

BAB 5

PROFIL WILAYAH DAN DINAS KESEHATAN

PROVINSI SUMATERA BARAT

5.1. Gambaran Umum Wilayah Provinsi Sumatera Barat

5.1.1 Gambaran Geografi

Provinsi Sumatera Barat terletak di tepi pantai barat Pulau Sumatera yang berada antara 0-54' Lintang Utara sampai 3-30' Lintang Selatan serta antara 98-36' sampai 101-53' Bujur Timur, yang terdiri dari 19 kabupaten dan kota (12 kabupaten dan 7 kota). Adapun batas-batas Provinsi Sumatera Barat ini dilihat dari posisinya dengan provinsi tetangga adalah sebagai berikut :

- a. Sebelah Utara : Provinsi Sumatera Utara
- b. Sebelah Selatan : Provinsi Bengkulu dan Provinsi Jambi
- c. Sebelah Timur : Provinsi Jambi dan Provinsi Riau
- d. Sebelah Barat : Samudera Hindia

Luas wilayah Provinsi Sumatera Barat seluruhnya 4.229.730 Ha (42.297,30 Km²), dengan luas laut diperkirakan : 186,00 km² dan panjang garis pantai Provinsi Sumatera Barat 2.420,57 km yang meliputi enam Kabupaten/Kota dengan perincian panjang pantai sebagai berikut :

- | | |
|---|-------------|
| - Kabupaten Pasaman | : 142.55 Km |
| - Kabupaten Agam | : 38,69 Km |
| - Kabupaten Padang Pariaman dan Kota Pariaman | : 62.32 Km |
| - Kabupaten Padang | : 99.32 Km |

- Kabupaten Pesisir Selatan : 278.00 Km
- Kabupaten Mentawai : 1.798.000 Km

Jumlah Kabupaten/Kota, kecamatan dan desa/kelurahan pada tahun 2006, Sumatera Barat mempunyai administrasi terdiri atas 19 Kabupaten/Kota yaitu 12 kabupaten dan 7 kota. Semua Kabupaten/Kota di Provinsi Sumatera Barat terbagi lagi menjadi 153 kecamatan yang secara keseluruhan terbagi lagi atas 571 Nagari dan 125 desa, serta 255 kelurahan.

5.1.2 Gambaran Topografi

Keadaan topografi wilayah Provinsi Sumatera Barat bervariasi dari datar landai, bergelombang sampai terjal atau curam dan berbukit. Provinsi Sumatera Barat dapat dibagi kedalam tiga satuan ruang morfologi, yaitu :

1. Morfologi Dataran

Daerah dengan morfologi dataran terdapat pada wilayah bagian barat dengan ketinggian antara 0 s/d 50 m diatas permukaan laut meliputi bagian dari Kabupaten Pasaman, Kabupaten Agam, Kabupaten Kepulauan Mentawai dan Kota Padang.

2. Morfologi Bergelombang

Daerah bagian tengah dengan ketinggian antara 50 - 100 m diatas permukaan laut, meliputi bagian Kabupaten Solok, Kabupaten Tanah Datar, Kota Padang Panjang, Kabupaten Agam dan Kabupaten Pasaman.

3. Morfologi Perbukitan

Daerah bagian timur dengan ketinggian antara 100 - 500 m diatas permukaan laut meliputi bagian dari Kota Sawahlunto, Kabupaten Sawahlunto Sijunjung, Kota Bukittinggi, Kabupaten Lima Puluh Kota dan Kabupaten Tanah Datar sebagian Kabupaten Agam dan Kabupaten Pasaman.

Secara alamiah Sumatera Barat adalah daerah pegunungan Bukit Barisan dan dataran pantai yang sempit ditambah gugusan kepulauan Mentawai. Tanahnya bergunung-gunung dan merupakan kawasan vulkanik dataran tinggi pertanian subur. Di antara gunung berapi yang terdapat di Sumatera Barat adalah Gunung Merapi (2.891 m), Gunung Singgalang (2.866 m), Gunung Tandikat (2.438 m), Gunung Talang (2572 m), Gunung Talamau (2912 m), dan Gunung Sago (2.271 m). Di samping itu, daerah ini juga memiliki sejumlah danau, lembah dan dialiri banyak sungai. Keadaan ini merupakan perpaduan yang harmonis antara bukit-bukit dan lembah-lembah yang terdapat pada gugusan Bukit Barisan serta dataran rendah yang relatif sempit terhampar di belahan barat.

Ketinggian Provinsi Sumatera Barat bervariasi mulai dari 0 meter sampai lebih dari 1500 meter di atas permukaan laut. Ketinggian yang paling luas adalah daerah dengan ketinggian antara 500 – 1500 m di atas permukaan laut yakni 1.573.501 ha atau 37,20% dari luas provinsi. Kemudian menyusul ketinggian antara 100 – 500 m di atas permukaan laut seluas 1.394.176 ha atau 32,98% dan luas yang paling kecil adalah ketinggian lebih dari 1500 m di atas permukaan laut yakni 95.800/ha atau 2,26%.

5.1.3. Gambaran Demografi

Jumlah penduduk Sumatera Barat pada tahun 2006 berdasarkan proyeksi atas sensus terakhir berjumlah 4,63 juta jiwa atau meningkat 1,02% dari tahun sebelumnya. Jumlah penduduk terbanyak adalah Kota Padang yaitu sekitar 819.765 jiwa dan jumlah penduduk terendah Kota Padang Panjang yang hanya berpenduduk sekitar 49.780 jiwa. Kepadatan penduduk tertinggi adalah Kota Bukit Tinggi dimana pada setiap kilometer persegi wilayahnya dihuni oleh 4.061 orang, sedangkan daerah

yang kepadatannya terendah adalah Kabupaten Sawahlunto/Sijunjung dengan kepadatan hanya sekitar 11 jiwa per Kilometer persegi. Berikut tabel jumlah penduduk menurut Kabupaten/Kota dan jenis kelamin Provinsi Sumatera barat :

Tabel 5.1. Persentase penduduk menurut Kabupaten/Kota dan jenis kelamin Provinsi Sumatera Barat

Kabupaten/Kota	Laki-laki	Perempuan	Jumlah Penduduk
KABUPATEN			
Kep. Mentawai	35.551	30.781	66.332
Pesisir Selatan	211.778	217.869	429.647
Solok	171.562	175.726	347.288
Swl/Sijunjung	94.397	98.600	192.997
Tanah Datar	161.665	172.593	334.258
Padang Pariaman	182.570	199.233	381.803
Agam	205.962	220.805	426.767
50 Kota	162.859	164.344	327.203
Pasaman	125.430	123.500	248.930
Solok Selatan	64.706	63.908	128.614
Dharmasraya	86.167	84.180	170.347
Pasaman Barat	160.906	161.450	322.356
KOTA			
Padang	409.497	410.268	819.765
Solok	25.552	30.232	55.784
Sawahlunto	26.396	26.931	53.327
Padang Panjang	25.137	24.642	49.779
Bukittinggi	50.862	51.653	102.515
Payakumbuh	50.635	53.449	104.084
Pariaman	33.848	36.508	70.356

Sumber : Sumbar dalam angka, 2006

Jumlah penduduk yang termasuk ke dalam kelompok Angkatan Kerja, pada tahun 2006 tercatat sebanyak 2,05 juta orang. Dari jumlah tersebut, yang bekerja sebanyak 1,80 juta orang dengan rincian sebagai berikut, perempuan sebanyak 0,67 juta orang dan laki-laki sebanyak 1,13 juta orang.

Lapangan usaha pertanian masih merupakan sektor yang paling banyak menyerap tenaga kerja, walaupun dari tahun ke tahun menunjukkan persentase yang semakin menurun. Pada tahun 2005 sektor ini menyerap sebanyak 47,97% dari seluruh penduduk berumur 15 tahun ke atas yang bekerja. Kemudian, pada tahun 2006 sektor pertanian menyerap tenaga kerja sebanyak 45,46% dari seluruh penduduk yang bekerja. Sebaliknya pada sektor jasa, tenaga kerja yang terserap mengalami peningkatan yaitu dari 13,89% menjadi 14,17% di tahun 2006.

a. Laju Pertumbuhan Penduduk

Jumlah penduduk Sumatera Barat tahun 2006 sebanyak 4,63 juta jiwa, diantaranya laki-laki sebanyak 2,28 juta jiwa dan perempuan sebanyak 2,35 juta jiwa. Dibandingkan dengan penduduk pada tahun sebelumnya yaitu sebesar 4.528.282 jiwa, maka terjadi penambahan sebesar 101.718 jiwa atau 1,02%. Penduduk yang paling banyak di Sumatera Barat terdapat di Kota Padang sebagai ibu kota provinsi, yaitu 819.765 jiwa dan daerah yang paling sedikit penduduknya terdapat di Kota Padang Panjang yaitu 49.780 jiwa (BPS tahun 2006).

b. Kepadatan Penduduk

Salah satu kependudukan Provinsi Sumatera Barat adalah persebaran penduduk yang tidak merata. Hal ini berkaitan dengan daya dukung lingkungan (luas wilayah) yang tidak seimbang antara kota dengan pedesaan. Provinsi Sumatera Barat yang luas wilayahnya 42.229,73 Km² dihuni oleh 4,63 juta jiwa, sehingga kepadatan penduduk mencapai 109,00 jiwa per Km². Sedangkan untuk Kabupaten/Kota yang terpadat penduduknya adalah Kota Padang yaitu sekitar 1.100,45 jiwa per Km² dan daerah yang terendah adalah Kabupaten Kepulauan Mentawai yaitu sekitar 10,36

jiwa per Km². Berikut tabel luas daerah, jumlah penduduk dan kepadatan penduduk menurut Kabupaten/Kota dan jenis kelamin Provinsi Sumatera barat :

Tabel 5.2. Luas daerah, jumlah penduduk dan kepadatan penduduk menurut Kabupaten/Kota dan jenis kelamin Provinsi Sumatera barat

No.	Kabupaten/Kota	Luas Daerah (Km ²)	Jumlah Penduduk (000 orang)	Kepadatan Penduduk Per Km ²
1	Kep. Mentawai	6.011.35	66.3	11.0
2	Pesisir Selatan	5.794.95	429.6	74.1
3	Solok	3.738.00	347.3	92.9
4	Swl/Sijunjung	3.130.80	193.0	61.6
5	Tanah Datar	1.336.00	334.3	250.2
6	Padang Pariaman	1.328.79	381.8	287.3
7	Agam	2.232.30	426.8	191.2
8	50 Kota	3.354.30	327.2	97.5
9	Pasaman	4.447.63	248.9	56.0
10	Solok Selatan	3.346.20	128.6	38.4
11	Dharmasraya	2.961.13	170.3	57.5
12	Pasaman Barat	3.387.77	322.4	95.2
13	Padang	694.96	819.8	1.179.6
14	Solok	57.64	55.8	968.1
15	Sawahlunto	273.45	53.3	194.9
16	Padang Panjang	23.00	49.8	2.165.2
17	Bukittinggi	25.24	102.5	4.061.6
18	Payakumbuh	80.43	104.1	1.294.1
19	Pariaman	73.36	70.4	959.1
	Total	42.297.30	4.632.2	109.5

Sumber : Sumbar dalam angka, 2006

c. Distribusi Penduduk Menurut Kelompok Umur

Komposisi penduduk menurut kelompok umur dapat dijadikan sebagai salah satu ukuran keberhasilan pengendali jumlah penduduk dan tingkat kesehatan masyarakat. Komposisi umur penduduk Sumatera Barat (BPS tahun 2006) memperlihatkan kondisi yang tidak jauh berbeda dengan tahun sebelumnya. Penduduk usia muda (0-14 tahun) memiliki proporsi yang cukup besar yaitu mencapai 31,61%. Sedangkan penduduk usia produktif (15-64) tahun mencapai 57,51% dan usia tua (65+) tahun 5,77%. Dilihat dari jenis kelamin terjadi perbedaan.

Komposisi usia muda (0-14 tahun), lebih besar pada penduduk laki-laki yaitu 52,1% sedangkan perempuan 47,9%. Perbedaan yang cukup nyata ada pada usia tua (>65 tahun), dimana persentase laki-laki hanya 42,7%, sedangkan perempuan mencapai 57,2%. Hal ini memperlihatkan bahwa penduduk perempuan memiliki harapan hidup yang lebih tinggi dibandingkan laki-laki.

d. Kelahiran

Kelahiran (fertilitas) merupakan salah satu bagian dari parameter demografi yang memberi pengaruh langsung pada pertumbuhan penduduk. Kelahiran yang dimaksud disini adalah banyaknya anak yang dilahirkan oleh seorang wanita dalam jangka waktu tertentu. *Total Fertility Rate (TFR)* Sumatera Barat pada periode 1980-1985 mencapai 4,80, kemudian turun menjadi 4,60 pada periode 1985-1990 dan untuk periode 1990-1995 menjadi 4,40. Hal ini berarti bahwa selama periode 1980-1985 seorang perempuan rata-rata akan melahirkan sebanyak 4,6 anak, periode 1985 dan 1990 sebanyak 4,6 anak dan 1990-1996 sebanyak 4,4 anak. Dimana dari 93.056 kelahiran terdapat 0,68% lahir mati.

5.1.4. Derajat Kesehatan

A. Mortalitas

1. Angka Kematian Bayi (AKB)

Angka Kematian Bayi (AKB) di Indonesia berasal dari berbagai sumber, salah satunya dari sensus penduduk. Dalam beberapa tahun terakhir AKB mengalami penurunan. Untuk Provinsi Sumatera barat Angka Kematian Bayi (AKB) pada tahun 2002 sebesar 49,67%, tahun 2003 menurun 48,19%, tahun 2004 45,43%, tahun 2005 42,25% dan tahun 2006 menurun 38 per 1000 kelahiran hidup.

2. Angka Kematian Ibu Maternal (AKI)

Angka Kematian Ibu Maternal (AKI) diperoleh dari berbagai survey yang dilakukan secara khusus. Di Provinsi Sumatera Barat angka kematian ibu maternal mengalami penurunan. Hal ini terlihat pada data enam tahun sebelumnya. Pada tahun 2001 sebesar 390, tahun 2002 menurun 328, tahun 2003 sebesar 310, tahun 2004 sebesar 305, tahun 2005 sebesar 294 dan tahun 2006 sebesar 240 per 100.000 kelahiran hidup.

3. Umur Harapan Hidup Waktu Lahir (UHH Waktu Lahir)

Penurunan AKB sangat berpengaruh pada kenaikan Umur Harapan Hidup (UHH). UHH pada Provinsi Sumatera Barat juga mengalami kenaikan, hal ini terlihat dari data enam tahun terakhir. Pada tahun 2001 sebesar 64,4 tahun, tahun 2002 naik sebesar 64,7 tahun, tahun 2003 menjadi 64,58 tahun, tahun 2004 menjadi 66,5 tahun, pada tahun 2005 naik menjadi 67,5 tahun dan pada tahun 2006 menjadi 68,4 tahun.

B. Mordibitas

1. Penyakit Menular

- Penyakit *malaria* : *Annual Malaria Incidence* (AMI) sampai Desember tahun 2006 sebesar 0,6 per 1000 penduduk cenderung menurun dibandingkan tahun sebelumnya sebesar 0,97.

- Penyakit *P2TBC* : Cakupan penderita TBC BTA Positif dengan strategi DOTS tahun 2006 telah mencapai 52% dari 70% target yang ditetapkan. Penurunan ini diakibatkan adanya perubahan *prevalence rate* pada tahun 2006 ini dari

- 130 per 100.000 penduduk menjadi 160 per 100.000 penduduk.
- Penyakit *HIV/AIDS* : Penyakit *HIV/AIDS* di Provinsi Sumatera Barat sampai dengan tahun 2006 ini terjadi penurunan jumlah kasus. Kasus AIDS yang ditemukan sebanyak 27 orang.
 - Penyakit Demam Berdarah : Angka kematian pada kasus ini mengalami peningkatan menjadi 1,96%.
 - KLB Diare : Selama tahun 2006 terjadi Diare dengan *case fatality rate* (CFR) sebesar 1,5%. Angka ini relatif sudah turun dibandingkan dengan tahun-tahun sebelumnya.
 - Rabies : Selama tahun 2006 jumlah gigitan hewan penular rabies sebanyak 2.183 orang cenderung turun bila dibandingkan tahun sebelumnya.
 - Kusta : Jumlah kasus penderita kusta pada tahun 2006 di Sumatera Barat hasil dan kompilasi data/informasi 144 penderita.
 - Filaria : Jumlah kasus filaria pada tahun 2006 di Sumatera Barat hasil dan kompilasi data/informasi sebanyak 160 kasus.

2. Penyakit Menular yang dapat dicegah dengan Imunisasi (PD3I)

PD3I merupakan penyakit yang diharapkan dapat ditekan dengan pelaksanaan program imunisasi. Imunisasi yang telah dilaksanakan di Provinsi Sumatera Barat adalah imunisasi untuk penyakit *Tetanus Neonatarum*, *Campak*, *Difteri*, *Pertusis*, *Hepatitis B*.

C. Status Gizi

Untuk indikator status gizi masyarakat dapat diukur melalui beberapa, antara lain bayi dengan Berat Badan Lahir Rendah (BBLR), status gizi balita, status gizi wanita usia subur Kurang Energi Kronis (KEK)

- BBLR : Di Provinsi Sumatera Barat jumlah bayi yang lahir dengan BBLR sebanyak 1025 atau 1,30% dari seluruh bayi yang terlahir pada tahun 2006.
- Status gizi balita : Jumlah balita gizi buruk di Provinsi Sumatera Barat tahun 2006 adalah 1.860 dari 58.057 balita.
- WUS dapat kapsul yodium : Dari 14 Kabupaten/Kota jumlah WUS di Provinsi Sumatera Barat sebanyak 472.273 orang dengan WUS yang mendapatkan kapsul yodium sebanyak 397.609 orang atau sebesar 84,19%.

5.1.5. Keadaan Perilaku Masyarakat Dalam Pembiayaan Kesehatan

Dalam rangka meningkatkan kepesertaan masyarakat dalam pembiayaan kesehatan, telah dikembangkan berbagai cara untuk memberikan jaminan kesehatan

bagi masyarakat, salah satunya program JPKM. Di Sumatera Barat target cakupan kepesertaan selalu meningkat setiap tahunnya. Berikut target cakupan peserta JPK (Jaminan Pemeliharaan kesehatan) Murni dari tahun 2004 hingga tahun 2007 :

Tabel 5.3. Target Cakupan Peserta JPK Murni

Tahun	Target
2004	21 %
2005	30 %
2006	40 %
2007	50%

Sumber : Profil Dinkes Sumbar 2006

Dari data tersebut dapat disimpulkan bahwa pada tahun 2006 jumlah peserta Jaminan Pemeliharaan Kesehatan masih jauh dibawah target. Oleh karena itu Dinas Kesehatan Provinsi Sumatera Barat mengunpayakan dengan program inovasi dan didukung oleh Peraturan Gubernur No. 40 dan 41 Tahun 2007.

5.2. DINAS KESEHATAN

5.2.1. Struktur Organisasi Dinas Kesehatan Provinsi Sumatera Barat

Organisasi Dinas Kesehatan Provinsi Sumatera Barat ditetapkan berdasarkan Peraturan Daerah (Perda) No. 1 tahun 2003, dimana Dinas Kesehatan (Dinkes) dipimpin oleh Kepala Dinas Kesehatan yang dalam melaksanakan tugasnya berada dibawah dan bertanggungjawab kepada gubernur melalui sekretaris daerah dan tugas sehari-hari dibantu oleh : 1 (satu) bagian tata usaha dan 5 (lima) sub dinas:

1. Bagian Tata Usaha
2. Sub Dinas Bina Program
3. Sub Dinas Bina Upaya Kesehatan
4. Sub Dinas Bina Promosi dan Sumber Daya Kesehatan
5. Sub Dinas Bina Pemberantasan Penyakit dan Penyehatan Lingkungan

6. Sub Dinas Bina Farmasi, Makanan/Minuman dan Kesehatan.

Struktur organisasi Dinas Kesehatan Provinsi Sumatera Barat dapat dilihat pada lampiran 3.

5.2.2. Visi dan Misi Dinas Kesehatan Provinsi Sumatera Barat

A. Visi Dinas Kesehatan Provinsi Sumatera Barat

Gambaran masyarakat Sumatera Barat di masa depan yang ingin dicapai melalui visi Dinas Kesehatan dan Provinsi Sumatera Barat sebagai berikut :

“Terwujudnya masyarakat Sumatera Barat yang mandiri untuk hidup sehat tahun 2010” yang ditandai dengan penduduknya hidup dalam lingkungan dan perilaku hidup bersih serta sehat “baik fisik”, mental dan sosial serta memiliki kemampuan yang tinggi untuk menjangkau pelayanan kesehatan.

B. Misi Dinas Kesehatan Provinsi Sumatera Barat

Untuk mewujudkan visi tersebut di atas ditetapkan misi Dinas Kesehatan Di Sumatera Barat sebagai berikut :

1. Meningkatkan perumusan kebijakan kesehatan melalui peningkatan koordinasi dan manajemen perencanaan.
2. Merumuskan kebijaksanaan teknis promosi kesehatan melalui pembinaan pelaksanaan kampanye dan promosi kesehatan, UKMB, Jaminan pemeliharaan kesehatan.
3. Meningkatkan ketersediaan dan mutu sumber daya manusia kesehatan, peringkat pendidikan dan pelatihan.
4. Meningkatkan upaya kesehatan melalui pembinaan pengaturan pelayanan kesehatan dasar upaya kesehatan masyarakat, pelayanan kesehatan rujukan upaya kesehatan perorangan, kesehatan keluarga gizi masyarakat.

