

**STUDI KRITIS: REALISASI ANGGARAN SEKTOR PUBLIK DITINJAU
DARISTEWARDSHIP THEORY DALAM APLIKATIF
KARTU INDONESIA SEHAT**



Diajukan untuk Memenuhi Salah Satu Syarat Meraih Gelar Sarjana Akuntansi
Jurusan Akuntansi pada Fakultas Ekonomi dan Bisnis Islam
UIN Alauddin Makassar

Oleh: **M A K A S S A R**

NUR ALIM BAHRI

10800113171

**FAKULTAS EKONOMI DAN BISNIS ISLAM
UNIVERSITAS ISLAM NEGERI ALAUDDIN MAKASSAR**

2017

PERNYATAAN KEASLIAN SKRIPSI

Mahasiswa yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Nur Alim Bahri

NIM : 10800113171

Tempat/Tgl. Lahir : Ujung Pandang, 12 Agustus 1995

Jur/Prodi/Konsentrasi : Akuntansi

Fakultas/Program : Ekonomi & Bisnis Islam

Alamat : Jln. Mamoja 1 no. 8 Makassar

Judul : “Studi Kritis: Realisasi Anggaran Sektor Publik Ditinjau
Dari *Stewardship Theory* Dalam Aplikatif Kartu Indonesia
Sehat”

Menyatakan dengan sesungguhnya dan penuh kesadaran bahwa skripsi ini benar adalah hasil karya sendiri. Jika di kemudian hari terbukti bahwa ia merupakan duplikat, tiruan, plagiat, atau dibuat oleh orang lain, sebagian atau seluruhnya, maka skripsi dan gelar yang diperoleh karenanya batal demi hukum.

UNIVERSITAS ISLAM NEGERI
ALAUDDIN
M A K A S S A R

Makassar, November 2017

Penyusun,

NUR ALIM BAHRI
NIM: 10800113171



KEMENTERIAN AGAMA R.I.
UNIVERSITAS ISLAM NEGERI (UIN) ALAUDDIN MAKASSAR
FAKULTAS EKONOMI DAN BISNIS ISLAM

Kampus I : Jl. Slt. Alauddin No. 63 Makassar Tlp. (0411) 864924 Fax 864923
Kampus II: Jl. Slt. Alauddin No. 36 SamataSungguminasa – GowaTlp. 424835 Fax.424836

PENGESAHAN SKRIPSI

Skripsi berjudul “Studi Kritis : Realisasi Anggaran Sektor Publik Ditinjau Dari *Stewardship Theory* Dalam Aplikatif Kartu Indonesia Sehat” yang disusun oleh Nur Alim Bahri, NIM : 10800113171, Mahasiswa jurusan Akuntansi pada Fakultas Ekonomi dan Bisnis Islam UIN Alauddin Makassar, telah diuji dan dipertahankan dalam sidang Munaqasyah yang diselenggarakan pada tanggal 28 November 2017, bertepatan dengan 9 Rabi’ul-Awwal 1439 H, dan dinyatakan telah dapat diterima sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar Sarjana Akuntansi pada Fakultas Ekonomi dan Bisnis Islam Jurusan Akuntansi.

Makassar, 28 November 2017
9 Rabi’ul-Awwal 1439 H

DEWAN PENGUJI

Ketua	: Prof. Dr. H. Ambo Asse , M.Ag.	(.....)
Sekretaris	: Prof. Dr. H. Muslimin Kara, M.Ag	(.....)
Penguji I	: Dr. Muh. Wahyuddin Abdullah, SE, M.Si, Ak	(.....)
Penguji II	: Dr. Amiruddin K., M.Ei.	(.....)
Pembimbing I	: Jamaluddin Majid., SE., M.Si.,	(.....)
Pembimbing II	: Puspita H. A., SE., M.Si., Ak., CA., CPAI.,	(.....)

Diketahui Oleh :
Dekan Fakultas Ekonomi dan Bisnis Islam,
UIN Alauddin Makassar


Prof. Dr. H. Ambo Asse, M.Ag
NIP. 19580221 198703 1 002

KATA PENGANTAR

Assalaamu 'alaikum warahmatullaahi wabarakaatuh

Alhamdulillah Rabbil Alamiin, puji syukur penulis panjatkan kepada Allah SWT, yang senantiasa mencurahkan dan melimpahkan kasih sayang-Nya kepada hamba-Nya. Atas perkenaan-Nya jualah sehingga penulis dapat menyelesaikan skripsi ini dengan baik. Salawat dan salam “*Allahumma Sholli Ala Muhammad Waala Ali Muhammad*” kepada junjungan Nabi besar Muhammad SAW, sebagai suri tauladan terbaik sepanjang zaman, sosok pemimpin yang paling berpengaruh sepanjang sejarah kepemimpinan, yang dengannya manusia mampu berhijrah dari satu masa yang tidak mengenal peradaban menuju kepada satu masa yang berperadaban.

Skripsi dengan judul “**Studi Kritis: Realisasi Anggaran Sektor Publik Ditinjau Dari Stewardship Theory Dalam Aplikatif Kartu Indonesia Sehat**” penulis hadirkan sebagai salah satu prasyarat untuk menyelesaikan studi S1 dan memperoleh gelar Sarjana Akuntansi di Universitas Islam Negeri Alauddin Makassar.

Penulis menyadari adanya kekurangan yang tidak terlepas dari diri penulis, khususnya pada penyelesaian skripsi ini. Namun dengan keterbatasan dan kekurangan penulis akhirnya bisa menyelesaikan penelitian ini. Hal ini tidak terwujud dengan sendirinya melainkan berkat restu, doa serta dukungan dari berbagai pihak. Oleh karenanya, penulis menyampaikan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada semua pihak yang telah membantu penyelesaian skripsi ini.

Teruntuk kedua orang tua tercinta, hanya ucapan terima kasih yang terdalam yang dapat penulis haturkan kepada ayahanda Drs. Bahri D. dan ibunda Nursyamsu Side S,E atas setiap doa yang selalu dipanjatkan selama ini yang tak ternilai harganya hingga penulis bisa menyelesaikan kuliah dengan baik. Entah kata apa lagi yang bisa saya ucapkan untuk dapat membalas jasa kalian yang sangat berharga.

