

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Diberlakukannya Otonomi Daerah sesuai Undang-Undang No. 32/2004 tentang Pemerintahan Daerah serta Undang-Undang No. 33/2004 tentang Perimbangan Keuangan antara Pemerintah Pusat dan Daerah, maka undang-undang tersebut dijadikan sebagai pedoman penyelenggaraan pemerintahan termasuk dibidang kesehatan. Dimana setiap daerah diberikan kewenangan yang utuh untuk menyelenggarakan pemerintahan bidang kesehatan mulai dari tahap perencanaan, pelaksanaan, pengawasan, pengendalian dan evaluasi.

Salah satu kewenangan dibidang kesehatan yang diberikan adalah dalam penyelenggaraan Sistem Informasi Kesehatan Daerah. Daerah diberi kesempatan untuk mengembangkan Sistem Informasi Kesehatan sesuai dengan kebutuhan, kondisi spesifik daerah, dengan tetap menjaga hubungan yang serasi dengan pusat sebagai salah satu bagian dari Sistem Informasi Nasional.

Kota Bontang merupakan salah satu kota yang berada di Kalimantan Timur atau Kaltim. Kota Bontang yang juga merupakan kota madya yang dikepalai oleh walikota yang bernama Sofyan Hasdam. Kota Bontang memiliki empat pilar pembangunan kota dicanangkan yakni Bontang Cerdas Tahun 2010, Bontang Sehat Tahun 2008, Bontang Lestari dan Bontang Bebas kemiskinan Tahun 2020.

Arah pembangunan Kota Bontang menitik beratkan pembangunan di segala bidang dengan mengacu pada tercapainya ke empat pilar tersebut. Begitu juga pembangunan dibidang kesehatan dalam rangka mencapai Bontang Sehat 2008 berbagai upaya telah dilakukan, yang semuanya mengarah pada tercapainya derajat kesehatan masyarakat yang optimal, yang merupakan salah satu ukuran kesejahteraan dan kualitas sumber daya manusia. Indikator yang lazim digunakan antara lain: angka kematian, angka kesakitan, umur harapan hidup, status gizi dan lain-lain yang digunakan untuk menilai keberhasilan pembangunan kesehatan maupun sebagai dasar dalam menyusun rencana untuk masa yang akan datang. Pemerintah pada hakikatnya adalah penyelenggara fungsi perumusan dan implementasi kebijakan serta fungsi pelayanan publik¹. Perspektif tersebut menekankan bahwa pemerintah adalah individu-individu yang terpilih untuk melaksanakan tugas yang berkaitan dengan kepentingan negara dan menjalankan segala kebijakan yang ada.

Berbagai program yang dilakukan oleh suatu organisasi pasti mempunyai tujuan tertentu, demikian juga dengan kota Bontang Sehat 2008. Tujuan pembangunan kesehatan menuju Kota Bontang Sehat 2008 adalah meningkatkan kesadaran, kemauan dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang agar terwujud derajat kesehatan masyarakat yang optimal melalui terciptanya masyarakat kota Bontang yang sehat. Hal tersebut ditandai oleh penduduknya hidup dalam lingkungan dan dengan perilaku yang sehat, memiliki kemampuan untuk menjangkau pelayanan

¹ Titin Purwaningsih, 2007

kesehatan yang bermutu secara adil dan merata serta memiliki derajat kesehatan yang optimal diseluruh wilayah kota Bontang.

Perubahan perilaku masyarakat menjadi perilaku hidup sehat merupakan sasaran pertama pembangunan kesehatan kota Bontang. Sasaran kedua adalah penciptaan lingkungan sehat, sedangkan sasaran ketiga menekankan pada peningkatan upaya kesehatan. Sasaran keempat adalah mantapnya manajemen pembangunan kesehatan, sedangkan sasaran kelima adalah membaiknya derajat kesehatan masyarakat kota Bontang. Sarana yang terdapat di kota Bontang terurai dalam tabel berikut:

Tabel 1.1
Sarana Pelayanan Kesehatan di Bontang
Tahun 2003

No	Fasilitas Kesehatan	Jumlah
1	Rumah Sakit Umum	2
2	Puskesmas	2
3	Puskesmas Pembantu	1
4	Puskesmas Keliling	2
5	Gudang Farmasi	2
Total Fasilitas		

Sumber: BPS Provinsi Kalimantan Timur
Tahun 2008

Tabel tersebut menunjukkan bahwa pada tahun 2003, sarana pelayanan kesehatan yang ada di kota Bontang sangat minim mengingat luas wilayah Bontang dan jumlah penduduk yang ada di kota tersebut. Guna mensukseskan program kota Bontang Sehat Tahun 2008, maka pemerintah kota Bontang berusaha berperan aktif untuk mendukung program tersebut.

Fungsi minimal yang dilakukan oleh pemerintah meliputi fungsi pengaturan, fungsi pemberdayaan, serta fungsi pelayanan². Pemerintah kota Bontang melaksanakan fungsi-fungsi tersebut demi merealisasikan program Bontang Sehat 2008.

Program pembangunan merupakan kumpulan kegiatan nyata yang akan dilaksanakan secara sistematis dan terpadu oleh satu atau beberapa instansi pemerintah, LSM maupun swasta bekerjasama dengan masyarakat guna mencapai tujuan yang telah ditetapkan. Di bidang kesehatan, Dinkes Kota Bontang telah menyusun program pembangunan kesehatan tahun 2004 yang merupakan penjabaran dari konsep visi, misi dan strategi yang ada. Program Bontang Sehat terurai dalam tabel berikut:

Tabel 1.2
Program Bontang Sehat 2008

No.	Kegiatan
1.	P2P DBD
2.	P2P TB Paru
3.	P2P Malaria
4.	P2P Kusta
5.	P2P Diare
6.	P2P ISPA
7.	P2P PMS dan HIV/AIDS
8.	P2P Rabies
9.	Imunisasi
10.	Pengamatan Penyakit
11.	Kesehatan Haji
12.	Kesehatan Ibu dan Anak
13.	Pembinaan Akseptor
14.	Kesehatan Remaja
15.	Kesehatan USILA

² Titin Purwaningsih, 1994

16.	Pelaksanaan UKS
17.	Perbaikan dan Kewaspadaan Gizi Masyarakat
18.	Pengembangan Manajemen Sumber Daya Kesehatan
19.	Penguatan Sistem Informasi Kesehatan
20.	Peningkatan Kualitas Haji
21.	Pelayanan Kesehatan Masyarakat
22.	Penerapan Standar Mutu
23.	Penyusunan dan Penerapan Standar SOP dan Perijinan
24.	Pembinaan dan Pengawasan Obat Tradisional
25.	Peningkatan Sarana dan Prasarana Kesehatan
26.	Pengadaan, Pengelolaan, Pembinaan dan Pengawasan Obat dan Bahan Berbahaya.
27.	Penyehatan Lingkungan
28.	Pembentukan Prilaku Sehat dan Bersih (PHBS) dan Pemberdayaahn Masyarakat
29.	Peningkatan Peran Serta Masyarakat
30.	Pengembangan JPK-PPK
31.	Kemitraan

Sumber:Data Administrasi Dinkes Kota Bontang Tahun 2008

Salah satu dari program Bontang Sehat 2008 adalah Pelayanan Kesehatan Masyarakat. Adanya pelayanan kesehatan masyarakat yang baik diharapkan dapat membuat masyarakat Bontang lebih terjamin kesehatannya. Pelayanan kesehatan termasuk dalam pelayanan publik.

Pada saat ini permasalahan yang cukup mengemuka dan sangat rumit adalah permasalahan kesehatan. Organisasi kesehatan dunia atau *World Health Organization (WHO)* 1948, Undang-undang Dasar Tahun 1945 pada 28 H dan Undang-undang No. 23/1992 Tentang Kesehatan, menetapkan bahwa kesehatan adalah hak fundamental setiap penduduk, karena itu setiap individu keluarga dan masyarakat berhak memperoleh perlindungan terhadap kesehatannya, dan negara bertanggung jawab mengatur agar terpenuhi hak hidup sehat bagi penduduknya termasuk bagi

masyarakat miskin dan tidak mampu atas dasar inilah pemerintah negara republik Indonesia mengeluarkan Keputusan Menteri Kesehatan (KepMenkes) No. 56/Menkes/SK/I/2005. Tentang penyelenggaraan program jaminan pemeliharaan kesehatan bagi masyarakat miskin. KepMenkes No. 1330/Menkes/SK/IX/2005 tentang pedoman pelaksanaan pelayanan kesehatan di Puskesmas, rujukan rawat jalan dan rawat inap kelas III di rumah sakit yang dijamin pemerintah, dan KepMenkes No. 332/Menkes/SK/V/2006 kesehatan masyarakat miskin tahun 2006 serta KepMenkes No. 417/Menkes/SK/IV/2007 tentang pedoman pelaksanaan jaminan pemeliharaan kesehatan masyarakat miskin tahun 2007 yang merupakan Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia pengganti KepMenkes No. 332/Menkes/SK/V/2006 Tahun 2006.

Sejak tahun 1998 pemerintah melaksanakan berbagai upaya pemeliharaan kesehatan penduduk miskin. Dimulai dengan pengembangan Program Jaringan Pengaman Sosial-Bidang Kesehatan (JPS-BK) tahun 1998-2001, Program Dampak Pengurangan Subsidi Energi (PDPSE) tahun 2001 dan Program Kompensasi Pengolahan Subsidi Bahan Bakar Minyak (PKPS-BBM) tahun 2002-2004. Pada akhir tahun 2004 Menkes dengan SK No. 1241/Menkes/SK/XI/2004, tanggal 12 November 2004, tentang jaminan kesehatan sosial yang dikenal dengan Program Jaminan Pemeliharaan Kesehatan bagi Masyarakat Miskin (JPK-PPK) atau Askeskin (Asuransi Kesehatan Keluarga Miskin) dalam perkembangan peraturan tentang kesehatan melalui Keputusan Menteri Kesehatan (KepMenkes) dari tahun ke tahun selalu direvisi hal ini disebabkan oleh beberapa faktor diantaranya adalah:

1. Perubahan pola penyakit
2. Perkembangan teknologi kesehatan dan kedokteran
3. Pola pembiayaan kesehatan berbasis pembayaran Out-Dot-Pocket
4. Subsidi pemerintah untuk semua lini pelayanan, di samping inflasi di bidang kesehatan yang melebihi sektor lain.

KepMenkes No. 1241/Menkes/SK/XI/2004 implementasinya tidak sesuai lagi dikarenakan berkembangnya permasalahan-permasalahan di bidang kesehatan dan perubahan pola penyakit yang semakin kompleks dan heterogen. Karena hal tersebut pemerintah melalui Kementerian Kesehatan mengeluarkan Keputusan Menteri Kesehatan bertujuan untuk menyempurnakan KepMenkes tersebut diantaranya adalah:

1. Keputusan Menteri Kesehatan No. 56/Menkes/SK/I/2005 tentang penyelenggaraan program jaminan pemeliharaan kesehatan bagi masyarakat miskin.
2. Keputusan Menteri Kesehatan No. 1330/Menkes/SK/IX/2005 tentang pedoman pelaksanaan pelayanan kesehatan di Puskesmas, rujukan rawat jalan dan rawat inap kelas III di rumah sakit yang dijamin oleh pemerintah
3. Keputusan Menteri Kesehatan No. 332/Menkes/SK/V/2006 tentang pedoman pelaksanaan jaminan pemeliharaan kesehatan masyarakat miskin tahun 2006. Dan disempurnakan dengan keluarnya Keputusan Menteri Kesehatan No. 417/Menkes/SK/IV/2007 diberlakukan sampai sekarang.

4. Perda Kota Bontang No. 11/2009 tentang Program Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Daerah.
5. Perda Kota Bontang No. 6/2010 tentang Sistem Kesehatan Daerah.
6. Perda Kota Bontang No. 7/2010 tentang Perizinan Bidang Kesehatan.

Pada tahun 2007 pelayanan terhadap masyarakat miskin terjadi sedikit perubahan dalam penyaluran dana, namun demikian masih dalam kerangka sistem jaminan kesehatan sosial nasional. Pembiayaan pelayanan kesehatan dasar di Puskesmas dan jaringannya disalurkan langsung ke Puskesmas melalui pihak ketiga, sedangkan pelayanan kesehatan rujukan tetap dikelola melalui PT. Askes (Persero). Penyaluran dana yang langsung ke Puskesmas dikelola oleh Puskesmas tetapi verifikasi pelayanan dilaksanakan oleh PT. Askes (Persero).

Program ini telah memberikan pencapaian yang bermakna antara lain terjadinya peningkatan atau akses pelayanan kesehatan masyarakat miskin, namun demikian masih ditemukan beberapa permasalahan antara lain yaitu penggunaan data masyarakat miskin yang masih menggunakan berbagai kriteria sehingga menyebabkan distribusi kartu peserta belum selesai. Hal tersebut dikarenakan kebijakan berbagai identitas miskin termasuk Surat Keterangan Miskin (SKM) masih dibelakakan. Permasalahan lain masih kurangnya kesadaran dari berbagai pihak akan pentingnya kendali biaya mutu pelayanan kesehatan dan masih terbatas sumber daya manusia pengelola program.

Peningkatan pelayanan publik merupakan salah satu dari adanya organisasi publik, termasuk organisasi pemerintah daerah. Menurut Nurmandi, Kebijakan publik

yang diambil oleh pemerintah pusat maupun pemerintah daerah, karena adanya keluasan fungsi yang dimilikinya³. Lebih lanjut Nurmandi mengemukakan bahwa peran pemerintah yang sekarang mulai bergeser sebagai *governance* yang memiliki karakteristik kesaling-tergantungan (interdependensi), kebersinambungan hubungan (*continuing interactions*), kepercayaan (*trust*), dan otonom⁴.

Berdasarkan substansi kebijakan publik dan perMenkes No. 417/Menkes/SK/IV/2007 tentang pedoman pelaksanaan jaminan pemeliharaan kesehatan masyarakat miskin tahun 2007 yang diimplementasikan di Dinkes Kota Bontang maka peneliti ingin mengetahui sejauh mana KepMenkes tersebut diimplementasikan oleh Dinkes Kota Bontang kepada masyarakat Kota Bontang, evaluasi program diperlukan untuk mengetahui pelaksanaan berjalan atau tidaknya program yang telah dibuat oleh pemerintah Bontang. Adanya keinginan peneliti untuk memahami pemerintah Bontang dalam merealisasikan kota Bontang Sehat 2008 membuat peneliti melakukan penelitian dengan judul "Evaluasi Program Pemerintah Kota Bontang dalam Mewujudkan Kota Bontang Sehat 2008 (Studi Kasus Program Jaminan Pemeliharaan Kesehatan bagi Masyarakat Miskin, Askeskin).

