

**ANALISIS KINERJA DAN PENGELOLAAN ANGGARAN  
PEMBIAYAAN DINAS KESEHATAN KOTA SURAKARTA  
DALAM PROGRAM PEMELIHARAAN KESEHATAN  
MASYARAKAT SURAKARTA (PKMS) TAHUN 2008**

**OLEH :**

**Mufti Anas**

**D.0105102**

**Skripsi**

**Disusun Untuk Memenuhi Persyaratan Dalam Memperoleh Gelar**

**Sarjana Strata Satu Jurusan Ilmu Administrasi**

**Fakultas Ilmu Sosial dan Ilmu Politik**

**FAKULTAS ILMU SOSIAL DAN ILMU POLITIK**

**UNIVERSITAS SEBELAS MARET**

**SURAKARTA**

**2009**

## **HALAMAN PERSETUJUAN**

Disetujui untuk Dipertahankan di Hadapan Penguji Skripsi

Jurusan Ilmu Administrasi  
Fakultas Ilmu Sosial dan Ilmu Politik  
Universitas Sebelas Maret  
Surakarta

Dosen Pembimbing

**Drs. Sudarmo, MA., Ph.D**  
**NIP. 196311011990031002**

## HALAMAN PENGESAHAN

Telah Diuji dan Disahkan oleh Panitia Penguji Skripsi  
Fakultas Ilmu Sosial dan Ilmu Politik  
Universitas Sebelas Maret  
Surakarta

Pada Hari :

Tanggal :

Panitia Penguji :

1. **Drs. Sudarto, M.Si** ( )  
**NIP. 195502021985031006**
2. **A.W. Erlin Mulyadi, S.Sos., MPA** ( )  
**NIP. 197406012008012016**
3. **Drs. Sudarmo, MA., Ph. D** ( )  
**NIP. 196311011990031002**

Mengetahui,

Dekan

FISIP UNS

**Drs. H Supriyadi, SN., SU.**

**NIP. 195301281981031001**

## KATA PENGANTAR

Alhamdulillah segala puja dan puji syukur penulis panjatkan kepada Allah SWT atas segala karunia, nikmat, serta hidayah-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan penulisan skripsi dengan judul : *“Analisis Kinerja dan Pengelolaan Anggaran Pembiayaan Dinas Kesehatan Kota Surakarta Dalam Program Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat Surakarta (PKMS) tahun 2008”* dengan baik.

Skripsi ini penulis susun dan ajukan guna memenuhi salah satu syarat akademis untuk memperoleh gelar kesarjanaan pada Fakultas Ilmu Sosial dan Ilmu Politik Universitas Sebelas Maret Surakarta.

Pada kesempatan ini penulis ingin menyampaikan ucapan terima kasih atas bantuan, baik moral maupun material kepada semua pihak yang telah membantu dalam penulisan skripsi ini. Semoga Allah SWT membalas segala budi baik, bantuan, dan amalan beliau-beliau :

1. Bpk. Drs. H. Supriyadi, SN., SU. selaku dekan FISIP UNS.
2. Bpk. Sudarto, M.Si. selaku Ketua Jurusan Ilmu Administrasi Negara FISIP UNS.
3. Ibu Dra. Sudaryanti, M.Si selaku Pembimbing Akademik yang selalu memberikan nasehat serta bimbingan selama penulis menempuh kuliah.
4. Bpk. Drs. Sudarmo, MA., Ph.D. selaku Pembimbing Skripsi yang selalu memberikan bimbingan, arahan serta nasehat yang sangat bermanfaat selama penulisan skripsi.
5. Bapak dan Ibu Dosen Jurusan Ilmu Administrasi Negara FISIP UNS atas segala ilmu yang diberikan selama kuliah.
6. Ibu dr. Siti Wahyuningsih, M.Kes selaku Kepala Dinas Kesehatan Kota Surakarta yang telah memberikan izin untuk melakukan penelitian.
7. Ibu Ida Angklaita bersama seluruh staf UPTD Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat atas semua waktu, bantuan dan informasi selama penelitian.
8. Ibu Sulis atas waktu dan keterangan yang diberikan.
9. Seluruh pegawai Dinas Kesehatan Kota Surakarta atas segala bantuan dan informasinya selama penulis melakukan penelitian.
10. Bpk. Ari Sukirmanto, Bpk. Suryanto, dan seluruh peserta PKMS yang telah memberikan waktu dan informasi kepada penulis.
11. Seluruh teman-teman Administrasi Negara angkatan 2005 atas kebersamaan kalian selama ini.

Penulis menyadari bahwa skripsi ini masih jauh dari kata sempurna sehingga kritik dan saran yang membangun akan penulis terima dengan terbuka untuk perbaikan skripsi ini kedepannya. Semoga skripsi ini berguna untuk pengembangan dan penelitian selanjutnya serta bermanfaat bagi para pembaca.

Surakarta, Agustus 2009

Penulis

## **MOTTO**

“...Sesungguhnya Allah tidak merubah keadaan suatu kaum sehingga mereka merubah keadaan yang ada pada diri mereka sendiri dan apabila Allah menghendaki keburukan terhadap suatu kaum maka tak ada yang dapat menolaknya, dan sekali-kali tak ada pelindung bagi mereka selain Dia”.

(Q.S. Ra'd (guruh) ayat : 11)

## **PERSEMBAHAN**

Karya kecilku ini dipersembahkan  
dengan setulus hati kepada :

- ☺ Bapak dan Ibuku yang hebat yang selalu berdo'a untuk anak-anaknya
- ☺ Adikku "Aulia" yang tersayang
- ☺ Yuhanistyani Tri A. yang menemaniku selama ini
- ☺ Teman-teman himagara, kontrakan, AN'05, SBR, dan semua pihak yang telah membantu

# DAFTAR ISI

	Halaman
JUDUL	i
HALAMAN PERSETUJUAN	ii
HALAMAN PENGESAHAN	iii
KATA PENGANTAR	iv
MOTTO	vi
PERSEMBAHAN	vii
DAFTAR ISI	viii
DAFTAR TABEL	xi
DAFTAR GAMBAR	xii
ABSTRAK	xiii
<i>ABSTRACT</i>	xiv
<b>BAB I PENDAHULUAN</b>	1
I. Latar Belakang	1
II. Rumusan Masalah	7
III. Tujuan Penelitian	7
IV. Manfaat Penelitian	8
<b>BAB II TINJAUAN PUSTAKA</b>	9
I. Kebijakan Publik	9
II. Kinerja Birokrasi	23
III. Pengelolaan Anggaran Pembiayaan Kesehatan	31
IV. Hubungan Penilaian Kinerja dan Pengelolaan Anggaran	44
V. Program Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat Surakarta (PKMS)	46
VI. Pembangunan Kesehatan Masyarakat	50
VII. Kerangka Pemikiran	58
<b>BAB III METODE PENELITIAN</b>	61
I. Jenis Penelitian	61
II. Lokasi Penelitian	62
III. Sumber Data	62
IV. Teknik Pengambilan Sampel	63
V. Teknik Pengumpulan Data	64
VI. Validitas Data	65
VII. Teknik Analisis Data	67
<b>BAB IV DESKRIPSI LOKASI</b>	70
I. Tugas Pokok dan Fungsi	70
II. Struktur Organisasi	73
III. Anggaran Program Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat Surakarta (PKMS) Tahun 2008	80
IV. Kinerja Dinas Kesehatan Kota Surakarta Mendatang	81
<b>BAB V PEMBAHASAN</b>	84
I. Kinerja Dinas Kesehatan Kota Surakarta	84
1. Produktivitas	85
2. Kualitas Layanan	89

3.	Responsivitas	94	
4.	Responsibilitas		97
5.	Akuntabilitas	100	
II.	Pengelolaan Anggaran Program PKMS	102	
1.	Transparansi	103	
2.	Efisien		106
3.	Efektif		108
4.	Akuntabilitas	111	
5.	Partisipatif		114
<b>BAB VI PENUTUP</b>		116	
I.	Kesimpulan	116	
II.	Saran	119	
DAFTAR PUSTAKA		121	
LAMPIRAN		124	

## DAFTAR TABEL

Tabel	Halaman
1. Tabel 2.1. Pembagian Indikator Kinerja	29



## DAFTAR GAMBAR

Gambar	Halaman
1. Gambar 2.1. Bagan Siklus Proses Kebijakan Publik	13
2. Gambar 2.2. Bagan Langkah-langkah Kebijakan Publik	17
3. Gambar 2.3. Proses Penyusunan Anggaran APBD	40
4. Gambar 2.4. Hubungan Anggaran Pembiayaan Kesehatan dengan Ekonomi dan Penelitian lain	42
5. Gambar 2.5. Bagan Subsistem Upaya Kesehatan	54
6. Gambar 2.6. Bagan Sistem Kesehatan Daerah	55
7. Gambar 2.7. Bagan Interkoneksi Upaya Kesehatan Masyarakat	57
8. Gambar 2.8. Bagan Kerangka Pemikiran	60
9. Gambar 3.1. Bagan Model Teknik Pengumpulan Data dan Analisis Data secara Interaktif menurut Miles dan Huberman	69
10. Gambar 4.1. Bagan Struktur Organisasi Dinas Kesehatan Kota Surakarta	79

## ABSTRAK

**MUFTI ANAS, D0105102, ANALISIS KINERJA DAN PENGELOLAAN ANGGARAN PEMBIAYAAN DINAS KESEHATAN KOTA SURAKARTA DALAM PROGRAM PEMELIHARAAN KESEHATAN MASYARAKAT SURAKARTA (PKMS) TAHUN 2008, JURUSAN ILMU ADMINISTRASI, FAKULTAS ILMU SOSIAL DAN ILMU POLITIK, UNIVERSITAS SEBELAS MARET SURAKARTA, 2009**

Program PKMS merupakan program yang bertujuan membangun derajat kesehatan masyarakat Kota Surakarta. Program ini merupakan salah satu upaya untuk mengatasi permasalahan sumber daya manusia, serta sebagai solusi terhadap ketidakmampuan masyarakat miskin dalam menjangkau pelayanan kesehatan yang berkualitas. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui kinerja dan pengelolaan anggaran pembiayaan kesehatan Dinas Kesehatan Kota Surakarta dalam program PKMS

Penelitian ini dilakukan di Dinas Kesehatan Kota Surakarta dengan menggunakan pendekatan penelitian kualitatif. Pengambilan sampel menggunakan teknik *purposive sampling* dan *snowball sampling*. Data primer dan data sekunder diperoleh dengan menggunakan wawancara mendalam, observasi dan studi dokumentasi. Data yang diperoleh diuji dengan menggunakan triangulasi sumber dan triangulasi metode. Selain itu, data tersebut dianalisis dengan menggunakan teknik analisis data model interaktif.

Dari penelitian ini dapat diketahui bahwa secara umum kinerja dan pengelolaan anggaran pembiayaan Dinas Kesehatan Kota Surakarta dalam program PKMS berjalan dengan baik. Namun demikian, dalam pelaksanaannya masih ditemui berbagai kendala, antara lain adanya penduduk *siluman* yang dengan mudah mendapatkan KTP Surakarta karena kurangnya pengawasan administratif, kurang maksimalnya pelayanan kesehatan karena sumber daya manusia yang terbatas dan pelaksanaan program yang kurang efektif karena masih terkonsentrasi pada pelayanan kesehatan kuratif dan rehabilitatif.

Kata kunci : kebijakan publik, program PKMS, kinerja birokrasi, pengelolaan anggaran pembiayaan kesehatan

## **ABSTRACT**

**MUFTI ANAS, D0105102, ANALYSIS OF JOB PERFORMANCE AND BUDGETING MANAGEMENT OF SURAKARTA PUBLIC HEALTH DEPARTMENT IN PUBLIC HEALTH CARE PROGRAM (PKMS) ON 2008, MAJOR OF ADMINISTRATION, FACULTY OF SOCIAL AND POLITIC SCIENCE, SEBELAS MARET UNIVERSITY SURAKARTA, 2009**

The aim of PKMS program is improving the Surakarta public health. this program is one of the efforts to overcome human resource problem, and also as solution of the poor society inability in reaching out qualified health care. This research is conducted to find out the performance and health financial management of Surakarta Public Health Department in PKMS program.

This research has done in Surakarta Public Health Department by using qualitative approach. Purposive sampling and snowball sampling are used to get the sample. Interview, observation, and documentation study are conducted to get primer and secondary data. Triangulation source and method are used to validate data. The datas are analized by using analytic technique and interactive model.

From this research, the researcher finds out that the job performance and budgeting management of surakarta public health department in public health care program (PKMS) have been running well. The constraints in implementing are the emerge of “invisible poeple” who easily get residency card as Surakarta citizen, the limited of human resource of Public Health Care Technical Implemeter Unit, and the implementation of PKMS program seems concentrate only on curative and rehabilitation health.

**Keywords :** public policy, PKMS program, bureaucracy performance, public health budgeting management

# BAB I

## PENDAHULUAN

### I. Latar Belakang Masalah

Pemerintah Kota Surakarta pada awal tahun 2008 mengimplementasikan suatu program jaminan kesehatan daerah. Dimana program tersebut dirumuskan menjadi semacam asuransi kesehatan untuk masyarakat Kota Surakarta dengan premi asuransi yang dibayar oleh Pemerintah Kota Surakarta. Program ini diberi nama dengan program Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat Surakarta (PKMS).

Program PKMS merupakan upaya Pemerintah Kota Surakarta untuk mempercepat pencapaian sasaran pembangunan kesehatan dan peningkatan derajat kesehatan yang optimal. Dengan memberikan jaminan kesehatan bagi seluruh masyarakat Kota Surakarta, terutama bagi masyarakat miskin. Jaminan kesehatan yang diberikan berwujud upaya kesehatan yang berjenjang dan komprehensif. Upaya kesehatan ini dilakukan agar kesehatan masyarakat terpelihara. Sehingga menciptakan masyarakat Kota Surakarta yang sehat dan produktif.

Pidato Menteri Kesehatan Republik Indonesia dalam rangka memperingati Hari Kesehatan Nasional ke-44 tanggal 12 November 2008 yang menerangkan bahwa *“Rakyat yang sehat adalah juga wujud keuletan dan ketangguhan suatu bangsa yang memiliki derajat kesehatan yang setinggi-tingginya baik secara fisik, mental maupun sosial serta memiliki produktifitas yang tinggi. Berbagai studi menunjukkan bahwa terjadi korelasi positif antara derajat kesehatan masyarakat dengan produktifitas masyarakat. Produktifitas merupakan perwujudan kualitas sumber daya manusia yang baik”* (departemenkesehatan.go.id). Dengan demikian, adanya program pemerintah dalam pembangunan derajat kesehatan masyarakat, seperti

program PKMS ini. Maka secara tidak langsung program tersebut akan mendorong terciptanya kualitas sumber daya manusia.

Upaya untuk mendorong terciptanya kualitas sumber daya manusia yang unggul merupakan permasalahan *klasik* bagi bangsa Indonesia. Berdasarkan data dari UNDP (*United Nation Development Program*) pada tahun 2006, melaporkan bahwa Indeks Pembangunan Manusia (IPM) Indonesia berada setingkat diatas Vietnam atau berada diperingkat 108 diantara negara diseluruh dunia (dalam Sutarto, 2008:18). Data tersebut menunjukkan bahwa kualitas sumber daya manusia Indonesia masih rendah dan berada dibawah negara-negara lain didunia. Untuk itu, diperlukan suatu upaya pemerintah untuk mengatasi permasalahan kualitas sumber daya manusia tersebut.

Sebagai upaya pemerintah untuk meningkatkan kualitas sumber daya manusia. Maka dalam upayanya ada beberapa hal yang harus diperhatikan oleh pemerintah, antara lain tingkat kesehatan, tingkat pendidikan, tingkat pendapatan (Sutarto, 2008:18). Pernyataan tersebut mempertegas bahwa upaya kesehatan masyarakat merupakan bagian penting dalam usaha pemerintah dalam pembangunan kualitas sumber daya manusia.

Selain itu, melihat pada kenyataan bahwa pada tahun 2005 Indonesia memiliki Angka Kelahiran Hidup (*life expetancy birth*) dengan rasio 69,7 dan menempati urutan ke-120 dari 191 negara-negara di dunia (undp.org). Sementara itu, pada tahun 2005 Angka Kematian Bayi (IMR) sebesar 39 per 1000 kelahiran hidup termasuk kategori sedang ditingkat ASEAN. Sedangkan Angka Kematian Ibu Maternal (AKI) antara tahun 2002-2004, yakni sekitar 307 per 100.000 kelahiran hidup (Sutarto, 2008:65). Data-data tersebut semakin menunjukkan bahwa upaya kesehatan masyarakat harus menjadi salah satu prioritas kebijakan pemerintah. Oleh karena itu, upaya kesehatan masyarakat melalui program PKMS tersebut dinilai sebagai upaya yang tepat

untuk mengatasi permasalahan sumber daya manusia.

Namun demikian, selain permasalahan sumber daya manusia. Program PKMS ini juga dilatar belakangi adanya realita bahwa banyak masyarakat miskin di Kota Surakarta yang belum tertampung dalam program Asuransi Kesehatan Masyarakat Miskin (Askeskin) dan tidak termasuk dalam kuota Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas). Padahal program Askeskin/Jamkesmas ini merupakan program yang berusaha memberikan akses pelayanan kesehatan dan pelayanan administrasi kesehatan yang prima dan berkualitas kepada seluruh masyarakat luas, terutama bagi warga yang miskin atau hampir miskin. Hal tersebut dikarenakan terbentur dengan keterbatasan dana yang dimiliki oleh pemerintah pusat. Dana yang dikucurkan dari APBN belum mampu menutupi seluruh kebutuhan masyarakat dibidang kesehatan, terutama dalam pelaksanaan program Askeskin/Jamkesmas. Terlebih lagi dengan adanya otonomi daerah, sehingga dana perimbangan yang dialokasikan oleh pusat hanya sebagai anggaran untuk program-program yang berasal dari pusat juga. Selebihnya, daerah harus mampu berusaha memenuhi kebutuhannya sendiri untuk mensejahterakan rakyatnya.

Berdasarkan data Dinas Kesehatan Kota Surakarta, pada bulan November tahun 2007 tercatat sebanyak 107.004 jiwa termasuk dalam kuota Askeskin/Jamkesmas dan 88.000 jiwa termasuk dalam ASKES PNS. Sedangkan masyarakat Kota Surakarta yang belum memiliki asuransi/jaminan kesehatan tercatat 343.325 jiwa. Data tersebut menunjukkan bahwa masih banyak masyarakat Kota Surakarta yang belum memiliki asuransi/jaminan kesehatan.

Selain itu, permasalahan kemiskinan masyarakat juga semakin memburuk keadaan. Ketidakmampuan ekonomi masyarakat miskin menjadi permasalahan utama dalam menjangkau pelayanan kesehatan yang berkualitas. Hal tersebut mengakibatkan tidak seluruh masyarakat miskin dapat tertangani melalui program Askeskin/Jamkesmas. Dampak yang lebih jauh adalah

adanya sejumlah masyarakat miskin menjadi tanggung jawab pemerintah daerah. Oleh karena itu, pemerintah daerah dituntut untuk dapat memberikan kontribusinya terhadap upaya pengentasan kemiskinan masyarakat.

Di Kota Surakarta sendiri berdasarkan SUSENAS tahun 2007 dari 515.372 jumlah penduduk Kota Surakarta tercatat sejumlah 65.884 orang (sekitar 12,78% dari jumlah penduduk) yang terdiri dari 25.117 keluarga berada pada garis kemiskinan ([konsorsiumsolo.com](http://konsorsiumsolo.com)). Hal tersebut menunjukkan bahwa permasalahan kemiskinan berdampak pada akses masyarakat miskin untuk memperoleh pelayanan kesehatan yang berkualitas. Untuk itu, program PKMS ini menjadi sebuah program terobosan yang tepat oleh Pemerintah Kota Surakarta.

Dalam implementasi program PKMS tersebut, berdasarkan data Dinas Kesehatan, pada tahun 2008 telah berhasil mencatat peserta sejumlah 146.636 jiwa baik peserta kartu Gold maupun kartu Silver. Dengan rincian peserta kartu Gold sejumlah 3.661 jiwa dan kartu Silver sejumlah 142.975 jiwa. Jumlah yang cukup banyak mengingat program PKMS ini baru berjalan selama satu tahun. Sedangkan dari segi anggaran, berdasarkan data Dinas Kesehatan Kota Surakarta, program PKMS mendapatkan alokasi dana secara keseluruhan sekitar 16,479 miliar. Dana tersebut murni berasal dari APBD Kota Surakarta. Dana yang cukup besar untuk suatu program pemeliharaan kesehatan masyarakat tingkat daerah.

Namun demikian, implementasi program PKMS tetap membutuhkan perhatian dari masyarakat. Hal tersebut sebagai wujud partisipasi masyarakat dalam pembangunan kesehatan melalui program PKMS ini. Selain itu, sebaik apapun kebijakan yang dikeluarkan oleh pemerintah, namun apabila dalam implementasinya tidak sesuai dengan perencanaan. Maka kebijakan tersebut akan berjalan tidak efektif dan tidak efisien. Untuk itu, sebagai wujud nyata upaya pembangunan kesehatan di kabupaten/ kota dalam implementasi program PKMS ada

beberapa hal yang perlu diperhatikan, diantaranya mengenai manajemen pembangunan kesehatan dan pembiayaan kesehatan (Sutarto, 2008).

Dalam hal ini, manajemen pembangunan kesehatan adalah kaitannya dengan kinerja birokrasi pelaksana, yakni Dinas Kesehatan Kota Surakarta. Dinas Kesehatan Kota Surakarta selaku institusi pelaksana program PKMS memiliki tugas, kewenangan dan tanggung jawab yang harus dilaksanakan. Bentuk nyata dari pelaksanaan tugas, kewenangan dan tanggung jawab tersebut adalah kinerja intitusi. Oleh karena itu, perlu dilakukan penilaian sejauh mana kinerja Dinas Kesehatan Kota Surakarta. Hal tersebut dilakukan untuk mengetahui apakah kinerja Dinas Kesehatan Kota Surakarta sudah berjalan sesuai dengan yang diharapkan. Karena dengan kinerja Dinas Kesehatan Kota Surakarta yang berjalan baik, akan mewujudkan tujuan program PKMS tersebut.

Sedangkan pembiayaan kesehatan adalah kaitannya dengan pengelolaan pembiayaan kesehatan dalam program PKMS. Mengingat bahwa anggaran merupakan salah satu faktor utama dalam upaya pembangunan kesehatan yang komprehensif. Sehingga perlu diperhatikan bagaimana pengelolaan anggaran pembiayaan kesehatan dalam program PKMS ini. Apakah pengelolaannya sudah sesuai dengan perencanaan anggaran program PKMS tersebut. Karena hanya dengan pengelolaan anggaran yang baik, maka diharapkan akan tercipta akuntabilitas anggaran.

## **II. Rumusan Masalah**

Berdasarkan latar belakang diatas, rumusan masalah dalam penelitian ini sebagai berikut

:

1. Bagaimana kinerja Dinas Kesehatan Kota Surakarta dalam implementasi program PKMS tahun 2008?



2. Bagaimana pengelolaan anggaran pembiayaan kesehatan dalam implementasi program PKMS tahun 2008?

### **III. Tujuan Penelitian**

Dalam penelitian ini terdapat beberapa tujuan yang ingin dicapai penulis, antara lain :

1. Tujuan Operasional

- a. Untuk mengetahui kinerja Dinas Kesehatan Kota Surakarta dalam implementasi program PKMS tahun 2008.
- b. Untuk mengetahui pengelolaan anggaran pembiayaan kesehatan dalam implementasi program PKMS tahun 2008.
- c. Untuk mengetahui implementasi program PKMS tahun 2008.
- d. Untuk mengetahui pendapat masyarakat mengenai program PKMS.

2. Tujuan Fungsional

Untuk menyelesaikan tugas akhir kuliah (skripsi) Sarjana (S-1) Jurusan Ilmu Administrasi Fakultas Ilmu Sosial dan Ilmu Politik Universitas Sebelas Maret Surakarta.

### **IV. Manfaat Penelitian**

Dalam sebuah penelitian diharapkan akan menghasilkan manfaat yang dapat dirasakan baik oleh penulis maupun orang lain. Adapun beberapa manfaat dari penelitian ini, antara lain :

1. Memberikan gambaran mengenai implementasi program PKMS.
2. Memberikan gambaran mengenai kinerja Dinas Kesehatan Kota Surakarta dalam implementasi program PKMS.

3. Memberikan informasi mengenai pengelolaan anggaran pembiayaan kesehatan dalam program PKMS.
4. Menjadi salah satu bahan referensi mengenai analisis kinerja birokrasi dan pengelolaan anggaran kebijakan, terutama kebijakan-kebijakan dibidang kesehatan.

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **11. Kebijakan Publik**

Dalam persaingan global ini, setiap negara dituntut untuk mampu mengembangkan diri agar mampu bertahan dari kondisi krisis. Mengembangkan diri berarti mampu mandiri dan berdaya saing sehingga memiliki keunggulan kompetitif. Michael E. Porter mengemukakan bahwa keunggulan kompetitif dari setiap negara ditentukan seberapa mampu negara tersebut mampu menciptakan lingkungan yang menumbuhkan daya saing dari setiap aktor didalamnya, khususnya aktor ekonomi (dalam Dwidjowijoto, 2004:49).

Untuk menciptakan lingkungan yang demikian tersebut, hanya dapat diciptakan secara efektif oleh kebijakan publik (Dwidjowijoto, 2004:50). Kebijakan publik sendiri menurut

Heidenheimer merupakan studi tentang “bagaimana, mengapa, dan apa efek dari tindakan aktif (*action*) dan pasif (*inaction*) pemerintah” (dalam Parsons, 2005:xi). Selain itu, Thomas R. Dye juga menyatakan bahwa “kebijakan publik adalah apapun yang dipilih oleh pemerintah untuk dilakukan dan tidak dilakukan” (dalam Winarno, 2008:17).

Lebih lanjut lagi, kebijakan publik membahas soal bagaimana isu-isu dan persoalan-persoalan tersebut disusun (*constructed*) dan didefinisikan dan bagaimana kesemuanya itu diletakkan dalam agenda kebijakan dan agenda politik (Parsons, 2005:xi). Sementara itu, menurut James Anderson kebijakan merupakan arah tindakan yang mempunyai maksud yang ditetapkan oleh seorang aktor atau sejumlah aktor dalam mengatasi suatu masalah atau suatu persoalan (dalam Winarno, 2008:18). Sedangkan Carl I. Frederick mendefinisikan kebijakan publik sebagai serangkaian tindakan yang diusulkan seseorang, kelompok atau pemerintah dalam suatu lingkungan tertentu, dengan ancaman dan peluang yang ada, dimana kebijakan yang diusulkan tersebut ditujukan untuk memanfaatkan potensi sekaligus mengatasi hambatan yang ada dalam rangka mencapai tujuan tertentu (dalam Dwijowijoto, 2004:4). W.I. Jenkins menyatakan kebijakan adalah “*a set of interrelated decisions...cocerning the selection of goals and the means of achieving them within a specified situation..*” (serangkaian keputusan yang saling bersangkutan...mengenai tujuan-tujuan yang diseleksi dan cara untuk mencapai tujuan-tujuan tersebut dalam situasi yang ditentukan) (dalam Hill, 2005:7).

Berdasarkan pada pengertian-pengertian tersebut, secara sederhana, kebijakan publik adalah segala sesuatu yang dikerjakan dan yang tidak dikerjakan oleh pemerintah (Dwijowijoto, 2004:4). Secara rinci, pada hakekatnya bahwa kebijakan publik adalah jalan dalam mencapai tujuan bersama (Dwidjowijoto, 2004:51).