Melalui kesempatan ini penulis juga menyampaikan ucapan terima kasih kepada:

1. Bapak Prof. Dr. H. Musafir Pababbari, M.Si selaku Rektor beserta Wakil Rektor I, II, III, dan IV Universitas Islam Negeri (UIN) Alauddin Makassar.
2. Bapak Prof. Dr. H. Ambo Asse, M.Ag, selaku Dekan beserta Wakil Dekan I, II, dan III Fakultas Ekonomi dan Bisnis Islam Universitas Islam Negeri (UIN) Alauddin Makassar.
3. Bapak Jamaluddin Majid, SE., M.Si., selaku Ketua Jurusan Akuntansi Universitas Islam Negeri (UIN) Alauddin Makassar sekaligus Pembimbing I yang senantiasa memberikan bimbingan serta motivasi bagi penulis sampai selesainya skripsi ini.
4. Bapak Memen Suwandi, SE., M.Si, selaku Sekretaris Jurusan Akuntansi Universitas Islam Negeri (UIN) Alauddin Makassar.
5. Bapak Dr. Muhammad Wahyudin Abdullah, S.E., M.Si., Ak selaku Penasehat Akademik (PA), terima kasih atas semangat dan bimbingannya bagi penulis selama ini dari semester satu hingga selesainya penulis dalam menempuh studi.

6. Ibu Puspita Hardianti Anwar, S.E.,M.Si.,Ak.,CA.,CPAI selaku pembimbing II yang dengan penuh kesabaran membimbing, mengarahkan dan memotivasi penulis, serta mendengarkan keluhan penulis mengenai kendala-kendala yang didapatkan selama penyusunan dan penyelesaian skripsi ini.
7. Seluruh dosen Fakultas Ekonomi dan Bisnis Islam Universitas Islam Negeri (UIN) Alauddin Makassar yang telah memberikan bekal ilmu dan pengetahuan yang bermanfaat.
8. Segenap staf Jurusan, Pegawai Akademik dan Tata Usaha di Fakultas Ekonomi dan Bisnis Islam Universitas Islam Negeri (UIN) Alauddin Makassar.
9. Bapak pimpinan dan para pegawai RSUD Labuang Baji Kota Makassar yang telah menerima saya dengan baik untuk melakukan penelitian di rumah sakit yang Bapak pimpin.
10. Teman-teman angkatan 2013 Akuntansi UIN Alauddin yang begitu berjasa dalam perjalanan hidup penulis.
11. Teman-teman KKN Reguler 54 Kel. Gantarang Kec. Tinggimoncong, Kab. Gowa, terima kasih atas kebersamaan dan cerita hidup yang sangat singkat namun penuh makna.
12. Kakanda dan adinda jurusan akuntansi yang tidak bisa penulis sebutkan namanya satu per satu, terima kasih atas motivasi, keakraban, dan persaudaraannya.

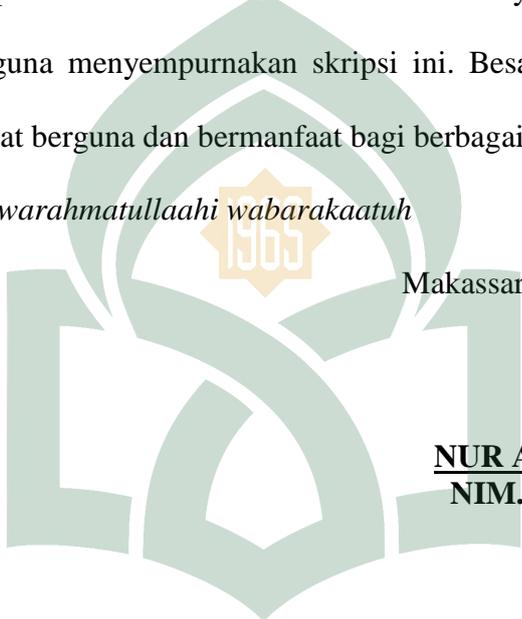
13. Serta seluruh pihak yang tidak dapat penulis sebutkan satu per satu yang telah dengan ikhlas membantu penulis dalam penyusunan skripsi ini.

Akhir kata, semoga Allah SWT selalu melimpahkan rahmat dan karunia-Nya untuk membalas kebaikan dari semua pihak yang telah mendukung dan membantu penulis selama ini. Penulis menyadari bahwa masih terdapat banyak kekurangan dalam penulisan skripsi ini. Oleh karena itu saran dan kritik yang membangun sangat diharapkan penulis guna menyempurnakan skripsi ini. Besar harapan bagi penulis bahwa skripsi ini dapat berguna dan bermanfaat bagi berbagai pihak.

Wassalamu 'alaikum warahmatullaahi wabarakaatuh

Makassar, November 2017

NUR ALIM BAHRI
NIM. 10800113171



UNIVERSITAS ISLAM NEGERI
ALAUDDIN
M A K A S S A R

DAFTAR ISI

PERNYATAAN KEASLIAN SKRIPSI.....	i
KATA PENGANTAR.....	ii
DAFTAR ISI.....	vi
ABSTRAK	viii
DAFTAR TABEL	ix
BAB I PENDAHULUAN.....	1
A. Latar Belakang.....	1
B. Rumusan Masalah.....	7
C. Fokus Penelitian.....	7
D. Tujuan Penelitian	7
E. Manfaat Penelttian	8
F. Penelitian Terdahulu.....	10
BAB II TINJAUAN TEORETIS	13
A. Stewardship Theory	13
B. Teori Implementasi Kebijakan.....	15
C. Kriteria Pemimpin dalam Perspektif Islam.....	17
D. Paradigma Kritis	21
E. Anggaran.....	23
F. Kartu Indonesia Sehat.....	28
G. Rerangka Pikir	29
BAB III METODOLOGI PENELITIAN	31
A. Jenis Penelitian dan Lokasi Penelitian.....	31
B. Pendekatan Penelitian	32

C. Jenis dan Sumber Data.....	33
D. Metode Pengumpulan Data.....	35
E. Instrumen Penelitian	35
F. Metode Analisis Data.....	36
G. Uji Keabsahan Data	37
BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN	40
A. Hasil Penelitian	40
B. Pembahasan	49
BAB V PENUTUP.....	67
A. Kesimpulan	71
B. Saran	72
DAFTAR PUSTAKA.....	74
LAMPIRAN	



DAFTAR TABEL

Tabel 1 : Penelitian Terdahulu	10
Tabel 2 : Daftar Informan	34
Tabel 3 : SDM RSUD Labuang Baji.....	45
Tabel 4 : Fasilitas Medik Rawat Jalan	47
Tabel 5 : Fasilitas Medik Rawat Inap	48
Tabel 6 : SOP pengajuan klaim pelayanan program JKN/ BPJS (rawat inap)	56
Tabel 7 : SOP pengajuan klaim pelayanan program JKN/ BPJS (rawat jalan)	57
Tabel 8 : Data total klaim RSUD Labuang Baji	60



