

LAPORAN PENELITIAN  
HIBAH BERSAING



DESENTRALISASI KESEHATAN: PENYUSUNAN MODEL  
PERENCANAAN KEBIJAKAN JAMINAN KESEHATAN MASYARAKAT  
BERBASIS LOKAL DI SUMATERA BARAT

Oleh:

Drs. Muhardi Hasan, M.Pi  
Rahmadani Yusran, S.Sos, M.Si  
Ns. Rika Sabri, S.Kp. M.Kes., Sp.Kom

MILIK PERPUSTAKAAN UNIV. NEGERI PADANG	
DITERIMA TSL	17 April 2012
SUMBER/HARGA	Hd
KOLEKSI	K1
INVENTARIS	781/Hd/2012-d.1(i)
ASIFIKASI	

Dibiayai oleh Dana DIPA Tahun Anggaran 2012  
Sesuai dengan Surat Perjanjian Penelitian  
Nomor: 095/UN35.2/PG/2012 tanggal 29 Februari 2012

UNIVERSITAS NEGERI PADANG

DESEMBER 2012

## HALAMAN PENGESAHAN LAPORAN AKHIR

1. Judul Penelitian : **Desentralisasi Kesehatan: Penyusunan Model Perencanaan Kebijakan Jaminan Kesehatan Masyarakat Berbasis Lokal di Sumatera Barat**
  
2. Ketua Peneliti
  - a. Nama Lengkap : Drs. Muhardi Hasan, M.Pd
  - b. Jenis Kelamin : Laki-Laki
  - c. NIP : 1951 1005 1980 10 1 001
  - d. Jabatan Fungsional : Lektor Kepala IVb
  - e. Jabatan Struktural : -
  - f. Bidang Keahlian : Pendidikan Pancasila dan Kewarganegaraan
  - g. Fakultas/Jurusan : Ilmu-Ilmu Sosial/Ilmu Sosial Politik
  - h. Perguruan Tinggi : Universitas Negeri Padang
  - i. Tim Peneliti :
    - Nama Lengkap : Rahmadani Yusran
    - Bidang Keahlian : Ilmu Administrasi Negara
    - Fakultas /Jurusan : Ilmu-Ilmu Sosial/Ilmu Sosial Politik
    - Perguruan Tinggi : Universitas Negeri Padang
  
  - Nama Lengkap : Ns. Rika Sabri, M.Kep, Sp.Kom
  - Bidang Keahlian : Ilmu Keperawatan
  - Fakultas : Ilmu Keperawatan
  - Perguruan Tinggi : Universitas Andalas

3. Pendanaan dan jangka Waktu Penelitian:

- a. Jangka Waktu penelitian yang diusulkan : 2 tahun
- b. Biaya Total yang diusulkan : 99.575.000,-
- c. Biaya yang disetujui tahun I (2012) : 45.000.000,-

Padang, Desember 2012

Mengetahui  
Dekan FIS Univ. Negeri Padang



Ketua Peneliti

Drs. Muhandi Hasan, M.Pd  
1951 1005 1980 10 1 001

Menyetujui:  
Ketua Lembaga Penelitian Universitas Negeri Padang

Dr. Alwen Bentri, M.Pd  
NIP. 196107722 198602 1 002

## RINGKASAN PENELITIAN

Penelitian ini dirancang untuk dua tahun, Pada tahun pertama ini penelitian bertujuan, pertama, mendiskripsikan implementasi desentralisasi kesehatan dalam kebijakan jaminan kesehatan di daerah Sumatera Barat. Kedua, menganalisis faktor-faktor yang menyebabkan nilai-nilai budaya lokal belum menjadi pertimbangan dalam pembuatan kebijakan jaminan kesehatan masyarakat di daerah Sumatera Barat.

Penelitian ini penting dilakukan karena dapat memberikan sumbangan terhadap pengembangan teori dan penjelasan dalam memahami nilai-nilai budaya lokal yang mempengaruhi kebijakan kesehatan masyarakat dengan latar kultur etnis yang mengitarinya. Tidak seperti penelitian sebelumnya yang hanya fokus pada analisis konteks fungsi struktur pemerintahan dan sistem regulasi saja. Penelitian ini dirancang sebagai salah satu bahan perbandingan dalam kajian perencanaan kebijakan kesehatan sehingga dimungkinkan adanya pengembangan dan pengayaan terhadap teori, konsep dalam telaah kebijakan kesehatan. Dengan mengetahui teori, konsep terkait dengan nilai-nilai budaya lokal, maka penelitian ini juga merumuskan model perencanaan kebijakan kesehatan berbasis local. Model perencanaan kebijakan kesehatan berbasis local dapat dijadikan sebagai alternative bagi pemerintah daerah dalam upayanya mengakomodasi nilai-nilai local dalam pelaksanaan jaminan kesehatan di Sumatera Barat. Ini tentu akan bermanfaat baik bagi masyarakat Sumatera Barat maupun pemerintah pusat sebagai penyelenggaraan Kebijakan Desentralisasi Kesehatan.

Penelitian dilakukan difokuskan pada dua kabupaten dan satu kota di Provinsi Sumatera Barat. yang dipilih secara *purposive sampling* dan *snowball sampling* guna mendapatkan data dan informasi yang dibutuhkan. Daerah kabupaten dan kota tersebut adalah Kota Padang, Kabupaten Tanah Datar dan Kabupaten Padang Pariaman. Pemilihan lokasi penelitian tersebut dikarenakan; Pertama, Kota padang merupakan daerah yang berada pada pusat pemerintahan, Kabupaten Tanah Datar merupakan salah satu daerah asal (masyarakat tradisional) masyarakat Minangkabau dan Kabupaten Padang Pariaman yang merupakan

daerah perantauan masyarakat Minangkabau. Informan penelitian dipilih berdasarkan tujuan penelitian yaitu masyarakat, pelaksana kebijakan jaminan kesehatan di setiap kabupaten dan kota. Selanjutnya data penelitian dilakukan dengan beberapa cara, yaitu wawancara mendalam (*in depth interview*), diskusi kelompok terfokus (*Focus Group Discussion*), dan dokumentasi.

Hasil penelitian tahun I menunjukkan bahwa terdapat *lack policy* dalam implementasi kebijakan jaminan kesehatan (JAMKESMAS dan JAMKESDA) dalam aspek anggaran, seperti perbedaan kebijakan antara pemerintah pusat dan daerah, kebijakan jaminan kesehatan secara keseluruhan belum dapat secara efektif dimanfaatkan oleh masyarakat miskin karena hanya bersifat jangka pendek; dan aspek validitas data masyarakat miskin. Kedua aspek ini berdampak kepada gagalnya memaksimalkan tujuan desentralisasi. Selain itu, pemerintah daerah Sumatera Barat belum mempertimbangan nilai-nilai budaya lokal dalam pembuatan kebijakan jaminan kesehatan. Hal ini, disebabkan oleh kebijakan jaminan kesehatan lebih diorientasikan kepada pendekatan ekonomi politik yang cenderung memprioritaskan mekanisme organisasi dan pembiayaan ketimbang dampak yang ditimbulkan oleh kebijakan terhadap masyarakat. Selain itu, dalam konteks sosial budaya dalam masyarakat etnis Minangkabau terdapat nilai budaya lokal yang berkaitan dengan jaminan kesehatan. Hal ini dapat dilihat dalam falsafah adat dan perilaku sehari-hari masyarakat Minangkabau seperti "*bali siriah saketek*" atau "*bali kumayan/kemenyan saketek*", "*Sa-sakik, sa-sanang; sa-hino, sa-mulia*" dan "*sakik sa-aduah, damam sa-harang*", dan arisan suku. Dalam masyarakat Minangkabau, falsafah adat ini merupakan salah satu bentuk nilai budaya lokal yang dimaknai sebagai pandangan hidup yang saling terintegrasi dalam kehidupan bersama. Nilai-nilai "*bali siriah saketek*" atau "*bali kumayan/kemenyan saketek*", "*Sa-sakik, sa-sanang; sa-hino, sa-mulia*" dan "*sakik sa-aduah, damam sa-harang*", dan arisan suku juga menjadi modal sosial dimana masyarakat dapat mengatasi permasalahannya sendiri. Namun, nilai budaya lokal ini belum dijadikan pertimbangan bagi pemerintah daerah dalam kebijakan jaminan kesehatan.

Desentralisasi kesehatan telah membuka peluang bagi pemerintah daerah merumuskan dan melaksanakan kebijakan kesehatan terutama dalam upaya

meningkatkan derajat kesehatan masyarakat miskin melalui pelayanan kesehatan di daerah. Walaupun demikian, implementasi kebijakan jaminan kesehatan JAMKESMAS dan JAMKESDA masih memperlihatkan kecenderungan sebagai suatu agenda yang ambisius, membutuhkan anggaran yang besar tetapi parsial dan tidak efektif, ditandai oleh perubahan struktur yang kontroversial dan kolaborasi lintas sektoral yang luas dan tidak mengintegrasikan esensi manusia sebagai bagian dari nilai-nilai budaya lokal dimana kebijakan tersebut di implementasikan. Oleh karena itu, nilai budaya lokal ini sangat menentukan bagaimana keberhasilan implementasi kebijakan di bidang kesehatan di Sumatera Barat.

Pemerintah sebenarnya dapat merumuskan alternative kebijakan jaminan kesehatan masyarakat. Misalnya dengan mengakomodasi nilai-nilai budaya local. Sebab cara masyarakat memandang jaminan kesehatan (baca: JAMKESMAS;JAMKESDA) dan nilai-nilai yang mendasarinya adalah faktor penting dalam evolusi jaminan kesehatan dalam masyarakat di daerah. Dalam kecenderungan seperti ini, persoalan yang krusial bagi pemerintah daerah adalah bagaimana membuat kebijakan jaminan kesehatan sebagai *constitutional philosophy* menjadi *living philosophy* dengan mempertimbangkan nilai-nilai sosial budaya yang berkembang dalam masyarakat.

## EXECUTIVE SUMMARY

### **Desentralisasi Kesehatan: Penyusunan Model Perencanaan Kebijakan Jaminan Kesehatan Masyarakat Berbasis Lokal di Sumatera Barat**

**Oleh : Muhardi Hasan, Rahmadani Yusran dan Rika Sabri.  
Fakultas Ilmu-ilmu Sosial Universitas Negeri Padang.**

Penelitian ini bertujuan sebagai berikut. Pertama, bagaimana implementasi desentralisasi kesehatan dalam kebijakan jaminan kesehatan di daerah Sumatera Barat? Kedua, nilai-nilai budaya lokal belum dijadikan pertimbangan dalam pembuatan kebijakan jaminan kesehatan masyarakat di daerah Sumatera Barat? Untuk mencapai tujuan tersebut, terlebih dahulu dilakukan elaborasi terhadap Implementasi desentralisasi kesehatan dalam kebijakan jaminan kesehatan di Sumatera Barat. Kemudian mendeskripsikan faktor-faktor yang menyebabkan nilai-nilai budaya lokal belum dijadikan pertimbangan dalam pembuatan kebijakan jaminan kesehatan masyarakat di daerah Sumatera Barat.

Penelitian dilakukan difokuskan pada dua kabupaten dan satu kota di Provinsi Sumatera Barat, yang dipilih secara *purposive sampling* dan *snowball sampling* guna mendapatkan data dan informasi yang dibutuhkan. Daerah kabupaten dan kota tersebut adalah Kota Padang, Kabupaten Tanah Datar dan Kabupaten Padang Pariaman. Pemilihan lokasi penelitian tersebut dikarenakan; Pertama, Kota Padang merupakan daerah yang berada pada pusat pemerintahan, Kabupaten Tanah Datar merupakan salah satu daerah asal (masyarakat tradisional) masyarakat Minangkabau dan Kabupaten Padang Pariaman yang merupakan daerah perantauan masyarakat Minangkabau. Informan penelitian dipilih berdasarkan tujuan penelitian yaitu masyarakat, pelaksana kebijakan jaminan kesehatan di setiap kabupaten dan kota. Selanjutnya data penelitian dilakukan dengan beberapa cara, yaitu wawancara mendalam (*in depth interview*), diskusi kelompok terfokus (*Focus Group Discussion*), dan dokumentasi.

Hasil penelitian tahun I menunjukkan bahwa terdapat *lack policy* dalam implementasi kebijakan jaminan kesehatan (JAMKESMAS dan JAMKESDA) dalam aspek anggaran, seperti perbedaan kebijakan antara pemerintah pusat dan daerah, kebijakan jaminan kesehatan secara keseluruhan belum dapat secara efektif dimanfaatkan oleh masyarakat miskin karena hanya bersifat jangka

pendek; dan aspek valitas data masyarakat miskin. Kedua aspek ini berdampak kepada gagalnya memaksimalkan tujuan desentralisasi. Selain itu, pemerintah daerah Sumatera Barat belum mempertimbangan nilai-nilai budaya lokal dalam pembuatan kebijakan jaminan kesehatan. Hal ini, disebabkan oleh kebijakan jaminan kesehatan lebih diorientasikan kepada pendekatan ekonomi politik yang cenderung memprioritaskan mekanisme organisasi dan pembiayaan ketimbang dampak yang ditimbulkan oleh kebijakan terhadap masyarakat. Selain itu, dalam konteks sosial budaya dalam masyarakat etnis Minangkabau terdapat nilai budaya lokal yang berkaitan dengan jaminan kesehatan. Hal ini dapat dilihat dalam falsafah adat dan perilaku sehari-hari masyarakat Minangkabau seperti "*bali siriah saketek*" atau "*bali kumayan/kemenyan saketek*", "*Sa-sakik, sa-sanang; sa-hino, sa-mulia*" dan "*sakik sa-aduah, damam sa-harang*", dan arisan suku. Dalam masyarakat Minangkabau, falsafah adat ini merupakan salah satu bentuk nilai budaya lokal yang dimaknai sebagai pandangan hidup yang saling terintegrasi dalam kehidupan bersama. Nilai-nilai "*bali siriah saketek*" atau "*bali kumayan/kemenyan saketek*", "*Sa-sakik, sa-sanang; sa-hino, sa-mulia*" dan "*sakik sa-aduah, damam sa-harang*", dan arisan suku juga menjadi modal sosial dimana masyarakat dapat mengatasi permasalahannya sendiri. Namun, nilai budaya lokal ini belum dijadikan pertimbangan bagi pemerintah daerah dalam kebijakan jaminan kesehatan.

Desentralisasi kesehatan telah membuka peluang bagi pemerintah daerah merumuskan dan melaksanakan kebijakan kesehatan terutama dalam upaya meningkatkan derajat kesehatan masyarakat miskin melalui pelayanan kesehatan di daerah. Walaupun demikian, implementasi kebijakan jaminan kesehatan JAMKESMAS dan JAMKESDA masih memperlihatkan kecenderungan sebagai suatu agenda yang ambisius, membutuhkan anggaran yang besar tetapi parsial dan tidak efektif, ditandai oleh perubahan struktur yang kontroversial dan kolaborasi lintas sektoral yang luas dan tidak mengintegrasikan esesensi manusia sebagai bagian dari nilai-nilai budaya lokal dimana kebijakan tersebut di implementasikan. Oleh karena itu, nilai budaya lokal ini sangat menentukan bagaimana keberhasilan implementasi kebijakan di bidang kesehatan di Sumatera Barat.



Pemerintah sebenarnya dapat merumuskan alternative kebijakan jaminan kesehatan masyarakat. Misalnya dengan mengakomodasi nilai-nilai budaya local. Sebab cara masyarakat memandang jaminan kesehatan (baca: JAMKESMAS;JAMKESDA) dan nilai-nilai yang mendasarinya adalah faktor penting dalam evolusi jaminan kesehatan dalam masyarakat di daerah. Dalam kecenderungan seperti ini, persoalan yang krusial bagi pemerintah daerah adalah bagaimana membuat kebijakan jaminan kesehatan sebagai *constitutional philosophy* menjadi *living philosophy* dengan mempertimbangkan nilai-nilai sosial budaya yang berkembang dalam masyarakat.

## PENGANTAR

Kegiatan penelitian dapat mendukung pengembangan ilmu pengetahuan serta terapannya. Dalam hal ini, Lembaga Penelitian Universitas Negeri Padang berusaha mendorong dosen untuk melakukan penelitian sebagai bagian integral dari kegiatan mengajarnya, baik yang secara langsung dibiayai oleh dana Universitas Negeri Padang maupun dana dari sumber lain yang relevan atau bekerja sama dengan instansi terkait.

Sehubungan dengan itu, Lembaga Penelitian Universitas Negeri Padang telah memfasilitasi peneliti untuk melaksanakan penelitian dengan judul ***Desentralisasi Kebijakan Kesehatan: Penyusunan Model Perencanaan Kebijakan Jaminan Kesehatan Masyarakat Berbasis Lokal di Sumatera Barat*** sesuai dengan Surat Penugasan Pelaksanaan Penelitian Desentralisasi Hibah Bersaing Tahun Anggaran 2012 Nomor: 095/UN35.2/PG/2012 Tanggal 29 Februari 2012.

Kami menyambut gembira usaha yang dilakukan peneliti untuk menjawab berbagai permasalahan pembangunan, khususnya yang berkaitan dengan permasalahan penelitian tersebut di atas. Dengan selesainya penelitian ini, Lembaga Penelitian Universitas Negeri Padang telah dapat memberikan informasi yang dapat dipakai sebagai bagian upaya penting dalam peningkatan mutu pendidikan pada umumnya. Di samping itu, hasil penelitian ini juga diharapkan memberikan masukan bagi instansi terkait dalam rangka penyusunan kebijakan pembangunan.

Hasil penelitian ini telah ditelaah oleh tim pembahas usul dan laporan penelitian, serta telah diseminarkan ditingkat nasional. Mudah-mudahan penelitian ini bermanfaat bagi pengembangan ilmu pada umumnya, dan peningkatan mutu staf akademik Universitas Negeri Padang.

Pada kesempatan ini, kami ingin mengucapkan terima kasih kepada berbagai pihak yang membantu pelaksanaan penelitian ini. Secara khusus, kami menyampaikan terima kasih kepada Direktur Penelitian dan Pengabdian kepada Masyarakat, Ditjen Dikti Kemendiknas yang telah memberikan dana untuk pelaksanaan penelitian tahun 2012. Kami yakin tanpa dedikasi dan kerjasama yang baik dari DP2M, penelitian ini tidak dapat diselesaikan sebagaimana yang diharapkan. Semoga hal yang demikian akan lebih baik lagi di masa yang akan datang.

Terima kasih.

Padang, Desember 2012  
Ketua Lembaga Penelitian  
Universitas Negeri Padang,  
  
Dr. Alwen Bentri, M.Pd.  
NIP. 19610722 198602 1 002

## DAFTAR ISI

	halaman
<b>HALAMAN PENGESAHAN</b> .....	i
<b>RINGKASAN PENELITIAN</b> .....	ii
<b>EXECUTUVE SUMMY</b> .....	v
<b>PENGANTAR</b> .....	vii
<b>DAFTAR LAMPIRAN</b> .....	ix
<b>BAB I PENDAHULUAN</b>	
A. Latar Belakang .....	1
B. Rumusan Permasalahan .....	2
<b>BAB II STUDI KEPUSTAKAAN</b> .....	5
<b>BAB III TUJUAN PENELITIAN DAN MANFAAT PENELITIAN</b>	
A. Tujuan Penelitian .....	17
B. Manfaat Penelitian .....	17
<b>BAB IV METODOLOGI PENELITIAN</b> .....	20
<b>BAB V DESKRIPSI DAERAH PENELITIAN</b> .....	21
<b>BAB VI TEMUAN DAN PEMBAHASAN</b>	
A. Implementasi Desentralisasi kesehatan dalam Kebijakan Jaminan Kesehatan di Sumatera Barat .....	30
B. Faktor-faktor yang menyebabkan nilai-nilai budaya lokal belum menjadi pertimbangan dalam Pembuatan Kebijakan Jaminan Kesehatan Masyarakat di Daerah Sumatera Barat .....	43

## **BAB VI PENUTUP**

A. Kesimpulan .....	56
B. Saran .....	57

<b>DAFTAR PUSTAKA .....</b>	<b>59</b>
-----------------------------	-----------

### **LAMPIRAN**

#### **ARTIKEL ILMIAH**

#### **SINOPSIS PENELITIAN LANJUTAN**

### **DAFTAR LAMPIRAN**

Lampiran I	: Instrument Penelitian
Lampiran II	: Izin Penelitian
Lampiran III	: Curriculum Vitae Peneliti

# BAB I

## PENDAHULUAN

### 1. Latar Belakang

Kebijakan Kesehatan di Indonesia masih menjadi persoalan yang belum terselesaikan. Menurut Heywood dan Choi (2010), peningkatan dana publik untuk kesehatan di kabupaten kota di Indonesia tidak memberikan pengaruh signifikan terhadap output sistem kesehatan. Ini karena kegagalan kepemimpinan, politik serta birokrasi sekedar menjadikan masalah kesehatan sebagai komoditas politik pemenangan pemilu saja. Lebih jauh mereka menegaskan bahwa belum ada upaya nyata pemerintah membangun sistem kesehatan nasional 20 sampai 30 tahun berikutnya dalam melaksanakan kebijakan subsidi publik substansial yang dapat merangsang inovasi, mengurangi kegagalan pasar, meningkatkan kualitas dan pemerataan sistem kesehatan secara menyeluruh. Trisnantoro (2009), (lihat juga Mukti, 2008), mengemukakan beberapa asumsi mendasar yang mempengaruhi pelaksanaan desentralisasi kesehatan di Indonesia yaitu, Pertama, Ada suatu proses yang berjalan secara mendadak (*Big Bang*) pada tahun 1999. Desentralisasi di sektor kesehatan dipicu oleh tekanan politik untuk desentralisasi dalam era reformasi. Tekanan politik ini tidak diimbangi dengan kemampuan teknis untuk melakukan desentralisasi kesehatan.

Kedua, Dalam hal struktur kelembagaan terdapat fakta perubahan radikal: Kantor Wilayah (Kanwil) dan Kantor Departemen (Kandep) Kesehatan di-merger ke dinas kesehatan propinsi dan kabupaten/kota. Perubahan radikal ini telah terjadi di daerah secara cepat di awal dekade tahun 2000-an. Yang

menarik, di pemerintah pusat tidak terjadi perubahan. Struktur Departemen Kesehatan masih relatif sama dengan empat Direktorat Jenderal yaitu Bina Pelayanan Medik, Bina Kesehatan Masyarakat, P2PL dan Pelayanan Farmasi (dulu POM). Garis besar struktur organisasi Departemen Kesehatan ini sudah berjalan sejak awal Orde Baru dan tidak mengalami perubahan bermakna walaupun terjadi perubahan fungsi akibat desentralisasi.

Ketiga, peran regulasi masih dianggap sebagai kelemahan utama dalam pelaksanaan desentralisasi kesehatan di Indonesia. Hal ini tidak mengherankan karena fungsi regulasi merupakan peran yang relatif baru bagi dinas kesehatan kabupaten/kota dan provinsi bila dibandingkan dengan peran pemerintah sebagai penyedia pelayanan atau pemberi dana.

Pelaksanaan desentralisasi kesehatan di Indonesia tersebut sangat berorientasi pada pendekatan struktural dan legal formal yang dianggap *capable* mengatasi persoalan kesehatan masyarakat. Dalam prakteknya, keberhasilan pengubahan paradigma dan derajat kesehatan masyarakat tidak selalu berkaitan dengan dimensi struktur dan sistem regulasi, akan tetapi juga ditentukan oleh tingkat akseptabilitas masyarakat yang kerap dilandasi oleh nilai kultur yang kental dengan budaya lokal yang dominan. Namun dalam kenyataannya, budaya lokal cenderung dijadikan sebagai *metaphor* mobilisasi (Shore dan Wright, 1997:20) baik secara retorik maupun dalam pembuatan kebijakan. Ini mengakibatkan banyak hal yang tidak terungkap tentang pergeseran-pergeseran dan kesulitan-kesulitan dalam masyarakat (Hall, 60-61). Dalam konteks Kesehatan, dinamika seperti ini menurut Yen (2009:101) telah terjadi proses Medikalisasi kehidupan oleh institusi atas kesehatan masyarakat yang

mengakibatkan distorsi makna atas kesehatan masyarakat tanpa adanya pembelajaran. Masyarakat tidak lagi ditempatkan sebagai tujuan atas dirinya dalam upaya peningkatan kesehatan dengan memperhatikan nilai otonomi, melainkan sekedar menjadi sarana untuk kepentingan-kepentingan lain yang ikut mengambil peran dalam dunia kesehatan. Inilah faktor yang mempengaruhi keberhasilan implementasi kebijakan kesehatan di daerah. Tetapi, benarkah budaya lokal mempengaruhi implementasi kebijakan kesehatan ?

Secara terori, Desentralisasi dalam hal ini dapat mensinergikan budaya lokal. Namun demikian, pendekatan ini seringkali mengabaikan masalah-masalah empirik dalam masyarakat, sehingga meminggirkan keberadaan budaya lokal. Tujuan desentralisasi menurut Smith adalah terciptanya *political equality* di tingkat lokal (Smith, 1985:24). *Political equality* dalam desentralisasi merupakan kontribusi dari penguatan demokrasi lokal, dimana masyarakat memiliki kesempatan yang lebih besar untuk memberikan suaranya dalam pemilihan dan pengambilan keputusan, membentuk asosiasi politik dan menggunakan hak kebebasan berbicara. Kesempatan berpartisipasi yang lebih besar bagi masyarakat merupakan konsekuensi logis dari perpindahan tempat pengambilan keputusan dari pemerintah nasional kepada pemerintah lokal. Dalam hal ini, kekuasaan pengambilan keputusan diserahkan dari pemerintah nasional kepada masing-masing pemerintah. Sehingga hal ini mencerminkan karakter demokrasi yang lebih origin dan alami, daripada demokrasi yang dilaksanakan di tingkat nasional. Menurut Putnam (1993) menjelaskan budaya masyarakat merupakan faktor yang sangat menentukan kinerja institusi pemerintahan. Menurut Putnam, masyarakat yang memiliki modal sosial (*social capital*)—manifestasi kebajikan warga (*civic*

*virtue*) yang tinggi dapat membantu terwujudnya penyelenggaraan pemerintahan yang baik. Modal sosial ini meliputi adanya nilai-nilai saling percaya, toleransi, kerja sama, saling menghormati, dan tanggung jawab bersama sehingga membantu terwujudnya pemerintahan yang lebih demokratis. Menurut Putnam (1993:175-176), melalui modal sosial, yang merupakan manifestasi budaya kewargaan individu-individu, dapat mendorong mereka terlibat secara bersama mewujudkan pemerintahan yang baik. Malah, dengan terbentuknya infrastruktur yang kuat berdasarkan sikap saling percaya dan rasa tanggung jawab bersama, dapat mendorong terbentuknya kerja sama antara individu-individu masyarakat, dan antara masyarakat dengan pemerintah dalam melaksanakan kebijakan yang ada.

Berdasarkan kenyataan di atas, maka penelitian ini mencoba mendalami perencanaan dan implementasi kebijakan kesehatan masyarakat berbasis lokal. Beberapa pertanyaan mendasar diajukan untuk memberi arah dan fokus pada penelitian ini, yaitu Pertama, Bagaimana implementasi desentralisasi kesehatan dalam kebijakan jaminan kesehatan di Sumatera Barat? Kedua, Mengapa nilai-nilai budaya lokal belum menjadi pertimbangan dalam pembuatan kebijakan jaminan kesehatan masyarakat di daerah? Bagaimanakah model perencanaan dan implementasi sistem jaminan kesehatan masyarakat berbasis lokal tersebut?



## BAB II

### STUDI KEPUSTAKAAN

#### A. Konsep Desentralisasi

Selama beberapa dekade terakhir ini terdapat minat yang terus meningkat terhadap desentralisasi di berbagai pemerintahan dunia ketiga. Banyak negara bahkan telah melakukan perubahan struktur organisasi pemerintahan ke arah desentralisasi. Minat terhadap desentralisasi ini juga senada dengan kepentingan yang semakin besar dari berbagai badan pembangunan internasional (Conyers, 1983:97).

Smith (1985) menggunakan Istilah desentralisasi dengan *decentralization in theory* dalam bukunya *Decentralization : the Territorial dimension of state*. Smith mengemukakan tiga teori besar dalam desentralisasi, yaitu demokrasi liberal, pilihan publik, dan Marxist. Pertama, teori demokrasi liberal memberikan dukungan bagi desentralisasi karena mampu mendukung demokrasi pada dua tingkatan; 1) ia memberikan kontribusi positif bagi perkembangan demokrasi nasional karena *local government* itu mampu menjadi sarana bagi pendidikan politik rakyat, dan memberikan pelatihan bagi kepemimpinan politik, serta mendukung penciptaan stabilitas politik. Lebih jelas lagi, Hoessein (2000) menambahkan bahwa dalam konsep otonomi terkandung kebebasan untuk berprakarsa untuk mengambil keputusan atas dasar aspirasi masyarakat yang memiliki status demikian tanpa kontrol langsung oleh pemerintah pusat. Oleh karena itu kaitannya dengan demokrasi sangat erat; 2) *local government* mampu memberikan manfaat bagi masyarakat setempat (*locality*). *Local government* dan

*local* outonomy tidak dicerna sebagai daerah atau pemerintah daerah tetapi merupakan masyarakat setempat. Urusan dan kepentingan yang mejadi perhatian keduanya bersifat lokalitas karena basis politiknya adalah lokalitas tersebut bukan bangsa (Hoessein: 2001). Manfaat bagi masvarakat setempat ini adalah adanya *political equality*, dan *responsiveness*. Sementara itu, dalam pandangan yang senada Antoft & Novack (1998:155-159) juga mengungkapkan manfaat dari *local government* ini dalam beberapa hal, yakni: *accountability*, *accessibility*, *responsiveness*, *opportunity for experimentation*, *public choice*, *spread of power*, dan *democratic values*.

Kedua, teori pilihan publik tentang desentralisasi menunjukkan adanya dukungan ahli ekonomi dalam teori ini. Para ahli dalam teori ini menganggap bahwa desentralisasi merupakan media yang penting guna meningkatkan kesejahteraan pribadi. Dalam interpretasi ekonomi (baca juga Stoker, 1991: 238-242, mengenai *public choice theory*), desentralisasi merupakan medium penting dalam meningkatkan kesejahteraan pribadi melalui pilihan publik. Menurut perspektif ini, individu-individu diasumsikan akan memilih tempat tinggalnya dengan membandingkan berbagai paket pelayanan dan pajak yang ditawarkan oleh berbagai kota yang berbeda. Individu yang rasional akan memilih tempat tinggal yang akan memberikan pilihan paket yang terbaik. Manfaat yang bisa dipetik dari *local government* dalam perspektif ini meliputi:1) adanya daya tanggap publik terhadap preferensi individual (*public resnponsiveness to individual preferences*). Barang dan pelayanan publik yang ditawarkan oleh pemerintah daerah, tidak seperti swasta, akan dinikmati oleh seluruh penduduk yang relevan, sehingga konsumsi oleh satu penduduk tidak akan mengurangi jatah penduduk yang lain.

Pemerintah daerah juga menjamin keterjangkauan biaya penyediaan barang dan pelayanan publik, yang apabila diberikan oleh swasta akan menjadi tidak efektif:

2) *local government* memiliki kemampuan untuk memenuhi permintaan akan barang-barang publik; desentralisasi mampu memberikan kepuasan yang lebih dalam menyediakan penawaran barang-barang publik (*the supply of public goods*). Dalam hal ini, desentralisasi akan memberikan peluang antar yurisdiksi yang berbeda untuk bersaing dalam memberikan kepuasan kepada publik atas penyediaan barang dan layanannya.

Ketiga, penafsiran teori Marxist tentang desentralisasi mengakibatkan adanya negara pada tingkat lokal. Teori ini menempatkan desentralisasi sebagai objek dari dialektika hubungan antar susunan pemerintahan dan menuduh bahwa desentralisasi tidak akan mampu menciptakan kondisi demokratis di tingkat lokal karena terhambat oleh faktor ekonomi, politik dan ekologi. Terdapat beberapa alasan ketidak berpihakan pandangan ini terhadap desentralisasi; 1) pembagian wilayah dalam konteks desentralisasi akan menciptakan kondisi terjadinya akumulasi modal sehingga memunculkan kembali kaum kapitalis; 2) desentralisasi juga akan mempengaruhi konsumsi kolektif sehingga akan dipolitisasi. Desentralisasi hanya akan menghasilkan ketidakadilan baru dalam konsumsi kolektif antar wilayah; 3) dalam kaitannya dengan hubungan antar pemerintahan, maka pemerintah daerah hanya menjadi kepanjangan aparat pemerintah pusat untuk menjaga kepentingan monopoly capital. Dalam bidang perencanaan, desentralisasi juga tidak akan pernah menguntungkan daerah-daerah pinggiran dalam membiarkannya dengan melindungi daerah kapitalis; 4) terdapat berbagai rintangan mengenai bagaimana demokrasi lokal akan berjalan dalam suasana

desentralisasi. Rintangan ini mencakup aspek ekologis, politik, dan ekonomi yang menyebabkan demokrasi di tingkat lokal hanya akan mengalami kegagalan. Menurut pandangan Marxist semua ini hanya akan dapat ditanggulangi oleh sentralisasi yang bertujuan untuk redistribusi dan keadilan.

Menurut Chema & Roninelli (1983) selanjutnya desentralisasi dapat dilaksanakan dengan dua cara, yakni dengan melakukan desentralisasi fungsional (functional decentralization) atau dengan cara melaksanakan desentralisasi teritorial (areal decentralization). Desentralisasi fungsional merupakan suatu transfer otoritas dari pemerintah pusat kepada lembaga-lembaga tertentu yang memiliki fungsi tertentu pula. Contohnya adalah penyerahan kewenangan atau otoritas untuk mengelola suatu jalan tol dari Departemen Pekerjaan Umum kepada suatu BUMN tertentu. Sedangkan desentralisasi teritorial merupakan transfer otoritas dari pemerintah pusat kepada lembaga-lembaga publik yang beroperasi di dalam batas-batas area tertentu, seperti pelimpahan kewenangan tertentu dari pemerintah pusat kepada pemerintah propinsi, propinsi atau kota.

