



## EVALUASI KEBIJAKAN JAMINAN KESEHATAN MASYARAKAT DI RUMAH SAKIT UMUM DAERAH DR. RUBINI KABUPATEN PONTIANAK

**Septiana Dwiputrianti**  
Dosen STIA LAN Bandung  
e-mail: tiana.dwi@gmail.com

**Bambang Wahyudi**  
Badan Perencanaan Pembangunan Daerah Kabupaten Pontianak  
e-mail: bambangwahyudi99@ymail.com

### Abstrak

Jamkesmas merupakan program nasional untuk melayani masyarakat miskin dalam hal kesehatan. Permasalahan penelitian evaluasi kebijakan jaminan kesehatan masyarakat di Rumah Sakit Umum Daerah dr. Rubini Kabupaten Pontianak mengalami kendala yaitu kouta Jamkesmas belum memenuhi seluruh masyarakat miskin, kurangnya fasilitas kesehatan dan kurangnya tenaga kesehatan. Tujuan penelitian bagaimana evaluasi kebijakan jaminan kesehatan masyarakat di Rumah Sakit Umum Daerah dr. Rubini Kabupaten Pontianak. Indikator tujuan penelitian adalah efektifitas, efisiensi, kecukupan, perataan dan responsivitas jaminan kesehatan masyarakat. Penelitian ini menggunakan metode deskripsi kualitatif. Teknik dan instrumen pengumpulan data wawancara mendalam dengan semi terstruktur, observasi dan studi dokumentasi. Prosedur pengolahan dan analisis data peneliti menggunakan data *reduction*, *data display* dan *conclusion drawing/verifivation*. Hasil penelitian tentang evaluasi kebijakan jaminan kesehatan masyarakat di Rumah Sakit Umum Daerah dr. Rubini Kabupaten Pontianak yaitu efektifitas evaluasi kebijakan jamkesmas kebijakan belum semua warga tidak mampu menerima akses pelayanan kesehatan dan Efisiensi anggaran jamkesmasda ke BPJS belum maksimal karena biaya unit perjiwa meningkat dan belum menimalisir kuota jamkesmasda ke BPJS.

**Kata Kunci:** Kebijakan, jaminan kesehatan, Rumah Sakit Umum Daerah Rubini Kab. Pontianak.

### *Community Health Insurance Policy Evaluation at Dr. Rubini General Hospital in Pontianak District*

#### Abstract

*Jamkesmas is a national program to serve the poor in health services. The problem of this research was that dr. Rubini General Hospital in Pontianak District could not serve all the poor through Jamkesmasda. It also encountered the lack of health facilities and health workers. This research aimed to evaluate the Community Health Protection Scheme at dr. Rubini General Hospital in Pontianak District. The aspects to be investigated in this research covered the effectiveness, efficiency, adequacy, equality and responsiveness of the community health protection scheme. This research employed a descriptive, qualitative method. The data were collected through semi-structured interviews, observations and documentary reviews. Then, the researcher processed and analyzed the data through the stages data reduction, data display and conclusion drawing/verification. The research results showed that in term of effectiveness, the policy was not able to cover all poor and near-poor people to access the health services and In term of efficiency, the budget for the program could not cover the increasing number recipients and the local quota had yet to be synchronized with that of BPJS.*

**Keywords:** Policy, health insurance, dr. Rubini General Hospital in Pontianak District.

#### A. LATAR BELAKANG

Undang-Undang Nomor 40 tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) merupakan salah satu komitmen pemerintah dalam pembangunan kesehatan di Indonesia. Departemen Kesehatan mengeluarkan kebijakan program jaminan kesehatan masyarakat miskin sebagai wujud pemenuhan hak rakyat atas

kesehatan tersebut. Pelaksanaan kebijakan Jamkesmas dituangkan dalam Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 125/Menkes/SK/II/2008 tentang Pedoman Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan Masyarakat. Program Jamkesmas dilaksanakan sejak tahun 2008 berdasarkan Pasal 28 ayat 1 dituangkan dalam Undang-Undang Dasar Republik Indonesia menyatakan bahwa "Setiap orang

berhak hidup sejahtera lahir dan batin, bertempat tinggal dan mendapatkan lingkungan hidup yang baik dan sehat serta berhak memperoleh pelayanan kesehatan. Berdasarkan Pasal 34 ayat 3 Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia dinyatakan bahwa "Negara bertanggung jawab atas penyediaan fasilitas pelayanan kesehatan dan fasilitas pelayanan umum yang layak". Pemerintah menyediakan jaminan kesehatan yang diatur dalam Peraturan Menteri Kesehatan Nomor HK.02.02/Menkes/905/1/2010 tentang penyelenggaraan jaminan kesehatan Pasal 1 yang berbunyi Jaminan Kesehatan Kabupaten/Kota adalah suatu penyelenggaraan berskala kabupaten/kota yang pembiayaan, kepesertaan, pemeliharaan kesehatan, badan penyelenggara dan pengorganisasiannya oleh pemerintah kabupaten/kota.

Pemerintah Daerah Kabupaten Pontianak dalam mendukung program jamkesmas sharing dana antara pusat dan daerah dalam rangka peningkatan jaminan kesehatan masyarakat miskin secara keseluruhan. Pemerintah Daerah mengeluarkan Peraturan Bupati Nomor 68 tahun 2008 tentang Pedoman Pelaksanaan Program Jamkesmas tujuannya pemerataan pelayanan kesehatan masyarakat miskin di daerah sebagai penerima pelayanan kesehatan

untuk mendukung program pemerintah pusat. Kabupaten Pontianak memiliki 14 puskesmas melakukan pelayanan kesehatan melalui Askes, Jampersal, Jamkesmas berobat di rumah sakit, puskesmas dalam meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan. Jumlah penduduk Kabupaten Pontianak tahun 2013 sebanyak 294.693 jiwa, jumlah penduduk miskin sebanyak 110.092 jiwa. Tahun 2014 jumlah penduduk sebanyak 298.284 jiwa, dengan jumlah penduduk miskin sebanyak 110.092 dan 111.054 jiwa. Banyaknya masyarakat miskin ini pemerintah harus lebih menggalakan program tentang pengentasan kemiskinan dalam mengatasi kemiskinan. Pemerintah pusat dan daerah memprioritaskan program pendidikan gratis, kesehatan gratis dan kesejahteraan masyarakat. Maka pemerintah menggalakan program kesehatan gratis untuk meringankan penduduk yang tidak mampu untuk berobat. Oleh karena itu, pemerintah menyiapkan anggaran jaminan kesehatan masyarakat miskin dalam rangka membantu masyarakat yang sakit untuk berobat secara gratis. Selanjutnya dibawah ini akan menampilkan jumlah penduduk miskin, kuota jamkesmas dan belum tertampung kuota jamkesmas di Kabupaten Pontianak adalah sebagai berikut:

**Tabel 1. Jumlah Penduduk Miskin, Kuota Jamkesmas dan Belum Tertampung Kuota Jamkesmas**

Tahun	Jumlah Penduduk Miskin	Kuota Jamkesmas	Belum Tertampung Kuota Jamkesmas
2013	110.092	84.683	25.409
2014	111.054	84.683	25.409

Sumber/Source: RSUD Rubini Kabupaten Pontianak, 2014.

Dari tabel diatas terlihat jelas tahun 2013 dan tahun 2014 jumlah penduduk miskin berjumlah 110.092 jiwa dan 111.054 jiwa. Sedangkan kuota Jamkesmas 84.683 jiwa dan sisa belum tertampung jamkesmas tahun 2013 dan 2014 sebanyak 25.409 jiwa. Ini yang menjadi salah satu masalah yang diatasi karena masih ada yang belum menerima Jamkesmas karena kita ketahui sulit bagi masyarakat tidak mampu untuk mengakses pelayanan kesehatan di rumah sakit dan puskesmas terdekat.

Kabupaten Pontianak memiliki 1 rumah sakit daerah yaitu bernama Rumah Sakit Umum Daerah Rubini dengan ruangan jamkesmas 24 ruangan. Tahun 2013 jumlah pasien sebanyak

21.303, dan tahun 2014 jumlah pasien sampai bulan september sebanyak 18.555 pasien ini dikhawatirkan membludaknya pasien akan berpengaruh keterbatasan ruangan jamkesmas. Fasilitas kesehatan Kabupaten Pontianak masih sangat terbatas hanya kecamatan Siantan dan Sui Pinyuh yang memberikan pelayanan rawat inap sedangkan kecamatan lainnya belum memberikan pelayanan rawat inap dan hanya memberikan rawat jalan. Sekarang ini masih banyak masyarakat miskin belum terdata karena belum mendaftarkan diri di RSUD dr. Rubini sehingga kepadanya tidak berlaku kartu jamkesmas.

Jumlah tenaga kesehatan di Kabupaten Pontianak tahun 2013 masih sangat terbatas

perlu adanya penambahan tenaga kesehatan untuk mempermudah pelayanan kesehatan di Kabupaten Pontianak. Untuk tenaga kesehatan tertinggi adalah paramedic lainnya sebanyak 184 orang, bidan 17 orang, dokter spesialis 11 orang, dokter umum 8 orang, dan terendah adalah dokter gigi sebanyak 2 orang. Tetapi

sering terjadi keluhan masih terbatasnya dokter spesialis dan dokter umum di RSUD Kabupaten Pontianak. Secara komprehensif dibawah ini akan menjelaskan disparitas permasalahan di Rumah Sakit Umum Daerah dr. Rubini di Kabupaten Pontianak adalah sebagai berikut:

**Tabel 2. Disparitas Perbandingan Bidang Kesehatan di Kabupaten Pontianak**

No.	Fenomena	Kondisi Permasalahan yang terjadi saat ini	Kondisi yang diharapkan Pemerintah Daerah
1	Terbatasnya kouta Jamkesmas di Kabupaten Pontianak	Tahun 2013 dan 2014 Jumlah Penduduk Miskin 110.092 dan 111.054 jiwa, kouta jamkesmas 84.683 jiwa dan sisa belum tertampung sebanyak 25.409 jiwa	Meningkatkan akses dan mutu pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin dan tidak mampu agar tercapai derajat kesehatan yang optimal secara efektif dan efisien
2	Kurangnya fasilitas kesehatan di RSUD Kabupaten Pontianak	Tahun 2014 fasilitas yang disediakan ruang jamkesmas 24 dan pasien rawat inap sebanyak 18.555 pasien.	Meningkatkan sarana dan prasarana RSUD dr. Rubini Kabupaten Pontianak
3	Kurangnya tenaga kesehatan di Kabupaten Pontianak	Kurangnya tenaga kesehatan seperti Dokter Spesialis, Dokter Umum di Kabupaten Pontianak	Peningkatan kualitas dan kuantitas tenaga kesehatan di Kabupaten Pontianak

Sumber: Diolah Peneliti, 2014.

Dengan adanya disparitas bidang kesehatan antara kondisi saat sekarang dan kondisi yang diharapkan pemerintah daerah menjadi dasar untuk mengevaluasi dan mengatasi fenomena berdasarkan alternatif, kriteria evaluasi kebijakan jamkesmas yang dilakukan para pengambil kebijakan tujuannya untuk meningkatkan akses dan mutu pelayanan kesehatan bagi masyarakat tidak mampu agar tercapai derajat kesehatan yang optimal secara efektif dan efisien di Rumah Sakit Umum Daerah dr. Rubini Kabupaten Pontianak.

