

**STRATEGI IMPLEMENTASI PROGRAM ASKESKIN
DI RUMAH SAKIT UMUM DAERAH TUGUREJO
SEMARANG**

RINGKASAN SKRIPSI

Disusun untuk memenuhi persyaratan menyelesaikan Pendidikan
Strata 1

Program Studi Administrasi Negara Fakultas Ilmu Sosial dan Ilmu Politik
Universitas Diponegoro Semarang



Penyusun:

Nama : D2A003025_KURNIA YUNIARTI
NIM : D2A003025

PROGRAM STUDI ADMINISTRASI NEGARA
FAKULTAS ILMU SOSIAL DAN ILMU POLITIK
UNIVERSITAS DIPONEGORO
SEMARANG
2008

THE IMPLEMENTATION STRATEGY OF ASKESKIN PROGRAM IN TUGUREJO SEMARANG HOSPITAL

Abstract

The Askeskin program was a project that made by government to rising up the access and health care quality to all of poor and incapable society so that health quality can be done effectively and efficiently. According to SK. No. 1241/Menkes/SK/XI/2004, Askeskin program was launched in 2005, with PT. Askes as the third party and the program manager. Tugurejo Semarang Hospital was the one of health provider that gives a health care to the Askeskin's members. In the process, many problems appear around the implementation strategy.

The objectives of this research was to explore the implementation strategy that have been chosen in Tugurejo Semarang hospital, included targeting strategy, socialization strategy, funding strategy, and service strategy. This research was also to find the factors that can affect the strategy.

This research used a qualitative description design, with some in depth interview to the Tugurejo Hospital, hospital patient as Askeskin's members, PT. Askes verification staff in Tugurejo Hospital, PT. Askes Semarang, and a local government in Semarang.

So far, health care policy for the poor and incapable society still not consistent yet, many changes, didn't have the great foundations yet. Nowadays, this program didn't have a great institute pattern among of the institutes or instances in the regency/ city level. Less work ship among them whether in formal or personal causes many problems, such as the late of card distribution, less socialization of program to the target group, less watch in to SKTM making, the correct target group. The Askeskin program still needs to be exactly corrected and cleared whether in the frame of main duty, and the function of each connected instances, the relationship among of the instances, the responsibility system, and the funding system.

Key words: the program implementation strategy, targeting strategy, socialization system, the correctness of target group, institute pattern.

A. Pendahuluan

1. Latar Belakang Penelitian

Konstitusi Organisasi Kesehatan Sedunia (WHO, 1948), UUD 1945 pasal 28 H dan UU No. 23 tahun 1992 tentang Kesehatan, menetapkan bahwa kesehatan adalah hak fundamental setiap warga. 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. Hal ini dipertegas dalam UUD 1945 pasal 34 ayat 1, yang menyatakan bahwa fakir miskin dan anak-anak terlantar dipelihara oleh negara.

Pembangunan kesehatan diarahkan untuk mempertinggi derajat kesehatan, yang besar artinya bagi pembangunan dan pembinaan sumber daya manusia dan sebagai modal bagi pelaksanaan pembangunan nasional yang pada dasarnya adalah pembangunan manusia seutuhnya dan pembangunan seluruh masyarakat Indonesia. Merupakan tanggung jawab pemerintah untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat tersebut. (UU No. 23 tahun 1992 tentang Kesehatan Pasal 9).

Krisis moneter yang melanda Indonesia sejak pertengahan tahun 1997 telah menyebabkan bertambahnya jumlah penduduk yang hidup di bawah garis kemiskinan.

Hasil Susenas (Survei Sosial Ekonomi Nasional) oleh Badan Pusat Statistik Indonesia mengungkapkan bahwa sampai dengan tahun 2001, jumlah

penduduk miskin di Indonesia telah meningkat hingga mencapai 37,9 juta jiwa atau 18,41 persen dari seluruh penduduk Indonesia. Pada tahun 2005, jumlah penduduk miskin adalah 35,1 juta jiwa atau sekitar 15,97 persen dari jumlah penduduk Indonesia.