5. Meningkatkan upaya pencegahan dan pemberantasan penyakit menular dan peningkatan upaya kesehatan lingkungan.
6. Meningkatkan mutu dan pemerataan pelayanan kesehatan termasuk fasilitas kesehatan penyediaan obat dan distribusinya.

C. Tujuan Dinas Kesehatan Provinsi Sumatera Barat

Meningkatnya pengelolaan penyelenggaraan pembangunan kesehatan melalui perbaikan pelayanan kesehatan yang bermutu dan terjangkau untuk dapat mewujudkan derajat kesehatan masyarakat yang optimal di wilayah Sumatera Barat.

D. Sasaran Dinas Kesehatan Provinsi Sumatera Barat

Sasaran Program Dinas Kesehatan sampai akhir tahun 2010 adalah meningkatnya derajat kesehatan masyarakat melalui upaya peningkatan akses masyarakat terhadap pelayanan kesehatan yang antara lain ditandai dengan perbaikan indikator (*impact*) yaitu :

1. Meningkatnya Umur Harapan Hidup menjadi 70,9 tahun.
2. Menurunnya angka kematian bayi menjadi 26,4% per 1000 kelahiran hidup.
3. Menurunnya angka kematian ibu melahirkan dari 214 menjadi 162 per 100.000 kelahiran hidup.
4. Menurunnya prevalensi gizi kurang anak balita dari 17,7% menjadi 11,4%.

5.2.3. Arah Kebijakan dan Strategi Dinas Kesehatan Provinsi Sumatera Barat

Untuk mencapai visi dan misi tersebut, maka kebijakan Dinas Kesehatan terutama diarahkan pada :

1. Peningkatan jumlah jaringan dan kualitas Puskesmas.
2. Peningkatan kualitas dan kuantitas tenaga kesehatan.
3. Peningkatan akses dan kualitas pelayanan kesehatan dasar dan rujukan.

4. Pengembangan sistem jaminan kesehatan terutama bagi penduduk miskin.
5. Penggalangan kemitraan lintas sektor dan pemberdayaan masyarakat di bidang kesehatan dan perilaku hidup bersih dan sehat.
6. Peningkatan pendidikan kesehatan pada masyarakat sejak usia dini.
7. Pemerataan dan peningkatan kualitas fasilitas kesehatan dasar.

Pembangunan kesehatan memprioritaskan upaya promotif dan preventif yang dapat dipadukan secara seimbang dengan upaya kuratif dan rehabilitatif. Perhatian khusus diberikan kepada pelayanan kesehatan bagi penduduk miskin, daerah tertinggal dan daerah bencana, dengan memperhatikan kesetaraan gender. Dalam rangka mencapai tujuan dan sasaran yang telah ditetapkan, secara umum strategi kebijakan pembangunan Dinas Kesehatan dan Provinsi Sumatera Barat dalam rangka mencapai Visi Sumbar Sehat 2010 sebagai berikut :

- a. Penyelenggaraan desentralisasi bidang kesehatan.
- b. Meningkatkan keterpaduan lintas sektor.
- c. Menggalang sumberdaya yang profesional dan memfokuskan pada program prioritas.
- d. Menggerakkan pembangunan berwawasan kesehatan.
- e. Mewujudkan tata penyelenggara pembangunan kesehatan yang baik (*Good governance*).
- f. Sosialisasi dan advokasi.
- g. Pengembangan jejaring kerja.
- h. Pengembangan SDM melalui kebijakan pengembangan ketenagaan kesehatan dan pelayanan kesehatan melalui peningkatan sarana dan prasarana kesehatan, serta peningkatan pendidikan dan pelatihan.

- i. Dikembangkannya upaya kesehatan masyarakat melalui pengembangan pelayanan kesehatan dasar, yaitu revitalisasi dan reformasi puskesmas dan posyandu.

5.2.4. Tugas pokok dan fungsi (TUPOKSI) Dinas Kesehatan Provinsi Sumatera Barat

A. Tugas :

Melaksanakan kewenangan desentralisasi dan tugas dekosentrasi di bidang kesehatan.

B. Fungsi :

- Menyusun kebijakan teknis di bidang kesehatan.
 - Pemberian izin dan pelaksanaan pelayanan umum lintas Kabupaten/Kota di bidang kesehatan.
 - Pembinaan teknis di bidang kesehatan.
 - Pembinaan unit pelaksanaan teknis dinas.
 - Pelaksanaan urusan tata usaha dinas.
1. Kewenangan Desentralisasi
 - Pedoman penyuluhan dan kampanye kesehatan.
 - Pengelolaan dan pemberian izin sarana dan prasarana kesehatan khusus seperti rumah sakit jiwa, rumah sakit kusta, dan rumah sakit kanker.
 - Sertifikasi kesehatan dan gizi.
 - Surveillens epidemiologi serta penanggulangan wabah penyakit dan kejadian luar biasa.

- Penetapan tenaga kesehatan strategis, pemindahan tenaga kesehatan tertentu antar Kabupaten/Kota serta penyelenggaraan pendidikan tenaga pelatih kesehatan.
- 2. Kewenangan Dekonsentrasi
 - Penetapan sistem kesehatan provinsi.
 - Perencanaan pembangunan kesehatan wilayah provinsi.
 - Perencanaan dan pengadaan obat pelayanan kesehatan dasar dan sangat esensial.
 - Pengawasan aspek/dampak perencanaan tata ruang dan pembangunan terhadap kesehatan.
 - Pembinaan dan pengawasan penetapan kebijakan standar, pedoman dan peraturan bidang kesehatan.
 - Perizinan dan akreditasi upaya/sarana kesehatan serta sistem pembiayaan kesehatan skala provinsi.
 - Penyelenggaraan upaya/sarana kesehatan skala provinsi dan yang belum dapat diselenggarakan oleh Kabupaten/Kota.
 - Penyelenggaraan sistem kewaspadaan pangan dan gizi.
 - Penyelenggaraan sistem informasi kesehatan skala provinsi.
 - Penyelenggaraan upaya kesehatan lingkungan termasuk kesehatan pelabuhan domestik.
 - Melaksanakan registrasi dan uji dalam rangka sertifikasi tenaga kesehatan.
 - Memfasilitasi pendayagunaan tenaga kesehatan.

5.2.5. Kegiatan Pokok Dinas Kesehatan Provinsi Sumatera Barat

Arah kebijakan guna meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan dijabarkan dalam program-program pembangunan sebagai berikut :

1. Promosi Kesehatan dan Pemberdayaan masyarakat
 - a. Pendayagunaan lembaga/ organisasi formal dan kemasyarakatan dalam penanggulangan kesehatan masyarakat.
 - b. Pemantapan media promosi kesehatan dan teknologi KIE.
 - c. Pemantapan upaya kesehatan berdayakan masyarakat seperti posyandu, polides dan UKS.
 - d. Peningkatan pendidikan kesehatan kepada masyarakat.
2. Lingkungan Sehat
 - a. Terlindungi masyarakat dari kondisi lingkungan yang tidak sehat.
 - b. Menurunnya faktor risiko lingkungan penyebab penyakit dan gangguan kesehatan.
3. Upaya Kesehatan Masyarakat
 - a. Meningkatkan ketersediaan dan pemanfaatan sarana upaya kesehatan dasar dan meningkatkan kepuasan pengguna.
 - b. Fasilitas kesehatan dasar, terpenuhinya pelayanan kesehatan dasar bagi Keluarga Miskin (Gakin) termasuk di daerah terpencil dan perbatasan.
 - c. Meningkatkan cakupan pelayanan kesehatan kerja.
4. Upaya Kesehatan Perorangan (UKP)
 - a. Meningkatkan pelayanan praktek tenaga kesehatan.

- b. Meningkatkan pelayanan rujukan, obat Tradisional (batra) dan alternatif.
 - c. Meningkatkan penunjang medik dan non medik.
 - d. Meningkatkan fasilitas sarana kesehatan UPT.
 - e. Berkembangnya rumah sakit pendidikan berbasis kompetensi.
5. Pencegahan dan Pemberantasan Penyakit
- a. Terlindunginya masyarakat dari penyakit dan kecacatan akibat penyakit.
 - b. Menurunnya kematian akibat penyakit.
6. Perbaikan Gizi Masyarakat
- a. Meningkatkan status gizi masyarakat.
 - b. Meningkatkan jumlah keluarga sadar gizi.
 - c. Meningkatkan kemampuan keluarga.
7. Sumber Daya Kesehatan
- a. Pemerataan dan pendayagunaan SDM kesehatan.
 - b. Mutu pendidikan dan pelayanan sumber daya kesehatan.
 - c. Sumber daya manusia pembangunan kesehatan dan pendidikan JPKM.
 - d. Pemberdayaan organisasi profesi kesehatan.

5.2.6. Program dan Tujuan Kegiatan Dinas Kesehatan Provinsi Sumatera Barat

Program dan tujuan kegiatan Dinsa Kesehatan Provinsi Sumatera Barat berdasarkan rencana strategi pembangunan kesehatan tahun 2006-2010 adalah sebagai berikut :

a. Program Promosi Kesehatan dan Pemberdayaan Masyarakat

Tujuan program ini adalah untuk memberdayakan individu, keluarga/kelompok dan masyarakat termasuk swasta dalam bidang kesehatan melalui peningkatan pengetahuan, sikap, dan perilaku sesuai dengan sosial budaya setempat dalam rangka memelihara, meningkatkan dan melindungi kesehatannya.

b. Program Lingkungan Sehat

Tujuan program ini mewujudkan mutu lingkungan hidup yang lebih sehat melalui pengembangan sistem kesehatan kewilayahan untuk menggerakkan pembangunan lintas sektor berwawasan kesehatan.

c. Program Upaya Kesehatan Masyarakat

Tujuan program ini adalah untuk meningkatkan jumlah, pemerataan, kualitas pelayanan kesehatan melalui puskesmas dan jaringannya meliputi Puskesmas pembantu, Puskesmas keliling bidan desa yang berhasil guna dan berdaya guna seluruh masyarakat.

d. Program Upaya Kesehatan Perorangan

Program ini bertujuan untuk meningkatkan akses, keterjangkauan dan kualitas pelayanan kesehatan perorangan serta pemulihan kesehatan perorangan bagi segenap masyarakat.

e. Program Pencegahan dan Pemberantasan Penyakit

Program ini bertujuan untuk menurunkan angka kesakitan, angka kematian dan kecacatan akibat penyakit menular dan tidak menular dan mencegah penyebaran serta mengurangi dampak penyakit.

f. 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.

g. Program Sumber Daya Kesehatan

Program ini bertujuan meningkatkan jumlah, mutu, penyebaran tenaga kesehatan serta meningkatkan efektifitas dan efisiensi penggunaan biaya kesehatan, sesuai dengan kebutuhan pembangunan.

h. Program Kebijakan dan Manajemen Pembangunan Kesehatan

Program ini bertujuan untuk mengembangkan kebijakan dan manajemen pembangunan kesehatan di daerah sehingga tercapai pelayanan kesehatan yang merata dan berkualitas.

i. Program Obat dan Perbekalan Kesehatan

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

j. Program Penelitian dan Pengembangan Kesehatan

Program ini bertujuan untuk meningkatkan penelitian dan pengembangan ilmu pengetahuan dan teknologi kesehatan sebagai masukan dalam kebijakan dan program pembangunan kesehatan.

5.3. Sub Bina Promosi Kesehatan dan Sumber Daya Kesehatan

5.3.1. Struktur Sub Bina Promosi Kesehatan dan Sumber Daya Kesehatan

Sub Bina Promosi Kesehatan dan Sumber Daya Kesehatan merupakan salah satu bidang yang terdapat di Dinas Kesehatan Provinsi Sumatera Barat. Sub Bina

Promosi Kesehatan dan Sumber Daya Kesehatan membawahi empat buah seksi, yakni Seksi Promosi Kesehatan, Seksi Peran Serta Masyarakat, Seksi Pendidikan dan Pelatihan (DIKLAT) dan Seksi Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat (JPKM). Setiap kepala seksi membawahi beberapa orang staf pada seksi tersebut. Staf yang terdapat pada Sub Bina Promosi Kesehatan dan Sumber Daya Kesehatan ada 37 orang, yakni pada Seksi Promosi Kesehatan 11 orang, Seksi Peran Serta Masyarakat 10 orang, Seksi Pendidikan dan Pelatihan (DIKLAT) 13 orang dan Seksi JPKM 5 orang.

5.3.2. Tugas dan Kegiatan dari Sub Bina Promosi Kesehatan dan Sumber Daya Kesehatan

A. Tugas Sub Bina Promosi Kesehatan dan Sumber Daya Kesehatan

Sub Bina Promosi Kesehatan dan Sumber Daya Kesehatan mempunyai tugas melakukan pembinaan dan pelaksanaan promosi kesehatan, upaya kesehatan bersumber daya masyarakat mengkoordinasikan pelaksanaan pendidikan dan pelatihan serta jaminan pemeliharaan kesehatan masyarakat.

B. Uraian Tugas Sub Bina Promosi Kesehatan dan Sumber Daya Kesehatan

- a. Persiapan rencana kegiatan dan penyebarluasan informasi kesehatan, peran serta masyarakat, pendidikan dan pelatihan serta JPKM.
- b. Persiapan rumusan bahan untuk pedoman umum dan Prosedur kerja dibidang promosi kesehatan dan sumber daya kesehatan.
- c. Pengkoordinasikan pengelolaan pendidikan tenaga kesehatan dan pendidikan pelatihan tenaga kesehatan.

- d. Pelaksanaan evaluasi terhadap prosedur kerja dan pelaksanaan kegiatan pada Sub Dinas Bina Promosi Kesehatan dan Sumber Daya Kesehatan bekerja sama dengan lintas program dan sektor terkait.

5.4. Seksi Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat (JPKM)

5.4.1. Uraian Tugas Seksi JPKM

Uraian tugas JPKM berdasarkan dengan keputusan Gubernur Sumatera Barat No. 45 tahun 2003 :

- a. Mengumpulkan data dan bahan yang berkaitan dengan pelaksanaan JPKM dan pembiayaan kesehatan.
- b. Menyiapkan bahan dalam rangka JPKM dan pembiayaan kesehatan.
- c. Menyiapkan pedoman dan petunjuk pelaksanaan operasional dalam pengembangan JPKM dan pembiayaan kesehatan.
- d. Membuat rencana dan program kerja Seksi JPKM dan pembiayaan kesehatan.
- e. Melaksanakan koordinasi dengan unit kerja terkait dalam pelaksanaan kegiatan.
- f. Memonitor dan mengevaluasi pelaksanaan dan kegiatan JPKM dan pembiayaan kesehatan.
- g. Melaksanakan penyiapan berkas kerja, data dan bahan menurut ketentuan yang berlaku.
- h. Melaksanakan pekerjaan yang berhubungan dengan persuratan.
- i. Menyusun laporan pelaksanaan tugas, Seksi JPKM dan pembiayaan kesehatan.
- j. Melaksanakan tugas lain yang diberikan oleh pimpinan.

5.4.2. Kegiatan Pokok dan Indikatif Seksi JPKM

Kegiatan pokok dari Seksi Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat (JPKM) ini adalah meningkatkan jaminan pembiayaan kesehatan masyarakat secara kapitasi dan pra-upaya terutama bagi penduduk miskin yang berkelanjutan.

Berdasarkan kegiatan pokok tersebut, maka disusunlah kegiatan-kegiatan indikatif sebagai berikut :

1. Mengembangkan dan memantapkan kebijakan/pedoman/juklak pembiayaan dan jaminan kesehatan.
 - a. Melakukan review berbagai peraturan dalam rangka pengembangan pembiayaan dan jaminan kesehatan termasuk Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat Miskin (JPKMM).
 - b. Menyiapkan dan menyusun materi teknis untuk regulasi dan pedoman.
 - c. Menyusun dan melakukan revisi petunjuk teknis/pedoman tentang pengembangan pembiayaan dan jaminan kesehatan.
 - d. Kerjasama, konsultasi/dialog kebijakan tentang pembiayaan dan jaminan kesehatan dengan berbagai pihak baik dalam maupun luar negeri.
2. Mengembangkan dan memantapkan standarisasi/perangkat Kendali Biaya dan Kendali Mutu (KB-KM) dalam pengembangan pembiayaan dan jaminan kesehatan.
 - a. Mengembangkan aspek pembiayaan, yang meliputi :
 - Pengembangan formula dan besaran subsidi iuran bagi penerima bantuan iuran (PBI).

- Pengembangan formula dan besaran kontribusi pada kelompok penerima upah dan kelompok tidak menerima upah.
 - Penggalan dan mobilisasi sumber-sumber pembiayaan.
 - Mengembangkan mekanisme pengumpulan iuran.
 - Menetapkan biaya satuan (*unit cost*) pelayanan kesehatan.
 - Mengembangkan mekanisme penetapan tarif.
 - Menetapkan mekanisme pembayaran.
 - Mengembangkan dan memantapkan manajemen keuangan (akuntabilitas, dan akrual basis pada PPK).
 - Mengembangkan dan memantapkan sistem *cross* subsidi.
- b. Mengembangkan komponen essensial jaminan kesehatan, yang meliputi :
- b.1. Aspek kepesertaan
- Mengembangkan dan menata aspek kepesertaan secara bertahap.
 - Mengembangkan dan menata penanganan keluhan dan kepuasan peserta.
- b.2. Aspek pemeliharaan kesehatan
- Mengembangkan manfaat jaminan kesehatan standar, jenis pelayanan yang dikenakan iuran biaya dan besarnya.
 - Mengembangkan instrument sistem KBKM.
 - Mengembangkan standar pelayanan.
 - Mengembangkan dan menata jaringan pemberi pelayanan kesehatan.
 - Mengembangkan sistem pembayaran.
- b.3. Aspek organisasi manajemen

- Mengembangkan dan menata sistem informasi pembiayaan dan jaminan kesehatan.
 - Mengembangkan kerjasama antar pelaku pembiayaan dan JK.
3. Memantapkan dan meningkatkan sosialisasi serta advokasi pengembangan pembiayaan dan jaminan kesehatan.
- a. Sosialisasi pembiayaan dan jaminan kesehatan.
 - Secara langsung ke *stakeholder* dan berbagai alasan.
 - Melalui media (radiospot, TV, media cetak, dll).
 - b. Memantapkan forum komunikasi antar pelaku jaminan kesehatan.
 - c. Memantapkan dan meningkatkan advokasi pembiayaan dan jaminan kesehatan ke eksekutif dan legislatif.
 - d. Lokakarya/seminar/workshop pembiayaan dan jaminan kesehatan.
4. Meningkatkan kemampuan SDM pelaku pengembangan pembiayaan dan jaminan kesehatan:
- a. Peningkatan kapasitas pelaku dalam pengembangan pembiayaan dan jaminan kesehatan tentang; utilisasi review, kendali biaya kendali mutu, SIM JK berbasis web, unit *cost*, dokter keluarga, dan trias manajemen.
 - b. Peningkatan kapasitas pelaksanaan kegiatan pada pusat JPK.
5. Mengembangkan dan memantapkan kelangsungan pembiayaan dan jaminan kesehatan.
- a. Penataan kepesertaan masyarakat miskin.
 - b. Pertemuan koordinasi teknis JPKMM Pusat, Provinsi dan Kab/Kota.
 - c. Sosialisasi JPKMM pada *stakeholder* dan masyarakat.

- d. Pengelolaan laporan pelaksanaan JPKMM.
 - e. Evaluasi pelaksanaan JPKMM.
 - f. Pemantauan pelaksanaan JPKMM.
 - g. Pengelolaan informasi pembiayaan dan jaminan kesehatan.
 - h. Evaluasi pelaksanaan pengembangan pembiayaan dan jaminan kesehatan.
 - i. Pemantauan/bimbingan teknis pelaksanaan kegiatan.
 - j. Fasilitasi daerah dalam pelaksanaan kegiatan.
6. Menyediakan dukungan administrasi dan manajemen pengembangan pembiayaan dan jaminan kesehatan.
- a. Menyediakan dukungan administrasi.
 - b. Menyediakan sarana dan prasarana penunjang kegiatan.
 - c. Menyediakan berbagai barang cetakan.

BAB 6

HASIL PENELITIAN

6.1. Kerangka Penyajian

Proses penulisan pada penelitian ini menggunakan metode wawancara mendalam dengan pedoman wawancara kepada informan yang telah ditentukan. Penelitian ini difokuskan kepada fungsi manajemen (perencanaan, pengorganisasian, penggerakkan dan pengawasan) di Dinas Kesehatan Provinsi Sumatera Barat dalam pemanfaatan sumber daya (kebijakan, dana, tenaga pelaksana dan sarana) dalam mencapai tujuan. Hasil penelitian analisis manajemen pada Program Pembiayaan dan Jaminan Kesehatan dengan Sistem JAMKESDA dan Sistem Pelayanan Dokter Keluarga ini akan disajikan dalam bentuk uraian (narasi) dan matriks yang dimulai dari input, proses dan output.