Dari sinilah kebijakan publik dinilai sebagai suatu keharusan bagi suatu negara. Karena

perjalanan hidup suatu negara sangat bergantung pada kebijakan-kebijakan yang diambil oleh pemerintahannya. Kebijakan publik yang *excellent* (istilah Riant Nugroho D. dalam Kebijakan Publik : Formulasi, Implementasi dan Evaluasi, 2004) akan menjadi roda penggerak yang efektif yang akan menggerakkan seluruh sendi-sendi kehidupan berbangsa, bernegara dan bermasyarakat. Karena, disini, selain sebagai jalan dan arah untuk mencapai tujuan, kebijakan publik juga merupakan suatu aturan main dalam kehidupan bersama. S. Zainal Abidin berpendapat bahwa kebijakan pemerintah yang dapat dianggap kebijakan resmi memiliki kewenangan yang dapat memaksa masyarakat untuk mematuhi (dalam Naihasy, 2006:20). Tentu saja, dalam hal ini kebijakan publik akan bersifat mengatur dan berlaku mengikat pada semuanya (Dwijowijoto, 2004:64).

Oleh karenanya, kebijakan publik juga terbagi kedalam berbagai jenis. Berdasarkan pada karakter kebijakannya, kebijakan publik kedalam 2 (dua) jenis, antara lain : (Dwijowijoto, 2004:63)

1. Regulatif versus Deregulatif; atau Restriktif versus Non-Restriktif

Kebijakan jenis ini adalah kebijakan yang menetapkan hal-hal yang dibatasi dan hal-hal yang dibebaskan dari pembatasan-pembatasan. sebagian besar kebijakan publik berkenaan dengan hal-hal yang regulatif/restriktif dan deregulatif/non-restriktif.

2. Alokatif versus Distributif/Redistributif

Kebijakan jenis ini adalah kebijakan alokatif dan distributif. Kebijakan ini biasanya berupa kebijakan-kebijakan yang berkenaan dengan anggaran atau keuangan publik. Lebih jauh lagi Richard A. Musgrave dan Peggi B. Musgrave mengemukakan.

“...bahwa fungsi kebijakan keuangan publik adalah *fungsi alokasi* yang bertujuan mengalokasikan barang-barang publik dan mekanisme alokasi barang dan jasa yang tidak bisa dilakukan melalui mekanisme pasar, *fungsi distribusi* yang berkenaan dengan pemerataan kesejahteraan termasuk didalamnya perpajakan, *fungsi stabilisasi* yang

berkenaan dengan peran penyeimbang dari kegiatan alokasi dan distribusi tersebut, dan *fungsi koordinasi anggaran* yang berkenaan dengan koordinasi anggaran secara horizontal dan vertikal.” (dalam Dwijowijoto, 2004:63)

Kebijakan publik juga memerlukan proses kebijakan yang dimulai dari isu hingga evaluasi kebijakan. Proses tersebut harus dilakukan secara berurutan agar menghasilkan kebijakan yang baik dan benar. Menurut Thomas R. Dye proses kebijakan publik adalah sebagai berikut : (dalam Widodo, 2008:16)

1. Identifikasi masalah kebijakan (*identification of policy problem*)

Identifikasi masalah kebijakan dapat dilakukan melalui identifikasi apa yang menjadi tuntutan (*demands*) atas tindakan pemerintah.

2. Penyusunan agenda (*agenda setting*)

Penyusunan agenda merupakan aktivitas memfokuskan perhatian pada pejabat publik dan media masa atas keputusan apa yang akan diputuskan terhadap masalah publik tertentu.

3. Perumusan kebijakan (*policy formulation*)

Perumusan merupakan tahapan pengusulan rumusan kebijakan melalui inisiasi dan penyusunan usulan kebijakan melalui organisasi perencanaan kebijakan, kelompok kepentingan, birokrasi pemerintah, presiden, dan lembaga legislatif.

4. Pengesahan kebijakan (*legitimating of policy*)

Pengesahan kebijakan melalui tindakan politik oleh partai politik, kelompok penekan, presiden, dan kongres.

5. Implementasi kebijakan (*policy implementation*)

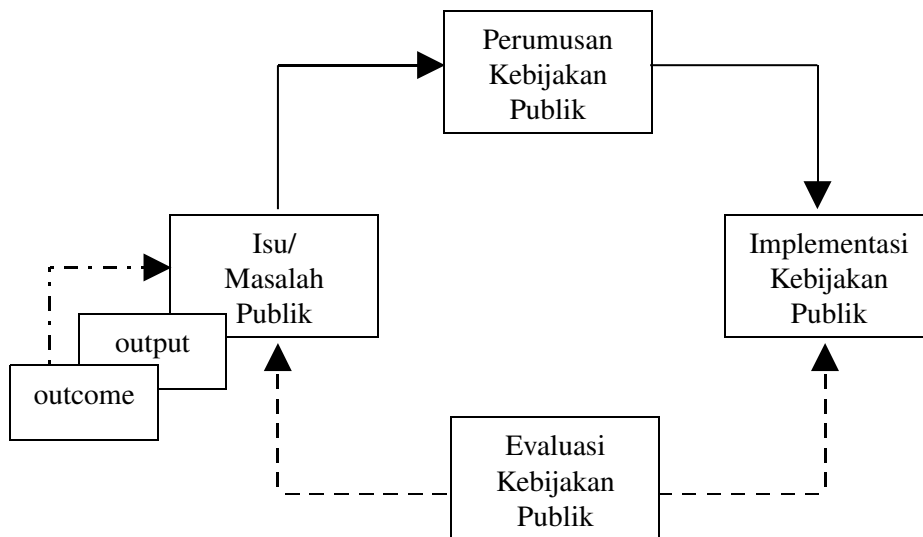
Implementasi kebijakan dilakukan melalui birokrasi, anggaran publik, dan aktivitas agen eksklusif yang terorganisasi.

6. Evaluasi kebijakan (*policy evaluation*)

Evaluasi kebijakan dilakukan oleh lembaga pemerintah sendiri, konsultan diluar pemerintah, pers, dan masyarakat (publik).

Adapun siklus skematik dari proses kebijakan publik, yaitu :

Gambar 2.1. Bagan Siklus Proses Kebijakan Publik



Sumber : Riant Nugroho Dwijowijoto, 2004:73

Proses kebijakan publik bukan merupakan proses yang sederhana. Munculnya kebijakan publik dikarenakan ada isu atau masalah publik yang mendasar, menyangkut banyak orang, dan mendesak untuk diselesaikan. Masalah publik sendiri didefinisikan sebagai suatu kondisi atau situasi yang menimbulkan kebutuhan atau ketidakpuasan pada sebagian orang yang menginginkan pertolongan atau perbaikan (Winarno, 2008:70). Masalah publik yang demikian besar dan penting akan menggerakkan dan mendesak pemerintah untuk bertindak, yakni dengan mulai dibahas dalam proses formulasi kebijakan publik. Namun demikian, tidak semua masalah publik bisa melahirkan suatu kebijakan, melainkan hanya masalah publik yang dapat menggerakkan orang banyak untuk ikut memikirkan dan mencari solusi yang bisa menghasilkan sebuah kebijakan publik (*only those that move people to action become policy problem*) (Widodo,

2008:15).

Formulasi kebijakan publik merupakan inti dari kebijakan publik karena didalamnya akan dirumuskan batas-batas kebijakan itu sendiri (Dwijowijoto, 2004:101). Bahkan manakala proses formulasi kebijakan tidak dilakukan secara tepat dan komprehensif, hasil kebijakan yang diformulasikan tidak akan bisa mencapai pada tataran yang optimal (Widodo, 2008:43). Terlebih lagi dalam tahap yang krusial ini banyak sekali perumus kebijakan gagal menyelesaikan persoalan-persoalan publik bukan karena cara yang digunakan, disebabkan masalah yang diselesaikan kurang tepat (Winarno, 2008:86). Selain itu Russel L. Arkoff menyatakan.

“...bahwa keberhasilan dalam memecahkan suatu masalah memerlukan penemuan solusi yang tepat terhadap masalah yang juga tepat. Namun...kita lebih sering gagal karena kita memecahkan suatu masalah yang salah daripada menemukan solusi yang tepat terhadap masalah yang tepat.” (dalam Winarno, 2008:86)

Sehingga dalam tahap formulasi kebijakan para pembuat keputusan harus dapat mengalisis persoalannya terlebih dahulu sebelum mencari solusinya.

Setelah melalui tahap perumusan kebijakan, maka kebijakan publik yang telah diputuskan ini akan dijalankan oleh pemerintah, masyarakat atau pemerintah bersama-sama dengan masyarakat (Dwijowijoto, 2004:74). Ini merupakan tahap implementasi kebijakan. Menurut Pressman dan Wildavsky implementasi adalah sebuah proses interaksi antar penentuan tujuan dan tindakan untuk mencapai tujuan tersebut (dalam Parsons, 2005:466). Sementara itu, menurut Lester dan Stewart implementasi dipandang secara luas mempunyai makna pelaksanaan undang-undang di mana aktor, organisasi, prosedur dan teknik bekerja bersama-sama untuk menjalankan kebijakan dalam upaya meraih tujuan-tujuan kebijakan atau program-program (dalam Winarno, 2008:144).

Lebih lanjut lagi, Joko Widodo mengambil kesimpulan bahwa implementasi adalah suatu proses yang melibatkan sejumlah sumber yang termasuk manusia, dana, dan kemampuan

organisasional yang dilakukan oleh pemerintah maupun swasta (individu atau kelompok) (Widodo, 2008:88). Sedangkan implementasi kebijakan pada prinsipnya adalah cara agar sebuah kebijakan dapat mencapai tujuannya (Dwijowijoto, 2004:158). Suatu program kebijakan harus diimplementasikan agar mempunyai dampak atau tujuan yang diinginkan (Winarno, 2008:143). Oleh karena itu, kebijakan yang sudah diputuskan harus diimplementasikan agar dapat dirasakan hasil serta dampaknya oleh pemerintah maupun masyarakat.

Dalam proses implementasi kebijakan ini perlu diperhatikan juga mengenai batasan-batasan implementasi. Van Meter dan Van Horn menguraikan batasan implementasi kebijakan.

*“policy implementation encompasses those actions by the public and private individuals (or groups) that are directed at the achievement of objectives set forth in prior policy decisions. This include both one time efforts to transform decision into operational terms, as well as continuing efforts to achieve the large and small changes mandated by policy decision”* .

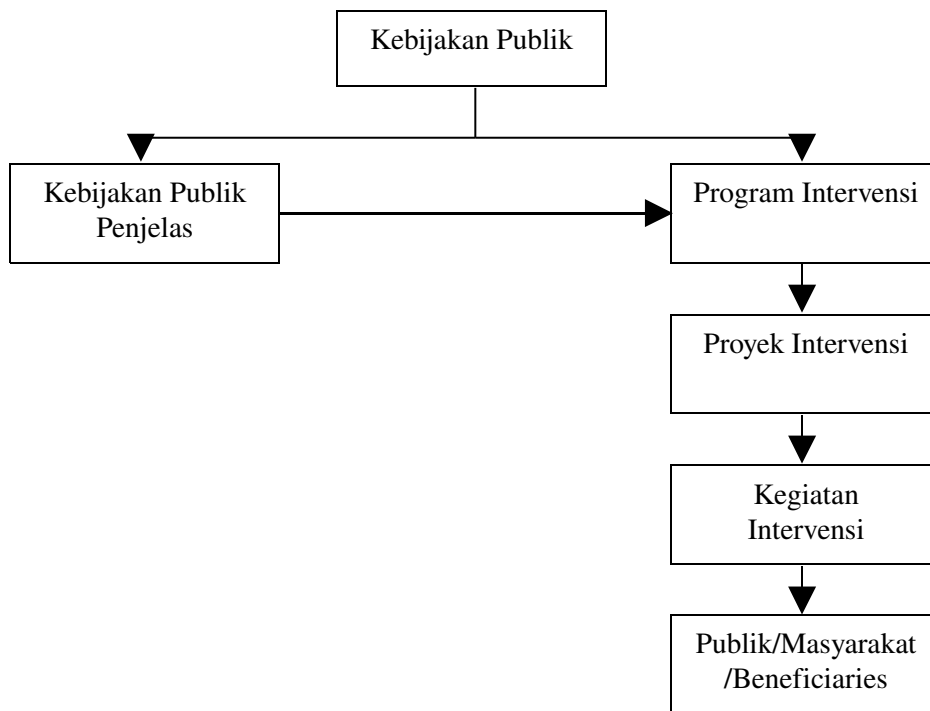
(Implementasi kebijakan menekankan pada suatu tindakan, baik yang dilakukan oleh pihak pemerintah maupun individu (atau kelompok) swasta yang diarahkan untuk mencapai tujuan-tujuan yang telah ditetapkan dalam suatu keputusan kebijakan sebelumnya. Pada suatu saat tindakan-tindakan ini, berusaha mentransformasikan keputusan-keputusan menjadi pola-pola operasional serta melanjutkan usaha-usaha tersebut mencapai perubahan, baik besar maupun kecil yang diamanatkan oleh keputusan-keputusan kebijakan tertentu) (dalam Widodo, 2008:86)

Oleh karenanya, dalam implementasi kebijakan haruslah disertai dengan tindakan-tindakan yang dapat berupa program-program atau kegiatan-kegiatan yang sesuai dengan tujuan dari kebijakan itu sendiri.

Sementara itu, untuk mengimplementasikan suatu kebijakan publik dapat dilakukan dengan 2 (dua) langkah, yakni secara langsung mengimplementasikan dalam bentuk program-program atau melalui formulasi kebijakan derivat atau turunan dari kebijakan publik tersebut (Dwijowijoto, 2004:158). Adapun bagannya sebagai berikut :



Gambar 2.2. Bagan Langkah-Langkah Kebijakan Publik



Sumber : Riant Nugroho Dwijowijoto, 2004:159

Sehingga kebijakan publik yang akan diimplementasikan harus diturunkan terlebih dahulu kedalam program-program, proyek-proyek atau kegiatan-kegiatan yang langsung dapat diaplikasikan kedalam masyarakat.

Selain itu, dalam proses implementasi ini juga akan dijabarkan kedalam tahap-tahap yang lebih operasional, antara lain : (Widodo, 2008:90)

1. Tahap Interpretasi

Merupakan tahapan penjabaran sebuah kebijakan yang masih bersifat abstrak ke dalam kebijakan yang lebih bersifat teknis operasional.

## 2. Tahap Pengorganisasian

Mengarah pada proses kegiatan pengaturan dan penetapan dalam implementasi kebijakan, yakni :

- a. Pelaksana kebijakan
- b. Standar prosedur operasi
- c. Sumber daya keuangan
- d. Penetapan manajemen pelaksanaan kebijakan
- e. Penetapan jadwal kegiatan

## 3. Tahap Aplikasi

Merupakan tahap penerapan rencana proses implementasi kebijakan ke dalam realitas nyata.

Dengan adanya penjabaran tersebut, maka akan semakin mempermudah pelaksana kebijakan untuk mengimplementasikan kebijakan yang telah ditetapkan.

Kebijakan publik yang telah melalui tahap formulasi kebijakan dan implementasi kebijakan maka akan diukur dan dinilai sejauh mana kebijakan tersebut dilaksanakan atau dampak yang dihasilkan. Tahap ini merupakan tahap paling akhir dalam proses kebijakan publik, yakni tahap evaluasi kebijakan (Winarno, 2008:225). Evaluasi kebijakan diperlukan untuk melihat kesenjangan antara harapan dan kenyataan (Dwijowijoto, 2004:183). Sementara itu, Thomas Dye mendefinisikan evaluasi kebijakan adalah pemeriksaan yang objektif, sistematis, dan empiris terhadap efek dari kebijakan dan program publik terhadap targetnya dari tujuan yang ingin dicapai (dalam Parsons, 2005:547). Singkatnya, Charles O. Jones menyatakan evaluasi kebijakan bertujuan untuk menilai manfaat suatu kebijakan (dalam Winarno, 2008:226). Sedangkan dalam arti yang lebih spesifik, evaluasi berkenaan dengan produksi informasi mengenai nilai atau

manfaat hasil kebijakan (Dunn, 2003:608).

Evaluasi kebijakan sendiri dipandang sebagai suatu kegiatan yang fungsional, yang artinya evaluasi kebijakan tidak hanya dilakukan pada tahap akhir saja, melainkan dilakukan dalam seluruh tahap dalam proses kebijakan, meliputi tahap perumusan masalah-masalah kebijakan, program-program yang diusulkan untuk menyelesaikan masalah kebijakan, implementasi, maupun tahap dampak kebijakan (Winarno, 2008:226). Bahkan evaluasi terhadap lingkungan kebijakan juga perlu dilakukan (Dwijowijoto, 2004:185). Sehingga dari tahap evaluasi kebijakan ini akan dihasilkan rekomendasi yang akan digunakan sebagai bahan perbaikan kebijakan yang mendatang.

Untuk melakukan evaluasi kebijakan yang komprehensif, maka harus mengikuti beberapa langkah dalam tahap evaluasi kebijakan publik. Menurut Edward A. Suchman ada 6 (enam) langkah dalam evaluasi kebijakan publik, yakni : (dalam Winarno, 2008:230)

1. Mengidentifikasi tujuan program yang akan dievaluasi
2. Analisis terhadap masalah
3. Deskripsi dan standarisasi kegiatan
4. Pengukuran terhadap tingkatan perubahan yang terjadi
5. Menentukan apakah perubahan yang diamati merupakan akibat dari kegiatan tersebut atau karena penyebab yang lain
6. Beberapa indikator untuk menentukan keberadaan suatu dampak

Disini terlihat bahwa untuk melakukan sebuah evaluasi kebijakan yang baik dan benar. Maka harus mengikuti langkah-langkah yang sesuai.

Dalam tahap evaluasi kebijakan ini menurut Lester dan Stewart terdapat 2 (dua) tugas yang berbeda. Adapun tugas-tugas tersebut adalah, sebagai berikut : (dalam Winarno, 2008:226)

6. Untuk menentukan konsekuensi-konsekuensi apa yang timbul oleh suatu kebijakan dengan cara menggambarkan dampaknya. Tugas ini merujuk pada usaha untuk melihat apakah program kebijakan publik mencapai tujuan atau dampak yang diinginkan ataukah tidak.
7. Untuk menilai keberhasilan atau kegagalan dari suatu kebijakan berdasarkan standard atau kriteria yang telah ditetapkan sebelumnya. Tugas ini sangat berkaitan erat dengan tugas yang pertama. Setelah kita mengetahui konsekuensi-konsekuensi kebijakan melalui penggambaran dampak kebijakan publik, maka kita dapat mengetahui apakah program yang dijalankan sesuai atau tidak dengan dampak yang diinginkan.

Dari kedua tugas tersebut dapat disimpulkan bahwa untuk menilai kinerja kebijakan telah berhasil atau tidak, maka harus menganalisis dan menilai sejauh mana dampak yang telah ditimbulkan.

Namun demikian, evaluasi kebijakan publik tidak hanya untuk melihat hasil (*outcomes*) dan dampak (*impact*), akan tetapi dapat pula untuk melihat bagaimana proses implementasi suatu kebijaksanaan dilaksanakan (Widodo, 2008:112). Ini merupakan evaluasi implementasi kebijakan publik. Dengan kata lain, evaluasi dapat pula digunakan untuk melihat apakah proses implementasi suatu kebijakan telah dilaksanakan sesuai dengan petunjuk teknis/ pelaksanaan (*guide lines*) yang telah ditentukan (Widodo, 2008:112).

Berdasarkan hal tersebut, menurut Mustopadidjaja evaluasi kebijakan publik dibedakan kedalam 2 (dua) macam tipe, yakni : *pertama*, tipe evaluasi hasil (*outcomes of publik policy implementation*) merupakan riset yang mendasarkan diri pada tujuan kebijakan. Dengan ukuran keberhasilan implementasi kebijakan adalah sejauh mana apa yang menjadi tujuan program dapat dicapai. *Kedua*, tipe evaluasi proses (*process of publik policy implemntation*), yaitu riset evaluasi yang mendasarkan diri pada petunjuk pelaksanaan (juklak) dan petunjuk teknis (juknis). Dengan

ukuran keberhasilan suatu kebijakan adalah kesesuaian proses implementasi dengan garis kebijakan (*guard lines*) yang telah ditetapkan (dalam Widodo, 2008:112).

Sementara itu, Palumbo berpendapat ada 7 (tujuh) mode dalam siklus informasi dan siklus kebijakan. Diantaranya, 2 (dua) mode merupakan evaluasi, yaitu : (dalam Parsons, 2005:549)

1. Evaluasi Formatif

Evaluasi yang dilakukan ketika program/kebijakan sedang diimplementasikan merupakan analisis tentang “seberapa jauh sebuah program diimplementasikan dan apa kondisi yang bisa meningkatkan keberhasilan. Rossi dan Freeman mendeskripsikan mode evaluasi ini sebagai evaluasi pada tiga persoalan, yaitu : (dalam Parsons, 2005:550)

- l. Sejauh mana program mencapai target populasi yang tepat
- m. Apakah penyampaian pelayanannya konsisten dengan spesifikasi desain program atau tidak
- n. Sumber daya apa yang dikeluarkan dalam melaksanakan program

2. Evaluasi Sumatif

Evaluasi yang berusaha mengukur bagaimana kebijakan/program secara aktual berdampak pada problem yang ditanganinya.

Selain itu, James P. Lester dan Joseph Steward Jr. mengelompokkan evaluasi implementasi kebijakan menjadi , yaitu : (dalam Dwidjowijoto, 2004:197)

1. Evaluasi proses

Evaluasi yang berkenaan dengan proses implementasinya.

2. Evaluasi dampak

Evaluasi yang berkenaan dengan hasil dan/atau pengaruh dari implementasi kebijakan.

### 3. Evaluasi kebijakan

Apakah benar hasil yang dicapai mencerminkan tujuan yang dikehendaki.

### 4. Evaluasi metaevaluasi

Berkenaan dengan evaluasi dari berbagai implementasi kebijakan-kebijakan yang ada untuk menentukan kesamaan-kesamaan tertentu.

Dari sini dapat disimpulkan bahwa evaluasi terhadap implementasi kebijakan juga mengambil peran yang penting dalam menghasilkan kebijakan-kebijakan yang baik dan benar. Karena dalam evaluasi ini menekankan pada proses kebijakan itu sendiri. Proses yang akan menghasilkan *output* dan dampak kebijakan.

## 12. **Kinerja Birokrasi**

Salah satu hal yang banyak disoroti oleh masyarakat terhadap pemerintah adalah mengenai kinerja organisasinya, terutama dalam penyelenggaraan program-program kebijakan. Dalam era otonomi daerah ini, banyak pemerintah daerah yang melakukan berbagai inovasi dan kreatifitas dalam rangka memberikan pelayanan publik, namun dalam realitasnya masih diwarnai dengan pelayanan yang sulit diakses, prosedur yang berbelit-belit, biaya yang tidak jelas, adanya pungutan liar, dan ketidakmerataan pelayanan pada masyarakat (Suryokusumo, 2008:21). Selain itu, kinerja birokrasi pada saat ini juga masih rendah dan belum sepenuhnya bisa memenuhi harapan publik, ketika melaksanakan tugas pokok, fungsi, kewenangan dan tanggung jawab, terutama dalam menyelenggarakan pemerintahan, pembangunan dan memberikan pelayanan kepada masyarakat (Widodo, 2008:121).

Lebih lanjut lagi masalah lain yang strategis dan potensial yang sangat berpengaruh dalam kinerja birokrasi publik yang terkait dengan sifat dan watak birokrasi yang sulit untuk dikontrol (Widodo, 2008:122). Anthony Down menggambarkan bahwa watak birokrat sering digambarkan sebagai sosok yang ceroboh (*bungling*), berpikiran sempit (*narrow-minded*), dan sering berbuat kesalahan yang aneh-aneh (*ludicrous*) (dalam Widodo, 2008:123). Dampak paling buruk yang akan terjadi adalah rendahnya akuntabilitas birokrasi dimata masyarakat. Oleh karena itu, sangat diperlukan adanya penilaian terhadap kinerja birokrasi agar tercipta penyelenggaraan program dan pelayanan publik yang baik.

Kinerja sendiri, menurut Lembaga Administrasi Negara, merupakan gambaran mengenai tingkat pencapaian pelaksanaan suatu kegiatan/program/kebijakan dalam mewujudkan sasaran, tujuan, misi, visi, organisasi (dalam Widodo, 2008:78). Sementara itu, Suyadi Prawirosentono mengartikan kinerja adalah suatu hasil kerja yang dapat dicapai oleh seseorang atau kelompok orang dalam suatu organisasi, sesuai dengan wewenang dan tanggung jawab masing-masing, dalam rangka mencapai tujuan organisasi bersangkutan secara legal, tidak melanggar hukum dan sesuai dengan moral dan etika (dalam Widodo, 2008:78). Disini terlihat bahwa kinerja merupakan sesuatu yang penting dalam pencapaian tujuan sebuah organisasi.

Tercapainya tujuan organisasi tidak bisa dilepaskan dari sumber daya yang dimiliki oleh organisasi yang digerakkan atau dijalankan oleh sekelompok orang yang berperan aktif sebagai pelaku dalam upaya mencapai tujuan organisasi tersebut (Widodo, 2008:79). Sekelompok orang tersebut memiliki tugas dan kewajiban yang harus dilaksanakan sesuai dengan standar ketentuan yang ada. Rajagopal dan Ananya Rajagopal menyatakan.

*“Team conceptualizes group of people engaged in delivering a common task. In ideal situations the individual and group behaviour in a team is integrated towards common objectives and the task delivery process is shared which leads to set the group dynamics....”*

(Tim merupakan gambaran sekelompok orang yang berperan dalam menyelesaikan tugas umum. Pada situasi yang ideal perilaku individu dan kelompok dalam tim terintegrasi ke dalam tujuan-tujuan umum dan proses penyelesaian tugas didelegasikan dimana menuju kepada pembentukan dinamisasi kelompok) (Rajagopal dan Rajagopal, 2008:70)

Sehingga secara ideal, kinerja organisasi akan berjalan seiring dengan *team performance* (kinerja sekelompok orang). Dengan demikian, kinerja lembaga (organisasi) salah satunya ditentukan oleh kinerja sekelompok orang sebagai pelaku organisasi (Widodo, 2008:79).

Namun demikian, kenyataannya kinerja birokrasi sering tidak sesuai dengan apa yang diharapkan. Banyak penilaian yang kurang terhadap kinerja para aparatur. Berdasarkan hal tersebut sangat diperlukan adanya penilaian terhadap kinerja birokrasi sebagai organisasi publik yang melaksanakan program dan memberikan pelayanan kepada masyarakat. Penilaian terhadap kinerja pelayanan sangat terkait dengan upaya untuk mengevaluasi sebuah kebijakan publik terkait dengan pelayanan kepada masyarakat agar kesalahan dapat dikurangi bahkan jika perlu disempurnakan dari waktu ke waktu (Suryokusumo, 2008:36). Pernyataan tersebut mempertegas bahwa birokrasi memang harus tahan banting dan mau serta mampu mengadakan perubahan-perubahan menuju kearah yang lebih baik.

Untuk itu, dalam rangka pencapaian tujuan organisasi dan terciptanya tata pemerintahan yang baik (*good governance*) maka diperlukan pembangunan birokrasi yang berbasis pada kinerja. Hakekat dari pembangunan birokrasi ini sendiri adalah mereformasi birokrasi (Widodo, 2008:132). Lebih spesifik lagi diperlukannya standar-standar ukuran atau indikator mengenai penilaian terhadap kinerja birokrasi.

