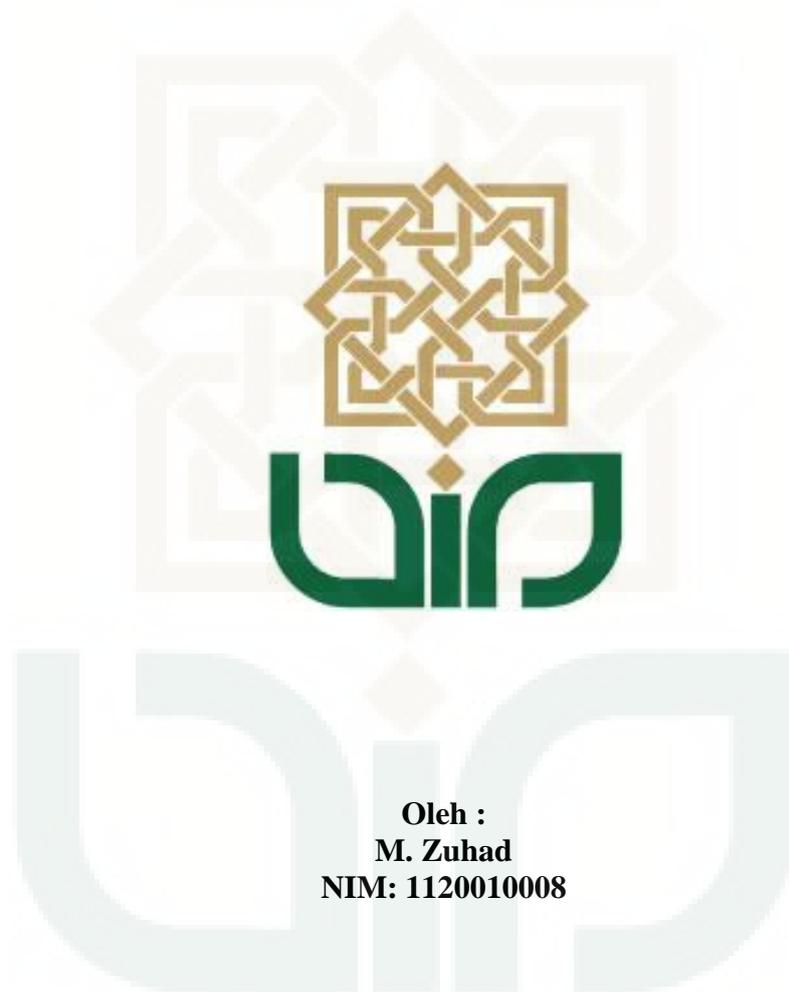


**IMPLEMENTASI KEBIJAKAN JAMINAN KESEHATAN
MASYARAKAT (JAMKESMAS)
(Studi di Puskesmas Kerongkong Kecamatan Suralaga
Kabupaten Lombok Timur)**



**Oleh :
M. Zuhad
NIM: 1120010008**

TESIS

**Diajukan kepada Program Pascasarjana UIN Sunan Kalijaga
untuk Memenuhi Salah Satu Syarat guna Memperoleh
Gelar Magister Ilmu Sains**

**YOGYAKARTA
2014**

PERNYATAAN KEASLIAN

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : M. Zuhad
NIM : 1120010008
Jenjang : Magister (S2)
Program Studi : Interdisciplinary Islamic Studies
Konsentrasi : Pekerjaan Sosial

menyatakan bahwa naskah tesis ini secara keseluruhan adalah hasil penelitian/karya saya sendiri, kecuali pada bagian-bagian yang dirujuk sumbernya.

Yogyakarta, 17 Oktober 2014

Saya yang menyatakan,



M. Zuhad

NIM: 1120010025



**PROGRAM PASCASARJANA
KEMENTERIAN AGAMA
UNIVERSITAS ISLAM NEGERI SUNAN KALIJAGA
YOGYAKARTA**

PENGESAHAN

Tesis berjudul : **IMPLEMENTASI KEBIJAKAN JAMINAN KESEHATAN
MASYARAKAT (JAMKESMAS) (Studi di Puskesmas Kerongkong
Kecamatan Suralaga Kabupaten Lombok Timur)**

Nama : **M. Zuhad, S.Sos.**

NIM : **1120010008**

Prodi : ***Interdisciplinary Islamic Studies***

Konsentrasi : **Pekerjaan Sosial**

Tanggal Ujian : **24 Oktober 2014**

telah dapat diterima sebagai salah satu syarat memperoleh gelar Magister Ilmu Sains

Yogyakarta, 3 Nopember 2014



Direktur,

Khairuddin, M.A.

112008 199103 1 002

**PERSETUJUAN TIM PENGUJI
UJIAN TESIS**

Tesis berjudul : IMPLEMENTASI KEBIJAKAN JAMINAN KESEHATAN
MASYARAKAT (JAMKESMAS) (Studi di Puskesmas Kerongkong
Kecamatan Suralaga Kabupaten Lombok Timur)

Nama : M. Zuhad, S.Sos.
NIM : 1120010008
Prodi : *Interdisciplinary Islamic Studies*
Konsentrasi : Pekerjaan Sosial

telah disetujui tim penguji ujian munaqosah

Ketua : Dr. Nurul Hak, M.Hum.
Sekretaris : Dr. Mutiullah, S.Fil.I., M.Hum.
Pembimbing/Penguji : Ro'fah, S.Ag., BSW., M.A., Ph.D.
Penguji : Drs. Lathiful Khuluq, MA., BSW., Ph.D.

()
()
()
()

diuji di Yogyakarta pada tanggal 24 Oktober 2014

Waktu : 07.30 s.d. 08.30 WIB
Hasil/Nilai : 85/A-
Predikat : Sangat Memuaskan

NOTA DINAS PEMBIMBING

Kepada Yth.
Direktur Program Pascasarjana
UIN Sunan Kalijaga
Yogyakarta

Assalamu 'alaikum wr. wb.

Setelah melakukan bimbingan, arahan, dan koreksi terhadap penulisan tesis yang berjudul :

**IMPLEMENTASI KEBIJAKAN JAMINAN KESEHATAN
MASYARAKAT (JAMKESMAS)
(Studi di Puskesmas Kerongkong Kecamatan Suralaga
Kabupaten Lombok Timur)**

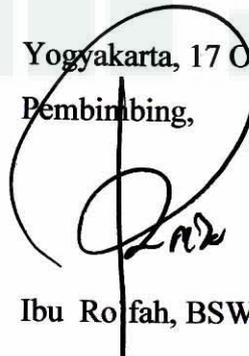
yang ditulis oleh :

Nama : M Zuhad, S. Sos.
NIM : 1120010008
Jenjang : Magister (S2)
Program Studi : Interdisciplinary Islamic Studies
Konsentrasi : Social Work (Pekerjaan Sosial)

saya berpendapat bahwa tesis tersebut sudah dapat diajukan kepada Program Pascasarjana UIN Sunan Kalijaga untuk diujikan dalam rangka memperoleh gelar Magister Ilmu Sains.

Wassalamu 'alaikum wr. wb.

Yogyakarta, 17 Oktober 2014
Pembimbing,



Ibu Rofah, BSW., MA., Ph. D.

ABSTRAK

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui bagaimana implementasi dari program Jamkesmas terhadap penanganan kesehatan bagi masyarakat kurang mampu untuk mengurangi beban yang membebani masyarakat itu sendiri, melalui JAMKESMAS Studi di Puskesmas Kerongkong Kecamatan Suralaga Kabupaten Lombok Timur, Latar belakang penelitian ini didasarkan pada adanya berbagai permasalahan dalam implementasi kebijakan Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas) yang diselenggarakan oleh Pemerintah terutama masih adanya kesenjangan dalam hal kepesertaan dan akses serta mekanisme pelayanan kepada penduduk miskin yang menjadi target kebijakan tersebut, untuk menganalisis implementasi program jaminan kesehatan masyarakat (Jamkesmas) di Puskesmas Kerongkong Kecamatan Suralaga Kabupaten Lombok Timur, tipe penelitian ini adalah deskriptif kualitatif. Fokus penelitian adalah implementasi, kepesertaan, akses, mekanisme dan kendala. Data dikumpulkan melalui observasi, wawancara (indepth interview), dan dokumentasi. Teknik analisis data adalah kualitatif. Hasil penelitian menunjukkan bahwa kebijakan Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas) di kecamatan Suralaga belum optimal, terutama dalam hal kepesertaan, akses, dan mekanisme pelayanan. Dalam hal kepesertaan, masih terjadi kesenjangan jumlah KK peserta Jamkesmas dari kalangan warga miskin di kecamatan. Sosialisasi dan pembinaan masih relatif kurang. Pelaksanaan kebijakan Jamkesmas di kecamatan Suralaga dipengaruhi oleh beberapa faktor yaitu komunikasi, sumber daya, dan media informasi. Latar belakang penelitian ini didasarkan pada adanya berbagai permasalahan dalam implementasi kebijakan Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas) yang diselenggarakan oleh Pemerintah terutama masih adanya kesenjangan dalam hal kepesertaan dan akses serta kurangnya sosialisasi kepada penduduk miskin yang menjadi target kebijakan tersebut. Hasil penelitian menunjukkan bahwa kebijakan Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas) di Kecamatan Suralaga belum optimal, terutama dalam hal kepesertaan, akses, mekanisme pelayanan. Dalam hal kepesertaan, masih terjadi kesenjangan jumlah KK peserta Jamkesmas dari kalangan warga miskin dari jumlah 6.110 KK miskin, ternyata Kecamatan Suralaga hanya mendapat kuota 5.994 KK miskin yang berhak menikmati program Jamkesmas ini, artinya masih ada masyarakat yang seharusnya menerima Jamkesmas belum menerima jaminan bantuan tersebut. Pelaksanaan kebijakan Jamkesmas di Kecamatan Suralaga dipengaruhi oleh tiga faktor yaitu komunikasi, sosialisasi, akses informasi.

Kata kunci: Kebijakan, implementasi, komunikasi, sosialisasi, akses informasi Jaminan Kesehatan Masyarakat (JAMKESMAS)

MOTTO

**Sesungguhnya Tuhan tidak akan merubah suatu kaum sebelum kaum itu
merubah dirinya
(Firman Tuhan)**



PERSEMBAHAN

Dengan Ridho Allah SWT, saya persembahkan karya ini sebagai bentuk hormat dan ungkapan kasih sayang sedalam-dalamnya dan cinta saya kepada Kedua orang tuaku, H. Dimiyati Abd. Hanan dan Hj. Mahmdah beliaulah yang tiada henti mengucapkan serangkaian doa dan dukungan terbaik dengan ketulusan hati untuk keberhasilan dan kesuksesan anaknya, dan adek-adekku tercinta, Ahmad Mursyid dan Ziadaturrohmah, yang tanpa lelah yang selalu memberi keceriaan dan kasih sayang.

KATA PENGANTAR

الحمد لله رب العالمين اشهد ان لا اله الا الله وحده لا شريك له واشهد
ان محمدا عبده ورسوله. اللهم صل وسلم على محمد وعلى اله وصحبه
اجمعين. اما بعد.

Alhamdulillahirobbil alamin puji syukur penulis panjatkan kehadirat Allah SWT yang telah memberikan rahmat dan hidayah-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan tesis ini. Shalawat dan salam penulis haturkan kepada putra mahkota alam dan sebagai suri tauladan ummat Islam yaitu Nabi agung Muhammad SAW yang telah membawa umat Islam dari zaman kegelapan jahiliyah ke zaman yang terang benerang yaitu islam.

Penulis menyadari bahwa keberhasilan penulis untuk menyelesaikan tesis ini tidak terlepas bantuan dari berbagai pihak, baik secara langsung maupun tidak langsung. Untuk itulah dalam kesempatan ini penulis ingin mengucapkan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada:

1. Prof. Dr. H. Musa Asy'ari, selaku Rektor Universitas Islam Negeri Sunan Kalijaga Yogyakarta
2. Prof. Dr. H. Khoiruddin, M.A. selaku Direktur Program Pascasarjana UIN Sunan Kalijaga Yogyakarta.

3. Ibu Ro'fah, S.Ag., BSW.,MA.,Ph.D. Selaku ketua Program Studi Interdisciplinary Islamic Studies dan selaku pembimbing yang telah banyak memberikan bimbingan dan arahan dalam penulisan tesis ini.
4. Bapak Dr. Nurul Hak, M. Hum. sekretaris Program Studi Interdisciplinary Islamic Studies, dan terima kasih juga untuk Bapak Jatno atas bantuannya selama ini.
5. Bapak Edi Suharto, Ph. D., Bapak Adi Fahrudin, Ph. D., Bapak Dr. Almakin, Ph. D., Bapak Prof. Dr. H. Nasruddin Harahap, SU., Bapak Drs. Latiful Khuluq, MA., BSW., Ph. D. Ibu Supartini, M. Si., Bapak Drs. Sulistyoy, SH., CN., M.Si., Bapak M. Agus Nuryatno, MA., Ph.D., Ibu Dr. Sri Harini., Ibu Abidah Muflihati, M. Si., Bapak Dr. Phil. Sahiron, MA., Bapak Asep Jahidin, M. Si., serta dosen-dosen lainnya yang tidak mungkin disebutkan satu persatu, terima kasih tak terhingga atas semua ilmu pengetahuan, dan pembelajaran yang telah penulis dapatkan.
6. Penghargaan yang setinggi-tingginya penulis persembahkan untuk Ayah dan Ibu tercinta yang telah memberikan do'a, dukungan serta pengorbanan baik berupa moril maupun materiil yang tiada pernah henti dan menjadi sumber kekuatan bagi penulis, Semoga selalu di dalam lindungan Allah SWT, Amin.
7. Dr. Joni Sanjaya, selaku Kepala Puskesmas Kerongkong yang telah memberikan pengetahuan dan informasi kepada penulis.

