

**STUDI IMPLEMENTASI
PROGRAM JAMINAN KESEHATAN MASYARAKAT MISKIN (PJKMM)
ATAU ASKESKIN DITINJAU DARI ASPEK KEPESERTAAN
(Studi Kasus Desa Gondoriyo, Kecamatan Bergas, Kabupaten Semarang)**

Oleh : D2A003012_DWI SRI LESTARI

ABTRAKSI

Program Jaminan Kesehatan Masyarakat Miskin (PJKMM) Atau Askeskin diberlakukan tahun 2005 dengan penunjukkan PT. Askes sebagai pihak ketiga pengelola program dengan SK. Menkes RI No.1241/2004 dan SK. Menkes RI No.56/2004. Program ini merupakan kelanjutan dari program kesehatan yang pernah diluncurkan oleh Pemerintah Pusat sebelumnya yaitu JPS-BK yang kemudian dilanjutkan PKPS-BBM. Pada dasarnya program ini bertujuan untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat miskin dan kurang mampu untuk mendapatkan pelayanan kesehatan yang memadai.

Salah satu aspek atau tahapan yang paling penting dari implementasi program kesehatan masyarakat miskin ini adalah tahapan kepesertaan Karena salah satu tolok ukur keberhasilan program ini adalah tercapainya sasaran program yakni keluarga miskin secara tepat. Oleh karena itu aspek kepesertaan menjadi bagian yang paling penting dan bagian yang yang paling banyak mengalami hambatan mulai dari pencatatan rumah tangga miskin, pengolahan data rumah tangga miskin sampai pada pendistribusian kartu pelayanan kesehatan ini.

Penelitian ini bertujuan untuk mendapatkan gambaran bagaimanakah implementasi Program Jaminan Kesehatan Masyarakat Miskin Ditinjau Dari Aspek Kepesertaan serta faktor-faktor apa yang mempengaruhi implementasinya dengan lokus penelitian Desa Gondoriyo, Kecamatan bergas, Kabupaten Semarang. Penelitian ini menggunakan metode diskriptif kualitatif dimana dapat dalam tipe ini

penelitian ini peneliti ingin mengidentifikasi dan mendeskripsikan hal-hal yang terjadi dalam implementasi Program Jaminan Kesehatan Masyarakat Miskin (PJKMM) khususnya pada tahapan/ aspek kepesertaan, sehingga dapat diungkapkan faktor-faktor apa saja yang mempengaruhi implementasinya sehingga ditemukan pola-polanya sebagai wacana untuk perbaikan ke arah implementasi yang lebih efektif dan efisien lagi. Wawancara dilakukan dengan Dinas Kesehatan kabupaten Semarang, Bappeda Kabupaten Semarang, BPS Kabupaten Semarang, PT. Askes KCU Semarang/ Bapel PJKMM, Pihak Kecamatan Bergas, Pemerintah Desa Gondoriyo yang terdiri dari Kepala Desa, Kepala Dusun, Bidan Desa dan Kaur-Kaur serta gakin sebagai sasaran program.

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa belum sepenuhnya aspek kepesertaan PJKMM ini belum sepenuhnya berjalan sesuai dengan prosedur yang berlaku. Ditemukan juga beberapa faktor yang mempengaruhi keberhasilan implementasi dalam aspek kepesertaan ini antara lain Rendahnya komitmen, rendahnya tingkat komunikasi, keterbatasan sumber daya, lemahnya pengawasan, ketidakjelasan standart dan ukuran kebijakan serta kondisi politik, ekonomi dan sosial.

Kata kunci : Implementasi, Program, PJKMM, Kepesertaan

PENDAHULUAN

Pemenuhan hak dasar khususnya pelayanan kesehatan merupakan salah satu kebijakan yang diluncurkan oleh Pemerintah yang tercakup dalam strategi nasional penanggulangan kemiskinan. Saat ini keluarga miskin menjadi sasaran program kesehatan yang utama, apalagi dengan keadaan ekonomi yang memburuk jumlah keluarga miskin atau kurang mampu makin meningkat. Keadaan tersebut ternyata juga mengakibatkan penurunan frekuensi konsumsi pangan, barang dan jasa termasuk didalamnya kesehatan. Penurunan tersebut mencakup kualitas dan kunjungan ke

rumah sakit, Puskesmas dan bidan. Krisis ekonomi memang telah banyak menimbulkan dampak terhadap pembangunan Kesehatan termasuk pelayanan Kesehatan masyarakat. Untuk itu, dalam rangka meningkatkan akses pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin dan sebagai langkah awal pengembangan Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) maka sejak Januari tahun 2005 Departemen Kesehatan meluncurkan Program Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat Miskin yang telah berlangsung sebelumnya seperti Jaring Pengaman Sosial bidang Kesehatan (JPSBK) dan Program Dampak Pengurangan Subsidi Energi (PDPSE) atau Bahan Bakar Minyak yakni Program Kompensasi Pengurangan Subsidi Bahan Bakar Minyak (PKPSBBM).

Perbedaan prinsip PJKMM dengan program sebelumnya adalah pengelola dan mekanisme pengelolaannya. Jika sebelumnya pengelolaan langsung dan Pemberi layanan Kesehatan (PPK) yakni Rumah Sakit dan Puskesmas atau tidak langsung oleh Badan Penyelenggara Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat yang berorientasi non-profit pada program PJKMM ini dikelola seragam dan tersentralisir oleh PT Askes berdasarkan SK Menkes RI No 1241/ Menkes/ dan SK Menkes RI No 56/Menkes/SK/I/2005. Dengan bahasa yang singkat bahwa pada PJKMM ini seluruh dana yang dialokasikan Pemerintah untuk pemeliharaan rakyat miskin dikelola secara tersentralistik oleh PT. Askes (Persero).

Dalam rangka pengimplementasian Program Jaminan Kesehatan Masyarakat Miskin (Askeskin) ini, maka diperlukan kerjasama dari semua pihak yang terkait agar program ini tepat sasaran dan berjalan secara optimal. Baik dari pendataan masyarakat miskin sampai dengan sosialisasi. Karena hal itu merupakan langkah awal dari keberhasilan program ini. Sehingga kebijakan yang diambil oleh Pemerintah ini dapat benar-benar tepat sasaran, yang pada akhirnya peningkatan derajat kesehatan gakin

dapat tercapai. Secara garis besar tahapan yang dilalui program ini adalah manajemen kepesertaan, manajemen pelayanan, serta manajemen keuangan.

Aspek kepesertaanlah yang akan menjadi fokus dari penelitian ini, hal itu dikarenakan kepesertaan merupakan langkah awal dari keberhasilan program ini. Selain itu, hal kepesertaan merupakan aspek yang sering bermasalah. Dari awal pelaksanaan program ini, masalah kepesertaan sering terjadi di berbagai daerah baik mengenai pendataan masyarakat miskin sampai dengan sosialisasi program. Hal itu pulalah yang dialami oleh Desa Gondoriyo, kepesertaan KKB (Dasar Penetapan Askeskin), hal itu dikarenakan banyak terjadinya ketidaktepatan sasaran Program Kesehatan masyarakat Miskin ini (sumber surat kecamatan No. 141/847 tanggal 4 juli 2006) yakni sebanyak 63 KKB salah sasaran. Selain hal itu, pemilihan Lokus penelitian ini juga didasarkan pada, secara umum Desa Gondoriyo, Kecamatan Bergas, Kabupaten Semarang merupakan daerah dengan jumlah RTM yang tinggi yakni sebanyak 738 KK (2467 jiwa) diantara desa yang tercakup dalam wilayah kecamatan Bergas.

Berbagai masalah yang dapat diidentifikasi dalam manajemen kepesertaan unu antara lain: belum seluruhnya masyarakat tahu akan program ini, hambatan dalam pendistribusian kartu Askeskin ini yang belum sepenuhnya berjalan optimal samapai dengan banyaknya pendataan keluarga miskin yang tidak tepat baik dikarenakan adanya unsur KKN maupun ketidaksamaan kriteria kemiskinan yang dipakai untuk memnetukan keanggotaan PJKMM ini. Dari berbagai uraian diatas peneliti merasa tertarik untuk mengangkat fenomena ini sebagai masalah yang harus diteliti dan kemudian dicari pemecahannya.

Penelitian ini bertujuan untuk mendapatkan gambaran bagaimanakah implementasii Program Jaminan Kesehatan Masyarakat Miskin Ditinjau Dari Aspek

Kepesertaan serta faktor-faktor apa yang mempengaruhi implementasinya dengan lokus penelitian Desa Gondoriyo, Kecamatan bergas, Kabupaten Semarang. Sedangkan manfaat penelitian ini adalah untuk memberikan masukan atau rekomendasi bagi para stakeholder (pembuat kebijakan) dalam menentukan arah dan strategi pembangunan kesehatan khususnya bagi masyarakat miskin.

Berbagai tinjauan pustaka penelitian yang diangkat yaitu mengenai teori implementasi, kemampuan serta komunikasi (faktor awal yang diduga mempengaruhi program ini). Teori implementasi yang digunakan dalam penelitian ini adalah teori implementasi dari George Edward III, Masmania dan Paul Sabatier, Van Meter dan Vanm Horn, Brian W. Hoogwood & Lewis A Gunn serta petunjuk teknis yang terkait dengan aspek kepesertaan PJKMM. Yang perlu dipahami bahwa keterkaitan antara teori George Edward III serta teori implementasi yang telah dipaparkan di atas terhadap penelitian implementasi kebijakan PJKMM ini dapat dijelaskan sebagai berikut, mengadopsi teori George C. Edwards III hanya sebagai guide awal. Hal ini didasarkan pada observasi awal peneliti di lapangan, tiga fenomena awal sebagaimana dikemukakan dalam teori guide awal sesungguhnya sebagaimana diantaranya merupakan bagian dari faktor yang mempengaruhi implementasi kebijakan dari beberapa pakar kebijakan yang lain. Oleh karena penelitian ini menggunakan metode kualitatif yang tujuan utamanya memahami secara mendalam terhadap fenomena implementasi kebijakan PJKMM aspek kepesertaan, sehingga tidak menutup kemungkinan akan muncul faktor-faktor lain, sepanjang memang dalam penelitian nanti menunjukkan bahwa faktor tersebut berpengaruh.

