

EVALUASI MEKANISME PENETAPAN CAPAIAN DALAM PROGRAM JAMKESMAS DI KOTA SEMARANG

Oleh :

Baskoro Anindya, Fathurrochman., Ari Subowo

**Jurusan Administrasi Publik
Fakultas Ilmu Sosial dan Ilmu Politik
Universitas Diponegoro**

Jl. Profesor Haji Sudarto, Sarjana Hukum Tembalang Semarang Kotak Pos 1269

Telepon (024) 7465407 Faksimile (024) 7465405

Laman : <http://www.fisip.undip.ac.id> email fisip@undip.ac.id

ABSTRACT

This research analyze is it proper achievement in the program jamkesmas in helping poor people in the city of semarang. Operation of the concepts and an indicator of success (in executing guidance jamkesmas 2012) of the theory of systems (the process of) according to Tatang m. Amirin, because what to evaluate in limited only the process of determination of the achievement of program jamkesmas in the city of semarang. And knowing the participation of stakeholders in setting targets JAMKESNAS Program in Semarang.

Keywords: JAMKESMAS, Achievement Program, Stakeholders Response, Evaluation Mechanism.

ABSTRAKSI

Penelitian ini menganalisis apakah sudah tepat capaian dalam Program Jamkesmas dalam membantu masyarakat miskin di Kota Semarang. Operasionalisasi konsep dan indikator keberhasilan (dalam petunjuk pelaksanaan Jamkesmas tahun 2012) dari Teori Sistem (Proses) menurut Tatang M. Amirin, karena yang di evaluasi hanya sebatas proses penetapan capaian Program Jamkesmas di Kota Semarang. Dan Mengetahui partisipasi para Stakeholder dalam penetapan target Program Jamkesmas di Kota Semarang.

Kata Kunci : Jamkesmas, Capaian Program , Respon para Stakeholder, Evaluasi Mekanisme.

PENDAHULUAN

1. 1. LATAR BELAKANG

Undang-Undang Dasar 1945 pasal 28 H dan Undang-Undang Nomor 23/1992 tentang Kesehatan, menetapkan bahwa setiap orang berhak mendapatkan pelayanan kesehatan. Karena itu setiap individu, keluarga dan masyarakat berhak memperoleh perlindungan terhadap kesehatannya, dan negara bertanggungjawab mengatur agar terpenuhi hak hidup sehat bagi penduduknya termasuk bagi masyarakat miskin dan tidak mampu.

Melihat Derajat kesehatan masyarakat miskin yang masih rendah tersebut diakibatkan karena sulitnya akses terhadap pelayanan kesehatan. Kesulitan akses pelayanan ini dipengaruhi oleh berbagai faktor seperti tidak adanya kemampuan secara ekonomi dikarenakan biaya kesehatan memang mahal. Maka untuk menjamin masyarakat miskin tersebut yang terkena penyakit dan mengalami kesulitan dalam hal ekonomi pemerintah Indonesia membuat program yang bertujuan untuk membantu atau meringankan beban biaya tersebut, dengan program ASKESKIN (Asuransi Masyarakat Miskin). Program ini dalam perjalanannya terus diupayakan untuk ditingkatkan melalui perubahan-perubahan sampai dengan penyelenggaraan program tahun 2008. Untuk menghindari kesalahpahaman dalam penjaminan terhadap masyarakat miskin yang meliputi sangat miskin, miskin dan mendekati miskin, program ini berganti nama menjadi JAMINAN KESEHATAN MASYARAKAT yang selanjutnya disebut JAMKESMAS dengan tidak ada perubahan jumlah sasaran.