Atas dasar kedua cara tersebut maka menurut Chema & Rodinelli terdapat empat bentuk desentralisasi yang dapat digunakan oleh pemerintah untuk melakukan transfer otoritas, baik dalam melakukan perencanaan maupun pelaksanaan otoritas tersebut, yakni decentralization (desentralisasi) delegation (delegasi), devolution (devolusi), privatization (privatisasi). Dalam desentralisasi, unit-unit lokal dibentuk dengan kekuasaan tertentu yang dimilikinya dan kewenangan untuk melaksanakan fungsi-fungsi tertentu dengan mana mereka dapat melaksanakan keputusan-keputusannya sendiri, inisiatif sendiri, dan mengadministrasikannya sendiri (Maddick & Adelfer, dalam Hoessein, 2000).

Pengertian desentralisasi menurut Maddick & Adelfer (Hossein, 2000) mengandung dua elemen yang bertalian, yakni pembentukan daerah otonom dan penyerahan kekuasaan secara hukum untuk menangani bidang-bidang pemerintahan tertentu.

Menurut Rondinelli, Nellis dan Chema (1983) karakteristik utama dari desentralisasi adalah ; Pertama, adanya unit-unit pemerintahan lokal yang otonom, independen dan secara jelas dipersepsikan sebagai tingkat pemerintahan yang terpisah dengan mana otoritas yang diberikan kepadanya dengan hanya sedikit atau malah tanpa kontrol langsung dari pemerintah pusat. Kedua, pemerintah lokal yang memiliki batas-batas geografis yang jelas dalam manamereka melaksanakan otoritas dan memberikan pelayanan publik. Ketiga, pemerintah lokal yang memiliki status sebagai korporat dan memiliki kekuasaan untuk mengelola sumber daya yang dibutuhkan untuk melaksanakan fungsi-fungsinya.

Dengan demikian desentralisasi melahirkan daerah otonom. Daerah otonom memiliki beberapa ciri, diantaranya adalah berada di luar hirarkhi organisasi pemerintah pusat, bebas bertindak, tidak berada di bawah pengawasan langsung pemerintah pusat, bebas berprakarsa untuk mengambil keputusan atas dasar aspirasi masyarakat, tidak diintervensi oleh pemerintah pusat, mengandung integritas sistem, memiliki batas-batas tertentu (boundaries), serta memiliki identitas.

Dalam rangka menjalankan sistem desentralisasi pemerintahan, di daerah-daerah dibentuk pemerintah daerah (local government) yang merupakan badan hukum yang terpisah dari pemerintah pusat (central government) (Hossein, 2000). Kepada pemerintah-pemerintah daerah tersebut diserahkan sebagai dari fungsi-

fungsi pemerintahan (yang sebelumnya merupakan fungsi pemerintah pusat) untuk dilaksanakan oleh pemerintah daerah. Disamping itu kepada daerah-daerah diserahkan pula sumber-sumber pendapatan yang dapat digunakan untuk membiayai fungsi-fungsi yang telah diserahkan. Dengan demikian, pemerintah daerah merupakan suatu lembaga yang mempunyai kekuasaan otonomi untuk menentukan kebijakan-kebijakannya sendiri, bagaimana menjalankan kebijakan-kebijakan tersebut, serta bagaimana cara untuk membiayainya.

## **B. Konsep Desentralisasi Kesehatan**

Desentralisasi merupakan fenomena yang kompleks dan sulit didefinisikan. Definisinya bersifat kontekstual karena tergantung pada konteks historis, institusional, serta politis di masing-masing negara. Namun, secara umum desentralisasi dapat didefinisikan sebagai pemindahan tanggung jawab dalam perencanaan, pengambilan keputusan, pembangkitan serta pemanfaatan sumber daya serta kewenangan administratif dari pemerintah pusat ke: 1) unit-unit teritorial dari pemerintah pusat atau kementerian, 2) tingkat pemerintahan yang lebih rendah, 3) organisasi semi otonom, 4) badan otoritas regional, 5) organisasi nonpemerintah atau organisasi yang bersifat sukarela (Rondinelli 1983 cit Omar, 2001) Mills dkk (1990) menyebutkan bahwa secara umum desentralisasi merupakan transfer kewenangan dan kekuasaan dari tingkat pemerintahan yang tinggi ke tingkat yang lebih rendah dalam satu hierarki politis-administratif atau teritorial.

Konsep di atas banyak digunakan dalam literatur dan sebenarnya merupakan konsep dari desentralisasi demokratis atau desentralisasi politis dalam ilmu administrasi publik, dengan pihak yang menerima pelimpahan kekuasaan atau

kewenangan merupakan representasi dari masyarakat lokal dan bertanggung jawab terhadap mereka. Desentralisasi ini dimaksudkan untuk meningkatkan partisipasi publik dalam pengambilan keputusan, sehingga dapat menyediakan pelayanan yang sesuai dengan kebutuhan dan aspirasi setempat, mengakomodasi perbedaan sosial, ekonomi dan lingkungan, serta meningkatkan pemerataan dalam penggunaan sumber daya publik.

Para ahli menyebutkan bahwa terdapat juga bentuk lain dari desentralisasi yaitu desentralisasi fiskal dan desentralisasi manajemen. Desentralisasi fiskal adalah pemindahan kekuasaan untuk mengumpulkan dan mengelola sumber daya finansial dan fiskal. Meskipun demikian, desentralisasi fiskal ini sering menjadi elemen yang tak terpisahkan dari desentralisasi demokratis. Desentralisasi manajemen digunakan pada saat situasi tanggung jawab manajerial di dalam suatu organisasi diserahkan kepada manajer unit sebagai agen desentralisasi yang “terkecil”. Model seperti ini telah diaplikasikan dalam sektor publik, dengan Desentralisasi telah menjadi kecenderungan besar yang berlangsung di banyak negara berkembang, baik itu di Asia Timur dan Asia Tenggara maupun kawasan Amerika Latin tanggung jawab untuk pelayanan dalam bidang tertentu diserahkan kepada manajer unit, misalnya untuk pelayanan kebersihan, catering, dan sebagainya. Hal ini bertujuan untuk meningkatkan efisiensi (Devas, 1997:351-367).

Penjabaran bentuk-bentuk desentralisasi yang sering digunakan dalam literatur dilakukan melalui pendekatan administrasi publik yang dikemukakan pertama kali oleh Dennis Rondinelli dan G. Shabbir Cheema (1983 cit Bossert, 1998) untuk mengevaluasi proses desentralisasi di negara berkembang. Fokusnya pada distribusi kewenangan dan tanggung jawab untuk pelayanan kesehatan di

dalam struktur politik dan administratif nasional. Pendekatan ini diaplikasikan ke bidang desentralisasi kesehatan oleh Mills dkk (1990). Menurut teori ini terdapat empat bentuk desentralisasi yaitu: Pertama, Dekonsentrasi Pemindahan sebagian kewenangan dari pemerintah pusat ke kantor-kantor daerah secara administratif. Kantor-kantor daerah tersebut mempunyai tugas-tugas administratif yang jelas dan derajat kewenangan tersendiri, tetapi mereka mempunyai tanggung jawab utama ke pemerintah pusat; Kedua, Devolusi Pemindahan kekuasaan secara legal ke badan politis lokal (pemerintah daerah) yang dalam beberapa fungsi benar-benar independen dari pemerintah pusat. Pemerintah lokal ini jarang benar-benar mempunyai otonomi total, namun mereka independen dari pemerintah nasional dalam beberapa area tanggung jawab misalnya pencarian sumber daya; Ketiga, Delegasi Pemindahan tanggung jawab manajerial untuk tugas-tugas tertentu ke organisasi-organisasi yang berada di luar struktur pemerintah pusat dan hanya secara tidak langsung dikontrol oleh pemerintah pusat (organisasi-organisasi ini sering disebut organisasi parastatal). Sistem pendanaan atau manajerial bervariasi, tetapi keputusan eksekutif tetap berada di tangan organisasi; Keempat, 4. Privatisasi Pemindahan tugas-tugas pengelolaan atau fungsi pemerintahan ke organisasi-organisasi sukarela atau perusahaan swasta for profit maupun nonprofit.

Dalam praktiknya, tidak ada negara yang hanya menerapkan satu macam desentralisasi secara murni karena biasanya beberapa elemen dari bentuk-bentuk desentralisasi tersebut diimplementasikan pada saat yang sama. Misalnya, devolusi ke pemerintah lokal digabung dengan delegasi ke dewan rumah sakit disertai dengan peningkatan peran swasta.



Dekonsentrasi merupakan bentuk desentralisasi yang paling ringan. Bentuk desentralisasi ini sering disebut desentralisasi administratif (Ribot: 2002). Beberapa ahli menyebutkan bahwa privatisasi bukanlah bentuk desentralisasi, sebab pihak yang menerima transfer kekuasaan bukanlah pihak yang secara formal berada pada tingkat yang lebih rendah dari pihak yang melimpahkan kekuasaan.

Dalam perkembangannya, analisis desentralisasi kesehatan dengan hanya menggunakan pendekatan administrasi publik seperti di atas ternyata tidaklah cukup untuk menjabarkan proses implementasi desentralisasi serta implikasinya. Hal ini karena teori ini hanya menjelaskan tingkat dan bentuk pemerintahan yang melimpahkan kewenangan dan pihak yang menerima transfer tersebut. Teori ini tidak memadai untuk menganalisis fungsi-fungsi dan tugas yang dilimpahkan dari tingkat yang lebih tinggi ke tingkat yang lebih rendah. Beberapa teori lain sempat muncul ke permukaan, misalnya pendekatan local fiscal choice dan teori social capital. Teori local fiscal choice digunakan oleh ahli ekonomi untuk menganalisis keputusan dan pilihan yang dibuat oleh pemerintah daerah dalam penggunaan sumber daya lokal serta transfer dana dari tingkat pemerintahan yang lain (*intergovernmental transfer*). Teori ini banyak digunakan di negara federal. Pemerintah negara bagian mempunyai otoritas secara konstitusional dan sangat mandiri dalam hal pembangkitan sumber daya lokal (misalnya pajak). Penggunaan sumber daya lokal secara efisien oleh pemerintah merupakan isu penting dalam sistem negara federal karena sangat berperan dalam pemilihan umum untuk memenangkan suara dari para pemilih dan pembayar pajak. Untuk menganalisis desentralisasi kesehatan terlebih lagi di negara berkembang, teori ini kurang sesuai. Di samping karena pengelolaan sumber daya lokal masih belum sepenuhnya

ditangani oleh pemerintah daerah, isu kesehatan juga belum merupakan hal yang dianggap penting dalam pemilihan umum (Bossert, 1998).

Teori social capital digunakan oleh Putnam dkk. (1993 cit Bossert, 1998) yang meneliti mengapa pemerintah daerah di beberapa area mempunyai kinerja institusional yang lebih baik dibanding pemerintah di area yang lain. Putnam mengemukakan bahwa kuncinya adalah pada keberadaan organisasi sipil (organisasi sukarela seperti kelompok paduan suara, klub sepakbola) yang memperkaya pengalaman sosial pada populasi setempat, yang disebut social capital. Pengalaman sosial ini akan mempererat kerjasama dan kepercayaan antarpenduduk, sehingga proses desentralisasi tidak banyak menemui hambatan. Secara formal, teori ini sulit diaplikasikan untuk menganalisis desentralisasi kesehatan karena mengabaikan faktor-faktor lain seperti bentuk dan sistem organisasi pelayanan kesehatan serta kebijakan kesehatan yang berlaku.

### **C. Nilai Budaya Lokal dalam Kebijakan**

Pemaknaan atas kebudayaan dalam konteks politik (baca kebijakan) tidaklah permanen, bahkan selalu mengalami proses perdebatan, pengimajinan. Hal ini menurut Shore dan Wright terjadi karena penelusuran semantic historis dari kebudayaan telah memperlihatkan bahwa perubahan arti sebuah kata kunci selalu diikuti oleh perubahan istilah-istilah yang terkait dengan kelompok habitualnya. Misalnya, kebudayaan diabad 18 berubah dari diasosiasikan dengan pertanian (kultivasi) menjadi bagian dari sekelompok kata-kata, termasuk seni, peradaban, pembangunan, ilmu pengetahuan, dan komunitas. Dan ritme dari arti yang baru dari kebudayaan dalam setting baru tersebut merupakan “bagian dari pertarungan

menuju cara baru dalam melihat kebudayaan dan masyarakat (Shore dan Wright, 1997: 18-19). Untuk konteks Indonesia, perubahan yang sama bisa ditemukan pada makna yang diberikan oleh pemerintah untuk kata-kata, seperti tradisional, masyarakat terasing, perambah hutan, dan perladangan berpindah.

Pendapat Shore dan Wright di atas menjelaskan beberapa kata kunci tidak pernah mempunyai arti yang permanen, atau tetap: mereka selalu merupakan, dalam istilah Gallie, konsep yang secara esensi diperdebatkan. Ketika kata-kata kunci tersebut sukses, tidak hanya dalam kompetisi di bidang politik, melainkan juga dalam menarik dukungan popular massa, mereka biasa diistilahkan sebagai "metaphor mobilisasi" (Gallie dalam Shore dan Wright, 1997:20). Efek dari mobilisasi mereka, menurut Shore dan Wright, terletak pada kemampuan mereka untuk melakukan koneksi dengan, dan meng-*appropriate* arti-arti yang positif dan legitimasi yang berasal dari simbol-simbol kunci pemerintahan yang lain, seperti bangsa, Negara, demokrasi, kepentingan umum dan kekuasaan hukum (Shore dan Wright, 1997:20).

Pemaknaan konsep budaya juga mengalami proses hegemoni. Hall (1991:58) mengatakan seperti juga dalam usaha melakukan politik kebudayaan sebagai perang antara posisi-posisi, seseorang atau sekelompok orang selalu ada dalam strategi hegemoni. Hegemoni disini bukan menghilangkan atau menghancurkan perbedaan, melainkan suatu konstruksi dari keinginan kolektif yang melalui perbedaan. Menurut Hall, tidak ada image positif dengan mana seseorang atau kelompok orang secara sederhana bias mengidentifikasi dirinya, karena seperti juga politik, image mempunyai politik yang bertumpu pada kekompleksan identifikasi yang berlangsung (Hall: 1991:60). Dengan kata lain,

apabila tulisan kontemporer yang muncul dari kelompok-kelompok yang tertindas mengabaikan perhatian yang sentral dan konflik-konflik utama dari masyarakat luas, dan jika mereka bersedia untuk menerima saja kenyataan bahwa mereka adalah marginal, menurut Hall, mereka secara otomatis menempatkan diri mereka selamanya sebagai *minor* atau *sub-genre*. Oleh karena itu menurut Hall yang diperukan dalam hal ini adalah suatu penulisan yang imaginative yang bisa merasakan pergeseran-pergeseran dan kesulitan-kesulitan di dalam masyarakat secara keseluruhan (Hall: 1991: 60-61).

### BAB III

## TUJUAN DAN MANFAAT PENELITIAN

### 1. Tujuan Penelitian

Adapun yang menjadi tujuan khusus penelitian ini adalah:

1. Mendiskripsikan implementasi desentralisasi kesehatan dalam kebijakan jaminan kesehatan di Sumatera Barat.
2. Menganalisis faktor-faktor yang menyebabkan nilai-nilai budaya lokal belum menjadi pertimbangan dalam pembuatan kebijakan jaminan kesehatan masyarakat di daerah
3. Merumuskan model perencanaan kebijakan kesehatan masyarakat berbasis lokal di Sumatera Barat.

### 2. Manfaat Penelitian

Kajian ini diharapkan dapat memberikan tiga sumbangan besar dalam disiplin ilmu yang dijajaki untuk melengkapi analisis yang sudah dilakukan oleh para sarjana lain sebelum ini. Pertama, analisis penelitian ini memberikan ketepatan fakta dan interpretasi yang sesuai berkaitan dengan pemahaman terhadap nilai-nilai budaya lokal yang mempengaruhi kebijakan kesehatan masyarakat dengan latar kultur etnis yang mengitarinya. Upaya ini jarang dilakukan oleh para sarjana dan peneliti sebelum ini. Kebanyakan sarjana dan peneliti sebelum ini hanya fokus pada analisis implementasi desentralisasi kebijakan kesehatan dalam konteks fungsi struktur pemerintahan dan sistem regulasi saja. Penelitian ini akan menguraikan bahwa untuk kasus Indonesia yang



kaya dengan nilai-nilai budaya lokal, menjadi faktor yang ikut menentukan keberhasilan implementasi kebijakan kesehatan. Misalnya. Secara kultural orang Minang selalu menjadikan *Adat Alam Minangkabau* menjadi dasar bangunan kehidupan mereka Adat biasanya dipahami sebagai suatu kebiasaan setempat yang mengatur interaksi masyarakat dalam suatu komunitas. Keyakinan terhadap adat sebagai sistem nilai, sistem norma, sistem sikap, dan sistem perilaku, menuntun mereka memahami tentang hakikat kehidupan, hakikat hubungan manusia dengan manusia, hakikat hubungan individu dengan komunitas dalam masyarakat. Nilai-nilai budaya seperti ini sering dijadikan pertimbangan dalam proses pembangunan daerah. Misalnya tradisi *badancek dan batagak kudo-kudo* yang merupakan tradisi untuk bersama-sama menanggung pembangunan daerah dan saling membantu, sehingga mekanisme pendanaan pembangunan sarana sosial publik dan pemberian bantuan bagi anggota masyarakat yang miskin atau tertimpa bencana sudah terbentuk dan membudaya.

Kedua, kajian ini penting karena memberikan analisis terhadap pengaruh nilai-nilai budaya lokal dalam perencanaan kebijakan kesehatan di Indonesia. Kebijakan hegemoni pemerintahan orde baru selama ini membuat nilai-nilai budaya lokal tidak terurai secara lengkap untuk melihat dinamika yang berlangsung dalam masyarakat lokal. Oleh karenanya penelitian ini secara lebih mendalam akan menguraikan bentuk pengaruh nilai-nilai budaya lokal terhadap perencanaan kebijakan kesehatan di Sumatera Barat.

Ketiga, pada akhirnya penelitian ini akan merumuskan model yang sesuai untuk mengakomodasi nilai-nilai budaya lokal sebagai landasan dalam perencanaan kebijakan kesehatan di Sumatera Barat. Selain itu model akomodasi

nilai-nilai budaya lokal lokal ini dianggap dapat mendukung penyelenggaraan tugas dan fungsi pemerintahan di Sumatera Barat. Ini tentu akan bermanfaat baik bagi masyarakat Sumatera Barat maupun pemerintah pusat sebagai penyelenggaraan Kebijakan Desentralisasi Kesehatan.

## BAB IV

### METODOLOGI PENELITIAN

Sesuai dengan tujuan penelitian tiap tahun/tahapnya, maka pada tahun I digunakan teknik *purposive sampling* dan *snowball sampling* yang dilakukan di 2 Kabupaten dan 1 Kota di Sumatera Barat, yaitu Kota Padang, Kabupaten Tanah Datar dan Kabupaten Padang Pariaman. Pemilihan lokasi penelitian tersebut dikarenakan; Pertama, Kota padang merupakan daerah yang berada pada pusat pemerintahan, Kabupaten Tanah Datar merupakan salah satu daerah asal (masyarakat tradisional) masyarakat Minangkabau dan Kabupaten Padang Pariaman yang merupakan daerah perantauan masyarakat Minangkabau. Informan penelitian dipilih berdasarkan tujuan penelitian yaitu masyarakat, pelaksana kebijakan jaminan kesehatan di setiap kabupaten dan kota. Selanjutnya data penelitian dilakukan dengan beberapa cara, yaitu wawancara mendalam (*in depth interview*), diskusi kelompok terfokus (*Focus Group Discussion*), dan dokumentasi.



## **BAB V**

### **DESKRIPSI DAERAH PENELITIAN**

#### **A. Deskripsi Lokasi Penelitian**

Penelitian ini dilaksanakan di tiga daerah kabupaten dan kota di Provinsi Sumatera Barat. Adapun tiga kabupaten dan kota tersebut adalah: 1) Kabupaten Tanah Datar, 2) Padang Pariaman, 3) Kota Padang. Selanjutnya pada masing-masing kabupaten di pilih nagari untuk dijadikan setting penelitian

#### **1. Kabupaten Tanah Datar**

Kabupaten Tanah Datar adalah salah satu kabupaten di Propinsi Sumatera Barat yang dikenal sebagai “Luhak Nan Tuo” terletak pada 00°17”s.d. 00°39” LS dan 100°19” s/d 100°51 BT mempunyai luas 1336,00 Km<sup>2</sup>. Wilayah administrasi Kabupaten Tanah Datar terdiri dari 14 Kecamatan dan 75 Nagari (setingkat Kelurahan). Secara geografis wilayah Kabupaten Tanah Datar berada di sekitar kaki gunung Merapi, gunung Singgalang, dan gunung Sago, dan 25 sungai.

Secara geografis Kabupaten Tanah Datar merupakan salah satu dari 19 Kabupaten/ Kota di Sumatera Barat dengan ibukota Batusangkar. Kabupaten yang berada ditengah propinsi Sumatera Barat ini merupakan Kabupaten terkecil luas wilayahnya, yaitu 133.600 Ha (1.336 Km<sup>2</sup>).

Ibukota Kabupaten Tanah Datar berada di Batusangkar yang berada pada tiga (3) wilayah kecamatan, yaitu Kecamatan Lima Kaum, Kecamatan Tanjung Emas, dan Kecamatan Sungai Tarab. Sedangkan pusat pemerintahan berada di Kecamatan Tanjung Emas atau tepatnya di Nagari Pagaruyung. Kota Batusangkar ini lebih dikenal sebagai Kota Budaya, karena di Kabupaten Tanah Datar terdapat

banyak peninggalan dan prasasti terutama peninggalan Istana Basa Pagaruyung yang merupakan pusat Kerajaan Minangkabau.

Berdasarkan hasil Sensus Penduduk Tahun 2010 yang dilakukan pada seluruh penduduk yang bertempat tinggal di Tanah Datar pada tanggal 1-31 Mei 2010, jumlah penduduk Kabupaten Tanah Datar mencapai 338.494 jiwa yang tersebar di seluruh nagari atau seluruh jorong. Jumlah penduduk sebanyak itu jika dipilah menurut jenis kelamin terdapat 164.852 jiwa diantaranya adalah penduduk laki-laki sedangkan sisanya sebanyak 173.642 jiwa adalah perempuan. Dengan komposisi penduduk menurut jenis kelamin pada tahun 2010 dimana yang terbanyak adalah penduduk perempuan menghasilkan rasio jenis kelamin sebesar 94,94. Sarana kesehatan yang tersedia pada tahun 2011 terdiri dari satu (1) rumah sakit umum, 23 puskesmas, 23 puskesmas keliling, dan 67 puskesmas pembantu.

## **2. Kota Padang**

Kota Padang merupakan kota terbesar di Sumatera barat. Letak Kota Padang secara geografis pada bagian pantai Barat Sumatera pada posisi 00° 44' 00" Lintang Selatan dan 100° 08' 35" Bujur Timur dengan luas keseluruhan 694,96 Km<sup>2</sup>. Secara geografis Kota Padang merupakan perpaduan dataran rendah dan perbukitan serta aliran sungai dan pulau - pulau. Sedangkan panjang pantai ± 84 km<sup>2</sup>. Dengan kondisi wilayah Kota Padang yang demikian menyebabkan curah hujan di Kota Padang cukup tinggi. Curah hujan rata – rata adalah 326.67 mm pertahun atau 343,35 mm perbulan atau 16 hari dalam sebulan.

Secara administrasi Pemerintah Kota Padang terdiri dari 11 Kecamatan dan 104 Kelurahan, Kota Padang ini sebelah Utara berbatas dengan Kabupaten Padang

Pariaman sebelah Selatan berbatasan dengan Kabupaten Pesisir Selatan, sebelah Timur berbatasan dengan Kabupaten Solok, sebelah Barat berbatasan dengan Samudera Indonesia. Pembangunan kesehatan diarahkan untuk meningkatkan kualitas dan pemerataan jangkauan pelayanan kesehatan. Dalam upaya mencapai tujuan tersebut penyediaan sarana dan prasarana kesehatan yang bermutu merupakan hal yang penting. Adapun sarana-sarana yang terdapat di Kota Padang pada tingkat pelayanan dasar, saat ini terdapat 20 buah puskesmas yang terletak pada 11 kecamatan di Kota Padang.

### **3. Kabupaten Padang Pariaman**

Secara geografis, Kabupaten Padang Pariaman memiliki luas wilayah 1.328,79 Km<sup>2</sup> dengan panjang garis pantai 60,50 Km<sup>2</sup> yang membentang hingga wilayah gugusan bukit barisan. Luas daratan daerah ini setara dengan 3,15 persen luas daratan wilayah Provinsi Sumatera Barat. Posisi astronomis Kabupaten Padang Pariaman terletak antara 00 11' - 00 49' Lintang Selatan dan 98 36' - 100 28' Bujur Timur, dengan keadaan iklim tropis yang sangat dipengaruhi oleh angin darat.

Secara administrasi Kabupaten Padang Pariaman terdiri dari 17 kecamatan dan 60 Nagari serta 444 korong. Daerah ini berbatasan dengan Kota Pariaman yang terletak di tengah Kabupaten Padang Pariaman dan berbatasan: sebelah utara dengan Kabupaten Agam, sebelah selatan dengan Kota Padang, sebelah timur dengan Kabupaten Solok dan Kabupaten Tanah Datar serta sebelah barat dengan Samudera Indonesia.

Jumlah sarana kesehatan yang terdapat di Kabupaten Padang Pariaman selama tahun 2007 tidak mengalami perubahan yang berarti. Seluruh kecamatan yang terdapat di Kabupaten Padang Pariaman sudah memiliki Puskesmas. bahkan ada beberapa kecamatan yang memiliki dua Puskesmas. yaitu Batang Anai, Lubuk Alung, 2 x 11 Enam Lingkung, 2 x 11 Kayu Tanam, V Koto Timur. dan Sungai Geringging, sedangkan kecamatan lainnya hanya memiliki satu buah Puskesmas. Secara keseluruhan terdapat 23 Puskesmas, 23 Puskesmas Keliling, 61 Puskesmas Pembantu, dan 21 Balai Pengobatan Swasta.

Untuk melayani kesehatan seluruh penduduk, Kabupaten Padang Pariaman pada tahun 2007 memiliki 39 orang dokter umum, 16 orang dokter gigi, 19 orang sarjana kesehatan masyarakat, 5 orang dokter PTT, 2 orang dokter gigi PTT, dan 263 orang bidan. Jumlah bayi lahir hidup yang dilahirkan di Puskesmas selama tahun 2006 adalah sebanyak 6.235 kelahiran, jumlah lahir mati sebanyak 44 kelahiran, dan kematian ibu melahirkan sebanyak 7 kasus. Jumlah peserta KB aktif pada tahun 2007 sebanyak 35.935 orang, yang mencakup 65,26 persen dari seluruh pasangan usia subur. Proporsi jumlah peserta KB aktif terhadap jumlah pasangan usia subur mengalami penurunan dari 65,58 persen pada tahun 2006 menjadi 65,26 persen pada tahun 2007. Jenis alat KB yang paling banyak digunakan di Kabupaten Padang Pariaman adalah jenis alat KB suntik, dengan jumlah pengguna 19.991 peserta.

## BAB VI

### TEMUAN DAN PEMBAHASAN

Sejak disahkannya UU No. 22 Tahun 2004, kebijakan di bidang kesehatan memperlihatkan kemajuan yang signifikan, terutama dalam upaya peningkatan derajat kesehatan masyarakat. Ini karena adanya *political will* pemerintah pusat dan daerah di bidang kesehatan. Hal ini, dapat dilihat dari: Pertama, dirumuskannya kebijakan yang mengatur kebijakan jaminan kesehatan, seperti UUD 1945 pasca amandemen pasal 28 dan UU No. 23 tahun 1992 tentang Kesehatan yang kemudian diperkuat dengan UU Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN No 40 tahun 2004 yang menyatakan bahwa setiap orang berhak mendapatkan pelayanan kesehatan. Selain itu, sejak tahun 2005 pemerintah telah berupaya meningkatkan derajat kesehatan masyarakat miskin melalui kebijakan Program Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat Miskin<sup>1</sup>. Kebijakan ini diimplementasikan oleh departemen kesehatan (depkes) melalui penugasan kepada PT Askes (persero) berdasarkan Surat Keputusan (SK) Menteri Kesehatan No. 1241/Meskes/SK/XI/2004.

Kedua, sebagai komitmen pemerintah mewujudkan kebijakan jaminan sosial dalam upaya meningkatkan derajat kesehatan masyarakat, pemerintah juga telah merumuskan dan mengimplementasikan kebijakan jaminan kesehatan seperti Asuransi Kesehatan (ASKES), Jaminan Sosial Tenaga Kerja (JAMSOSTEK), ASABRI, JAMKESMAS, JAMKESDA. Sejak tahun 2000-2010 implementasi

---

<sup>1</sup> Menurut BPS, derajat kesehatan masyarakat miskin berdasarkan pada indikator Angka Kematian Bayi (AKB) dan Angka Kematian Ibu (AKI) di Indonesia, masih cukup tinggi, yaitu AKB sebesar 26,9 per 1000 kelahiran hidup dan AKI sebesar 248 per 100.000 kelahiran hidup serta umur harapan hidup 70,5 tahun. Selanjutnya lihat dalam BPS (2007).

kebijakan jaminan kesehatan di Indonesia. telah terjadi perubahan yang signifikan. Contohnya, tahun 2000-2010 jumlah masyarakat yang memperoleh jaminan kesehatan sebesar  $\pm$  106,9 juta penduduk Indonesia, dan 130,8 juta penduduk yang tidak memiliki jaminan kesehatan. Dari jumlah tersebut terdapat  $\pm$  40.93% (130.755.750) masyarakat di Indonesia yang belum mempunyai jaminan kesehatan.

Rendahnya cakupan masyarakat yang tidak memperoleh jaminan kesehatan, terutama masyarakat miskin, maka pada tahun 2008 pemerintah melakukan perubahan terhadap kebijakan jaminan kesehatan dengan kebijakan Jaminan Kesehatan Masyarakat (JAMKESMAS). JAMKESMAS bertujuan meningkatkan akses dan mutu pelayanan kesehatan terhadap seluruh masyarakat miskin dan tidak mampu agar tercapai derajat kesehatan masyarakat yang optimal secara efektif dan efisien (Depkes, 2009). Peserta JAMKESMAS adalah masyarakat sangat miskin, miskin dan mendekati miskin dengan jumlah peserta 76,4 juta jiwa (19.1 juta KK miskin)

Walaupun demikian, trend kebijakan JAMKESMAS sejak tahun 2008-2010 tidak memperlihatkan perubahan yang signifikan. Contohnya, pada tahun 2008-2010, trend penduduk Indonesia yang memperoleh JAMKESMAS hanya  $\pm$  32.37% (76.400.000) dari jumlah penduduk Indonesia. Sedangkan Jamkesda hanya  $\pm$  13,37%. (31.564.006) penduduk Indonesia. Temuan ini sejalan dengan yang dikemukakan oleh Suharto (2009), yang menyatakan bahwa rendahnya kepesertaan jaminan sosial di Indonesia disebabkan oleh sistem penyelenggaraan yang masih dilakukan oleh beberapa perseroan terbatas (PT. Askes, PT. Taspen, PT. Asabri, PT. Jamsostek) yang terpisah-pisah dan mencari keuntungan.

Meskipun UU No. 40 tahun 2004 semangatnya memadukan *state-controlled* dan *market-driven*, pada kenyataannya kepentingan dan model swasta lebih mendominasi<sup>2</sup>.

Ketiga, setiap tahunnya pemerintah telah berupaya untuk meningkatkan capaian *universal coverage*, sehingga masyarakat miskin memperoleh jaminan kesehatan. Untuk itu, pemerintah telah mengalokasikan anggaran pelaksanaan JAMKESMAS dan jamkesda. Pada tahun 2008-2010 anggaran yang disediakan pemerintah terus mengalami peningkatannya sebesar  $\pm 50\%$ . Pertanyaannya adalah, apakah trend jaminan kesehatan ini telah menghasilkan dampak bagi peningkatan derajat kesehatan masyarakat ?

Dengan melihat kondisi geografis Indonesia yang luas, dan perbedaan sosiobudaya masyarakatnya, upaya peningkatan derajat kesehatan masyarakat miskin terutama di daerah kabupaten/kota tidak memungkinkan pemerintah pusat untuk menyelenggarakan kebijakan JAMKESMAS. Untuk itu, sejalan dengan kebijakan desentralisasi kesehatan, maka pada tahun 2008 pemerintah pusat telah memberikan kesempatan kepada pemerintah untuk mengelola kebijakan JAMKESMAS dan Jamkesda. Fenomena yang menarik dalam hal ini adalah dilibatkannya pemerintah daerah dalam melaksanakan kebijakan JAMKESMAS. Sebab, sejak desentralisasi kesehatan diimplementasikan, baru pada tahun 2008 pemerintah daerah diberikan kesempatan untuk melaksanakan jaminan kesehatan di daerah. Tujuannya adalah tercapainya *universal coverage*--terutama masyarakat

---

<sup>2</sup> Sebagai perbandingan, kelemahan implementasi jaminan sosial ini juga di kemukakan oleh Eko (2006). Menurut Eko, pengalaman desentralisasi selama tujuh tahun terakhir pasca Orde Baru memperlihatkan dua peta diametral. Peta pertama menunjukkan bahwa sebagian besar daerah kabupaten dan kota tidak melakukan atau gagal meningkatkan kesejahteraan warganya. Peta kedua, menunjukkan beberapa daerah yang melakukan terobosan melalui penerapan kebijakan publik yang bernuansa perlindungan sosial, seperti pelayanan gratis di bidang pendidikan, kesehatan, perumahan dan administrasi. Selanjutnya lihat Eko (2006).

miskin yang berada di kabupaten/kota. Untuk mewujudkan komitmen pemerintah, maka sejak tahun 2008 pemerintah daerah melaksanakan kebijakan JAMKESDA.

