

IMPLEMENTASI KEBIJAKAN PELAYANAN KESEHATAN MASYARAKAT MISKIN DI RUMAH SAKIT UMUM DAERAH KOTA BITUNG

Etmon Taalonganon

F.D.J. Lengkong

Alden Laloma

ABSTRACT

This research aims to get an overview or description of the implementation of the policy of the Ministry of health of the poor in the HOSPITALS of the city of Bitung. The type of research used in this research is descriptive qualitative approach method. Descriptive research aims to describe, summarize a variety of conditions, the situation or the various variables that arise in society which became the object of the research. Penelitiannya focus on the factor of communication, resources, attitudes and bureaucratic structure.

Conclusions are in General, almost all indicators of policy implementation services Jamkesmas held in Bitung city HOSPITALS already are good enough, the indicator of the system/equipment medical facilities are already full enough. Meanwhile, implementing any policy stance is already pretty good and friendly in serving the people who came for the medication, but became the indicator needs to be fixed is the slowness of the distribution of the cards to the general wards of JAMKESMAS recipient JAMKESMAS card.

Then there are some factor restricting the achievement of success of implementation of the policy of the Ministry of health of the poor in the HOSPITALS of the city of Bitung IE from external factors, such as lack of understanding of the people about the ownership card JAMKESMAS.

Keywords: Healthcare, Policy Implementation

Pendahuluan

Derajat kesehatan masyarakat miskin, masih sangat rendah di Indonesia. Kondisi rendahnya derajat kesehatan masyarakat miskin ini, dapat kita lihat dari kualitas pelayanan kesehatan yang kurang berpihak pada masyarakat miskin, seperti pelayanan yang kurang diakses, prosedur yang berbelit belit ketika pengurusan administrasi kesehatan, kurangnya sosialisasi oleh Rumah sakit dan Puskesmas tentang pentingnya Program Jaminan Kesehatan bagi Masyarakat, kurang tepatnya pemilihan kriteria target penerima manfaat kartu JAMKESMAS, diindikasikan terdapat

masyarakat yang tidak tergolong miskin mendapatkan kartu jaminan kesehatan (kartu JAMKESMAS) dan masyarakat miskin tidak mendapatkan kartu Jaminan Kesehatan (kartu JAMKESMAS), dan masih adanya alternative lain seperti membeli obat bebas di warung tanpa melalui resep dokter. itu adalah bukti-bukti bahwa masyarakat kurang memahami manfaat kartu Jaminan Kesehatan (JAMKESMAS), Seperti kita ketahui biaya kesehatan yang meningkat dari waktu ke waktu menjadikan warga miskin semakin jauh dalam hal pencapaian pelayanan kesehatan. Kendala faktor sosial ekonomi ini memerlukan campur tangan

pemerintah dan pihak rumah sakit untuk melindungi warga miskin melalui kebijakan kesehatan. Kondisi ini bertolak belakang dengan Undang-Undang No 40 Tahun 2004 tentang System Jaminan Sosial Nasional yang mengamanatkan pemerintah untuk memberikan perlindungan bagi fakir miskin, anak dan orang terlantar serta orang tidak mampu yang pembiayaan kesehatannya dijamin oleh pemerintah.

Upaya – upaya pelayanan kesehatan penduduk miskin, memerlukan penyelesaian menyeluruh dan perlu disusun strategi serta tindak pelaksanaan pelayanan kesehatan yang peduli terhadap penduduk miskin.

Untuk mendukung pelaksanaan pelayanan kesehatan miskin terutama di kota Bitung, diharapkan peran pemerintah kota dan pihak rumah sakit dapat membantu dan mendukung penyelenggaraan implementasi kebijakan pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin yang ada di kota Bitung.

Pemerintah pusat menyediakan kebijakan pelayanan kesehatan, sedangkan pemerintah kota dapat berkontribusi memberikan pembiayaan pelayanan kesehatan bagi masyarakat kurang mampu/miskin di kota Bitung.