Alasan penulis memilih JPK-PPK/Askeskin sebagai program yang diteliti adalah JPK-PPK/Askeskin merupakan program yang sangat diharapkan masyarakat miskin di Indonesia secara umum dan kota Bontang secara khusus guna membantu

³ Nurmandi, 2008:22

⁴ Nurmandi, 2008:23

beban pada saat berobat. sesuai dengan kondisi dilapangan, bahwa masyarakat miskin merupakan masyarakat yang kesulitan mendapatkan pelayan kesehatan sesuai dengan standart pelayanan kesehatan.

B. Rumusan Masalah

Rumusan masalah dari penelitian ini adalah bagaimanakah hasil evaluasi pelaksanaan Program Kota Bontang Sehat 2008 (Studi Kasus Program Jaminan Pemeliharaan Kesehatan bagi Masyarakat Miskin, JPK-PPK/Askeskin)?

C. Tujuan dan Manfaat Penelitian

Tujuan dari penelitian ini adalah mengevaluasi pelaksanaan Program Kota Bontang Sehat 2008 (Studi Kasus Program Jaminan Pemeliharaan Kesehatan bagi Masyarakat Miskin, JPK-PPK/Askeskin).

Penelitian ini bermanfaat secara teoritis dan secara praktis, yaitu:

1. Secara Teoritis

Penelitian ini diharapkan dapat memberi tambahan kajian pengetahuan dalam bidang ilmu politik, khususnya yang berkaitan dengan evaluasi program pemerintah kota Bontang dalam mewujudkan kota Bontang Sehat 2008 (Studi Kasus Program Jaminan Pemeliharaan Kesehatan bagi Masyarakat Miskin, Askeskin).

2. Secara Praktis

Apabila penelitian ini terbukti, diharapkan hal ini dapat menambah informasi bagi pemerintah kota khususnya dalam evaluasi program kota Bontang dalam mewujudkan suatu program (Studi Kasus Program Jaminan Pemeliharaan Kesehatan bagi Masyarakat Miskin, Askeskin).

D. Kerangka Teori

1. Evaluasi

Pengertian evaluasi menurut Undang-Undang Nomor 25 Tahun 2004 dan Peraturan Pemerintah Nomor 39 Tahun 2006 adalah rangkaian kegiatan yang membandingkan realisasi masukan (*input*), keluaran (*output*), dan hasil (*outcome*) terhadap rencana dan standard. Menurut Lembaga Administrasi negara (LAN, 2004), evaluasi adalah kegiatan pengukuran yang berlandaskan pada hasil monitoring yang dilakukan secara periodik⁵. Bryant dan White (1987) menyatakan bahwa evaluasi program merupakan suatu upaya untuk mendokumentasikan dan melakukan penilaian tentang apa yang terjadi dan juga mengapa hal itu terjadi⁶.

Sementara itu Aji, dkk (1984) mengemukakan bahwa evaluasi adalah salah satu usaha untuk mengukur dan memberi nilai secara obyektif pencapaian hasil-hasil yang telah direncanakan sebelumnya⁷. Evaluasi sebagai salah satu fungsi manajemen berusaha untuk mempertanyakan efektivitas dan efisiensi pelaksanaan dari suatu

⁵ Lembaga Administrasi negara (LAN, 2004)

⁶ Bryant dan White (1987)

⁷ Aji, dkk (1984)

rencana sekaligus mengukur seobyektif mungkin hasil-hasil yang mendukung maupun yang tidak mendukung suatu rencana. Oleh karena itu keberhasilan rencana program dan kegiatan hanya dapat dibuktikan dengan evaluasi.

Menurut Dunn (1984) evaluasi dapat dilakukan sebelum kebijaksanaan (evaluasi sumatif) maupun sesudah kebijaksanaan dilaksanakan (evaluasi formatif)⁸. Atau dengan kata lain, evaluasi sumatif merupakan penilaian dampak dari suatu program atau biasa disebut dengan evaluasi dampak (outcome evaluasi) dan evaluasi formatif, merupakan proses penilaian terhadap proses dari program disebut juga dengan evaluasi proses.

Pada umumnya ada tiga cara pelaksanaan evaluasi⁹:

- a. Membandingkan fakta atau keadaan yang diperoleh dari pengamatan dan penelitian dengan sasaran yang ingin dicapai oleh suatu program.
- b. Membandingkan berbagai hasil program dalam kaitannya dengan input yang digunakan, misalnya kemajuan suatu daerah yang telah melaksanakan suatu program pembangunan daerah dengan kemajuan daerah lain yang belum melaksanakan program sejenis.
- c. Membandingkan perubahan yang terjadi dari waktu ke waktu di tempat yang sama sebagai hasil pelaksanaan suatu program tertentu.

⁸ Dunn (1984)

⁹ Dunn, 1984

Teori-teori di atas, dilihat dari sudut manajemen bahwa fungsi evaluasi merupakan hal yang terkait dengan fungsi perencanaan dan antara kedua fungsi manajemen tersebut terdapat hubungan yang saling timbal balik.

Dalam penjelasan Peraturan Pemerintah Nomor 39 Tahun 2006 menyatakan bahwa dalam pelaksanaan kegiatan evaluasi dapat dilakukan pada berbagai tahap yang berbeda, yaitu:

- a. Evaluasi pada tahap perencanaan (*ex-ante*), yaitu evaluasi dilakukan sebelum ditetapkannya rencana pembangunan dengan tujuan untuk memilih dan menentukan skala prioritas dari berbagai alternatif dan kemungkinan cara mencapai tujuan yang telah dirumuskan sebelumnya.
- b. Evaluasi pada tahap pelaksanaan (*on-going*), yaitu evaluasi dilakukan saat pelaksanaan rencana pembangunan untuk menentukan tingkat kemajuan pelaksanaan rencana dibandingkan dengan rencana yang telah ditentukan sebelumnya.
- c. Evaluasi pada tahap pasce pelaksanaan (*ex-post*), yaitu evaluasi yang dilaksanakan setelah pelaksanaan rencana berakhir, yang diarahkan untuk melihat apakah pencapaian (keluaran atau hasil atau dampak) program mampu mengatasi masalah pembangunan yang ingin dipecahkan. Evaluasi ini digunakan untuk menilai efisiensi (keluaran dan hasil dibandingkan masukan), efektivitas (hasil dan dampak terhadap sasaran), ataupun manfaat (dampak terhadap kebutuhan) dari suatu program.

Menurut Kementerian Dalam Negeri¹⁰, evaluasi dapat dilakukan berbagai tahap tetapi pada umumnya untuk memudahkan proses dibagi dalam empat tingkatan, yaitu evaluasi pra proyek, evaluasi pada saat berjalan, evaluasi sumatif (akhir) dan evaluasi pasca proyek.

2. Perencanaan

perencanaan adalah (1) pemilihan atau penetapan tujuan-tujuan organisasi; dan (2) penentuan strategi, kebijaksanaan, proyek, program, prosedur, metoda, sistem, anggaran dan standar yang dibutuhkan untuk mencapai tujuan¹¹. Rencana-rencana dibutuhkan untuk memberikan kepada organisasi mencapai tujuan-tujuannya dan menetapkan prosedur terbaik. Disamping itu, rencana memungkinkan:

- a. Organisasi bisa memperoleh dan mengikat sumberdaya-sumberdaya yang diperlukan untuk mencapai tujuan-tujuan.
- b. Para anggota organisasi untuk melaksanakan kegiatan-kegiatan yang konsisten dengan berbagai tujuan dan prosedur terpilih.
- c. Kemajuan yang terus diukur dan dimonitor sehingga tindakan korektif dapat diambil bila tingkat kemajuan tidak memuaskan.

Adapun sifat-sifat atau ciri-ciri suatu perencanaan yang baik¹², yaitu:

- a. Rencana harus mempermudah tercapainya tujuan yang telah ditetapkan sebelumnya.

¹⁰ http://www.cerd.or.id/juknis/juknis_monev.pdf

¹¹ Handoko (2003:23)

¹² Siagian, 1994

- b. Rencana yang dibuat oleh orang-orang yang sungguh-sungguh memahami tujuan organisasi.
- c. Rencana harus dibuat oleh orang-orang yang sungguh-sungguh mendalami teknik-teknik perencanaan.
- d. Rencana harus disertai oleh suatu perincian yang teliti, dimana secara terperinci dan mendetail dirumuskan berbagai kegiatan yang mencakup aspek organisasi, tata cara, metode kerja, pembiayaan, target waktu, target hasil dan sistem pengawasan yang digunakan.
- e. Rencana tidak boleh lepas sama sekali dari pemikiran pelaksana
- f. Rencana harus bersifat sederhana
- g. Rencana harus luwes
- h. Di dalam rencana terdapat tempat pengambilan resiko
- i. Rencana harus bersifat praktis (pragmatis), artinya suatu rencana harus dapat dicapai (attainable) dengan memperhitungkan tujuan, kapasitas organisasi, faktor lingkungan dan kemungkinan-kemungkinan yang mungkin timbul di masa depan.
- j. Rencana harus merupakan forecasting, mengingat bahwa rencana akan dijalankan masa yang akan datang, maka rencana itu harus merupakan peramalan akan keadaan yang mungkin dihadapi.

Moore dalam Alexander (1988) menyatakan bahwa definisi dari perencanaan adalah semua macam-macam aktivitas keputusan untuk merumuskan alokasi dan distribusi dari sumber daya umum. Hal ini pula yang menekankan bahwa

perencanaan adalah proses dari aktivitas yang disajikan dalam bentuk program. Serupa dengan Moore, Conyers dan Hills (1984) menyebutkan bahwa bahwa perencanaan adalah satu proses yang berkelanjutan yang berdampak pada suatu keputusan, memberikan beberapa alternatif untuk pemanfaatan sumber daya yang tersedia dengan tujuan utama untuk meningkatkan kualitas di masa yang akan datang.

Bryan dan White (1987) memberikan definisi perencanaan sebagai kegiatan untuk mengumpulkan data yang relevan, memperkirakan kemungkinan yang dapat terjadi, memutuskan alternatif terbaik dan variabel yang perlu dikoreksi, dan membuat kesimpulan bahwa perencanaan sumber daya langka meliputi manajemen oleh otoritas yang dipaksa oleh masyarakat. Perencanaan harus berhubungan dengan pengaturan yang secara sengaja dan terus menerus mencari alternatif terbaik untuk tujuan tertentu.

3. Efektivitas

Pengertian efektivitas berkaitan erat dengan tingkat keberhasilan suatu aktivitas sektor publik, sehingga suatu kegiatan akan dikatakan efektif bilamana kegiatan dimaksud mempunyai pengaruh yang besar terhadap kemampuan penyediaan layanan publik, yang tidak lain merupakan sasaran yang telah ditetapkan sebelumnya. Devas, dkk. (2009:279-280) menyatakan bahwa efektivitas adalah hasil guna kegiatan pemerintah dalam mengurus keuangan daerah haruslah sedemikian rupa, sehingga memungkinkan program dapat direncanakan dan dilaksanakan untuk mencapai tujuan pemerintah dengan biaya serendah-rendahnya dan dalam waktu yang secepat-cepatnya. Efektivitas menunjukkan keberhasilan atau kegagalan dalam

mencapai suatu tujuan (*objectives*), sehingga efektivitas hanya berkepentingan dengan keluaran. Selain itu, efektivitas merupakan perbandingan antara keluaran dengan tujuan. Oleh karena itu suatu tujuan harus dinyatakan secara spesifik dan rinci, sehingga pengukuran efektivitas dapat lebih bermanfaat dan bermakna.

Ukuran yang dipakai untuk mengukur tingkat efektivitas suatu organisasi yaitu:¹³

- a. Dari tingkat produktivitas
 - 1) Usaha untuk melaksanakan tugas program atau rencana kerja
 - 2) Usaha untuk memanfaatkan sumber-sumber yang tersedia secara efisien dan efektif
 - 3) Kelancaran pelaksanaan kepada masyarakat
- b. Dari tingkat fleksibilitas organisasi, yang diukur dengan gejala-gejala:
 - 1) Usaha mengadakan perubahan didalam organisasi
 - 2) Usaha untuk mengadakan penyesuaian terhadap perubahan yang datang dari luar.
- c. Dari tingkat tidak terjadinya ketegangan, tekanan tegangan diantara konflik yang diukur dengan gejala :
 - 1) Kebebasan para aparat dalam menjalankan aktivitas
 - 2) Kerukunan atau tidak adanya konflik, tekanan, ketegangan diantara para aparat dalam melaksanakan aktivitas.

¹³ Alex S. Nitisemito, 2000:260

4. Otonomi Daerah

Menurut Undang-Undang Nomor 22 Tahun 1999 tentang Pemerintahan Daerah (PD), yang dimaksud dengan PD adalah penyelenggaraan PD Otonom dan Dewan Perwakilan Rakyat Daerah (DPRD) menurut asas desentralisasi. Sedangkan PD adalah Kepala beserta perangkat daerah otonom yang lain sebagai badan eksekutif daerah dan DPRD sebagai legislatif daerah¹⁴.

Pemerintahan Daerah (PD) terdiri atas Kepala Daerah dan Perangkat Daerah lainnya. Kepala Daerah Provinsi disebut Gubernur, Kepala Daerah kabupaten disebut Bupati, dan Kepala Daerah Kota disebut Walikota. Kepala Daerah Provinsi karena jabatannya adalah juga Kepala Daerah administrasi sebagai wakil pemerintah¹⁵.

Memasuki era otonomi daerah, Pemerintahan Daerah (PD) banyak mengalami permasalahan dalam keuangan daerah diantaranya minimnya Penerimaan Asli Daerah (PAD) dan Dana Perimbangan, penerimaan daerah banyak tergantung dari pusat, baik Dana Alokasi Umum (DAU) maupun Dana Alokasi Khusus (DAK), serta rendahnya pengeluaran pembangunan dibandingkan pengeluaran rutin. Itu semua menjadikan beban kerja pemerintah untuk memberikan pelayanan publik menjadi semakin sulit dilakukan. Kondisi tersebut diperburuk lagi oleh pemahaman yang keliru dalam pelaksanaan otonomi, yaitu daerah yang mandiri adalah daerah yang mampu menanggung sendiri permasalahan daerah¹⁶. Padahal dari permasalahan-permasalahan tersebut sebenarnya dapat diubah menjadi peluang kerjasama antar

¹⁴ Abdullah, 2000

¹⁵ Darumurti dan Rauta, 2000

¹⁶ Feriyanto, 2001

daerah jika digarap secara bijak oleh PD dan Dewan Perwakilan Rakyat Daerah (DPRD). Kerjasama tersebut akan dapat memberdayakan daerah dan mengurangi potensi konflik yang dapat muncul antar daerah.