Penelitian ini menggunakan metode diskriptif kualitatif dimana dalam tipe ini penelitian ini peneliti ingin mengidentifikasi dan mendeskripsikan hal-hal yang terjadi dalam implementasi Program Jaminan Kesehatan Masyarakat Miskin

(PJKMM) khususnya pada tahapan/ aspek kepesertaan, sehingga dapat diungkapkan faktor-faktor apa saja yang mempengaruhi implementasinya sehingga ditemukan pola-polanya sebagai wacana untuk perbaikan ke arah implementasi yang lebih efektif dan efisien lagi. Wawancara dilakukan dengan Dinas Kesehatan kabupaten Semarang, Bappeda Kabupaten Semarang, BPS Kabupaten Semarang, PT. Askes KCU Semarang/ Bapel PJKMM, Pihak Kecamatan Bergas, Pemerintah Desa Gondoriyo yang terdiri dari Kepala Desa, Kepala Dusun, Bidan Desa dan Kaur-Kaur serta gakin sebagai sasaran program.

Pengumpulan data dilakukan dengan metode indepth interview (wawancara mendalam). Sedangkan instrumen pengumpulan data selain peneliti itu sendiri juga digunakan pedoman wawancara (interview guide).

GAMBARAN UMUM DESA GONDORIYO

Desa Gondoriyo secara administratif menjadi bagian dari Kecamatan Bergas, Kabupaten Semarang, Jawa Tengah. Desa ini memiliki luas wilayah wilayah 548,50 Ha dengan 14 Rukun Warga (RW) dan 48 Rukun Tetangga (RT).

Sawah merupakan lahan yang paling produktif pada penggunaan lahan untuk Desa Gondoriyo, terutama sawah dengan irigasi setengah teknis dengan luas 90 Ha disamping itu terdapat pula sawah tadah hujan dengan luas 81 Ha. Sawah dengan tegalan / kebun yaitu 180 Ha. Sebagian besar penduduk memiliki mata pencaharian sebagai petani. Keadaan tanah di desa Gondoriyo pada umumnya berada pada tingkat yang subur, sehingga bercocok tanam merupakan mata pencaharian utama penduduknya. Desa Gondoriyo dibagi menjadi 7 dusun antara lain, Dusun Jimbaran, Klesem, Setro, Sidorejo, Gethuk, Krajan, serta dusun Kambangan.

Desa Gondoriyo merupakan salah satu desa yang memiliki orbitasi atau jarak tempuh dengan pusat Pemerintahan paling jauh diantara desa yang tercakup dalam

wilayah kecamatan Bergas. Desa Gondoriyo memiliki RTM (hasil pendataan BPS tahun 2005) yang paling tinggi yakni sebanyak 738 KK atau 2467 jiwa.

Secara umum kondisi kesehatan mencakup prasarana kesehatan serta tenaga kesehatan Desa Gondoriyo masuk dalam kategori yang rendah. Hal itu dibuktikan dengan minimnya fasilitas kesehatan yang dimiliki oleh desa ini. Desa ini hanya memiliki 1 fasilitas kesehatan yakni Pustu yang berada di pusat pemerintahan Desa yakni Gondoriyo, sedangkan tenaga medis yang dimiliki oleh Desa ini adalah sebanyak 2 orang yakni Bidan Desa dan seorang Mantri serta 5 orang dukun bayi akan tetapi tidak terlatih.

TABEL I

GAMBARAN PROGRAM JAMINAN KESEHATAN MASYARAKAT MISKIN (PJKMM) ATAU ASKESKIN

TUJUAN PROGRAM	Pelayanan Kesehatan Dasar (Puskesmas dan Jaringannya)	Pelayanan Kesehatan di Rumah Sakit	Pelayanan Yang dibatasi	Pelayanan Yang Tidak Dijamin
<p>a. Tujuan Umum Meningkatnya akses dan mutu pelayanan kesehatan kepada seluruh masyarakat miskin dan tidak mampu agar tercapai derajat kesehatan masyarakat yang optimal secara efektif dan efisien.</p> <p>b. Tujuan Khusus</p> <p>§ Meningkatnya jumlah masyarakat miskin yang mendapatkan pelayanan kesehatan dasar di puskesmas dan jaringannya.</p> <p>§ Meningkatnya jumlah masyarakat miskin yang mendapatkan pelayanan kesehatan rujukan di rumah sakit, BP4 dan BKMM/BKIM.</p> <p>§ Terselenggaranya pelayanan kesehatan masyarakat miskin sesuai standart</p> <p>§ Meningkatnya kepuasan masyarakat miskin terhadap pelayanan kesehatan</p> <p>§ Terlaksananya pengelolaan keuangan yang akuntabel</p> <p>§ Terselenggaranya kegiatan safeguarding</p> <p>§ Terselenggaranya kegiatan pendukung pelayanan kesehatan.</p>	<p>a. Rawat jalan Tingkat Pertama (RJTP), dilaksanakan pada Puskesmas dan jaringannya baik dalam maupun luar gedung meliputi pelayanan:</p> <p>§ Konsultasi medis, pemeriksaan fisik dan penyuluhan kesehatan</p> <p>§ Laboratorium sederhana (darah, urin, dan feses rutin)</p> <p>§ Tindakan medis kecil</p> <p>§ Pemeriksaan dan pengobatan gigi, termasuk cabut/ tambal.</p> <p>§ Pemeriksaan ibu hamil/ nifas/ menyusui, bayi dan balita.</p> <p>§ Pelayanan KB dan penanganan efek samping (alat kontrasepsi disediakan BKKBN)</p> <p>§ Pemberian obat sesuai obat generik</p> <p>b. Rawat Inap Tingkat Pertama (RITP), dilaksanakan pada Puskesmas perawatan, meliputi pelayanan:</p> <p>§ Akomodasi rawat inap</p> <p>§ Konsultasi medis, pemeriksaan fisik dan penyuluhan kesehatan</p> <p>§ Laboratorium sederhana (darah, urin, dan feses rutin)</p> <p>§ Tindakan medis kecil</p> <p>§ Pemberian obat sesuai obat generik</p> <p>§ Persalinan normal dan dengan penyulit (PONED)</p> <p>c. Persalinan normal yang dilakukan di puskesmas non-perawatan/ bidan di desa/ Polindes/ di rumah pasien/ praktek bidan swasta.</p> <p>d. Pelayanan spesialisik di puskesmas yang menyediakan pelayanan spesialisik.</p> <p>e. Pelayanan gawat darurat</p> <p>f. Pelayanan transport untuk rujukan emergency, rujukan non emergency (bila diperlukan). Kepala Puskesmas atau petugas yang ditunjuk mempunyai kewenangan untuk menentukan perlu tidaknya peserta menggunakan fasilitas transportasi dengan alasan yang dapat dipertanggungjawabkan.</p>	<p>a. Rawat Jalan Tingkat Lanjutan (RJTL), dilaksanakan pada poliklinik spesialis RS pemerintah/ BP4/ BKMM, meliputi:</p> <p>§ Konsultasi medis, pemeriksaan fisik dan penyuluhan kesehatan oleh dokter spesialis/ umum.</p> <p>§ Rehabilitasi medik</p> <p>§ Penunjang diagnostic: laboratorium klinik, radiology dan elektromedik</p> <p>§ Tindakan medis kecil dan sedang pemeriksaan dan pengobatan gigi lanjutan</p> <p>§ Persalinan KB, termasuk kontap efektif, kontap pasca persalinan/ keguguran, penyembuhan efek samping dan komplikasinya (alat kontrasepsi disediakan BKKBN)</p> <p>§ Pemberian obat sesuai obat generik</p> <p>§ Pelayanan darah</p> <p>§ Pemeriksaan kehamilan dengan risiko tinggi dan penyulit</p> <p>b. Rawat Inap Tingkat Lanjutan (RITL), dilaksanakan pada ruang perawatan kelas III RS Pemerintah, meliputi:</p> <p>§ Akomodasi rawat inap pada kelas III</p> <p>§ Konsultasi medis, pemeriksaan dan penyuluhan kesehatan</p> <p>§ Penunjang diagnostic: laboratorium klinik, radiology dan elektromedik</p> <p>§ Tindakan medis</p> <p>§ Operasi sedang dan besar</p> <p>§ Pelayanan rehabilitasi medik</p> <p>§ Perawatan intensif (ICU, ICCU, PICU, NICU, PACU)</p> <p>§ Pemberian obat sesuai obat generik</p> <p>§ Pelayanan darah</p> <p>§ Bahan dan alat kesehatan habis pakai</p> <p>§ Persalinan dengan risiko tinggi dan penyulit</p> <p>c. Pelayanan gawat darurat</p> <p>d. Pelayanan transportasi untuk rujukan emergency, rujukan non emergency (bila diperlukan). Direktur Rumah Sakit atau petugas yang ditunjuk mempunyai kewenangan untuk menentynkan perlu tidaknya peserta menggunakan fasilitas transportasi dengan alasan yang dapat dipertanggungjawabkan.</p>	<p>a. Kacamata diberikan dengan lensa koreksi minimal +1/ -1 dengan nilai maksimal Rp. 150.000,- berdasarkan resep dokter.</p> <p>b. 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.</p> <p>c. 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 pesertatersebut. Pemilihan alat bantu gerak berdasarkan harga yang paling efisien dan ketersediaan alat tersebut telah disepakati bersama dengan PT. Askes (Persero) Kantor Cabang atau Kantor Regional setempat.</p> <p>d. Pelayanan penunjang diagnostic canggih. Pelayanan ini diberikan hanya pada kasus-kasus 'life -saving' dan kenutuhan penegakan diagnosa yang sangat diperlukan melalui pengkajian dan pengendalian oleh Komite Medik atau Tim Pengendali Askeskin di rumah Sakit.</p>	<p>- Pelayanan yang tidak sesuai prosedur dan ketentuan</p> <p>- Bahan, alat dan tindakan yang bertujuan untuk kosmetika</p> <p>- General Check Up</p> <p>- Prothesis gigi tiruan</p> <p>- Pengobatan alternative (antara lain akupuntur, pengobatan tradisional)</p> <p>- Rangkaian pemeriksaan, pengobatan dan tindakan dalam upaya mendapat keturunan, termasuk bayi tabung dan pengobatan impotensi.</p>