Permasalahan yang dirumuskan adalah bagaimanakah Implementasi Kebijakan Pelayanan Kesehatan Masyarakat Miskin di RSUD Kota Bitung ? dan Faktor-faktor yang mempengaruhi Implementasi Kebijakan Pelayanan Masyarakat Miskin ?. Berdasarkan perumusan masalah maka tujuan penelitian ini

ialah Untuk mendapatkan gambaran atau deskripsi tentang Implementasi Kebijakan Pelayanan Kesehatan Masyarakat Miskin di RSUD kota Bitung.

Kebijakan public adalah sejumlah aktivitas pemerintah, baik secara langsung maupun melalui berbagai lembaga mempengaruhi kehidupan masyarakat (Peters, 1984). Dengan defenisi ini ada tiga tingkat pengaruh kebijakan public terhadap kehidupan masyarakat, yaitu : 1). Pada tingkat pertama, adanya pilihan kebijakan atau keputusan yang dibuat oleh politisi, pegawai pemerintah, atau yang lain yang bertujuan menggunakan kekuatan public untuk mempengaruhi kehidupan warga masyarakat, adapun keputusan ini dibuat oleh anggota legislatif, presiden, gubernur, administrator serta pressure groups, dimana yang dimunculkan pada level ini adalah sebuah kebijakan terapan. 2). Pada tingkat kedua, adanya output kebijakan. Pilihan kebijakan yang sedang diterapkan pada tingkat ini membuat pemerintah melakukan pengaturan, menganggarkan, membentuk personil dan membuat regulasi dalam bentuk program yang akan mempengaruhi kehidupan masyarakat. Lebih lanjut menurut Peter (1984) dalam penerapannya kebijakan tersebut memiliki berbagai instrument kebijakan yaitu: 1). Hukum; 2). Pelayanan/jasa; 3). Dana; 4). Pajak; dan 5). Persuasi yang digunakan bila instrument lain gagal mempengaruhi masyarakat. Kebijakan sebagai perilaku aktor dalam kegiatan tertentu, yang di maksud dengan aktor adalah berupa individu, atau organisasi pemerintah

maupun non pemerintah. Demikian pula dengan kegiatan tertentu di artikan sebagai kegiatan administratif, politis, ekonomis, dll, (Anderson, dalam Abdulwahab, 1997). Sedangkan Carl Friedrich memandang kebijakan sebagai suatu arah tindakan yang diusulkan oleh seseorang, kelompok atau pemerintah dalam suatu lingkungan tertentu yang memberikan hambatan-hambatan dan peluang-peluang terhadap kebijakan yang diusulkan untuk menggunakan dan mengatasi dalam rangka mencapai suatu tujuan yang atau merealisasikan suatu sasaran atau suatu maksud tertentu. Definisi yang diberikan oleh Friedrich ini menyangkut dimensi yang luas karena kebijakan tidak hanya dipahami sebagai tindakan yang dilakukan oleh pemerintah, tetapi juga oleh kelompok maupun oleh individu (Winarno, 2012).

David Easton (Dye, 1987) mendefinisikan kebijakan sebagai akibat aktivitas pemerintah (*the impact of government practices*). Sedangkan Carl I. Friedrich (dalam Winarno, 2012) mendefinisikannya sebagai serangkaian tindakan yang diusulkan seseorang, kelompok, atau pemerintah dalam suatu lingkungan tertentu dengan ancaman dan peluang yang ada, kebijakan yang diusulkan tersebut ditunjukkan untuk memanfaatkan potensi sekaligus mengatasi hambatan yang ada dalam rangka mencapai tujuan tertentu.

Kebijakan publik menurut Thomas Dye (1987) adalah apapun pilihan pemerintah untuk melakukan atau tidak melakukan (*public policy is whatever governments choose to do or not to do*).

Beberapa konsep kebijakan public yang telah dikemukakan di atas sangat variatif sifatnya, maka Dunn (1999) menyimpulkan bahwa kebijakan public merupakan serangkaian pilihan yang kurang lebih berhubungan (termasuk keputusan untuk tidak berbuat) yang dibuat oleh badan-badan atau kantor-kantor pemerintah, diformulasikan dalam bidang-bidang isu (issue areas) yaitu arah tindakan actual atau potensial dari pemerintah yang didalamnya terkandung konflik diantara kelompok masyarakat.