Otonomi Daerah membawa berbagai konsekuensi yang berupa tuntutan adanya pelaksanaan pemerintahan yang ekonomis, efektif, efisien, dan akuntabel. Secara operasional, makna yang terkandung dalam konsep otonomi daerah ada empat hal¹⁷, yaitu:

a. Ekonomis

Tergantung makna, bagaimana pemerintah daerah mampu menjalankan urusan otonominya dengan berbagai pertimbangan ekonomis yaitu memilih dari berbagai alternatif yang tersedia dari sudut total pembiayaan. Tujuan ekonomis ini adalah menghilangkan kesan pemborosan dalam penyelenggaraan pemerintahan daerah baik dalam kegiatan rutin maupun pembangunan. Kesan better value for money akan mengental. Ini berarti bahwa pemerintah daerah akan selalu bersikap kompetitif dalam upaya memberikan nilai tertinggi bagi setiap rupiah uang rakyat yang digunakan.

b. Efektif

Terkandung makna bahwa dalam menjalankan tugas pokok dan fungsinya pemerintah daerah dapat mencapai sasaran yang direncanakan. Untuk itu perlu disepakati terlebih dahulu standar efektivitas yang diinginkan. Sasaran atau tujuan yang ingin dicapai oleh pemerintah daerah haruslah terukur dan ada standar yang

¹⁷ Affandi, 2001

jelas. Adanya sasaran yang jelas akan menunjukkan bagaimana pemerintah daerah dapat menangkap aspirasi dan mengartikulasikan tuntutan dan dukungan daerah yang bersangkutan.

c. Efisien

Terkandung makna bahwa output yang dihasilkan dari setiap penyelenggaraan urusan otonomi tercapai dengan sumber daya yang minimal. Tujuan yang ingin dicapai adalah untuk mendapatkan citra bahwa pemerintah daerah akan selalu hemat dalam mempergunakan sumberdaya (dana, pegawai, peralatan dan tata kerja atau prosedur, dan lain-lain) dalam menjalankan tugas pokoknya.

d. Akuntabel

Terkandung makna bahwa pemerintah daerah mengutamakan kepentingan warganya dengan jalan mempertanggungjawabkan pelaksanaan otonominya kepada masyarakat melalui wakil-wakil rakyat dalam yurisdiksinya. Tujuan yang ingin dicapai adalah pendidikan politik masyarakat lokal yang pada gilirannya akan menyumbangkan pendidikan politik secara nasional. Adanya pendidikan politik yang baik akan mencegah terjadinya separatisme dalam masyarakat yang dimungkinkan karena adanya perbedaan etnis, agama, suku, bahasa maupun tingkat ekonomi.

Mengenai kualitas aparatur Pemerintahan Daerah (PD) yang handal dan berbobot, J. Kristiadi sebagaimana dikutip oleh Sarundajang memberikan tolak ukur

penilaiannya dengan cara memberikan ciri-ciri di dalam melakukan tugas-tugasnya sebagai aparatur pemerintah, yaitu¹⁸:

- a. Tanggung gugat, yaitu berkenaan dengan meningkatnya kesadaran tentang keinginan dari aparatur negara untuk memberikan pertanggungjawaban (accountability), dan kewenangan memegang tanggung gugat. Dalam hal ini aparatur pemerintahan harus bertindak, tetapi dalam cara bertindak tersebut harus dapat mempertanggung jawabkan kewenangannya.
- b. Transparan (keterbukaan), yaitu bertalian dengan keinginan menyelenggarakan administrasi negara yang terbuka dan mudah dijabarkan yang berlandaskan susunan konstitusional dan keabsahannya.
- c. Efektif dan efisien, yaitu berhubungan dengan kemampuan yang tinggi untuk mengoptimalkan kemanfaatan segala sumber daya dan dana yang tersedia dalam rangka pelaksanaan tugas pelayanan.
- d. Pertanggungjawaban, yaitu ikut serta menciptakan suatu kondisi masyarakat dimana masyarakat dan aparatur negara yang melaksanakan tugas memberikan dukungan kepada kelembagaan masyarakat tentang hasil-hasil dari tugas sosialnya.
- e. Partisipatif, yaitu dijamin bahwa perorangan, kelompok atau kesatuan masyarakat di dalam masyarakat keseluruhan telah terlibat, baik secara langsung maupun tidak langsung dalam menyatakan keinginan-keinginan dan harapan-harapan mereka terhadap pemerintah.

¹⁸ Darumurti dan Rauta, 2000

- f. Keadilan, yaitu berkaitan dengan suatu jaminan bahwa terdapat keadilan dan pendistribusian yang cukup luas atas sumber-sumber bagi mereka yang berhak menerimanya.
- g. Bersih, dalam arti perilaku seluruh aparatur negara dapat dipertanggungjawabkan, baik dilihat dari segi peraturan perundang-undangan, moral, serta sikap tanduknya dalam melaksanakan tugas.

Otonomi daerah sebagai salah satu bentuk desentralisasi pemerintahan, pada hakikatnya ditujukan untuk memenuhi kepentingan bangsa secara keseluruhan. Yakni upaya untuk lebih mendekati tujuan-tujuan penyelenggaraan pemerintahan untuk mewujudkan cita-cita masyarakat yang lebih baik, masyarakat yang lebih adil dan lebih makmur. Pemberian, pelimpahan, dan penyerahan sebagian tugas-tugas pusat kepada Daerah merupakan inti dari otonomi. Keberadaan otonomi daerah diarahkan untuk memacu pemerataan pembangunan dan hasil-hasilnya dalam rangka meningkatkan kesejahteraan rakyat. Di samping itu otonomi daerah diorientasikan untuk menggalakkan prakarsa dan peran aktif masyarakat agar bisa meningkatkan pendayagunaan potensi daerah secara optimal.¹⁹

Menurut Syafruddin (1993), asas-asas penyelenggaraan pemerintahan daerah adalah:

¹⁹ Syaukani, 2000

a. Umum

Asas desentralisasi dan dekonsentrasi memberikan dasar-dasar bagi penyelenggaraan berbagai urusan pemerintahan di daerah menurut asas tugas pembantuan.

b. Desentralisasi

Urusan-urusan pemerintahan yang telah diserahkan kepada daerah dalam rangka pelaksanaan asas desentralisasi pada dasarnya menjadi kewenangan dan tanggung jawab daerah seperlunya. Dalam hal ini prakarsa sepenuhnya diserahkan kepada Daerah, baik yang menyangkut penentuan kebijaksanaan, perencanaan, pelaksanaan, maupun yang menyangkut segi-segi pembiayaannya. Demikian pula perangkat pelaksanaannya adalah perangkat daerah itu sendiri, yaitu terutama dinas-dinas daerah.

c. Dekonsentrasi

Oleh karena tidak semua urusan pemerintahan dapat diserahkan kepada daerah menurut asas desentralisasi, maka penyelenggaraan berbagai urusan pemerintahan di daerah dilaksanakan oleh perangkat pemerintah di daerah berdasarkan asas dekonsentrasi. Urusan-urusan yang dilimpahkan oleh pemerintah kepada pejabat-pejabatnya di daerah menurut asas dekonsentrasi ini tetap menjadi tanggung jawab pemerintah pusat baik mengenai perencanaan, pelaksanaan, maupun pembiayaannya. Unsur pelaksanaannya adalah terutama instansi-instansi vertikal yang dikoordinasikan oleh Kepala Daerah dalam kedudukannya selaku perangkat pemerintah pusat, tetapi kebijaksanaan terhadap

pelaksanaan urusan dekonsentrasi tersebut sepenuhnya ditentukan oleh pemerintah pusat.

d. Tugas Pembantuan

Tidak semua urusan pemerintahan dapat diserahkan kepada daerah menjadi urusan rumah tangganya. Terdapat beberapa urusan pemerintah yang masih tetap merupakan urusan pemerintah pusat. Akan tetapi, berat sekali bagi pemerintah pusat untuk menyelenggarakan seluruh urusan pemerintahan di daerah yang masih menjadi wewenang dan tanggung jawabnya itu atas dasar dekonsentrasi, mengingat terbatasnya kemampuan perangkat pemerintah pusat di daerah. Dan juga ditinjau dari segi daya guna dan hasil guna adalah kurang dapat dipertanggungjawabkan apabila semua urusan pemerintah pusat di daerah harus dilaksanakan sendiri oleh perangkat di daerah karena hal itu akan memerlukan tenaga dan biaya yang sangat besar jumlahnya. Lagi pula, mengingat sifatnya berbagai urusan sulit untuk dapat dilaksanakan dengan baik tanpa ikut sertanya pemerintah daerah yang bersangkutan

Dalam penyelenggaraan Pemerintahan Daerah (PD), ada tiga prinsip yang dapat dipakai²⁰, yaitu:

- a. Digunakan asas desentralisasi, dekonsentrasi, dan tugas pembantuan.
- b. Penyelenggaraan asas desentralisasi secara utuh dan bulat dilaksanakan di daerah Kabupaten dan Kota.

²⁰ Abdullah (2000)

c. Asas tugas pembantuan dapat dilaksanakan di daerah Provinsi, Kabuapten, Kota dan Desa.

Otonomi atau desentralisasi bukanlah semata-mata bernuansa *technical administration* atau *practical administration* saja, melainkan juga harus kita lihat sebagai *process of political interaction*. Hal ini berarti bahwa desentralisasi atau otonomi ini sangat erat kaitannya dengan demokrasi, hal mana yang diinginkan tidaklah hanya demokrasi pada tingkat nasional, melainkan juga demokrasi di tingkat lokal (*local democracy*) yang arahnya kepada pemberdayaan (*empowering*) atau kemandirian daerah²¹.

Pada intinya dalam perencanaan strategis daerah adalah memahami dengan baik persoalan-persoalan, baik internal maupun eksternal, yakni memahami dengan jernih masalah dan potensi yang dimilikinya dan menetapkan langkah mencapai masa depan dengan sumberdaya yang tersedia. Selain itu perencanaan akan bermakna pula sebagai upaya untuk memprediksikan masa depan, dalam arti melakukan analisis kecenderungan menjadi faktor yang ikut menentukan. Kekeliruan memprediksi, akan sangat mengganggu gerak langkah pembangunan daerah berarti menjauhkan rakyat dari kehidupan yang lebih baik dan lebih bermakna²².

²¹ Malarangeng, 2001

²² Abe, 2001

5. Kebijakan Publik

Literatur tentang perumusan kebijakan publik menyajikan berbagai peran alternatif mengenai bagaimana kebijakan publik dirumuskan. Ada beberapa model yang dalam beberapa literatur selalu didiskusikan, seperti: model elitis, model pluralis, model sistem, model rasional komprehensif, model kepuasan, model incremental, model *mixen scanning*, dan model kualitatif optimal.

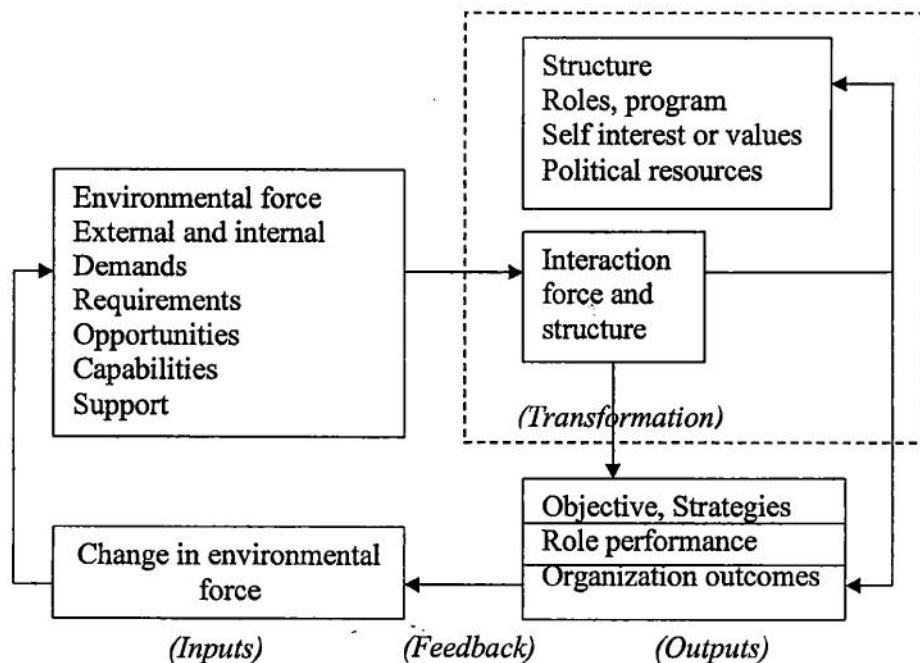
a. Model Sistem

Menurut model sistem, kebijakan publik dipandang sebagai tanggapan dari suatu sistem kebijakan publik terhadap tuntutan-tuntutan yang timbul dari lingkungan yang merupakan kondisi atau keadaan yang berada di luar batas-batas sistem politik. Kekuatan-kekuatan yang timbul dari dalam sistem politik dipandang sebagai masukan-masukan (*inputs*) bagi sistem politik, sedangkan hasil-hasil yang dikeluarkan oleh sistem politik yang merupakan tanggapan terhadap tuntutan-tuntutan dipandang sebagai keluaran (*outputs*) dari sistem politik.

Kebijakan publik merupakan hasil dari sistem politik. Konsep sistem politik merujuk pada seperangkat lembaga dan kegiatan yang dapat diidentifikasi dalam masyarakat yang berfungsi merubah tuntutan-tuntutan (*demands*) menjadi keputusan-keputusan yang otoritatif. Konsep "sistem" juga menunjukkan adanya hubungan timbal balik antara elemen-elemen yang membangun sistem politik serta mempunyai kemampuan dalam menanggapi kekuatan yang berasal dari lingkungannya (*internal and external environment*). Masukan-masukan yang

diterima oleh sistem politik berupa tuntutan-tuntutan (*demands*) dan dukungan (*supports*).