### 1. Fokus Penelitian

Fokus pada penelitian ini adalah bagaimana evaluasi kebijakan jaminan kesehatan masyarakat di Rumah Sakit Umum Daerah dr. Rubini Kabupaten Pontianak?

### 2. Tujuan Penelitian

Tujuan penelitian ini adalah:

- Untuk mengetahui apakah efektifitas evaluasi kebijakan jaminan kesehatan masyarakat sudah mencapai yang diharapkan di Kabupaten Pontianak.
- Untuk mengetahui apakah anggaran sudah efisien dalam mencapai efektifitas jaminan

kesehatan masyarakat di Kabupaten Pontianak.

- Untuk mengetahui apakah kecukupan anggaran, sumberdaya manusia dan fasilitas jaminan kesehatan masyarakat sudah memadai di Kabupaten Pontianak.
- Untuk mengetahui apakah distribusi jaminan kesehatan masyarakat sudah merata di Kabupaten Pontianak.
- Untuk mengetahui bagaimana daya dukung (*responsivitas*) pemerintah daerah dalam fasilitas kesehatan di Kabupaten Pontianak.

### 3. Manfaat Penelitian

- Secara teoritis diharapkan bisa memberikan kontribusi berupa evaluasi kebijakan pelayanan kesehatan yang bermanfaat bagi biaya penyelenggaraan pemerintahan dan pembangunan di era otonomi daerah secara efektif, efisien, kapabel dan akuntabel.
- Secara praktis diharapkan akan mampu menjadi acuan dalam penerapan pelayanan petugas kesehatan atas keluhan pasien/masyarakat.

## B. LANDASAN TEORITIS

Kebijakan (*policy*) adalah *an authoritative decision. Decision made by the one who hold the authority, formal or informal.* (keputusan yang dibuat oleh orang yang memegang otoritas, formal atau informal). Publik adalah sekelompok orang yang terikat dengan suatu isu tertentu. Kebijakan publik adalah setiap keputusan yang dibuat oleh negara, sebagai strategi untuk merealisasikan tujuan dari negara. Kebijakan publik adalah strategi untuk mengantar masyarakat pada masa awal, memasuki masa transisi untuk menuju masyarakat yang dicita-citakan. Kebijakan yang mengatur kehidupan bersama atau kehidupan publik dan bukan mengatur kehidupan orang seorang atau golongan. Kebijakan publik mengatur semua yang ada, tempat lembaga administrator publik mempunyai domain. Menurut Nugroho (2011:145) kebijakan publik adalah “Hal-hal yang diputuskan pemerintah untuk dikerjakan atau dibiarkan”.

Kebijakan publik sangat penting mengatur kehidupan seluruh kegiatan pemerintahan baik itu individu maupun kelompok berdasarkan aturan yang berlaku. Kebijakan publik lebih melibatkan semua sector baik berupa formulasi, implementasi dan evaluasi kebijakan. Kebijakan publik ini berisi pasal perpasal untuk mengatur kegiatan pemerintahan agar memberikan manfaat kepada seluruh masyarakat.

Dalam evaluasi kebijakan publik banyak hal yang harus dinilai baik itu keberhasilan dan kegagalan suatu kebijakan. Ini dinilai bagaimana menyelesaikan masalah dengan memberikan rekomendasi kebijakan yang ditetapkan dalam peraturan. Dengan melakukan penilaian yang ada sehingga bisa menentukan kriteria kebijakan baik secara internal maupun eksternal untuk menentukan kebijakan yang unggul dan berkualitas. Menurut Parsons (1997:545) *policy evaluation is:*

*“The objective, systematic, empirical, examination of the effect ongoing policies and public programmes have on their targets in terms of the goals they are meant to achieve”.* (Tujuan, sistematis, empiris, pemeriksaan efek kebijakan

yang sedang berlangsung dan program publik terhadap target mereka dalam hal mencapai tujuan yang diinginkan).

Menurut Nawawi (2007:166) kendala evaluasi kebijakan adalah sebagai berikut:

1. Kendala psikologis, banyak aparat masih alergi terhadap kegiatan evaluasi karena dipandang berkaitan dengan prestasi dirinya. Hasil evaluasi menunjukkan kurang baik, bisa jadi akan menghambat karir mereka. Sehingga banyak aparat memandang kegiatan evaluasi hanya dipahami sebagai kegiatan tambahan yang boleh dilakukan atau tidak.
2. Kendala ekonomis, kegiatan evaluasi membutuhkan biaya yang tidak sedikit seperti biaya untuk pengumpulan dan pengolahan data, biaya untuk para staf administrasi dan biaya untuk para evaluator. Proses evaluasi akan mengalami hambatan apabila tanpa dukungan *financial*.
3. Kendala teknis, *evaluator* sering dihadapkan pada masalah tidak cukup data informasi yang *up to date*. Data yang ada kualitasnya kurang baik, karena *supply* data hanya dipandang sebagai pekerjaan rutin dan formalitas tanpa memperhitungkan substansinya.
4. Kendala politis, evaluasi sering terbentur dan bahkan gagal karena politis. Masing-masing kelompok bisa jadi saling menutupi kelemahan dari implementasi suatu program dikarenakan ada deal atau bargaining politik.
5. Kurang tersedianya evaluator, lembaga pemerintah kurang tersedia sumber daya manusia yang memiliki kompetensi melakukan evaluasi. Disebabkan belum tercipta budaya evaluasi, sehingga pemerintah tidak memiliki program yang memiliki kompetensi di bidang evaluasi.

### 1. Model *Dunn* Evaluasi Kebijakan

Dibawah ini akan menampilkan model menurut *Dunn* tentang tipe evaluasi kebijakan sehingga kebijakan lebih unggul dan berkualitas yaitu:

Tabel 3. Tipe Evaluasi Model William Dunn

Tipe kriteria	Pertanyaan	Ilustrasi
Efektifitas	Apakah hasil yang diinginkan telah dicapai?	Unit pelayanan
Efisiensi	Seberapa banyak usaha diperlukan untuk mencapai hasil yang diinginkan	Unit biaya, Manfaat bersih, Rasio Cost benefit
Kecukupan	Seberapa jauh pencapaian hasil yang diinginkan memecahkan masalah?	Biaya tetap. Efektifitas tetap
Perataan	Apakah biaya manfaat didistribusikan dengan merata kepada kelompok-kelompok yang berbeda	Kriteria Pareto, Kriteria Kaidor Hicks, Kriteria Rawls
Responsivitas	Apakah hasil kebijakan memuaskan kebutuhan, preferensi atau nilai kelompok-kelompok tertentu?	Konsisten dengan survei warga negara
Ketepatan	Apakah hasil (tujuan) yang diinginkan benar-benar berguna atau bernilai	Program publik harus merata dan efisien

Sumber/source: Riant Nugroho (2011:671)

Efektifitas (*effectiveness*) berkenaan dengan apakah suatu alternatif mencapai hasil (akibat) yang diharapkan atau mencapai tujuan dari diadakannya tindakan. Efektifitas yang secara dekat berhubungan dengan rasionalitas teknis, selalu diukur dari unit produk atau layanan atau nilai moneter. Kebijakan kesehatan yang efektif adalah kebijakan penyediaan pelayanan kesehatan yang lebih bermutu dengan asumsi bahwa kualitas pelayanan kesehatan adalah hasil yang bernilai (tujuan).

Efisiensi (*efficiency*) berkenaan dengan jumlah usaha yang diperlukan untuk menghasilkan tingkat efektifitas tertentu. Efisiensi yang merupakan sinonim dari rasionalitas ekonomi adalah merupakan hubungan antara efektifitas dan usaha yang terakhir umumnya diukur dari ongkos moneter. Efisiensi biaya ditentukan melalui perhitungan biaya per unit produk atau layanan. Kebijakan yang mencapai efektifitas tertinggi dengan biaya terkecil dinamakan efisiensi.

Kecukupan (*adequacy*) berkenaan dengan seberapa jauh suatu tingkat efektifitas memuaskan kebutuhan, nilai atau kesempatan yang menumbuhkan adanya masalah. Kriteria kecukupan menekankan pada kuatnya hubungan antara *alternatif* kebijakan dan hasil yang diharapkan. Kriteria kecukupan berkenaan dengan empat tipe masalah yaitu:

a. Masalah tipe 1. Masalah dalam tipe ini meliputi ongkos tetap dan efektifitas yang berubah. Jika pengeluaran maksimum dapat diterima menghasilkan biaya tetap tujuannya adalah memaksimalkan

efektifitas pada batas risorsis yang tersedia. Misalnya dengan anggaran tetap untuk satu dari dua program, analisis kebijakan kesehatan akan merekomendasikan *alternatif* yang menghasilkan perbaikan terbesar pada kualitas pelayanan kesehatan di masyarakat. Tanggapan untuk masalah tipe pertama disebut analisis biaya-sama (*equal-cost-analysis*), karena analisis membandingkan alternatif efektifitas yang berubah tetapi biayanya tetap. Kebijakan yang paling memadai adalah yang dapat memaksimalkan pencapaian tujuan dengan biaya tetap yang sama.

b. Masalah tipe 2. Masalah pada tipe ini menyangkut efektifitas yang sama dan biaya yang berubah. Tingkat hasil yang sama tujuannya adalah meminimalkan biaya. Masalahnya bagaimana mengidentifikasi sejumlah alternatif yang mencapai tujuan tetap dengan biaya terendah. Jawaban masalah ini adalah analisis efektifitas sama (*equal-effectiveness analysis*), karena analisis membandingkan beberapa *alternatif* dengan biaya yang berubah tetapi efektifitasnya tetap. Kebijakan yang paling memadai adalah yang dapat meminimalkan biaya dalam mencapai tingkat efektifitas yang tepat.

c. Masalah tipe 3. Masalah tipe ini menyangkut biaya yang berubah dan efektifitas yang berubah. Misalnya, pilihan anggaran optimal untuk memaksimalkan pencapaian tujuan instansi adalah masalah tipe 3. Jawaban masalah ini disebut analisis biaya berubah-efektifitas berubah

(*variable cost-variable effectiveness analysis*) karena biaya dan efektivitas dapat berbeda. Kebijakan yang paling memadai adalah yang dapat memaksimalkan rasio efektivitas terhadap biaya.

- d. Masalah tipe 4. Masalah ini mengandung biaya sama dan juga efektivitas tetap. Masalah ini menuntut analisis biaya sama efektivitas tetap sulit dipecahkan. Analisis tidak hanya dibatasi oleh persyaratan agar biaya tidak melebihi tingkat tertentu tetapi juga dibatasi oleh kendala bahwa alternatif harus mencapai tingkat efektivitas yang telah ditentukan. Misalnya, jika fasilitas transportasi publik harus melayani minimal 100.000 orang per tahun, sementara biaya telah dibatasi pada tingkat yang tidak realistis, maka setiap alternatif kebijakan haruslah memuaskan dua kendala atau menolaknya. Satu-satunya alternatif yang tersedia barangkali adalah tidak melakukan sesuatu pun.