ABSTRAK

Nama : Nur Alim Bahri

NIM : 10800113171

Judul : Studi Kritis: Realisasi Anggaran Sektor Publik Ditinjau Dari *Stewardship Theory* Dalam Aplikatif Kartu Indonesia Sehat

Pokok masalah penelitian ini adalah beragamnya produk jaminan kesehatan nasional yang dibuat oleh pemerintah. Keberagaman tersebut bukan mempermudah bantuan kepada masyarakat, melainkan menambah kebingungan terkait program-program kesehatan yang telah ada. Beragamnya jenis jaminan kesehatan nasional secara tidak langsung menambah kesemrautan dalam hal perealisasiannya kepada masyarakat. Pokok masalah tersebut selanjutnya dirincikan kedalam beberapa pertanyaan penelitian, yaitu 1) Bagaimana proses realisasi anggaran sektor publik pada penerapan Kartu Indonesia Sehat?, 2) Bagaimana peran *stewardship theory* dalam realisasi anggaran sektor publik pada penerapan Kartu Indonesia Sehat?

Jenis metode penelitian ini tergolong metode penelitian kualitatif dengan menggunakan pendekatan etnografi kritis. Adapun sumber data penelitian ini yaitu tenaga kesehatan maupun pasien pengguna kartu KIS-PBI di RSUD Labunag Baji Kota Makassar dan jurnal-jurnal, peraturan pemerintah dan berita yang terkait. Selanjutnya metode pengumpulan data yang digunakan adalah studi kepustakaan, wawancara, studi dokumentasi dan *internet searching*. Kemudian, teknik pengelolaan dan analisis data dilakukan dengan melalui tiga tahapan, yaitu mereduksi data, penyajian data lalu memberikan kesimpulan dan verifikasi data.

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa RSUD Labuang Baji Kota Makassar sebagai perpanjangan tangan pemerintah yang menangani langsung pasien pemegang kartu KIS-PBI telah dirasa cukup baik dalam hal pemberian pelayanannya. Dan mengenai pengajuan klaim rumah sakit kepada pihak pengelola KIS-PBI yaitu BPJS Kesehatan tidak menemui kendala yang berarti. Adapun *stewardship theory* memiliki peran yang berguna bagi penyusunan hingga perealisasiannya suatu program anggaran. Sifat dasar dari *stewardship theory* ini harusnya mendasari penyusunan dan perealisasiannya anggaran. Terkhususnya dalam penyusunan dan realisasi anggaran mengenai program kartu KIS-PBI ini.

Kata Kunci: KIS-PBI, *Stewardship Theory*, BPJS Kesehatan, Anggaran Sektor Publik

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Menurut Donaldson dan Davis (1989) dalam Raharjo (2007) teori *stewardship* diperkenalkan sebagai teori yang berdasarkan tingkah laku dan premis. *Stewardship theory* adalah teori yang menggambarkan situasi dimana para manajer tidaklah termotivasi oleh tujuan-tujuan individu tetapi lebih ditujukan pada sasaran hasil utama mereka untuk kepentingan organisasi, sehingga teori ini mempunyai dasar psikologi dan sosiologi yang telah dirancang dimana para eksekutif sebagai *steward* termotivasi untuk bertindak sesuai keinginan prinsipal, selain itu perilaku *steward* tidak akan meninggalkan organisasinya sebab *steward* berusaha mencapai sasaran organisasinya. Teori ini di desain bagi para peneliti untuk menguji situasi dimana para eksekutif dalam perusahaan sebagai pelayan dapat termotivasi untuk bertindak dengan cara terbaik pada prinsipalnya (Donaldson, 1991).

Pada *stewardship theory, model of man* ini didasarkan pada pelayan yang memiliki perilaku dimana dia dapat dibentuk agar selalu dapat diajak bekerjasama dalam organisasi, memiliki perilaku kolektif atau berkelompok dengan utilitas tinggi daripada individunya dan selalu bersedia untuk melayani. Pada teori *stewardship* terdapat suatu pilihan antara perilaku *self serving* dan pro organisasional, perilaku pelayan tidak akan dipisahkan dari kepentingan organisasi adalah bahwa perilaku eksekutif disejajarkan dengan kepentingan *principle* dimana para *steward* berada. *Steward* akan menggantikan atau mengalihkan *self*

serving untuk berperilaku kooperatif. Sehingga meskipun kepentingan antara *steward* dan *principle* tidak sama, *steward* tetap akan menjunjung tinggi nilai kebersamaan (Anton, 2010).

Dalam Islam, rakyat adalah amanat yang berada di tangan pemimpin yang harus ia jaga, harus ia layani, dan harus pula ia berdayakan demi kemaslahatan bangsa (Sidiq, 2014). Siapapun orang yang oleh Allah SWT diberi wewenang untuk mengatur kehidupan manusia maka ia harus menjaga mereka dengan kebijakannya dan dengan hati yang tulus mengatur mereka, sehingga semua kepentingan mereka tetap terjaga seperti halnya kepentingan dirinya sendiri. Pemimpin sebagai pelayan masyarakat di tekankan oleh Allah SWT melalui perkataan utusan-Nya Muhammad SAW sebagai berikut:

Terjemahan (Sunarto, 1999):

Dari Mu'qil bin Yasar, ia berkata, Aku pernah mendengar Rasulullah SAW bersabda: "Siapun hamba yang diberi wewenang oleh Allah untuk membimbing rakyatnya, namun kebijakannya tidak mampu menjaga mereka (dari perbuatan keji) maka kelak dia tidak akan mendapatkan bau surga". Disebutkan dalam sebuah riwayat, "Siapun wali itu yang membawahi rakyatnya yang terdiri dari kaum muslimin kemudian mati, sedangkan pada hari kematiannya itu ia masih menipu rakyatnya niscaya Allah akan mengharamkan surga atasnya." (Diriwayatkan oleh Bukhari dan Muslim).