Gambar 1.1
Model Pembuatan kebijakan yang dikembangkan
oleh Paine dan Naumes (Winarno, 2007).



Tuntutan-tuntutan timbul bila individu atau kelompok-kelompok diluar sistem politik memainkan peran dalam mempengaruhi kebijakan publik. Kelompok-kelompok ini secara aktif berusaha mempengaruhi sistem kebijakan. Sedangkan dukungan (*supports*) bisa berupa sumber-sumber keuangan yang dimiliki oleh sistem politik, serta dukungan politik dari individu-individu atau kelompok-kelompok atau dengan cara mereka menerima hasil-hasil pemilihan-pemilihan,

mematuhi undang-undang, membayar pajak, dan secara umum mematuhi keputusan-keputusan kebijakan.

Dengan merujuk pada sistem yang ditawarkan oleh Easton Paine dan Naumes menggambarkan model pembuatan kebijakan sebagai interaksi yang terjadi antara lingkungan dengan para pembuat kebijakan dalam proses yang dinamis.

b. Model Elit

Model ini merupakan abstraksi dari suatu proses pembuatan kebijakan dimana kebijakan publik boleh dikatakan identik dengan perspektif elit politik²³. Dalam model ini kehidupan social terlihat terdiri dari dua lapisan, yakni lapisan atas dengan jumlah yang sangat kecil yang selalu mengatur, dan lapisan bawah dengan jumlah yang sangat besar yang diatur. Karena kebijakan negara mencerminkan kehendak atau nilai-nilai sekelompok kecil orang yang berkuasa. Isu-isu kebijakan yang akan masuk dalam agenda perumusan merupakan kesepakatan dan juga hasil konflik yang terjadi diantara elit politik itu sendiri. Sementara itu, konflik di antara elit politik sendiri tidak juga mencerminkan suatu kelompok masyarakat yang diwakilinya. Masyarakat yang menjadi kelompok sasaran dari berbagai kebijakan negara yang tidak mewakili kekuatan untuk mempengaruhi dan menciptakan opini tentang isu kebijakan yang seharusnya menjadi agenda politik ditingkat atas.

Sementara itu para pejabat pemerintah yang terdiri dari birokrat administrator yang menjadi mediator bagi jalannya informasi yang mengalir dari atas (pembuat

²³ Wibawa, 1994

kebijakan) ke bawah (masyarakat). Karena pada dasarnya para elit politik ingin mempertahankan status quo maka kebijakan menjadi konservatif, sehingga dalam kehidupan politik tidak terjadi kejutan-kejutan yang memungkinkan ketidaksepakatan masyarakat terhadap kebijakan yang muncul. Kalaupun terjadi perubahan-perubahan kebijakan maka sifatnya *incremental* (tambal sulam) maupun *trial and error*, yang hanya mengubah atau memperbaiki kebijakan-kebijakan sebelumnya.

Kebijakan-kebijakan yang dibuat oleh para elit politik tidaklah selalu mementingkan kesejahteraan masyarakat. Dalam derajat tertentu mereka tetaplah membutuhkan dukungan massa, sehingga mereka juga harus memuaskan sebagian kepentingan tersebut. Pada tahap yang lebih jauh model ini dapat pula dipergunakan untuk menjelaskan proses implementasi, misalnya bagaimana para anggota kelompok elit mencegah agar tidak terjadi penjegalan terhadap pelaksanaan kebijakan yang mereka putuskan.

c. Model Kelompok

Model kelompok merupakan abstraksi dari proses pembuatan kebijakan yang di dalamnya terdapat beberapa kelompok kepentingan yang berusaha untuk saling mempengaruhi isi dan bentuk kebijakan secara interaktif.²⁴ Dengan demikian, pembuat kebijakan terlihat sebagai upaya untuk menanggapi tuntutan dari berbagai kelompok kepentingan dengan cara bargaining, negosiasi, dan kompromi. Tuntutan-tuntutan yang saling bersaing antara kelompok-kelompok

²⁴ Wibawa, 1994

yang berpengaruh dikelola dengan cara ini. Sebagai hasil dari persaingan berbagai kelompok kepentingan, kebijakan negara pada hakikatnya adalah keseimbangan yang tercapai dalam pertarungan antara kelompok dalam memperjuangkan kepentingan masing-masing pada suatu waktu. Agar upaya pertarungan ini tidak bersifat merusak, maka sistem politik berkewajiban untuk mengarahkan konflik kelompok. Cara yang biasa ditempuh adalah:

- 1) Menetapkan aturan main bagi kelompok-kelompok yang memperjuangkan kepentingan mereka.
- 2) Mengatur kompromi dan menyeimbangkan kepentingan-kepentingan.
- 3) Menuangkan kompromi-kompromi tersebut sebagai kebijakan publik.
- 4) Melaksanakan apa yang telah dikompromikan tersebut.

Meskipun model kelompok ini diabstraksikan dari peristiwa pembuatan kebijakan di dalam masyarakat Barat, dimana kelompok-kelompok kepentingan memiliki akses yang relative memadai terhadap proses pembuatan kebijakan negara, dalam beberapa hal model kelompok bisa juga digunakan untuk menjelaskan proses pembuatan kebijakan di Indonesia.

Dalam proses pembuatan kebijakan publik, model kelompok digunakan untuk menelaah apakah yang saling berkompetisi untuk mempengaruhi pembuatan kebijakan negara dan siapa yang memiliki pengaruh yang paling kuat terhadap keputusan yang dibuat. Pada tingkat implementasi, kompetisi antar kelompok juga merupakan salah-satu faktor yang menentukan aktivitas kebijakan dalam mencapai tujuan.

d. Model Rasional Komprehensif

Model rasional komprehensif merupakan model pembentukan kebijakan yang paling terkenal dan paling luas diterima dikalangan para pengkaji kebijakan publik. Winarno (2007) menyatakan pada dasarnya model ini terdiri dari beberapa elemen, yakni:

- 1) Pembuat keputusan dihadapkan pada suatu masalah tertentu.
- 2) Tujuan-tujuan, nilai-nilai atau sasaran-sasaran yang mengarahkan pembuat keputusan disusun menurut arti pentingnya.
- 3) Berbagai alternatif untuk mengatasi masalah perlu diselidiki.
- 4) Konsekuensi-konsekuensi (biaya dan keuntungan) dari setiap pemilihan alternatif perlu diselidiki.
- 5) Setiap alternatif dan konsekuensi yang menyertai dapat dibandingkan dengan alternatif-alternatif lain.

Keseluruhan proses tersebut menghasilkan suatu keputusan rasional, yaitu efektif untuk mencapai tujuan tertentu yang diinginkan (*intended goal*). Yang didasarkan pada pemikiran Herbert Simon tentang perilaku administrasi. Simon menekankan bahwa perilaku administrasi adalah proses pengambilan keputusan secara rasional. Oleh sebab itu suatu kebijakan negara haruslah didasarkan pada keputusan yang sudah diperhitungkan rasionalitasnya.

Pendekatan ini mengabaikan asal usul kebijakan tersebut, sepanjang kebijakan yang ditempuh akan memberikan suatu hasil yang baik dengan sumberdaya yang paling sedikit, maka kebijakan tersebut layak untuk dilaksanakan. Persoalan yang

muncul dari kebijakan ini adalah kesulitan dalam menentukan tujuan itu sendiri. Pada dasarnya nilai kecenderungan yang berkembang dalam masyarakat tidak dapat terdeteksi secara menyeluruh, sehingga menyulitkan bagi pembuat kebijakan untuk menentukan arah yang akan dibuat. Pendekatan rasional ini cukup problematic dalam hal siapa yang berhak menilai suatu kebijakan bersifat rasional atau tidak.

e. Model Penambahan (*Incremental*)

Berbagai kritik yang lahir terhadap model rasional, melahirkan model penambahan atau incremental, model incremental berusaha untuk menutupi kekurangan yang ada pada model rasional komprehensif, dengan cara menghindari banyak masalah yang ditemui dalam model rasional komprehensif. Model ini lebih bersifat deskriptif, dalam pengertian model ini menggambarkan secara actual cara-cara yang dipakai oleh para pejabat dalam membuat keputusan.

Menurut model ini, kebijakan atau keputusan selalu bersifat *serial*, *fragmentary* dan sebagian besar *remedial*. Suatu masalah bisa saja muncul, namun dapat dipecahkan oleh proses pengambilan keputusan incremental, dan sejalan dengan berlalunya waktu bisa menciptakan atmosfir yang lebih menguntungkan bagi perubahan-perubahan dan sekaligus memberikan peluang-peluang tambahan bagi penyesuaian perbedaan di kalangan pembuat keputusan.

Ringkasnya ada beberapa hal yang harus diperhatikan dalam mempelajari model penambahan (*inkrementalisme*), yakni²⁵:

- 1) Pemilihan tujuan-tujuan atau sasaran-sasaran dan analisis-analisis empirik terhadap tindakan dibutuhkan. Keduanya lebih berkaitan erat dengan dan bukan berada satu sama lain.
- 2) Para pembuat keputusan hanya mempertimbangkan beberapa alternatif untuk menanggulangi masalah yang dihadapi dan alternatif-alternatif ini hanya berada secara marginal dengan kebijakan yang sudah ada.
- 3) Untuk setiap alternatif, pembuat keputusan hanya mengevaluasi beberapa konsekuensi yang dianggap penting saja.
- 4) Masalah-masalah yang dihadapi oleh para pembuat keputusan dibatasi kembali secara berkesinambungan. Inkrementalisme memungkinkan penyesuaian-penyesuaian sarana-tujuan, tujuan-sarana sebanyak mungkin sehingga memungkinkan masalah dapat dikendalikan.
- 5) Tidak ada keputusan tunggal atau penyelesaian masalah yang dianggap “tepat”
- 6) Pembuatan keputusan secara incremental pada dasarnya merupakan pengulangan dan lebih banyak diarahkan pada perbaikan terhadap ketidaksempurnaan social yang nyata sekarang ini daripada mempromosikan tujuan social di masa depan.

²⁵ Lindblom dan Dye oleh Winarno, 2007

Menurut pandangan kaum inkrementalis, para pembuat keputusan dalam menunaikan tugasnya berada di bawah keadaan yang tidak pasti yang berhubungan dengan konsekuensi-konsekuensi dari tindakan mereka di masa depan. Oleh karena itu, keputusan-keputusan incremental dapat mengurangi resiko realistik atau biaya ketidakpastian itu. Inkrementalisme juga mempunyai sifat realistik karena didasari kenyataan bahwa para pembuat keputusan kurang waktu, kecakapan dan sumber-sumber lain yang dibutuhkan untuk melakukan analisis menyeluruh terhadap penyelesaian semua alternatif masalah-masalah yang ada. Disamping itu, orang lain bertindak secara pragmatis, tidak selalu mencari cara yang paling baik dalam menanggulangi suatu masalah. Singkatnya inkrementalisme menghasilkan keputusan-keputusan yang terbatas, dapat dilakukan dan diterima.

Kebijakan adalah segala sesuatu yang dilakukan atau tidak dilakukan oleh pemerintah, yang mana kebijakan atau keputusan itu terkadang merupakan produk serba kebetulan. Akan tetapi, kebanyakan kebijakan akan melibatkan pilihan yang sadar. Persoalannya adalah apakah yang menjadi pedoman bagi aktor dalam mengambil keputusan tersebut, artinya nilai apakah yang mempengaruhi tindakan para pengambil keputusan. Menurut konsepsi Anderson (1969), nilai-nilai yang kemungkinan dapat menjadi pedoman dan membantu mengarahkan perilaku para aktor pembuat keputusan dapat dikelompokkan ke dalam lima nilai kategori, yaitu:

a. Nilai-Nilai Politik

Pembuat keputusan (*decision maker*) mungkin melihat alternatif-alternatif kebijakan berdasarkan pada kepentingan partai politiknya beserta kelompok (*clienteles*)

group). Keputusan yang dibuat didasarkan pada keuntungan politik dengan dipandang sebagai sarana untuk mencapai tujuan-tujuan partai atau tujuan-tujuan kelompok kepentingan.

b. Nilai-nilai Organisasi

Para aktor pembuat kebijakan, khususnya para birokrat barangkali dipengaruhi oleh nilai-nilai organisasi. Keputusan individu bisa saja didasarkan pada keinginan untuk menghidupkan terus organisasinya, untuk memperluas program-program dan kegiatan-kegiatannya, atau mempertahankan kekuasaan atau hak-hak istimewanya.

c. Nilai Pribadi

Dalam mengambil keputusan para aktor menjadikan kepentingan pribadi sebagai pertimbangan. Semisal usaha untuk melindungi dan mengembangkan kepentingan ekonomi, reputasi atau kedudukan sejarah para aktor.