Model yang digunakan sebagai dasar tema penelitian ini ialah turunan model implementasi *top-down* yang disebut *direct and indirect impact on implementation* yaitu model teori yang dikembangkan oleh George C. Edwards III (1990). Menurut pandangan Edwards III (dalam Subarsono, 2011, h.90), implementasi kebijakan dipengaruhi oleh empat variabel yang saling berhubungan satu sama lain, diantaranya :

1. Komunikasi, yaitu menunjuk bahwa setiap kebijakan akan dapat di laksanakan dengan baik jika terjadi komunikasi efektif antara pelaksana program (kebijakan) dengan para kelompok sasaran (target group). Tujuan dan sasaran dari program/kebijakan dapat di sosialisasikan secara baik sehingga dapat menghindar adanya distorsi atas kebijakan dan program.

2. Sumber Daya, yaitu menunjukan setiap kebijakan harus didukung oleh sumber daya yang memadai, baik sumber daya manusia maupun sumber daya finansial. Sumber daya manusia adalah kecukupan baik kualitas maupun kuantitas

implementor yang dapat melingkupi seluruh kelompok sasaran. Sumber daya finansial adalah kecukupan modal investasi atas sebuah program/kebijakan. Keduanya harus diperhatikan dalam implementasi program/kebijakan pemerintah. Sebab tanpa kehandalam implementor, kebijakan menjadi kurang kurang enerjik dan berjalan lambat dan seadanya. Sedangkan sumber daya finansial menjamin keberlangsungan program/kebijakan. Tanpa ada dukungan finansial yang memadai, program tak dapat berjalan efektif dan cepat dalam mencapai tujuan dan sasaran.

3. Disposisi, yaitu menunjuk karakteristik yang menempel erat kepada implementor kebijakan/program. Karakter yang penting dimiliki oleh implementor adalah kejujuran, komitmen dan demokratis. Implementor yang memiliki komitmen tinggi dan jujur akan senantiasa bertahan diantara hambatan yang di temui dalam program/kebijakan. Kejujuran mengarahkan implementor untuk tetap berada dalam baris program yang telah digariskan dalam guideline program. Komitmen dan kejujurannya membawa semakin antusias dalam melaksanakan tahap-tahap program secara konsisten. Sikap yang demokratis akan meningkatkan kesan baik implementor dan kebijakan dihadapan anggota kelompok sasaran. Sikap ini akan menurunkan resistensi dari masyarakat dan menumbuhkan rasa percaya dan kepedulian kelompok sasaran terhadap implementor dan program/kebijakan.

4. struktur birokrasi, menunjuk bahwa struktur birokrasi menjadi penting dalam

implementasi kebijakan. Aspek struktur birokrasi ini mencangkup dua hal penting pertama adalah mekanisme, dan struktur organisasi pelaksana sendiri. Mekanisme implementasi program biasanya sudah ditetapkan melalui standar operating procedur (SPO) yang dicantumkan dalam guideline program/kebijakan. SOP yang baik mencantumkan kerangka kerja yang jelas, sistematis, tidak berbelit dan mudah di pahami oleh siapapun karena akan menjadi acuan dalam bekerjanya implementor. Sedangkan struktur organisasi pelaksana pun sejauh mungkin menghindari hal yang berbelit, panjang dan kompleks. Struktur organisasi pelaksana harus dapat menjamin adanya pengambilan keputusan atas kejadian luar biasa dalam program secara cepat. Dan hal ini hanya dapat lahir jika struktur didesain secara ringkas dan fleksibel menghindari “virus weberian” yang kaku, terlalu hirarkhis dan birokratis.

Keempat variabel diatas dalam model yang di bangun oleh Edward memiliki keterkaitan satu dengan yang lain dalam mencapai tujuan dan sasaran program/kebijakan. Semuanya saling bersinergi dalam mencapai tujuan dan satu variabel akan sangat mempengaruhi variabel yang lain. Misalnya saja, impementor yang tidak jujur akan mudah sekali melakukan mark up dan korupsi atas dana program/kebijakan dan program tidak dapat optimal dalam mencapai tujuan. Begitupun ketika watak dari implementor kurang demokratis akan

sangat mempengaruhi proses komunikasi dengan kelompok sasaran.