6.2. Karakteristik Informan

Penelitian ini dilengkapi dengan hasil wawancara mendalam terhadap informan yang dianggap mewakili dan mengetahui permasalahan sehingga dapat memberikan hasil yang sesuai dengan tujuan dan pertanyaan penelitian. Karakteristik informan tersebut dapat dilihat pada tabel berikut ini :

Tabel 6.1. Karakteristik informan

No.	Kode Informan	Jabatan	Wilayah Kerja	Pendidikan
1.	P1	Kepala Dinas Kesehatan	Provinsi Sumatera Barat	S2
2.	P2	Kepala Seksi JPKM	Provinsi Sumatera Barat	S2

6.3. Hasil Penelitian

6.3.1. INPUT

1. Kebijakan

a. Pemahaman informan mengenai kebijakan Program

Pelaksanaan program ini didasari oleh Undang-Undang Dasar 1945 pasal 28H yang menyatakan jaminan sosial adalah hak setiap warga Negara kemudian didukung oleh Undang-Undang No. 23 tahun 1992 tentang kesehatan yang menyatakan bahwa pemerintah mengembangkan, membina dan mendorong jaminan pemeliharaan kesehatan masyarakat. Namun, pada Undang-undang ini belum tertulis kewajiban masyarakat untuk membayar premi. Untuk itu dikeluarkanlah UU No.40 tahun 2004 yang menyatakan bahwa setiap peserta wajib membayar iuran dalam suatu jaminan kesehatan. Kemudian didukung lagi dengan UU No.32 tahun 2004 mengenai otonomi daerah yang menyatakan bahwa Pemerintah Daerah wajib untuk mengembangkan suatu sistem jaminan kesehatan.

Upaya ini didukung oleh Peraturan Gubernur no. 40 dan no. 41 tahun 2007 mengenai penyelenggaraan dan pedoman pelaksanaan Program Pembiayaan dan Jaminan Kesehatan dengan Sistem Jaminan Kesehatan Daerah (JAMKESDA) dan Sistem Pelayanan Kedokteran Keluarga di Provinsi Sumatera Barat. Kebijakan tersebut sesuai dengan pengetahuan informan dan informan juga menambahkan bahwa Peraturan Gubernur tidak memiliki ikatan hukum maka Provinsi Sumatera Barat mengalami kesulitan dalam meningkatkan jumlah peserta program ini. Oleh karena itu Provinsi Sumatera Barat telah berencana untuk merancang suatu Peraturan Daerah yang memiliki kekuatan hukum. Berikut pernyataan kedua informan :

“Sesuai UUD kesehatan adalah hak setiap orang oleh karena itu diperlukan upaya agar semua dapat pelayanan kesehatan, bagi yang tidak mampu Depkes telah membuat program askeskin, tapi bagi orang yang memiliki cukup uang untuk makan tetapi tidak mampu mendapatkan pelayanan kesehatan maka diakomodir dengan APBD, melalui kesepakatan Gubernur untuk memberikan jaminan. Dialokasikanlah anggaran agar bisa direalisasikan dan didukung oleh Pergub”.

“Kebijakan dari skala nasional adalah UUD 1945, UU no. 23 tahun 1992 tentang kesehatan yang masih bersifat sukarela, tapi telah dikeluarkan lagi UU 40 tahun 2004 yang menyatakan memiliki jaminan sosial merupakan kewajiban seluruh masyarakat. Kemudian didukung lagi dengan UU 32 tahun 2004 tentang otonomi daerah yang menyatakan pemerintah daerah harus mengembangkan suatu sistem jaminan sosial. Untuk itu Provinsi Sumatera Barat mengeluarkan Peraturan Gubernur mengenai penyelenggaraan program Jamkesda ini. Namun dalam Pergub ternyata masih belum cukup karena belum ada reward and punishment, untuk itu Sumatera Barat berencana membuat Perda yang memiliki kekuatan hukum, namun hal tersebut masih dalam proses, karena kita kesulitan dalam studi banding mengingat masih sangat sedikit Provinsi yang memiliki Perda.”

b. Tujuan Program

Program Pembiayaan dan Jaminan Kesehatan dengan Sistem Jaminan Kesehatan Daerah (JAMKESDA) dan Sistem Pelayanan Kedokteran Keluarga di Provinsi Sumatera Barat ini memiliki tujuan untuk memberikan pelayanan yang bermutu dan terjangkau kepada masyarakat. Selain itu Pemerintah Provinsi berharap agar seluruh masyarakat dan pemerintah yang ada di wilayah Sumatera barat dapat

ikut berpartisipasi dalam meningkatkan pelayanan kesehatan dengan program ini.

Hal ini sesuai dengan pernyataan informan. Berikut pernyataan Kedua informan :

“Kita ingin memberikan pelayanan yang bermutu dan terjangkau.”

“Kita ingin semua masyarakat dan pemerintah berperan dalam kesehatan, karena kesehatan merupakan masalah yang kompleks karena berhubungan dengan berbagai macam aspek seperti pendidikan, ekonomi, budaya dan sebagainya. Untuk itu dibutuhkan peran serta masyarakat untuk mensukseskan program ini agar jumlah pelayanan kesehatan yang bermutu dan murah akan menjadi lebih banyak. Dengan begitu saya yakin akan mudah untuk mendeteksi dini penyakit yang ada di daerah, dan masalah kesehatan akan dapat diminimalisir.”

C. Indikator Keberhasilan Program

Berdasarkan Peraturan Gubernur No. 41 tahun 2007, indikator keberhasilan pelaksanaan Program Pembiayaan dan Jaminan Kesehatan dengan Sistem Jaminan Kesehatan Daerah (JAMKESDA) dan Sistem Pelayanan Kedokteran Keluarga, sebagai berikut :

1. Penetapan dan pendistribusian kartu peserta 100%.
2. Angka utilisasi (visit rate) rata-rata 15% per bulan.
3. Angka rujukan dari PPK I rata-rata 12% per bulan.
4. Rata-rata lama perawatan di RS (Los) 7 hari.
5. Tingkat kepuasan konsumen minimal 80%.

Berikut target cakupan peserta JPK (Jaminan Pemeliharaan kesehatan) serta pencapaiannya dari tahun 2004 hingga tahun 2007 :

Tabel 6.2. Target cakupan peserta JPK Murni serta pencapaiannya

Tahun	Target	Realisasi	Keterangan
2004	21 %	28,60 %	Melebihi target
2005	30 %	29,19 %	Dibawah target
2006	40 %	13,19 %	Dibawah target
2007	50%	20,37%	Dibawah target

Sumber : Laporan Seksi JPKM tahun 2007

Terlihat pada tabel tersebut, tahun 2007 realisasi pencapaian target sebenarnya sudah meningkat. Namun, jika dibandingkan dengan target tahun 2007 angka tersebut masih rendah. Selain itu, terlihat juga adanya penurunan pada tahun 2006. Penurunan realisasi tersebut, dapat terjadi karena Seksi JPKM sedang sibuk untuk merencanakan mengenai program inovasi yang akan dilaksanakan pada tahun 2007.

Berdasarkan pernyataan informan, indikator keberhasilan yang menjadi acuan dalam melihat tingkat keberhasilan program ini adalah derajat kesehatan, Namun karena derajat kesehatan belum memiliki pengukuran yang jelas maka Pemerintah Provinsi melihat keberhasilan program dari cakupan peserta dan jumlah kunjungan masyarakat. Berikut pernyataan kedua informan :

“Secara umum kita akan melihat derajat kesehatan agar prevalensi penyakit bisa menurun, dan penyakit kuratif dapat ditangani. Tapi hal itu belum bisa kita hitung sendiri.”

“Seharusnya derajat kesehatan, namun pengukurannya belum jelas karena BPS tidak menghitung secara detail setiap tahunnya, hanya menggunakan perhitungan yang agregat, yakni dengan memperkirakan dari perhitungan tahun lalu. jadi ya kita pake cakupan jumlah peserta saja sesuai target nasional yang ingin dicapai tahun

2007 itu sebesar 50%. Kalau target program sendiri ada di Pergub, tapi itu lebih menjadi indikator program jika telah terlaksana dengan yang ditetapkan di Pergub.”

d. Dampak terhadap manusia sehat secara mandiri

Pelaksanaan program ini dinyatakan akan berdampak terhadap peningkatan manusia secara mandiri. Hal tersebut didapatkan dari pernyataan kedua informan, seperti berikut :

“Pastilah akan berdampak, karena apabila terlaksana sesuai keinginan kita maksudnya dengan peran serta masyarakat maka mereka telah berpartisipasi dalam meningkatkan derajat kesehatan. Selain itu dengan penyuluhan hidup sehat dan bersih mudah-mudahan masyarakat juga bisa ikut melaksanakannya, bukan hanya minta pengobatan.”

“Apabila jaminan kesehatan mandiri ini tercapai dalam arti berasal dari peran serta masyarakat maka sudah pasti masyarakat mandiri juga akan tercapai karena hal tersebut akan berbanding lurus.”

2. Dana

a. Sumber Dana

Dari data yang didapatkan, pada tahun 2007 APBN mengalokasikan dana sebesar Rp 140.650.000,- dan APBD sebesar Rp 9.111.835.000,-. Berikut tabel alokasi dana dari APBN dan APBD pada tahun 2005 hingga 2007 :

Tabel 6.3. Alokasi Dana Tahun 2005-2007

Sumber dana	Tahun 2005 (Rp)	Tahun 2006 (Rp)	Tahun 2007 (Rp)
APBN	132.125.000	213.180.000	140.650.000
APBD	55.716.200.	48.976.000	9.111.835.000

Sumber : diolah dari tabel realisasi dana Seksi JPKM tahun 2007

Dari pernyataan informan didapatkan pelaksanaan program ini menggunakan dana yang berasal dari Pemerintah Pusat dan Pemerintah Daerah. Namun, untuk bantuan iuran hanya berasal dari pemerintah daerah. Belum ada bantuan dana yang diperoleh dari luar pemerintah. Berikut pernyataan kedua informan :

“Sumber dana untuk bantuan iuran berasal dari APBD saja, tetapi untuk pelatihan dan kegiatan penunjang ada yang dari APBN.”

“Sumber dana untuk bantuan premi program ini dari APBD, tapi untuk pelatihan dan sebagainya ada yang didanai APBN.”

b. Kecukupan Dana

Jumlah anggaran yang dialokasikan oleh APBN untuk Seksi JPKM adalah sebesar Rp 275.500.000,- yang diperuntukkan kepada 8 kegiatan. Namun, hanya sebesar Rp 140.650.000,- yang diperuntukkan kepada 5 kegiatan yang benar-benar dialokasikan karena adanya pemotongan anggaran sebesar Rp 134.850.000,- yang digunakan untuk Program Askeskin.

Anggaran yang dialokasikan kepada kegiatan untuk menunjang pelaksanaan program berasal dari rencana usulan yang diberikan oleh Seksi JPKM. Rencana usulan untuk pengembangan pembiayaan dan jaminan kesehatan tahun 2007 dapat dilihat dari tabel berikut ini:

Tabel 6.4. Anggaran APBN dan APBD dibandingkan Rencana Usulan Tahun 2007

Sumber Dana	Rencana Usulan (Rp)	Anggaran Alokasi (Rp)
APBN	119.696.964	140.650.000
APBD	9.120.672.000	9.111.835.000

Sumber : diolah dari tabel realisasi dana Seksi JPKM than 2007

Berdasarkan informan, dana yang telah dialokasikan dirasa kurang mencukupi untuk pelaksanaan program. Jumlah dana yang dapat digunakan untuk kegiatan penunjang, khususnya yang berasal dari APBN banyak mengalami pemotongan yang digunakan untuk Program Askeskin. Pemotongan ini langsung dari pusat. Sehingga ada beberapa kegiatan yang tidak dapat dilakukan. Selain itu informan berpendapat bahwa anggaran ditetapkan hanya berdasarkan perhitungan tahun lalu, seharusnya suatu anggaran ditetapkan berdasarkan prioritas masalah. Berikut pernyataan kedua informan :

“Dananya jauh dari cukup ya, karena menurut saya harusnya anggarankan berdasarkan prioritas masalah. Namun disini hampir semua program perhitungannya pakai tahun lalu, jadi mau ga mau harus dicukupkan, padahal ada kegiatan yang tidak dialokasikan.”

c. Ketepatan Waktu

Ketepatan pencairan dana untuk program ini bisa dianggap terlambat, karena hingga pada Bulan April, dana masih belum bisa dicairkan. Jadi baru pada Bulan Mei dana baru bisa dicairkan. Pernyataan tersebut diungkapkan oleh kedua informan, berikut pernyataannya :

“Tahun 2007, dana telat cairnya, bukan hanya untuk program ini. Tetapi memang APBD yang telat.”

“ya pencairannya terlambat, jadi pelaksanaan pun menjadi kurang optimal. APBN baru keluar awal Mei dan APBD dipertengahan Mei”

3. Tenaga pelaksana dan kecukupan tenaga pelaksana program

Walaupun pada Peraturan Gubernur telah dibentuk Tim Pembina dan Tim teknis sebagai pelaksana dari program ini, namun pelaksana operasional tetap dilakukan oleh Seksi JPKM. Tim Pembina dan Tim Teknis memiliki tugas masing-masing seperti yang telah dijabarkan pada Bab tinjauan pustaka. Pada Seksi JPKM ini terdapat lima orang SDM, berikut lima orang SDM tersebut beserta *job description*nya dalam menyelesaikan pekerjaan.

1. Kepala Seksi JPKM

Mengkoordinir dan memfasilitasi staf dalam menyiapkan bahan pedoman dan petunjuk dalam rangka pelaksanaan JPKM dan pembiayaan kesehatan.

2. Staf I Seksi JPKM

- Menyelesaikan SPJ APBD.
- Membuat laporan tahunan/ tengah tahun.
- Membuat laporan LKPJ.
- Membuat laporan tengah tahunan.
- Merekap jumlah peserta yang mempunyai jaminan.
- Bertanggungjawab kegiatan advokasi kendali biaya dan mutu dalam pembiayaan kesehatan.

3. Staf II Seksi JPKM

- Menyelesaikan SPJ APBD
- Membuat laporan tahunan/ tengah tahunan
- Pendamping pengantar surat
- Bertanggungjawab kegiatan Bapel.
- Bertanggungjawab pertemuan regulasi JPKM

- Bendahara rutin/ taktis

4. Staf III Seksi JPKM

- Bertanggungjawab surat masuk dan keluar
- Menyelesaikan kuintansi APBD
- Membuat DASK, DIPA, DUP, APBN/APBD
- Pendamping pengantar surat
- Bertanggungjawab kegiatan PPK
- Bertanggungjawab kegiatan pertemuan dokter keluarga
- Bertanggungjawab pertemuan Bapim, Bapel JPKM

Berdasarkan pernyataan informan, Program Pembiayaan dan Jaminan Kesehatan dengan Sistem Jaminan Kesehatan Daerah (JAMKESDA) dan Sistem Pelayanan Kedokteran Keluarga memiliki tim pembina dan tim teknis yang telah dibentuk oleh Peraturan Gubernur. Namun, pelaksanaan secara teknis tetap dilakukan oleh Seksi JPKM yang memiliki lima orang petugas. Tetapi, pada Bulan Juni, petugas di Seksi JPKM hanya bersisa tiga orang setelah satu orang staf melanjutkan sekolah dan satu orang lagi dimutasi ke daerah. Dengan Tupoksi Seksi JPKM yang cukup banyak jumlah petugas yang terbatas ini akan menghambat pelaksanaan pekerjaan. Berikut pernyataan informan :

“Memang sudah ada tim, tetapi yang melaksanakan urusan teknis itu adalah Seksi JPKM, sedangkan disini hanya ada tiga orang, setelah satu staf saya melanjutkan sekolah dan satu lagi dimutasi kedaerah. jadi sebenarnya dengan hanya tiga orang, saya rasa jumlahnya kurang.”

4. Sarana

Dalam pelaksanaan Program Pembiayaan dan Jaminan Kesehatan dengan Sistem Jaminan Kesehatan Daerah (JAMKESDA) dan Sistem Pelayanan Kedokteran Keluarga diperlukan beberapa sarana penunjang. Namun karena program ini masih tergolong baru Dinas Kesehatan Provinsi Sumatera Barat belum menyediakan sarana khusus. Jadi pelaksanaan program ini hanya menggunakan sarana yang ada di kantor tersebut. Dari pengamatan yang dilakukan oleh peneliti hampir segala kegiatan dalam proses pelaksanaan program ini dilakukan di Seksi JPKM. Berikut ini inventaris peralatan yang dimiliki oleh seksi Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat (JPKM) :

Tabel 6.5. Inventaris peralatan di Seksi JPKM

NO.	Nama Barang	Jumlah
1	Meja tulis	5
2	Kursi	5
3	<i>Filling cabinet</i> besi	2
4	Lemari buku	2
5	PC unit	1
6	Printer	1

Berdasarkan pernyataan informan, sarana yang digunakan dalam pelaksanaan program masih menggunakan sarana yang dimiliki kantor, belum ada sarana khusus. Namun, jika harus berbagi fasilitas dengan petugas di seksi lain akan mengurangi keefektifan pekerjaan. Oleh karena itu pelaksanaan program ini hanya menggunakan sarana yang ada di Seksi JPKM. Sarana yang dianggap masih sangat kurang adalah komputer, berhubung Seksi JPKM hanya memiliki satu unit komputer. Selain itu informan mengaku merasa kesulitan jika ingin meninjau pelaksanaan pembiayaan dan jaminan kesehatan di Kabupaten/Kota karena belum memiliki sarana transportasi

khusus. Sehingga tidak jarang Seksi JPKM harus berebutan untuk menggunakan sarana transportasi. Melihat kurangnya sarana untuk program ini, Dinas Kesehatan Provinsi Sumatera Barat telah berencana untuk menyediakan sarana khusus yang diperuntukkan kepada petugas pelaksana program ini. Berikut pernyataan Kedua informan :

“Sampai saat ini belum ada sarana khusus, masih menggunakan sarana kantor. Mungkin kedepannya akan ada sarana khusus, seperti kantor dan alat kantor khusus.”

“Walaupun jumlah komputer di Dinas Kesehatan Provinsi Sumatera Barat dirasa mencukupi tetapi seksi JPKM sebagai pelaksana teknis program ini hanya memiliki satu komputer dan dirasa kurang dan kalau harus rebutan dengan yang lain jadi repot lagi. Selain itu kalau kita ingin ke lapangan terkadang kita harus bersabar menunggu giliran untuk menggunakan sarana transportasi.”

6.3.2. PROSES

1. Perencanaan

a. Perencanaan program

Pelaksanaan program telah sesuai dengan perencanaan yang dirancang. Perencanaan mengikuti aturan yang telah ditetapkan, seperti halnya dengan perencanaan program lainnya yang ada di Dinas Kesehatan Provinsi Sumatera Barat. Seperti program lainnya di Dinas Kesehatan Provinsi Sumatera Barat, Kepala Seksi berperan dalam membuat konsep dari suatu program, peran tersebut sesuai dengan Tupoksi yang dimiliki oleh Kepala Seksi di Provinsi. Berikut kewenangan dari

Provinsi sesuai PP No. 38 tahun 2007 tentang pembagian urusan Pemerintah Pusat, Pemerintah Provinsi dan Pemerintah Kabupaten/Kota :

- a. Penegelolaan, penyelenggaraan, bimbingan, pengendalian Jaminan pemeliharaan Kesehatan skala provinsi.
- b. Bimbingan dan pengendalian Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Nasional (tugas pembantuan)

Perencanaan yang dilakukan oleh Seksi JPKM adalah berupa perencanaan prosedur, perencanaan metode, perencanaan program, perencanaan anggaran dan faktor teknis. Namun, karena dalam merencanakan program ini dibutuhkan dukungan dari Peraturan Gubernur dari segi prosedur maka proses perencanaan juga melibatkan rancangan Peraturan Gubernur. Berikut pernyataan kedua informan :

“Sudah sesuai ya, sama saja dengan yang lain, hanya target saja yang tidak sesuai. Pada dasarnya semua perencanaan saya serahkan kepada Kepala Seksi sebagai pembuat konsep, termasuk program inovasi seperti ini. Selain itu karena ini program baru jadi kita maunya dapat dukungan dari pemerintah, jadi waktu merancang untuk mendapatkan Pergub itu yang agak ribet.”

“Perencanaan program telah dirancang terlebih dahulu, saya sebagai konseptor telah merancang konsep awal dan sudah diback up dengan SK Gubernur. Proses merancang Pergub membutuhkan waktu yang cukup lama dan pertemuan yang sering sekali.....dan kita sebagai provinsi telah melakukan semua kegiatan yang dalam membuat perencanaan...”

b. Keterkaitan pihak dalam perencanaan

Berdasarkan Surat Keputusan Gubernur nomor 440-365-2007 pada tanggal 2 Oktober 2007 tentang pembentukan Tim Pembina dan Tim Teknis penyempurnaan penyusunan Peraturan Gubernur Sumatera Barat mengenai penyelenggaraan Program Pembiayaan dan Jaminan Kesehatan dengan Sistem Jaminan Kesehatan Daerah (JAMKESDA) dan Sistem Pelayanan Kedokteran Keluarga. Oleh karena itu dapat disimpulkan bahwa tim pembina dan tim teknis pada program ini terkait dalam perencanaan pembuatan Peraturan Gubernur. Surat Keputusan Gubernur mengenai pembentukan tim pembina dan tim teknis ini terlihat pada lampiran 4.