Kriteria kesamaan (*equity*) erat berhubungan dengan rasionalitas legal dan social dan menunjuk pada distribusi akibat dan usaha antara kelompok-kelompok yang berbeda dalam masyarakat. Kebijakan berorientasi pada pemerataan adalah kebijakan yang akibatnya atau unit pelayanan atau usaha secara adil didistribusikan. Kebijakan yang dirancang untuk mendistribusikan pendapatan, kesempatan pendidikan atau pelayanan publik kadang-kadang direkomendasikan atas dasar kriteria kesamaan. Satu program mungkin dapat efektif, efisien dan mencukupi, misalnya rasio biaya-laba unggul dibanding program-program lain namun mungkin ditolak karena menghasilkan distribusi biaya dan manfaat yang tidak merata. Hal ini terjadi dibebearapa kondisi. Mereka yang membutuhkan tidak menerima pelayanan sesuai dengan jumlah mereka, mereka yang paling tidak mampu membayar dibebani bagian biaya yang tidak proporsional atau mereka yang paling menerima manfaat tidak membayar ongkos. Kriteria kesamaan erat berhubungan dengan konsepsi yang saling bersaing yaitu keadilan atau kewajaran dan terhadap konflik etis sekitar dasar yang memadai untuk mendistribusikan sumber dalam masyarakat. Tujuan secara eksplisit dari masyarakat secara keseluruhan analisis dapat secara nyata mencari cara untuk mengukur kesejahteraan social yaitu kepuasan agregat yang dialami oleh sejumlah komunitas.

Responsivitas (*responsiveness*) berkenaan dengan seberapa jauh suatu kebijakan dapat memuaskan kebutuhan, preferensi atau nilai-nilai kelompok-kelompok masyarakat. Kriteria responsivitas adalah karena analisis yang dapat memuaskan semua kriteria lainnya efektivitas, efisiensi, kecukupan, kesamaan masih gagal jika belum menanggapi kebutuhan aktual dari kelompok yang semestinya diuntungkan dari adanya suatu kebijakan. Program reaksi dapat menghasilkan distribusi fasilitas yang merata tetapi tidak responsive terhadap kebutuhan kelompok masyarakat tertentu. Kriteria responsivitas menanyakan pertanyaan praktis: apakah kriteria efektivitas, efisiensi, kecukupan dan kesamaan secara nyata mencerminkan kebutuhan, preferensi dan nilai dari kelompok tertentu.

Kriteria ketepatan (*appropriateness*) berhubungan dengan rasionalitas *substantive*, karena pertanyaan tentang ketepatan kebijakan tidak berkenaan dengan satuan kriteria individu tetapi dua atau lebih kriteria secara bersama-sama. Ketepatan merujuk pada nilai atau harga dari tujuan program dan kepada kuatnya asumsi yang melandasi tujuan-tujuan. Kriteria ketepatan mempertanyakan apakah tujuan tersebut tepat untuk suatu masyarakat. Untuk menjawab pertanyaan tersebut analisis dapat mempertimbangkan semua kriteria secara bersama-sama yaitu kriteria yang merefleksikan hubungan antar berbagai bentuk rasionalitas dan menerapkan kriteria yang memiliki tingkat abstraksi lebih tinggi (*metakriteria*) yang logis sebelum efektivitas, efisiensi, kecukupan, kesamaan dan responsivitas. Contohnya sebagai berikut:

- Keadilan dan efisiensi. Apakah keadilan pendistribusian program yang dirancang kepada pendapatan masyarakat kecil kurang efisien karena sebagian kecil masyarakat menerima.
- Keadilan dan keharusan. Apakah keadilan sebagai kesejahteraan paling minimum merupakan kriteria yang cukup layak seseorang menerima keuntungan tidak memperoleh dengan cara yang syah.
- Efisiensi, keadilan dan nilai-nilai kemanusiaan. Analisis dapat mempersoalkan kelayakan efisiensi atau keadilan ketika upaya untuk merasionalisasi pembuatan keputusan guna mencapai tujuan-tujuan ini merusak kondisi-kondisi yang

dibutuhkan untuk terjadinya emansipasi, individualisasi dan aktualisasi diri.

- d. Keadilan dan debat etika. Apakah keadilan distributive merupakan kriteria yang cukup layak ketika hal ini merupakan kesempatan untuk debat etika.

Penulis menjelaskan bahwa indikator yang digunakan Dunn sangat jelas dalam memberikan evaluasi kebijakan yang tepat. Karena ada enam penilaian yang harus dikonsepsi dalam penilaian aspek input sehingga efektifitasnya menilai hasil yang diharapkan bisa tercapai dengan memperhatikan peningkatan pelayanan. Dengan menggunakan efisiensi biaya yang relative rendah bagaimana mengatasi masalah menjadi lebih baik sehingga tidak terjadi pemborosan dan penyimpangan biaya. Dari aspek kecukupan dapat memenuhi semua yang diberikan kepada publik dengan adil dan merata. Dari aspek perataan harus didistribusikan kepada yang berhak menerima sehingga jelas dan bermanfaat bagi pengguna layanan publik. Dari aspek reponsivitas harus adanya daya tanggap yang baik untuk memberikan target yang diberikan tepat sasaran berbanding hasil yang diharapkan. Dan dari aspek kelayakan harus adanya uji publik dalam arti disosialisasikan bagaimana tanggapan dan dukungan masyarakat atas program yang diberikan pemerintah secara menyeluruh.

Penulis menggunakan Model Dunn dalam melakukan penelitian dan mengkaji tentang Jamkesmas di RSUD Kabupaten Pontianak sangat tepat banyak hal yang dilihat baik mengenai sarannya jamkesmada apakah sudah tepat, apakah pemerataan jamkesmas sudah terpenuhi, bagaimana respon yang dilakukan Pemerintah Daerah dalam mengkoordinasikan dengan SKPD terkait untuk memberikan akses pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin dan tidak mampu di Kabupaten Pontianak.

## 2. Jaminan Kesehatan dan Kemiskinan

Menurut Suharto (2009:3) perlindungan sosial adalah:

“Elemen penting dalam strategi kebijakan sosial untuk menurunkan tingkat kemiskinan serta memperkecil kesenjangan multidimensional. Dalam arti luas, perlindungan sosial mencakup seluruh tindakan, baik yang dilakukan oleh pemerintah, pihak swasta maupun masyarakat guna melindungi dan memenuhi kebutuhan dasar, terutama kelompok miskin dan rentan

dalam menghadapi kehidupan yang penuh dengan resiko serta meningkatkan status sosial dan hak kelompok marginal di setiap negara”.

Perlindungan sosial merupakan sarana penting untuk meringankan dampak kemiskinan dan kemelaratan yang dihadapi oleh kelompok miskin beserta anak-anak mereka. Namun demikian, perlindungan sosial bukan merupakan satu-satunya pendekatan strategi penanggulangan kemiskinan. Guna mencapai hasil yang efektif dan berkelanjutan, dalam pelaksanaannya strategi ini perlu dikombinasikan dengan pendekatan lain seperti penyediaan pelayanan sosial, pendidikan dan kesehatan secara terintegrasi dengan pembangunan dan pertumbuhan ekonomi.

Menurut Suharto (2009:59) asuransi sosial adalah:

“Jaminan yang hanya diberikan kepada para peserta sesuai dengan kontribusinya, yakni premi atau tabungan yang dibayarkannya. Asuransi kesehatan, kecelakaan kerja, pensiun dan kematian adalah beberapa bentuk asuransi sosial yang banyak diterapkan di berbagai Negara”.

Jaminan kesehatan merupakan system yang telah berdiri sejak lama dan sangat diperlukan oleh masyarakat. Jaminan kesehatan merupakan pendorong pembangunan dan strategi penting dalam penanggulangan kemiskinan. Jaminan kesehatan telah diakui sebagai satu strategi kebijakan sosial yang penting dalam menopang industri dan pertumbuhan ekonomi, bukan saja di negara-negara maju seperti Amerika Serikat dan Eropa Barat. Melainkan pula, di negara-negara industri baru seperti Singapura, Cina, India dan Brazil mulai menciptakan sistem asuransi kesehatan yang seragam dan terstandar. Akses terhadap perawatan kesehatan merupakan faktor penting bagi pembangunan ekonomi. Ini menjelaskan mengapa proporsi besar anggaran dalam strategi dalam strategi penanggulan kemiskinan diinvestasikan dalam bidang kesehatan. Kemiskinan sangat mahal harganya. Kemiskinan menghambat pembangunan ekonomi, menurunkan produktivitas dan memicu instabilitas dan konflik sosial. Sistem jaminan yang baik sangat menentukan pembangunan ekonomi yang berkelanjutan dan pembangunan ekonomi yang berkeadilan merupakan pra kondisi bagi keberhasilan sistem jaminan kesehatan. Sistem jaminan kesehatan di Indonesia pada intinya



menggabungkan pendekatan *market-driven* dan *state-controlled*.

### 3. Jamkesmas

Karena banyaknya masalah yang dialami program Askeskin, sejak tahun 2008 Askeskin diganti dengan program Jamkesmas (Jaminan Kesehatan Masyarakat). Pelaksanaan jamkesmas tidak jauh berbeda dengan Askeskin. Perbedaannya, dana jamkesmas tidak dipegang lagi oleh PT Askes yang kini sedang diaudit terkait dengan membengkaknya klaim Askes tahun 2007. Jamkesmas dilanjutkan tahun 2009 ini, karena terbukti meningkatkan akses rakyat miskin terhadap layanan kesehatan gratis. Program itu nantinya terintegrasi atau menjadi bagian dari SJSN yang bertujuan member perlindungan sosial dan kesehatan bagi seluruh lapisan masyarakat. Program jamkesmas akan terus dilanjutkan dan konsepnya akan terus disempurnakan agar lebih efektif, efisiensi, transparan dan bisa dipertanggungjawabkan.

Kelemahan utama jamkesmas adalah masih belum memiliki data akurat keluarga miskin, terutama gelandangan dan orang terlantar yang tidak memiliki KTP. Program jamkesmas belum sejalan dengan upaya pengendalian pertumbuhan jumlah penduduk, karena belum ada pembatasan jumlah anak yang ditanggung, terurama biaya persalinan. Program jamkesmas juga dinilai belum memperhatikan aspek promosi kesehatan. Tanpa promosi kesehatan dikhawatirkan rakyat miskin tidak berperilaku sehat.

Dari beberapa konsep dan teori di atas maka secara komprehensif dijelaskan Penulis menggunakan Model Dunn melihat efektifitas, efisiensi, kecukupan, pemerataan dan daya dukung dalam mengevaluasi kebijakan jaminan kesehatan masyarakat di Kabupaten Pontianak. Efektifitas (*Effectiveness*) Jamkesmasda apakah sudah tepat pada orangnya dan seluruhnya sudah bisa mengakses kesehatan, apakah fasilitas kesehatan sudah memadai dan dari sisi tenaga kesehatan apakah sudah memberikan pelayanan kesehatan dengan ramah dan cepat. Efisiensi (*Efficiency*) dilihat dari sisi anggaran apakah ini sudah efisien dengan jumlah penduduk miskin akan membengkaknya APBD dilihat biaya perjiwa mengalami peningkatan program jamkesmasda ke BPJS di Kabupaten Pontianak. Kecukupan (*Adequacy*) anggaran Jamkesmasda sudah memenuhi masyarakat tidak mampu di

Kabupaten Pontianak, apakah tenaga kesehatan di RSUD dr. Rubini Kabupaten Pontianak sudah memadai dalam meningkatkan pelayanan kesehatan program Jamkesmasda ke BPJS, apakah fasilitas kesehatan sudah dirasakan masyarakat tidak mampu baik di Rumah Sakit dan Puskesmas terdekat. Distribusi *equity* apakah sudah merata merasakan kesehatan gratis agar semuanya masyarakat tidak mampu bisa menerima kouta Jamkesmasda ke BPJS di Kabupaten Pontianak. Bagaimana dukungan (*Responsiveness*) Pemerintah Daerah sebagai fasilitasi kegiatan Jamkesmasda, bagaimana sosialisasi tentang Jamkesmasda ke BPJS dan menambah fasilitas yang kurang mengenai ruang kamar, penambahan puskesmas dan lain sebagainya di Kabupaten Pontianak.