Sumber: Buku Pedoman Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat Miskin (Askeskin) tahun 2006

TABEL II

Matriks Hasil Penelitian

No	Fenomena Pengamatan	Temuan/ Hasil Penelitian	Pembahasan
1	<p>A. Implementasi PJKMM Askeskin Aspek Kepesertaan</p> <p>A.1 Pencatatan Rumah Tangga Miskin (RTM)</p> <p>A.1.1 Persiapan Pelatihan</p> <p>A.1.2 Pelaksanaan Pelatihan</p> <p>A.1.3 Pelaksanaan Pencatatan</p> <p>A.1.3.1 Aparat Yang terlibat</p> <p>A.1.3.2 Prosedur Pelaksanaan</p> <p>A.1.3.2.1 Penjaringan Rumah Tangga Miskin</p> <p>A.1.3.2.2 Penyerapan Aspirasi Masyarakat</p> <p>A.1.3.2.3 Pencacahan dari rumah ke rumah</p> <p>A.1.3.2.4 Pengolahan Data Hasil Pencatatan</p> <p>A.1.4 Data Base Rumah Tangga Miskin (RTM)</p> <p>A.1.5 Kriteria Keluarga Miskin</p> <p>A.1.5.1 Kuota Kepesertaan Askeskin</p> <p>A.1.5.2 Sasaran Kepesertaan Askeskin</p> <p>A.2 Pengolahan Data Rumah Tangga Miskin</p> <p>A.2.1 Entry Data</p> <p>A.3 Penerbitan Dan Pendistribusian Kartu</p> <p>A.3.1 Keterlambatan Penerbitan Kartu</p> <p>A.3.2 Pihak-Pihak Yang Terkait</p> <p>A.3.3 Penyimpangan Yang Terjadi</p> <p>A.3.3.1 Penimbunan Kartu</p> <p>A.3.4 Kemanfaatan Askeskin</p> <p>A.3.4.1 Ketidakefektifan Askeskin</p> <p>A.3.4.2 Popularitas SKTM</p> <p>A.3.4.2.1 Pengawasan SKTM</p>	<p>Implementasi askeskin pada aspek kepesertaan ini diawali dengan diadakannya pencatatan yang dilakukan oleh aparat desa (mitra statistik BPS) yang sebelumnya telah diberikan pelatihan selama 1 hari di kecamatan. Pada awalnya pendataan ini digunakan untuk menentukan warga miskin yang berhak mendapatkan BLT akan tetapi selanjutnya data ini digunakan sebagai dasar Askeskin ini. Kriteria yang digunakan adalah 14 kriteria yang telah dibuat oleh BPS pusat, sehingga yang melakukan penentuan atau penilaian seseorang itu dikatakan miskin atau tidak dilakukan oleh BPS Pusat. Pencatatan RTM ini banyak mengalami kecacauan karena setiap orang merasa berhak, apalagi upaya rebug desa-pun tidak dilakukan sehingga tidak dapat dipungkiri lagi pro kontra peserta askeskin terjadi. Seharusnya untuk memudahkan proses pencatatan itu serta penciptaan data yang valid maka suatu desa hendaknya memiliki data base kemiskinan yang merupakan hasil sinkronisasi dari BKKBN amapun pendataan dari desa sendiri. Kenyataan yang terjadi bahwa Desa Gondoriyo tidak memiliki. Pada aspek implementasi ini bahwa komitmen aparat yang bertugas dalam pencatatan ini masuk dalam kategori rendah. Hal itu ditunjukkan dengan belum sepenuhnya dilaksanakan secara konsisten sesuai dengan petunjuk pelaksanaan pendataan Rumah Tangga Miskin yang di haruskan. Hal ini ditunjukkan dengan beberapa keadaan yang ditemukan dalam penelitian, sebagai berikut: Belum seluruh PCL mendatangi semua Ketua RT yang berada dalam wilayah tugasnya, untuk mengkaji dan mencata rumah tangga yang diduga miskin dalam RT tersebut. Serta tidak semua PCL melakukan kegiatan tahapan pencacahan dari rumah ke rumah. Pengerjaan formulir PSE05 RT ada yang dikerjakan di rumah PCL, ada yang dikerjakan di rumah ketua RT, ada yang langsung wawancara dengan warga sasaran.</p> <p>Proses pengolahan data terbagi dalam dua tahapan yakni sebelum di Askes dan setelah di Askes. Fenomena di lapangan adalah bahwa data yang telah terkumpul setelah pendataan itu tidak pernah dilakukan verifikasi di tingkat desa maupun kecamatan. Verifikasi data muncul ketika ada keluhan atau pengaduan dari masyarakat. Selama tidak ada pengaduan maka data yang terkumpul itu dinyatakan sudah valid. Selain karena asas kepercayaan tiap perangkat, ketebatasan waktu juga mengakibatkan tidak validnya data yang terkumpul dan juga tidak sempat dilakukannya upaya perembuan tingkat desa untuk mengantisipasi gejala yang mungkin timbul. Pengolahan data tingkat askes terbatas pada entry data peserta meliputi nomor KK, Nama, Tanggal lahir, alamat dan nama PPK. Sebenarnya beban kerja askes sudah tertolong oleh adanya pembagian kerja tentang pengetikan warga miskin. Pengetikan yang sebelumnya akan disanggupi oleh Askes ternyata dikembalikan ke kecamatan kembali, untuk memudahkan pekerjaan pihak kecamatan diberikan format dari askes yang harus diisi oleh kecamatan dengan data peserta yang berhak dapat askeskin. Pelimpahan wewenang tersebut dikarenakan keterbatasan sumberdaya manusia di PT. Askes yang mengurus bagian tersebut. PT. Askes tidak punya kewenangan untuk memverifikasi data yang di entry untuk pencetakan kartu</p> <p>Setelah entry data dilakukan tahapan selanjutnya adalah pencetakan dan pendistribusian kartu. Berbagai kejadian yang berhasil dite'mui dalam tahapan ini adalah bahwa keterlambatan</p>	<p>Pada hakekatnya tujuan studi implementasi kebijakan adalah untuk mempelajari bagaimana kinerja suatu kebijakan publik serta mengkaji secara kritis faktor-faktor yang mempengaruhi suatu kebijakan (Efendi, 2000). Selanjutnya efektivitas implementasi kebijakan antara lain dapat dilihat dari sudut proses implementasi yaitu menekankan pada konsistensi anatra pelaksanaan program atau kebijakan dengan <i>policy guidelines</i> yang merupakan petunjuk dan ketentuan pelaksanaan kebijakan yang dibuat oleh pembuat kebijakan, yang mencakup antara lain cara pelaksanaan, agen, pelaksana, kelompok sasaran dan pemanfaatan kebijakan (Dwiyanto, 1999:1)</p> <p>Dalam bab proposal disinggung bahwa variabel awal yang diambil sebagai variabel yang paling berpengaruh terhadap keberhasilan implementasi Program Jaminan Kesehatan Masyarakat Miskin (PJKMM) atau Askeskin di desa Gondoriyo ini adalah faktor komunikasi dan sumber daya yang diturunkan menjadi variabel kemampuan pegawai. Ternyata kedua faktor yang diambil dari model implementasi George Edward III terbukti dalam penelitian ini.</p> <p>Komunikasi merupakan faktor yang sangat menentukan keberhasilan pencapaian tujuan dari implementasi kebijakan publik. Implementasi yang efektif terjadi apabila para pembuat keputusan sudah mengetahui apa yang akan mereka kerjakan. Pengetahuan atas apa yang akan mereka kerjakan dapat berjalan bila komunikasi berjalan dengan baik. Kebersamaan dalam pencapaian tujuan kebijakan.</p> <p>Dimensi komunikasi dalam penelitian ini amat menentukan berhasilnya suatu program karena dengan komunikasi yang baik, akibat komunikasi yang ditimbulkan juga akan berubah baik, oleh karena itu penyampaian pesan merupakan hal yang mutlak harus diperhatikan, hal ini sejalan dengan Edward yang menjelaskan persyaratan utama bagi implementasi yang efektif adalah para pelaksana kebijakan harus disalurkan (transmisi) kepada orang-orang yang tepat, sehingga komunikasi harus akurat diterima oleh para pelaksana, kemudian jika kebijakan akan diterapkan maka perintah kebijakan harus diterima dengan jelas (clarity) selain itu kebijakan harus konsisten (consistency). Komunikasi yang dilakukan dalam lingkungan internal-pun dilakuakan sangat dengan sederhana. Perintah yang ditransmisikan oleh Kepala Desa pada awalnya adalah hanya untuk mendata masyarakat miskin,</p>