Secara garis besar, yang sangat ditekankan dalam hadis ini adalah seorang pemimpin harus memberikan suri tauladan yang baik kepada pihak-pihak yang dipimpinya. Suri tauladan ini tentunya harus diwujudkan dalam bentuk kebijakan-kebijakan atau keputusan-keputusan pemimpin yang tidak menipu dan melukai hati rakyatnya. Pemimpin yang menipu dan melukai hati rakyat, dalam hadis ini disebutkan, diharamkan oleh Allah SWT untuk menginjakkan kaki di surga. Meski

hukuman ini nampak kurang kejam, karena hanya hukuman di akhirat dan tidak menyertakan hukuman di dunia, namun sebenarnya hukuman “haram masuk surga” ini mencerminkan betapa murkanya Allah terhadap pemimpin yang tidak jujur dan suka menipu rakyat. Sebagai seorang pemimpin harus menjalankan peran sebagai contoh dalam praktek-praktek etis dalam organisasi, memberi imbalan dan hukuman bagi penegakan perlakuan yang diinginkan atau membendung perlakuan yang tidak diinginkan dan mengkomunikasikan etika dan nilai-nilai kepada seluruh anggota organisasi melalui program tertentu (Ishak, 2011).

Dewasa ini, masyarakat digenjot untuk tidak terlalu khawatir akan perbedaan pelayanan kesehatan dan kelayakan untuk mendapatkan penanganan kesehatan (Sari, 2007 dan Setyowati, 2003). Dengan alasan, Pemerintah telah membentuk suatu badan hukum yang bergerak dibidang kesehatan guna memberikan pelayanan kesehatan bagi masyarakat golongan menengah ke bawah atau masyarakat yang tergolong tidak mampu agar mendapatkan kelayakan didalam pelayanapn kesehatan. Untuk hal itu pemerintah mengeluarkan kebijakan tentang program Kartu Sakti terdiri dari Kartu Indonesia Sehat (KIS), Kartu Keluarga Sejahtera (KKS) dan Kartu Indonesia Pintar (KIP) yang saat ini sedang dibagikan ke berbagai daerah maupun wilayah di Indonesia. Namun dalam kebijakan Kartu Indonesia Sehat yang dikeluarkan oleh pemerintah, di satu sisi kebijakan ini sejalan dengan penegakan hak asasi manusia mengenai hak untuk memperoleh pelayanan kesehatan sebagaimana yang tercantum dalam Pasal 28 H ayat (1) UUD NKRI 1945, namun dikeluarkannya kebijakan ini sebelumnya tidak dengan landasan hukum yang baik, dengan landasan hukum yang

dapat dikeluarkan oleh pemerintah seperti Peraturan Pemerintah atau landasan hukum yang dikeluarkan oleh DPR selaku lembaga legislatif seperti Undang-Undang yang khusus mengatur tentang Kartu Indonesia Sehat ini. Selain itu kebijakan Kartu Indonesia Sehat cenderung berbenturan dengan Undang-Undang No. 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) maupun pada Undang-Undang No. 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Kesehatan (BPJS) meskipun kedua Undang-Undang tersebut dijadikan sebagai landasan hukumnya, hal ini berdampak pada ketidakpastian hukum dan juga anggaran dalam kebijakan tersebut (Dharma, 2016). Sampai kapanpun permasalahan ini akan terus berkembang jika tidak ditangani secara baik oleh para pemegang kekuasaan.

Fenomena yang berkembang di Indonesia adalah sulitnya akses dalam pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin (Suaradewata.com, 2016). Hal ini tidak saja terjadi diperkotaan namun juga merambah hingga pedesaan sehingga terdapat anekdot dalam masyarakat bahwa “orang miskin dilarang sakit”. Kesulitan pelayanan tersebut utamanya dipengaruhi oleh faktor finansial. Banyak dijumpai di daerah-daerah Indonesia masyarakat miskin yang menderita sakit parah atau penyakit tergolong berat tidak dapat disembuhkan karena ketiadaan biaya pengobatan sehingga pada akhirnya lambat ditangani atau tidak ditangani sama sekali sehingga pada akhirnya penyakit yang dialami pasien semakin parah bahkan mengakibatkan kematian. Padahal pada tahun 2016 pertama kalinya dalam sejarah anggaran bidang kesehatan sesuai dengan amanat undang-undang yaitu 5% dari Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara (APBN) atau sebesar Rp 106,1 triliun, naik signifikan sebesar

43% dibandingkan tahun ini yang hanya Rp 74,3 triliun (Detik.com, 2015). Kalau kita melirik pada dana yang dikeluarkan pemerintah, maka setiap kartu yang dikeluarkan pemerintah semuanya harus gratis, apalagi untuk masyarakat miskin. Mengingat besaran anggaran yang dikucurkan telah mencakup segala aspek bagi kesejahteraan masyarakat. Tapi pada saat ini, untuk masyarakat yang ingin mendapatkan Kartu Indonesia Sehat (KIS), tak jarang harus mengeluarkan pundih-pundih rupiah demi mendapatkan kartu sehat yang seharusnya gratis (Bantenday, 2016). Tidak heran jika masyarakat kini semakin memberontak tentang kebijakan yang dikeluarkan pemerintah ini, yang edukasinya untuk mensejahterakan masyarakat, tapi pada kenyataannya, masyarakatlah yang mensejahterakan para pemerintahan yang tidak bertanggung jawab.

Dana perlindungan sosial sepanjang 2015 yang semula dijadwalkan akan dikucurkan ke masyarakat selama enam bulan, diperpendek menjadi hanya empat bulan. Hal tersebut membuat pemerintah harus mengurangi dana cadangan perlindungan sosial atas kompensasi kenaikan harga bahan bakar minyak (BBM) dalam Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara Perubahan (APBNP) 2015 dari yang semula Rp 29 triliun menjadi Rp 22,5 triliun atau dikurangi Rp 6,5 triliun (CNN Indonesia, 2015). Penurunan dan kenaikan jumlah anggaran tidak menjadi masalah, selama anggaran yang direncanakan dapat terealisasi dengan baik. Agar dapat dirasakan manfaat oleh masyarakat yang membutuhkan.

Dilansir dari Hukumonline (2013) menyatakan bahwa pemerintah dan swasta wajib memberikan pelayanan fasilitas dan pelayanan kesehatan bagi penyelamatan

nyawa pasien. Hal itu tertuang dalam UU No. 32 Tahun 2014 tentang kesehatan, pasal 59 ayat (1) menyebutkan Tenaga Kesehatan yang menjalankan praktik pada Fasilitas Pelayanan Kesehatan wajib memberikan pertolongan pertama kepada Penerima Pelayanan Kesehatan dalam keadaan gawat darurat dan/atau pada bencana untuk penyelamatan nyawa dan pencegahan kecacatan dan ayat (2) Tenaga Kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilarang menolak Penerima Pelayanan Kesehatan dan/atau dilarang meminta uang muka terlebih dahulu. Seharusnya jika merujuk pada regulasi tersebut, rumah sakit pemerintah maupun swasta dilarang menolak pasien untuk mendapatkan pelayanan kesehatan.