Perencanaan untuk program ini dilakukan seksi JPKM khususnya sebagai pembuat konsep dan kemudian dilanjutkan oleh bina program. Karena program ini tergolong baru maka membutuhkan dukungan dari Pemerintah Provinsi. Untuk itu dilakukan beberapa kali pertemuan dengan pihak luar untuk membuat Peraturan Gubernur. Berikut pernyataan kedua informan :

“Konsep dari program ini dibuat oleh Kepala Seksi, sesuai Tupoksi dia, kemudian saya mengusahakan untuk mendapat dukungan dari Pemerintah Provinsi. Kemudian kita lakukan beberapa pertemuan dengan tim teknis dan tim Pembina yang sebelumnya belum dikukuhkan, lalu pada akhirnya baru kita mendapatkan Peraturan Gubernur.”

“Ya pihak lain yang terkait ada, yang tertulis dalam Pergub kita semua itu pihak luar ada yang Fakultas Kedokteran Unand, dari ahli hukum, ahli ekonomi dan sebagainya. Semua membantu dalam merancang Peraturan Gubernur, dengan konsep program yang telah dibuat JPKM sebelumnya.”

c. Langkah-langkah perencanaan anggaran

Perencanaan anggaran awalnya dilakukan oleh setiap Kepala Seksi, dengan melihat laporan tahun lalu, dari hasil bimbingan teknis ke Kabupaten/Kota, melihat bagaimana aplikasi di Kabupten/Kota itu sendiri kemudian kebijakan Kepala Dinas Kesehatan serta perhatian masyarakat. Dari pengamatan tersebut dan di pertimbangkan berdasarkan data pendukung yang ada maka dibuatlah suatu anggaran untuk suatu program. Setelah itu, dilanjutkan oleh bagian Bina Program, dimana disana akan dianggarkan kembali dengan mempertimbangkan anggaran dari semua seksi/unit yang ada di Dinas Kesehatan Provinsi Sumatera Barat. Kemudian Bina Program akan meminta persetujuan dari Kepala Dinas Kesehatan Provinsi Sumatera Barat, dan dilanjutkan ke Pemerintah Provinsi.

Perencanaan anggaran yang telah disetujui oleh Pemerintah Provinsi akan dikeluarkan dalam bentuk Dokumen Pelaksanaan Anggaran Satuan Kerja Perangkat Daerah (DPA-SKPD), kemudian dengan anggaran yang telah dialokasikan, Kepala Seksi merancang Rencana Anggaran Satuan Kegiatan (RASK). Dalam RASK Kepala Seksi telah menjelaskan latar belakang, tujuan, input, proses, output serta manfaat dan dampak dari kegiatan tersebut. Setelah penjelasan mengenai tiap kegiatan, kemudian dibuatlah *plan of action* lengkap dengan dana, waktu pelaksanaan dan penanggungjawab kegiatan. DPA-SKPD, RASK dan POA dari kegiatan Seksi JPKM dapat dilihat pada lampiran.

Hal ini telah sesuai dengan pernyataan informan. Berikut pernyataan kedua informan :

“Biasanya saya menandatangani anggaran yang telah dirancang oleh bina program yang menghitung sasaran yang akan ikut kemudian ditambah 50%. Sebelumnya

Kepala Seksi JPKM juga meninjau lapangan dan mengevaluasi laporan tahun lalu dari kabupaten.”

“Kita melihat dari laporan tahun lalu, dari hasil bimbingan teknis ke lapangan, melihat bagaimana aplikasi di Kabupten/Kota, kebijakan para Kepala Dinas Kesehatan Kab/Kota, melihat animo masyarakat, kemudian kita kombine dengan laporan dan data yang ada, baru kita tentukan budget yang kira-kira diperlukan. Kemudian dilanjutkan oleh bagian bina program.”

d. Cara pengalokasian dana dalam kegiatan

Sesuai penjelasan sebelumnya, anggaran suatu kegiatan telah dipertimbangkan berdasarkan prioritas masalah. Kemudian Kepala Seksi akan memilih kegiatan yang dianggap lebih efektif dalam menyelesaikan masalah tersebut. Hal ini juga dipengaruhi oleh ketersediaan dana, tenaga dan waktu. Berikut tabel kegiatan Seksi JPKM beserta anggarannya :

Tabel 6.6. Kegiatan Seksi JPKM Berdasarkan APBN dan APBD

Sumber Dana	Kegiatan	Dana (Rp)
APBN	Advokasi Kendali biaya mutu dalam pembiayaan kesehatan di RS dan Organisasi Profesi	19.150.000
	Pelatihan Dokter Keluarga Paket AB	45.200.000
	Pelatihan Bapim JPKM	36.000.000
	Review pembiayaan dan JPK	37.300.000
	Bimbingan teknis program JPKM	3.000.000
APBD	Pertemuan penyusunan regulasi JPKM	11.457.000
	Pertemuan Bapim, PPK dan Bapel JPKM se-Sumbar	13.356.000
	Peningkatan program pembiayaan kesehatan :	
	a. Subsidi premi JPKM	9.041.520.000
	b. ATK	1.273.500
c. BBM	2.925.000	
d. Perlengkapan kantor habis pakai	129.500	

Tabel 6.6. Kegiatan Seksi JPKM Berdasarkan APBN dan APBD

e. Dokumentasi	300.000
f. Cetak buku	3.500.000
g. Leaflet	10.500.000
h. Penggandaan	779.000
i. Perjalanan dinas dalam daerah	21.725.000
h. Perjalanan dinas luar daerah	4.370.000

Sumber : diolah dari tabel realisasi dana program JPKM tahun 2007

Pengalokasian dana disesuaikan dengan kegiatan yang terdapat di wilayah kerja Dinas Kesehatan Provinsi Sumatera Barat. Kegiatan dipilih berdasarkan prioritas masalah yang ditimbulkan dan keefektifan menyelesaikan masalah. Berikut pernyataan kedua informan :

“Pengalokasian dana sesuai langkah-langkah yang ada, dengan membagi-bagi anggaran tersebut ke setiap kegiatan sesuai dengan keperluannya berdasarkan prioritas.”

“Dari anggaran yang didapat, kita lihat dulu mana kegiatan yang menjadi prioritas, dipilih dari kegiatan yang lebih efektif/cepat dalam meningkatkan kemandirian masyarakat, mana yang lebih cepat dalam meningkatkan mutu.”

e. Masalah dalam penganggaran

Pada tahun 2007, Seksi JPKM memiliki lima kegiatan yang didanai oleh APBN dan enam kegiatan yang didanai oleh APBD. Kegiatan tersebut dilaksanakan setelah pencairan dana. Kegiatan yang terdapat pada perencanaan tidak semua bisa direalisasikan karena keterbatasan dana dan adanya pemotongan dana untuk Program Askeskin. Dari dana yang telah dialokasikan oleh Pemerintah Provinsi, tidak semua dana dapat direalisasikan. Dari APBN hanya sekitar 60,91% dana yang dapat direalisasikan dan dari APBD hanya sekitar 41,93% dana yang dapat direalisasikan.

Berikut tabel realisasi dana APBN dan APBD program JPKM tahun 2007 :

Tabel 6.7. Realisasi Dana APBN Program JPKM tahun 2007

No.	Nama Kegiatan	Jumlah Dana (Rp)	Dana dipotong (Rp)	Realisasi Keuangan	
				(Rp)	(%)
1	Advokasi kendali biaya dan kendali mutu dalam pembiayaan kesehatan di RS dan organisasi profesi	19.150.000	-	11.400.000	59,53%
2	Pelatihan dokter keluarga Paket AB	45.200.000	-	25.445.000	56,29%
3	Pelatihan Bapim JPKM	36.000.000	-	18.724.000	52,01%
4	Review pembiayaan dan JPK	37.300.000	-	27.099.500	72,65%
5	Bimbingan teknis program JPKM	3.000.000	72.000.000	3.000.000	4,00%
6	Konsultasi program JPKM ke pusat	-	10.600.000	-	-
7	Pertemuan nasional promkes JPKM di Mataram	-	15.600.000	-	-
8	Pemetaan dan pengembangan JPKM Prov,Kab/Kota	-	36.650.000	-	-
	Total	140.650.000	134.850.000	85.668.500	60,91%

Sumber : Tabel realisasi dana APBN program JPKM periode Januari s/dDesember 2007

Tabel 6.8. Realisasi Dana APBD Program JPKM Tahun 2007

No.	Nama Kegiatan	Jumlah Dana (Rp)	Realisasi	
			(Rp)	(%)
1	Pertemuan penyusunan regulasi JPKM	11.457.000	10.629.500	92,78%
2	Pertemuan Bapim, PPK dan Bapel JPKM se-Sumbar	13.356.000	11.120.000	83,26%
3	Peningkatan program pembiayaan kesehatan			
a	Subsidi premi JPKM	9.041.520.000	3.772.560.000	41,72%
b	ATK	1.273.500	1.273.500	100,0%
c	BBM	2.925.000	2.925.000	100,0%

Tabel 6.8. Realisasi Dana APBD Program JPKM Tahun 2007

d	Perlengkapan kantor habis pakai	129.500	129.500	100,0%
e	Dokumentasi	300.000	300.000	100,0%
f	Cetak buku	3.500.000	-	
g	Leaflet	10.500.000	-	
h	Penggandaan	779.000	779.000	100,0%
i	Perjalanan dinas dalam daerah	21.725.000	17.075.000	78,60%
j	Perjalanan dinas luar daerah	4.370.000	3.920.000	89,70%
	Total	9.111.835.000	3.820.711.500	41,93%

Sumber : Tabel realisasi dana APBD program JPKM periode Januari s/d Desember 2007

Masalah yang terdapat dalam penganggaran untuk program ini terdapat dalam upaya mengajak Kab/Kota untuk merealisasikan anggaran yang telah dialokasikan. Selain itu dana APBN jumlahnya tidak sesuai dengan alokasi awal karena ada potongan sebesar Rp 134.850.000 untuk program Askeskin. Potongan dana ini membuat beberapa kegiatan tidak dapat dilaksanakan. Berikut pernyataan kedua informan :

“Karena ini program yang baru, dan tradisi yang menganggap gratis itu enak, maka sulit sekali untuk mengajak pemerintah Kab/Kota untuk mau merealisasikan anggaran yang telah disediakan.”

“mind set orang-orang di daerah masih gaya lama, dan semua terbuai dengan pelayanan yang gratis. Padahal gratis itu sama sekali tidak mendidik masyarakat untuk hidup sehat. Seandainya Pemerintah Kab/Kota bisa diajak kerjasama dan mau mengalokasikan dana sehingga dana dapat terealisasi sebesar 100% maka tujuan dari program akan tercapai. Kemudian ada beberapa kegiatan yang tidak terlaksana karena ada potongan dana. Padahal itu kegiatan yang diperlukan menurut saya.”

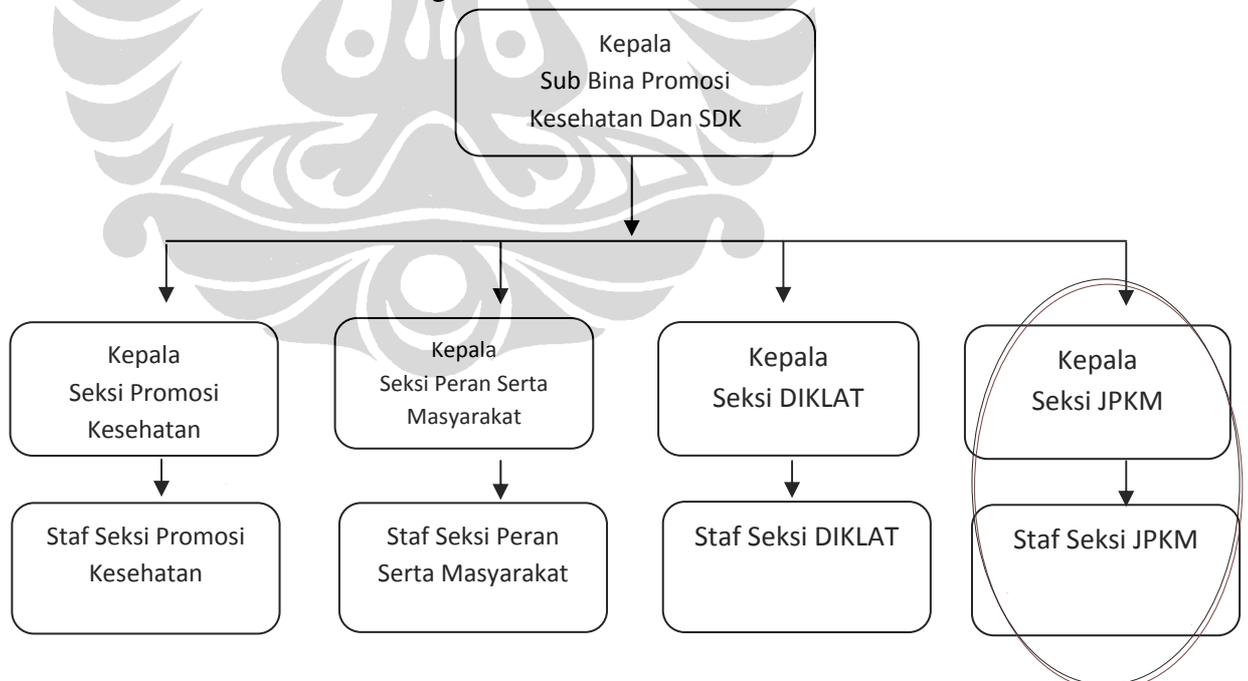
2. Pengorganisasian

a. Struktur Organisasi program

Seksi JPKM merupakan seksi yang membawahi Program Pembiayaan dan Jaminan Kesehatan dengan Sistem Jaminan Kesehatan Daerah (JAMKESDA) dan Sistem Pelayanan Kedokteran Keluarga. Seksi JPKM sendiri terdapat dibawah Sub Bina Promosi Kesehatan dan Sumber Daya Kesehatan. Sub Bina Promosi Kesehatan dan Sumber Daya Kesehatan membawahi empat buah seksi, yakni Seksi Promosi Kesehatan, Seksi Peran Serta Masyarakat, Seksi Pendidikan dan Pelatihan (DIKLAT) dan Seksi Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat (JPKM).

Berikut Struktur organisasi Sub Bina Promosi Kesehatan dan Sumber Daya Kesehatan :

Gambar 6.1. Struktur Organisasi Sub Bina Promosi Kesehatan dan SDK



Program ini terdapat di Seksi Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat (JPKM), tepatnya di bawah Sub Bina Promosi Kesehatan dan Sumber Daya Kesehatan. Berikut pernyataan kedua informan :

"Ya ada di JPKM dibawah Sub Bina Promosi Kesehatan dan Sumber Daya Kesehatan."

"...disini, di JPKM dibawah Sub Bina Promosi Kesehatan dan Sumber Daya Kesehatan."

b. Pembagian wewenang

Pembagian wewenang berdasarkan tupoksi yang dimiliki dan berdasarkan struktur organisasi. Sesuai penjelasan sebelumnya Seksi JPKM memiliki lima orang petugas, kemudian diakhir tahun petugas mengalami pengurangan menjadi tiga orang. Pembagian wewenang (*job description*) pada petugas Seksi JPKM dapat dilihat pada hasil penelitian bagian input mengenai tenaga pelaksana. Terlihat pada penjelasan tersebut bahwa belum ada pembaharuan *job description* untuk perubahan jumlah tenaga pelaksana.

Dengan jumlah petugas seperti ini Kepala Seksi mengaku terbebani dengan tugas masing-masing. Berikut pernyataan kedua informan :

"Pembagian wewenang disini ya berdasarkan tupoksi masing-masing. Semua harus bertanggungjawab terhadap tugas mereka. Itu gunanya struktur organisasi. Tetapi karena ada beberapa petugas yang tidak mau bertanggungjawab atas pekerjaan masing-masing, maka timbullah tumpang tindih pekerjaan. Apalagi Seksi JPKM masih belum mendapat ganti stafnya yang keluar jadi ya cukup beban juga, Oleh karena itu kita bentuk tim pembina dan tim teknis yang ada di Pergub. "

”Saya hanya menggunakan apa yang ada, pengennya wewenang disesuaikan dengan pendidikan, tetapi kalau cuma ada tiga orang begini yang gimana, memang sebenarnya bisa pakai staf yang lain tetapi kenyataannya sulit juga. Jadi pekerjaan ini sangat membebani, kalau kerja sesuai Tupoksi pasti tidak bisa dilaksanakan. Apalagi kadang-kadang staf saya tidak bisa melakukan tugasnya jadi saya harus turut campur, bahkan yang bukan tupoksi saya, saya tetap harus mengerjakannya. Mau complain juga susah karena ujung-ujungnya ini memang kewajiban Seksi JPKM.”

3. Penggerakkan

a. Pemahaman staf

Untuk meningkatkan pemahaman petugas pelaksana Dinas Kesehatan Provinsi Sumatera Barat sudah sangat sering melakukan pelatihan. Dari Laporan akhir Seksi JPKM tahun 2007 didapatkan kegiatan pelatihan dan pertemuan yang ditujukan untuk petugas pelaksana pada tahun 2007 seperti berikut :

1. Pertemuan Bapim, PPK dan Bapel JPKM Se-Sumbar tanggal 28 s/d 29 Mei 2007 di Bapelkes Padang.
 - Sumber dana : APBD
 - Input : Dana Rp13.356.000,-
Terealisasi Rp11.120.000,- (83 %)
 - Out Put : Peserta sebanyak 29 Orang dari 30 org peserta yg diundang dari Dinkes Kabupaten/Kota Se Sumbar (96,67 %)
 - Out Come : Tersosialisasinya Program JPKM bagi Bapim, PPK dan

Bapel JPKM

2. Pertemuan Penyusunan Regulasi JPKM, tanggal 3 Mei 2007 di Aula Dinkes Padang
 - Sumber dana : APBD
 - Input : Dengan dana Rp11.457.000,-
Terealisasi Rp 6.709.500,-(59 %)
 - Out Put : Peserta sebanyak 50 org dari 50 org peserta yg diundang berasal dari Pemda Kabupaten/Kota dan DPRD Kabupaten/Kota serta Kepala Dinkes Kab/Kota se-Sumbar (100 %)
 - Out Come : Tersusunnya Peraturan Gubernur Sumbar tentang Sistem Jamkesda dan Sistem Pelayanan Kedokteran Keluarga di Provinsi Sumatera Barat.
3. Pelatihan Bapim JPKM tanggal 8 s.d 12 Mei 2007 di Bapelkes Padang
 - Sumber dana : APBN
 - Input : Dana Rp 36.000.000,-
Terealisasi Rp18.724.000,- (52 %)
 - Out Put : Telah dilatih 16 orang dari 18 org peserta Bapim JPKM yg diundang. (8,88%)
 - Out Come : Peningkatan Pengetahuan dan Kompetensi Bapim JPKM
 - Manfaat : Tersedianya Bapim JPKM Prov.Kabupaten/Kota yg berkopetensi
 - Dampak : Peningkatan Kinerja Bapim Provinsi dan Kabupaten/Kota

Selain itu salah satu staf yang ada di Seksi JPKM juga termasuk kedalam tim teknis (sebagai sekretaris) pelaksanaan program yang telah ditetapkan oleh Peraturan Gubernur. Berikut pernyataan Kepala Dinas Kesehatan Provinsi Sumatera Barat :

"Wah kita disini sudah sangat sering melakukan pertemuan untuk pelatihan, biar semua mengerti betul akan tugas masing-masing."

"pelatihan sudah sangat sering, semuanya sudah dari Provinsi, Kabupaten, Puskesmas dan sebagainya. Bahkan salah satu staf saya ikutkan kepada tim teknis yang terdapat pada Pergub sebagai sekretaris, otomatis dia selalu ikut dalam pertemuan penyusunan Pergub. Mudah-mudah dapat meningkatkan pemahaman."

b. Petunjuk teknis

Pelaksana program ini memiliki petunjuk teknis langsung dari Peraturan Gubernur no. 40 dan no.41 tahun 2004. Sesuai dengan pernyataan Kepala Dinas Kesehatan dan Kepala Seksi JPKM seperti berikut :

"Sudah ada, ada di Pergub kita."

"Ada di Pergub, bahkan kita berlaku sampai 5 tahun, jadi ga perlu ganti-ganti tiap tahun."

c. Kegiatan yang paling menyerap dana

Jumlah alokasi dana terbesar diberikan kepada subsidi premi, hal tersebut dapat dilihat pada tabel realisasi dana APBD program JPKM tahun 2007. Alokasi dana yang diberikan pada kegiatan ini adalah Rp 9.041.520.000,-.

Kegiatan yang paling menyerap dana adalah subsidi premi untuk peserta program. Hal ini didukung oleh pernyataan kedua informan. Seperti pernyataan Kepala Dinas Kesehatan sebagai berikut :

“Subsidi premi untuk masyarakat agar memperlihatkan bahwa kita sungguh-sungguh ingin menunjukkan bahwa program ini memang untuk masyarakat.”