<p>B. Faktor- faktor penentu keberhasilan implementasi (PJKMM) Aspek kepesertaan meliputi:</p> <p>B.1 Komunikasi</p> <p>B.1.1 Kejelasan informasi tentang PJKMM dalam aspek kepesertaan.</p> <p>B.1.2 Kecukupan informasi tentang PJKMM kepesertaan.</p> <p>B.1.3 Kemampuan petugas dalam menyampaikan informasi mengenai (PJKMM) dalam aspek kepesertaan.</p> <p>B.1.3.1 Komunikasi Internal</p> <p>B. 1.3.2 Komunikasi Eksternal</p> <p>B.2 Kemampuan Pegawai</p> <p>B.2.1 Pemahaman pegawai dalam implementasi (PJKMM) dalam aspek kepesertaan</p> <p>B.2.2. Pengetahuan pegawai dalam implementasi</p>	<p>penerbitan kartu disebabkan oleh berbagai faktor antara lain karena bergantungnya pencetakan dan peberbitan kartu oleh SK Bupati. Bahwa PT. Askes akan melakukan pencetakan setelah Pemda menyerahkan daftar nama RTM di daerahnya yang dituangkan dean diperkuat dengan SK Bupati. Sedangkan SK Bupati mempunyai hambatan yakni belum lengkapnya bdata yang dikirimkan oleh tiap daerah (kecamatan). Dalam penerbitan kartu pihak-pihka yang terkait adalah para aparat desa (kepala dusun).</p> <p>Terkait dengan distribusi kartu, dilapangan banyak sekali ditemukan penyimpanan terkait dengan hal itu Misalnya banyaknya kartu Askeskin ini yang ditimbon atau disimpan oleh perangkat desa dengan alasan keamanan ataupun karena kurangnya koordinasi dan minimnya komunikasi antar intern pemerintahan desa megeani masa berlaku kartu Askeskin.</p> <p>Tingkat kemaanaat askeskin juga kurang optimal pada kenyataannya. Hal itu disebabkan orang yang bersangkutan yang memiliki kartu dalam perkembangannya tidak sakit-sakitan tetapi justru yang semula diduga sehat (sehingga tidak direkomendasikan untuk dapat kartu) malah sering sakit. Sebenarnya upaya itu sedikit dapat teratasi dengan adanya SKTM yang dapat digunakan untuk berobat gratis, tapi karena kemudahan prosedur mendapatkan SKTM itu berakibat tersaingnya popularitas Askeskin. Banyak yang lebih memilih untuk pakai SKTM dibanding Askeskin. Pengawasan terkait denag SKTM itu juga belum berjalan secara optimal, semuanya akan ditindaklanjuti selama ada keluhan dari masyarakat. Selama tidak ada, proses pengawasan itu tidak berjalan.</p> <p>Realitas dilapangan menunjukkan bahwa komunikasi belum terjalin dengan baik dan belum dilaksanakan secara maksimal, hal ini ditunjukkan dengan masih banyaknya orang yang tidak tahu mengenai Askeskin dan manfaat yang diperoleh dari askeskin ini. Dalam penelitian ini komunikasi dirasa sangat penting yang mempengaruhi keberhasilan program Askeskin ini. Karena tujuan yang paling penting dalam operasional program ini selanjutnya adalah bahwa masyarakat tahu akan fasilitas kesehatan gratis yang diluncurkan oleh pemerintah pusat. Kenyataan dilapangan bahwa tidak semua masyarakat tahu akan program Askeskin ini, berbeda pad program sebelumnya yakni kartu Sehat, JPS atau kartu miskin. Keterlibatan stakeholder dalam penyampaian program ini menjadi kunci utama dalam kesuksesan program ini. Bila dikaitkan yang ada dilapangan bahwa sosialisasi hanya dilakukan sampai pada tingkat perangkat saja, sedangkan untuk ke masyarakat atau gakinnya sangat kurang atau sangat minim. Pengetahuan masyarakat akan kartu ini ketika masyarakat yang bersangkutan sedang berobat di rumah sakit ataupun puskesmas. Hanya masyarakat yang pernah menggunakan kartu ini saja yang tahu akan keberadaan askeskin. Media sosilaisiasipun dirasa sangat minim yakni hanya pada forum senenan saja dan juga melau poster atau pamflet yang hanya bisa didapatkan di institusi kesehatan baik Pustu maupun Puskesmas.</p> <p>Media komunikasi yang cukup sederhana itu menghambat kelancaran penyampaian pesan ke perangkat yang pada akhirnya akan mengganggu pesan askeskin ke masyarakat. Jika dikaitkan dengan kemampuan para pelaksana akan isi dari program ini, tentu saja perangkat memiliki pemahaman yang kurang akan program, disinilah dituntut peran petugas kesehatan yakni bidan desa untuk berkoordinasi dengan perangkat untuk melakukan sosialisasi kepada masyarakat. Seperti yang dikemukakan dalam halaman sebelumnya bahwa koordinasi antar bidan desa dan perangkat sangatlah kurang, terkesan para stakeholder ini berjalan sendiri-sendiri.</p> <p>Komunikasi juga terkait dengan transparansi pesan dari kebijakan ini. Agaknya tarnsparansi penentuan kepesertaan Askeskin juga perlu mendapatkan perhatian oleh para badan pelaksana maupun pembuat kebijakan. Hal ini dikarena bahwa fenomena yang terjadi bahwa scoring yang dilakukan oleh BPS bersifat nasional dan sangat tertutup.</p> <p>Dalam konteks kebijakan publik, sumber daya manusia dan dan juga memiliki peran yang amat menentukan, karena dengan sumber daya dan sumber dana yang memadai dan berkualitas kebijakan akan dapat dikomunikasikan kepada sasaran penerima kebijakan dengan baik pula, sebagaimana realitas yang ada dalam implementasi kebijakan Askeskin di Desa Gondoriyo. Dalam bagian depan yang akan diangkat dalam penelitian ini sebagai variabel awal adalah variabel tentang sumber daya. Sumber daya disini oleh penulis diturunkan menjadi variable kemampuann pegawai, akan tetapi penurunan variabel itu tidak berarti bahwa faktor sumber daya dilihat dari ukuran tidak penting. Seperti yang terjadi dilapangan, bahwa Desa Gondoriyo mengalami kekurangan sumberdaya untuk mengerjakan</p>	<p>tidak jelas kriteria seperti apa yang miskin itu.</p> <p>Realitas dilapangan menunjukkan bahwa komunikasi belum terjalin dengan baik dan belum dilaksanakan secara maksimal, hal ini ditunjukkan dengan masih banyaknya orang yang tidak tahu mengenai Askeskin dan manfaat yang diperoleh dari askeskin ini.</p> <p>Dalam penelitian ini komunikasi dirasa sangat penting yang mempengaruhi keberhasilan program Askeskin ini. Karena tujuan yang paling penting dalam operasional program ini selanjutnya adalah bahwa masyarakat tahu akan fasilitas kesehatan gratis yang diluncurkan oleh pemerintah pusat. Kenyataan dilapangan bahwa tidak semua masyarakat tahu akan program Askeskin ini, berbeda pad program sebelumnya yakni kartu Sehat, JPS atau kartu miskin. Keterlibatan stakeholder dalam penyampaian program ini menjadi kunci utama dalam kesuksesan program ini. Bila dikaitkan yang ada dilapangan bahwa sosialisasi hanya dilakukan sampai pada tingkat perangkat saja, sedangkan untuk ke masyarakat atau gakinnya sangat kurang atau sangat minim. Pengetahuan masyarakat akan kartu ini ketika masyarakat yang bersangkutan sedang berobat di rumah sakit ataupun puskesmas. Hanya masyarakat yang pernah menggunakan kartu ini saja yang tahu akan keberadaan askeskin. Media sosilaisiasipun dirasa sangat minim yakni hanya pada forum senenan saja dan juga melau poster atau pamflet yang hanya bisa didapatkan di institusi kesehatan baik Pustu maupun Puskesmas.</p> <p>Media komunikasi yang cukup sederhana itu menghambat kelancaran penyampaian pesan ke perangkat yang pada akhirnya akan mengganggu pesan askeskin ke masyarakat. Jika dikaitkan dengan kemampuan para pelaksana akan isi dari program ini, tentu saja perangkat memiliki pemahaman yang kurang akan program, disinilah dituntut peran petugas kesehatan yakni bidan desa untuk berkoordinasi dengan perangkat untuk melakukan sosialisasi kepada masyarakat. Seperti yang dikemukakan dalam halaman sebelumnya bahwa koordinasi antar bidan desa dan perangkat sangatlah kurang, terkesan para stakeholder ini berjalan sendiri-sendiri.</p> <p>Komunikasi juga terkait dengan transparansi pesan dari kebijakan ini. Agaknya tarnsparansi penentuan kepesertaan Askeskin juga perlu mendapatkan perhatian oleh para badan pelaksana maupun pembuat kebijakan. Hal ini dikarena bahwa fenomena yang terjadi bahwa scoring yang dilakukan oleh BPS bersifat nasional dan sangat tertutup.</p> <p>Dalam konteks kebijakan publik, sumber daya manusia dan dan juga memiliki peran yang amat menentukan, karena dengan sumber daya dan sumber dana yang memadai dan berkualitas kebijakan akan dapat dikomunikasikan kepada sasaran penerima kebijakan dengan baik pula, sebagaimana realitas yang ada dalam implementasi kebijakan Askeskin di Desa Gondoriyo. Dalam bagian depan yang akan diangkat dalam penelitian ini sebagai variabel awal adalah variabel tentang sumber daya. Sumber daya disini oleh penulis diturunkan menjadi variable kemampuann pegawai, akan tetapi penurunan variabel itu tidak berarti bahwa faktor sumber daya dilihat dari ukuran tidak penting. Seperti yang terjadi dilapangan, bahwa Desa Gondoriyo mengalami kekurangan sumberdaya untuk mengerjakan</p>
--	--	--