Penulis berpendapat tujuan jamkesmas adalah meningkatkan cakupan masyarakat miskin dan tidak mampu yang mendapatkan pelayanan kesehatan, meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin dan tidak mampu dan terselenggaranya pengelolaan keuangan yang transparan dan akuntabel di Kabupaten Pontianak. Kouta yang ditetapkan Pemerintah Pusat belum bisa memenuhi yang tidak memiliki kartu jamkesmas sehingga Pemerintah Daerah harus tanggap dan cepat memberikan win-win solution dari keterbatasan kouta Jamkesmas di Kabupaten Pontianak. Peneliti menganalisa menggunakan Model Dunn untuk memberikan rekomendasi kebijakan jaminan kesehatan masyarakat daerah dalam menyelesaikan masalah yang terjadi di Kabupaten Pontianak.

### C. METODE

Secara garis besar metode penelitian yang akan digunakan adalah metode penelitian deskripsi kualitatif. Peneliti menetapkan metode ini karena lebih sesuai dengan permasalahan terbatasnya kouta jamkesmas yang belum sesuai dengan tujuan jamkesmas untuk meningkatkan akses dan mutu pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin dan tidak mampu. Adapun informan penelitian ini sebagai berikut:

1. Wakil Bupati Pontianak 1 berjumlah (satu) orang.
2. Sekretaris Daerah Kabupaten Pontianak berjumlah 1 (satu) orang.
3. Asisten II Bagian Kesra Kabupaten Pontianak berjumlah 1 (satu) orang.



4. Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Pontianak berjumlah 1 (satu) orang.
5. Direktur RSUD Rubini Kabupaten Pontianak berjumlah 1 orang.
6. Kepala Bidang Sosial Budaya Bappeda Kabupaten Pontianak berjumlah 1 (satu) orang.
7. Kasi Perlindungan dan Pemeliharaan Kesehatan Dinas Kesehatan Kabupaten Pontianak berjumlah 1 (satu) orang.
8. Kepala Layanan Operasional BPJS Kabupaten Pontianak berjumlah 1 (satu) orang.
9. Staf BPJS Kabupaten Pontianak berjumlah 1 (satu) orang.
10. Kasi Pelayanan Keperawatan RSUD dr. Rubini Kabupaten Pontianak berjumlah 1 (satu) orang.
11. Lurah Kabupaten Pontianak berjumlah 1 (satu) orang.
12. Kepala Desa Kabupaten Pontianak berjumlah 1 (satu) orang
13. RT Kabupaten Pontianak berjumlah 1 (satu) orang.
14. Masyarakat Penerima dan belum Menerima Jaminan Kesehatan Masyarakat Kabupaten Pontianak berjumlah 15 (lima belas) orang.

Pengumpulan data dalam penelitian ini dilakukan dengan wawancara semi terstruktur, observasi, dan studi dokumentasi. Untuk menguji keabsahan hasil penelitian menggunakan triangulasi sumber data. Prosedur pengolahan data yang digunakan mempedomani mekanisme analisis *interactive model* sebagaimana dalam Miles dan Huberman (Sugiyono, 2014:92) meliputi pengumpulan data, reduksi data, penyajian data, dan *conclusions drawing/verifying*.

#### D. HASIL PENELITIAN DAN ANALISIS

Berdasarkan Peraturan Daerah Nomor 18 Tahun 2010 tentang Rencana Pembangunan Jangka Menengah (RPJM) Pemerintah Kabupaten Pontianak periode 2009-2014 mengandung pernyataan visi, misi, dan program Kepala Daerah yang penyusunannya memperhatikan RPJM Nasional. Visi Kabupaten Pontianak adalah *"Terwujudnya Masyarakat Yang Berkualitas dan Sejahtera Tahun 2014"*. Makna yang terkandung dari visi tersebut diatas adalah Berkualitas, memberikan pengertian mewujudkan masyarakat yang sehat, cerdas,

beriman, bermoral dan berbudaya. Sejahtera, memberikan makna mewujudkan terpenuhinya kebutuhan hidup masyarakat yang layak, aman dan damai.

Untuk mewujudkan visi tersebut, ada 8 (delapan) misi pembangunan yang akan dilaksanakan, yaitu:

1. Meningkatkan keimanan dan ketaqwaan kepada Tuhan Yang Maha Esa serta kerukunan hidup beragama.
2. Meningkatkan kualitas derajat kesehatan masyarakat.
3. Meningkatkan kualitas sumber daya manusia dan pemberdayaan perempuan.
4. Meningkatkan kualitas pelayanan publik.
5. Meningkatkan perekonomian yang berorientasi pada masyarakat.
6. Meningkatkan kualitas dan kuantitas infrastruktur.
7. Meningkatkan peran pemuda, olah raga dan kebudayaan.
8. Menegakkan supremasi hukum dan HAM. Mewujudkan kepatuhan masyarakat terhadap hukum dan menegakkan HAM rangka menciptakan keamanan dan ketertiban.

Sesuai dengan Renstra (**RENSTRA**) Rumah Sakit Umum Rubini Kabupaten Pontianak Tahun 2009-2014, maka ditetapkanlah visi dan misi Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Pontianak adalah **"TERWUJUDNYA PELAYANAN RUMAH SAKIT YANG BERKUALITAS"**. Adapun makna yang terkandung didalam pernyataan Visi tersebut adalah Sesuai dengan kemampuan pasien, Sesuai dengan standar pelayanan minimal Rumah Sakit, Layanan Rumah Sakit memperhatikan kebutuhan, tuntutan dan harapan pasien, Layanan Rumah Sakit memperhatikan hak dan kewajiban pasien, Layanan Rumah sakit tertib, teratur, adil dan tidak membedakan status masyarakat, Layan Rumah Sakit menerapkan etika dan standar profesi. Misi Rumah Sakit Umum Daerah Rubini Kabupaten Pontianak adalah:

1. Meningkatkan kualitas pelayanan rumah sakit
2. Meningkatkan kualitas dan kualitas serta profesionalisme sumber daya manusia di rumah sakit
3. Meningkatkan sarana dan prasarana rumah sakit.

JAMKESMAS merupakan program nasional untuk melayani masyarakat miskin dalam hal kesehatan sehingga apabila keluarga atau individu yang termasuk kategori miskin dan memiliki kartu jamkesmas maka berhak untuk mendapatkan pelayanan kesehatan secara gratis mulai dari pendaftaran, pemeriksaan dokter, pengambilan obat, di rawat di kelas III pada rumah sakit negeri sampai dengan tindakan operasi. Di samping itu bagi masyarakat miskin di wilayah Kabupaten Pontianak yang mau berobat ke RSUD dr. Rubini Mempawah namun belum memiliki kartu Jamkesmas dapat mempergunakan melalui jamkesda. Bagi pasien jamkesda dapat melakukan pengobatan baik rawat jalan maupun rawat inap.

Tujuan pembangunan di bidang kesehatan adalah tercapainya hidup sehat bagi setiap penduduk agar dapat mewujudkan derajat kesehatan sebagai salah satu unsur kesejahteraan umum. Kesehatan adalah investasi yang mengandung makna bahwa kesehatan adalah kekayaan dan anugerah yang patut disyukuri, dijaga, dipelihara dan ditingkatkan kualitasnya. Pelayanan kesehatan merupakan hak dasar bagi warga Negara seperti halnya pendidikan sebagai upaya membangun sumberdaya manusia. Oleh karena itu, RSUD dr. Rubini Mempawah berusaha untuk mewujudkan masyarakat yang sehat dengan meningkatkan pelayanan rumah sakit yang berkualitas.

### **1. Efektifitas/Effectiveness Kebijakan Jaminan Kesehatan Masyarakat Daerah**

Kebijakan daerah dalam program jamkesmasda merupakan turunan dari kebijakan pemerintah pusat dalam meringankan masyarakat miskin atau tidak mampu di Kabupaten Pontianak. Undang-Undang No 32 tahun 2004 tentang otonomi daerah memberikan kewenangan penyelenggaraan pemerintahan daerah seperti kebijakan jamkesmasda/kartu sehat dalam rangka meningkatkan kesejahteraan masyarakat, meningkatkan pelayanan kesehatan dan meningkatkan daya saing daerah terutama dibidang kesehatan agar semua masyarakat bisa mengakses BPJS di Kabupaten Pontianak.

Program jamkesmasda ini menutupi kurangnya kouta jamkesmas dari Pusat sedangkan Jamkesmasda ditanggung oleh daerah dalam APBD Kabupaten Pontianak. Bupati melakukan koordinasi dan pengendalian jaminan kesehatan daerah di Kabupaten

Pontianak yang diatur dalam Keputusan Bupati Pontianak Nomor 257 tahun 2013 tentang tim koordinasi dan pengendalian jaminan kesehatan daerah. Kepala Daerah sebagai penanggungjawab tim koordinasi dan pengendalian jaminan kesehatan daerah yang melakukan evaluasi setahun sekali dibulan desember akhir tahun. Walaupun sudah melakukan kerjasama dengan PT. ASKES dan BPJS belum semua masyarakat tidak mampu merasakan akses pelayanan kesehatan dan mutu pelayanan di Kabupaten Pontianak. Perencanaan dan evaluasi anggaran dalam program jamkesmasda dilaksanakan setahun sekali apabila ada usulan tentang kekurangan anggaran akan ditampung di ABT (Anggaran Biaya Tambahan). Usulan tetap diterima dan tetap dikontrol kegiatan jamkesmasda ke BPJS Kabupaten Pontianak agar menyentuh sepenuhnya masyarakat tidak mampu.

Pemerintah Daerah sebelumnya bekerjasama dengan PT. ASKES dan sekarang kerjasama dengan BPJS Kabupaten Pontianak. Pemerintah daerah menetapkan iuran Jamkesmasda secara perorang sesuai dengan yang telah dianggarkan. Penerima kartu Jamkesmasda dari hasil pendataan dari kelurahan dan desa adalah masyarakat yang kurang mampu seperti sama persisnya menerima BLT akan menerima Jamkesmasda sesuai keterangan kelurahan dan desa yang bersangkutan. Kenyataan, tidak semua terdata dalam jamkesmasda sehingga masih banyak warga tidak mampu belum terdaftar sebagai peserta jamkesmas, jamkesmasda, BPJS dan malah sebaliknya ada masyarakat mampu yang ikut menikmati jamkesmas dan jamkesmasda di Kabupaten Pontianak. Sosialisasi tentang BPJS yang di fasilitasi Dinas Kesehatan hanya dilaksanakan sekali oleh BPJS yang diwakili oleh petugas puskesmas di Kabupaten Pontianak. Tetapi sosialisasi ini hanya membagi-bagikan kartu jamkesmas, sehingga masyarakat masih belum banyak mengetahui proses kepesertaan BPJS di Kabupaten Pontianak.

Kebijakan baru yang dikeluarkan Pemerintahan Jokowi dan Jusuf Kalla tentang Kartu Indonesia Sehat, membuat warga semakin sulit mengerti dan tidak memahami apa kriteria dan perbedaan antara BPJS dan KIS, sehingga nanti rumit melaksanakan dalam pelayanan kesehatan di rumah sakit dan puskesmas.



