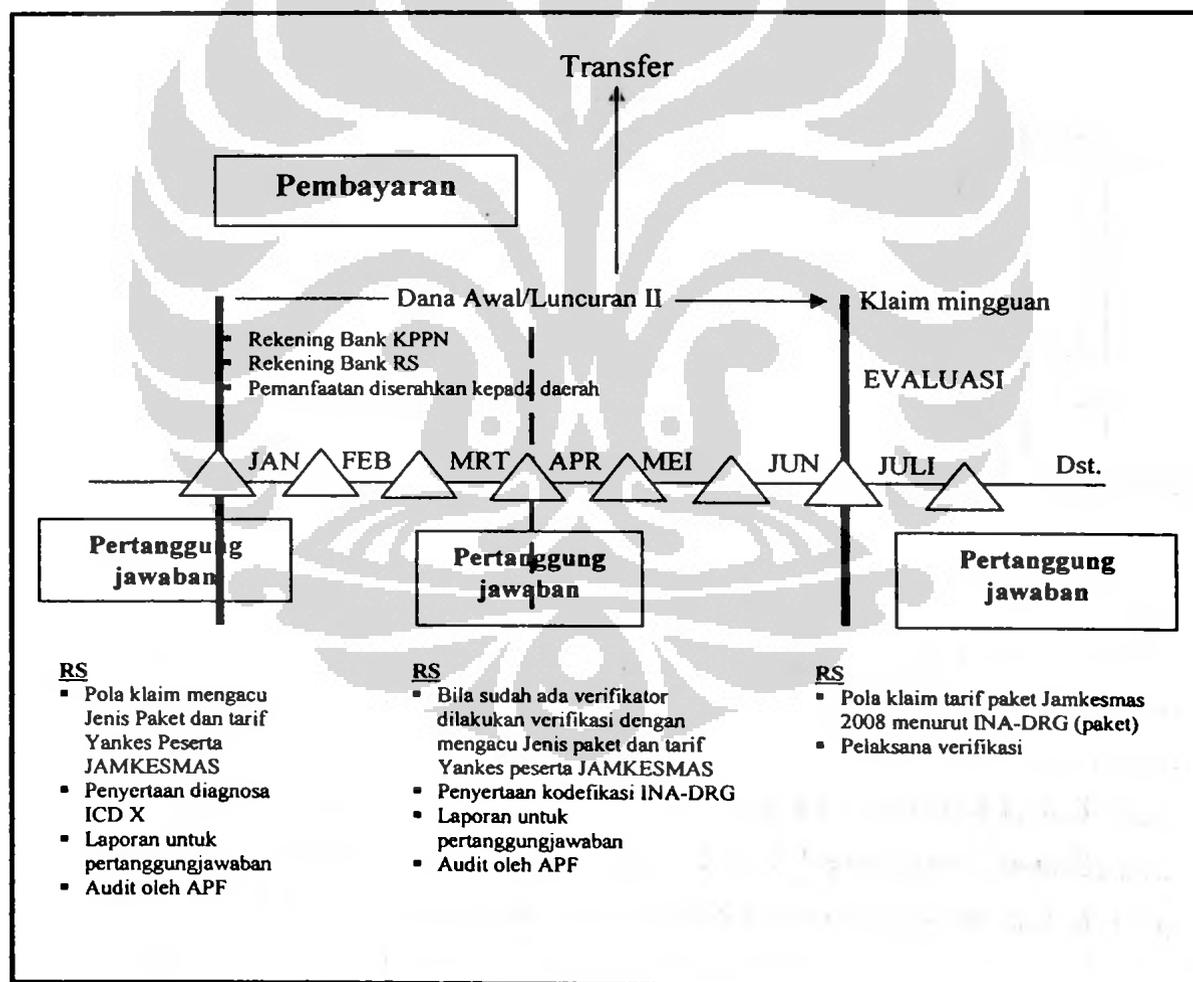
Tabel 4.2. Sepuluh Penyakit Terbanyak Yankes Dasar Tahun 2008

NO	NAMA PENYAKIT	
	RJTP	RITP
(1)	(2)	(3)
1	ISPA	ISPA
2	GASTRITIS	MALARIA
3	HYPERTENSI	GASTRITIS
4	DIARE	DIARE
5	PENYAKIT KULIT	RHEUMATIK

(1)	(2)	(3)
6	PENY. OTOT & JAR.	HYPERTENSI
7	INFLUENZA	ASTHMA
8	MALARIA	THYPOID
9	BRONCHITIS	FEBRIS
10	RHEUMATIK	PARTUS

Sumber: _____, per Januari 2009.

Berdasarkan pada penjelasan sebelumnya mengenai prosedur pembayaran dan klaim dana Jamkesmas, berikut ini adalah bagan pembayaran paket program Jamkesmas pada tahun 2008.



Gambar 4.4. Bagan Pembayaran Paket Program Jamkesmas 2008 dan Masa Transisi sumber: Manlak Jamkesmas (2008, Bab IV, hal.12)

Adapun data pelaksanaan rawat jalan (RJ), rawat inap (RI), dan total hari rawat inap (HRI) di Kabupaten Tapanuli Selatan selama tahun 2008 per bulannya adalah sebagai berikut.

Tabel 4.3. Laporan Tindakan Rawat Jalan, Rawat Inap dan Jumlah Hari Inap di RSUD Sipirok Tahun 2008

No.	Bulan	Tindakan		
		Rawat Jalan (RJ)	Rawat Inap (RI)	Hari Rawat Inap (HRI)
1.	Januari	54	24	121
2.	Februari	78	29	130
3.	Maret	80	29	206
4.	April	118	27	151
5.	Mei	77	10	75
6.	Juni	82	10	51
7.	Juli	20	5	20
8.	Agustus	55	15	69
9.	September	33	14	48
10.	Oktober	32	12	53
11.	November	56	15	71
12.	Desember	30	15	106
Total		715	205	1101

Sumber: Laporan Tahunan RSUD Sipirok Kabupaten Tapanuli Selatan Tahun 2008

Berdasarkan data di atas dapat diidentifikasi pelaksanaan Jamkesmas di RSUD Kabupaten Tapanuli Selatan. Jumlah RSUD yang ada di Kabupaten Tapanuli Selatan hanya ada 1 RSUD yang terletak di Kecamatan Sipirok atau di Ibukota Kabupaten, dengan jumlah Puskesmas sebanyak 13, RSUD Sipirok sendiri masih bertipe C dengan jumlah dokter spesialis baru ada 4 orang dengan keseluruhan jumlah pegawai adalah 91 orang.

Jamkesmas merupakan penyempurnaan dari Askeskin agar terjadi peningkatan aksesibilitas masyarakat miskin terhadap pelayanan kesehatan yang dibutuhkan, menjadi dasar yang kokoh untuk pengembangan jaminan kesehatan nasional dalam rangka menyongsong implementasi SJSN (Sistem Jaminan Sosial Nasional), dan berupaya untuk mempercepat pencapaian sasaran pembangunan kesehatan dan peningkatan derajat kesehatan yang optimal. Adapun bentuk-bentuk penyempurnaan itu diantaranya adalah:

1. Perubahan mekanisme penyelenggaraan:
 - a. Pemisahan peran pengelola dan pembayar (Depkes, Dinkes dan PT Askes (persero)).
 - b. Percepatan pembayaran klaim
Dengan cara: penempatan pelaksana verifikasi di rumah sakit masing-masing daerah dan penyaluran dana langsung dari kas negara ke RS tersebut.
2. Peningkatan peran dan fungsi pemerintah daerah melalui pembentukan tim pengelola dan koordinasi di tingkat pusat/provinsi/kabupaten/kota.
3. Penerapan tarif paket Jamkesmas (INA DRG) di RS.
4. Peningkatan fungsi pengawasan melalui pembentukan verifikator independent.
5. Penugasan manajemen kepesertaan PT Askes (persero).

Berubahnya Asuransi Kesehatan Masyarakat (Askeskin) menjadi Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas), hanya berbeda di tingkat pengaturan keuangannya saja. Kalau sebelumnya (Askeskin), dana sebesar Rp 46 triliun ditempatkan di PT Askes, sekarang dana ditempatkan di kas negara, bukan di Askes atau Depkes. Menkes mengatakan, perubahan ini dilakukan untuk mengamankan dana anggaran kesehatan, agar meluncur tepat sasaran dan untuk membantu pasien yang membutuhkan (miskin). Meski begitu, manajemen pelayanan dan verifikasi, tetap dilakukan PT Askes, tidak berubah. Namun sekarang Depkes lebih berhati-hati, karena sekarang ada tim verifikator. Artinya, pemerintah berusaha untuk tetap transparan dalam pengelolaan keuangannya.

Dalam mekanisme yang baru, PT Askes tidak lagi ditugasi melakukan pengelolaan keuangan program dan hanya dibebani tugas mengelola kepesertaan,

praverifikasi peserta dan pelayanan program. Sedang, kegiatan verifikasi yang meliputi verifikasi pelayanan, keuangan dan administrasi, akan dilakukan oleh tenaga verifikator independen yang direkrut oleh pemerintah melalui Dinas Kesehatan di daerah. Dananya disalurkan langsung dari kas negara ke rekening rumah sakit melalui bank yang ditunjuk pemerintah. Sehingga, dalam hal kepesertaan PT Askes ditugasi melegalkan peserta program, yang telah ditetapkan pemerintah kabupaten/kota melalui Surat Keputusan (SK) bupati/walikota, dengan membuat dan mendistribusikan kartu Jamkesmas. Berikut ini adalah contoh kartu Jamkesmas yang dikeluarkan oleh PT Askes.



Gambar 4.5. Contoh Kartu Jamkesmas

Sumber: Dokumentasi Peneliti.

Di Kabupaten Tapanuli Selatan mempunyai 2 (dua) orang verifikator independen. Berdasarkan keterangan yang peneliti dapati dari mereka, bahwa mereka dikontrak per tahun dan akan diperpanjang setiap tahun berdasarkan kesepakatan. Untuk di RSUD Sipirok sendiri ada juga yang disebut sebagai verifikator internal, yaitu verifikator yang berasal dari PNS yang bekerja di RSUD itu dan tidak terikat kontrak seperti verifikator independen. Jumlah verifikator internal ini ada 1 (satu) orang yang berasal dari RSUD Sipirok.

Seperti yang dijelaskan sebelumnya bahwa dana untuk Rumah Sakit akan diserahkan berdasarkan klaim yang mereka ajukan atas penanganan terhadap pasien Jamkesmas, sementara untuk Puskesmas diberikan alokasi dana operasional yang

diluncurkan sebanyak 3x (tiga kali) selama setahun. Adapun formulasi perhitungan alokasi dana operasional Puskesmas di Kabupaten Tapanuli Selatan adalah sebagai berikut:

$$\text{Alokasi Dana Operasional Puskesmas Kabupaten Tapanuli Selatan} = \frac{\text{Jumlah Gakin di Wilayah Puskesmas}}{\text{Jumlah Gakin di Kab. Tapsel}} \times \text{Alokasi Dana Operasional untuk Tapsel}$$

Gambar 4.6. Alokasi Dana Operasional

Sumber: Dinas Kesehatan dan KB Kabupaten Tapanuli Selatan 2008.

Contoh: diketahui jumlah Gakin (keluarga miskin) di wilayah Puskesmas Pargarutan ada 5.812 jiwa, jumlah ART (anggota rumah tangga) miskin di Kabupaten Tapanuli Selatan sebanyak 128.378 jiwa dan alokasi dana operasional Jamkesmas untuk Kabupaten Tapanuli Selatan sejumlah Rp.296.523.000,-; maka alokasi dana operasional Puskesmas Kabupaten Tapanuli Selatan adalah:

$(5.812 \text{ jiwa} / 128.378 \text{ jiwa}) \times \text{Rp.}296.523.000,- = \text{Rp.}13.424.354,-$

Jadi, alokasi dana Jamkesmas untuk Puskesmas Pargarutan adalah sebanyak Rp.13.424.354,-.

Berikut adalah data jumlah masyarakat miskin dan jumlah masyarakat miskin yang sudah mendapatkan kartu Jamkesmas.

Tabel 4.4. Laporan Distribusi Kartu Jamkesmas Menurut Puskesmas di Kabupaten Tapanuli Selatan

No.	PUSKESMAS	KECAMATAN	JUMLAH ANGGOTA RUMAH TANGGA MISKIN (ART)	JUMLAH KARTU TERDISTRIBUSI	KETERANGAN (yang tidak terdistribusi)
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
1	Pintu Padang	Btg. Angkola	16.021	15.033	988
2	Sayur Matinggi	Sayur Matinggi	9.340	8.933	407
3	Batu Horpak	Sayur Matinggi	7.706	7.706	0
4	Simarpinggan	Angkola Selatan	10.683	10.476	207
5	Pargarutan	Angkola Timur	6.513	6.086	427
6	Huraba	Angkola Timur	2.444	2.418	26
7	Sitinjak	Angkola Barat	16.109	16.094	15
8	Batang Toru	Batang Toru	14.132	14.028	104
9	Hutaraja	Muara Btg. Toru	5.832	5.826	6
10	Marancar Udik	Marancar	4.104	3.918	186
11	Danau Marsabut	Sipirok	18.269	17.609	660
12	Hanopan	Arse	3.615	3.095	520
13	Sipagimbar	SD. Hole	5.379	5.084	295
14	Simangambat	SD. Hole	2.769	2.714	55
15	Biru	Aek Bilah	5.462	4.264	1.198
JUMLAH			128.378	123.284	5.094

Sumber: Dinas Kesehatan dan KB Daerah Kabupaten Tapanuli Selatan 2008

Data di atas menunjukkan bahwa dalam pendistribusian kartu Jamkesmas tersebut ada 5.094 kartu yang tidak terdistribusi oleh Dinas Kesehatan dan KB Daerah Kabupaten Tapanuli Selatan. Berdasarkan verifikator independen di Dinkes KB Tapsel, bahwa penyebab tidak terdistribusinya kartu Jamkesmas itu antara lain:

1. Peserta yang terdaftar sudah meninggal dunia.
2. Perpindahan domisili. Dimana sebelumnya berdomisili di tempat yang terdata sementara pada saat pendistribusian sudah tidak tinggal di tempat yang ada di data BPS (pindah).
3. Terdaftarnya peserta di dua tempat (*double*).
4. Kartu Jamkesmas yang belum tercetak oleh PT. Askes.

Ini sesuai dengan apa yang dikemukakan Bapak Pengelola Jamkesmas Kabupaten bahwa:

“Ada memang sekitar 5.094 kartu yang tidak terdistribusi, yang disebabkan oleh beberapa hal, yaitu: peserta yang terdaftar sudah meninggal dunia; perpindahan domisili, dimana sebelumnya berdomisili di tempat yang terdata sementara pada saat pendistribusian sudah tidak tinggal di tempat yang ada di data BPS (pindah); terdaptarnya peserta di dua tempat (*double entry*); dan kartu Jamkesmas yang belum tercetak oleh PT. Askes. Sedangkan yang lain, yang tidak ada masalah kartunya sudah sampai ke tangan pemiliknya.” (ZB, Pengelola Jamkesmas Kabupaten, 8 April 2009)

Pelaksanaan Jamkesmas ini juga tetap didukung oleh pihak/instansi terkait seperti yang dikemukakan dalam kutipan wawancara berikut ini:

“Adapun yang menjadi stakeholder dalam pelaksanaan program Jamkesmas di Kabupaten Tapanuli Selatan, yaitu:

1. BPS Tapanuli Selatan
2. PT Askes
3. Inspektorat (Bawasda) Kabupaten Tapanuli Selatan sebagai pengawas
4. Dinas Kesehatan dan KB Daerah Kabupaten Tapanuli Selatan
5. RSUD Sipirok
6. Puskesmas/Pustu/Puskesmasdes.” (SH, Kepala Dinkes dan KB Tapsel, 6 April 2009)

4.2.1. Keunggulan Pelaksanaan Jamkesmas di Tapanuli Selatan

Berdasarkan data yang peneliti himpun selama penelitian, ada beberapa capaian sekaligus keunggulan yang dimiliki oleh pemkab Tapanuli Selatan bersama stakeholder-nya (Dinas Kesehatan dan KB, PT Askes, Rumah Sakit, Puskesmas dan lainnya) dalam pelaksanaan jamkesmas tersebut, diantaranya yaitu:

a. Kepesertaan

1. Telah tersusun *data base* nasional

Menurut Bapak Pengelola Jamkesmas Kabupaten, bahwa *data base* tentang data masyarakat miskin sebagai sasaran Jamkesmas telah dilaporkan pemkab Tapsel ke Depkes RI berdasarkan data yang dihimpun oleh BPS yang telah disahkan Bupati Tapsel. Berdasarkan pernyataannya:

“Data ini (masyarakat miskin) sebenarnya dikumpulkan oleh BPS, dengan kriteria masyarakat miskin yang sudah ditentukan oleh Depkes dalam Manlak dan Juknis Jamkesmas seperti: lantai tanah, dinding tebas, pendapatan dibawah dua puluh ribu rupiah per hari, makan satu hari sekali dan lainnya. Kemudian data ini kan disahkan oleh Bupati (di SK kan), untuk kemudian dikirimkan ke depkes sehingga terdaftar sebagai peserta Jamkesmas.” (ZB, Pengelola Jamkesmas Kabupaten, 8 April 2009)

Ini setidaknya memberikan kemudahan bagi pemerintah pusat dan daerah untuk pemanfaatan data tersebut untuk kepentingan yang sama atau berbeda kedepannya. Yang menjadi kontroversi sebenarnya adalah selain menjadi keunggulan bagi pihak terkait data ini juga dapat menjadi kendala karena ternyata data masyarakat miskin yang dihimpun BPS Tapsel ternyata belum valid, dimana masih ada masyarakat miskin yang belum terdaftar. Ini sesuai dengan keterangan Kepala RSUD Tapsel yang menyatakan bahwa:

“....Kendala lainnya yang pernah kami alami yaitu ketika ada masyarakat yang komplain ke RSUD Sipirok yang menginginkan pelayanan sebagai anggota Jamkesmas sementara dia tidak mempunyai kartu Jamkesmas atau tidak terdaftar, mereka mengatakan tidak pernah didatangi atau ditanyai oleh pemerintah (BPS). Sementara untuk pengambilan dana kompensasi BLT langsung mereka terdaftar.” (BJ, Kepala RSUD Sipirok, 25 April 2009)

2. Ada kepastian kepesertaan

Bapak Pengelola Jamkesmas Kabupaten menyatakan:

“Dengan terdaftarnya masyarakat miskin itu dalam data base nasional maka secara langsung mereka sudah menjadi anggota Jamkesmas dan hanya menunggu kartu yang didistribusikan dan dicetak oleh PT Askes. Seandainya masih ada juga masyarakat miskin yang tidak termasuk dalam data base atau tidak terdaftar dalam kuota yang berasal dari depkes maka pemda yang memberikan pendanaan pelayanan kesehatan seperti yang dirasakan oleh anggota Jamkesmas terdaftar...” (ZB, Pengelola Jamkesmas Kabupaten, 8 April 2009)

b. Pelayanan Kesehatan

Dengan adanya pedoman pelaksanaan (manlak) dan petunjuk teknis (juknis) standar yang sama untuk semua daerah memberikan peluang pelaksanaan jamkesmas lebih baik. Data laporan tiap daerah juga harus dilaporkan secara langsung (*online*) ke data base oleh semua pemerintah daerah sehingga memberikan rasa tanggung jawab yang lebih besar karena dapat dilihat atau diakses oleh semua daerah melalui situs resminya yaitu www.jpkm-online.net sehingga diperoleh keadaan sebagai berikut:

1. PPK cenderung menjadi lebih patuh terhadap standar-standar (standar yankes, obat, standar administrasi klaim dan standar verifikasi) .
2. Adanya standar administrasi klaim yang lebih baik.
3. Tidak mentolerir pelayanan kesehatan yang berlebihan diluar paket, dan pembayarannya melalui satu pintu.
4. Masyarakat miskin merasa terbantu sekali dengan adanya program Jamkesmas ini.

Ini berdasarkan keterangan dari Kepala RSUD Tapsel yang mengatakan:

“Manfaat atau keunggulan yang didapatkan dari pelaksanaan program Jamkesmas ini adalah PPK cenderung menjadi lebih patuh terhadap standar-standar (standar yankes, obat, standar administrasi klaim dan standar verifikasi), adanya standar administrasi klaim yang lebih baik, tidak mentolerir pelayanan kesehatan yang berlebihan diluar paket, dan pembayarannya melalui satu pintu, masyarakat miskin merasa terbantu sekali dengan adanya program Jamkesmas ini.” (BJ, Kepala RSUD Sapiro, 25 April 2009)

c. Pendanaan

1. penyaluran dana langsung ke rumah sakit dan puskesmas
2. pertanggungjawaban sah setelah di setuju verifikator independent dan direktur rumah sakit
3. secara umum, dengan dilakukan pemisahan fungsi verifikator dan pembayar, menunjukkan terjadinya rasionalisasi biaya yang tergambarkan dari terjadinya yankes terkendali mutu dan biaya

Ini sesuai dengan apa yang disampaikan oleh Bapak SH, yang menyatakan:

“Keunggulan pelaksanaan Jamkesmas ini adalah: Masyarakat miskin menjadi terbantu, terbentuknya data base masyarakat miskin secara nasional yang terkumpul di depkes dan telah disahkan oleh masing-masing kepala daerah, masyarakat miskin yang tidak terdaftar akan dibantu oleh pemda pengobatan dan pelayanan kesehatannya melalui santunan atau dana sosial, penyaluran dana langsung ke rumah sakit dan puskesmas sehingga pengelolannya susah dimanipulasi, pertanggungjawaban sah setelah di setuju verifikator independent dan direktur rumah sakit, dan dengan dilakukan pemisahan fungsi verifikator dan pembayar yang menunjukkan terjadinya rasionalisasi biaya yang tergambarkan

dari terjadinya yankes terkendali mutu dan biaya.” (SH, Kepala Dinkes dan KB Tapsel, 6 April 2009)

d. Organisasi dan manajemen

Bapak ZB menyatakan bahwa:

“... Kabupaten Tapanuli Selatan di Sumatera Utara termasuk yang unggul dalam manajemen pelayanan dan administrasi. Keunggulan lain dari pelaksanaan Jamkesmas yaitu peran fungsi pemerintah daerah lebih diberdayakan, mendorong adanya komitmen dan kontribusi pemda terhadap program pelayanan kesehatan masyarakat miskin, kepuasan masyarakat akan kinerja pemerintah karena dapat membantu mereka yang tidak mampu.” (ZB, Pengelola Jamkesmas Kabupaten, 8 April 2009)

Pernyataan ini didukung dengan adanya fakta bahwa Kabupaten Tapanuli Selatan tidak termasuk dalam daftar laporan daerah yang menjalankan Jamkesmas tidak sesuai dengan manlak. Ini sekaligus menjadi keunggulan dan motivasi bagi Kabupaten Tapanuli Selatan untuk melaksanakannya lebih baik lagi.

Adapun faktanya berdasarkan pada data berikut ini.

Tabel 4.5. Gambaran Laporan Pertanggungjawaban Keuangan yang Tidak Sesuai Manlak*)

NÖ	PROVINSI	NAMA RS/PPK	Σ DANA LUNCURAN
(1)	(2)	(3)	(4)
1	NAD	RS Cut Nyak Dhien Aceh Barat	4.410.299.370
		RSUD Dr.Fauziah Bireuen	9.270.030.400
2	SUMATERA UTARA	BKMM Medan	439.621.000
		RS Porsea Tpnl Utara	456.837.552
		RS Dolok Sanggul HbHasundutan	560.971.733
		RS Panyabungan Mdlg Natal	1.232.654.933

		RS Sidikalang Dairi	1.953.901.175
3	SUMATERA BARAT	RSUB Dr.A.Mochtar B.Tinggi	3.949.513.150
4	RIAU	RSUD Arifin Ahmad	8.213.098.9
5	JAMBI	RS. RD. Mattaher	5.859.349.440
		RS Jiwa Jambi	3.245.392.916
6	SUMATERA SELATAN	RSUP Moh. Hoesin	43.396.899.764
		RSUD Bari	5.559.635.551
		RSUD Kayu Agung	2.917.527.581
		PPK Ginjal & Hipertensi Widya Dharma	881.232.000
		RSUD Prabumulih	2.453.822.748
		RS H.M. Rabain	3.734.717.413
		RSUD Banyuasin	165.600.000
7	BENGGULU	RS Arga Makmur	656.496.720
8	KEP.RIAU	RSUD Karimun	1.213.459.640
9	BANGKA BELITUNG	RS. Tanjung Pandan	835.044.150
10	DKI JAKARTA	RSAB HARAPAN KITA	538.511.080
11	JAWA BARAT	RS. Hasan Sadikin	48.697.534.124
		RS. Immanuel	118.336.846
		RS. Paru Rotinsulu	2.379.646.600
		RS. PMI Bogor	7.284.257.942
		RS. Al-Ihsan	378.180.282
		RS. Bhakti Husada	198.650.574
12	JAWA TENGAH	RSUP dr Kariadi	35.342.856.678
		RSUD Brebes	2.973.400.678
		RS Dedy Jaya	629.608.367
		RS Margono S	19.991.660.818

		RSUD Cilacap	3.618.978.400
		RS Majenang	1.057.529.489
		RSU Wonosobo / RS Setjonegoro	2.686.409.869
		RSU Kota Salatiga	2.149.079.350
		RSU Islam Kustati	805.687.620
		RS Mitra Bangsa	293.431.200
		RSU dr. Soetrasno, Rembang	2.847.440.314
		BRSD Cepu	1.314.506.167
		RSU RA Kartini, Jepara	2.754.151.006
13	DIY	RS PKU Muhammadiyah Bantul	1.293.452.933
14	KALIMANTAN BARAT	RS Dr. Sudarso	25.856.699.421
15	KALIMANTAN TENGAH	RS Imanuddin	1.638.321.743
		RS Muara Teweh	938.947.300
		RS Puruk Cahu	141.263.550

Sumber: Dinas Kesehatan dan KB Daerah Kab. Tapsel dan www.jpkm-online.net

4.2.2. Hambatan Pelaksanaan Jamkesmas di Tapanuli Selatan

Faktor penghambat atau kendala yang dihadapi selama pelaksanaan Jamkesmas di Kabupaten Tapanuli Selatan berdasarkan hasil wawancara terhadap beberapa informan sebagai berikut.