Sebagai komitmen pemerintah daerah, maka pemerintah daerah setiap tahunnya juga telah berupaya meningkatkan kesehatan bagi masyarakat miskin di daerah. Hal ini terlihat dari Peraturan Gubernur (Pergub) Sumatera Barat No. 40 dan 41 Tahun 2007 tentang Penyelenggaraan Program Pembiayaan dan Jaminan Kesehatan Daerah (JAMKESDA) dan sistem Pelayanan Dokter Keluarga. Selain itu, juga disyahrkannya Peraturan Daerah (Perda) No. 10 Tahun 2011 Tentang Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan Sumatera Barat Sakato (PJKSBS). Sedangkan dari aspek pembiayaannya, Pemerintah daerah Sumatera Barat juga telah mengalokasikan anggaran Jamkesda dalam APBD. Contohnya, pada tahun 2008 pemerintah daerah Sumatera Barat telah menyediakan untuk kebijakan jamkesda sebesar ± 3,7 milyar. Di bandingkan dengan tahun 2008, anggaran untuk jamkesda tahun 2009 meningkat menjadi ± 3,39 milyar dengan penerima sebesar 232.477 masyarakat. Demikian juga, pada tahun 2010-2012 pemerintah daerah kembali menaikkan jumlah anggaran jamkesda menjadi; tahun 2010 ± 3,41 milyar, dengan penerima sebesar 291.636 masyarakat; tahun 2011 ± 3,93 milyar dan, tahun 2012 menjadi ± Persoalannya adalah, apakah kebijakan JAMKESDA ini telah merepresentasikan kebutuhan masyarakat di daerah Sumatera Barat?

Walaupun demikian, besarnya jumlah pembiayaan jaminan kesehatan ternyata belum memberikan dampak kepada peningkatan derajat kesehatan masyarakat di daerah Sumatera Barat. Ini karena, masih banyak masyarakat miskin yang belum memperoleh jaminan kesehatan. Hasil temuan yang dilakukan di Kota Padang, Kabupaten Tanah Datar dan Kabupaten Padang Pariaman



memperlihatkan adanya indikasi; Pertama, masih banyak masyarakat miskin yang belum memperoleh jaminan kesehatan; Kedua, adanya kesalahan yang berkelanjutan dalam memberikan kartu jaminan kesehatan, sehingga banyak masyarakat miskin yang tidak berhak menerima jaminan kesehatan justru memperoleh jaminan, dan; Ketiga, masih banyak masyarakat yang merasakan lambatnya pelayanan jaminan kesehatan di daerah. Hal ini disebabkan oleh kesalahan pemerintah daerah dalam melakukan pendataan masyarakat miskin di Sumatera Barat. Fenomena tersebut juga membuktikan bahwa pemerintah daerah Sumatera Barat belum mampu mengoptimalkan capaian desentralisasi kesehatan.

Dalam perspektif desentralisasi kesehatan, pemerintah daerah dapat merumuskan dan melaksanakan kebijakan yang lebih mencerminkan kebutuhan masyarakat di daerah. Hoessein (2000) mengungkapkan bahwa dalam konsep otonomi terkandung kebebasan untuk berprakarsa untuk mengambil keputusan atas dasar aspirasi masyarakat yang memiliki status demikian tanpa kontrol langsung oleh pemerintah pusat. Pendapat Hoessein adalah sama dengan tujuan desentralisasi di bidang kesehatan yang ditetapkan depkes (2009) yaitu, mewujudkan pembangunan nasional di bidang kesehatan yang berlandaskan prakarsa dan aspirasi masyarakat dengan cara memberdayakan, menghimpun dan mengoptimalkan potensi daerah untuk kepentingan daerah dan prioritas nasional dalam mencapai Indonesia sehat 2010. Dengan demikian, bagi pemerintah daerah implementasi kebijakan kesehatan tidak hanya melulu menggunakan pendekatan ekonomi (pembiayaan *an sich*) tetapi juga mengembangkan pendekatan lain yang lebih memfokuskan pada partisipasi masyarakat. Misalnya, dengan menggunakan pendekatan nilai budaya lokal. Mengapa demikian? Ini, karena

dalam nilai budaya lokal mengandung makna pergeseran dan perubahan kebutuhan masyarakat yang sesungguhnya. Dengan memahami pergeseran dan perubahan masyarakat tersebut, dapat diketahui persoalan-persoalan yang dapat diintervensi melalui kebijakan. Persoalannya, bagaimanakah pemerintah daerah merumuskan kebijakan jaminan kesehatan di daerah yang mencerminkan nilai budaya lokal ini? Inilah yang menjadi fokus penelitian ini.

Sesuai dengan tujuan penelitian pada tahun pertama, maka penelitian ini dilakukan dalam upaya mendiskripsikan keberadaan nilai-nilai budaya lokal yang mempengaruhi perencanaan kebijakan kesehatan di Sumatera Barat. Namun, untuk mengetahui lebih jauh tentang keberadaan nilai-nilai budaya lokal yang mempengaruhi perencanaan kebijakan kesehatan di Sumatera Barat, terlebih dahulu perlu diketahui konsistensi implementasi kebijakan jaminan kesehatan ketika diterjemahkan kedalaman realitas operasionalnya. Sehubungan dengan itu, ada dua permasalahan yang akan di bahas, yaitu; Pertama, bagaimana Implementasi desentralisasi kesehatan dalam kebijakan jaminan kesehatan di Sumatera Barat? Kedua, bagaimana keberadaan nilai budaya lokal mempengaruhi perencanaan kebijakan kesehatan di Sumatera Barat?

#### **A. Implementasi Desentralisasi kesehatan dalam Kebijakan Jaminan Kesehatan di Sumatera Barat**

Secara umum, Implementasi desentralisasi kesehatan dalam konteks kebijakan JAMKESMAS diselenggarakan dengan sistem sentralisasi. Ini karena, secara keseluruhan kebijakan JAMKESMAS ditentukan oleh pemerintah pusat. Misalnya, dalam implementasi dan besaran anggaran yang disediakan. Pendanaan JAMKESMAS berasal dari APBN sebagai bantuan sosial sektor kesehatan. Pada

tahun 2008 jumlah anggaran JAMKESMAS dalam APBN sebesar ± 4,6 trilyun. Jumlah ini kemudian didistribusikan untuk penyelenggaraan JAMKESMAS di seluruh daerah kabupaten dan kota di Indonesia. Kuota masyarakat yang akan memperoleh JAMKESMAS juga ditentukan oleh besarnya anggaran yang didekonstrasikan untuk Daerah Sumatera Barat.

Selain JAMKESMAS juga dilaksanakan kebijakan Jaminan Kesehatan Daerah (JAMKESDA). JAMKESDA dilaksanakan sebagai bagian dari usaha kesejahteraan sosial dalam rangka pengembangan sistem jaminan sosial di daerah.<sup>3</sup> Oleh karena itu, setiap warga masyarakat di daerah berhak atas jaminan sosial yang memungkinkan pengembangan dirinya secara utuh sebagai manusia yang bermartabat dan berhak memperoleh pelayanan kesehatan. Secara kontekstual, kedua kebijakan ini diimplementasikan secara bersamaan. Perbedaannya adalah, JAMKESMAS diselenggarakan di daerah dengan anggaran yang disediakan oleh pemerintah pusat. Sedangkan JAMKESDA diselenggarakan dengan anggaran berasal dari Anggaran Pembangunan Daerah (APBD).

Walaupun demikian, dalam implementasinya, kebijakan JAMKESMAS dan JAMKESDA masih mengalami berbagai permasalahan (*lack policy*). Hal ini berdampak pada optimalisasi capaian tujuan desentralisasi kesehatan terutama dalam meningkatkan derajat kesehatan masyarakat melalui kebijakan JAMKESMAS dan JAMKESDA di Sumatera Barat. Adapun *lack policy* dalam

---

<sup>3</sup> JAMKESDA dilaksanakan dengan mengacu kepada Sistem Jaminan Kesehatan Daerah (SJKD) yang merupakan suatu tatanan yang mengatur penyelenggaraan jaminan kesehatan di daerah dengan menggunakan prinsip-prinsip asuransi kesehatan sosial. Sistem ini merupakan subsistem jaminan sosial yang bersifat jangka pendek dan sekaligus merupakan perwujudan subsistem pembiayaan kesehatan pada upaya kesehatan perorangan dalam sistem kesehatan daerah maupun sistem kesehatan nasional. Selanjutnya lihat dalam Mukti & Moertjahjo. *Sistem Jaminan Kesehatan: Konsep Desentralisasi Terintegrasi*. 2008.

implementasi kebijakan JAMKESMAS dan JAMKESDA di Sumatera Barat dapat dilihat sebagai berikut:

Pertama. dalam aspek anggaran. Sejak diimplementasikan kebijakan JAMKESMAS dan JAMKESDA. pemerintah telah berupaya untuk meningkatkan capaian *universal coverage* melalui kebijakan peningkatan jumlah anggaran setiap tahunnya. Namun, peningkatan jumlah anggaran tersebut belum menimbulkan dampak signifikan terhadap masyarakat miskin yang berhak memperoleh manfaat jaminan kesehatan. Hal ini, mengindikasikan adanya kelemahan dalam membuat perencanaan kebijakan anggaran yang tersedia. Fenomena ini dapat dilihat sejak tahun 2007. Contohnya. pada tahun 2007, penggunaan sumber dana sendiri (*out of pocket*) dalam pembiayaan rawat jalan mencapai 76,7% masyarakat di Sumatera Barat<sup>4</sup>. Ini berarti tidak lebih dari 40% masyarakat yang memperoleh jaminan kesehatan. Demikian juga, dari tahun 2008-2012 pemanfaatan jaminan kesehatan di daerah Sumatera Barat masih rendah dan bahkan di tahun 2012, dari 50 milyar anggaran JAMKESDA hanya 18% saja yang termanfaatkan. Mengapa demikian?

Berdasarkan temuan di lapangan, implementasi kebijakan JAMKESMAS bersamaan dengan JAMKESDA. Dari aspek anggaran. JAMKESMAS terbatas jumlahnya sehingga tidak memungkinkan untuk mencukupi kuota masyarakat miskin di daerah. Karena adanya keterbatasan JAMKESMAS ini, maka kuota

---

<sup>4</sup> Menurut laporan hasil riset kesehatan dasar (RISKESDAS) Provinsi Sumatera Barat tahun 2007, dari 76,7% ..... Penggunaan askes/jamsostek paling tinggi di kota payakumbuh 40,4% dan paling rendah di Kabupaten Dharmasraya (1,2%). Askeskin/SKTM paling banyak digunakan di Kota Padang Panjang (13,9%) dan paling sedikit di Kabuapten Pasaman Barat (1,8%). Untuk dana sehat paling banyak di gunakan di kota Sawahlunto (10,4%) dan paling sedikit di Kabupaten Pasaman Barat (0,5%). Selanjutnya lihat dalam Laporan hasil Riset Kesehatan dasar RISKESDAS Provinsi Sumatera Barat Tahun 2007. Departemen Kesehatan Republik Indonesia. Jakarta. 2008:208.



masyarakat yang belum memperoleh jaminan kesehatan dipenuhi melalui kebijakan JAMKESDA. Hal ini dapat dimaknai, apabila implementasi JAMKESMAS memperlihatkan kecenderungan peningkatan jumlah kuotanya setiap tahun, maka mestinya diikuti oleh kecenderungan, semakin berkurangnya kuota pada JAMKESDA, demikian juga sebaliknya. Akan tetapi, justru yang terjadi adalah anggaran JAMKESMAS dan JAMKESDA selalu mengalami peningkatan setiap tahun. Ironisnya, kuota masyarakat miskin di daerah Sumatera Barat tetap tidak terpenuhi. Hal inilah yang mengakibatkan kebijakan JAMKESMAS dan JAMKESDA tidak efisien dan efektif. Sebagaimana yang diungkapkan oleh salah seorang pelaksana Jamkesmas di Dinas Kesehatan Provinsi Sumatera Barat:

Anggaran JAMKESMAS sifatnya terbatas, oleh karena itu masing-masing pemerintah daerah mengeluarkan kebijakan JAMKESDA. Jadi sudah ada kuota yang bertanggung JAMKESMAS, tetapi masih ada juga masyarakat miskin yang belum memperoleh JAMKESMAS. Yang tidak tertampung itu menjadi tanggungjawab pemda. Pemda melaksanakan JAMKESDA, nah JAMKESDA itulah yang menampung masyarakat yang tidak memperoleh JAMKES. Tapi, sudah ada JAMKESMAS dan JAMKESDA masih adanya juga masyarakat miskin yang belum mendapatkannya.

Berdasarkan temuan di lapangan, belum terpenuhinya kuota masyarakat miskin di daerah untuk memperoleh jaminan kesehatan dipengaruhi oleh: *Pertama*, adanya perbedaan kebijakan pusat dan daerah dalam penggunaan anggaran. Pemerintah daerah kabupaten dan kota dianggap belum mampu menggunakan anggaran jaminan kesehatan secara efektif. Pemerintah beranggapan proses pencairandana JAMKESMAS melalui mekanisme birokrasi yang berbelit. Akibatnya pelayanan JAMKESMAS terkendala. Ini, dapat dilihat dalam pembelian obat, pihak rumah sakit menunggu berapa orang pasien yang

datang baru kemudian dibelikan atau anggaran dicairkan. Sebagaimana yang diungkapkan oleh Pengelola JAMKESMAS Dinkes Provinsi Sumatera Barat:

Kebijakan dari pusat harus sesuai dengan kebijakan di daerah, tetapi kebijakan pusat dengan daerah bertolak belakang. Misalnya menurut UU semua yang masuk kerekening daerah menjadi pendapatan daerah, tetapi sekarang anggaran jamkesmas dicairkan kerekening direktur rumah sakit, rekening dinas kesehatan kabupaten dan kota. Untuk memanfaatkan dana tersebut untuk pelayanan kesehatan masyarakat miskin prosesnya di daerah kabupaten dan kota mekanismenya berbelit, dibuat dulu tetek bengeknya, baru dicairkan, ini tidak sama dengan kebijakan di atas. Itulah yang dikatakan kebijakan bertolak belakang dan menjadi kendala operasionalnya di bawah. Contohnya, rumah sakit mau beli obat, dia lihat dulu berapa orang pasien yang datang baru dicairkan duitnya. Ada juga kabupaten dan kota memasukan duitnya dulu, inilah yang bertolak belakang dengan kebijakan daerah.

Di Kabupaten Padang Pariaman, *lack policy* dalam realisasi penggunaan anggaran JAMKESMAS dan JAMKESDA juga dirasakan oleh pemerintah daerah sebagai pelaksana di daerah. Meskipun sebagian masyarakat beranggapan telah memperoleh manfaat dari JAMKESMAS dan JAMKESDA, implementasi kebijakan ini masih di kritik oleh berbagai kalangan. Hasil wawancara berikut menggambarkan kritikan tersebut “...lamanya waktu yang diperlukan untuk memperoleh kartu JAMKESDA, sementara mereka mengetahui bahwa anggarannya tersedia. Misalnya, dalam tahun 2012 ini sudah hampir 1 tahun kartu JAMKESDA belum juga di peroleh, padahal anggarannya sudah tersedia”.<sup>5</sup> Fenomena di atas memperlihatkan bahwa capaian implementasi kebijakan jaminan kesehatan di daerah Sumatera Barat belum berhasil mewujudkan tujuan dari kebijakan jaminan kesehatan. Ini karena, implementasi jaminan kesehatan seperti JAMKESMAS dan JAMKESDA masih berorientasi pada proses bekerjanya lembaga pelaksana kebijakan. Padahal, implementasi kebijakan

---

<sup>5</sup> Wawancara dengan beberapa walinagari Bapak ‘B’, ‘T’ dan ‘S’ di Kabupaten Padang Pariaman, tanggal 14 Agustus 2012.

seharusnya sudah mengarah kepada dampak yang dihasilkan, yaitu terpenuhinya kesejahteraan masyarakat.

Berkaitan dengan itu, hasil wawancara dengan beberapa wali nagari di Kabupaten Padang Pariaman juga mengungkapkan bahwa para walinagari mengaku bahwa mereka sudah menyerahkan data masyarakat yang diusulkan untuk menjadi penerima JAMKESDA, sehingga jika sistemnya sudah berjalan baik, seharusnya tidak ada alasan bagi pemerintah daerah atau dinas kesehatan belum menerbitkan kartu bagi masyarakat. Meski demikian, pemerintah nagari tetap berusaha membantu masyarakat yang sedang sakit dan benar-benar membutuhkan –karena tidak mampu- mendapatkan layanan JAMKESMAS dan JAMKESDA dengan cara memberi surat keterangan kurang mampu sebagai perasyarat pengajuan. Fenomena ini menunjukkan lemahnya pengelolaan, terlebih jika program ini telah memiliki anggaran. Situasi ini tidak saja berpotensi mengakibatkan dampak yang kontraproduktif dengan tujuan program jamkesmas dan JAMKESDA itu sendiri, melainkan juga membingungkan masyarakat. Disisi lain, bagi masyarakat yang membutuhkan, ketika sudah sakit, mereka tambah repot harus mengurus berbagai surat untuk mendapatkan klaim.

Fenomena di atas mencerminkan bahwa kebijakan JAMKESMAS dan JAMKESDA belum optimal dalam upaya meningkatkan derajat kesehatan masyarakat. Sebab masih banyak masyarakat yang belum memperoleh jaminan kesehatan. Ini artinya kebijakan pemerintah daerah Sumatera Barat dalam meningkatkan jumlah anggaran, tidak menimbulkan perubahan yang signifikan dengan jumlah masyarakat yang memperoleh jaminan kesehatan. Contohnya, tahun 2008 pemerintah daerah Sumatera Barat mengalokasikan anggaran untuk

JAMKESDA sebesar ± 3.7 milyar, jumlah tersebut meningkat pada tahun 2009 menjadi ± 3,39 milyar dengan masyarakat yang menerima sebesar 232.477 jiwa. Pada tahun 2010, pemerintah daerah kembali menambah JAMKESDA menjadi ± 3,41 milyar, dengan jumlah masyarakat yang menerima sebesar 291.636 jiwa. Pada tahun 2011, jumlah anggaran JAMKESDA bertambah menjadi ± 3,93 milyar dengan jumlah masyarakat yang memperoleh jaminan sebesar 324.983 jiwa. Sedangkan dalam tahun 2012 pemerintah kembali menaikkan jumlah anggaran JAMKESDA menjadi ± 50 milyar, namun dari jumlah tersebut, hanya 18 milyar saja yang dimanfaatkan (lihat tabel 1). Fenomena ini membuktikan bahwa kebijakan ekonomi (pembiayaan) tidak sepenuhnya menjadi alternatif bagi pemerintah daerah Sumatera Barat dalam meningkatkan derajat kesehatan masyarakat dan memberikan andil yang paling menentukan dalam implementasi jaminan kesehatan di daerah.

Tabel.1  
Jumlah Anggaran dan Realisasi JAMKESDA  
Daerah Sumatera Barat

<b>Tahun</b>	<b>jumlah</b>	<b>Penerima</b>
2008	3,7 milyar	122.971
2009	3,39 milyar	232.477
2010	3,41 milyR	291.636
2011	3,93 milyar	324.983
2012	50 milyar	833.751

Sumber: Data diolah dari berbagai sumber

*Kedua*, Kebijakan anggaran JAMKESMAS dan JAMKESDA secara keseluruhan belum dapat secara efektif dimanfaatkan oleh masyarakat miskin. Hal ini disebabkan karena kebijakan penganggaran di daerah bersifat jangka pendek dan tidak efisien dalam proses pelayanan yang diberikan. Contohnya, kartu sehat hanya berlaku untuk jangka waktu 1 tahun. sedang proses untuk mendapatkan



kartu sehat membutuhkan waktu yang lama. Kondisi ini berdampak kepada ketidak pastian masyarakat miskin untuk memanfaatkan jaminan kesehatan. Sebagaimana diungkapkan oleh Wali Nagari Pilubang Kabupaten Padang Pariaman (wawancara 29 Agustus 2012):

“Pelaksanaannya ini masih kacau saya lihat. Untuk penerima Jamkesmas atau JAMKESDA tahun 2012 ini kan seharusnya tahun 2011 sudah clear datanya. Ini ndak, yang kita ajukan sejak 2011 itu sampai sekarang, sudah hampir berakhir pula tahun 2012, sudah mau masuk september, belum juga terbit kartunya”. Sementara anggarannya ada. kalau saya tidak salah, untuk tahun 2012 ini anggaran JAMKESDA itu ± Rp. 4M. Masyarakat kita butuh sekali, tapi sistem ini yang kacau”.

Di Kabupaten Tanah Datar, masyarakat miskin yang berhak untuk memperoleh kartu jaminan kesehatan juga mengalami permasalahan yang sama. Masyarakat beranggapan bahwa, jangka waktu JAMKESDA terlalu singkat yakni hanya 1 tahun. Sementara proses administrasi dari nagari sampai ketingkat kabupaten membutuhkan waktu berbulan-bulan. Bahkan ada masyarakat yang menerima kartu ketika waktunya tinggal dua bulan lagi. Kondisi ini berdampak kepada ketidak pastian masyarakat miskin untuk memanfaatkan jaminan kesehatan. Sebagaimana diungkapkan oleh salah seoreang kader kesehatan di Nagari Simabur Kabupaten Tanah Datar (wawancara tanggal 15 September 2012):

Kalau dilihat dari tujuan awalnya JAMKESDA diberikan untuk masyarakat yang tidak mendapatkan Jamkesmas, namun dalam prosedurnya sangat jauh berbeda yang berlaku secara nasional dan yang berlaku secara daerah. Keluhan yang banyak di temui di masyarakat adalah jangka waktu JAMKESDA yang terlalu singkat. JAMKESDA hanya memiliki jangka waktu satu tahun, sementara itu proses administrasi dari nagari sampai tingkat kabupaten membutuhkan waktu berbulan-bulan. Kadang kadang masyarakat baru menerima kartu tersebut di saat jangka waktunya hanya tinggal sebulan atau dua bulan lagi.

Kedua, Berkaitan dengan permasalahan pertama, *lack policy* dalam implementasi JAMKESMAS dan JAMKESDA dipengaruhi oleh faktor validitas data masyarakat miskin di Sumatera Barat. Dalam konteks kebijakan, validitas

data merupakan persoalan yang krusial dalam menentukan keberhasilan implementasi sebuah kebijakan. Sebab, validitas data dilapangan berkaitan dengan ketepatan kelompok sasaran yang menjadi tujuan dari kebijakan.

Berdasarkan temuan lapangan, permasalahan utama yang menyebabkan rendahnya pemanfaatan jaminan kesehatan di Sumatera Barat adalah disebabkan karena pemerintah daerah tidak memiliki data yang valid berkaitan dengan jumlah masyarakat miskin di Sumatera Barat. Sejak tahun 2008-2012, pemerintah daerah tidak memiliki data yang valid tentang jumlah masyarakat miskin di Sumatera Barat. Data masyarakat miskin yang masih digunakan adalah data BPS tahun 2005, dimana jumlah masyarakat miskin di Sumatera Barat adalah 1.361.281 jiwa yang tersebar di 19 kabupaten dan kota. Dari jumlah tersebut, Kota Padang dan Painan paling banyak penduduk miskinnya.

Di Kabupaten Padang Pariaman, implementasi kebijakan jaminan kesehatan JAMKESMAS dan JAMKESDA telah mengalami perubahan yang signifikan, terutama besaran anggaran yang disediakan setiap tahunnya. Dalam tahun 2011 penerima jaminan kesehatan di Kabupaten Padang Pariaman sebesar 12.056 jiwa meningkat 500% di tahun 2012 menjadi 83.000 jiwa. Namun demikian, dari jumlah tersebut, pemerintah daerah Kabupaten Padang Pariaman masih mendapatkan kritik dari masyarakat, karena masih banyak masyarakat yang belum memperoleh jaminan kesehatan. Sebagaimana yang diungkapkan oleh Kabid. Promkes Dinkes Kabupaten Padang Pariaman dalam wawancara (28 Agustus 2012):

“Kalau yang namanya program ke masyarakat seperti biasa selalu tidak pernah ada kepuasan. Selalu ada keluhannya. Kita akui itu, ada yang masih tidak tepat sasaran, masyarakat miskin yang seharusnya dapat kartu tidak dapat kartu. Ada masyarakat yang sebelumnya dianggap mampu, sehingga tidak didata, tapi saat menderita penyakit kronis dia jatuh miskin. Ada juga karena dia keluarga walikorong

misalnya. Tapi kami selalu suruh orang puskesmas untuk mengawasi kelayakannya. secara umum sangat membantu untuk peningkatan taraf kesehatan masyarakat. Tahun 2011 penerima jaminan kesehatan kita itu 12.056 jiwa meningkat 500% di tahun 2012 menjadi 83.000 jiwa. Kita akan selalu berupaya meningkatkan jumlah kepesertaan ini sehingga semua masyarakat yang membutuhkan itu dapat terlayani. Untuk tahun 2012 ini dianggarkan Rp. 4M dan tahun 2013 masih dianggarkan juga sebanyak Rp. 4M”

Berdasarkan temuan di lapangan, masyarakat di Kabupaten Padang Pariaman berpendapat bahwa untuk memperoleh kartu jaminan di daerahnya sangat sulit dan dan membutuhkan waktu yang lama. Masyarakat juga beranggapan tidak ada kepastian. Misalnya, setelah dilakukan pendataan, sudah setahun belum juga mendapatkan kartu jaminan kesehatan. Sebagaimana yang dikemukakan oleh tokoh pemuda di Nagari Pilubang berinisial ‘N’ dalam wawancara (Selasa, 24 Agustus 2012):

“Serba lama kalau mengandalkan pemerintah ini. Sudah lama ada yang mendata masyarakat ini. Katanya untuk dapat jamkesmas itu, tapi sampai sekarang belum juga ada kartu yang sampai ketangan masyarakat. Jelas pula ini ditunda atau dibatalkan, tolong jelaskan kemasyarakat. Bagi yang membutuhkan, kalau sudah sakit, masyarakat sibuk mengurus surat-surat. Yang sakit harus diurus, ditambah repot lagi mengurus surat ini itu. Tapi karena kita butuh ya apa boleh buat”

Hal yang sama juga diungkapkan oleh bidan puskesmas, bidan desa dan kader kesehatan yang menyatakan:

Kita akui masih banyak kurangnya ya. Kartu kepesertaan untuk tahun ini belum juga diterbitkan, kita juga tidak tahu salahnya dimana. Yang jelas setiap tahun kita dari puskesmas selalu menaikkan data. Tapi kita dak tahu juga, kadang ada warga kita yang miskin tapi tidak dapat. Seperti tahun-tahun sebelumnya. Kadang kita kebingungan juga mengakali kalau ada wakga miskin yg tidak dapat ini. mungkin ini menyelahi aturan, tapi kadang kita berusaha membantu dengan memasukkan mereka ke kartu orang yang sudah tidak terpakai, misalnya sudah meninggal.

Di Kabupaten Tanah Datar, masyarakat mengakui bahwa kebijakan JAMKESMAS dan JAMKESDA sangat bermanfaat. Hal ini dikarenakan masyarakat telah memperoleh kemudahan berupa keringanan dan berbagai

fasilitas dengan adanya jaminan kesehatan. Namun demikian, masyarakat merasakan kemudahan yang diperoleh dari jaminan kesehatan hanya berlaku dalam jangka waktu pendek, yakni selama satu tahun. Seperti yang diungkapkan oleh Uni Yetti salah seorang kader kesehatan di Nagari Simabur (Wawancara Sabtu, 15 September 2012):

Kami yang berada dilapangan merasakan sendiri respon masyarakat mengenai kebijakan jamkesmas, JAMKESDA dan jampersal ini. Pada umumnya masyarakat senang karena mereka mendapatkan keringanan dan berbagai fasilitas dengan adanya jaminan kesehatan tersebut. Namun yang sering dikeluhkan oleh masyarakat adalah jangka waktu kartu yang cukup singkat (JAMKESDA). Masa berlaku kartu hanya satu tahun, namun kadang-kadang masyarakat baru menerima kartu tersebut di pertengahan tahun bahkan kartu baru sampai ke tangan pemerintahan nagari dan kader di penghujung tahun. Hal ini sering menjadi bahan diskusi untuk dapat dipertimbangkan oleh pemerintah kabupaten untuk kebijakan berikutnya.

Di Kota Padang, jumlah kepesertaan JAMKESMAS dan JAMKESDA mengalami peningkatan dari tahun 2008-2010. Terjadinya peningkatan tersebut, berarti jumlah penduduk miskin di Kota Padang semakin meingkat setiap tahunnya. Fenomena ini memperlihatkan bahwa Pemerintahan Kota Padang juga tidak memiliki data yang valid tentang masyarakat miskin yang sesungguhnya. Permasalahan ini terjadi dimungkinkan karena masih minimnya koordinasi yang dilakukan oleh Dinas Kesehatan Kota Padang dalam menetapkan data masyarakat miskin. Sebagaimana yang diungkapkan oleh salah seorang penanggung jawab program JAMKESMAS dan JAMKESDA DKK Padang

Kami selama ini hanya memberikan pelayanan saja dan menerima data dari kelurahan bagi masyarakat yang membutuhkan jaminan kesehatan. Kroscek data dilakukan ketika kami mengundang lurah dan menanyakan data masyarakat miskin.

Permasalahan yang sama juga dirasakan oleh masyarakat di Kota Padang. Masyarakat beranggapan bahwa tujuan dari Kebijakan JAMKESMAS dan

JAMKESDA sebenarnya sudah bagus, namun demikian pelaksanaannya tidak sesuai dengan harapan masyarakat. Hal ini disebabkan oleh pendataan yang tidak akurat. Hal ini diungkapkan oleh Bapak G Lurah Parak Laweh, (wawancara Agustus 2012):

...tujuan program sebetulnya telah bagus, namun pemberian Jamkesmas tidak, diluar harapan. Pendataan melalui BPS terkadang tidak akurat, banyak yang tidak tepat sasaran.”

Bapak Z dan I Kelurahan Parak Laweh mengungkapkan

“..belum mampu meningkatkan kesejahteraan dibidang kesehatan, masih banyak warga yang belum merasakan manfaat dari kebijakan Jamkesmas”

*Lack policy* dalam melakukan validitas data masyarakat miskin di diatas memperlihatkan bahwa Pemerintah Daerah Sumatera Barat sampai saat ini belum menganggap sebagai persoalan penting yang harus diselesaikan. Hal ini dapat dilihat dari tidak adanya kajian yang dilakukan untuk mengatasinya dan cenderung melakukan pembiaran. Misalnya, pada umumnya data masyarakat miskin yang sering dijadikan acuan adalah data BPS, sementara data masyarakat miskin di tingkat kelurahan juga menggunakan data BPS. Data inilah yang kemudian diserahkan ke Dinkes kabupaten dan kota dalam melaksanakan kebijakan jaminan kesehatan seperti JAMKESMAS dan JAMKESDA. Ironi, data ini tidak pernah di verifikasi kembali oleh pemerintah daerah. Misalnya, pemerintah daerah, dalam hal ini dinkes kabupaten dan kota, hanya menyelenggarakan pelayanan JAMKESMAS dan JAMKESDA saja dan tidak melakukan proses pendataan terhadap masyarakat miskin. Fenomena inilah yang menyebabkan kelemahan dalam mewujudkan *universal coverage* di daerah Sumatera Barat. Sebagaimana diungkapkan oleh pengelola Jamkesmas dan JAMKESDA Dinkes Kota Padang:

Kami disini, tidak melakukan proses pendataan, disini hanya memberikan pelayanan tentang kepesertaan dan pendanaan saja terhadap masyarakat miskin yang berhak memperoleh jaminan kesehatan. Sedangkan proses pendataan dilakukan di nagari.

Ketiga, dari aspek komitmen pemerintah dalam mengimplementasikan kebijakan JAMKESMAS dan JAMKESDA. Sejak kebijakan jaminan kesehatan didesentralisasikan, implementasi kebijakan JAMKESMAS dan JAMKESDA belum dapat dioptimalkan oleh pemerintah daerah. Dalam perspektif pemerintah daerah, pemerintah pusat masih setengah hati dalam kebijakan anggaran jaminan kesehatan. Ini karena, anggaran yang disediakan pemerintah pusat untuk pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin tidak dilengkapi dengan biaya operasional lainnya, seperti biaya rujukan perawat pendamping dan biaya transportasi kerumah sakit yang menjadi rujukan. Permasalahan ini semakin sulit karena pemerintah kabupaten dan kota ada yang tidak menganggarkan, karena anggarannya sedikit. Inilah yang menjadi *luck policy* dalam pelaksanaan JAMKESMAS dan JAMKESDA di daerah Sumatera Barat. Sebagaimana diungkapkan oleh Penanggungjawab Program JAMKESMAS Dinkses Provinsi Sumatera Barat;

“Jamkesmas tidak semuanya didesentralisasikan akibatnya dana operasional jamkesmas terbatas, inilah yang menyebabkan program ini tidak efisien. Misalnya, apabila ada pasien yang dirujuk ke Rs Djamil Padang, untuk biaya rujukan jamkesmas tidak menanggungnya, termasuk biaya perawat pendamping ke rs yang menjadi rujukan, karena anggarannya sedikit. Jadi diminta kontribusi pemda. Kebanyakan daerah ada yang tidak menganggarkannya, karena anggarannya sedikit. Inilah yang menjadi keterbatasan.

Berdasarkan temuan di atas, implementasi kebijakan JAMKESMAS dan JAMKESDA paska desentralisasi kesehatan, ditemui adanya sejumlah *lack policy* yang mempengaruhi capaian desentralisasi kesehatan, terutama dalam memberikan pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin di daerah Sumatera

Barat. Oleh karena itu, untuk mendukung kebijakan ini, pemerintah daerah Sumatera Barat perlu mengembangkan berbagai alternative kebijakan yang dibutuhkan sesuai dengan kemampuan daerah dan harapan masyarakat miskin di daerah.

Pendekatan ekonomi (pembiayaan) memang merupakan alternatif yang berpengaruh dan menentukan keberhasilan implementasi kebijakan kesehatan. Tetapi orientasi kebijakan seperti ini dalam kondisi apapun tetap saja mengutamakan efisiensi. Dan tidak menjadikan esensi manusia yang menempati ruang dan waktu dimana pemerintahan tersebut berada sebagai pendekatan dalam merumuskan kebijakan kesehatan. Oleh karena itu, pemerintah daerah perlu merumuskan kebijakan kesehatan dengan menggunakan pendekatan lainnya seperti nilai-nilai budaya lokal. Apakah nilai-nilai lokal tersebut?