Jamkesmas adalah program bantuan sosial untuk pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin dan tidak mampu. Program ini diselenggarakan secara nasional agar terjadi subsidi silang dalam rangka mewujudkan pelayanan kesehatan yang menyeluruh bagi masyarakat miskin. Pada hakekatnya pelayanan kesehatan terhadap masyarakat miskin menjadi tanggung jawab dan dilaksanakan bersama oleh Pemerintah Pusat dan Pemerintah Daerah. Pemerintah Propinsi/Kabupaten/Kota berkewajiban memberikan kontribusi sehingga menghasilkan pelayanan yang optimal. Penyelenggaraan pelayanan kesehatan masyarakat miskin mengacu pada prinsip-prinsip:

1. Dana amanat dan nirlaba dengan pemanfaatan untuk semata-mata peningkatan derajat kesehatan masyarakat miskin.
2. Menyeluruh (komprehensif) sesuai dengan standar pelayanan medik yang 'cost effective' dan rasional.
3. Pelayanan Terstruktur, berjenjang dengan Portabilitas dan ekuitas.

Terlepas dari bagaimana mekanisme penyelenggaraannya, program Jamkesmas (Sebelumnya Askeskin), dalam jangka panjang nanti memang dimaksudkan akan menjadi bagian integral dari sistem jaminan sosial nasional yang bertujuan memberi perlindungan sosial dan kesehatan bagi seluruh lapisan masyarakat yang belum mempunyai jaminan kesehatan. Mengapa hal itu dianggap penting? Karena selain untuk mewujudkan hak dasar kesehatan untuk masyarakat sebagaimana amanat konstitusi, pengembangan sistem pembiayaan kesehatan secara langsung

akan mendukung akselerasi pencapaian tujuan pembangunan nasional.

1. 2. Tujuan Penelitian

Tujuan penelitian dimaksudkan untuk memberikan arah yang tepat dalam proses dan pelaksanaan penelitian yang dilaksanakan agar penelitian tersebut berjalan sesuai dengan apa yang hendak dicapai. penelitian ini dimaksudkan dengan tujuan sebagai berikut :

1. Mengetahui apakah sudah tepat penetapan capaian Program Jamkesmas di Kota Semarang.
2. Mengetahui partisipasi para Stakeholder dalam penetapan target Program Jamkesmas di Kota Semarang.

1. 3. Teori

Kebijakan publik

Harold D. Laswell dan Abraham Kaplan (dalam Sri Suwitri, 2009 : 10) mengartikan kebijakan sebagai suatu program pencapaian tujuan, nilai-nilai dan praktek-praktek yang terarah. Sedangkan menurut Carl J. Friedrich (dalam Sri Suwitri, 2009 : 6) mengartikan kebijakan sebagai serangkaian tindakan yang diusulkan seseorang, kelompok atau pemerintah dalam suatu lingkungan tertentu dengan menunjukkan hambatan-hambatan dan kesempatan-kesempatan terhadap pelaksanaan usulan kebijakan tersebut dalam rangka mencapai tujuan tertentu.

Pandangan Solahudin Kusuma Negara (dalam Model dan Aktor Dalam Proses Kebijakan Publik, 2010), Kebijakan Sebagai suatu konsep, kebijakan memiliki makna yang luas dan multi interpretasi. Sebagai contoh, James Anderson member makna kebijakan sebagai perilaku aktor dalam bidang kegiatan tertentu (dalam Wahab, 1997) pengertian diatas sangat luas dan bisa diartikan bermacam-macam, misal, sang "aktor" dapat berupa individu atau

organisasi, dapat pemerintah maupun non pemerintah. Demikian pula dengan istilah "kegiatan tertentu" bisa diartikan sebagai administratif, politis, ekonomis dan lain-lain. Disamping itu, bentuk kegiatannya pun luas dan multi interpretasi misalnya dapat berupa pencapaian tujuan, perencanaan, program, dan sebagainya. Dengan demikian studi kebijakan adalah studi tentang perilaku berbagai aktor dalam berbagai bidang kegiatan yang mempunyai relevansi dengan sang aktor.