Bapak SH menyatakan:

“Adapun hambatan pelaksanaan Jamkesmas ini yaitu: pertama, masih banyak pasien yang saat berobat ke RSUD Sipirok persyaratannya belum lengkap, khususnya yang dirujuk dari daerah yang jauh atau susah transportasinya dari ibukota kabupaten (seperti belum ada Kartu Jamkesmas, SKP rujukan daerah, surat rujukan RSUD, dan lainnya); kedua, PT Askes mengeluarkan SKP (Surat Keabsahan Peserta) “tidak prosedural” bagi pasien, karena: yang

menyerahkan persyaratan kepesertaan Jamkesmas kepada petugas PT Askes lebih dari waktu 2x24 jam sedangkan status pasien saat itu sementara sebagai pasien umum dan peserta Jamkesmas yang mempunyai kartu Jamkesmas dengan status ANAK/JANDA yang memerlukan perawatan karena melahirkan/SC; dan ketiga, PT Askes tidak mengeluarkan SKP untuk bayi yang lahir dari peserta Jamkesmas yang belum memiliki Kartu Jamkesmas, namun bayi tersebut memerlukan perawatan di RSUD Sapirook.” (SH, Kepala Dinkes dan KB Tapsel, 6 April 2009)

Bapak ZB mengemukakan:

“Ada beberapa hambatan yang kami hadapi dalam pelaksanaan Jamkesmas ini yaitu: pertama, banyaknya pasien yang saat masuk ke RSUD Sapirook dengan status umum, setelah menjalani perawatan atau menjelang pulang ingin berubah status menjadi gakin atau baru menunjukkan persyaratan gakin/jamkesmas. (alasan: masuk umum dulu karena ingin segera mendapat ruang rawat inap, atau karena sudah kehabisan biaya maka ingin berubah status menjadi gakin); kedua, identitas (seperti: nama atau tanggal lahir) yg tercantum di kartu Jamkesmas/Gakinda/SKM tidak sesuai dengan nama di KTP, KK, atau identitas lainnya; dan ketiga, adanya kasus penggunaan kartu jamkesmas milik orang lain.” (ZB, Pengelola Jamkesmas Kabupaten, 8 April 2009)

“Ada memang sekitar 5.094 kartu yang tidak terdistribusi, yang disebabkan oleh beberapa hal, yaitu: peserta yang terdaftar sudah meninggal dunia; perpindahan domisili, dimana sebelumnya berdomisili di tempat yang terdata sementara pada saat pendistribusian sudah tidak tinggal di tempat yang ada di data BPS (pindah); terdaptarnya peserta di dua tempat (double entry); dan kartu Jamkesmas yang belum tercetak oleh PT. Askes. Sedangkan yang lain, yang tidak ada masalah kartunya sudah sampai ke tangan pemiliknya.” (ZB, Pengelola Jamkesmas Kabupaten, 8 April 2009)

BJ menyatakan bahwa:

“Kendala yang kami alami dalam pelaksanaan Jamkesmas di rumah sakit yaitu: pertama, RSUD Sapirook sebagai RS rujukan dengan pelayanan sub-spesialistik pada umumnya memerlukan pembiayaan yang cukup besar untuk pelayanan kesehatan pasien gakin karena pemeriksaan dan pelayanan pun secara subspesialistik., sehingga pada beberapa kasus masih harus menggunakan pemeriksaan penunjang, tindakan atau obat-obatan/alkes non manlak; kedua, menurut Manlak Jamkesmas 2008, biaya transportasi rujukan dari rumah sakit ke rumah sakit lainnya menjadi tanggung jawab Pemerintah Daerah setempat (halaman 13), sehingga bagaimana halnya pembiayaan transportasi ambulans untuk pasien yang pulang baik dalam keadaan hidup atau meninggal, ini tidak ada dijelaskan atau diatur dalam Manlak Jamkesmas; ketiga, *double entry* data, peserta pindah daerah, kelahiran baru dan meninggal dunia, serta masih banyak maskin diluar data base yang berdasarkan SK Bupati Tapanuli Selatan; keempat, mekanisme pengelolaan dana pertanggung jawaban maskin diluar kuota masih belum mengikuti model dan mekanisme jamkesmas, seperti belum tersedianya dana kontribusi bagi semua masyarakat miskin yang tidak masuk dalam kuota berdasarkan keluhan mereka ke rumah sakit; dan kelima, masyarakat masih ada yang belum tahu tentang Jamkesmas dan prosedurnya. Kendala lainnya yang pernah kami alami yaitu ketika ada masyarakat yang komplain ke RSUD Sapirook yang menginginkan pelayanan sebagai anggota Jamkesmas sementara dia tidak mempunyai kartu Jamkesmas atau tidak terdaftar, mereka mengatakan tidak pernah didatangi atau ditanyai oleh pemerintah (BPS). Sementara untuk pengambilan dana kompensasi BLT langsung mereka terdaftar.” (BJ, Kepala RSUD Tapsel, 25 April 2009)

Dari beberapa fakta yang menjadi hambatan itu menurut para informan ternyata hampir sama dengan apa yang dialami di daerah lain juga. Informasi ini mereka peroleh ketika diadakannya sosialisasi Jamkesmas oleh Depkes untuk seluruh daerah di Indonesia, sosialisasi ini dilaksanakan setiap tahunnya. Sampai dengan

pengumpulan data oleh peneliti sosialisasi ini sudah dilaksanakan 2 (dua) kali yaitu di Batam dan terakhir baru-baru ini di Bandung. Tujuan sosialisasi itu sendiri adalah sebagai salah satu bentuk evaluasi pelaksanaan Jamkesmas di semua daerah di Indonesia. Sehingga akan dibahas solusi bagi permasalahan yang dihadapi oleh instansi terkait (dinas kesehatan dan rumah sakit) di masing-masing daerah, yang selanjutnya menjadi bentuk sharing dan komparasi antar daerah. Ini sesuai dengan pernyataan Bapak HH bahwa:

“Pertemuan sosialisasi ini dilaksanakan setiap tahunnya. Sampai dengan yang terakhir ini total pertemuan sosialisasi ini sudah dilaksanakan 2 (dua) kali yaitu di Batam pada tanggal 16-18 April 2008 dan terakhir baru-baru ini di Bandung tanggal 19-22 April 2009. Tujuan Pertemuan Sosialisasi ini adalah sebagai salah satu bentuk evaluasi pelaksanaan Jamkesmas di semua daerah di Indonesia. Sehingga akan dibahas solusi bagi permasalahan yang dihadapi oleh instansi terkait (dinas kesehatan, rumah sakit dan puskesmas) di masing-masing daerah, yang selanjutnya menjadi bentuk sharing dan komparasi antar daerah, sehingga lebih termotivasi dengan melihat keunggulan daerah lain atau dalam arti persaingan kompetitif yang sehat.” (HH, Kabid Promkes dan KB, 5 Mei 2009)

4.3. Implementasi *Good Governance* dalam Program Jamkesmas

Pelaksanaan Jamkesmas seperti pada tujuan awalnya juga menginginkan terwujudnya tata kelola yang lebih baik dari pada program sejenis sebelumnya, seperti: PKPS BBM, JPKMM, dan Askeskin. Salah satu perubahan pengelolaan itu yang paling menonjol adalah pada penyaluran dana Jamkesmas atau manajemen keuangannya, kalau pada program sebelumnya dana disalurkan melalui PT Askes, sementara pada program Jamkesmas ini langsung disalurkan ke Puskesmas maupun Rumah Sakit yang terdaftar meskipun masih ada campur tangan Dinas Kesehatan setempat. Seperti yang di jelaskan oleh Pengelola pelaksanaan Jamkesmas di Dinas Kesehatan dan KB Daerah Kabupaten Tapanuli Selatan, Bapak ZB, bahwa:

“Dinas Kesehatan bertindak sebagai pengelola Jamkesmas di Kabupaten Tapanuli Selatan. PT Askes sekarang cuma bertugas untuk mencetak kartu Jamkesmas saja, sementara masalah dana sudah diserahkan departemen langsung ke rumah sakit kita atau ke puskesmas. Hanya saja, dana untuk ke rumah sakit diserahkan berdasarkan klaim dari RS itu sedang yang ke puskesmas sudah ditentukan langsung dari pusat berdasarkan jumlah penduduk miskinnya.” (ZB, Pengelola Jamkesmas Kabupaten, 8 April 2009)

Peluang terjadinya bias dalam pelaksanaan Jamkesmas ini yang tidak sesuai dengan prinsip-prinsip *good governance* terletak pada proses klaim PPK atau rumah sakit setempat, sehingga seharusnya PPK dan RSUD Sipirok harus mengikuti prosedur sebagai berikut ini:

1. PPK menyampaikan klaim kepada Verifikator.
2. Verifikator melakukan penilaian kelaikan.
3. Verifikator mengirim hasil verifikasi kpd PPK.
4. PPK melakukan perbaikan dan melengkapi dokumen.
5. PPK mengajukan klaim ke Tim Pengelola Jamkesmas Pusat, dimana terdapat tandatangan bersama Koordinator Verifikator dan memberikan catatan jika ada ketidaksesuaian.
6. Verifikator Pusat melakukan verifikasi.
7. Verifikator Pusat memberikan umpan balik via Tim Pengelola Pst untuk klaim yang belum final.
8. Verifikator membantu menyelesaikan masalah.
9. Verifikator Pusat melakukan pembinaan periodik.

Tahapan ini juga sesuai dengan proses klaim yang ada di Manlak Jamkesmas yang dikeluarkan oleh Depkes RI.

Berikut ini adalah kutipan hasil wawancara yang mengemukakan pelaksanaan *good governance* dalam program Jamkesmas.

“Sebenarnya dengan melaksanakan prosedur Jamkesmas sesuai dengan Manlak Jamkesmas dengan baik berarti sudah menjalankan Jamkesmas itu berdasarkan prinsip-prinsip *good governance*. Dan itu yang sudah kami

upayakan selama tahun 2008. Terbukti, salah satunya dalam laporan manajemen keuangan yang tidak sesuai Manlak yang diterbitkan oleh Depkes RI Kabupaten Tapsel tidak termasuk didalamnya. Disamping itu, kami juga selalu mengusahakan pelayanan terbaik dan cepat, diantaranya yaitu: melakukan tindakan rasional terkendali yang sesuai prosedural bagi peserta, menggunakan formularium rumah sakit dan daftar tarif paket (INA DRG) dengan baik, dan melakukan penagihan klaim secara berkala dan tepat waktu sesuai ketentuan standar yang ada. Bentuk laporan pelaksanaan juga secara online dapat diakses masyarakat melalui situs resmi yang diterbitkan depkes yaitu www.jpkm-online.net, sehingga lebih transparan pelaksanaannya dibanding program serupa pendahulunya.” (SH, Kepala Dinkes dan KB Tapsel, 6 April 2009)

“Ini maksudnya agar Jamkesmas tepat sasaran kan pelaksanaannya? Ya kami dalam melaksanakan Jamkesmas ini selaluberpedoman pada prosedur yang ada seperti Manlak dan Juknis yang diberikan oleh depkes. Selain itu kami juga selalu berusaha secepat mungkin mengurus klaim-klaim dari rumah sakit serta segera mengirimkan laporan pelaksanaan yang diminta oleh depkes. Lagipula kami kan tidak berani untuk berbuat macam-macam karena ada pihak-pihak yang akan mengawasi kami.” (ZB, Pengelola Jamkesmas Kabupaten, 8 April 2009)

Sementara proses pelaporan pelaksanaan Jamkesmas di kabupaten Tapanuli Selatan, dilakukan dengan cara:

1. Verifikator PPK membuat laporan bulanan dan rekapitulasi klaim ke Tim Pengelola Jamkesmas Pusat dengan tembusan kepada Tim Pengelola Jamkesmas Kabupaten/Kota, Tim Pengelola Jamkesmas Provinsi.
2. Laporan bulanan memuat rekapitulasi klaim dan realisasi pembayaran klaim yang mencakup pelayanan RJTL, IGD, OCD dan RITL.
3. Laporan bulanan Verifikator PPK berpedoman pada format Laporan Hasil Verifikasi Jamkesmas.

Ini sesuai dengan kutipan wawancara berikut ini:

“Kami sebagai verifikator melakukan pertanggungjawaban dengan melaporkan pelaksanaan Jamkesmas tersebut ke pusat. adapun bentuk-bentuk pelaporannya itu adalah pertama: membuat Laporan Bulanan yang berisi penggunaan dana Jamkesmas, tindakan medis yang dilakukan dan lainnya, serta membuat rekapitulasi klaim ke Tim Pengelola Jamkesmas Pusat dengan tembusan kepada Tim Pengelola Jamkesmas Kab/Kota dan Tim Pengelola Jamkesmas Propinsi; kedua: laporan bulanan memuat rekapitulasi klaim dan realisasi pembayaran klaim yang mencakup pelayanan RJTL, IGD, ODC, RITL; dan ketiga: laporan bulanan Verifikator PPK berpedoman pada format laporan hasil verifikasi Jamkesmas.” (MH, Verifikator Independen, 25 April 2009)

Dengan melaksanakan Jamkesmas yang sesuai dengan pedoman pelaksanaan (manlak) Jamkesmas yang diputuskan oleh Menteri Kesehatan RI berarti Pemkab Tapanuli Selatan dan jajarannya telah melaksanakan manajemen Jamkesmas dengan baik dan akuntabel, salah satunya dalam manajemen keuangan Jamkesmas tersebut. Berikut adalah kutipan wawancara yang menyangkut akuntabilitas Dinkes dan KB Tapsel dalam pelaksanaan Jamkesmas.

“Kelengkapan data maupun informasi dinkes Tapsel sudah cukup baik, baik dia masalah jumlah gakin atau maskin; laporan pertanggungjawaban pelaksanaan Jamkesmas, dan kegiatan sosialisasi ke masyarakat yang telah kami laksanakan. Hanya saja kami terkendala dalam akurasi data maskin, berdasarkan laporan distribusi kartu Jamkesmas yang ada. Karena ternyata masih ada kartu yang tidak terdistribusi, yang disebabkan kematian, perpindahan tempat dan lain-lain. Data ini kami peroleh dengan kerjasama terhadap BPS Tapsel.” (ZB, Pengelola Jamkesmas Kabupaten, 8 April 2009)

“Kami sebagai verifikator sudah memeriksa data dan mengumpulkan informasi sebelum menyetujui klaim dari rumah sakit terhadap pembiayaan Jamkesmas dengan maksimal. Sampai sejauh ini akurasi dan kelengkapan laporan pelaksanaan Jamkesmas di Tapsel berjalan lancar dan baik. Ini dapat

dibuktikan dari informasi dari depkes bahwa Kab. Tapsel tidak termasuk dalam data daerah yang tidak menjalankan Jamkesmas sesuai dengan manlak yang ada.” (RB, Verifikator Independen, 8 April 2009)

Pertanggungjawaban pelaksanaan kegiatan Jamkesmas ini kami tuangkan dalam bentuk laporan. Yang nantinya akan kami kirim ke depkes atau tim pengelola jamkesmas pusat melalui Dinkes dan KB Tapsel, dengan tembusannya kepada Bupati, Tim Pengelola Jamkesmas Propinsi. Laporan yang kami kirimkan ini berupa laporan tiap bulan yang dihimpun dari rumah sakit dan puskesmas oleh verifikator. Sebenarnya pihak rumah sakit juga bisa langsung mengirimkan laporan melalui verifikator yang ada disana dengan tembusan ke Tim Pengelola Jamkesmas Kabupaten Tapsel, Tim Pengelola Jamkesmas Propinsi Sumut, dan Tim pengelola Jamkesmas Pusat; dengan cara cara yang sama dengan mengisi software laporan Jamkesmas kemudian dimasukkan ke CD dan dikirimkan beserta laporan mentahnya (berkas).” (ZB, Pengelola Jamkesmas Kabupaten, 8 April 2009)

Transparansi dalam pelaksanaan Jamkesmas di Tapsel diwujudkan melalui pemberian akses informasi kepada masyarakat, media massa, LSM dan bahkan peserta Jamkesmas itu sendiri terhadap seluruh kegiatan atau pelaksanaan Jamkesmas tersebut. Berikut adalah kutipan wawancara yang peneliti peroleh di lapangan terkait dengan transparansi.

“Semuanya, semuanya bisa mereka ketahui karena kami kan disini hanya menjalankan apa yang sudah diatur. Lagipula mereka bisa mengakses informasi dari masyarakat atau langsung melihat ke website resmi pelaksanaan Jamkesmas ini.” (SH, Kepala Dinkes dan KB Tapsel, 6 April 2009)

“Masyarakat mempunyai akses yang terbuka untuk mengetahui informasi yang ada seputar Jamkesmas ini, hanya saja kan mereka tidak terlalu memperhatikan itu yang penting mereka dapat dilayani dengan baik saja. Lagipula untuk masalah proseduralnya kami telah melaksanakan sosialisasi ke kecamatan-kecamatan. Disamping itu kami juga membuka akses bagi

masyarakat yang mempunyai keluhan atau ketidakpahaman tentang pelaksanaan Jamkesmas ini.” (SH, Kepala Dinkes dan KB Tapsel, 6 April 2009)

“Mereka dipersilahkan untuk memperoleh informasi yang sebanyak-banyaknya tentang Jamkesmas ini. kami juga mengadakan sosialisasi untuk menyebarkan info seputar Jamkesmas ini.” (ZB, Pengelola Jamkesmas Kabupaten, 8 April 2009)

Partisipasi dalam *good governance* ini bukan hanya terkait pada keterlibatan masyarakat saja tetapi juga terkait dengan partisipasi dari semua stakeholder untuk berkomitmen bersama-sama menjalankan program Jamkesmas dengan baik. Berikut ini adalah kutipan wawancara yang juga mengungkapkan tentang partisipasi para stakeholder.

“Dinas kesehatan sudah pasti terlibat karena bertugas sebagai pengelola Jamkesmas di Kab. Tapsel seperti melakukan sosialisasi, monitoring, dan penanganan keluhan masyarakat. Hanya saja tetap melakukan kerjasama dengan instansi lain seperti PT Askes untuk masalah kepesertaan; Dinas Nakertranssos untuk peluncuran dana bantuan sosial bagi maskin yang tidak terdaftar sebagai peserta Jamkesmas; Inpektorat bagian pengawasan dan BPS untuk pengumpulan data maskin. Semuanya tetap berhubungan secara sinergis dalam pelaksanaan Jamkesmas ini. ” (SH, Kepala Dinkes dan KB Tapsel, 6 April 2009)

“Seluruh stakeholder mulai dari Dinkes dan KB, Inspektorat, BPS, BPK, dan Dinas Nakertranssos bersama-sama melakukan tugasnya sesuai petunjuk yang diluncurkan depkes. Artinya, tidak ada yang berjalan sendiri-sendiri atau mengutamakan instansinya sendiri dalam hal pelaksanaan jamkesmas ini. Mereka kan sudah menjadi satu bagian dari pelaksanaan Jamkesmas ini, sehingga bila ada yang tidak melakukan tugas sesuai petunjuk tentu akan membuat pelaksanaan Jamkesmas ini berantakan atau terdistorsi. Jadi sampai sejauh ini seluruh stakeholder pelaksanaan Jamkesmas di Kab. Tapsel sudah berperan secara aktif.” (ZB, Pengelola Jamkesmas Kabupaten, 8 April 2009)

Sementara untuk masalah partisipasi masyarakat dalam pelaksanaan Jamkesmas tidak terlalu menonjol. Artinya, aspirasi mereka terhadap pelaksanaan Jamkesmas hanya bisa disampaikan ke Dinas Kesehatan dan KB Daerah Kabupaten Tapanuli Selatan dan selanjutnya dinkes dan KB Tapsel akan membawa aspirasi masyarakat itu sekaligus dengan permasalahan yang mereka temukan di lapangan ke forum dalam pertemuan sosialisasi Jamkesmas yang diadakan Depkes RI tiap tahunnya. Ini sesuai dengan kutipan wawancara berikut ini.

“Masyarakat (maskin) sebenarnya tidak banyak terlibat dalam pelaksanaan Jamkesmas ini, kan mereka adalah sasarannya. Lagipula program ini berasal dari pusat atas kebijakan pemerintah pusat. Meskipun demikian kami tetap menampung aspirasi masyarakat yang akan kami bawa ke forum di Pertemuan Sosialisasi Jamkesmas seperti baru-baru ini di Bandung. Hanya saja harapan kita sebagai pemerintah keterlibatan masyarakat itu kan bisa diwujudkan dalam bentuk partisipasi masyarakat dalam pengumpulan data maskin/gakin mereka atau pemberitahuan tentang domisili, penambahan anggota keluarga maupun kematian. Sehingga, data akan lebih akurat dan terus *update* untuk dimasukkan dalam data base pemda.” (ZB, Pengelola Jamkesmas Kabupaten, 8 April 2009)

Adapun pelaksanaan sosialisasi yang telah berlangsung adalah sebagai berikut:

1. Sosialisasi I, tanggal 16-18 April 2008, di Batam
2. Sosialisasi II, tanggal 19-20 April 2009, di Bandung

Pada waktu sosialisasi inilah kesempatan seluruh Pemda melalui perwakilannya yaitu dinas kesehatan masing-masing untuk memberi masukan dan memperoleh keterangan tentang pelaksanaan Jamkesmas yang tidak dimengerti dan tidak tercantum dalam Manlak Jamkesmas. Sehingga, harapan melalui sosialisasi ini adalah penyempurnaan pelaksanaan Jamkesmas secara nasional umumnya dan tiap daerah khususnya.

4.4. Faktor-Faktor yang Mendukung dan Menghambat Implementasi *Good Governance* dalam Pelaksanaan Jamkesmas di Tapanuli Selatan

Dalam pelaksanaan program Jamkesmas ini Dinas Kesehatan Kabupaten Tapanuli Selatan tetap berusaha untuk mewujudkan suatu pelaksanaan yang baik (*good governance*). Usaha-usaha tentunya akan selalu dipengaruhi oleh faktor-faktor pendukung maupun penghambat. Faktor pendukung akan mempermudah pencapaian *good governance* tersebut, sebaliknya faktor penghambat akan menjadi 'batu sandungan' bagi terwujudnya harapan mencapai pelaksanaan Jamkesmas yang akuntabel, transparan, dan partisipatif.

4.4.1 Faktor-Faktor yang Mendukung Implementasi *Good Governance*

Ada beberapa faktor yang mendukung terwujudnya *good governance* dalam pelaksanaan Jamkesmas ini. Berdasarkan temuan peneliti di lapangan baik dari pengamatan maupun hasil wawancara mendalam, diantaranya adalah:

1. Pelaksanaan Jamkesmas ini dipandu menurut ketentuan yang ada di Manlak dan Juknis pelaksanaan Jamkesmas. Sehingga ini akan memudahkan bagi Dinas Kesehatan dan KB Tapsel dalam melaksanakan Jamkesmas. Artinya, pelaksanaan Jamkesmas yang mengikuti prosedur sesuai Manlak dan Juknis tentu menghasilkan pelaksanaan yang baik juga.
2. Adanya website resmi Jamkesmas yang merupakan sarana untuk mengetahui perkembangan atau informasi terbaru seputar Jamkesmas di seluruh Indonesia.
3. Proses klaim yang harus terlebih dahulu diverifikasi oleh verifikator independen, sehingga akan menghindari terjadinya *mark-up* dana oleh pihak rumah sakit.
4. Akses masyarakat atau pihak luar yang terbuka terhadap informasi seputar Jamkesmas yang tentunya akan membentuk pengawasan umum oleh masyarakat terhadap pelaksanaan jamkesmas ini.