METODE PENELITIAN

Jenis penelitian yang digunakan dalam penelitian ini ialah metode deskriptif dengan pendekatan kualitatif. Penelitian deskriptif dalam Bungin (2001, h.48) bertujuan untuk menggambarkan, meringkas berbagai kondisi, situasi atau berbagai variabel yang timbul di masyarakat yang menjadi objek penelitian itu. Kemudian menarik ke permukaan sebagai suatu ciri atau gambaran tentang kondisi, situasi dan variabel tertentu.

Dalam melaksanakan penelitian dengan pendekatan kualitatif sesuai dikutip dalam Moleong(2007, h.8), seorang peneliti harus memperhatikan ciri-ciri yang mencangkup latar alamiah, manusia sebagai alat atau instrumen, metode kualitatif, analisa deskriptif, lebih mementingkan proses daripada hasil, adanya kriteria khusus untuk keabsahan data, desain yang bersifat sementara serta hasil penelitian yang dirundingkan dan disepakati bersama.

Dalam penelitian ini lokasi penelitian dilaksanakan di desa Manembo-nembo, kota Bitung. Sedangkan situs penelitian ini yaitu di RSUD kota Bitung.

A. Jenis Penelitian

Jenis penelitian ini yaitu penelitian kualitatif. Penelitian kualitatif ini merupakan penelitian yang bermaksud untuk memahami fenomena

tentang apa yang dialami oleh subyek penelitian, misalnya perilaku, persepsi, motivasi, tindakan dan lain, dan dengan cara deskripsi dalam bentuk kata-kata dan bahasa, pada suatu konteks khusus yang alamiah dan dengan memanfaatkan berbagai metode alamiah. Penelitian ini hanya menggambarkan apa adanya tentang suatu variabel, gejala, keadaan, dan tidak bermaksud menguji hipotesis.

Adapun model atau pendekatan yang digunakan untuk mengkaji implementasi kebijakan adalah pendekatan masalah implementasi (implementation problems approach) yang dikemukakan oleh Edward III (1984) dengan mengamati factor-faktor yang mendukung dan menghambat implementasi kebijakan program jamkesmas. Sehubungan dengan maksud tersebut, Edward III merumuskan empat factor yang merupakan syarat utama keberhasilan proses implementasi, yakni komunikasi, sumber daya, sikap aparat pelaksana, dan struktur birokrasi termasuk tata aliran kerja birokrasi.

Pada dasarnya fokus dari penelitian dengan judul” implementasi kebijakan pelayanan kesehatan masyarakat miskin di RSUD kota Bitung. Perlu fokus penelitian ini adalah untuk mengetahui sejauh mana masyarakat mengetahui program *JAMKESMAS* (Jaminan Kesehatan Masyarakat) di RSUD kota Bitung.

Stahhope (1997:28), Pengertian “pelayanan”, yang berarti “usaha melayani kebutuhan orang lain” atau dari pengertian “melayani” yang berarti “membantu/menyiapkan (mengurus) apa yang

diperlukan seseorang⁷. Sedangkan pengertian kesehatan menurut Undang-undang Nomor 23 tahun 1992, pasal 1 ayat 1 adalah keadaan sejahtera dari badan, jiwa dan sosial yang memungkinkan setiap orang produktif secara sosial ekonomi. Jadi pengertian kesehatan cakupannya sangat luas, mencakup sehat fisik maupun non fisik (jiwa, sosial ekonomi). Pelayanan kesehatan adalah sub sistem pelayanan kesehatan yang tujuan utamanya adalah pelayanan preventif (pencegahan) dan promotif (peningkatan kesehatan) dengan sasaran masyarakat.

Menurut Levei dan Ioamba (dalam Azrul 1996, h.35), pelayanan kesehatan adalah setiap upaya yang diselenggarakan sendiri atau secara bersama-sama dalam suatu organisasi untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan, mencegah dan menyembuhkan penyakit serta memulihkan kesehatan perorangan, keluarga, kelompok dan ataupun masyarakat.