## 2. Efisiensi/Efficiency Anggaran Jaminan Kesehatan Masyarakat Daerah

Kebijakan yang dikeluarkan oleh Pemerintah Daerah yang diturunkan dari pemerintah pusat dari kerjasama dengan PT. ASKES dan BPJS melalui program Jamkesmasda adalah untuk menutupi kekurangan yang tidak tertampung di Jamkesmas. Oleh karena itu, program Jamkesmasda ditampung di APBD di Dinas Kesehatan Kabupaten Pontianak. Jamkesmasda ditampung didalam APBD Kabupaten Pontianak sedangkan Jamkesmas ditanggung oleh APBN Pemerintah Pusat. Dengan adanya anggaran Pusat dan Daerah belum bisa mengefisiensikan anggaran karena disebabkan biaya jiwa PBI Pusat dan Daerah mengalami peningkatan dari Rp 12.000 per jiwa menjadi Rp 19.225 per jiwa karena berbanding jumlah penduduk miskin sebanyak 110.029 jiwa.

Program Jamkesmasda atau berbentuk Kartu Sehat yang telah dianggarkan dalam APBD Kabupaten Pontianak di Dinas Kesehatan sesuai dengan kesepakatan PT. ASKES dan BPJS Pontianak. Oleh karena itu, harus dikelola sesuai prinsip pengelolaan keuangan daerah secara efisien, efektif dan transparansi. Maka, Pemerintah Daerah menyerahkan pelaksanaan teknisnyakepada Dinas Kesehatan dan RSUD sebagai pelayanan kesehatan serta melibatkan Lurah dan Desa dalam pendataan masyarakat tidak mampu agar yang menerima tepat orangnya dan jangan sampai ada masyarakat mampu yang masuk dalam pembuatan kartu Jamkesmas dan Jamkesmasda harus selektif dan terbuka. Fakta dilapangan anggaran tidak efisien karena biaya per jiwa meningkat dari Rp 12.000,- menjadi Rp 19.225,- dan kouta jamkesmasda masih tetap sebanyak 25.409 jiwa. Tetapi, semua penduduk miskin belum merasakan BPJS di Kabupaten Pontianak. Penyebabnya adalah belum semua terlibat dalam pendataan seperti lurah, desa dan RT setempat. Diharapkan jangan sampai ada masyarakat yang mampu juga menikmati Jamkesmas atau pun Jamkesmasda ini yang membuat pemborosan anggaran Kabupaten Pontianak.

RSUD dr. Rubini Mempawah sebagai tempat pelayanan kesehatan masyarakat dihimbau agar perawat yang melayani pasien harus berprinsip 3S (Senyum, Sapa dan Salam), supaya bekerja lebih ikhlas dan giat. Tetapi, permasalahan di rumah sakit masih terbatasnya anggaran karena belum bisa membeli alat

radiologi di RSUD Kabupaten Pontianak. Oleh karena itu, untuk meningkatkan kualitas pelayanan perlu anggaran yang cukup, tenaga kesehatan yang memadai dan alat-alat kesehatan harus lengkap untuk meningkatkan dari tipe C ke tipe B di RSUD Kabupaten Pontianak. Dalam pelayanan kesehatan baik pribadi dan ditanggung Pemerintah Daerah RSUD, selama ini belum ada laporan yang menjanggal hanya saja Pihak BPJS masih menumpang di RSUD Kabupaten Pontianak dan belum ada sosialisasi BPJS seperti iuran perbulan, kepersertaan dan alur pelayanan BPJS.

Anggaran jamkesmasda ini menutupi kekurangan kouta dari Jamkesmas Pusat karena setiap tahun anggaran Jamkesmasda akan bertambah tergantung iuran perbulan yang ditanggung Pemerintah Daerah bagi masyarakat tidak mampu secara merata sampai seluruh desa di Kabupaten Pontianak. Kecuali, Pemerintah Daerah memperkecil angka kemiskinan otomatis anggaran akan lebih efisiensi karena jumlah penduduk miskin masih banyak 110.092 jiwa. Pendataan dari poros bawah tidak diperankan seperti Lurah dan Desa yang mengetahui seluk beluk yang berhak menerima dan tidak menerima bantuan iuran penerima Jamkesmas/Jamkesmasda agar masyarakat tidak mampu di Kabupaten Pontianak bisa menikmati BPJS.

## 3. Kecukupan/Adequacy Anggaran, SDM, dan Fasilitas Jaminan Kesehatan Masyarakat Daerah

Peran Pemerintah Daerah berupa peningkatan sumberdaya manusia bagi aparatur yang melaksanakan sosialisasi kesehatan jamkesmas, jamkesmasda dan BPJS terutama Dinas Kesehatan dan RSUD. Selanjutnya, Dinas Kesehatan dan RSUD berperan dalam pelaksanaan lapangan untuk memperkenalkan prosedur kesehatan secara langsung sedangkan RSUD dan Puskesmas sebagai pelayanan dan pelaksana teknis kesehatan yang menyentuh kearah kualitas pelayanan kesehatan seluruh masyarakat di Kabupaten Pontianak. Pemerintah Daerah sebagai fasilitasi Program Jamkesmas, Jamkesmasda dan BPJS baik itu berupa gedung RSUD, Puskesmas yang dituangkan dalam APBD Kabupaten Pontianak. Kemudian, Pemerintah Daerah memfasilitasi dengan sosialisasi Jamkesmasda yang langsung melibatkan Dinas Kesehatan yang menggerakkan

seluruh Puskesmas per Kecamatan dan RSUD serta sosialisasi berkoordinasi dengan Dinas Kesehatan mengundang seluruh dari Kecamatan di Kabupaten Pontianak. Tetapi, pada kenyataannya pelayanan di rumah sakit belum maksimal masih ada dokter yang tidak berada ditempat dan fasilitas belum lengkap seperti alat operasi dan dinas kesehatan, rumah sakit dan BPJS kurang melakukan sosialisasi BPJS, sehingga masyarakat umum dan tidak mampu kebingungan tentang iuran, kepersertaan BPJS yang mengakibatkan masih banyak warga yang belum mendaftarkan diri menjadi peserta BPJS di Kabupaten Pontianak.

Dinas Kesehatan sebagai link sector kegiatan Jamkesmasda. Sedangkan di RSUD Kabupaten Pontianak bersifat pelayanan rujukan pasien dari puskesmas ke rumah sakit yang akan dilayani apabila memiliki kartu Jamkesmas dan Kartu Sehat Kabupaten Pontianak. Anggaran Pemerintah Daerah sudah cukup diberikan bagi masyarakat tidak mampu secara keseluruhan dengan iuran yang ditanggung Pemerintah Daerah, hanya yang perlu dikhawatirkan yang menerimanya harus tepat orangnya jangan sampai ada salah pilih orang yang seharusnya bisa menerima kartu Jamkesmas. Pemerintah Daerah juga telah mengkoordinasikan dengan pihak RSUD agar selalu meningkatkan pelayanan RSUD dengan ramah, cepat dan tepat.

Pemerintah memfasilitasi seluruh masyarakat yang ada di Kabupaten Pontianak dengan memperbaiki rumah sakit dan penambahan kamar pasien yang ada di RSUD Kabupaten Pontianak. Selanjutnya memfasilitasi koordinasi puskesmas terdekat atau pun per Kecamatan yang membutuhkan cepat dan akurat pelayanan kesehatan di Kabupaten Pontianak. Tetapi, kenyataannya dengan anggaran yang cukup masih ada warga yang belum menikmati jamkesmas ke BPJS, fasilitas kesehatan belum begitu maksimal karena belum seluruh kecamatan 24 jam puskesmas dalam pelayanan BPJS baik kecamatan dan desa di Kabupaten Pontianak.

Dibawah ini jumlah APBD Jamkesmasda di Dinas Kesehatan Kabupaten Pontianak tahun 2013 sampai 2014 adalah sebagai berikut:

**Tabel 4. Anggaran Jamkesmasda Kabupaten Pontianak Tahun 2013-2014**

Tahun	Anggaran Jamkesmasda Kabupaten Pontianak (Rupiah)
2013	2.744.172.000,00
2014	4.396.392.225,00

Sumber: Dinas Kesehatan Kabupaten Pontianak, 2014.

Dari tabel diatas terlihat jelas bahwa Anggaran Jamkesmasda sudah dikouta dalam APBD Kabupaten Pontianak tahun 2013 dan 2014 yang dipergunakan untuk masyarakat tidak mampu sebanyak 25.409 jiwa yang tidak tertampung dalam APBN Pusat. Sehingga, Pemerintah Daerah menganggarkan sebesar tahun 2013 Rp 2.744.172.000,00 dan meningkat di tahun 2014 sebesar Rp 4.396.392.225,00.

Selain itu, untuk mendukung kelancaran dari kegiatan Jamkesmas/Jamkesmasda ke BPJS di Kabupaten Pontianak peran tenaga kesehatan sangat penting dalam berkoordinasi dengan pihak RSUD dan Puskesmas di Kabupaten Pontianak. Dibawah ini akan menampilkan Jumlah banyaknya tenaga kesehatan di Dinas Kesehatan Kabupaten Pontianak adalah sebagai berikut:

**Tabel 5. Tenaga Kesehatan Dinas Kesehatan Kabupaten Pontianak Tahun 2013-2014**

Tahun	Banyaknya tenaga kesehatan Dinas Kesehatan Kabupaten Pontianak
2013	69 orang
2014	69 orang

Sumber: Dinas Kesehatan Kabupaten Pontianak, 2014.

Dari tabel diatas tahun 2013 sebanyak 69 orang dan tahun 2014 tetap/tidak berubah sebanyak 69 orang di Dinas Kesehatan Kabupaten Pontianak. kegiatan program Jamkesmas/Jamkesmasda ke BPJS Kabupaten Pontianak harus didukung tenaga kesehatan dalam mengkoordinasikan dengan pihak RSUD dan Puskesmas sebagai ujung tombak pelayanan kesehatan. Karena di Dinas Kesehatan hanya bersifat fasilitasi sosialisasi BPJS dan memberikan rekomendasi dalam pembuatan kartu Jamkesmas/Kartu Sehat ke peserta BPJS terbaru. Dibawah ini akan menampilkan banyaknya rumah sakit dan puskesmas di Kabupaten Pontianak tahun 2013 diantaranya:



**Tabel 6. Fasilitas Kesehatan Kabupaten Pontianak Tahun 2013**

No	Fasilitas Kesehatan	Jumlah Keseluruhan
1	Rumah Sakit	1
2	Puskesmas	14
3	Puskesmas Pembantu	21
4	Puskesmas Keliling	13
5	Balai Pengobatan	1
6	Klinik Bersalin	1
	Jumlah	51

Sumber: Dinas Kesehatan Kabupaten Pontianak, 2014.