Penelitian ini dilakukan di RSUD Labuang Baji Kota Makassar untuk melihat sejauh mana penerapan Kartu Indonesia Sehat (KIS) bagi masyarakat miskin, mengingat KIS ini dikeluarkan pemerintah untuk mensejahterahkan masyarakat melalui anggaran yang dikeluarkan setiap tahunnya. Menurut Donaldson (1991) bahwa adanya *Stewardship theory* yaitu hubungan *steward* dan prinsipal dimana prinsipal sebagai pemberi mandat memberi tanggung jawab kepada *steward* atau pihak pemerintah agar pengelolaan sektor publik lebih responsif dan akuntabel termasuk didalamnya penerapan akuntansi berbasis akrual yang dianggap lebih transparan dalam pengelolaan keuangannya serta pencapaian hasil terhadap kinerja *steward* atau pemberi layanan kepada prinsipal agar meningkatkan akuntabilitas kinerja sesuai dengan harapan masyarakat.

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan penjelasan diatas maka dapat dirumuskan beberapa pertanyaan sebagai berikut :

1. Bagaimana proses realisasi anggaran sektor publik pada penerapan Kartu Indonesia Sehat ?
2. Bagaimana peran *stewardship theory* berdasarkan realisasi anggaran sektor publik pada penerapan Kartu Indonesia Sehat ?

C. Fokus Penelitian

Fokus penelitian dalam penelitian ini adalah realisasi anggaran sektor publik pada program Kartu Indonesia Sehat. Kartu Indonesia Sehat (KIS) adalah nama untuk Program Jaminan Kesehatan SJSN (JKN) bagi penduduk Indonesia, khususnya fakir miskin dan tidak mampu serta iurannya dibayarkan oleh pemerintah. Kartu Indonesia Sehat ini dapat digunakan untuk mendapatkan layanan kesehatan gratis di fasilitas kesehatan tingkat pertama dan tingkat lanjutan, sesuai dengan kondisi penyakit yang diderita penerima KIS.

D. Tujuan Penelitian

Berdasarkan rumusan masalah diatas, maka tujuan dari penelitian ini adalah sebagai berikut

1. Untuk mengetahui proses realisasi anggaran publik pada pengguna Kartu Indonesia Sehat.
2. Untuk mengetahui peran *stewardship theory* berdasarkan realisasi anggaran sektor publik pada penerapan Kartu Indonesia Sehat

E. Manfaat Penelitian

1. Manfaat Teoretis

Penelitian ini secara teoretis diharapkan dapat memberikan sumbangan acuan bagi para pemerintah yang terlibat atau para penyusun kebijakan dalam merencanakan pembangunan bangsa kedepannya. Menurut Donaldson & Davis (1989) dalam Raharjo (2007) sebagai pionir teori *stewardship* memperkenalkan teori *stewardship* sebagai teori yang berdasarkan tingkah laku dan premis. Dengan digunakannya teori *stewardship* sebagai dasar dalam penyusunan anggaran diharapkan keputusan yang akan ditetapkan bermanfaat bagi masyarakat. Pemerintah diharapkan memberikan pelayanan terbaik bagi masyarakat sebagai tugas dan tanggung jawabnya dan didasari atas rasa keadilan dan kemanusiaan.

Selain penyusunan rencana, pengimplementasian atas rencana itu sendiri harus diperhatikan dan diawasi dengan seksama. Teori yang di gagas oleh George C. Edward III (1980) sebagai pionir teori implementasi kebijakan dirasa dibutuhkan dalam perealisasi anggaran ke masyarakat. Teori implemenetasi kebijakan membahas tentang langkah selanjutnya dalam pelaksanaan suatu program. Pengimplementasian di harapkan sejalan dengan rencana awal dari pembuatan program itu sendiri, anggaran yang dikeluarkan harus seimbang dengan kebermanfaatan yang dirasakan oleh masyarakat. Teori *stewardship* dan implementasi dapat juga sebagai landasan pemerintah dalam memenuhi tanggung jawabnya terhadap pengelolaan sektor publik agar bekerja dengan

mengoptimalkan kepentingan publik bukan untuk kepentingan individu semata guna menciptakan tata kelola pemerintahan yang baik dan dapat dipercaya oleh masyarakatnya sendiri.

2. Manfaat Praktis

Penelitian ini diharapkan mampu menjadi suatu pertimbangan bagi Pemerintah dan pihak-pihak yang terlibat dalam anggaran pemerintah sampai pada realisasi anggaran yang terdapat di Rumah Sakit. Sehingga pelaksanaannya dapat optimal dan sesuai dengan apa yang diinginkan oleh masyarakat sekitar yang menaruh harapan besar kepada pihak pemerintah pusat dalam hal pelayanan kesehatan. Agar tidak ada lagi pembeda antara si “miskin” dan si “kaya”. Sehingga sektor publik dapat tercapai tujuan utamanya yaitu mensejahterakan masyarakat.

3. Manfaat Regulasi

Sesuai dengan Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia tahun 1945 mengamanatkan Pemerintah Negara Indonesia yang melindungi segenap bangsa Indonesia dan seluruh tumpah darah Indonesia dan untuk memajukan kesejahteraan umum, mencerdaskan kehidupan bangsa, dan ikut melaksanakan ketertiban dunia yang berdasarkan kemerdekaan, perdamaian abadi dan keadilan sosial. Diharapkan hasil dari penelitian mengenai pengungkapan anggaran kesehatan mampu menjelaskan tentang kewajiban pemerintah sesuai dengan yang diatur dalam UU Kesehatan Pasal 39 Tahun 2009 yaitu:

- a. Penyelenggaraan pelayanan kesehatan dilaksanakan secara bertanggung jawab, aman, bermutu, serta merata dan nondiskriminatif.
- b. Pemerintah pusat dan pemerintah daerah bertanggung jawab atas penyelenggaraan pelayanan kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1).
- c. Pengawasan terhadap penyelenggaraan pelayanan kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilakukan oleh pemerintah, pemerintah daerah, dan masyarakat.