Untuk lebih jelasnya, secara lebih sederhana siklus kebijakan publik dapat dibagi menjadi tiga kelompok, yaitu :

1. Formulasi Kebijakan (Perumusan Kebijakan)
Perumusan kebijakan adalah inti dari kebijakan publik, karena disini dirumuskan batas-batas kebijakan itu sendiri. Ini merupakan suatu permulaan dari kebijakan.
2. Implementasi Kebijakan
Dalam kelompok ini terdapat kegiatan yang mengarah pada proses pelaksanaan kebijakan. Dalam praktik implementasi kebijakan merupakan proses yang sangat kompleks, sering bernuansa politis dan memuat adanya intervensi kepentingan.
3. Evaluasi Kebijakan
Evaluasi merupakan kegiatan untuk menilai atau melihat keberhasilan atau kegagalan sebuah organisasi atau unit kerja dalam melakukan tugas dan fungsi yang dibebankan kepadanya. Evaluasi baru dapat dilakukan kalau suatu kebijakan sudah berjalan cukup waktu.

Evaluasi Kebijakan Publik

(dalam Riant Nugroho, 2008 : 665)
evaluasi kebijakan adalah pemahaman saya bahwa *kebijakan publik adalah sebuah manajemen*, mengagendakan

pemahaman bahwa *kebijakan publik harus dikendalikan*. Jadi, daripada memper-gunakan frase *evaluasi kebijakan*, saya memilih untuk menggunakan istilah pengendalian kebijakan.

Pengendalian kebijakan terdiri atas tiga dimensi, yaitu:

1. Monotoring kebijakan, atau pengawasan kebijakan.
2. Evaluasi kebijakan.
3. Penganggaran kebijakan

Evaluasi kebijakan publik berkenaan tidak hanya dengan implementasinya, melainkan berkenaan dengan perumusan, implementasi, dan lingkungan kebijakan publik. Mengikuti Wiliam N. Dunn (1999: 608-610), istilah evaluasi dapat disamakan dengan penaksiran (*appraisal*), pemberian angka (*rating*), dan penilaian (*Assesment*). Evaluasi memberi informasi yang valid dan dapat dipercaya mengenai kinerja kebijakan, yaitu seberapa jauh kebutuhan, nilai dan kesempatan telah dapat dicapai melalui tindakan publik, evaluasi memberi sumbangan pada klarifikasi dan kritik terhadap nilai-nilai yang mendasari pemilihan tujuan dan target, dan evaluasi memberi sumbangan pada aplikasi metode-metode analisis kebijakan lainnya, termasuk perumusan masalah dan rekomendasi. Jadi, meski berkenaan dengan keseluruhan proses kebijakan, evaluasi kebijakan lebih berkenaan pada kinerja dari kebijakan, khususnya pada implementasi kebijakan publik. Evaluasi pada “perumusan” dilakukan pada sisi post-tindakan, yaitu lebih kepada “proses” perumusan daripada muatan kebijakan yang biasanya “hanya” menilai apakah prosesnya sudah sesuai dengan prosedur yang sudah sesuai dengan prosedur yang sudah disepakati.

Evaluasi Formulasi Kebijakan Publik

Secara umum, evaluasi formulasi kebijakan publik berkenaan dengan

apakah formulasi kebijakan publik telah dilaksanakan:

1. Menggunakan pendekatan yang sesuai dengan masalah yang hendak diselesaikan—karena setiap masalah publik memerlukan model formulasi kebijakan publik yang berlainan;
2. Mengarah pada permasalahan inti—karena setiap pemecahan masalah harus benar-benar mengarah pada inti permasalahannya;
3. Mengikuti prosedur yang diterima secara bersama, baik dalam rangka keabsahan maupun dalam rangka kesamaan dan keter-paduan langkah perumusan;
4. Mendayagunakan sumber daya yang ada secara optimal, baik dalam bentuk sumber daya waktu, dana, manusia, maupun kondisi lingkungan strategis.

Teknik evaluasi formulasi kebijakan publik sendiri dapat mengacu ada *model formulasi kebijakan publik apa yang dipergunakan*. Model formulasi yang dipilih merupakan *ukuran* standar yang dapat dipergunakan untuk menilai proses formulasi!. Jadi, secara praktis, paling tidak ada tiga belas model evaluasi formulasi kebijakan publik (model pengamatan *terpadu/mixed scanning* dikeluarkan dari daftar), yaitu:

1. Model Kelembagaan (*Institutional*)
2. Model Proses (*Process*)
3. Model Kelompok (*Group*)
4. Model Elite (*Elite*)
5. Model Rasional (*Rational*)
6. Model Inkremental (*Incremental*)
7. Model Teori Permainan (*Game Theory*)
8. Model Pilihan Publik (*Public Choice*)
9. Model Sistem (*System*)
10. Model Demokratis
11. Model Strategis
12. Model Deliberatif

Model Proses

(dalam Riant Nugroho, 2008: 512) Model ini, para pengikutnya menerima asumsi bahwa politik merupakan sebuah

aktivitas sehingga mempunyai proses. Untuk itu, kebijakan publik merupakan juga proses politik yang menyertakan rangkaian kegiatan :

Tabel I.1

Kebijakan Publik sebagai Proses

Identifikasi masalah	Mengemukakan tuntutan agar pemerintah mengambil tindakan
Menata agenda formulasi kebijakan	Memutuskan isu apa yang dipilih dan permasalahan apa yang hendak dikemukakan
Perumusan proposal kebijakan	Mengembangkan proposal kebijakan untuk mengambil masalah tersebut
Legitimasi Kebijakan	Memilih satu buah proposal yang dinilai terbaik untuk kemudian mencari dukungan politik agar dapat diterima sebagai sebuah hukum
Implementasi Kebijakan	Mengorganisasikan birokrasi, menyediakan pelayanan dan pembayaran, dan pengumpulan pajak
Evalusi Kebijakan	Melakukan studi program, melaporkan output-nya, mengevaluasi pengaruh (impact) dan kelompok sasaran dan non-sasaran, dan memberikan rekomendasi penyempurnaan kebijakan.

Sumber: Riant Nugroho (2008)

Teori Sistem

Istilah sistem berasal dari bahasa Yunani “*systema*” yang mengandung arti keseluruhan (a whole) yang tersusun dari sekian banyak bagian. Berarti pula hubungan yang berlangsung diantara saruan-satuan atau komponen secara teratur. Istilah sistem dipergunakan untuk menunjukkan banyak hal. Diantaranya untuk menunjuk suatu himpunan bagian yang saling berkaitan. Smisal skema atau metode pengaturan susunan sesuatu. Secara umum sistem dapat dikatakan mempunyai ciri sebagai berikut :

- a. Bertujuan
- b. Punya Batas
- c. Terbuka
- d. Terdiri dari beberapa subsistem
- e. Merupakan satu kebulatan yang utuh
- f. Saling berhubungan dan saling berkaitan satu sama lain secara internal maupun eksternal
- g. Melakukan kegiatan transformasi
- h. Memiliki mekanisme kontrol
- i. Mampu mengatur diri sendiri dan menyesuaikan diri dengan sendirinya.

Sistem terbuka adalah sistem yang berhubungan dengan lingkungannya. Kebalikannya sistem tertutup. Dalam kenyataannya tidak ada sistem yang sepenuhnya tertutup. Sistem terbuka juga menunjukkan ciri “*equifinality*”. (Tatang M. Amirin, 1996 : 39).

Suatu sistem terdiri dari beberapa subsistem. Tetapi sistem juga merupakan subsistem dari sistem yang lebih luas atau lebih tinggi kedudukannya. Sistem yang terdiri dari beberapa bagian, unsur atau komponen itu merupakan suatu kebulatan keseluruhan yang bermaknan, bukan kumpulan dari bagian-bagiannya. Dalam pengertian sistem terkandung adanya konsep sinergisme.

1. 4. Metode Penelitian

A. Tipe Penelitian

Penelitian ini menggunakan penelitian kualitatif deskriptif

B. Fokus dan Lokus Penelitian

Fokus pada penelitian ini adalah melihat bagaimana capaian program Jamkesmas di Kota Semarang dan melihat partisipasi para Stakeholder dalam Program Jamkesmas. Sedangkan lokasi penelitian ini dilaksanakan di Kantor Dinas Kesehatan Kota Semarang Jl. Pandananran no.79 kota Semarang.