Biasanya dalam mengukur kinerja pelayanan didasarkan atas keberhasilan dari pencapaian *Standar Operating Procedure* (SOP) yang telah ditetapkan oleh birokrasi itu sendiri ataupun hasil kesepakatan antara birokrat dengan masyarakat (Suryokusumo, 2008:31). Selain itu, “*Job Performance is the outcome of jobs which relate to the purposes of the organization such as*



*quality, efficiency and other criteria of effectiveness*” (kinerja pekerjaan merupakan dampak dari pekerjaan-pekerjaan dimana berkaitan dengan tujuan-tujuan organisasi, diantaranya kualitas, efisiensi dan beberapa kriteria efektifitas) (Gibson, dkk, 1997: 355). David Osborne dan Ted Gaebler menyatakan.

“Pola penerapan ini-penerapan ukuran kasar terhadap kinerja, diikuti dengan protes dan desakan untuk memperbaiki ukuran tersebut, dan diikuti dengan pengembangan ukuran yang lebih canggih-adalah umum dimanapun kinerja diukur. Pola ini menjelaskan mengapa begitu banyak organisasi pemerintah yang sudah mengetahui bahwa justru permulaan yang buruk lebih baik ketimbang tidak memulai, dan justru ukuran secara kasar lebih baik ketimbang tidak ada ukuran. Semua organisasi pada mulanya membuat kesalahan. Tetapi, dengan berjalannya waktu, mereka biasa dipaksa untuk memperbaikinya.” (Osborne dan Gaebler, 1996:178)

Sehingga untuk mengukur suatu kinerja organisasi diperlukan indikator-indikator ukuran yang baku dan relevan. Dengan melakukan penilaian terhadap kinerja, maka upaya untuk memperbaiki kinerja bisa dilakukan secara lebih sistematis dan terarah (Dwiyanto, dkk, 2006:47).

Untuk melakukan penilaian kinerja birokrasi tidak cukup hanya dilakukan dengan menggunakan indikator-indikator yang melekat pada birokrasi itu, seperti efisiensi dan efektifitas, tetapi juga harus dilihat juga dari indikator-indikator yang melekat pada pengguna jasa, seperti kepuasan pengguna jasa, akuntabilitas dan responsivitas (Dwiyanto, dkk, 2006:49). Untuk mengukur kinerja birokrasi maka diperlukan indikator-indikator kinerja sebagai alat ukurnya. Adapun beberapa indikator kinerja menurut Agus Dwiyanto, antara lain : (dalam Dwiyanto, dkk, 2006:50)

1. Produktivitas

Konsep produktivitas tidak hanya mengukur tingkat efisiensi, tetapi juga efektivitas pelayanan. Produktivitas pada umumnya dipahami sebagai rasio antara *input* dan *output*.

2. Kualitas layanan

Isu mengenai kualitas layanan cenderung semakin menjadi penting dalam menjelaskan

kinerja organisasi pelayanan publik. Banyak pandangan negatif yang terbentuk mengenai organisasi publik muncul karena ketidakpuasan masyarakat terhadap kualitas layanan yang diterima dari organisasi publik.

3. Responsivitas

Responsivitas adalah kemampuan organisasi untuk mengenali kebutuhan masyarakat, menyusun agenda dan prioritas pelayanan, dan mengembangkan program-program pelayanan publik sesuai dengan kebutuhan dan aspirasi masyarakat.

4. Responsibilitas

Menurut Levine, responsibilitas menjelaskan apakah pelaksanaan kegiatan organisasi publik itu dilakukan sesuai dengan prinsip-prinsip administrasi yang benar dan sesuai dengan kebijakan organisasi, baik eksplisit maupun implisit (dalam Dwiyanto, dkk, 2006:50).

5. Akuntabilitas

Akuntabilitas publik menunjuk pada seberapa besar kebijakan dan kegiatan organisasi publik tunduk pada para pejabat politik yang dipilih oleh rakyat.

Lebih lanjut lagi, Agus Dwiyanto, dkk menerangkan bahwa indikator kinerja pelayanan publik tersebut dikelompokkan kedalam 2 (dua) kategori utama, yakni indikator kinerja berorientasi hasil dan indikator kinerja berorientasi proses. Adapun tabel pembagiannya sebagai berikut :

Tabel 2.1. Pembagian Indikator Kinerja Pelayanan Publik

Pakar	Indikator	
	Orientasi Hasil	Orientasi Proses
Mc Donald dan Lawton	Efficiency Effectifveness	

Salin dan Woodward	Economy Eficiency Effectifveness Equity	
Lenvinne		Responsivitas Responsibilitas Akuntabilitas
Zeithmal, Parasuraman dan Berry	Tangibles	Reliability Responsiveness Assurance Empathy
Keputusan MENPAN No. 63 Tahun 2004, Asas Pelayanan Publik		Transparansi Akuntabilitas Kondisional Partisipatif Kesamaan Hak Keseimbangan Hak dan Kewajiban
Keputusan MENPAN No. 63 Tahun 2004, Prinsip Pelayanan Publik	Ketepatan waktu Akurasi	Kesederhanaan Kejelasan Keamanan Keterbukaan Tanggung jawab Kelengkapan Sarana dan Prasarana Kenyamanan Kedisiplinan, Kesopanan, Keramahan Kemudahan Akses
Keputusan MENPAN No. 63 Tahun 2004, Standard Pelayanan Publik	Waktu Penyelesaian Biaya Pelayanan Produk Pelayanan	Prosedur Pelayanan Sarana dan Prasarana Kompetensi Petugas Pemberi Layanan
Gibson, Ivancevich dan Donnely	Kepuasan Efisiensi Produksi	Perkembangan Keadaptasian Kelangsungan Hidup

Sumber : dalam Ferry Anggoro Suryokusumo, 2008:37

Selain itu, menurut hasil penelitian Rajagopal dan Ananya Rajagopal pada organisasi pemasaran. Terlihat bahwa kinerja organisasi bergantung pada efektivitas koordinasi organisasi, kepemimpinan dan pengawasan kinerja hingga pada sifat perilaku (Rajagopal dan Rajagopal,

2008:70). Sedangkan menurut Kumorotomo ada beberapa kriteria yang dijadikan sebagai pedoman dalam menilai kinerja organisasi publik, antara lain : (dalam Dwiyanto, dkk, 2006:52)

1. Efisiensi

Efisiensi menyangkut pertimbangan tentang keberhasilan organisasi publik mendapatkan laba, memanfaatkan faktor-faktor produksi serta pertimbangan yang berasal dari rasionalitas ekonomis.

2. Efektivitas

Apakah tujuan dari didirikannya organisasi pelayanan publik tersebut tercapai? Hal tersebut erat kaitannya dengan rasionalitas teknis, nilai, misi, dan tujuan organisasi, serta fungsi agen pembangunan.

3. Keadilan

Keadilan memepertanyakan distribusi dan alokasi layanan yang diselenggarakan oleh organisasi pelayanan publik. Kriteria ini erat kaitannya dengan konsep kecukupan dan kepatasan.

4. Daya tanggap

Berlainan dengan bisnis yang dilakukan oleh perusahaan swasta, organisasi pelayanan publik merupakan bagian dari daya tanggap negara atau pemerintah akan kebutuhan vital masyarakat.

Sementara itu, dalam menilai kinerja organisasi publik (birokrasi) tidak bisa dilepaskan dengan menilai kinerja kegiatan, program, kebijakan, sasaran dan tujuan organisasi yang telah ditetapkan (Widodo, 2008:97). Sehingga untuk mendapatkan penilaian yang komprehensif, maka penilaian tersebut dilakukan pada pelaku organisasi dan program yang dilaksanakan.

Selain itu, harus disadari pula bahwa penilaian terhadap kinerja birokrasi apabila tidak

diikuti dengan perbaikan-perbaikan birokrasi secara nyata dan berkesinambungan. Maka sama saja melakukan pekerjaan yang sia-sia. Sehingga perlu adanya kerendahan hati dari para aparatur pemerintah untuk menerima masukan dan kritik guna menyempurnakan kinerjanya.

### 13. **Pengelolaan Anggaran Pembiayaan Kesehatan**

Dalam melaksanakan tugas dan tanggung jawabnya, pemerintah harus melakukan berbagai macam program, proyek dan kegiatan untuk menyejahterakan rakyatnya. Adanya suatu program tak luput dari dukungan sumber daya yang ada. Termasuk didalamnya adalah dukungan sumber daya keuangan. Dalam hal ini pemerintah membutuhkan anggaran untuk melaksanakan berbagai macam program tersebut.

Anggaran pemerintah adalah jenis rencana yang menggambarkan rangkaian tindakan atau kegiatan yang dinyatakan dalam bentuk angka-angka rupiah untuk suatu jangka waktu tertentu (Sabeni dan Ghozali, 2001:39). Sementara itu, menurut John F. Due anggaran negara adalah suatu pernyataan tentang perkiraan pengeluaran dan penerimaan yang diharapkan akan terjadi dalam suatu periode di masa depan, serta data dari pengeluaran dan penerimaan yang sungguh-sungguh terjadi di masa lalu (dalam Baswir, 1999:26). Sedangkan secara umum anggaran diartikan sebagai rencana keuangan yang mencerminkan pilihan kebijaksanaan untuk suatu periode di masa yang akan datang (Baswir, 1999:25). Sehingga anggaran tidak jauh berbeda dengan suatu rencana kegiatan.

Berdasarkan hal tersebut, anggaran dinilai sebagai sesuatu yang sangat penting. Karena anggaran merupakan pedoman bagi segala tindakan yang akan dilaksanakan dan di dalam anggaran disajikan rencana-rencana penerimaan dan pengeluaran dalam satuan rupiah yang disusun menurut klasifikasinya secara sistematis (Sabeni dan Ghozali, 2001:39). Adapun beberapa fungsi anggaran sektor publik, antara lain : (Mardiasmo, 2004:122)

1. Anggaran sebagai alat perencanaan (*planning tool*)

Anggaran merupakan alat perencanaan manajemen untuk mencapai tujuan organisasi. Anggaran sektor publik dibuat untuk merencanakan tindakan apa yang akan dilakukan oleh pemerintah, berapa biaya yang dibutuhkan, dan berapa hasil yang diperoleh dari belanja pemerintah tersebut.

2. Anggaran sebagai alat pengendalian (*control tool*)

Anggaran merupakan suatu alat esensial untuk menghubungkan antara proses perencanaan dan proses pengendalian.

3. Anggaran sebagai alat kebijakan fiskal (*fiscal tool*)

Anggaran sebagai alat kebijakan fiskal digunakan untuk menstabilkan ekonomi dan mendorong pertumbuhan ekonomi.

4. Anggaran sebagai alat politik (*political tool*)

Anggaran digunakan untuk memutuskan prioritas-prioritas dan kebutuhan keuangan terhadap prioritas tersebut.

5. Anggaran sebagai alat komunikasi dan koordinasi (*coordination and communication tool*)

Setiap unit kerja pemerintah terlibat dalam proses penyusunan anggaran. Anggaran publik merupakan alat koordinasi antar bagian dalam pemerintahan. Selain itu, anggaran juga harus dikomunikasikan kepada seluruh bagian organisasi untuk dilaksanakan.

6. Anggaran sebagai alat penilaian kinerja (*performance measurement tool*)

Anggaran merupakan wujud komitmen dari budget holder (eksekutif) kepada pemberi wewenang (legislatif) kinerja eksekutif akan dinilai berdasarkan pencapaian target anggaran

dan efisiensi pelaksanaan anggaran.

7. Anggaran sebagai alat motivasi (*motivation tool*)

Anggaran dapat digunakan sebagai alat untuk memotivasi manajer dan stafnya agar bekerja secara ekonomis, efektif dan efisien dalam mencapai terget organisasi yang telah ditetapkan.

Sementara itu, untuk menyusun suatu anggaran maka diperlukan suatu sistem yang komprehensif. Adapun beberapa sistem penyusunan anggaran, yaitu : (Sabeni dan Ghozali, 2001:40)

1. Sistem Anggaran Tradisional (*traditional budget system*)

Suatu cara menyusun anggaran yang tidak didasarkan pada atas pemikiran dan analisa rangkaian kegiatan yang harus dilakukan untuk mencapai tujuan yang telah ditentukan. Penyusunannya lebih didasarkan pada kebutuhan untuk belanja/pengeluaran. Titik berat perhatian pada sistem anggaran ini terletak pada segi pelaksanaan dan pengawasan pelaksanaan anggarannya. Dengan kata lain menekankan perhatian pada segi administrasinya saja (Baswir, 1999:27-28).

2. Sistem Anggaran Kinerja (*performance budget system*)

Berorientasi kepada pendayagunaan dana yang tersedia untuk mencapai hasil yang optimal dari kegiatan yang dilaksanakan. Sistem penyusunan anggaran ini tidak hanya didasarkan kepada apa yang dibelanjakan saja, tetapi juga didasarkan pada tujuan-tujuan/rencana-rencana tertentu yang untuk pelaksanaannya perlu disusun dan didukung oleh suatu anggaran biaya yang cukup dan biaya/dana yang dipakai tersebut harus dijalankan secara efektif dan efisien. Dengan kata lain titik perhatiannya pada segi manajemen anggaran (Baswir, 1999:29).

3. Sistem Anggaran Program (*planning programming budgeting system*)

Perhatian banyak ditekankan pada penyusunan rencana dan program. Dengan kata lain menekankan pada segi persiapan anggaran (Baswir, 1999:30).

Anggaran dibedakan dalam 2 (dua) macam, yakni APBN (Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara) dan APBD (Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah. APBN sendiri merupakan anggaran yang dikelola oleh pemerintah pusat. Proses penyelenggaraan APBN terdiri dari 5 (lima) tahap, yaitu : (Sabeni dan Ghozali, 2001:55)

1. Tahap penyusunan anggaran
2. Tahap pengesahan anggaran
3. Tahap pelaksanaan anggaran
4. Tahap pengawasan pelaksanaan anggaran
5. Tahap pengesahan perhitungan anggaran

Tahap-tahap tersebut harus dilakukan secara berurutan dan lamanya sekitar 1 (satu) tahun dan bahkan lebih. Hal tersebut tergantung dengan situasi dan kondisi.

Sedangkan APBD merupakan anggaran yang dikelola oleh pemerintah daerah baik di propinsi maupun kota/kabupaten. Mengenai pengelolaan keuangan daerah ini, pemerintah pusat telah mengeluarkan peraturan, yakni Peraturan Pemerintah Nomor 105 Tahun 2000 tentang Pengelolaan dan Pertanggungjawaban Keuangan Daerah. Peraturan tersebut dikeluarkan sebagai pedoman pengelolaan dan pertanggungjawaban yang bersifat umum dan lebih menekankan pada hal yang bersifat prinsip, norma, asas, dan landasan umum dalam pengelolaan keuangan daerah



(Yani, 2002:231).

Sementara itu, dalam rangka otonomi daerah maka pengelolaan APBD sepenuhnya menjadi wewenang dan tanggung jawab pemerintah daerah. Sehingga, menurut UU No. 25 Tahun 1999, dalam menetapkan APBD tidak boleh melebihi dari anggaran penerimaan daerah (Yani, 2002:233). Selain itu, dalam pengelolaan keuangan daerah tersebut harus sesuai dengan asas-asas umum pengelolaan keuangan daerah (APBD), antara lain: (Yani, 2002:234-236)

1. Pengelolaan keuangan daerah dilakukan secara tertib, taat pada peraturan perundang-undangan yang berlaku, efisien, efektif, transparan dan bertanggung jawab dengan memperhatikan asas keadilan dan kepatutan.
2. Segala bentuk pemungutan penerimaan daerah bertujuan untuk memenuhi target yang ditetapkan dalam APBD dan semua pengeluaran daerah dan ikatan yang membebani daerah dilakukan sesuai jumlah dan sasaran yang ditetapkan dalam APBD.
3. Tahun fiskal APBD sama dengan tahun fiskal APBN.
4. Semua penerimaan dan pengeluaran daerah dicatat dan dikelola APBD.
5. APBD, perubahan APBD dan perhitungan APBD ditetapkan dengan peraturan daerah dan merupakan dokumen daerah.
6. APBD disusun dengan pendekatan kinerja.
7. Dalam menyusun APBD, penganggaran pengeluaran harus didukung dengan adanya kepastian tersedianya penerimaan dalam jumlah yang cukup.
8. Jumlah pendapatan yang dianggarkan dalam APBD merupakan perkiraan yang terukur secara rasional yang dapat dicapai untuk setiap sumber pendapatan.
9. Jumlah belanja yang dianggarkan dalam APBD merupakan batas tertinggi untuk setiap jenis belanja.

10. Setiap pejabat dilarang melakukan tindakan yang berakibat pengeluaran atas beban APBD apabila tidak tersedia atau tidak cukup tersedia anggaran untuk membiayai pengeluaran tersebut.
11. Perkiraan sisa lebih perhitungan APBD tahun lalu dicatat sebagai saldo awal pada APBD tahun berikutnya, sedangkan realisasi sisa lebih perhitungan APBD tahun lalu dicatat sebagai saldo awal perubahan.
12. Semua transaksi keuangan daerah baik penerimaan daerah maupun pengeluaran daerah dilaksanakan melalui kas daerah.
13. Anggaran untuk membiayai pengeluaran yang sifatnya tidak tersangka disediakan dalam bagian anggaran tersendiri. Anggaran pengeluaran tidak tersangka dikelola oleh bendahara umum daerah.
14. Pengeluaran yang dibebankan pada pengeluaran yang tidak tersangka adalah untuk penanganan bencana alam, bencana sosial, dan pengeluaran tidak tersangka lainnya yang sangat diperlukan dalam rangka penyelenggaraan kewenangan pemerintah daerah.
15. Daerah dapat membentuk dana cadangan guna membiayai kebutuhan dana yang tidak dapat dibebankan dalam satu tahun anggaran.
16. Dana cadangan dibentuk dengan kontribusi tahunan dari penerimaan APBD, kecuali dari Dana Alokasi Khusus, pinjaman daerah, dan dana darurat.

Sedangkan menurut Juli Panglima Saragih dalam pengelolaan keuangan publik ada beberapa prinsip dasar yang harus diperhatikan sesuai dengan konsep *good governance*. Prinsip-prinsip dasar tersebut, sebagai berikut: (Saragih, 2003:120-121)

1. **Transparansi**

Mensyaratkan adanya keterbukaan pemerintah (birokrasi) didalam pengelolaan keuangan

daerah. Sehingga masyarakat dapat mengetahui sejauh mana pemanfaatannya bagi kesejahteraan masyarakat.

2. Efisien

Pengelolaan keuangan daerah harus didasarkan suatu pemikiran bahwa setiap pengeluaran anggaran daerah harus diupayakan seefisien mungkin guna menghasilkan *output* yang memadai. Dengan kata lain, standar pelayanan minimal merupakan target yang harus dicapai sesuai dengan proporsi biaya yang ditetapkan.

3. Efektif

Dalam proses pelaksanaan kebijakan keuangan daerah (APBD), haruslah tepat sasaran.

4. Akuntabilitas

Dalam pengelolaan keuangan daerah (APBD) dituntut adanya pertanggungjawaban secara institusional kepada DPRD dan terbuka kepada masyarakat.

5. Partisipatif

Kebijakan pembangunan dalam APBD harus mengakomodasi kepentingan masyarakat, baik dalam perumusan maupun pelaksanaan hingga pertanggungjawabannya.

Prinsip-prinsip tersebut dipakai sebagai pedoman baik dalam perencanaan, pelaksanaan dan pertanggungjawaban anggaran oleh pemerintah daerah.

Kemudian untuk menunjang terciptanya tata pemerintahan yang baik melalui pengelolaan anggaran publik. Maka seharusnya pengelolaan anggaran tersebut menggunakan pendekatan kinerja. Anggaran dengan pendekatan kinerja adalah suatu sistem anggaran yang mengutamakan kepada upaya pencapaian hasil kerja atau output dari perencanaan alokasi biaya dan input yang ditetapkan (Mardiasmo, 2004:192). Sehingga pengelolaan anggaran benar-benar

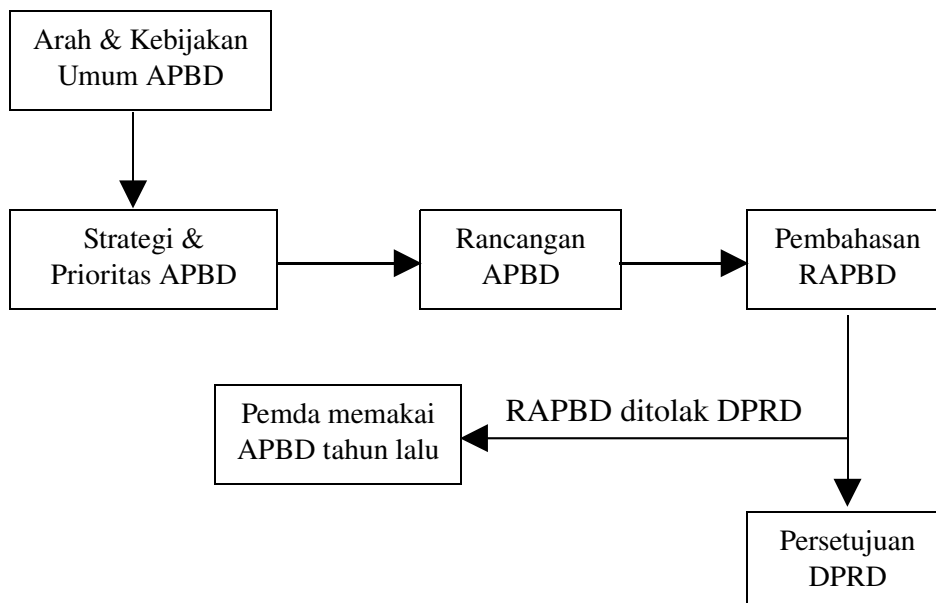
tepat sasaran serta efektif dan efisien.

Untuk itu, diperlukan juga suatu penilaian terhadap kinerja pengelolaan anggaran itu sendiri. Hal ini untuk mengetahui sejauh mana organisasi mampu menjalankan tugas pokok dan fungsi serta tanggung jawabnya (tupoksiwab). Penilaian tersebut dapat dilakukan dengan menilai sejauh mana pelaksanaan prinsip-prinsip anggaran maupun dengan indikator kinerja yang lain. Dalam kaitannya dengan anggaran harus dikaitkan dengan prinsip ekonomi, efisiensi, dan efektivitas (*value for money*) (Mardiasmo, 2004:196). Hal tersebut agar lebih komprehensif dan kompeten dalam penilaian terhadap pengelolaan anggaran.

Konsep pengelolaan anggaran *value for money* (VFM) dinilai sebagai konsep yang tepat. Karena konsep VFM ini akan memperkuat akuntabilitas publik (Mardiasmo, 2004:230). Untuk mendukung dilakukannya pengelolaan dana masyarakat yang mendasarkan konsep VFM, maka diperlukan sistem pengelolaan keuangan daerah dan anggaran daerah yang berorientasi pada kinerja (*performance budget*) (Mardiasmo, 2004:231).

Adapun proses penyusunan dan penetapan anggaran APBD berdasarkan PP No. 105 Tahun 2000, yaitu :

Gambar 2.3. Bagan Proses Penyusunan dan Penetapan Anggaran APBD



Sumber : dalam Juli Panglima Saragih, 2003:125

Proses penyusunan dan penetapan anggaran ini harus dilakukan secara bertahap dan komprehensif. Sehingga menghasilkan anggaran yang dapat mengakomodir seluruh program, proyek maupun kegiatan dari berbagai macam dinas maupun kantor yang ada.

Termasuk didalamnya anggaran pembiayaan kesehatan dari Dinas Kesehatan yang ada. Pembiayaan kesehatan sendiri dapat diartikan sebagai upaya menghimpun berbagai kegiatan penggalian, pengalokasian, dan pembelanjaan sumber daya keuangan secara terpadu dan saling mendukung (Sutarto, 2008:165). Peggy A. Honore dan Brian W. Amy menyatakan.

*“Public health finance is a field of study that examines the acquisition, utilization, and management of resources for the delivery of public health functions and the impact of these resources on populations health and the public health system”.*

(Anggaran pembiayaan kesehatan publik adalah bidang studi yang mempelajari pendapatan, pemanfaatan dan pengelolaan dari sumber daya untuk digunakan dalam fungsi kesehatan masyarakat dan dampak dari sumber daya tersebut pada kesehatan masyarakat dan sistem kesehatan masyarakat) (Honore dan Amy, 2007:89)

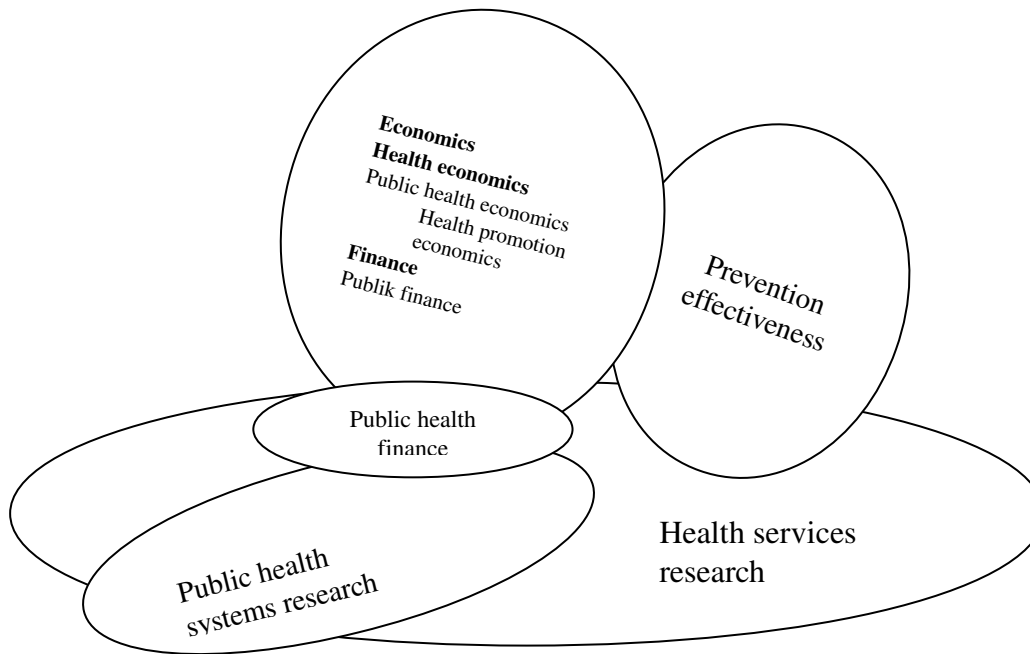
Pembiayaan kesehatan disini merupakan pembiayaan yang mendukung upaya kesehatan dan sistemnya. Dalam rangka mencapai derajat kesehatan yang setinggi-tingginya (Sutarto, 2008:165).

Mengenai sumber dana dari pembiayaan kesehatan ini, digolongkan kedalam 2 (dua) jenis, yakni : *pertama*, dana pemerintah dalam hal ini berasal dari APBD. *Kedua*, dana masyarakat adalah dana yang berasal dari pengumpulan dana masyarakat (Sutarto, 2008:166). Namun demikian, tetap saja yang menjadi sumber dana paling utama adalah APBD. Sehingga pembiayaan kesehatan harus dimasukkan dalam RAPBD setiap daerah.