Dari tabel diatas fasilitas kesehatan tahun 2013 di Kabupaten Pontianak secara keseluruhan berjumlah 51. Urutan tiga keatas fasilitas terbanyak diantaranya Puskesmas Pembantu sebanyak 21, Puskesmas sebanyak 14 dan Puskesmas Keliling sebanyak 13. Sedangkan urutan fasilitas sedikit diantaranya Rumah Sakit sebanyak 1, Balai Pengobatan 1 dan Klinik Bersalin 1. Fasilitas kesehatan seperti rumah sakit, puskesmas akan mempermudah mengakses kesehatan untuk seluruh masyarakat yang ada di Kabupaten Pontianak dalam rangka meningkatkan derajat kualitas kesehatan di Kabupaten Pontianak. Pelayanan yang mudah dijangkau per masing-masing ke Kecamatan sudah adanya Puskesmas. Sehingga, lebih dioptimalkan dan ditingkatkan pelayanan kesehatan dalam mendukung program BPJS di Kabupaten Pontianak. Hanya faktanya ada tiga puskesmas yang rawat inap 24 jam sedangkan puskesmas lainnya belum memberikan rawat inap 24 jam. Akibatnya harus rujukan rawat inap di rumah sakit, sehingga belum optimalnya BPJS di kecamatan dan desa di Kabupaten Pontianak.

Anggaran pelayanan penduduk miskin digunakan untuk seluruh masyarakat miskin di Kabupaten Pontianak dalam melakukan rujukan pasien dengan rumah sakit yang sudah bekerjasama seperti RSUD dr. Soedarso Pontianak, RS Islam Yarsi, RSUD Sultan Syarif Muhammad Alkadrie dan RS.Jiwa Povinsi Kalimantan Barat dengan jarak tempuh 3 jam perjalanan di Kota Pontianak. Faktanya terjadi perbedaan perlakuan pelayanan dengan warga BPJS pribadi dan ditanggung pemerintah sehingga peserta BPJS PBI daerah dan pusat seperti kamarnya penuh, tidak ada alat operasi jadi harus dirujuk di rumah sakit Pontianak. Berbeda dengan BPJS pribadi langsung

dilayani secara cepat rumah sakit di Kabupaten Pontianak.

Tenaga kesehatan di RSUD dari tahun 2013 sampai januari 2014 tidak mengalami perubahan berjumlah 314 orang. RSUD Mempawah membutuhkan tenaga kesehatan yang langsung menyentuh ke pasien diantaranya Dokter Spesialis, Dokter Umum, Perawat dan Bidan yang perlu diperbanyak untuk meningkatkan Type C menjadi Type B dan pelayanan kesehatan di RSUD Kabupaten Pontianak. Tetapi, kenyataannya dokter tidak betah di rumah sakit dan mencari tambahan penghasilan di rumah sakit swasta Pontianak.

#### 4. Distribusi/equity Jaminan Kesehatan Masyarakat Daerah

Program jamkesmas dan jamkesmasda di Kabupaten Pontianak berdasarkan data yang diberikan di Pemerintah Pusat dan Pemerintah Daerah sudah dilakukan secara merata berdasarkan jumlah penduduk yang tidak mampu di Kabupaten Pontianak untuk dibagikan secara keseluruhan serta dilakukan sosialisasi dari Pemerintah Daerah pada acara safari ramadhan tahun ini mengajak masyarakat untuk mendaftarkan diri sebagai anggota BPJS, Jamkesmas dan Jamkesmasda di Kabupaten Pontianak. Tetapi selama ini kegiatan jamkesmas ke BPJS belum merata masih ada yang belum merasakan akses pelayanan kesehatan karena masih kurang sosialisasi dari level Pemerintah Daerah dan BPJS di Kabupaten Pontianak. Dibawah ini akan menampilkan tabel Jumlah Penduduk di Kabupaten Pontianak tahun 2013-2014 adalah sebagai berikut:

**Tabel 7. Jumlah Penduduk Kabupaten Pontianak Tahun 2013-2014**

Tahun	Jumlah Penduduk
2013	294.693
2014	298.284

Sumber: Dukcapil Kabupaten Pontianak, 2014

Tabel diatas menjelaskan jumlah penduduk Kabupaten Pontianak tahun 2013 sebanyak 294.693 jiwa, sedangkan tahun 2014 sebanyak 298.284 jiwa mengalami peningkatan sebanyak 3.591 jiwa, sehingga dikhawatirkan adanya penambahan jumlah penduduk kurang mampu untuk dibantu oleh Pemerintah Daerah secara keseluruhan.

Pemerataan distribusi jamkesmas di Kabupaten Pontianak sangatlah penting karena sebelum pemekaran memang masih banyak kecamatan dan desa yang ada di Kabupaten Pontianak. Sedangkan dengan adanya pemekaran wilayah Kabupaten Pontianak menjadi lebih ramping dan mudah untuk mengontrol seluruh kegiatan di Kabupaten Pontianak khususnya program Jamkesmas. Pemerataan Jamkesmas tetap dilaksanakan dan akan melibatkan Lurah dan Kepala Desa dalam pendataan ulang yang belum tertampung di Jamkesmas itu sendiri dan sebagai solusi Pemerintah mengeluarkan kebijakan Kartu Sehat agar seluruh yang tidak tertampung dapat di tangani Pemerintah Daerah secara nyata dan serius. Tetapi, kenyataannya penduduk miskin kouta Jamkesmasda sebanyak 25.409 jiwa belum semua mendaftarkan diri menjadi peserta BPJS hampir seluruh kecamatan dan desa mengalami belum meratanya dan penerima BPJS, karena pendataan belum melibatkan kepala desa dan sosialisasi BPJS belum terlaksanan sehingga warga belum mengetahui bagaimana menjadi peserta BPJS di Kabupaten Pontianak.

Dibawah ini akan menampilkan data banyaknya kecamatan dan banyaknya desa/lurah di Kabupaten Pontianak adalah sebagai berikut:

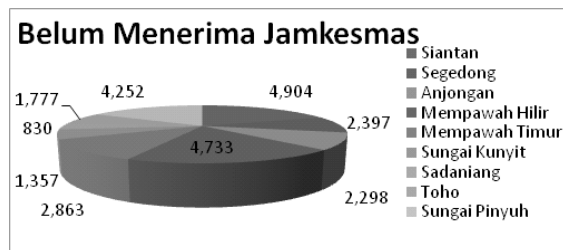
**Tabel 8. Banyaknya Kecamatan, Lurah/Desa Kabupaten Pontianak Tahun 2013-2014**

Tahun	Jumlah Kecamatan	Jumlah Desa/Lurah
2013	9	67
2014	9	67

Sumber: Bappeda Kabupaten Pontianak, 2014.

Tabel diatas menjelaskan tahun 2013 dan 2014 tidak mengalami perubahan dan penambahan melihat luas wilayah Kabupaten Pontianak untuk pemerataan Jamkesmas/Jamkesmasda membagi jumlah kecamatan dan jumlah desa/lurah yang akan menjadi langkah awal untuk mendata bagi penerima masyarakat kurang mampu dari kebijakan Pemerintah Daerah dalam mendukung program BPJS 1 Januari 2014 di Kabupaten Pontianak.

Dibawah ini akan menampilkan gambar grafik Per Kecamatan di Kabupaten Pontianak yang tidak tertampung di Jamkesmas tahun 2013 sebagai berikut:



**Gambar 1. Belum Menerima Jamkesmas Kabupaten Pontianak Tahun 2013**

Dari tabel diatas belum menerima Jamkesmas tahun 2013 di Kabupaten Pontianak adalah urutan tertinggi Mempawah Hilir 4.733 jiwa dan terendah Sungai Kunyit 1.357 jiwa. Dengan keseluruhan Jumlah Penduduk miskin sebanyak 110.092 jiwa, Pusat menampung Jamkesmas sebanyak 84.683 jiwa sedangkan sisa yang belum memperoleh kartu Jamkesmas sebanyak 25.409 jiwa.

Pemerintah Daerah bersepakat dan komitmen solusi bagi masyarakat yang tidak tertampung Jamkesmas agar di tampung di APBD Kabupaten Pontianak. Hambatan biasanya adalah pendataan yang tidak akurat usulan dari desa yang tidak diterima di RSUD karena alasannya tidak memiliki rekomendasi dari Dinas Kesehatan. Ini yang menjadi banyak salah dalam hal tahap awal pendataan untuk memperoleh kartu peserta BPJS di Kabupaten Pontianak. Selama ini, Pemerintah Daerah benar-benar menseleksi sampai di desa harus memiliki Surat Keterangan Tidak Mampu (SKTM) oleh Kepala Desa agar tepat sasaran orang penerimanya. Pihak Puskesmas juga harus berperan aktif jangan sampai pembagian kartu Jamkesmas saja dibagikan, tapi diharapkan bisa mensosialisasikan tahap awal syarat-syarat pendaftaran, sehingga masyarakat tahu tahap pertahap untuk mendaftar menjadi peserta BPJS di Kabupaten Pontianak.

Pemerintah Daerah dan Pihak RSUD berkoordinasi dalam pemerataan Jamkesmasda. Selama ini, belum begitu menguat karena dengan adanya pengurangan kouta dari Jamkesmas akan berdampak yang tidak tertampung di Jamkesmasda. Anggaran Jamkesmasda ada hanya masih ada yang belum mendapatkan kartu Jamkesmasda. Oleh karena itu, Pihak RSUD dan BPJS bersama-sama dalam pembuatan kartu peserta BPJS yang harus memenuhi persyaratan yang telah ditentukan bagi peserta



BPJS khususnya masyarakat tidak mampu di Kabupaten Pontianak. Selama ini, ada keluarga pasien yang mengeluh ketidakpahaman tentang pembuatan kartu BPJS karena prosedurnya terlalu berbelit-belit. Kurangnya sosialisasi dari pihak BPJS akhirnya masyarakat tidak mampu mempersalahkan pihak rumah sakit dalam pembuatan kartu dan terlalu banyak syarat-syarat yang harus dipenuhi apalagi tinggal di desa yang jauh ditempuh untuk pergi di RSUD Kabupaten Pontianak.

Secara keseluruhan terlihat jelas faktanya walaupun semua kouta jamkesmas tahun 2013 sudah terpenuhi tetapi masih ada warga tidak mampu menikmati jamkesmas/ jamkesmasda di Kabupaten Pontianak. Apalagi digulirkan BPJS masih banyak masyarakat warga tidak mampu belum menjadi peserta BPJS hampir seluruh kecamatan dan desa belum merasakan BPJS sebanyak 7.503 jiwa di Kabupaten Pontianak.

Iuran BPJS bagi masyarakat mampu dan tidak mampu mengalami perbedaan. BPJS PBI pusat dan daerah iuran tahun 2013 sebesar Rp12.000,- per jiwa dan tahun 2014 sebesar Rp19.225,- per jiwa yang ditanggung pemerintah pusat dan daerah. Masyarakat tidak mampu yang memiliki kartu jamkesmas otomatis berubah menjadi peserta BPJS. Sedangkan yang belum memiliki kartu Jamkesmas/ jamkesmasda dan sudah memiliki kartu sehat untuk mendaftarkan diri ke BPJS di Kabupaten Pontianak. Berdasarkan kerjasama BPJS dengan Pemerintah Daerah pasal 3 pembayaran PBI daerah paling lambat tanggal 10 setiap bulan harus membayar iuran ke BPJS Kabupaten Pontianak.

Perbedaan Peserta Non PBI pekerja penerima upah yang bekerja di lembaga pemerintahan sebesar 5%, 3% dibayar pemberi kerja dan 2% dibayar oleh peserta. Iuran pekerja penerima upah dari BUMN, BUMD dan swasta sebesar 4,5 % dari gaji atau upah dan 0,5 % dibayar oleh peserta. Iuran untuk tambahan pekerja penerima upah baik anak ke 4 dan seterusnya, ayah, ibu dan mertua, besaran iuran sebesar 1% dari gaji/upah orang perbulan. Iuran peserta bukan pekerja sebesar Rp25.000,- perawatan kelas III, sebesar 42.500,- perawatan kelas II dan sebesar 59.500,- perawatan kelas I. Iuran jaminan kesehatan bagi veteran, perintis kemerdekaan, janda, duda atau yatim piatu

dari veteran atau perintis kemerdekaan sebesar 5% dari 45% gaji pokok PNS golongan III/a dengan masa kerja 14 tahun perbulan dibayar pemerintah.