C. Desain Penelitian

Penelitian ini menggunakan tipe penelitian kualitatif deskriptif, yaitu penelitian yang berusaha mengungkapkan suatu masalah/keadaan/peristiwa sebagaimana adanya sehingga bersifat sekedar untuk mengungkapkan fakta. Hasil penelitian ditekankan pada memberikan gambaran secara objektif tentang keadaan sebenarnya dari obyek yang diteliti (Hadar Namawi, 2003:31)

D. Sumber data

Sumber data yang digunakan yaitu Data primer dan Data sekunder

E. Teknik pengumpulan data.

Teknik pengumpulan data menggunakan Wawancara mendalam, dan dokumentasi,

F. Analisis Data

Analisis data menggunakan teknik reduksi Data, Penyajian Data, Menarik Kesimpulan dan verifikasi.

PEMBAHASAN

1. Tersedianya Data Kepesertaan Sesuai Dengan Kebijakan (Input)

program Jamkesmas di Kota Semarang sudah berjalan sesuai dengan prosedur. Dinas Kesehatan Kota Semarang berhasil merealisasikan sebanyak 306.700 jiwa, peserta program Jamkesmas. Pencapaian peserta program Jamkesmas ini adalah 100 %. Namun program Jamkesmas tersebut tidak bisa mencakup atau membantu seluruh warga miskin yang berada di Kota Semarang, karena menurut server BPS penduduk

miskin di Kota Semarang mencapai 330.660 Jiwa, sedangkan program Jamkesmas hanya mendapat kuota sebesar 306.700 jiwa. Berarti masih ada sekitar 23.960 jiwa masyarakat miskin yang belum mendapat bantuan program Jamkesmas atau sekitar 29,8 % masyarakat miskin di kota semarang tidak mendapat bantuan program Jamkesmas.

1.1 Mekanisme Penetapan Sasaran Program (Prosedur)

Dinas Kesehatan dan PT. ASKES sudah menjalankan prosedur sesuai dengan apa yang telah diperintah oleh pusat. Dinas Kesehatan disini bekerja sama dengan PT. ASKES, BPS dan jajaran Walikota Kota Semarang dalam menjalankan program kepesertaan program Jamkesmas.

1.2 Database Kepesertaan oleh Dinas Kesehatan

Dinas Kesehatan dan PT. ASKES, database yang telah ditetapkan oleh stakeholder sudah sesuai dengan harapan Kementerian Kesehatan. Survey BPS 306.700 jiwa dapat tercapai 100%

1.3 Tanggung Jawab Pemerintah Terhadap Database Kepesertaan

Pemerintah dan PT. Askes mempunyai tanggung jawab dalam terciptanya data kepesertaan yang baik dan akurat. Agar tercipta data yang baik dan berkualitas maka harus di tunjang dengan Sumber Daya Manusia yang berkualitas dan profesional. Maka dari itu kedua instansi Pemerintah dan Swasta sering sekali melakukan pelatihan untuk staf dan para verifikator untuk meminimalisir atau bahkan menghilangkan terjadinya human eror.

1.4 Respon Pemerintah Terhadap Database Kepesertaan

Dinas kesehatan sudah merespon data kepesertaan ataupun menjabarkan permasalahan yang ada di lapangan. Melihat pendapat kedua belah pihak dinas kesehatan dan pt.askes, respon serta dampak yang ditimbulkan oleh pelaksana program jamkesmas adalah sangat baik

karena mereka sudah menjalankan program sesuai dengan petunjuk pelaksanaan.

1.5 Dana Dalam Penyelenggaraan Program Jamkesmas Sesuai jumlah Database

Dinas Kesehatan dan PT. ASKES menyebutkan bahwa dana Jamkesmas langsung disalurkan ke rumah sakit tersebut dengan sistem klaim. maka dari itu pada tahap ini pendanaan dilakukan oleh pihak Kementerian Kesehatan dengan pihak rumah sakit. Pendanaan ini juga bersifat langsung ke rekening milik rumah sakit, jadi dana langsung bisa tersalurkan ke pihak Rumah sakit.