<p>(PJKMM) dalam aspek kesepertaan</p> <p>C. Faktor- faktor lainnya C.1 Kondisi Politik, Ekonomi dan Sosial C.2 Komitmen (Disposisi) C.3 Sumber Daya waktu C.4 Pengawasan C.5 Ketidakjelasan standart/ kriteria</p>	<p>penentuan kesepertaan Askeskin juga perlu mendapatkan perhatian oleh para badan pelaksana maupun pembuat kebijakan. Hal ini dikarena bahwa fenomena yang terjadi bahwa scoring yang dilakukan oleh BPS bersifat nasional dan sangat tertutup. lam konteks kebijakan publik, sumber daya manusia dan dan juga memiliki peran yang amat menentukan, karena dengan sumber daya dan sumber dana yang memadai dan berkualitas kebijakan akan dapat dikomunikasikan kepada sasaran penerima kebijakan dengan baik pula, sebagaimana realitas yang ada dalam implementasi kebijakan Askeskin di Desa Gondoriyo. Dalam bagian depan yang akan diangkat dalam penelitian ini sebagai variabel awal adalah variabel tentang sumber daya. Sumber daya disini oleh penulis diturunkan menjadi variable kemampuann pegawai, akan tetapi penurunan variabel itu tidak berarti bahwa faktor sumber daya dilihat dari ukuran tidak penting. Seperti yang terjadi dilapangan, bahwa Desa Gondoriyo mengalami kekurangan sumberdaya untuk mengerjakan program Askeskin khususnya dalam hal pendataan, hal itu ditunjukkan dengan adanya salah satu PCL yang melakukan pencatatan di dua Dusun, beban kerja yang merata dapat diindikasikan mengurangi konsentrasi sehingga data yang dihasilkan kurang akurat. Sedangkan untuk level atas yakni kecamatan dan pihak askes sensiri, juga mengalami hal sama terbatasnya sumber day yang mengurus Askeskin menyebabkan program ini mengalami sedikit hambatan seperti dat dari kecamatan belum dikirimkan ke bappeda, kartu askeskin juga belum diterbitkan.. Selain ukuran staff, kemampuan staff juga menjadi poin yang perlu mendapatkan perhatian lebih dari penulis. Kemampuan pelaksana menjadi poin penting dalam menterjemahkan program ini. Apabila pelaksana kebijakan tahu dan paham betul akan apa yang terkandung dalam program ini niscaya program ini akan berhasil. Realitas dilapangan bahwa kemampuan sumber daya yang dimiliki oleh Desa Gondoryo sangat rendah. Pemahaman yang secara langung diindikasikan terkait dengan ketidakterhasilan program askeskin aspek kesepertaan adalah saat pendataan masyarakat miskin pemahaman yang kurang akan kriteria yang digunakan karena pelatihan yang dilakukan juga sangat singkat.</p> <p>Kondisi sosial sangat berpengaruh sekali terhadap keberhasilan program ini. Karena rata-rata kehidupan perekonomian masyarakat desa adalah sama dimana mata pencaharian sebagian penduduknya adalah para petani, hal itulah yang menyebabkan kenapa program bantuan ini sempat mengalami kisruh. Kondisi politik pemerintahan desa pada waktu itu sedang panas-panasnya hal itu dikarenakan pada saat pendataan warga ini sekaligus implementasi askeskin ini Desa gondoriyo sedang akan berdemokrasi yakni mengadakan pemilihan Kepala Desa. Masalah komitmen juga menjadi isu sentral yang menyebabkan ketidakterhasilan implementasi program askeskin ini. Pada pedoman pelaksanaannya bahwa para pendata yang disebut Petugas Cacah Lapangan harus melakukan 4 tahapan pendataan yakni penyerapan aspirasi (datang ke rumah Pak RT), verifikasi data dari Pak RT, kemudian pencacahan dari rumah kerumah., kemudian pengolahan data masyarakat miskin. Sebagian besar para PCL tidak melakukan pencacahan dari rumah ke rumah.</p> <p>Selanjutnya hampir semua implementor kebijakan pendataan rumah tangga miskin sasaran Askeskin merasakan keterbatasan waktu yang disediakn sehingga mereka tidak bisa bekerja secara maksimal. Lemahnya pengawasan menjadi salah satu faktor yang ,menyebabkan ketidakefektifan kesepertaan askeskin ini. Secara umum pun pengawasan belum dilakukan secara optimal terhadap jalannya program kesehatan ini. Hal itu belum ditunjukknya badan khusus yang bertugas sebagai pengawas program ini. Organisasi non pemerintah pun seperti LSM dalam program ini belum berperanserta.</p> <p>Masalah standart dan kriteria kemiskinan yang jelas juga menjadi masalah yang patut mendapatkan perhatian, karena faktor ini merupakan faktor awal yang digunakan untuk</p>	<p>program Askeskin khususnya dalam hal pendataan, hal itu ditunjukkan dengan adanya salah satu PCL yang melakukan pencatatan di dua Dusun, beban kerja yang merata dapat diindikasikan mengurangi konsentrasi sehingga data yang dihasilkan kurang akurat. Sedangkan untuk level atas yakni kecamatan dan pihak askes sensiri, juga mengalami hal sama terbatasnya sumber day yang mengurus Askeskin menyebabkan program ini mengalami sedikit hambatan seperti dat dari kecamatan belum dikirimkan ke bappeda, kartu askeskin juga belum diterbitkan.. Selain ukuran staff, kemampuan staff juga menjadi poin yang perlu mendapatkan perhatian lebih dari penulis. Kemampuan pelaksana menjadi poin penting dalam menterjemahkan program ini. Apabila pelaksana kebijakan tahu dan paham betul akan apa yang terkandung dalam program ini niscaya program ini akan berhasil. Realitas dilapangan bahwa kemampuan sumber daya yang dimiliki oleh Desa Gondoryo sangat rendah.</p> <p>Pemahaman yang secara langung diindikasikan terkait dengan ketidakterhasilan program askeskin aspek kesepertaan adalah saat pendataan masyarakat miskin pemahaman yang kurang akan kriteria yang digunakan karena pelatihan yang dilakukan juga sangat singkat.</p> <p>Dengan demikian penelitian ini membenarkan apa yang dikatakan George Edward tentang faktor-faktor yang mempengaruhi implementasi program ini, bahwa keberhasilan kebijakan publik ditentukan oleh komunikasi dan sumber daya yang kemudian diturunkan menjadi variabel kemampuan pegawai, selain dari Edward bahwa kedua variabel tersebut juga merupakan pembedaan teori yang dikemukakan oleh van Meter van Horn..</p> <p>Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa implementasi kebijakan program jaminan kesehatan masyarakat miskin dalam aspek kesepertaan di Desa Gondoriyo tidak hanya dipengaruhi oleh kedua faktor diatas akan tetapi juga dipengaruhi oleh faktor-faktor lain sebagai berikut. Pada pencatatab rumah tangga miskin belum sepenuhnya dilaksanakan secara konsisten sesuai dengan petunjuk pendataan yang digariskan oleh BPS. Hal ini ditunjukkan dengan beberapa kejadian yang ditemukan dari hasil penelitian sebagai berikut:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Bahwa pencatatan Rumah Tangga Miskin (RTM) yang dilakukan aparat desa (mitra statistik) BPS belum sepenuhnya dilaksanakan secara konsisten sesuai dengan petunjuk pelaksanaan pendataan Rumah Tangga Miskin yang di haruskan. Hal ini ditunjukkan dengan beberapa keadaan yang ditemukan dalam penelitian, sebagai berikut: <ol style="list-style-type: none"> i. Belum seluruh PCL mendatangi semua Ketua RT yang berada dalam wilayah tugasnya, untuk mengkaji dan mencatat rumah tangga yang diduga miskin dalam RT tersebut. ii. PCL juga belum melengkapi data rumah tangga yang diduga miskin dari Ketua RT, dengan informasi keluarga miskin dari hasil pendataan BKKBN dan sumber lainnya. Pendataan Rumah Tangga Miskin Dapat dikatakan bahwa pendataan yang dilakukan merupakan pendataan yang benar-benar
---	---	---

	<p>menentukan seseorang itu termasuk masyarakat miskin atau tidak. Didalam penelitian ini, penggunaan 14 kriteria dirasa sangat tidak bijaksana karena penggunaan kriteria miskin ini mengacu pada standart nasional. Padahal setiap daerah itu memiliki karakteristik, potensi, dan adat-istiadat yang berbeda antara satu dengan yang lain. Seharusnya kriteria tersebut disesuaikan dengan potensi lokal yang ada, sehingga indikator kemiskinan yang dipakai benar-benar sesuai dengan lokus program. Ada beberapa item dari 14 kriteria itu yang patut dianalisis ulang yakni tidak sesuai dengan adat istiadat dan budaya setempat ataupun ada item kriteria yang menimbulkan multitafsir karena jawaban dari kriteria tersebut sangat tergantung kejujuran responden. Sehingga dapat dikatakan bahwa standart yang dipakai tidak jelas karen adapat menimbulkan multitafsir, tergantung kemampuan dari pegawai atau petugas yang melakukan pencacahan.</p>	<p>baru.</p> <p>iii. Sebelum melaksanakan kegiatan tahapan pencacahan/pendataan dari rumah ke rumah, PCL tidak melaksanakan kegiatan tahapan verifikasi lapangan dan penyerapan aspirasi (secara utuh). Sebagian PCL melaksanakan kegiatan verifikasi lapangan dan penyerapan aspirasi masyarakat, bersamaan dengan kegiatan tahapan pencacahan dari rumah ke rumah. Hal itu disebabkan kurangnya komitmen PCL dalam melaksanakan tugas, terbatasnya waktu yang disediakan dalam pendataan dan kurangnya pengawasan.</p> <p>iv. Tidak semua PCL melakukan kegiatan tahapan pencacahan dari rumah ke rumah. Pengerjaan formulir PSE05 RT ada yang dikerjakan di rumah PCL, ada yang dikerjakan di rumah ketua RT, ada yang langsung wawancara dengan warga sasaran.</p> <p>Sehingga hasil penelitian mengenai pendataan rumah tangga miskin berdasarkan fakta dan data diatas dapat dikatakan kurangnya komitmen yang dimiliki oleh PCL (mitra statistik) dalam hal ini aparat desa, hal itu terlihat pada kejadian tidak semua PCL mendatangi warga miskin yang dimaksudkan Pak RT. Pendataan itu dilakukan di rumah RT atau Kepala Dusun, dimana proses pengisian PSE05 itu juga dilakukan disana berdasarkan wawancara dengan Pak RT bukan pada sasaran program.</p> <p>Dari uraian diatas dapat dikatakan bahwa pendapat George Edward III yang mengatakan salah satu faktor-faktor yang mempengaruhi impelmentasi kebijakan adalah disposisi yang dalam penelitian ini diturunkan pada variabel komitmen adalah benar. Secara tidak langsung bahwa hasil penelitian tentang point pendataan rumah tangga miskin dikautkan oleh pendapat yang dikemukakan oleh George Edward III. Dimensi rendahnya komitmen dan kejujuran PCL merupakan salah satu penyebab ketidak berhasilan dalam pendataan, didukung pendapat Edward III dalm Subarsono (2005: 90), yang menyebutkan bahwa salah satu faktor/dimensi yang mempengaruhi implementasi kebijakan adalah disposisi implementor aynng merupakan watak dan karakteristik yang dimiliki implementor seperti komitmen, kejujuran dan sifat emokratis. Apabila implementor memiliki disposisi yang baik mak ia akan dapat menjalankan kebijakan dengan baik seperti apa yang diinginkan pembuat kebijakan. Ketika implementor memiliki sikap atau perspektif yang berbeda dengan pembuat kebijakan maka proses implementasi kebijakan menjadi tidak efektif.</p> <p>Selanjutnya hampir semua implementor kebijakan pendataan rumah tangga miskin ssarn Askeskin merasakan keterbatasan waktu yang disediakan sehingga mereka tidak bisa bekerja secar maksimal, sebagai contoh seperti yang diutarakan berikut ini.</p> <p>Dimensi keterbatasan waktu yang merupakan salah satu penyebab ketidakberhasilan implementasi kepesertaan Askeskin di Desa Gondoriyo, didukung pendapat Brian W Hogwood dan Lewis A Gunn serta van Meter Van Horn, yang menyatakan bahwa untuk dapat mengimplemntasikan kebijakan publik secara sempurna maka diperlukan beberapa persyaratan tertentu, salah satunya tersedia waktu</p>
--	---	---