Krisis ekonomi yang melanda negara Indonesia juga telah memberikan andil dalam meningkatkan biaya kesehatan. Terpuruknya nilai rupiah dari Rp 4.850,00/dollar AS pada tahun 1997 menjadi Rp 17.000,00/dollar AS pada 22 Januari 1998 menyebabkan meningkatnya harga-harga makanan, bahan obat-obatan yang diimport, fasilitas kesehatan, dsb, sehingga biaya pengobatan menjadi mahal. Kecenderungan meningkatnya biaya pemeliharaan kesehatan yang tidak diimbangi dengan peningkatan pendapatan masyarakat menyulitkan akses masyarakat terutama masyarakat miskin terhadap pelayanan kesehatan yang dibutuhkan.

Akses penduduk terhadap pelayanan kesehatan yang semakin berkurang menyebabkan makin tingginya jumlah warga negara yang terganggu kesehatannya, terutama pada kelompok miskin.

Seperti yang dinyatakan dalam UUD 1945 pasal 34 ayat (1), bahwa fakir miskin dan anak-anak terlantar dipelihara oleh negara, dan sebagai wujud dari UU No. 23 tahun 1992 pasal 9, maka pemerintah bertanggung jawab untuk membiayai pelayanan kesehatan untuk penduduk miskin.

Dalam rangka menjamin akses penduduk miskin tersebut, pemerintah telah melaksanakan berbagai upaya pemeliharaan kesehatan penduduk miskin sejak tahun 1998. Dimulai dengan pengembangan Program

Jaring Pengaman Sosial Bidang Kesehatan (JPS-BK) (1998-2000), Penanggulangan Dampak Pengurangan Subsidi Energi Bidang Kesehatan dan Kesejahteraan Sosial (PDPSE BK & KS) (2001), Program Kompensasi Pengurangan Subsidi Bahan Bakar Minyak (PKPS-BBM) (2002-2004), dan Program Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat Miskin atau Program Askeskin.

Program Askeskin diselenggarakan sebagai upaya pemenuhan amanat UUD 1945 pasal 34 ayat (1) yaitu fakir miskin dan anak-anak terlantar dipelihara oleh negara, serta ayat (2) yaitu negara mengembangkan sistem jaminan sosial bagi seluruh rakyat dan memberdayakan masyarakat yang lemah dan tidak mampu sesuai dengan martabat kemanusiaan, maka pelayanan kesehatan untuk masyarakat miskin perlu dikembangkan dengan prinsip jaminan pemeliharaan kesehatan, sebagai suatu kebijakan yang menyongsong Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN). Program Askeskin juga diselenggarakan untuk mendukung pencapaian tujuan pembangunan millenium (MDGs).

Secara umum program Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat Miskin ini bertujuan agar terselenggara program jaminan pemeliharaan kesehatan bagi masyarakat miskin (maskin) secara efektif dan efisien lebih terfokus pada upaya kuratif dan sesuai Surat Keputusan Nomor 1241/Menkes/SK/XI/2004. Tanggal 12 November 2004, Menteri Kesehatan menugaskan PT. Askes (Persero) dalam pengelolaan program pemeliharaan

kesehatan bagi masyarakat miskin dengan berbasis asuransi sosial. Dengan demikian, PT. Askes (Persero) bertugas sebagai badan pelaksana (BaPel).

Rumah sakit merupakan salah satu komponen yang krusial dalam implementasi program Askeskin. Peran mereka sebagai Pemberi Pelayanan Kesehatan mempunyai andil yang besar dalam menentukan keberhasilan program Askeskin karena mereka berhubungan langsung dengan masyarakat miskin dalam memberikan pelayanan kesehatan. Untuk itu penelitian ini berupaya mengungkap bagaimana strategi implementasi program Askeskin di Rumah Sakit Tugurejo Semarang dan faktor-faktor apa yang mempengaruhinya.