“Kita pilih subsidi premi atau bantuan iuran karena itu penting untuk merangsang Kabupaten/Kota untuk mengalokasikan anggaran yang besar juga.”

d. Kegiatan penunjang yang diperlukan

Dari data realisasi dana, terlihat bahwa anggaran yang telah dialokasikan untuk membuat leaflet dan buku tidak terealisasi sama sekali. Berikut tabel realisasi untuk media sosialisasi :

Tabel 6.9. Realisasi dana media sosialisasi

Media Sosialisasi	Jumlah Dana (Rp)	Realisasi (Rp)
Leaflet	10.500.000	-
Cetak buku	3.500.000	-

Sumber : diolah dari tabel realisasi dana APBD program JPKM tahun 2007.

Kegiatan yang dibutuhkan dan dirasa masih kurang optimal adalah sosialisasi dan promosi mengenai program ini. Sedangkan kegiatan yang tidak perlu dilakukan tidak ada. Pernyataan tersebut diungkapkan oleh kedua informan. Berikut pernyataan informan :

”Sosialisasi saya pikir masih kurang tetapi karena ada keterbatasan petugas jadi cuma bisa begitu. Tetapi kalau pelatihan ke Kab/Kota sudah sering, seharusnya Kab/Kota bisa meneruskannya. Karena semua sudah dibagi sesuai porsinya, jadi tidak ada juga kegiatan yang ga perlu dilakukan ya.”

”Saya kesulitan mempromosikan program ini di beberapa wilayah karena ada unsur money politic yang selalu meminta imbalan jika melakukan suatu program baru dan orang kita terbatas. Saya rasa ga ada kegiatan yang sudah dikerjakan tetapi tidak dibutuhkan, karena semua sudah dipikirkan dan didiskusikan.”

e. Faktor pendukung internal dan eksternal

Dalam pelaksanaan program ini diperlukan faktor pendukung baik dari internal maupun dari eksternal. Dari internal sendiri Dinas Kesehatan Provinsi Sumatera Barat memiliki petugas pelaksana yang memiliki latar belakang pendidikan di pembiayaan kesehatan sehingga membantu dalam pelaksanaan program ini. Sedangkan dari eksternal faktor pendukung terdapat pada komitmen yang dimiliki oleh Gubernur hingga bersedia mengeluarkan Peraturan Gubernur mengenai pelaksanaan program. Selain itu dari faktor eksternal Provinsi Sumatera Barat memiliki masyarakat yang antusias ingin mengikuti sistem jaminan kesehatan, khususnya masyarakat yang berpendidikan namun memiliki penghasilan dibawah UMP. Berikut pernyataan kedua informan :

“dari internal kita memiliki petugas dengan latar belakang pendidikan yang memadai dan cocok, seperti Kepala Seksi JPKM itu lulusan Amerika jurusan pembiayaan kesehatan. Kalau dari eksternal ya kita punya komitmen Gubernur sehingga mau mengeluarkan Pergub dan mengalokasikan dana yang besar yang menunjukkan keseriusan beliau.”

“faktor eksternal adalah antusias masyarakat yang mau mengikuti program ini, khususnya masyarakat yang punya pendidikan tetapi gajinya masih dibawah UMP.

Saya pernah bertanya pada masyarakat dengan kriteria yang sesuai dengan program ini mereka semangat ketika tau akan dibuat program seperti ini. Tetapi mereka ga ngerti harus bagaimana, itulah tugas pemerintah Kab/Kota untuk mengajak mereka, namun sayang, ada beberapa Pemerintah Kab/Kota tidak mau mengerti. Kalau internal saya merasa pendidikan saya cukup membantu, jadi tidak terlalu meraba.”

f. Keaktifan petugas pelaksana

Petugas pelaksana disini memiliki keaktifan yang berbeda-beda, karena masing-masing memiliki sifat yang beranekaragam. Pernyataan tersebut diungkapkan oleh kedua informan, yakni Kepala Dinas Kesehatan Provinsi Sumatera Barat dan Kepala Seksi JPKM. Berikut pertanyaan informan :

”..ya itu sifat manusia ya. Ada yang rajin ada juga yang hanya mau mengerjakan tugas mereka. Saya hanya berharap agar tugas masing-masing individu dapat terlaksana dengan baik.”

”Ya begitu la, karena ada yang kerjanya ga sesuai tupoksi yang dia punya. Kadang-kadang staf saya belum punya kesadaran diri untuk inisiatif melakukan pekerjaan mereka.”

g. Motivasi

Sampai saat ini belum ada motivasi khusus berupa insentif dan penghargaan lain yang diberikan kepada petugas pelaksana program ini. Berikut pernyataan kedua informan

”sampai saat ini belum ada, ya kaya kerja biasa aja dengan insentif yang sama dengan ketentuannya.”

”Ya belum ada insentif dan penghargaan tambahan untuk pelaksana program disini, jangankan duit penghargaan buat saya yang sudah berjuang untuk lulusin Pergub ga ada....., yah jadi motivasi dari diri kita sendiri aja. Supaya bisa mengerti bahwa kita disini untuk kerja.”

Pada laporan akhir tahun Seksi JPKM tahun 2007 dinyatakan bahwa Masih rendahnya kompetensi, komitmen dan motivasi SDM pengelola program JPKM menyebabkan kinerja dan pencapaian target rendah.

4. Pengawasan

a. Masalah/hambatan dalam pengawasan

Masalah yang terjadi adalah perbedaan antara pelaksanaan program berdasarkan Pergub dengan pelaksanaan yang ada di Kabupaten/Kota. Selain itu politik yang kental yang mempengaruhi pelaksanaan pembiayaan kesehatan di Indonesia. Berikut pernyataan kedua informan :

”Banyaknya penyimpangan pelaksanaan program yang tidak sesuai dengan yang tertulis di Pergub, hal ini disebabkan banyak pengaruh instansi terkait, misalnya pemerintah disana masih menganggap gratis itu jauh lebih baik.”

”Politik yang kental bisa menghancurkan pembiayaan kesehatan. Kalau ada yang kampanye, biasanya selalu menjanjikan kesehatan gratis, tetapi hal tersebut merusak sistem dan program yang sudah susah-susah kita bikin. Jadi provinsi masih harus berjuang untuk meyakinkan program baru ini.”

Dari laporan akhir tahun Seksi JPKM tahun 2007 didapatkan bahwa Kota Sawahlunto melakukan sistem jaminan kesehatan dengan sistem yang dibuat sendiri

sedangkan Kabupaten Sawahlunto/Sijunjung dan Kabupaten Pasaman Barat melakukan dengan Puskesmas gratis. Berikut penjelasan selengkapnya mengenai pelaksanaan JPKM di 19 Kabupaten/Kota :

Tabel 6.10. Evaluasi Pelaksanaan JPKM di 19 Kabupaten/Kota

No.	Kabupaten/Kota	Masalah
1	Kota Padang Panjang	<ul style="list-style-type: none"> * Laporan tahunan belum dikirim * Penunjukan Bapel PT Askes tanpa tender * Benefit paket pelayanan referral ke RSUP M.Djamil tidak masuk * Adanya keluhan dari PPK, rendahnya dana kleim * Kontribusi premi dari masyarakat tidak ada
2	Kota Sawahlunto	<ul style="list-style-type: none"> * Secara keseluruhan Kegiatan JPKM telah berjalan dengan baik * Pra Bapel tidak berbadan Hukum dan tidak bermodal program ASKESKIN * Masih banyaknya masyarakat miskin yang belum masuk Kuota * Laporan tahunan belum dikirim
3	Kota Pariaman	<ul style="list-style-type: none"> * Belum bisa menganggarkan dana sharing untuk masyarakat hampir miskindi Kota Pariaman * Adanya keinginan dari Wali Nagari dan Kepala Desa serta Kaur Desa untuk diikut sertakan dalam program Jamkesda. * Adanya kelebihan sasaran dari Quota peserta Askeskin (Data yg ada) * Laporan tahunan belum dikirim
4	Kota Padang	<ul style="list-style-type: none"> * Tidak ada peran serta masyarakat dalam membayar premi * Program uji coba dokter keluarga menuju DKK Padang dalam memberikan tehknical asistensi tidak dilaksanakan * Laporan tahunan belum dikirim
5	Kota Solok	<ul style="list-style-type: none"> * Hanya mengembangkan Puskesmas gratis * Tidak ada upaya mengembangkan program JPKM * Laporan tahunan belum dikirim
6	Kota Payakumbuh	<ul style="list-style-type: none"> * Baru mengembangkan JPK gratis dengan pola subsidi premi 100% * Benefit pelayanan kesehatan sangat terbatas * Bapel JPK tidak berbadan Hukum dan tidak bermodal * Laporan tahunan belum dikirim
7	Kab. Swl/Sjj	<ul style="list-style-type: none"> * Adanya kesalahan persepsi antara PEMDA Kab dengan Dinkes Kab Swl/Sjj * Adanya kesalah pahaman antara direktur Bapel dengan Ka Dinkes tentang sistim Jamkesda yang ada di Propinsi. * Adanya keinginan monopoli Bapel dan Pemda Kab karena melibatkan Bapel sendiri * laporan Tahunan tidak dikirim
8	Kab. Solok	<ul style="list-style-type: none"> * Tidak mengembangkan program JPKM

Tabel 6.10. Evaluasi Pelaksanaan JPKM di 19 Kabupaten/Kota

9	Kab. Pesisir Selatan	<ul style="list-style-type: none"> * Laporan Tahunan tidak dikirim * Mengembangkan Puskesmas gratis, tetapi tdk mengalokasikan penambahan jasa Medis
10	Kab. Padang Pariaman	<ul style="list-style-type: none"> * Tidak memakai dr keluarga pada PPK I (Pertama) * Telah dilakukan sosialisasi JPKM ke Pemda dan LSM * laporan Tahunan tidak dikirim * Tidak memfasilitasi masyarakat untuk kontribusi premi JPK separuh (50%)
11	Kab. Agam	<ul style="list-style-type: none"> * Baru melakukan sosialisasi kepada masyarakat diakhir tahun anggaran * Laporan Tahunan tidak dikirim * Tidak mencairkan dana subsidi kepada masyarakat hampir miskin, walaupun mereka telah mendaftar ke Bapel Jamkesda
12	Kab. Lima Puluh Kota	<ul style="list-style-type: none"> * Validasi data gakin belum ada (cair) * Sosialisasi JPKM belum jalan * Dana Subsidi premi mencapai 250.800.000 tidak cair * laporan Tahunan tidak dikirim
13	Kab. Pasaman	<ul style="list-style-type: none"> * Masih ditemukannya masyarakat miskin yang berobat ke RSUD Lb Sikaping tidak gratis, karena tidak termasuk dalam SK Bupati * laporan Tahunan tidak dikirim * Belum mengembangkan JPK
14	Kab. Tanah Datar	<ul style="list-style-type: none"> * Mengembangkan Puskesmas Gratis * Tidak bisa melakukan pelatihan pelatihan dokter keluarga paket CD sendiri * laporan Tahunan tidak dikirim
15	Kab. Pasaman Barat	<ul style="list-style-type: none"> * Ditemukannya masih adanya sebanyak 54 jorong tertinggal yang belum mendapatkan jaminan pemeliharaan kesehatan. * laporan Tahunan tidak dikirim
16	Kab. Mentawai	<ul style="list-style-type: none"> * Laporan Tahunan tidak dikirim
17	Kab. Solok Selatan	<ul style="list-style-type: none"> * Laporan Tahunan tidak dikirim * Belum mengembangkan JPKM mandiri
18	Kab. Dharmasraya	<ul style="list-style-type: none"> * Baru mengembangkan JPK Gratis * Laporan Tahunan tidak di kirim
19	Kota Bukittinggi	<ul style="list-style-type: none"> * Sosialisasi kontribusi masyarakat mampu dalam membayar premi jaminan kesehatan belum optimal * Laporan tahunan belum dikirim * Mengembangkan Puskesmas gratis

Sumber : diolah dari tabel evaluasi pelaksanaan program JPKM tahun 2007

b. Cara mengontrol program

Dinas Kesehatan Provinsi Sumatera Barat mengontrol program yang terlaksana di Kabupaten/Kota dengan menerima laporan triwulan. Tetapi laporan dari Kabupaten/Kota tersebut sering sekali mengalami keterlambatan, bahkan tidak jarang pihak Dinas Kesehatan Provinsi Sumatera Barat langsung meninjau kelapangan. Dari tabel Evaluasi Pelaksanaan JPKM di 19 Kabupaten/Kota yang telah dilampirkan pada poin sebelumnya dapat disimpulkan hampir sebagian besar atau tepatnya hanya 1 daerah yang mengirimkan laporan akhir tahun ke Dinas Kesehatan Provinsi Sumatera Barat. Hal tersebut menghambat proses pengawasan dan Dinas Kesehatan Provinsi Sumatera Barat belum memiliki ketegasan prosedur dalam melaksanakan pengawasan. Berikut pernyataan kedua informan :

“Seksi JPKM yang menerima laporan triwulan dari Kabupaten/Kota, jadi kita ngontrol dari laporan dan ada yang ngontrol ke lapangan juga.”

“Laporan dari Kabupaten/Kota itu sering sekali terlambat bahkan ada yang tidak mengirimkannya. Jangankan laporan triwulan, laporan tahunan saja jarang sekali ada yang mau ngirim. Padahal kita sudah mengirimkan surat peringatan bahkan sampai dua kali. Tetapi karena tidak ada sanksi, banyak yang mengabaikan. Jadi saya juga bingung harus gimana, padahal sudah saya kasi formatnya, jujur saja pengawasan disini sangat buruk karena sulit mengontrol tanpa ada laporan. Kalau sudah bagitu kadang-kadang saya yang harus kesana untuk mengambil data yang penting, lalu dianalisis sendiri. Itupun kalau masih ada dana.”

6.3.3. OUTPUT

Pencapaian sasaran program

Pencapaian sasaran program di tingkat provinsi dilihat dari tingkat realisasi dana yang telah dialokasikan oleh Dinas Kesehatan Provinsi Sumatera Barat. Program ini belum mencapai target, karena belum semua Kabupaten/Kota bersedia untuk melaksanakan program ini sesuai Peraturan Gubernur. Pernyataan tersebut didukung dari tabel realisasi dana untuk Program Pembiayaan dan Jaminan Kesehatan dengan Sistem Jaminan Kesehatan Daerah (JAMKESDA) dan Sistem Pelayanan Kedokteran Keluarga :

Dari dana yang telah dialokasikan oleh APBD untuk subsidi premi program sebesar Rp 9.041.520.000,- hanya sebesar Rp 3.772.560.000 yang dapat direalisasikan atau dari 19 Kabupaten/Kota yang menjadi sasaran hanya 7 Kabupaten/Kota yang bersedia untuk merealisasikan dana tersebut. Berikut 7 Kabupaten/Kota yang bersedia merealisasikan dana tersebut :

Tabel 6.11. Realisasi dana subsidi premi

No.	Kabupaten/Kota	Alokasi Dana (Rp)	Realisasi dana (Rp)
1	Kabupaten Mentawai		0
2	Kabupaten Pesisir Selatan		0
3	Kabupaten Swl/Sijunjung		498.000.000
4	Kabupaten Solok		0
5	Kabupaten Tanah Datar		0
6	Kabupaten Padang Pariaman		749.280.000
7	Kabupaten Agam		0
8	Kabupaten 50 Kota		0
9	Kabupaten Pasaman		284.160.000
10	Kabupaten Pasaman Barat		0
11	Kabupaten Dharmasraya		450.000.000
12	Kabupaten Solok Selatan		360.000.000
13	Kota Padang		1.249.980.000
14	Kota Solok		0
15	Kota Sawahlunto		0
16	Kota Padang Panjang		181.140.000
17	Kota Bukittinggi		0

Tabel 6.11. Realisasi dana subsidi premi

18	Kota Payakumbuh		0
19	Kota Pariaman		0
	Alokasi Dana Untuk 19 Kab/Kota	9.041.520.000	
	Total	9.041.520.000	Rp 3.772.560.000

Sumber : Diolah dari tabel realisasi APBD Seksi JPKM tahun 2007



BAB 7

PEMBAHASAN

7.1. Kerangka Pembahasan

Penelitian ini akan dibahas dengan membandingkan hasil penelitian pada input, proses dan output dengan teori dan hasil penelitian dengan topik serupa yang pernah dilakukan oleh peneliti lain. Seperti halnya hasil penelitian, pada pembahasan juga akan disajikan dalam bentuk uraian (narasi) dengan komponen input, proses dan output.

7.2. Keterbatasan Penelitian

7.2.1. Keterbatasan Instrument Penelitian

Peneliti baru pertama kali melakukan penelitian kualitatif dengan cara wawancara mendalam sehingga kurangnya pengalaman dan pengetahuan peneliti akan mempengaruhi pembahasan pada penelitian ini. Pada penelitian kualitatif, peneliti sebagai instrument utama penelitian. Untuk itu, peneliti harus mampu menginterpretasikan informasi dan data yang didapatkan dan kemudian mengolahnya sehingga didapatkan hasil sesuai dengan tujuan penelitian. Selain itu, peneliti hanya melakukan observasi di Dinas Kesehatan Provinsi Sumatera Barat, tetapi tidak melakukan observasi langsung ke masyarakat sehingga kurang maksimal dalam penelitian. Oleh karena itu peneliti berupaya menjaga akurasi dan kualitas penelitian dengan melakukan penelitian sesuai aturan yang berlaku, misalnya dengan triangulasi.

7.2.2. Keterbatasan Sumber Data

Sumber data pada penelitian ini didapatkan dari hasil wawancara terhadap informan dan melalui telaah dokumen. Informasi yang diperoleh akan sangat bergantung pada pengetahuan dan pemahaman informan terhadap pelaksanaan. Oleh karena itu dilakukan triangulasi sumber untuk mengkonfirmasi informasi yang didapat dari seorang informan.

7.3. Pembahasan Hasil Penelitian

A. INPUT

1. Kebijakan

a. Kebijakan dan Tujuan Pelaksanaan Program

Seksi Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat (JPKM) di Dinas Kesehatan Provinsi Sumatera Barat mengembangkan Sistem Jaminan Kesehatan Daerah (Jamkesda) dan Pelayanan Dokter Keluarga (PDK) secara bersamaan, penggabungan Sistem Pembiayaan dengan Jaminan Kesehatan pra-upaya dengan sistem pelayanan kedokteran keluarga. Untuk mendukung pelaksanaan program inovasi yang digolongkan menjadi program JPK murni tersebut Dinas Kesehatan Provinsi Sumatera Barat mengupayakan keterlibatan dari Pemerintah Daerah Provinsi. Keterlibatan itu dibuktikan dengan pengalokasian dana dari APBD Provinsi Sumatera Barat sebesar Rp 9.041.520.000,- bagi 150.692 orang masyarakat mendekati miskin di Provinsi Sumatera Barat. Dana itu digunakan untuk membayar premi bagi peserta Jaminan Kesehatan dan Pelayanan Dokter Keluarga pada tahun 2007.

Untuk merealisasikan dana bagi masyarakat mendekati miskin tersebut Dinas Kesehatan Provinsi Sumatera Barat telah difasilitasi oleh (Laporan Akhir Seksi JPKM tahun 2007) :

- a. Peraturan Gubernur tentang Penyelenggaraan Program Pembiayaan dan Jaminan Kesehatan dengan Sistem Jaminan Kesehatan Daerah (Jamkesda) dan Sistem Pelayanan Kedokteran Keluarga di Provinsi Sumatera Barat.
- b. Pedoman Pelaksanaan Peraturan Gubernur tentang Penyelenggaraan Program Pembiayaan dan Jaminan Kesehatan dengan Sistem Jaminan Kesehatan Daerah (Jamkesda) dan Sistem Pelayanan Kedokteran Keluarga di Provinsi Sumatera Barat.
- c. SK. Tim Pembina dan Tim Teknis Penyusunan Rancangan Peraturan Gubernur Tentang Penyelenggaraan Program Pembiayaan dan Jaminan Kesehatan dengan Sistem Jaminan Kesehatan Daerah (Jamkesda) dan Sistem Pelayanan Kedokteran Keluarga di Provinsi Sumatera Barat.
- d. SK. Tim Pembina dan Tim Teknis Pelaksanaan Peraturan Gubernur tentang Penyelenggaraan Program Pembiayaan dan Jaminan Kesehatan dengan Sistem Jaminan Kesehatan Daerah (Jamkesda) dan Sistem Pelayanan Kedokteran Keluarga di Provinsi Sumatera Barat.

Berdasarkan hasil wawancara mendalam kepada informan, peneliti menyimpulkan bahwa pemahaman mengenai kebijakan yang mendasari dari program ini telah diketahui oleh kedua informan, baik sebagai pemegang kebijakan maupun sebagai pelaksana teknis. Hal ini terlihat dari jawaban yang diberikan oleh informan mengenai latar belakang munculnya hingga terbentuk suatu program inovasi untuk menyikapi permasalahan yang terjadi di wilayah kerja informan.