Selain itu, anggaran pembiayaan kesehatan juga berhubungan dengan permasalahan ekonomi dan penelitian yang lain. Hal tersebut digambarkan dalam suatu sistem yang saling

terkait. Adapun gambar sistem tersebut, yakni :

Gambar 2.4. Hubungan Anggaran Pembiayaan Kesehatan dengan  
Ekonomi dan Penelitian lain



Sumber : Peggy A. Honore dan Brian W. Amy, 2007:89

Anggaran pembiayaan kesehatan tersebut juga ditujukan untuk melakukan upaya-upaya kesehatan bagi masyarakat, terutama masyarakat miskin atau hampir miskin. Hal ini bisa dilakukan oleh pemerintah daerah untuk memberikan subsidi upaya kesehatan atau apabila membutuhkan penanganan yang lebih serius maka dapat dilakukan dengan sistem *cost sharing* (Sutarto, 2008:167). Ini merupakan bentuk sistem anggaran pembiayaan kesehatan dari pemeliharaan kesehatan yang dilakukan oleh pemerintah daerah terhadap masyarakatnya. Subsidi pembiayaan kesehatan ini tidak menutup kemungkinan akan diberlakukan untuk semua masyarakat tanpa terkecuali. Hal ini dilakukan dalam rangka mengembangkan sistem jaminan sosial, yang tertuang dalam Undang-undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial

Nasional (Sutarto, 2008:169).

Sementara itu, untuk menjaga akuntabilitas pengelolaan anggaran pembiayaan kesehatan. Pemerintah daerah harus menerapkan prinsip-prinsip transparansi dalam pelaksanaan pengelolaan anggaran pembiayaan kesehatan. Hal ini sesuai dengan hasil penelitian dari Peggy A. Honore, dkk, yakni dengan *System Partners* (Honore, dkk, 2007:125). Adapun beberapa hal yang patut dilakukan untuk transparansi anggaran, antara lain : (Honore, dkk, 2007:125)

1. Penyeragaman klasifikasi pengeluaran dan pendapatan
2. Penyediaan infrastruktur untuk pelaporan data secara elektronik
3. Standarisasi praktek analisis jaringan keuangan/anggaran
4. Pelaporan hasil-hasil anggaran secara menyeluruh
5. Membentuk asosiasi profesional untuk para tenaga kerja

Kemudian terkait mengenai besaran pembiayaan kesehatan yang diambilkan dari APBD adalah sekurang-kurangnya 5% dari PDRB atau 15% dari APBD (Sutarto, 2008:168). Alokasi tersebut digunakan untuk pemenuhan kebutuhan upaya-upaya kesehatan yang dilakukan oleh pemerintah daerah sebagai wujud pemeliharaan kesehatan bagi masyarakatnya.

#### **14. Hubungan Penilaian Kinerja dan Pengelolaan Anggaran**

Penilaian terhadap kinerja birokrasi sendiri erat kaitannya dengan pengelolaan anggaran. Namun demikian, penilaian kinerja lebih menggambarkan suatu bentuk pertanggungjawaban terhadap pelaksanaan tugas pokok, fungsi dan tanggung jawab aparatur pemerintah (Widodo, 2008:98). Pertanggungjawaban tersebut menurut Joko Widodo dituangkan dalam bentuk LAKIP (Laporan Akuntabilitas Instansi Pemerintah), yang menurut Inpres No. 7 Tahun 1999 Tentang Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah setiap instansi pemerintah baik pusat, daerah propinsi, maupun daerah kabupaten dan kota sebagai unsur penyelenggara negara wajib

mempertanggungjawabkan pelaksanaan tugas pokok, fungsinya, serta kewenangan pengelolaan sumber daya dengan didasarkan suatu perencanaan strategis yang diterapkan oleh masing-masing instansi (dalam Widodo, 2008:97).

Terlebih lagi, dalam sistematika penyusunan LAKIP pada BAB III merupakan laporan akuntabilitas kinerja yang terdiri dari uraian hasil pengukuran kinerja, evaluasi dan analisis akuntabilitas kinerja, termasuk menguraikan secara sistematis keberhasilan dan kegagalan, hambatan/kendala dan permasalahan yang dihadapi serta langkah-langkah antisipatif yang akan diambil, dan laporan akuntabilitas keuangan dengan cara menyajikan alokasi dan realisasi anggaran bagi pelaksanaan tupoksiwab atau tugas-tugas lain, termasuk analisis indikator kinerja efisiensi (dalam Widodo, 2008:105). Sehingga dapat disimpulkan bahwa penilaian terhadap kinerja birokrasi merupakan penilaian terhadap keseluruhan aktivitas organisasi, termasuk didalamnya mengenai pengelolaan anggaran.

Sedangkan mengingat akan peran penting anggaran sebagai sumber daya pendukung terhadap pelaksanaan dari tupoksiwab aparatur pemerintah. Maka pengelolaan terhadap anggaran dapat dijadikan pokok pembahasan yang berada diluar penilaian kinerja birokrasi. Lebih lanjut lagi, mengingat bahwa anggaran memiliki fungsi utama, antara lain salah satunya sebagai alat penilaian kinerja (Mardiasmo, 2004:124). Dalam hal ini, untuk mengetahui sejauh mana kinerja organisasi, maka diperlukan indikator kinerja yang sesuai, yakni kinerja anggaran dan anggaran kinerja (Mardiasmo, 2004:219).

Kinerja anggaran adalah alat atau instrumen yang dipakai oleh DPRD untuk mengevaluasi kinerja kepala daerah, yang dituangkan dalam bentuk Propeda dan Renstrada, Arah dan Kebijakan Umum APBD, serta Strategi dan Prioritas APBD (Mardiasmo, 2004:219). Sedangkan anggaran kinerja merupakan suatu sistem anggaran yang mengutamakan kepada



upaya pencapaian hasil kerja dan output dari perencanaan alokasi biaya dan input yang ditetapkan (Mardiasmo, 2004:219). Melihat bahwa sistem anggaran yang dianut adalah berdasarkan kinerja, maka dibutuhkan suatu Standar Analisa Belanja (SAB), tolok ukur kinerja dan Standar Biaya yang jelas. Sehingga penilaian terhadap pengelolaan anggaran dapat dilaksanakan melalui penilaian berdasarkan tolok ukur yang telah ditentukan.

#### **15. Program Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat Surakarta (PKMS)**

Program PKMS dilatarbelakangi adanya realita masih banyak masyarakat miskin yang belum tertampung dalam program Askeskin/ Jamkesmas. Ditambah lagi, adanya persoalan masih kurangnya akses pelayanan kesehatan kepada masyarakat miskin yang berkualitas. Selain itu, dalam rangka mewujudkan sistem penjaminan dan pemeliharaan dalam bidang kesehatan sesuai dengan Undang-undang Nomor 40 Tahun 2004 Tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional. Maka Pemerintah Kota Surakarta menilai diperlukannya suatu kebijakan yang strategis untuk peningkatan akses kesehatan bagi masyarakat miskin melalui pemeliharaan kesehatan yang berjenjang dan komprehensif.

Program PKMS sendiri merupakan upaya Pemerintah Kota Surakarta untuk mempercepat pencapaian sasaran pembangunan kesehatan dan peningkatan derajat kesehatan yang optimal. Adapun beberapa tujuan yang berkesinambungan dari program ini adalah, sebagai berikut :

1. Memberikan jaminan pemeliharaan kesehatan bagi seluruh masyarakat Surakarta
2. Terpeliharanya kesehatan masyarakat
3. Masyarakat sehat dan produktif
4. Sehingga terjadi peningkatan kesejahteraan rakyat

Anggaran yang dialokasikan bagi program ini sepenuhnya berasal dari APBD Kota

Surakarta, yakni sebesar 16,479 miliar rupiah. Sehingga program PKMS ini merupakan kebijakan yang murni dari Pemerintah Kota Surakarta dalam bidang kesehatan. Untuk pelaksanaannya sendiri dimulai pada awal tahun 2008, tepatnya pada tanggal 2 Januari. Program PKMS ini hanya ditujukan khusus kepada seluruh masyarakat Surakarta, terutama yang tidak termasuk dalam program Askes PNS, Askes swasta, Askeskin, Jamkesmas, dan Askes lainnya. Adapun bentuk-bentuk pelayanan yang diberikan yaitu :

1. Pelayanan Dasar.

Dilaksanakan disemua Puskesmas (rawat jalan dan rawat inap).

2. Pelayanan Persalinan.

Dilaksanakan di Puskesmas rawat inap dan RSD Kota Surakarta.

3. Pelayanan Rujukan.

Dilaksanakan di RS Dr. Moewardi, RSOP, RS Jiwa Surakarta, RS Kasih Ibu, RS Dr. Oen Surakarta, RS Panti Waluyo, RS PKU Muhammadiyah Surakarta, RS Brayat Minulyo, RS Slmet Riyadi, RSI Kustati, RS Tri Harsi, RSD Kota Surakarta.

Program PKMS ini mengklasifikasikan para pesertanya berdasarkan jenis kartu yang diperoleh. Adapun 2 jenis kartu kepesertaan, yakni :

1. Gold : diberikan kepada penduduk miskin/ mendekati miskin sesuai dengan kriteria BPS, tetapi belum masuk dalam program askeskin (Jamkesmas)
2. Silver : Bagi semua penduduk Kota Surakarta yang bukan Kriteria kartu Gold.

Prinsip-prinsip pelayanan kesehatan dalam program PKMS ini terbagi kedalam 2 (dua) macam, antara lain :

1. Komprehensif : Promotif, Preventif, Kuratif dan Rehabilitatif.
2. Berjenjang, terbagi dalam :

- a. Rawat jalan dan rawat inap di Puskesmas
- b. Rawat jalan spesialisik (jiwa)
- c. Rawat inap di rumah sakit

Program PKMS ini didukung dengan adanya PERDA No. 47 Tahun 2007 tentang Retribusi Pelayanan Daerah. Sehingga dalam pembiayaannya pun juga dibatasi. Adapun bentuk-bentuk pembiayaannya, yaitu :

1. Pelayanan kesehatan di Puskesmas dan RSD Kota Surakarta pembiayaannya dari Pemerintah Kota Surakarta.
2. Pelayanan kesehatan rujukan pembiayaannya dilakukan dengan sistem *cost sharing*.

Mengenai pelayanan kesehatan yang diberikan melalui program PKMS ini terdapat pelayanan rujukan di rumah sakit pemerintah/swasta sesuai dengan MOU (Memorandum of Understanding)/ kesepakatan dengan Pemerintah Kota Surakarta, antara lain :

1. Akomodasi rawat inap kelas III
2. Konsultasi medis, pemeriksaan fisik, dan penyuluhan kesehatan
3. Penunjang diagnostik : laboratorium klinik, radiologo, dan elektromedik
4. Tindakan medis kecil dan sedang
5. Operasi kecil dan sedang
6. Pemberian obat sesuai formularium rumah sakit untuk Program Askeskin/Jamkesmas
7. Pelayanan gawat darurat

Sedangkan, ada beberapa jenis pelayanan yang tidak dijamin dalam Program PKMS ini, antara lain :

1. Kaca mata
2. Indra oculer lensa

3. Alat bantu dengar
4. Alat bantu gerak
5. Pelayanan penunjang diagnostik canggih
6. Bahan, alat, tindakan yang bertujuan kosmetika
7. General check-up
8. Protesis gigi tiruan
9. Operasi jantung
10. Rangkaian pemeriksaan, pengobatan dan tindakan dalam upaya mendapatkan keturunan, termasuk bayi tabung dan pengobatan impotensi
11. Jika pindah kelas perawatan yang lebih tinggi
12. Keluarga berencana
13. Obat-obatan diluar formularium

Selain itu, ada beberapa pelayanan kesehatan yang dibatasi, yaitu :

1. Cuci darah : Kartu Silver maksimal 6 kali/ tahun, dalam 1 bulan hanya 1 kali. Sedangkan kartu Gold dibayar penuh oleh Pemerintah Kota Surakarta.
2. Chemoterapy : Kartu Silver hanya 1 paket. Sedangkan kartu Gold dengan fasilitas Askeskin/Jamkesmas.
3. Operasi besar.

#### 16. **Pembangunan Kesehatan Masyarakat**

Salah satu usaha untuk meningkatkan kualitas hidup masyarakat adalah melalui kebijakan-kebijakan peningkatan kualitas kesehatan masyarakat. Kesehatan masyarakat sendiri tidak bisa dicapai secara instan, harus dilakukan secara bertahap dan komprehensif. Dalam hal ini pemerintah harus menjadikan pembangunan kesehatan sebagai salah satu arus utama

pembangunan (*mainstream*) dengan tidak mengabaikan program-program pembangunan lainnya (Sutarjo, 2008:17).

Sejarah perkembangan kesehatan masyarakat di Indonesia, secara resmi, pertama kali dengan didirikannya STOVIA (*School Tot Opleiding Van Indische Arsten*) oleh dr. Bosch pada tahun 1851 (Notoatmodjo, 2007:9). Sekolah yang ditujukan untuk pendidikan dokter bagi warga pribumi. Setelah ini banyak sekali bermunculan sekolah-sekolah kedokteran dan pengembangan penanganan masalah kesehatan masyarakat.

Kesehatan masyarakat merupakan upaya integritas dari ilmu sanitasi dengan ilmu kesehatan (Notoatmodjo, 2007:14). Sedangkan Winslow memberikan batasan kesehatan masyarakat, yakni kesehatan masyarakat (*public health*) adalah ilmu dan seni : mencegah penyakit, memperpanjang hidup dan meningkatkan kesehatan, melalui usaha-usaha pengorganisasian masyarakat untuk : (dalam Notoatmodjo, 2007:14)

1. Perbaikan sanitasi lingkungan
2. Pemberantasan penyakit-penyakit menular
3. Pendidikan untuk kebersihan perorangan
4. Pengorganisasian pelayanan-pelayanan medis dan perawatan untuk diagnosis dini dan pengobatan
5. Pengembangan rekayasa sosial untuk menjamin setiap orang terpenuhi kebutuhan hidup yang layak dalam memelihara kesehatannya.

Batasan-batasan diatas menekankan pada upaya-upaya pengorganisasian masyarakat. Lebih lanjut lagi Winslow juga menyatakan hakikat dari pengorganisasian masyarakat dalam rangka mencapai tujuan-tujuan kesehatan masyarakat, adalah menghimpun potensi masyarakat atau sumber daya (*resources*) yang ada di dalam masyarakat itu sendiri untuk upaya-upaya : preventif, kuratif,

promotif dan rehabilitatif kesehatan mereka sendiri (dalam Notoatmodjo, 2007:15).

Selain itu, Ikatan Dokter Indonesia Amerika juga memberikan batasan kesehatan masyarakat, adalah ilmu dan seni memelihara, melindungi dan meningkatkan kesehatan masyarakat melalui usaha-usaha pengorganisasian masyarakat (dalam Notoatmodjo, 2007:16). Disini juga ditekankan pada usaha-usaha pengorganisasian masyarakat. Dalam hal ini masyarakat mengambil peranan yang sangat penting terhadap upaya kesehatan masyarakat sendiri. Sehingga masyarakat harus berpartisipasi secara aktif dalam rangka peningkatan kesehatan masyarakat.

Namun demikian, tetap diperlukan adanya unsur pemerintah sebagai pembuat, pengatur, dan pengarah program-program kesehatan masyarakat serta penyedia layanan kesehatan kepada masyarakat. Program-program kesehatan yang digulirkan oleh pemerintah merupakan program yang diarahkan untuk meningkatkan kualitas kesehatan masyarakatnya. Melihat pada situasi, kondisi dan potensi yang berbeda dari setiap daerah maka akan menimbulkan masalah-masalah yang berbeda-beda pula. Dengan masalah yang berbeda-beda ini juga akan menuntut solusi penyelesaian yang berbeda pula di setiap daerah.

Pembangunan kesehatan pada hakekatnya merupakan pembangunan manusia seutuhnya (Sutarto, 2008:15). Sehingga dalam pembangunan kesehatan terlebih dahulu diperlukan analisis-analisis terhadap permasalahan yang ada. Hal ini dilakukan untuk menghindari kesalahan terhadap solusi permasalahan kesehatan yang dituangkan kedalam kebijakan-kebijakan pembangunan kesehatan masyarakat.

Menurut Bloom ada beberapa faktor yang mempengaruhi derajat kesehatan, antara lain perilaku, lingkungan, upaya kesehatan, dan genetik atau keturunan. Tambahnya lagi bahwa faktor upaya kesehatan memegang peranan sekitar 20% (dalam Sutarto, 2008:21). Berdasarkan hal tersebut maka program-program upaya kesehatan menjadi salah satu agenda pemerintah dalam

menciptakan kualitas kesehatan masyarakat. Secara umum, jenis upaya kesehatan dikategorikan kedalam beberapa kategori, antara lain : (Sutarto, 2008:75)

1. Upaya Kesehatan Perorangan (UKP)

Diartikan sebagai upaya kesehatan yang ditunjuk kepada perorangan dengan mendayagunakan ilmu pengetahuan dan teknologi kesehatan dasar, spesialistik maupun subspeialistik.

2. Upaya Kesehatan Masyarakat (UKM)

Diartikan sebagai upaya kesehatan yang ditujukan kepada masyarakat dengan mendayagunakan ilmu pengetahuan dan teknologi kesehatan dasar, spesialistik maupun subspeialistik.

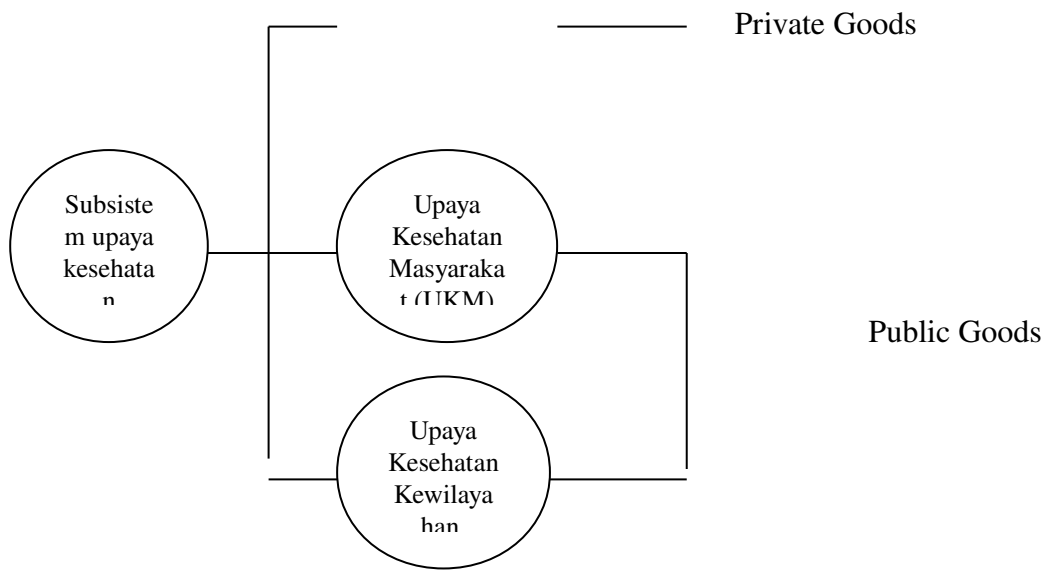
3. Upaya Kesehatan Kewilayahan (UKW)

Diartikan sebagai upaya yang dilakukan oleh lintas sektor secara terpadu dalam rangka mendukung pembanguna kesehatan dan pembangunan berwawasan kesehatan.

Adapun bagan dari subsistem upaya kesehatan tersebut, yaitu :

Gambar 2.5. Bagan Subsistem Upaya Kesehatan



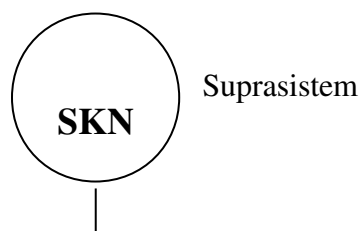


Sumber : Endrarto Sutarto, 2008:77

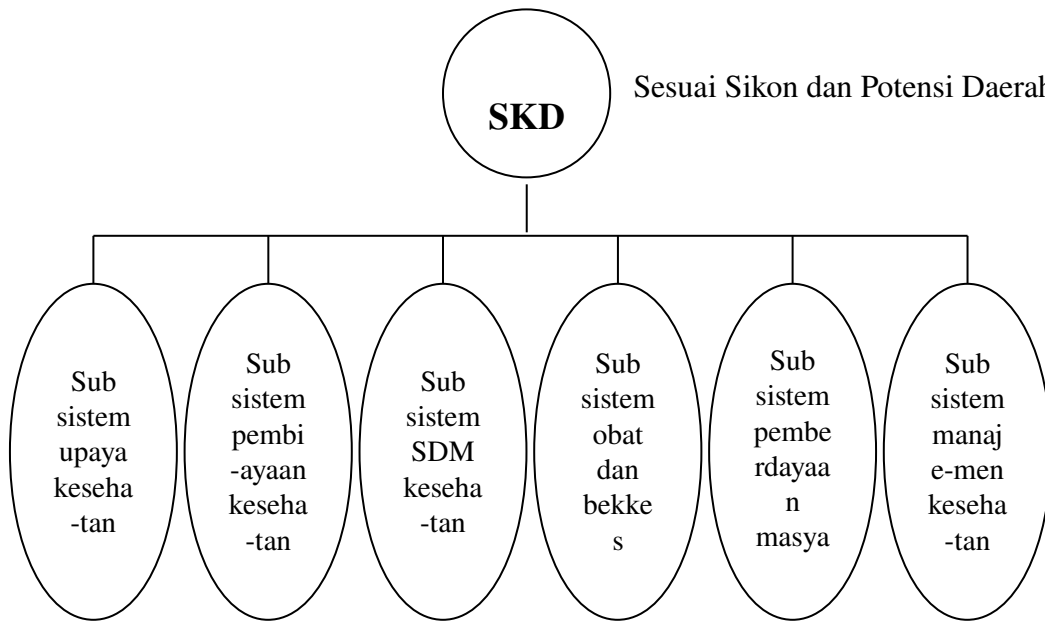
Untuk mendukung upaya-upaya kesehatan tersebut maka pemerintah harus mengeluarkan program-program kesehatan yang komprehensif. Program-program yang mendudukkan upaya kesehatan promotif, upaya preventif, upaya kuratif dan upaya rehabilitatif dalam kedudukan dan peran yang sama pentingnya (Sutarto, 2008:20). Selain itu, pemerintah juga harus menciptakan sistem kesehatan daerah yang berbasis pada upaya-upaya kesehatan yang komprehensif tersebut.

Sistem kesehatan daerah ini akan menaungi seluruh program kesehatan yang ada. Hal ini dilakukan agar proses pembangunan kesehatan daerah, dalam rangka menanggulangi masalah kesehatan yang ada, serta memelihara dan meningkatkan derajat kesehatan masyarakat, menjadi lebih sistematis dan bertahap. Adapun bagan visualisasi sistem kesehatan daerah, sebagai berikut:

Gambar 2.6. Bagan Sistem Kesehatan Daerah







Sumber : Endrarto Sutarto, 2008:70

Dari bagan diatas terlihat sub sistem upaya kesehatan berada dibawah sistem kesehatan daerah. Selain itu, upaya kesehatan merupakan bagian yang menjadi integritas dan tak terpisahkan dalam sistem kesehatan daerah. Secara sistematis, dengan adanya upaya kesehatan tersebut maka akan menciptakan kesehatan masyarakat terpelihara dengan baik. Disisi lain, adanya sistem kesehatan daerah ini juga akan memunculkan sistem upaya kesehatan, termasuk didalamnya UKP, UKM maupun UKW. Hal ini merupakan kelanjutan dari rangkaian sistem yang ada.

Dalam hal upaya kesehatan masyarakat ada beberapa kategori upaya penyelenggaraan kesehatan masyarakat. Adapun beberapa kategori tersebut, antara lain : (Sutarto, 2007:127)

1. Upaya kesehatan masyarakat tingkat pertama

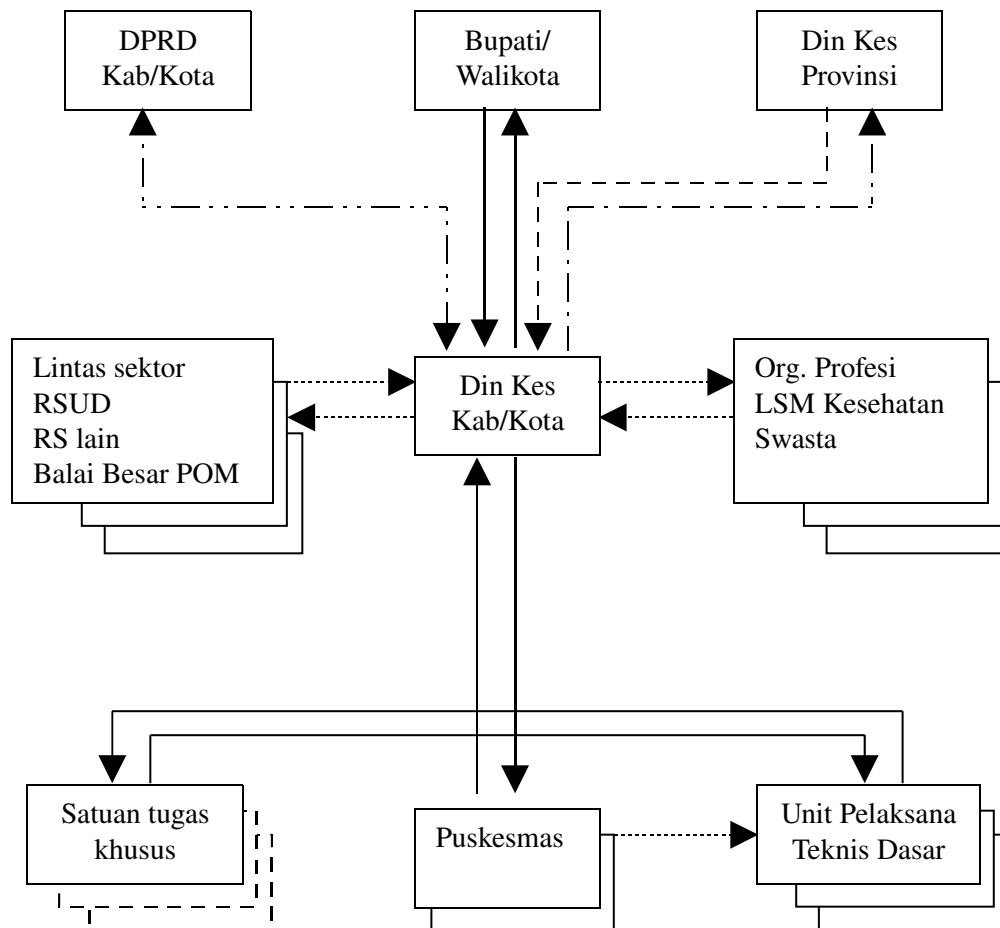
Dalam upaya kesehatan masyarakat tingkat pertama ini didayagunakan ilmu pengetahuan dan teknologi kesehatan dasar, yang ditujukan kepada masyarakat. bentuk penyelenggaraan upaya kesehatan masyarakat ini dikenal dengan Pusat Kesehatan Masyarakat (Puskesmas).