2. *Permasalahan Penelitian*

Berdasarkan latar belakang yang telah disampaikan di atas, maka permasalahan dalam studi penelitian ini adalah: belum dilaksanakannya Program Askeskin sesuai dengan yang telah ditetapkan. Hal ini terbukti dengan banyaknya masalah yang muncul seiring dengan berjalannya Program Askeskin.

Sebagai upaya untuk memahami persoalan tersebut di atas, maka disusun pertanyaan penelitian sebagai berikut :

- a. Bagaimana penyelenggaraan strategi implementasi Program Askeskin di Rumah Sakit Umum Daerah Tugurejo Semarang?
- b. Faktor-faktor apa yang mempengaruhi penyelenggaraan strategi implementasi Program Askeskin di Rumah Sakit Umum Daerah Tugurejo Semarang?

3. *Tujuan Penelitian*

Penelitian ini mempunyai beberapa tujuan yaitu:

- a. Mengkaji penyelenggaraan strategi implementasi Program Askeskin di Rumah Sakit Umum Daerah Tugurejo Semarang.
- b. Menelaah faktor-faktor apa yang mempengaruhi penyelenggaraan strategi implementasi Program Askeskin di Rumah Sakit Umum Daerah Tugurejo Semarang.

4. *Kajian Teori*

a. *Konsep Implementasi Kebijakan*

Kebijakan publik adalah segala sesuatu yang diputuskan untuk dikerjakan dan yang tidak dikerjakan oleh pemerintah. Patton dan Savicky menyatakan bahwa implementasi adalah bagian dari proses kebijakan. Pada prinsipnya ada “empat tepat” yang perlu dipenuhi dalam hal keefektifan implementasi kebijakan. Pertama, adalah apakah kebijakannya itu sendiri sudah tepat. Kedua, adalah tepat pelaksanaannya. Ketiga, adalah tepat target, dan yang keempat adalah tepat lingkungan. Keempat “tepat” tersebut masih perlu didukung oleh tiga jenis dukungan, yaitu dukungan politik, dukungan strategik, dan dukungan teknis.

Penelitian ini menggunakan teori yang ditawarkan Daniel Mazmanian dan Paul Sabatier dalam Leo Agustino (2006, 144-149). Model implementasi kebijakan publik yang ditawarkan adalah model *A Framework for Policy Implementation Analysis*. Kedua ahli kebijakan ini berpendapat bahwa peran penting dari implementasi kebijakan publik adalah kemampuannya dalam mengidentifikasi variabel-variabel yang

mempengaruhi tercapainya tujuan-tujuan formal pada keseluruhan proses implementasi. Variabel-variabel yang dimaksud dapat diklasifikasikan menjadi tiga kategori besar, yaitu: karakteristik masalah, kemampuan kebijakan menstruktur proses implementasi secara tepat, dan variabel-variabel diluar undang-undang yang mempengaruhi implementasi.

Model implementasi lain ditawarkan oleh George Edwards III. Ada empat variabel yang menentukan keefektifan suatu implementasi kebijakan, antara lain: komunikasi, sumber-sumber, kecenderungan-kecenderungan, dan struktur birokrasi.

b. Program Askeskin

Program Askeskin merupakan program pemerintah yang bertujuan untuk meningkatkan akses dan mutu pelayanan kesehatan kepada seluruh masyarakat miskin dan tidak mampu agar tercapai derajat kesehatan masyarakat yang optimal secara efektif dan efisien.

Penyelenggaraan jaminan pemeliharaan kesehatan masyarakat miskin mengacu pada prinsip-prinsip:

- 1) Pengelolaan dana amanat dan nirlaba dengan pemanfaatan untuk semata-mata peningkatan kesehatan masyarakat miskin.
- 2) Pelayanan kesehatan bersifat menyeluruh (komprehensif) sesuai standar pelayanan medik yang "*cost effective*" dan rasional.
- 3) Pelayanan kesehatan dilakukan dengan prinsip terstruktur dan berjenjang.
- 4) Portabilitas dan ekuitas.

- 5) Mekanisme asuransi sosial dengan iuran peserta dibayar oleh pemerintah.
- 6) Transparansi dan akuntabilitas.