1.6 Adanya Dukungan Sistem Informasi Manajemen Dalam Penetapan Sasaran Program.

Dalam wawancara saya dengan PT. Askes, mereka memiliki aplikasi untuk mengecek atau meminimalisir terjadinya kesamaan data dalam penetapan sasaran program jamkesmas. Namun untuk pelayanan program jamkesmas, verifikasi menggunakan INA-CBGs (Indonesia Case Based Groups) juga membantu agar pasien ketika sakit dapat segera tertangani. Aplikasi ini dapat dengan cepat mengecek verifikasi data peserta. Penyakit pasien, berapa biaya yang harus dibayar oleh kementerian ke Rumah sakit. Dengan aplikasi ini diharapkan dapat membantu kelancaran program Jamkesmas.

2. Terlaksananya Kebijakan Tentang Kepesertaan (Proses)

Kepesertaan Jamkesmas, yang dilakukan oleh Dinas Kesehatan sudah berjalan dengan baik. Sesuai dengan prosedur yang sudah berjalan. Hal ini dapat dilihat pada tabel diatas. Yang sudah di SK kan oleh walikota.

2.1 Mekanisme Penetapan Sasaran Program (Pelaksanaan)

Dinas Kesehatan dan PT. ASKES melakukan semua proses mekanisme dalam program Jamkesmas sesuai dengan petunjuk Kementerian Kesehatan. Gambar

diatas menyiratkan Kementerian Kesehatan berkoordinasi dengan BPS pusat melakukan survey awal sehingga keluar jumlah peserta se Indonesia sebesar 76,4 juta jiwa. Kota Semarang mendapat kuota sebesar 306.700 jiwa peserta program Jamkesmas. Dan capaian program di kota semarang sebesar 100%.

2.2 Respon Para Stakeholder Tentang Terlaksananya Kebijakan Data Kepesertaan.

Semua pihak mempunyai peranan masing-masing dan berbeda-beda. Dimana Dinas Kesehatan selalu melakukan tindakan sesuai dengan anjuran atau ketentuan yang berlaku(dengan mensurvey, ikut dalam pengesahan SK walikota) . Pt. ASKES juga sudah merespon data kepesertaan sesuai dengan SKP(Standar Kepuasan Pelayanan)(memvalidasi kartu, membuat kartu dan mendistribusikan kartu sesuai dengan peserta program). Dan penerima bantuan (masyarakat yang kurang mampu) sudah tepat sarasannya.

2.3 Tanggung Jawab Pemerintah Dalam Updating Data Kepesertaan Program Jamkesmas.

Kemetrian Kesehatan tidak melakukan tindakan updating data sesuai ketentuan dari pedoman pelaksanaan program jamkesmas, yang dilakukan enam bulan sekali.Pada tahun 2010 kementerian kesehatan meminta updating data namun masih banyak Kab atau Kota yang tidak memberikan updating data, karena mereka tidak mempunyai data yang update. Maka dari itu updating datapun dibatalkan karena masih banyak kab/ kota yang tidak mengirmkan data terbaru. Jadi data kepesertaan Jamkesmas dari tahun 2008-2012 tetap sama yaitu 76,4 juta jiwa dan kota semarang 306.700 jiwa.

2.4 Tim Pengelola Pelaksanaan Data Kepesertaan.

Dinas kesehatan juga perlu membentuk Tim Pengelola agar dalam menjalankan program ini sesuai dengan amanat apa yang diinginkan oleh pusat

yaitu memberikan pelayanan yang prima terhadap pemegang kartu jamkesmas.

3. Terlayannya Seluruh Peserta Jamkesmas (Output)

Dari 2 narasumber yang pernah berobat menggunakan Kartu Jamkesmas dapat disimpulkan bahwa ketika peserta Jamkesmas sakit dan harus di bawa ke Puskesmas atau RS sudah mendapat pelayanan dengan semestisnya. Namun dari tanggapan salah satu narasumber tentang pelayanan minimal yang diberikan di puskesmas masih rancau, karena narasumber tidak tahu bagaimana pelayanan standar minimal dipuskesmas yang sesuai dengan aturan yang berlaku.