5. Rasa empati dan kemanusiaan terhadap masyarakat miskin tentu akan mendorong setiap individu-individu yang terlibat dalam pelaksanaan Jamkesmas untuk tidak melakukan penyelewengan. Artinya, pelayanan kesehatan gratis bagi miskin adalah bentuk perhatian bangsa terhadap orang tidak mampu, tentu sungguh naif apabila pelaksanaannya masih diselewengkan.
6. Sumber daya manusia yang mengelola Jamkesmas di Kabupaten Tapanuli Selatan; baik dia Tim Pengelolanya, Verifikator dan Pengawas jamkesmas adalah yang paling berkompotensi dan sudah berpengalaman sejak dikeluarkannya program-program yang sama sebelumnya. Ini sesuai dengan yang ada dalam kutipan wawancara berikut ini

“Kami dapat memaksimalkan pelaksanaan Jamkesmas ini karena Tim Pengelola Jamkesmas masih merupakan orang-orang yang dulunya bertugas menangani Askeskin. Kalau orangnya mungkin direkrut lagi yang baru pasti orang itu belajar lagi dari awal.” (ZB, Pengelola Jamkesmas Kabupaten, 8 April 2009)

7. Sistem pengawasan pelaksanaan Jamkesmas diserahkan ke Pemkab Tapanuli Selatan (di luar masyarakat) dan sama halnya juga untuk daerah lain, seperti pengawasan oleh Inpektorat, BPK, dan LSM daerah. Tentu pengawasan ini akan lebih efektif karena apabila pengawasannya dari pusat belum tentu mereka datang setiap bulannya, karena laporan pelaksanaan jamkesmas dibuat setiap bulan.

Berikut adalah hasil kutipan wawancara yang penulis peroleh terkait dengan penjelasan faktor-faktor pendukung implementasi prinsip-prinsip *good governance* dalam pelaksanaan Jamkesmas.

“Faktor yang mendukung implementasi *good governance* dalam pelaksanaan Jamkesmas ini kan adanya manlak dan juknis standar dari depkes yang sama untuk seluruh Indonesia, adanya pengawasan dari instansi yang ditunjuk juga

dari masyarakat, adanya transparansi seluruh pelaksanaan Jamkesmas di semua daerah melalui website resmi Jamkesmas. ...” (SH, Kepala Dinkes dan KB Tapsel, 6 April 2009)

“Hal-hal yang mendukung tercapainya *good governance* dalam pelaksanaan Jamkesmas diantaranya yaitu: pelayanan yang kami lakukan adalah berstruktur dan sistematis sesuai petunjuk teknis dengan standar pelayanan medik yang *cost effective* dan rasional; dana pengobatan diberikan langsung ke rumah sakit bahkan ada dana *cash flow* (seperti uang muka) yang akan kami pertanggungjawabkan dalam bentuk klaim dan ini sangat membantu. ...” (BJ, Kepala RSUD Tapsel, 25 April 2009)

4.4.2 Faktor-Faktor yang Menghambat Implementasi *Good Governance*

Adapun faktor-faktor yang menghambat terwujudnya *good governance* dalam program Jamkesmas ini, dapat dielaborasi melalui kutipan wawancara berikut ini.

“... Sementara yang menjadi faktor penghambatnya adalah masyarakat yang apatis; tumpang tindihnya tugas seperti: distribusi selain PT Askes, dinkes juga diberikan tugas untuk mendistribusikan kartu; pembiayaan bagi yang tidak mempunyai kartu Jamkesmas masih repot dan lama sementara masyarakat butuhnya mendesak.” (SH, Kepala Dinkes dan KB Tapsel, 6 April 2009)

“... Sedangkan hambatan yang kami jumpai adalah: biaya pengobatan, dimana kami masih mengutamakan penggunaan obat generik karena lebih murah sedang untuk membeli obat yang lebih bagus tergantung bagaimana nanti reaksi obatnya kan obat generik bagus juga sementara obat luar mahal; pelaksanaan Jamkesmas disini masih sebatas bersifat kuratif atau belum mampu secara maksimal melakukan pencegahan (*preventif*).” (BJ, Kepala RSUD Tapsel, 25 April 2009)

Berdasarkan hasil wawancara mendalam di atas dan temuan peneliti di lapangan yang diperoleh dari hasil pengamatan, dapat diidentifikasi faktor-faktor yang menghambat terwujudnya implementasi prinsip-prinsip *good governance* dalam pelaksanaan program Jamkesmas, yaitu:

1. Pengumpulan data maskin dengan tenaga terbatas sementara waktu pengumpulannya tidak lama, sehingga datanya tidak akurat; bahkan ada masyarakat yang mampu tapi terdaftar sebagai peserta Jamkesmas dan sebaliknya ada maskin yang terdaftar dalam penerima BLT langsung tapi tidak terdaftar sebagai peserta Jamkesmas. Seperti kutipan wawancara berikut ini.

“Saya gak ngerti dek gimana pemerintah menentukan siapa yang mendapat karu Jamkesmas ini. karena ada beberapa teman saya yang tidak terdaftar sebagai peserta Jamkesmas , padahal waktu dapat duit dari kantor pos yang dana BLT langsung itu namanya ada dan dia dapat. Bukannya BLT dan Jamkesmas ini sama-sama buat orang miskin. Mungkin waktu itu pak lurah gak betul mendatanya.” (EM, Peserta Jamkesmas, 2 Mei 2009)

2. Masih ada lurah yang mengumpulkan data maskin dengan tidak objektif. Memasukkan anggota keluarganya atau orang-orang terdekatnya sebagai maskin dalam pendataan sekalipun anggota keluarganya itu mampu atau tidak tergolong sebagai maskin (tindakan korupsi, kolusi dan nepotisme atau KKN). Ini sesuai dengan kutipan wawancara berikut ini.

“Saya rasa masyarakat sini juga tahu bahwa pak lurah A itu memasukkan aja semua keluarganya sebagai anggota Jamkesmas. Padahal dek, keluarga pak lurah kan banyak yang mampu, punya honda (motor) lagi.” (EM, Peserta Jamkesmas, 2 Mei 2009)

3. Adanya tugas yang tumpang tindih, seperti: distribusi selain PT Askes Tapsel, Dinkes dan KB Tapsel juga diberikan tugas untuk mendistribusikan kartu.
4. Dana yang disiapkan dari APBD tidak mencukupi sepenuhnya untuk membiayai pelayanan kesehatan maskin yang tidak terdaftar sebagai anggota Jamkesmas.
5. Pelaksanaan Jamkesmas di Kabupaten Tapanuli Selatan belum bisa mencapai arah kebijakan yang diharapkan yaitu preventif (mencegah), menanggulangi (kuratif), dan pengembangan (*developmental*). Jadi yang berjalan sampai penelitian ini dilakukan masih lebih bersifat kuratif saja.
6. Sikap apatis masyarakat, terutama soal pemberitahuan penambahan/pengurangan anggota keluarga atau perpindahan domisili.
7. Pengawasan terhadap pelaksanaan jamkesmas ini yang masih kurang, baik dari pengawas dari Pemkab Tapsel, masyarakat dan LSM, dan terutama dari pusat. Dimana selama pelaksanaan Jamkesmas ini pusat baru sekali saja datang ke Kabupaten Tapanuli Selatan. Ini sesuai dengan kutipan wawancara berikut ini.

“Ada juga tim pengawas dari depkes, pernah datang tapi hanya sekali di bulan November 2008 lalu. Mungkin mereka hanya *cross check* data saja, dan selanjutnya menyerahkan pengawasan pada pihak yang ada di daerah seperti Inspektorat, BPK, LSM dan Media Massa.” (ZB, Pengelola Jamkesmas Kabupaten, 8 April 2009)

BAB 5

IMPLEMENTASI PRINSIP-PRINSIP *GOOD GOVERNANCE* DALAM PELAKSANAAN PROGRAM JAMKESMAS

Pemerintah sudah sepatutnya melakukan suatu tindakan meluncurkan kebijakan publik yang sesuai dengan kebutuhan rakyat. Artinya, ditengah himpitan ekonomi yang melanda masyarakatnya yang tentunya sangat dirasakan sekali oleh masyarakat miskin, pemerintah harus mampu dan sigap mengeluarkan berbagai bentuk program kebijakan sosial yang mendukung kaum yang lemah (miskin) untuk mendukung terwujudnya sistem jaminan sosial nasional.

Melalui program-program yang dikeluarkan pemerintah seperti BLT langsung, Raskin (beras miskin), dan Jamkesmas ini; harapan akan adanya perbaikan kehidupan masyarakat kurang mampu sedikit terbuka. Meskipun sebagian pendapat menyatakan program ini masih berdifat *charity* bukan pemberdayaan. Tapi setidaknya ini merupakan salah satu cara yang baik oleh pemerintah untuk melindungi masyarakat miskin dari himpitan ekonomi yang semakin lama membuat masyarakat itu termarginal dari masyarakat yang cukup mampu atau bahkan lebih mampu menghadapi himpitan ekonomi. Untuk itu, pengelolaannya harus mengimplementasikan prinsip-prinsip *good governance* yang akuntabel, transparan dan partisipatif.

Implementasi prinsip-prinsip *good governance* dalam pelaksanaan program Jamkesmas di Dinas Kesehatan dan KB Kabupaten Tapanuli Selatan selama tahun 2008 merupakan fokus dalam penelitian ini. Pada bab ini, akan dibahas hasil temuan lapangan tentang implementasi prinsip-prinsip *good governance* dalam pelaksanaan program Jamkesmas beserta faktor-faktor yang dapat mendukung dan menghambat implementasi prinsip-prinsip *good governance* tersebut. Masing-masing prinsip akan dibahas berdasarkan alat ukurnya dan kemudian pembahasan ini peneliti kaitkan dengan berbagai teori yang terdapat pada bab 2.

5.1 Prinsip Akuntabilitas

Akuntabilitas seperti yang dikemukakan Budiardjo (Bab 2, hal. 32) merupakan bentuk pertanggungjawaban publik oleh pihak yang diberi mandat untuk memerintah mereka yang diberi mandat itu. Artinya, akuntabilitas itu bermakna pertanggungjawaban pelaksanaan mandat dengan menciptakan kondisi yang sesuai dengan apa yang menjadi tujuan mandat itu secara prosedural. Bentuk pertanggungjawaban ini bukan hanya sekedar formalitas tapi lebih pada usaha imperatif untuk memberikan pertanggungjawaban seutuhnya oleh mereka yang menjalankannya secara moril terhadap seluruh lapisan masyarakat, termasuk di dalamnya yang memberikan mandat itu sendiri.

Terkait dengan pelaksanaan Jamkesmas, Dinas Kesehatan dan KB Tapsel berdasarkan hasil penelitian telah mampu menjalankan Manlak dan Juknis Jamkesmas dengan baik. Sehingga berdasarkan laporan pertanggungjawaban keuangan yang tidak sesuai manlak (Bab 4, hal. 109-112), Kabupaten Tapanuli Selatan tidak termasuk dalam daftar laporan tersebut. Berdasarkan kenyataan tersebut di satu sisi berarti pelaksanaan Jamkesmas di Kabupaten Tapanuli Selatan dilakukan dengan akuntabel oleh Dinas Kesehatan dan KB Daerah Kabupaten Tapanuli Selatan.

Penting bagi setiap program kebijakan pemerintah untuk dapat dipertanggungjawabkan pelaksanaannya, baik kepada yang berwenang (dari pelaksana kepada yang bertanggung jawab) maupun kepada masyarakat sebagai sasaran dari setiap kebijakan pemerintah. Tanpa adanya tanggung jawab yang dilakukan secara moralitas maupun formalitas (wajib) tentu pelaksanaan suatu program itu akan sangat kacau dan sarat akan penyelewengan maupun pelanggaran. Demikian halnya juga dalam pelaksanaan Jamkesmas ini, daerah yang tidak melaksanakan Jamkesmas sesuai pedoman tentunya harus dipertanyakan apa menjadi penyebabnya dan selanjutnya ditelusuri. Kalau memang ada kendala, dicari jalan keluarnya dan kalau ada pelanggaran maupun penyelewengan harus ditindak dengan adil dan bijak oleh pemerintah atau yang berwenang. Perlu ketegasan bertindak bagi pemerintah dalam menyikapi hal-hal seperti ini, agar ini tidak menjadi patologi

(penyakit) birokrasi yang komplikatif dan kronis di pemerintahan daerah maupun nasional.

Dinas Kesehatan dan KB Tapanuli Selatan dalam pelaksanaan program Jamkesmas ini mengupayakan agar pelaksanaan Jamkesmas tetap tepat sasaran dan pelaksanaannya dilakukan sesuai pedoman pelaksanaan seperti yang dikemukakan oleh Bapak Kepala Dinas Kesehatan dan KB Tapsel (SH, 6 April 2009). Meski demikian, terkadang ada hal-hal yang harus disikapi oleh instansi-instansi terkait dalam pelaksanaan Jamkesmas ini secara bijak dan tepat guna. Artinya, pemerintah daerah harus bisa mengambil langkah strategis dan efektif apabila ada hal-hal yang mendesak mengenai pelaksanaan Jamkesmas di lapangan tetapi tidak dijelaskan dalam manlak maupun juknis Jamkesmas. Setidaknya pemda harus tanggap dalam berbagai situasi, lagipula pemda bisa menghubungi tim pengelola Jamkesmas pusat untuk hal-hal yang tidak dipahami via telp, faks maupaun surat. Untuk itu, menurut hemat peneliti keputusan pemda tapsel melalui dinas kesehatan dan KB untuk mengusahakan keanggotaan Jamkesmas bagi anak penderita *hydrichepalus* pada kasus di tapsel (SH, Kepala Dinkes dan KB Tapsel, 6 April 2009) merupakan salah satu langkah yang cukup bijaksana dan patut ditiru daerah lain dalam pelaksanaan Jamkesmas di daerah masing-masing. Hanya saja lagi-lagi ini harus betul-betul dilakukan secara bertanggung jawab agar tidak ditunggangi kepentingan lain, seperti kepentingan untuk mendapatkan penambahan biaya Jamkesmas di daerah tapsel (sebagai contoh) untuk mengantisipasi kejadian yang sama atau lebih berat.

5.1.1 Visi dan Misi

Perumusan rencana strategis suatu instansi/lembaga pemerintahan daerah secara langsung akan mengikuti apa yang menjadi perencanaan daerahnya. Maka demikian halnya Dinas Kesehatan dan KB Tapanuli Selatan menuangkan visi dan misi berdasarkan tujuan pemerintah daerahnya untuk menciptakan peningkatan kesehatan masyarakatnya secara signifikan. Penuangan visi dan misi ke dalam program akan mengacu pada apa yang menjadi kebutuhan daerah tersebut mulai dari

sarana dan prasarana kesehatan, tenaga medis, kelengkapan obat, prosedur pelayanan yang efektif dan efisiensi.

Dinas Kesehatan dan KB Tapsel sendiri mempunyai tanggung jawab untuk melayani masyarakatnya secara optimal dalam pelayanan kesehatan. Untuk itu terkait dengan pelaksanaan Jamkesmas ini merupakan bentuk kebijakan pusat yang harus disesuaikan dan disinergikan dengan program yang dijalankan daerah. Program Jamkesmas ini tentunya tidak akan menghambat tujuan pembangunan di bidang kesehatan di semua daerah. Jamkesmas justru menjamin hak-hak warga masyarakat yang kurang mampu untuk mendapatkan pelayanan standar kesehatan dari pemkab tapsel melalui dinas kesehatan. Oleh karena itu, program Jamkesmas tidak akan menghambat rencana strategis pemerintahan, justru Jamkesmas membantu pemerintah daerah melayani masyarakat di bidang pelayanan kesehatan.

Visi dan misi Dinas Kesehatan dan KB Tapsel berdasarkan hasil penelitian memang sudah sesuai dengan apa yang menjadi kebutuhan masyarakat. Ini dapat terlihat dalam kenyataan bahwa kehadiran program Jamkesmas yang berasal dari pusat dapat dimanfaatkan dan sangat membantu bagi daerah untuk melayani masyarakatnya. Peneliti berasumsi untuk pencapaian yang lebih optimal lagi sebaiknya Dinas Kesehatan dan KB Tapanuli Selatan harus mempunyai pandangan dan kesadaran tanggung jawab bahwa visi itu tidak sekedar "janji-janji manis" saja tanpa dibarengi kinerja yang tinggi melainkan merupakan suatu tujuan yang harus dicapai secara efektif, efisien dan bertanggung jawab dalam setiap priode pemerintahan yang berlangsung dan berkelanjutan (*sustainable*). Berkelanjutan artinya dalam penanganan masalah kesehatan tidak ada istilah kasus selesai atau case off karena penanganan kesehatan itu selalu berlanjut dan terus berhubungan. Merupakan tindakan yang naif dan fatal sekali jika masalah politik sudah mempengaruhi sampai pada tindakan pelayanan kesehatan. Tanggung jawab pelayanan kesehatan secara kasar dapat kita anggap sebagai bentuk tanggung jawab akan nyawa seseorang.

Dalam menuangkan visi dan misi sebenarnya suatu instansi pemerintahan tidak perlu berbicara muluk-muluk tapi tidak direalisasikan. Apalagi dengan kondisi

masyarakat sekarang ini yang sangat kritis karena mungkin sudah sering tertipu dengan janji-janji politis saja. Masyarakat sekarang lebih membutuhkan bukti bukan hanya janji. Lagipula merupakan tindakan yang ceroboh apabila perencanaan strategis pemerintah diperbuat atas dasar hitung-hitungan trend atau gengsi antar instansi saja tanpa melihat pada potensi daerahnya (baik sumber daya manusia dan sumber daya alam) serta anggaran yang dimiliki daerah tersebut. Apalagi anggaran untuk kesehatan inikan butuh dana yang sangat besar. Oleh sebab itu, visi dan misi Dinas Kesehatan dan KB Tapsel (Bab 4, hal.79) untuk memelihara dan meningkatkan pelayanan kesehatan yang paripurna, bermutu, merata, dan terjangkau merupakan poin unggulan untuk mampu mengoptimalkan pelayanan kesehatan masyarakat dalam mewujudkan derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya sesuai cita-cita bangsa.

5.1.2 Job Description (acuan pelayanan)

Dalam program Jamkesmas, pedoman pelaksanaan (Manlak) dan petunjuk teknis (Juknis) Jamkesmas menjadi standar acuan pelayanan kesehatan bagi pesertanya. Melaksanakan Jamkesmas sesuai dengan prosedurnya merupakan tanggung jawab bersama oleh para stakeholder-nya. Jadi dengan melaksanakan Jamkesmas sesuai prosedurnya berarti Dinas Kesehatan dan KB Tapsel telah melaksanakan Jamkesmas baik sesuai dengan *good governance* seperti yang dikemukakan sebelumnya oleh Syafruddin (Bab 1, hal. 4).

Pada intinya setiap peserta Jamkesmas mempunyai hak mendapatkan 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 (HH, Bab 4 hal. 97). Sehingga, derajat kesehatan masyarakat melalui Jamkesmas ini setiap tahunnya semakin meningkat secara signifikan. Mengenai tata laksana pelayanan kesehatan oleh Jamkesmas ini sudah diatur dalam manlak (yaitu: Manlak Jamkesmas, hal. 9).

Pelaksanaan Jamkesmas yang akuntabel juga akan terwujud apabila pelayanan dilakukan berdasarkan acuan pelayanan (*job description*) oleh pemda,

dalam hal ini khususnya Dinas Kesehatan dan KB Tapsel. Standar pelayanan ini tentu akan menyangkut juga pada sumber daya yang ada, baik dia tenaga profesionalnya maupun sarana dan prasarana pendukung pelayanan tersebut.

Berdasarkan pengamatan peneliti masih ada kekurangan dalam hal pemenuhan tenaga profesional seperti: dokter umum, dokter spesialis, bidan dan perawat atau tenaga medisnya. Dengan jumlah dokter yang masih minim di RSUD Sipirok sebagai rumah sakit kabupaten seperti yang dijelaskan sebelumnya (Bab 4, hal. 100) tentu akan mengalami keterbatasan dalam mengoptimalkan pelayanan. Peneliti mengamati ada pembentukan ketertarikan para pegawai maupun tenaga medis untuk bekerja berada lebih dekat ke ibukota kabupaten daripada harus ke desa-desa atau kelurahan lain yang membutuhkan tapi jarak tempuh ke ibukota lebih jauh. Keadaan ini tentu sangat naif sekali, dimana masih ada SDM yang belum memahami sepenuhnya tugas yang diembannya merupakan wujud pengayoman pada masyarakat. Bukankah masalah kesehatan masyarakat juga merupakan hak asasi bagi setiap masyarakat dan bagi para pelaksana kebijakan bidang kesehatan tersebut merupakan suatu kewajiban untuk siap bekerja di daerah mana saja karena mereka yang memilih untuk menjadi seorang dokter, perawat, dan lain-lain.

Untuk itu, peneliti juga berasumsi bahwa ketegasan pemerintah daerah Tapanuli Selatan menjadi langkah yang sangat penting untuk menciptakan situasi yang kondusif dan stabil dalam penempatan tenaga medis dan pegawai kesehatan sesuai dengan kebutuhan di masing-masing daerah (baik desa, kelurahan atau kecamatan). Sehingga tidak lagi berdasarkan keinginan mereka sendiri, demi menghindari terjadinya permasalahan baru. Sedang untuk masalah pemenuhan sarana dan prasarana kesehatan Pemkab Tapsel dengan jumlah penduduk yang lumayan banyak, sudah sepantasnya memiliki setidaknya satu atau dua puskesmas untuk setiap kecamatan, dan tentunya juga diisi oleh tenaga medis maupun pegawai kesehatan secara merata dan sesuai kebutuhan. Dengan begitu tentu standar pelayanan kesehatan yang diharapkan akan terpenuhi oleh Pemkab Tapsel, ini sesuai dengan teori yang dikemukakan oleh *Asian Development Bank* (Bab 2, hal. 34).

5.1.3 Laporan Pertanggungjawaban

Berdasarkan hasil penelitian peneliti selama di Dinas Kesehatan dan KB Tapsel, instansi ini sudah melakukan mekanisme laporan pertanggungjawaban pelaksanaan Jamkesmas sesuai dengan apa yang menjadi tugas masing-masing seperti yang tertulis dalam manlak dan juknis, baik dia oleh Tim Pengelola Jamkesmas Kabupaten bersama Verifikator Independen maupun yang berasal dari RSUD dan Puskesmas. Artinya, dalam hal ini Dinas Kesehatan dan KB Kabupaten Tapanuli Selatan melakukan pertanggungjawaban pelaksanaan jamkesmas tersebut sesuai standar acuannya dan ini dapat terbukti dari laporan kabupaten/kota yang tidak melaksanakan Jamkesmas sesuai manlak yang dikeluarkan Depkes RI dan melalui websitenya (Bab 4, hal.109-112), dimana Kabupaten Tapanuli Selatan tidak termasuk salah satu diantaranya.

Laporan pertanggungjawaban ini juga dapat berguna sebagai bahan evaluasi pelaksanaan Jamkesmas di Kabupaten Tapanuli Selatan. Seluruh laporan pelaksanaan Jamkesmas dari tiap daerah akan terakumulasi di pusat, untuk kemudian diidentifikasi kecocokan antara laporan dan pelaksanaannya sehingga dapat dinilai apa kelemahan dan apa yang harus dipertahankan selanjutnya dalam pelaksanaannya. Disamping itu, dari semua laporan pertanggungjawaban yang masuk akan dapat dikomparasikan pelaksanaan Jamkesmas di tiap daerah. Ini sesuai dengan konsep proses kebijakan yang dikemukakan oleh Dunn (Bab 2, hal.56), dimana setelah dilaksanakannya suatu kebijakan maka perlu diadakan penilaian atau dalam pendapat lain dapat juga diartikan sebagai evaluasi kebijakan. Penilaian kebijakan/program ini berguna untuk mengetahui sejauhmana pencapaian yang diperoleh dalam pelaksanaan Jamkesmas tersebut apakah sesuai dengan ekspektasi pemerintah, sekaligus juga untuk memperoleh informasi atau mengidentifikasi kelemahan dan hambatnya sehingga untuk pelaksanaan kedepannya lebih efektif, efisien dan lebih tepat sasaran.

Perlu juga untuk disadari oleh para *stakeholder* bahwa penatakelolaan pelaksanaan jamkesmas dengan baik yang sesuai prosedur mengharuskan penggunaan ataupun usaha untuk merancang bangun perumusan kebijakan, proses implementasi kebijakan dan evaluasi kebijakan itu berjalan secara sinergis dan baik

serta dapat dipertanggungjawabkan kepada masyarakat (khususnya masyarakat miskin) sebagai sasaran pelaksanaannya. Artinya, pertanggungjawaban pelaksanaan Jamkesmas oleh Dinas Kesehatan dan KB Tapsel benar-benar belandaskan kepentingan dan harapan masyarakat sehingga tidak hanya sekedar formalitas saja. Pertanggungjawaban formalitas atau yang dituntut secara prosedur pelaksanaan tanpa ada rasa tanggung jawab pada masyarakat akan lebih berpeluang untuk terjadinya penyelewengan dan tidak obyektif. Untuk itu, masyarakat juga perlu mengawasi secara aktif kinerja Dinas Kesehatan dan KB Tapsel dalam pelaksanaan program Jamkesmas dan menemukan kecocokan antara laporan dengan pelaksanaan di lapangan.

Peneliti dalam hal ini tidak berusaha untuk menjustifikasi bahwa Dinas Kesehatan dan KB dalam melakukan laporan pertanggungjawaban hanya bersifat formalitas saja. Sebaliknya, peneliti berusaha membangkitkan kesadaran kita semua (bukan hanya Dinas Kesehatan dan KB Tapsel) bahwa ini adalah program kepedulian pemerintah dari kita terhadap masyarakat miskin yang sangat minim sekali aksesnya terhadap pelayanan kesehatan dan tentunya membutuhkan biaya atau anggaran yang sangat besar sekali. Dengan demikian, terlalu tega kita sebagai bagian dari rakyat bangsa ini apabila untuk hak orang miskin (tidak mampu) pun masih diselewengkan pelaksanaannya. Harapan dari pelaksanaan program Jamkesmas ini adalah peningkatan derajat kesehatan masyarakat secara signifikan. Sehingga, dengan meningkatnya derajat kesehatan masyarakat khususnya di Tapsel akan mengangkat derajat kesejahteraan masyarakatnya pula.