Pelayanan kesehatan di rumah sakit, yang meliputi:

- 1) Rawat Jalan Tingkat Lanjutan (RJTL) pada poliklinik spesialis, RS Pemerintah/BP4/BKMM.
- 2) Rawat Inap Tingkat Lanjutan pada ruang perawatan kelas III RS Pemerintah/BP4/BKMM.
- 3) Pelayanan gawat darurat (emergency).
- 4) Pelayanan transport untuk rujukan emergency, rujukan non emergency (bila diperlukan) dan pemulangan pasien/jenazah (bila diperlukan).

5. Metode Penelitian

a. Desain Penelitian

Penelitian ini menggunakan desain penelitian deskriptif kualitatif, sebab dengan menggunakan desain ini peneliti dapat memusatkan diri pada persoalan-persoalan aktual melalui pengumpulan data, penyusunan data, penjelasan data dan analisis data.

b. Pemilihan Informan

Penelitian ini menggunakan *purposive sampling* untuk menjangkau sebanyak mungkin informasi dari pelbagai macam sumber dan bangunannya (*constructions*), juga untuk menggali informasi yang akan menjadi dasar dari rancangan dan teori yang muncul. (Moleong, 2006:

224). Dalam usaha memperoleh informan, peneliti menggunakan teknik *Sampling Bola Salju (Snowballing Sampling)*.

c. *Teknik Pengumpulan Data*

Teknik pengumpulan data dalam penelitian kualitatif yang dikemukakan oleh Moleong (2006) adalah: peneliti bertindak sebagai instrumen penelitian, atau peneliti sebagai alat penelitian utama yang terjun langsung ke lapangan. Peneliti melaksanakan langsung penelitian dengan pengamatan/observasi, wawancara, catatan harian lapangan, maupun dengan studi dokumen/ kepustakaan.

d. *Fenomena Pengamatan*

- 1) Strategi Targeting
- 2) Strategi sosialisasi
- 3) Strategi Pendanaan
- 4) Pelayanan RSUD Tugurejo kepada pasien miskin

e. *Teknik Analisis Data*

Teknik analisis data yang digunakan oleh peneliti adalah teknik analisis domain dan teknik analisis taksonomi.

B. Hasil Penelitian

1. Strategi targeting (penetapan kelompok sasaran)

Proses penetapan peserta Askeskin *by name* oleh Bappeda dan Tim Sinkronisasi Data belum menunjukkan adanya transparansi, terutama dalam proses *scoring* yang menggunakan 14 kriteria oleh BPS pusat. Mereka

memiliki kewenangan untuk merahasiakan proses tersebut dari publik. Konsekuensinya, masih ada protes dari masyarakat mengenai ketepatan sasaran program. Kurangnya koordinasi dengan aparat desa mengenai pendataan, pengolahan, dan penetapan peserta Askeskin mengakibatkan kritikan semakin bertambah.

Untuk mengantisipasi keterlambatan penerbitan kartu, hingga tahun 2007 Menteri Kesehatan masih memberlakukan SKTM. SKTM juga digunakan untuk mengantisipasi masyarakat yang mendadak miskin. Masyarakat yang sakit dan pada waktu itu tidak memiliki uang untuk berobat.

Pengurusan SKTM di Kelurahan, Kecamatan yang begitu mudah tanpa menggunakan kriteria khusus menyebabkan SKTM banyak disalahgunakan dan sekali lagi ketepatan sasaran program Askeskin masih dipertanyakan.

2. *Strategi sosialisasi*

Dari penelitian yang telah dilakukan didapati bahwa sosialisasi hanya dilakukan pada level birokrasi pemerintahan (Kecamatan, Kelurahan) dan *health provider* (Pemberi Pelayanan Kesehatan) dalam hal ini RSUD Tugurejo Kota Semarang.

Pada level birokrasi pemerintahan dilakukan secara berjenjang oleh Bappeda. Topik sosialisasi adalah mengenai kepesertaan, misalnya tentang pengurusan SKTM, kelompok sasaran program Askeskin, dsb.