Menurut Azwar (1996: 37) :Sistem pelayanan kesehatan merupakan jaringan pelayanan interdisipliner, komprehensif, dan kompleks, terdiri dari aktivitas diagnosis, treatment, rehabilitasi, pemeliharaan kesehatan dan pencegahan untuk masyarakat pada seluruh kelompok umur dan dalam berbagai keadaan.

A. Bentuk pelayanan kesehatan

1). Pelayanan Kesehatan Tingkat Pertama (Primary health care). Pelayanan kesehatan jenis ini diperlukan untuk masyarakat yang sakit ringan dan masyarakat yang sehat untuk meningkatkan kesehatan mereka atau promosi kesehatan. Oleh

karena itu jumlah kelompok ini dalam suatu populasi sangat besar (lebih kurang 85 %). Pelayanan yang diperlukan oleh kelompok ini bersifat pelayanan kesehatan dasar (basic health service), atau juga merupakan pelayanan kesehatan primer atau utama (primary health care). Contohnya : Puskesmas, Puskesmas keliling, puskesmas pembantu.

2). Pelayanan Kesehatan Tingkat Kedua (Secondary health services). Pelayanan kesehatan jenis ini diperlukan oleh kelompok masyarakat yang memerlukan perawatan nginap, yang sudah tidak dapat ditangani oleh pelayanan kesehatan primer. Contoh : Rumah Sakit tipe C dan Rumah Sakit tipe D dan memerlukan tersedianya tenaga-tenaga spesialis.

3). Pelayanan Kesehatan Tingkat Ketiga (Tertiary health service). Pelayanan kesehatan ini diperlukan untuk kelompok masyarakat atau pasien yang sudah tidak dapat ditangani oleh pelayanan kesehatan sekunder. Pelayanan sudah kompleks dan memerlukan tenaga-tenaga super spesialis. Contohnya: Rumah Sakit tipe A dan Rumah sakit tipe B.

Dalam suatu sistem pelayanan kesehatan, ketiga strata atau jenis pelayanan tersebut tidak berdiri sendiri-sendiri namun berada didalam suatu sistem dan saling berhubungan. Apabila pelayanan kesehatan primer tidak dapat melakukan tindakan medis tingkat primer maka ia menyerahkan tanggung jawab tersebut ke tingkat pelayanan di atasnya, demikian seterusnya. Penyerahan tanggung jawab dari satu

pelayanan kesehatan ke pelayanan kesehatan yang lain ini disebut rujukan.

Sistem Rujukan Menurut SK Menteri Kesehatan RI No 32 tahun 1972 sistem rujukan adalah suatu sistem penyelenggaraan pelayanan kesehatan yang melaksanakan pelimpahan tanggung jawab timbal balik terhadap satu kasus masalah kesehatan secara vertical dalam arti dari unit yang berkemampuan kurang kepada unit yang lebih mampu atau secara horizontal dalam arti antar unit-unit yang setingkat kemampuannya. Dari batasan tersebut dapat dilihat bahwa hal yang dirujuk bukan hanya pasien saja tapi juga masalah-masalah kesehatan lain, teknologi, sarana, bahan-bahan laboratorium, dan sebagainya. Disamping itu rujukan tidak berarti berasal dari fasilitas yang lebih rendah ke fasilitas yang lebih tinggi tetapi juga dapat dilakukan diantara fasilitas-fasilitas kesehatan yang setingkat. Jalur Rujukan Dalam kaitan ini jalur rujukan untuk kasus gawat darurat dapat dilaksanakan sebagai berikut :

- a. Dari kader dapat langsung merujuk ke Puskesmas Pembantu, Pondok bersalin atau Bidan Desa, Puskesmas Rawat Inap, dan Rumah sakit pemerintah atau swasta.
- b. Dari posyandu dapat langsung menuju ke Puskesmas Pembantu, Pondok bersalin atau Bidan Desa, Puskesmas Rawat Inap, dan Rumah sakit pemerintah atau swasta.