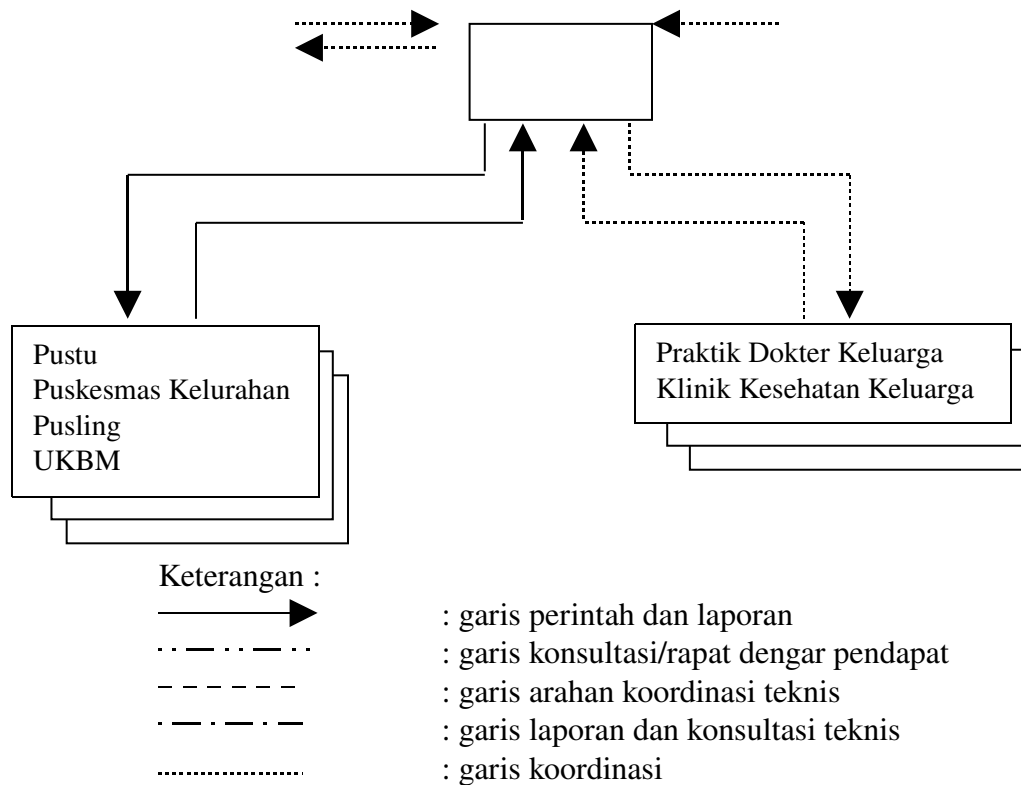
2. Upaya kesehatan masyarakat tingkat kedua

Dalam upaya kesehatan masyarakat tingkat kedua ini mendayagunakan ilmu pengetahuan dan teknologi kesehatan spealistik yang ditujukan kepada masyarakat. Struktur yang tampak diwujudkan dalam bentuk Dinas Kesehatan Kabupaten/ Kota.

Adapun interkoneksi digambarkan sebagai berikut :

Gambar 2.7. Bagan Interkoneksi Upaya Kesehatan Masyarakat





Sumber : Endrarto Sutarto, 2008:150

### 3. Upaya kesehatan masyarakat tingkat ketiga

Dalam upaya kesehatan masyarakat tingkat ketiga ini, dilaksanakan pada tingkat pusat, dalam hal ini Departemen Kesehatan.

Dengan adanya upaya kesehatan masyarakat ini maka diharapkan akan dapat meningkatkan kualitas kesehatan masyarakat. Sekaligus menjaga dan memelihara keberlangsungan program-program kesehatan masyarakat.

## 17. Kerangka Pemikiran

Berdasarkan teori-teori yang disampaikan oleh penulis, maka diperlukan adanya suatu kerangka pemikiran yang jelas. Tujuannya adalah untuk memudahkan pembaca dan penguji dalam memahami penelitian mengenai “Analisis Kinerja dan Pengelolaan Anggaran Pembiayaan Kesehatan Dinas Kesehatan Kota Surakarta dalam Program Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat Surakarta (PKMS) Tahun 2008”. Selain itu, kerangka pemikiran merupakan landasan berpikir

bagi penulis, yang digunakan sebagai pemandu dan penunjuk arah yang hendak dituju.

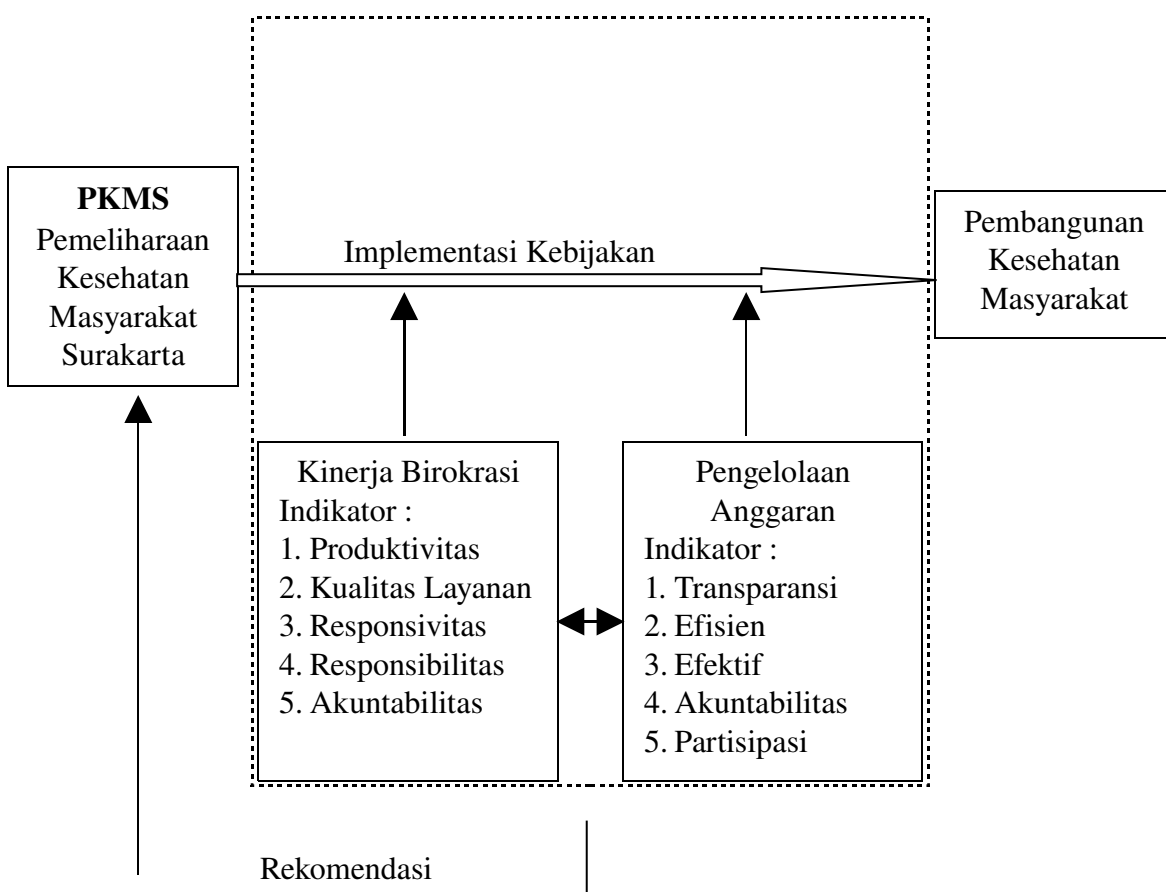
Secara ringkas terdapat 5 (lima) komponen utama dalam kerangka pemikiran ini, antara lain : *pertama*, Program Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat Surakarta (PKMS). *Kedua*, mengenai implementasi dari program PKMS selama 1 tahun. *Ketiga*, analisis kinerja birokrasi dalam implementasi program PKMS, dalam hal ini Dinas Kesehatan Kota Surakarta. Analisis tersebut menggunakan pengukuran berdasarkan indikator Agus Dwiyanto, yaitu :produktifitas, kualitas layanan, responsivitas, responsibilitas, dan akuntabilitas (dalam Dwiyanto, dkk, 2006:50). *Keempat*, analisis pengelolaan anggaran pembiayaan kesehatan dalam program PKMS ini. Dalam analisis tersebut menggunakan pengukuran berdasarkan indikator Juli Panglima Saragih, yaitu: transparansi, efisien, efektif, akuntabilitas, dan partisipatif (Saragih, 2003:120-121).

Kemudian pada penelitian ini, penulis menggunakan teori-teori terkait dengan kinerja birokrasi dari Agus Dwiyanto dan teori-teori terkait dengan pengelolaan anggaran pembiayaan kesehatan dari Juli Panglima Saragih. Dengan alasan bahwa *pertama*, teori-teori tersebut merupakan teori yang dinilai relevan dan *kompeten* dengan kenyataan dilapangan. Artinya, tidak ada unsur paksaan memasukkan teori untuk mengukur kinerja birokrasi dan pengelolaan anggaran pembiayaan. *Kedua*, teori-teori tersebut merupakan teori yang baru, dengan kata lain tidak ketinggalan jaman. Sehingga dinilai sangat relevan dengan kondisi dan situasi pada saat sekarang. *Ketiga*, kedua teori tersebut dinilai menggunakan indikator-indikator pengukuran yang paling praktis dan sederhana. Namun tepat atau *valid* dan langsung pada inti permasalahan. Sehingga dengan teori-teori tersebut diharapkan akan menghasilkan penelitian yang bermanfaat.

Kerangka pemikiran ini berusaha memberikan informasi mengenai analisis kinerja birokrasi dan pengelolaan anggaran pembiayaan kesehatan dalam implementasi suatu program

kebijakan terhadap upaya pembangunan kesehatan masyarakat melalui metode analisis kinerja dan pengelolaan anggaran. Artinya, dengan adanya suatu analisis kinerja birokrasi dalam implementasi suatu kebijakan, maka diharapkan akan menghasilkan suatu bahan evaluasi dan kemudian akan menjadi bahan rekomendasi kedepan. Sehingga dengan adanya rekomendasi tersebut, maka diharapkan suatu kebijakan publik selalu berada dalam *guard lines* dan tidak melenceng dari tujuannya. Adapun kerangka pemikirannya sebagai berikut :

Gambar 2.8. Bagan Kerangka Pemikiran



## **BAB III**

### **METODE PENELITIAN**

#### **2. Jenis Penelitian**

Dalam penelitian ini peneliti menggunakan pendekatan penelitian kualitatif. Pendekatan penelitian kualitatif merupakan pendekatan yang memerlukan pemahaman yang mendalam dan menyeluruh berhubungan dengan objek yang diteliti bagi menjawab permasalahan untuk mendapatkan data-data kemudian dianalisis dan mendapat kesimpulan penelitian dalam situasi dan kondisi tertentu (Iskandar, 2008:17). Sehingga dalam penelitian ini diperlukan kemampuan untuk menggali informasi yang sedalam-dalamnya namun tetap dalam konteks permasalahan yang diteliti.

Selain itu, pendekatan penelitian kualitatif pada intinya dilaksanakan melalui proses induktif, yaitu berangkat dari konsep khusus ke umum, konseptualisasi, kategorisasi, dan deskripsi dikembangkan atas dasar masalah yang terjadi dilapangan (Iskandar, 2008:187). Dari hal tersebut maka akan dapat ditarik kesimpulan melalui tahap-tahapnya. Proses pengumpulan data, reduksi data, display data dan pengambilan simpulan bukanlah sesuatu yang berlangsung secara linear, melainkan merupakan suatu siklus yang interaktif (Susanto, 2006:24). Sehingga dalam penelitian kualitatif ini dilakukan dengan melakukan penelitian terlebih dahulu baru kemudian membangun teorinya (Susanto, 2006:25).

#### **3. Lokasi Penelitian**

Penelitian ini dilakukan dengan mengambil lokasi di Dinas Kesehatan Kota Surakarta dengan pertimbangan bahwa lokasi tersebut merupakan institusi pelaksana dari kebijakan Program PKMS. Dengan kata lain merupakan lokasi yang secara langsung berhubungan dengan objek penelitian, yang digunakan sebagai sumber untuk memperoleh data.

#### **4. Sumber Data**

Dalam suatu penelitian, data menjadi bahan baku yang akan diolah guna mendapatkan kesimpulan dari penelitian tersebut. Adapun beberapa data yang akan diolah, yaitu : (Iskandar, 2008:76)

##### **1. Data Primer**

Merupakan data yang yang diperoleh melalui serangkaian kegiatan observasi, wawancara, dan penyebaran kuesioner. Dalam hal ini, yang menjadi sumber data primer dalam penelitian ini adalah hasil observasi dan wawancara kepada pegawai-pegawai Dinas Kesehatan Kota Surakarta, terutama yang langsung menjadi pelaksana Program PKMS, dan masyarakat pengguna kartu PKMS, baik gold maupun silver.

##### **2. Data Sekunder**

Merupakan data yang diperoleh melalui pengumpulan atau pengolahan data yang bersifat studi dokumentasi berupa penelaah terhadap dokumen pribadi, resmi kelembagaan, tulisan dan lain-lain yang memiliki relevansi terhadap fokus penelitian. Dalam hal ini, yang menjadi data sekunder dalam penelitian ini adalah arsip-arsip dan laporan-laporan dalam pelaksanaan Program PKMS tahun 2008.

#### **5. Teknik Pengambilan Sampel**

Untuk mendapatkan data dalam penelitian, maka peneliti harus mewawancarai orang-orang yang terlibat dalam objek penelitian. Hal ini akan sangat beresiko, terutama dalam

keterbatasan waktu, dan tenaga. Oleh karena itu, diperlukan pengambilan sampel dengan menggunakan teknik sampling. Sampel adalah sebagian dari populasi yang diambil secara representatif atau mewakili populasi yang bersangkutan atau bagian kecil yang diamati (Iskandar, 2008:69). Lebih lanjut lagi, Sutrisno Hadi berpendapat bahwa sampel adalah sebagian individu yang diselidiki (dalam Susanto, 2006:114).

Sedangkan teknik sampling merupakan penelitian yang tidak meneliti seluruh subjek yang ada dalam populasi, melainkan hanya sebagian saja yang diperlukan oleh peneliti dalam penelitian (Iskandar, 2008:69). Terkait dengan teknik pengambilan sampel tersebut, maka dalam penelitian ini menggunakan teknik pengambilan sampel tujuan (*Purposive Sampling*), yakni pengambilan sampel berdasarkan penilaian subjektif peneliti berdasarkan karakteristik tertentu yang dianggap mempunyai sangkut paut dengan karakteristik populasi yang sudah diketahui sebelumnya dengan pertimbangan tertentu (Iskandar, 2008:74). Dalam hal ini, peneliti sengaja menentukan anggota sampelnya berdasarkan kemampuan dan pengetahuannya tentang keadaan populasi (Susanto, 2006:120).

Selain itu, teknik pengambilan sampel lain yang digunakan dalam penelitian ini adalah *Snowball Sampling*. Teknik penarikan *Snowball Sampling* adalah penarikan sampel bertahap yang makin lama jumlah respondennya semakin besar (Slamet, 2006:63). Teknik pengambilan sampel ini dilakukan untuk mengantisipasi perilaku informan yang cenderung menghindar ketika akan diwawancarai dan merekomendasikannya kepada orang lain yang dianggap lebih mengetahui dan berwenang memberikan informasi.

## **6. Teknik Pengumpulan Data**

Teknik pengumpulan data yang digunakan peneliti dalam penelitian ini, sebagai berikut :

1. Wawancara mendalam (*indepth interview*)



Untuk memperoleh data yang memadai sebagai *cross checks*, peneliti menggunakan teknik wawancara dengan subyek yang terlibat dalam interaksi sosial yang dianggap memiliki pengetahuan, mendalami situasi dan mengetahui informasi untuk mewakili obyek penelitian (Iskandar, 2008:77). Teknik wawancara adalah cara yang dipakai untuk memperoleh informasi melalui kegiatan interaksi sosial antara peneliti dan yang diteliti (Slamet, 2006:101). Lebih rinci lagi teknik wawancara yang digunakan adalah wawancara mendalam. Melakukan wawancara mendalam berarti menggali informasi atau data sebanyak-banyaknya dari responden atau informan (Susanto, 2006:131).

## 2. Observasi

Teknik pengumpulan data yang lain adalah melalui teknik observasi. Teknik observasi adalah teknik pengumpulan data yang bersifat nonverbal (Slamet, 2006:85). Observasi merupakan proses yang kompleks, yang tersusun dari proses biologis dan psikologis (Susanto, 2006:126). Sehingga membutuhkan kemampuan dalam mengamati objek penelitian.

## 3. Studi dokumentasi

Teknik pengumpulan data dengan dokumentasi adalah pengambilan data yang diperoleh melalui dokumen-dokumen (Susanto, 2006:136). Dokumen-dokumen yang dapat berupa arsip-arsip, catatan pribadi, laporan kelembagaan, referensi-referensi, atau peraturan-peraturan yang relevan dengan fokus penelitian, seperti Peraturan Walikota Nomor 12 Tahun 2008, Perda Nomor 8 Tahun 2007, Peraturan Walikota Nomor 1 Tahun 2008, MOU PKMS, Berita Acara Pembayaran, Daftar Jenis dan Paket Pelayanan Kesehatan Bagi Peserta PKMS, dan lain sebagainya.

## 7. Validitas Data

Data yang telah dicatat dan dikumpulkan harus dijamin kesahihan (validitasnya). Hal ini dilakukan untuk menghindari penyimpangan informasi dari pengolahan data yang sudah diperoleh. Salah satu kriteria teknik menurut Moeloeng, Danmin Sudarwan dan Sugiyono dalam mengukur tingkat validitas data adalah dengan triangulasi data (dalam Iskandar, 2008:229).

Triangulasi adalah teknik pemeriksaan keabsahan data yang memanfaatkan sesuatu yang lain di luar data itu untuk keperluan pengecekan atau sebagai pembanding terhadap suatu data (Iskandar, 2008:230). Menurut Patton teknik triangulasi dibedakan menjadi, antara lain : (dalam Sutopo, 2002:78)

- III. *Data triangulation*, dimana peneliti menggunakan beberapa sumber data yang berbeda untuk mengumpulkan data yang sama.
- IV. *Investigator triangulation*, yaitu pengumpulan data sejenis yang dikumpulkan oleh beberapa orang peneliti.
- V. *Methodological triangulation*, yaitu penelitian yang dilakukan dengan menggunakan metode yang berbeda ataupun dengan mengumpulkan data sejenis tetapi dengan menggunakan teknik pengumpulan data yang yang berbeda.
- VI. *Theoretical triangulation*, yaitu peneliti melakukan penelitian tentang topik yang sama dan data yang dianalisis dengan menggunakan perspektif.

Dari beberapa teknik triangulasi diatas, dalam penelitian ini, peneliti menggunakan teknik triangulasi sumber (*data triangulation*). Menurut Moeloeng penelitian yang menggunakan teknik pemeriksaan melalui sumbernya artinya membandingkan atau mengecek ulang derajat kepercayaan suatu informasi yang diperoleh melalui waktu dan alat yang berbeda (dalam Iskandar, 2008:230). Dalam hal ini, pengecekan dilakukan pada sumber-sumber yang dianggap kunci/utama oleh peneliti. Dengan demikian, berarti data yang sama atau sejenis akan

lebih mantap kebenarannya bila digali dari beberapa sumber yang berbeda (Sutopo, 2002:79).

Selain itu, dalam penelitian ini juga menggunakan teknik triangulasi metode (*methodological triangulation*), yakni penelitian yang dilakukan dengan mengumpulkan data sejenis tetapi dengan menggunakan teknik atau metode pengumpulan data yang berbeda (Sutopo, 2002:80). Menurut Danim dengan menggunakan triangulasi metode ini memungkinkan peneliti melengkapi kekurangan informasi yang diperoleh dengan metode tertentu dengan menggunakan metode yang lain (dalam Iskandar, 2008:231). Sehingga data yang diperoleh akan benar-benar teruji validitasnya dan menunjukkan keabsahan informasi.

## **8. Teknik Analisis Data**

Menurut Bogdan dan Taylor analisis data adalah sebagai proses yang mencari usaha secara formal untuk menemukan tema dan merumuskan ide seperti yang disarankan oleh data dan sebagai usaha untuk memberikan bantuan tema dan ide itu (dalam Iskandar, 2008:221). Selain itu, menurut Hamidi analisis data penelitian kualitatif dilakukan sejak awal turun ke lokasi melakukan pengumpulan data, dengan cara “mengangsur atau menabung” informasi, mereduksi, mengelompokkan dan seterusnya sampai terakhir memberi interpretasi (dalam Susanto, 2006:142).

Sementara itu menurut Miles dan Huberman menyatakan bahwa analisis data kualitatif tentang mempergunakan kata-kata yang selalu disusun dalam sebuah teks yang diperluas atau dideskripsikan (dalam Iskandar, 2008:221). Adapun langkah-langkah dalam analisis data kualitatif, yaitu : (Iskandar, 2008:223)

### **1. Reduksi data**

Merupakan analisis yang menajamkan untuk mengorganisasikan data, dengan demikian

kesimpulannya dapat diverifikasikan untuk menjadi temuan penelitian terhadap masalah yang diteliti.

## 2. Display/penyajian data

Penyajian data yang diperoleh ke dalam sejumlah matriks atau kategori setiap data yang didapat, penyajian data biasanya digunakan berbentuk teks naratif.

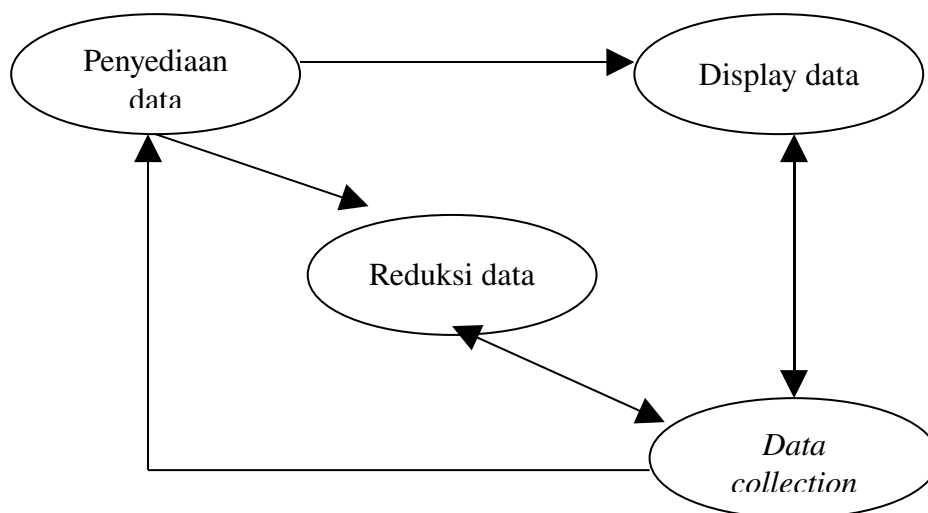
## 3. Penarikan kesimpulan

Merupakan analisis lanjutan dari reduksi data, dan display data sehingga data dapat disimpulkan, dan peneliti masih berpeluang untuk menerima masukan.

Dari penjelasan diatas maka digunakan teknik pengumpulan data dan analisis data model interaktif. Dimana dalam hal ini peneliti tetap bergerak diantara tiga komponen analisis dengan proses pengumpulan data selama kegiatan pengumpulan data berlangsung (Sutopo, 2002:95).

Secara sederhana model analisis interaktif ini, dapat digambarkan melalui bagan sebagai berikut :

Gambar 3.1. Bagan model teknik pengumpulan data dan analisis data secara interaktif menurut Miles dan Huberman



Sumber : dalam Iskandar, 2008:222

**BAB IV**

**DESKRIPSI LOKASI PENELITIAN**

**DINAS KESEHATAN KOTA SURAKARTA**

**I. Tugas Pokok dan Fungsi**

Dinas Kesehatan Kota Surakarta mempunyai tugas pokok menyelenggarakan urusan pemerintahan daerah bidang kesehatan berdasarkan asas otonomi daerah dan tugas pembantuan. Untuk menyelenggarakan tugas-tugas pokok tersebut, maka Dinas Kesehatan Kota Surakarta memiliki fungsi-fungsi yang harus dijalankan. Adapun fungsi-fungsi tersebut antara lain, sebagai berikut :

1. Penyelenggaraan kesekretariatan dinas
2. Penyusunan rencana program kerja, pengendalian, evaluasi dan pelaporan
3. Penyelenggaraan promosi kesehatan
4. Pengendalian penyakit dan penyehatan lingkungan
5. Penyelenggaraan upaya kesehatan
6. Penyelenggaraan bina kesehatan
7. Penyelenggaraan dan pembinaan teknis rumah sakit dan kesehatan khusus
8. Pengawasan dan pengendalian kefarmasian, makanan, minuman dan obat tradisional
9. Penyelenggaraan registrasi, akreditasi dan ijin praktek
10. Pencegahan dan pemberantasan penyakit
11. Peningkatan kesehatan masyarakat dan lingkungan
12. Peningkatan kesehatan ibu dan anak
13. Pembinaan kesehatan remaja dan usia lanjut
14. Penyelenggaraan sosialisasi
15. Pembinaan jabatan fungsional
16. Pengelolaan Unit Pelaksana Teknis Dinas (UPTD)

Berdasarkan beberapa fungsi diatas terlihat bahwa Dinas Kesehatan Kota Surakarta memiliki fungsi yang penting terkait dengan pelaksanaan tugas pokoknya. Dari beberapa fungsi tersebut ada 2 (dua) fungsi yang dinilai menjadi fungsi utama, yakni: *pertama*, fungsi penyelenggaraan upaya kesehatan. Fungsi penyelenggaraan upaya kesehatan merupakan suatu bentuk peran serta sekaligus tanggung jawab yang harus dilaksanakan oleh Dinas Kesehatan Kota Surakarta selaku institusi publik dibidang kesehatan.

Untuk menjalankan fungsi tersebut, Dinas Kesehatan Kota Surakarta menjabarkannya kedalam kebijakan-kebijakan upaya kesehatan. Dimana kebijakan-kebijakan tersebut dijabarkan kembali kedalam program-program yang dapat secara langsung diaplikasikan kepada masyarakat. Salah satu diantara program tersebut adalah program Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat Surakarta (PKMS).

Program PKMS sendiri dinilai sebagai suatu program terobosan guna meningkatkan keterjangkauan pelayanan kesehatan kepada seluruh masyarakat Kota Surakarta, terutama bagi masyarakat miskin yang tidak termasuk kedalam program Jamkesmas, Askeskin, dan asuransi kesehatan yang lain. Program ini juga dinilai mampu menjadi suatu bentuk upaya Dinas Kesehatan Kota Surakarta untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat sebagai wujud nyata pembangunan kesehatan masyarakat. Selain itu, program penyelenggaraan upaya kesehatan ini menunjukkan bahwa Pemerintah Kota Surakarta telah melaksanakan upaya pembangunan kualitas sumber daya manusia melalui upaya kesehatan guna mewujudkan kesejahteraan masyarakat.

*Kedua*, fungsi peningkatan kesehatan masyarakat dan lingkungan. Sebagai implikasi dari fungsi penyelenggaraan upaya kesehatan adalah terciptanya kesehatan masyarakat dan lingkungan. Maka dari itu, diperlukan suatu upaya kesehatan yang komprehensif dan berjenjang. Upaya kesehatan yang komprehensif merupakan upaya kesehatan kuratif, rehabilitatif, promotif, dan preventif yang dijalankan secara seimbang. Upaya kesehatan tersebut berfungsi saling melengkapi dan menjadi pedoman penyelenggaraan pelayanan kesehatan masyarakat.

Kemudian, upaya kesehatan yang berjenjang merupakan upaya kesehatan yang harus dijalankan secara berkesinambungan mulai dari upaya kesehatan perseorangan/individu, upaya kesehatan masyarakat, hingga upaya kesehatan kewilayahan. Upaya kesehatan tersebut mencakup

jenjang dokter keluarga, puskesmas, hingga rujukan ke rumah sakit. Upaya kesehatan masyarakat dan kewilayahan tersebut menjadi tanggung jawab dan tugas dari pemerintah. Oleh karena itu, untuk meningkatkan kesehatan masyarakat dan lingkungan diperlukan upaya nyata dari pemerintah.