5.1.4 Sistem Pengelolaan Keuangan

Program Jamkesmas Tahun 2008 sistem pengelolaan keuangannya ditangani langsung oleh Tim Pengelola Jamkesmas Pusat di Depkes RI. Pelaksanaan pengelolaannya dilakukan dengan pemberian langsung melalui PT. Pos Indonesia ke Puskesmas untuk dipergunakan sesuai petunjuk teknis yang dikeluarkan oleh Ditjen Bina Kesehatan Masyarakat (Binkesmas). Sedang untuk Rumah Sakit dan pelayanan rujukan lain, dipertanggungjawabkan dalam bentuk klaim yang besaran tarifnya

tercantum dalam pedoman pelaksanaan jamkesmas tahun 2008. Untuk rumah sakit ada juga luncturan dana awal (seperti uang muka) yang harus dipertanggungjawabkan dalam bentuk klaim untuk menghindari *cash flow*.

Pengelolaan keuangan yang seperti ini menurut peneliti cukup efektif untuk menghindari tindak korupsi, terutama untuk penyaluran dana langsung oleh Depkes RI ke Puskesmas melalui pengambilan dana di kantor PT POS. Sedang yang untuk rumah sakit ini menurut peneliti masih berpotensi untuk diselewengkan oleh pihak rumah sakit jika bekerja sama dengan Verifikator. Karena tentunya jumlah pembiayaan di rumah sakit lebih besar dananya daripada puskesmas sehingga sangat menyilaukan bagi orang-orang yang tidak bermoral. Sementara untuk proses klaim dari rumah sakit yang memverifikasi benar tidaknya laporan dari rumah sakit adalah verifikator independen yang ada di daerah.

Di Dinas Kesehatan dan KB Tapsel memang kejadian ini belum terjadi, berdasarkan pengamatan peneliti, berita yang ada maupun informasi lainnya. Tapi bukan tidak mungkin hal yang ditakuti seperti peneliti jelaskan sebelumnya bisa juga terjadi di Dinas Kesehatan dan KB Tapsel. Peluangnya sangat terbuka peneliti duga karena selain dana yang besar, rasa persaudaraan (kesukuan) yang dimanfaatkan secara negatif untuk bekerja sama, dan program pusat untuk daerah dapat memicu peluang terjadinya penyelewengan dana Jamkesmas ini. Apalagi sistem pengawasan dari pusat kurang karena mempercayakan pengawasan pada instansi/lembaga pengawas di daerah.

Dari sisi masyarakat juga ada hal-hal yang diperhatikan tentang pelaksanaan Jamkesmas ini. Menurut pengamatan peneliti meskipun program Jamkesmas ini cukup baik dan banyak membantu tapi sekaligus juga beresiko untuk melemahkan mental masyarakat untuk memanfaatkan fasilitas dari kebijakan yang ada, terutama masalah pembiayaan. Seharusnya dalam hal pembiayaan masyarakat miskin di tapsel juga harus tahu jika bebannya tidak sepenuhnya ditanggung oleh pemerintah pusat terutama untuk mereka (miskin) yang dibantu dari dana sosial pemda setempat. Contoh: apabila ada masyarakat yang melakukan cuci darah maka biaya tidak sepenuhnya ditanggung oleh pusat karena biayanya cukup tinggi. Oleh karena itu, hal

yang perlu disadari adalah jika semua biaya pengobatan dibiayai berarti itu juga bisa mengurangi hak masyarakat miskin lainnya. Ini yang sering terlewatkan oleh kita sebagai masyarakat. Seharusnya masyarakat harus tergugah untuk melakukan swadaya dalam bidang kesehatan sebagai dana pendamping bagi si penderita, misalnya dengan memaksimalkan organisasi atau lembaga sosial di masyarakat seperti: Dompot Peduli Umat (DPU), Serikat Tolong Menolong (STM) di Tapsel, dan lainnya yang dapat memberikan dana bantuan sosial pada masyarakat miskin atau tidak mampu.

Masyarakat dan pemberi pelayanan kesehatan tidak perlu bingung karena mekanisme Jamkesmas serupa dengan Askeskin. Bedanya, pembayaran klaim pelayanan langsung dari kas negara ke rekening setiap RS tidak lagi melalui kantor PT Askes, untuk mempercepat waktu pembayaran klaim. Mekanisme baru ini justru lebih transparan karena langsung disalurkan kepada instansi/unit yang menangani pelayanan kesehatan masyarakat seperti: rumah sakit dan puskesmas. Sesuai Undang-undang APBN, pengelolaan dana Jamkesmas tidak mesti oleh pihak ketiga lagi, tapi itu akan tergantung pada pemilik dana, yaitu Depkes. Program ini dikelola langsung oleh Depkes dengan membentuk tim pengelola Jamkesmas di setiap daerah, dan pembayaran pada pemberi pelayanan kesehatan dari keuangan negara. Hanya saja, pembayaran untuk masyarakat yang tidak masuk dalam kuota ini menjadi tanggung jawab pemda setempat.

Dari beberapa penjelasan sebelumnya berdasarkan alat ukur prinsip akuntabilitas di atas dapat peneliti simpulkan bahwa implementasi prinsip akuntabilitas oleh Dinas Kesehatan dan KB Kabupaten Tapanuli Selatan sudah berjalan dengan baik. Hanya saja, masih ada hal-hal yang perlu diperhatikan oleh Dinas Kesehatan dan KB Tapsel untuk lebih mengoptimalkan pengelolaan Jamkesmas terkait dengan prinsip akuntabilitas ini, seperti: ketepatan pelaporan, publikasi kinerja dinas kesehatan dan KB tapsel terkait dalam pelaksanaan Jamkesmas pada masyarakat dan pengelolaan keuangan yang lebih bermartabat dan mempunyai mental yang bertanggung jawab moral kepada Tuhan dan masyarakat untuk menghindari penyelewengan.

5.2 Prinsip Transparansi

Pelaksanaan program Jamkesmas tentunya akan menyedot perhatian orang banyak karena ini menyangkut dengan kebijakan sosial berbentuk kepedulian dengan sasaran masyarakat kurang mampu atau masyarakat miskin. Disamping itu, anggaran yang digunakan pun cukup besar untuk program Jamkesmas ini. Oleh karena itu perlu adanya keterbukaan dalam pelaksanaannya. Tujuan jamkesmas ini pun pada hakikatnya adalah untuk menciptakan pelaksanaan program penjaminan hak masyarakat miskin di bidang kesehatan secara akuntabel dan transparan. Selain itu, bersifat transparan dalam penyelenggaraan program Jamkesmas ini oleh Dinas Kesehatan dan KB Kabupaten Tapanuli Selatan dapat ditenggarai dengan tingginya derajat aksesibilitas publik terhadap informasi yang terkait dengan pelaksanaan Jamkesmas itu. Dengan demikian publik dapat melihat apakah pelaksanaan Jamkesmas di Tapsel berjalan baik atau tidak.

Pengawasan juga menjadi bagian penting dalam mewujudkan *good governance* melalui prinsip transparansinya. Pengawasan ini merupakan alat untuk membatasi pelaksanaan Jamkesmas yang keluar dari prosedurnya dan nantinya akan menimbulkan efek negatif, seperti: *mark-up* dana oleh pihak rumah sakit, pendataan yang tidak bertanggungjawab, pelayanan yang kurang memadai dan lainnya. Jadi, apabila “alat pembatas” itu rusak maka pelaksanaan Jamkesmas akan penuh bias dan terdistorsi. Untuk itu, peran pengawas juga sangat sentral dalam pelaksanaan Jamkesmas ini. bayangkan saja apabila pengawas sudah bekerja sama dengan instansi terkait tentu pelaksanaan Jamkesmas itu sudah tidak jujur lagi.

Untuk program Jamkesmas ini sebenarnya masyarakat miskin terutama, tidak terlalu antusias untuk mengawasi pelaksanaan jamkesmas ini karena yang terpenting bagi mereka adalah mereka dilayani dengan baik dan mendapatkan hak pelayanan kesehatan gratis seperti informasi yang beredar disekitar mereka. Hanya saja mereka akan mulai resisten ketika mereka tidak mendapatkan hak mereka seperti yang dijanjikan. Seperti hasil wawancara dengan peserta Jamkesmas (EM, Peserta Jamkesmas, 2 Mei 2009) yang merasakan bahwa pelaksanaan Jamkesmas baik-baik

saja asalkan tetap berlangsung untuk membantu mereka, padahal mereka tidak tahu dan atau tidak mau tahu sepenuhnya bagaimana seharusnya jamkesmas itu dijalankan agar sesuai dengan prosedurnya. Sikap apatis mereka yang seperti inilah yang memberi peluang untuk terjadinya tindakan menyimpang dari para pelaksana Jamkesmas di Dinas Kesehatan dan KB Kab. Tapsel.

5.2.1 Publikasi Kebijakan Publik

Dinas Kesehatan dan KB Tapsel mempublikasikan Jamkesmas dengan cara sistem sosialisasi sesuai dengan tahapan-tahapan yang ditentukan berdasarkan Manlak dan Juknis jamkesmas sesuai dengan dikemukakan sebelumnya oleh Kepala Dinas Kesehatan dan KB (Bab 4, hal. 118).

Masalah yang peneliti simpulkan adalah ternyata proses sosialisasi ini tidak berjalan dengan efektif karena masih ada peserta jamkesmas yang berobat menggunakan kartu SKTM bukannya membawa kartu Jamkesmas. Tapi peneliti juga menemukan keadaan bahwa ketika proses sosialisasi Jamkesmas dilaksanakan penduduk sedang melakukan aktifitasnya (seperti: bertani, dan berdagang) sehingga mereka tidak mendapatkan informasi tentang pelaksanaan jamkesmas tersebut secara detail dan akurat. Disamping itu, sebenarnya perlu juga peran aktif maupun insiatif lurah atau kepala desa untuk menyebarluaskan informasi Jamkesmas ini maupun info lain yang sifatnya kepentingan publik untuk membantu pemerintah setempat. Mungkin penyampaian itu bisa dilaksanakan pada saat hajatan, pesta pernikahan tau keramaian lain sehingga lebih efektif.

Publikasi kebijakan ini juga menyangkut proses sosialisasi yang dilakukan oleh Dinas Kesehatan dan KB Tapsel karena dari pelaksanaan yang terlihat bahwa masih banyak masyarakat yang belum mengetahui secara pasti apa itu Jamkesmas, apa manfaatnya, dan bagaimana mekanismenya. Masyarakat miskin utamanya hanya tahu bahwa dengan berobat membawa karu Jamkesmas maka mereka akan dilayani dan mendapat pengobatan secara gratis. Artinya, fokus ketertarikan masyarakat masih sebatas manfaat langsung dari penggunaan Jamkesmas untuk diri mereka sendiri

belum sampai menyeluruh. Padahal ini penting untuk mengontrol dan memaksimalkan pelaksanaan Jamkesmas di Kabupaten Tapanuli Selatan.

Peneliti juga berpendapat bahwa seharusnya Dinas Kesehatan dan KB Kabupaten Tapanuli Selatan melakukan sosialisasi bukan hanya untuk mempromosikan program Jamkesmas tetapi juga dapat dibarengi dengan pengenalan penyakit dan pencegahannya serta sosialisasi pola hidup sehat masyarakat, sehingga ini akan lebih efektif untuk mewujudkan pencapaian kebijakan sosial yang preventif, kuratif dan *developmental*.

Keseriusan melayani masyarakat miskin melalui Jamkesmas ini untuk mendapatkan pelayanan kesehatan yang berkualitas bukanlah hanya program semata. Secara tegas pemerintah pusat dan daerah akan bekerja sama dalam pelaksanaan di lapangan. Untuk itu, dalam hal ini Dinas Kesehatan dan KB Tapsel harusnya lebih optimal melakukan sosialisasi Jamkesmas pada masyarakat. Setidaknya target yang harus dicapai adalah ada perwakilan dari tiap rumah tangga masyarakat miskin yang tahu akan kebijakan/program Jamkesmas ini, dengan harapan mereka dapat menyampaikannya pada keluarga maupun lingkungannya. Jangan sampai pelaksanaan sosialisasi ini pun nantinya hanya dilakukan sebagai formalitas saja.

5.2.2 Keterbukaan Informasi

Komunikasi publik menuntut usaha afirmatif dari Dinas Kesehatan dan KB Daerah Kabupaten Tapanuli Selatan untuk membuka dan mendiseminasi informasi maupun aktivitasnya yang relevan. Transparansi harus seimbang, juga, dengan kebutuhan akan kerahasiaan lembaga maupun informasi-informasi yang mempengaruhi hak privasi individu. Karena pemerintahan Kab. Tapanuli Selatan menghasilkan data pelaksanaan Jamkesmas dalam jumlah besar, maka dibutuhkan petugas informasi profesional seperti tim pengelola Jamkesmas Kabupaten, bukan untuk membuat dalih atas keputusan pemerintah, tetapi untuk menyebarluaskan keputusan-keputusan yang penting kepada masyarakat serta menjelaskan alasan dari setiap kebijakan tersebut.

Peran media juga sangat penting bagi transparansi pemerintah, baik sebagai sebuah kesempatan untuk berkomunikasi pada publik maupun menjelaskan berbagai informasi yang relevan, juga sebagai alat pengawasan atas berbagai aksi pemerintah dan perilaku menyimpang dari para aparat birokrasi. Sehingga, pemerintah juga harus memberikan keterbukaan informasi kepada media massa. Meski demikian, keterbukaan membawa konsekuensi adanya kontrol yang berlebih-lebihan dari masyarakat dan terutama oleh media massa. Karena itu, kewajiban akan keterbukaan harus diimbangi dengan nilai pembatasan, yang mencakup kriteria yang jelas dari para aparat publik tentang jenis informasi apa saja yang mereka berikan dan pada siapa informasi tersebut diberikan. Karena bagaimanapun keterbukaan yang diberikan bukan berarti membeberkan semua informasi yang dimiliki oleh pemerintah, dalam hal ini Departemen Kesehatan RI dan Dinas Kesehatan dan KB Tapanuli Selatan.

Dinas Kesehatan dan KB Tapsel dalam melakukan keterbukaan informasi sudah berjalan dengan baik salah satunya dengan membuka pos penanganan keluhan masyarakat di Kantor Dinkes dan KB Tapsel. Penanganan keluhan ini langsung diisi dari tim pengelola jamkesmas kabupaten sehingga apapun informasi tentang pelaksanaan jamkesmas yang tidak dimengerti oleh masyarakat dapat langsung dijawab secara detail.

5.2.3 Pengawasan

Pengawasan Jamkesmas ini dilakukan oleh masyarakat, instansi/lembaga pemerintah dan media massa; dengan tujuan untuk mengontrol jalannya program tersebut. Dengan adanya pengawasan dari pihak luar berarti pelaksanaan jamkesmas di Tapanuli Selatan lebih bersifat terbuka. Hanya saja pelaksanaan pengawasannya juga harus bertanggung jawab secara moral, bukan hanya bersifat formalitas saja, terlebih untuk pengawasan yang berasal dari Inspektorat tapsel dan BPK. Ini sesuai dengan apa yang dinyatakan oleh Ganie-Rochman (Bab 2, hal.38) sebelumnya tentang transparansi merupakan kebijakan yang terbuka bagi pengawasan.

Pemerintah berharap bahwa masyarakat dan tim pengawas yang ditunjuk untuk melakukan pengawasan terhadap Jamkesmas ini bersama-sama untuk

melakukan kontrol dan pengawasan terhadap keseluruhan pelaksanaan Jamkesmas di kabupaten tapanuli selatan. Setidaknya program ini akan lebih sempurna dibandingkan program-program pendahulunya yang sejenis.

Ada kendala yang menurut peneliti harus dicermati dan ditindaklanjuti pemerintah pusat dalam pelaksanaan Jamkesmas di Kabupaten Tapanuli Selatan yaitu masalah pengawasan dari pusat. Berdasarkan hasil wawancara peneliti bahwa selama pelaksanaan Jamkesmas sampai sekarang pengawasan dari pusat hanya datang sekali ini tentu ini akan menjadikan proses pengawasan itu tidak maksimal. Belum lagi pengawasan yang dilakukan oleh Inpektorat Kabupaten Tapsel yang tidak efektif karena melakukan evaluasi pelaksanaan Jamkesmas dibarengi dengan evaluasi program lain. Tentu ini akan sangat beresiko akan terjadinya tindak pengawasan yang tidak tepat sasaran. Bukankah sebaiknya dalam pengawasan atau evaluasi suatu program dilakukan terpisah dari program lainnya sehingga lebih fokus.

Peran media juga sangat penting bagi transparansi pemerintah, baik sebagai sebuah kesempatan untuk berkomunikasi pada publik maupun menjelaskan berbagai informasi yang relevan, juga sebagai alat pengawasan atas berbagai aksi pemerintah dan perilaku menyimpang dari para aparat birokrasi. Sehingga, pemerintah juga harus memberikan keterbukaan informasi kepada media massa. Meski demikian, keterbukaan membawa konsekuensi adanya kontrol yang berlebih-lebihan dari masyarakat dan terutama oleh media massa. Karena itu, kewajiban akan keterbukaan harus diimbangi dengan nilai pembatasan, yang mencakup kriteria yang jelas dari para aparat publik tentang jenis informasi apa saja yang mereka berikan dan pada siapa informasi tersebut diberikan. Karena bagaimanapun keterbukaan yang diberikan bukan berarti membeberkan semua informasi yang dimiliki oleh pemerintah, dalam hal ini Departemen Kesehatan RI dan Dinas Kesehatan dan KB Tapanuli Selatan.

Dari beberapa penjelasan sebelumnya terkait dengan implementasi prinsip transparansi dalam pelaksanaan program Jamkesmas oleh Dinas Kesehatan dan KB Kabupaten Tapanuli Selatan, maka peneliti menyimpulkan bahwa prinsip transparansi belum dilaksanakan dengan baik oleh Dinas Kesehatan dan KB Tapsel dalam pelaksanaan Jamkesmas. Ini terutama terkait dengan sistem pengawasan yang belum

maksimal, poin keunggulan transparansi yang dilaksanakan Dinas Kesehatan dan KB Tapsel dapat terlihat hanya melalui akses masyarakat terhadap informasi pelaksanaan Jamkesmas saja.

5.3 Prinsip Partisipasi

Partisipasi masyarakat mengakibatkan penyelenggara pemerintahan di daerah lebih bertanggung jawab. Opini publik dan aspirasi masyarakat membuat penyelenggara pemerintahan di daerah diharuskan mengubah birokrasinya agar lebih efektif dan efisien serta meninggalkan orientasi untuk hanya berpihak kepada suatu kelompok politik atau kepentingan tertentu saja.

Dalam kondisi transisi sekarang ini peran dari pers (media massa) menjadi sangat signifikan dalam memberikan pendidikan kepada masyarakat dengan membuka koridor diskursus publik. Melalui media massa publik dapat diberikan pemahaman mengenai hak-hak dan kewajiban masyarakat serta informasi mengenai kebijakan atau program yang berkaitan dengan kepentingan masyarakat. Dengan pemahaman dan informasi yang dimiliki masyarakat dapat 'memainkan perannya' dan mengungkapkan hal-hal yang menjadi perhatian dan kebutuhan mereka. Selain itu media massa dapat mengurangi dan mencegah terjadinya korupsi dengan mengekspose kasus-kasus korupsi ataupun perilaku pejabat publik yang menyelewengkan wewenangnya. Dengan adanya pengungkapan kasus-kasus korupsi maka masyarakat dapat menjatuhkan sanksi sosial kepada para koruptor tersebut.

5.3.1 Pertemuan dengan Masyarakat

Pertemuan dengan masyarakat merupakan salah satu cara untuk membangkitkan partisipasi masyarakat untuk lebih dapat memperhatikan program Jamkesmas ini. Masyarakat miskin merupakan sasaran untuk terjadinya proses keterbukaan sekaligus partisipasi agar pelaksanaan program dapat berjalan maksimal. Dengan adanya pertemuan antara *stakeholder* dan masyarakat diharapkan adanya sharing sekaligus sosialisasi tentang program Jamkesmas. Artinya, dinkes dan KB

tapsel harus mampu motivasi dan 'mengundang' masyarakat agar lebih berperan aktif dalam menjalankan program Jamkesmas ini.

Seperti yang diungkapkan oleh Sastropoetro (Bab 2, hal. 46) bahwa salah satu bentuk partisipasi masyarakat adalah konsultasi. Berarti dalam hal ini Dinas Kesehatan dan KB Tapsel sudah melakukannya dengan baik, karena mereka sudah membuka ruang publik untuk menyampaikan keluhan (konsultasi). Jamkesmas ini sendiri merupakan program pusat yang tugas pelaksanaannya ada di daerah-daerah, sehingga bentuk partisipasi seperti perumusan kebijakan bersama dengan masyarakat disini tidak begitu optimal karena jangankan masyarakat, pemda sendiri pun belum tentu aspirasinya dapat tersalur ke pusat dengan optimal. Hanya saja karena ini lebih merupakan program bantuan pusat maka proses ini tidak begitu menonjol.

Meskipun demikian, peneliti menyimpulkan berdasarkan temuan lapangan dan kaitannya dengan teori yang dikemukakan oleh Taliziduhu (Bab 2, hal.46) bahwa partisipasi juga menyangkut keterlibatan baik fisik maupun mental masyarakat dalam pembangunan, maka bentuk partisipasi yang maksimal untuk lebih menjadikan Jamkesmas yang tepat sasaran adalah dengan memberikan akses maskin untuk ikut merumuskan kebijakan Jamkesmas bagaimana yang sesuai bagi mereka di daerah mereka masing-masing. Tidak akan membutuhkan waktu yang lama merumuskannya apabila melibatkan seluruh komponen terutama masyarakat sasaran secara aktif.

Kesimpulannya, meski Jamkesmas ini merupakan pusat seharusnya juga melakukan pendekatan secara *bottom-up* yang berasal dari masyarakat (khususnya yang pantas jadi peserta Jamkesmas) sehingga lebih mengena pada sasaran dan lebih efektif. Terkadang ada kenyataan yang tidak pemerintah ketahui di kalangan mereka tapi pemerintah di atas menganggap mereka lebih tahu segalanya. Mental inilah sebenarnya yang mengganggu proses pembangunan. Karena pembangunan itu kan tidak mungkin hanya dikerjakan oleh seseorang tapi lebih pada adanya kerjasama antara semua yang terlibat (yang dipengaruhi dan mempengaruhi) untuk mengefektif dan efisienkan pembangunan tersebut.

5.3.2 Diskusi Publik dan *Public Hearing*

Hampir sama dengan pembahasan sebelumnya bahwa dengan adanya ruang publik atau masyarakat untuk berdiskusi maka program itu akan semakin baik pengelolaannya. Dalam diskusi publik ini akan terjadi jejak pendapat yang berguna bagi perbaikan sekaligus mengetahui dimana kelemahan program ini berada. Ada kalanya pemerintah akan butuh peran masyarakat dalam merumuskan suatu defenisi tertentu untuk masalah yang mereka hadapi. Untuk itu alangkah bijaknya apabila dinas kesehatan dan KB tapsel dalam pelaksanaan Jamkesmas tidak merasa lebih tahu akan permasalahan masyarakat peserta Jamkesmas, meskipun ada juga masyarakat yang benar-benar tidak tahu.

Diskusi publik bisa sekaligus menjadi sarana mensosialisasikan lebih mendetail tentang pelaksanaan program Jamkesmas tersebut. Hal ini yang tidak disadari oleh Dinas kesehatan KB Tapsel dalam menjalankan Jamkesmas selama ini. Artinya , meskipun sosialisasi sudah pernah dilakukan tapi Dinas Kesehatan dan KB Tapsel belum pernah melakukan diskusi publik yang benar-benar melibatkan masyarakat miskin sebagai peserta diskusinya. Kenyataan inilah yang juga tidak dapat memaksimalkan pelaksanaan Jamkesmas nantinya.

Menurut peneliti dalam hal ini dan terkait dengan pelaksanaan Jamkesmas yang baik maka semua daerah bukan hanya di Tapanuli Selatan saja harus lebih kreatif dalam melaksanakan program Jamkesmas. Kalau untuk pengembangan dan pengoptimalan pelaksanaan Jamkesmas tidak ada salahnya untuk melakukan inovasi yang berada diluar aturan, hanya saja jangan sampai tujuannya bertentangan sehingga bukannya mencapai kemajuan pelaksanaannya tapi malah membuat mundur. Salah satu, kreasi yang menurut penulis baik dan diterapkan oleh Dinas Kesehatan dan KB beserta jajarannya adalah dengan menunjuk satu orang verifikator internal yang selain membantu kepala rumah sakit dan verifikator independen untuk masalah laporan pelaksanaan dan pendataan, verifikator ini juga sekaligus menjadi pengawas verifikator independen agar tidak melakukan penyelewengan atau penyimpangan.