Di RSUD Tugurejo, dilakukan sosialisasi oleh PT. Askes mengenai pelayanan yang dijamin PT. Askes, farmasi (obat-obatan) yang bisa

digunakan bagi pasien peserta Askeskin, dsb seperti yang termaktub pada Pedoman Pelaksanaan Program Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat Miskin/ Askeskin.

Sosialisasi secara massal kepada masyarakat miskin belum dilakukan. Peran rumah sakit sebagai PPK dalam sosialisasi sangat besar. Mereka memberikan informasi tentang program Askeskin ketika si pasien tidak mampu untuk membayar biaya pengobatan. Dapat diasumsikan bahwa masyarakat miskin baru mengetahui program Askeskin ketika mereka sakit dan diperiksa oleh PPK.

3. Strategi pendanaan

Mengenai pendanaan, telah terjadi penunggakan pencairan dana dari bulan Juni hingga Nopember 2007 oleh PT. Askes karena keterlambatan penurunan dana dari pusat. Hal ini cukup meresahkan pihak rumah sakit, karena keterlambatan tersebut berdampak pada terlambatnya pemberian insentif tunjangan kesejahteraan bagi tenaga medis yang mengurus pasien miskin peserta Askeskin. Namun begitu, pasien miskin tidak dikenakan iur apapun.

Dana pendamping belum terlaksana karena petunjuk teknis yang belum jelas, dan bergantung pada kemampuan Pemda setempat.

4. Strategi pelayanan

Tidak ada perbedaan pelayanan medis baik kepada pasien peserta Askeskin maupun pasien umum pada instalasi Rawat Inap Kelas III kecuali pada fasilitas ruangan yang tersedia.

Pembedaan terjadi pada prosedur pelayanan administrasi, mencakup pemisahan Loker Pendaftaran, Loker Jaminan, maupun farmasi/ apotek. Pemisahan loket ini dilakukan untuk mempermudah pelayanan yang diberikan kepada pasien miskin dan umum karena sistem *entry* data yang berbeda.

C. Pembahasan

Ada beberapa faktor yang mempengaruhi penyelenggaraan strategi program Askeskin di Rumah Sakit Umum Daerah Tugurejo, antara lain:

1. Prosentase totalitas penduduk yang tercakup dalam kelompok sasaran.

Faktor ini merupakan sub faktor dari karakteristik masalah program Askeskin yang dikemukakan Mazmanian dan Sabatier. Perlu ditekankan disini bahwa kejelasan kelompok sasaran dalam implementasi Program Askeskin sangatlah penting. Kelompok sasaran dalam program Askeskin adalah masyarakat miskin dan tidak mampu yang telah diidentifikasi oleh BPS, disinkronkan dengan data yang dimiliki Dinas Kependudukan, Dinas Kesehatan Kota Semarang, data BKKBN yang kemudian disahkan oleh Bupati/ Walikota melalui Surat Keputusan. Proses sinkronisasi ini membutuhkan waktu yang relatif lama. Untuk mengantisipasi keterlambatan ini, maka digunakanlah Surat Keterangan Tidak Mampu (SKTM). Namun ternyata masih ada penyalahgunaan SKTM.

2. Komunikasi

Menurut Edwards, persyaratan pertama bagi implementasi kebijakan yang efektif adalah bahwa mereka yang melaksanakan keputusan harus

mengetahui apa yang harus mereka lakukan. Dalam pengimplementasian program Askeskin di Kota Semarang, terjadi dua bentuk komunikasi, komunikasi horisontal dan komunikasi vertikal.

Komunikasi horisontal dilakukan secara intern di dalam rumah sakit sendiri. Ini mencakup komunikasi antara Tim Pengendali dengan tenaga medis, administrasi, farmasi dsb mengenai program Askeskin yang dilakukan di RSUD Tugurejo Semarang.