F. Penelitian Terdahulu

Penelitian mengenai anggaran merupakan salah satu bentuk topik yang selalu diangkat dalam penelitian pada bidang akuntansi. Dalam hal ini menyangkut bagaimana peran anggaran pada peningkatan pembangunan bangsa, terkhususnya pada bidang pelayanan kesehatan yang merupakan sektor vital dalam pembangunan dan peningkatan suatu bangsa.

Tabel 1
Penelitian Terdahulu

Peneliti	Judul	Metode Penelitian	Hasil Penelitian
Noerjoedianto (2012)	Analisis Kebijakan Perubahan Tarif Puskesmas Di Kabupaten Tanjung Jabung Barat Propinsi Jambi	Kuantitatif Analitikal	Melihat kenyataan hasil dari persepsi PPK yang terdiri dari ketersediaan obat, sarana kesehatan, alat medis dan non medis dan jasa medis, peran pemerintah merupakan faktor kunci dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan sebagai <i>regulator</i> .
Pratomo (2016)	Implementasi Inpres No. 07	Kualitatif	Program kis yang pro kepada rakyat dengan jaminan-jaminan

	Tahun 2014 tentang Program Kartu Indonesia Sehat di Kelurahan Sempaja Selatan Kota Samarinda		yang di tawarkan membuat pelaksanaan program KIS ini memberikan kemudahan bagi petugas pemberi peyuluhan kepada masyarakat dengan menjelaskan point-point yang penting dalam jaminan kesehatan yang ditawarkan agar masyarakat mau ikut serta dalam program KIS karena tidak akan diketahui perkembanyan suatu program tanpa adanya timbal balik
Dharma (2016)	Kewenangan Bebas (Freies Ermessen) Dalam Kebijakan Kartu Indonesia Sehat Ditinjau Dari Sistem Administrasi Di Indonesia	Kualitatif	Dikeluarkannya kebijakan Kartu Indonesia Sehat ini sebelumnya tidak dengan landasan hukum yang baik, selain itu kebijakan Kartu Indonesia Sehat berbenturan dengan Undang-Undang No.40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) maupun pada Undang-Undang No.24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Kesehatan (BPJS), hal ini berdampak pada ketidakpastian hukum dan juga anggaran dalam kebijakan tersebut. Untuk mencegah terjadinya ketidakpastian hukum ataupun permasalahan dikemudian hari baik permasalahan mengenai anggaran yang berpotensi menimbulkan pelanggaran hukum di dalamnya, maka solusi yang dapat ditempuh adalah menerbitkan peraturan khusus mengenai kebijakan Kartu Indonesia Sehat .
Moniung (2017)	Implementasi Program Kartu	Kualitatif Deskriptif	Dari hasil penelitian yang diperoleh berdasarkan hasil wawancara, diperoleh informasi

	Indonesia Sehat Di Rumah Sakit Umum Daerah Noongan Kabupaten Minahasa		bahwa tidak semua biaya ditanggung oleh KIS, termasuk biaya rawat inap yang hanya dibatasi pada rawat inap kelas 3, juga tidak termasuk biaya visite, dan tidak semuanya obat-obatan ditanggung oleh BPJS yang ada di RSUD Noongan.
--	--	--	---



BAB II

TINJAUAN TEORETIS

A. *Stewardship Theory*

Menurut Donaldson & Davis (1989) dalam Raharjo (2007) teori *stewardship* diperkenalkan sebagai teori yang berdasarkan tingkah laku dan premis. *Stewardship theory* adalah teori yang menggambarkan situasi dimana para manajer tidaklah termotivasi oleh tujuan-tujuan individu tetapi lebih ditujukan pada sasaran hasil utama mereka untuk kepentingan organisasi, sehingga teori ini mempunyai dasar psikologi dan sosiologi yang telah dirancang dimana para eksekutif sebagai steward termotifasi untuk bertindak sesuai keinginan prinsipal, selain itu perilaku steward tidak akan meninggalkan organisasinya sebab *steward* berusaha mencapai sasaran organisasinya. Teori ini didesain bagi para peneliti untuk menguji situasi dimana para eksekutif dalam perusahaan sebagai pelayan dapat termotifasi untuk bertindak dengan cara terbaik pada prinsipalnya (Donaldson, 1991). *Stewardship theory* lebih berfokus pada hasil yang ingin dicapai tanpa berusaha untuk lebih mementingkan dirinya sendiri melainkan untuk kepentingan organisasi/publik. Disini *principle* sebagai pemberi tanggung jawab juga memiliki peran memonitori *steward* dalam menjalankan tugasnya sebagai penerima wewenang. *Steward* atau pihak pemerintah juga harus memaksimalkan tanggung jawab yang diberikan masyarakat agar kinerja dan penerapannya dapat berjalan dengan baik dan optimal demi terciptanya tata kelola pemerintahan (*good governance*) yang lebih transparan dan akuntabel.

Pada *stewardship theory, model of man* ini didasarkan pada pelayan yang memiliki perilaku dimana dia dapat dibentuk agar selalu dapat diajak bekerjasama dalam organisasi, memiliki perilaku kolektif atau berkelompok dengan utilitas tinggi daripada individunya dan selalu bersedia untuk melayani. Pada teori *stewardship* terdapat suatu pilihan antara perilaku *self serving* dan pro organisasional, perilaku pelayan tidak akan dipisahkan dari kepentingan organisasi adalah bahwa perilaku eksekutif disejajarkan dengan kepentingan *principle* dimana para *steward* berada. *Steward* akan menggantikan atau mengalihkan *self serving* untuk berperilaku kooperatif. Sehingga meskipun kepentingan antara *steward* dan *principle* tidak sama, *steward* tetap akan menjunjung tinggi nilai kebersamaan (Anton, 2010).

Walaupun dalam hubungan antara *steward* dan *principle* sangat rentan terjadi masalah, seperti perilaku oportunistik yang kadang dialami oleh penerima kebijakan (*steward*) yang kenyataannya sampai saat ini pelaku KKN masih menjadi ancaman bagi bangsa Indonesia. Apalagi perilaku tersebut sangat melekat pada pengelolaan keuangan negara yang bisa dikatakan belum transparan dan jauh dari harapan masyarakat akan akuntabilitas publik yang baik. Tuntutan masyarakat ini muncul karena pada masa orde baru konsep akuntabilitas tidak mampu diterapkan secara konsisten disetiap lini pemerintahan yang pada akhirnya menjadi salah satu penyebab lemahnya birokrasi dan menjadi pemicu munculnya berbagai penyimpangan-penyimpangan dalam pengelolaan keuangan dan administrasi Negara (Auditya dkk., 2013).