- c. Dari Puskesmas Pembantu dapat langsung merujuk ke Rumah Sakit tipe D/C atau Rumah Sakit Swasta
- d. Dari Praktik dr. swasta, Praktik bidan, Praktik perawat, Puskesmas, RB, BP dapat langsung merujuk ke Rumah Sakit tipe D/C atau Rumah Sakit Swasta
- e. Dari Rumah Sakit tipe D/C bila tidak bisa menangani dapat langsung merujuk ke Rumah Sakit tipe A/B.

PEMBAHASAN

Undang-Undang Dasar 1945 dan Undang-Undang No.40 Tahun 2004 tentang System Jaminan Social Nasional pada prinsipnya dimaksudkan memberikan arah dan pedoman yang dilaksanakan Pemerintah dan jajarannya. Pemerintah Daerah (Provinsi, Kabupaten/Kota) juga diwajibkan menyediakan fasilitas pelayanan kesehatan berupa jaminan kesehatan masyarakat (JAMKESMAS) Daerah, agar seluruh masyarakat Indonesia dapat memenuhi standar kesehatan mereka 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. dengan dimasukkannya System Jaminan Social Nasional, menjadi suatu bukti yang kuat bahwa pemerintah dan pemangku kepentingan terkait memiliki komitmen yang besar untuk mewujudkan kesejahteraan social bagi seluruh rakyatnya.

karena melalui System Jaminan Nasional sebagai salah satu bentuk perlindungan social pada hakekatnya bertujuan untuk menjamin seluruh rakyat agar dapat memenuhi kebutuhan dasar hidup yang layak. pelaksanaan jamkesmas mengikuti prinsip penyelenggaraan sebagaimana yang di atur dalam UU System Jaminan Social Nasional, yaitu dikelola secara Nasional, Nirlaba, Portabilitas, Transparan, Efektif Dan Efisien.

Hasil penelitian yang diperoleh melalui wawancara, kusioner, observasi, dan studi dokumentasi menunjukkan bahwa implementasi kebijakan pelayanan kesehatan masyarakat miskin di rsud kota bitung sudah dilaksanakan dengan baik dan benar, serta sudah memenuhi kriteria yang efektif dan efisien, rasional sesuai kebutuhan atau keluhan dari masyarakat tersebut. ini dapat memberikan petunjuk bahwa penerapan pelayanan Jamkesmas di RSUD kota Bitung sudah dilakukan secara tepat, maka dalam mengelola pelayanan atau menerapkan implementasi kebijakan ada 4 (empat) hal penting yang secara intergrative merupakan satu kesatuan yang tidak terpisahkan yaitu :

a. Dimensi Komunikasi

komunikasi merupakan sarana untuk menjadikan pelaksana kebijakan memahami apa yang seharusnya mereka lakukan. setiap kebijakan yang akan diimplementasikan dapat disalurkan kepada orang-orang yang tepat melalui komunikasi yang harus dinyatakan dengan jelas, tepat, dan konsisten. komunikasi yang jelas, tepat dan konsisten diharapkan dapat efektif dalam menyampaikan informasi yang dapat diterima

dengan jelas pula oleh implementor, target group, dan pihak lain yang berkepentingan, terutama berkaitan dengan maksud, tujuan dan sasaran kebijakan public yang akan diimplementasikan.

Menurut informan kunci seperti Kepala Seksi Rekam Medic di RSUD Kota Bitung menyatakan bahwa :

menurut kami, penerapan dimensi komunikasi dalam proses Implementasi Kebijakan Pelayanan JAMKESMAS di RSUD Kota Bitung ini disampaikan secara transparan dan terbuka”.

berdasarkan hasil wawancara tersebut, dapat dipahami bahwa informasi yang dikembangkan oleh manajemen pada RSUD kota Bitung telah terpola dengan baik dari system sehingga memudahkan dan mempercepat pelaksanaan kebijakan untuk mengimplementasikan substansi program/kebijakan pelayanan Jamkesmas. begitu pula dari informasi unsure masyarakat menyatakan bahwa implementasi kebijakan pelayanan Jamkesmas sudah dikomunikasikan dan disosialisasikan dengan baik kepada masyarakat. hanya saja saat penerimaan kartu JAMKESMAS belum tepat sasaran, karena masih banyak masyarakat miskin yang tidak mendapatkan kartu JAMKESMAS.