Komunikasi vertikal dibagi kedalam dua jenis, yakni komunikasi ke atas dan komunikasi ke bawah. Yang dimaksud komunikasi ke atas adalah komunikasi dari pelaksana kebijakan kepada pembuat kebijakan, hal ini terjadi pada pelaporan PT. Askes mengenai pelaksanaan Program Askeskin kepada Departemen Kesehatan RI. Komunikasi ke bawah adalah komunikasi dari pelaksana terhadap kelompok sasaran program. Komunikasi ini dapat dilihat ketika PT. Askes memberikan informasi dalam penyuluhan dalam rangka sosialisasi program Askeskin kepada rumah sakit. Informasi yang diberikan adalah mengenai jenis pelayanan, farmasi dsb yang bisa diberikan kepada pasien miskin oleh rumah sakit sesuai dengan Manlak Program Askeskin yang diterbitkan oleh Departemen Kesehatan RI.

Penyaluran informasi yang detail dan akurat kepada masyarakat miskin mengenai Program Askeskin termasuk didalamnya mengenai manfaat, prosedur pengurusan SKTM, prosedur mendapatkan pelayanan kesehatan di rumah sakit, dsb sangat penting untuk dilaksanakan. Sehingga pihak rumah sakit tidak perlu dipusingkan dengan masalah sosialisasi kepesertaan dan

administrasi, dan dapat lebih memfokuskan diri pada peningkatan mutu pelayanan terhadap masyarakat miskin.

3. *Ketepatan alokasi sumber dana*

Mazmanian dan Sabatier mengungkapkan bahwa sangat diperlukan dana pada tingkat batas ambang tertentu agar terbuka peluang untuk mencapai tujuan-tujuan formal dalam rangka mencapai implementasi yang efektif. Ketepatan alokasi sumber dana sangat penting karena jumlah APBN yang sangat terbatas untuk pembiayaan penyelenggaraan program Askeskin.

4. *Keterpaduan hierarki di dalam lingkungan dan diantara lembaga-lembaga atau instansi-instansi pelaksana.*

Salah satu ciri penting yang perlu dimiliki oleh setiap peraturan perundangan yang baik menurut Mazmanian dan Sabatier adalah kemampuannya memadukan hierarki badan-badan pelaksana. Ketika kemampuan untuk menyatupadukan dinas, badan dan lembaga gagal dilaksanakan maka koordinasi antar instansi yang mempermudah jalannya implementasi kebijakan justru akan membuyarkan tujuan dari kebijakan yang telah ditetapkan. (Leo Agustino, 2007: 146)

Keberagaman instansi yang melaksanakan suatu program dapat dipandang sebagai modal dari segi sumber daya manusia yang harus dimanage sedemikian rupa sehingga dapat menjadi sisi positif dari implementasi program. Namun ketika instansi-instansi ini gagal dipadukan, maka hanya akan menjadi penghambat jalannya implementasi yang efektif dan efisien.

5. *Dukungan publik*

Dukungan publik merupakan salah satu dari faktor di luar kebijakan yang mempengaruhi keefektifan implementasi program Askeskin. Hal ini juga telah dibahas oleh Mazmanian dan Sabatier.

Hakekat perhatian publik yang bersifat sesaat menimbulkan kesukaran-kesukaran tertentu, karena untuk mendorong kesukaran-kesukaran tertentu, karena untuk mendorong tingkat keberhasilan suatu implementasi kebijakan sangat dibutuhkan adanya sentuhan dukungan dari warga. Karena itu, mekanisme partisipasi publik sangat penting artinya dalam proses pelaksanaan kebijakan publik di lapangan.

(Leo Agustino, 2007: 148)

6. *Pengawasan*

Sering terjadinya penyalahgunaan SKTM merupakan salah satu bukti bahwa pengawasan oleh Tim Safeguarding terhadap masyarakat dan aparat desa terutama dalam pengurusan SKTM belum diselenggarakan secara maksimal.

Dukungan publik berupa laporan, keluhan, kritik dan saran sangat membantu dalam mengawasi implementasi program Askeskin. Pengawasan ini sangat penting artinya dalam mencapai ketepatan sasaran implementasi Program Askeskin.