Steward yang disini adalah pemerintah diharapkan agar selalu dapat memberikan yang terbaik bagi masyarakat (*principle*) dengan memberikan kinerja yang optimal dan bersifat terbuka. Zoelisty (2014) menyatakan bahwa teori *stewardship* dapat diterapkan pada penelitian akuntansi organisasi sektor publik yang sejak awal perkembangannya, akuntansi organisasi sektor publik telah dipersiapkan untuk memenuhi kebutuhan informasi bagi hubungan antara *stewards* dengan *principle*. Fungsi teori *stewardship* disini juga menjaga kepercayaan yang diberikan *principle* seperti menerapkan akuntabilitas kinerjanya. Teori *stewardship* ini diharapkan dapat menjadi landasan agar pemerintah bekerja atas nama rakyat dan selalu berfokus pada pencapaian hasil yang optimal dan berguna bukan hanya untuk individu melainkan untuk masyarakat luas sehingga dapat menjadi dasar pemikiran agar tata kelola pemerintahan kita jauh dari tindakan oportunistik.

B. Teori Implementasi Kebijakan

Menurut Edwards III (1980) implementasi kebijakan adalah tahap pembuatan kebijakan antara pembentukan sebuah kebijakan dan konsekuensi dari kebijakan tersebut untuk orang yang merasakannya. Sedangkan menurut Aneta (2010) implementasi kebijakan publik merupakan salah satu aktivitas dalam proses kebijakan publik yang menentukan apakah sebuah kebijakan itu bersentuhan dengan kepentingan publik serta dapat diterima oleh publik. Dalam hal ini, dapat ditekankan bahwa bisa saja dalam tahapan perencanaan dan formulasi kebijakan dilakukan dengan sebaik-baiknya, tetapi jika pada tahapan implementasinya tidak diperhatikan optimalisasinya, maka tentu tidak jelas apa yang diharapkan dari

sebuah produk kebijakan itu. Pada akhirnya pun dipastikan bahwa pada tahapan evaluasi kebijakan akan menghasilkan penilaian bahwa antara formulasi dan implementasi kebijakan tidak seiring sejalan, bahwa implementasi dari kebijakan itu tidak sesuai dengan yang diharapkan, bahkan menjadikan produk kebijakan itu sebagai batu sandungan bagi pembuat kebijakan itu sendiri.

Menurut George C. Edward III (1980) dalam Juliartha (2009) mengungkapkan empat faktor yang menjadi kriteria penting dalam implementasi suatu kebijakan, diantaranya komunikasi, sumber daya, disposisi dan struktur birokrasi. Komunikasi berkenaan dengan keberhasilan kebijakan mensyaratkan agar implementor mengetahui apa yang harus dilakukan. Apa yang menjadi tujuan dan sasaran kebijakan (*target group*) sehingga akan mengurangi distorsi implementasi. Sumber daya, walaupun isi kebijakan sudah dikomunikasikan secara jelas dan konsistensi, tetapi apabila implementor kekurangan sumber daya untuk melaksanakannya, implementasi tidak akan berjalan efektif. Sumber daya tersebut dapat berwujud sumber daya manusia, yakni kompetensi implementor, dan sumber daya finansial. Disposisi, adalah watak dan karakteristik atau sikap yang dimiliki oleh implementor seperti komitmen, kejujuran dan sifat demokratis. Apabila implementor memiliki disposisi yang baik, maka dia akan dapat menjalankan kebijakan dengan baik seperti apa yang diinginkan oleh pembuat kebijakan. Struktur birokrasi yang bertugas mengimplementasikan kebijakan memiliki pengaruh yang signifikan terhadap implementasi kebijakan. Salah satu dari aspek struktur yang penting dari setiap organisasi adalah adanya prosedur operasi yang berstandar (*standard operating*

procedures) atau SOP. SOP menjadi pedoman bagi setiap implementor dalam bertindak.

Teori implementasi ini merupakan teori yang sangat mendukung akan pencapaian suatu hasil yang optimal dan efektif yang pada penelitian ini diharapkan dapat mencapai suatu tata kelola pemerintahan yang baik (*good governance*). Untuk mencapai sasaran tersebut hal yang perlu diperhatikan dan menjadi titik fokus ialah tahap implementasinya. Implementasi yang sukses meliputi empat faktor penting seperti yang diungkapkan diatas yaitu komunikasi, sumber daya, disposisi dan struktur birokrasi. Faktor tersebut masing-masing mempunyai fungsi penting dalam mencapai hasil yang optimal. Indikator efisiensi dan efektifitas harus digunakan secara bersama-sama karena disatu pihak mungkin pelaksanaannya sudah dilakukan secara ekonomis dan efisien akan tetapi output yang dihasilkan tidak sesuai dengan target yang diharapkan atau di lain pihak sebuah program dapat dikatakan efektif dalam mencapai tujuan, akan tetapi mungkin dicapai dengan cara yang tidak ekonomis dan efisien (Liando *dkk.*,2014). Maka dari itu teori implementasi juga sangat cocok dalam penerapan konsep pendayagunaan anggaran yang tepat sasaran dan tepat guna yang dalam pelaksanaannya sangat berfokus pada tahap implementasinya yaitu berlandaskan ekonomi, efisiensi dan efektifitas.

C. Kriteria Pemimpin dalam Perspektif Islam

Kriteria seorang pemimpin yang dipahami melalui ayat ayat al-Qur'an menurut Amin (2015) ialah:

1. Beriman

وَجَعَلْنَاهُمْ أَئِمَّةً يَهْدُونَ بِأَمْرِنَا وَأَوْحَيْنَا إِلَيْهِمْ فِعْلَ الْخَيْرَاتِ وَإِقَامَ الصَّلَاةِ وَإِيتَاءَ
الزَّكَاةِ وَكَانُوا لَنَا عَابِدِينَ ﴿٧٣﴾

Terjemahan:

Kami telah menjadikan mereka itu sebagai pemimpin-pemimpin yang memberi petunjuk dengan perintah Kami dan telah Kami wahyukan kepada mereka mengerjakan kebajikan, mendirikan sembahyang, menunaikan zakat, dan hanya kepada kamilah mereka selalu menyembah (QS. al-Anbiy ' [21]: 73).