		<p>dan sumber-sumber yang cukup memadai.</p> <p>Dalam implementasi program bantuan kesehatan masyarakat miskin ini, ada hal yang perlu mendapatkan analisis lebih dalam yakni kriteria kemiskinan yang ditetapkan untuk sasaran program bantuan pemerintah baik Askeskin, Raskin maupun BLT. Pemukulraaan kriteris secara nasional dirasa sangat kurang tepat karena tiap daerah mempunyai karakteristik, potensi dan kebudayaan yang berbeda. Kriteria atau indikator kemiskinan selama ini yang terjadi untuk program berbagai sektor tidak menunjukkan kesamaan. Sehingga seringkali data kemiskinan yang dimiliki suatu daerah tidak sama untuk semua program bantuan. Hal itu disinyalir oleh perbedaan indikator kemiskinan yang dimiliki berbagai institusi. Kejadian dilapangan bahwa kriteria-kriteria tersebut menimbulkan kebingungan oleh pihak-pihak yang akan menentukan masyarakat miskin sebetulnya, dimana data kemiskinan itu compatible untuk semua jenis bantuan dari pemerintah. Sehingga kesamaan data miskin dapat dihasilkan untuk semua jenis sektor kehidupan. Solusi kriteria kemiskinan dari BPS secara nasional ini juga tidak memberikan titik terang dalam menyelesaikan ketepatan seseorang untuk dikatakan miskin.</p> <p>Pemakaian indikator kemiskinan secara nasional dinilai kurang begitu bijaksana, mengingat setiap daerah itu memiliki kondisi, potensi dan karakteristik, adat istiadat yang berbeda. Dalam bagian ini kita akan lebih menganalisis 14 kriteria yang diterapkan secara nasional karena kriteria inilah yang dipakai untuk menentukan kemiskinan. 14 kriteria yang ada merupakan hasil diskusi yang dilakukan oleh Pemerintah Pusat.</p> <p>Dapat dikatakan bahwa penentuan kriteria kemiskinan itu daerah tidak ikut dalam penentuan indikator kemiskinan. Daerah hanya melaksanakan kebijakan yang diluncurkan oleh Pemerintah Pusat. Pengolahan data (penentuan bahwa seseorang itu miskin atau tidak menjadi kewenangan pusat), sehingga BPS Kabupaten hanya menerima data jadi yang sudah berhak mendapatkan KKB pada waktu itu. Dari aspek ini sedikit bisa kita analisis ketidaktransparansian pengolahan data kemiskinan mengakibatkan pelaksanaan pendataan susulan di daerah terkesan asal-asalan.</p> <p>Sehingga dapat dikatakan bahwa dalam program pendataan rumah tangga miskin daerah hanya melaksanakan instruksi dari Pemerintah pusat saja. Penerapan kriteria kemiskinan secara saklek tanpa adanya keflexibilitas menyebabkan beberapa waktu lalu BLT kisruh. Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa salah satu penyebab kebertan/keidakpuasan masyarakat terhadap hasil pendataan rumah tangga miskin adalah banyak masyarakat yang tidak terdaftar, setelah melihat rumahtangga yang masuk daftar rumahtangga miskin, merasa dirinya layak untuk masuk daftar rumah tangga miskin yang berhak menerima KKB. Hal ini disebabkan kondisi ekonomi rumahtangga di pedesaan yang hampir sama (perbedaannya sangat tipis) dan ada beberapa variabel kemiskinan BPS tidak jelas (5 dari 14 variabel) yang jawabannya sangat subyektif (sangat tergantung dengan kejujuran responden) yakni frekuensi membeli daging ayam dan susu dalam seminggu, frekuensi makan sehari, jumlah stel pakaian baru</p>
--	--	---

		<p>yang dibeli setahun, akses ke puskesmas/poliklinik dan kepemilikan aset, sehingga kemungkinan terjadinya reaktivasi atau manipulasi data dimungkinkan dapat terjadi. Dengan demikian bisa terjadi ketidakjelasan, kekaburan dari masyarakat (juga beberapa implementor) dalam memahami standart/kriteria kemiskinan yang ditentukan dalam pendataan ini.</p> <p>Koordinasi juga perlu dilakukan dengan instansi-instansi yang mempunyai sasaran program yang sama yakni masyarakat miskin, sehingga akan dihasilkan suatu data yang benar-benar valid dengan pertimbangan berbagai pihak Misalnya BKK, BPS maupun Dinas Kesehatan.</p> <p>Dengan demikian hasil penelitian ini didukung oleh teori van Meter dan van Horn yang mengemukakan bahwa salah satu faktor yang mempengaruhi keberhasilan implementasi kebijakan adalah kejelasan dari standart dan sasaran kebijakan.</p> <p>Van meter van Horn serta Masmanian dan Paul A Sabatier, menyatakan bahwa salah satu dimensi yang mempengaruhi kebijakan adalah kondisi sosial, ekonomi dan politik (kondisi eksternal kebijakan) variabel ini mencakup sumberdaya ekonomi lingkungan yang dapat mendukung keberhasilan atau dengan kata lain mempengaruhi tingkat keberhasilan kebijakan askesin ini, sejauh mana kelompok-kelompok kepentingan memberikan dukungan bagi implementasi kebijakan , karakteristik para partisipan yakni mendukung atau menolak, bagaimana sifat opini publik yang ada dilingkungan dan apakah elit politik mendukung implementasi kebijakan.</p> <p>Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa kondisi sosial ekonomi dan politik sangat mempengaruhi keberhasilan implementasi kebijakan askesin ini. Ketidakpuasan akan hasil pendataan rumah tangga miskin dilatabelakangi oleh adanya kecemburuna sosial (cemburu dengan tetangganya yang kondisi rumahnya tidak jauh berbeda dengan dia atau malah lebih mampu mendapatkan KKB ataupun askesin, sedangkan dia tidak) . Pada penelitian ini terkait dengan dukungan implementor serta karakteristik partisipan terhadap kelancaran program dapat dikatakan sangat rendah. Dukungan implementor dikatakan sangat rendah karena pada waktu itu kondisi politik desa Gondoriyo sedang tidak menentu, Kepala Desa sebagai puncak tanggungjawab program tingkat desa tidak memberikan dukungannya secara penuh, dikarenakan saat itu yang bersangkutan sudah tidak terlalu aktif, walaupun masih menjabat Kepala Desa tetapi sudah tidak aktif selama 2 tahun menjelang lengser. Kondisi politik (pemilihan kepala desa) mengakibatkan perhatian seluruh perangkat maupun penduduk tidak terlalu terfokus pada kebijakan ini atau dapat dikatakan dukungan terhadap keberhasilan kebijakan ini sangat rendah. Dukungan dari masyarakat-pun cenderung dikatakan rendah karena masyarakat tidak begitu tinggi dalam program ini, masyarakat tidak merasa butuh akan program ini (kartu ini) pada awalnya, akan tetapi bila nantinya yang bersangkutan sakit baru merasa butuh.</p> <p>Dengan demikian hasil penelitian ini didukung oleh teori van Meter dan Van Horn dan Mazmanian dan paul A sabatier, yang menyatakan bahwa kondisi sosial ekonomi dan politik, dukungan</p>
--	--	---

			<p>penjabat yang lebih tinggi dan komitmen, kualitas kepemimpinan pejabat pelaksana (eksternal kebijakan) sebagai dimensi yang mempengaruhi implementasi kebijakan.</p> <p>Pengawasan sering diartikan sebagai suatu kondisi seseorang pemimpin atau orang lain yang lebih tinggi kedudukannya memantau kegiatan yang dilaksanakan agar dapat terlaksana dengan baik sesuai dengan apa yang ingin dicapai George R terry dalam T Hani Handoko (1995: 360), menyatakan bahwa pengawasan adalah untuk menentukan apa yang akan dicapai, mengevaluasi atasnya dan mengambil tindakan-tindakan korektif bila diperlukan untuk menjamin agar hasilnya sesuai dengan rencana. Apabila pengawasan berjalan dengan baik maka pelaksanaan kegiatan akan berjalan dengan baik, demikian pula sebaliknya. Dalam penelitian ini menunjukkan bahwa aspek pengawasan kurang mendapatkan perhatian oleh para stakeholder di daerah. Hasil penelitian menunjukkan bahwa dalam pelaksanaan pendataan rumah tangga miskin, tidak dibentuk/ditunjuk petugas khusus yang mempunyai tugas untuk melakukan jalannya kegiatan pendataan akibatnya prosedur tahapan pendataan belum dilaksanakan sesuai dengan ketentuan yang telah digariskan, pemanfaatan Askeskin ataupun kartu berobat gratis lainnya serta implementasi program ini secara keseluruhan. Pengawasan dari organisasi non pemerintah seperti LSM juga belum terealisasi. Hal itulah yang menjadi salah satu penyebab ketidakefektifan implementasi manajemen kepesertaan Program Jaminan Kesehatan Masyarakat Miskin (PJKMM) di Desa Gondoriyo. Seperti yang telah dikatakan sebelumnya semuanya berjalan atas dasar kepercayaan. Brian dan Lewis menyatakan bahwa untuk dapat mengimplementasikan kebijakan secara sempurna diperlukan pihak-pihak yang mewakili wewenang kekuasaan dapat menuntut dan mendapat kepatuhan sempurna (kepatuhan/pengawasan).</p>
--	--	--	---