D. Penutup

1. *Kesimpulan*

- a. Strategi targeting dalam implementasi program Askeskin masih belum dilaksanakan secara maksimal. Proses penetapan kelompok sasaran *by*

name belum dilaksanakan secara transparan, dan belum tercapainya kesepakatan instansi-instansi terkait sehingga proses ini menjadi terhambat. Diberlakukannya SKTM sebagai pengganti Kartu Askeskin menyebabkan masih ditemukannya kasus penyalahgunaan SKTM sehingga ketepatan sasaran program Askeskin masih dipertanyakan.

b. Strategi sosialisasi yang telah dilakukan hanyalah sosialisasi kepada instansi-instansi pelaksana, seperti pihak rumah sakit dan aparat pemerintah, namun belum merambah hingga ke kelompok sasarannya, yakni masyarakat miskin.

c. Strategi pendanaan

Mengenai pendanaan, telah terjadi penunggakan pencairan dana dari bulan Juni hingga Nopember 2007 oleh PT. Askes karena keterlambatan penurunan dana dari pusat. Hal ini cukup meresahkan pihak rumah sakit, karena keterlambatan tersebut berdampak pada terlambatnya pemberian insentif tunjangan kesejahteraan bagi tenaga medis yang mengurus pasien miskin peserta Askeskin. Namun begitu, pasien miskin tidak dikenakan iur apapun. Dana pendamping belum terlaksana karena petunjuk teknis yang belum jelas, dan bergantung pada kemampuan Pemda setempat.

d. Strategi pelayanan

Tidak ada perbedaan pelayanan medis baik kepada pasien peserta Askeskin maupun pasien umum pada instalasi Rawat Inap Kelas III kecuali pada fasilitas ruangan yang tersedia. Perbedaan hanya terjadi

pada prosedur pelayanan administrasi, mencakup pemisahan Loker Pendaftaran, Loker Jaminan, maupun farmasi/ apotek. Pemisahan loket ini dilakukan untuk mempermudah pelayanan yang diberikan kepada pasien miskin dan umum karena sistem *entry data* yang berbeda.

- e. Ada beberapa faktor yang mempengaruhi implementasi Program Askeskin di RSUD Tugurejo, antara lain mengenai kejelasan tentang kelompok sasaran, ketepatan alokasi sumber dana, keterpaduan hierarki di dalam lingkungan dan diantara lembaga-lembaga atau instansi-instansi pelaksana, dukungan publik, komunikasi, dan pengawasan.

2. *Saran*

1. Tim Safeguarding dan Tim Koordinasi perlu dimaksimalkan perannya dalam Implementasi Program Askeskin di Kota Semarang, supaya konflik antar lembaga pelaksana dapat diminimalisir dan kesepakatan dapat tercapai.
2. Perlu disusun mengenai nota kerja sama antara instansi-instansi terkait dalam implementasi program Askeskin di tingkat Kabupaten/ Kota sehingga jelas peran dan tugas masing-masing, dan keterpaduan mereka dalam *team work* dapat terealisasi.
3. Perlu adanya transparansi dalam penetapan masyarakat miskin, dengan mengadakan koordinasi antara BPS dan aparaturnya desa, dapat juga dilakukan melalui musyawarah desa.

4. Kartu Askeskin harus segera diterbitkan dan didistribusikan, sehingga penyalahgunaan terhadap SKTM dapat diminimalisir. SKTM dapat digunakan bagi masyarakat yang benar-benar mendadak miskin.
5. Pendistribusian harus benar-benar sampai kepada masyarakat miskin yang memenuhi kriteria sehingga ketepatan sasaran dapat tercapai secara optimal, dan pada akhirnya ketepatan penyaluran dana dapat terpenuhi.
6. Jika SKTM masih digunakan, perlu dilakukan standardisasi dan formalisasi prosedur dan kriteria pengurusan SKTM. 14 kriteria masyarakat miskin yang digunakan BPS dalam mendata masyarakat miskin perlu dijadikan pertimbangan dalam menyusun kriteria pengurusan SKTM.
7. Sangat penting dilakukan sosialisasi kepada masyarakat miskin mengenai Program Askeskin, baik mengenai hak dan prosedur pelayanan bagi masyarakat miskin dengan menggunakan metode tatap muka, sehingga dapat terjadi komunikasi timbal balik antara pemberi informasi dan penerima. Diharapkan dengan pemahaman yang dimiliki masyarakat miskin, pihak rumah sakit tidak terlalu dipusingkan dengan masalah sosialisasi, dan dapat memfokuskan diri pada mutu pelayanan kesehatan.
8. Didirikannya Askesda oleh pemerintah daerah sebagai pengganti PT. Askes untuk mengelola dana Askeskin, sehingga pemerintah dapat berperan aktif dalam program Askeskin.