Selain itu kedua informan dapat menjelaskan secara mendetail tujuan yang ingin dicapai oleh pelaksanaan program ini. Didapatkan dari pernyataan informan, secara keseluruhan program ini ditujukan untuk meningkatkan derajat kesehatan, salah satu upaya yang dilakukan adalah dengan meningkatkan akses pelayanan kesehatan masyarakat secara ekonomi dan mutu. Pernyataan kedua informan menegaskan bahwa pelayanan yang murah tidak harus mengurangi kualitas pelayanan itu sendiri. Dengan pelayanan kesehatan yang lebih terjangkau diharapkan dapat meningkatkan deteksi dini penyakit yang terjadi di suatu daerah. Program ini ditujukan untuk masyarakat hampir miskin dengan harapan ingin menjangkau seluruh masyarakat dan meningkatkan jumlah masyarakat yang mengikuti jaminan kesehatan.

Tujuan tersebut sesuai dengan tujuan yang ingin dicapai oleh JPKM (Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat), yakni mewujudkan derajat kesehatan masyarakat yang optimal melalui pemeliharaan kesehatan paripurna yang bermutu dan merata dengan pengendalian biaya yang berasal dari pesertanya. Akibat fungsi pemeliharaan kesehatan dan fungsi pembiayaan kesehatan saling mempengaruhi, maka efisiensi dan efektivitas yang optimal hanya dapat diperoleh dengan suatu keterpaduan dalam melaksanakan kedua fungsi tersebut (Depkes, 1997).

Menurut peneliti, pemahaman mengenai kebijakan dan tujuan program telah diketahui oleh kedua informan. Sebagai pembuat konsep dari program inovasi ini, sudah menjadi keharusan bagi informan untuk mengetahui secara menyeluruh latar belakang, tujuan dan manfaat dari program pembiayaan dan Jaminan Kesehatan dengan mengkombinasikan Sistem Jaminan Kesehatan Daerah (JAMKESDA) dengan Sistem Pelayanan Dokter Keluarga. Hal ini akan mempermudah dalam

pelaksanaan program dan membantu dalam pencapaian tujuan program itu sendiri. Sesuai dengan penelitian Rogers tahun 1974 (Notoatmodjo, 2003) apabila penerimaan perilaku baru atau adopsi perilaku melalui proses yang didasari oleh pengetahuan, kesadaran, dan sikap positif maka perilaku tersebut dapat bersifat bertahan lama (*long lasting*). Sebaliknya apabila perilaku itu tidak disadari oleh pengetahuan dan kesadaran maka tidak akan berlangsung lama.

Berdasarkan pernyataan informan, Peraturan Gubernur masih belum dianggap suatu upaya yang dapat mensukseskan pelaksanaan program, karena ditinjau dari kekuatan hukum yang dimiliki oleh Pergub itu sendiri. Menurut peneliti, rendahnya kekuatan hukum pada Pergub itu sendiri bisa menjadi satu penyebab rendahnya tingkat realisasi dana, apalagi Pergub itu sendiri baru ditetapkan pada tanggal 3 Oktober 2007. Keterlambatan dalam penetapan Pergub juga mempengaruhi pelaksanaan program di tingkat Provinsi, karena tidak bisa diingkari Pergub merupakan faktor pendukung bagi pelaksanaan dan jika hal tersebut baru ditetapkan di akhir tahun, maka akan berdampak pada pelaksanaan. Keterlambatan penetapan Peraturan Gubernur ini dipengaruhi oleh berbagai pihak, karena pembuatan Pergub itu sendiri harus melewati beberapa tahap prosedur yang tidak bisa hanya diatasi oleh Seksi JPKM. Untuk itu dibutuhkan penyempurnaan sistem dalam penetapan Peraturan Gubernur sehingga dapat mengefisienkan waktu penetapan. Peneliti juga berpendapat tidak ada salahnya jika Dinas Kesehatan Provinsi memperjuangkan untuk membuat Peraturan Daerah yang memiliki kekuatan hukum dan bisa memberikan *reward and punishment*.

b. Indikator Keberhasilan Pelaksanaan Program

Dalam Peraturan Gubernur, telah dijelaskan mengenai indikator keberhasilan pelaksanaan program. Namun, berdasarkan informan, indikator tersebut digunakan jika program terlaksana dengan yang ditetapkan di Peraturan Gubernur. Pada kenyataannya belum ada Kabupaten/Kota yang melaksanakan program sesuai dengan Pergub, jadi informan menganggap indikator keberhasilan program berdasarkan derajat kesehatan. Namun, informan mengaku belum ada perhitungan yang pasti mengenai derajat kesehatan. Untuk itu, keberhasilan program dilihat dari cakupan peserta. Menurut peneliti, idealnya derajat kesehatan merupakan indikator keberhasilan setiap program kesehatan. Untuk itu diperlukan perhitungan yang jelas setiap tahunnya dan pemberian informasi yang akurat mengenai status derajat kesehatan di suatu wilayah. Berdasarkan petunjuk perencanaan program Pengembangan Pembiayaan dan JPK untuk daerah, telah disebutkan bahwa derajat kesehatan dapat dilihat dari alokasi biaya yang dianggarkan dan cakupan masyarakat yang terlindungi pemeliharaan kesehatan. Namun dengan kondisi lapangan hal ini masih sulit untuk terlaksana, sehingga jumlah kepesertaan yang ikut dinilai sebagai indikator yang dapat mewakili indikator keberhasilan program.

Berdasarkan indikator Indonesia Sehat 2010 target cakupan peserta JPK Tahun 2007, khususnya JPK Murni adalah sebesar 50% (Depkes, 1999). Target cakupan peserta sebesar 50% ini telah diketahui oleh informan. Setiap tahun target 50% ini selalu meningkat, hal ini sesuai dengan indikator keberhasilan JPKM pada poin b (Depkes, 1997) sebagai berikut :

1. Adanya penyelenggaraan pemasaran/penyuluhan.
2. Adanya rencana peningkatan kepesertaan.

3. Adanya pemantauan dan penilaian kepesertaan.
4. Pelayanan administrasi dan mutasi kepesertaan.
5. Menampung dan menindaklanjuti pendapat peserta.
6. Adanya prosedur penanganan keluhan dan kepatuhan peserta.

Seksi JPKM Dinas Kesehatan Provinsi Sumatera Barat sendiri masih belum mencapai target pencapaian tersebut. terlihat dari tabel pencapaian target, tahun 2007 persentase jumlah peserta yang mengikuti JPK Murni sebesar 20,37%.

Menurut peneliti, Dinas Kesehatan Provinsi Sumatera Barat memiliki fasilitas yang tidak dimiliki oleh Provinsi lainnya untuk dapat mencapai target. Hal ini dikarenakan oleh Dinas Kesehatan Provinsi Sumatera Barat memiliki program inovasi untuk meningkatkan jumlah cakupan peserta serta mendapat dukungan dari Pemerintah Provinsi, baik dari segi alokasi dana maupun melalui Pergub. Hal ini dapat dijadikan sebagai pendorong untuk dapat mencapai target.

c. Dampak Terhadap Visi Sumbar Sehat 2010

Sesuai Visi Dinas Kesehatan Provinsi Sumatera Barat yakni terwujudnya masyarakat Sumatera Barat yang mandiri untuk hidup sehat tahun 2010. Peneliti ingin mengetahui dampak dari program ini terhadap visi yang telah ditetapkan. Menurut informan, pelaksanaan program ini akan berdampak terhadap peningkatan jumlah masyarakat yang mandiri untuk hidup sehat.

Masyarakat yang mandiri untuk hidup sehat adalah suatu kondisi di mana masyarakat Indonesia menyadari, mau, dan mampu untuk mengenali, mencegah, dan mengatasi permasalahan kesehatan yang dihadapi, sehingga dapat bebas dari gangguan kesehatan akibat bencana, maupun lingkungan yang tidak mendukung untuk hidup sehat (Gani, 2007). Dari pernyataan tersebut, terlihat bahwa masyarakat

mandiri tersebut berhubungan erat dengan peran serta masyarakat, karena peran serta masyarakat dalam kesehatan merupakan wujud nyata dari bentuk kesadaran, kemauan untuk mengatasi permasalahan kesehatan yang dihadapi. Oleh karena itu dapat peneliti simpulkan, pelaksanaan program Jamkesda ini dapat meningkatkan masyarakat mandiri untuk hidup sehat.

2. Dana

a. Sumber Alokasi Dana

Dana untuk peserta JAMKESDA penerima bantuan iuran bersubsidi ini berasal dari APBD Provinsi Sumatera Barat dialokasikan melalui dokumen pelaksanaan Anggaran (DPA-SKPD) APBD Provinsi Sumatera Barat tahun 2007 secara proposional dengan pola subsidi premi bergradasi atau bertingkat. Sumber dana pengawasan (monitoring dan evaluasi) Provinsi Sumatera Barat berasal dari Dokumen Pelaksanaan Anggaran (DPA-SKPD) APBD Provinsi Dinas Kesehatan Provinsi Sumatera Barat atau dinas terkait (Pergub No. 41 tahun 2007).

Dari Peraturan tersebut dapat dilihat bahwa dana yang digunakan untuk subsidi premi Program Pembiayaan dan Jaminan Kesehatan dengan Sistem Jaminan Kesehatan Daerah (Jamkesda) dan Sistem Pelayanan Kedokteran Keluarga di Provinsi Sumatera Barat bersumber dari APBD Provinsi Sumatera Barat. Namun, didukung dengan beberapa kegiatan penunjang yang berasal dari anggaran yang dimiliki oleh Seksi JPKM sendiri baik dari APBD maupun APBN.

Pada tahun 2007 proporsi sumber dana untuk Seksi JPKM didominasi oleh Pemerintah Provinsi yakni dari APBD. APBD memiliki proporsi yang sangat besar dibandingkan APBN, yakni sebanyak 98,4%. Untuk Program Pembiayaan dan Jaminan Kesehatan dengan Sistem Jaminan Kesehatan Daerah (Jamkesda) dan

Sistem Pelayanan Kedokteran Keluarga dana yang dialokasikan 100% bersumber dari Pemerintah Provinsi/APBD. Hal ini telah memperlihatkan kemandirian pendanaan dari Dinas Kesehatan Provinsi Sumatera Barat, khususnya Seksi JPKM. Dukungan besar dari Pemerintah Provinsi tersebut, dapat dijadikan sebagai pemicu dalam pelaksanaan program.

b. Kecukupan Alokasi Dana

Berdasarkan informan, dana yang telah dialokasikan untuk pelaksanaan program ini baik dari APBN maupun APBD masih kurang mencukupi. Hal ini disebabkan oleh pemotongan anggaran yang diperuntukkan kepada Program Askeskin. Pemotongan anggaran ini langsung dari pusat. Hal ini terlihat juga dari tabel alokasi dana di Seksi JPKM, tertulis pada tabel tersebut dana dari APBN mengalami penurunan akibat adanya pemotongan dana. Pemotongan dana tersebut mengakibatkan beberapa kegiatan tidak dapat dilaksanakan seperti konsultasi Program JPKM ke pusat, pertemuan nasional Promosi kesehatan JPKM di Mataram dan pemetaan dan pengembangan JPKM Provinsi Kabupaten/Kota. Kurang mencukupinya dana yang telah dilokasikan dirasa informan akan mempengaruhi kinerja program. Informan berpendapat bahwa anggaran sebaiknya ditetapkan berdasarkan prioritas masalah bukan berdasarkan perhitungan dari tahun lalu.

Namun, dilihat dari dana APBD, jumlah dana yang dialokasikan tahun 2007 mengalami peningkatan yang sangat drastis. Dibandingkan tahun 2006 dana yang dialokasikan dari APBD hanya sebesar Rp 48.976.000,-. Peningkatan alokasi dana ini seharusnya menjadi motivasi yang mendukung para petugas pelaksanaan program untuk dapat mengoptimalkan pelaksanaan dari program Pembiayaan dan Jaminan Kesehatan ini.

Menurut peneliti, dengan dana yang telah dialokasikan ini seharusnya informan sudah merasa cukup. Mengingat dari peningkatan dana yang cukup besar dari tahun sebelumnya. Selain itu jika dibandingkan dengan rencana usulan pengembangan pembiayaan dan jaminan kesehatan yang diajukan pada tahun 2006, dana yang dialokasikan pada tahun 2007 tidak berbeda jauh. Bahkan pada APBN dana yang dialokasikan melebihi besarnya angka pada rencana usulan. Dana yang dialokasikan untuk subsidi premi juga sangat mencukupi karena dianggap hanya sebagai perangsang Pemerintah Kabupaten/Kota. Oleh karena itu peneliti menyimpulkan bahwa jumlah dana yang dialokasikan bisa dikategorikan cukup untuk pelaksanaan program.

c. Waktu Pencairan Dana

Waktu pencairan dana untuk Provinsi Sumatera Barat mengalami keterlambatan. Pencairan dana baru bisa dilaksanakan pada Bulan Mei. Hal ini pasti akan berpengaruh terhadap kegiatan di Provinsi dan akan berpengaruh juga terhadap kegiatan di Kabupaten/Kota. Keterlambatan pencairan dana merupakan masalah yang sering terjadi di Dinas Kesehatan Provinsi Sumatera Barat. Dengan begitu, hal ini selalu menjadi permasalahan dalam pelaksanaan kegiatan. Untuk itu dibutuhkan penyempurnaan sistem dalam pencairan dana. Diperlukan partisipasi dari berbagai unit/pihak, termasuk Pemerintah Provinsi. Karena permasalahan keterlambatan pencairan dana merupakan masalah kompleks yang hanya bisa diselesaikan oleh partisipasi seluruh pihak.

3. Tenaga Pelaksana

Sumber daya manusia merupakan unsur terpenting dalam mencapai tujuan dimana pemanfaatan sumber daya lainnya tergantung kepada bagaimana kita

memanfaatkan sumber daya manusia. Semakin tinggi tingkat pemanfaatan sumber daya manusia maka akan semakin tinggi juga tingkat pemanfaatan sumber daya lainnya. Pergerakan berkaitan erat dengan sumber daya manusia yang pada akhirnya menjadi pusat sekitar apa aktivitas manajemen berputar (Terry, 1986).

Berdasarkan wawancara terhadap informan, didapatkan bahwa pelaksanaan Program Pembiayaan dan Jaminan Kesehatan dengan Sistem Jaminan Kesehatan Daerah (Jamkesda) dan Sistem Pelayanan Kedokteran Keluarga di Provinsi Sumatera Barat telah dilengkapi oleh tim teknis dan tim pembina yang ditetapkan oleh Peraturan Gubernur. Tetapi, tim teknis dan tim pembina ini dinilai kurang efektif karena tidak bisa melaksanakan tugas dalam pelaksanaan program secara berkelanjutan. Hal ini disebabkan oleh tugas dan kesibukan masing-masing. Selain itu keterlambatan penetapan Peraturan Gubernur juga bisa jadi pemicunya. Oleh karena itu pelaksana teknis dari program ini tetap ditujukan kepada Seksi JPKM. Dilihat dari jumlah SDM yang dimiliki oleh Seksi JPKM, informan mengaku merasa kurang. Jumlah SDM di Seksi JPKM terdiri dari lima orang termasuk Kepala Seksi. Namun pada Bulan Juni dua diantara SDM tersebut meninggalkan jabatan mereka karena harus melanjutkan sekolah dan mutasi ke daerah lain. Secara otomatis Seksi JPKM hanya memiliki tiga orang SDM termasuk kepala seksi.

Menurut peneliti, SDM yang dimiliki Seksi JPKM bisa dikategorikan kurang jika dibandingkan dengan Tupoksi yang dimiliki oleh Seksi JPKM. Apalagi dengan adanya Program Pembiayaan dan Jaminan Kesehatan dengan Sistem Jaminan Kesehatan Daerah (Jamkesda) dan Sistem Pelayanan Kedokteran Keluarga ini yang tergolong program baru. Seharusnya Seksi JPKM memiliki petugas yang lebih banyak sehingga tidak menghambat pelaksanaan program. Pada Bulan Juni,

seharusnya suatu seksi di Dinas Kesehatan Provinsi Sumatera Barat tengah sibuk untuk pelaksanaan program, mengingat pencairan dana baru terlaksana pada Bulan Mei. Berdasarkan jadwal kegiatan Seksi JPKM ada sejumlah 6 kegiatan yang harus dilaksanakan pada Bulan Juni dengan waktu kegiatan yang lebih dari 1 hari. Di Provinsi pelaksanaan program memerlukan waktu yang cukup lama karena dibutuhkan tinjauan ke lapangan untuk memberikan pengarahannya pelaksanaan program di Kabupaten/Kota. Sedangkan di Seksi JPKM pada bulan tersebut terjadi pengurangan SDM, yang menyebabkan petugas yang lain mengalami *double job*. Untuk itu dibutuhkan petugas tambahan.

Pencapaian tugas suatu organisasi salah satunya tergantung pada sumber daya manusia baik dari segi kualitas maupun kuantitas (Azrul, 1996). Oleh karena itu peneliti menyimpulkan bahwa dengan jumlah SDM yang terbatas maka akan mempengaruhi pelaksanaan program. Seharusnya jika salah satu petugas Dinas Kesehatan diizinkan untuk melanjutkan sekolah atau dimutasi ke daerah lain, pemimpin harus memikirkan bagaimana agar perubahan struktur tersebut tidak mempengaruhi kinerja para petugas. Misalnya dengan memberikan petugas pengganti yang didatangkan dari seksi lainnya. Seperti yang telah dijelaskan Staf yang terdapat pada Sub Bina Promosi Kesehatan dan Sumber Daya Kesehatan ada 37 orang, yakni pada Seksi Promosi Kesehatan 11 orang, Seksi Peran Serta Masyarakat 10 orang, Seksi Pendidikan dan Pelatihan (DIKLAT) 13 orang dan Seksi JPKM 5 orang. Dari distribusi petugas diatas dapat dilihat bahwa Seksi JPKM memiliki porsi yang paling sedikit. Oleh karena itu peneliti menyimpulkan jika distribusi staf tersebut dapat disama-ratakan, maka Seksi JPKM akan memiliki jumlah petugas yang lebih banyak dan dapat membantu pelaksanaan program. Selain itu dapat dilihat

juga lemahnya prosedur dalam pembagian petugas merupakan penyebab besar dalam keterbatasan petugas ini. Seharusnya Dinas Kesehatan Provinsi Sumatera Barat harus memiliki prosedur jelas dalam pendistribusian, perizinan dan pembagian petugas yang berwenang dalam melaksanakan pekerjaan.

4. Sarana

Sarana merupakan unsur organisasi dalam mencapai tujuan (Azwar, 1996). Berdasarkan pernyataan informan Program Pembiayaan dan Jaminan Kesehatan dengan Sistem Jaminan Kesehatan Daerah (Jamkesda) dan Sistem Pelayanan Kedokteran Keluarga ini menggunakan sarana dan fasilitas yang dimiliki oleh Seksi JPKM dalam melaksanakan kegiatannya. Menurut informan hal tersebut sering menyebabkan keterlambatan dalam menyelesaikan pekerjaan. Berdasarkan tabel inventaris yang dimiliki oleh Seksi JPKM, Seksi JPKM hanya memiliki satu unit komputer. Selain itu informan merasa kesulitan jika ingin menggunakan sarana transportasi untuk mengunjungi Kabupaten/Kota. Hal ini disebabkan oleh terbatasnya jumlah sarana transportasi di Dinas Kesehatan Provinsi Sumatera Barat. Selain masalah kuantitas, informan tidak mengalami kesulitan lain dalam mendayagunakan sarana.

Menurut peneliti, jumlah sarana yang dimiliki oleh Seksi JPKM dinilai sangat terbatas, apalagi melihat tupoksi Seksi JPKM dan ditambah dengan program baru, yakni Program Pembiayaan dan Jaminan Kesehatan dengan Sistem Jaminan Kesehatan Daerah (Jamkesda) dan Sistem Pelayanan Kedokteran Keluarga. Keterbatasan jumlah sarana ini pasti akan menghambat pelaksanaan kegiatan. Serta akan mempengaruhi tingkat efisiensi dan kinerja anggota sesuai dengan pernyataan Atmosudirjo tahun 1982 yang menyatakan bahwa penyediaan fasilitas dan sarana

merupakan subfungsi yang mempunyai arti penting untuk efisiensi dan meningkatkan kinerja anggota (Retnoningsih, 2005).

Oleh karena itu penulis beranggapan sangat wajar jika Dinas Kesehatan Provinsi Sumatera Barat mempertimbangkan untuk memberikan sarana dan fasilitas khusus untuk pelaksanaan program ini agar memudahkan dalam pelaksanaan sehingga keefektifan program dapat terlaksana.

B. PROSES

1. Perencanaan

Perencanaan menurut Level dan Loomba adalah suatu proses menganalisis dan memahami sistem yang dianut, merumuskan tujuan umum dan tujuan khusus yang ingin dicapai, memperkirakan segala kemampuan yang dimiliki, menguraikan segala kemungkinan yang dapat dilakukan untuk mencapai yang telah ditetapkan, menganalisis efektifitas dan berbagai kemungkinan yang terpilih, serta mengikatnya dalam suatu sistem pengawasan yang terus menerus sehingga dapat dicapai hubungan yang optimal antara rencana yang dihasilkan dengan sistem yang dianut (Azwar, 1996).

Berdasarkan wawancara mendalam kepada informan, terlihat bahwa perencanaan yang dilaksanakan di Seksi JPKM lebih didominasi oleh *bottom-up planning*, yakni perencanaan didasari oleh usulan dari tiap-tiap seksi yang di Dinas Kesehatan Provinsi Sumatera Barat. Khususnya pada Program Pembiayaan dan Jaminan Kesehatan dengan Sistem Jaminan Kesehatan Daerah (Jamkesda) dan Sistem Pelayanan Kedokteran Keluarga. Pada program Kepala Seksi JPKM memiliki peran yang sangat penting sebagai pembuat konsep untuk program ini. Hal ini juga sesuai dengan petunjuk perencanaan (Jukren) yang telah ditentukan oleh Depkes.