PENUTUP

A. KESIMPULAN

Dari berbagai uraian mengenai gambaran implementasi manajemen kepesertaan Program Jaminan Kesehatan Masyarakat Miskin (PJKMM) atau lebih populernya disebut Askeskin di Desa Gondoriyo, Kecamatan Bergas, Kabupaten Semarang yang terurai dalam bagian sebelumnya maka dapat ditarik suatu garis merah atau kesimpulan sebagai berikut:

1. Dalam Pelaksanaan atau Implementasi Kebijakan Program Jaminan Kesehatan Masyarakat Miskin (PJKMM) Atau Askeskin Desa Gondoriyo, Kecamatan Bergas, Kabupaten Semarang ditinjau dari Aspek Kepesertaan ditemukan beberapa hal sebagai berikut:
 - a. Bahwa pencatatan Rumah Tangga Miskin (RTM) yang dilakukan aparat desa (mitra statistik) BPS belum sepenuhnya dilaksanakan secara konsisten sesuai dengan petunjuk pelaksanaan pendataan Rumah Tangga Miskin yang di haruskan. Hal ini ditunjukkan dengan beberapa keadaan yang ditemukan dalam penelitian, sebagai berikut:
 - i. Belum seluruh PCL mendatangi semua Ketua RT yang berada dalam wilayah tugasnya.
 - ii. PCL juga belum melengkapi data rumah tangga yang diduga miskin dari Ketua RT, dengan informasi keluarga miskin dari hasil pendataan BKKBN dan sumber lainnya.
 - iii. Sebelum melaksanakan kegiatan tahapan pencacahan/ pendataan dari rumah ke rumah, PCL tidak melaksanakan kegiatan tahapan verifikasi lapangan dan penyerapan aspirasi (secara utuh). Sebagian PCL melaksanakan kegiatan verifikasi lapangan dan penyerapan aspirasi

masyarakat, bersamaan dengan kegiatan tahapan pencacahan dari rumah ke rumah. Hal itu disebabkan kurangnya komitmen PCL dalam melaksanakan tugas, terbatasnya waktu yang disediakan dalam pendataan dan kurangnya pengawasan.

- iv. Tidak semua PCL melakukan kegiatan tahapan pencacahan dari rumah ke rumah. Pengerjaan formulir PSE05 RT ada yang dikerjakan di rumah PCL, ada yang dikerjakan di rumah ketua RT, ada yang langsung wawancara dengan warga sasaran.
- b. Belum ada upaya verifikasi data (rembug desa) rumah tangga miskin yang dicatat oleh mitra statistik di tingkat Desa.
- c. Manajemen kearsipan dari Desa Gondoriyo belum tersusun dengan baik, hal ini ditunjukkan dengan tidak terorganisirnya data-data yang berkaitan dengan operasional pemerintahan desa, termasuk juga data base tentang kemiskinan. Sehingga setiap pendataan akan menghasilkan data yang berbeda walaupun sasaran programnya sama yakni masyarakat miskin.
- d. Transparansi sasaran (peserta Askeskin) belum dilakukan oleh para stakeholder. Hal itu terlihat saat pen-score-an masyarakat yang dikategorikan miskin yang dilakukan sangat tertutup dan menjadi tanggung jawab Pusat.
- e. Keterlambatan penerbitan kartu disebabkan oleh masih belum disayakannya SK yang berisi daftar nama peserta Askeskin oleh Pemerintah Kabupaten. Hal itu disebabkan karena data dari bawah belum terkumpul secara menyeluruh (tidak semua warga miskin mempunyai KK).

- f. Terkait dengan distribusi kartu, dalam pelaksanaannya masih banyak terjadi penyimpangan-penyimpangan. Hal itu terbukti dengan masih adanya sebagian besar kartu yang disimpan oleh aparat dengan alasan yang berbeda-beda.
 - g. Keberadaan SKTM memberikan imbas yang tidak cukup menguntungkan bagi Askeskin. Hal ini terbukti dengan ketidakpopuleran Askeskin dibanding SKTM yang notabene dapat dengan mudah didapatkan oleh siapapun. Hal itu ditunjukkan dengan banyaknya warga yang lebih memilih menggunakan SKTM daripada Askeskin.
 - h. Pengawasan terhadap keberadaan SKTM juga belum dilakukan secara optimal, peraturan mengenai sanksi atas pemberian keterangan miskin palsu juga belum dijalankan sebagaimana mestinya.
2. Beberapa hambatan dalam Implementasi Program Jaminan Kesehatan Masyarakat Miskin aspek kepesertaan adalah Komunikasi baik internal maupun eksternal organisasi, kemampuan yang dimiliki sumber daya yang sebelumnya diduga sebagai variabel awal yang mempengaruhi implementasi kebijakan program ini adalah benar terbukti sehingga pada akhirnya kedua faktor ini menjadi faktor penentu kebijakan. Hal itu ditunjukkan dengan fakta-fakta sebagai berikut:
- a. Kurangnya koordinasi antar anggota internal organisasi dalam implementasi program ini, sehingga program ini berjalan atas dasar kepercayaan mulai dari pendataan sampai dengan sosialisasi program ini. Hal itu terbukti dengan tidak dikutsertakannya Bidan Desa dalam proses pendataan.

- b. Penyampaian pesan yang tidak sempurna, sehingga tidak semua perangkat Desa mengetahui isi pesan yang dari program ini.
 - c. Media komunikasi yang sederhana membuat ruang lingkup orang-orang yang tahu program ini menjadi lebih sedikit.
 - d. Belum sepenuhnya masyarakat mengetahui keberadaan program ini. Hanya masyarakat yang pernah menggunakan JPS terdahulu saja yang mengetahui program ini.
 - e. Pengetahuan masyarakat akan Kartu askeskin adalah hanya sebatas kartu berobat gratis, selebihnya mengenai manfaat serta fasilitas apa yang didapatkan mereka tidak tahu.
 - f. Pemahaman pelaksana akan program dan sasaran program dirasa sangat kurang, sehingga banyak yang orang-orang yang seharusnya tidak masuk jadi peserta masuk jadi peserta
3. Faktor-faktor lain yang menjadi yang mempengaruhi keberhasilan Program Jaminan Kesehatan Masyarakat Miskin (PJKMM) Askeskin di Desa Gondoriyo yaitu: (disposisi) komitmen (disposisi), waktu (sumberdaya), pengawasan, kondisi sosial ekonomi dan politik, serta ketidakjelasan standart kebijakan. Hal itu ditunjukkan dengan temuan peneliti dilapangan sebagai berikut:
- a. Disposisi (implementor) rendah. Hal ini ditunjukkan dengan kurang komitmen dan kejujuran implementor dalam melaksanakan tugas pendataan.
 - b. Masih rendahnya komitmen dari Pemerintah Daerah dalam pensuksesan program ini. Hal ini terbukti dengan belum dialokasikannya dana untuk menanggung warga miskin daerah yang tidak tercover dengan Askeskin.

- c. Waktu (yang disediakan) tidak memadai. Hal ini ditunjukkan dengan hampir semua implementor kebijakan dalam setiap tingkatan merasakan keterbatasan waktu yang disediakan sehingga mereka tidak bisa bekerja secara optimal.
- d. Kurangnya pengawasan. Hal ini ditunjukkan tidak dibentuknya/ditunjuknya badan yang berfungsi sebagai pengawas, semua kegiatan berjalan atas dasar kepercayaan.
- e. Standart atau kriteria tidak jelas. Terjadi multinterpretasi dan ketidakjelasan terhadap beberapa variabel yang jawaban pertanyaannya sangat subyektif (sangat tergantung pada kejujuran responden) seperti variabel tentang frekwensi membeli daging ayam dan susu dalam seminggu, frekwensi makan sehari, jumlah stel pakaian baru yang dibeli setahun, akses ke puskesmas/poliklinik dan kepemilikan aset, ada juga standart atau kriteria yang tidak sesuai dengan adat istiadat setempat. Akibatnya dalam program ini banyak mengundang pro dan kontra.
- f. Kondisi sosial ekonomi dan politik yang tidak mendukung. Hal ini ditunjukkan dengan adanya keberatan akan hasil pendataan yang dilatarbelakangi karena kecemburuan sosial (karena rata-rata kehidupan perekonomian masyarakat desa hampir sama), kondisi politik terkait dengan dukungan implemtor yang lebih tinggi sangat kurang sekali hal ini ditunjukkan dengan pelepasan tanggungjawab akan urusan pemerintahan karena pada saat itu akan ada acara pemilihan Kepala Desa yang baru, walaupun masa jabatannya masih 2 tahun akan tetapi sudah tidak aktif lagi.