9. Pengawasan oleh *government organization* dan *nongovernment organization* sangat diperlukan sebagai upaya memantau implementasi agar tetap berjalan *on the right track*.
10. Penanggungungan dana pendamping pasien dan biaya transportasi pendamping perlu segera direalisasikan dan disosialisasikan oleh pemerintah daerah sehingga masalah biaya transportasi tidak menjadi persoalan bagi pendamping pasien.

Daftar Pustaka

- Agustino, Leo. 2007. *Dasar-Dasar Kebijakan Publik*. Jakarta: Alfabeta.
- Bungin, Burhan. 2007. *Penelitian Kualitatif: Komunikasi, Ekonomi, Kebijakan Publik, dan Ilmu Sosial Lainnya*. Jakarta: Kencana.
- Departemen Kesehatan RI, Sekretariat Jenderal. 2006. *Pedoman Penyelenggaraan Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat Miskin (Askeskin)*. Jakarta: Departemen Kesehatan RI.
- , 2007. *Pedoman Penyelenggaraan Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat Miskin (Askeskin)*. Jakarta: Departemen Kesehatan RI.
- Dwijowijoto, Riant Nugroho. 2003. *Kebijakan Publik: Formulasi, Implementasi, Evaluasi*. Jakarta: PT. Elex Media Komputindo.
- , 2007. *Analisis Kebijakan*. Jakarta: Penerbit PT. Elex Media Komputindo Kelompok Gramedia.
- Miles, Matthew B. dan A. Michael H. 1992. *Analisis Data Kualitatif*. Jakarta: Penerbit UI.
- Moleong, Lexy J. 2006. *Metodologi Penelitian Kualitatif edisi Revisi*. Bandung: PT Remaja Rosdakarya.
- Parsons, Wayne. 2005. *Public Policy: Pengantar Teori dan Praktek Analisis Kebijakan*. Jakarta: Prenada Media.

Ratminto dan Atik Septi Winarsih. 2005. *Manajemen Pelayanan: Pengembangan Model Konseptual, Penerapan Citizen's Charter dan Standar Pelayanan Minimal*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar.

Sulastomo. 2000. *Manajemen Kesehatan*. Jakarta: Penerbit PT Gramedia Pustaka Utama.

Suryadi, Soleh dan Y. Wahyu Aji. 2003. *Implementasi Kebijakan Perubahan Organisasi terhadap Pengorganisasian Pegawai pada Dinas Pendidikan Propinsi Jawa Barat (Studi tentang Desentralisasi Pendidikan dalam Kerangka Perubahan Organisasi)* dalam Jurnal Ilmu Administrasi. Magister Ilmu Administrasi Program Pascasarjana Unpas.

Suryawati, Chriswardani, dkk. 2006. *Penyusunan Indikator Kepuasan Pasien Rawat Inap Rumah Sakit di Provinsi Jawa Tengah* dalam Jurnal Manajemen Pelayanan Kesehatan. Fakultas Kesehatan Masyarakat dan Program Magister Ilmu Kesehatan Masyarakat Universitas Diponegoro Semarang, Jawa Tengah.

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

UUD 1945 Amandemen IV

Undang-Undang Nomor 23 tahun 1992

Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 40 tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional.

www.depkes.go.id

www.google.co.id

www.sitereources.worldbank.org