**B. Faktor-faktor yang menyebabkan nilai-nilai budaya lokal belum menjadi pertimbangan dalam pembuatan kebijakan jaminan kesehatan masyarakat di daerah Sumatera Barat**

Permasalahan krusial dalam kebijakan kesehatan di daerah adalah bagaimana konsistensi tujuan kebijakan dengan perubahan-perubahan yang dihasilkan di lapangan. Permasalahan ini sering menjadi perhatian dari berbagai pihak. Ini karena, tingginya ekspektasi terhadap pemerintah daerah dalam menyelesaikan berbagai permasalahan yang dialami masyarakat. Tidak jarang pemerintah daerah dihadapkan pada berbagai alternatif kebijakan yang tidak sejalan dengan tingginya ekspektasi terhadap pemerintah daerah. Misalnya, munculnya *lack policy* dalam mengelola jaminan kesehatan dan masih banyaknya

masyarakat yang belum memperoleh jaminan kesehatan. Akibatnya, muncul berbagai anggapan yang memandang pemerintah daerah telah gagal melaksanakan kebijakan. Walaupun begitu, pemerintah daerah sebenarnya telah berusaha meningkatkan derajat kesehatan masyarakat melalui kebijakan jaminan kesehatan. Hal ini, dapat dilihat dari *political will* pemerintah daerah menyediakan sistem regulasi, kelembagaan dan sumberdaya ekonomi (baca: fiskal) di daerah. Kondisi ini terlihat pada kemudahan dalam memperoleh akses pelayanan kesehatan yang diperuntukan bagi masyarakat miskin.

Fenomena menarik implementasi kebijakan jaminan kesehatan di Sumatera Barat adalah kecenderungan peningkatan jumlah masyarakat miskin di daerah kabupaten kota setiap tahunnya. Fenomena ini, menjadi alasan rasional dari kecenderungan peningkatan anggaran yang tercermin dalam APBD daerah Sumatera Barat. Permasalahannya adalah, apakah kecenderungan ini berdampak kepada peningkatan derajat kesehatan masyarakat?

Implementasi kebijakan jaminan kesehatan kabupaten dan kota di Sumatera Barat membuktikan bahwa tidak ada fakta keterkaitan antara peningkatan jumlah anggaran jaminan kesehatan dengan jumlah masyarakat miskin yang memperoleh jaminan kesehatan. Ini, karena adanya ketidak pastian tentang jumlah masyarakat miskin yang berhak memperoleh jaminan kesehatan. Hal ini tercermin dari kuota masyarakat miskin yang disediakan JAMKESMAS dan JAMKESDA. Peningkatan anggaran JAMKESMAS setiap tahunnya, juga diikuti oleh peningkatan anggaran JAMKESDA. Dan jumlah masyarakat miskin yang belum memperoleh jaminan kesehatan juga mengikuti kecenderungan peningkatan anggaran jaminan kesehatan. Fenomena ini membuktikan bahwa kebijakan



jaminan kesehatan belum optimal dilaksanakan. Berdasarkan temuan di lapangan, kecenderungan ini disebabkan oleh:

Pertama, dalam merumuskan dan melaksanakan kebijakan jaminan kesehatan, pemerintah daerah masih berorientasi kepada pendekatan ekonomi-politik. Pendekatan ekonomi politik berkaitan dengan peranan negara (pemerintah) dalam mengelola sumber daya untuk kepentingan publik. Dalam pendekatan ini, orientasi kebijakan pemerintah daerah lebih banyak tertuju kepada mekanisme organisasi dan jumlah alokasi biaya untuk pelaksanaan jaminan kesehatan. Buktinya, kebijakan ini telah mampu meningkatkan jumlah kepesertaan jaminan kesehatan setiap tahunnya, yakni kira-kira 50% dari rata-rata jumlah anggaran yang telah direalisasikan (lihat tabel 1).

Selain itu, orientasi kebijakan jaminan kesehatan yang memperlihatkan mekanisme organisasi juga terlihat dari sejumlah peraturan sebagai berikut: Pertama, UU No. 32 tahun 2004, yang menyatakan bahwa bidang kesehatan merupakan urusan Pemerintahan Pusat, Pemerintahan Provinsi dan Kabupaten/Kota. Dalam Undang-Undang dijelaskan bahwa Pemerintah Daerah (Provinsi/ Kabupaten Kota) mempunyai kewajiban meningkatkan kualitas kehidupan masyarakat; mewujudkan keadilan dan pemerataan, menyediakan fasilitas pelayanan kesehatan, menyediakan fasilitas sosial dan fasilitas umum yang layak, mengembangkan sistem jaminan sosial (pasal 22). Penjelasan lengkap mengenai pembagian kewenangan dan tanggung jawab negara untuk setiap level pemerintahan diatur dalam PP No. 38 Tahun 2007 tentang *Pembagian Urusan Pemerintahan antara Pemerintah, Pemerintahan Daerah Provinsi, dan Pemerintahan Daerah Kabupaten/Kota*. Tanggung jawab yang harus dijalankan

ini harus berpatokan pada substansi menghargai, melindungi dan memenuhi hak-hak dasar warga atas kesehatan yang layak.

Kedua, UU No. 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan. Yang menyatakan bahwa tanggung jawab negara baik Pemerintah, Pemerintah Provinsi dan Pemerintah Kabupaten/Kota yang harus dijalankan, meliputi; 1) Merencanakan, mengatur, menyelenggarakan, membina, dan mengawasi penyelenggaraan upaya kesehatan yang merata dan terjangkau oleh masyarakat; 2) Ketersediaan lingkungan, tatanan, fasilitas kesehatan baik fisik maupun sosial bagi masyarakat untuk mencapai derajat kesehatan yang setinggi tingginya; 3) Ketersediaan sumber daya di bidang kesehatan yang adil dan merata bagi seluruh masyarakat untuk memperoleh derajat kesehatan yang setinggi-tingginya; 4) Ketersediaan akses terhadap informasi, edukasi, dan fasilitas pelayanan kesehatan; 5) Memberdayakan dan mendorong peran aktif masyarakat dalam segala bentuk upaya kesehatan; 6) Ketersediaan segala bentuk upaya kesehatan yang bermutu, aman, efisien, dan terjangkau; 7) Pelaksanaan jaminan kesehatan masyarakat melalui sistem jaminan sosial nasional bagi upaya kesehatan perorangan.

Ketiga, UU No. 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional. Undang-Undang ini menjelaskan bahwa tanggung jawab negara dalam memenuhi akses warga terhadap kesehatan adalah mengeluarkan kebijakan atau program asuransi kesehatan yang adil dan dapat dijangkau oleh semua warga negara. Pemerintah berkewajiban merumuskan dan mengimplementasikan kebijakan sistem jaminan asuransi bagi warga negara yang adil, termasuk di dalamnya asuransi kesehatan bagi warga negara.

Fenomena implementasi kebijakan jaminan kesehatan di Sumatera Barat tersebut memperlihatkan adanya berbagai kelemahan (*lack policy*) dari proses implementasinya. Ini, dapat dilihat dari belum optimalnya kinerja birokrasi daerah dalam menyediakan pelayanan jaminan kesehatan. Mekanisme birokrasi yang berbelit-belit menyebabkan terhambatnya realisasi anggaran dan pemanfaatan jaminan kesehatan bagi masyarakat miskin. Kelemahan ini, memperlihatkan bahwa banyaknya masyarakat yang belum memperoleh jaminan kesehatan bukanlah disebabkan oleh faktor masyarakat, tetapi disebabkan oleh mekanisme organisasi yang ada di daerah Sumatera Barat. Permasalahan ini disampaikan dalam diskusi dengan pelaksana program jaminan kesehatan di Dinkes Provinsi Sumatera Barat, "...pelaksanaan jaminan kesehatan baik JAMKESMAS maupun JAMKESDA tergantung kepada komitmen dan tanggungjawab pemerintah daerah untuk melaksanakannya. Sebab anggaran untuk melaksanakannya sudah ada disediakan baik dari pemerintah pusat melalui dan dekonsentrasi maupun oleh pemerintah daerah sendiri dalam APBDnya".<sup>6</sup>

Kedua, kebijakan sosial budaya. Dalam konteks desentralisasi kesehatan pemerintah daerah mengalami peningkatan kewenangan pemerintah dalam menentukan alternatif-alternatif kebijakan yang sesuai dengan karakteristik daerah. Diantaranya, kewenangan dalam menetapkan anggaran di bidang kesehatan dalam APBD, meningkatkan partisipasi masyarakat melalui penguatan nilai-nilai demokrasi (Bossert, 1999; Fiedler dan suazo, 2002). Hal ini berdampak kepada kemampuan pemerintah daerah dalam meningkatkan cakupan kualitas dan efisiensi pelayanan kesehatan. Dalam kondisi yang demikian, peran pemerintah

---

<sup>6</sup> Wawancara dengan penanggungjawab program JAMKESMAS di Dinkes Kesehatan Provinsi Sumatera Barat, Agustus 2012.

daerah sebenarnya sangat strategis dalam menentukan keberhasilan kebijakan nasional di daerah, terutama dalam menentukan secara objektif prioritas kebijakan di daerah. Menurut Berman (1984), bahwa pemerintah daerah memiliki posisi yang sangat strategis dalam mendukung perencanaan dan implementasi kebijakan nasional di daerah. Lebih jauh menurut Berman, implementasi kebijakan di daerah dapat menentukan kecenderungan keberhasilan atau kegagalan kebijakan nasional. Dukungan pemerintah daerah terhadap perencanaan kebijakan nasional dapat membantu pemerintah pusat secara objektif menetapkan prioritas bagi daerah. Dan daerah secara aktif dapat merumuskan alternatif kebijakan yang tidak terpisah dari sistem yang ada.

Walaupun begitu, penelitian ini menemukan bahwa pemerintah daerah Sumatera Barat belum optimal dalam menentukan skala prioritas di bidang kesehatan. Diantaranya, memanfaatkan nilai-nilai budaya lokal dalam kebijakan kesehatan. Nilai-nilai budaya lokal merupakan suatu kondisi yang *existing* (ada), dan keberadaannya telah lama berkembang secara turun temurun dalam kehidupan masyarakat Minangkabau. Pemanfaatan pendekatan nilai budaya lokal dalam jaminan kesehatan masyarakat dapat mendukung kelemahan kebijakan jaminan kesehatan. Ini karena, nilai-nilai budaya lokal mencerminkan harapan, perubahan-perubahan yang terjadi dalam masyarakat. Dengan mengetahui nilai budaya lokal, pemerintah daerah dapat memaksimalkan upaya meningkatkan derajat kesehatan masyarakat. Permasalahannya, apakah ada nilai budaya lokal tersebut? Apakah manfaat yang diperoleh dengan melibatkan nilai lokal dalam kebijakan jaminan kesehatan di daerah Sumatera Barat?

Temuan penelitian terhadap keberadaan nilai budaya lokal dalam konteks kesehatan di kabupaten dan kota di Sumatera Barat dapat dijelaskan kedalam dua aspek. Pertama, dilihat secara umum yang mengacu pada falsafah etnis di Miangkabau. Kedua, dilihat dari pola perilaku dalam kehidupan sehari-hari etnins Minangkabau.

Pertama, secara umum, nilai budaya lokal masyarakat Minangkabau dapat dilihat dari apa yang dikatakan mereka tentang diri dan masyarakat mereka dengan cara mengamati perilaku masyarakat tersebut. Dengan mempelajari *kato* (kata) yang mereka ungkapkan tentang nilai-nilai dasar dan norma-norma yang menjadi pegangan hidup mereka. Misalnya, filsafat hidup mereka mengenai makna hidup, makna waktu, makna alam, makna kerja bagi kehidupan, dan makna individu dalam hubungan kemasyarakatan (Azmi, 2004:84). Oleh karena itu, nilai budaya lokal menjadi salah satu faktor yang krusial dalam menentukan keberhasilan implementasi suatu kebijakan termasuk kebijakan di bidang kesehatan. Dengan demikian, pemahaman nilai budaya lokal masyarakat Minangkabau berarti juga mengungkapkan harapan dan kesulitan-kesulitan yang dihadapi masyarakat dan bukan sekedar dijadikan *metaphore* mobilisasi dalam membuat kebijakan (cf. Shore and Wright, 1997:20).

Kedua, falsafah hidup budaya Minangkabau telah meletakkan dasar berfikir bagi masyarakat tentang perlunya membuat perencanaan hidup dalam menghadapi berbagai permasalahan yang akan dihadapi pada masa yang akan datang. Ini, dapat dilihat dalam ungkapan “*jiko duduak marauik ranjau, jiko tagak maninjau jarak, jiko bajalan bamukasuik*” (“jika duduk meraut ranjau, jika berdiri melihat jarak”). Dalam ungkapan lainnya “...*bahimaik sabalun habih. sadio*

*payuang sabalum hujan, hari hujan kok ndak bataduah, hari kalam kok ndak basuluah, jalan langang kok ndak bakawan*” (“berhemat sebelum habis, sedia payung sebelum hujan, hari hujan berteduh, hari gelap ....., jalan sepi hendak berkawan”). Ungkapan adat tersebut, mengibaratkan orang Minangkabau dimanapun dia berada telah memiliki kebiasaan untuk menghadapi segala kemungkinan yang akan menimpanya.

Ungkapan adat tersebut, mengibaratkan kuatnya Minangkabau memelihara sistem kepemilikan komunal sehingga memperlihatkan keunikan masyarakat Minangkabau. Selain itu, ungkapan ini juga dapat dimaknai sebagai bentuk bangunan kokoh yang saling terintegrasi satu dengan yang lainnya dalam kehidupan bersama. Misalnya, dalam proses pembangunan, pendidikan dan kesehatan.

Ketiga, dalam budaya Minangkabau dikenal dengan tradisi “*bali siriah saketek*” atau “*bali kumayan/kemenyan saketek*”. Tradisi ini merupakan salah satu bentuk kepedulian sosial yang dapat menghimpun modal sosial masyarakat. Manfaat dari tradisi ini ditujukan kepada masyarakat kampung yang menderita sakit dan mengalami kendala berobat, baik biaya maupun akses kelembaga kesehatan. Misalnya, di Kabupaten Padang Pariaman jika persolannya biaya, maka masyarakat menggalang dana dari masyarakat sekitarnya dengan mendatangi rumah demi rumah dan mengabarkan berita “saudara kampung” yang sakit dan membutuhkan bantuan biaya. Biasanya, untuk memberitahukan keluarga lain melalui “surau”. Hal ini, diungkapkan oleh beberapa informan dari unsur masyarakat yang berinisial “K” dan “T” dalam wawancara (08 Agustus 2012) bahwa:

“Kalau kita sakit, orang lingkungan kita disini datang melihat. Nanti ada yang kasi uang, istilahnya “*bali siriah saketek*” atau “*bali kumayan/kemenyan saketek*”. Itu istilahnya orang dulu, artinya, hanya ada sedikit untuk tambah-tambah beli obat. Kalau yang sakit itu agak kurang mampu. biasanya “di surau” kita sampaikan, lalu kita mintakan sumbangan pada jamaah. Bagi masyarakat yang tidak ada disurau, didatangi kerumahnya dan diminta sumbangan”.

Surau, selain tempat ibadah, juga masih menjadi tempat berembuk bagi warga masyarakat untuk menyelesaikan masalah “tetangga miskin” yang sakit. Hal ini menunjukkan bahwa masyarakat minang masih lekat dengan suraunya dimana “adat basandi syara’ masih menjadi identitas. Jika diurai maknanya sekaitan dengan konteks ini, maka jelas menunjukkan bahwa saling peduli pada sesama itu merupakan tradisi yang menjadi kepribadian orang minang, yang merupakan anjuran dari syariat, dimana surau menjadi wadahnya.

Keempat, Di Kabupaten Tanah Datar, kepedulian sosial dimanifestasikan dalam bentuk iuran yang dilakukan oleh masyarakat yang dinamakan arisan suku. Pelaksanaan arisan suku biasanya melibatkan pimpinan/penghulu suku. Iuran yang dipungut melalui arisan suku dilaksanakan setiap bulannya dan diawasi penggunaannya oleh penghulu. Sebagaimana diungkapkan oleh salah wali nagari tabek:

...Penghulu suku berperan membantu masyarakat yang kesulitan dalam memperoleh biaya melalui arisan suku yang diminta iuranya tiap bulan. Jadi tiap-tiap pengguhu suku di nagari ini mengawasi jalannya iuran sosial tiap bulan. Dana tersebut berguna untuk membezuk atau menjenguk masyarakat yang sedang kesulitan biaya.

Gagasan dalam tradisi “*bali siriah saketek*” atau “*bali kumayan/kemenyan saketek*” ini sejalan dengan ide yang dikemukakan Putnam (1993) tentang modal sosial dalam masyarakat. Menurut Putnam budaya masyarakat merupakan faktor yang sangat menentukan kinerja institusi pemerintahan. Menurut Putnam,

masyarakat yang memiliki modal sosial (*social capital*)—manifestasi kebajikan warga (*civic virtue*) yang tinggi dapat membantu terwujudnya penyelenggaraan pemerintahan yang baik. Modal sosial ini meliputi adanya nilai-nilai saling percaya, toleransi, kerja sama, saling menghormati, dan tanggung jawab bersama sehingga membantu terwujudnya pemerintahan yang lebih demokratis. Pertanyaannya sekarang, bagaimana hubungan modal sosial ini dengan fungsi pemerintahan yang demokratis? Menurut Putnam (1993:175-176), melalui modal sosial, yang merupakan manifestasi budaya kewargaan individu-individu, dapat mendorong mereka terlibat secara bersama mewujudkan pemerintahan yang baik. Malah, dengan terbentuknya infrastruktur yang kuat berdasarkan sikap saling percaya dan rasa tanggung jawab bersama, dapat mendorong terbentuknya kerja sama antara individu-individu masyarakat, dan antara masyarakat dengan pemerintah dalam melaksanakan kebijakan di bidang kesehatan.

Kelima, ikut merasakan kesulitan orang lain dengan tradisi “*Sa-sakik, sa-sanang; sa-hino, sa-mulia*” dan “*sakik sa-aduah, damam sa-harang*”. Istilah *sa-sakik, sa-sanang; sa-hino, sa-mulia* maksudnya adalah agar dalam hidup bermasyarakat orang minang itu saling ikut merasakan sakit dan susahny orang lain, begitu juga halnya dalam berbagi kegembiraan, ikut merasakan kemiskinan orang lain serta tidak memandang rendah orang lain. Demikian juga halnya esensi makna yang ingin disampaikan dalam filosofi “*sakik sa-aduah, damam sa-harang* (sakit sama-sama meng-aduh, demam sama-sama meng-erang)”. Penderitaan dan kesusahan tidak dibiarkan menjadi beban pribadi melainkan menjadi beban bersama dengan rasa empati sebagai ruh nya.. Seperti yang dituturkan oleh



informan dari unsur tokoh masyarakat berinisial "A-K" pada wawancara (tanggal 14 Agustus 2012) bahwa:

"...kita orang minang ini kan diajarkan oleh adat untuk saling berbagi. Seperti kata 'orang tua-tua dahulu' kalau hidup bermasyarakat itu istilahnya "sa-sakik, sa-sanang; sa-hino, sa-mulia" atau ada pula istilah kita dulu yang mengajarkan "sakik sa-aduah, damam sa-harang"

Sejak pelaksanaan desentralisasi kesehatan, pemerintah daerah telah berkomitmen meningkatkan derajat kesehatan masyarakat terutama masyarakat miskin di daerah Sumatera Barat. Diantaranya dilaksanakannya berbagai kebijakan di bidang kesehatan. ....Bersamaan dengan itu, permasalahan yang dihadapi oleh masyarakat di bidang kesehatan juga semakin dinamis dan kompleks dan berkembang terus sesuai dengan kondisi sosial budayanya. Namun demikian, nilai-nilai sosial budaya masyarakat ini semakin lama semakin termarginalkan perannya dalam bidang kesehatan. Ini karena, pendekatan kebijakan lebih berorientasi kepada masalah ekonomi saja, karena dibangun atas asumsi ketidak mampuan masyarakat miskin untuk memperoleh fasilitas pelayanan kesehatan.....

Berdasarkan temuan di Kabupaten Padang Pariaman, Tanah Datar dan Kota Padang, pasca desentralisasi kesehatan, kebijakan pemerintah tidak mengintegrasikan nilai sosial budaya lokal kedalam kebijakan kesehatan. Masyarakat memandang bahwa kebijakan JAMKESMAS dan JAMKESDA tersebut adalah program pemerintah yang sudah disusun dan tinggal diterima jadi oleh masyarakat. Keseluruhan proses kebijakan JAMKESMAS dan JAMKESDA dilakukan oleh pemerintah. Mulai dari pendataan sampai pada klaim. Masyarakat yang terdata sebagai penerima, ketika butuh untuk mengakses layanan kesehatan dari pemerintah, tinggal menggunakannya dengan segala ketentuan dan

persyaratan yang telah ditetapkan. Sebagaimana ungkapan masyarakat pada hampir semua kesempatan wawancara menyatakan bahwa..“itu kan sudah program pemerintah. jadi kita kan tinggal mengikuti saja, pemerintah kan menjalankan pekerjaannya dengan itu. Kita diberi kartu berobat. bisa mengurus jamkesmas.”

Ada pun nilai-nilai budaya lokal utama yang masih tumbuh ditengah masyarakat terutama terkait dengan “nilai kebersamaan dan kegotongroyongan dalam istilah ‘*sa-sakik, sa-harang*’ juga berjalan dengan dinamikanya sendiri. Pemerintah menjamin layanan kesehatan bagi yang sakit dengan JAMKESMAS dan JAMKESDA, sedangkan masyarakat juga hidup dengan tradisi, menjenguk, menyantuni sanak-saudara mereka yang sakit untuk berobat. Artinya, antara JAMKESMAS dan JAMKESDA sebagai program pemerintah dan nilai-nilai lokal itu sama-sama eksis akan tetapi belum terjadi interaksi yang sinergis dalam meningkatkan derajat kesehatan masyarakat di Daerah Sumatera Barat.

Terkait dengan implementasi kebijakan JAMKESMAS dan JAMKESDA, masyarakat di kabupaten dan kota umumnya beranggapan; Pertama, sebagian masyarakat mengakui berbagai upaya pemerintah untuk mendekatkan pelayanan kesehatan kepada masyarakat sudah semakin baik. Misalnya, pengobatan TBC; antisipasi Busung Lapar; pelayanan kehamilan, dan pelayanan kesehatan lingkungan (kesling), ada tenaga kesehatan (Dokter, Perawat, Bidan Desa, Tenaga Kesling) yang di tugaskan untuk langsung memantau ke masyarakat bahkan mengunjungi secara *door to door*. Masyarakat beranggapan bahwa... “*Sekarang berobat ke puskesmas ndak bayar. Kalau sakit, pergi saja lah ke puskesmas itu dak akan bayar kita. Tapi kalau pagi perginya, Kalau sudah siang kita datang,*

*membayar kita*". Temuan ini membuktikan, bahwa untuk memperoleh pelayanan kesehatan di puskesmas dan bidan desa, masyarakat tetap dikenakan biaya. Pelayanan gratis yang diberikan kepada masyarakat miskin sifatnya terbatas pada jam tertentu saja. Misalnya, antara ± pukul 08:00 s/d 11:00 WIB setelah itu masyarakat harus membayar atas pelayanan tertentu. Demikian pula halnya dengan pelayanan oleh bidan desa.

Kedua, Sebagian masyarakat juga beranggapan tidak merasa yakin dan tidak merasa puas dengan pelayanan kesehatan dari puskesmas tersebut meskipun gratis, sehingga tidak jarang memilih layanan kesehatan praktek swasta. Sebab, pelayanan kesehatan gratis yang diberikan puskesmas tidak memberikan perasaan tidak puas bagi masyarakat. Sebagaimana yang diungkap oleh beberapa warga Nagari Sunur dalam wawancara (15 Agustus 2012):

“Kadang-kadang pergi pun kita berobat ke Puskesmas itu, dak puas saja rasanya. Kadang dak ada dokternya. Kadang rasanya kita hanya asal diperiksa saja, dia tanya sedikit, terus dikasinya obat. Obat nya itu besar-besar, melihatnya saja takut kita. Memang obat murah mungkin. Sudah habis obat itu dimakan, penyakit kita begitu juga, ndak ada angsumnya. Bagus kita pergi ke bidan praktek itu aja. Kena pun kita bayar 20ribu atau 25 ribu, sakit kita cepat berkurang rasanya.”

Berdasarkan temuan penelitian di daerah kabupaten dan kota di Sumatera Barat, pemerintah daerah telah berusaha untuk memaksimalkan capaian tujuan desentralisasi di bidang kesehatan. Diantaranya adalah implemntasi kebijakan JAMKESMAS dan JAMKESDA. Namun, kebijakan ini belum berhasil mewujudkan capaian desentralisasi kesehatan, yaitu memberikan pelayanan kesehatan kepada masyarakat yang berhak terutama masyarakat miskin di daerah, dalam upaya meningkatkan kesejahteraan dan derajat kesehatannya. Fenomena ini dapat dilihat dari sejumlah *lack policy* yang menyertai implementasi kebijakan tersebut.

## BAB VII PENUTUP

### A. Kesimpulan

1. Implementasi jaminan kesehatan masyarakat (JAMKESMAS dan JAMKESDA) di Sumatera Barat telah memperlihatkan perkembangan yang signifikan. Hal ini di dukung oleh adanya *political will* pemerintah provinsi dan kabupaten/kota dalam merespons desentralisasi kesehatan. Namun demikian, implementasi kebijakan JAMKESMAS dan JAMKESDA belum mampu dimaksimalkan pencapaiannya oleh pemerintah daerah. Karena, dalam sejumlah kasus banyak ditemukan kelemahan dari kebijakan ini (*lack policy*). *Lack policy* ini berdampak pula kepada gagalnya pencapaian tujuan desentralisasi kesehatan di Sumatera Barat. Pendekatan kebijakan ekonomi politik dalam kebijakan jaminan kesehatan memiliki kelemahan terutama dalam memahami bagaimana dampak yang ditimbulkan terhadap masyarakat dalam memanfaatkan jaminan kesehatan.
2. Desentralisasi kesehatan telah membuka peluang bagi pemerintah daerah merumuskan dan melaksanakan kebijakan kesehatan terutama dalam upaya meningkatkan derajat kesehatan masyarakat miskin melalui pelayanan kesehatan di daerah. Walaupun demikian, implementasi kebijakan jaminan kesehatan JAMKESMAS dan JAMKESDA masih memperlihatkan kecenderungan sebagai suatu agenda yang ambisius, membutuhkan anggaran yang besar tetapi parsial dan tidak efektif.

ditandai oleh perubahan struktur yang kontroversial dan kolaborasi lintas sektoral yang luas dan tidak mengintegrasikan esensi manusia sebagai bagian dari nilai-nilai budaya lokal dimana kebijakan tersebut di implementasikan.

## B. SARAN

1. Kebijakan jaminan kesehatan di berbagai negara tidak hanya menerobos batas-batas ekonomi saja, tetapi juga kebijakan. Cara masyarakat memandang jaminan kesehatan (baca: JAMKESMAS; JAMKESDA) dan nilai-nilai yang mendasarinya adalah faktor penting dalam evolusi jaminan kesehatan dalam masyarakat atau bahkan secara global. Dalam kecenderungan seperti ini, persoalan yang krusial bagi pemerintah daerah adalah bagaimana membuat kebijakan jaminan kesehatan sebagai *constitutional philosophy* menjadi *living philosophy* dengan mempertimbangkan nilai-nilai sosial budaya yang berkembang dalam masyarakat.
2. Dalam perspektif lokal, terdapat nilai budaya lokal yang pada hakekatnya sangat mempengaruhi keberhasilan kebijakan JAMKESMAS dan JAMKESDA. Nilai budaya lokal merupakan bagian dari harapan dan pergeseran-pergeseran dalam masyarakat Sumatera Barat. Keberadaan nilai lokal juga merupakan *level of governance* dimana berfungsi sebagai mekanisme, praktik dan tata cara pemerintahan dan warga yang mengatur sumberdaya serta memecahkan masalah-masalah publik. Dengan demikian, pemerintah hanya menjadi salah satu aktor dan tidak selalu

menjadi aktor yang paling menentukan. Hal ini tercermin dalam kebijakan kesehatan, pemerintah daerah Sumatera Barat selama ini cenderung melaksanakan kebijakan sebagai aktor yang menentukan tetapi belum mengakomodasi keberadaan nilai budaya lokal. Akibatnya, keberadaan nilai budaya lokal semakin termarginalkan.

## DAFTAR PUSTAKA

- Adisasmito, Wiku. 2010. *Sistem Kesehatan*. PT. Raja Grafindo Persada. Jakarta.
- Antoft, K & Novack, J. 1998. *Grassroot democracy: Local government in The Maritimes*. Nova scotia: Henson College, Dalhousie University.
- Bossert T. 1998. Analyzing the decentralization of health system in developing countries decision space, inovation and performance. *Social Science and Medicine*.
- Eko, Sutoro. 2006. *Menuju Kesejahteraan Rakyat Melalui Rute Desentralisasi*. Makalah disampaikan pada seminar “Mengkaji Ulang Relevansi Wekfare State dan Terobosan Melalui Desentralisasi-Otonomi di Indonesia”. IRE. Yogyakarta
- Gani, Ascobat et.al. 2008. *Laporan Kajian Sistem Pembiayaan Kesehatan di Beberapa Kabupaten Kota Asutralia Indonesi Partenrship dan Kemitraan Australia Indonesia*.
- Hall, Stuart. 1991. *Old and New Identitas, Old and New Ethnicities*, dalam Anthony D. King (editor) *Culture, Globalization and the world-System: Contemporary Conditions for the Representation of Identity*, Hampshire dan London: The Macmilan Press, Ltd. Bekerjasama dengan Departement of Art and Art History, State University of New York di Binghamton.
- Heywood, Peter dan Choi, Yoonjoung (2010). *Health system performance at the district level in Indonesia after decentralization*. *International Health and Human Rights* .
- Hoessein, B. 2001. *Transparansi Pemerintahan: Mencari Format dan Konsep Transparansi Dalam Penyelenggaraan Pemerintahan yang Baik*. Forum Inovasi. Bol. 1, November.
- Hoessein, B. 2000. *Hubungan Penyelenggaraan Pemerintahan Pusat dengan Pemerintahan Daerah*. *Jurnal Bisnis & Birokrasi*. No. 1, Vol. I. Juli
- Mills A, Vaughan JP, Smith DL, Tabibzadeh I. 1990. Health system decentralization: concepts, issues and country experience. *World Health Organization, Geneva, Switzerland*. Devas, 1997:351-367.
- Mukti, ali Ghufro dan Moertjahjo. 2008. *Sistem Jaminan Kesehatan Konsep Desentralisasi Terintegrasi*. PT. KHM. Yogyakarta
- Omar M. (2005). *Health sector decentralization in developing countries: unique or universal!* Nuffield Institute for Health, University of Leeds, United Kingdom.
- Putnam, R. 1993. *Making democracy work*. Princeton: Princeton University Press.

- Ribot JC. 2002. African decentralization: local actors, powers and accountability. Democracy, Governance and Human Rights Paper no 8. United Nations Research Institute for Social Development.
- Rondinelli, Dennis dan Cheema , G. Shabbir. 1983. *Implementing Decentralization Policies: an Introduction*.
- Smith. BC. 1985. *Decentralization : The Territorial Dimension of The State*. London : George allen & Unwin.
- Shore, Cris dan Susan Wright. 1997. *Policy: A new field of anthropology*. Dalam Cris Shore dan Susan Wright (editor) *Anthropology of Policy: Critical Prespectives on Governance and Power*, London & New York: Routledge.
- Suharto. Edi. 2008. *Kebijakan Sosial Sebagai Kebijakan Publik*. Bandung. Alfabeta
- Stoker, G. 1991. *The Politik of Local Government*. 2d edition, London: MacMillan Education Ltd.
- Trisnantoro, Laksono. 2009. *Pelaksanaan Desentralisasi Kesehatan di Indonesia 2000-2007 : Pengantar Des-kes di Indonesia 2000-2007 : Mengkaji Pengalaman dan Membahas Skenario Masa Depan*. Yogyakarta: BPFETrisnantoro, L. (2009). *Pelaksanaan Desentralisasi Kesehatan di Indonesia 2000-2007: Kata Pengantar*. Yogyakarta: BPF
- Yen, Tan Shot. 2009. *Dari Mekanisasi Sampai Medikalisasi. Tinjauan Kritis Atas Pereduksian Tubuh Manusia dalm Praktek Medis*. Dian Rakyat. Jakarta.
- Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan. 2008. Laporan hasil Riset Kesehatan Dasar RISKESDAS Provinsi Sumatera Barat Tahun 2007. Departemen Kesehatan Republik Indonesia. Jakarta.



# LAMPIRAN

## Artikel Ilmiah

### Desentralisasi Kesehatan: Penyusunan Model Perencanaan Kebijakan Jaminan Kesehatan Berbasis Lokal di Sumatera Barat

Oleh: Muhardi Hasan<sup>1</sup>, Rahmadani Yusran<sup>2</sup>, Rika Sabri<sup>3</sup>

#### Abstrak

Penelitian ini bertujuan sebagai berikut, pertama, mendiskripsikan implementasi desentralisasi kesenatan daaim kebijakan jaminan kesehatan di daerah Sumatera Barat. Kedua, menganalisis faktor-faktor yang menyebabkan nilai-nilai budaya lokal belum menjadi pertimbangan dalam pembuatan kebijakan jaminan kesehatan masyarakat di daerah Sumatera Barat.

Penelitian dilakukan difokuskan pada dua kabupaten dan satu kota di Provinsi Sumatera Barat, yang dipilih secara *purposive sampling* dan *snowball sampling* guna mendapatkan data dan informasi yang dibutuhkan. Informan penelitian dipilih berdasarkan tujuan penelitian yaitu masyarakat, pelaksana kebijakan jaminan kesehatan di setiap kabupaten dan kota. Selanjutnya data penelitian dilakukan dengan beberapa cara, yaitu wawancara mendalam (*in depth interview*), diskusi kelompok terfokus (*Focus Group Discussion*), dan dokumentasi.

Hasil penelitian tahun I menunjukkan adanya *lack policy* dalam implementasi kebijakan jaminan kesehatan (JAMKESMAS dan JAMKESDA) dalam aspek anggaran, seperti perbedaan kebijakan antara pemerintah pusat dan daerah, kebijakan jaminan kesehatan secara keseluruhan belum dapat secara efektif dimanfaatkan oleh masyarakat miskin karena hanya bersifat jangka pendek; dan aspek valitas data masyarakat miskin. Selain itu, pemerintah daerah Sumatera Barat belum mempertimbangan nilai-nilai budaya lokal dalam pembuatan kebijakan jaminan kesehatan. Karena berorientasi kepada pendekatan ekonomi politik dan cenderung memprioritaskan mekanisme organisasi dan pembiayaan ketimbang dampak yang ditimbulkan oleh kebijakan terhadap masyarakat. Dalam konteks sosial budaya etnis Minangkabau terdapat nilai budaya lokal yang berkaitan dengan jaminan kesehatan yang keberadaannya belum terakumulasi dalam kebijakan. Hal ini dapat dilihat dalam falsafah adat dan perilaku sehari-hari masyarakat Minangkabau seperti "*bali siriah saketek*" atau "*bali kumayan kementerian saketek*", "*Sa-sakik, sa-sanang: sa-hino, sa-mulia*" dan "*sakik sa-aduah, damam sa-harang*", dan arisan suku.