Dengan demikian, implementasi kebijakan pelayanan Jamkesmas dari dimensi komunikasi sudah dikomunikasikan dengan baik oleh pihak dinas kesehatan dan pihak rumah sakit.

b. sumber daya

sumber daya dalam konteks implementasi kebijakan pelayanan Jamkesmas terdiri dari

sumber daya manusia, mulai dari pimpinan sampai pada pegawai pelaksana, peralatan, fasilitas kerja, material financial dan kewenangan. tanpa sumber daya yang memadai, dapat dipastikan kebijakan tidak dapat diimplementasikan secara efektif.

untuk mengimplementasikan kebijakan pelayanan Jamkesmas, maka RSUD kota Bitung didukung oleh sumber daya yang cukup memadai dan berkualitas karena para petugas berlatar belakang pendidikan kesehatan yang tepat bagian/jabatan fungsional di RSUD kota Bitung.

dari aspek peralatan dan fasilitas kerja, ternyata rumah sakit dapat dikatakan sudah cukup lengkap peralatan medis dan peralatan kerja lainnya untuk menunjang implementasi kebijakan pelayanan Jamkesmas.

c. disposisi (sikap aparat pelaksana): salah satu dimensi dari implementasi kebijakan yang menentukan keberhasilan atau kegagalan implementasi adalah sikap aparat pelaksana kebijakan itu sendiri. hal ini terkait dengan keinginan atau tekad para pelaksana dalam melaksanakan dan menerapkan substansi kebijakan yang akan diimplementasikan.

d. struktur organisasi pelaksana kebijakan struktur organisasi adalah system formal dari beberapa hubungan dan tugas dan otoritas untuk mengendalikan orang-orang organisasi dan mengkoordinir tindakan-tindakan mereka dalam menggunakan sumber daya untuk mencapai tujuan organisasi (Jones,2003). Robbins (1994) mengemukakan bahwa struktur organisasi adalah “suatu system penerapan tugas-tugas yang akan

diberi, siapa melakukan apa dan melapor kepada siapa, mekanisme koordinasi formal dan pola interaksi yang akan diikuti”.

pemerintah sangat sulit mencegah pengaruh nilai-nilai dan kepentingan umum yang semestinya lebih diutamakan pelayanannya dan kepuasan para pengguna pelayanan, karena dalam penerapan pelayanan public yang dilakukan pemerintah lebih bersifat monopoli, maka keinginan untuk meningkatnya kualitas pelayanan cenderung kurang bermutu. lebih celaka lagi apabila pihak penyelenggara Negara yang menerapkan program justru memanfaatkan untuk kepentingan lain atau kepentingan pribadi/kelompok tertentu. menghadapi persoalan mengenai lebih mengutamakan kepuasan pelanggan internal, terutama kepuasan pimpinan organisasi ataukah harus mengutamakan kepuasan masyarakat luas, semua ini adalah permasalahan yang biasa timbul di area penerapan pelayanan public.

berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan menunjukkan bahwa penerapan pelayanan Jamkesmas di RSUD kota Bitung pada umumnya sudah dilaksanakan dengan cukup baik dan benar sesuai dengan peraturan Menteri Kesehatan Republic Indonesia nomor 903/menkes/per/V/2011 tentang pedoman program Jaminan Kesehatan Masyarakat, UU nomor 40 Tahun 2004 tentang System Jaminan Social Nasional. ini mempunyai makna bahwa Implementasi Kebijakan Pelayanan Kesehatan Masyarakat Miskin di RSUD kota Bitung pada

umumnya telah dilaksanakan dengan baik dan benar.