Pembayaran jaminan kesehatan Non PBI paling lambat tanggal 10 setiap bulan. Apabila mengalami keterlambatan Pekerja Penerima Upah akan dikenakan denda administratif 2% per bulan selama 3 bulan, maka pelayanan kesehatan dihentikan sementara. Keterlambatan pembayaran iuran peserta Bukan Penerima Upah dan Bukan Pekerja dikenakan denda 2% perbulan selama 6 bulan yang dibayarkan bersamaan total iuran yang tertunggak, maka pelayanan kesehatan dihentikan sementara. Pembayaran dilakukan tiga bank yaitu BNI, BRI dan MANDIRI di Kabupaten Pontianak.

Pelayanan kesehatan yang dijamin baik itu tingkat pertama di puskesmas, kemudian apabila pasien sifatnya emergency rujukan dirumah sakit dengan memberikan kartu BPJS. Tidak memiliki kartu BPJS harus menggunakan biaya pribadi, kecuali melampirkan surat SKTM/ Kartu Jamkesmas dan Kartu Sehat yang lama tidak berlaku lagi otomatis pihak keluarga pasien harus membuatnya secepat mungkin, tetapi rujukan dirumah sakit tetap bayar hari pertama dan sampai menunggu kartu peserta BPJS terbaru jadi otomatis tidak bayar di rumah sakit umum daerah dr.Rubini Kabupaten Pontianak.

Kartu jamkesmas, kartu sehat dan kartu jamkesmasda harus dibagikan keseluruhan warga tidak mampu. Karena proses pendaftarannya sangat sulit sehingga ada warga dan kepala desa ditolak di rumah sakit untuk mendaftarkan diri menjadi peserta BPJS. Pelaksanaan sosialisasi BPJS dari pemerintah daerah, kepala desa dan RT setempat masih sangat kurang. Oleh karena itu, harapan warga meminta dilibatkan dalam pendataan didesa karena mereka tahu mana warga yang berhak menerima dan tidak menerima kartu jamkesmas, kartu sehat dan BPJS. Penggunaan kartu jamkesmas selalu dipersulit dari pihak rumah sakit tentang pelayanan kesehatan. Tetapi, menggunakan BPJS pribadi pelayanannya selalu cepat. Masyarakat tidak mampu menggunakan kartu jamkesmas dan kartu sehat sakit *emergency*. Tetapi, pihak rumah sakit dengan berbagai alasan peralatannya tidak lengkap dan harus

dirujuk di rumah sakit Pontianak. Obat di rumah sakit selalu tidak ada persediaannya, sehingga warga pengguna kartu jamkesmas membeli di apotek luar dengan menggunakan biaya pribadi.

##### **5. Dukungan/Responsiveness Pemerintah Masyarak** **Fasilitas Jaminan Kesehatan**

Pemerintah Daerah akan tetap berupaya semaksimal mungkin dalam memberikan pelayanan yang aman dan nyaman. Kepala Daerah telah mengajak kegiatan safari ramadhan seluruh masyarakat yang tidak tertampung dalam Jamkesmas akan ditampung dan dibantu oleh Pemerintah Daerah dengan iuran yang telah ditetapkan dalam kesepakatan PT. ASKES. Kemudian, Pemerintah Daerah memfasilitasi dengan kesepakatan BPJS dengan iuran yang ditanggung Pemerintah Daerah bagi yang tidak terdata di RSUD sebagai peserta Jamkesmas lama. Oleh karena itu, diupayakan agar pihak pelaksanaan teknis seperti Dinas Kesehatan dan RSUD tetap memberikan pelayanan dasar kesehatan dan dipermudah bagi masyarakat tidak mampu dengan syarat harus memiliki kartu Jamkesmas, Kartu Sehat dan BPJS. Kenyataannya masih belum semua warga mendaftarkan diri menjadi peserta BPJS karena masih simpang siurnya informasi tentang BPJS di Kabupaten Pontianak. Sosialisasi BPJS masih kurang dalam memberikan informasi kepada masyarakat, Sehingga, pemerintah daerah hanya menyampaikan informasi dengan kegiatan safari ramadhan. Selama ini BPJS belum bergerak jauh melakukan gebrakan dengan media massa seperti koran, akhirnya masyarakat belum mengenal benar tentang BPJS di Kabupaten Pontianak. Sehingga publik kekurangannya informasi PBI daerah yang seharusnya ditanggung pemerintah daerah menjadi peserta BPJS di Kabupaten Pontianak.

Perbedaan antara Penerima Bantuan Iuran (PBI) dan Non PBI adalah dari kelas kamarnya sudah ditentukan oleh BPJS. PBI diperuntukkan hanya kamar kelas III, sedangkan Non PBI semua kelas dari kelas I, II dan III. Ruang perawatan kelas III untuk peserta PBI jaminan kesehatan di ruangan asoka jamkesmas masyarakat tidak mampu. Peserta bukan pekerja dengan iuran perawatan kelas III di rumah sakit. Ruang

perawatan kelas II untuk PNS, TNI-POLRI, Pegawai pemerintah non PNS golongan I dan II beserta anggota keluarganya. Pekerja penerima upah kawin 1 (satu) anak beserta anggota keluarganya, pekerja bukan penerima upah dan peserta bukan pekerja dengan iuran perawatan kelas II. Ruang perawatan kelas I untuk pejabat Negara, PNS, TNI-POLRI, pegawai pemerintah non PNS golongan III dan IV beserta anggota keluarganya, veteran dan perintis kemerdekaan beserta anggota keluarganya. Pekerja penerima upah status kawin 1 (satu) anak beserta anggotanya, bukan penerima upah dan bukan pekerja dengan iuran perawatan kelas I.

Internalisasi sumber daya manusia terutama tenaga kesehatan yang menyangkut langsung seperti dokter, perawat dan tenaga medis lainnya diupayakan harus mempunyai budaya kerja dan pemikiran mendahulukan pasien atau meningkatkan pelayanan dengan 3 S (senyum, salam dan sapa) dan harus bekerja lebih ikhlas, karena nyawa pasien lebih utama dibandingkan kepentingan pribadi.

Fasilitas kesehatan selain rumah sakit negeri di Kabupaten Pontianak, belum ada rumah sakit swasta sehingga hanya menggandakan rumah sakit negeri. Sedangkan jarak tempuh jauh selama 3 jam di Kota Pontianak untuk melakukan rujukan kepada pasien yang sifatnya emergency dan tidak adanya rumah sakit swasta mengakibatkan pelayanan kesehatan tidak ada persaingan dan perbandingan peningkatan pelayanan kesehatan di Kabupaten Pontianak.

#### **E. KESIMPULAN DAN REKOMENDASI**

Berdasarkan hasil penelitian dan pembahasan yang telah diuraikan pada bab-bab sebelumnya. Maka dapat disimpulkan bahwa :

1. Belum semua warga tidak mampu mengantongi kartu Jamkesmas harus ditampung kouta Jamkesmasda tahun 2013 dan 2014 ditampung dalam BPJS PBI daerah sebanyak 25.409 jiwa dari kouta jamkesmas sebanyak 84.683 jiwa. Kurang optimalnya informasi melalui media massa seperti koran, radio membuat warga menjadi bingung tentang BPJS dan masih beranggapan bahwa BPJS mensyaratkan iuran perbulan akibatnya masyarakat



- kurang antusias, sehingga masyarakat tidak bisa membedakan BPJS ada yang Non PBI dan PBI pusat daerah. Kurangnya kesadaran partisipasi masyarakat dalam BPJS hampir seluruh desa di Kabupaten Pontianak belum tersentuh dan pada saat sakit warga baru mendaftarkan menjadi peserta BPJS. Kouta yang disediakan Pemerintah Daerah sebanyak 25.409 jiwa, sedangkan yang baru mendaftarkan diri menjadi peserta BPJS PBI daerah sebanyak 17.906 jiwa, sedangkan yang belum mendaftarkan menjadi peserta BPJS sebanyak 7.503 jiwa. Kurang sosialisasi dari pihak Pemerintah Daerah, pihak BPJS, RSUD dan Dinas Kesehatan, sosialisasi hanya dilakukan melalui safari ramadhan dan berupa slogan BPJS di dinding RSUD dr. Rubini, hal inilah yang harus diperbaiki selaku Tim Koordinasi dan Pengendalian Jamkesmas di Kabupaten Pontianak.
2. Pemerintah Daerah Kabupaten Pontianak belum bisa mengefisiensikan anggaran jamkesmas. Karena dengan bergulirnya BPJS 1 Januari 2014 meningkatnya biaya iuran perbulan dari sebelumnya sebesar Rp 12.000,- menjadi Rp 19.225,-. Belum adanya peran Pemerintah Daerah menimalisir kemiskinan, akhirnya biaya yang dikeluarkan Pemerintah Daerah membengkak dari tahun sebelumnya. Pengelolaan keuangan yang belum optimal, belum semua warga tahu tentang transparansi informasi anggaran Jamkesmas ke BPJS PBI daerah yang menampung seluruh warga tidak mampu di Kabupaten Pontianak.
  3. Anggaran jamkesmas ke BPJS PBI daerah cukup memadai, tetapi kouta jamkesmas tidak menurun dari tahun sebelumnya sebanyak 25.409 jiwa. Kurangnya fasilitas di rumah sakit terutama alat radiologi, kamar pasien jamkesmas atau tempat tidur pasien, ini menyebabkan masih lemahnya fasilitas kesehatan di rumah sakit umum daerah dr. Rubini. Kurang optimalnya puskesmas terhadap BPJS, karena belum semua puskesmas di kecamatan harus beroperasi rawat inap dan rawat jalan 24 jam pelayanan kesehatan di Kabupaten Pontianak. Petugas RSUD dr. Rubini seperti dokter jarang berada ditempat, perawat yang kurang ramah dan cepat, sehingga pasien dan keluarga pasien mengeluh tentang pelayanan di RSUD dr. Rubini. Keterbatasan pegawai BPJS sehingga dibantu petugas rumah sakit yang harus dua fungsional merangkap tugas pokoknya di RSUD dr. Rubini Kabupaten Pontianak.
  4. Kurang meratanya distribusi pemilik kartu jamkesmas ke BPJS di seluruh desa dan kecamatan diantaranya ada warga tidak mampu yang belum menerima dan menikmati kartu Jamkesmas, Jamkesmasda dan BPJS. Belum semua warga tidak mampu mendaftarkan diri menjadi peserta BPJS dan ada warga mampu menikmati jamkesmas, jamkesmasda dan BPJS. Belum selektifnya penerima jamkesmas ke BPJS karena tidak dilibatkannya pendataan melalui kepala desa, sehingga belum semua merasakan BPJS di Kabupaten Pontianak. Belum semua warga mengetahui prosedur BPJS tentang kepersertaan masih ada yang bingung. Warga tidak mampu kepersertaan jamkesmas masih menggunakan SKTM dan ada tidak sesuai dengan KTP serta KK. Kebersertaan jamkesmas ke BPJS masih rumit harus ada rekomendasi dari Dinas Kesehatan masih banyak belum mengetahui prosedurnya.
  5. Kurangnya partisipasi masyarakat menjadi peserta BPJS PBI daerah karena iuran perbulan sebesar Rp 25.500,- terlalu berat bagi warga tidak mampu di Kabupaten Pontianak. Kurangnya kesadaran masyarakat tidak mampu tentang investasi kesehatan sebagai persiapan apabila terkena musibah diluar rencana manusia. Kurangnya fasilitas yang disediakan pemerintah daerah seperti rumah sakit negeri hanya tersediassatu sehingga tidak ada kompetitif dengan rumah sakit swasta di Mempawah. Jauhnya jarak tempuh rujukan dari Mempawah ke Kota Pontianak sekitar 3 jam perjalanan, sedangkan ada desa harus dirujuk ke kota Mempawah jarak tempuh 3 jam di RSUD dr. Rubini Mempawah. Kurang cepatnya pelayanan rumah sakit Mempawah karena ada pilih

kasih antara iuran pribadi dan iuran ditanggung pemerintah di Kabupaten Pontianak.