5.3.3 Keterlibatan Para *Stakeholder*

Dalam pelaksanaan Jamkesmas peneliti menilai keterlibatan para *stakeholder* sudah cukup baik, hanya saja masih terkesan formalitas saja, seperti: dalam melakukan pengawasan, instansi yang ditunjuk belum melakukan pengawasan dengan baik dimana mereka melakukan pengawasan tidak terfokus pada pengawasan Jamskesmas saja tapi juga untuk kepentingan lain melakukan pengawasan. Disamping itu, instansi-instansi lain banyak yang tidak mengetahui apa yang menjadi tugas terpentingnya sehingga jangankan untuk melakukan koordinasi antara pihak terkait, untuk masalah Jamkesmas saja pun mereka belum sepenuhnya tahu apa yang menjadi tanggungjawabnya masing-masing. Artinya yang perlu disadari adalah meskipun dinas kesehatan dan KB adalah penanggungjawab pelaksanaan Jamkesmas di Tapsel tetapi tidak berarti yang lain hanya ikut sebagai bentuk formalitas saja. Ini yang menurut peneliti merupakan kesalahan besar.

Kesesuaian antar pelaksanaan Jamkesmas dengan peran masing-masing *stakeholder* harusnya merupakan suatu agenda penting dan komitmen bersama yang benar-benar ahrus dijalankan. Bagaimana sebuah program akan berjalan dengan baik apabila peran yang harusnya dimainkan beberapa pemeran yang terlibat tetapi pada kenyataannya hanya dimainkan oleh satu pemeran saja.

Partisipasi bukan hanya tentang apakah masyarakat terlibat atau tidak dalam program Jamkesmas itu sendiri tetapi juga menyangkut keterlibatan secara aktif para *stakeholder* yang terlibat didalamnya. Sehingga, dalam hal implementasi prinsip partisipasi pada pelaksanaan Jamkesmas oleh Dinas Kesehatan dan KB Kabupaten Tapanuli Selatan dapat peneliti simpulkan dari dua kriteria. Pertama, dari keterlibatan masyarakat untuk merumuskan kebijakan memang kurang karena ini merupakan kebijaksanaan pemerintah pusat untuk melakukan penjaminan terhadap masyarakatnya. Hanya saja, partisipasi yang harus dimaksimalkan adalah peran aktif dan kepedulian masyarakat untuk membantu kinerja pemda setempat seperti: pelaporan mutasi domisili dan sebagainya. Kedua, partisipasi dari instansi lain atau para *stakeholder* terkait belum berjalan dengan baik, salah satunya ini dapat terlihat dari pendataan masyarakat miskin yang tidak akurat dan berbeda-beda.

5.4 Faktor-Faktor yang Mendukung Implementasi *Good Governance*

Dalam pembahasan tentang faktor-faktor pendukung implementasi *good governance* ini peneliti akan menguraikannya berdasarkan prinsip akuntabilitas, transparansi, dan partisipasi.

5.4.1 Prinsip Akuntabilitas

Jamkesmas merupakan program *top-down* yang dilakukan pemerintah pusat untuk melakukan penjaminan terhadap pelayanan dasar kesehatan masyarakatnya yang kurang mampu. Dalam pelaksanaannya program Jamkesmas ini sudah dibekali pedoman pelaksanaan dan petunjuk teknis untuk memandu seluruh pemda menjalankan program Jamkesmas tersebut dengan sebaik-baiknya. Tentunya ini merupakan peluang kemudahan untuk menjalankan program Jamkesmas itu agar lebih tepat sasaran. Meskipun dalam kenyataan di lapangan ada hal-hal yang harus disikapi secara inisiatif oleh Dinkes dan KB Tapsel, seperti: dalam mengusahakan keanggotaan Jamkesmas seorang anak penderita *hydrocephalus*. Ada yang perlu untuk dipahami oleh setiap pemda bahwa meskipun pemerintah pusat mengeluarkan manlak maupun juknis untuk menuntun pelaksanaan Jamkesmas tersebut, tetapi tetap saja kondisi daerah masing-masing harus menjadi pertimbangan. Artinya, ada hal-hal yang perlu ditindaklanjuti setiap pemda secara inisiatif yang tidak diuraikan dalam manlak maupun juknis, tetapi kebijakan inisiatif yang diambil harus sesuai standar dan tetap diinformasikan ke pemerintah pusat (Depkes).

Laporan pertanggungjawaban oleh dinkes dan KB Tapsel ke depkes sudah terformat dan ditentukan bagaimana prosedurnya sehingga lebih memudahkan, karena hanya tinggal mengisi format yang ada dalam software yang disebar oleh depkes ke daerah-daerah. Hanya saja, laporan berbentuk pengisian *software* itu tetap menyertakan laporan *print out* (dalam kertas), sebagai bukti yang sah. Untuk lebih memberikan ruang pengelolaan yang baik dalam laporan pertanggungjawaban Dinkes dan KB Tapsel maka verifikator diposisikan sebagai alat memverifikasi kebenaran laporan yang dibuat oleh Dinkes dan KB Tapsel. Tugas untuk memverifikasi ini sangat penting terutama yang terkait dengan pertanggungjawaban keuangan maupun

klaim dana yang akan disampaikan RSUD setempat ke depkes. Untuk itu, SDM yang terpilih sebagai verifikator ini harus benar-benar handal, bermoral baik, dan ulet. Setidaknya selain benar-benar memahami program Jamkesmas ini dengan baik, mereka juga mampu berkomitmen untuk tidak melakukan penyelewengan. Karena peluang terbesar untuk melakukan penyelewengan, salah satunya bisa melalui verifikator ini, sebagai contoh: melakukan *mark-up* klaim dana bekerja sama dengan pihak rumah sakit yang diajukan ke Depkes.

Untuk itu, peluang-peluang yang mendukung tewujudnya *good governance* salah satunya melalui prinsip akuntabilitas ini haruslah dimanfaatkan secara maksimal oleh Dinas Kesehatan dan KB Tapsel. Tentunya dengan asumsi bahwa faktor-faktor pendukung tersebut merupakan peluang untuk mempermudah pencapaian tujuan program dan sekaligus untuk memuluskan langkah pemerintah (khususnya pemda) untuk mewujudkan pelaksanaan program Jamkesmas yang akuntabel, sebagaimana yang diharapkan pada awal pembentukan program ini.

5.4.2 Prinsip Transparansi

Prinsip keterbukaan pelaksanaan program Jamkesmas ini pada dasarnya dilatarbelakangi oleh keinginan untuk kembali mendapatkan kepercayaan (*trust*) masyarakat akibat kegagalan implementasi program-program sejenis sebelum diluncurkan atau berganti nama menjadi Jamkesmas. Seperti kita ketahui masyarakat seringkali kesulitan untuk memperoleh informasi berbagai pelaksanaan program pemerintah, apalagi sampai harus menunggu informasi itu disampaikan langsung dari pemerintah itu sendiri. Padahal melalui keterbukaan itu pemerintah dapat mewujudkan *clean and good governance* dalam manajemen pemerintahan.

Maka ketika Dinkes dan KB Tapsel memberikan akses masyarakat terhadap informasi seputar pelaksanaan Jamkesmas (SH, Kepala Dinkes dan KB Tapsel, 6 April 2009, K.1), berarti Dinkes dan KB telah memberikan kemudahan untuk mengimplementasikan prinsip transparansi dalam pelaksanaan program Jamkesmas tersebut. Selain itu, keterbukaan Dinkes dan KB Tapsel dalam pelaksanaan program Jamkesmas akan mempermudah kontrol dan pengawasan masyarakat, sehingga

berbagai bentuk penyelewengan tidak akan terjadi karena akan langsung diketahui masyarakat. Meski demikian, prinsip transparansi juga mempunyai batasan-batasan keterbukaan terhadap informasi suatu program. Artinya, setiap pemda juga tidak harus memaparkan semua bentuk pelaksanaan kegiatan mereka yang tidak dipahami betul oleh masyarakat sehingga berpotensi kontradiktif akibat pemahaman masyarakat yang berbeda-beda.

Pengawasan yang berasal tim pengawas pelaksanaan Jamkesmas juga merupakan faktor pendukung untuk mewujudkan terciptanya *good governance* dalam pelaksanaan Jamkesmas ini. Setidaknya, apabila benar-benar dilaksanakan secara bertanggung jawab oleh satu badan pengawas saja, maka pelaksanaan Jamkesmas ini tidak akan keluar dari koridor ketentuan pelaksanaannya. Konon lagi apabila ini diawasi oleh masyarakat bersama-sama dengan pihak Inspektorat, BPK, dan LSM di daerah masing-masing. Tentu akan menjadi tanda tanya besar bagi kita apabila sudah diawasi dengan baik oleh unsur-unsur terkait tadi, pelaksanaan Jamkesmas masih berjalan tidak seperti yang diharapkan.

5.4.3 Prinsip Partisipasi

Dengan adanya keterlibatan dan pengawasan masyarakat secara langsung menjadikan penyelenggara pemerintahan di daerah berusaha untuk meningkatkan kualitas sumber daya manusianya serta memperbaiki sandar dan prosedur birokrasi untuk memberikan pelayanan publik yang lebih baik. Selain itu, dalam kondisi transisi sekarang ini peran dari pers (media massa) menjadi sangat signifikan dalam memberikan pendidikan kepada masyarakat dengan membuka koridor diskursus publik.

Dalam konsep pembangunan partisipasi, tiap tahapan yaitu pengenalan permasalahan dan perumusan kebijakan perencanaan dan pemrograman serta pelaksanaan untuk operasional pemeliharaan merupakan kesepakatan bersama antara Pemerintah Daerah dan masyarakat di lokasi pembangunan Pemerintah Daerah dalam hal ini bertindak sebagai katalisator dan masyarakat sebagai klien yang didampingi untuk memecahkan permasalahan mereka melalui hasil kerja mereka sendiri,

sehingga suatu proses pembangunan merupakan proses belajar bagi tiap-tiap pihak yang terlibat.

Dinkes dan KB Tapsel melalui proses sosialisasi dan melakukan penanganan keluhan masyarakat seputar pelaksanaan Jamkesmas telah memberikan peluang untuk memotivasi masyarakat agar turut berpartisipasi dalam pelaksanaan Jamkesmas ini. Masyarakat juga seharusnya menyadari bahwa dukungan mereka menjadi jawaban akan sikap keterlibatan mereka dalam berbagai program pemerintah. Setidaknya masyarakat juga jangan apatis atau tidak mau tahu atas kebijakan yang menyangkut pembangunan dalam mencapai kesejahteraan, karena bagaimanapun ranah yang paling banyak disentuh adalah masyarakat sebagai sasaran pembangunan.

Disamping itu, partisipasi ini juga menyangkut bagaimana keterlibatan seluruh pihak terkait (*stakeholder*) untuk memaksimalkan pelaksanaan Jamkesmas ini agar berjalan dengan baik dan tepat sasaran. Partisipasi sangat berguna bagi pemerintah dalam memvalidasi premis-premis darimana sebuah program berasal dan karena itu akan berkontribusi terhadap efektivitas program. Dengan hadirnya isu partisipasi, kelompok tersebut akan berpindah dari orientasi pada *input* ke manajemen program dan penekanan pada *output*. Peluang atau faktor pendukung terwujudnya *good governance* melalui prinsip partisipasi dapat disikapi oleh Dinkes dan KB Tapsel melalui pemanfaatan diskusi publik sebagai alat *sharing* informasi dan penyaluran aspirasi masyarakat. Apalagi seperti kita ketahui bahwa program Jamkesmas ini tidak begitu mengakomodir peran serta pemerintah daerah dalam pembentukan kebijakannya. Hanya saja, kesempatan-kesempatan untuk penyampaian keluhan maupun rekomendasi perbaikan program Jamkesmas yang sesuai dengan keinginan masyarakat dapat terwujud ketika ada pertemuan sosialisasi yang diadakan oleh Depkes. Untuk itu, pertemuan sosialisasi Jamkesmas merupakan salah satu faktor yang mendukung untuk terciptanya prinsip partisipasi dalam pelaksanaan program Jamkesmas, ditengah minimnya peran serta masyarakat. Meski demikian, Jamkesmas tetap merupakan program yang tepat bagi masyarakat karena memfasilitasi pelayanan kesehatan dasar masyarakat miskin secara gratis di setiap daerah.

5.5 Faktor-Faktor yang Menghambat Implementasi *Good Governance*

Dalam mewujudkan manajemen pemerintahan yang baik untuk mencapai *good governance* terkait dalam pelaksanaan Jamkesmas maka pasti akan ditemukan faktor-faktor penghambat yang tentu akan menghambat kinerja Dinkes dan KB Tapsel seperti yang dikemukakan pada Bab 4 sebelumnya. Untuk itu, berikut ini adalah pembahasan terhadap faktor-faktor penghambat tersebut berdasarkan masing-masing dari ketiga prinsip *good governance* yang menjadi fokus penelitian yaitu prinsip akuntabilitas, transparansi dan partisipasi.

5.5.1 Prinsip Akuntabilitas

Dalam mewujudkan pertanggungjawaban yang sesuai dengan prosedural pelaksanaan Jamkesmas yang tertuang baik dalam manlak maupun juknis Jamkesmas, Dinkes dan KB Tapsel menemui beberapa kendala yang menghambat implementasi *good governance* dalam mencapai pengelolaan program Jamkesmas yang maksimal. Kendala-kendala atau hambatan tersebut dapat melemahkan kinerja Dinkes dan KB Tapsel apabila tidak dicari jalan keluar untuk kemudian segera diatasi. Pada dasarnya langkah yang paling mudah untuk mengatasi masalah implementasi *good governance* adalah dengan memaksimalkan keunggulan-keunggulan atau peluang yang ada di daerah masing-masing. Karena untuk mengatasi hambatan dalam proses implementasi tentu akan menyita waktu yang sedikit lebih lama, namun demikian tetap harus ditanggulangi berdasarkan potensi yang dimiliki daerah itu sendiri.

Pemerintah seringkali dihadapkan pada keadaan dilematis, di satu sisi pemerintah harus cepat mengambil atau memutuskan suatu kebijakan tetapi di sisi lain pemerintah dihadapkan pada proses yang panjang dan membutuhkan waktu yang relatif lebih lama untuk menentukan kebijakannya. Keadaan ini yang juga dialami oleh Dinkes dan KB Tapsel dalam mengimplementasikan prinsip akuntabilitas (Bab 4, hal. 124) dalam pelaksanaan Jamkesmas. Ini tentunya akan mempengaruhi berbagai aktivitas atau kinerja yang ada, seperti: bisa menjadi penyebab ketidakakuratan pengumpulan data maskin di Kabupaten Tapanuli Selatan.

Selanjutnya, Dinkes dan KB Tapsel dalam melaksanakan Jamkesmas akan mengalami hambatan jika tidak bersikap tanggap, aktif serta berinisiatif lebih baik. Ini bisa saja disebabkan oleh keadaan di lapangan yang ternyata tidak selalu mendukung kinerja pemerintahan. Artinya, pemerintah daerah yang sebenarnya lebih mengetahui dan mengerti keadaan di tempatnya masing-masing. Untuk itu, pemerintah daerah harus mampu mensinkronkan antara kebijakan program jamkesmas tersebut dengan kondisi di lapangan. Sehingga, arah program Jamkesmas tidak lagi hanya bersifat penanggulangan (kuratif) saja, tetapi mampu mencapai tindakan pencegahan (preventif) dan pengembangan.

5.5.2 Prinsip Transparansi

Terkait dengan faktor penghambat implementasi prinsip transparansi dalam program Jamkesmas adalah dalam hal pengawasan Jamkesmas yang masih kurang. Masih kurang dalam arti selama pelaksanaan Jamkesmas di Kabupaten Tapanuli Selatan (mulai Januari 2008) pengawasan yang dilakukan baik dari daerah maupun dari pusat belum efektif serta tidak maksimal. Ini ditenggarai karena intensitas dan frekuensi audit maupun kunjungan tim pengawas terkait pelaksanaan Jamkesmas ini baru berlangsung beberapa kali saja, seperti yang disampaikan tim pengelola Jamkesmas Kabupaten (ZB, 8 April 2009, F.3.2). Keadaan ini tentu akan membawa pengaruh negatif bagi pelaksanaan Jamkesmas, karena minimnya pengawasan.

Di berbagai kesempatan yang terjadi dalam pelaksanaan program kebijakan pemerintah di daerah seringkali instansi berwenang (pengawas) melakukan pengawasan dengan metode akumulasi. Yaitu, melakukan pengawasan, audit maupun evaluasi pelaksanaan program secara menyeluruh sekaligus dan tidak terpisah-pisah. Ini tentu tidak akan memaksimalkan kinerja tim pengawas, karena tidak melakukan pengawasan secara intens dan spesifik. Belum lagi jumlah kunjungan pengawas yang sangat sedikit ke dinas atau instansi-instansi pemerintahan. Bahkan yang paling ironis adalah ketika badan pengawas ini melakukan pengawasan hanya untuk sekedar formalitas prosedural saja, ini yang kemudian dapat mengakibatkan munculnya penyelewengan program Jamkesmas, khususnya di Kabupaten Tapanuli Selatan.

5.5.3 Prinsip Partisipasi

Yang menjadi faktor penghambat implementasi prinsip partisipasi dalam program Jamkesmas adalah sikap apatis masyarakat terhadap pelaksanaan Jamkesmas terkait dalam hal pendataan masyarakat miskin. Padahal pendataan ini sangat penting untuk mengetahui jumlah penduduk miskin di Kabupaten Tapanuli Selatan agar bisa didaftarkan sebagai peserta Jamkesmas. Meskipun nantinya akan dibatasi jumlahnya oleh Depkes (berdasarkan kuota), tetapi setidaknya dengan data yang ada Pemkab Tapsel telah mempunyai persiapan untuk menampung masyarakat miskin yang tidak menjadi peserta Jamkesmas dalam APBD. Karena seperti yang tercantum dalam Manlak Jamkesmas, bahwa maskin yang tidak tercatat sebagai peserta Jamkesmas berdasarkan kuota yang ada akan diberikan pelayanan kesehatan yang sama tetapi pembiayaannya ditanggung oleh pemda setempat.

Sikap apatis masyarakat ini banyak terlihat ketika mereka melakukan perpindahan domisili, ada penambahan anggota keluarga (kelahiran), dan kehilangan anggota keluarga (kematian). Anggota masyarakat miskin ini kurang peduli untuk melaporkannya ke pemerintah setempat dengan berbagai macam alasan, seperti: menyusahkan prosedur dan prosesnya, mengeluarkan biaya, dan tidak mempunyai tanda pengenal (KTP). Padahal apabila mereka melaporkannya, justru akan dibantu prosedur dan prosesnya dan bahkan dibantu untuk melengkapi kartu identitas penduduk (KTP) bagi yang belum memiliki karena tanda pengenal tersebut sangat penting.

Meski demikian, sikap apatis seperti yang diuraikan sebelumnya di atas tidak sepenuhnya merupakan kesalahan masyarakat miskin itu. Oleh karena itu, Pemkab setempat juga harus menyadari bahwa seringkali maskin ini termarginal dari berbagai pelayanan pemerintahan yang bisa saja menyebabkan mereka trauma pada keadaan yang sama apabila berhubungan pada masalah administrasi. Untuk itu, maka Pemkab setempat harus lebih tanggap, adil dan bertanggung jawab serta menindak tegas aparat yang melakukan deviasi penyelenggaraan pemerintahan. Sehingga kedepannya pemerintah mampu untuk melayani siapa saja sehingga kepercayaan masyarakat terhadap pemerintah dapat dikembalikan.

BAB 6

KESIMPULAN DAN SARAN

6.1 Kesimpulan

Implementasi prinsip akuntabilitas oleh Dinas Kesehatan dan KB Kabupaten Tapanuli Selatan belum berjalan dengan baik. Sehingga, masih ada hal-hal yang perlu diperhatikan oleh Dinas Kesehatan dan KB Tapsel untuk lebih mengoptimalkan pengelolaan Jamkesmas terkait dengan prinsip akuntabilitas ini, seperti: ketepatan pelaporan, publikasi kinerja dinas kesehatan dan KB tapsel terkait dalam pelaksanaan Jamkesmas pada masyarakat dan pengelolaan keuangan yang lebih bermartabat dan mempunyai mental yang bertanggung jawab moral kepada Tuhan dan masyarakat untuk menghindari penyelewengan.

Prinsip keterbukaan pelaksanaan program Jamkesmas ini pada dasarnya dilatarbelakangi oleh keinginan untuk kembali mendapatkan kepercayaan (*trust*) masyarakat akibat kegagalan implementasi program-program sejenis sebelum diluncurkan atau berganti nama menjadi Jamkesmas. Prinsip transparansi belum dilaksanakan dengan baik oleh Dinas Kesehatan dan KB Tapsel dalam pelaksanaan Jamkesmas. Ini terutama terkait dengan sistem pengawasan yang belum maksimal, poin keunggulan transparansi yang dilaksanakan Dinas Kesehatan dan KB Tapsel dapat terlihat hanya melalui akses masyarakat terhadap informasi pelaksanaan Jamkesmas saja.

Sementara itu, implementasi prinsip partisipasi pada pelaksanaan Jamkesmas oleh Dinas Kesehatan dan KB Kabupaten Tapanuli Selatan dapat peneliti simpulkan dari dua kriteria. Pertama, dari keterlibatan masyarakat untuk merumuskan kebijakan memang kurang karena ini merupakan kebijaksanaan pemerintah pusat untuk melakukan penjaminan terhadap masyarakatnya. Hanya saja, partisipasi yang harus dimaksimalkan adalah peran aktif dan kepedulian masyarakat untuk membantu kinerja pemda setempat seperti: pelaporan mutasi domisili dan sebagainya. Kedua, partisipasi dari instansi lain atau para *stakeholder* terkait belum berjalan dengan baik,

salah satunya ini dapat terlihat dari pendataan masyarakat miskin yang tidak akurat dan berbeda-beda.

Jadi, secara umum pelaksanaan Jamkesmas di Kabupaten Tapanuli Selatan belum mengimplementasikan dengan baik prinsip-prinsip akuntabilitas, transparansi dan partisipasi dalam pelaksanaan program Jamkesmas. Sehingga, terjadi masalah-masalah seperti yang peneliti uraikan di latar belakang penelitian ini.

Implementasi prinsip-prinsip akuntabilitas, transparansi dan partisipasi dalam program Jamkesmas tentu dipengaruhi oleh faktor-faktor pendukung dan penghambat. Faktor pendukung implementasi prinsip akuntabilitas dalam program jamkesmas adalah bahwa dalam pelaksanaannya program Jamkesmas ini sudah dibekali pedoman pelaksanaan dan petunjuk teknis untuk memandu Dinas Kesehatan dan KB Tapsel menjalankan program Jamkesmas tersebut dengan sebaik-baiknya. Tentunya ini merupakan peluang kemudahan untuk menjalankan program Jamkesmas itu agar lebih tepat sasaran. Kemudian, faktor-faktor pendukung implementasi prinsip transparansi yaitu ketika Dinkes dan KB Tapsel memberikan akses kepada masyarakat terhadap informasi seputar pelaksanaan Jamkesmas. Itu akan mempermudah kontrol dan pengawasan masyarakat, sehingga berbagai bentuk penyelewengan tidak akan terjadi karena akan langsung diketahui masyarakat. Selanjutnya, pengawasan yang berasal tim pengawas pelaksanaan Jamkesmas juga merupakan faktor pendukung untuk mewujudkan terciptanya *good governance* dalam pelaksanaan Jamkesmas ini. Serta, faktor pendukung prinsip partisipasi adalah dengan adanya keterlibatan dan pengawasan masyarakat secara langsung untuk menjadikan penyelenggara pemerintahan di daerah berusaha meningkatkan kualitas sumber daya manusianya serta memperbaiki sandar dan prosedur birokrasi untuk memberikan pelayanan publik yang lebih baik. Selain itu, dalam kondisi transisi sekarang ini peran dari pers (media massa) menjadi sangat signifikan dalam memberikan pendidikan kepada masyarakat dengan membuka koridor diskursus publik.

Sedangkan faktor-faktor penghambatnya yaitu: terkait implementasi prinsip akuntabilitas dalam program Jamkesmas adalah ketika Dinkes dan KB Tapsel atau

Pemkab Tapsel seringkali dihadapkan pada keadaan dilematis, dimana di satu sisi pemerintah harus cepat mengambil atau memutuskan suatu kebijakan tetapi di sisi lain pemerintah dihadapkan pada proses yang panjang dan membutuhkan waktu yang relatif lebih lama untuk menentukan kebijakannya. Terkait implementasi prinsip transparansi dalam program Jamkesmas adalah dalam hal pengawasan Jamkesmas yang masih kurang, dalam arti selama pelaksanaan Jamkesmas di Kabupaten Tapanuli Selatan (mulai Januari 2008) pengawasan yang dilakukan baik dari daerah maupun dari pusat belum efektif serta tidak maksimal. Ini ditenggarai karena intensitas dan frekuensi audit maupun kunjungan tim pengawas terkait pelaksanaan Jamkesmas ini baru berlangsung beberapa kali saja. Selanjutnya, terkait implementasi prinsip partisipasi dalam program Jamkesmas adalah sikap apatis masyarakat terhadap pelaksanaan Jamkesmas terkait dalam hal pendataan masyarakat miskin. Padahal pendataan ini sangat penting untuk mengetahui jumlah penduduk miskin di Kabupaten Tapanuli Selatan agar bisa didaftarkan sebagai peserta Jamkesmas.