d. Nilai Kebijakan

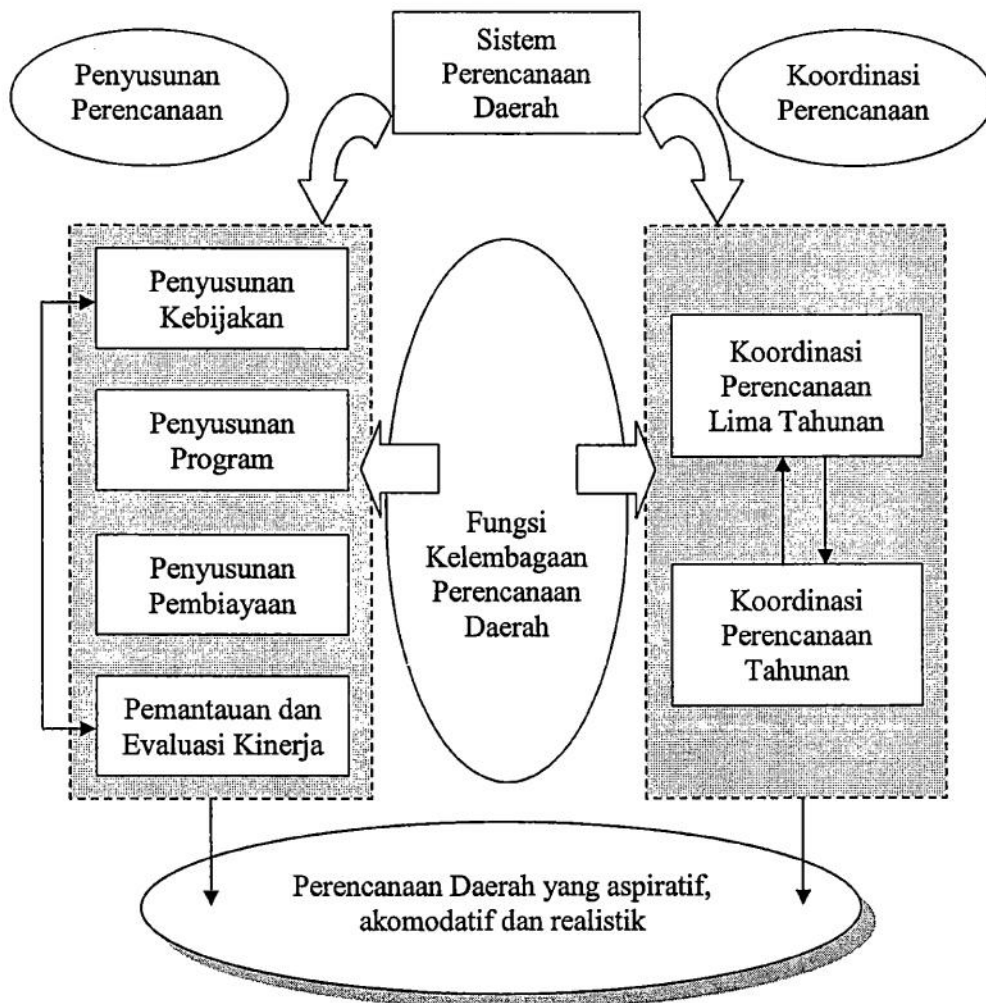
Para aktor pengambil kebijakan tentunya tidak hanya dipengaruhi oleh perhitungan-perhitungan keuntungan organisasi atau pribadi, mungkin saja mereka bertindak atas nama kepentingan masyarakat, atau nilai baik secara moral, benar dan pantasnya sebuah keputusan yang akan diambil.

e. Nilai Ideologi

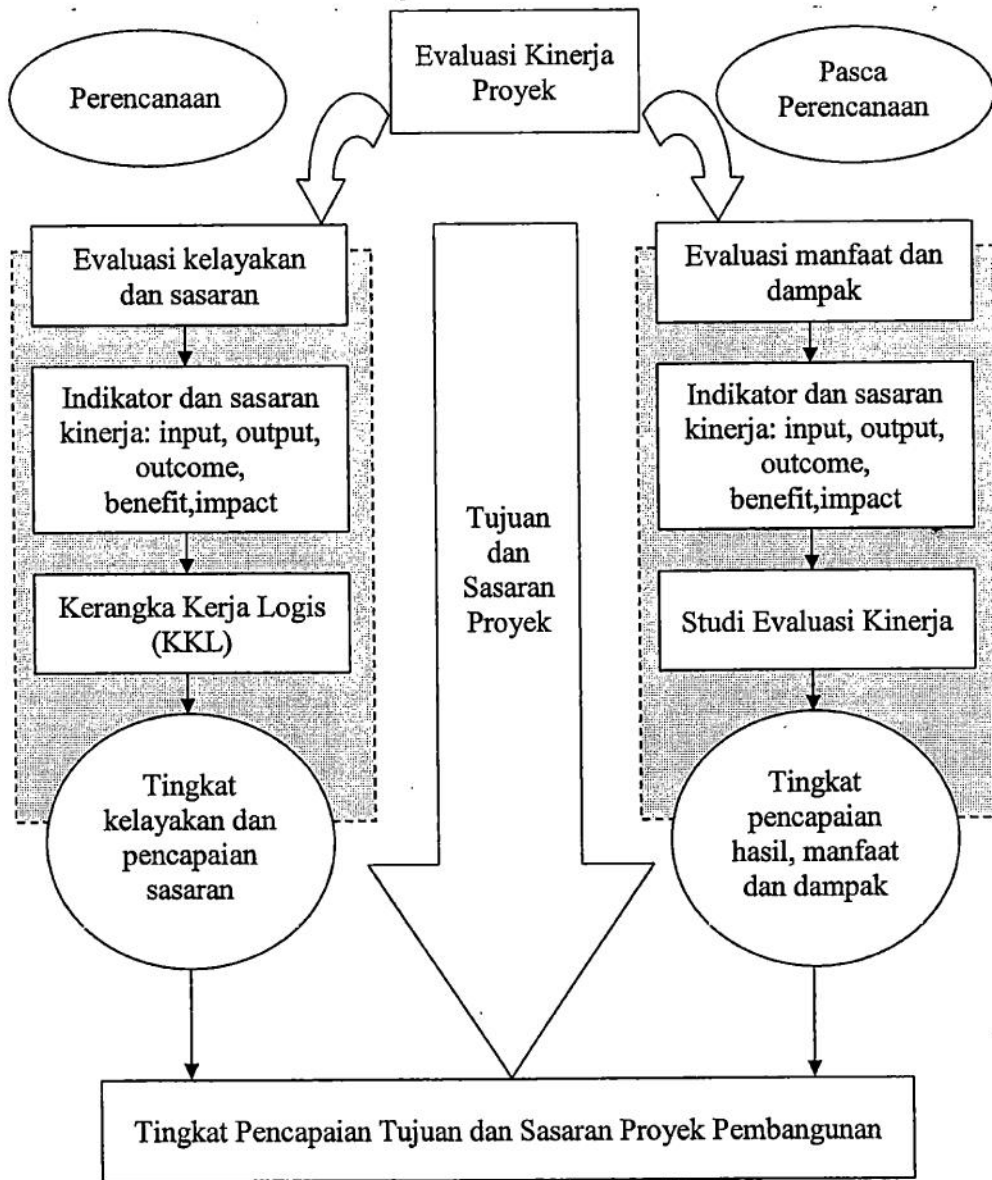
Ideologi merupakan seperangkat nilai-nilai dan kepercayaan yang berhubungan secara logis yang memberikan gambaran dunia dan merupakan pedoman bagi rakyat untuk melakukan tindakan. Ideologi dijadikan sarana untuk

merasionalisasikan dan melegitimasi tindakan-tindakan kebijakan yang dilakukan oleh para aktor pengambil kebijakan.

Gambar 1.2
Sistem Perencanaan Pembangunan Daerah
(Darumurti, K. D., dan Uumbu, R., 2000. hlm. 97)

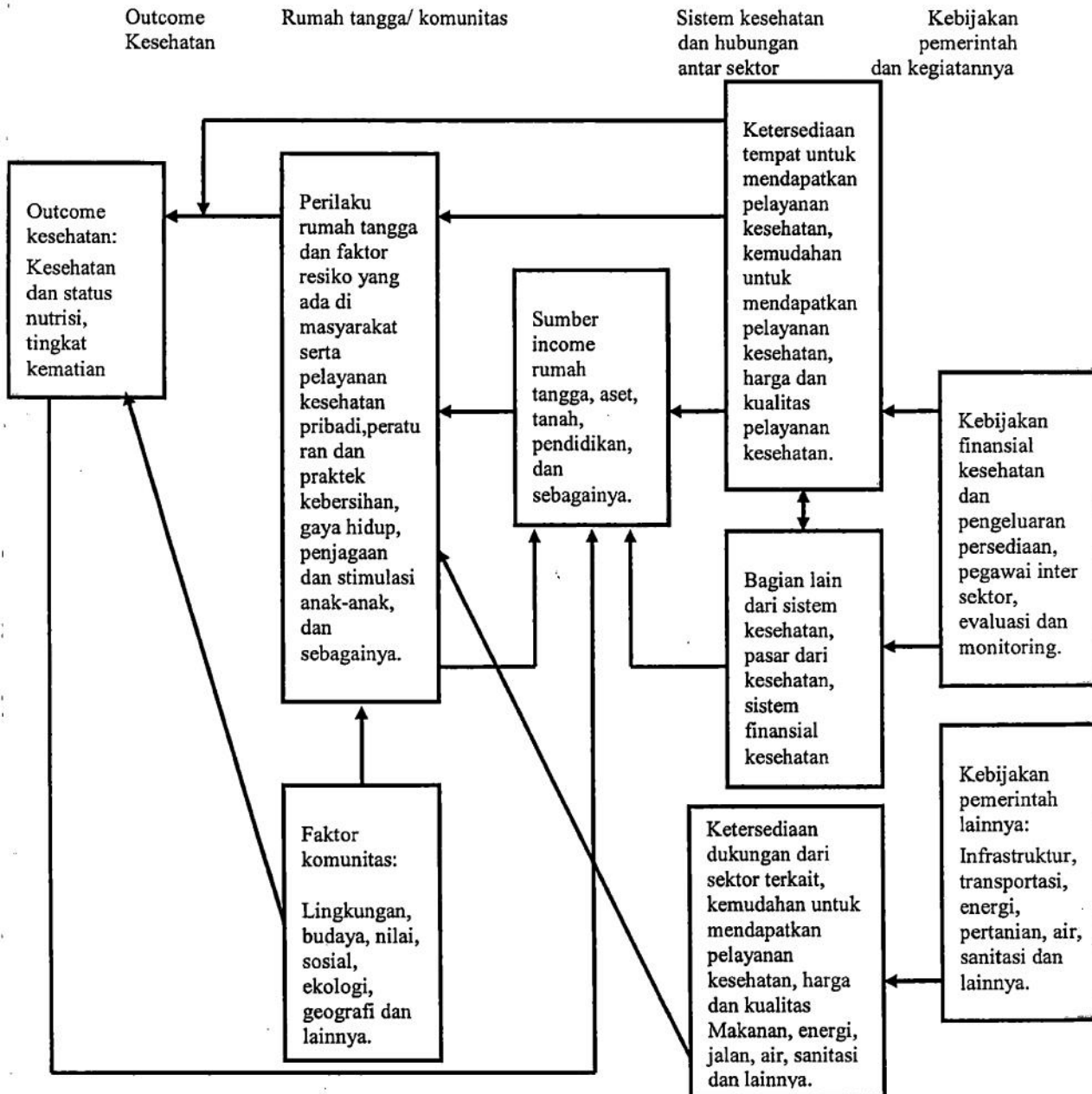


Gambar 1.3
 Evaluasi Kinerja Proyek Pembangunan
 (Darumurti, K. D., dan Uumbu, R., 2000. hlm. 120)



6. Indikator Kebijakan Kesehatan

Gambar 1.4
 Indikator Implementasi Program
 Sumber: Soucat et al. 2007. *Public services Delivery*.
 Washington DC: The World Bank, hal.154.



Berdasarkan tabel di atas dapat diketahui bahwa dalam kerangka pelayanan kesehatan terdapat keterkaitan antara kebijakan pemerintah dan kegiatannya, sistem kesehatan dan hubungan antar sektor, rumah tangga atau komunitas, serta *outcome* dari pelayanan kesehatan. Kebijakan pemerintah dan kegiatannya berkaitan dengan kebijakan finansial kesehatan dan pengeluaran persediaan, pegawai inter sektor, evaluasi dan monitoring. Selain itu adanya kebijakan pemerintah lainnya meliputi infrastruktur, transportasi, energi, pertanian, air, sanitasi dan lainnya. Kebijakan pemerintah dan kegiatannya akan mempengaruhi sistem kesehatan dan hubungan antar sektor.

Sistem kesehatan dan hubungan antar sektor selanjutnya akan mempengaruhi rumah tangga atau komunitas, serta *outcome* dari pelayanan kesehatan. Outcome kesehatan dapat dilihat dari kesehatan dan status nutrisi, tingkat kematian. Indikator dari pelayanan kesehatan meliputi²⁶: kemudahan mendapatkan pelayanan, ketersediaan sumber daya manusia, ketersediaan sumber daya material, kualitas organisasi, kemampuan masyarakat, relevansi dan nilai gunanya, ketepatan serta keberlangsungan, dan kualitas teknik.

Kedelapan indikator tersebut merupakan delapan *tangga* dari pemberian pelayanan untuk kaum miskin sebagaimana yang diungkapkan oleh Soucat et al. Kemudahan mendapatkan pelayanan merupakan tangga dasar dimana pelayanan yang diberikan diharapkan dapat dengan mudah diperoleh masyarakat. Sumber daya

²⁶ Soucat et al (2007:163)

manusia yang berkualitas merupakan individu yang mengoperasionalkan pelayanan yang ada. Sumber daya yang berkualitas diharapkan dapat memberikan pelayanan dengan baik. Tanpa dukungan fasilitas maka pelayanan tidak akan dapat berlangsung, untuk itu diperlukan fasilitas yang baik.

Organisasi merupakan tempat bagi sekumpulan individu untuk melakukan suatu kegiatan yang memiliki tujuan tertentu. Kualitas organisasi yang baik akan membuat pencapaian tujuan semakin mudah. Kemampuan masyarakat berkaitan dengan harga atau biaya yang harus dikeluarkan oleh masyarakat untuk mendapatkan fasilitas kesehatan yang ada. Diharapkan biaya yang harus dikeluarkan oleh masyarakat tidak terlalu besar dengan kualitas pelayanan yang baik.

Fasilitas yang dibuat selayaknya relevan dengan kebutuhan masyarakat. Hal itu berkaitan dengan relevansi dan nilai gunanya. Pelayanan yang diberikan selayaknya memiliki ketepatan waktu dan berlangsung secara kontinyu. Artinya pelayanan yang diberikan tidak bersifat hanya sesaat. Kualitas teknik dalam pelayanan merupakan indikator terakhir dari kedelapan tangga yang dikemukakan oleh Soucat tersebut.

Indikator pelayanan kesehatan yang digunakan dalam penelitian ini meliputi kemudahan mendapatkan pelayanan, ketersediaan sumber daya manusia, ketersediaan sumber daya material, serta kemampuan masyarakat. Alasan dipilihnya indikator tersebut karena keempat indikator yang ada dianggap mampu untuk mengungkap pelayanan kesehatan yang ada di Bontang. Kemudahan mendapatkan pelayanan dijadikan indikator pertama karena tanpa adanya kemudahan masyarakat

untuk mendapatkan pelayanan maka masyarakat akan enggan untuk menggunakan pelayanan kesehatan yang tersedia. Ketersediaan sumber daya manusia meliputi dokter dan perawat merupakan indikator yang penting dikarenakan keduanya adalah tenaga medis yang memberikan pelayanan kepada masyarakat secara langsung. Tanpa adanya ketersediaan sumber daya material atau fasilitas medis yang lengkap para dokter dan perawat tentu saja tidak dapat memberikan pelayanan yang baik kepada masyarakat. Artinya, ketersediaan sumber daya material merupakan indikator yang penting. Biaya pelayanan medis yang tidak berimbang dengan kemampuan masyarakat tentu akan memberatkan masyarakat sehingga dalam menetapkan implementasi program yang ada berkaitan dengan biaya pelayanan medis yang harus dibayar masyarakat selayaknya memperhatikan kemampuan masyarakat.