Berdasarkan kesimpulan dari hasil penelitian yang telah dikemukakan diatas, maka penulis memberikan beberapa rekomendasi yang diharapkan untuk memberikan pemikiran, ide dan gagasan untuk membangun daerah tentang Evaluasi Kebijakan Jaminan Kesehatan Masyarakat di RSUD dr. Rubini Kabupaten Pontianak adalah sebagai berikut:

1. Tim koordinasi dan pengendalian Jamkesmas di Kabupaten Pontianak harus mengevaluasi kegiatan jamkesmas ke BPJS selama 3 bulan sekali mengadakan pertemuan di Aula Bupati Pontianak. Pihak BPJS kerjasama dengan Pemerintah Daerah sebagai fasilitatornya dan Dinas Kesehatan mengundang seluruh kepala desa untuk mensosialisasikan BPJS PBI daerah tujuannya agar tidak ada salah lagi informasi tentang Non PBI dan PBI tentang iuran perbulan bagi warga tidak mampu di Kabupaten Pontianak. Koordinasi Kepala Dinas Kesehatan dan Direktur RSUD dr. Rubini tentang penyuluhan pentingnya investasi kesehatan selama 6 ( enam ) bulan sekali terhadap warga tidak mampu agar ikut partisipasi dalam mendaftarkan diri menjadi peserta BPJS di Kabupaten Pontianak.
2. Pemerintah Daerah harus punya program khusus tentang pengentasan kemiskinan dengan meningkatkan ekonomi kreatif khusus masyarakat tidak mampu dan pengangguran, menyiapkan fasilitas dan pedanaan UKM (Usaha Kecil Menengah), seperti KLIK (Keterampilan Lokal Karya) berupa jahit pakaian, mebel, mesin dan lain-lain agar warga tidak mampu tidak terjerat atas kemiskinan terus menerus dan menimalisir tingkat kemiskinan di Kabupaten Pontianak. Untuk meng-efisiensikan anggaran Jamkesmas tidak lain dengan mengurangi kemiskinan dengan memperhatikan dan memperbaiki nasib warga tidak mampu sesuai dengan pekerjaan warganya. Anggaran Jamkesmas harus transparansi melalui media massa seperti koran dan radio agar masyarakat mengetahui informasi
- anggaran Jamkesmas ke BPJS PBI daerah diperuntukkan warga tidak mampu sampai seluruh desa di Kabupaten Pontianak.
3. Kouta Jamkesmasda 25.409 jiwa dan belum terdaftar BPJS 7.503 jiwa, Pemerintah Daerah harus membentuk tim melibatkan seluruh kepala desa agar kouta Jamkesmasda ke BPJS lebih benar, tepat menerimanya dan merata. Direktur rumah sakit Mempawah harus tindak tegas apabila ada dokter yang tidak berada tempat tugas dengan cara memberikan hukuman berat kedisiplinan dan melaporkan ke BKD agar dilakukan pembinaan PNS. Direktur rumah sakit Mempawah tindak tegas bersifat ringan untuk perawat tidak ramah dengan pasien dan keluarga pasien, caranya dengan memberikan nasehat bagi perawat melalui pembinaan secara intern di kepegawaian rumah sakit dan memberikan intruksi setiap upacara pagi mengedepankan 3 S (Senyum, Salam dan Sapa) dalam meningkatkan pelayanan kesehatan di rumah sakit Mempawah. Penambahan pegawai BPJS menjadi 3 (tiga) orang berfungsi bersifat pendaftaran BPJS pribadi, BPJS PBI daerah dan pengklaiman BPJS, sehingga tidak mengganggu tugas pokok dan fungsi pegawai rumah sakit Mempawah.
4. Pemerintah daerah seharusnya melibatkan pendataan kepala desa, apabila tidak dilibatkan akan terjadi salah pendataan. Tanggung jawab Tim Koordinasi dan Pengendalian Jamkesmasda mengundang seluruh kecamatan dan desa agar diperan aktifkan, ini dilakukan untuk semua warga tidak mampu agar merasakan BPJS di Kabupaten Pontianak. Kriteria penerima BPJS harus jelas yang dibuat Pemerintah Daerah yaitu miskin dan sangat miskin supaya tepat warga tidak mampu menerima BPJS, jangan sampai ada warga mampu menerima BPJS PBI daerah di Kabupaten Pontianak. Setiap 3 (tiga) bulan sekali, Pemerintah Daerah bekerja sama dengan Dinas Sosial dan Tenaga Kerja untuk melakukan survey lapangan bertemu semua kepala desa untuk menerima laporan pendataan bagi



warga tidak mampu membuat seperti data base masing-masing desa di Kabupaten Pontianak.

5. BPJS kerjasama dengan pegawai puskesmas per kecamatan menyampaikan informasi BPJS, agar tidak terjadi kesalahan informasi iuran tentang BPJS PBI daerah di Kabupaten Pontianak. Dinas kesehatan harus melakukan penyuluhan kesehatan tentang pentingnya kesehatan bagi diri sendiri, keluarga dan lingkungan sekitarnya. Pemerintah daerah kerjasama dengan Dinas Kesehatan melakukan pelayanan puskesmas selama 24 jam rawat inap dan rawat jalan terutama desa yang jauh dari kota, agar masyarakat tidak terlalu jauh pergi di rumah sakit Mempawah. Pemerintah daerah khususnya Kepala Daerah harus bekerjasama dengan rumah sakit swasta agar membuka peluang cabang rumah sakit swasta di Mempawah, agar adanya kompetitif perbandingan pelayanan kesehatan rumah sakit negeri dan rumah sakit swasta di Kabupaten Pontianak. Dinas Kesehatan harus mengoptimalkan puskesmas keliling per kecamatan agar penyampaian sosialisasi BPJS sampai diseluruh desa di Kabupaten Pontianak. Pemerintah Nasional dan Daerah harus membuat design baru tentang kebijakan kesehatan pemisahan BPJS dan KIS. BPJS dikhususkan untuk iuran pribadi atau orang mampu, sedangkan Kartu Indonesia Sehat dikhususkan warga miskin dan pra miskin, sehingga jelas porsisnya, lebih mudah diingat warga. Pemerintah Nasional dan Daerah lebih mengarahkan pemberdayaan masyarakat dalam hal memberikan peluang kerja bagi warga tidak mampu, bukan harus dimanjakan dengan program BPJS dan KIS agar masyarakat lebih mandiri dan bertanggungjawab.

## REFERENSI

- Ali, F. dan Alam, As. 2011. *Studi Kebijakan Pemerintah*. Makassar: Refika Aditama.
- Bungin, B. 2007. *Penelitian Kualitatif: Komunikasi, Ekonomi, Kebijakan Publik dan Ilmu Sosial Lainnya*. Jakarta: Kencana Prenada Media Group.
- Creswel, J.W. 2009. *Research Design Qualitative and Quantitative Approach*. USA: SAGE Publications.
- Dunn, W. 2000. *Analisis Kebijakan Publik*. Yogyakarta: Gadjah Mada University Press.
- Dunn, W. 1981. *Public Policy Analysis*. America: Prentice-Hall, Inc.
- Gerston, L.N. 2010. *Public Policy Making Proces and Principles*. New York: M.E. Sharpe.
- Hamdi, M. 2014. *Kebijakan Publik*. Jakarta: Ghalia Indonesia.
- Hardiyansyah. 2011. *Kualitas Pelayanan Publik*. Yogyakarta: Gava Media.
- Nawawi, I. 2007. *Public Policy*. Surabaya: ITS Press.
- Nugroho, R. 2011. *Public Policy*. Kuala Lumpur: PT Elex Media Komputindo.
- Parsons, W. 1997. *Public Policy*. Landon: Cheltenham, UK Lyme, USS.
- Sugiyono. 2008. *Metode Penelitian Pendidikan Pendekatan Kuantitatif, Kualitatif dan R&D*. Bandung: Alfabeta.
- Suharto, E. 2009. *Kemiskinan dan Perlindungan Sosial di Indonesia*. Bandung: Alfabeta.
- Winarno, B. 2012. *Kebijakan Publik*. Jakarta: Buku Seru.
- Lembaga Administrasi Negara. 2004. *Meningkatkan Kualitas Pelayanan Publik*. Bandung: STIA Lembaga Administrasi Negara Bandung.
- Lembaga Administrasi Negara. 2012. *Perspektif Konteks Implementasi Menurut Model Grindle Studi Kasus Program Pelayanan Kesehatan Gratis*. Makassar: Sekolah Tinggi Ilmu Administrasi Negara Makassar.
- Lembaga Administrasi Negara. 2011. *Pembangunan Sosial dan Kebijakan Sosial di Indonesia (Suatu Telaah Terhadap Upaya Pengurangan Kemiskinan)*. Makassar: Sekolah Tinggi Ilmu Administrasi Negara Makassar.



Lembaga Administrasi Negara. 2012. *Efektifitas Pelaksanaan Jaminan Kesehatan Aceh*: Pusat Kajian dan Pendidikan dan Pelatihan Aparatur IV Lembaga Administrasi Negara (PKP2A IV LAN).

Lembaga Administrasi Negara. 2009. *Kinerja Pelayanan Puskesmas Tahun 2005-2007 Terhadap Pencapaian SPM 2010*. Jawa Barat: Pusat Kajian dan Pendidikan & Pelatihan Aparatur 1 Lembaga Administrasi Negara.

Undang-Undang Nomor 36 tahun 2009 tentang Kesehatan.

Undang-Undang Nomor 24 tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS).

Peraturan Menteri Kesehatan Indonesia No. 40 Tahun 2012 tentang Pedoman Pelaksanaan

Program Jaminan Kesehatan Masyarakat digunakan sebagai pedoman pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Masyarakat Tahun 2013.

Peraturan Bupati Nomor 68 Tahun 2008 tentang Pedoman Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Masyarakat Daerah (JAMKESMASDA) Di Lingkungan Rumah Sakit Umum Daerah dr. RUBINI Mempawah Kabupaten Pontianak.

Keputusan Bupati Pontianak Nomor 257 Tahun 2013 tentang Tim Koordinasi dan Pengendalian Jaminan Kesehatan Daerah.

Keputusan Bupati Pontianak Nomor 55 Tahun 2014 tentang Penerima Bantuan Iuran (PBI) Daerah Kabupaten Pontianak Untuk Keluarga Miskin Program Jaminan Kesehatan Nasional Tahun 2014.