8. Para Informan yang telah bekerjasama memberikan informasi ataupun keluh kesahnya terhadap implementasi Jamkesmas di Puskesmas Kerongkong sehingga tesis ini terselesaikan.
9. Serta berbagai pihak yang secara langsung maupun tidak langsung yang telah membantu dalam penyelesaian dan penulisan tesis ini.

Ketidaksempurnaan seorang manusia menjadi titik kesadaran diri bagi penulis akan kekurangan yang ada dalam tesis ini. Oleh karena itu penulis berharap kritik dan saran yang sifatnya membangun demi kesempurnaan tesis ini. Harapan penulis pula semoga tesis ini dapat memberikan banyak manfaat.

Yogyakarta, 17 Oktober 2014

Penyusun,

M. Zuhad, S. Sos.

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
PERNYATAAN KEASLIAN	ii
NOTA DINAS PEMBIMBING	iii
ABSTRAK	Iv
MOTO	v
PERSEMBAHAN	vi
KATA PENGANTAR	vii
DAFTAR ISI	ix
BAB I PENDAHULUAN	
A. Latar Belakang Masalah	1
B. Rumusan Masalah	7
C. Tujuan dan Manfaat Penelitian	7
D. Kajian Pustaka	8
E. Kerangka Teori	15
F. Metode Penelitian	27
G. Sistematika Pembahasan	37
BAB II : GAMBARAN UMUM LOKASI PENELITIAN	
A. Lokasi Penelitian.....	38
B. Kondisi Geografi	39
C. Kondisi Fisik	40
D. Jumlah dan Kepadatan Penduduk	42
E. Perekonomian	43
F. Keadaan Pendidikan	44
G. Kehidupan Keagamaan.....	46
H. Keadaan penduduk.....	49
BAB III: GAMBARAN UMUM PROGRAM JAMKESMAS	
A. Analisis dan Pedoman Pelaksana Program Jamkesmas	53
B. Tujuan Jamkesmas	56
C. Sasaran Kepesertaan Jamkesmas	57

D. Prinsip Penyelenggaraan	57
E. Tata Laksana Kepesertaan	58
F. Tata Laksana Pelayanan Kesehatan	61
G. Prosedur Pelayanan	68
H. Manfaat Yang Diperoleh Masyarakat Miskin	70
BAB IV: IMPLEMENTASI PROGRAM JAMKESMAS DI	
KECAMATAN SURALAGA	
A. Sosialisasi Program Jaminan Kesehatan Masyarakat.....	75
B. Administrasi Kepesertaan Jaminan Kesehatan Masyarakat	79
C. Pelayanan Pengguna Kartu Jaminan Kesehatan Masyarakat	87
D. Kendala Yang Dihadapi Oleh Masyarakat Miskin Terkait Dengan Pelayanan Jaminan Kesehatan Masyarakat	94
BAB V : PENUTUP	
A. Kesimpulan	101
B. Saran	106
DAFTAR PUSTAKA	110
DAFTAR RIWAYAT HIDUP	112
DAFTAR LAMPIRAN	

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Kebijakan terkait pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin masih menjadi salah satu persoalan mendasar terutama di Indonesia. Masalah kemiskinan yang merupakan masalah yang selalu ada pada setiap negara, meskipun zaman telah memasuki era globalisasi namun tidak dapat dipungkiri masalah kemiskinan selalu menjadi penghambat kemajuan tiaptiap negara. Permasalahan kemiskinan tidak hanya terdapat di negara-negara berkembang saja bahkan di negara maju juga mempunyai masalah dengan kemiskinan.

Indonesia dalam amanat Undang-undangnya menetapkan bahwa:

kesehatan adalah keadaan sehat, baik secara fisik, mental, spritual maupun sosial yang memungkinkan setiap orang untuk hidup produktif secara sosial dan ekonomis dan juga kesehatan merupakan hak fundamental setiap warga, karena itu setiap individu, keluarga masyarakat berhak memperoleh perlindungan terhadap kesehatannya dan Negara bertanggung jawab mengatur agar terpenuhinya hak hidup sehat bagi penduduknya termasuk masyarakat miskin atau masyarakat yang tidak mampu.¹

Untuk itu diselenggarakan pembangunan kesehatan secara menyeluruh dan berkesinambungan, dengan tujuan meningkatkan kesadaran, kemauan dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang agar terwujud derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya. Kesehatan

¹ Amanat Undang-Undang Dasar 1945 serta Undang-Undang no 36 / 2009 tentang kesehatan

adalah hak dasar setiap individu dan semua warga negara berhak mendapatkan pelayanan kesehatan termasuk masyarakat miskin.²

Kesehatan merupakan salah satu kebutuhan dasar manusia untuk dapat hidup layak dan produktif. Untuk itu diperlukan penyelenggaraan kesehatan yang terkendali dalam segi biaya dan mutu, karena setiap manusia kaya maupun miskin, hidup di negara maju maupun berkembang senantiasa dihadapkan pada resiko yang mengancam kehidupan setiap saat. Jaminan sosial (*social security*) adalah intervensi melembaga yang dirancang oleh pemerintah maupun sektor swasta untuk melindungi masyarakat dari berbagai resiko yang timbul dari dirinya (kecelakaan, sakit, meninggal dunia), maupun dari lingkungannya (PKH, bencana alam, bencana sosial).³

Program pembangunan yang diselenggarakan pemerintah selama ini, pada hakekatnya adalah upaya peningkatan kualitas hidup masyarakat Indonesia, tidak terkecuali pembangunan kesehatan. Pembangunan kesehatan yang bertujuan untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat, hal tersebut adalah upaya-upaya untuk menciptakan manusia yang berkualitas dan mempunyai produktifitas kerja yang tinggi, sehingga akan menjadi modal pembangunan yang tangguh.

Salah satu tujuan Indonesia merdeka adalah untuk memajukan kesejahteraan umum (Pembukaan UUD 1945). Amanat tersebut kemudian dijelaskan dalam beberapa pasalnya, setidaknya pasal 27 (ayat 2),

² Konstitusi negara dan Undang-Undang No 40/2004 tentang sistem Jaminan Sosial Nasional mengamanatkan untuk memberikan perlindungan bagi fakir miskin, anak dan orang terlantar serta orang tidak mampu yang pembiayaan kesehatannya dijamin oleh Pemerintah.

³ Edi Suharto, *Kemiskinan dan Perlindungan Sosial di Indonesia*, (Bandung: Alfabeta, 2009), hlm. 58.

menjelaskan bahwa tiap-tiap warga negara berhak atas pekerjaan dan penghidupan yang layak bagi kemanusiaan”. Pasal 28H: “setiap orang berhak atas jaminan sosial yang memungkinkan pengembangan dirinya secara utuh sebagai manusia yang bermartabat. Pasal 34 (ayat 2): negara mengembangkan sistem jaminan sosial bagi seluruh rakyat dan memberdayakan masyarakat yang lemah dan tidak mampu sesuai dengan martabat kemanusiaan. Dalam konteks internasional pun sesungguhnya perlindungan dan jaminan sosial juga telah sejak lama menjadi agenda bersama bangsa-bangsa di dunia. Hal itu terlihat pada Deklarasi Perserikatan Bangsa-Bangsa (1947) tentang Hak Azasi Manusia, dimana Indonesia menjadi salah satu negara yang ikut menandatangani deklarasi tersebut.⁴

Untuk mencapai tujuan nasional tersebut diselenggarakanlah upaya pembangunan yang berkesinambungan yang merupakan suatu rangkaian pembangunan yang menyeluruh terarah dan terpadu, termasuk di antaranya pembangunan kesehatan. Kesehatan merupakan hak asasi manusia dan salah satu unsur kesejahteraan yang harus diwujudkan sesuai dengan cita-cita bangsa Indonesia sebagaimana yang dimaksud dalam Pancasila dan Pembukaan Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945. Tujuan pembangunan kesehatan sebagai komitmen nasional yaitu untuk meningkatkan kesadaran, kemauan, dan kemampuan hidup sehat bagi setiap

⁴ Secara jelas deklarasi tersebut menyatakan: “setiap orang, sebagai anggota masyarakat, mempunyai hak atas jaminan sosial dalam hal menganggur, sakit, cacat, tidak mampu bekerja, menjanda, hari tua”. Konvensi *International Labour Organization/ILO* No. 102 (1952) juga menganjurkan agar semua negara di dunia memberikan perlindungan dasar kepada setiap warganegaranya.

orang agar terwujud derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya, sebagai investasi bagi pembangunan sumber daya manusia yang produktif secara sosial dan ekonomis.⁵

Upaya-upaya yang dilakukan Pemerintah untuk mengatasi persoalan pelayanan kesehatan diantaranya adalah dengan membuat regulasi yang salah satunya Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang kesehatan. Selain itu dalam rangka pemerataan pelayanan kesehatan, Pemerintah mulai menggalakkan program-program yang diarahkan kepada masyarakat kurang mampu sehingga semua masyarakat dapat menikmati pelayanan kesehatan secara adil dan merata. Salah satu program pelayanan kesehatan yang dapat dinikmati oleh masyarakat miskin yaitu jaminan kesehatan masyarakat (Jamkesmas).⁶

Untuk itu, pencapaian derajat kesehatan yang pada dasarnya di pengaruhi oleh faktor lingkungan, perilaku, pelayanan dan keturunan, perlu melibatkan seluruh elemen bangsa. Dalam arti, pelayanan kesehatan masyarakat tidak hanya tanggung jawab pemerintah semata tetapi juga dilaksanakan oleh masyarakat secara mandiri.

Sejak tahun 2000 pemerintah telah mencanangkan aksi pembangunan kesehatan masyarakat untuk hidup sehat dengan menerapkan kebijakan pembangunan berwawasan kesehatan dalam rangka mendukung pencapaian visi Indonesia Sehat Tahun 2010.

⁵. Pasal 3 Undang-undang 36 tahun 2009 tentang Kesehatan

⁶. Jamkesmas adalah sebuah program asuransi kesehatan untuk warga Indonesia, program ini dijalankan oleh Departemen Kesehatan sejak tahun 2004.

Isu globalisasi juga telah menekankan berbagai negara berkembang agar memperhatikan sektor kesehatan sebagai salah satu agenda prioritas pembangunan. Hampir semua penderita berbagai penyakit tinggal di negara berkembang (90%). Sedang kontribusi pembiayaan kesehatan negara berkembang hanya sekitar 12% dari total pembiayaan kesehatan dunia⁷.

Dengan sumber daya yang sangat terbatas dan permasalahan kesehatan yang demikian besar, dapat dipahami bila kualitas pelayanan kesehatan di negara berkembang sangat terbatas begitupun dengan Indonesia. Hal ini berakibat pada banyaknya masalah terkait dengan penyediaan pelayanan kesehatan dasar, kesulitan akses, dan perlindungan resiko. Di negara maju pun, kalau pembiayaan kesehatan hanya berasal dari anggaran pemerintah, akan sangat membebani dan tidak akan cukup.

Untuk mengatasi masalah pembiayaan tersebut, pemerintah dalam hal ini Depertemen Kesehatan Republik Indonesia meluncurkan program yang pada mulanya bernama Asuransi Kesehatan Masyarakat Miskin (ASKESKIN) dan pada tahun 2008 akhirnya berganti nama Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas). Tujuannya tidak lain untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat, khususnya masyarakat miskin yang memang mengalami kendala untuk mencapai derajat kesehatannya karena mahalnya biaya pengobatan.

Dalam upaya meningkatkan taraf kesehatan masyarakat miskin, pemerintah melalui Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas) memberi

⁷ <http://www.yis.or.id/index>. Di akses tanggal 02-01-2013

jaminan pelayanan kesehatan dengan pembiayaan dari pemerintah, kebijakan ini menambah jumlah populasi yang terlindung dari jaminan kesehatan menjadi 60 juta orang atau 37-39 % dari total populasi.⁸

Bagi pemerintah, program Jamkesmas adalah program yang dinilai tepat sasaran. Asumsinya, hampir 50 persen penduduk Indonesia berada di bawah garis kemiskinan. Angka Badan Pusat Statistik (BPS) adalah 17,8 persen (2006), meningkat 1,8 persen dibandingkan 2005 (16 persen). Pada tahun 1996 menjadi 11,34 persen. Meningkat kembali menjadi 23,4 persen (1999), ketika Indonesia dilanda krisis. Kemudian, turun menjadi 16 persen (2005), tetapi meningkat kembali menjadi 17,8 persen (2006) saat harga BBM naik.

Di Kecamatan Suralaga Kabupaten Lombok Timur, dengan jumlah penduduk keluarga miskin yang mencapai kurang lebih 6.110 KK⁹, program Jamkesmas diharapkan mampu memelihara kesehatan masyarakat miskin dan meningkatkan derajat kesehatan masyarakat.

Namun demikian, dari jumlah 6.110 KK miskin, ternyata Kecamatan Suralaga hanya mendapat kouta 5.994 KK miskin¹⁰ yang berhak menikmati program Jamkesmas ini. Artinya masih ada masyarakat yang seharusnya menerima Jamkesmas belum menerima jaminan bantuan tersebut.

Berdasarkan asumsi tersebut, peneliti tertarik untuk meneliti Implementasi Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas) di Puskesmas Kerongkong Kecamatan Suralaga Kabupaten Lombok Timur. Menarik

⁸ (PT. Askes, 2006) di akses 17 Juni 2013

⁹ Dinas Sosial Tenaga Kerja dan Transmigrasi Kab. Lombok Timur Tahun 2008

¹⁰ BPS Kabupaten Lombok Timur (PPLS 2008)

untuk diteliti, selain karena program Jamkesmas ini adalah kebijakan yang bersinggungan langsung dengan masyarakat miskin, ternyata belum sepenuhnya masyarakat miskin bisa terjangkau dengan program ini. Disamping itu, sepengetahuan penulis, belum ada yang meneliti tentang implementasi Jamkesmas di Kabupaten Lombok Timur khususnya di Puskesmas Kerongkong Kabupaten Lombok timur.