Setiap implementasi dikatakan berhasil jika mencapai tujuan yang diharapkan atau memperoleh hasil. Karena pada prinsipnya suatu kebijaksanaan dibuat adalah untuk memperoleh hasil yang diinginkan yang dapat dinikmati atau dirasakan oleh masyarakat. Efisiensi pelaksanaan program berkaitan dengan keseimbangan antara biaya atau dana yang dikeluarkan, waktu pelaksanaan, sumber daya manusia yang digunakan dan kualitas pelaksanaan kebijakan. Keputusan kelompok sasaran inilah yang memberikan nilai arti pada pelaksanaan program karena kelompok sasaran inilah yang terkena dampak langsung dari program yang dilaksanakan.

Tetapi terkadang proses pelaksanaan suatu program itu tidak selalu mencapai keberhasilan dan sebagaimana tertuang dalam rumusan kebijakan dan sering timbul semacam pertanyaan tentang sebab-sebab timbulnya kegagalan tersebut. Kegagalan

dari pelaksanaan kebijakan itu dan sangkut pautnya dengan isi kebijakan yang harus dilaksanakan serta pembagian potensi yang ada.

Isi program yang menyebabkan kegagalan dari suatu pelaksana kebijakan terjadi karena samar-samarnya isi dari kebijakan, dalam arti tujuan-tujuan tidak terperinci. Hal ini akan mengakibatkan kurangnya pegangan bagi pelaksana, yang akan memperbesar kemungkinan perbedaan pandangan dari isi kebijakan. Selain itu program yang hendak dijalankan ada kalanya bertentangan dengan program yang lain. Yang merupakan salah satu sebab dari suatu pelaksanaan kebijakan yang tidak berhasil, yaitu terletak pada kurangnya sumber-sumber pendukung antara lain: waktu, uang dan ahli.

Mengenai berhasil atau tidaknya pelaksanaan kebijakan yang berkaitan dengan pembagian potensi di antara aktor-aktor yang terlibat, struktur dari organisasi pelaksana dapat juga mengakibatkan masalah. Hal ini terjadi apabila pembagian wewenang dan tanggung jawab kurang disesuaikan dengan pembagian tugas atau ditandai pembatasan-pembatasan yang kurang jelas.

7. Program Kesehatan Berdasarkan MDGs

Sasaran pembangunan millennium (*Millennium Development Goals*) atau disingkat MDGs adalah delapan tujuan yang diupayakan untuk dicapai pada tahun 2015 merupakan tantangan utama dalam pembangunan diseluruh dunia. Tantangan-tantangan ini diambil dari seluruh tindakan dan target yang dijabarkan dalam Deklarasi Milenium yang diadopsi oleh 189 negara dan ditandatangani oleh 147

kepala pemerintahan dan kepala negara pada saat Konferensi Tingkat Tinggi (KTT) Milenium di New York pada bulan September 2000.

Pada September 2000, Pemerintah Indonesia, bersama-sama dengan 189 negara lain, berkumpul untuk menghadiri Pertemuan Puncak Milenium di New York dan menandatangani Deklarasi Milenium. Deklarasi berisi sebagai komitmen negara masing-masing dan komunitas internasional untuk mencapai 8 buah sasaran pembangunan dalam Milenium ini (MDG) yaitu:

Gambar 1.5
Icon Millenium Development Goals

Millennium Development Goals



2015

1. Pengentasan kemiskinan dan kelaparan yang ekstrim

Target untuk 2015: Mengurangi setengah dari penduduk dunia yang berpenghasilan kurang dari 1 dolar AS sehari dan mengalami kelaparan.

2. Pemerataan pendidikan dasar

Target untuk 2015: Memastikan bahwa setiap anak, baik laki-laki dan perempuan mendapatkan dan menyelesaikan tahap pendidikan dasar.

3. Mendukung adanya persamaan gender dan pemberdayaan perempuan

Target 2005 dan 2015: Mengurangi perbedaan dan diskriminasi gender dalam pendidikan dasar dan menengah terutama untuk tahun 2005 dan untuk semua tingkatan pada tahun 2015.

4. Mengurangi tingkat kematian anak

Target untuk 2015: Mengurangi dua per tiga kematian anak-anak usia dibawah 5 tahun.

5. Meningkatkan kesehatan ibu

Target 2015: Mengurangi dua per tiga rasio kematian ibu dalam proses melahirkan

6. Perlawanan terhadap HIV/AIDS, malaria dan penyakit lainnya

Target untuk 2015: Menghentikan dan memulai pencegahan penyebaran HIV/AIDS, malaria dan penyakit berat lainnya.

7. Menjamin daya dukung lingkungan hidup

Target: Mengintegrasikan prinsip-prinsip pembangunan yang berkelanjutan dalam kebijakan setiap negara dan program serta mengurangi hilangnya sumber daya lingkungan. Pada tahun 2015 mendatang diharapkan mengurangi setengah dari jumlah orang yang tidak memiliki akses air minum yang sehat. Pada tahun 2020

mendatang diharapkan dapat mencapai pengembangan yang signifikan dalam kehidupan untuk setidaknya 100 juta orang yang tinggal di daerah kumuh.

8. Mengembangkan kemitraan global untuk pembangunan

Target: Mengembangkan lebih jauh lagi perdagangan terbuka dan system keuangan yang berdasarkan aturan, dapat diterka dan tidak ada diskriminasi. Termasuk komitmen terhadap pemerintahan yang baik, pembangunan dan pengurangan tingkat kemiskinan secara nasional dan internasional. Membantu kebutuhan-kebutuhan khusus negara-negara kurang berkembang, dan kebutuhan khusus dari negara-negara terpencil dan kepulauan-kepulauan kecil. Ini termasuk pembebasan tarif dan kuota untuk ekspor mereka, meningkatkan pembebasan hutang untuk negara miskin yang berhutang besar, pembatalan hutang bilateral resmi, dan menambah bantuan pembangunan resmi untuk negara yang berkomitmen untuk mengurangi kemiskinan. Secara komprehensif mengusahakan persetujuan mengenai masalah utang negara-negara berkembang. Menghadapi secara komprehensif dengan negara berkembang dengan masalah hutang melalui pertimbangan nasional dan internasional untuk membuat hutang lebih dapat ditanggung dalam jangka panjang. Mengembangkan usaha produktif yang layak dijalankan untuk kaum muda. Dalam kerjasama dengan pihak "pharmaceutical", menyediakan akses obat penting yang terjangkau dalam negara berkembang. Dalam kerjasama dengan pihak swasta, membangun adanya penyerapan keuntungan dari teknologi-teknologi baru, terutama teknologi informasi dan komunikasi.

8. Program JPK-PPK/Askeskin

Kementerian Kesehatan Republik Indonesia merupakan instansi pemerintah yang khusus menangani keijakan dan program-program pemerintah di bidang kesehatan yang mempunyai kewenangan tunggal dalam melaksanakan kebijakan-kebijakan pemerintah di seluruh wilayah negara kesatuan Republik Indonesia (NKRI).

Indonesia secara geografis merupakan negara kepulauan yang terdiri dari ribuan pulau membentang dari sabang sampai merauke. Permasalahan geografis tersebut merupakan hambatan utama pemerintah dalam memberikan dan melaksanakan program-program kebijakan pemerintah dalam bidang kesehatan melalui Kementerian Kesehatan Republik Indonesia yang mempunyai kewenangan tunggal dalam implikasi kebijakan pemerintah dalam pelaksanaan program jaminan kesehatan masyarakat miskin (JPK-PPK) masyarakat Indonesia pada umumnya dan masyarakat Kota Bontang pada khususnya.

Pengorganisasian dalam penyelenggaraan jaminan kesehatan bagi masyarakat miskin terdiri dari tim Safeguarding dan tim organisasi yang dibentuk di pusat, propinsi dan kabupaten kota. Tim safeguarding berfungsi untuk menjaga dan menjamin kelancaran pelaksanaan jaminan kesehatan masyarakat miskin mempunyai sifat internal lintas program di Kementerian Kesehatan, Dinkes propinsi dan Dinkes kabupaten (kota). Tim koordinasi berfungsi melaksanakan tugas koordinasi penyelenggaraan jaminan kesehatan masyarakat miskin yang melibatkan lintas sektor dan stakeholders terkait dalam berbagai kegiatan seperti pertemuan konsultasi

kesehatan No. 417/Menkes/SK/IV/2007 tentang pedoman pelaksanaan jaminan pemeliharaan kesehatan masyarakat miskin. Keputusan Menteri Kesehatan No. 417/Menkes/SK/IV/2007 mendasar terbentuknya tim safeguarding yang dibentuk Menkes yang terdiri dari pengarah, pelaksana teknis dan sekretaris safeguarding.

Walikota membentuk tim koordinasi diketuai sekretaris daerah Kota dengan anggota terdiri dari unsur Dinkes Kota, PT. Askes (Persero), dan pihak lain yang terkait dengan struktur tim sebagai berikut:

- Pengarah : Walikota
- Ketua : Sekretaris daerah Kota
- Wakil ketua : Kepala Dinkes Kota
- Sekretaris I : Kepala bidang yang bertanggung jawab pada program
Jaminan Kesehatan
- Sekretaris II : Kepala Cabang/AAM PT. Askes (Persero)
- Anggota :
- Kepala Bappeda/Bappeko Kota
 - Seluruh direktur RS Kota
 - Kepala Bagian di Pemda Kota yang membidangi kesehatan
 - Kepala Subdin yang bertanggung jawab pada Program
Jaminan Kesehatan
 - 2 (dua) orang anggota DPRD Kota yang membidangi
Kesra/Kesehatan
 - Kepala Dinas Sosial Kota

- 3 (tiga) orang pihak terkait lainnya

Kegiatan tim koordinasi Kota dibiayai dari dana yang bersumber dari dana pelayanan kesehatan tidak langsung.

Tim koordinasi Kota di dalam menjalankan tugas dan fungsinya mengadakan forum dialog terbuka kepada semua pihak terkait dalam program ini termasuk perwakilan peserta, PPK, organisasi profesi, tokoh masyarakat, LSM, dsb.

Penyelenggaraan program Askeskin dilaksanakan oleh PT. Askes (Persero) didukung dengan jaringan kantor pusat, regional dan kantor cabang. Tugas dan fungsi PT. Askes (persero) meliputi:

a. Manajemen Kepesertaan

- 1) Melakukan administrasi kartu peserta yang meliputi penertiban dan pendistribusian kartu
- 2) Melakukan dokumentasi dan penanganan keluhan

b. Manajemen Pelayanan Kesehatan

- 1) Melakukan kerjasama dengan PPK
- 2) Melakukan telaah utilisasi pelayanan di setiap PPK serta memberikan umpan balik kepada PPK
- 3) Memantau pelaksanaan, penggunaan dan ketersediaan obat formularium rumah sakit program JPKMM - Askeskin 2007
- 4) Memantau pelaksanaan pelayanan kesehatan sesuai standar

c. Manajemen Keuangan

- 1) Melakukan verifikasi atas klaim dan pembayaran sejumlah klaim hasil verifikasi kepada PPK
- 2) Melakukan pembayaran atas pelayanan transportasi rujukan
- 3) Melakukan pembayaran atas kegiatan operasional lainnya
- 4) Melakukan pembayaran uang muka pelayanan ke PPK

d. Organisasi dan Manajemen

- 1) Melakukan koordinasi dengan berbagai pihak terkait untuk kelancaran pelaksanaan penyelenggaraan program
- 2) Melaporkan secara berkala meliputi: kepesertaan, pelayanan kesehatan, realisasi pembiayaan pelayanan kesehatan, secara berjenjang, baik vertikal dan horizontal kepada Dinkes Kota, Dinkes Propinsi dan Kementerian Kesehatan
- 3) Pelaporan sebagaimana tercantum pada butir b tersebut diatas dimuat secara rutin melalui situs/website PT Askes (Persero) agar dapat diakses secara luas oleh masyarakat.
- 4) Mengembangkan sistem informasi manajemen (SIM) dan situs/website yang membuat penyelenggaraan JPKMM/Askeskin
- 5) Melakukan pemantauan dan evaluasi
- 6) Melakukan kajian-kajian dan analisis kendali biaya dan kendali mutu atas penyelenggaraan program Askeskin.

Tujuan kebijakan pemerintah di bidang pemeliharaan kesehatan masyarakat miskin adalah:

a. Tujuan Umum

Meningkatnya akses dan mutu pelayanan kesehatan kepada seluruh masyarakat miskin dan tidak mampu supaya derajat kesehatan masyarakat dapat dioptimalkan secara efektif dan efisien.

b. Tujuan Khusus

- 1) Meningkatnya jumlah masyarakat miskin yang mendapatkan pelayanan kesehatan dasar di Puskesmas maupun jaringannya
- 2) Meningkatnya jumlah masyarakat miskin yang mendapatkan pelayanan kesehatan rujukan di rumah sakit
- 3) Terselenggaranya pelayanan kesehatan masyarakat miskin sesuai standar
- 4) Meningkatnya kepuasan masyarakat miskin terhadap pelayanan kesehatan
- 5) Terselenggaranya kegiatan safeguarding
- 6) Terselenggaranya kegiatan pendukung pelayanan kesehatan.