6.2 Saran

Berdasarkan hasil temuan peneliti tentang beberapa masalah implementasi prinsip-prinsip *good governance* dalam pelaksanaan Jamkesmas di Dinas Kesehatan dan KB Tapanuli Selatan maka penulis memberikan beberapa saran dan rekomendasi, yaitu:

1. Terkait dengan implementasi prinsip akuntabilitas dalam program Jamkesmas, Pemerintah Kabupaten Tapanuli Selatan melalui Dinas Kesehatan dan KB Tapanuli Selatan sebaiknya tetap maksimalkan dalam memberikan pelayanan kepada masyarakat, khususnya masyarakat yang belum memiliki kartu pelayanan Jamkesmas.
2. Terkait dengan implementasi prinsip transparansi dalam program Jamkesmas, Dinas Kesehatan dan KB Tapsel seharusnya lebih banyak melakukan *cross check* ke PT Askes, dinas sosial, pengawas dan juga menanyakan langsung ke masyarakat tentang pelaksanaan Jamkesmas. Seperti melakukan tindakan “jemput bola”.

3. Terkait dengan implementasi prinsip akuntabilitas dalam program Jamkesmas, kesesuaian antar pelaksanaan Jamkesmas dengan peran masing-masing stakeholder harusnya merupakan suatu agenda penting dan komitmen bersama yang benar-benar harus dijalankan. Bagaimana sebuah program akan berjalan dengan baik apabila peran yang harusnya dimainkan beberapa pemeran yang terlibat tetapi pada kenyataannya hanya dimainkan oleh satu pemeran saja. Sehingga pelaksanaannya harus lebih bertanggung jawab. Disamping itu, dalam hal penyampaian program atau sosialisasi perlu adanya peran aktif maupun insiatif lurah atau kepala desa untuk menyebarluaskan informasi Jamkesmas ini maupun info lain yang sifatnya kepentingan publik untuk membantu pemerintah setempat. Mungkin penyampaian itu bisa dilaksanakan dengan cara informal misalnya pada saat hajatan, pesta pernikahan tau keramaian lain sehingga lebih efektif.
4. Terkait dengan faktor-faktor pendukung implementasi prinsip akuntabilitas, transparansi, dan partisipasi dalam program Jamkesmas adalah bahwa Dinas Kesehatan dan KB Tapsel harus dapat memaksimalkan keunggulan dan peluang yang ada agar pelaksanaan Jamkesmas itu dapat berjalan efektif dan tepat sasaran.
5. Terkait dengan faktor-faktor penghambat implementasi prinsip akuntabilitas, transparansi, dan partisipasi dalam program Jamkesmas adalah bahwa seharusnya semua pasien miskin dengan atau tanpa kartu Jamkesmas seharusnya tetap dilayani rumah sakit dengan baik. Tidak hanya itu, pelaksanaan juga meliputi tiga akses yang wajib ada pada program Jamkesmas. Akses tersebut adalah akses tersedianya fasilitas kesehatan (Puskesmas dan rumah sakit) sedekat mungkin dengan masyarakat, akses transportasi yang memadai, dan terakhir adanya akses pembiayaan yang diadakan oleh Depkes bekerja sama dengan pemerintah daerah yang terkait.

DAFTAR PUSTAKA

BUKU

- Birdsall, Nancy. (1993). *Social Development is Economic Development, The Policy Research Working Paper Number 1123*. Washington: World Bank.
- Budiardjo, Miriam. (1998). *Menggapai Kedaulatan Untuk Rakyat*. Bandung: Mizan.
- Bautigan, Deborah. (1991). *Governance and Economy : A Review; Policy Research Working Papers*. Washington DC: World Bank.
- Bryant, C., & White, L.G. (1987). *Manajemen Pembangunan untuk Negara Berkembang*. Jakarta: LP3ES.
- Bryson, John M. (1988). *Strategic Planning for Public and Non-Profit Organizations*. San Francisco: Josseys-Bass Inc.
- Chambers, Robert. (1987). *Pembangunan Desa Mulai dari Belakang*. Jakarta: LP3ES.
- Creswell, John W. (1994). *Research Design: Quantitative & Qualitative Approaches*. London: Sage Publications Inc.
- Dunn, William N. (2003). *Analisis Kebijakan Publik*. Yogyakarta: Hanindita Graha Widya.
- Dwidjowijoto, Riant Nugroho. (2004). *Kebijakan Publik, Formulasi, Implementasi dan Evaluasi*. Jakarta: Elex Media Computindo.
- Dwiyanto, Agus. (2005). *Mewujudkan Good Governance Melalui pelayanan Publik*. Yogyakarta: Gajah Mada University Press.
- Effendi, Sofian. (2001). *Implementasi dan Evaluasi Kebijakan Publik*. Modul Kuliah MAP Universitas Gadjah Mada. Yogyakarta.
- Have, Paul ten. (2004). *Understanding Qualitative Research and Ethnomethodology*. London: Sage Publications Inc.
- Hill, Michael & Peter Hupe. (2002). *Implementing Public Policy: Governance in Theory and in Practice*. London: Sage Publications.
- Irawan, Prasetya. (2006). *Penelitian Kualitatif dan Kuantitatif untuk Ilmu-Ilmu Sosial*. Depok: Dept. Ilmu Administrasi FISIP UI.
- Moleong, Lexy J. (2008). *Metodologi Penelitian Kualitatif (Edisi Revisi)*. Bandung: Remaja Rosdakarya.

- Meter, Donald, Van & Carl E. Van Horn. (1975). *"The Policy Implementation Process : A Conceptual Framework"* in *Administration and Society*. London: Beverly Hill, Sage Publication.
- Midgley, James. (1995). *Social Development The Development Perspective in Social Welfare*. London: Sage Publications.
- (2005). *Pembangunan Sosial Perspektif Pembangunan Dalam Kesejahteraan Sosial* (Ditperta Islam Depag, Penerjemah). Jakarta.
- Mulyana, Deddy. (2003). *Metodologi Penelitian Kualitatif: Paradigma Baru Ilmu Komunikasi dan Ilmu Sosial Lainnya*. Bandung: Remaja Rosdakarya.
- Nazir, Mohammad. (2003). *Metode Penelitian*. Jakarta: Ghalia Indonesia.
- Neuman, W. Laurence. (2000). *Social Research Methods: Qualitative and Quantitative Approaches*. Boston: Allyn & Bacon.
- Ndraha, Taliziduhu. (1985). *Partisipasi Masyarakat Desa Dalam Pembangunan di Beberapa Desa*. Jakarta: IIP.
- Osborne, David & Ted Gabler. (1992). *Reinventing Government : How The Entrepreneurial Spirit Is Transforming The Public Sector*. A Reading MA : Addison Wesley Longman, Inc.
- Parwoto, MDS. (1997). *Pembangunan Partisipasi*. Direktorat Perumahan Ditjen Ciptakarya. Jakarta.
- Peters, B. Guy. (2000). *The Politics of Bureaucracy*. London: Routledge.
- Sastopoetro, S. (1998). *Partisipasi, Komunikasi Dan Disiplin dalam Pembangunan Nasional*. Bandung.
- Sepandji, Kosasih Taruna. (2002). *Perkembangan Administrasi Negara dan Otonomi Daerah di Indonesia*. Bandung: Universal Offset.
- Shafritz, Jay M. & E. W. Russels. (1997). *Introducing Public Administration*. USA: Longman.
- Savas, Emanuel S. (1987). *Privatization: The Key to Better Government*, Chatam House Publishers. New Jersey: Inc.
- Soetrisno, Loekman. (1995). *Menuju Masyarakat Partisipatif*. Yogyakarta: Kanisius.
- Suharto, Edi. (2005). *Analisis Kebijakan Publik: Panduan Praktis Mengkaji Masalah Dan Kebijakan Sosial* (cetakan kedua). Bandung: Alfabeta.
- (2006). *Analisis Kebijakan Publik: Panduan Praktis Mengkaji Masalah Dan Kebijakan Sosial* (cetakan ketiga). Bandung: Alfabeta.

- , (2007). *Kebijakan Sosial Sebagai Kebijakan Publik*. Bandung: Alfabeta.
- Todaro, Michael P. & Stephen C. Smith. (2006). *Pembangunan Ekonomi* (Edisi Kesembilan). Jakarta: Erlangga.
- Udoji, Chief J. O. (1981). *The African Public Servant as a Public Policy in Africa*. Addis Abeba: African Assosiation for Public Administration and management.
- Wahab, Abdul Solihin. (2002). *Analisis Kebijaksanaan, Dari Formulasi ke Implementasi Kebijakan Negara*. Jakarta: Bumi Aksara.
- Wibawa, Samodra, Yuyun Purbokusumo & Agus Pramusinto. (1994). *Evaluasi Kebijakan Publik*. Jakarta: Raja Grafindo Persada.
- Widodo, Joko. (2001). *Good Governance: Telaah dari Dimensi Akuntabilitas dan Kontrol Birokrasi pada Era Desentralisasi dan Otonomi Daerah*. Surabaya: Insan Cendekia.
- Yuen, F.K.O & Terao K.L. (1999). *Practical Grant Writing and Program Evaluation*. Westport. CT: Auburn House.

SERIAL

- Allan, Colm. (1999). *Civil Society & Public Accountability: the Need for Active Monitoring*, dalam International Discussion: '9th International Anti-Corruption Conference', 10-15 Oktober 1999, South Africa: Durban.
- Asian Development Bank. (1999). Artikel: *Governance: Sound Development Management*. Page 7-13.
- , (2001). Artikel: *Public administration in the 21-st Century*.
- Badan Perencanaan Pembangunan Nasional dan Departemen Dalam Negeri. (2002). *Pedoman Penguatan Pengamanan Program Pembangunan Daerah*. Jakarta.
- Bappenas. (2002). *Tingkat Pemahaman Aparatur Pemerintah Terhadap Prinsip-Prinsip Tata Pemerintahan yang Baik* (Laporan Penelitian). Sekretariat Pengembangan Public Good Governance. Jakarta.
- Basuki, Ahmad. (2002). *Analisis Alternatif Kebijakan Perikanan Kabupaten Bengkulu Untuk Meningkatkan PAD Dalam Rangka Pelaksanaan Otonomi Daerah*. Tesis MAP UGM. Yogyakarta.

- Ganie-Rochman, Meuthia. (2000). Artikel: "Good Governance: Prinsip, Komponen dan Penerapannya", dalam "HAM: Penyelenggaraan Negara yang Baik dan Masyarakat Warga". Komnas HAM. Jakarta.
- Kartasasmita, Ginandjar. (1996). Bahan Kuliah Bagian I: "Kebijakan dan Pembangunan Sosial". Fakultas Ilmu Administrasi Universitas Brawijaya. Malang.
- Keban, Yeremias T. (2000). *Good Governance dan Capacity Building sebagai Indikator Utama dan Fokus Penilaian Kinerja Pemerintahan*, dalam *Jurnal Perencanaan Pembangunan*. Jakarta.
- Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 125/Menkes/SK/II/2008 tentang Pedoman Pelaksanaan Jaminan Kesehatan Masyarakat 2008.
- Krina P., Loina Lalolo. (2003). *Indikator dan Alat Ukur Prinsip Akuntabilitas, Transparansi dan Partisipasi*. Bappenas. Jakarta.
- Kusumawardani, Riastuti. (2006). *Analisis Implementasi Kebijakan Program Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat Miskin Pada RS di Kota Bogor Tahun 2005*. Tesis FKM UI. Depok.
- Lembaga Administrasi Negara. (2000). *Akuntabilitas dan Good Governance*. Modul Sosialisasi Sistem Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah (AKIP). Jakarta.
- Minogue, Martin. (2000). Artikel: "The Management of Public Charge: from 'Old Public Administration' to 'New Public Management'", dalam "Law and Governance" Issue I. British Council Briefing.
- Nishjar S. Karhi. (1997). *Beberapa Catatan Tentang "Good Governance"*. *Jurnal Administrasi Dan Pembangunan*. Vol.1 No.2. Hal.119.
- Pedoman Pelaksanaan Jaminan Kesehatan Masyarakat 2008*. (2008). Departemen Kesehatan RI. Jakarta.
- Penuhi Hak Kesehatan Masyarakat !* (2008, Edisi 3). INTERAKSI Majalah Informasi & Referensi Promosi Kesehatan. Hal. 8-14.
- Studi Kualitatif Reformasi Tata Pemerintahan Daerah*. (2007). Program Prakarsa Pembaharuan Tata Pemerintahan Daerah (*Initiative for Local Governance Reform Program*). Bappenas dan World Bank.
- Pramono, Agung. (2008). Materi perkuliahan: "Perumusan dan Proses Kebijakan Publik". Program Studi Ilmu Administrasi Publik Program Pasca Sarjana Universitas Jember (tidak diterbitkan).
- Sadjiarto, Arja. (2000). *Akuntabilitas dan Pengukuran Kinerja Pemerintahan*. *Jurnal Akuntansi & Keuangan* Vol. 2 No. 2. Hal. 138-150.

Sumarto, Sudarno dkk. (2004). *Tata Kelola Pemerintah dan Penanggulangan Kemiskinan: Bukti-Bukti Awal Desentralisasi di Indonesia*. Makalah Penelitian dari Lembaga Penelitian SMERU. Jakarta.

Syafruddin. (2004). *Analisis Hubungan Praktek Good Governance dan Kualitas Pelayanan Pemberian Paten*. Tesis Ilmu Administrasi UI. Depok.

Undang-Undang Dasar Tahun 1945.

Undang-Undang Nomor 23 Tahun 1992 tentang Kesehatan.

Undang-Undang Nomor 32 Tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah.

Kepmenkes RI Nomor 125/Menkes/SK/II/2008 tentang Pedoman Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan Masyarakat Tahun 2008.

PUBLIKASI ELEKTRONIK

Diharja, Tino, dkk. (2009). *Mengkritisi 'Clean and Good Governance' di Indonesia*. 29 April 2009.
<http://www.worldpress.com/artikel/>

Naibaho, Yuni & Rachmi Ayu. (2008). *Kesehatan di Tapsel Perlu Perhatian dan Dukungan Pemerintah*. Arsip Berita: Media Bisnis Online. 24 Desember 2008.
<http://www.medanbisnisonline.com/rubrik/>

Profil Kabupaten Tapanuli Selatan. 8 Juni 2008.
<http://www.tapselkab.go.id>.

PEDOMAN WAWANCARA

Dalam usulan penelitian ini peneliti hanya mengemukakan rencana wawancara secara garis besar yang akan dikembangkan secara lebih mendalam pada saat wawancara dilakukan terhadap informan sehingga diharapkan perolehan informasi yang lengkap, aktual dan akurat.

Adapun beberapa pedoman pertanyaan dalam wawancara itu adalah sebagai berikut.

No	Pertanyaan Wawancara	Topik Pertanyaan	Informan
1	Bagaimana pelaksanaan program JAMKESMAS yang dilakukan oleh Dinas Kesehatan Kabupaten Tapanuli Selatan selama tahun 2008? kebijakan serta cara memanfaatkan dan mengatasinya?	Pelaksanaan JAMKESMAS	Kepala Dinkes Tapsel, Kasubbid Promkes, Kepala Rumah Sakit, Kepala Puskesmas, masyarakat sasaran JAMKESMAS, masyarakat miskin yang tidak menjadi sasaran JAMKESMAS .
2	Apa keunggulan dan hambatan pelaksanaan program JAMKESMAS Selama tahun 2008 di Kabupaten Tapanuli Selatan?	Pelaksanaan JAMKESMAS	Kepala Dinkes Tapsel, Kasubbid Promkes, Kepala Rumah Sakit, Kepala Puskesmas.
3	Siapa <i>stakeholders</i> yang terlibat dalam pelaksanaan program JAMKESMAS di Kabupaten Tapanuli Selatan?	Pelaksanaan JAMKESMAS	Kepala Dinkes Tapsel.
4.	Siapa saja yang menjadi sasaran dari program JAMKESMAS tersebut?	Pelaksanaan JAMKESMAS	Kepala Dinkes Tapsel, masyarakat sasaran JAMKESMAS, masyarakat miskin yang tidak menjadi sasaran JAMKESMAS .
5.	Bagaimana Dinas Kesehatan Kabupaten Tapanuli Selatan mengimplementasikan prinsip-	Implementasi <i>good governance</i>	Kepala Dinkes Tapsel, Kasubbid Promkes,

	prinsip akuntabilitas, transparansi, dan partisipasi dalam melaksanakan program JAMKESMAS di Kabupaten Tapanuli Selatan?		masyarakat sasaran JAMKESMAS.
6.	Faktor-faktor apa saja yang mendukung dan menghambat implementasi <i>good governance</i> dalam program JAMKESMAS di Dinas Kesehatan Kabupaten Tapanuli Selatan?	Implementasi <i>good governance</i>	Kepala Dinkes Tapsel, Kasubbid Promkes, Kepala Rumah Sakit, Kepala Puskesmas.
7.	Bagaimana proses pembuatan kebijakan pelayanan kesehatan masyarakat miskin di Kabupaten Tapanuli Selatan dalam meneruskan program JAMKESMAS dari pemerintah pusat?	Akuntabilitas	Kepala Dinkes Tapsel, Kasubbid Promkes.
8.	Bagaimana akurasi dan kelengkapan informasi Dinas Kesehatan Tapsel dalam pelaksanaan program JAMKESMAS?	Akuntabilitas	Kepala Dinkes Tapsel, Kasubbid Promkes.
9.	Bagaimana Dinas Kesehatan Tapsel mempertanggungjawabkan pelaksanaan program JAMKESMAS?	Akuntabilitas	Kepala Dinkes Tapsel, Kasubbid Promkes.
10.	Bagaimana pengawasan terhadap pelaksanaan JAMKESMAS dari pihak luar (media massa atau lembaga non-pemerintahan)?	Transparansi	Kepala Dinkes Tapsel, Kasubbid Promkes, masyarakat sasaran JAMKESMAS, masyarakat miskin yang tidak menjadi sasaran JAMKESMAS.
11.	Bagaimana akses masyarakat terhadap informasi pelaksanaan JAMKESMAS diberikan oleh Dinas Kesehatan Tapsel? Terutama masyarakat miskin, baik biaya; prosedur dan tanggung jawabnya.	Transparansi	Kepala Dinkes Tapsel, Kasubbid Promkes, masyarakat sasaran JAMKESMAS, masyarakat miskin yang tidak menjadi sasaran JAMKESMAS.
12.	Bagaimana keterlibatan aparat Dinas Kesehatan Tapsel atau yang terkait dalam pelaksanaan JAMKESMAS?	Partisipasi	Kepala Dinkes Tapsel, Kasubbid Promkes,

			masyarakat sasaran JAMKESMAS.
13.	Bagaimana keterlibatan masyarakat (khususnya masyarakat miskin) dalam pelaksanaan JAMKESMAS tersebut?	Partisipasi	Kepala Dinkes Tapsel, Kasubbid Promkes, masyarakat sasaran JAMKESMAS, masyarakat miskin yang tidak menjadi sasaran JAMKESMAS ,
14.	Bagaimana aspirasi masyarakat dapat ditampung dan disalurkan/dilaksanakan terkait dengan pelaksanaan JAMKESMAS di Tapsel?	Partisipasi	Kepala Dinkes Tapsel, Kasubbid Promkes, masyarakat sasaran JAMKESMAS, masyarakat miskin yang tidak menjadi sasaran JAMKESMAS .

TRANSKIP WAWANCARA

Dalam penelitian ini peneliti melakukan wawancara terhadap 9 (sembilan) orang nara sumber berdasarkan pedoman wawancara dan selanjutnya peneliti olah menjadi transkrip wawancara untuk memperoleh informasi yang lengkap, aktual dan akurat.

Nara sumber dalam wawancara ini adalah sebagai berikut:

No.	Jabatan	Inisial Dalam Wawancara	Ket.
1.	Kepala Dinas Kesehatan dan KB Daerah Kabupaten Tapanuli Selatan	SH	Pegawai Negeri Sipil (PNS)
2.	Kepala Bidang Promosi Kesehatan dan KB Dinkes dan KB Tapsel	HH	PNS
3.	Pengelola Jamkesmas Dinkes dan KB Tapsel	ZB	PNS
4.	Kepala Rumah Sakit Umum Daerah Kab. Tapanuli Selatan	BJ	PNS
5.	Verifikator Independen (di Dinkes dan KB Daerah tapsel)	RB	Tenaga Kerja Sukarela Di Dinkes & KB Tapsel (TKS)
6.	Verifikator Independen (di RSUD Tapsel)	MH	TKS
7.	Verifikator Internal (di RSUD Tapsel)	TL	PNS
8.	Masyarakat	TS	Peserta Jamkesmas
9.	Masyarakat	EM	Peserta Jamkesmas

<p>A.1.2 Apakah ini juga berlaku untuk daerah lain untuk keadaan yang sama? Bagaimana menurut Bapak?</p>			<p>6 April 2009</p>	<p>“Seharusnya berdasarkan tata kelola kepesertaan Jamkesmas yang ada di website www.jpkm-online.com disebutkan bahwa bayi baru lahir di keluarga Jamkesmas itu harus menjadi peserta baru, hanya saja untuk pengelolaan keanggotaannya yang lama, sehingga kami harus lebih intensif dan intens menghubungi ke Dinas Kesehatan. Belum lagi masyarakat yang mungkin belum seluruhnya tahu tentang aturan ini, sehingga mereka tidak melaporkan. Ini akan sangat repot apabila nanti akan berobat baru nanti harus memberitahukan kelahiran bayi. Padahal sosialisasi sudah kami lakukan baik dari pihak Askes sendiri maupun dari dinkes. Saya tidak tahu untuk daerah lain. Hanya saja mungkin saya untuk kasus-kasus luar seperti itu pemerintah pusat mempertimbangkannya, mungkin pastinya membutuhkan dana yang sangat besar. Setidaknya dana ini ditangani bersama antara Depkes dan Pemda setempat. Tujuan program ini adalah membantu masyarakat miskin.”</p>
<p>A.2 Bagaimana pelaksanaan program JAMKESMAS yang dilakukan oleh Dinas Kesehatan Kabupaten Tapanuli Selatan selama tahun 2008?</p>		<p>HH (2)</p>	<p>5 Mei 2009</p>	<p>“Setiap peserta Jamkesmas berhak mendapat pelayanan kesehatan meliputi pelayanan kesehatan jalan (RJ) dan rawat inap (RI), pelayanan kesehatan rujukan jalan tingkat lanjutan (RJTL), inap tingkat lanjutan (RITL), pelayanan gawat darurat, Pelayanan kesehatan RJTL BKMM/BKPM/BKPM/BP4/BP5 dan di Rumah Sakit, serta pelayanan RI di Rumah Sakit yang meliputi tindakan, pelayanan obat, pemeriksaan diagnostik, pelayanan darah, pelayanan lainnya (kecuali pelayanan haemodialisa) dilakukan terpadu sehingga biaya pelayanan kesehatan diklaimkan diperhitungkan menjadi satu kesatuan menurut jenis paket dan pelayanan kesehatan pada JAMKESMAS Tahun 2008, pengguna INA-DRG, sehingga berkewajiban melakukan pemeriksaan diagnosa sebagai dasar penyesuaian klaim.”</p>

<p>A.2.1 Menurut informasi yang saya terima Bapak baru saja mengikuti Pertemuan Sosialisasi Jamkesmas di Bandung. Mohon penjelasannya pak?</p>			5 Mei 2009	<p>“Pertemuan sosialisasi ini dilaksanakan setiap tahunnya. Sampai dengan yang terkhir ini total pertemuan sosialisasi ini sudah dilaksanakan 2 (dua) kali yaitu di Batam pada tanggal 16-18 April 2008 dan terakhir baru-baru ini di Bandung tanggal 19-22 April 2009. Tujuan Pertemuan Sosialisasi ini adalah sebagai salah satu bentuk evaluasi pelaksanaan Jamkesmas di semua daerah di Indonesia. Sehingga akan dibahas solusi bagi permasalahan yang dihadapi oleh instansi terkait (dinas kesehatan, rumah sakit dan puskesmas) di masing-masing daerah, yang selanjutnya menjadi bentuk sharing dan komparasi antar daerah, sehingga lebih termotivasi dengan melihat keunggulan daerah lain atau dalam arti persaingan kompetitif yang sehat.”</p>
<p>A.3 Bagaimana pelaksanaan program JAMKESMAS yang dilakukan oleh Dinas Kesehatan Kabupaten Tapanuli Selatan selama tahun 2008?</p>		ZB (3)	8 April 2009	<p>“Dinas Kesehatan bertindak sebagai pengelola Jamkesmas di Kabupaten Tapanuli Selatan. PT Askes sekarang cuma bertugas untuk mencetak kartu Jamkesmas saja, sementara masalah dana sudah diserahkan departemen langsung ke rumah sakit kita atau ke puskesmas. Hanya saja, dana untuk ke rumah sakit diserahkan berdasarkan klaim dari RS itu sedang yang ke puskesmas sudah ditentukan langsung dari pusat berdasarkan jumlah penduduk miskinnya.”</p>
<p>A.3.1 Terus apabila PT Askes yang mencetak kartu Jamkesmas, Apakah mereka juga yang mendistribusikan kartunya? Atau siapa?</p>			8 April 2009	<p>“Yang mendistribusikan kartu Jamkesmas bukan lagi PT Askes tapi diserahkan pada Dinas Kesehatan dan untuk lebih mempermudah penyerahan kartu Jamkesmas ini dilakukan oleh Puskesmas setempat yang tetap dikoordinir oleh Dinas Kesehatan.”</p>
<p>A.3.2 Dari data yang saya peroleh berdasarkan laporan distribusi kartu Jamkesmas, ada yang tidak distribusi. Apa yang menjadi penyebabnya?</p>			8 April 2009	<p>“Ada memang sekitar 5.094 kartu yang tidak terdistribusi, yang disebabkan oleh beberapa hal, yaitu: peserta yang terdaftar sudah meninggal dunia; perpindahan domisili, dimana sebelumnya berdomisili di tempat yang terdata sementara pada saat pendistribusian sudah tidak tinggal di tempat yang ada di data BPS (pindah) terdaptarnya peserta di dua tempat (<i>double entry</i>); dan kartu Jamkesmas yang belum tercetak oleh PT. Askes</p>