Dalam Jukren tersebut dijelaskan bahwa Seksi JPKM harus dapat mengembangkan kepesertaan JPK, untuk itu dibentuklah program inovasi untuk meningkatkan jumlah masyarakat yang memiliki jaminan kesehatan. Dengan *bottom-up planning* diharapkan dapat mempengaruhi tingkat keberhasilan pelaksanaan program karena apabila karyawan berpartisipasi dalam menentukan tujuan, lebih besar kemungkinan mereka akan mengendalikan aktifitas mereka sendiri untuk menjamin agar tujuan itu tercapai (Stoner, 1992).

Perencanaan yang baik harus memiliki beberapa ciri tertentu. Bertitik tolak dari pendapat yang dikemukakan oleh Le Breton dan Levey dan Loomba, terdapat beberapa ciri-ciri suatu rencana yang dapat disimpulkan sebagai berikut (Azwar, 1982) :

1. Sebuah rencana harus mempunyai tujuan yang jelas. Oleh karena itu setiap pekerjaan perencanaan haruslah dimulai dengan menetapkan dahulu tujuan apa yang ingin dicapai, baik tujuan umumnya (*goal*) ataupun tujuan khususnya (*objective*).
2. Sebuah rencana harus mengandung uraian yang lengkap tentang segala aktivitas yang akan dilaksanakan, yang dibedakan pula atas aktivitas pokok serta aktivitas tambahan. Aktivitas-aktivitas ini, harus sesuai dengan tujuan yang ingin dicapai mempunyai hubungan antara satu dengan yang lainnya dan disusun berdasarkan urgensi dan waktu pelaksanaannya.
3. Sebuah rencana harus menguraikan pula jangka waktu pelaksanaan setiap aktifitas ataupun keseluruhan aktivitas yang akan dilaksanakan. Suatu rencana yang baik, hendaknya berorientasi pada masa depan, bukan sebaliknya.

4. Sebuah rencana harus pula menguraikan macam organisasi yang dipandang tepat untuk melaksanakan aktivitas-aktivitas yang telah disusun. Dalam organisasi tersebut, harus dijelaskan pula pembagian tugas dari masing-masing bagian atau individu. Jadi sifat spesifikasinya harus terjamin artinya setiap individu tahu apa yang menjadi tanggungjawabnya, dan untuk apa hal tersebut dilaksanakan.
5. Sebuah rencana harus mencantumkan pula segala hal yang dipandang perlu untuk melaksanakan aktivitas-aktivitas yang telah disusun, yang meliputi macam tenaga pelaksana, besarnya dana, dan sumber dana yang diperkirakan. Jadi sebuah rencana harus masuk akal dan disusun atas perkiraan yang seobjektifnya.
6. Sebuah rencana harus mempertimbangkan segala faktor yang mempengaruhi atau diperkirakan mempengaruhi rencana tersebut, sehingga jadi jelas apakah rencana tersebut dapat dilaksanakan atau tidak. Jadi suatu rencana harus memiliki sifat kekompleksan yang menyangkut berbagai aspek yang ada dalam masyarakat.
7. Sebuah rencana harus dibuat berdasarkan pedoman pada sistem yang dimiliki dan orientasi penyusunannya pada keseluruhan sistem tersebut bukan pada individu masing-masing. Jadi suatu rencana harus merupakan pekerjaan manajemen, yang jelas kaitannya dengan unsur-unsur lainnya yang terdapat dalam sistem tersebut.
8. Sebuah rencana harus memiliki unsur fleksibilitas, artinya sesuai dengan situasi dan kondisi yang dihadapi, sedemikian rupa sehingga pemanfaatan

sumber dan tata cara dapat diatur dengan baik dalam rangka mencapai tujuan yang telah ditetapkan.

9. Sebuah rencana harus mencantumkan dengan jelas standar yang dipakai untuk mengukur keberhasilan ataupun kegagalan. Jadi suatu rencana menguraikan pula mekanisme control yang akan dipergunakan.
10. Suatu rencana harus mempunyai ciri-ciri terus-menerus artinya hasil yang diperoleh dari perencanaan yang dilakukan dapat dipakai sebagai pedoman perencanaan selanjutnya. Jadi suatu rencana haruslah merupakan suatu proses.

Dari uraian ciri-ciri perencanaan diatas, Program Pembiayaan dan Jaminan Kesehatan dengan Sistem Jaminan Kesehatan Daerah (Jamkesda) dan Sistem Pelayanan Kedokteran Keluarga memiliki satu ciri-ciri yang belum terpenuhi, yakni perkiraan faktor-faktor yang menghambat. Perkiraan faktor penghambat dan penunjang diperlukan oleh suatu perencanaan agar pelaksana program dapat mempersiapkan segala sesuatu agar dapat meminimalisir faktor penghambat dan meningkatkan faktor penunjang, sehingga pelaksanaan program dapat berjalan sesuai perencanaan. Sedangkan Ciri-ciri perencanaan lainnya telah dimiliki oleh Program Pembiayaan dan Jaminan Kesehatan dengan Sistem Jaminan Kesehatan Daerah (Jamkesda) dan Sistem Pelayanan Kedokteran Keluarga ini. Hal ini terdapat pada Peraturan Gubernur No. 40 dan No. 41 tahun 2007 yang telah mencantumkan tujuan program, uraian kegiatan, jangka waktu pelaksanaan, tenaga pelaksana dan wewenang, kegiatan penunjang, pendanaan, sistem kepesertaan, indikator keberhasilan serta tatalaksana program.

Dengan adanya perencanaan yang baik, maka akan menghindari kemungkinan terjadinya duplikasi, bentrokan ataupun penghambura dan penyiayaan dari setiap program kerja ataupun aktivitas yang dilakukan. Jadi pemanfaatan dari sumber dan tata cara yang dipunyai dapat diatur secara lebih efisien dan lebih efektif (Azwar, 1982).

Menurut George R. Terry (1986) ada enam macam jenis rencana manajemen yaitu : prosedur, metode, standar, anggaran, program dan faktor teknis. Berikut ini akan dibahas enam jenis rencana yang telah dilakukan dalam Program Pembiayaan dan Jaminan Kesehatan dengan Sistem Jaminan Kesehatan Daerah (Jamkesda) dan Sistem Pelayanan Kedokteran Keluarga di Dinas Kesehatan Provinsi Sumatera Barat.

a. Perencanaan Prosedur

Sebagai program baru, pelaksanaannya membutuhkan dukungan Pemerintah Daerah Provinsi. Apalagi program ini membutuhkan peran serta masyarakat dengan ikut berpartisipasi membayar premi. Untuk itu Dinas Kesehatan Provinsi Sumatera Barat mencari dukungan Pemerintah Provinsi. Dengan Seksi JPKM sebagai pembuat konsep awal dan pemberi usulan-usulan serta dengan beberapa kali pertemuan maka dibentuklah suatu Peraturan Gubernur No. 40 tahun 2007 mengenai penyelenggaraan Program Pembiayaan dan Jaminan Kesehatan dengan Sistem Jaminan Kesehatan Daerah (Jamkesda) dan Sistem Pelayanan Kedokteran Keluarga dan Peraturan Gubernur No. 41 tahun 2007 mengenai pedoman pelaksanaan Program Pembiayaan dan Jaminan Kesehatan dengan Sistem Jaminan Kesehatan Daerah (Jamkesda) dan Sistem Pelayanan Kedokteran Keluarga. Diharapkan dengan adanya peraturan tersebut, Pemerintah Provinsi lebih memiliki kekuatan untuk melaksanakan fungsi

sesuai kewenangan Provinsi sesuai PP No. 38 tahun 2007 mengenai pembagian urusan, pemerintah pusat, Provinsi, Kabupaten/Kota, sebagai berikut :

- a. Pengelolaan, penyelenggaraan, bimbingan, pengendalian Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Skala Provinsi.
- b. Bimbingan dan pengendalian Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Nasional (Tugas Peantuan).

Dalam pembuatan Peraturan Gubernur ini diperlukan beberapa kali pertemuan guna menyusun dan mendiskusikan mengenai pelaksanaan Program Pembiayaan dan Jaminan Kesehatan dengan Sistem Jaminan Kesehatan Daerah (Jamkesda) dan Sistem Pelayanan Kedokteran Keluarga. Pertemuan ini melibatkan beberapa pihak luar, sebagaimana tercantum pada Peraturan Gubernur ini. Keterlibatan pihak luar diharapkan dapat membantu mensukseskan dan mengontrol pelaksanaan program ini.

Dengan pernyataan diatas, peneliti dapat menyimpulkan bahwa program ini telah memiliki prosedur yang tertuang dalam Peraturan Gubernur No. 40 tahun 2007 dan No. 1 tahun 2007. Dalam kedua peraturan tersebut telah tertulis seluruh kriteria sasaran, tujuan yang ingin dicapai, manfaat yang didapatkan sehingga telah memberikan arah yang jelas. Sesuai dengan pernyataan George R. Terry (1986) yakni sebuah prosedur harus memiliki stabilitas dalam arti ia harus memberikan kemantapan arah yang ditetapkan, dimana hanya dibuat perubahan-perubahan apabila timbul perubahan fundamental pada sasaran atau pada faktor yang mempengaruhi pelaksanaan prosedur tersebut.

b. Perencanaan Metode

Metode merupakan suatu cara yang ditetapkan untuk melaksanakan suatu patokan atau tugas tertentu dengan cukup memperhatikan sasaran, fasilitas-fasilitas yang tersedia dan pengeluaran total berupa waktu, uang serta usaha. Usaha untuk memperbaiki metode pelaksanaan pekerjaan yang direncanakan biasanya dinyatakan dengan penyederhanaan pekerjaan dengan prinsip mempercepat pekerjaan dengan melaksanakan tugas berturut-turut secara simultan (Terry, 1986).

Berdasarkan pengamatan peneliti, Seksi JPKM telah memiliki perencanaan metode dalam melaksanakan kegiatan penunjang yang berhubungan dengan pelaksanaan program. Hal ini terlihat dari kegiatan seksi JPKM yang memperlihatkan upaya/metode yang dilakukan untuk mensukseskan pelaksanaan program dengan melaksanakan beberapa pelatihan. Beberapa diantaranya adalah pelatihan dokter keluarga dan pelatihan Bapim JPKM.

c. Perencanaan Standar

Standart merupakan suatu kesatuan pengukuran yang ditetapkan sebagai suatu patokan atau tingkat referensi. Penetapan standart biasanya menggunakan salah satu diantara sumber berikut yaitu pengalaman masa lampau, penilaian, metode ilmiah (Terry, 1986). Perencanaan standar yang terlihat pada pelaksanaan Program Pembiayaan dan Jaminan Kesehatan dengan Sistem Jaminan Kesehatan Daerah (Jamkesda) dan Sistem Pelayanan Kedokteran Keluarga ini menggunakan top-down karena sesuai dengan standar nasional. Program yang dikategorikan sebagai JPK murni ini telah memiliki target pencapaian tahun 2007 sebesar 50%. Penetapan standar ini bersumber dari metode ilmiah karena telah ditetapkan secara bertahap hingga tahun 2010 oleh Departemen Kesehatan. Menurut peneliti, dengan penetapan

target pencapaian program tersebut dapat memotivasi dan membantu pihak Dinas Kesehatan Provinsi dalam membuat perencanaan dan metode Top-down tersebut bertujuan agar perkembangan dari program di daerah akan sejalan dengan di tingkat nasional.

d. Perencanaan Anggaran

Anggaran merupakan sebuah rencana untuk pendapatan atau pengeluaran yang menyangkut uang, personil, barang-barang yang dibeli, barang-barang penjualan, ataupun entitas lain mengenai soal pihak manajer menganggap bahwa penetapan tindakan yang akan dilakukan pada masa yang akan datang akan membantu usaha-usaha manajerial (Terry, 1986).

Penganggaran didapatkan berdasarkan usulan Kepala Seksi JPKM, kemudian diolah oleh bagian Bina Program dengan mempertimbangkan kebutuhan dari seluruh Sub bina yang di Dinas Kesehatan Provinsi Sumatera Barat. Kemudian diajukan kepada Kepala Dinas dan Pemerintah Provinsi dan Pusat. Setelah itu barulah didapatkan seberapa besar alokasi dana pada tiap kegiatan yang telah disetujui oleh Pemerintah Provinsi dan Pusat. Penganggaran “dari-bawah-ke-atas” ini banyak manfaatnya bagi suatu organisasi. Para supervisor dan kepala bagian tingkat bawah secara pribadi dapat mengetahui lebih banyak tentang kebutuhan-kebutuhan mereka daripada para manajer puncak, disamping itu mereka juga dapat lebih banyak menyarankan rincian yang lebih realistis untuk mendukung usul-usul mereka (Stonner, 1986). Selain itu penganggaran seperti ini juga akan mempengaruhi kinerja kerja petugas, karena tingkat kepuasan mereka menjadi lebih besar. Seperti yang diungkapkan oleh (Stoner, 1986) Semangat kerja serta kepuasan biasanya lebih

tinggi apabila individu turut serta secara aktif dalam mengambil keputusan yang mengenai diri sendiri.

Namun, menurut peneliti alokasi dana yang telah ditetapkan dalam tiap kegiatan tersebut, dirasa kurang efektif, karena dilihat dari realisasi dana, ada beberapa kegiatan yang dananya tidak terealisasi hingga 50%. Hal ini bisa diakibatkan oleh perbedaan persepsi mengenai kebutuhan. Oleh karena itu ada baiknya jika pengalokasian dana lebih bersifat fleksible, sehingga Kepala Seksi memiliki kewenangan dalam mendistribusikan dana kepada kegiatan yang lebih dibutuhkan dalam pelaksanaan program. Dengan begitu, diharapkan dana yang telah dialokasikan dapat terealisasi seutuhnya.

e. **Perencanaan Program**

Program merupakan sebuah rencana komprehensif yang meliputi penggunaan macam-macam sumber daya untuk masa yang akan datang dalam bentuk sebuah pola yang terintegrasi dan yang menetapkan suatu urutan tindakan yang perlu dilaksanakan serta *schedule* waktu untuk masing-masing tindakan tersebut dalam rangka usaha mencapai sasaran yang ditetapkan.

Berdasarkan wawancara mendalam kepada informan, program Pembiayaan dan Jaminan Kesehatan dengan Sistem Jaminan Kesehatan Daerah (Jamkesda) dan Sistem Pelayanan Kedokteran Keluarga ini adalah program inovasi dari Pemerintah Provinsi Sumatera Barat dalam mengatasi permasalahan banyaknya keluarga mendekati miskin yang tidak masuk kuota JPKMM/Askeskin yang menggunakan SKTM dan upaya agar dapat meningkatkan jumlah peserta yang memiliki jaminan kesehatan. Perencanaan program ini dilakukan oleh Kepala Seksi JPKM sebagai pembuat konsep awal dan pemberi usulan program ini. Kemudian didukung oleh

Kepala Dinas Kesehatan Provinsi dan Pemerintah Provinsi. Sebagai wujud dari dukungan Pemerintah Provinsi maka ditetapkanlah sebuah Peraturan Gubernur. Peneliti berpendapat perencanaan program pada program ini telah sesuai dengan ketentuan dan aturan yang berlaku.

f. Perencanaan Faktor Teknis

Salah satu jenis rencana yang relatif baru adalah diterapkannya *approach* teknik terhadap suatu faktor tertentu seperti misalnya waktu, biaya, ataupun arus bahan (Terry, 1986). Perencanaan teknis pada program Pembiayaan dan Jaminan Kesehatan dengan Sistem Jaminan Kesehatan Daerah (Jamkesda) dan Sistem Pelayanan Kedokteran Keluarga ini diberikan sepenuhnya oleh Seksi JPKM. Sebagai pembuat perencanaan teknis Kepala Seksi JPKM telah melakukan tugasnya dengan membuat *plan of action* (POA) atau jadwal kegiatan Seksi JPKM, didalamnya terdapat waktu pelaksanaan, biaya dan sasaran dari kegiatan. Dengan adanya POA ini diharapkan pelaksanaan kegiatan dapat sesuai dengan jadwal yang telah ditentukan.

2. Pengorganisasian

Berdasarkan struktur organisasi, Program Pembiayaan dan Jaminan Kesehatan dengan Sistem Jaminan Kesehatan Daerah (Jamkesda) dan Sistem Pelayanan Kedokteran Keluarga terdapat di Seksi Jaminan pemeliharaan Kesehatan Masyarakat (JPKM) dibawah Sub Bina Promosi Kesehatan dan Sumber Daya Kesehatan yang bertanggung jawab langsung ke Kepala Dinas Kesehatan Provinsi Sumatera Barat. Seperti yang telah dijelaskan sebelumnya, Seksi JPKM memiliki lima orang petugas pelaksana, namun menuju akhir tahun dua diantara petugas tersebut tidak menjadi petugas di Seksi JPKM lagi. Dengan begitu Seksi JPKM

hanya memiliki tiga orang petugas termasuk Kepala Seksi JPKM. Dengan perubahan jumlah petugas belum terlihat adanya penyesuaian dari *job description* yang dimiliki oleh Seksi JPKM. Dengan begitu terjadi tumpang tindih (*double job*) dalam pekerjaan, karena satu petugas harus melaksanakan sekurang-kurangnya pekerjaan untuk dua orang. Hal ini akan menimbulkan beban kerja terhadap setiap petugas. Beban kerja ini akan mempengaruhi kinerja setiap petugas, karena petugas tidak melaksanakan pekerjaan sesuai tugasnya masing-masing. Padahal menurut Prawirasentono (1999) kinerja adalah hasil yang dicapai oleh seseorang dan tanggung jawab masing-masing dalam rangka upaya mencapai tujuan organisasi yang bersangkutan.

Pada dasarnya mengorganisir adalah suatu proses pembagian kerja. Kerja dapat dibagi secara garis mendatar dan garis tegak (Terry, 1991). Berdasarkan wawancara mendalam dengan informan, peneliti menyimpulkan bahwa pembagian kerja pada petugas pelaksana program ini tidak menganut cara vertikal maupun horizontal. Karena informan mengaku sering melakukan pekerjaan yang bukan termasuk Tupoksinya, begitu juga dengan para staf yang sering sekali tidak memiliki inisiatif dalam melakukan pekerjaan, sehingga tidak jarang harus diingatkan terlebih dahulu oleh Kepala Seksi JPKM. Seharusnya, jika informan melakukan pembagian kerja secara vertikal, informan memiliki kekuasaan untuk menetapkan tugas/pekerjaan yang harus dilakukan oleh setiap stafnya, dengan begitu akan memudahkan arus komunikasi dalam seksi tersebut. Sesuai dengan pernyataan Terry (1991), yaitu pembagian kerja vertikal memudahkan arus komunikasi dalam organisasi. Sebaliknya jika para staf mampu membagi kerja secara horizontal, mereka akan saling bekerjasama, berinisiatif dalam melaksanakan tugas dan

bertanggungjawab agar dapat mencapai tujuan program, dengan kata lain mereka tidak akan saling melempar tanggung jawab. Pembagian kerja secara horizontal memiliki keunggulan sebagai berikut (Terry, 1991) :

1. Lebih sedikit kecakapan diperlukan seseorang.
2. Lebih mudah untuk memperinci kecakapan-kecakapan yang diperlukan untuk penyaringan atau tujuan latihan.
3. Mengulangi atau mempraktekkan kerja yang sama mengembangkan kemahiran.
4. Penggunaan kecakapan-kecakapan secara efisien terutama sekali dengan menggunakan kecakapan-kecakapan terbaik setiap pekerja.
5. Kemampuan untuk beroperasi bersama-sama.
6. Lebih banyak terdapat keseragaman dalam produksi akhir, jika setiap potong selalu diproduksi oleh orang yang sama.

Pembagian kerja yang tidak sesuai dengan *job description* ini bisa disebabkan oleh keterbatasan jumlah petugas, sehingga memaksa Kepala Seksi JPKM untuk menyelesaikan tugas yang seharusnya dilaksanakan oleh staf. Di lain pihak dengan meningkatnya jumlah beban pekerjaan pada para staf menyebabkan mereka menjadi kurang bertanggungjawab terhadap pekerjaan masing-masing. Peneliti berpendapat, jika masalah keterbatasan petugas pelaksana program ini dapat teratasi, maka Seksi JPKM dapat melaksanakan pembagian kerja dengan baik dan sesuai dengan koridor masing-masing petugas. Selain itu beban kerja juga akan berkurang dan akan meningkatkan kinerja petugas pelaksana.

Dalam pengorganisasian terdapat beberapa unsur pokok yang perlu dipahami.