Namun dari hasil wawancara dan data dokumentasi, masih ditemukan beberapa kelemahan dan kendala dalam penerapan²⁾ pelayanan Jamkesmas, dimana masih banyak masyarakat miskin yang belum mendapatkan kartu JAMKESMAS, ini diakibatkan oleh kelalaian dari pemerintah yang tidak efektif dalam menentukan siapa yang sebenarnya berhak untuk mendapatkan kartu JAMKESMAS tersebut, sehingga masih banyak terdapat kecurangan yang dapat merugikan masyarakat, khususnya masyarakat miskin. kendala lain yaitu lamanya pemberian kartu JAMKESMAS dari masing-masing kelurahan kepada masyarakat peserta Jamkesmas sehingga masyarakat banyak yang tidak mengetahui bahwa mereka memiliki kartu JAMKESMAS.

Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian kepada 13 orang informan tentang implementasi kebijakan pelayanan kesehatan masyarakat miskin di rsud kota bitung, dapatlah ditarik kesimpulan sebagai berikut :

- 1) secara umum, hampir semua indikator dari implementasi kebijakan pelayanan Jamkesmas yang diselenggarakan di RSUD kota Bitung sudah cukup baik, indikator dari system fasilitas/peralatan medis sudah cukup lengkap. sementara itu, sikap pelaksana kebijakan pun sudah cukup baik dan ramah dalam melayani masyarakat yang datang berobat, namun menjadi

indikator yang perlu di perbaiki adalah lambatnya penyaluran kartu JAMKESMAS dari kelurahan kepada masyarakat penerima kartu JAMKESMAS.

ada beberapa factor penghambat pencapaian keberhasilan Implementasi Kebijakan Pelayanan Kesehatan Masyarakat Miskin di RSUD kota Bitung yaitu dari factor eksternal, seperti kurangnya pemahaman masyarakat tentang kepemilikan kartu JAMKESMAS.

Saran

Mengacu pada hasil temuan dalam penelitian ini, maka dipandang perlu untuk memberikan beberapa saran, yaitu sebagai berikut :

- 1) implementor perlu lebih mengoptimalkan sumber daya dari unsur peralatan medis agar proses Implementasi Kebijakan Pelayanan Jamkesmas berjalan dengan lebih baik sehingga kinerja pelayanan dapat dicapai secara optimal, efisien dan efektif.
- 2) untuk mengatasi factor penghambat seperti kurangnya pemahaman masyarakat dan lamanya penyaluran kartu JAMKESMAS kepada pengguna kartu JAMKESMAS maka disarankan kepada Pemerintah kota Bitung agar melakukan koordinasi dan pembinaan kepada instansi/dinas terkait serta mengoptimalkan sosialisasi kepada masyarakat.

DAFTAR PUSTAKA

Abdul Wahab, Solichin. (1997). *Analisis Kebijaksanaan: Dari Formulasi ke Implementasi kebijaksanaan Negara*. Jakarta : Bumi Aksara.

Agustino, Leo. (2008) **Dasar-Dasar Kebijakan Publik**. Bandung, Alfabeta

Azwar, Asrul. (1996) **Menjaga Mutu Pelayanan Kesehatan**. Jakarta, Pustaka Sinar Harapan.

Bungin, Burhan. (2001) **Metodologi Penelitian Sosial: Format-format Kuantitatif dan Kualitatif**. Surabaya, Airlangga University Press

Dye, Thomas R. 1987. **Policy Analysis**. USA: The University of Alabama Press

Denhard, Janet Vinzant And Robert B. Denhardt. 2003. **The New Public Service: Serving, Not Stering**. M.E. sharpe, inc.: new york.

Edward III, George C.1980. **Implementing Public Policy**. Washington, Congressional Quartely Press

Moleong J. Lexy. (2007) **Metodologi Penelitian Kualitatif**. Bandung, PT. Remaja Rosdakarya.

Parson, W. (1997) **Public Policy, An Introduction to the Theory and Practice of Policy Analysis**. U.K, Aldershot Edward Elgar Publishing

Subarsono, AG. (2011) **Analisis Kebijakan Publik**. Yogyakarta, Pustaka Pelajar.

Winarno, Budi. 2012, **Kebijakan Publik**, (Teori, Proses, Dan Studi Kasus).yogyakarta.CAPS

Sumber lain:

Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945.

Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 32 Tahun 1992 Tentang *Kesehatan*.

Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 Tentang *Sistem Jaminan sosial Nasional*.