B. Rumusan masalah

Berawal dari permasalahan tersebut maka masalah yang dirumuskan oleh peneliti dalam penelitian ini adalah :

- a. Bagaimana implementasi kebijakan Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas) di Puskesmas Kerongkong Kabupaten Lombok Timur?
- b. Kendala-kendala apa saja yang dihadapi oleh masyarakat miskin terkait dengan pelayanan Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas) di Puskesmas Kerongkong Kabupaten Lombok Timur?

C. Tujuan dan Manfaat Penelitian

Adapun tujuan dari penelitian berusaha untuk mendeskripsikan dan mengkaji Implementasi Jaminan kesehatan masyarakat di Puskesmas Kerongkong Kabupaten Lombok Timur, serta kendala apa saja yang dihadapi oleh masyarakat miskin terkait dengan pelayanan Jaminan Kesehatan Masyarakat di Puskesmas Kerongkong Kabupaten Lombok Timur dan bagaimana upaya yang dilakukan oleh Puskesmas dalam rangka mendorong terlaksananya program Jaminan Kesehatan Masyarakat (JAMKESMAS).

Manfaat penelitian ini dapat dilihat dalam tiga ranah yaitu ranah teoritis, praktis dan kebijakan.

a. Teoritis

Melalui penelitian ini dapat dilihat bagaimana implementasi Jamkesmas telah mengaju kepada konsep-konsep implementasi, serta memberikan masukan kepada institusi bagaimana proses implementasi Jamkesmas yang dilakukan menurut teori-teori ilmu implementasi

b. Praktis

Manfaat praktisnya yaitu bisa sebagai acuan untuk memberikan kebijakan jaminan sosial dalam mengatasi persoalan kesejahteraan sosial bagi masyarakat miskin dalam pembuatan kebijakan-kebijakan tentang jaminan kesehatan masyarakat miskin dan dapat menambah hasanah Ilmu Pengetahuan Sosial yang terkait dengan masalah jaminan kesehatan bagi masyarakat miskin pada umumnya dan Ilmu Kesejahteraan Sosial pada khususnya untuk menjadi acuan dan informasi bagi pihak-pihak yang akan melakukan kegiatan penelitian yang sejenis.

D. Kajian Pustaka

Telah terdapat beberapa penelitian yang mengupas tema tentang Implementasi kebijakan JAMKESMAS. Namun demikian, menurut penulis, penelitian yang akan dilakukan ini belum pernah dikaji oleh peneliti maupun penulis lainnya. Adapun beberapa kajian maupun penelitian tentang Implementasi kebijakan JAMKESMAS antara lain:

Pertama, Suparman dkk. Dalam penelitian “*Implementasi Kebijakan Jaminan Kesehatan Masyarakat (JAMKESMAS) di Kabupaten Bone*”¹¹ mengemukakan latar belakang penelitian ini didasarkan pada adanya berbagai permasalahan dalam implementasi kebijakan Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas) yang diselenggarakan oleh Pemerintah terutama masih adanya kesenjangan dalam hal kepesertaan dan akses serta mekanisme pelayanan kepada penduduk miskin yang menjadi target kebijakan tersebut. Demikian halnya, masalah klaim pendanaan dengan mutu pelayanan yang cenderung kurang sesuai. Penelitian ini bertujuan untuk: untuk menganalisis implementasi program jaminan kesehatan masyarakat (Jamkesmas) di Kabupaten Bone. Tipe penelitian ini adalah deskriptif kualitatif. Fokus penelitian adalah kepesertaan, akses, mekanisme dan pendanaan. Data dikumpulkan melalui observasi, wawancara (in depth interview), dan dokumentasi. Teknik analisis data adalah kualitatif. Hasil penelitian menunjukkan bahwa kebijakan Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas) di Kabupaten Bone belum optimal, terutama dalam hal kepesertaan, akses, mekanisme pelayanan, pendanaan dan mutu pelayanan. Dalam hal kepesertaan, masih terjadi kesenjangan jumlah KK peserta Jamkesmas dari kalangan warga miskin di setiap kecamatan, database yang overlapping di puskesmas-puskesmas, rumah sakit, Dinas Kesehatan dan pemerintah setempat. Dalam hal akses pelayanan kesehatan kepada peserta Jamkesmas baik secara kuantitas maupun kualitas pada wilayah 38

¹¹ Suparman dkk. “*Implementasi Kebijakan Jaminan Kesehatan Masyarakat (JAMKESMAS) di Kabupaten Bone*”. Jurusan Administrasi Pembangunan Fakultas Ilmu Sosial dan Ilmu Politik Universitas Hasanuddin.

puskesmas dan 27 kecamatan di Kabupaten Bone belum sesuai target dalam pedoman pelaksanaan Jamkesmas. Dalam hal mekanisme pelayanan, belum sepenuhnya didasarkan pada aspek keterjangkauan dan pertimbangan biaya serta proporsionalitas bahkan masih menimbulkan konflik kepentingan dan kesenjangan, *overbirokratis* yang terkadang menghambat peserta Jamkesmas. Sosialisasi dan pembinaan masih relatif kurang. Dalam hal pendanaan, masih terjadi kelambatan penyaluran dana yang menghambat pihak puskesmas maupun rumah sakit memberikan pelayanan serta masih adanya kekurangsesuaian antara klaim INA-DRG dengan realitas pelayanan yang diberikan. Pelaksanaan kebijakan Jamkesmas di Kabupaten Bone dipengaruhi oleh empat faktor yaitu komunikasi, sumber daya, disposisi dan struktur birokrasi.

Kedua, Norman Andika dalam penelitian “Implementasi Program Jaminan Kesehatan Masyarakat (JAMKESMAS) di Puskesmas Jagir Surabaya” Penelitian ini merupakan jenis penelitian secara deskriptif dengan menggunakan metode kualitatif. Penelitian ini didasarkan pada adanya fenomena dimana masih ditemukan adanya beberapa kendala mekanisme dalam pelaksanaan Jamkesmas di kota Surabaya. Penelitian ini dilaksanakan di Puskesmas Jagir Surabaya, dimana Puskesmas Jagir merupakan Puskesmas unggulan karena merupakan salah satu Puskesmas dengan fasilitas yang cukup lengkap yaitu: rawat inap kamar bersalin, rawat jalan yang meliputi pengobatan umum, pengobatan gigi, pengobatan Ibu dan anak, Laboratorium, dan pelayanan obat. Tujuan dari penelitian ini adalah

untuk mengetahui bagaimana implementasi program Jaminan Kesehatan Masyarakat (JAMKESMAS) di Puskesmas Jagir Surabaya. Teori yang digunakan adalah teori implementasi yang digunakan untuk mengetahui keberhasilan pelaksanaan Program Jamkesmas, teori kualitas pelayanan yang digunakan untuk mengukur tingkat kualitas pelayanan di Puskesmas Jagir. Teknik pengumpulan data dilakukan dengan cara observasi wawancara, dan menganalisa data yang terdapat pada arsip dan dokumentasi foto pada kegiatan pelayanan kesehatan masyarakat di Puskesmas jagir. Hasil dari penelitian ini, pelaksanaan program Jamkesmas di Puskesmas Jagir sesuai dengan tujuan yaitu biaya pelayanan, cakupan pelayanan, kualitas pelayanan sudah dilaksanakan dengan cukup baik, kendala dalam proses pelayanan yaitu kurangnya petugas, dan kurangnya kebersihan fasilitas di Puskesmas jagir. Kesimpulan hasil penelitian ini secara keseluruhan adalah pelaksanaan Program Jamkesmas di Puskesmas Jagir sudah terimplementasi sesuai dengan tujuan yang terdapat pada keputusan Menteri Kesehatan No 125/MENKES/SK/II/2008 tentang pedoman penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan Masyarakat yaitu meningkatnya akses dan mutu pelayanan kesehatan terhadap seluruh masyarakat miskin dan tidak mampu agar tercapai derajat kesehatan masyarakat yang optimal secara efektif sehingga tercipta masyarakat miskin yang sehat dan produktif untuk menunjang program pengentasan kemiskinan.¹²

¹² Norman Andika. 2010. *Implementasi Program Jaminan Kesehatan Masyarakat di*

Ketiga, Reni Sanjaya “Inkonsistensi antara Konsep dan Implementasi Program Jaminan Kesehatan Masyarakat. Studi Kasus: Kelurahan Cibadak, Kecamatan Tanah Sareal Kota Bogor”. Kemiskinan memiliki banyak penafsiran sehingga pendekatan yang digunakan oleh pemerintah tidak akan cukup untuk menjelaskan fenomena kemiskinan tersebut. Selama ini, pemerintah menentukan indikator kemiskinan hanya dari segi kondisi rumah dan kepemilikan asset. Indikator tersebut dirasakan kurang sensitif oleh komunitas. Begitu pula dengan masyarakat Kelurahan Cibadak mempunyai penafsiran karakteristik kemiskinan yang berbeda dengan pemerintah dalam program Jamkesmas. Tujuan Penelitian ini adalah mendeskripsikan tingkat pemahaman komunitas terhadap kondisi kemiskinan yang dihadapi sehari-hari, menganalisis kesenjangan definisi miskin antara komunitas dengan pemerintah yang memunculkan program Jamkesmas tidak tepat sasaran dan menganalisis keterkaitan realitas kemiskinan dengan perilaku kesehatan komunitas miskin. Penelitian ini dilaksanakan di Kelurahan Cibadak, Kecamatan Tanah Sareal, Kota Bogor, Provinsi Jawa Barat, yang dilaksanakan pada awal Juni sampai dengan awal Juli 2009. Penentuan sampel responden menggunakan teknik acak sederhana (simple random sampling). Penelitian ini, mengambil sampel 10 persen dari seluruh populasi, yaitu 46 KK.

Mengenai pendefinisian miskin menurut komunitas, sebagai bahan perbandingan penelitian ini pun mengambil sampel (responden) di luar

peserta Jamkesmas dengan menggunakan teknik snowball. Metode penelitian ini menggunakan pendekatan kuantitatif dan pendekatan kualitatif. Strategi penelitian ini menggunakan tipe penelitian survei yang ditunjukkan pada sejumlah besar individu. Sesuai dengan tujuan dan kegunaan penelitian yang ingin dicapai, maka digunakan tipe penelitian eksplanatif.

Data yang dikumpulkan dalam penelitian ini berupa data primer dan sekunder. Teknik Analisis yang digunakan dalam penelitian ini yaitu, untuk pendekatan kuantitatif dilakukan dengan cara tabulasi silang dan uji statistik Chi-Square dan Spearman Ranks, sedangkan untuk pendekatan kualitatif menggunakan pengumpulan data, reduksi data dan penarikan kesimpulan. Hasil dari penelitian ini yaitu, baik peserta Jamkesmas maupun non peserta Jamkesmas Kelurahan Cibadak, mempunyai pemahaman mengenai kondisi kemiskinan yang dihadapi sehari-hari diantaranya meliputi empat hal yaitu kurangnya pemenuhan kebutuhan pokok (sandang dan pangan), rendahnya pendapatan, status Kepala Keluarga, serta keterbatasan akses dalam pendidikan dan kesehatan. Namun, perbedaan antara peserta Jamkesmas dan non peserta Jamkesmas hanya terletak pada keterbatasan rasa jaminan kesehatan dari pemerintah. Peserta non Jamkesmas merasa belum mendapatkan jaminan kesehatan yang terlihat dari sulitnya mendapat surat keterangan tidak mampu untuk pembiayaan kesehatan. Selama ini, pemerintah hanya memandang kemiskinan dari kondisi fisik rumah serta asset kepemilikan dan lain sebagainya. Sementara itu, komunitas lebih

memandang kemiskinan dari pemenuhan kebutuhan hidup sehari-harinya. Pemerintah menggunakan kriteria miskin menurut BPS 2006 untuk menentukan kriteria miskin pada program Jamkesmas. Indikator tersebut, menurut komunitas dirasakan kurang sensitif, karena kurang memahami kondisi kemiskinan komunitas sebenarnya. Perbedaan indikator miskin antara komunitas dan pemerintah, mengakibatkan kurang tepat sasaran program Jamkesmas. Selain itu, pada implementasinya terjadi suatu penyimpangan-penyimpangan sasaran program Jamkesmas. Hal ini pun merupakan penyebab kurang tepatnya program Jamkesmas. Sehingga tujuan program Jamkesmas kurang berhasil. Disamping realitas kemiskinan, perilaku masyarakat miskin dalam menerapkan hidup sehat pun penting untuk meningkatkan status kesehatan masyarakat sesuai dengan tujuan program Jamkesmas. Terdapat 65,4 persen responden yang mempunyai perilaku sehat dengan status kesehatan yang baik pula, sedangkan 65 persen responden yang berperilaku negatif dengan status kesehatan yang buruk. Hal tersebut menandakan bahwa perilaku hidup sehat mempunyai hubungan status kesehatan seseorang. Jika masyarakat menerapkan pola hidup sehat, maka status kesehatannya pun akan baik dan sebaliknya jika perilaku negatif terhadap hidup sehat maka status kesehatan pun buruk. Perilaku hidup sehat masyarakat miskin Kelurahan Cibadak dipengaruhi oleh beberapa faktor, diantaranya yaitu tingkat pengetahuan, sikap dan pendapatan. Selain perilaku masyarakat, faktor lingkungan pun mempengaruhi status kesehatan masyarakat miskin Kelurahan Cibadak.