B. SARAN

Berdasarkan kesimpulan hasil penelitian tersebut, untuk keberhasilan implementasi kebijakan Program Jaminan Kesehatan Masyarakat Miskin (PJKMM) atau Askeskin ditinjau dari aspek kepesertaan di Desa Gondoriyo, Kecamatan Bergas, Kabupaten Semarang, maka diajukan saran -saran, sebagai masukan bagi perbaikan implementasi program ini dimasa yang akan datang yakni sebagai berikut:

1. Dalam tahapan Implementasi Program Jaminan Kesehatan Masyarakat Miskin (PJKMM) ditinjau dari Aspek kepesertaan diajukan beberapa saran yang dapat memperbaiki pelaksanaannya dilapangan sebagai berikut:
 - a. meningkatkan disposisi (komitmen, kejujuran dan sifat demokratis) para pelaksana dalam menjalankan tugasnya sesuai dengan prosedur dan tatacara yang telah ditentukan. Oleh karena itu pada kegiatan pembekalan/pelatihan harus selalu ditanamkan kesadaran tentang pentingnya dimensi disposisi tersebut dalam implementasi kebijakan. Untuk menghindari adanya unsur KKN bisa diatasi dengan ditunjuknya seseorang yang independen untuk melakukan kegaitan pencatatan, misalnya untuk menghemat dana ditunjuknya pencatat lapangan lintas desa atau kecamatan .
 - b. Mengenai pencetakan kartu, diharapkan Pemerintah Daerah segera mengirimkan daftar nama warga yang notabene mendapatkan Askeskin untuk segera dicetak dan distribusikan kartu askeskin.
 - c. Perlu adanya aturan mengenai tenggang waktu (jangak waktu) dari sebuah proses penerbitan kartu dimulai dari entry data sampai tercetaknya kartu

tersebut. Hal itu ditujukan untuk menghindari keterlambatan atau terlalu lamanya kartu itu turun hingga terdistribusi kepada masyarakat miskin.

- d. Perlu adanya peraturan yang jelas mengenai pengaturan bersama dalam hal penggunaan kartu askeskin ini dengan SKTM atau identitas miskin lainnya.
 - e. Perlu adanya transparansi informasi yang dapat diakses oleh masyarakat. Misalnya data hasil pencacahan rumah tangga miskin dapat diakses lewat media internet..
 - f. Pembuat Keputusan sebaiknya tindak di tingkat Pusat (penentu masyarakat miskin), diharapkan untuk program berikutnya (kalau ada) penentuan/ keputusan dapat dilakukan oleh BPS di tingkat Daerah sehingga apabila ada komplain dari masyarakat/ kelompok sasaran dapat segera teratasi.
2. Untuk menjamin agar pelaksanaan kebijakan aspek kepesertaan Askeskin ini berjalan secara lancar khususnya dalam faktor komunikasi dan kemampuan pegawai yang merupakan faktor penentu keberhasilan implementasi program ini, disarankan beberapa hal sebagai berikut:
- a. Komunikasi dan koordinasi internal maupun eksternal perlu ditingkatkan. Komunikasi internal ditingkatkan dengan pengaktifkan media komunikasi yang selama ini sudah ada misalnya forum senenan. Komunikasi eksternal ditingkatkan dengan perluasan media komunikasi disertai dengan koordinasi dengan pihak-pihak yang berkompeten terhadap penyampaian program ini ke masyarakat. Misalnya, sosialisasi dapat dilakukan di Posyandu, Pertemuan RW, melalui media cetak (sebaran, poster maupun pamflet), dll.

- b. Perekrutan mitra di luar pegawai organik pelaksana kebijakan harus melalui seleksi yang cukup tidak bisa hanya dengan menyerahkan ke desa siapa yang ditunjuk. Akan tetapi perlu adanya seleksi petugas dengan pertimbangan tingkat pendidikan.
 - c. Perlunya pembinaan kerjasama antara organisasi Pemerintah dengan organisasi non-Pemerintah (LSM) dalam rangka pengimplementasian PJKMM ini. Dibentuk suatu forum yang berfungsi untuk membantu pelaksanaan/ pengimplementasian program Askeskin ini tidak terkecuali bantuan soal pembiayaan warga yang tidak tercover oleh Askeskin.
3. Untuk Faktor-faktor lain yang mempengaruhi keberhasilan implementasi Program Jaminan Kesehatan Masyarakat Miskin (PJKMM) aspek kepesertaan ini ditemukan dilapangan seperti komitmen, waktu, ketidakjelasan standart/kriteria, pengawasan, dan kondisi sosial diajukan saran dan rekomendasi sebagai berikut:
- a. Untuk menjamin agar implementasi Askeskin ini dapat terimplementasi dengan baik, maka perlu ditunjuk atau dibentuk petugas yang berfungsi sebagai pengawas dari setiap tahapan kebijakannya mulai dari tahap pencatatan sampai dengan pemanfaatan kartu ini.
 - b. Untuk menekan angka kecemburuan sosial penduduk yang merasa "berhak" mendapatkan setiap barang gratisan, warga hendaknya perlu mendapatkan shock terapi misalnya dengan pemasangan "blek miskin" atau simbolisasi warga yang termasuk dalam kategori miskin, hal itu diharapkan akan ada rasa "malu" bila mengaku miskin tapi sebenarnya yang bersangkutan tidak miskin.

- c. Implementasi kebijakan memerlukan waktu yang memadai, sehingga implementor kebijakan bisa menjalankan tugasnya dengan maksimal untuk mencapai sasaran dan tujuan yang ditetapkan.
- d. Komitmen Pemerintah Daerah terhadap implementasi program kesehatan ini perlu ditingkatkan yakni dengan mulai dialokasikannya dana untuk menanggung warganya yang tergolong miskin akan tetapi tidak tercakup dalam program Askeksin ini.
- e. Standart/ kriteria kebijakan, supaya dibuat dengan jelas sehingga dalam implementasinya tidak terjadi multitafsir terhadap standart atau kriteria yang dimaksud (ada kepastian) serta penyesuaian kriteria tersebut dengan kondisi lokal dan adat istiadat budaya masyarakat setempat. Variabel/ kriteria kemiskinan yang perlu ditinjau kembali adalah variabel tentang tempat tinggal, tentang frekwensi membeli daging ayam dan susu dalam seminggu, frekwensi makan dalam sehari, jumlah stel pakaian baru yang dibeli setahun, akses ke puskesmas/ poliklinik dan kepemilikan aset.
- f. Perlu dikembangkannya kriteria kemiskinan yang sesuai adat istiadat masyarakat setempat (local specific). Yang dalam pelaksanaannya diperkuat dengan SK Bupati sehingga mempunyai kekuatan hukum.
- g. Perlu diadakan peninjauan kembali terhadap ukuran dasar dari kriteria kemiskinan , yakni memperhatikan aspek 'kepemilikan' warga miskin yang bersangkutan terhadap aset hidupnya bukan hanya didasarkan pada pengamatan fisik saja.
- h. Keberhasilan pelaksanaan kebijakan dipengaruhi oleh kondisi sosial, ekonomi dan politik. Oleh sebab itu dimensi-dimensi ini harus

mendapatkan perhatian secara proporsional dalam formulasi, pelaksanaan dan evaluasi kebijakan yang dilakukan

DAFTAR PUSTAKA

Buku

- Abdul Wahab, Solichin. 1991. *Analisis Kebijaksanaan*. Jakarta: Bumi Aksara
- Agustino, Leo. 2006. *Dasar-dasar Kebijakan Publik*. Bandung: CV Alfabeto.
- Badjuri, Abdulkahar & Teguh Juwono. 2002. *Kebijakan Publik: Konsep dan Strategi*. Semarang: JP Universitas Diponegoro.
- Bungin, Burhan. 2003. *Analisis data Penelitian Kualitatif*. Jakarta: PT Raja Grafindo Persada.
- Gibson, James L, John M. Ivancevich, dan James H Donnelly, Jr. 1994. *Organisasi dan Manajemen : Perilaku, Struktur, Proses*. Edisi 4. Alih Bahasa oleh Djoerban Wahid, SH. Jakarta : Erlangga
- Gie, The Liang. 1998. *Administrasi Perkantoran Modern*. Yogyakarta : Liberty.
- Handoko, Hani. 1995. *Manajemen edisi 2*. Yogyakarta: BPFE.
- Kartono, Kartini. 1996. *Pengantar Metodologi Riset Sosial*. Bandung: Mandar Maju.
- Keban, Yeremias T. 2004. *Enam Dimensi Strategis Administrasi Publik: Konsep, Teori dan Isu*. Yogyakarta: Gava Media.
- Moleong, Lexy J. 2006. *Metode Penelitian Kualitatif, Edisi Revisi*. Bandung: PT. Remaja Rosdakarya.
- Nugroho D, Riant. 2003. *Kebijakan Publik: Formulasi, Implementasi, dan Evaluasi*. Jakarta: PT. Elex Media Komputindo.
- 2003. *Kebijakan Publik Negara-negara Berkembang*. Jakarta: PT. Elex Media Komputindo.
- Noeng, Muhadjir. 1996. *Metode Penelitian Kualitatif, edisi III*. Yogyakarta: PT. Bayu Indra Grafika
- Singarimbun, Masri dan Effendi, Sofyan. 1989. *Metode Penelitian Survey*. Jakarta : LP3ES.

Subarsono, AG. 2005. *Analisis Kebijakan Publik: Konsep, Teori, dan Aplikasi*. Yogyakarta : Pustaka Pelajar.

----- . 2006. *Analisis Kebijakan Publik*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar.

Sugiyono. 1991. *Metode Penelitian Administrasi*. Bandung : Alfabeta.

Wibawa, Samudra, Purbokusumo, Yuyun dan Pramusinto, Agus. 1994. *Evaluasi Kebijakan Publik*. Jakarta : PT Raja Grafindo Persada.

Winarno, Budi. 2002. *Teori dan Proses Kebijakan Publik*. Yogyakarta: Media Pressindo.

Artikel dalam Jurnal

Suryadi, Soleh, Y Wahyu Aji, (2003), "*Implementasi Kebijakan Perubahan Organisasi Terhadap Pergorganisasian Pegawai Pada Dinas Pendidikan Propinsi Jawa Barat (Studi tentang Desentralisasi pendidikan dalam kerangka organisasi)*", : hal 133-140.

Sumber Lain

Pedoman Pelaksanaan Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat Miskin (Juklak Askeskin) tahun 2006
Arsip-arsip kecamatan Bergas
WWW. Google.co.id