3.1 Kepuasan Masyarakat Penerima Bantuan Jamkesmas.

Kepuasan peserta program Jamkesmas karena narasumber ke 3 ini, belum pernah berobat dengan menggunakan kartu Jamkesmas. Dengan demikian beliau salah mengeluarkan statemen kalau pelayanan dengan program jamkesmas jelek dan kualitas obatnya tidak bagus. Namun menurut narasumber ke 1 dan 2 merasa puas dengan pelayanan menggunakan Kartu Jamkesmas.

3.2 Pendanaan Yang Cukup Oleh Pemerintah.

Pendanaan yang diberikan oleh Kementerian Kesehatan sudah cukup. Namun pendanaan yang dimaksudkan dalam program Jamkesmas ini adalah, ketika terjadi pengekalian menggunakan Kartu Jamkesmas maka Kementerian Kesehatan akan mengganti langsung ke rekening Rumah Sakit.

3.3 Sistem Komunikasi Seluruh Stakeholder Guna Terjadinya Komunikasi Dua Arah.

Pernyataan seluruh stakeholder dapat saya simpulkan bahwa masih kurang terjadi komunikasi 2 arah yang

dikarenakan, informasi-informasi dari dinas tidak sampai ke tangan masyarakat. Oleh sebab itu maka di sini masyarakat hanya tahu mendapat kartu jamkesmas untuk keperluan berobat.

PENUTUP

1.1. KESIMPULAN

Berdasarkan hasil analisis dan penyajian data dalam penelitian tentang Evaluasi Mekanisme Penetapan Capaian Program Jamkesmas di Kota Semarang, maka dapat diambil kesimpulan sebagai berikut :

1. Program Jamkesmas untuk membantu kesehatan masyarakat miskin di Kota Semarang memiliki kuota 306.700 jiwa. Capaian kuota program Jamkesmas sudah baik. Hal ini terlihat dari nilai capaian program yang mencapai 100%. Meskipun demikian masih terdapat kekurangan dalam prosedur penetapan target program yang masih lama, yaitu 4 bulan 25 hari.
2. Peranan Dinas Kesehatan dan PT. Askes dalam Program Jamkesmas masih sangat dominan. Hal ini dilihat dari peran Dinas Kesehatan dari sosialisasi program, penetapan sasaran, merekap data, pendistribusian data untuk di SK-kan oleh Walikota. Selanjutnya peranan dari PT. Askes sebagai pembuat kartu kepesertaan program, pembagian kartu ke kelurahan, dan pertanggungjawaban ke kementerian. Karena PT. Askes ditugaskan oleh kementerian kesehatan sebagai manajemen pengelola program Jamkesmas. Sedangkan peranan masyarakat masih miskin masih sebagai peserta / sasaran program.

1.2. SARAN

Berdasarkan kesimpulan yang diperoleh, maka diperlukan rekomendasi langkah-langkah yang mungkin diambil untuk mencapai keberhasilan dalam program Jamkesmas di Semarang". Rekomendasi langkah-langkah yang

mungkin diambil adalah sebagai berikut :

1. Rekomendasi dalam penetapan capaian program, Kegiatan yang semula berjumlah 29 kegiatan menurun menjadi 16 kegiatan. Waktu yang semula dibutuhkan 4 bulan 25 hari sekarang Cuma dibutuhkan 3 bulan 3 hari saja. Jarak yang semula 981 kilometer, 510 meter sekarang tinggal 40 kilometer saja. Penahan yang semula 3 kegiatan dengan menempuh waktu 17 hari, setelah diusulkan mejadi tidak ada sama sekali. Jadi keuntungan yang diperoleh bila bagan rangkaian kerja diusulkan diterima adalah adanya penghematan/ pengurangan empat kegiatan. Waktu yang dapat dihemat 1 bulan 20 hari dan jarak yang dihemat 941 kilometer, 510 meter.
2. Dinas Kesehatan diberi kewenangan untuk melakukan survey secara berkala setiap tahun. Agar data kepesertaan program Jamkesmas dapat di update setiap tahun. Melihat kenyataan yang di lapangan masih banyak kepesertaan program Jamkesmas yang sudah meninggal dunia dan kartunyunpun diaggap gugur. Karena data kepesertaan tersebut tidak dapat diubah, sesuai dengan data awal Jamkesmas tahun 2008. Setiap kartu Jamkesmas seharusnya juga disertakan photo pemegang atau pemilik kartu agar bisa di bandingkan dengan KTP. Guna menekan angka penyalahgunaan kartu Jamkesmas oleh orang-orang yang tidak berhak mendapat program Jamkesmas.
3. Pembiayaan Jamkesmas juga seharusnya dilakukan subsidi silang agar ada peran serta dari masyarakat. Diharapkan dengan adanya subsidi silang dari masyarakat, dapat meringankan beban negara dan adanya partisipasi masyarakat dalam program Jamkesmas. Dengan meringankan beban pemerintah maka anggran untuk