Terdapat 67,7 persen lingkungan lingkungan yang baik dan kondisi status kesehatan masyarakat pun baik, sedangkan 72,2 persen kondisi lingkungan fisik buruk dan status kesehatannya pun buruk. Hal tersebut jelas membuktikan bahwa lingkungan mempunyai hubungan positif dengan status kesehatan masyarakat.¹³

Mencermati hasil kajian diatas, dapatlah diasumsikan bahwa penelitian dan kajian tentang Implementasi Kebijakan JMAKESMAS di Puskesmas Kerongkong Kecamatan Suralaga Kabupaten Lombok Timur belum pernah dilakukan, untuk itu peneliti akan mencoba melakukan penelitian ini.

E. Kerangka Teori

1. Kemiskinan

Kemiskinan adalah salah satu masalah sosial yang sangat erat kaitannya dengan kebijakan sosial. Sejarah munculnya kebijakan sosial tidak bisa dipisahkan dari hadirnya kemiskinan dimasyarakat. Edi Suharto mendefinisikan kemiskinan sebagai masalah sosial yang paling dikenal orang bahkan banyak yang mengatakan bahwa kemiskinan adalah akar dari masalah sosial.¹⁴

¹³ Reni Sanjaya. 2009. *Inkonsistensi antara Konsep dan Implementasi Program Jaminan Kesehatan Masyarakat (Studi Kasus: Kelurahan Cibadak, Kecamatan Tanah Sareal, Kota Bogor)*. Departemen Sains Komunikasi dan Pengembangan Masyarakat Fakultas Ekologi Manusia Institut Pertanian Bogor. Skripsi.

¹⁴ . Edi Suharto, *Kebijakan Sosial Sebagai Kebijakan Publik* (Bandung ; Alfabeta, 2007) , hlm, 72.

Sedangkan Soerjono Soekanto mengartikan kemiskinan sebagai sebagai suatu keadaan dimana seseorang tidak sanggup untuk memelihara dirinya sendiri yang sesuai dengan taraf kehidupan kelompoknya dan tidak mampu untuk memanfaatkan tenaga mental maupun fisiknya dalam kelompok tersebut.¹⁵

Dampak kemiskinan dapat dikaitkan dengan bermacam-macam hal, salah satunya adalah kesehatan dan penyakit. Kesehatan dan penyakit adalah hal yang tidak dapat dipisahkan dari permasalahan kemiskinan, kecuali dilakukan intervensi pada salah satu atau kedua sisi, yakni pada kemiskinannya atau penyakitnya. Kemiskinan mempengaruhi kesehatan sehingga orang miskin menjadi rentan terhadap berbagai macam penyakit, karena mereka mengalami gangguan seperti gizi buruk, pengetahuan kesehatan berkurang, perilaku kesehatan kurang, lingkungan pemukiman yang buruk, biaya kesehatan tidak tersedia. Sebaliknya kesehatan juga mempengaruhi kemiskinan, masyarakat yang sehat menekan kemiskinan karena orang yang sehat memiliki kondisi tingkat pendidikan yang maju, stabilitas ekonomi mantap, investasi dan tabungan memadai sehingga orang yang sehat dapat menekan pengeluaran untuk berobat.¹⁶

Permasalahan kemiskinan tidak hanya terdapat di Negara-negara berkembang saja bahkan di Negara maju juga mempunyai masalah dengan kemiskinan. Kemiskinan merupakan masalah sosial yang bersifat global

¹⁵ Soerjono Soekanto, *Sosiologi Suatu Pengantar*. (Jakarta: Rajawali Pers, 2001), hlm. 406.

¹⁶ www.jpkm-online.net, (di akses tanggal 11-11-2012).

artinya kemiskinan merupakan masalah yang dihadapi dan menjadi perhatian orang didunia¹⁷.

Piven dan Cloward (1993) dan Swanson (2001)¹⁸ menunjukkan bahwa kemiskinan berhubungan dengan kekurangan materi, rendahnya penghasilan, dan adanya kebutuhan sosial.

Berdasarkan studi SMERU, Suharto (2006: 132)¹⁹ menunjukkan sembilan kriteria yang menandai kemiskinan:

1. Ketidakmampuan memenuhi kebutuhan konsumsi dasar (pangan, sandang dan papan);
2. Ketidakmampuan untuk berusaha karna cacat fisik maupun mental;
3. Ketidakmampuan dan ketidakberuntungann sosial (anak terlantar, wanita korban tindak kekerasan rumah tangga, janda miskin, kelompok marjinal dan terpencil);
4. Rendahnya kualitas sumberdaya manusia (buta huruf, rendahnya pendidikan dan keterampilan, sakit-sakitan) dan keterbatasan sumber alam (tanah tidak subur, lokasi terpencil ketiadaan infrastruktur jalan, listrik, air);
5. Kerentanan terhadap guncangan yang bersifat individual (rendahnya pendapatan aset), maupun massal (rendahnya modal sosial, ketiadaan fasilitas umum);

¹⁷ Edi Suharto, *Kemiskinan dan Perlindungan Sosial di Indonesia*. (Bandung: Alfabeta, 2009), hlm 14.

¹⁸ Ibid, hlm.15

¹⁹ Ibid, hlm.16

6. Ketiadaan akses terhadap lapangan kerja dan mata pencaharian yang memadai dan berkesinambungan;
7. Ketiadaan akses terhadap kebutuhan hidup dasar lainnya (kesehatan, pendidikan, sanitasi, air bersih dan transportasi);
8. Ketiadaan jaminan masa depan (karna tiadanya investasi untuk pendidikan dan keluarga atau tidak adanya perlindungan sosial dari negara dan masyarakat);
9. Ketidakterlibatan dalam kegiatan sosial masyarakat.

Kemiskinan disebabkan oleh beberapa faktor, jarang ditemukan kemiskinan yang hanya disebabkan oleh faktor tunggal, seseorang atau keluarga miskin bisa disebabkan oleh beberapa faktor yang saling terkait satu sama lain, seperti mengalami kecacatan, memiliki pendidikan rendah, tidak memiliki modal atau keterampilan untuk berusaha, tidak adanya kesempatan kerja, terkena pemutusan hubungan kerja (PHK), tidak adanya jaminan sosial (pensiun, kesehatan, kematian), atau hidup di lokasi terpencil dengan sumberdaya alam dan infrasturuktur yang terbatas²⁰.

Secara konseptual kemiskinan bisa diakibatkan oleh empat faktor yaitu:

1. Faktor individual. Terkait dengan aspek patologis, termasuk kondisi fisik dan psikologis si miskin;

²⁰ Ibid, hlm 17

2. Faktor kultural. Kondisi-kondisi lingkungan sosial yang menjebak seseorang menjadi miskin, misalnya diskriminasi berdasarkan usia, jender, etnis yang menyebabkan seseorang menjadi miskin;
3. Faktor kultural. Kondisi atau kualitas budaya yang menyebabkan kemiskinan, faktor ini secara khusus sering menunjuk pada konsep “kemiskinan kultural” atau “budaya kemiskinan” yang menghubungkan kemiskinan dengan kebiasaan hidup atau mentalitas²¹.
4. Faktor struktural. Menunjukkan pada struktur atau sistem yang tidak adil²², tidak sensitif dan tidak accessible sehingga menyebabkan seseorang atau sekelompok orang menjadi miskin²³

Dari berbagai permasalahan kemiskinan diperlukan adanya jaminan sosial kesejahteraan untuk memberikan perlindungan bagi masyarakat miskin terhadap resiko-resiko yang kemungkinan terjadi seperti sakit, kecelakaan, ataupun meninggal dunia untuk membantu permasalahan yang dialaminya melalui kebijakan-kebijakan sosial atau Asuransi Sosial (social insurance)²⁴.

²¹ Sikap-sikap negatif seperti malas, fatalisme atau menyerah pada nasib, tidak memiliki jiwa wirausaha dan kurang menghormati etos kerja, misalnya sering ditemukan pada orang-orang miskin.

²² Sistem ekonomi neolebralisme yang diterapkan di Indonesia telah menyebabkan para petani, nelayan, dan pekerja sektor informal terjerat dan sulit keluar dari kemiskinan. Sebaliknya stimulus ekonomi, pajak dan iklim investasi lebih menguntungkan orang kaya dan pemodal asing untuk terus menumpuk kekayaan.

²³ Edi Suharto, *Kemiskinan dan Perlindungan Sosial di Indonesia*. (Bandung: Alfabeta, 2009), hlm. 18

²⁴ Asuransi sosial merupakan jaminan kesejahteraan sosial yang diberikan kepada peserta sesuai dengan kontribusinya berupa premi atau tabungan yang dibayarkannya, meliputi asuransi kesehatan, asuransi tenaga kerja, asuransi kecelakaan kerja, asuransi hari tua, pensiun dan kematian.

2. Kebijakan Sosial

Kebijakan sosial adalah seperangkat tindakan (*course of action*), kerangka kerja (*framework*) petunjuk (*guideline*), rencana (*plan*), peta (*map*) atau strategi yang dirancang untuk menterjemahkan visi politis pemerintah atau lembaga pemerintah ke dalam program dan tindakan untuk mencapai tujuan tertentu di bidang kesejahteraan sosial (*social welfare*). Karena urusan kesejahteraan sosial senantiasa menyangkut orang banyak, maka kebijakan sosial sering diidentikkan dengan kebijakan publik.²⁵

Di negara-negara Barat, kebijakan sosial sebagian besar menjadi tanggung jawab pemerintah, ini dikarenakan sebagian besar dana untuk kebijakan sosial dihimpun dari masyarakat (*publik*) melalui pajak. Di negara-negara Skandinavia seperti Denmark, Swedia dan Norwegia serta negara-negara Eropa Barat seperti Belanda, Jerman, Inggris, dan Prancis, pelayanan-pelayanan sosial menjadi bagian integral dari sistem negara kesejahteraan (*welfare state*) yang berfungsi memenuhi kebutuhan dasar dibidang sosial dan medis untuk segala kelompok usia (anak-anak, remaja, lanjut usia) dan status sosial ekonomi (orang kaya maupun miskin)²⁶.

Beberapa ahli seperti Huttman, Marshall, Rein, dan Magill mengartikan kebijakan sosial dalam kaitannya dengan kebijakan kesejahteraan sosial (Suharto, 1997).

²⁵ Edi Suharto, *Membangun Masyarakat Memberdayakan Rakyat*. (Bandung: Rafika Aditama, 2010), hlm 107.

²⁶ Ibid, hlm 108.

- Kebijakan sosial adalah strategi-strategi, tindakan-tindakan, atau rencana-rencana untuk mengatasi masalah sosial dan memenuhi kebutuhan sosial (Huttman, 1981).
- Kebijakan sosial adalah kebijakan pemerintah yang berkaitan dengan tindakan yang memiliki dampak langsung terhadap kesejahteraan warga negara melalui penyediaan pelayanan sosial atau bantuan keuangan (Marshall, 1965).
- Kebijakan sosial adalah perencanaan untuk mengatasi biaya-biaya sosial, peningkatan pemerataan, dan pendistribusian pelayanan dan bantuan sosial (Rein, 1970).
- Kebijakan sosial merupakan bagian dari kebijakan publik (public policy). Kebijakan publik meliputi semua kebijakan yang berasal dari pemerintah, seperti kebijakan ekonomi, transportasi, komunikasi, pertahanan keamanan (militer), serta fasilitas-fasilitas umum lainnya. Kebijakan sosial merupakan satu tipe kebijakan publik yang diarahkan untuk mencapai tujuan-tujuan sosial.²⁷

Salah satu bentuk kebijakan sosial adalah program pelayanan sosial. Pelayanan sosial adalah aksi atau tindakan untuk mengatasi masalah sosial. Pelayanan sosial dapat diartikan sebagai seperangkat program yang ditujukan untuk membantu individu atau kelompok yang mengalami hambatan dalam memenuhi kebutuhan hidupnya. Jika kehidupan individu

²⁷ http://www.policy.hu/suharto/modul_a/makindo_17.htm, di akses 05-12-2012

atau kelompok tersebut dibiarkan maka akan menimbulkan masalah sosial, seperti kemiskinan, ketelantaran dan bahkan kriminalitas²⁸.

Pelayanan sosial berkaitan dengan konsep negara kesejahteraan (*welfare state*). Negara kesejahteraan merupakan sistem yang memberi peran kepada negara untuk pro-aktif dan responsif dalam memberikan pelayanan sosial kepada warganya. Selain itu sebagai aktivitas yang terorganisir, pelayanan sosial tidak dapat dipisahkan dengan pekerjaan sosial sebagai profesi kemanusiaan yang memiliki tugas utama memberikan atau mendistribusikan pelayanan sosial²⁹.

Pelayanan sosial dapat didefinisikan sebagai salah satu bentuk kebijakan sosial yang ditujukan untuk mempromosikan kesejahteraan. Namun demikian, pemberian pelayanan sosial bukan merupakan satu-satunya strategi untuk meningkatkan kesejahteraan penduduk. Iya hanyalah salah satu strategi kebijakan sosial dalam mencapai tujuannya³⁰.

Dalam pelayanan sosial terdapat jaminan sosial, misalnya asuransi sosial yang diselenggarakan perusahaan swasta, tunjangan atau pertanggungjawabannya lebih besar dari asuransi sosial pemerintah sesuai premi yang dibayar oleh pesertanya. Jaminan sosial (*social security*) adalah sistem atau skema pemberian tunjangan yang menyangkut pemeliharaan penghasilan (*income maintenance*). Di AS dan beberapa negara Eropa, seperti Perancis, jaminan sosial umumnya menyangkut asuransi sosial

²⁸ Edi Suharto, *Kebijakan Sosial Sebagai Kebijakan Publik*. (Bandung: Alfabeta, 2008), hlm 13.