<p>A.3.3 Bisa Bapak jelaskan terkait dengan data peserta Jamkesmas tahun 2008 yang ada di Tapsel?</p>			<p>8 April 2009</p>	<p>Sedangkan yang lain, yang tidak masalah kartunya sudah smpa tangan pemiliknya.”</p> <p>“Data ini sebenarnya dikumpu oleh BPS, dengan kriteria masya miskin yang sudah ditentukan Depkes dalam Manlak dan Jamkesmas seperti: lantai b dinding tepas, pendapatan dibawah puluh ribu rupiah per hari, mak hari sekali dan lainnya. Kemudian ini kan disahkan oleh Bupati (di kan), untuk kemudian dikirim ke depkes sehingga terdaftar se peserta Jamkesmas.”</p>
<p>A.3.4 Jadi bagaimana dengan masyarakat miskin yang tidak terdaftar sebagai anggota Jamkesmas?</p>			<p>8 April 2009</p>	<p>“Masyarakat miskin yang terdaftar itu akan dibebankan biaya APBD atau dana yang ber dari pemda. Hanya saja pelayanan tidak sepraktis atau secepat de menggunakan kartu Jamkes. Karena prosedurnya administrasi harus dilengkapi dulu di D Nakertransos. Pemda tidak d menolak karena ini sudah diatur dalam Manlak Jamkesmas tersa Lagi pula tujuannya kan w melaksanakan kebijakan pemer tentang sistem jaminan sosial nas di bidang kesehatan.”</p>
<p>A.8.1 Jamkesmas inikan yang mengelola Dinas kesehatan dan KB Tapsel, Apa yang Bapak rasakan selama menggunakan keanggotan Jamkesmas setahun ini? Apakah Bapak merasa terlayani dengan baik?</p>		<p>TS (8)</p>	<p>11 April 2009</p>	<p>“Selama tahun 2008 ini saya sudah sekitar 7 kali berobat ke Puskesmas dengan memakai kartu ini Alhamdulillah mereka langg melayani kami. Hanya saja ka tetap harus antri karena ramai, ap hari senin dan kamis (karena pekan atau pasar). Awal-awalnya dulu saya sempat ditolak karena s membawa surat miskin saja se saya harus pulang dulu s mengambil kartu Jamkesmas. Untuk orang seperti kami dek be gratis seperti ini udah syukur s dari mana kami mendapatkan u untuk berobat ke dokter. Dulu lebih sering berobat kampung s dukun). Mudah-mudahan ini berlangsung. Hanya saja ada kawan saya yang miskin seperi tapi gak punya kartu Jamkes belum dapat katanya. Dulu dia minta ke dinkes tapi kata dia s tidak bisa lagi dapat kartu tapi</p>

					apabila berobat ke puskesmas atau rumah sakit akan di tanggung pak Bupati (pemda).”
	A.8.2 Apakah memang teman Bapak itu pernah pengobatannya ditanggung pemda setelah tidak punya kartu Pak?			11 April 2009	“Ada sih yang dapat, tetapi banyak juga yang tidak. Mereka dijanjikan akan mendapatkan biaya dana sosial dari Pak Bupati melalui dinas nakertranssos, tapi karena lama tidak mendapatkannya mereka akhirnya berobat kampung saja dengan biaya yang murah, kadang cukup ngasih rokok saja ke dukunnya. Kami kan juga gak punya waktu untuk terus menerus ke kota karena harus bertani, belum lagi ongkos yang harus kami keluarkan dek.”
	A.8.3 Pengobatan apa saja yang diberikan oleh puskesmas atau rumah sakit kepada Bapak atau teman Bapak yang juga punya kartu Jamkesmas?			11 April 2009	“Saya syukurnya memang tidak pernah sakit parah sampai menginap, paling saya hanya demam tinggi dan batuk-batuk saja. Hanya saja ada teman saya yang pernah kena demam berdarah sehingga harus dirawat di rumah sakit Sipirok (RSUD Tapsel). Menurut informasi yang saya dapatkan dari teman-teman atau dari pihak rumah sakit katanya semua akan tetap dilayani, hanya mungkin apabila jauh dari tempat mereka katanya bisa di rujuk ke rumah sakit umum terdekat atau puskesmas lain. Itu keuntungannya punya kartu ini (Jamkesmas) karena bisa dipakai dimana saja.”
2	B.1 Apa keunggulan pelaksanaan program JAMKESMAS Selama tahun 2008 di Kabupaten Tapanuli Selatan?	Pelaksanaan Jamkesmas	SH (1)	6 April 2009	“Keunggulan pelaksanaan Jamkesmas ini adalah: Masyarakat miskin menjadi terbantu, terbentuknya data base masyarakat miskin secara nasional yang terkumpul di depkes dan telah disahkan oleh masing-masing kepala daerah, masyarakat miskin yang tidak terdaftar akan dibantu oleh pemda pengobatan dan pelayanan kesehatannya melalui santunan atau dana sosial, penyaluran dana langsung ke rumah sakit dan puskesmas sehingga pengelolannya susah dimanipulasi, pertanggungjawaban sah setelah di setujui verifikator independent dan direktur rumah sakit, dan dengan dilakukan pemisahan fungsi verifikator dan pembayar yang menunjukkan terjadinya rasionalisasi biaya yang menggambarkan dari terjadinya yankes terkendali mutu dan biaya.”

	B.3 Apa keunggulan pelaksanaan program JAMKESMAS Selama tahun 2008 di Kabupaten Tapanuli Selatan?		ZB (3)	8 April 2009	<p>“Dengan terdaptarnya masyarakat miskin itu dalam data base nasional maka secara langsung mereka sudah menjadi anggota Jamkesmas dan bisa menunggu kartu yang didistribusikan dan dicetak oleh PT Askes. Seandainya masih ada juga masyarakat miskin yang tidak termasuk dalam data base atau tidak terdaftar dalam kuota yang berasal dari depkes maka pemda yang memberikan pendanaan pelayanan kesehatan seperti yang dirasakan oleh anggota Jamkesmas terdaftar. Kabupaten Tapanuli Selatan di Sumatera Utara termasuk yang unggul dalam manajemen pelayanan dan administrasi. Keunggulan lain dari pelaksanaan Jamkesmas yaitu peran fungsi pemerintah daerah lebih diberdayakan, mendorong adanya komitmen dan kontribusi pemda terhadap program pelayanan kesehatan masyarakat miskin, kepuasan masyarakat akan kinerja pemerintah karena dapat membantu mereka yang tidak mampu.”</p>
	B.4 Apa keunggulan pelaksanaan program JAMKESMAS Selama tahun 2008 di Kabupaten Tapanuli Selatan?		BJ (4)	25 April 2009	<p>“Manfaat atau keunggulan yang didapatkan dari pelaksanaan program Jamkesmas ini adalah PPK cenderung menjadi lebih patuh terhadap standar standar (standar yankes, obat, standar administrasi klaim dan standar verifikasi), adanya standar administrasi klaim yang lebih baik, tidak menolakan pelayanan kesehatan yang berlebihan diluar paket, dan pembayarannya melalui satu pintu, masyarakat miskin merasa terbantu sekali dengan adanya program Jamkesmas ini.”</p>
3.	C.1 Apa hambatan pelaksanaan program JAMKESMAS Selama tahun 2008 di Kabupaten Tapanuli Selatan?	Pelaksanaan Jamkesmas	SH (1)	6 April 2009	<p>“Adapun hambatan pelaksanaan Jamkesmas ini yaitu: pertama, masih banyak pasien yang saat berobat ke RSUD Sipirok persyaratannya belum lengkap, khususnya yang dirujuk dari daerah yang jauh atau susah transportasinya dari ibukota kabupaten (seperti belum ada Kartu Jamkesmas, SKP rujukan daerah, surat rujukan RSUD, dan lainnya); kedua, PT Askes mengeluarkan SKP (Surat Keabsahan Peserta) “tidak prosedural” bagi pasien karena: yang menyerahkan persyaratan kepesertaan Jamkesmas kepada PT Askes lebih dari waktu 2x24 jam sedangkan status pasien saat itu</p>

<p>C.3 Apa hambatan pelaksanaan program JAMKESMAS Selama tahun 2008 di Kabupaten Tapanuli Selatan?</p>		<p>ZB (3)</p>	<p>8 April 2009</p>	<p>sementara sebagai pasien umum dan peserta Jamkesmas yang mempunyai kartu Jamkesmas dengan status ANAK/JANDA yang memerlukan perawatan karena melahirkan sementara itu tidak terdaftar ; dan ketiga, PT Askes tidak mengeluarkan SKP untuk bayi yang lahir dari peserta Jamkesmas yang belum memiliki Kartu Jamkesmas, namun bayi tersebut memerlukan perawatan di RSUD Sipiok.”</p> <p>“Ada beberapa hambatan yang kami hadapi dalam pelaksanaan Jamkesmas ini yaitu: pertama, Banyaknya pasien yang saat masuk ke RSUD Sipiok dengan status umum, setelah menjalani perawatan atau menjelang pulang ingin berubah status menjadi gakin atau baru menunjukkan persyaratan gakin/jamkesmas. (alasan: masuk umum dulu karena ingin segera mendapat ruang rawat inap, atau karena sudah kehabisan biaya maka ingin berubah status menjadi gakin) ; kedua, Identitas (seperti: nama atau tanggal lahir) yg tercantum di kartu Jamkesmas/Gakinda/SKM tidak sesuai dengan nama di KTP, KK, atau identitas lainnya; dan ketiga, Adanya kasus penggunaan kartu jamkesmas milik orang lain.”</p>
<p>C.4 Apa hambatan pelaksanaan program JAMKESMAS Selama tahun 2008 di Kabupaten Tapanuli Selatan?</p>		<p>BJ (4)</p>	<p>25 April 2009</p>	<p>“Kendala yang kami alami dalam pelaksanaan Jamkesmas di rumah sakit yaitu: pertama, RSUD Sipiok sebagai RS rujukan dengan pelayanan sub-spesialistik pada umumnya memerlukan pembiayaan yang cukup besar untuk pelayanan kesehatan pasien gakin karena pemeriksaan dan pelayanan pun secara subspesialistik., sehingga pada beberapa kasus masih harus menggunakan pemeriksaan penunjang, tindakan atau obat-obatan/alkes non manlak; kedua, menurut Manlak Jamkesmas 2008, biaya transportasi rujukan dari rumah sakit ke rumah sakit lainnya menjadi tanggung jawab Pemerintah Daerah setempat (halaman 13), sehingga bagaimana halnya pembiayaan transportasi ambulans untuk pasien yang pulang baik dalam keadaan hidup atau meninggal, ini tidak ada dijelaskan atau diatur dalam Manlak Jamkesmas;</p>

					<p>ketiga, <i>double entry</i> data, peserta pindah daerah, kelahiran baru dan meninggal dunia, serta masih banyak maskin diluar data base yang berdasarkan SK Bupati Tapanuli Selatan; keempat, mekanisme pengelolaan dana pertanggungmaskin diluar kuota masih belum mengikuti model dan mekanisme jamkesmas, seperti belum tersedia dana kontribusi bagi semua masyarakat miskin yang tidak masuk dalam kuota berdasarkan keluhan mereka ke rumah sakit; dan kelima, masyarakat maskin ada yang belum tahu tentang Jamkesmas dan prosedurnya. Kendala lainnya yang pernah kami alami yaitu ketika ada masyarakat maskin komplain ke RSUD Sipirok yang menginginkan pelayanan sebagai anggota Jamkesmas sementara dia tidak mempunyai kartu Jamkesmas atau tidak terdaftar, mereka mengatakan tidak pernah datang atau ditanyai oleh pemerintah (BPS Sementara untuk pengambilan dana kompensasi BLT langsung mereka terdaftar.”</p>
4.	D.1 Siapa saja stakeholder yang terlibat dalam pelaksanaan program Jamkesmas di Kabupaten Tapanuli Selatan?	Pelaksanaan Jamkesmas	SH (1)	6 April 2009	<p>“Adapun yang menjadi stakeholder dalam pelaksanaan program Jamkesmas di Kabupaten Tapanuli Selatan, yaitu:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. BPS Tapanuli Selatan 2. PT Askes 3. Inspektorat (Bawasda) Kabupaten Tapanuli Selatan sebagai pengawas 4. Dinas Kesehatan dan KB Daerah Kabupaten Tapanuli Selatan 5. RSUD Sipirok 6. Puskesmas/Pustu/Puskesmasdes.”
5.	E.1 Siapa saja yang menjadi sasaran dari program JAMKESMAS tersebut?	Pelaksanaan Jamkesmas	SH (1)	6 April 2009	<p>“Sasaran Jamkesmas ini adalah seluruh masyarakat miskin di Kabupaten Tapanuli Selatan. Untuk mempermudah pendataan Depkes menentukan kriterianya di Manlaks Juknis Jamkesmas. Hanya saja data yang ada di tahun 2008 itu masih memuat data masyarakat miskin di kabupaten baru yaitu Padang Lawas Utara (Paluta) dan Padang Lawas (Palas). Jadi data Maskin yang ada SK kan Bupati untuk 2009 ini yang akan mencakup daerah Tapsel setelah pemekaran.masalah pendataan ini ditanggungjawab oleh BPS Tapsel”</p>

<p>E.1.1 Tetapi kenapa datanya tidak akurat Pak? Artinya, masih ada maskin yang tidak terdaftar sebagai peserta Jamkesmas.</p> <p>E.1.2 Jadi bagaimana ya Pak dengan Maskin yang tidak terdaftar, kan kasihan juga karena mereka juga membutuhkan pelayanan yang sama dengan yang sudah terdaftar?</p>			<p>6 April 2009</p> <p>6 April 2009</p>	<p>“Ini disebabkan karena ada masyarakat yang sudah berpindah domisili, meninggal dunia, melahirkan tapi tidak terdata oleh BPS. Saya tidak sepenuhnya menyalahkan BPS karena masyarakat juga seharusnya lebih jeli dan tidak apatis. Artinya berperan aktif dalam melaporkan perpindahan domisili, kelahiran dan kematian atau info lainnya sehingga menghasilkan pengumpulan data yang lebih akurat serta lebih cepat. Jangan giliran menuntutnya saja yang cepat.”</p> <p>“Mereka tetap akan kita layani, tetapi berbeda dengan peserta Jamkesmas. Mereka akan diberikan dana/bantuan sosial dari APBD yang disesuaikan dengan pendapatan daerah. Tapi kita tetap mengusahakan adanya bantuan dari pusat, yang tentu akan meringankan pembiayaan untuk pengobatan apalagi kalau sampai ada operasi.”</p>
<p>F.1 Bagaimana Dinas Kesehatan Kabupaten Tapanuli Selatan mengimplementasikan prinsip-prinsip akuntabilitas, transparansi, dan partisipasi dalam melaksanakan program JAMKESMAS di Kabupaten Tapanuli Selatan?</p> <p>F.1.1 Bagaimana koordinasi</p>	<p>Implementasi <i>good governance</i></p>	<p>SH (1)</p>	<p>6 April 2009</p> <p>6 April 2009</p>	<p>“Sebenarnya dengan melaksanakan prosedur Jamkesmas sesuai dengan Manlak Jamkesmas dengan baik berarti sudah menjalankan Jamkesmas itu berdasarkan prinsip-prinsip <i>good governance</i>. Dan itu yang sudah kami upayakan selama tahun 2008. Terbukti, salah satunya dalam laporan manajemen keuangan yang tidak sesuai Manlak yang diterbitkan oleh Depkes RI Kabupaten Tapsel tidak termasuk didalamnya. Disamping itu, kami juga selalu mengusahakan pelayanan terbaik dan cepat, diantaranya yaitu: melakukan tindakan rasional terkendali yang sesuai prosedural bagi peserta, menggunakan formularium rumah sakit dan daftar tarif paket (INA DRG) dengan baik, dan melakukan penagihan klaim secara berkala dan tepat waktu sesuai ketentuan standar yang ada. Bentuk laporan pelaksanaan juga secara online dapat diakses masyarakat melalui situs resmi yang diterbitkan depkes yaitu www.jpkm-online.net, sehingga lebih transparan pelaksanaannya dibanding program serupa pendahulunya.”</p> <p>“Dinas kesehatan tetap melakukan</p>

	<p>dinkes dengan pihak terkait lainnya?</p>				<p>koordinasi dengan pihak (stakeholder) lainnya, baik dia rumah sakit, PT Askes, dinas nakertranssos, BPS, maupun yang menjadi pengawas dalam pelaksanaan program ini seperti Inspektorat Daerah (Bawasda). Apalagi salahsatu tugas kami adalah menangani keluhan masyarakat baik itu masalah kepesertaan maupun masalah pelayanannya, ini tentunya akan kami kordinasikan dengan pihak terkait yang mempunyai tanggungjawab dalam masalah ini</p>
<p>F.1.2</p>	<p>Dalam setiap kebijakan dan programnya pasti ada pengawasan. Bagaimana dengan Jamkesmas ini Pak?</p>			<p>6 April 2009</p>	<p>“Seperti yang saya katakan sebelumnya bahwa ada pihak-pihak yang berperan sebagai pengawas dalam pelaksanaan jamkesmas ini seperti Inpektorat atau Bawasda mereka berhak menegur dalam pelaksanaan jamkesmas ini. Mereka berhak menegur dan melaporkan kejanggalan-kejanggalan ke Bupati atau Depkes untuk ditindaklanjuti. Bukan hanya dinkes, tapi seluruh pihak yang juga mempunyai peran. Tapi, memang yang lebih terlibat dalam pelaksanaannya di dinas ini karena kita yang memonitoring dan bertanggungjawab atas pelaksanaan Jamkesmas di daerah.”</p>
<p>F.3</p>	<p>Bagaimana Dinas Kesehatan Kabupaten Tapanuli Selatan mengimplementasikan prinsip-prinsip akuntabilitas, transparansi, dan partisipasi dalam melaksanakan program JAMKESMAS di Kabupaten Tapanuli Selatan?</p>		<p>ZB (3)</p>	<p>8 April 2009</p>	<p>“Ini maksudnya agar Jamkesmas mencapai sasaran kan pelaksanaannya? Ya dalam melaksanakan Jamkesmas ini selalu berpedoman pada prosedur yang ada seperti Manlak dan Juknab yang diberikan oleh depkes. Selain kami juga selalu berusaha secepatnya mungkin mengurus klaim-klaim rumah sakit serta segera mengirim laporan pelaksanaan yang diminta oleh depkes. Lagipula kami kan tidak berani untuk berbuat macam-macam karena ada pihak-pihak yang akan mengawasi kami.”</p>
<p>F.3.1</p>	<p>Kalau begitu siapa saja yang menjadi pengawas dalam pelaksanaan Jamkesmas ini Pak?</p>			<p>8 April 2009</p>	<p>“Pengawasan Jamkesmas ini dilakukan oleh: Bawasda (Inspektorat), BPK, LSM atau masyarakat, serta Radio maupun media massa. Tapi yang tidak enak nya seperti LSM dan Media Massa ini hanya memberikan sisi negatif saja, artinya ketika ada masalah yang didapati dinkes dalam pelaksanaan Jamkesmas ini mereka jarang sekali memberitakan atau</p>

					melihat dari sisi positifnya, seperti capaian yang kami dapati selama pelaksanaan Jamkesmas kemudian manfaat yang didapatkan masyarakat melalui pelaksanaan ini.”	
	F.3.2	Apakah tidak ada tim pengawas dari pusat Pak? mungkin dari depkes?		8 April 2009	“Ada juga tim pengawas dari depkes, pernah datang tapi hanya sekali di bulan November 2008 lalu. Mungkin mereka hanya <i>cross check</i> data saja, dan selanjutnya menyerahkan pengawasan pada pihak yang ada di daerah seperti Inspektorat, BPK, LSM dan Media Massa.”	
7.	G.1	Faktor-faktor apa saja yang mendukung dan menghambat implementasi <i>good governance</i> dalam program JAMKESMAS di Dinas Kesehatan Kabupaten Tapanuli Selatan?	Implementasi <i>good governance</i>	SH (1)	6 April 2009	“Faktor yang mendukung implementasi <i>good governance</i> dalam pelaksanaan Jamkesmas ini kan adanya manlak dan juknis standar dari depkes yang sama untuk seluruh Indonesia, adanya pengawasan dari instansi yang ditunjuk juga dari masyarakat, adanya transparansi seluruh pelaksanaan Jamkesmas di semua daerah melalui website resmi Jamkesmas. Sementara yang menjadi faktor penghambatnya adalah Masyarakat yang apatis; tumpang tindihnya tugas seperti: distribusi selain PT Askes, dinkes jugadiberikan tugas untuk mendistribusikan kartu; pembiayaan bagi yang tidak mempunyai kartu Jamkesmas masih repot dan lama sementara masyarakat butuhnya mendesak.”
	G.4	Faktor-faktor apa saja yang mendukung dan menghambat implementasi <i>good governance</i> dalam program JAMKESMAS di Dinas Kesehatan Kabupaten Tapanuli Selatan?		BJ (4)	25 April 2009	“Hal-hal yang mendukung tercapainya <i>good governance</i> dalam pelaksanaan Jamkesmas diantaranya yaitu: pelayanan yang kami lakukan adalah berstruktur dan sistematis sesuai petunjuk teknis dengan standar pelayanan medik yang <i>cost effective</i> dan rasional; dana pengobatan diberikan langsung ke rumah sakit bahkan ada dana <i>cash flow</i> (seperti uang muka) yang akan kami pertanggungjawabkan dalam bentuk klaim dan ini sangat membantu. Sedangkan hambatan yang kami jumpai adalah: biaya pengobatan, dimana kami masih mengutamakan penggunaan obat generik karena lebih murah sedang untuk membeli obat yang lebih bagus tergantung bagaimana nanti reaksi obatnya kan obat generik bagus juga sementara obat luar mahal; pelaksanaan

					Jamkesmas disini masih sebatas bersifat kuratif atau belum mampu secara maksimal melakukan pencegahan (kuratif)."
G.9	Bagaimana yang Ibu rasakan dengan adanya Jamkesmas ini?		EM (9)	2 Mei 2009	"Tentu kami sangat terbantu dek Namanya juga gratis, untuk kami bermanfaat sekali. Tapi maunya janganlah dipersulit lagi."
G.9.1	Maksudnya Bu? Dipersulit dalam hal apa?			2 Mei 2009	"Yah, kadang –kadang kami harus mengantri lama untuk berobat. Lagi teman-teman yang tidak mempunyai kartu Jamkesmas harus mengurus dana bantuan sosial di kantor bupati yang tidak bisa selesai seharian."
G.9.2	Jadi, menurut Ibu apa sudah dilaksanakan dengan baik oleh Pemda?			2 Mei 2009	"Gimana yah.. kalau untuk saya mudah-mudahan tidak masalah. Kalau kan buat teman-teman belum tentu. Mereka kan juga kepingin dapat berobat gratis dek. Apalagi sekarang untuk berobat itu kan mahal. Kalau sudah ditangani dokter rasa terbantu, karena dokternya baik. syukurnya, kami juga diberikan gratis. Saya pikir bayar dek, Alhamdulillah.."
G.9.3	Bagaimana dengan yang menerima kartu Jamkesmas Bu? Apa betul-betul dari keluarga miskin?			2 Mei 2009	"Saya gak ngerti dek gimana pemerintah menentukan siapa yang mendapat kartu Jamkesmas ini. Kalau ada beberapa teman saya yang tidak terdaftar sebagai peserta Jamkesmas padahal waktu dapat duit dari kartu pos yang dana BLT langsung itu namanya ada dan dia dapat. Bukan BLT dan Jamkesmas ini sama-sama buat orang miskin. Mungkin waktu pak lurah gak betul mendatanya."
G.9.4	Tidak benar? Maksud Ibu?			2 Mei 2009	"Saya rasa masyarakat sini juga bahwa pak lurah A itu memasukkan aja semua keluarganya sebagai peserta Jamkesmas. Padahal dek, keluarga lurah kan banyak yang mampu, pakai honda (motor) lagi."
G.9.5	Jadi, Darimana Ibu tahu pemanfaatan kartu Jamkesmas ini kan sebelumnya untuk berobat gratis ibu hanya perlu membawa surat keterangan tidak mampu (SKTM) saja?			2 Mei 2009	"Dulu oleh Pak lurah kami pernah disuruh datang ke Kecamatan. Katanya ada pendaftaran berobat gratis, y saya datang. Saya datang bawa adekmu ini karena Bapak lagi bersawah (bertani). Pas disana kami dikumpulkan di balai kecamatan dan ternyata ada pidato (penyuluhan

Lanjutan Lampiran 2

					dari dinas kesehatan, disitu saya baru tahu ada Jamkesmas. Setelah selesai baru kami dikasih kue kotak dan mendaftarkan jumlah anggota keluarga oleh pak lurah dan pegawai kecamatan untuk didaftar katanya. Dan syukurnya kami semua terdaftar.”
	G.9.6 Apa yang Ibu harapkan ke depan untuk perbaikan pelaksanaan Jamkesmas ini?			2 Mei 2009	“Apa ya dek? Saya juga bingung, karena begini saja sudah baik koq. Tapi maunya ya teman-teman saya itu juga bisa mendapatkan berobat gratis seperti saya. “
8.	H.1 Bagaimana proses pembuatan kebijakan pelayanan kesehatan masyarakat miskin di Kabupaten Tapanuli Selatan dalam meneruskan program Jamkesmas dari pemerintah pusat?	Akuntabilitas	HH (2)	5 Mei 2009	“Program Jamkesmas ini kan dari pusat yang dilaksanakan di daerah yang bertujuan untuk peningkatan angka kesehatan masyarakat khususnya yang tidak mampu atau miskin, dan ini ternyata sejalan dengan tujuan rencana strategis baik di dinkes dan KB maupun rencana strategis pemkab Tapsel 2006-2010. Sehingga kami hanya tinggal mensinkronkannya saja agar dapat sejalan. Ini dapat terlihat dari pembiayaan pengobatan bagi miskin, tentu kami merasa terbantu dengan terdافتarnya mereka sebagai peserta Jamkesmas, artinya kan Pemkab tinggal memikirkan sisanya yang ternyata masih ada yang tidak terdaftar. Sebelumnya kami memang belum mampu memberikan pengobatan gratis bagi masyarakat tapi kami memberikan bantuan dana sosial bagi miskin yang benar-benar memerlukan dan urgen seperti untuk biaya operasi. Kalau Jamkesmas kan semua dilayani mulai dari penyakit kecil sampai yang harus dioperasi.”
9.	I.3 Bagaimana akurasi dan kelengkapan informasi Dinas Kesehatan Tapsel dalam pelaksanaan program JAMKESMAS?	Akuntabilitas	ZB (3)	8 April 2009	“Kelengkapan data maupun informasi dinkes Tapsel sudah cukup baik, baik dia masalah jumlah gakin atau miskin; laporan pertanggungjawaban pelaksanaan Jamkesmas, dan kegiatan sosialisasi ke masyarakat yang telah kami laksanakan. Hanya saja kami terkendala dalam akurasi data miskin, berdasarkan laporan distribusi kartu Jamkesmas yang ada. Karena ternyata masih ada kartu yang tidak terdistribusi, yang disebabkan kematian, perpindahan tempat dan lain-lain. Data ini kami peroleh dengan kerjasama terhadap BPS Tapsel.”