Penelitian ini menyimpulkan bahwa desentralisasi kesehatan belum mampu di optimalkan oleh pemerintah daerah dalam melaksanakan kebijakan jaminan kesehatan, masih memperlihatkan kecenderungan sebagai suatu agenda yang ambisius, membutuhkan anggaran yang besar tetapi parsial dan tidak efektif, ditandai oleh perubahan struktur yang kontroversial dan kolaborasi lintas sektoral yang luas dan tidak mengintegrasikan esesensi manusia sebagai bagian dari nilai-nilai budaya lokal dimana kebijakan tersebut di implementasikan. Cara masyarakat memandang jaminan kesehatan dan nilai-nilai yang mendasarinya adalah faktor penting dalam evolusi jaminan kesehatan masyarakat di daerah. Dalam kecenderungan seperti ini, persoalan yang krusial bagi pemerintah daerah adalah bagaimana membuat kebijakan jaminan kesehatan sebagai *constitutional philosophy* menjadi *living philosophy* dengan mempertimbangkan nilai-nilai sosial budaya yang berkembang dalam masyarakat.

Kata Kunci: Desentralisasi Kesehatan, Kebijakan, nilai budaya lokal

- 
1. Muhardi Hasan, Dosen Fakultas Ilmu Sosial Universitas Negeri Padang
  2. Rahmadani Yusran, Dosen Fakultas Ilmu Sosial Universitas Negeri Padang
  3. Rika Sabri, Dosen Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Andalas

#### A. Latar Belakang

Sejak disahkannya UU No. 32 Tahun 2004, kebijakan di bidang kesehatan memperlihatkan kemajuan yang signifikan, terutama dalam upaya peningkatan derajat kesehatan masyarakat. Ini karena adanya *political will* pemerintah pusat dan daerah di bidang kesehatan. Hal ini, dapat dilihat dari: Pertama, dirumuskannya kebijakan yang mengatur kebijakan jaminan kesehatan, seperti UUD 1945 pasca amandemen pasal 2H dan UU No. 23 tahun 1992 tentang Kesehatan yang kemudian diperkuat dengan UU Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN No 40 tahun 2004 yang menyatakan bahwa setiap orang berhak mendapatkan

pelayanan kesehatan. Selain itu, sejak tahun 2005 pemerintah telah berupaya meningkatkan derajat kesehatan masyarakat miskin melalui kebijakan Program Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat Miskin<sup>1</sup>. Kebijakan ini diimplementasikan oleh departemen kesehatan (depkes) melalui penugasan kepada PT Askes (persero) berdasarkan Surat Keputusan (SK) Menteri Kesehatan No. 1241/Meskes/SK/XI/2004.

Kedua, sebagai komitmen pemerintah mewujudkan kebijakan jaminan sosial dalam upaya meningkatkan derajat kesehatan masyarakat, pemerintah juga telah merumuskan dan mengimplementasikan kebijakan jaminan kesehatan seperti Asuransi Kesehatan (ASKES), Jaminan Sosial Tenaga Kerja (JAMSOSTEK), ASABRI, JAMKESMAS, JAMKESDA. Sejak tahun 2000-2010 implementasi kebijakan jaminan kesehatan di Indonesia, telah terjadi perubahan yang signifikan. Contohnya, tahun 2000-2010 jumlah masyarakat yang memperoleh jaminan kesehatan sebesar ± 106,9 juta penduduk Indonesia, dan 130,8 juta penduduk yang tidak memiliki jaminan kesehatan. Dari jumlah tersebut terdapat ± 40,93% (130.755.750) masyarakat di Indonesia yang belum mempunyai jaminan kesehatan.

Rendahnya cakupan masyarakat yang tidak memperoleh jaminan kesehatan, terutama masyarakat miskin, maka pada tahun 2008 pemerintah melakukan perubahan terhadap kebijakan jaminan kesehatan dengan kebijakan Jaminan Kesehatan Masyarakat (JAMKESMAS). JAMKESMAS bertujuan meningkatkan akses dan mutu pelayanan kesehatan terhadap seluruh masyarakat miskin dan tidak mampu agar tercapai derajat kesehatan masyarakat yang optimal secara efektif dan efisien (Depkes, 2009). Peserta JAMKESMAS adalah masyarakat sangat miskin, miskin dan mendekati miskin dengan jumlah peserta 76,4 juta jiwa (19,1 juta KK miskin)

Walaupun demikian, trend kebijakan JAMKESMAS sejak tahun 2008-2010 tidak memperlihatkan perubahan yang signifikan. Contohnya, pada tahun 2008-2010, trend penduduk Indonesia yang memperoleh JAMKESMAS hanya ± 32,37% (76.400.000) dari jumlah penduduk Indonesia. Sedangkan Jamkesda hanya ± 13,37%. (31.564.006) penduduk Indonesia. Temuan ini sejalan dengan yang dikemukakan oleh Suharto (2009), yang menyatakan bahwa rendahnya kepesertaan jaminan sosial di Indonesia disebabkan oleh sistem penyelenggaraan yang masih dilakukan oleh beberapa perseroan terbatas (PT. Askes, PT. Taspen, PT. Asabri, PT. Jamsostek) yang terpisah-pisah dan mencari keuntungan. Meskipun UU No. 40 tahun 2004 semangatnya memadukan *state-controlled* dan *market-driven*, pada kenyataannya kepentingan dan model swasta lebih mendominasi<sup>2</sup>.

Ketiga, setiap tahunnya pemerintah telah berupaya untuk meningkatkan capaian *universal coverage*, sehingga masyarakat miskin memperoleh jaminan kesehatan. Untuk itu, pemerintah telah mengalokasikan anggaran pelaksanaan JAMKESMAS dan jamkesda. Pada tahun 2008-2010 anggaran yang disediakan pemerintah terus mengalami peningkatannya sebesar ± 50%. Pertanyaannya adalah, apakah trend jaminan kesehatan ini telah menghasilkan dampak bagi peningkatan derajat kesehatan masyarakat ?

Dengan melihat kondisi geografis Indonesia yang luas, dan perbedaan sosiobudaya masyarakatnya, upaya peningkatan derajat kesehatan masyarakat miskin terutama di daerah

---

<sup>1</sup> Menurut BPS, derajat kesehatan masyarakat miskin berdasarkan pada indikator Angka Kematian Bayi (AKB) dan Angka Kematian Ibu (AKI) di Indonesia, masih cukup tinggi, yaitu AKB sebesar 26,9 per 1000 kelahiran hidup dan AKI sebesar 248 per 100.000 kelahiran hidup serta umur harapan hidup 70,5 tahun. Selanjutnya lihat dalam BPS (2007).

<sup>2</sup> Sebagai perbandingan, kelemahan implementasi jaminan sosial ini juga di kemukakan oleh Eko (2006). Menurut Eko, pengalaman desentralisasi selama tujuh tahun terakhir pasca Orde Baru memperlihatkan dua peta diametral. Peta pertama menunjukkan bahwa sebagian besar daerah kabupaten dan kota tidak melakukan atau gagal meningkatkan kesejahteraan warganya. Peta kedua, menunjukkan beberapa daerah yang melakukan terobosan melalui penerapan kebijakan publik yang bernuansa perlindungan sosial, seperti pelayanan gratis di bidang pendidikan, kesehatan, perumahan dan administrasi. Selanjutnya lihat Eko (2006).

kabupaten/kota tidak memungkinkan pemerintah pusat untuk menyelenggarakan kebijakan JAMKESMAS. Untuk itu, sejalan dengan kebijakan desentralisasi kesehatan, maka pada tahun 2008 pemerintah pusat telah memberikan kesempatan kepada pemerintah untuk mengelola kebijakan JAMKESMAS dan Jamkesda. Fenomena yang menarik dalam hal ini adalah dilibatkannya pemerintah daerah dalam melaksanakan kebijakan JAMKESMAS. Sebab, sejak desentralisasi kesehatan diimplementasikan, baru pada tahun 2008 pemerintah daerah diberikan kesempatan untuk melaksanakan jaminan kesehatan di daerah. Tujuannya adalah tercapainya *universal coverage*--terutama masyarakat miskin yang berada di kabupaten/kota. Untuk mewujudkan komitmen pemerintah, maka sejak tahun 2008 pemerintah daerah melaksanakan kebijakan JAMKESDA.

Sebagai komitmen pemerintah daerah, maka pemerintah daerah setiap tahunnya juga telah berupaya meningkatkan kesehatan bagi masyarakat miskin di daerah. Hal ini terlihat dari Peraturan Gubernur (Pergub) Sumatera Barat No. 40 dan 41 Tahun 2007 tentang Penyelenggaraan Program Pembiayaan dan Jaminan Kesehatan Daerah (JAMKESDA) dan sistem Pelayanan Dokter Keluarga. Selain itu, juga disyarkannya Peraturan Daerah (Perda) No. 10 Tahun 2011 Tentang Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan Sumatera Barat Sakato (PJKSBS). Sedangkan dari aspek pembiayaannya, Pemerintah daerah Sumatera Barat juga telah mengalokasikan anggaran Jamkesda dalam APBD. Contohnya, pada tahun 2008 pemerintah daerah Sumatera Barat telah menyediakan untuk kebijakan jamkesda sebesar ± 3,7 milyar. Di bandingkan dengan tahun 2008, anggaran untuk jamkesda tahun 2009 meningkat menjadi ± 3,39 milyar dengan penerima sebesar 232.477 masyarakat. Demikian juga, pada tahun 2010-2012 pemerintah daerah kembali menaikkan jumlah anggaran jamkesda menjadi; tahun 2010 ± 3,41 milyar, dengan penerima sebesar 291.636 masyarakat; tahun 2011 ± 3,93 milyar dan, tahun 2012 menjadi ± Persoalannya adalah, apakah kebijakan JAMKESDA ini telah merepresentasikan kebutuhan masyarakat di daerah Sumatera Barat?

Walaupun demikian, besarnya jumlah pembiayaan jaminan kesehatan ternyata belum memberikan dampak kepada peningkatan derajat kesehatan masyarakat di daerah Sumatera Barat. Ini karena, masih banyak masyarakat miskin yang belum memperoleh jaminan kesehatan. Hasil temuan yang dilakukan di Kota Padang, Kabupaten Tanah Datar dan Kabupaten Padang Pariaman memperlihatkan adanya indikasi; Pertama, masih banyak masyarakat miskin yang belum memperoleh jaminan kesehatan; Kedua, adanya kesalahan yang berkelanjutan dalam memberikan kartu jaminan kesehatan, sehingga banyak masyarakat miskin yang tidak berhak menerima jaminan kesehatan justru memperoleh jaminan, dan; Ketiga, masih banyak masyarakat yang merasakan lambatnya pelayanan jaminan kesehatan di daerah. Hal ini disebabkan oleh kesalahan pemerintah daerah dalam melakukan pendataan masyarakat miskin di Sumatera Barat. Fenomena tersebut juga membuktikan bahwa pemerintah daerah Sumatera Barat belum mampu mengoptimalkan capaian desentralisasi kesehatan.

Dalam perspektif desentralisasi kesehatan, pemerintah daerah dapat merumuskan dan melaksanakan kebijakan yang lebih mencerminkan kebutuhan masyarakat di daerah. Hoessein (2000) mengungkapkan bahwa dalam konsep otonomi terkandung kebebasan untuk berprakarsa untuk mengambil keputusan atas dasar aspirasi masyarakat yang memiliki status demikian tanpa kontrol langsung oleh pemerintah pusat. Pendapat Hoessein adalah sama dengan tujuan desentralisasi di bidang kesehatan yang ditetapkan depkes (2009) yaitu, mewujudkan pembangunan nasional di bidang kesehatan yang berlandaskan prakarsa dan aspirasi masyarakat dengan cara memberdayakan, menghimpun dan mengoptimalkan potensi daerah untuk kepentingan daerah dan prioritas nasional dalam mencapai Indonesia sehat 2010. Dengan demikian, bagi pemerintah daerah implementasi kebijakan kesehatan tidak hanya melulu menggunakan pendekatan ekonomi (pembiayaan *an sich*) tetapi juga mengembangkan pendekatan lain yang lebih memfokuskan pada partisipasi masyarakat. Misalnya, dengan menggunakan pendekatan nilai budaya lokal. Mengapa demikian? Ini, karena dalam

nilai budaya lokal mengandung makna pergeseran dan perubahan kebutuhan masyarakat yang sesungguhnya. Dengan memahami pergeseran dan perubahan masyarakat tersebut, dapat diketahui persoalan-persoalan yang dapat diintervensi melalui kebijakan. Persoalannya, bagaimanakah pemerintah daerah merumuskan kebijakan jaminan kesehatan di daerah yang mencerminkan nilai budaya lokal ini? Inilah yang menjadi fokus penelitian ini.

Sesuai dengan tujuan penelitian pada tahun pertama, maka penelitian ini dilakukan dalam upaya mendiskripsikan keberadaan nilai-nilai budaya lokal yang mempengaruhi perencanaan kebijakan kesehatan di Sumatera Barat. Namun, untuk mengetahui lebih jauh tentang keberadaan nilai-nilai budaya lokal yang mempengaruhi perencanaan kebijakan kesehatan di Sumatera Barat, terlebih dahulu perlu diketahui konsistensi implementasi kebijakan jaminan kesehatan ketika diterjemahkan kedalam realitas operasionalnya. Sehubungan dengan itu, ada dua permasalahan yang akan di bahas, yaitu; Pertama, bagaimana Implementasi desentralisasi kesehatan dalam kebijakan jaminan kesehatan di Sumatera Barat? Kedua, bagaimana keberadaan nilai budaya lokal mempengaruhi perencanaan kebijakan kesehatan di Sumatera Barat?

#### **A. Implementasi Desentralisasi kesehatan dalam Kebijakan Jaminan Kesehatan di Sumatera Barat**

Secara umum, Implementasi desentralisasi kesehatan dalam konteks kebijakan JAMKESMAS diselenggarakan dengan sistem sentralisasi. Ini karena, secara keseluruhan kebijakan JAMKESMAS ditentukan oleh pemerintah pusat. Misalnya, dalam implementasi dan besaran anggaran yang disediakan. Pendanaan JAMKESMAS berasal dari APBN sebagai bantuan sosial sektor kesehatan. Pada tahun 2008 jumlah anggaran JAMKESMAS dalam APBN sebesar ± 4,6 trilyun. Jumlah ini kemudian didistribusikan untuk penyelenggaraan JAMKESMAS di seluruh daerah kabupaten dan kota di Indonesia. Kuota masyarakat yang akan memperoleh JAMKESMAS juga ditentukan oleh besarnya anggaran yang didekonstrasikan untuk Daerah Sumatera Barat.

Selain JAMKESMAS juga dilaksanakan kebijakan Jaminan Kesehatan Daerah (JAMKESDA). JAMKESDA dilaksanakan sebagai bagian dari usaha kesejahteraan sosial dalam rangka pengembangan sistem jaminan sosial di daerah.<sup>3</sup> Oleh karena itu, setiap warga masyarakat di daerah berhak atas jaminan sosial yang memungkinkan pengembangan dirinya secara utuh sebagai manusia yang bermartabat dan berhak memperoleh pelayanan kesehatan. Secara kontekstual, kedua kebijakan ini diimplementasikan secara bersamaan. Perbedaannya adalah, JAMKESMAS diselenggarakan di daerah dengan anggaran yang disediakan oleh pemerintah pusat. Sedangkan JAMKESDA diselenggarakan dengan anggaran berasal dari Anggaran Pembangunan Daerah (APBD).

Walaupun demikian, dalam implementasinya, kebijakan JAMKESMAS dan JAMKESDA masih mengalami berbagai permasalahan (*lack policy*). Hal ini berdampak pada optimalisasi capaian tujuan desentralisasi kesehatan terutama dalam meningkatkan derajat kesehatan masyarakat melalui kebijakan JAMKESMAS dan JAMKESDA di Sumatera Barat. Adapun *lack policy* dalam implementasi kebijakan JAMKESMAS dan JAMKESDA di Sumatera Barat dapat dilihat sebagai berikut:

---

<sup>3</sup> JAMKESDA dilaksanakan dengan mengacu kepada Sistem Jaminan Kesehatan Daerah (SJKD) yang merupakan suatu tatanan yang mengatur penyelenggaraan jaminan kesehatan di daerah dengan menggunakan prinsip-prinsip asuransi kesehatan sosial. Sistem ini merupakan subsistem jaminan sosial yang bersifat jangka pendek dan sekaligus merupakan perwujudan subsistem pembiayaan kesehatan pada upaya kesehatan perorangan dalam sistem kesehatan daerah maupun sistem kesehatan nasional. Selanjutnya lihat dalam Mukti & Moertjahjo. *Sistem Jaminan Kesehatan: Konsep Desentralisasi Terintegrasi*. 2008.

Pertama, dalam aspek anggaran. Sejak diimplementasikan kebijakan JAMKESMAS dan JAMKESDA, pemerintah telah berupaya untuk meningkatkan capaian *universal coverage* melalui kebijakan peningkatan jumlah anggaran setiap tahunnya. Namun, peningkatan jumlah anggaran tersebut belum menimbulkan dampak signifikan terhadap masyarakat miskin yang berhak memperoleh manfaat jaminan kesehatan. Hal ini, mengindikasikan adanya kelemahan dalam membuat perencanaan kebijakan anggaran yang tersedia. Fenomena ini dapat dilihat sejak tahun 2007. Contohnya, pada tahun 2007, penggunaan sumber dana sendiri (*out of pocket*) dalam pembiayaan rawat jalan mencapai 76,7% masyarakat di Sumatera Barat<sup>4</sup>. Ini berarti tidak lebih dari 40% masyarakat yang memperoleh jaminan kesehatan. Demikian juga, dari tahun 2008-2012 pemanfaatan jaminan kesehatan di daerah Sumatera Barat masih rendah dan bahkan di tahun 2012, dari 50 milyar anggaran JAMKESDA hanya 18% saja yang dimanfaatkan. Mengapa demikian?

Berdasarkan temuan di lapangan, implementasi kebijakan JAMKESMAS bersamaan dengan JAMKESDA. Dari aspek anggaran, JAMKESMAS terbatas jumlahnya sehingga tidak memungkinkan untuk mencukupi kuota masyarakat miskin di daerah. Karena adanya keterbatasan JAMKESMAS ini, maka kuota masyarakat yang belum memperoleh jaminan kesehatan dipenuhi melalui kebijakan JAMKESDA. Hal ini dapat dimaknai, apabila implementasi JAMKESMAS memperlihatkan kecenderungan peningkatan jumlah kuotanya setiap tahun, maka mestinya diikuti oleh kecenderungan, semakin berkurangnya kuota pada JAMKESDA, demikian juga sebaliknya. Akan tetapi, justru yang terjadi adalah anggaran JAMKESMAS dan JAMKESDA selalu mengalami peningkatan setiap tahun. Ironisnya, kuota masyarakat miskin di daerah Sumatera Barat tetap tidak terpenuhi. Hal inilah yang mengakibatkan kebijakan JAMKESMAS dan JAMKESDA tidak efisien dan efektif. Sebagaimana yang diungkapkan oleh salah seorang pelaksana Jamkesmas di Dinas Kesehatan Provinsi Sumatera Barat:

Anggaran JAMKESMAS sifatnya terbatas, oleh karena itu masing-masing pemerintah daerah mengeluarkan kebijakan JAMKESDA. Jadi sudah ada kuota yang bertanggung JAMKESMAS, tetapi masih ada juga masyarakat miskin yang belum memperoleh JAMKESMAS. Yang tidak tertampung itu menjadi tanggungjawab pemda. Pemda melaksanakan JAMKESDA, nah JAMKESDA itulah yang menampung masyarakat yang tidak memperoleh JAMKES. Tapi, sudah ada JAMKESMAS dan JAMKESDA masih adanya juga masyarakat miskin yang belum mendapatkannya.

Berdasarkan temuan di lapangan, belum terpenuhinya kuota masyarakat miskin di daerah untuk memperoleh jaminan kesehatan dipengaruhi oleh; *Pertama*, adanya perbedaan kebijakan pusat dan daerah dalam penggunaan anggaran. Pemerintah daerah kabupaten dan kota dianggap belum mampu menggunakan anggaran jaminan kesehatan secara efektif. Pemerintah beranggapan proses pencairandana JAMKESMAS melalui mekanisme birokrasi yang berbelit. Akibatnya pelayanan JAMKESMAS terkendala. Ini, dapat dilihat dalam pembelian obat, pihak rumah sakit menunggu berapa orang pasien yang datang baru kemudian dibelikan atau anggaran dicairkan. Sebagaimana yang diungkapkan oleh Pengelola JAMKESMAS Dinkes Provinsi Sumatera Barat:

---

<sup>4</sup> Menurut laporan hasil riset kesehatan dasar (RISKESDAS) Provinsi Sumatera Barat tahun 2007, dari 76,7% ..... Penggunaan askes/jamsostek paling tinggi di kota payakumbuh 40,4% dan paling rendah di Kabupaten Dharmasraya (1,2%). Askeskin/SKTM paling banyak digunakan di Kota Padang Panjang (13,9%) dan paling sedikit di Kabuapten Pasaman Barat (1,8%). Untuk dana sehat paling banyak di gunakan di kota Sawahlunto (10,4%) dan paling sedikit di Kabupaten Pasaman Barat (0,5%). Selanjutnya lihat dalam Laporan hasil Riset Kesehatan dasar RISKESDAS Provinsi Sumatera Barat Tahun 2007. Departemen Kesehatan Republik Indonesia. Jakarta. 2008:208.

Kebijakan dari pusat harus sesuai dengan kebijakan di daerah. tetapi kebijakan pusat dengan daerah bertolak belakang. Misalnya menurut UU semua yang masuk kerekening daerah menjadi pendapatan daerah, tetapi sekarang anggaran jamkesmas dicairkan kerekening direktur rumah sakit, rekening dinas kesehatan kabupaten dan kota. Untuk memanfaatkan dana tersebut untuk pelayanan kesehatan masyarakat miskin prosesnya di daerah kabupaten dan kota mekanismenya berbelit, dibuat dulu tetek bengeknya, baru dicairkan, ini tidak sama dengan kebijakan di atas. Itulah yang dikatakan kebijakan bertolak belakang dan menjadi kendala operasionalnya di bawah. Contohnya, rumah sakit mau beli obat, dia lihat dulu berapa orang pasien yang datang baru dicairkan duitnya. Ada juga kabupaten dan kota memasukan duitnya dulu. inilah yang bertolak belakang dengan kebijakan daerah.

Di Kabupaten Padang Pariaman, *lack policy* dalam realisasi penggunaan anggaran JAMKESMAS dan JAMKESDA juga dirasakan oleh pemerintah daerah sebagai pelaksana di daerah. Meskipun sebagian masyarakat beranggapan telah memperoleh manfaat dari JAMKESMAS dan JAMKESDA, implementasi kebijakan ini masih di kritik oleh berbagai kalangan. Hasil wawancara berikut menggambarkan kritikan tersebut "...lamanya waktu yang diperlukan untuk memperoleh kartu JAMKESDA, sementara mereka mengetahui bahwa anggarannya tersedia. Misalnya, dalam tahun 2012 ini sudah hampir 1 tahun kartu JAMKESDA belum juga di peroleh, padahal anggarannya sudah tersedia".<sup>5</sup> Fenomena di atas memperlihatkan bahwa capaian implementasi kebijakan jaminan kesehatan di daerah Sumatera Barat belum berhasil mewujudkan tujuan dari kebijakan jaminan kesehatan. Ini karena, implementasi jaminan kesehatan seperti JAMKESMAS dan JAMKESDA masih berorientasi pada proses bekerjanya lembaga pelaksana kebijakan. Padahal, implementasi kebijakan seharusnya sudah mengarah kepada dampak yang dihasilkan, yaitu terpenuhinya kesejahteraan masyarakat.

Berkaitan dengan itu, hasil wawancara dengan beberapa wali nagari di Kabupaten Padang Pariaman juga mengungkapkan bahwa para walinagari mengaku bahwa mereka sudah menyerahkan data masyarakat yang diusulkan untuk menjadi penerima JAMKESDA, sehingga jika sistemnya sudah berjalan baik, seharusnya tidak ada alasan bagi pemerintah daerah atau dinas kesehatan belum menerbitkan kartu bagi masyarakat. Meski demikian, pemerintah nagari tetap berusaha membantu masyarakat yang sedang sakit dan benar-benar membutuhkan – karena tidak mampu- mendapatkan layanan JAMKESMAS dan JAMKESDA dengan cara memberi surat keterangan kurang mampu sebagai perasyarat pengajuan. Fenomena ini menunjukkan lemahnya pengelolaan, terlebih jika program ini telah memiliki anggaran. Situasi ini tidak saja berpotensi mengakibatkan dampak yang kontraproduktif dengan tujuan program jamkesmas dan JAMKESDA itu sendiri, melainkan juga membingungkan masyarakat. Disisi lain, bagi masyarakat yang membutuhkan, ketika sudah sakit, mereka tambah repot harus mengurus berbagai surat untuk mendapatkan klaim.

Fenomena di atas mencerminkan bahwa kebijakan JAMKESMAS dan JAMKESDA belum optimal dalam upaya meningkatkan derajat kesehatan masyarakat. Sebab masih banyak masyarakat yang belum memperoleh jaminan kesehatan. Ini artinya kebijakan pemerintah daerah Sumatera Barat dalam meningkatkan jumlah anggaran, tidak menimbulkan perubahan yang signifikan dengan jumlah masyarakat yang memperoleh jaminan kesehatan. Contohnya, tahun 2008 pemerintah daerah Sumatera Barat mengalokasikan anggaran untuk JAMKESDA sebesar ± 3,7 milyar, jumlah tersebut meningkat pada tahun 2009 menjadi ± 3,39 milyar dengan masyarakat yang menerima sebesar 232.477 jiwa. Pada tahun 2010, pemerintah daerah kembali menambah JAMKESDA menjadi ± 3,41 milyar, dengan jumlah masyarakat yang

---

<sup>5</sup> Wawancara dengan beberapa walinagari Bapak 'B', 'T' dan 'S' di Kabupaten Padang Pariaman, tanggal 14 Agustus 2012.

menerima sebesar 291.636 jiwa. Pada tahun 2011, jumlah anggaran JAMKESDA bertambah menjadi ± 3,93 milyar dengan jumlah masyarakat yang memperoleh jaminan sebesar 324.983 jiwa. Sedangkan dalam tahun 2012 pemerintah kembali menaikan jumlah anggaran JAMKESDA menjadi ± 50 milyar, namun dari jumlah tersebut, hanya 18 milyar saja yang termanfaatkan (lihat tabel 1). Fenomena ini membuktikan bahwa kebijakan ekonomi (pembiayaan) tidak sepenuhnya menjadi alternatif bagi pemerintah daerah Sumatera Barat dalam meningkatkan derajat kesehatan masyarakat dan memberikan andil yang paling menentukan dalam implementasi jaminan kesehatan di daerah.

Tabel.1  
Jumlah Anggaran dan Realisasi JAMKESDA  
Daerah Sumatera Barat

Tahun	jumlah	Penerima
2008	3,7 milyar	122.971
2009	3,39 milyar	232.477
2010	3,41 milyR	291.636
2011	3,93 milyar	324.983
2012	50 milyar	833.751

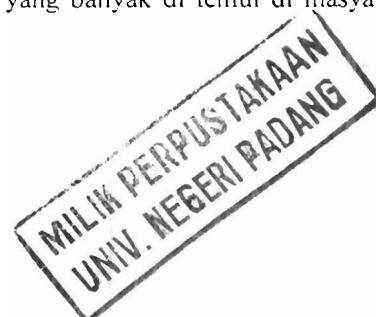
Sumber: Data diolah dari berbagai sumber

*Kedua*, Kebijakan anggaran JAMKESMAS dan JAMKESDA secara keseluruhan belum dapat secara efektif dimanfaatkan oleh masyarakat miskin. Hal ini disebabkan karena kebijakan penganggaran di daerah bersifat jangka pendek dan tidak efisien dalam proses pelayanan yang diberikan. Contohnya, kartu sehat hanya berlaku untuk jangka waktu 1 tahun, sedang proses untuk mendapatkan kartu sehat membutuhkan waktu yang lama. Kondisi ini berdampak kepada ketidak pastian masyarakat miskin untuk memanfaatkan jaminan kesehatan. Sebagaimana diungkapkan oleh Wali Nagari Pilubang Kabupaten Padang Pariaman (wawancara 29 Agustus 2012):

“Pelaksanaannya ini masih kacau saya lihat. Untuk penerima Jamkesmas atau JAMKESDA tahun 2012 ini kan seharusnya tahun 2011 sudah clear datanya. Ini ndak, yang kita ajukan sejak 2011 itu sampai sekarang, sudah hampir berakhir pula tahun 2012, sudah mau masuk september, belum juga terbit kartunya”. Sementra anggarannya ada. kalau saya tidak salah, untuk tahun 2012 ini anggaran JAMKESDA itu ± Rp. 4M. Masyarakat kita butuh sekali, tapi sistem ini yang kacau”.

Di Kabupaten Tanah Datar, masyarakat miskin yang berhak untuk memperoleh kartu jaminan kesehatan juga mengalami permasalahan yang sama. Masyarakat beranggapan bahwa, jangka waktu JAMKESDA terlalu singkat yakni hanya 1 tahun. Sementara proses administrasi dari nagari sampai ketingkat kabupaten membutuhkan waktu berbulan-bulan. Bahkan ada masyarakat yang menerima kartu ketika waktunya tinggal dua bulan lagi. Kondisi ini berdampak kepada ketidak pastian masyarakat miskin untuk memanfaatkan jaminan kesehatan. Sebagaimana diungkapkan oleh salah seorang kader kesehatan di Nagari Simabur Kabupaten Tanah Datar (wawancara tanggal 15 September 2012):

Kalau dilihat dari tujuan awalnya JAMKESDA diberikan untuk masyarakat yang tidak mendapatkan Jamkesmas, namun dalam prosedurnya sangat jauh berbeda yang berlaku secara nasional dan yang berlaku secara daerah. Keluhan yang banyak di temui di masyarakat adalah





jangka waktu JAMKESDA yang terlalu singkat. JAMKESDA hanya memiliki jangka waktu satu tahun, sementara itu proses administrasi dari nagari sampai tingkat kabupaten membutuhkan waktu berbulan-bulan. Kadang kadang masyarakat baru menerima kartu tersebut di saat jangka waktunya hanya tinggal sebulan atau dua bulan lagi.

Kedua. Berkaitan dengan permasalahan pertama, *lack policy* dalam implementasi JAMKESMAS dan JAMKESDA dipengaruhi oleh faktor validitas data masyarakat miskin di Sumatera Barat. Dalam konteks kebijakan, validitas data merupakan persoalan yang krusial dalam menentukan keberhasilan implementasi sebuah kebijakan. Sebab, validitas data dilapangan berkaitan dengan ketepatan kelompok sasaran yang menjadi tujuan dari kebijakan.

Berdasarkan temuan lapangan, permasalahan utama yang menyebabkan rendahnya pemanfaatan jaminan kesehatan di Sumatera Barat adalah disebabkan karena pemerintah daerah tidak memiliki data yang valid berkaitan dengan jumlah masyarakat miskin di Sumatera Barat. Sejak tahun 2008-2012, pemerintah daerah tidak memiliki data yang valid tentang jumlah masyarakat miskin di Sumatera Barat. Data masyarakat miskin yang masih digunakan adalah data BPS tahun 2005, dimana jumlah masyarakat miskin di Sumatera Barat adalah 1.361.281 jiwa yang tersebar di 19 kabupaten dan kota. Dari jumlah tersebut, Kota Padang dan Painan paling banyak penduduk miskinnya.

Di Kabupaten Padang Pariaman, implementasi kebijakan jaminan kesehatan JAMKESMAS dan JAMKESDA telah mengalami perubahan yang signifikan, terutama besaran anggaran yang disediakan setiap tahunnya. Dalam tahun 2011 penerima jaminan kesehatan di Kabupaten Padang Pariaman sebesar 12.056 jiwa meningkat 500% di tahun 2012 menjadi 83.000 jiwa. Namun demikian, dari jumlah tersebut, pemerintah daerah Kabupaten Padang Pariaman masih mendapatkan kritik dari masyarakat, karena masih banyak masyarakat yang belum memperoleh jaminan kesehatan. Sebagaimana yang diungkapkan oleh Kabid. Promkes Dinkes Kabupaten Padang Pariaman dalam wawancara (28 Agustus 2012):

“Kalau yang namanya program ke masyarakat seperti biasa selalu tidak pernah ada kepuasan. Selalu ada keluhannya. Kita akui itu, ada yang masih tidak tepat sasaran. masyarakat miskin yang seharusnya dapat kartu tidak dapat kartu. Ada masyarakat yang sebelumnya dianggap mampu, sehingga tidak didata, tapi saat menderita penyakit kronis dia jatuh miskin. Ada juga karena dia keluarga walikorong misalnya. Tapi kami selalu suruh orang puskesmas untuk mengawasi kelayakannya. secara umum sangat membantu untuk peningkatan taraf kesehatan masyarakat. Tahun 2011 penerima jaminan kesehatan kita itu 12.056 jiwa meningkat 500% di tahun 2012 menjadi 83.000 jiwa. Kita akan selalu berupaya meningkatkan jumlah kepesertaan ini sehingga semua masyarakat yang membutuhkan itu dapat terlayani. Untuk tahun 2012 ini dianggarkan Rp. 4M dan tahun 2013 masih dianggarkan juga sebanyak Rp. 4M”

Berdasarkan temuan di lapangan, masyarakat di Kabupaten Padang Pariaman berpendapat bahwa untuk memperoleh kartu jaminan di daerahnya sangat sulit dan membutuhkan waktu yang lama. Masyarakat juga beranggapan tidak ada kepastian. Misalnya, setelah dilakukan pendataan, sudah setahun belum juga mendapatkan kartu jaminan kesehatan. Sebagaimana yang dikemukakan oleh tokoh pemuda di Nagari Pilubang berinisial ‘N’ dalam wawancara (Selasa, 24 Agustus 2012):

“Serba lama kalau mengandalkan pemerintah ini. Sudah lama ada yang mendata masyarakat ini. Katanya untuk dapat jamkesmas itu, tapi sampai sekarang belum juga ada kartu yang sampai ketangan masyarakat. Jelas pula ini ditunda atau dibatalkan, tolong jelaskan kemasyarakat. Bagi yang membutuhkan, kalau sudah sakit, masyarakat sibuk mengurus surat-surat. Yang sakit harus diurus, ditambah repot lagi mengurus surat ini itu. Tapi karena kita butuh ya apa boleh buat”

Di Kabupaten Tanah Datar, masyarakat mengakui bahwa kebijakan JAMKESMAS dan JAMKESDA sangat bermanfaat. Hal ini dikarenakan masyarakat telah memperoleh kemudahan berupa keringanan dan berbagai fasilitas dengan adanya jaminan kesehatan. Namun demikian, masyarakat merasakan kemudahan yang diperoleh dari jaminan kesehatan hanya berlaku dalam jangka waktu pendek, yakni selama satu tahun. Seperti yang diungkapkan oleh Uni Yetti salah seorang kader kesehatan di Nagari Simabur (Wawancara Sabtu, 15 September 2012):

Kami yang berada dilapangan merasakan sendiri respon masyarakat mengenai kebijakan jamkesmas, JAMKESDA dan jampersal ini. Pada umumnya masyarakat senang karena mereka mendapatkan keringanan dan berbagai fasilitas dengan adanya jaminan kesehatan tersebut. Namun yang sering dikeluhkan oleh masyarakat adalah jangka waktu kartu yang cukup singkat (JAMKESDA). Masa berlaku kartu hanya satu tahun, namun kadang-kadang masyarakat baru menerima kartu tersebut di pertengahan tahun bahkan kartu baru sampai ke tangan pemerintahan nagari dan kader di penghujung tahun. Hal ini sering menjadi bahan diskusi untuk dapat dipertimbangkan oleh pemerintah kabupaten untuk kebijakan berikutnya.