²⁹ Ibid

³⁰ Ibid, hlm 14.

(*social insurance*), yakni tunjangan uang yang diberikan kepada seseorang sesuai kontribusinya yang biasanya berupa pembayaran premi. Asuransi kesehatan, pensiun, kecelakaan kerja, dan kematian adalah beberapa contoh asuransi sosial. Di negara lain, jaminan sosial mencakup bantuan sosial (*social assistance*), yakni bantuan uang atau barang yang biasanya diberikan kepada kelompok miskin tanpa mempertimbangkan kontribusinya³¹.

3. Perlindungan Sosial

Perlindungan sosial dapat didefinisikan sebagai bentuk kebijakan dan intervensi publik yang dilakukan untuk merespon beragam resiko, kerentanan dan kesengsaraan, baik yang bersifat fisik, ekonomi, maupun sosial, terutama mereka yang hidup dalam kemiskinan.

Tiga tujuan utama perlindungan sosial adalah untuk:

- Mencegah dan mengurangi resiko yang dialami manusia sehingga terhindar dari kesengsaraan yang parah dan berkepanjangan;
- Meningkatkan kemampuan kelompok-kelompok rentan dalam menghadapi dan keluar dari kemiskinan, kesengsaraan dan ketidakamanan sosial ekonomi;
- Memungkinkan kelompok-kelompok miskin untuk memiliki standar hidup yang bermartabat sehingga kemiskinan tidak diwariskan dari satu generasi ke generasi lainnya.³²

³¹ Ibid, hlm 16

³² Edi Suharto, *Kemiskinan dan Perlindungan Sosial di Indonesia*. (Bandung: Alfabeta, 2009), hlm 43.

Perlindungan sosial merupakan konsep yang luas yang juga mencerminkan perubahan-perubahan ekonomi dan sosial pada tingkat internasional. Konsep ini termasuk jaminan sosial (*social security*) dan skema-skema swasta. Lebih jauh, dijelaskan bahwa sistem perlindungan sosial bisa dibedakan dalam 3 (tiga) lapis (*tier*): Lapis (*tier*) Pertama merupakan jejaring pengaman sosial yang didanai penuh oleh pemerintah; Lapis Kedua merupakan skema asuransi sosial yang didanai dari kontribusi pemberi kerja (*employer*) dan pekerja; dan Lapis Ketiga merupakan provisi suplementari yang dikelola penuh oleh swasta. Dengan demikian bisa disimpulkan bahwa definisi tersebut berdasarkan kontributor dana dalam tiap skema. Interpretasi yang agak berbeda diberikan oleh Hans Gsager dari *German Development Institute*. Gsager berpendapat bahwa sistem-sistem perlindungan sosial dimaksudkan untuk mendukung penanggulangan situasi darurat ataupun kemungkinan terjadinya keadaan darurat. Dia memilah-milah jenis-jenis perlindungan sosial berdasarkan pelaksana pelayanan, yaitu pemerintah, pemerintah bersama-sama dengan lembaga non pemerintah, lembaga non-pemerintah, dan kelompok masyarakat³³.

4. Jaminan Sosial

Jaminan sosial (*social security*) adalah intervensi lembaga yang dirancang oleh pemerintah maupun sektor swasta untuk melindungi masyarakat dari berbagai resiko yang timbul dari dirinya (kecelakaan, sakit,

³³ www.bappenas.go.id/get-file-server/node/343/, di akses 05-12-2012

meninggal dunia), maupun dari lingkungannya (PHK, bencana alam, bencana sosial) (suharto, 2006)³⁴.

Jaminan sosial mengenal beberapa pendekatan yang saling melengkapi. Pendekatan pertama adalah asuransi sosial (*compulsory social insurance*) yang dibiayai dari kontribusi/premi yang dibayarkan oleh setiap tenaga kerja dan atau pemberi kerja, dimana kontribusi/ premi tersebut harus dikaitkan dengan tingkat pendapatan/upah yang dibayarkan oleh pemberi kerja. Pendekatan kedua berupa bantuan sosial (*social assistance*) baik dalam bentuk pemberian bantuan uang tunai maupun pelayanan dengan sumber pembiayaan dari negara dan bantuan sosial dari masyarakat lainnya. Menurut Purwoko (1999) dalam UU SJSN (2006: 34) pengertian jaminan sosial sangat beragam. Dilihat dari pendekatan asuransi sosial, maka berarti jaminan sosial sebagai teknik atau metoda penanganan risiko hubungan industrial yang berbasis pada hukum bilangan besar (*law of large numbers*). Dari sisi bantuan sosial berarti sebagai dukungan pendapatan bagi komunitas kurang beruntung untuk keperluan konsumsi. Oleh karena itu, maka jaminan sosial berarti sebagai: (a) salah satu faktor ekonomi seperti konsumsi, tabungan dan subsidi atau konsesi untuk redistribusi pendapatan; (b) instrumen negara untuk redistribusi risiko sosial-ekonomi melalui tes kebutuhan (*means-tes application*), yaitu tes apa yang telah dimiliki peserta baik berupa rekening tabungan maupun kekayaan riil; (c) program pengentasan kemiskinan yang ditindaklanjuti dengan pemberdayaan

³⁴ Edi Suharto, *Kemiskinan dan Perlindungan Sosial di Indonesia*. (Bandung: Alfabeta, 2009), hlm 58

komunitas; dan (d) sistem perlindungan dasar untuk penanggulangan hilangnya sebagian pendapatan pekerja sebagai konsekuensi risiko hubungan industrial³⁵.

5. Jaminan Kesehatan

Setiap manusia kaya maupun miskin hidup di negara maju maupun berkembang, senantiasa dihadapkan pada risiko yang mengancam kehidupannya setiap saat. Jaminan sosial (*social security*) adalah intervensi melembaga yang direncanakan oleh pemerintah maupun sektor swasta untuk melindungi masyarakat dari risiko yang timbul dari dirinya (kecelakaan, sakit, meninggal dunia), maupun dari lingkungannya (PHK, bencana alam, bencana sosial)³⁶.

Secara konseptual jaminan sosial terdiri dari bantuan sosial (*social assistance*) dan asuransi sosial (*social insurance*). bantuan sosial atau yang kerap disebut juga sebagai bantuan publik (*public assistance*), dapat berbentuk tunjangan uang, barang atau pelayanan sosial tanpa memperhatikan kontribusi atau premi dari penerima. Tunjangan kesejahteraan (*welfare benefits*) bagi keluarga miskin, jompo, dan anak terlantar adalah contoh bantuan sosial³⁷.

Jaminan kesehatan merupakan pendorong pembangunan dan strategi penting dalam pengurangan kemiskinan. Jaminan kesehatan telah diakui sebagai satu strategi kebijakan sosial yang penting dalam menopang industri

³⁵ Muhtar dan Habibullah, *Evaluasi Program Jaminan Kesejahteraan Sosial: Asuransi Kesejahteraan Sosial*, (Jakarta Timur: P3KS Press, 2009), hlm 18.

³⁶ Edi Suharto, *Kemiskinan dan Perlindungan Sosial di Indonesia*. (Bandung: Alfabeta, 2009), hlm. 58.

³⁷ Ibid. hlm. 59.

dan pertumbuhan ekonomi, bukan saja di negara-negara maju seperti Amerika Serikat dan Eropa Barat. Melainkan pula di negara-negara industri baru seperti Singapura, Cina, India dan Berazil telah mulai menciptakan sistem asuransi kesehatan yang seragam dan terstandar³⁸.

Akses terhadap perawatan kesehatan merupakan faktor penting bagi pembangunan ekonomi. Ini menjelaskan mengapa proporsi besar anggaran dalam strategi penanggulangan kemiskinan diinvestasikan dalam bidang kesehatan. Kemiskinan sangat mahal harganya. Kemiskinan menghambat pembangunan ekonomi, menurunkan produktivitas, dan memicu instabilitas dan konflik sosial³⁹.

F. Metode Penelitian

1. Jenis Penelitian

Jenis penelitian yang peneliti gunakan adalah jenis studi kasus. Studi kasus adalah jenis penelitian yang mendalam tentang suatu aspek lingkungan sosial termasuk manusia di dalamnya. Studi kasus dapat dilakukan terhadap individu (misalnya keluarga), segolongan manusia (guru, karyawan, siswa), lingkungan hidup manusia (desa, sekolah) dan lain-lain. Bahan studi kasus dapat diperoleh dari sumber-sumber seperti laporan pengamatan, catatan pribadi, kitab harian atau biografi orang yang

³⁸ Ibid

³⁹ Ibid

diselidiki, laporan atau keterangan dari orang yang banyak tahu tentang hal itu.⁴⁰

Penelitian studi kasus ini mempunyai tujuan untuk mendeskripsikan, mengungkap dan menjelaskan tentang Implementasi Kebijakan JAMKESMAS di Puskesmas Kerongkong Kecamatan Suralaga Kabupaten Lombok Timur.

2. Pendekatan Penelitian

Dalam penelitian ini peneliti menggunakan pendekatan kualitatif. Penelitian kualitatif adalah suatu penelitian yang dimaksudkan untuk mendeskripsikan dan menganalisis fenomena, peristiwa, aktifitas sosial, sikap, kepercayaan, persepsi, dan pemikiran orang baik secara individu maupun kelompok. Moleong menjelaskan penelitian kualitatif sebagai Penelitian yang bertujuan untuk memahami fenomena tentang apa yang dialami oleh subyek penelitian, misalnya perilaku, persepsi, motivasi, tindakan, dan lain-lain secara holistik, dengan cara deskripsi dalam bentuk kata-kata dan bahasa, pada suatu konteks khusus yang alamiah dan dengan memanfaatkan berbagai metode alamiah.⁴¹

Dipilihnya jenis penelitian kualitatif ini karena peneliti berasumsi bahwa penelitian ini akan lebih mudah dijawab dengan penelitian kualitatif, dengan alasan: (1) penelitian kualitatif berpijak pada konsep naturalistik, (2) penelitian kualitatif berdimensi jamak, kesatuan utuh, terbuka, dan berubah,

⁴⁰ S. Nasution, *Metode Research : Penelitian Ilmiah* (Jakarta: Bumi Aksara, 2007), hlm. 27.

⁴¹ Lexi J. Moleong, *Metodologi Penelitian Kualitatif* (Bandung: Remaja Rosdakarya, 2006), hlm. 6.

(3) dalam penelitian kualitatif, hubungan peneliti dengan obyek berinteraksi, penelitian dari luar dan dalam, peneliti sebagai instrumen, bersifat subyektif, dan judgment, (4) setting penelitian alamiah, terkait tempat dan waktu, (5) analisis subyektif, intuitif, rasional, dan (6) hasil penelitian berupa deskripsi, interpretasi, tentatif, dan situasional.⁴² Dengan menggunakan pendekatan kualitatif diharapkan dapat membantu meneliti fenomena yang berkenaan dengan Implementasi Kebijakan JAMKESMAS di Puskesmas Kerongkong Kecamatan Suralaga Kabupaten Lombok Timur.

3. Subyek dan Obyek Penelitian

Obyek dalam penelitian ini adalah program JAMKESMAS di Puskesmas Kerongkong Kecamatan Suralaga Kabupaten Lombok Timur. Sedangkan subyek penelitian adalah sumber-sumber yang memungkinkan untuk memperoleh keterangan penelitian atau data. Adapun yang dijadikan subyek penelitian dalam penulisan ini adalah:

- a. Kepala Puskesmas Kerongkong Kecamatan Suralaga Kabupaten Lombok Timur dr. Joni Sanjaya.
- b. Pegawai Puskesmas Kerongkong Kecamatan Suralaga Kabupaten Lombok Timur hj. Nurul Hayati dan stap yang lain
- c. Peserta JAMKESMAS di Kecamatan Suralaga Kabupaten Lombok Timur. Ada beberapa peserta yang menjadi respondennya, salah satunya adalah DS, AM, MA, ID, AI, IZS⁴³.

⁴² Nana Syaodih Sukmadinata, *Metode Penelitian Pendidikan* (Bandung: Remaja Rosdakarya, 2007), hlm. 61.

⁴³ Nama-nama tersebut adalah inisial atau bukan nama aslinya

4. Lokasi Penelitian

Dalam sebuah penelitian langkah awal yang harus dilakukan adalah penentuan wilayah yang akan dijadikan lokasi penelitian. Penentuan lokasi penelitian merupakan hal sangat penting dimaksudkan untuk memperjelas fokus penelitian atau permasalahan yang akan diteliti.

Bertitik tolak pada judul “Implementasi jaminan kesehatan masyarakat (jamkesmas) di wilayah kerja Puskesmas Kerongkong Kabupaten Lombok Timur” maka penulis menentukan lokasi penelitian tepatnya di Puskesmas Kerongkong Kabupaten Lombok Timur dengan alasan sebagai berikut :

1. Setelah adanya observasi banyak masyarakat Kecamatan Suralaga Kabupaten Lombok Timur yang seharusnya berhak memperoleh Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas).
2. Untuk mengetahui sejauhmana program Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas) telah berjalan.