	L3.1	Agar akurasi dan pengumpulan data yang lengkap tentu pengelola jamkesmas ini harus cepat mengerti ya Pak?			8 April 2009	“Kami dapat memaksimalkan pelaksanaan Jamkesmas ini karena Tim pengelola Jamkesmas masih merupakan orang-orang yang dulu bertugas menangani Askeskin. Kadang orangnya mungkin direkrut lagi yang baru pasti orang itu belajar lagi dari awal.”
	L5	Bagaimana akurasi dan kelengkapan informasi Dinas Kesehatan Tapsel dalam pelaksanaan program JAMKESMAS?		RB (5)	8 April 2009	“Kami sebagai verifikator sudah memeriksa data dan mengumpulkan informasi sebelum menyetujui klaim dari rumah sakit terhadap pembayar Jamkesmas dengan maksimal. Sejauh ini akurasi dan kelengkapan laporan pelaksanaan Jamkesmas dan Tapsel berjalan lancar dan baik. Itu dapat dibuktikan dari informasi dari depkes bahwa Kab. Tapsel tidak termasuk dalam data daerah yang tidak menjalankan Jamkesmas sesuai dengan manlak yang ada.”
10.	J.3	Bagaimana Dinas Kesehatan Tapsel mempertanggungjawabkan pelaksanaan program JAMKESMAS?	Akuntabilitas	ZB (3)	8 April 2009	“Pertanggungjawaban pelaksanaan kegiatan Jamkesmas ini kami tuangkan dalam bentuk laporan. Melakukannya akan kami kirim ke depkes atau tim pengelola jamkesmas pusat melalui Dinkes dan KB Tapsel, dengan tembusannya kepada Bupati. Tim Pengelola Jamkesmas Propinsi akan menerima laporan yang kami kirimkan ini berupa laporan tiap bulan yang dihimpun dari rumah sakit dan puskesmas oleh verifikator. Sebenarnya pihak rumah sakit juga bisa langsung mengirimkan laporan melalui verifikator yang ada disamping dengan tembusan ke Tim Pengelola Jamkesmas Kabupaten Tapsel, Tim Pengelola Jamkesmas Propinsi Sulawesi Tengah dan Tim pengelola Jamkesmas Pusat dengan cara yang sama dengan mengisi software laporan Jamkesmas kemudian dimasukkan ke CD dan dikirimkan beserta laporan mentranskrip (berkas).”
	J.6	Bagaimana bentuk pertanggungjawaban pelaksanaan program Jamkesmas itu dilakukan?		MH (6)	25 April 2006	“Kami sebagai verifikator melakukan pertanggungjawaban dengan melaporkan pelaksanaan Jamkesmas tersebut ke pusat. Adapun bentuk laporan pertamanya itu adalah membuat Laporan Bukti yang berisi penggunaan dana Jamkesmas, tindakan medis yang dilakukan dan lainnya, serta melakukan rekapitulasi klaim ke Tim Pengelola Jamkesmas Pusat dengan tembusan

					<p>kepada Tim Pengelola Jamkesmas Kab/Kota dan Tim Pengelola Jamkesmas Propinsi; kedua: laporan bulanan memuat rekapitulasi klaim dan realisasi pembayaran klaim yang mencakup pelayanan RJTL, IGD, ODC, RITL; dan ketiga: laporan bulanan Verifikator PPK berpedoman pada format laporan hasil verifikasi Jamkesmas.”</p>
J.6.1	Kendala apa yang anda dapatkan sebagai verifikator independen selama ini?			25 April 2006	<p>“Kendala yang saya dapati yaitu RS belum melakukan kendali mutu pelayanan dan kendali biaya untuk menghemat penggunaan dana Jamkesmas, disamping itu pemberkasan klaim dana yang diajukan oleh rumah sakit sering tidak lengkap atau kurang.”</p>
J.6.2	Bagaimana antusias peserta Jamkesmas terhadap penggunaan kartu ini dan apakah mereka terlayani dengan baik?			25 April 2006	<p>“Menurut pengamatan saya antusias mereka cukup baik untuk menggunakan kartu Jamkesmas untuk mendapatkan pelayanan kesehatan. Ini terlihat dari jumlah tindakan medis yang dilakukan oleh pihak rumah sakit, apalagi di hari senin dan kamis pasti banyak sekali yang antrian karena pada hari senin dan kamis disini memang ada pekan (pasar). Semua peserta jamkesmas sejauh ini dapat dilayani pihak rumah sakit dengan baik. Hanya saja masyarakat terkadang tetap mengeluhkan antrian mereka di waktu hari pekan.”</p>
J.7	Anda kan sebagai verifikator internal di rs ini, apa yang menjadi tugas anda?		TL (7)	25 April 2006	<p>“Iya benar. Saya bertugas membantu verifikator internal disini, hanya saja saya tidak terikat kontrak seperti mereka karena aslinya saya pegawai di rumah sakit ini.”</p>
J.7.1	Jadi bagaimana bentuk pertanggungjawaban tugas anda?			25 April 2006	<p>“Saya melaporkan kegiatan pelaksanaan jamkesmas ini ke kepala rumah sakit dulu karena beliau yang menunjuk saya untuk bertugas sebagai verifikator internal, selanjutnya saya tetap membantu verifikator independen untuk menghimpun dan mengisi laporan yang akan dikirim.”</p>
J.7.2	Apa hambatan yang anda rasakan selama berlangsungnya pelaksanaan Jamkesmas di rumah sakit ini?			25 April 2006	<p>“Lumayan banyak juga. Tapi yang paling susah itu ketika menghadapi masyarakat yang agak sedikit keras, seperti kita mereka ingin berobat tapi tidak membawa kartu Jamkesmas malah membawa SKTM saja tentu ini</p>

	J.7.3 Jadi apa tindakan yang diambil untuk mengatasinya?			25 April 2006	<p>kami tidak bisa layani tapi mereka tetap ngotot itu yang membuat kami jadi pusing. Sementara apabila mereka ambil kartunya mereka tentu akan menempuh jarak yang jauh dan memakan biaya lagi.”</p> <p>“Yah solusi yang kami ambil adalah dengan mencermatinya. Artinya, apabila memang mendesak atau parah walau hanya dengan menggunakan SKTM pun kami layani, tapi kalau tidak dengan terpaksa tidak kami layani dan kami mengambil kartu mereka.”</p>
11.	K.1 Bagaimana pengawasan terhadap pelaksanaan JAMKESMAS dari pihak luar (media massa atau lembaga non-pemerintahan) Pak?	Transparansi	SH (1)	6 April 2009	<p>“Pengawasan dilakukan tetap dilakukan oleh pihak depkes tetapi memang sampai sekarang baru saja dilakukan. Dari pihak luar seperti media massa dan LSM juga melakukan pengawasan terhadap pelaksanaan Jamkesmas ini. Artinya kami cukup terbuka untuk menerima keluhan maupun kritik terhadap pelaksanaan Jamkesmas ini. Tapi membuat kurang nyaman bagi kami adalah kebiasaan yang mengesampingkan atau lebih enak memperbincangkan ketika ada permasalahan dalam pelaksanaannya, giliran keuangan tidak begitu menjadi perhatian.”</p>
	K.1.1 Sampai sejauh mana mereka bisa mengetahui mengenai pelaksanaan Jamkesmas ini Pak?			6 April 2009	<p>“Semuanya, semuanya bisa mereka ketahui karena kami kan disini baru menjalankan apa yang sudah direncanakan. Lagipula mereka bisa mengakses informasi dari masyarakat atau langsung melihat ke website resmi pelaksanaan Jamkesmas ini.”</p>
	K.1.2 Masalah apa yang sudah pernah diberitakan oleh media massa pak?			6 April 2009	<p>“Masalah data masyarakat miskin yang tidak akurat menurut mereka masalah distribusi kartu Jamkesmas. Padahal mereka tidak mengetahui alasannya sebenarnya kenapa itu sampai terjadi.”</p>
	K.1.3 Apa dampak yang terjadi akibat pemberitaan itu Pak?			6 April 2009	<p>“Tentu kami dipanggil oleh Pak Bupati dan diperiksa oleh Inspektur. Tapi setelah kami mengemukakan alasannya mereka dapat memahaminya.”</p>
	K.3 Bagaimana media massa atau LSM melakukan		ZB (3)	8 April 2009	<p>“Mereka biasanya mengumpulkan informasi dari para peserta Jamkesmas, apabila ada kendala</p>

		pengawasan terhadap pelaksanaan Jamkesmas ini Pak?				mereka tanyakan langsung kepada kami. Baik media massa, LSM atau Peserta Jamkesmas itu sendiri boleh menyampaikan keluhan terhadap dinkes dan KB Tapsel atau kepada tim pengelola Jamkesmas kabupaten.”
12.	L.1	Bagaimana akses masyarakat terhadap informasi pelaksanaan Jamkesmas diberikan oleh Dinas Kesehatan Tapsel? Terutama masyarakat miskin, baik biaya; prosedur dan tanggung jawabnya pak?	Transparansi	SH (1)	6 April 2009	“Masyarakat mempunyai akses yang terbuka untuk mengetahui informasi yang ada seputar Jamkesmas ini, hanya saja kan mereka tidak terlalu memperhatikan itu yang penting mereka dapat dilayani dengan baik saja. Lagipula untuk masalah proseduralnya kami telah melaksanakan sosialisasi ke kecamatan-kecamatan. Disamping itu kami juga membuka akses bagi masyarakat yang mempunyai keluhan atau ketidakpahaman tentang pelaksanaan Jamkesmas ini.”
	L.3	Bagaimana akses Masyarakat terhadap informasi jamkesmas ini pak?		ZB (3)	8 April 2009	“Mereka dipersilahkan untuk memperoleh informasi yang sebanyak-banyaknya tentang Jamkesmas ini. kami juga mengadakan sosialisasi untuk menyebarkan info seputar Jamkesmas ini.”
	L.8	Bapak tentu membutuhkan informasi seputar Jamkesmas ini, bagaimana memperolehnya?		TS (8)	11 April 2009	“Iya. Saya memperolehnya dengan bertanya ke teman-teman atau apabila masih kurang jelas ketika sedang berobat ke puskesmas atau rumah sakit saya memanfaatkan untuk sekalian bertanya tentang apa yang belum saya pahami.”
	L.8.1	Kenapa tidak jelas Pak? Bukannya dinas kesehatan sudah melakukan sosialisasi?			11 April 2009	“Karena ada cara-cara yang belum saya mengerti. Seperti untuk merujuk dari puskesmas ke rumah sakit atau masalah pelayanan apa saja yang bisa kami dapatkan, dan lainnya. Memang sosialisasi dinkes di kecamatan dulu pernah saya ikuti tapi tentu saya tidak mampu mengingatnya secara keseluruhan, sehingga harus saya tanyakan.”
13.	M.1	Bagaimana keterlibatan aparat Dinas Kesehatan Tapsel atau yang terkait dalam pelaksanaan Jamkesmas?	Partisipasi	SH (1)	6 April 2009	“Dinas kesehatan sudah pasti terlibat karena bertugas sebagai pengelola Jamkesmas di Kab. Tapsel seperti melakukan sosialisasi, monitoring, dan penanganan keluhan masyarakat. Hanya saja tetap melakukan kerjasama dengan instansi lain seperti PT Askes untuk masalah

					<p>kepesertaan; Dinas Nakertransos untuk peluncuran dana bantuan sosial bagi maskin yang tidak terdaftar sebagai peserta Jamkesmas; Inpeka bagian pengawasan dan BPS untuk pengumpulan data maskin. Semuanya tetap berhubungan secara sinergis dalam pelaksanaan Jamkesmas ini.”</p>	
	M.3	Bagaimana partisipasi yang ditunjukkan oleh pihak-pihak terkait (stakeholder) dalam pelaksanaan Jamkesmas ini?		ZB (3)	8 April 2009	<p>“Seluruh stakeholder mulai dari Dinkes dan KB, Inspektorat, BPS, BPK, dan Dinas Nakertransos bersama-sama melakukan tugasnya sesuai petunjuk yang diluncurkan depkes. Artinya, tidak ada yang berjalan sendiri-sendiri atau mengutamakan instansinya sendiri dalam hal pelaksanaan jamkesmas. Mereka kan sudah menjadi satu bagian dari pelaksanaan Jamkesmas ini, sehingga bila ada yang tidak melakukan tugas sesuai petunjuk maka akan membuat pelaksanaan Jamkesmas ini berantakan atau terdistorsi. Jadi sampai sejauh ini seluruh stakeholder pelaksanaan Jamkesmas di Kab. Tapsel sudah berperan secara aktif.”</p>
14.	N.3	Jadi, bagaimana keterlibatan masyarakat (khususnya masyarakat miskin) dalam pelaksanaan Jamkesmas ini Pak?	Partisipasi	ZB (3)	8 April 2009	<p>“Masyarakat (maskin) sebenarnya tidak banyak terlibat dalam pelaksanaan Jamkesmas ini, kan mereka adalah sasarannya. Lagi pula program ini berasal dari pusat atas kebijakan pemerintah pusat. Meskipun demikian kami tetap menampung aspirasi masyarakat yang akan kami bawa ke forum di Pertemuan Sosialisasi Jamkesmas seperti baru ini di Bandung. Hanya saja harapan kita sebagai pemerintah keterlibatan masyarakat itu kan bisa diwujudkan dalam bentuk partisipasi masyarakat dalam pengumpulan data maskin/gakin mereka atau pemberitahuan tentang domisili, penambahan anggota keluarga maupun kematian. Sehingga, data akan lebih akurat dan terus <i>update</i> untuk dimasukkan dalam data base pemda.”</p>
	N.8	Sejauh mana bapak sebagai peserta Jamkesmas terlibat		TS (8)	11 April 2009	<p>“Sepengetahuan saya, kami kan bisa menerima bantuan saja atau pelayanan. Tidak pernah saya dan</p>

Lanjutan Lampiran 2

		dalam pelaksanaan Jamkesmas ini? misalnya untuk merumuskan kebijakannya.				masyarakat dilibatkan untuk merumuskan kebijakannya dek. Lagipula begini sudah baik, artinya pemerintah sudah mengerti kemampuan dan kemauan masyarakatnya. Tapi untuk keluhan tetap kami sampaikan ke rumah sakit atau dinkes Tapsel."
15.	O.3	Bagaimana aspirasi masyarakat dapat ditampung dan disalurkan/dilaksanakan terkait dengan pelaksanaan Jamkesmas di Tapsel Pak?	Partisipasi	ZB (3)	8 April 2009	"Kami menerima keluhan dan aspirasi masyarakat yang akan kami bawa atau sampaikan ke pusat pada saat Pertemuan Sosialisasi. Tapi bila masih bisa diatasi di daerah, ya tidak kita bawa ke forum. Meski program ini yang mengeluarkan pusat tapi kan tidak menutup kemungkinan evaluasinya dari pelaksanaan di daerah-daerah. Toh pelaksanaannya juga di daerah, pusat kan hanya menagani pe,biayaannya saja"

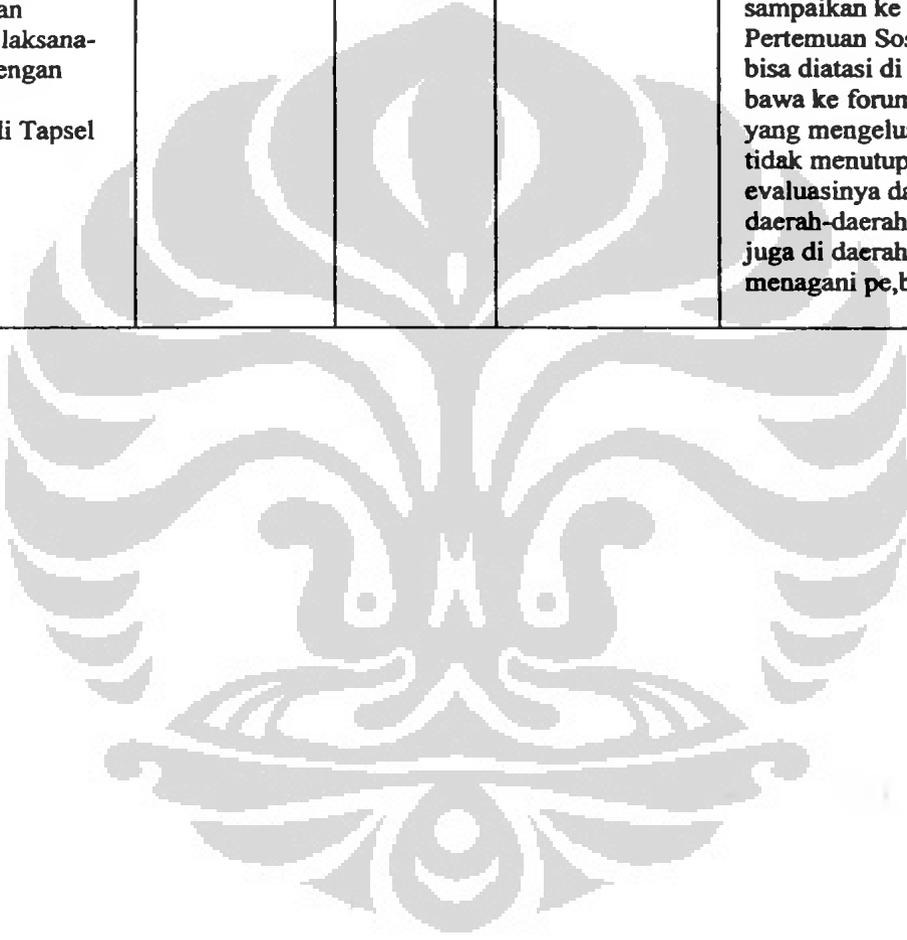


FOTO PELAKSANAAN PENELITIAN



Foto 1. Wawancara dengan Kepala Dinas Kesehatan dan KB Tapanuli Selatan



Foto 2. Wawancara dengan Tim Pengelola Jamkesmas Kabupaten Tapsel



Foto 3. Wawancara dengan Verifikator dan Pegawai RSUD Tapsel



UNIVERSITAS INDONESIA
FAKULTAS ILMU SOSIAL DAN ILMU POLITIK
KAMPUS UI, DEPOK 16424, TELP. : (021) 7270006, 7869785, 7872823
FAX. : (021) 7872820, 7870007

Nomor : 008/PPs-FISIP/UI/KSDN/III/2009
Lampiran : -
Perihal : Permohonan Izin Penelitian

Depok, 27 Maret 2009

Kepada Yth,

Bupati Kabupaten Tapanuli Selatan
Di
Tempat

Dengan hormat,

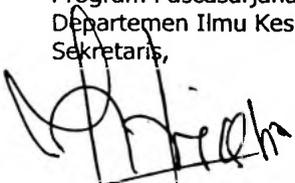
Sebagai salah satu persyaratan untuk menyelesaikan studi di Program Pascasarjana Ilmu Kesejahteraan Sosial, Kekhususan Pembangunan Sosial, Departemen Ilmu Kesejahteraan Sosial, Fakultas Ilmu Sosial dan Ilmu Politik, Universitas Indonesia, para peserta wajib untuk melakukan penulisan tesis. Sehubungan dengan itu, salah seorang peserta Program kami yaitu :

Nama : **Fariz Haholongan Hutagalung**
N P M : 07061873331
Departemen : Ilmu Kesejahteraan Sosial
Pascasarjana : Ilmu Kesejahteraan Sosial
Kekhususan : Pembangunan Sosial
Judul Tesis : **IMPLEMENTASI GOOD GOVERNANCE DALAM PELAKSANAAN PROGRAM JAMINAN KESEHATAN MASYARAKAT (Studi Kasus pada Dinas Kesehatan Kabupaten Tapanuli Selatan Provinsi Sumatera Utara)**

Bermaksud mengadakan penelitian/mencari data/informasi di daerah kerja Bapak kurang lebih selama 2 (dua) bulan. Untuk maksud tersebut kami mohon kiranya Bapak berkenan memberi izin penelitian bagi mahasiswa kami.

Atas perhatian dan bantuan yang diberikan, kami ucapkan terima kasih.

Program Pascasarjana Ilmu Kesejahteraan Sosial
Departemen Ilmu Kesejahteraan Sosial, FISIP UI
Sekretaris,


Dra. Fitriyah, M.Si
NIP. 131 660 874

Tembusan :

1. Yth. Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Tapanuli Selatan
2. Yth. Kepala Badan Kepegawaian dan Diklat Daerah Kabupaten Tapanuli Selatan
3. Mahasiswa yang bersangkutan
4. Implementasi Asi., Fariz Haholongan Hutagalung, FISIP UI, 2009



PEMERINTAH KABUPATEN TAPANULI SELATAN
DINAS KESEHATAN DAN KELUARGA BERENCANA DAERAH
JL. Dr. FL. Tobing No. 12 Telp (0634) 21012 Fax (0634) 24055
PADANGSIDIMPUAN

KODE POS 22719

Padangsidimpuan, 15 Mei 2009

Nomor : 440/ 3266 / 2009
Lampiran : -
Perihal : Pelaksanaan Penelitian

Kepada Yth :
Ketua Program Pasca Sarjana
Ilmu Kesejahteraan Sosial
Departemen Ilmu Kesejahteraan Sosial
FISIP – UI
DI –

JAKARTA

Dengan hormat,

Bersama ini saya beritahukan kepada Bapak/ Ibu bahwa :

Nama : **Fariz Haholongan Hutagalung**
Pekerjaan : Mahasiswa Program Pasca Sarjana
Ilmu Kesejahteraan Sosial FISIP – UI
N P M : 07061873331
Judul Tesis : Impelementasi Good Governance Dalam Pelaksanaan
Program Jaminan Kesehatan Masyarakat
(Studi Kasus pada Dinas Kesehatan dan KB Daerah Kabupaten Tapanuli Selatan)

Telah menyelesaikan Pelaksanaan Penelitian di Dinas Kesehatan dan KB Daerah Kabupaten Tapanuli Selatan terhitung dari tanggal 01 April s/d 15 Mei 2009.

Atas perhatiannya kami ucapkan terima kasih.

KEPALA DINAS KESEHATAN DAN KB DAERAH
KABUPATEN TAPANULI SELATAN



Dr. H. S. HADHAN HARAHAP, APT
BINA UTAMA MUDA
NIP. 140 159 277

Tembusan :

1. Yth .Bapak Bupati Tapanuli Selatan di Padangsidimpuan
2. Kepala Kantor Kesatuan Bangsa, Politik dan Perlindungan Masyarakat Kab. Tapanuli Selatan
3. Mahasiswa yang bersangkutan
4. Pertinggal