Di Kota Padang, jumlah kepesertaan JAMKESMAS dan JAMKESDA mengalami peningkatan dari tahun 2008-2010. Terjadinya peningkatan tersebut, berarti jumlah penduduk miskin di Kota Padang semakin meingkat setiap tahunnya. Fenomena ini memperlihatkan bahwa Pemerintahan Kota Padang juga tidak memiliki data yang valid tentang masyarakat miskin yang sesungguhnya. Permasalahan ini terjadi dimungkinkan karena masih minimnya koordinasi yang dilakukan oleh Dinas Kesehatan Kota Padang dalam menetapkan data masyarakat miskin. Sebagaimana yang diungkapkan oleh salah seorang penanggung jawab program JAMKESMAS dan JAMKESDA DKK Padang

Kami selama ini hanya memberikan pelayanan saja dan menerima data dari kelurahan bagi masyarakat yang membutuhkan jaminan kesehatan. Kroscek data dilakukan ketika kami mengundang lurah dan menanyakan data masyarakat miskin.

Permasalahan yang sama juga dirasakan oleh masyarakat di Kota Padang. Masyarakat beranggapan bahwa tujuan dari Kebijakan JAMKESMAS dan JAMKESDA sebenarnya sudah bagus, namun demikian pelaksanaannya tidak sesuai dengan harapan masyarakat. Hal ini disebabkan oleh pendataan yang tidak akurat. Hal ini diungkapkan oleh Bapak G Lurah Parak Laweh, (wawancara Agustus 2012):

...tujuan program sebetulnya telah bagus, namun pemberian Jamkesmas tidak, diluar harapan. Pendataan melalui BPS terkadang tidak akurat, banyak yang tidak tepat sasaran.”

*Lack policy* dalam melakukan validitas data masyarakat miskin di diatas memperlihatkan bahwa Pemerintah Daerah Sumatera Barat sampai saat ini belum menganggap sebagai persoalan penting yang harus diselesaikan. Hal ini dapat dilihat dari tidak adanya kajian yang dilakukan untuk mengatasinya dan cenderung melakukan pembiaran. Misalnya, pada umumnya data masyarakat miskin yang sering dijadikan acuan adalah data BPS, sementara data masyarakat miskin di tingkat kelurahan juga menggunakan data BPS. Data inilah yang kemudian diserahkan ke Dinkes kabupaten dan kota dalam melaksanakan kebijakan jaminan kesehatan seperti JAMKESMAS dan JAMKESDA. Ironi, data ini tidak pernah di verifikasi kembali oleh pemerintah daerah. Misalnya, pemerintah daerah, dalam hal ini dinkes kabupaten dan kota, hanya menyelenggarakan pelayanan JAMKESMAS dan JAMKESDA saja dan tidak melakukan proses pendataan terhadap masyarakat miskin. Fenomena inilah yang menyebabkan kelemahan dalam mewujudkan *universal coverage* di daerah Sumatera Barat. Sebagaimana diungkapkan oleh pengelolaa Jamkesmas dan JAMKESDA Dinkes Kota Padang:

Kami disini, tidak melakukan proses pendataan, disini hanya memberikan pelayanan tentang kepesertaan dan pendanaan saja terhadap masyarakat miskin yang berhak memperoleh jaminan kesehatan. Sedangkan proses pendataan dilakukan di nagari.

Ketiga, dari aspek komitmen pemerintah dalam mengimplementasikan kebijakan JAMKESMAS dan JAMKESDA. Sejak kebijakan jaminan kesehatan didesentralisasikan, implementasi kebijakan JAMKESMAS dan JAMKESDA belum dapat dioptimalkan oleh pemerintah daerah. Dalam perspektif pemerintah daerah, pemerintah pusat masih setengah hati dalam kebijakan anggaran jaminan kesehatan. Ini karena, anggaran yang disediakan pemerintah pusat untuk pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin tidak dilengkapi dengan biaya operasional lainnya, seperti biaya rujukan perawat pendamping dan biaya transportasi rumah sakit yang menjadi rujukan. Permasalahan ini semakin sulit karena pemerintah kabupaten dan kota ada yang tidak menganggarkan, karena anggarannya sedikit. Inilah yang menjadi *lack policy* dalam pelaksanaan JAMKESMAS dan JAMKESDA di daerah Sumatera Barat. Sebagaimana diungkapkan oleh Penanggungjawab Program JAMKESMAS Dinkes Provinsi Sumatera Barat:

“Jamkesmas tidak semuanya didesentralisasikan akibatnya dana operasional jamkesmas terbatas, inilah yang menyebabkan program ini tidak efisien. Misalnya, apabila ada pasien yang dirujuk ke Rs Djamil Padang, untuk biaya rujukan jamkesmas tidak menanggungnya, termasuk biaya perawat pendamping ke rs yang menjadi rujukan, karena anggarannya sedikit. Jadi diminta kontribusi pemda. Kebanyakan daerah ada yang tidak menganggarkannya, karena anggarannya sedikit. Inilah yang menjadi keterbatasan.

Berdasarkan temuan di atas, implementasi kebijakan JAMKESMAS dan JAMKESDA paska desentralisasi kesehatan, ditemui adanya sejumlah *lack policy* yang mempengaruhi capaian desentralisasi kesehatan, terutama dalam memberikan pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin di daerah Sumatera Barat. Oleh karena itu, untuk mendukung kebijakan ini, pemerintah daerah Sumatera Barat perlu mengembangkan berbagai alternative kebijakan yang dibutuhkan sesuai dengan kemampuan daerah dan harapan masyarakat miskin di daerah.

Pendekatan ekonomi (pembiayaan) memang merupakan alternatif yang berpengaruh dan menentukan keberhasilan implementasi kebijakan kesehatan. Tetapi orientasi kebijakan seperti ini dalam kondisi apapun tetap saja mengutamakan efisiensi. Dan tidak menjadikan esensi manusia yang menempati ruang dan waktu dimana pemerintahan tersebut berada sebagai pendekatan dalam merumuskan kebijakan kesehatan. Oleh karena itu, pemerintah daerah perlu merumuskan kebijakan kesehatan dengan menggunakan pendekatan lainnya seperti nilai-nilai budaya lokal. Apakah nilai-nilai lokal tersebut?

## **B. Faktor-faktor yang menyebabkan nilai-nilai budaya lokal belum menjadi pertimbangan dalam pembuatan kebijakan jaminan kesehatan masyarakat di daerah Sumatera Barat**

Permasalahan krusial dalam kebijakan kesehatan di daerah adalah bagaimana konsistensi tujuan kebijakan dengan perubahan-perubahan yang dihasilkan di lapangan. Permasalahan ini sering menjadi perhatian dari berbagai pihak. Ini karena, tingginya ekspektasi terhadap pemerintah daerah dalam menyelesaikan berbagai permasalahan yang dialami masyarakat. Tidak jarang pemerintah daerah dihadapkan pada berbagai alternatif kebijakan yang tidak sejalan dengan tingginya ekspektasi terhadap pemerintah daerah. Misalnya, munculnya *lack policy* dalam mengelola jaminan kesehatan dan masih banyaknya masyarakat yang belum memperoleh jaminan kesehatan. Akibatnya, muncul berbagai anggapan yang memandang pemerintah daerah telah gagal melaksanakan kebijakan. Walaupun begitu, pemerintah daerah

sebenarnya telah berusaha meningkatkan derajat kesehatan masyarakat melalui kebijakan jaminan kesehatan. Hal ini, dapat dilihat dari *political will* pemerintah daerah menyediakan sistem regulasi, kelembagaan dan sumberdaya ekonomi (baca: fiskal) di daerah. Kondisi ini terlihat pada kemudahan dalam memperoleh akses pelayanan kesehatan yang diperuntukan bagi masyarakat miskin.

Fenomena menarik implementasi kebijakan jaminan kesehatan di Sumatera Barat adalah kecenderungan peningkatan jumlah masyarakat miskin di daerah kabupaten kota setiap tahunnya. Fenomena ini, menjadi alasan rasional dari kecenderungan peningkatan anggaran yang tercermin dalam APBD daerah Sumatera Barat. Permasalahannya adalah, apakah kecenderungan ini berdampak kepada peningkatan derajat kesehatan masyarakat?

Implementasi kebijakan jaminan kesehatan kabupaten dan kota di Sumatera Barat membuktikan bahwa tidak ada fakta keterkaitan antara peningkatan jumlah anggaran jaminan kesehatan dengan jumlah masyarakat miskin yang memperoleh jaminan kesehatan. Ini, karena adanya ketidak pastian tentang jumlah masyarakat miskin yang berhak memperoleh jaminan kesehatan. Hal ini tercermin dari kuota masyarakat miskin yang disediakan JAMKESMAS dan JAMKESDA. Peningkatan anggaran JAMKESMAS setiap tahunnya, juga diikuti oleh peningkatan anggaran JAMKESDA. Dan jumlah masyarakat miskin yang belum memperoleh jaminan kesehatan juga mengikuti kecenderungan peningkatan anggaran jaminan kesehatan. Fenomena ini membuktikan bahwa kebijakan jaminan kesehatan belum optimal dilaksanakan. Berdasarkan temuan di lapangan, kecenderungan ini disebabkan oleh:

Pertama, dalam merumuskan dan melaksanakan kebijakan jaminan kesehatan, pemerintah daerah masih berorientasi kepada pendekatan ekonomi-politik. Pendekatan ekonomi politik berkaitan dengan peranan negara (pemerintah) dalam mengelola sumber daya untuk kepentingan publik. Dalam pendekatan ini, orientasi kebijakan pemerintah daerah lebih banyak tertuju kepada mekanisme organisasi dan jumlah alokasi biaya untuk pelaksanaan jaminan kesehatan. Buktinya, kebijakan ini telah mampu meningkatkan jumlah kepesertaan jaminan kesehatan setiap tahunnya, yakni kira-kira 50% dari rata-rata jumlah anggaran yang telah direalisasikan (lihat tabel 1).

Selain itu, orientasi kebijakan jaminan kesehatan yang memperlihatkan mekanisme organisasi juga terlihat dari sejumlah peraturan sebagai berikut: Pertama, UU No. 32 tahun 2004, yang menyatakan bahwa bidang kesehatan merupakan urusan Pemerintahan Pusat, Pemerintahan Provinsi dan Kabupaten/Kota. Dalam Undang-Undang dijelaskan bahwa Pemerintah Daerah (Provinsi/ Kabupaten Kota) mempunyai kewajiban meningkatkan kualitas kehidupan masyarakat; mewujudkan keadilan dan pemerataan, menyediakan fasilitas pelayanan kesehatan, menyediakan fasilitas sosial dan fasilitas umum yang layak, mengembangkan sistem jaminan sosial (pasal 22). Penjelasan lengkap mengenai pembagian kewenangan dan tanggung jawab negara untuk setiap level pemerintahan diatur dalam PP No. 38 Tahun 2007 tentang *Pembagian Urusan Pemerintahan antara Pemerintah, Pemerintahan Daerah Provinsi, dan Pemerintahan Daerah Kabupaten/Kota*. Tanggung jawab yang harus dijalankan ini harus berpatokan pada substansi menghargai, melindungi dan memenuhi hak-hak dasar warga atas kesehatan yang layak.

Kedua, UU No. 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan. Yang menyatakan bahwa tanggung jawab negara baik Pemerintah, Pemerintah Provinsi dan Pemerintah Kabupaten/Kota yang harus dijalankan, meliputi: 1) Merencanakan, mengatur, menyelenggarakan, membina, dan mengawasi penyelenggaraan upaya kesehatan yang merata dan terjangkau oleh masyarakat; 2) Ketersediaan lingkungan, tatanan, fasilitas kesehatan baik fisik maupun sosial bagi masyarakat untuk mencapai derajat kesehatan yang setinggi tingginya; 3) Ketersediaan sumber daya di bidang kesehatan yang adil dan merata bagi seluruh masyarakat untuk memperoleh derajat kesehatan yang setinggi-tingginya; 4) Ketersediaan akses terhadap informasi, edukasi, dan fasilitas pelayanan kesehatan; 5) Memberdayakan dan mendorong peran aktif masyarakat

dalam segala bentuk upaya kesehatan; 6) Ketersediaan segala bentuk upaya kesehatan yang bermutu, aman, efisien, dan terjangkau; 7) Pelaksanaan jaminan kesehatan masyarakat melalui sistem jaminan sosial nasional bagi upaya kesehatan perorangan.

Ketiga, UU No. 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional. Undang-Undang ini menjelaskan bahwa tanggung jawab negara dalam memenuhi akses warga terhadap kesehatan adalah mengeluarkan kebijakan atau program asuransi kesehatan yang adil dan dapat dijangkau oleh semua warga negara. Pemerintah berkewajiban merumuskan dan mengimplementasikan kebijakan sistem jaminan asuransi bagi warga negara yang adil, termasuk di dalamnya asuransi kesehatan bagi warga negara.

Fenomena implementasi kebijakan jaminan kesehatan di Sumatera Barat tersebut memperlihatkan adanya berbagai kelemahan (*lack policy*) dari proses implementasinya. Ini dapat dilihat dari belum optimalnya kinerja birokrasi daerah dalam menyediakan pelayanan jaminan kesehatan. Mekanisme birokrasi yang berbelit-belit menyebabkan terhambatnya realisasi anggaran dan pemanfaatan jaminan kesehatan bagi masyarakat miskin. Kelemahan ini, memperlihatkan bahwa banyaknya masyarakat yang belum memperoleh jaminan kesehatan bukanlah disebabkan oleh faktor masyarakat, tetapi disebabkan oleh mekanisme organisasi yang ada di daerah Sumatera Barat. Permasalahan ini disampaikan dalam diskusi dengan pelaksana program jaminan kesehatan di Dinkes Provinsi Sumatera Barat, "...pelaksanaan jaminan kesehatan baik JAMKESMAS maupun JAMKESDA tergantung kepada komitmen dan tanggungjawab pemerintah daerah untuk melaksanakannya. Sebab anggaran untuk melaksanakannya sudah ada disediakan baik dari pemerintah pusat melalui dan dekonsentrasi maupun oleh pemerintah daerah sendiri dalam APBDnya".<sup>6</sup>

Kedua, kebijakan sosial budaya. Dalam konteks desentralisasi kesehatan pemerintah daerah mengalami peningkatan kewenangan pemerintah dalam menentukan alternatif-alternatif kebijakan yang sesuai dengan karakteristik daerah. Diantaranya, kewenangan dalam menetapkan anggaran di bidang kesehatan dalam APBD, meningkatkan partisipasi masyarakat melalui penguatan nilai-nilai demokrasi (Bossert, 1999; Fiedler dan suazo, 2002). Hal ini berdampak kepada kemampuan pemerintah daerah dalam meningkatkan cakupan kualitas dan efisiensi pelayanan kesehatan. Dalam kondisi yang demikian, peranan pemerintah daerah sebenarnya sangat strategis dalam menentukan keberhasilan kebijakan nasional di daerah, terutama dalam menentukan secara objektif prioritas kebijakan di daerah. Menurut Berman (1984), bahwa pemerintah daerah memiliki posisi yang sangat strategis dalam mendukung perencanaan dan implementasi kebijakan nasional di daerah. Lebih jauh menurut Berman, implementasi kebijakan di daerah dapat menentukan kecenderungan keberhasilan atau kegagalan kebijakan nasional. Dukungan pemerintah daerah terhadap perencanaan kebijakan nasional dapat membantu pemerintah pusat secara objektif menetapkan prioritas bagi daerah. Dan daerah secara aktif dapat merumuskan alternatif kebijakan yang tidak terpisah dari sistem yang ada.

Walaupun begitu, penelitian ini menemukan bahwa pemerintah daerah Sumatera Barat belum optimal dalam menentukan skala prioritas di bidang kesehatan. Diantaranya, memanfaatkan nilai-nilai budaya lokal dalam kebijakan kesehatan. Nilai-nilai budaya lokal merupakan suatu kondisi yang *existing* (ada), dan keberadaannya telah lama berkembang secara turun temurun dalam kehidupan masyarakat Minangkabau. Pemanfaatan pendekatan nilai budaya lokal dalam jaminan kesehatan masyarakat dapat mendukung kelemahan kebijakan jaminan kesehatan. Ini karena, nilai-nilai budaya lokal mencerminkan harapan, perubahan-perubahan yang terjadi dalam masyarakat. Dengan mengetahui nilai budaya lokal, pemerintah daerah dapat memaksimalkan upaya meningkatkan derajat kesehatan masyarakat.

---

<sup>6</sup> Wawancara dengan penanggungjawab program JAMKESMAS di Dinkes Kesehatan Provinsi Sumatera Barat, Agustus 2012.

Permasalahannya, apakah ada nilai budaya lokal tersebut? Apakah manfaat yang diperoleh dengan melibatkan nilai lokal dalam kebijakan jaminan kesehatan di daerah Sumatera Barat?

Temuan penelitian terhadap keberadaan nilai budaya lokal dalam konteks kesehatan di kabupaten dan kota di Sumatera Barat dapat dijelaskan kedalam dua aspek. Pertama, dilihat secara umum yang mengacu pada falsafah etnis di Miangkabau. Kedua, dilihat dari pola perilaku dalam kehidupan sehari-hari etnins Minangkabau.

Pertama, secara umum, nilai budaya lokal masyarakat Minangkabau dapat dilihat dari apa yang dikatakan mereka tentang diri dan masyarakat mereka dengan cara mengamati perilaku masyarakat tersebut. Dengan mempelajari *kato* (kata) yang mereka ungkapkan tentang nilai-nilai dasar dan norma-norma yang menjadi pegangan hidup mereka. Misalnya, filsafat hidup mereka mengenai makna hidup, makna waktu, makna alam, makna kerja bagi kehidupan, dan makna individu dalam hubungan kemasyarakatan (Azmi, 2004:84). Oleh karena itu, nilai budaya lokal menjadi salah satu faktor yang krusial dalam menentukan keberhasilan implementasi suatu kebijakan termasuk kebijakan di bidang kesehatan. Dengan demikian, pemahaman nilai budaya lokal masyarakat Minangkabau berarti juga mengungkapkan harapan dan kesulitan-kesulitan yang dihadapi masyarakat dan bukan sekedar dijadikan *metaphore* mobilisasi dalam membuat kebijakan (cf. Shore and Wright, 1997:20).

Kedua, falsafah hidup budaya Minangkabau telah meletakkan dasar berfikir bagi masyarakat tentang perlunya membuat perencanaan hidup dalam menghadapi berbagai permasalahan yang akan dihadapi pada masa yang akan datang. Ini, dapat dilihat dalam ungkapan "*jiko duduak marauik ranjau, jiko tagak maninjau jarak, jiko bajalan bamukasuk*" ("jika duduk meraut ranjau, jika berdiri melihat jarak"). Dalam ungkapan lainnya "...*bahimaik sabalun habih, sadio payuang sabalum hujan, hari hujan kok ndak bataduah, hari kalam kok ndak basuluah, jalan langang kok ndak bakawan*" ("berhemat sebelum habis, sedia payung sebelum hujan, hari hujan berteduh, hari gelap ....., jalan sepi hendak berkawan"). Ungkapan adat tersebut, mengibaratkan orang Minangkabau dimanapun dia berada telah memiliki kebiasaan untuk menghadapi segala kemungkinan yang akan menimpanya.

Ungkapan adat tersebut, mengibaratkan kuatnya Minangkabau memelihara sistem kepemilikan komunal sehingga memperlihatkan keunikan masyarakat Minangkabau. Selain itu, ungkapan ini juga dapat dimaknai sebagai bentuk bangunan kokoh yang saling terintegrasi satu dengan yang lainnya dalam kehidupan bersama. Misalnya, dalam proses pembangunan, pendidikan dan kesehatan.

Ketiga, dalam budaya Minangkabau dikenal dengan tradisi "*bali siriah saketek*" atau "*bali kumayan/kemenyan saketek*". Tradisi ini merupakan salah satu bentuk kepedulian sosial yang dapat menghimpun modal sosial masyarakat. Manfaat dari tradisi ini ditujukan kepada masyarakat kampung yang menderita sakit dan mengalami kendala berobat, baik biaya maupun akses kelembaga kesehatan. Misalnya, di Kabupaten Padang Pariaman jika persolannya biaya, maka masyarakat menggalang dana dari masyarakat sekitarnya dengan mendatangi rumah demi rumah dan mengabarkan berita "saudara kampung" yang sakit dan membutuhkan bantuan biaya. Biasanya, untuk memberitahukan kewarga lain melalui "surau". Hal ini, diungkapkan oleh beberapa informan dari unsur masyarakat yang berinisial "K" dan "T" dalam wawancara 08 Agustus 2012) bahwa:

"Kalau kita sakit, orang lingkungan kita disini datang melihat. Nanti ada yang kasi uang, istilahnya "*bali siriah saketek*" atau "*bali kumayan/kemenyan saketek*". Itu istilahnya orang dulu, artinya, hanya ada sedikit untuk tambah-tambah beli obat. Kalau yang sakit itu agak kurang mampu, biasanya "di surau" kita sampaikan, lalu kita mintakan sumbangan pada jamaah. Bagi masyarakat yang tidak ada disurau, didatangi kerumahnya dan diminta sumbangan".

Surau, selain tempat ibadah, juga masih menjadi tempat berembuk bagi warga masyarakat untuk menyelesaikan masalah “tetangga miskin” yang sakit. Hal ini menunjukkan bahwa masyarakat minang masih lekat dengan suraunya dimana “adat basandi syara” masih menjadi identitas. Jika diurai maknanya sekaitan dengan konteks ini, maka jelas menunjukkan bahwa saling peduli pada sesama itu merupakan tradisi yang menjadi kepribadian orang minang, yang merupakan anjuran dari syariat, dimana surau menjadi wadahnya.

Keempat, Di Kabupaten Tanah Datar, kepedulian sosial dimanifestasikan dalam bentuk iuran yang dilakukan oleh masyarakat yang dinamakan arisan suku. Pelaksanaan arisan suku biasanya melibatkan pimpinan/penghulu suku. Iuran yang dipungut melalui arisan suku dilaksanakan setiap bulannya dan diawasi penggunaannya oleh penghulu. Sebagaimana diungkapkan oleh salah wali nagari tabek:

...Penghulu suku berperan membantu masyarakat yang kesulitan dalam memperoleh biaya melalui arisan suku yang diminta iurannya tiap bulan. Jadi tiap-tiap pengguhu suku di nagari ini mengawasi jalannya iuran sosial tiap bulan. Dana tersebut berguna untuk membezuk atau menjenguk masyarakat yang sedang kesulitan biaya.

Gagasan dalam tradisi “*bali siriah saketek*” atau “*bali kumayan/kemenyan saketek*” ini sejalan dengan ide yang dikemukakan Putnam (1993) tentang modal sosial dalam masyarakat. Menurut Putnam budaya masyarakat merupakan faktor yang sangat menentukan kinerja institusi pemerintahan. Menurut Putnam, masyarakat yang memiliki modal sosial (*social capital*)—manifestasi kebajikan warga (*civic virtue*) yang tinggi dapat membantu terwujudnya penyelenggaraan pemerintahan yang baik. Modal sosial ini meliputi adanya nilai-nilai saling percaya, toleransi, kerja sama, saling menghormati, dan tanggung jawab bersama sehingga membantu terwujudnya pemerintahan yang lebih demokratis. Pertanyaannya sekarang, bagaimana hubungan modal sosial ini dengan fungsi pemerintahan yang demokratis? Menurut Putnam (1993:175-176), melalui modal sosial, yang merupakan manifestasi budaya kewargaan individu-individu, dapat mendorong mereka terlibat secara bersama mewujudkan pemerintahan yang baik. Malah, dengan terbentuknya infrastruktur yang kuat berdasarkan sikap saling percaya dan rasa tanggung jawab bersama, dapat mendorong terbentuknya kerja sama antara individu-individu masyarakat, dan antara masyarakat dengan pemerintah dalam melaksanakan kebijakan di bidang kesehatan.

Kelima, ikut merasakan kesulitan orang lain dengan tradisi “*Sa-sakik, sa-sanang; sa-hino, sa-mulia*” dan “*sakik sa-aduah, damam sa-harang*”. Istilah *sa-sakik, sa-sanang; sa-hino, sa-mulia* maksudnya adalah agar dalam hidup bermasyarakat orang minang itu saling ikut merasakan sakit dan susahnya orang lain, begitu juga halnya dalam berbagi kegembiraan, ikut merasakan kemiskinan orang lain serta tidak memandang rendah orang lain. Demikian juga halnya esensi makna yang ingin disampaikan dalam filosofi “*sakik sa-aduah, damam sa-harang* (sakit sama-sama meng-aduh, demam sama-sama meng-erang)”. Penderitaan dan kesusahan tidak dibiarkan menjadi beban pribadi melainkan menjadi beban bersama dengan rasa empati sebagai ruh nya.. Seperti yang dituturkan oleh informan dari unsur tokoh masyarakat berinisial “A-K” pada wawancara (tanggal 14 Agustus 2012) bahwa:

“...kita orang minang ini kan diajarkan oleh adat untuk saling berbagi. Seperti kata ‘orang tua-tua dahulu’ kalau hidup bermasyarakat itu istilahnya “*sa-sakik, sa-sanang; sa-hino, sa-mulia*” atau ada pula istilah kita dulu yang mengajarkan “*sakik sa-aduah, damam sa-harang*”

Sejak pelaksanaan desentralisasi kesehatan, pemerintah daerah telah berkomitmen meningkatkan derajat kesehatan masyarakat terutama masyarakat miskin di daerah Sumatera Barat. Diantaranya dilaksanakannya berbagai kebijakan di bidang kesehatan. ...Bersamaan dengan itu, permasalahan yang dihadapi oleh masyarakat di bidang kesehatan juga semakin

dinamis dan kompleks dan berkembang terus sesuai dengan kondisi sosial budayanya. Namun demikian, nilai-nilai sosial budaya masyarakat ini semakin lama semakin termarginalkan peranannya dalam bidang kesehatan. Ini karena, pendekatan kebijakan lebih berorientasi kepada masalah ekonomi saja, karena dibangun atas asumsi ketidak mampuan masyarakat miskin untuk memperoleh fasilitas pelayanan kesehatan.....

Berdasarkan temuan di Kabupaten Padang Pariaman, Tanah Datar dan Kota Padang, pasca desentralisasi kesehatan, kebijakan pemerintah tidak mengintegrasikan nilai sosial budaya lokal kedalam kebijakan kesehatan. Masyarakat memandang bahwa kebijakan JAMKESMAS dan JAMKESDA tersebut adalah program pemerintah yang sudah disusun dan tinggal diterima jadi oleh masyarakat. Keseluruhan proses kebijakan JAMKESMAS dan JAMKESDA dilakukan oleh pemerintah. Mulai dari pendataan sampai pada klaim. Masyarakat yang terdata sebagai penerima, ketika butuh untuk mengakses layanan kesehatan dari pemerintah, tinggal menggunakannya dengan segala ketentuan dan persyaratan yang telah ditetapkan. Sebagaimana ungkapan masyarakat pada hampir semua kesempatan wawancara menyatakan bahwa..“itu kan sudah program pemerintah, jadi kita kan tinggal mengikuti saja, pemerintah kan menjalankan pekerjaannya dengan itu. Kita diberi kartu berobat, bisa mengurus jamkesmas.”

Ada pun nilai-nilai budaya lokal utama yang masih tumbuh ditengah masyarakat terutama terkait dengan “nilai kebersamaan dan kegotongroyongan dalam istilah ‘*sa-sakik, sa-harang*’ juga berjalan dengan dinamikanya sendiri. Pemerintah menjamin layanan kesehatan bagi yang sakit dengan JAMKESMAS dan JAMKESDA, sedangkan masyarakat juga hidup dengan tradisi, menjenguk, menyantuni sanak-saudara mereka yang sakit untuk berobat. Artinya, antara JAMKESMAS dan JAMKESDA sebagai program pemerintah dan nilai-nilai lokal itu sama-sama eksis akan tetapi belum terjadi interaksi yang sinergis dalam meningkatkan derajat kesehatan masyarakat di Daerah Sumatera Barat.

Terkait dengan implementasi kebijakan JAMKESMAS dan JAMKESDA, masyarakat di kabupaten dan kota umumnya beranggapan; Pertama, sebagian masyarakat mengakui berbagai upaya pemerintah untuk mendekatkan pelayanan kesehatan kepada masyarakat sudah semakin baik. Misalnya, pengobatan TBC; antisipasi Busung Lapar; pelayanan kehamilan, dan pelayanan kesehatan lingkungan (kesling), ada tenaga kesehatan (Dokter, Perawat, Bidan Desa, Tenaga Kesling) yang di tugaskan untuk langsung memantau ke masyarakat bahkan mengunjungi secara *door to door*. Masyarakat beranggapan bahwa... “*Sekarang berobat ke puskesmas ndak bayar. Kalau sakit, pergi saja lah ke puskesmas itu dak akan bayar kita. Tapi kalau pagi perginya, Kalau sudah siang kita datang, membayar kita*”. Temuan ini membuktikan, bahwa untuk memperoleh pelayanan kesehatan di puskesmas dan bidan desa, masyarakat tetap dikenakan biaya. Pelayanan gratis yang diberikan kepada masyarakat miskin sifatnya terbatas pada jam tertentu saja. Misalnya. antara ± pukul 08:00 s/d 11:00 WIB setelah itu masyarakat harus membayar atas pelayanan tertentu. Demikian pula halnya dengan pelayanan oleh bidan desa.

Kedua, Sebagian masyarakat juga beranggapan tidak merasa yakin dan tidak merasa puas dengan pelayanan kesehatan dari puskesmas tersebut meskipun gratis, sehingga tidak jarang memilih layanan kesehatan praktek swasta. Sebab, pelayanan kesehatan gratis yang diberikan puskesmas tidak memberikan perasaan tidak puas bagi masyarakat. Sebagaimana yang diungkap oleh beberapa warga Nagari Sunur dalam wawancara (15 Agustus 2012):

“Kadang-kadang pergi pun kita berobat ke Puskesmas itu, dak puas saja rasanya. Kadang dak ada dokternya. Kadang rasanya kita hanya asal diperiksa saja, dia tanya sedikit, terus dikasinya obat. Obat nya itu besar-besar, melihatnya saja takut kita. Memang obat murah mungkin. Sudah habis obat itu dimakan, penyakit kita begitu juga. ndak ada angsumnya. Bagus kita pergi ke bidan praktek itu aja. Kena pun kita bayar 20ribu atau 25 ribu, sakit kita cepat berkurang rasanya.”



Berdasarkan temuan penelitian di daerah kabupaten dan kota di Sumatera Barat, pemerintah daerah telah berusaha untuk memaksimalkan capaian tujuan desentralisasi di bidang kesehatan. Diantaranya adalah implemantasi kebijakan JAMKESMAS dan JAMKESDA. Namun, kebijakan ini belum berhasil mewujudkan capaian desentralisasi kesehatan, yaitu memberikan pelayanan kesehatan kepada masyarakat yang berhak terutama masyarakat miskin di daerah, dalam upaya meningkatkan kesejahteraan dan derajat kesehatannya. Fenomena ini dapat dilihat dari sejumlah *lack policy* yang menyertai implementasi kebijakan tersebut.

### C. Kesimpulan

Berdasarkan temuan dan pembahasan, penelitian ini menyimpulkan, Pertama, implementasi jaminan kesehatan masyarakat (JAMKESMAS dan JAMKESDA) di Sumatera Barat telah memperlihatkan perkembangan yang signifikan. Hal ini di dukung oleh adanya *political will* pemerintah provinsi dan kabupaten/kota dalam merespons desentralisasi kesehatan. Namun demikian, implementasi kebijakan JAMKESMAS dan JAMKESDA belum mampu dimaksimalkan pencapaiannya oleh pemerintah daerah. Karena, dalam sejumlah kasus banyak ditemukan kelemahan dari kebijakan ini (*lack policy*). *Lack policy* ini berdampak pula kepada gagalnya pencapaian tujuan desentralisasi kesehatan di Sumatera Barat. Pendekatan kebijakan ekonomi politik dalam kebijakan jaminan kesehatan memiliki kelemahan terutama dalam memahami bagaimana dampak yang ditimbulkan terhadap masyarakat dalam memanfaatkan jaminan kesehatan.

Kedua, esentralisasi kesehatan telah membuka peluang bagi pemerintah daerah merumuskan dan melaksanakan kebijakan kesehatan terutama dalam upaya meningkatkan derajat kesehatan masyarakat miskin melalui pelayanan kesehatan di daerah. Walaupun demikian, implementasi kebijakan jaminan kesehatan JAMKESMAS dan JAMKESDA masih memperlihatkan kecenderungan sebagai suatu agenda yang ambisius, membutuhkan anggaran yang besar tetapi parsial dan tidak efektif, ditandai oleh perubahan struktur yang kontroversial dan kolaborasi lintas sektoral yang luas dan tidak mengintegrasikan esesensi manusia sebagai bagian dari nilai-nilai budaya lokal dimana kebijakan tersebut di implementasikan.