Untuk itu, dalam rangka meningkatkan derajat kesehatan masyarakat dan lingkungan. Maka diharapkan Dinas Kesehatan Kota Surakarta mampu meningkatkan kinerjanya dengan melaksanakan tugas pokok, fungsi dan tanggung jawabnya sesuai dengan pedoman yang ada.

## **II. Struktur Organisasi**

Untuk mendukung terselenggaranya upaya kesehatan masyarakat tersebut, maka Dinas Kesehatan Kota Surakarta harus memiliki struktur organisasi yang jelas. Dengan adanya struktur organisasi yang jelas maka jelas pula tugas pokok dan fungsi serta tanggung jawab masing-masing bagian. Sehingga dapat tercipta transparansi dan akuntabilitas kewenangan dalam Dinas Kesehatan Kota Surakarta.

Berdasarkan pada Peraturan Walikota Kota Surakarta Nomor 12 Tahun 2008 Tentang Penjabaran Tugas Pokok, Fungsi dan Tata Kerja Dinas Kesehatan Surakarta, bahwa Dinas Kesehatan Kota Surakarta dikepalai oleh seorang Kepala Dinas. Kepala Dinas tersebut memiliki kewenangan dalam memimpin pelaksanaan tugas pokok dan fungsi dari Dinas Kesehatan Kota Surakarta secara keseluruhan. Adapun Kepala Dinas tersebut, membawahkan :

1. Sekretariat
2. Bidang Promosi Kesehatan
3. Bidang Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan
4. Bidang Upaya Kesehatan
5. Bidang Bina Kesehatan Masyarakat



6. Unit Pelaksana Teknis Dinas (UPTD)
7. Kelompok Jabatan Fungsional

Masing-masing bidang tersebut memiliki tugas pokok dan fungsi untuk menyiapkan program-program yang dapat diaplikasikan secara langsung kepada masyarakat sesuai dengan bidang tugasnya.

Terkait dengan adanya program PKMS ini, maka Pemerintah Kota Surakarta melalui Dinas Kesehatan Kota Surakarta membentuk Unit Pelaksana Teknis Dinas untuk mengelola program PKMS. maka dari itu, dibentuklah UPTD Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat. UPTD Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat ini bertugas dalam pelaksanaan program PKMS secara keseluruhan. Sehingga UPTD Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat ini memiliki kewenangan sekaligus bertanggung jawab terhadap pelaksanaan program PKMS. Secara umum, UPTD Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat ini memiliki tugas pokok dan fungsi, yaitu :

1. Mengelola anggaran pembiayaan kesehatan

Anggaran pembiayaan program PKMS merupakan salah satu sumber daya utama dalam pelaksanaan program. Anggaran tersebut harus dikelola sesuai dengan kebutuhan program. Untuk tahun anggaran pertama program PKMS ini, ada beberapa kebutuhan program yang harus dipenuhi, antara lain pembayaran klaim, sosialisasi, administrasi dan perlengkapan, dan sebagainya.

Dengan demikian, dalam pengelolaan anggaran pembiayaan program ini harus dilakukan sesuai dengan aturan dan menerapkan konsep VFM, serta dilengkapi dengan akuntabilitas pengelolaan. Sehingga dengan adanya pengelolaan anggaran pembiayaan kesehatan yang efektif, efisien dan transparan diharapkan akan meningkatkan akuntabilitas Dinas Kesehatan Kota Surakarta selaku institusi publik. Akuntabilitas tersebut menunjukkan kinerja yang

dilaksanakan. Dengan kata lain, dengan akuntabilitas anggaran yang baik maka akan mendorong terciptanya kinerja organisasi yang baik pula.

## 2. Mengawasi dan memberikan pelayanan

Dinas Kesehatan Kota Surakarta memiliki kewenangan dalam pengawasan terhadap pelayanan kesehatan program PKMS yang diberikan oleh rumah sakit mitra. Pelayanan kesehatan tersebut diatur dalam butir-butir kesepakatan/MOU. Sedangkan terkait dengan standar pelayanannya disesuaikan dengan standar pelayanan kesehatan umum. Sehingga dengan pengawasan tersebut diharapkan dapat meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan rumah sakit.

Namun demikian, Dinas Kesehatan Kota Surakarta juga memberikan pelayanan bagi peserta program PKMS. Tetapi pelayanan yang diberikan berupa pelayanan administratif peserta.

Pelayanan administratif ini ditujukan untuk peserta kartu *Gold*.

## 3. Mengkoordinir verifikasi kepesertaan

Proses verifikasi peserta program PKMS merupakan suatu bentuk strategi Dinas Kesehatan Kota Surakarta untuk memberikan keterjangkauan pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin. Karena masyarakat yang benar-benar miskin akan mendapatkan penjaminan lebih besar daripada masyarakat yang mampu. Proses Verifikasi ini juga berkaitan dengan jumlah anggaran yang nantinya akan dikeluarkan untuk kebutuhan program.

Verifikasi ini dilakukan melalui 2 (dua) tahap verifikasi, yakni verifikasi berkas persyaratan dan verifikasi ke lapangan. Ini dilakukan untuk menghindari adanya ketidaksesuaian klasifikasi peserta *Gold* dan *Silver*. Karena adanya ketidaksesuaian data yang ada dengan kondisi sebenarnya dilapangan.

## 4. Mengkoordinasi kerja sama dengan Pemberi Pelayanan Kesehatan (PPK)

Dalam hal ini terkait dengan kerjasama dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan sebagai upaya kesehatan program PKMS. Dinas Kesehatan memiliki kewenangan untuk melakukan kesepakatan dengan rumah sakit apapun yang dinilai memiliki kemampuan memberikan pelayanan kesehatan yang baik. Hal tersebut diwujudkan dengan adanya MOU yang dibuat dengan beberapa rumah sakit selaku PPK.

Selain itu, Dinas Kesehatan memiliki tugas untuk melakukan koordinasi terkait dengan MOU yang ada. Termasuk didalamnya mengenai proses pembayaran klaim, verifikasi formularium, laporan kegiatan-kegiatan, dan sebagainya. Hal tersebut dilakukan sebagai upaya untuk memecahkan permasalahan yang terjadi dan melakukan kontrol terhadap pelaksanaan pelayanan kesehatan. Sehingga dengan koordinasi tersebut program PKMS ini dapat berjalan sesuai dengan yang diharapkan.

#### 5. Mengadakan kerjasama lintas sektoral

Kerjasama lintas sektoral dilakukan dalam rangka kelancaran tugas Dinas Kesehatan. Salah satu diantaranya adalah terkait dengan persyaratan administrasi kepesertaan program PKMS. Dimana program ini hanya diperuntukkan bagi masyarakat Kota Surakarta. Sehingga dibutuhkan KTP atau KK yang memang benar-benar warga Kota Surakarta. Hal yang ditakutkan adalah adanya penduduk luar kota yang dapat dengan mudah memperoleh KTP atau KK Kota Surakarta hanya untuk memanfaatkan program PKMS ini.

Untuk itu, diperlukan kerjasama dengan Dinas Catatan Sipil dan Kependudukan. Agar permasalahan mengenai warga “siluman” dapat dihilangkan secepat mungkin. Karena permasalahan ini juga akan berpengaruh terhadap pengelolaan anggaran pembiayaan program PKMS. Permasalahan tersebut ditakutkan akan meningkatkan alokasi anggaran. Namun demikian, kerjasama dengan unsur kelurahan, RW dan RT setempat harus menjadi prioritas

yang lebih utama. Karena merekalah yang mengetahui dan memiliki kondisi sebenarnya dilapangan.

6. Melakukan tertib administrasi

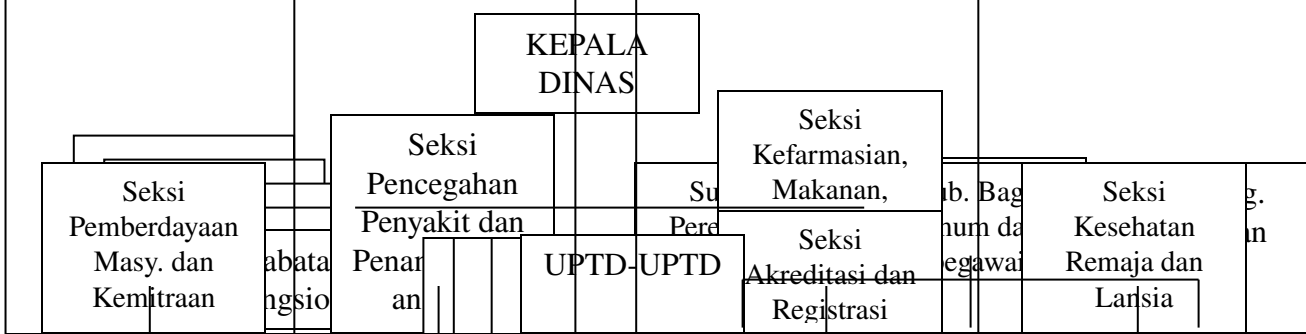
Tertib administrasi merupakan bagian dari tugas Dinas Kesehatan sehari-hari. Hal ini mencakup administrasi kepegawaian, surat-menyurat, inventarisasi perlengkapan, administrasi keuangan, administrasi pembukuan, dan lain sebagainya. Semua hal tersebut dilaporkan dalam bentuk laporan pertanggungjawaban yang akan diberikan dari bawahan ke atasan maupun antar mitra PPK. Laporan pertanggungjawaban ini sendiri dilakukan secara berkala sesuai dengan ketentuan yang ada. Sedangkan terkait dengan masalah keuangan akan dilaporkan dalam bentuk surat pertanggungjawaban (SPJ). Dimana seluruh nota-nota pengeluaran dilampirkan didalamnya. Sehingga jelas alokasi anggaran yang telah dikeluarkan.

Laporan pertanggungjawaban tersebut merupakan suatu bentuk akuntabilitas publik. Sekaligus bentuk Responsibilitas terhadap tugas pokok, fungsi, tanggung jawab dan pengelolaan anggaran yang ada.

Pelaksanaan terhadap tugas pokok dan fungsi serta pengelolaan anggaran pembiayaan kesehatan diatas menjadi bahan penilaian kinerja Dinas Kesehatan Kota Surakarta dalam pelaksanaan program PKMS. Sehingga dengan penilaian tersebut diharapkan akan meningkatkan kinerjanya.

Adapun bagan struktur organisasi Dinas Kesehatan Kota Surakarta tahun 2009, sebagai berikut :

Gambar 4.1. Bagan Struktur Organisasi Dinas Kesehatan Kota Surakarta



Sumber : Dinas Kesehatan Kota Surakarta 2009

III. **Anggaran Program Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat Surakarta (PKMS) tahun 2008**

Untuk melaksanakan suatu program, maka dibutuhkan adanya sumber daya pendukung.

Agar program tersebut dapat berjalan dengan lancar dan sesuai harapan. Terkait dengan hal

tersebut, salah satu sumber daya pendukung yang sangat penting adalah anggaran. Oleh karena itu, adanya suatu anggaran dalam program menjadi motor penggerak bagi pelaksanaannya dilapangan.

Dalam pelaksanaan Program PKMS tahun 2008 Pemerintah Kota Surakarta mengalokasikan anggaran sebesar Rp 16.476.600.000,-. Dengan perhitungan sebagai berikut :

$$\mathbf{Rp\ 4.000,-\ x\ 12\ bulan\ x\ 343.325\ jiwa\ =\ Rp\ 16.476.600.000,-}$$

Perhitungan tersebut didasarkan pada jaminan atau asuransi yang akan diberikan per jiwa. Sehingga beban anggaran pada APBD tahun 2008 juga akan dihitung berdasarkan berapa banyak peserta PKMS yang telah memanfaatkan pelayanan kesehatan, baik di puskesmas maupun di rumah sakit.

Berdasarkan hal tersebut, memungkinkan bahwa anggaran tersebut akan mengalami kekurangan ataupun kelebihan. Ini bergantung pada jumlah peserta yang memanfaatkan pelayanan kesehatan melalui program PKMS tersebut. Selain itu, walaupun program PKMS ini merupakan inisiasi dari Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2008 Tentang Sistem Jaminan Nasional. Tetapi alokasi anggaran yang dipergunakan murni berasal dari APBD Kota Surakarta tahun 2008. Sehingga secara keseluruhan program PKMS ini merupakan kebijakan pembangunan kesehatan masyarakat yang berasal dari daerah.

#### **IV. Kinerja Dinas Kesehatan Kota Surakarta Mendatang**

Dinas kesehatan merupakan salah satu instansi pemerintah yang bertanggung jawab terhadap pembangunan kualitas kesehatan masyarakat. Kualitas kesehatan masyarakat yang baik merupakan salah satu modal dasar untuk meningkatkan harkat dan martabat bangsa melalui terciptanya kualitas sumber daya manusia yang unggul. Dalam hal ini, untuk menciptakan kualitas kesehatan masyarakat yang baik diperlukan adanya program-program kesehatan

masyarakat yang tepat dan berkelanjutan.

Pemerintah Kota Surakarta melalui Dinas Kesehatan Kota Surakarta diawal tahun 2008 telah mulai melaksanakan salah satu program jaminan kesehatan masyarakat daerah, yakni Program Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat Surakarta (PKMS). Program PKMS ini merupakan program inisiasi untuk mengembangkan Jaminan Kesehatan Nasional dalam rangka menyongsong implementasi Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN). Program PKMS ini juga dinilai sebagai program terobosan yang dilaksanakan oleh Pemerintah Kota Surakarta melalui Dinas Kesehatan Kota Surakarta. Sehingga program PKMS ini dicanangkan menjadi program jaminan kesehatan daerah percontohan bagi pemerintah daerah-pemerintah daerah diprovinsi Jawa Tengah.

Hal tersebut dikuatkan oleh pernyataan Ibu Ida Angklaita (Kepala UPTD Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat Dinas Kesehatan Kota Surakarta), yakni :

“Bahkan PKMS ini akan dijadikan acuan daerah lain di Jawa Tengah sebagai model Jamkesda-nya Jawa Tengah. Kemarin pertemuan seluruh Dinas Kesehatan se-Jawa Tengah, rencananya, tapi akan *digodok* lagi, model PKMS seperti ini yang bentuknya sudah UPTD kita ada perda juga, akan dijadikan model Jamkesda-nya Jawa Tengah.”(wawancara, 5 Mei 2009)

Hal tersebut secara tidak langsung telah menunjukkan bahwa Program PKMS ini merupakan kebijakan yang strategis dari Pemerintah Kota Surakarta. Kebijakan yang diharapkan akan menjadi program unggulan untuk menciptakan kualitas kesehatan masyarakat Kota Surakarta yang baik. Sehingga mampu meningkatkan kualitas sumber daya manusianya.

Di tahun pertamanya, berdasarkan data Dinas Kesehatan Kota Surakarta program PKMS telah berhasil mencatat peserta sebanyak 146.636 jiwa. Jumlah yang cukup besar untuk pelaksanaan awal dari suatu program pembangunan kesehatan. Sekaligus menunjukkan bahwa usaha sosialisasi dan publikasi yang dilaksanakan oleh Dinas Kesehatan Kota Surakarta telah

berhasil. Selain itu, masyarakat Kota Surakarta menilai bahwa program PKMS ini merupakan program yang sangat membantu masyarakat untuk mendapatkan akses pelayanan kesehatan yang komprehensif, terutama bagi masyarakat yang miskin. Hal tersebut merupakan wujud responsifitas dan pertanggungjawaban Dinas Kesehatan Kota Surakarta terhadap tugas pokok, fungsi, dan tanggung jawab yang diamanatkan.

Dalam pelaksanaan program PKMS ini mengalami beberapa hambatan, baik teknis maupun non teknis, seperti belum semua masyarakat miskin tertampung dalam program Askeskin/Jamkesmas, peran dan fungsi ganda Dinas Kesehatan Kota Surakarta (selaku pengelola dan pembayar), belum semua masyarakat solo paham akan mekanisme pelayanan PKMS, kontrol rawat inap di rumah sakit belum optimal, dan lain sebagainya. Hambatan-hambatan tersebut menunjukkan bahwa Dinas Kesehatan Kota Surakarta melalui Unit Pelaksana Teknis Dinas Program PKMS telah melaksanakan tugas dan kewajibannya. Tugas dan kewajiban yang tidak mudah untuk dilaksanakan. Karena menuntut adanya tanggung jawab dan pengawasan terhadap pelaksanaan yang tinggi. Sehingga membutuhkan kerja keras dan kesungguhan dalam pelaksanaan program PKMS ini.

Namun demikian, melihat kinerja Dinas Kesehatan Kota Surakarta atas pelaksanaan program PKMS tahun 2008. Selain itu, dengan wewenang yang diberikan melalui tugas pokok, fungsi dan tanggung jawab kepada UPTD Pemeliharaan Kesehatan Dinas Kesehatan Kota Surakarta. Terlebih dengan melihat anggaran yang dialokasikan oleh Pemerintah Kota Surakarta. Maka diharapkan hal tersebut menjadi sumber daya pendorong, sekaligus sumber daya yang harus dilaksanakan dan dikelola dengan sebaik mungkin. Sehingga dapat meningkatkan kinerja Dinas Kesehatan Kota Surakarta pada periode mendatang menjadi lebih baik dalam pelaksanaan



program PKMS.

## **BAB V**

### **PEMBAHASAN**

Dalam Bab ini peneliti akan melakukan pembahasan terkait dengan hasil penelitian terhadap Kinerja dan Pengelolaan Anggaran Dinas Kesehatan Kota Surakarta dalam Program PKMS pada tahun 2008. Melalui penelitian yang telah dilakukan maka peneliti memperoleh data-data dari berbagai pihak terkait, baik berupa hasil wawancara, hasil observasi, maupun data-data tertulis lainnya. Adapun pembahasan hasil penelitian ini adalah, sebagai berikut :

#### **I. Kinerja Dinas Kesehatan Kota Surakarta**

Dalam pelaksanaan program PKMS ini ada beberapa faktor yang menjadi penunjang keberhasilan program. Salah satu faktor yang paling penting, yakni terkait dengan kinerja birokrasi selama implementasi program PKMS, dalam hal ini Dinas Kesehatan Kota Surakarta. Kinerja Dinas Kesehatan Kota Surakarta dapat dinilai melalui berbagai macam sudut pandang dan teori. Tetapi disini peneliti menggunakan prinsip-prinsip kinerja, seperti produktifitas, kualitas layanan, responsivitas, responsibilitas, dan akuntabilitas. Adapun pembahasan dari hasil penelitian ini adalah, sebagai berikut :

##### **1. Produktifitas**

Secara keseluruhan, tingkat produktifitas yang dihasilkan oleh Dinas Kesehatan Kota

Surakarta berjalan dengan baik. Hal ini terlihat dalam pelaksanaan verifikasi peserta. Proses verifikasi, baik berkas maupun lapangan dijalankan dengan ketat dan tegas. Walaupun demikian, terdapat permasalahan terkait dengan persyaratan administrasi kependudukan.

Verifikasi peserta kartu *Silver* dan *Gold* membutuhkan proses yang tidak mudah. Masyarakat Kota Surakarta harus aktif mendaftar terlebih dahulu sebelum bisa memanfaatkan program PKMS ini. Hal ini seperti yang dinyatakan oleh Ibu Ida, yakni :

“Jadi memang sebetulnya masyarakat sudah cukup mengenal program PKMS ini. Karena memang kepesertaannya PKMS ini bersifat aktif dan bukan pasif, jadi mereka harus mendaftar.”(wawancara, 4 Mei 2009)

Sehingga untuk mendapatkan pelayanan program PKMS ini, masyarakat dituntut untuk aktif mendaftar. Hal ini juga sesuai dengan Peraturan Walikota Surakarta No. 1 Tahun 2008 Tentang Petunjuk Pelaksanaan Perda No. 8 Tahun 2007 Tentang Perubahan Kedua Atas Perda No. 7 Tahun 1998 Tentang Retribusi Pelayanan Kesehatan pasal 10 ayat 2, yakni : “*Setiap peserta program PKMS wajib mendaftarkan diri sebagai peserta untuk mendapatkan kartu berobat berlangganan*”.

Terlepas dari kepesertaan program PKMS yang bersifat aktif mendaftar. Disini diperlukan adanya usaha-usaha sosialisasi dari Dinas Kesehatan Kota Surakarta, agar masyarakat mengetahui apa dan bagaimana program PKMS tersebut. Terkait dengan sosialisasi tersebut, Dinas Kesehatan Kota Surakarta telah melakukannya sejak awal program PKMS ini ditetapkan awal tahun 2008, melalui puskesmas-puskesmas, *banner-banner*, dan leaflet-leaflet serta kelurahan-kelurahan hingga ke RT-RT. Hal ini dibenarkan oleh Pak Ari Sukirmanto (selaku peserta kartu gold program PKMS), yakni :

“Kalau dari Pemerintah Kota setempat memang disarankan, ya malah dari pak RT. Ya malah dari pak RT itu kita disuruh jadi peserta PKMS”.(wawancara, 28 April 2009)

Hal tersebut menunjukkan usaha-usaha Dinas Kesehatan Kota Surakarta dalam pemenuhan

pelayanan kesehatan kepada masyarakat. Dalam hal ini melalui sosialisasi program PKMS kepada masyarakat.

Selain itu, para calon peserta juga harus membawa persyaratan dalam pendaftaran tersebut, antara lain : (Peraturan Walikota No. 1 Tahun 2008 Pasal 10 Ayat 1)

- a. Bukan peserta ASKESKIN
- b. Bukan peserta ASKES PNS
- c. Bukan peserta ASKES sosial yang lainnya
- d. Mempunyai KTP Surakarta
- e. Mempunyai Kartu Keluarga Surakarta

Dengan ditambah lagi membayar biaya pelayanan sebesar Rp 1.000. Persyaratan tersebut diatas merupakan persyaratan yang mudah untuk dipenuhi.

Dengan persyaratan-persyaratan tersebut masyarakat telah bisa memanfaatkan pelayanan kesehatan melalui kartu PKMS. Persyaratan yang diwajibkan dalam pendaftaran peserta program PKMS tidak terlalu mempersulit masyarakat. Karena merupakan persyaratan yang telah lama dan harus dimiliki sebagai warga Indonesia yang baik dan benar, yakni memiliki KTP dan Kartu Keluarga sebagai petunjuk identitas. Identitas ini menjadi persyaratan utama karena melihat bahwa program PKMS ini merupakan program kesehatan yang diperuntukkan bagi masyarakat Surakarta saja.

Namun demikian, ada permasalahan yang muncul terkait dengan persyaratan identitas tersebut, yakni munculnya orang *siluman*. Orang *siluman* merupakan warga yang *numpong* sakit saja di Surakarta. Padahal orang tersebut bukanlah orang Surakarta. Mereka hanya berpindah sementara dan dengan mudah mendapatkan KTP Surakarta untuk memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan yang dijamin melalui program PKMS ini. Padahal ini merupakan program

penjaminan pelayanan kesehatan masyarakat yang diperuntukkan hanya untuk penduduk Surakarta.

Setelah masyarakat terdaftar secara resmi sebagai peserta PKMS. Maka akan dilakukan verifikasi peserta kedalam 2 kriteria kartu, yakni *Gold* dan *Silver*. Verifikasi tersebut melalui proses verifikasi berkas dan langsung terjun ke lapangan. Untuk peserta kartu *Silver* verifikasi hanya dilakukan pada persyaratan umum. Jadi hanya dengan identitas Surakarta bisa langsung mendapatkan kepesertaan kartu *Silver*. Hal tersebut sesuai dengan Peraturan Walikota Surakarta No. 1 Tahun 2008 Pasal 10 Ayat 4, yaitu : “Peserta kartu PKMS jenis perak (*Silver Card*), adalah semua masyarakat Kota Surakarta yang mendaftar sebagai peserta PKMS”.

Sedangkan untuk kartu *Gold* calon peserta juga diwajibkan melampirkan surat keterangan miskin dari RT dan kelurahan setempat. Sehingga selain dengan verifikasi berkas, juga dilakukan verifikasi lapangan. Verifikasi lapangan ini dilakukan oleh petugas verifikasi dari Dinas Kesehatan Kota Surakarta langsung. Hal ini sesuai dengan pernyataan Pak Didik (selaku Petugas Verifikasi Lapangan), yakni :

“Pokoknya setiap peserta *Gold* harus dicek langsung ke lapangan. Dari rumah ke rumah.”(wawancara, 4 Mei 2009)

Pernyataan tersebut juga dibenarkan oleh Ibu Ida, yakni :

“Setiap pengajuan kartu *Gold* akan kami verifikasi ke lapangan. *Bener nggak*, memang cocok *nggak* dengan kriteria. Kalau memang cocok, ya akan kita terbitkan. Tetapi kalau tidak sesuai dengan kriteria, ya tidak akan kami terbitkan.” (wawancara, 5 Mei 2009)

Setelah setahun berjalan, banyak peserta kartu *Silver* program PKMS ini yang menginginkan berpindah ke kartu *Gold*. Hal ini dipengaruhi oleh kartu *Gold* yang menjamin pembiayaan pelayanan kesehatan yang tidak terbatas, sedangkan kartu *Silver* maksimal hanya sebesar 2 juta saja. Hal ini sesuai dengan Peraturan Walikota No. 1 Tahun 2008 Pasal 19 Ayat 1, yakni “*Bagi peserta PKMS dengan Silver Card (kartu perak), maka besarnya klaim perawatan di*

*Klas III Rumah Sakit maksimal sebesar Rp 2.000.000,- (dua juta rupiah)”*.

Namun demikian, Dinas Kesehatan Kota Surakarta juga semakin memperketat proses verifikasi lapangan sesuai dengan prosedur yang ada. Setiap pengajuan kepesertaan kartu *Gold* akan diverifikasi ke lapangan. Proses verifikasi baik berkas maupun langsung di lapangan merupakan rangkaian pelayanan program PKMS yang dilakukan oleh Dinas Kesehatan Kota Surakarta. Karena dengan adanya verifikasi maka akan menentukan jumlah peserta kartu *Gold* dan *Silver*. Sehingga akan berpengaruh terhadap keseluruhan pelaksanaan program PKMS tersebut.

## **2. Kualitas Layanan**

Secara umum, pelayanan yang diberikan oleh Dinas Kesehatan Kota Surakarta berjalan dengan baik. Walaupun Dinas Kesehatan Kota Surakarta tidak memberikan pelayanan kesehatan yang langsung dirasakan oleh peserta PKMS. Namun Dinas Kesehatan Kota Surakarta selaku pelaksana program PKMS memegang kendali sekaligus pengawas dalam pelaksanaan pelayanan kesehatan dirumah sakit mitra.

Berdasarkan hal tersebut, pelayanan kesehatan tidak diberikan secara langsung oleh Dinas Kesehatan. Melainkan diberikan oleh puskesmas-puskesmas dan rumah sakit-rumah sakit mitra yang telah melakukan *Memorandum of Understanding* (MOU) dengan Dinas Kesehatan Kota Surakarta. Sedangkan terkait dengan standar pelayanan (SOP) yang diberikan mengacu pada standar pelayanan kesehatan masyarakat yang umum. Sehingga tidak ada standar pelayanan kesehatan khusus dalam program PKMS ini. Hal ini sesuai dengan pernyataan Ibu Ida, yaitu :

“Dinas Kesehatan disini tidak memberikan pelayanan. Sedangkan tugas pelayanan dilakukan oleh rumah sakit dan puskesmas. Tapi, mereka semua sudah memiliki SOP, tetapi bukan SOP secara khusus PKMS. Karena sebenarnya semua itu sama pelayanannya.” (wawancara, 4 Mei 2009)

Hal tersebut menunjukkan bahwa kualitas pelayanan kesehatan yang diberikan kepada semua peserta program PKMS maupun program ASKES-ASKES yang lainnya bersifat sama tanpa membedakan status dan latar belakang sosial yang dimiliki oleh pasien. Sehingga pelayanan kesehatan yang diberikan juga dilakukan secara optimal.