5. Teknik Pengumpulan Data

a. Observasi

Metode ini digunakan sebagai metode pendahuluan, artinya dalam penelitian ini metode observasi digunakan sebagai pengamatan awal untuk mengetahui situasi dan kondisi objek yang akan diteliti. Soehartono menyatakan bahwa observasi atau pengamatan berarti setiap kegiatan untuk

melakukan pengukuran⁴⁴. Penulis mengamati secara langsung yaitu dilakukan terhadap objek ditempat terjadi atau berlangsungnya peristiwa, sehingga observer berada bersama objek yang akan diselidiki maupun tidak langsung adalah pengamatan yang dilakukan tidak pada saat berlangsungnya peristiwa yang akan diteliti⁴⁵. Observasi awal penulis antara lain mengamati pelaksanaan kegiatan upaya staf-staf puskesmas Kerengkong dalam melakukan penanganan kesehatan untuk masyarakat miskin khususnya peserta Jamkesmas. Dalam observasi awal ini penulis hanya mengamati sebagian kegiatan untuk mengetahui situasi dan kondisi objek yang akan diteliti dengan harapan terbentuknya komunikasi yang hangat dengan orang-orang yang terkait dengan objek penelitian ini, sehingga memudahkan penulis untuk berinteraksi dengan pihak-pihak yang berhubungan dengan masalah pelayanan kesehatan bagi pasien khususnya yang tergolong miskin. Selain itu dalam observasi ini penulis melakukan pencatatan secara sistematis berdasarkan data-data yang didapat. Hal ini dilakukan agar mendapatkan informasi tentang objek penelitian secara lebih jelas dan dapat dipercaya.

b. Dokumentasi

Metode ini merupakan metode tambahan dalam melengkapi pengumpulan data yang berkaitan dengan permasalahan. Metode dokumentasi digunakan untuk mengumpulkan data skunder yang diperlukan

⁴⁴ Soehartono Irawan. *Metode Penelitian Sosial (suatu penelitian bidang kesejahteraan sosial dan ilmu sosial lainnya)*. (Bandung: PT. Remaja Rosdakarya 2002), hlm. 69.

⁴⁵ Hadari, Nawawi. *Metodologi Penelitian Bidang Sosial*. (Cetak kesepuluh. Yogyakarta: Gajahmada University Press. 2003), hlm. 100.

untuk menunjang data primer yang telah diperoleh, data skunder merupakan data yang diambil secara tidak langsung dari sumbernya. Pada penelitian ini data skunder diperoleh dari dokumentasi, yaitu teknik pengumpulan data dengan cara pengumpulan sumber-sumber yang berasal dari buku, literatur, arsip atau dokumentasi resmi seperti kartu peserta jamkesmas, juga yang berupa keputusan ataupun informasi pimpinan atau lembaga tentang suatu kebijakan.

c. Wawancara (*Interview*)

Data dalam penelitian kualitatif lebih berupa kata-kata, maka wawancara menjadi perangkat yang sedemikian penting. Setidaknya ada dua jenis wawancara yakni wawancara terstruktur dan wawancara tak-terstruktur. Dalam wawancara terstruktur bahan-bahan wawancara disiapkan secara ketat. sebaliknya wawancara tak-terstruktur menghindari ketatnya struktur bahan.⁴⁶

Wawancara menurut Moleong, percakapan dengan maksud tertentu yang dilakukan oleh dua pihak, yaitu (*interviewer*) yang mengajukan pertanyaan dan terwawancara (*interviewee*) yang memberikan jawaban atas pertanyaan itu⁴⁷. Penulis melakukan wawancara bukan sekedar upaya tanya jawab untuk memperoleh informasi saja melainkan juga upaya untuk memperoleh kesan langsung dari informan, memancing jawaban informan,

⁴⁶ Agus Salim. *Tiori dan Paradikma Penelitian Sosial* (Kaliurang K.. 7,8 Yogyakarta 2006), hlm 16.

⁴⁷ Lexy J Moleong. *Metodelogi Penelitian Kualitatif*. Bandung : (PT. Remaja Rosdakarya. 2004), hlm. 186

menilai kebenaran jawaban yang diberikan dan bilamana perlu memberikan penjelasan tentang pertanyaan yang diajukan.

Sesuai pendapat tersebut maka dalam penelitian ini penulis menggunakan wawancara tidak terstruktur dengan alasan dalam melakukan tanya jawab dapat mengeksplorasi informasi secara mendalam (*Indept Interview*) dan proses wawancara mengalir seperti dalam percakapan sehari-hari dan lebih rileks. Hal ini sesuai pendapat Sandjaja (2006 : 182) menyatakan bahwa wawancara mendalam (*Indept Interview*) adalah metode yang digunakan untuk menggali semua atribut responden atau informan sedalam mungkin.

Informan pokoknya adalah peserta JAMKESMAS dan tambahan informannya itu pengelola puskesmas. Melalui metode ini diharapkan dapat menggali data secara lebih mendalam. Adapun cara yang dilakukan penulis dengan membuat pokok-pokok atau pedoman wawancara. Dan informan diberikan kebebasan dalam memberikan suatu tanggapan, namun penulis tetap mengarahkan agar proses wawancara tidak keluar dari konteks dan mengarahkan agar wawancara sesuai tujuan dari penelitian ini. Wawancara dilakukan pada saat penelitian berlangsung yaitu pada saat hari kerja Puskesmas dan pada saat masyarakat selesai bekerja. Hal ini dilakukan agar tidak mengganggu pelayanan kesehatan di Puskesmas dan aktifitas masyarakat.

6. Teknik Analisis Data

Penulis dalam penelitian ini menggunakan menggunakan metode deskriptif, hal ini lebih menekankan terperinci uraian dan penafsiran terhadap data-data yang tersedia berkaitan dengan masalah yang dituju dalam penelitian. Dalam hal ini Moleong menyatakan bahwa deskriptif adalah suatu analisa yang menggambarkan keadaan objek penelitian yang berupa kata-kata, gambar dan bukan angka-angka. dengan demikian laporan penelitian akan berisi kutipan-kutipan data untuk gambaran fenomena di lapangan.⁴⁸

Selain itu dengan adanya analisis data sangat bermanfaat dalam memunculkan suatu teori substantif yang sesuai dengan objek yang di analisis maupun diteliti. Dengan kata lain analisis yang dilakukan, di awali melalui proses klarifikasi dengan mempertimbangkan hasil-hasil pertanyaan-pertanyaan, sehingga pada analisis data penulis, dengan menggunakan suatu cara yaitu dengan mengkomparasikan fenomena atau objek dilapangan dan juga di tunjang oleh teori-teori yang dianggap mendasar serta universal.

7. Keabsahan Data

Metode keabsahan data sangat diperlukan dalam penelitian sosial yang secara metodologis menggunakan pendekatan kualitatif. Karena dalam penelitian yang bersifat empiris, informasi yang diberikan maupun perilaku masing-masing informan mempunyai makna sehingga tidak dapat langsung

⁴⁸ Moleong, Lexy J. *Metodelogi Penelitian Kualitatif*. Bandung : (PT. Remaja Rosdakarya. 2000), hlm. 6.

diterima begitu saja, oleh karena harus dilakukan pengujian keabsahan data. Pengukuran keabsahan data dalam penelitian ini menggunakan teknik triangulasi. Burgan dalam Bugin menyatakan bahwa penggalian data dengan menggunakan berbagai sumber dan teknik di sebut data triangulation maupun investigator triangulation. Triangulasi ini sebagai upaya dalam melakukan cross-check dengan membandingkan pada sumber data yang lain, serta membandingkan dengan analisis informan yang berbeda dan bersebrangan⁴⁹. Selain itu peneliti juga melakukan verifikasi dan menjelaskan hubungan masing-masing unsur pemberi data yang diperoleh sehingga dapat dipastikan bahwa data itu berasal dari sumber yang berkompeten. dalam penelitian ini untuk menguji keakuratan data digunakan triangulasi metode pengumpulan data, yaitu dengan cara menggunakan beberapa cara pengumpulan data seperti : observasi, wawancara tak terstruktur, dan dokumentasi.

Hal ini diperkuat oleh pernyataan Yuswandi, selanjutnya untuk menguji keakuratan data digunakan triangulasi metode pengumpulan data, yaitu dengan cara menggunakan beberapa cara pengumpulan data seperti : observasi, wawancara tak terstruktur, dokumentasi, interpretasi dokumen sejarah oral dan pribadi, intropeksi dan refleksi diri. Dengan demikian, triangulasi akan diperlukan sebagai suatu alternatif bagi validasi, bukan sekedar alat atau strategi validasi⁵⁰.

⁴⁹ Burhan, Bungin. *Metodelogi Penelitian Kualitatif*. (Jakarta: PT. Raja Grafindo Persada. 2001), hlm. 105.

⁵⁰ Ibid

Pada penelitian ini penulis menggunakan triangulasi sumber, langkah-langkah dalam triangulasi adalah :

1. Membandingkan data hasil pengamatan dengan data hasil wawancara yaitu dengan membandingkan hasil observasi dengan hasil wawancara tidak terstruktur.
2. Membandingkan apa yang di katakan orang didepan umum dengan apa yang dikatakannya secara pribadi yaitu melihat fakta secara langsung dengan observasi.
3. Membandingkan apa yang dikatakan orang-orang tentang situasi penelitian dengan apa yang dikatakan sepanjang waktu yaitu dengan membandingkan informasi yang di dapat sebelum penelitian dan pada saat berjalannya penelitian
4. Membandingkan keadaan dan persepektif seseorang dengan berbagai pendapat dan pandangan seperti masyarakat atau pasien dan tenaga medis, Penulis membandingkan informasi yang didapat dari informan pokok dengan informan tambahan⁵¹.

⁵¹ Lexy, Moleong. J. *Metodelogi Penelitian Kualitatif*. Bandung : (PT. Remaja Rosdakarya. 2004), hlm. 178.

G. Sistematika Pembahasan

Untuk mendapatkan hasil penelitian yang sistemik dan ilmiah, akan disajikan sistematika pembahasan sebagai berikut:

Bab I. Membahas proposal penelitian yang berisi antara lain: latar belakang masalah, tujuan dan manfaat penelitian, tinjauan pustaka, kerangka teoritik, metode penelitian, dan sistematika pembahasan.

Bab II. Gambaran umum lokasi penelitian, meliputi gambaran lokasi penelitian, kondisi geografis, keadaan penduduk, kondisi pendidikan, kehidupan keagamaan, dan kondisi sosial ekonomi.

Bab III. Gambaran Umum Program Jamkesmas dan pembahasan tentang pelaksanaan program JAMKESMAS di Puskesmas Kerongkong Kecamatan Suralaga Kabupaten Lombok Timur.

Bab IV. Implementasi Program Jaminan Kesehatan JAMKESMAS di Puskesmas Kerongkong Kecamatan Suralaga Kabupaten Lombok Timur.

Bab V. Penutup, yang terdiri atas kesimpulan yang menjawab permasalahan yang telah dirumuskan dibagian pendahuluan penelitian ini dan saran dari penulis untuk kemajuan lebih lanjut.

BAB V

PENUTUP

Kesimpulan

Program Jaminan Kesehatan yang diluncurkan oleh Departemen Kesehatan Republik Indonesia merupakan salah satu upaya Pemerintah untuk mewujudkan masyarakat Indonesia mempunyai derajat kesehatan yang memadai, khususnya bagi masyarakat Indonesia yang berada dibawah garis kemiskinan. Sebagaimana diketahui, resistensi perekonomian nasional yang masih carut marut memunculkan kubangan baru bagi masyarakat untuk ‘terpaksa’ terjerumus pada label masyarakat miskin. Imbasnya, derajat kesehatan masyarakat menjadi resisten pula.

Diharapkan menjadi jurus ampuh untuk meningkatkan kualitas hidup masyarakat Indonesia, khususnya di Kecamatan Suralaga Kabupaten Lombok Timur, Jamkesmas ternyata masih belum sesuai harapan. Memang, program ini diakui oleh berbagai pihak sangat membantu masyarakat kecil. Masyarakat yang selama ini jarang atau tidak pernah menikmati pelayanan kesehatan sekalipun sekelas Puskesmas karena bagi mereka masih terlalu mahal, dengan Jamkesmas ‘mimpi’ itu akhirnya terbeli.

Implementasi program Jaminan Kesehatan Masyarakat Miskin (Jamkesmas) pada tahun 2013 di Puskesmas Kerongkong Kabupaten Lombok Timur

Implementasi program Jaminan Kesehatan Masyarakat Miskin (Jamkesmas) pada tahun 2013 di Puskesmas Kerongkong Kabupaten Lombok Timur meliputi Sosialisasi Jamkesmas, administrasi program Jamkesmas serta pelayanan pengguna Jamkesmas. Program yang pro masyarakat miskin ini kurang mendapat respon dari masyarakat karena sosialisasi yang kurang maksimal. Masyarakat miskin di Kecamatan Suralaga Kabupaten Lombok Timur tidak semuanya mendapatkan akses informasi tentang Jamkesmas ini. Jika bicara kebutuhan, masyarakat miskin tentunya yang paling membutuhkan program seperti ini. Selain karena penawaran pengobatan gratis, biaya pengobatan yang masih menjadi barang yang mahal bagi mereka, biaya pengobatan bisa dialihkan pada kebutuhan sehari-hari.

Sosialisasi program ini terkesan asal-asalan. Bagaimana tidak, media yang digunakan sebatas pamflet dan baliho semata. Meskipun ada penyuluhan, sifatnya masih parsial, tidak ada sosialisasi Jamkesmas secara massal.

Administrasi kepesertaan Jamkesmas, yang meliputi Pendataan masyarakat miskin, indikator masyarakat miskin dan distribusi kartu Jamkesmas juga mengisahkan masalah. Pendataan masyarakat miskin misalnya. Meskipun data yang dipakai adalah data BPS tahun 2008 tapi dalam ketentuan yang diatur dalam buku pedoman pelaksanaan Jamkesmas yang diterbitkan oleh Departemen Kesehatan RI mengharuskan ada tim

sinkronisasi. Namun, pada kenyataannya, tim sinkronisasi yang terdiri dari unsur PKK dan Karang Taruna ternyata tidak ada.