Tujuan kebijakan pemerintah dalam pemberian bantuan kesehatan bagi masyarakat miskin adalah memberikan manfaat implikasi secara nyata kepada masyarakat diantaranya adalah:

a. Pelayanan kesehatan di Puskesmas dan jaringannya

- 1) Rawat jalan tingkat pertama (RJTP) dilaksanakan pada Puskesmas (termasuk Puskesmas rawat inap atau Puskesmas dengan pelayanan spesialisik) dan jaringannya baik dalam maupun luar gedung meliputi pelayanan:

- a) Konsultasi medis, pemeriksaan fisik dan penyuluhan kesehatan
 - b) Laboratorium sederhana (darah, urin, dan feses rutin)
 - c) Tindakan medis kecil
 - d) Pemeriksaan dan pengobatan gigi, termasuk cabut/tambal
 - e) Pemeriksaan ibu hamil/nifas/menyusui, bayi dan balita
 - f) Pelayanan KB dan penanganan efek samping (alat kontrasepsi disediakan BKKBN)
 - g) Pemberian obat
- 2) Rawat inap tingkat pertama (RITP) dilaksanakan pada Puskesmas perawatan, meliputi pelayanan:
- a) Akomodasi rawat inap
 - b) Konsultasi medis, pemeriksaan fisik dan penyuluhan kesehatan
 - c) Laboratorium sederhana (darah, urin dan feses rutin)
 - d) Tindakan medis kecil
 - e) Pemberian obat
 - f) Persalinan normal
- 3) Persalinan normal yang dilakukan di Puskesmas non perawatan/bidan di desa/polindes/di rumah pasien/praktek bidan swasta
- 4) Pelayanan spesialistik di Puskesmas yang menyediakan pelayanan spesialistik
- 5) Pelayanan gawat darurat (emergency). Kriteria/diagnosa gawat darurat, sebagaimana terlampir

6) Pelayanan transport untuk rujukan emergency, rujukan non emergency (bila diperlukan) dan pemulangan pasien/jenazah (bila diperlukan). Kepala Puskesmas atau petugas yang ditunjuk mempunyai kewenangan untuk menentukan perlu tidaknya peserta menggunakan fasilitas transportasi dengan alasan yang dapat dipertanggungjawabkan.

b. Pelayanan kesehatan di rumah sakit

1) Rawat jalan tingkat lanjutan (RJTL) dilaksanakan pada poliklinik spesialis RS

Pemreintah /BP4/BKMM, meliputi:

- a) Konsultasi medis, pemeriksaan fisik dan penyuluhan kesehatan
- b) Rehabilitasi medik
- c) Penunjang diagnostik: laboratorium klin ik, radiologi dan elektromedik
- d) Tindakan medis kecil dan sedang
- e) Pemeriksaan dan pengobatan gigi tingkat lanjutan
- f) Pelayanan KB, termask kontak efektif, kontak pasca persalinan/keguguran, penyembuhan efek samping dan komplikasinya (alat kontrasepsi disediakan oleh BKKBN)
- g) Pemberian obat sesuai Formularium Rumah Sakit Program Askeskin 2007
- h) Pelayanan darah
- i) Pemeriksaan kehamilan dengan resiko tinggi dan penyulit

2) Rawat inap tingkat lanjutan (RITL) dilaksanakan pada ruang perawatan kelas

III RS Pemerintah, meliputi:

- a) Akomodasi rawat inap pada kelas III

- b) Konsultasi medis, pemeriksaan fisik dan penyuluhan kesehatan
 - c) Penunjang diagnostik: laboratorium klinik, radiologi dan elektromedik
 - d) Tindakan medis
 - e) Operasi sedang dan besar
 - f) Pelayanan rehabilitasi medis
 - g) Perawatan intensif (ICU, ICCU, PICU, NICU, PACU)
 - h) Pemberian obat sesuai formularium rumah sakit program Askeskin 2007
 - i) Pelayanan darah
 - j) Bahan dan alat kesehatan habis pakai
 - k) Persalinan dengan resiko tinggi dan penyulit (PONEK)
- 3) Pelayanan gawat darurat (emergency)
- 4) Pelayanan transportasi untuk rujukan emergency, rujukan non emergency (bila diperlukan) dan pemulangan pasien/jenazah maskin (bila diperlukan).
Direktur Rumah Sakit atau petugas yang ditunjuk mempunyai kewenangan untuk menentukan perlu tidaknya peserta menggunakan fasilitas transportasi dengan alasan yang dapat dipertanggungjawabkan.
- c. Pelayanan yang dibatasi (Limitation)
- 1) Kacamata diberikan dengan lensa koreksi minimal +1/-1 dengan nilai maksimal Rp. 150.000,- berdasarkan resep dokter
 - 2) Intra Oculer Les (IOL) diberi penggantian sesuai resep dari dokter spesialis mata, berdasarkan harga yang paling murah dan ketersediaan alat tersebut di daerah

- 3) Alat bantu dengar diberi penggantian sesuai resep dari dokter THT, pemilihan alat bantu dengar berdasarkan harga yang paling murah dan ketersediaan alat tersebut di daerah
- 4) Alat bantu gerak (tongkat penyangga, kursi roda, dan korset) diberikan berdasarkan resep dokter dan disetujui Direktur Rumah Sakit atau pejabat yang ditunjuk dengan mempertimbangkan alat tersebut memang dibutuhkan untuk mengembalikan fungsi dalam aktivitas sosial peserta tersebut. Pemilihan alat bantu gerak berdasarkan harga yang paling efisien dan ketersediaan alat tersebut di daerah yang disepakati bersama dengan PT. Askes (Persero) kantor cabang atau kantor regional setempat.
- 5) Pelayanan penunjang diagnostik canggih. Pelayanan ini diberikan hanya pada kasus-kasus life-saving dan kebutuhan penegakan diagnosa yang sangat diperlukan melalui pengkajian dan pengendalian oleh Komite Medik atau Tim Pengendali Askeskin RS.

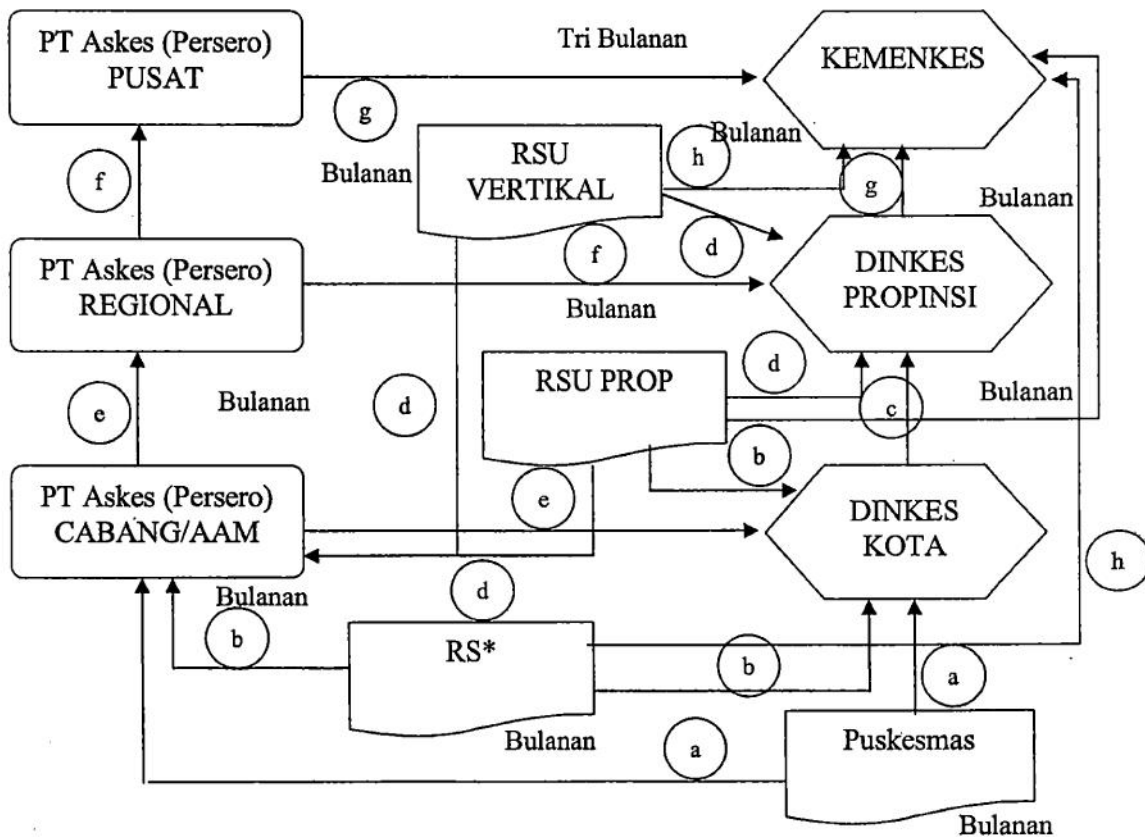
d. Pelayanan yang tidak dijamin (Exclusion)

- 1) Pelayanan yang tidak sesuai prosedur dan ketentuan
- 2) Bahan, alat dan tindakan yang bertujuan untuk kosmetika
- 3) General check up
- 4) Prothesis gigi tiruan
- 5) Pengobatan alternatif (antara lain akupuntur, pengobatan tradisional)
- 6) Rangkaian pemeriksaan, pengobatan dan tindakan dalam upaya mendapat keturunan, termasuk bayi tabung dan pengobatan impotensi

- 7) Pelayanan kesehatan pada masa tanggap darurat bencana alam
- 8) Pelayanan kesehatan yang diberikan pada kegiatan bhakti sosial.

Manfaat jaminan yang diberikan ke peserta dalam bentuk pelayanan kesehatan yang bersifat menyeluruh (komprehensif) berdasarkan kebutuhan mdik sesuai dengan standar pelayanan medik yang *cost effective* dan rasional, bukan berupa dana (uang tunai).

Gambar 1.6
Alur Pelaksanaan Penyelenggaraan JPK-PPK/Askeskin
RS* adalah RSUD, BP4, BKMM, BKPM, BKIM



Keterangan Bagan Alur Pelaksanaan Penyelenggaraan JPK-PPK/Askeskin:

- a. Puskesmas memberikan laporan ke Dinkes Kota dan PT. Askes (Persero) Kantor Cabang/AAM tanggal 5 setiap bulan. Isi laporan tersebut tertuang di dalam format sebagaimana terlampir.
- b. Rumah Sakit Kota/Propinsi memberikan laporan ke Dinkes Kota dan PT. Askes (Persero) Kantor Cabang/AAM setiap tanggal 5 bulan berjalan. Isi laporan tersebut tertuang di dalam format sebagaimana terlampir.
- c. Data dari pelaporan setiap Puskesmas dan rumah sakit Kota/propinsi dilakukan entri rekap data oleh Dinkes Kota c.q sekretariat Safeguarding Kota dan kemudian dilaporkan kepada Dinkes propinsi c.q sekretariat Safeguarding propinsi setiap tanggal 10 bulan berjalan. Format rekap Kota tersebut tertuang didalam format sebagaimana terlampir.
- d. Rumah sakit propinsi/vertikal memberikan laporan ke Kementerian Kesehatan RI, Dinkes Propinsi dan PT. Askes (Persero) kantor cabang/AAM setiap tanggal 5 bulan berjalan. Isi laporan tersebut tertuang di dalam format sebagaimana terlampir.
- e. Data dari pelaporan rumah sakit Kota/propinsi/vertikal dilakukan entri rekap data oleh PT. Askes (Persero) kantor cabang /AAM dan kemudian dilaporkan kepada PT. Askes (Persero) kantor regional dan Dinkes Kota c.q sekretariat Safeguarding Kota setiap tanggal 10 bulan berjalan.

- f. PT. Askes (Persero) kantor regional melakukan rekapitulasi laporan dari setiap kantor cabang/AAM dan dilaporkan ke Dinkes Propinsi dan PT. Askes (Persero) pusat setiap tanggal 20 bulan berjalan.
- g. Dinkes Propinsi melakukan rekapitulasi data laporan dari Dinkes Kota dan rumah sakit vertikal serta dilaporkan kepada Kementerian Kesehatan RI c.q Sekretariat Safeguarding pusat setiap tanggal 20 bulan berjalan. Format rekap Kota dan rumah sakit vertikal tersebut tertuang di dalam format sebagaimana terlampir.
- h. PT. Askes (Persero) kantor pusat melakukan rekapitulasi laporan dari setiap kantor regional dan dilaporkan secara tribulanan ke Kementerian Kesehatan RI (N + 1) maksimal tanggal 15.
- i. Rumah Sakit Kota/propinsi/vertikal memberikan laporan langsung ke Kementerian Kesehatan RI setiap tanggal 5 bulan berjalan. Isi laporan tersebut tertuang di dalam format sebagaimana terlampir.

9. Analisis SWOT

Analisa SWOT (SWOT Analysis) adalah suatu metode perencanaan strategis yang digunakan untuk mengevaluasi faktor-faktor yang menjadi kekuatan (*Strengths*), Kelemahan (*Weaknesses*), Peluang (*Opportunities*), dan Ancaman (*Threats*) yang mungkin terjadi dalam mencapai suatu tujuan dari kegiatan proyek/kegiatan usaha atau institusi/lembaga dalam skala yang lebih luas. Untuk keperluan tersebut diperlukan kajian dari aspek lingkungan baik yang berasal dari lingkungan internal maupun eksternal yang mempengaruhi pola strategi institusi/lembaga dalam mencapai tujuan.

Dilihat dari sejarahnya dan penggunaannya saat ini, metode SWOT banyak dipakai di dunia bisnis dalam menetapkan suatu perencanaan strategi perusahaan (*strategic planning*) sehingga literatur mengenai metode ini banyak berkaitan dengan aspek penerapan di dunia bisnis meskipun pada beberapa analisa ditemukan pula penggunaan SWOT untuk kepentingan *public policy*. Metode SWOT pertama kali digunakan oleh Albert Humphrey yang melakukan penelitian di Stamford University pada tahun 1960-1970 dengan analisa perusahaan yang bersumber dalam Fortune 500. Meskipun demikian, jika ditarik lebih ke belakang analisa ini telah ada sejak tahun 1920-an sebagai bagian dari Harvard Policy Model yang dikembangkan di Harvard Business School. Namun pada saat pertama kali digunakan terdapat beberapa kelemahan utama di antaranya analisa yang dibuat masih bersifat deskriptif dan belum/tidak menghubungkan dengan strategi-strategi yang mungkin bisa dikembangkan dari analisa kekuatan-kelemahan yang telah dilakukan²⁷.

Analisis SWOT merupakan bagian dari proses perencanaan. Hal utama yang ditekankan adalah bahwa dalam proses perencanaan tersebut, suatu institusi membutuhkan penilaian mengenai kondisi saat ini dan gambaran ke depan yang mempengaruhi proses pencapaian tujuan institusi. Dengan analisa SWOT akan didapatkan karakteristik dari kekuatan utama, kekuatan tambahan, faktor netral, kelemahan utama dan kelemahan tambahan berdasarkan analisa lingkungan internal dan eksternal yang dilakukan. Dari analisa tersebut potensi dari suatu institusi untuk bisa maju dan berkembang dipengaruhi oleh bagaimana institusi memanfaatkan

²⁷ Akca, Hasan, Kayim Murathan and Sayili Murat, 2006: 1863-1867

pengaruh dari luar sebagai kekuatan tambahan serta pengaruh lokal dari dalam yang bisa lebih dimaksimalkan.