Namun demikian, ada beberapa anggapan negatif yang timbul terhadap program PKMS ini. Ini terkait dengan adanya ekspektasi masyarakat terhadap pelayanan kesehatan bagi peserta program PKMS yang menggunakan kartu *Gold* maupun *Silver* dilakukan secara tidak profesional dan tidak berkualitas. Hal ini disanggah dengan pernyataan dari Bapak Ari, yakni :

“Pelayanannya ya bagus mas” (wawancara, 28 April 2009)

Pernyataan tersebut juga ditegaskan oleh Bapak Suryanto (selaku peserta kartu *Silver* program PKMS), yaitu :

“Ya, baik mas. Disamping cepat juga baik. Tidak ada masalah lah...” (wawancara, 29 April 2009)

Dalam hal ini Dinas Kesehatan bertugas dalam membuat kesepakatan/ MOU dan mengawasi pelaksanaan MOU dengan beberapa rumah sakit yang akan memberikan pelayanan kesehatan. Dimana didalam MOU tersebut mengatur hak dan kewajiban dari pihak kedua (pihak rumah sakit). Adapun salah satu kewajiban dari pihak rumah sakit sesuai dengan MOU adalah *“Melayani peserta dengan baik sesuai dengan standar dan prosedur pelayanan kesehatan yang berlaku bagi rumah sakit sebagaimana diatur dalam ketentuan yang berlaku”*. Hal tersebut menunjukkan bahwa Dinas Kesehatan Surakarta berperan serta dalam memberikan pengawasan terhadap pelayanan yang harus diberikan oleh pihak rumah sakit.

Apabila pihak rumah sakit tidak memenuhi kewajibannya tersebut. Maka pihak pertama (pihak Dinas Kesehatan Kota Surakarta) dapat memberlakukan sanksi yang tegas terhadap

pelanggaran tersebut. Sanksi tersebut hingga pada penangguhan pembayaran atas tagihan biaya pelayanan kesehatan yang telah diajukan oleh pihak rumah sakit. Hal ini semakin mempertegas peran serta Dinas Kesehatan Kota Surakarta dalam mengontrol dan mengawasi pelaksanaan pelayanan kesehatan bagi peserta program PKMS.

Selain itu, Dinas Kesehatan juga bertugas dalam mengelola pembayaran klaim-klaim peserta program PKMS. Klaim-klaim tersebut diajukan oleh pihak rumah sakit sebulan sekali. Sehingga ada dua tugas pokok yang dipegang oleh Dinas Kesehatan Kota Surakarta, yakni sebagai pengelola MOU dan pembayar klaim dalam program PKMS ini. Tugas ini merupakan bentuk pelayanan terhadap kesehatan masyarakat. Karena apabila tugas ini tidak dijalankan dengan baik, maka akan menyebabkan tidak berjalannya program PKMS. Dampaknya, masyarakat tidak akan dapat memanfaatkan program PKMS ini.

Sejauh ini, tugas tersebut dijalankan dengan baik oleh Dinas Kesehatan Kota Surakarta.

Hal tersebut sesuai dengan pernyataan Ibu Ida, yakni :

“Sejauh ini tidak ada kendala. Kita MOU sudah ada dengan rumah sakit dan setiap 3 (tiga) bulan sekali, kami secara rutin berkoordinasi dengan rumah sakit. Untuk memecahkan masalah-masalah yang ada.” (wawancara, 4 Mei 2009)

Hal tersebut juga seperti ditegaskan oleh Bapak Ari dan Bapak Suryanto diatas. Mereka telah merasakan secara langsung pelayanan program PKMS ini. Terlebih lagi dengan adanya koordinasi rutin yang dilakukan antara Dinas Kesehatan dengan rumah sakit mitra. Koordinasi tersebut dimanfaatkan untuk memecahkan berbagai kendala yang dialami dan masalah yang timbul selama pelaksanaan program PKMS tersebut. Sehingga pelayanan kesehatan yang diberikan oleh rumah sakit dalam program PKMS ini terjamin kualitasnya.

Selain berperan dalam mengawasi pelayanan kesehatan yang diberikan terhadap pasien peserta program PKMS. Dinas Kesehatan juga menyelenggarakan pelayanan perpanjangan

kepesertaan kartu *Gold* dan pelayanan bagi peserta kartu *Silver* yang ingin beralih menjadi kartu *Gold*. Pelayanan ini juga mencakup proses verifikasi berkas dan lapangan. Adapun persyaratannya adalah, sebagai berikut :

- a. Fotocopy Kartu Keluarga yang berlaku
- b. Fotocopy KTP yang berlaku
- c. Membawa kartu PKMS yang asli
- d. Melampirkan surat keterangan miskin dari kelurahan setempat
- e. Perpanjangan dilakukan langsung di UPTD Dinas Kesehatan Kota Surakarta

Persyaratan tersebut tidak jauh berbeda dengan persyaratan pada waktu awal mendaftar. Sehingga memudahkan para peserta untuk mengurusnya.

Namun demikian, baik peserta kartu *Gold* maupun kartu *Silver* yang akan beralih menjadi kartu *Gold* harus melewati proses verifikasi lapangan kembali. Hal tersebut sesuai dengan pernyataan Ibu Ida, yakni :

“Kalau yang *Gold*. Ya, kami disini perpanjangan. Itupun kita verifikasi lagi *gitu lo* setiap perpanjangan. Karena dia masih ini *nggak*, masih, masuk dalam kriteria *nggak*. Jadi ya, perpanjanganpun kita verifikasi lagi”. (wawancara, 4 Mei 2009)

Kemudahan persyaratan untuk melakukan perpanjangan tersebut menunjukkan proses yang tidak berbelit-belit. Hanya saja pada proses verifikasi lapangan tidak bisa dilakukan secara langsung. Membutuhkan waktu lebih, tergantung pada banyaknya peserta yang mendaftar dan melakukan perpanjangan.

Proses verifikasi yang membutuhkan waktu yang lebih merupakan dampak dari permasalahan kurangnya sumber daya manusia yang menjadi petugas verifikasi. Dalam hal ini petugas verifikasi melakukan pekerjaan 2 kali lipat, baik di lapangan maupun di kantor. Untuk dikantor mereka melakukan verifikasi berkas dan klaim-klaim yang masuk dari rumah sakit mitra



satu per satu. Mulai dari penanganan medis pasien peserta PKMS hingga pada obat-obatan yang diminum oleh pasien tersebut. Sehingga membutuhkan waktu yang lama untuk menyelesaikan pekerjaan tersebut.

### **3. Responsivitas**

Secara umum, Dinas Kesehatan Kota Surakarta melalui program PKMS telah memberikan respon yang baik terhadap aspirasi atau kebutuhan masyarakat Kota Surakarta. Hal tersebut sangat dirasakan oleh masyarakat Kota Surakarta, terutama masyarakat yang miskin. Karena dengan adanya program PKMS ini masyarakat menjadi lebih mudah dan murah untuk berobat ke rumah sakit. Sehingga pembangunan derajat kesehatan masyarakat Kota Surakarta dapat dilaksanakan sejalan dengan partisipasi masyarakat dalam program PKMS ini.

Program PKMS sendiri merupakan program kesehatan yang unggul. Selain menjadi proyek percontohan ditingkat provinsi, program PKMS ini juga merupakan kebijakan yang strategis dalam menangani permasalahan kesehatan di Kota Surakarta. Karena permasalahan kesehatan yang paling mendasar terletak pada minimnya akses masyarakat terhadap pelayanan kesehatan yang berkualitas, terutama masyarakat miskin. Sedangkan program PKMS ini membuka selebar-lebarnya akses masyarakat untuk memanfaatkan pelayanan kesehatan yang dijamin pembiayaannya oleh Pemerintah Kota Surakarta melalui Dinas Kesehatan.

Penjaminan pembiayaan pelayanan kesehatan tersebut sudah menjadi tugas dan kewajiban Pemerintah Kota Surakarta melalui Dinas Kesehatan terhadap masyarakat, terutama setelah adanya program PKMS ini. Hal ini sesuai dengan pernyataan Ibu Ida, sebagai berikut :

“Bagi kami, karena tugas pemerintah itu memang untuk memberikan pelayanan kesehatan dan menjamin kesehatan bagi masyarakat. Dan memang dengan PKMS ini

kami merasa, alhamdulillah, berarti kan banyak sekali warga yang telah memanfaatkan. Sebagai contoh saja, tahun 2008 itu orang memanfaatkan PKMS di puskesmas saja sekitar 86.000 jiwa. Tetapi sampai Maret 2009 itu sudah ada sekitar 60.000, hampir mendekati 60%nya kan.” (wawancara, 4 Mei 2009)

Pernyataan tersebut menunjukkan betapa besar tingkat partisipasi masyarakat Surakarta terhadap pemanfaatan program ini. Padahal catatan angka tersebut hanya pada pemanfaatan pelayanan kesehatan di puskesmas saja. Hal ini belum termasuk dengan peserta program PKMS yang berobat ke rumah sakit. Ini sekaligus menggambarkan bahwa betapa responsivnya kebijakan PKMS ini. Pernyataan tersebut diperkuat dengan pernyataan dari Bapak Ari, yakni :

“Wah, sangat membantu mas. Wah, seumpamanya tidak ada PKMS ini sudah habis hartanya. Itu benar *lo* mas. Saya ini sudah menjual rumah 1 buah”. (wawancara, 28 April 2009)

Pernyataan diatas menunjukkan bahwa masyarakat memang benar-benar membutuhkan program PKMS ini. Selain sangat membantu dalam kemudahan mengakses pelayanan kesehatan. Program PKMS juga sangat membantu meringankan beban ekonomi bagi mereka yang miskin.

Berdasarkan data Dinas Kesehatan tercatat selama tahun 2008 sudah 146.636 orang yang memanfaatkan program PKMS, dengan rincian 142.975 orang termasuk peserta kartu *Silver* dan 3.661 orang termasuk kartu *Gold*. Angka tersebut menunjukkan jumlah peserta yang banyak mencakup sekitar 30% dari jumlah penduduk Surakarta. Padahal program PKMS ini baru berjalan selama satu tahun.

Selain itu, pada tahun 2008 tercatat terjadi kunjungan peserta program PKMS sebanyak 85.723 kunjungan di puskesmas. Dengan rincian 85.568 kunjungan rawat jalan dan 155 kunjungan rawat inap. Selain itu, tercatat pula kunjungan di beberapa rumah sakit mitra, antara lain RS. Brayat Minulya, RS. Panti Kosala, RS. Kasih Ibu, RSUD. Dr. Moewardi, RSD. Banjarsari, dll. Dengan total kunjungan sebanyak 14.474 kunjungan baik rawat jalan maupun rawat inap.

Melihat pada data diatas, menunjukkan bahwa betapa besar tingkat partisipasi masyarakat terhadap program PKMS ini. Kunjungan-kunjungan tersebut sekaligus mencerminkan bahwa program PKMS ini telah membuka akses terhadap pelayanan kesehatan bagi seluruh masyarakat Surakarta, baik melalui puskesmas maupun rumah sakit, baik dengan pengobatan rawat jalan maupun rawat inap. Pemanfaatan pelayanan kesehatan tersebut dijamin oleh Pemerintah Kota Surakarta melalui Dinas Kesehatan sesuai dengan kartu yang dipergunakan.

#### **4. Responsibilitas**

Tingkat responsibilitas pelaksanaan program PKMS berjalan kurang baik. Pelaksanaan pelayanan kesehatan dalam program PKMS seharusnya dilaksanakan dengan prinsip-prinsip yang telah ditetapkan, yakni komprehensif dan berjenjang. Untuk prinsip berjenjang pelayanan kesehatan sudah berjalan dengan baik. Tetapi pelayanan kesehatan yang komprehensif belum berjalan seimbang, dikarenakan terlalu berfokus pada pelayanan kesehatan yang kuratif dan rehabilitatif. Sedangkan pelayanan kesehatan yang preventif dan promotif kurang mendapatkan perhatian. Padahal untuk melaksanakan pembangunan kesehatan yang berkualitas keempat hal tersebut harus berjalan dengan seimbang dan saling melengkapi.

Kebijakan program PKMS merupakan kebijakan yang bertujuan meningkatkan kualitas kesehatan masyarakat Kota Surakarta melalui penjaminan pelayanan kesehatan masyarakat. Program PKMS ini dilaksanakan sejalan dengan Visi dan Misi pembangunan kesehatan Kota Surakarta. Sehingga dalam pelaksanaannya juga sesuai dengan tujuan Dinas Kesehatan selaku institusi pemerintah yang bertanggung jawab dibidang kesehatan, yakni meningkatkan kesehatan individu, keluarga, masyarakat beserta lingkungannya.

Tujuan yang sejalan tersebut mengindikasikan bahwa program PKMS dilaksanakan

berdasarkan koridor-koridor aturan yang jelas. Aturan-aturan tersebut secara jelas termaktub dalam MOU dengan rumah sakit mitra. Pelaksaaannya pun dikontrol secara ketat dan berkesinambungan oleh Dinas Kesehatan Kota Surakarta. Sehingga permasalahan-permasalahan teknis dalam pelayanan dapat dikurangi seminimal mungkin.

Secara teknis, aturan-aturan tersebut mencakup tatalaksana dan prosedur pelayanan kesehatan, jenis-jenis pelayanan yang diberikan, pemberian resep yang disesuaikan dengan daftar formularium obat dan pelayanan obat rumah sakit menerapkan prinsip *one day dose dispensing*. Dengan aturan-aturan tersebut maka para peserta program PKMS akan mendapatkan pelayanan yang berkualitas namun tetap proporsional. Kemudian terkait dengan permasalahan pembiayaan pelayanan kesehatan tersebut, disesuaikan dengan kartu PKMS yang dipergunakan.

Selain kesesuaian pelaksanaan program dengan visi dan misi Dinas Kesehatan yang dituangkan dalam MOU. Program PKMS sendiri juga memiliki prinsip-prinsip pelaksanaan pelayanan yang harus dijalankan, baik oleh Dinas Kesehatan Kota Surakarta maupun puskesmas-puskesmas dan rumah sakit mitra. Prinsip-prinsip tersebut, antara lain :

- a. Komprehensif, yaitu : promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif.
- b. Berjenjang, yaitu : rawat jalan, rawat inap di puskesmas, rawat jalan spesialis (jiwa) dan rawat inap di rumah sakit.

Prinsip-prinsip diatas secara jelas mengatur tatalaksana pelayanan kesehatan yang diberikan dalam program PKMS.

Berdasarkan prinsip-prinsip tersebut, maka pelayanan kesehatan yang dilaksanakan bukan hanya sekedar pada pelayanan kesehatan yang bersifat kuratif dan rehabilitatif. Tetapi pelayanan juga harus dilaksanakan secara preventif dan promotif. Namun dalam pelaksanaan program PKMS ini, terlihat hal yang paling menonjol adalah pelayanan kesehatan pada

puskesmas-puskesmas dan rumah sakit. Pelayanan kesehatan tersebut merupakan pelayanan kesehatan yang bersifat kuratif dan rehabilitatif saja. Hal tersebut terlihat dengan data-data kegiatan program PKMS yang sebagian besar menunjukkan banyaknya masyarakat Surakarta yang memanfaatkan kartu PKMS di puskesmas-puskesmas dan rumah sakit mitra.

Hal ini menunjukkan adanya ketimpangan pelaksanaan prinsip-prinsip program PKMS ini. Disatu sisi pelayanan kesehatan kuratif dan rehabilitatif memang penting. Namun pelayanan kesehatan yang komprehensif adalah dilakukan secara preventif dan kuratif juga. Apabila pelayanan kesehatan yang preventif dan promotif ini tidak mendapat porsi pelaksanaan program PKMS yang sama dengan pelayanan kesehatan kuratif dan rehabilitatif. Maka hal yang dikhawatirkan adalah semakin banyaknya orang yang pergi ke puskesmas atau rumah sakit (dengan kata lain orang yang sakit) dan bukan semakin banyaknya orang yang tidak pergi ke puskesmas atau rumah sakit (dengan kata lain orang yang sehat).

Kemudian mengenai pelaksanaan program PKMS dengan prinsip berjenjang. Dalam hal ini terlihat sudah berjalan sesuai dengan prinsip tersebut. Prinsip-prinsip tersebut menyatu kedalam berbagai jenis pelayanan kesehatan yang dijamin dalam program PKMS ini. Pelayanan kesehatan yang dijamin mulai dari rawat jalan dan rawat inap hingga pelayanan obat-obatan baik di puskesmas maupun rumah sakit sesuai dengan kartu yang digunakan.

## **5. Akuntabilitas**

Bentuk pertanggungjawaban selaku institusi publik atau akuntabilitas pelaksanaan program PKMS oleh Dinas Kesehatan dilaksanakan dengan baik. Bentuk akuntabilitas tersebut adalah pelaporan kegiatan baik internal maupun eksternal yang dilaksanakan secara rutin. Hal tersebut dilakukan untuk menanggulangi dan menyelesaikan kendala atau hambatan yang ada. Selain itu, untuk “mensolidkan” jajarannya, Dinas Kesehatan juga melakukan koordinasi internal

rutin.

Proses pelaporan kegiatan ini secara rutin dilakukan setiap kuartal anggaran (triwulan) pada pengajuan SPJ. Pelaporan kegiatan tersebut bersamaan dengan pengajuan DPA dan SPJ keuangan. Hal ini sesuai dengan pernyataan Ibu Ida, yakni :

“Kita adakan laporan-laporan juga terkait dengan pelaksanaan PKMS ini. Sesuai tadi, secara rutin setiap tiga bulan.” (wawancara, 5 Mei 2009)

Ini menunjukkan bahwa akuntabilitas dari Dinas Kesehatan cukup tinggi dalam pelaksanaan program PKMS. Terlebih lagi keterbukaan Dinas Kesehatan dalam memberikan data-data penunjang dalam setiap penelitian yang diadakan menjadi bukti bahwa tidak ada hal yang ditutupi-tutupi oleh Dinas Kesehatan terkait dengan program PKMS ini.

Sedangkan secara internal organisasi, terkait dengan pelaporan kegiatan dalam program PKMS ini. Dinas Kesehatan juga mendapatkan laporan-laporan pelaksanaan pelayanan kesehatan dari rumah sakit mitra. Proses pelaporan tersebut terkait dengan pelayanan kesehatan yang telah diberikan kepada peserta PKMS tersebut. Laporan tersebut terkait dengan kegiatan pelayanan kesehatan terhadap peserta PKMS. Laporan ini juga akan dilaporkan oleh Kepala UPTD Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat kepada Kepala Dinas Kesehatan. Laporan yang akan dilaporkan tersebut, tidak secara langsung diberikan. Tetapi harus melewati proses verifikasi yang ketat. Proses verifikasi ini dilakukan pada per satuan peserta PKMS yang mendapatkan pelayanan kesehatan. Ini untuk melihat apakah pelayanan kesehatan yang diberikan kepada peserta sudah sesuai dengan ketentuan dalam MOU yang disepakati. Ini sesuai dengan pernyataan Ibu Ida, yakni :

“Ya, dicek satu-satu. Per peserta kita cek apakah sudah sesuai belum.” (wawancara, 5 Mei 2009)

Pernyataan tersebut menunjukkan bentuk pengawasan sekaligus pertanggungjawaban

terhadap pelaksanaan pelayanan kesehatan yang diberikan kepada peserta. Hal ini untuk menjaga kualitas dan kuantitas pelayanan kesehatan yang sesuai dengan MOU yang telah disepakati. Selain itu, untuk memantau pelaksanaan pelayanan kesehatan dilapangan. Agar apabila terjadi permasalahan dapat langsung diatasi.

Kemudian untuk menjaga dan meningkatkan kinerja Dinas Kesehatan dalam pelaksanaan program PKMS ini. UPTD Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat melakukan koordinasi terkait dengan pelaksanaan program PKMS tersebut. Ini sesuai dengan pernyataan Ibu Ida, yaitu :

“Bahkan kita juga melakukan koordinasi rutin tiap sebulan sekali mas. Kadang-kadang *sampe* 2 kali, ini tergantung dengan kebutuhan.” (wawancara, 4 Mei 2009)

Hal ini menunjukkan bahwa kontrol terhadap pelaksanaan program PKMS yang dilakukan oleh Dinas Kesehatan sangat ketat. Koordinasi dalam UPTD Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat sekaligus sebagai bentuk akuntabilitas atau pertanggungjawaban kepada publik terhadap tugas, tanggung jawab dan kewenangan yang telah dijalankan.

## **II. Pengelolaan Anggaran Program Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat Surakarta (PKMS)**

Faktor lain yang berpengaruh dalam implementasi program PKMS adalah pengelolaan anggaran pembiayaan kesehatan. Anggaran pembiayaan kesehatan merupakan sumber dana yang akan menghidupi program PKMS. Sehingga program PKMS dapat berjalan sesuai yang diharapkan. Selain itu, mengingat bahwa anggaran pembiayaan merupakan hal yang sering disalahgunakan. Sehingga pengelolanya harus menjadi perhatian bagi masyarakat.

Dalam pengelolaan anggaran pembiayaan kesehatan ini peneliti menggunakan prinsip-prinsip pengelolaan anggaran publik, antara lain transparansi, efisien, efektif, akuntabilitas, dan partisipatif. Adapun hasil-hasil penelitian pengelolaan anggaran program PKMS adalah, sebagai berikut :

## 1. Transparansi

Transparansi penggunaan anggaran merupakan hal yang penting. Dalam hal ini, transparansi penggunaan anggaran dana program PKMS terlihat sudah berjalan dengan baik. Ini dikarenakan Dinas Kesehatan sudah menjalankan proses pengelolaan anggaran sesuai dengan aturan-aturan yang ada. Selain itu, keterbukaan informasi mengenai penggunaan anggaran dana program PKMS tahun 2008 kepada peneliti juga semakin menguatkan bahwa tidak adanya penyalahgunaan anggaran.

Dalam program PKMS ini membutuhkan anggaran dana yang cukup besar. Hal ini disesuaikan dengan banyaknya jumlah peserta yang memanfaatkan kartu PKMS untuk berobat. Anggaran dana yang besar tersebut semuanya berasal dari APBD. Hal ini sesuai dengan pernyataan Ibu Ida, yakni :

“APBD semua. Seluruh anggaran didapatkan dari APBD Kota Surakarta. Ya, jadi memang PKMS ini pembiayaannya dari APBD Kota Surakarta.” (wawancara, 5 Mei 2009)

Sedangkan terkait dengan penarikan dan administrasi sebesar Rp 1.000 terhadap peserta PKMS kartu *silver*. Dana tersebut masuk kedalam kas daerah. Hal ini sesuai dengan pernyataan Ibu Ida, yakni :

“Jadi kalau yang seribu rupiah itu kan, masuknya dari UPT ya. Itu semua masuk kedalam kas daerah.” (wawancara, 5 Mei 2009)

Sehingga dalam program PKMS ini tidak menarik biaya sedikitpun dari peserta PKMS. Hal ini menunjukkan bahwa anggaran pembiayaan kesehatan program PKMS memang murni berasal dari APBD.

Dinas Kesehatan pada tahun 2008 mengajukan anggaran dana sebesar 12 milyar rupiah kepada DPRD. Namun dalam kenyataannya, program PKMS mendapatkan alokasi anggaran dana



mencapai 16 milyar rupiah. Hal tersebut menunjukkan bahwa program PKMS ini mendapat perhatian yang serius dari DPRD. Dengan kata lain, program PKMS ini dinilai sebagai program pelayanan kesehatan yang memihak terhadap masyarakat miskin. Sehingga DPRD menambahkan alokasi anggaran sebesar 4 milyar. Jumlah yang tidak sedikit melihat ini merupakan program perdana dari Dinas Kesehatan Kota Surakarta.

Namun dalam pelaksanaan program PKMS tahun 2008, tidak seluruh anggaran dana dipergunakan oleh Dinas Kesehatan. Hal ini dikarenakan program PKMS merupakan program penjaminan pelayanan kesehatan yang baru. Sehingga masyarakat Surakarta belum begitu mengetahui keberadaan program PKMS ini. Adapun anggaran dana yang dialokasikan tidak dipergunakan secara keseluruhan dan dana yang tersisa tidak pernah diambil. Hal ini sesuai dengan pernyataan Ibu Ida, yakni :

“Tapi karena saat itu PKMS baru mulai, ternyata belum semua masyarakat itu menggunakan *gitu ya*. Akhirnya kita mengajukan dan yang terpakai hanya 12 milyar.”  
(wawancara, 5 Mei 2009)

Anggaran dana tersebut dicairkan melalui prosedur pengajuan anggaran tiap kuartal anggaran (triwulan) yang sebelumnya akan mendapatkan DPA terlebih dahulu. Dari DPA ini akan diketahui berapa alokasi anggaran dana program yang sebenarnya. Proses pencairan ini terbagi menjadi 2 (dua) cara, yakni LS (langsung) dan GU (ganti uang). Untuk LS digunakan dalam pembayaran klaim-klaim rumah sakit, sedangkan GU digunakan untuk pembelian ATK, bahan-bahan keperluan program, dan lain sebagainya. Hal ini sesuai dengan pernyataan Ibu Ida, yakni :

“Begini, kita dapat dulu DPA, DPA ini sudah tercantum dana untuk kita berapa, seperti ini *ya* misalnya 10 milyar. Kemudian ini terbagi kedalam tribulan : tribulan satu, tribulan dua, tribulan tiga, tribulan empat jadi sudah ada alokasinya. *Na*, untuk kita dana itu terbagi 2, ada yang namanya belanja langsung atau LS, *eh maaf*, LS ada yang GU. Jadi kalau GU itu kita dapat uang muka. Jadi, *maaf*, untuk dana total 10 milyar ini nanti akan dibagi 2 dulu yang LS dan yang belanja langsung. Yang LS ini isinya adalah klaim, jadi kita harus meng-klaimkan kegiatan proyek-proyek. Itu kegiatannya adalah LS yang langsung dibayarkan pada pihak ketiga tidak lewat kami *gitu ya*. Kalau yang satu itu

namanya GU atau ganti uang, ada uang muka. Jadi dikurangi dulu itu semua LS, *la* sisanya ini kalau yang uang muka kita dapat, apa namanya, *ya* dapat uang muka itu. Pencairannya per tribulan itu. Kita dapat uang muka itu untuk kita kerja, misalnya kita dapat 10 juta. Ini pencairannya kita kumpulkan semua spj-spjnya, nota-notanya. Kita setorkan lagi ke pemkot ke bagian keuangan. Nanti kita akan mendapat penggantinya.” (wawancara, 5 Mei 2009)

Pernyataan tersebut menunjukkan transparansi Dinas Kesehatan dalam proses pencairan anggaran dana program PKMS ini. Proses pencairan dana yang sesuai dengan prosedural membutuhkan waktu yang tidak sedikit. Sehingga pencairan dana tidak bisa dilakukan secara langsung dan mendadak.