Selanjutnya penelitian ini merekomendasikan; Pertama, kebijakan jaminan kesehatan di berbagai negara tidak hanya menerobos batas-batas ekonomi saja, tetapi juga kebijakan. Cara masyarakat memandang jaminan kesehatan (baca: JAMKESMAS;JAMKESDA) dan nilai-nilai yang mendasarinya adalah faktor penting dalam evolusi jaminan kesehatan dalam masyarakat atau bahkan secara global. Dalam kecenderungan seperti ini, persoalan yang krusial bagi pemerintah daerah adalah bagaimana membuat kebijakan jaminan kesehatan sebagai *constitutional philosophy* menjadi *living philosophy* dengan mempertimbangkan nilai-nilai sosial budaya yang berkembang dalam masyarakat.

Kedua, dalam perspektif lokal, terdapat nilai budaya lokal yang pada hakekatnya sangat mempengaruhi keberhasilan kebijakan JAMKESMAS dan JAMKESDA. Nilai budaya lokal merupakan bagian dari harapan dan pergeseran-pergeseran dalam masyarakat Sumatera Barat. Keberadaan nilai lokal juga merupakan *level of governance* dimana berfungsi sebagai mekanisme, praktik dan tata cara pemerintahan dan warga yang mengatur sumberdaya serta memecahkan masalah-masalah publik. Dengan demikian, pemerintah hanya menjadi salah satu aktor dan tidak selalu menjadi aktor yang paling menentukan. Hal ini tercermin dalam kebijakan kesehatan, pemerintah daerah Sumatera Barat selama ini cenderung melaksanakan kebijakan sebagai aktor yang menentukan tetapi belum mengakomodasi keberadaan nilai budaya lokal. Akibatnya, keberadaan nilai budaya lokal semakin termarginalkan.

## SINOPSIS PENELITIAN LANJUTAN

Hasil penelitian tahun I menunjukkan bahwa terdapat *lack policy* dalam implementasi kebijakan jaminan kesehatan (JAMKESMAS dan JAMKESDA) dalam aspek anggaran, seperti perbedaan kebijakan antara pemerintah pusat dan daerah, kebijakan jaminan kesehatan secara keseluruhan belum dapat secara efektif dimanfaatkan oleh masyarakat miskin karena hanya bersifat jangka pendek; dan aspek valitas data masyarakat miskin. Kedua aspek ini berdampak kepada gagalnya memaksimalkan tujuan desentralisasi. Selain itu, pemerintah daerah Sumatera Barat belum mempertimbangan nilai-nilai budaya lokal dalam pembuatan kebijakan jaminan kesehatan. Hal ini, disebabkan oleh kebijakan jaminan kesehatan lebih diorientasikan kepada pendekatan ekonomi politik yang cenderung memprioritaskan mekanisme organisasi dan pembiayaan ketimbang dampak yang ditimbulkan oleh kebijakan terhadap masyarakat. Selain itu, dalam konteks sosial budaya dalam masyarakat etnis Minangkabau terdapat nilai budaya lokal yang berkaitan dengan jaminan kesehatan. Hal ini dapat dilihat dalam falsafah adat dan perilaku sehari-hari masyarakat Minangkabau seperti "*bali siriah saketek*" atau "*bali kumayan/kemenyan saketek*", "*Sa-sakik, sa-sanang; sa-hino, sa-mulia*" dan "*sakik sa-aduah, damam sa-harang*", dan arisan suku. Dalam masyarakat Minangkabau, falsafah adat ini merupakan salah satu bentuk nilai budaya lokal yang dimaknai sebagai pandangan hidup yang saling terintegrasi dalam kehidupan bersama. Nilai-nilai "*bali siriah saketek*" atau "*bali kumayan/kemenyan saketek*", "*Sa-sakik, sa-sanang; sa-hino, sa-mulia*" dan "*sakik sa-aduah, damam sa-harang*", dan arisan suku juga menjadi modal sosial dimana masyarakat dapat mengatasi permasalahannya sendiri. Namun, nilai budaya lokal ini belum dijadikan pertimbangan bagi pemerintah daerah dalam kebijakan jaminan kesehatan.

Desentralisasi kesehatan telah membuka peluang bagi pemerintah daerah merumuskan dan melaksanakan kebijakan kesehatan terutama dalam upaya meningkatkan derajat kesehatan masyarakat miskin melalui pelayanan kesehatan di daerah. Walaupun demikian, implementasi kebijakan jaminan kesehatan JAMKESMAS dan JAMKESDA masih memperlihatkan kecenderungan sebagai

suatu agenda yang ambisius, membutuhkan anggaran yang besar tetapi parsial dan tidak efektif, ditandai oleh perubahan struktur yang kontroversial dan kolaborasi lintas sektoral yang luas dan tidak mengintegrasikan esensi manusia sebagai bagian dari nilai-nilai budaya lokal dimana kebijakan tersebut di implementasikan. Oleh karena itu, nilai budaya lokal ini sangat menentukan bagaimana keberhasilan implementasi kebijakan di bidang kesehatan di Sumatera Barat.

Pemerintah sebenarnya dapat merumuskan alternatif kebijakan jaminan kesehatan masyarakat. Misalnya dengan mengakomodasi nilai-nilai budaya lokal. Sebab cara masyarakat memandang jaminan kesehatan (baca: JAMKESMAS;JAMKESDA) dan nilai-nilai yang mendasarinya adalah faktor penting dalam evolusi jaminan kesehatan dalam masyarakat di daerah. Dalam kecenderungan seperti ini, persoalan yang krusial bagi pemerintah daerah adalah bagaimana membuat kebijakan jaminan kesehatan sebagai *constitutional philosophy* menjadi *living philosophy* dengan mempertimbangkan nilai-nilai sosial budaya yang berkembang dalam masyarakat.

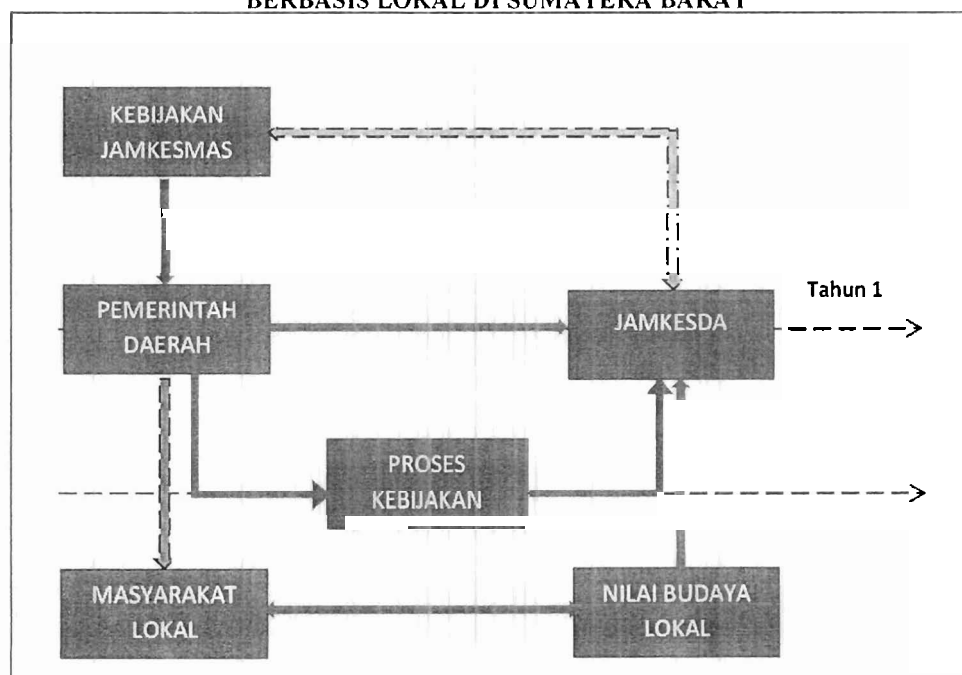
Sebagaimana diketahui pendekatan kebijakan adalah penelitian yang berfokus pada problem dan bagaimana problem tersebut menjadi-atau tidak menjadi—isu dalam agenda kebijakan. Disamping itu juga bagaimana opini publik dan media massa berinteraksi dengan pembuat kebijakan. Oleh karena itu, upaya untuk mengungkapkan nilai budaya lokal ke dalam proses kebijakan akan memberi peluang bagi pembuat kebijakan untuk memahami harapan dan keinginan masyarakat terhadap masalah kesehatan. Penelitian ini berasumsi bahwa, nilai budaya lokal merupakan salah satu faktor yang krusial dalam menentukan keberhasilan capaian kebijakan kesehatan. Pelibatan nilai budaya lokal akan berdampak pada dukungan masyarakat terhadap kebijakan kesehatan. Sehubungan dengan itu, fokus penelitian pada tahun kedua akan menganalisis pengaruh nilai budaya lokal dalam kebijakan kesehatan. Pengaruh nilai budaya lokal hanya dapat diketahui dengan memahami apa yang menjadi harapan dan keinginan dari masyarakat terhadap kebijakan jaminan kesehatan. Sebab, dengan mengetahui harapan dan keinginan masyarakat dapat dirumuskan model perencanaan kebijakan kesehatan berbasis lokal di Sumatera Barat. Oleh karena

itu, ada beberapa permasalahan yang akan dikaji dalam penelitian tahun kedua ini. Pertama, bagaimana pengaruh nilai budaya lokal terhadap kebijakan kesehatan di Sumatera Barat? Kedua, Bagaimanakah model perencanaan kebijakan kesehatan berbasis lokal di Sumatera Barat?

Untuk menjelaskan beberapa permasalahan di atas, maka penelitian ini cenderung menggunakan pendekatan perencanaan kebijakan dalam memahami nilai budaya lokal dalam kebijakan jaminan kesehatan. Ini sesuai dengan temuan penelitian tahun pertama, bahwa nilai budaya lokal belum menjadi pertimbangan dalam pembuatan dan pelaksanaan kebijakan jaminan kesehatan di Sumatera Barat. Padahal, nilai budaya lokal merupakan kondisi yang *existing* (ada) dan berkembang secara turun-temurun dalam falsafah hidup dan perilaku sehari-hari masyarakat Minangkabau.

Dengan demikian, penelitian tahun kedua ini bertujuan untuk, Pertama, menganalisis nilai budaya lokal dalam kaitannya dengan kebijakan jaminan kesehatan. Kedua, menjelaskan alasan pemerintah daerah belum menjadikan nilai sosial budaya sebagai pertimbangan dalam proses kebijakan jaminan kesehatan. Ketiga, merumuskan perencanaan model kebijakan jaminan kesehatan berbasis lokal di Sumatera Barat. Dengan skema penelitian sebagai berikut:

#### MODEL PERENCANAAN KEBIJAKAN JAMINAN KESEHATAN MASYARAKAT BERBASIS LOKAL DI SUMATERA BARAT



Tahapan penelitian tahun kedua ini adalah sebagai berikut:

1. Tinjauan awal ke lokasi penelitian

Kegiatan ini bertujuan untuk menyesuaikan dan mengembangkan informan penelitian yang sudah diperoleh dalam penelitian tahun 1. Namun untuk melengkapi data yang dibutuhkan, maka perlu dikembangkan informan penelitian di lokasi penelitian. Dalam tahapan ini juga dibahas kemungkinan penambahan lokasi penelitian sehingga tujuan penelitian dapat diwujudkan. Luaran kegiatan ini adalah tersedianya lokasi dan informan tambahan dalam penelitian ini.

2. Penyusunan pedoman wawancara dan pedoman *focus group discussion*

Dalam tahapan ini peneliti akan menyusun kembali beberapa daftar pertanyaan sesuai dengan hasil tinjauan lapangan. Pengembangan terhadap instrumen penelitian ini adalah dilengkapinya alat pengumpulan data, yaitu *focus group discussion* untuk mendapatkan gambaran nilai-nilai budaya lokal dalam konteks jaminan kesehatan.

3. Analisis Data

Setelah data terkumpul, maka tim peneliti akan menganalisis data tersebut sesuai dengan tujuan penelitian. Luaran dalam tahapan ini adalah tersedianya analisis permulaan dari data yang dikumpulkan.

4. Diskusi Tim Peneliti Terbatas

Dalam tahapan ini peneliti akan mendiskusikan hasil analisis sementara ini untuk dikembangkan sehingga dapat dijelaskan model perencanaan kebijakan jaminan kesehatan berbasis lokal. Luaran dari tahapan ini diketahuinya model model perencanaan kebijakan jaminan kesehatan berbasis lokal.

5. Seminar/Diskusi Terbatas

Untuk mendapat masukan guna penyempurnaan dari hasil analisis yang dibuat peneliti, maka diadakan seminar/diskusi terbatas dengan pihak-pihak yang

kompeten. Capaian dari hasil ini adalah tersedianya masukan untuk penyempurnaan hasil penelitian yang dibuat.

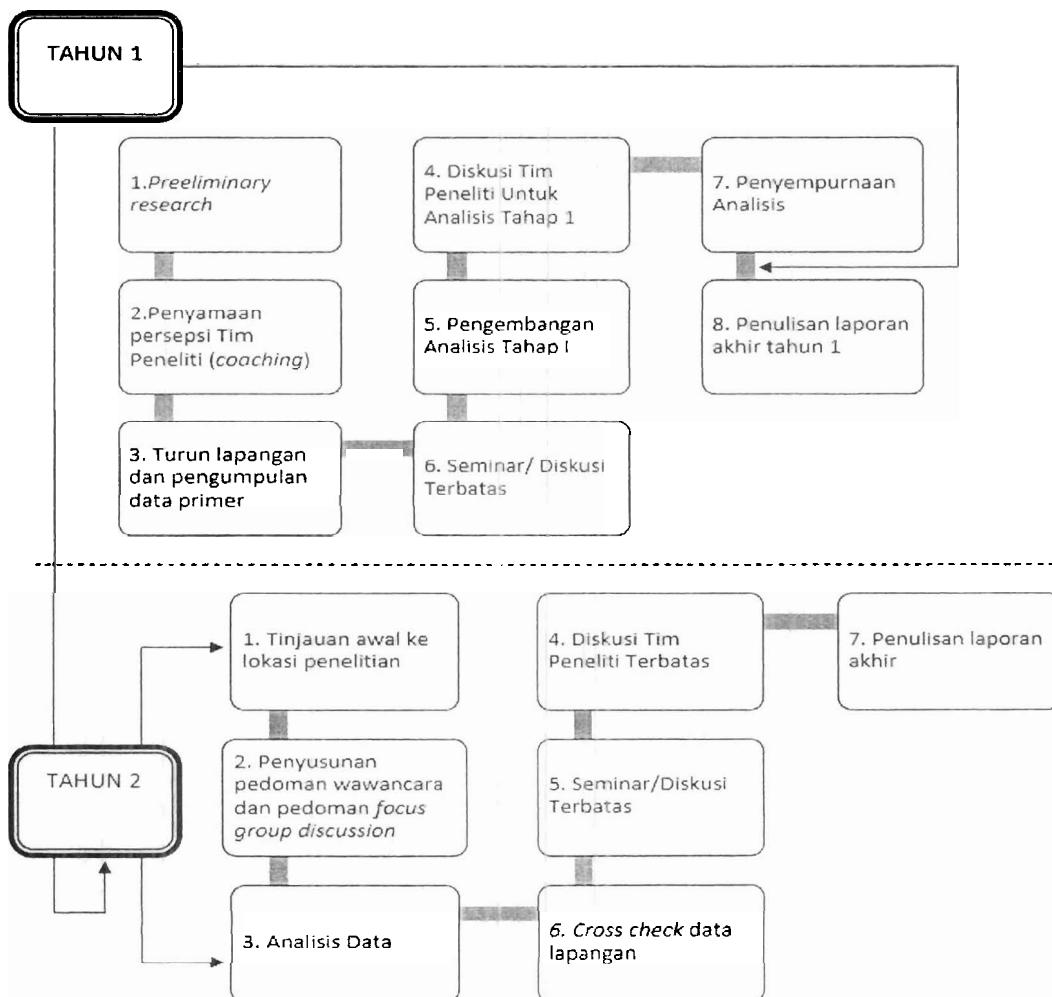
6. *Cross check* data lapangan

Tahapan ini adalah upaya akhir untuk melakukan konfirmasi data lapangan untuk menyesuaikan kembali data-data yang diperoleh. Ini bertujuan untuk meminimalkan efek bias dalam pengambilan kesimpulan. Luaran dari kegiatan ini adalah diminimalkannya bias data yang diperoleh.

7. Penulisan laporan akhir

Tahapan akhir kegiatan ini adalah disusunnya laporan akhir yang merangkumi keseluruhan hasil penelitian baik tahun 1 maupun tahun 2.

**Langkah-langkah operasional penelitian selama 2 tahun**



## DAFTAR PUSTAKA

- Adisasmito, Wiku. 2010. *Sistem Kesehatan*. PT. Raja Grafindo Persada. Jakarta.
- Antoft, K & Novack, J. 1998. *Grassroot democracy: Local government in The Maritimes*. Nova scotia: Henson College, Dalhousie University.
- Bossert T. 1998. Analyzing the decentralization of health system in developing countries decision space, inovation and performance. *Social Science and Medicine*.
- Eko, Sutoro. 2006. *Menuju Kesejahteraan Rakyat Melalui Rute Desentralisasi*. Makalah disampaikan pada seminar “Mengkaji Ulang Relevansi Wekfare State dan Terobosan Melalui Desentralisasi-Otonomi di Indonesia”. IRE. Yogyakarta
- Gani, Ascobat et.al. 2008. *Laporan Kajian Sistem Pembiayaan Kesehatan di Beberapa Kabupaten Kota*. Asutralia Indonesi Partenrship dan Kemitraan Australia Indonesia.
- Hall, Stuart. 1991. *Old and New Identitas, Old and New Ethnicities*, dalam Anthony D. King (editor) *Culture, Globalization and the world-System: Contemporary Conditions for the Representation of Identity*, Hampshire dan London: The Macmilan Press. Ltd. Bekerjasama dengan Departement of Art and Art History, State University of New York di Binghamton.
- Heywood, Peter dan Choi, Yoonjoung (2010). *Health system performance at the district level in Indonesia after decentralization*. *International Health and Human Rights* .
- Hoessein, B. 2001. *Transparansi Pemerintahan: Mencari Format dan Konsep Transparansi Dalam Penyelenggaraan Pemerintahan yang Baik*. Forum Inovasi. Bol. 1, November.
- Hoessein, B. 2000. *Hubungan Penyelenggaraan Pemerintahan Pusat dengan Pemerintahan Daerah*. *Jurnal Bisnis & Birokrasi*. No. 1. Vol. I. Juli
- Mills A, Vaughan JP, Smith DL, Tabibzadeh I. 1990. Health system decentralization: concepts, issues and country experience. *World Health Organization*. Geneva. Switzerland. Devas, 1997:351-367.
- Mukti, ali Ghufron dan Moertjahjo. 2008. *Sistem Jaminan Kesehatan Konsep Desentralisasi Terintegrasi*. PT. KHM. Yogyakarta
- Omar M. (2001). Health sector decentralization in developing countries: unique or universal! Nuffield Institute for Health, University of Leeds, United Kingdom.
- Putnam, R. 1993. *Making democracy work*. Princeton: Princeton University Press.

- Ribot JC. 2002. African decentralization: local actors, powers and accountability. Democracy, Governance and Human Rights Paper no 8. United Nations Research Institute for Social Development.
- Rondinelli, Dennis dan Cheema , G. Shabbir. 1983. *Implementing Decentralization Policies: an Introduction*.
- Smith, BC. 1985. *Decentralization : The Territorial Dimension of The State*. London : George allen & Unwin.
- Shore, Cris dan Susan Wright. 1997. *Policy: A new field of anthropology*. Dalam Cris Shore dan Susan Wright (editor) *Anthropology of Policy: Critical Perspectives on Governance and Power*, London & New York: Routledge.
- Suharto. Edi. 2008. *Kebijakan Sosial Sebagai Kebijakan Publik*. Bandung. Alfabeta
- Stoker, G. 1991. *The Politik of Local Government*. 2d edition, London: MacMillan Education Ltd.
- Trisnantoro, Laksono. 2009. *Pelaksanaan Desentralisasi Kesehatan di Indonesia 2000-2007 : Pengantar Des-kes di Indonesia 2000-2007 : Mengkaji Pengalaman dan Membahas Skenario Masa Depan*. Yogyakarta: BPFETrisnantoro, L. (2009). *Pelaksanaan Desentralisasi Kesehatan di Indonesia 2000-2007: Kata Pengantar*. Yogyakarta: BPFE
- Yen, Tan Shot. 2009. *Dari Mekanisasi Sampai Medikalisasi. Tinjauan Kritis Atas Pereduksian Tubuh Manusia dalm Praktek Medis*. Dian Rakyat. Jakarta.
- Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan. 2008. Laporan hasil Riset Kesehatan Dasar RISKESDAS Provinsi Sumatera Barat Tahun 2007. Departemen Kesehatan Republik Indonesia. Jakarta.



# **DAFTAR LAMPIRAN**



INDEPT INTERVIEW

DESENTRALISASI KEBIJAKAN KESEHATAN:  
PENYUSUNAN MODEL PERENCANAAN  
JAMINAN KESEHATAN MASYARAKAT  
BERBASIS LOKAL DI SUMATERA BARAT

Universitas Negeri Padang  
2012

Drs. Muhardi Hasan, M.Pd (**Ketua**)  
Rahmadani Yusran, S.Sos, M.Si  
Rika Sabri, M.Kes., Sp. Kom

Indep Interview		
<b>A.</b>	<b>Identitas Responden</b>	
1.	Nagari	
2.	Nama Informan	
3.	Umur	
4.	Jenis kelamin	
5.	Status	
6.	Pendidikan Terakhir	
7.	Pekerjaan sampingan	
8.	Penghasilan sebulan/tahun	

<b>B.</b>	<b>Keberadaan nilai-nilai budaya lokal yang mempengaruhi perencanaan kebijakan Jaminan kesehatan Masyarakat (JAMKESMAS) di Sumatera Barat</b>	
	1. Apakah masalah kesehatan masyarakat menjadi perhatian pemerintah nagari? Kalau “Ya” seperti apa? Kalau “tidak”, mengapa pemerintah nagari tidak memberi perhatian pada masalah kesehatan tersebut? <i>Probing</i>	
	2. Menurut Bapak/Ibu/Sdr, apakah masyarakat di daerah ini juga memberi perhatian pada masalah kesehatan ini? Kalau “Ya”, mengapa?	
	3. Apakah masalah kesehatan dalam masyarakat di daerah ini ada hubungannya dengan nilai adat dan budaya? Kalau “Ya” seperti apa?	
	4. Menurut Bapak/Ibu/Sdr, apakah ada kebijakan tertentu yang diambil pemerintah nagari terkait dengan masalah kesehatan masyarakat ini? Apakah kebijakan tersebut berasal dari inisiatif pemerintah nagari?	
	5. Apa peran pemerintah nagari dalam mengatasi masalah kesehatan dalam masyarakat? Apakah pemerintah nagari juga memberi bantuan keuangan untuk mengatasi kesehatan masyarakat? Kalau “Tidak”, apa yang dilakukan pemerintah nagari tersebut?	
	6. Menurut Bapak/Ibu/Sdr, apakah ada bantuan sosial yang diberikan masyarakat di nagari ini kepada masyarakatnya yang sakit? Kalau “Ya” seperti apa?	
	7. Adakah peran penghulu suku/kāum/adat dalam membantu masyarakatnya mengatasi masalah pembiayaan, jika ada masyarakatnya yang sakit? Kalau “Ya” seperti apa? <i>Probing</i>	
1.	Bagaimana keyakinan bapak/ibu/sdr terhadap	.....







C	<b>Identifikasi pengaruh nilai-nilai lokal terhadap perencanaan kebijakan kesehatan di Sumatera Barat</b>		
			1. Menurut Bapak/Ibu/Sdr, apakah kebijakan Jamkesmas di daerah ini dipengaruhi nilai-nilai lokal yang berasal di daerah ini? Kalau “Ya” seperti apa? <i>Probing</i>
			2. Apakah kebijakan Jamkesmas di daerah ini “hanya” melaksanakan apa yang sudah ditentukan oleh pemerintah? Bagaimana peran pemerintah kabupaten/nagari dalam melaksanakannya?
			3. Adakah kebijakan khusus yang dapat diambil oleh pemerintah kabupaten/nagari dalam melaksanakan kebijakan Jamkesmas tersebut? Kalau “Ya” seperti apa? Adakah kebijakan tersebut terkait dengan kearifan lokal yang berdasarkan nilai adat dan budaya?
			4. Kalau “Tidak”, apa peran nilai adat dan budaya dalam implementasi kebijakan Jamkesmas tersebut? <i>Probing</i>











**PEMERINTAH KABUPATEN TANAH DATAR**  
**KANTOR KESATUAN BANGSA DAN POLITIK**  
**(KESBANGPOL)**

Jln. MT. Haryono No. 10 Telp. (0752) 574400 Batusangkar 27281

**SURAT KETERANGAN/REKOMENDASI**

**Nomor : 070/302/KESBANGPOL/2012**

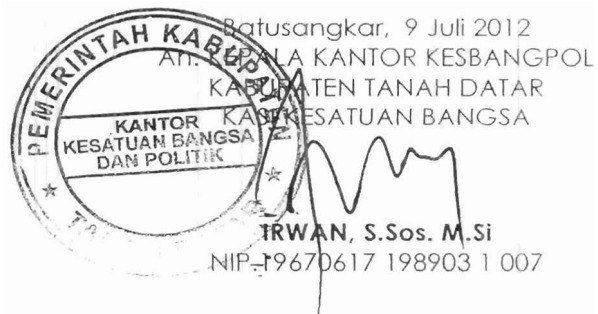
Berdasarkan Permendagri Nomor 64 tahun 2011 tentang Pedoman Penerbitan Rekomendasi Penelitian dan surat Badan Kesbangpol dan Linmas Provinsi Sumatera Barat Nomor : B.070/909/WAS-BKPL/2012 perihal Rekomendasi Penelitian, setelah dipelajari dengan ini kami atas nama Pemerintah Daerah Kabupaten Tanah Datar menyatakan tidak keberatan atas maksud Penelitian dimaksud dengan lokasi di Kabupaten Tanah Datar yang akan dilakukan oleh :

Nama : **Drs. H. MUHARDI HASAN, M.Pd**  
Tempat/Tgl. Lahir : Payakumbuh/ 05 Oktober 1951  
Pekerjaan : **Dosen Universitas Negeri Padang**  
Alamat : Wisma Indah VII Blok D/4 Padang  
Kartu Identitas : KTP. 1371110510510003  
Maksud dan Obyek : Penelitian  
Judul : **DESENTRALISASI KEBIJAKAN KESEHATAN: PENYUSUNAN MODEL PERENCANAAN JAMINAN KESEHATAN MASYARAKAT BERBASIS LOKAL DI SUMATERA BARAT**  
Lokasi Penelitian : Kabupaten Tanah Datar  
W a k t u : 9 Juli s.d 30 November 2012  
Anggota : 1. RAHMADANI YUSRAN, S.Sos, M.Si  
2. RIKA SABRI, M.KES.SP.Kom  
3. EDISON, S.AP, M.PA  
4. SUCI EMILIA FITRI, S.A<sup>P</sup>, M.PA  
5. HARRY SURYA  
6. FIRDAUS  
7. FADILA TIRTA UTARI

Dengan ketentuan sebagai berikut :

1. Kegiatan Penelitian tidak boleh menyimpang dari maksud dan obyek sebagaimana tersebut di atas.
2. Memberitahukan kedatangan serta maksud Penelitian yang akan dilaksanakan dengan menunjukkan surat-surat keterangan yang berhubungan dengan itu kepada Pemerintah setempat dan melaporkan kembali waktu akan berangkat.
3. Dalam melaksanakan Penelitian agar dapat berkoordinasi dengan instansi terkait.
4. Mematuhi semua peraturan yang berlaku dan menghormati adat – istiadat serta kebiasaan masyarakat setempat.
5. Bila terjadi penyimpangan/pelanggaran terhadap ketentuan-ketentuan tersebut diatas maka Surat Keterangan/Rekomendasi ini akan **DICABUT** kembali.
6. Surat Keterangan/Rekomendasi ini diberikan/berlaku mulai tanggal 9 Juli s.d 30 November 2012
7. Melaporkan hasil Penelitian kepada Bupati Tanah Datar Cq. Kantor Kesatuan Bangsa dan Politik Kabupaten Tanah Datar.

Demikianlah surat keterangan/ rekomendasi ini dikeluarkan untuk dipergunakan seperlunya



Tembusan Kepada Yth. :

1. Bupati Tanah Datar (sebagai laporan)
2. Dandim 0307 Tanah Datar di Batusangkar.
3. Kapolres Tanah Datar di Batusangkar
4. Kapolresta Padang Panjang di Padang Panjang.
5. Kepala Dinas Kesehatan Kab. Tanah Datar di Batusangkar
6. Kepala Badan TASKIN PMPKB Kab. Tanah Datar di Batusangkar
7. Direktur RSUD Prof.Dr.M.A, SM Hanafiah Batusangkar di Batusangkar
8. Kepala Kantor ASKES Kab. Tanah Datar di Batusangkar
9. Camat Se- Kabupaten Tanah Datar di Tanah Datar
10. Pimpinan Puskesmas Se-Kabupaten Tanah Datar di Tanah Datar
11. Wali Nagari Se-Kabupaten Tanah Datar di Tanah Datar



**PEMERINTAH KOTA PADANG**  
**KANTOR KESATUAN BANGSA POLITIK DAN**  
**PERLINDUNGAN MASYARAKAT**

Jalan : By Pass Terminal Aia Pacah Padang

**REKOMENDASI**

Nomor : 070. 10.1276/Kesbang/2012

Kepala Kantor Kesbangpol dan Linmas Kota Padang setelah membaca dan mempelajari :

1. Dasar :

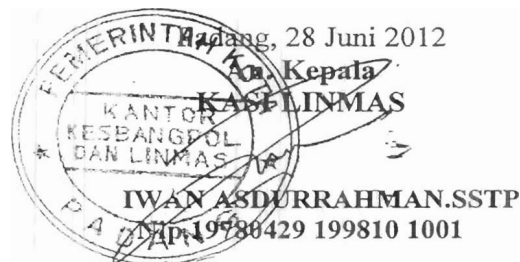
1. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 64 Tahun 2011 tentang Pedoman Penerbitan Rekomendasi Penelitian
2. Surat dari : Kabid.Kewaspadaan Badan Kesbangpol dan Linmas Propinsi Sumbar  
Nomor : B.070/909/WAS-BKPL/2012 tanggal 19 Juni 2012
3. Surat Pernyataan Penanggung Jawab Penelitian Ybs, tanggal 28 Juni 2012

Dengan ini memberikan persetujuan dan tidak keberatan diadakan penelitian/Survey/Pemetaan/PKL di Kota Padang yang diadakan oleh :

Nama : **Drs.H.MUHARDI HASAN,M.Pd**  
Tempat/ Tanggal Lahir : Payakumbuh/5 Oktober 1951  
Pekerjaan : Dosen UNP Padang  
Alamat : Wisma Indah VII Blok D/4 RT.003/RW.007 Kel.Parupuk  
Tabing Kec.Koto Tangah Padang  
Maksud Penelitian : Untuk Penelitian Hibah Bersaing  
Judul Penelitian/Survey/PKL : Desentralisasi Kebijakan Kesehatan : Penyusunan Model  
Perencanaan Jaminan Kesehatan Masyarakat Berbasis  
Lokal di Sumatera Barat  
Lama Penelitian : 3 (tiga) bulan  
Lokasi/Tempat Penelitian/Survey/PKL : Dinas Kesehatan Provinsi Sumbar,Dinas Kesehatan Kota  
Padang,Rumah Sakit se Kota Padang,Puskesmas Se Kota  
Padang,Lurah Se Kota Padang  
Anggota Rombongan : 7 ( tujuh ) orang (daftar nama anggota rombongan  
terlampir )

Dengan ketentuan sebagai berikut :

1. Tidak dibenarkan menyimpang dari kerangka dan maksud penelitian.
2. Sambil menunjukkan Surat Keterangan Rekomendasi ini supaya melaporkan kepada Kepala Dinas /Badan/Instansi/Kantor/Bagian/Camat dan Penguasa dimana sdr. Melakukan Penelitian/Survey/PKL serta melaporkan diri sebelum meninggalkan daerah penelitian.
3. Mematuhi segala peraturan yang ada dan adat istiadat serta kebiasaan masyarakat setempat.
4. Selesai penelitian harus melaporkan hasilnya kepada Walikota Padang Cq.Kepala Kantor Kesbangpol dan Linmas.
5. Bila terjadi penyimpangan atas ketentuan di atas, maka Surat Keterangan /Rekomendasi ini akan ditinjau kembali.



Tembusan : Disampaikan kepada Yth.