Kesemrautan pendataan Jamkesmas juga dibenarkan oleh Kepala Puskesmas Kerongkong yang menyatakan "Pendataan Jamkesmas tidak tertib". Hal tersebut dikeluhkan oleh dr. Joni Sanjaya karena data Jamkesmas yang diterima melalui format CD tidak sesuai abjad dan tanpa alamat yang lengkap. Bahkan ada masyarakat yang menerima Bantuan Langsung Tunai (BLT) yang seharusnya juga mendapat jatah katu Jamkesmas ternyata tidak dapat. Malah yang tidak terdaftar sebagai penerima BLT yang dapat." Kata Kepala Puskesmas Kerongkong dr. Joni Sanjaya

Namun demikian, dari segi pelayanan, masyarakat pengguna Jamkesmas yang mendapatkan pelayanan kesehatan di Puskesmas Kerongkong mendapatkan pelayanan yang maksimal. Layanan seperti pasien umum didapat juga oleh pasien pemegang kartu Jamkesmas. Hal ini didasarkan oleh pengakuan pasien pengguna Jamkesmas yang diwawancarai penulis. Pelayanan kesehatan yang meliputi Rawat Jalan, Rawat Inap, Persalinan, Pelayanan Gawat Darurat dan Transportasi tidak ada yang dikeluhkan oleh peserta Jamkesmas.

Upaya Puskesmas Kerongkong Kecamatan Suralaga Kabupaten Lombok Timur dalam rangka mendorong terlaksananya program jaminan kesehatan masyarakat miskin (jamkesmas) adalah Puskesmas yang mendjadi rujukan masyarakat peserta Jamkesmas untuk berobat,

Puskesmas pula yang bersinggungan langsung dengan pasien peserta Jamkesmas. Untuk itu, peran yang dimainkan oleh Puskesmas adalah peran vital terkait dengan pelaksanaan program Jamkesmas ini.

Dari hasil penelitian yang penulis lakukan tentang Implementasi Jaminan Kesehatan Masyarakat (jamkesmas) di Puskesmas Kerongkong dapat ditarik kesimpulan bahwa upaya Puskesmas Kerongkong yang terkait dengan Implementasi Jaminan kesehatan bagi masyarakat miskin terwujud dalam dua aspek pelayanan kesehatan yaitu pemeliharaan kesehatan (Kuratif dan Rehablitatif) dan peningkatan kesehatan (*Preventif dan Promotif*). Pada dasarnya upaya penanganan kesehatan bersifat holistik namun dalam kenyataannya upaya peningkatan kesehatan belum bisa dijalankan secara optimal. Misalnya sebagai berikut:

1. Untuk aspek peningkatan kesehatan (*Preventif dan Promotif*) pencegahan penyakit dan promosi kesehatan atau pesan kesehatan di Puskesmas Kerongkong dalam pelaksanaannya kurang berjalan secara maksimal di tandai dengan adanya kegiatan-kegiatan preventif yang ada hanya berupa gambar-gambar atau pamflet tentang penyakit yang sesuai dengan jenis penyakit pasien yang berobat atau upaya preventif yang dilakukan pada masa sakit, untuk upaya preventif masa sebelum sakit tidak dilakukan, dibuktikan dengan jumlah pasien yang diimunisasi juga dalam jumlah rendah.
2. Dari salah satu aspek pelayanan kesehatan yaitu pemeliharaan kesehatan atau upaya kuratif untuk penanganan di IGD Puskesmas Kerongkong

belum optimal karena penundaan waktu untuk melakukan penanganan akan mengakibatkan kerugian bagi pasien. Untuk fasilitas rawat jalan dan rawat inap Puskesmas Kerongkong sudah mencapai pelaksanaan yang optimal karena mendapat bantuan program Jamkesmas /maskin / SJP pasien miskin bisa mengakses kesehatan dengan mudah dan jumlah kunjungan yang cukup meningkat dari tahun ke tahun.

3. Kendala yang ditemukan pada upaya Puskesmas Kerongkong dalam melakukan pelayanan kesehatan kepada masyarakat miskin adalah kendala ketersediaan obat sedangkan aturan yang ada belum dilaksanakan dengan maksimal, selain itu juga masyarakat terlalu pasrah dengan hasil kinerja pelayanan sehingga tidak ada pengaduan atas penanganan yang kurang baik. Sehingga Puskesmas Kerongkong selalu menganggap kinerjanya sudah cukup baik. Tenaga kesehatan khusus yang berkonsentrasi pada upaya peningkatan kesehatan yaitu preventif dan promotif belum bekerja maksimal.
4. Untuk upaya Puskesmas Kerongkong masih berparadigma pada bidang medis. Untuk pengambilan psikososial pasien belum dijalankan.

Dari keempat kesimpulan tersebut, jika disimpulkan secara umum maka upaya Puskesmas Kerongkong dalam melakukan penanganan kesehatan masyarakat miskin belum holistik, masih menekankan pada paradigma sakit (kuratif) dibandingkan dengan paradigma promotif dan preventif. Kedua aspek pelayanan kesehatan yaitu pemeliharaan dan peningkatan kesehatan

seharusnya tidak bisa dipisahkan dan harus menjadi satu kesatuan yang dilaksanakan dengan utuh dan seimbang.

Puskemas Kerongkong ternyata mampu menjalankan perannya sesuai dengan keinginan peserta Jamkesmas. Minimal, dengan pelayanan yang diberikan pada pasien Jamkesmas selama ini. Minimal, dengan tidak adanya keluhan yang terlontar dari masyarakat peserta Jamkesmas yang selama ini mendapat pelayanan kesehatan di Puskesmas Kerongkong' bahkan pihak Puskesmas juga sering menyarankan kepada masyarakat miskin yang belum mempunyai kartu Jamkesmas untuk mengurus kartu Jamkesmas agar biaya yang dibebankan ringan atau sampai nol persen.

Saran

Kondisi kesehatan masyarakat miskin di Kecamatan Suralaga Kabupaten Lombok Timur masih amat rentan dengan perkembangan lingkungan. Ini berarti, program Jamkesmas belum mampu memberi proteksi sosial terhadap risiko kesehatan yang mungkin dihadapi orang dalam perjalanan hidupnya. Sebab, pelayanan kesehatan gratis ini hanya memberi dampak jangka pendek. Kelangsungan hidupnya, sebagaimana dicermati selama ini, sering menjadi pertanyaan. Hal ini mengindikasikan semua masih dalam tahapan trial and error.

Meskipun demikian, tidak berarti program Jamkesmas ini, yang merupakan program jangka pendek tidak bermanfaat. Setidaknya program ini telah membantu masyarakat miskin. Selain itu program ini juga

meningkatkan derajat kesehatan masyarakat sehingga sedikit banyak berdampak pada program Indonesia Sehat Tahun 2013. Untuk itu, perlu adanya pembenahan-pembenahan dari hulu hingga hilir. Pendataan yang akurat mutlak dilakukan agar pelaksanaan program ini sesuai dengan sasaran. Agar penerima program ini adalah benar-benar masyarakat miskin yang memang membutuhkan. Perangkat desa dan tokoh masyarakat harus dilibatkan. Hal ini bertujuan agar peserta Jamkesmas sesuai dengan sasaran. Bukankah yang tahu kondisi riil masyarakat adalah perangkat desa, dari tingkatan RT sampai RW.

Sosialisasi tentang program ini juga sangat perlu untuk ditingkatkan. Jika program Jamkesmas ini diibaratkan sebuah produk, maka sukses tidaknya produk tersebut tergantung dari bagaimana memasarkannya. Khusus di Kecamatan Suralaga yang mempunyai kultur keislaman yang sangat kuat, sosialisasi harus melibatkan pemuka agama setempat. Ada banyak media yang bisa digunakan dengan biaya yang murah semisal, Arisan, Yasinan dan Muslimatan.

Masyarakat yang miskin secara ekonomi meskipun tidak selalu benar adalah masyarakat yang juga miskin secara pengetahuan dan pengalaman. Untuk itu perlu pemahaman yang terus menerus bagi masyarakat. Program Jamkesmas sudah tentu program yang sangat membantu masyarakat miskin. Namun, pemahaman seperti itu juga berlaku bagi para awam? Perlu intensitas yang lebih untuk memberikan pencerahan

kepada masyarakat agar program ini benar-benar dimanfaatkan oleh masyarakat miskin.

Gambaran atau deskripsi fenomena bahwa suatu penanganan kesehatan yang dilakukan oleh Puskesmas pada masyarakat miskin sangat penting sehingga menjadikan acuan dalam upaya peningkatan mutu kinerja lembaga kesehatan diantaranya sebagai berikut :

- 1) Upaya pemeliharaan dan peningkatan kesehatan yaitu kuratif, preventif, dan promotif harus dijalankan seimbang dan holistik. Puskesmas sebagai tempat yang cocok untuk menjalankan tugas pelayanan kesehatan tersebut harus dengan benar dan bertanggung jawab demi terciptanya kesejahteraan masyarakat.
- 2) Perlu adanya tim khusus untuk melaksanakan upaya peningkatan kesehatan preventif dan promotif. Agar tugas tersebut bisa dijalankan dengan baik. Tenaga medis (dokter, perawat, dan bidan) dibantu dengan tim pemberdayaan sehingga bisa mewujudkan masyarakat yang sadar dan mau menjaga kesehatan dan hidup sehat sehingga kesejahteraan masyarakat tercapai.
- 3) Upaya penyembuhan kuratif bukan saja pada upaya medis melainkan juga non medis yaitu sebuah jaminan pelayanan bagi masyarakat miskin agar tetap bisa memenuhi kebutuhan kesehatan. Penanganan yang cepat dan tepat akan sangat mempengaruhi proses kesembuhan dari pasien.

Pada upaya rehabilitatif Puskesmas Kerongkong bukan hanya pemulihan pada psikososial pasien dan keluarga yang mengidap suatu

penyakit. Jika dilihat dari peranan pekerja sosial medis, maka profesi ini memiliki prospek yang baik dan dapat dikembangkan secara maksimal di Indonesia. Hanya saja satu hal yang perlu dicermati bahwa keberadaan pekerja sosial medis merupakan kebutuhan yang harus direspon positif oleh dunia perguruan tinggi utamanya jurusan Ilmu Kesejahteraan Sosial atau yang di UIN Sunan Kalijaga namanya Social Work. Sebab, pekerja sosial medis telah menjadi kebutuhan pasien untuk dapat terlayani secara maksimal tanpa harus berlebihan mengalami kekhawatiran untuk tidak adanya pembiayaan dan untuk diperlakukan secara kurang humanis dalam proses penyembuhan di rumah sakit ataupun puskesmas.

DAFTAR PUSTAKA

- BPS Kabupaten Lombok Timur (PPLS 2008)
- Burhan, Bungin. 2001. *Metodelogi Penelitian Kualitatif*. Jakarta: PT. Raja Grafindo Persada.
- Dinas Sosial Tenaga Kerja dan Transmigrasi Kab. Lombok Timur Tahun 2008
- Endang, Intan. Ilmu Kesehatan Masyarakat. Jakarta: PT. Citra Aditya Bakti, 1993
- Hadari, Nawawi. 2003. *Metodelogi Penelitian Bidang Sosial*. (Cetak kesepuluh. Yogyakarta: Gajahmada University Press.
- Irawan, Soehartono. 2002. *Metode Penelitian Sosial (suatu penelitian bidang kesejahteraan sosial dan ilmu sosial lainnya)*. Bandung: PT. Remaja Rosdakarya.
- Moleong, Lexy J. 2000. *Metodelogi Penelitian Kualitatif*. Bandung : PT. Remaja Rosdakarya.
- Moleong, Lexy J. 2004. *Metodelogi Penelitian Kualitatif*. Bandung: PT. Remaja Rosdakarya.
- Moleong, Lexi J. 2006. *Metodologi Penelitian Kualitatif*. Bandung: Remaja Rosdakarya,
- Norman Andika. 2010. *Implementasi Program Jaminan Kesehatan Masyarakat di Puskesmas Jagir Surabaya*. Yayasan Kesejahteraan Pendidikan dan Perumahan Universitas Pembangunan Nasional “VETERAN” Jawa Timur Fakultas Ilmu Sosial dan Ilmu Politik Program Studi Ilmu Administrasi Negara Surabaya. Skrips

Reni Sanjaya. 2009. *Inkonsistensi antara Konsep dan Implementasi Program Jaminan Kesehatan Masyarakat (Studi Kasus: Kelurahan Cibadak, Kecamatan Tanah Sareal, Kota Bogor)*. Departemen Sains Komunikasi dan Pengembangan Masyarakat Fakultas Ekologi Manusia Institut Pertanian Bogor. Skripsi.

Samudra, Wibawa. 1994. *Kebijakan Publik*. Jakarta: Intermedia

S. Nasution, 2007. *Metode Research : Penelitian Ilmiah*. Jakarta: Bumi Aksara,

Salim, Agus. 2006. *Teori dan Paradigma Penelitian Sosial*. Kaliurang K.. 7,8
Yogyakarta

Suharto, Edi. 2009. *Kemiskinan dan Perlindungan Sosial di Indonesia*. Bandung:
Alfabeta.

Suharto, Edi. 2010. *Membangun Masyarakat Memberdayakan Rakyat*. Bandung:
Rafika Aditama.

Suparman dkk. *“Implementasi Kebijakan Jaminan Kesehatan Masyarakat (JAMKESMAS) di Kabupaten Bone*. Jurusan Administrasi Pembangunan
Fakultas Ilmu Sosial dan Ilmu Politik Universitas Hasanuddin.

Syaodih Sukmadinata, Nana. 2007. *Metode Penelitian Pendidikan*. Bandung:
Remaja Rosdakarya.