Unsur-unsur pokok yang dimaksud dapat dibedakan atas tiga macam (Azwar, 1996) :

1. Hal yang diorganisasikan

Sebenarnya hal-hal yang perlu diorganisasikan dari suatu rencana banyak macamnya. Disesuaikan dengan pengertian pengorganisasian sebagaimana dikemukakan diatas yang terpenting diantaranya hanya dua macam saja, yakni :

a. Kegiatan

Pengorganisasian kegiatan yang dimaksud disini ialah pengaturan berbagai kegiatan yang ada dalam rencana sedemikian rupa sehingga terbentuk suatu kesatuan yang terpadu, yang secara keseluruhan diarahkan untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan (Azwar, 1996). Berdasarkan pernyataan informan, dapat peneliti simpulkan perencanaan kegiatan untuk Program Pembiayaan dan Jaminan Kesehatan dengan Sistem Jaminan Kesehatan Daerah (Jamkesda) dan Sistem Pelayanan Kedokteran Keluarga ini telah direncanakan sesuai dengan ketentuan yang berlaku. Dalam petunjuk teknis, yakni Peraturan Gubernur no. 41 tahun 2007 telah dijelaskan mengenai pedoman pelaksanaan program. Disana telah tertulis kegiatan penunjang untuk program yang terdiri dari pelayanan kesehatan tidak langsung dan pelaksanaan pengawasan. Pelayanan kesehatan tidak langsung terdiri dari sosialisasi dan penyuluhan program, koordinasi pelaksanaan dan pembinaan program, administrasi kartu peserta dan pelayanan tidak langsung lainnya. Sedangkan pelaksanaan pengawasan meliputi pengawasan yang dilakukan Provinsi dan Kabupaten/Kota. Semua kegiatan tersebut dalam rangka menunjang pelayanan kesehatan langsung yang tersedia pada Program Pembiayaan dan Jaminan Kesehatan dengan Sistem Jaminan Kesehatan Daerah (Jamkesda) dan Sistem Pelayanan Kedokteran Keluarga.

b. Tenaga Pelaksana

Pengorganisasian tenaga pelaksana yang dimaksudkan di sini mencakup pengaturan struktur organisasi, susunan personalia serta hak dan wewenang dari setiap tenaga pelaksana, sedemikian rupa sehingga setiap kegiatan ada penanggungjawabnya (Azwar, 1996). Berdasarkan wawancara terhadap informan, peneliti berkesimpulan bahwa Dinas Kesehatan Provinsi Sumatera Barat telah menjelaskan susunan personalia serta hak dan wewenang dari setiap tenaga pelaksana. Terlihat dalam Peraturan Gubernur No. 41 tahun 2007, yang telah menuliskan Tim Pembina dan Tim Teknis lengkap dengan nama anggota dan wewenangnya. Namun, Seksi JPKM sebagai pelaksana teknis masih menggunakan *job description* untuk lima petugas, hal ini memperlihatkan bahwa uraian kegiatan masih belum *ter-update* dengan baik. Padahal pengamatan ini dilaksanakan pada Bulan Februari tahun 2008. Seharusnya jika tidak ingin menimbulkan masalah baru, seorang pemimpin harus tanggap dengan perubahan kondisi. Sehingga tidak menghambat kinerja petugas lainnya.

2. Proses Pengorganisasian

Proses yang dimaksudkan disini adalah yang menyangkut pelaksanaan langkah-langkah yang harus dilakukan sedemikian rupa sehingga semua kegiatan yang akan dilaksanakan serta tenaga pelaksana yang dibutuhkan, mendapat pengaturan yang sebaik-baiknya, serta setiap kegiatan yang akan dilaksanakan tersebut memiliki penanggungjawab pelaksanaannya (Azwar, 1996). Berdasarkan pernyataan informan pembagian wewenang hanya berdasarkan kemauan individu, dengan arti lain jika seseorang petugas memiliki waktu dan kemampuan dalam melaksanakan tugas tersebut maka petugas tersebut akan melakukannya. Begitu juga

dengan perencanaan pelaksanaan kegiatan. Oleh karena itu proses pengorganisasian menjadi tidak sesuai, karena adanya masalah keterbatasan pelaksanaan. Untuk itu dibutuhkan prosedur yang jelas mengenai pembagian petugas pelaksana sehingga tidak menimbulkan masalah dalam pengorganisasian.

3. Hasil Pengorganisasian

Hasil dari pekerjaan pengorganisasian adalah terbentuklah suatu wadah yang pada dasarnya merupakan perpaduan antara kegiatan yang akan dilaksanakan serta tenaga pelaksana yang dibutuhkan untuk melaksanakan kegiatan tersebut (Azwar, 1996). Dengan proses pengorganisasian yang tidak sesuai, maka akan berdampak kepada hasil penelitian. Dapat disimpulkan pengorganisasian tidak dapat diharapkan menjadi suatu upaya dalam meningkatkan kinerja karena permasalahan keterbatasan petugas pelaksana di Seksi JPKM.

3. Penggerakkan

Penggerakkan itu meliputi mengarahkan, mempengaruhi, dan memotivasi karyawan untuk melaksanakan tugas yang penting (Stonner, 1996). Penggerakkan juga merupakan usaha untuk menggerakkan anggota kelompok sedemikian rupa hingga mereka berkeinginan, berusaha untuk mencapai sasaran perusahaan yang bersangkutan dan sasaran anggota-anggota perusahaan tersebut (Terry, 1986).

Dalam suatu organisasi dibutuhkan upaya dari seorang pemimpin untuk mengarahkan bawahannya, pengarahan ini dibutuhkan sebagai faktor penggerak dari karyawan itu sendiri. Berdasarkan pernyataan informan, untuk pelaksanaan program Seksi JPKM telah mengupayakan peningkatan pemahaman para petugas/staf. Peningkatan pemahaman dilakukan dengan melakukan berbagai macam pelatihan, baik untuk petugas Provinsi maupun petugas Kabupaten/Kota. Menurut peneliti,

upaya peningkatan pemahaman ini merupakan upaya yang cukup efektif jika dilaksanakan dengan seoptimal mungkin. Sesuai pernyataan Notoatmojo (1997) pelatihan adalah salah satu bentuk proses pendidikan, dengan melalui pelatihan sasaran belajar akan memperoleh pengalaman yang akhirnya akan menimbulkan perbaikan perilaku mereka. Pelatihan sebagai suatu cara dalam meningkatkan pengetahuan dan keterampilan petugas. Dengan pemahaman dan pengetahuan yang cukup diharapkan seluruh petugas pelaksana dapat melakukan tugas mereka masing-masing dengan benar. Dari pengalaman dan penelitian terbukti bahwa perilaku yang didasari oleh pengetahuan akan lebih langgeng daripada perilaku yang tidak didasari oleh pengetahuan. Penelitian Rogers (1974) mengungkapkan bahwa sebelum orang mengadopsi perilaku baru, didalam diri orang tersebut terjadi proses yang berurutan, yakni (Notoatmojo, 2003) :

1. *Awareness* (kesadaran), yakni orang tersebut menyadari dalam arti mengetahui stimulus terlebih dahulu.
2. *Interest*, yakni orang mulai tertarik kepada stimulus.
3. *Evaluation* (menimbang-nimbang baik dan tidaknya stimulus tersebut bagi dirinya).
4. *Trial*, orang telah mulai mencoba perilaku baru.
5. *Adoption*, subjek telah berperilaku baru sesuai dengan pengetahuan, kesadaran dan sikapnya terhadap stimulus.

Berdasarkan pernyataan informan dapat disimpulkan juga bahwa petugas pelaksana telah disediakan petunjuk teknis, yang terdapat di Peraturan Gubernur No. 40 dan No. 41 tahun 2007. Informan menyatakan bahwa penjelasan yang terdapat dalam Peraturan Gubernur tersebut telah mencakup seluruh aspek dan Peraturan

Gubernur ini telah dimiliki oleh seluruh petugas pelaksana. Diharapkan dengan petunjuk teknis tersebut petugas pelaksana akan lebih terarah dalam melaksanakan pekerjaannya.

Pekerjaan pelaksanaan dan atau aktuasi bukanlah merupakan pekerjaan yang mudah, karena dalam melaksanakan suatu rencana terkandung berbagai aktivitas yang bukan saja satu sama lain berhubungan, tetapi juga bersifat kompleks dan majemuk. Kesemua aktivitas ini harus dipadukan sedemikian rupa sehingga tujuan yang telah ditetapkan dapat dicapai dengan memuaskan (Azwar, 1996).

Memadukan berbagai aktivitas yang seperti ini dan apalagi menugaskan semua orang yang terlibat dalam organisasi untuk melaksanakan aktivitas yang dimaksud, memerlukan suatu keterampilan khusus. Tugas seorang administrator dan ataupun manajer, pada dasarnya adalah melakukan upaya sedemikian rupa sehingga dapat memotivasi bawahan untuk secara bertanggungjawab melaksanakan berbagai aktivitas yang telah disusun (Azwar, 1996). Untuk memotivasi bawahan diperlukan kepemimpinan yang mampu mengarahkan, mengawasi sehingga perencanaan yang telah ditetapkan dapat terlaksana dengan baik.

A. Motivasi

Motivasi adalah keinginan yang terdapat pada seseorang individu yang merangsangnya untuk melakukan tindakan-tindakan. Faktor terpenting yang mempengaruhi motivasi adalah kebutuhan pribadi, tujuan atau persepsi orang atau kelompok yang bersangkutan, cara untuk merealisasikan kebutuhan serta tujuan tersebut (Terry, 1986).

Berdasarkan pernyataan informan, dalam pelaksanaan Program Pembiayaan dan Jaminan Kesehatan dengan Sistem Jaminan Kesehatan Daerah (Jamkesda) dan

Sistem Pelayanan Kedokteran Keluarga ini belum memfasilitasi petugas pelaksana dengan tambahan insentif dan bentuk motivasi lainnya. Salah satu informan mengaku motivasi yang dimiliki hanya berupa tanggung jawab terhadap pekerjaan.

Motivasi yang dimiliki oleh informan tersebut didasari oleh rasa kebutuhan yang dimiliki oleh setiap manusia. Teori mengenai kebutuhan ini dapat dijelaskan melalui Teori kebutuhan mengenai motivasi serta piramida yang menunjukkan hierarki kebutuhan dari Maslow (Stoner, 1996). Suatu kesimpulan yang jelas dari teori Maslow adalah kebutuhan karyawan yang pertama adalah upah yang cukup untuk membeli makanan, tempat berteduh, dan melindungi mereka dan keluarga secara memuaskan, disamping lingkungan kerja yang aman. Kemudian kebutuhan akan keamanan harus dipenuhi-jaminan adanya pekerjaan, bebas dari ancaman hukuman dan tindakan sewenang-wenang, serta peraturan yang ditentukan dengan jelas. Kemudian manajer dapat menawarkan insentif yang didesain untuk memberikan harga diri, rasa memiliki, atau kesempatan yang berkembang kepada karyawan (Maslow, 1983).

Munurut peneliti, wajar saja jika seseorang ingin mendapatkan penghargaan lebih dari hasil kerja mereka. Oleh karena itu seorang pemimpin harus memiliki seni dalam memotivasi bawahan. Jika terdapat keterbatasan dana sehingga menyulitkan untuk memberikan tambahan insentif, maka pemimpin harus bisa mengakali dengan pemberian penghargaan berupa hal lain. Terkadang, tidak jarang ditemukan seorang pemimpin yang tidak pernah memberikan pujian atau dukungan moril terhadap bawahannya. Seharusnya dengan dukungan moril sebagai umpan balik dari seorang atasan, seseorang akan merasa dirinya dibutuhkan. Berdasarkan pernyataan Gibson (1982) dengan adanya supervisi dan umpan balik dari pimpinan menjadi motivasi

untuk meningkatkan kerjanya (Retnoningsih, 2005). Peneliti berpendapat Dinas Kesehatan Provinsi Sumatera Barat Seharusnya lebih dapat memotivasi para petugas, sehingga petugas tidak merasa terlalu individu, dan memiliki beban kerja yang cukup tinggi. Oleh karena itu kepemimpinan juga mempengaruhi suatu pergerakan.

B. Kepemimpinan

Kepemimpinan Menurut Paul Hersay dan Ken Blanchard adalah suatu proses yang mempengaruhi aktivitas seseorang atau sekelompok orang untuk mencapai suatu tujuan yang telah ditetapkan dalam suatu situasi tertentu. Kepemimpinan akan muncul apabila ada seseorang yang karena sifat-sifat dan perilaku yang dimilikinya mempunyai kemampuan untuk mendorong orang lain guna berfikir, bersikap dan ataupun berbuat sesuai dengan yang diinginkan (Azwar, 1996).

Berdasarkan pernyataan informan dapat peneliti simpulkan bahwa Kepala Seksi JPKM selalu mengambil keputusan sendiri. Hal ini menunjukkan bahwa Kepala Seksi JPKM memiliki gaya kepemimpinan autokratis. Pada gaya kepemimpinan autokratis ini segala keputusan berada di tangan pemimpin. Pendapat atau kritik dari bawahan tidak pernah dibenarkan (Azwar, 1996). Jika ditinjau dengan teori Mc Gregor maka gaya kepemimpinan seperti ini termasuk Teori X. Ciri-ciri gaya kepemimpinan tipe X adalah sebagai berikut (Azwar, 1996) :

- Pada umumnya para anggota organisasi menolak dan tidak memiliki kemampuan melaksanakan tugas yang diberikan kepadanya serta cenderung lebih mementingkan diri sendiri.
- Pada umumnya para anggota organisasi bersifat agresif, suka melanggar ketentuan serta mudah berselisih.

- Agar tujuan organisasi dapat tercapai maka anggota tersebut harus dipimpin, diarahkan serta diawasi dengan ketat.

Kepala Seksi JPKM menganut gaya kepemimpinan seperti ini dapat dipicu oleh masalah yang terdapat pada sumber daya manusia yang dimilikinya. Staf yang terdapat di Seksi JPKM hanya berjumlah tiga orang, sedangkan *job description* yang dimiliki oleh Seksi ini masih diperuntukkan kepada lima orang terdahulu. Untuk itu tugas yang dimiliki oleh petugas terdahulu harus dilimpahkan kepada petugas yang ada. Pelimpahan tugas ini menimbulkan beban kerja terhadap petugas yang ada. Beban kerja tersebut akhirnya mempengaruhi kinerja kerja. Dengan kondisi seperti itu, petugas akan menjadi sering menolak dan tidak memiliki kemampuan melaksanakan tugas yang diberikan kepadanya serta cenderung lebih mementingkan diri sendiri. Selain itu petugas akan lebih suka melanggar ketentuan serta mudah berselisih. Oleh karena itu diperlukan seorang pemimpin yang mampu mengambil keputusan dan mengarahkan dengan ketat. Namun, dengan gaya kepemimpinan seperti ini, peneliti berpendapat bahwa petugas atau para staf akan semakin tidak bisa mengembangkan diri dan tidak bisa meningkatkan pemahaman mereka terhadap pekerjaan mereka masing-masing. Seharusnya pemimpin dapat memotivasi petugasnya sehingga jika petugas/staf tidak merasa mampu, pemimpin berusaha untuk membekali dan mendampingi sehingga petugas/staf dapat melaksanakan pekerjaannya masing-masing dengan didasari tanggung jawab, bukan hanya karena disuruh atasan.

4. Pengawasan

Pengawasan manajemen menurut Robert J. Mockler adalah suatu upaya yang sistematis untuk menetapkan standar prestasi dengan sasaran perencanaan,

merancang sistem umpan balik informasi, membandingkan prestasi sesungguhnya dengan standar yang terlebih dahulu ditetapkan itu, menentukan apakah ada penyimpangan dan mengukur signifikan penyimpangan tersebut, dan mengambil tindakan perbaikan yang diperlukan untuk menjamin bahwa semua sumberdaya perusahaan tengah digunakan sedapat mungkin dengan cara yang paling efektif dan efisien guna tercapainya sasaran perusahaan (Stonner, 1986).

Berdasarkan pernyataan informan, pengawasan di Seksi JPKM Provinsi Sumatera Barat masih mengalami kendala. Seharusnya setiap Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota dapat mengirimkan laporan pelaksanaan JPKM setiap tiga bulan sekali. Namun, dilihat dari hasil evaluasi program hanya satu diantara 19 Kab/Kota yang mau mengirimkan hasil laporannya. Rendahnya kedisiplinan dan kesadaran petugas Kabupaten/Kota dinilai sebagai pemicu permasalahan ini. Padahal jika ingin mengetahui keberhasilan program, upaya yang dapat dilakukan adalah dengan melakukan pemantauan dan evaluasi. Indikator keberhasilan program JPKM dilihat melalui pemantauan dan evaluasi (Depkes, 1997), seperti berikut :

1. Pemantauan

Kegiatan pemantauan dilakukan secara berkala, misalnya bulanan, triwulan, atau semesteran. Dapat dilakukan melalui sistem pencatatan dan pelaporan, forum komunikasi ataupun supervise. Tujuan pemantauan agar dapat melakukan review dan mengetahui perkembangan ataupun permasalahan dalam penyelenggaraan kegiatan apakah telah sesuai dengan perencanaan.

2. Evaluasi

Kegiatan evaluasi dilakukan secara berkala dapat dilakukan dengan penelitian atau survey untuk mengukur perubahan perilaku masing-masing pelaku apakah sudah sesuai dengan tujuan yang akan dicapai.

Menurut peneliti Dinas Kesehatan Provinsi harus memiliki tindak lanjut yang jelas, jika masalah pengiriman laporan ini masih belum teratasi. Dinkes Provinsi harus memberikan sanksi yang jelas terhadap Kab/Kota yang menyalahi aturan yang telah ditetapkan. Laporan Tahunan yang diberikan oleh Kabupaten/Kota sangat penting sekali sebagai upaya untuk mengetahui tingkat keberhasilan pelaksanaan program. Peneliti juga dapat menyimpulkan jika terjadi penyimpangan pelaksanaan, Provinsi tidak memiliki kekuasaan apapun untuk menindaknya. Untuk itu diperlukan suatu peraturan yang memiliki ikatan hukum seperti Peraturan Daerah. Dari pernyataan informan telah disebutkan bahwa Dinas Kesehatan Provinsi Sumatera Barat telah mulai untuk merencanakan pembuatan Peraturan Daerah, namun masih mengalami kendala dalam merancanginya karena belum memiliki pengalaman dalam pembuatannya.

Oleh karena itu Peneliti berpendapat tidak ada salahnya Kepala Dinas Kesehatan Provinsi Sumatera Barat lebih memperjuangkan untuk merancang Peraturan Daerah, sehingga program inovasi seperti Program Pembiayaan dan Jaminan Kesehatan dengan Sistem Jaminan Kesehatan Daerah (Jamkesda) dan Sistem Pelayanan Kedokteran Keluarga ini tidak hanya menghasilkan rancangan saja, tetapi juga diikuti oleh implementasi yang jelas sehingga tercapai semua tujuan yang diharapkan.

C. OUTPUT

Pelaksanaan Program Pembiayaan dan Jaminan Kesehatan dengan Sistem Jaminan Kesehatan Daerah (Jamkesda) dan Sistem Pelayanan Kedokteran Keluarga di Dinas Kesehatan Provinsi Sumatera Barat belum mencapai target yang diinginkan. Terlihat dari jumlah realisasi dana yang telah dialokasikan Pemerintah Provinsi untuk bantuan/subsidi premi program masih sangat rendah. Dari dana yang telah dialokasikan oleh APBD untuk subsidi premi program hanya 41,72% atau kira-kira sebesar Rp 3.772.560.000 dari Rp 9.041.520.000,- yang dapat direalisasikan atau dari 19 Kabupaten/Kota yang menjadi sasaran hanya 7 Kabupaten/Kota yang bersedia untuk merealisasikan dana tersebut. Sesuai penjelasan pada variabel sebelumnya, rendahnya tingkat realisasi dana tersebut dapat dipengaruhi oleh berbagai penyebab, seperti :

1. Peraturan Gubernur sebagai pedoman pelaksanaan Program Pembiayaan dan Jaminan Kesehatan dengan Sistem Jaminan Kesehatan Daerah (Jamkesda) dan Sistem Pelayanan Kedokteran Keluarganya baru diputuskan pada pertengahan tahun 2007. Oleh karena itu waktu pelaksanaan program menjadi lebih terbatas.
2. Pencairan dana untuk pelaksanaan program baru dapat dicairkan pada Bulan Mei, sehingga menimbulkan keterlambatan pelaksanaan program, termasuk kegiatan penunjang.
3. Tenaga pelaksana program masih sangat terbatas. Dengan begitu, pelaksanaan program akan meningkatkan beban kerja para petugas.
4. Pelaksanaan program belum memiliki sarana khusus sehingga pelaksanaan program harus dilaksanakan dengan menggunakan inventaris yang dimiliki

oleh Seksi JPKM. Hal itu akan memperlambat proses pekerjaan dan berdampak pada kinerja program.

5. Keterbatasan tenaga pelaksana menyebabkan kesulitan dalam pembagian wewenang, karena erat sekali dengan *double job* dan pelimpahan tanggungjawab kepada orang lain secara sepihak.
6. Rendahnya motivasi dan gaya kepemimpinan autokrat juga mempengaruhi kinerja para petugas, karena akan menyebabkan kurang berkembangnya para staf, menurunkan kesadaran kerja dan tanggung jawab kerja.
7. Pengawasan yang masih buruk akan mempengaruhi jalannya pelaksanaan program, karena kurangnya pemantauan, pengevaluasian dalam pelaksanaan program.

Menurut peneliti, jika ketujuh penyebab rendahnya realisasi dana tersebut dapat ditanggulangi, maka akan berdampak baik terhadap permasalahan dalam pelaksanaan program ini.