1. Ka.Dinas Kesehatan Provinsi Padang
2. Ka.Dinas Kesehatan Kota Padang
3. Kabid Kewaspadaan Badan Kesbangpol dan Linmas Prop Sumbar
4. Ka.Puskesmas Se Kota Padang
5. Lurah Se Kota Padang
6. Yang bersangkutan
7. Pertinggal

## CURRICULUM VITAE

1. Nama : **Drs. H. Muhardi Hasan, M.Pd**
2. NIP : 1951 1005 1980 101 001
3. Pekerjaan : Dosen Tetap Jurusan ISP FIS UNP Padang
4. Tempat/tanggal lahir : Payakumbuh / 05 Oktober 1951
5. Pangkat / Golongan : Pembina Tk. I / IV b
6. Jabatan : Lektor Kepala
7. Alamat : Wisma Indah VII Blok D/4 Tabing Padang - 25171

### *Riwayat Pendidikan*

No.	Jenjang Pendidikan	Tahun	Tempat	Gelar
1.	Sekolah Dasar	1961-1966	Lampasi Payakumbuh	Ijazah SD
2.	SMP Negeri	1967-1968	Dangung-Dangung	Ijazah SMP
3.	SPG Negeri	1969-1971	Payakumbuh	Ijazah SPG
4.	Sarjana Muda IKIP Padang	1975	Padang	BA
5.	Sarjana IKIP Padang	1979	Padang	Sarjana (Drs)
6.	S2 UNP Padang	2005	Padang	Magister (M.Pd)

### *Pengalaman Mengajar*

No.	Nama Mata Kuliah	Tempat Mengajar
1.	Pendidikan Pancasila	IKIP Padang dan STKIP PGRI Sumbar
2.	Kewarganegaraan	Jurusan PPKN FPIPS IKIP Padang
3.	Kebudayaan Nasional	Jurusan PPKN FPIPS IKIP Padang
4.	Wawasan Nusantara	Jurusan PPKN FPIPS IKIP Padang
5.	Ilmu Negara	Jurusan PPKN FPIPS IKIP Padang
6.	IKN/PKN	Jurusan PPKN FPIPS IKIP Padang
7.	Pendidikan Kewiraan	IKIP Padang
8.	Pendidikan Kewiraan	STKIP PGRI Sumbar

9.	Pendidikan Kewiraan	STISOSPOL Imam Bonjol Padang
10.	Pendidikan Kewarganegaraan	IKIP Padang
11.	Pendidikan Kewarganegaraan	STKIP PGRI Sumbar
12.	Pendidikan Kewarganegaraan	STISOSPOL Imam Bonjol Padang
13.	Pendidikan Kewarganegaraan	STIKES Alifa Padang
14.	Geopolitik Indonesia	Jurusan PKN FIS
15.	Sistem Sosial Indonesia	Jurusan ISP FIS
16.	Perkembangan Peserta Didik	Prodi PKN ISP FIS
17.	Profesi Kependidikan	Prodi PKN ISP FIS
18.	Birokrasi Indonesia	Prodi Ilmu Administrasi Negara ISP FIS
16.	Pemerintahan Nagari	Prodi Ilmu Administrasi Negara ISP FIS

### ***Karya Ilmiah***

1. Kesaktian Pancasila ditinjau dari beberapa sudut pandang, 1984 (Buku)
2. Pemantapan Integritas Kebudayaan Nasional melalui Pancasila In Action, 1985 (Buku)
3. Pemanfaatan Perpustakaan oleh mahasiswa IKIP Padang, 1986 (Penelitian)
4. Pemanfaatan KMI bagi mahasiswa IKIP Padang, 1986 (Penelitian)
5. Partisipasi Politik Warga Negara dalam Pemilu Dengan Sistem Demokrasi Pancasila, 1987 (Buku)
6. Pengaruh Bipatride Masyarakat Keturunan Cina di Indonesia, 1989 (Buku)
7. Peranan Pendidikan Politik Dalam Upaya Pemantapan Pancasila Sebagai Satu-Satunya Azas, 1990 (Buku)
8. Pembinaan Disiplin Masyarakat Dalam Pemantapan Disiplin Nasional Untuk Keberhasilan Pembangunan Nasional, 1992 (Buku)
9. Suatu studi tentang iklim organisasi sekolah pada SMA Negeri di Kotamadya Padang, 1995 (Penelitian)

10. Reorientasi Konsep Dasar Materi Ajar PPKn Dalam menghadapi Era Globalisasi (Makalah, Kerjasama Indiana Indiana University – UNP Padang)
11. Pendidikan di Era Otonomi Daerah (Makalah)
12. Pendidikan Kewarganegaraan Baru, dan Pendidikan Kewarganegaraan sebagai pengganti Pendidikan Kewiraan. (Makalah)
13. Demokrasi dan Demokratisasi (Buku Ilmiah)
14. Eksistensi Partai Era Orde Baru (Buku Ilmiah)
15. Dinamika Gerakan Mahasiswa di Indonesia (Buku Ilmiah)
16. LSM dan Demokratisasi (Makalah)
17. Hak sipil dan politik (Jurnal Demokrasi FIS))
18. Akses dan Kontrol Perempuan terhadap hak-hak politiknya pada Pemilu tahun 2004 di Kota Padang (Tesis S2)
19. Pelatihan guru-guru PPKn SMP se Kecamatan Sungai Tarab Kabupaten Tanah Datar (Laporan Pengabdian Masyarakat)
20. Pelayanan Peningkatan Kemampuan Guru PPKn SMP di Lubuk Alung Kabupaten Padang Pariaman, (Laporan Pengabdian Masyarakat)
21. Latihan Kepemimpin Pemuda se Kecamatan 2x11 Enam Lingsung. (Laporan Pengabdian Masyarakat)
22. PENINGKATAN PENGETAHUAN DAN KETERAMPILAN GURU DALAM PEMBUDAYAAN NILAI-NILAI PANCASILA PADA SEKOLAH DASAR DI KABUPATEN PESISIR SELATAN (Laporan Pengabdian Masyarakat 2010)
23. AKSES DAN KONTROL PEREMPUAN PASCA KUOTA 30 % KETERWAKILAN PEREMPUAN DALAM PEMILU LEGISLATIF 2004 DI KOTA PADANG (Penelitian 2011)

### ***Kursus/Pelatihan***

1. Penataran P4 Tipe A Angkatan XVII / 1981, Padang
2. Penataran Sistem Manajemen Administrasi Akademik dan Informasi, 1985, Padang
3. Penataran Manajemen dan Administrasi Perguruan Tinggi, 1986, Palembang
4. Suscados Kewiraan Lemhannas Angkatan XXV/1988, Jakarta
5. Lokakarya Akta V Baru, 1988, Padang



6. Penataran dan Lokakarya Dosen Kewiraan Sumbagut, 1990, Medan
7. Penataran dan Lokakarya Dosen Kewiraan Sumbagut, 1992, Padang
8. Penataran dan Lokakarya Dosen Kewiraan Sumbagut, 1995, Padang
9. Seminar Nasional Regionalisme, Nasionalisme dan Ketahanan Nasional, 1996, Yogyakarta
10. Penataran dan Lokakarya Dosen Kewiraan Se Kodam I , Bukit Barisan, 2000, Padang
11. Pelatihan Nasional Dosen Pengembangan Kepribadian, 2002, Yogyakarta
12. Diskusi Panel / Nasional Kembali ke nagari, desentralisasi dan demokrasi Lokal, 2002 Padang
13. Seminar Nasional Implementasi Pendidikan IPS dalam menyongsong pelaksanaan Pendidikan Profesi Guru dan Dosen, 2007, Surakarta
14. Pembekalan Tutor PGSD, 2008, Padang
15. Seminar Nasional dan Workshop Kehidupan Beragama di PT, 2009, Padang
16. Pelatihan Peningkatan Kemampuan Dosen PKN, 2011, Jakarta

### **Riwayat Jabatan**

No.	J a b a t a n	Instansi	Tahun
1.	Kepala Bagian Kemahasiswaan	IKIP Padang	1983 – 1986
2.	Pembantu Dekan III	STKIP PGRI	1984 – 1995
3.	Pembantu Ketua Bidang Akademik	STKIP PGRI	1995 – 1999
4.	Pj. Ketua	STKIP PGRI	1999 – 2000
5.	Pembantu Ketua Bidang Akademik	STKIP PGRI	2000 – 2004

### **Keluarga**

Nama Isteri : Dra. Hj.Irna Munir  
 Tempat/Tgl lahir : Bukittinggi/21 Desember 1954



Pendidikan : Sarjana Pendidikan Bahasa Indonesia FPBS IKIP Padang  
Pekerjaan : Guru SMA Negeri 7 Padang  
Alamat Wisma Indah VII Blok D/4 Tabing Padang – 25171  
Anak : 1. Ronald Ciptadi (Wiraswasta)  
2. Yuri Andika (Alumni FHUK Unand Padang)  
3. Yosi Herdina (Alumni FBSS UNP Padang)

***Tanda Jasa***

Piagam Tanda Kehormatan Satya Lencana Karya Satya 20 tahun

Piagam Tanda Kehormatan Satya Lencana Karya Satya XXX tahun

Padang, Februari 2012

Dosen yang bersangkutan

Drs. H.Muhardi Hasan, M.Pd

NIP. 19511005 198010 1 001

## CURRICULUM VITAE

1. Nama Lengkap dan Gelar : Rahmadani Yusran, S.Sos.,M.Si.
2. NIP : 19730927 200501 1 004
3. Tempat dan Tanggal Lahir : Tabatpatah, 27 September 1973
4. Jenis Kelamin : Laki-laki.
5. Pangkat, Golongan : Lector, III c.
6. Jabatan : Dosen Fakultas Ilmu Sosial Universitas Negeri Padang.
7. Alamat Kantor : Jl. Prof. Dr. Hamka Air Tawar Padang.  
Nomor Telepon/Fax : 0751-7055671, 445187 ; Fax 0751-7055671  
Alamat E-mail : [yusran.riyus@gmail.com](mailto:yusran.riyus@gmail.com)  
Alamat Url : [staf.unp.ac.id/yusranrdy](http://staf.unp.ac.id/yusranrdy)
8. Alamat Rumah : Jln. Durian No. 5 Purus Baru, Padang.  
Nomor Telepon/HP : 075138247, HP 081374381839
9. Riwayat Pendidikan : a. SD Negeri Salimpaung, Tanah Datar. Tamat tahun 1986.  
b. SMP Negeri Salimpaung, Tanah Datar. Tamat tahun 1989.  
c. SMA Negeri 5 Pekanbaru, Tamat tahun 1992.  
d. Strata 1 (S1) Jurusan Ilmu Pemerintahan FISIPOL UNRI Pekanbaru, Tamat tahun 2000.  
e. Strata 2 (S2) Ilmu Administrasi Negara Program Pascasarjana Universitas Gadjah Mada Yogyakarta, Tamat tahun 2004.
10. Riwayat Pekerjaan
  - a. Dosen FIS Universitas Negeri Padang sejak tahun 2005
  - b. Peneliti Pusat Kajian Otonomi Daerah dan Kewilayahan Lembaga Penelitian Uninersitas Negeri Padang sejak tahun 2007
  - c. Redaksi Jurnal Demokrasi sejak tahun 2008
  - d. Anggota Tim e-learning Universitas Negeri Padang tahun sejak 2008
11. *Penelitian yang pernah dilakukan (5) Tahun terakhir:*
  - a. Peningkatan Hubungan Kerjasama Provinsi/Kabupaten/Kota Dalam Penyelenggaraan Pemerintahan Kerjasama dengan Badan Penelitian dan Pengembangan Propinsi Sumatera Barat, (2005)
  - b. Pembinaan dan Penataan Aparatur Pemerintahan Nagari Di Provinsi Sumatera Barat Kerjasama dengan Badan Penelitian dan Pengembangan Propinsi Sumatera Barat, (2005)
  - c. Dinamika Kebijakan Pemekaran daerah Di Indonesia: Studi Kabupaten Solok Selatan DIKS UNP, (2006)
  - d. Negara Kuat Dalam Pelaksanaan Demokrasi Lokal Di Indonesia : Tinjauan Awal Perberlakuan UU No. 32 Tahun 2004, Jurnal Demokrasi, (2005)
  - e. Orientasi Politik dan Perilaku Politik Perempuan Anggota DPRD Kota Padang, Dikti, (2007)

- f. Persepsi dan Kontrol Politik Masyarakat Kota Padang Terhadap Pelaksanaan Pilkada Gubernur Provinsi Sumatera Barat, DIKS UNP, (2007)
- g. Pemberdayaan Masyarakat Adat Sebagai Basis Penataan Penyelenggaraan Pemerintahan Nagari Di Sumatera Barat, Direktorat Jenderal Pendidikan Tinggi, 2008
- h. Kajian Budaya dan etos Kerja PNS Pada Pemerintahan Kota Padang, DIKS UNP. (2008)
- i. Evaluasi Kebijakan Pemekaran Daerah di Indonesia: Studi Pemekaran Kabupaten Solok Selatan, DIKS UNP, (2008)
- j. Pemetaan Orientasi Politik dan Respons Politik Petani Subsisten Terhadap Kebijakan di Sumatera Barat, Direktorat Jenderal Pendidikan Tinggi. (2009)
- k. Pemberdayaan Masyarakat Adat Sebagai Basis Penataan penyelenggaraan Pemerintahan Nagari Di Sumatera Barat, Direktorat Jenderal Pendidikan Tinggi, 2009
- l. Desentralisasi Politik: Kajian Tentang Pelaksanaan Pemilihan Kepala Daerah Langsung di Sumatera Barat. DIPA UNP (2009)
- m. Pemberdayaan Masyarakat Adat Sebagai Basis Penataan Penyelenggaraan Pemerintahan Nagari Di Sumatera Barat, Direktorat Jenderal Pendidikan Tinggi, 2010
- n. Pemetaan Orientasi Politik dan Respons Politik Petani Subsisten Terhadap Kebijakan di Sumatera Barat, Direktorat Jenderal Pendidikan Tinggi. (2009)
- o. Pemberdayaan Masyarakat Adat Sebagai Basis Penataan Penyelenggaraan Pemerintahan Nagari Di Sumatera Barat, Direktorat Jenderal Pendidikan Tinggi, 2011

## 12. Publikasi Ilmiah

- a. Negara Kuat dalam Pelaksanaan Demokrasi Lokal : Tinjauan Awal Terhadap Pemberlakuan UU No.32 Tahun 2004, Jurnal Demokrasi Vol.IV No.2, Oktober 2005.
- b. Peranan Argumentative Return Dalam Kebijakan Publik: Studi Tentang Dinamika Kebijakan Pembentukan Propinsi Kepulauan Riau. Jurnal Demokrasi Vol. VI No. 1, April 2007.
- c. Evaluasi Dampak Pemekaran daerah di Indonesia: Studi Daerah Pemekaran Kabupaten Solok Selatan. Jurnal Demokrasi Vol. VI No. 2, Oktober 2007
- d. Kebijakan Pemekaran daerah Di Indonesia: Studi Tentang Dinamika Pembentukan Kabupaten Solok Selatan, Disampaikan Dalam Konferensi Nasional Administrasi Negara Universitas Gadjah Mada, Tanggal 27-28 Juni 2008

- e. Marjinalisasi dan Pemberdayaan Masyarakat Adat Dalam Penyelenggaraan Pemerintahan Nagari di Sumatera Barat. Jurnal Demokrasi Vol. VII No. 1, April 2008
- f. Orientasi Politik dan Respons Politik Petani Subsisten Terhadap Kebijakan Publik di Sumatera Barat. Jurnal Analisa Politik. Vol. 11 No. 1 Tahun 2011

Padang, Desember 2012  
Yang bersangkutan

Rahmadani Yusran, S.Sos, M.Si

## CURRICULUM VITAE

### A. Identitas Diri

Nama : Rika Sabri, M.Kep.,Sp.Kom  
NIP : 197308242002 2 002  
NIDN : 0024087304  
Tempat dan Tanggal Lahir : Padang/24 Agustus 1973  
Golongan/Pangkat : IIIc/Penata  
Fungsional : Lektor  
Alamat Kantor : Gedung PSIK, Kompus Limau Manis Padang  
No. Telp/Fax : 0751-779233/0751-779235  
Alamat Email : [rika.riyus@gmail.com](mailto:rika.riyus@gmail.com) atau [rika\\_sabri@yahoo.com](mailto:rika_sabri@yahoo.com)  
Alamat rumah : Jalan Durian no. 4 Purus Baru Padang  
No. Telp/Hp : 0751-38247/ 081374393567  
Bidang Ilmu : 371- Ilmu Keperawatan  
PT Pengusul : 001006-Universitas Andalas

### B. Riwayat Pendidikan

No	Tahun lulus	Jenjang	D/L	Nama Perguruan Tinggi/Prodi
1	1986	SD	D	SDN 81 Padang
2	1989	SMP	D	SMPN 2 Padang
3	1992	SMA	D	SMAN 2 Padang
4	1997	S-1	D	Universitas Indonesia, Jakarta, Indonesia/ Ilmu keperawatan
5	2003	S-2	D	Unversitas Indonesia, Depok, Indonesia/ Magister Keperawatan
6	2003	Spesialis	D	Universitas Indonesia, Depok, Indonesia/ Spesialis Keperawatan Komunitas
7	2012-sekarang	S-3	D	Universitas Indonesia, Depok, Indonesia/ Program Doktor

### C. Riwayat Jabatan dalam Mengelola Institusi

No	Peran	Jabatan/Unit	Institusi	Masa
1	Wakil Ka.Prodi I	Bidang Akademik dan kemahasiswaan	PSIK-FK Unand	2008-2012
2	Sekretaris	GKM Program Studi	PSIK-FK Unand	2009-2010
3	Pengampu MA Kep. Komunitas	Koordinator/ Pengampu	PSIK-FK Unand	2011-sekarang
4	Penyusun Proposal S-2 Keperawatan Aliansi Unand-UI	Anggota	Aliansi Pascasarjana Unand dan Fakultas Keperawatan UI	2009
	Wakil Ka.Prodi I	Bidang Akademik dan kemahasiswaan	PSIK-FK Unand	2004-2008
5	Koordinator Mata kuliah keperawatan komunitas	Koordinator/ Pengampu	PSIK-FK Unand	2003-2006

6	Wadir I	Bidang Akademik	Akper Persada Husada Indonesia Jakarta	2001-2003
7	Wadir III	Bidang kemahasiswaan	Akper Persada Husada Indonesia Jakarta	2000-2001
8	Koordinator Akademik	PJ. Pengajaran	Akper Mercubaktijaya, Padang	1997-2000

#### D. Riwayat Pengajaran

No	Nama MA	sks	Jenjang	Semester	Prodi
1	Metodologi Kep	2	S-1	Gasal/2005-2006	Ilmu Keperawatan
2	Kep. Komunitas 1	2	S-1	Gasal/2005-2006 s/d 2010/2011	Ilmu Keperawatan
3	Kep. Keluarga 1	2	S-1	Gasal/2005-2006-2007/2008	Ilmu Keperawatan
4	Kep. Gerontik	2	S-1	Gasal/2005-2006	Ilmu Keperawatan
5	Prak. Kep. Gerontik	1	S-1	Gasal/2005-2006-2006/2007	Ilmu Keperawatan
6	Pre-Klinik Kep. Komunitas	1	S-1	Gasal/2005-2006-2010/2011	Ilmu Keperawatan
7	Etik dan Hukum Kep	1	S-1	Genap/2005-2006-2010/2011	Ilmu Keperawatan
8	Kep. Komunitas II	1	S-1	Genap/2005-2006-2010-2011	Ilmu Keperawatan
9	Kep. Gerontik 1	2	S-1	Genap/2005-2006-2006-2007	Ilmu Keperawatan
10	Ilmu Politik di Kep	2	S-1	Genap/2005-2006-2007-2008	Ilmu Keperawatan
11	CONE	4	S-1	Genap/2005-2006-2010-2011	Ilmu Keperawatan
12	Etik dan hukum Keperawatan	2	S-2	Ganjil 2010-2011	Magister Kep.
13	Kebijakan Publik	2	S-2	Genap 2010-2011	Magister Kep.
14	Manajemen Kep.	3	S-2	Genap 2010-2011	Magister Kesehatan Masyarakat

#### E. Riwayat Pelatihan Profesional

No	Tahun	Penyelenggara/tempat	Nama Pelatihan/Scope (Int, Nas, Prov, Univ)
1	2011	HPEQ Project Dikti/ Bali	Pelatihan item development reviwer
2	2010	HPEQ Project Dikti/ Medan	Pelatihan item development writer
3	2009	PSIK-FK Unand/ Padang	Pelatihan dan Penyegaran Pembimbing Klinik (CI) Keperawatan
4.	2008	AIPNI/Jakarta	Pelatihan Penyusunan Nasional implementasi KBK Keperawatan
5.	2008	Lembaga Pengabdian Masyarakat Unand/ Padang	Pelatihan Metodologi Pengabdian Dosen Muda bagi Dosen Universitas Andalas di Padang

No	Tahun	Penyelenggara/tempat	Nama Pelatihan/Scope (Int, Nas, Prov, Univ)
6.	2007	AIPNI-Dit AK DepDikNas / Jakarta	Pelatihan TOT-KBK Pendidikan Sarjana Keperawatan
7	2007	AIPNI-Dit AK DepDikNas / Jakarta	Pelatihan Soft Skills KBK Pendidikan sarjana Keperawatan
8.	2006	Unand/ Padang	Workshop Penjaminan Mutu Pendidikan
9	2006	Unand/ Padang	Pelatihan Penyiapan Materi Perkuliahan Berbasis MultiMedia dan Audio Visual
10	2005	DepDikNas DitJend Dikti-PAU-PPI Unand/ Unand-Padang	Pelatihan Program Peningkatan Keterampilan Dasar Teknik Instruksional (PEKERTI) Angkatan XIII
11	2004	PSIK-FK Unand/ Padang	Pelatihan Metodologi Riset
12	2003	Deputi Bid. Pembinaan Dik-Lat Aparatur/ Padang	Pendidikan Pelatihan Jabatan PNS

#### F. Produk Bahan Ajar

No	Nama MA	sks	Jenjang	Semester	Jenis (cetak/non cetak)
1	Metodologi Kep	2	S-1	Ganjil	Non Cetak
2	Kep. Komunitas 1	2	S-1	Ganjil	Non Cetak
3	Etik dan Hukum Kep	2	S-1	Ganjil	Non Cetak

#### G. Riwayat Penelitian

No	Tahun	Sumber Dana	Judul Penelitian	Peran
1	2011	Dosen Muda PSIK- Unand	Studi Perbandingan : Kepatuhan Penderita TB Menelan Obat antara Pengawas Menelan Obat (PMO) dari Keluarga dan Luar Keluarga di Wilayah Kerja Puskesmas Padang Pasir dan Lubuk Buaya, Padang, 2011	Ketua
2	2009- 2011	Strategis Nasional thn 1 s/d 3	Model Kemitraan Institusi Pendidikan Keperawatan dan Dinas Kesehatan Kota dalam Upaya Penanggulangan Gizi Buruk Balita di Keluarga Nelayan Pesisir Pantai Sumatera Barat Melalui Pemberdayaan Masyarakat.(belum dipublikasikan)	Anggota
3	2009- 2011	Hibah bersaing thn 1 s/d 2	Model Pendeteksian Kasus Tuberkulosis (TBC) Untuk Pencegahan Penularan TBC Melalui Kemitraan Puskesmas, Institusi Pendidikan dan Pemberdayaan Masyarakat di Sumatera Barat	Ketua
4	2010	Dosen Muda PSIK- Unand	Analisis Hubungan Antara Karakteristik, Dukungan Sosial Dan Keaktifan Dalam Kelompok Usia lanjut Dengan Kesehatan Psikososial Anggota Kelompok Usia lanjut Di Kecamatan Nanggalo Padang Tahun 2010	Ketua
5	2009	Dosen Muda Unand	Pengaruh pijat bayi terhadap peningkatan berat badan bayi usia 3-6 bulan di Kelurahan Pasia Nan Tigo Kecamatan Koto Tangah Kota Padang Tahun 2009 ( Dana DIPA Unand Tahun 2009 )	Anggota
6	2008	Dosen Muda FK Unand	Efek asuhan keperawatan keluarga terhadap peningkatan status gizi balita di kelurahan kurao pagang kecamatan nanggalo padang	Ketua

No	Tahun	Sumber Dana	Judul Penelitian	Peran
7	2008	Dosen Muda Dikti	Pengaruh Pendekatan <i>Home Base Program</i> Dalam Pemberian Terapi Metoda <i>Applied Behaviour Analysis (Aba)</i> Terhadap Kemajuan Penderita Autisma Di Sekolah Autisma Kota Padang 2008	Ketua
	2008	Mandiri	Pengaruh Pendidikan Kesehatan Terhadap Peningkatan Pengetahuan Ibu Tentang Gizi Balita Di Wilayah Kerja Puskesmas Lubuk Buaya Kelurahan Parupuk Tabing	Ketua
8	2007	Mandiri	Faktor-faktor yang berhubungan dengan perilaku petugas puskesmas terhadap program penemuan penderita Tuberkulosis Paru BTA Positif di Kab. Kerinci.	Ketua
9	2006	Dosen Muda Dikti	Pengaruh terapi Autis terhadap kemajuan anak autis di sekolah autisme di kota Padang	Ketua

#### H. Riwayat Karya Ilmiah

No	Jenis	Judul Karya	Tahun	Keterangan
1	Poster	The Relationship Between Implementation Of <i>Kadarzi</i> With Nutritional Status In <i>Desa Siaga</i> Of Gunung Sariak In Belimbing Public Health Centre, Sumatera, Indonesia	2011	Peserta
2	Makalah	Community Participation in Case Detection of Suspected Tuberculosis Cases in Tanah Datar District, West Sumatra, Indonesia	2011	Ketua/ Pemakalah
3	Poster	Effect of Getting Sensory Integration Therapy with the Progress of Self-Care Skill to children with Autism	2010	Ketua/Peserta
4	Makalan	Model of Tuberculosis Case Detection Through a Partnership of Educational Institution and Health Services with Community empowerment Approach, in West Sumatera	2010	Ketua/ Pemakalah
5	Jurnal	Faktor-faktor yang berhubungan dengan Tindakan Masyarakat Terhadap Penderita Kusta di Jorong Kuamang Kanagarian Panti Kec. Panti Kab. Pasaman Tahun 2008	2010	Anggota
6	Jurnal	Identifikasi Faktor Penghalang Lanjut Usia Memanfaatkan Posyandu di Wialayah Kerja Puskesmas Pakandangan, Kab. Padang Pariaman. Jurnal Ners vol. 5 No. 2 Desember 2009	2009	Mandiri
7	Jurnal	Pengaruh Pendidikan Kesehatan terhadap Peningkatan Pengetahuan Ibu Tentang Gizi Balita Di Wilayah Kerja Puskesmas Lubuk Buaya Kelurahan Parupuk Tabing. Jurnal Ners, Volume 4 No. 1 Juni 2008	2008	Ketua
8	Jurnal	Pengaruh Terapy Autis terhadap kemajuan Anak Autis di Sekolah Khusus Autisme di Kota Padang. Jurnal ners Volume 3 No. 1 Juni 2007	2007	Ketua
9	Jurnal	Analisa masalah Tuberculosis (TBC) di Indonesia dan Alternatif Pemecahan Masala g ditinjau dari Pendekatan Keperawatan Komunitas. Jurnal Ners Volume 1 No. 2 Desember 2005.	2005	Mandiri



### I. Riwayat Pertemuan Ilmiah

No	Tahun	Jenis Pertemuan	Judul Kegiatan	Penyelenggara	Peran Panitia, peserta, pembicara)
1	2011	Seminar	Seminar Soft Skill untuk Perawat PPGD	PPNI Sumbar Dinkes Kab. Sawahlunto	Pembicara
2	2011	Conference	Public Health Nursing Conference: Enhancing Community Participation : Partnership in Health Promotion	Ministry of Health Malaysia, Sarawak Health Department	Pembicara
3	2010	Conference	Innovation In Nursing Education and Health Care Service	PSIK Undlp/ Semarang	Pembicara
4	2010	Seminar Nasional	Hypnocaring, Herbal dan Accupressure In Nursing Menuju Pelayanan Kep. Mandiri	PSIK-FK Unand	Peserta/ Panitia
5	2010	Seminar	Peningkatan Mutu Perguruan Tinggi Keperawatan untuk Memamntapkan Jati Diri Profesi Perawat	AIPNI	Peserta
6	2010	Conference	In First SEARAME International Conference and 5th Indonesia Scintific Medical Education Expo & Meeting	AIPNI, AIPKI, AIPKIND, AFDOKGI, DikNas, UGM, Searame dan WHO	Peserta
7	2009	Seminar	Seminar Ilmu Dasar "A New Concept of Carcinogenesis and Update on Biomarker in Malignant Disease	FK Unand	Peserta
8	2009	Lokakarya Nasional	KBK sebagai arah penyelenggaraan Pendidikan Ners Berkualitas	STIKes Alifah Padang	Peserta
9	2009	Lokakarya dan PIK	Menyikapi kebijakan pemeritnah tentng perawat PTT dan mendukung program Indonesia Sehat 2010	PPNI SUMbar	Peserta
10	2009	Workshop	Metodologi riset Keperawatan	PSIK-FK Unand	Peserta
11	2009	Lokakarya	Lokakarya: mengidentifikasi dan menyusun Kurikulum Muatan Lokal	STIKes Yarsi	Pembicara
12	2008	Workshop	Workshp KBK Keperawatan	AIPNI	Peserta
13	2008	Seminar dan kongres	Ikatan Perawat Kesehatan Komunitas Indonesia (IPKKI)	PPNI Pusat	Peserta
14	2008	Lokakarya	KBK Program S-1 Keperawatan	PPNI Sumbar	Narasumber
15	2008	Lokakarya	Pengembangan Pendidikan Profesi Keperawatan	AIPNI-PHP3 Dep.DikNas	Peserta
16	2007	Seminar dan workshop Nasiona;	Menyongsong Era Baru Pendidikan Tinggi Keperawatan : Meningkatkan kualitas	AIPNI	Peserta

			Pendidikan melalui Kurikulum Berbasis Kompetensi pada Patient Safety		
17	2007	Workshop	Workshop in Problem Writing	PEPKI IV	Peserta
18	2007	Seminar International	Communication and Media studies Curriculum and education Further Potential and Prospect in Indonesia and Malaysia	Unand-UTM Malaysia	Peserta
19	2007	Seminar Nasional/ Surabaya	Pertemuan dan Seminar Ilmiah HIV dan AIDS ke-3	PerNas HIV & AIDS- IDI	Peserta
20	2007	Symposium	Symposium of the Gastroenterohepatology	Dep. PD. FK Unand	Peserta
21	2006	Lokakarya nasional	Pendidikan Tinggi Keperawatan dan Kurikulum Inti Pendidikan Sarjana Keperawatan	PPNI Pusat dan AIPNI	Peserta
22	2006	Seminar Nasional	Penatalaksanaan Pratik Mandiri Keperawatan	Akper ranah Minang Padang	Pembicara
23	2005	Symposium	Problem Based Learning (PBL) as New Paradigm in Medical Education	FK Unand	Peserta
24	2005	Seminar dan workshop	Women Health and Community Outreach Model	Faculty of Nursing UI-Memorial University of Newfoundland	Peserta
25	2005	Seminar Nasional	Seminar Nasional Proses Keperawatan	PSIK-FK Unand	Peserta dan Panitia
26	2005	Seminar	Kesiapan Institusi Pendidikan Ners Menghasilkan Lulusan yang Mampu Berkompetisi di Era Global	AIPNI	Peserta

**J. Riwayat Pengabdian Kepada Masyarakat**

No	Tahun	Jenis>Nama Kegiatan	Peran	Tempat
1	2008	Upaya perbaikan gizi keluarga melalui gerakan keluarga sadar gizi di Padang	Anggota	Kurao pagang, Nanggalo Padang
2	2009	Penggunaan Modul Pada Pelatihan Dan Penyuluhan Pengawas Minum Obat (Pmo) Untuk Mencegah <i>Drop Out</i> Pengobatan Tbc Di Wilayah Kerja Puskesmas Padang Pasir, Padang Sumbar	Ketua	Kec. Ujung Gurun, Padang
3	2009	Pemulihan kondisi kejiwaan (trauma) terutama pada anak-anak dengan terapi bermain dan lomba cerdas cermat tingkat SD pasca Banjir bandang didaerah Sungai Tarab I Kab Tanah Datar. Tahun 2009 (Pengabdian Masyarakat PSIK ).	Anggota	Sungai Tarab I Kab Tanah Datar
4	2010	Pelatihan kader siaga bencana di Kelurahan Batang harau Kec. Padang Selatan	Narasumber dan Penanggung jawab II	Belurahan Batang Harau
5	2010	Penerapan Asuhan Keperawatan Keluarga (Kunjungan Rumah) Untuk Meningkatkan Gizi Balita Pada Keluarga Nelayan Di Kota Padang	Ketua	Kec. Padang Utara (Kelurahan Lolong belanti Padang)
6	2005	Pengobatan dan sunatan massal	Anggota	Saniang bakar Solok Kuranji Padang
7	2011	Kuliah Kerja Nyata Mahasiswa Universitas Andalas ( PL ) Pada dua Kanagarian/ daerah.	Dosen Pembimbing	Kec. Lembah Segar untuk 2 Nagari (Nagari Kubang Tengah dan Kubang Sikabu) Sawahlunto
8	2011	Ibm Kelompok Ibu Rumah Tangga Yang Tinggal Di Pesisir Pantai Kota Padang, Pasca Bencana Gempa Sumbar	Ketua	Kelurahan Batang Harau Padang
9	2010	Psychoterapy dan Psychoeducation korban bencana di Kabupaten dan Kota, Sumbar (Dinas Kesehatan Provinsi)	Anggota tim Psychoeducati on	Kab. Tanah Datar.

Demikianlah riwayat hidup ini saya buat dengan sebenar-benarnya, dan apabila dikemudian hari terjadi perbedaan, saya bersedia menanggung konsekuensinya.

Padang, 10 Agustus 2012  
Pembuat CV

Rika Sabri.,M.Kep.,Sp.Kom  
NIP: 19730824 200212 2 002



KEMENTERIAN PENDIDIKAN DAN KEBUDAYAAN  
UNIVERSITAS NEGERI PADANG  
FAKULTAS ILMU SOSIAL  
JURUSAN ILMU SOSIAL POLITIK

Jl. Prof. Dr. Hamka, Kampus UNP Air Tawar, Padang 25171  
Telp. (0751) 7055671 Fax (0751) 7055671  
e-mail: [info@fis.unp.ac.id](mailto:info@fis.unp.ac.id) Web: <http://fis.unp.ac.id>



Certified Management System  
DIN EN ISO 9001:2008  
Cert.No. 01.100 117125

Nomor : 60/UN35.1.6.2/TU/2013  
Lamp : -  
Hal : Penambahan Jadwal Ujian Skripsi

Padang, 11 Januari 2013

Kepada Yth.:  
Bapak/Ibu... Rahmadani Yusran, S.Sos. M.Si  
Staf Pengajar Jurusan ISP FIS-UNP

Di  
Padang

Dengan Hormat,

Dengan ini kami sampaikan kepada Bapak/Ibu Staf Pengajar bahwa minggu depan adalah deadline terakhir ujian skripsi untuk mahasiswa yang akan wisuda Bulan Maret 2013. Berhubung karena banyaknya jumlah mahasiswa yang mendaftar ujian skripsi untuk minggu depan maka jadwal ujian skripsi dijadikan 2 hari yaitu Rabu tanggal 16 Januari 2013 dan Kamis tanggal 17 Januari 2013. Oleh karena itu kami harapkan kehadiran Bapak/Ibu dalam ujian skripsi sesuai dengan surat tugas yang kami edarkan.

Demikianlah kami sampaikan atas perhatian dan kerjasama Bapak/Ibu/Saudara kami aturkan terima kasih.

Ketua

Drs. M. Fachri Adnan, M.Si. Ph.D  
NIP. 19581017 198503 1 001