Undang-undang 36 tahun 2009 Pasal 3 tentang Kesehatan

<http://www.yis.or.id/index>. Di akses tanggal 02-01-2013

http://www.policy.hu/suharto/modul_a/makindo_17.htm, di akses 05-12-2012

<http://www.ppjk.depkes.go.id>, di akses tanggal 11-11- 2012.



PEMERINTAH PROPINSI NUSA TENGGARA BARAT
BADAN KESATUAN BANGSA DAN POLITIK DALAM NEGERI
Jalan Pendidikan Nomor 2, Telepon (0370) 631215 Fax. (0370) 631714
M A T A R A M

REKOMENDASI PENELITIAN

Nomor : 070/ 425 /R/II/2013

1. Dasar :
 - a. Peraturan Menteri Dalam Negeri RI Nomor : 64 Tahun 2011 tentang Pedoman Penerbitan Rekomendasi Penelitian.
 - b. Surat dari Kepala Badan Kesbanglinmas Daerah Istimewa Yogyakarta Nomor : 074/860/Kesbang/2013 Tanggal 25 April 2013.
Perihal : Rekomendasi Ijin Penelitian
2. Menimbang :

Setelah mempelajari Proposal Survei/Rencana Kegiatan Penelitian yang diajukan, maka dapat diberikan Rekomendasi Penelitian Kepada :

Nama : M. ZUHAD.
Alamat : UIN Sunan Kalijaga Yogyakarta.
Pekerjaan : Mahasiswa
Bidang/Judul : **"Implementasi Kebijakan Jaminan Kesehatan Masyarakat (JAMKESMAS) Studi di Puskesmas Kerongkong Kecamatan Suralaga Kabupaten Lombok Timur."**
Lokasi : Di Puskesmas Kerongkong, Kec. Suralaga Kabupaten Lombok Timur.
Jumlah Peserta : 1 (satu) orang
Lamanya : April s.d Juli 2013.
3. Hal-hal yang harus ditaati oleh Peneliti :
 - a. Sebelum melakukan Kegiatan Penelitian agar melaporkan kedatangan Kepada Bupati/Walikota atau Pejabat yang ditunjuk;
 - b. Penelitian yang dilakukan harus sesuai dengan judul beserta data dan berkas pada Surat Permohonan dan apabila melanggar ketentuan, maka Rekomendasi Penelitian akan di cabut sementara dan menghentikan segala kegiatan penelitian;
 - c. Peneliti harus mentaati ketentuan Perundang-Undangan, norma-norma dan adat istiadat yang berlaku dan penelitian yang dilakukan tidak menimbulkan keresahan di masyarakat, disintegrasi Bangsa atau keutuhan NKRI;
 - d. Apabila masa berlaku Rekomendasi Penelitian telah berakhir, sedangkan pelaksanaan Kegiatan Penelitian tersebut belum selesai maka Peneliti harus mengajukan perpanjangan Rekomendasi Penelitian;
 - e. Melaporkan hasil Kegiatan Penelitian kepada Gubernur Nusa Tenggara Barat melalui Kepala Bakesbangpoldagri Provinsi Nusa Tenggara Barat.

Demikian Surat Rekomendasi Penelitian ini di buat untuk dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.

Mataram, 22 Mei 2013
Kepala Badan Kesatuan Bangsa dan
Politik Dalam Negeri Provinsi NTB,


H. NASIBUN, SH. MTP
Pembina Utama Madya
NIP. 19571128 198503 1 014

Tembusan disampaikan Kepada Yth:

1. Kepala Bappeda Provinsi NTB di Mataram;
2. Kepala BLHP Provinsi NTB di Mataram;
3. Bupati Lombok Timur Cq. Ka. Kesbangpoldagri Kab. Lombok Timur di Selong;
4. Yang bersangkutan;
5. Arsip.



KEMENTERIAN AGAMA RI
UIN SUNAN KALIJAGA
Jln. Marsda Adisucipto Yogyakarta, 55281
Telp. (0274) 519709 Fax (0274) 557978
e-mail: pps@uin-suka.ac.id. http://pps.uin-suka.ac.id.

PROGRAM PASCASARJANA

Nomor : UIN.02/PPs/PP.00.9/863/2013
Lamp. : 1 (satu) eksemplar.
Hal. : **Permohonan Ijin Penelitian**

Yogyakarta, 18 April 2013

Kepada Yth. :
Gubernur
Cq. Kepala Bappeda
Propinsi D.I. Yogyakarta
Di Yogyakarta

Assalamu'alaikum wr. wb..

Dalam rangka menyelesaikan studi Program Magister bagi mahasiswa Program Pascasarjana UIN Sunan Kalijaga Yogyakarta, dengan ini kami mengharap bantuan Bapak/Ibu Pimpinan untuk memberikan ijin dan kesempatan pada mahasiswa berikut :

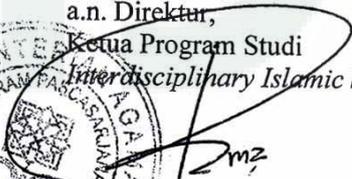
Nama : M. Zuhad, S.Sos.
Nomor Induk : 1120010008
Jenjang : Magister (S2)
Semester : IV (empat)
Program Studi : *Interdisciplinary Islamic Studies*
Konsentrasi : Pekerjaan Sosial
Tahun Akademik : 2012/2013

untuk melakukan penelitian guna penulisan tesis dengan judul: IMPLEMENTASI KEBIJAKAN JAMINAN KESEHATAN MASYARAKAT (JAMKESMAS) (Studi di Puskesmas Keronkong Kecamatan Suralaga Kabupaten Lombok Timur)

Di bawah bimbingan : Ro'fah, MSW., M.A., Ph.D.

Adapun penelitian tersebut akan dilaksanakan di Kecamatan Suralaga Kabupaten Lombok Timur Nusa Tenggara Barat.
Demikian atas perhatian dan kerjasamanya diucapkan terima kasih.

Wassalamu'alaikum wr. wb.

a.n. Direktur,
Ketua Program Studi
Interdisciplinary Islamic Studies,

Ro'fah, MSW., MA., Ph.D. ✓
NIP. 19721124 200112 2 002



Tembusan:

1. Direktur Program Pascasarjana (sebagai laporan);
2. Sdr. M. Zuhad, S.Sos.;
3. Peringgal.



PEMERINTAH DAERAH DAERAH ISTIMEWA YOGYAKARTA
BADAN KESATUAN BANGSA DAN PERLINDUNGAN MASYARAKAT
(BADAN KESBANGLINMAS)
Jl. Jenderal Sudirman No 5 Yogyakarta - 55233
Telepon (0274) 551136, 551275, Fax (0274) 551137
YOGYAKARTA

Yogyakarta, 25 April 2013

Nomor : 074 / 860 / Kesbang / 2013
Perihal : Rekomendasi Ijin Penelitian

Kepada Yth.
Gubernur Nusa Tenggara Barat
Up. Kepala Kesbangpoldagri
Provinsi Nusa Tenggara Barat
Di
MATARAM

Memperhatikan surat :

Dari : Direktur Program Pascasarjana UIN Sunan Kalijaga Yogyakarta
Nomor : UIN.02/PPs/PP.00.9/863/2013
Tanggal : 18 April 2013
Perihal : Permohonan Ijin Penelitian

Setelah mempelajari surat permohonan dan proposal yang diajukan, maka dapat diberikan surat rekomendasi tidak keberatan untuk melaksanakan penelitian dalam rangka penyusunan tesis dengan judul : **"IMPLEMENTASI KEBIJAKAN JAMINAN KESEHATAN MASYARAKAT (JAMKESMAS) (STUDI DI PUSKESMAS KERONGKONG KECAMATAN SURALAGA KABUPATEN LOMBOK TIMUR)"**, kepada :

N a m a : M. ZUHAD
NIM : 1120010008
Prodi/Jurusan : *Interdisciplinary Islamic Studies*
Konsentrasi : Pekerjaan Sosial Program Pascasarjana UIN Sunan Kalijaga
Lokasi Penelitian : Di Puskesmas Kerongkong, Kecamatan Suralaga Kabupaten Lombok Timur
Waktu Penelitian : April s.d Juli 2013

Sehubungan dengan maksud tersebut, diharapkan agar pihak yang terkait dapat memberikan bantuan / fasilitas yang dibutuhkan.

Kepada yang bersangkutan diwajibkan :

1. Menghormati dan mentaati peraturan dan tata tertib yang berlaku di wilayah penelitian;
2. Tidak dibenarkan melakukan penelitian yang tidak sesuai atau tidak ada kaitannya dengan judul penelitian dimaksud;
3. Melaporkan hasil penelitian kepada Badan Kesbanglinmas DIY;

Rekomendasi Ijin Penelitian ini dinyatakan tidak berlaku, apabila ternyata pemegang tidak mentaati ketentuan tersebut di atas.

Demikian untuk menjadikan maklum.



Tembusan disampaikan Kepada Yth

1. Gubernur DIY (sebagai laporan);
2. Direktur Program Pascasarjana UIN Sunan Kalijaga Yogyakarta;
3. Yang bersangkutan.



PEMERINTAH KABUPATEN LOMBOK TIMUR
BADAN KESATUAN BANGSA POLITIK DALAM NEGERI

Alamat : Jln. DR Cipto Mangun Kusumo No: 5 ☎ (0376) 21452 - 22 779 Kode Pos: 83612

REKOMENDASI

NOMOR : 070/114/KBPDN/2013

TENTANG
IZIN PENELITIAN

Bismillahirrahmanirrahim
Assalamu'alaikum Wr. Wb

Berdasarkan Surat Rekomendasi dari Kepala Bakesbangpoldagri Provinsi Nusa Tenggara Barat Nomor : 070/425/R/II/2013 tanggal 22 Mei 2012, maka dengan ini memberikan Rekomendasi / Ijin kepada :

Nama : M. ZUHAD
Pekerjaan : Mahasiswa
Alamat : UIN Sunan Kalijaga Yogyakarta
Bidang/Judul : "Impelementasi Kebijakan Jaminan Kesehatan Masyarakat (JAMKESMAS) Studi di Puskesmas Kerongkong Kecamatan Suralaga Kabupaten Lombok Timur"
Lama Penelitian : April s/d Juli 2013.
Jumlah Peserta : 1 (satu) orang
Lokasi Penelitian : Puskesmas Kerongkong Kecamatan Suralaga Kabupaten Lombok Timur.

Dalam melakukan kegiatan agar yang bersangkutan mematuhi ketentuan sebagai berikut :

1. Sebelum melakukan kegiatan agar melakukan koordinasi dengan unsur / instansi yang terkait;
2. Tidak dibenarkan melakukan kegiatan diluar rekomendasi tersebut diatas, apabila melanggar ketentuan akan dicabut Rekomendasi / Ijin dan menghentikan segala kegiatannya;
3. Mentaati Peraturan Perundang-undangan yang berlaku serta mengindahkan adat istiadat setempat;
4. Apabila masa berlaku Rekomendasi / Ijin telah berakhir, sedangkan pelaksanaan belum selesai maka perpanjangan Rekomendasi / Ijin agar diajukan kepada instansi pemohon;
5. Melaporkan hasil kegiatan kepada Bupati Lombok Timur, melalui Kepala Badan Kesatuan Bangsa dan Politik Dalam Negeri Kabupaten Lombok Timur.

Demikian Rekomendasi / Ijin ini dibuat untuk dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.

Wabillahitaufiq Walhidayah
Wassalamu'alaikum Wr. Wb

Selong, 1 Juni 2012

KEPALA BAKESBANGPOLDAGRI
KABUPATEN LOMBOK TIMUR,



LALU TAUKURRAHMAN, S.Sos
Lombok 196105131986091002

TEMBUSAN :

1. Bupati Lombok Timur di Selong;
2. Kepala Bappeda Kabupaten Lombok Timur di Selong;
3. Kepala Dinas Dikpora Kabupaten Lombok Timur di Selong;
4. Kepala BPBD Kabupaten Lombok Timur di Selong;
5. Kepala BPS Kabupaten Lombok Timur di Selong;
6. Kepala Puskesmas Kerongkong di Kerongkong
7. Camat Suralaga di Suralaga;
8. Kapolsek Suralaga di Suralaga;
9. Danramil Suralaga di Suralaga;
10. Kepala Desa Kerongkong di Kerongkong;
11. Yang bersangkutan untuk dipergunakan sebagaimana mestinya;
12. Arsip

DAFTAR RIWAYAT HIDUP

A. Identitas Diri

Nama : M. Zuhad, S. Sos.
Tempat/Tgl. Lahir : Paok Lombok, 16 Pebruari 1985
Alamat Rumah : Darulhijrah RT. 02 Anjani (Komplek Ponpes Syaikh Zainuddin NW Anjani LOTIM) Kec. Suralaga Kab. Lombok Timur NTB
Nama Ayah : H. Dimiyati Abd Hanan
Nama Ibu : Hj. Mahmudah
Nomor Telephone : 081933158480
Email : muh.zuhad@yahoo.com

B. Riwayat Pendidikan

I. Pendidikan Formal

- a. MI Unwanulfalah Paok Lombok tahun 1996
- b. Madrasah Tsanawiyah Madrasah Unwanulfalah Paok Lombok tahun 1999
- c. Madrasah Aliyah Keagamaan NW Mataram (MAN 2 MATARAM) tahun 2002
- d. Fakultas Ilmu Administrasi Negara Jurusan Administrasi Publik Universitas Nahdlatul Wathan Mataram, Lulus tahun 2010

II. Pendidikan Non Formal

Ma'had Darul Qur'an Walhadis Almajidiah Asyafi'iah Nahdlatul Wathan Anjani Lombok Timur tahun 2002-2006