Terkait dengan transparansi pemanfaatan anggaran dana program PKMS. Anggaran dana tersebut juga dialokasikan sesuai dengan kebutuhan program PKMS ini. Alokasi anggaran dana tersebut direncanakan digunakan untuk cetak kartu dan pengolahan data, operasional pelayanan puskesmas dan UPTD Rumah Sakit Daerah, pengadaan obat untukantisipasi kenaikan kunjungan di puskesmas dan UPTD RSD, sosialisasi, koordinasi dan evaluasi dan pembayaran klaim rumah sakit. Hal ini menunjukkan bahwa alokasi penggunaan dana PKMS sesuai dengan kebutuhan program PKMS dan dilaporkan melalui mekanisme pencairan anggaran dana sesuai dengan pernyataan diatas. Sehingga kemungkinan terjadinya penyelewengan dana sangat kecil.

## **2. Efisien**

Tingkat efisiensi pengelolaan anggaran dana program PKMS berjalan kurang baik. Ini ditunjukkan adanya ketidaksesuaian antara jumlah peserta yang ditargetkan dengan jumlah peserta yang berhasil dipenuhi. Walaupun anggaran tersebut masih tersisa, namun apabila dikaitkan dengan anggaran kinerja Dinas Kesehatan. Maka pengelolaan anggaran tersebut belum

efisien.

Permasalahan efisiensi anggaran tersebut merupakan permasalahan yang *klasik*. Terlebih lagi terkait dengan efisiensi penggunaan anggaran, yakni kesesuaian antara pencapaian tujuan dengan anggaran yang sudah dikeluarkan. Dalam hal ini, anggaran dana yang sudah ditetapkan dalam program PKMS digunakan sesuai dengan kebutuhan yang ada. Pengeluaran tersebut harus direncanakan kedalam estimasi-estimasi anggaran program PKMS terlebih dahulu. Estimasi tersebut harus melewati tahap-tahap perencanaan yang matang. Hal ini dilakukan agar pengeluaran-pengeluaran yang terjadi tidak melebihi dari estimasi yang direncanakan. Sehingga pengeluaran tersebut terkontrol dengan baik sesuai dengan proporsi estimasi anggaran dana yang ada dan dilaksanakan dengan efisien.

Estimasi anggaran yang direncanakan oleh Dinas Kesehatan pada tahun 2008, sesuai dengan perubahan anggaran, yakni sebesar 16 milyar rupiah. Hal tersebut sesuai dengan pernyataan Ibu Ida, yakni :

“Tahun 2008, karena memang masih baru mulai. Itu, bahkan kita dialokasikan mencapai 16 milyar dalam perubahan anggaran. Kita awalnya, dalam pengajuannya hanya 12 milyar. Tetapi dalam perjalanannya kita mendapat tambahan 4 milyar.”  
(wawancara, 5 Mei 2009)

Estimasi anggaran yang cukup besar, mengingat ini merupakan program pelayanan kesehatan tingkat daerah.

Namun demikian, target estimasi anggaran dana program PKMS tersebut tidak sesuai dengan apa yang diharapkan. Hal ini bukan dikarenakan tidak cukupnya anggaran dana program PKMS yang diestimasikan. Melainkan anggaran dana yang diestimasikan tidak terpakai seluruhnya karena target peserta tidak terpenuhi. Hal tersebut menunjukkan bahwa pengelolaan

anggaran dana program PKMS berjalan kurang efisien. Padahal seharusnya pengeluaran anggaran dana tersebut disesuaikan dengan jumlah peserta yang ditargetkan.

Apabila peserta memenuhi target, maka dapat dikatakan program PKMS ini berjalan dengan efisien. Tetapi apabila pengeluaran anggaran dana tersebut dihubungkan dengan target kepesertaan yang masih kurang, maka program PKMS ini dapat dikatakan berjalan tidak efisien. Karena antara anggaran dana yang dikeluarkan haruslah diimbangi dengan pemenuhan target kepesertaan.

Pada tahun 2008 Dinas Kesehatan Kota Surakarta menargetkan sebanyak 343.325 jiwa yang akan menjadi peserta program PKMS. Namun masyarakat yang mendaftar hanya sebanyak 146.636 jiwa. Jumlah tersebut sudah termasuk peserta kartu *Silver* dan *Gold*. Selain itu, pengelolaan anggaran dana tersebut juga harus memegang konsep-konsep VFM (*Value for Money*) efisiensi. Namun demikian tetap memperhatikan kebutuhan masyarakat dalam program PKMS untuk mencapai tujuan yang sudah ditentukan.

### **3. Efektif**

Tingkat efektifitas pengelolaan anggaran dana program PKMS berjalan kurang baik. Ini berdasarkan pada pelaksanaan pelayanan kesehatan kuratif, rehabilitatif, promotif dan preventif yang berjalan tidak seimbang. Terlihat anggaran yang digunakan untuk pelayanan kesehatan kuratif dan rehabilitatif jauh lebih besar dan bahkan menjadi prioritas utama.

Pengelolaan anggaran dana PKMS didasarkan pada kebutuhan program PKMS. Alokasi anggaran dana yang terbesar adalah untuk biaya perawatan di rumah sakit. Hal sesuai dengan pernyataan Ibu Ida, yakni :

“Ya, memang dana yang terbesar ya untuk pembayaran klaim ini. Pada pertengahan Desember lalu saja tercatat Rp 9.097.250.000, itu baru klaim saja *lo*.” (wawancara, 5 Mei 2009)

Dengan kata lain, pengeluaran terbesar dalam program PKMS ini sesuai dengan kebutuhan program. Sehingga pengeluaran anggaran dana tersebut dapat dipertanggung jawabkan.

Berdasarkan data Dinas Kesehatan tahun 2008 tercatat pengeluaran anggaran dana program PKMS untuk obat dan bahan sebesar 1,89 milyar, jasa pelayanan puskesmas sebesar 2 milyar, cetak kartu dan penggandaan sebesar 202,250 juta, dan remonev dan sosialisasi sebesar 121,375 juta. Berdasarkan data tersebut, dapat diketahui bahwa pemanfaatan anggaran dana PKMS tidak hanya digunakan untuk pembayaran klaim rumah sakit. Tetapi juga digunakan untuk pengeluaran-pengeluaran yang memang sesuai dengan kebutuhan program PKMS, seperti obat-obatan dan bahan, jasa pelayanan puskesmas, cetak kartu dan penggandaan dan sosialisasi dan rencana monitoring dan evaluasi.

Terkait dengan adanya anggaran pengeluaran sosialisasi yang cukup besar. Hal ini dinilai sangat sesuai, mengingat bahwa program PKMS ini merupakan program yang baru. Sehingga membutuhkan sosialisasi yang *massive* dan berkesinambungan. Agar masyarakat Surakarta mengetahui dan dapat memanfaatkan program PKMS ini. Hal tersebut sesuai dengan pernyataan dari Ibu Ida, yakni :

“Sosialisasi banyak. Soalnya kan pertama kali ya.” (wawancara, 5 Mei 2009)

Selain itu, alokasi anggaran dana yang cukup besar juga terlihat pada jasa pelayanan puskesmas. Puskesmas merupakan jenjang pelayanan kesehatan yang pertama. Terlebih lagi puskesmas juga institusi pelayanan kesehatan yang paling *familiar*, mudah dijangkau, mudah diakses dan murah. Sehingga banyak masyarakat yang memanfaatkan puskesmas baik untuk berobat maupun meminta rujukan ke rumah sakit. Hal tersebut diatas, menunjukkan bahwa pemanfaatan anggaran dana PKMS sudah sesuai dengan kebutuhan masyarakat pengguna program PKMS. Dengan kata lain sesuai dengan kebutuhan program PKMS itu sendiri.

Namun demikian, apabila dikaitkan dengan prinsip pelaksanaan pelayanan kesehatan program PKMS yang promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif. Maka anggaran dana yang digunakan berjalan tidak efektif. Karena pengeluaran terbesar dilakukan untuk pelayanan kesehatan kuratif dan rehabilitatif. Sedangkan pelayanan kesehatan promotif dan preventif tidak mendapatkan perhatian yang sama dengan pelayanan kesehatan kuratif dan rehabilitatif. Padahal untuk menghasilkan pelayanan kesehatan yang komprehensif keempat hal tersebut harus berjalan dengan seimbang. Karena hanya dengan pelayanan kesehatan yang komprehensif akan tercipta masyarakat yang sehat. Hal tersebut juga menunjukkan pelaksanaan konsep VFM yang kurang baik. Karena seharusnya anggaran dana yang dialokasikan dikelola sesuai dengan prinsip-prinsip pelayanan kesehatan program PKMS itu sendiri.

#### **4. Akuntabilitas**

Secara umum, akuntabilitas dari pengelolaan anggaran dana program PKMS sudah berjalan dengan baik. Hal ini dikarenakan mekanisme laporan pertanggungjawaban yang dijalankan sesuai dengan ketentuan. Terlebih lagi, Dinas Kesehatan juga memberlakukan verifikasi yang ketat terhadap proses pencairan anggaran dana, terkait dengan pembayaran klaim terhadap rumah sakit mitra.

Pengelolaan anggaran dana program PKMS tidak terlepas dari adanya mekanisme pertanggungjawaban. Hal ini dilakukan melalui mekanisme Surat Pertanggungjawaban (SPJ) sebagai bentuk pelaporan secara institusional. Mengingat sumber dana program PKMS yang berasal dari APBD, maka surat pertanggungjawaban tersebut juga akan diserahkan kepada DPRD. Namun demikian, secara internal kelembagaan juga dilakukan mekanisme pertanggungjawaban program PKMS.

Surat pertanggungjawaban yang dibuat dilengkapi dengan lampiran klaim-klaim dari

rumah sakit. Sehingga terdapat bukti-bukti yang kuat atas penggunaan anggaran dana program PKMS. Hal ini sesuai dengan pernyataan Bu Ida, yakni :

“Ini kita mengajukan SPJ, jadi klaimnya rumah sakit tersebut kita lampirkan.”  
(wawancara, 5 Mei 2009)

Hal ini menunjukkan bahwa Dinas Kesehatan Kota Surakarta melaporkan setiap penggunaan anggaran sesuai dengan kenyataan dilapangan.

Selain dengan SPJ tersebut, Dinas Kesehatan Kota Surakarta juga melakukan verifikasi terhadap klaim-klaim yang diajukan oleh pihak rumah sakit mitra. Verifikasi ini dilakukan secara detail dan ketat per klaim per orang. Verifikasi ini dilakukan terkait dengan penggunaan obat-obatan yang sesuai dengan daftar formularium obat. Hal ini sesuai dengan pernyataan Ibu Ida, yakni :

“Ini mereka buat daftar. Sekali mengajukan berapa orang, misal sepuluh. Ini datanya. Kemudian kita cek datanya mana yang, kalau seperti ini kita cek lagi. Bener *nggak*, masih ada *nggak* obat-obatan diluar formularium. Kalau masih ada akan kita coret lagi.”  
(wawancara, 5 Mei 2009)

Hal ini menunjukkan bahwa Dinas Kesehatan memberlakukan verifikasi yang ketat terhadap klaim-klaim dari rumah sakit. Hal tersebut akan berpengaruh terhadap besarnya pembiayaan yang harus dibayarkan atas pelayanan kesehatan yang telah dimanfaatkan.

Proses verifikasi klaim ini dilakukan sebulan sekali dan bahkan sebulan 2 kali. Hal ini disesuaikan dengan berapa banyak rumah sakit yang mengajukan klaimnya. Dari sini dapat kita ketahui bahwa pelaporan yang dilakukan oleh Dinas Kesehatan juga melalui proses verifikasi yang ketat dan detail. Sehingga akuntabilitas program PKMS ini tidak diragukan lagi.

Namun demikian, disini juga muncul kendala terkait dengan terbatasnya sumber daya manusia yang dimiliki Dinas Kesehatan. Mengingat tugas yang dilakukan cukup banyak, seperti administratif, pembayaran, hingga proses verifikasi. Hal ini sesuai dengan pernyataan Ibu Ida,

yakni :

“Ya kita mengalami kekurangan tenaga. Karena tugas kita cukup banyak.” (wawancara, 5 Mei 2009)

Sehingga untuk mendorong akuntabilitas lebih baik lagi. Maka diperlukan adanya tambahan sumber daya manusia.

Selain itu, terkait dengan pembayaran klaim rumah sakit juga sering mengalami kendala. Hal ini dikarenakan prosedur pencairan dana yang tidak setiap saat bisa dilakukan. Terlebih lagi juga terdapat batasan waktu terhadap pencairan dana atas klaim yang masuk. Dengan kata lain ada *deadline* pengajuan klaim. Ini sesuai dengan pertanyaan Bu Ida, yakni :

“Ya, laporan klaim dari rumah sakit per bulan. Tapi tidak semua bisa cair. *Ne*, karena harus mengikuti prosedural yang ada. Bisa saja klaim bulan ini dibayarkan bulan depan atau ikut anggaran tahun depan. Contohnya, pada bulan November-Desember kemarin maksimal klaim masuk tanggal 15. Diatas itu, terpaksa ikut anggaran tahun depan. Tapi rumah sakit sudah tahu akan hal itu. Jadi bukan masalah. Soalnya sudah pasti dibayar.” (wawancara, 5 Mei 2009)

Hal tersebut menunjukkan bahwa Dinas Kesehatan Surakarta memberlakukan aturan yang ketat sesuai dengan prosedur yang ada. Dengan ditegakkannya aturan yang berlaku terhadap siapapun mencegah adanya penyelewengan anggaran dana dalam program PKMS ini. Sehingga akuntabilitas terhadap pengelolaan anggaran pembiayaan kesehatan dalam program PKMS tersebut terjaga.

## **5. Partisipatif**

Secara umum, pengelolaan anggaran dana program PKMS sudah berjalan secara partisipatif. Ini ditunjukkan dengan penggunaan anggaran yang sesuai dengan kebutuhan masyarakat. Masyarakat yang kesulitan ekonomi sangat terbantu dengan adanya program PKMS. Masyarakat dapat menjangkau pelayanan kesehatan yang berkualitas tanpa harus merisaukan pembayaran. Namun demikian, dalam pengelolaan anggaran tersebut masih terjadi permasalahan



terkait dengan ketidaksesuaian verifikasi kepesertaan.

Anggaran dana program PKMS digunakan untuk berbagai macam kebutuhan program PKMS. Dalam hal ini, kebutuhan tersebut sesuai dengan kebutuhan masyarakat, terutama bagi masyarakat yang memanfaatkan program PKMS ini. Ini ditunjukkan dengan alokasi anggaran dana PKMS yang sebagian besar digunakan untuk pembayaran klaim rumah sakit. Padahal diketahui bahwa klaim tersebut merepresentasikan betapa banyak kebutuhan masyarakat akan pelayanan kesehatan. Sekaligus klaim ini juga menunjukkan bahwa dengan adanya program PKMS ini, maka kesempatan masyarakat untuk memperoleh pelayanan kesehatan menjadi semakin besar dan mudah, tanpa harus merisaukan berapa biayanya. Hal ini diperkuat dengan pernyataan Ibu Ida, yakni :

“Partisipatif. Ya, saya rasa dengan pembayaran klaim itu ya. Masyarakat jadi terbantu.”  
(wawancara, 5 Mei 2009)

Sehingga program PKMS ini, secara tidak langsung telah membantu meringankan beban ekonomi masyarakat, terutama masyarakat yang miskin.

Berdasarkan data Dinas Kesehatan Kota Surakarta tahun 2008, terlihat bahwa total pembayaran klaim yang dilakukan atas pemanfaatan pelayanan kesehatan program PKMS mencapai Rp 4.821.336.949,-. Dengan pembayaran klaim terbesar di RSUD Dr. Moewardi sebesar Rp 1.515.049.954,- dan kunjungan sebanyak 1.220 kali. Sedangkan pembayaran klaim terkecil sebesar Rp 17.520.000,- dengan kunjungan 115 kali di PMI Surakarta. Menurut data tersebut, maka terlihat bahwa penggunaan anggaran program PKMS telah mengakomodir kepentingan masyarakat. Terlebih lagi dengan jumlah kunjungan yang tercatat dalam klaim tersebut juga cukup banyak.

Selain itu, program PKMS melalui pemanfaatan kartu *Gold* memiliki keunggulan fasilitas yang lain, yakni terkait dengan penjaminan atas seluruh pelayanan kesehatan yang sesuai

dengan ketentuan-ketentuan dalam program PKMS ini. Bahkan pelayanan kesehatan yang berupa cuci darah dan kemoterapi juga dijamin pembiayaannya. Hal tersebut menunjukkan bahwa pembiayaan pelayanan kesehatan dalam program PKMS ini memang bermanfaat bagi masyarakat. Sedangkan disisi lain, bagi peserta PKMS kartu *Silver*. Penjaminan pembiayaan terhadap pelayanan kesehatan yang diberikan terbatas maksimal 2 juta rupiah. Hal tersebut akan meringankan beban bagi masyarakat yang memanfaatkan fasilitas tersebut.

Namun demikian, timbul permasalahan terkait dengan verifikasi kepesertaan program PKMS tersebut. Ada masyarakat yang merasa mendapatkan kepesertaan yang tidak sesuai. Padahal masyarakat tersebut merupakan warga yang tidak mampu. Tetapi dalam verifikasi dilapangan, mereka termasuk kedalam kepesertaan kartu *Silver*. Sehingga mereka merasa tidak dimasukkan dalam kepesertaan yang tepat. Hal ini sesuai dengan pernyataan Pak Suryanto, yakni :

“Istri saya mau melahirkan, tapi operasi. Dari PKMS mendapat bantuan 2 juta saja. Saya ini *pingin* ganti Gold mas. Soalnya cuma dapat 2 juta saja. Padahal istri saya operasi melahirkan di rumah sakit.” (wawancara, 29 April 2009)

Hal ini menunjukkan bahwa pengelolaan anggaran pembiayaan kesehatan sangat berkaitan dengan proses verifikasi peserta. Adanya hal tersebut, mengakibatkan pengelolaan anggaran pembiayaan menjadi kurang mengakomodir peserta PKMS yang demikian ini.

## **BAB VI**

### **PENUTUP**

#### **I. Kesimpulan**

Berdasarkan hasil penelitian yang telah dilakukan, dapat diketahui bahwa secara umum, kinerja dan pengelolaan anggaran pembiayaan kesehatan Dinas Kesehatan Kota Surakarta dalam program PKMS tahun 2008 berjalan dengan baik. Hal tersebut terlihat dari beberapa indikator kinerja yang berjalan dengan baik, meliputi indikator produktivitas, kualitas layanan, responsivitas dan akuntabilitas, walaupun untuk indikator responsibilitas belum baik. Prinsip pelayanan kesehatan kuratif, rehabilitatif, promotif dan preventif dilaksanakan secara tidak seimbang. Hasil temuan penelitian juga menunjukkan bahwa pengelolaan anggaran pembiayaan kesehatan terlaksana cukup baik. Hal ini ditunjukkan dari cakupan indikator transparansi, akuntabilitas dan partisipatif. Namun demikian, indikator efisien dan efektif yang terkait dengan konsep *VFM* (*Value for Money*) kurang berjalan dengan baik. Indikator responsibilitas pada kinerja dan indikator efisien dan efektif pada pengelolaan anggaran kesehatan masih terkonsentrasi pada pelayanan kuratif dan rehabilitatif.

Temuan lebih jauh dari penelitian ini adalah tentang pendapat masyarakat yang diukur melalui indikator responsivitas bahwa masyarakat mendapatkan manfaat dari adanya program PKMS ini. Masyarakat merasa terbantu secara ekonomi karena penjaminan pembiayaan dalam program PKMS. Program PKMS tersebut juga telah membuka kesempatan seluas-luasnya kepada

masyarakat miskin untuk menjangkau pelayanan kesehatan yang berkualitas.

Hasil penelitian ini juga menunjukkan bahwa dalam pelaksanaan program PKMS ditemui berbagai permasalahan, yaitu:

1. Adanya penduduk *siluman* yang dengan mudah mendapatkan KTP Surakarta. Hal ini merupakan implikasi dari kurangnya pengawasan administratif kepesertaan.
2. Kurang maksimalnya pelayanan terutama terkait dengan proses verifikasi. Hal tersebut dikarenakan terbatasnya sumber daya manusia.
3. Kurang efektifnya pengelolaan anggaran pembiayaan program dikarenakan pelaksanaan program PKMS yang terkonsentrasi pada pelayanan kesehatan kuratif dan rehabilitatif.

## II. Saran

Berdasar pada hasil temuan penelitian diatas, penulis memberikan saran sebagai wujud sumbangsih pemikiran, yaitu :

- V. Pentingnya peningkatan kerjasama dan koordinasi antara Dinas Kesehatan Kota Surakarta dengan dinas terkait termasuk pihak kelurahan. Dengan demikian pelaksanaan dan pengawasan administratif kepesertaan program PKMS menjadi lebih baik. Hal ini akan sangat membantu dalam penyelesaian masalah yang ditemui antara lain mengenai masalah penduduk siluman. Sehingga program PKMS dapat tepat sasaran dan tidak disalahgunakan oleh masyarakat luar Kota Surakarta.
- VI. Penataan kerja dan jika memungkinkan penambahan kuantitas sumber daya manusia di Dinas Kesehatan Kota Surakarta. Sehingga proses verifikasi yang selama ini menjadi permasalahan dapat diatasi dengan lebih baik.
- VII. Perlunya keseimbangan sistem kesehatan daerah yang berbasis pada upaya kesehatan promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif yang berjalan secara seimbang. Sehingga dapat

mencapai indikator kinerja dan pengelolaan anggaran yang diharapkan khususnya dalam aspek responsibilitas, efisiensi dan efektivitas.

## DAFTAR PUSTAKA

- Agus Dwiyanto, dkk. 2006. *Reformasi Birokrasi Publik di Indonesia*. Jogjakarta : Gadjah Mada University Press
- Ahmad Yani. 2002. *Hubungan Keuangan Antara Pemerintah Pusat dan Daerah di Indonesia*. Jakarta : P.T. RajaGrafindo Persada
- Arifin Sabeni dan Imam Ghazali. 2001. *Pokok-Pokok Akutansi Pemerintahan*. Jogjakarta : BPFE
- Badan Pusat Statistik. 2008. *Surakarta Dalam Angka Tahun 2007*. Surakarta
- Budi Winarno. 2008. *Kebijakan Publik : Teori dan Proses*. Jogjakarta : Media Pressindo
- Dunn, William, N. 2003. *Pengantar Analisis Kebijakan Publik*. Jogjakarta : Gadjah Mada University Press
- Endrarto Sutarto. 2008. *Pengantar Menuju Reformasi Pembangunan Kesehatan di Kabupaten dan Kota*. Bogor : Sajogyo Institute
- Gibson, L., James, Ivancevich, M., John and Donnely, Jr., H., James. 1997. *Organizations : Behaviour, Structure and Process*. United States of America : a Times Mirror Higher Education Group

- H.B. Sutopo. 2002. *Metodologi Penelitian Kualitatif*. Surakarta : UNS Press
- Hill, Michael, J. 2005. *The Public Policy Process*. United Kingdom : Pearson Educated
- Honore, Peggy, A. 2007. *Public Health Finance : Fundamental Theories, Concepts, and Definitions*. Journal of Public Health Management Practice. Volume 13 Februari 2007. [http://www.publichealthsystems.org/media/file/JPHMP\\_editorial](http://www.publichealthsystems.org/media/file/JPHMP_editorial)
- Honore, Peggy, A., dkk. 2007. *Creating Financial Transparency in Public Health : Examining Best Practices of System Partners*. Journal of Public Health Management Practice. Volume 13 Februari 2007. [http://www. publichealthsystems.org/media/file/JPHMP\\_transparency\\_final\\_pg\\_121\\_12.pdf](http://www.publichealthsystems.org/media/file/JPHMP_transparency_final_pg_121_12.pdf)
- Iskandar. 2008. *Metodologi Penelitian Pendidikan dan Sosial (Kualitatif dan Kuantitatif)*. Jakarta : Gaung Persada Press
- Joko Widodo. 2008. *Analisis Kebijakan Publik : Konsep dan Aplikasi Analisis Proses Kebijakan Publik*. Malang : Bayu Media
- \_\_\_\_\_. 2008. *Membangun Birokrasi Berbasis Kinerja*. Malang : Bayu Media
- Juli Panglima Saragih. 2003. *Desentralisasi Fiskal dan Keuangan Daerah Dalam Otonomi*. Jakarta : Ghalia Indonesia
- Konsorsium Solo. 26 Juli 2007. *Jumlah Rakyat Miskin Kota Surakarta*. <http://konsorsiumsolo.com>
- Mardiasmo. 2004. *Otonomi dan Manajemen Keuangan Daerah*. Yogyakarta : Penerbit Andi
- Osborne, David dan Gaebler, Ted. 1998. *Mewirauahakan Birokrasi*. Jakarta : Pustaka Binaman Pressindo
- Parsons, Wayne. 2005. *Public Policy : Pengantar Teori dan Praktek Analisis Kebijakan*. Jakarta : Kencana
- R. Anggoro Ferry Suryokusumo. 2008. *Pelayanan Publik dan Pengelolaan Infrastruktur Perkotaan*. Jogjakarta : Sinergi Publishing
- Rajagopal and Rajagopal, Ananya. 2008. *Team Performance and Control in Sales Organization*. Team Performance Management. Volume 14 No. 1/2 . [http://www.emeraldinsight.com/1352\\_7592.htm](http://www.emeraldinsight.com/1352_7592.htm)
- Revrisond Baswir. 1999. *Akutansi Pemerintah Indonesia*. Jogjakarta : BPF
- Riant Nugroho Dwijowijoto. 2004. *Kebijakan Publik : Formulasi, Implementasi dan Evaluasi*. Jakarta : P.T. Elex Media Komputindo
- Soekidjo Notoatmodjo. 2007. *Kesehatan Masyarakat : Ilmu dan Seni*. Jakarta : P.T. Rineka Cipta

Susanto. 2006. *Metode Penelitian Sosial*. Surakarta : UNS Press

Syahrin H. Naihasy. 2006. *Kebijakan Publik = Publik Policy : Menggapai Masyarakat Madani*. Jogjakarta : Mida Pustaka

UNDP (United Nation Development Program). 2006. *Human Development Report 2006*. <http://www.undp.org>

Yulius Slamet. 2006. *Metode Penelitian Sosial*. Surakarta : UNS Press

Sumber lain :

Pidato Menteri Kesehatan Republik Indonesia Peringatan Hari Kesehatan Nasional Ke-44 12 November 2008

Peraturan Daerah Nomor 8 Tahun 2007 Tentang Perubahan Kedua Atas Peraturan Daerah Kotamadya Daerah Tingkat II Surakarta Nomor 7 Tahun 1998 Tentang Retribusi Pelayanan Kesehatan

Peraturan Walikota Nomor 12 Tahun 2008 Tentang Penjabaran Tugas Pokok, Fungsi dan Tata Kerja Dinas Kesehatan Kota Surakarta

Peraturan Walikota Nomor 1 Tahun 2008 Tentang Petunjuk Pelaksanaan Peraturan Daerah Nomor 8 Tahun 2007 Tentang Perubahan Kedua Atas Peraturan Daerah Kotamadya Daerah Tingkat II Surakarta Nomor 7 Tahun 1998 Tentang Retribusi Pelayanan Kesehatan

Perjanjian Kerjasama (MOU) Antara Pemerintah Kota Surakarta Dengan Rumah Sakit Panti Waluyo Surakarta Tentang Pelayanan Kesehatan Rawat Inap Bagi Peserta Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat Surakarta (PKMS) di Rumah Sakit Panti Waluyo Surakarta

Daftar Jenis Paket dan Tarif Pelayanan Kesehatan Bagi Peserta Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat Surakarta (PKMS) Tahun 2009

Laporan dan Berita Acara Pembayaran Klaim

Bahan Evaluasi Program Pelayanan PKMS Tahun 2008

Bahan Sosialisasi Program Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat Surakarta (PKMS) Tahun 2008