Terdapat beberapa metodologi dalam penyusunan SWOT. Johnson dan Scholes menjelaskan bahwa dalam penyusunan SWOT terdapat empat langkah utama yang harus dilakukan, yaitu:

- a. Mengidentifikasi *existing strategy* yang telah ada dalam institusi sebelumnya. Strategi ini bisa jadi bukan merupakan strategi yang disusun berdasarkan kebutuhan institusi menghadapi gejala perubahan lingkungan eksternal yang ada melainkan merupakan strategi turunan yang telah ada sejak lama dipegang institusi.
- b. Mengidentifikasi perubahan-perubahan lingkungan yang dihadapi institusi dan masih mungkin terjadi di masa mendatang.
- c. Membuat *cross tabulation* antara strategi yang ada saat ini dengan perubahan lingkungan yang ada.
- d. Menentukan katagorisasi kekuatan dan kelemahan berdasarkan penilaian apakah strategi yang saat ini ada masih sesuai dengan perubahan lingkungan di masa mendatang. Jika masih sesuai strategi tersebut menjadi kekuatan/peluang, dan sudah tidak sesuai merupakan kelemahan.

Walaupun terdapat beberapa metode penentuan faktor SWOT, secara umum terdapat keseragaman bahwa penentuan tersebut akan tergantung dari faktor lingkungan yang berada di luar institusi. Faktor lingkungan eksternal mendapatkan prioritas lebih dalam penentuan strategi karena pada umumnya faktor-faktor ini

berada di luar kendali institusi (eksogen) sementara faktor internal merupakan faktor-faktor yang lebih bisa dikendalikan (endogen).

Kekuatan adalah faktor internal yang ada di dalam institusi yang bisa digunakan untuk menggerakkan institusi ke depan. Suatu kekuatan/strength (*distinctive competence*) hanya akan menjadi *competitive advantage* bagi suatu institusi apabila kekuatan tersebut terkait dengan lingkungan sekitarnya, misalnya apakah kekuatan itu dibutuhkan atau bisa mempengaruhi lingkungan di sekitarnya. Jika pada institusi lain juga terdapat kekuatan dan institusi tersebut memiliki *core competence* yang sama, maka kekuatan harus diukur dari bagaimana kekuatan relatif suatu institusi dibandingkan dengan institusi yang lain. Sehingga dapat disimpulkan bahwa tidak semua kekuatan yang dimiliki institusi harus dipaksa untuk dikembangkan karena adakalanya kekuatan itu tidak terlalu penting jika dilihat dari lingkungan yang lebih luas. Hal-hal yang menjadi *opposite* dari kekuatan adalah kelemahan. Sehingga sama dengan kekuatan, tidak semua kelemahan dari institusi harus dipaksa untuk diperbaiki terutama untuk hal-hal yang tidak berpengaruh pada lingkungan sekitar.

Peluang adalah faktor yang di dapatkan dengan membandingkan analisa internal yang dilakukan di suatu institusi (*strength* dan *weakness*) dengan analisa internal dari kompetitor lain. Sebagaimana kekuatan peluang juga harus diranking berdasarkan *success probability*, sehingga tidak semua peluang harus dicapai dalam target dan strategi institusi. Peluang dapat dikategorikan dalam tiga tingkatan 1) Low, jika memiliki daya tarik dan manfaat yang kecil dan peluang pencapaiannya juga

kecil, 2) Moderate, jika memiliki daya tarik dan manfaat yang besar namun peluang pencapaian kecil atau sebaliknya, dan 3) Best, jika memiliki daya tarik dan manfaat yang tinggi serta peluang tercapainya besar.

Ancaman adalah segala sesuatu yang terjadi akibat trend perkembangan (persaingan) dan tidak bisa dihindari. Ancaman juga bisa dilihat dari tingkat keparahan pengaruhnya (*seriousness*) dan kemungkinan terjadinya (*probability of occurrence*). Sehingga dapat dikategorikan 1) Ancaman utama (*major threats*), adalah ancaman yang kemungkinan terjadinya tinggi dan dampaknya besar. Untuk ancaman utama ini, diperlukan beberapa *contingency planning* yang harus dilakukan institusi untuk mengantisipasi, 2) Ancaman tidak utama (*minor threats*), adalah ancaman yang dampaknya kecil dan kemungkinan terjadinya kecil, dan 3) Ancaman moderate berupa kombinasi tingkat keparahan yang tinggi namun kemungkinan terjadinya rendah dan sebaliknya.

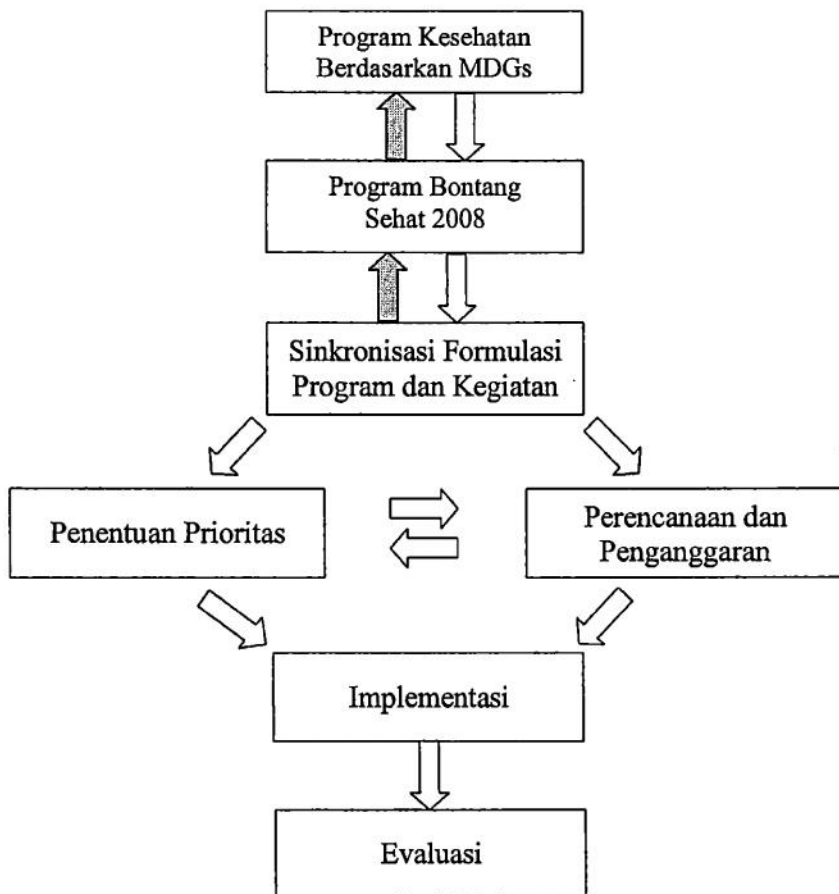
Sehingga dari kacamata analisa lingkungan eksternal dapat dijelaskan bahwa suatu institusi dikatakan memiliki keunggulan jika memiliki *major opportunity* yang besar dan *major threats* yang kecil; suatu institusi dikatakan spekulatif jika memiliki *high opportunity* dan *threats* pada saat yang sama; suatu institusi dikatakan *mature* jika memiliki *low opportunity* dan *threat*; dan suatu institusi dikatakan *in trouble* jika memiliki *low opportunity* dan *high threats*.

E. Kerangka Pikir

Kerangka pikir penelitian tentang Evaluasi Program Bontang Sehat 2008

dapat dilihat pada Gambar 7 dibawah ini:

Gambar 1.7
Kerangka Pikir Penelitian



F. Definisi Operasional

Definisi operasional dari penelitian ini adalah:

1. Kemudahan untuk mendapatkan pelayanan
2. Ketersediaan sumber daya manusia ditinjau dari jumlah ketersediaan tenaga medis dapat dikatakan baik apabila perbandingan jumlah dokter dengan jumlah pasien adalah 1:7 artinya 1 dokter dapat mengatasi 7 orang pasien, sedangkan untuk perawat adalah 1:3 artinya 1 perawat dapat melayani 3 pasien.
3. Ketersediaan sumber daya material atau ketersediaan tempat
4. Kemampuan masyarakat yang berkaitan atau harga dan kualitas dari pelayanan kesehatan.
5. JPK-PPK/Askeskin adalah salah satu upaya Pemkot Bontang dalam Program Bontang Sehat 2008 guna meningkatkan akses dan mutu pelayanan kesehatan kepada seluruh masyarakat miskin dan tidak mampu di Kota Bontang supaya derajat kesehatan masyarakat miskin tersebut dapat dioptimalkan secara efektif dan efisien.
6. Tujuan JPK-PPK/Askeskin adalah untuk meningkatkan jumlah masyarakat miskin yang mendapatkan pelayanan kesehatan dasar di Puskesmas maupun jaringannya; meningkatkan jumlah masyarakat miskin yang mendapatkan pelayanan kesehatan rujukan di rumah sakit; terselenggaranya pelayanan kesehatan masyarakat miskin sesuai standar; meningkatkan kepuasan masyarakat miskin terhadap pelayanan kesehatan; terselenggaranya kegiatan safeguarding; dan terselenggaranya kegiatan pendukung pelayanan kesehatan.

G. Metode Penelitian

1. Jenis Penelitian

Penulis dalam melakukan penelitian menggunakan jenis penelitian deskriptif. Penelitian deskriptif yaitu suatu penelitian yang didasarkan pada tujuan pemecahan masalah yang ada sekarang dengan cara mengumpulkan data, menyusun data, kemudian menganalisa data yang terkumpul sehingga dapat memecahkan masalah yang ada.

2. Lokasi Penelitian

Dalam penelitian ini, penulis mengambil lokasi di Dinkes Kota Bontang dengan pertimbangan bahwa lokasi tersebut dekat dengan tempat tinggal penulis dan tersedia data-data yang diperlukan sehingga lebih memudahkan dalam melaksanakan penelitian.

3. Jenis Data

Adapun jenis data yang digunakan dalam penelitian ini adalah:

a. Data Primer

Adalah data yang dapat memberikan informasi secara langsung mengenai segala sesuatu yang berkaitan dengan obyek penelitian yaitu di Dinkes Kota Bontang

b. Data Sekunder

Adalah data yang diperoleh dari keterangan atau fakta-fakta yang ada dan secara tidak langsung melalui bahan-bahan dokumen berupa peraturan perundang-undangan, buku kepustakaan dan sebagainya.

4. Sumber Data

Sumber data yang digunakan penulis dalam penelitian ini adalah:

b. Sumber data primer

Yang dimaksud dengan sumber data primer adalah sumber data yang dapat memberikan informasi secara langsung mengenai segala sesuatu yang berkaitan dengan permasalahan yang diteliti yang diperoleh dengan tanya jawab atau wawancara. Sumber data primer yang digunakan penulis adalah di lapangan atau tempat penelitian yang memberi informasi secara langsung yaitu di Dinkes Kota Bontang.

c. Sumber Data Sekunder

Adalah sumber daya yang secara langsung mendukung sumber data primer yang mencakup dokumen – dokumen resmi, buku-buku, hasil – hasil penelitian yang berwujud laporan, buku harian, disertasi dan sumber-sumber tertulis lainnya yang berkaitan dengan masalah yang diteliti.

5. Teknik Pengumpulan Data

Dalam penelitian ini penulis menggunakan teknik penelitian sebagai berikut:

a. Untuk data primer digunakan teknik

1) Studi Lapangan

Yaitu pengumpulan data dengan cara terjun secara langsung ke obyek penelitian untuk mengadakan pengamatan secara langsung. Hal ini dimaksudkan agar diperoleh data yang valid.

2) Wawancara/Interview

Merupakan teknik pengumpulan data dengan cara mengadakan wawancara atau tanya jawab secara langsung dengan responden.

- b. Untuk Data Sekunder digunakan teknik pengumpulan data dengan mengumpulkan bahan-bahan yang berupa buku-buku, dokumen atau bahan pustaka lainnya yang ada hubungannya dengan obyek yang diteliti yakni yang menyangkut tentang pelaksanaan program JPK-PPK/Askeskin dengan tujuan untuk memperoleh obyek yang menunjang kelengkapan penelitian.

6. Teknik Analisis Data

Teknik analisis data yang digunakan adalah analisis kualitatif dan SWOT. Analisis kualitatif adalah kemampuan nalar yang dimiliki oleh peneliti dalam menghubungkan antara data dan informasi yang diperoleh. Teknik kualitatif memberikan gambaran representatif dan pengetahuan lebih detail terhadap sebuah kasus.

Analisa data dalam penelitian ini melalui tahapan-tahapan sebagai berikut: pertama; mengumpulkan data yang diperoleh dari hasil survey lapangan kemudian data yang diperoleh tersebut diklasifikasikan berdasarkan variabel dan indikator yang digunakan dalam penelitian ini. setelah melalui proses pemilihan dan pemilahan, data kemudian dianalisis. Analisis yang digunakan disesuaikan dengan tujuan dan jenis penelitian sehingga analisisnya berbentuk deskriptif yang menggambarkan keadaan dari variabel yang digunakan dalam penelitian ini. Tahap yang terakhir adalah pengambilan keputusan dan rekomendasi.

Analisis SWOT digunakan untuk mendapatkan gambaran yang lebih besar

untuk kemudian bisa digunakan sebagai visi misi institusi serta strategi yang ingin dicapai. Visi merupakan capaian jangka panjang yang diinginkan dan diimpikan oleh seluruh stakeholders dalam suatu proses pembangunan. Tujuan penetapan visi antara lain adalah mencerminkan apa yang akan dicapai, Memberikan arah dan fokus strategi yang jelas, Menjadi perekat dan menyatukan berbagai gagasan strategic, dan Memiliki orientasi terhadap masa depan.

Meskipun sifatnya adalah impian, visi harus memenuhi kriteria di antaranya dapat dibayangkan oleh seluruh anggota organisasi, mengandung nilai yang diinginkan oleh anggota organisasi, memungkinkan untuk dicapai, terfokus pada efisiensi, efektivitas dan ekonomis, berwawasan jangka panjang tetapi tidak mengabaikan perkembangan zaman, dan dapat dikomunikasikan dan dimengerti oleh seluruh anggota organisasi. Dari visi akan dituangkan cara yang digunakan institusi dalam mencapai visi. Secara konseptual cara tersebut akan tertuang dalam misi dan secara aplikatif akan terlihat dalam strategi.