program Jamkesmas akan terpotong dan diberikan untuk memajukan sektor-sektor lain.

DAFTAR PUSTAKA

- Amirin, Tatang. 2011. *Pokok-Pokok Teori Sistem*. Jakarta : Rajawali Pers.
- Moleong, Lexy J. 2011. *Metodologi Penelitian Kualitatif Edisi Revisi*. Bandung : Remaja Rosdakarya.
- Nawawi, Hadar. 2003. *Metode Penelitian Bidang Sosial*. Yogyakarta: Gajah Mada University Press.
- Ndraha, Taliziduhu. 1987. *Pembangunan Masyarakat Mempersiapkan Masyarakat Tinggal Landas*. Jakarta : PT Bina Aksara.
- Nugroho D, Riant. 2006. *Kebijakan Publik(Untuk Negara-Negara Berkembang)*. Jakarta : PT. Alex Media Komputindo.
- Rossi, Peter and Freeman, Howard. 1985. *Evaluation : A Systematic Approach*. Sage Publications : Beverly Hills.
- Roro, Mas Lilik Ekowati. 2009. *Perencanaan, Implementasi & Evaluasi Kebijakan atau Program*. Surakarta : Pustaka Cakra.
- Samodra Wibawa, Yuyun Purbokusumo dan Agus Pramusinto. 1994. *Evaluasi Kebijakan Publik*. Jakarta: RajaGrafindo Persada.
- Subarsono, AG. 2005. *Analisis Kebijakan Publik, Konsep, Teori, dan Aplikasi*. Jogjakarta : Pustaka Pelajar.
- Sugiyono. 2010. *Metode Penelitian Kuantitatif, Kualitatif dan R&D*. Bandung : Alfabeta.
- Suwitri, Sri. 2009. *Konsep Dasar Kebijakan Publik*. Semarang :

Badan Penerbit Universitas
Dipoegoro.
Teguh, Ambar Sulistiyani. 2004.
*Kemitraan dan Model-Model
Pemberdayaan*. Yogyakarta : Gava
Media.
Winarno, Budi. 2002. *Teori dan Proses
Kebijakan Publik*. Yogyakarta:
Media Pressindo.

Teknik-Teknik Penelitian Metode I
oleh Drs. Sundarsono, S.U.

BAPPEDA Kota Semarang, Dalam
Angka Tahun 2010
BPS Kota Semarang, Dalam Angka
Tahun 2009
JUKNIS YANKESDAS JAMKESMAS
Tahun 2011

Keputusan Walikota Semarang Nomor
441.91/74 tentang Penetapan
Keluarga Miskin Peserta Program
Jaminan Kesehatan Masyarakat
(Jamkesmas) di Kota Kriteria orang
miskin di Indoneisa
[http://bisnis.vivanews.com/news/rea
d/161590-kriteria-orang-miskin-
indonesia-versi-bps](http://bisnis.vivanews.com/news/read/161590-kriteria-orang-miskin-indonesia-versi-bps) diunduh pada 3
juni 2012 pukul 20.00

Petunjuk Pelaksanaan Jamkesmas Tahun
2012

www.wikipedia.com diunduh pada 17
Februari 2013

www.dinkes-kotasemarang.go.id diunduh
pada 19 Oktober 2013

www.ptaskes.com diunduh pada 19
Oktober 2013

www.semarang.go.id diunduh pada 19
Oktober 2013