Kriteria beriman dipahami dari QS. al- Anbiy ' [21]: 73 yang menggunakan term yang asal kata aslinya adalah imam (im m). Seorang imam haruslah beriman dan dalam posisinya sebagai pemimpin telah memperoleh hidayah, dan hal tersebut sebagai salah satu bagian dari imamah itu sendiri. Kemudian lebih di-perjelas lagi kriteria lain orang beriman dalam susunan ayat tersebut, yakni الخَيْرَاتِ فِعْلَ (se-nantiasia berbuat baik), (menegak kan shalat), وَإِيتَاءَ (mengeluarkan zakat), dan وَكَانُوا لَنَا عَابِدِينَ (mereka mengabdikan diri-nya semata-mata kepada Allah). Inilah kriteria seorang pemimpin yang harus dipenuhi. Dalam konsep Syiah, kriteria pemimpin yang dipahami pada konteks QS. al-Anbiy '[21]: 73 tadi bermakna bahwa imam (pemimpin) adalah sebagai pengikat sekaligus penghubung antar manusia dengan Tuhannya dalam hal urusan urusan spiritual. Imam juga sebagai pembimbing bagi setiap manusia, sebagaimana Nabi menjadi pem-bimbing bagi setiap manusia untuk mencapai akidah yang kuat, dan untuk sampai pada amal-amal saleh.

2. Adil dan Amanah

a. Adil

يٰۤاٰدُوۤدُ اِنَّا جَعَلْنَاكَ خَلِيۡفَةً فِى الْاَرْضِ فَاحۡكُمۡ بَيْنَ النَّاسِ بِالْحَقِّ وَلَا تَتَّبِعِ الْهَوٰى فَيُضِلَّكَ عَنۡ سَبِيۡلِ اللّٰهِ ۗ اِنَّ الَّذِيۡنَ يَظۡلُمُوۡنَ عَنۡ سَبِيۡلِ اللّٰهِ لَهُمْ عَذَابٌ شَدِيۡدٌۢ بِمَا نَسُوۡا
يَوْمَ الْحِسَابِ ﴿٢٦﴾

Terjemahan:

Hai Daud, Sesungguhnya Kami menjadikan kamu khalifah (penguasa) di muka bumi, Maka berilah keputusan (perkara) di antara manusia dengan adil dan janganlah kamu mengikuti hawa nafsu, karena ia akan menyesatkan kamu dari jalan Allah. Sesungguhnya orang-orang yang sesat dari jalan Allah akan mendapat azab yang berat, karena mereka melupakan hari perhitungan (QS. Sh d [38]: 26).

Adil adalah kriteria pemimpin yang ditemukan dalam QS. Sh d [38]:

26. Ayat ini menerangkan tentang jabatan khalifah yang diemban oleh Nabi Daud, dimana beliau diperintahkan oleh Allah untuk menetapkan keputusan secara adil di tengah-tengah masyarakat, umat manusia yang dipimpinya.

b. Amanah

اِنَّ اللّٰهَ يٰۤاْمُرُكُمۡ اَنْ تُوۡدُوۡا الْاٰمِنِيۡنَ اِلٰى اٰهۡلِيۡهَا وَاِذَا حَكَمۡتُمۡ بَيْنَ النَّاسِ اَنْ تَحۡكُمُوۡا بِالْعَدۡلِ ۗ اِنَّ اللّٰهَ نَعِيۡمًا يَّعۡظُمُۡ بِهٖ ۗ اِنَّ اللّٰهَ كَانَ سَمِيۡعًا بَصِيۡرًا ﴿٥٨﴾

Terjemahan:

Sesungguhnya Allah menyuruh kamu menyampaikan amanat kepada yang berhak menerimanya, dan (menyuruh kamu) apabila menetapkan hukum di antara manusia supaya kamu menetapkan dengan adil. Sesungguhnya Allah memberi pengajaran yang sebaik-baiknya

kepadamu. Sesungguhnya Allah adalah Maha mendengar lagi Maha melihat (QS. al-Nis ' [4]: 58).

Redaksi QS. Sh d [38]: 26 yang menjadi acuan utama kriteria keadilan bagi seorang pemimpin, sejalan QS. al-Nis ' [4]: 58 yang memerintahkan seorang pemimpin berlaku adil, dan didahului dengan perintah untuk menjalankan amanah kepemimpinan dengan sebaik-baiknya.

3. Ras liy

Ras liy artinya berkepribadian seperti rasul Allah, yakni kriteria pemimpin yang memenuhi syarat seperti yang dimiliki rasul Allah dalam menjalankan kepemimpinan.

وَإِذِ ابْتَلَىٰ إِبْرَاهِيمَ رَبُّهُ بِكَلِمَاتٍ فَأَتَمَّهُنَّ ۗ قَالَ إِنِّي جَاعِلُكَ لِلنَّاسِ إِمَامًا ۗ قَالَ وَمِنْ ذُرِّيَّتِي ۗ قَالَ لَا يَنَالُ عَهْدِي الظَّالِمِينَ ﴿١٢٤﴾

Terjemahan:

Dan (ingatlah), ketika Ibrahim diuji Tuhannya dengan beberapa kalimat (perintah dan larangan), lalu Ibrahim menunaikannya. Allah berfirman: "Sesungguhnya aku akan menjadikanmu imam bagi seluruh manusia". Ibrahim berkata: "(Dan saya mohon juga) dari keturunanku". Allah berfirman: "Janji-Ku (ini) tidak mengenai orang yang zalim".

QS. al-Baqarah [2]: 124 menerangkan tentang penunjukan langsung kepada Ibrahim dalam posisinya sebagai imamah (pemimpin), setelah beliau mendapat sederetan ujian dari Allah, terutama setelah memutuskan untuk mengorbankan anaknya, Isma'il berdasarkan perintah Allah kepadanya. Berdasarkan uraian di atas, maka kriteria pemimpin yang dikehendaki adalah telah melalui beberapa tahap ujian dan atau seleksi

yang ketat (*fit and proper test*), memiliki segudang pengalaman, mampu memberantas kebatilan, dapat dijadikan imam (panutan), dan diteladani oleh rakyat yang dipimpinnya.

D. Paradigma Kritis

Paradigma kritis pada dasarnya adalah paradigma ilmu pengetahuan yang meletakkan epistemologi kritik Marxisme dalam seluruh metodologi penelitiannya (Irwanto, 2013). Fakta menyatakan bahwa paradigam kritis yang diinspirasi dari teori kritis tidak bisa melepaskan diri dari warisan Marxisme dalam seluruh filosofi pengetahuannya. Pengaruh ide Marxisme-Neo Marxisme dan teori kritis mempengaruhi filsafat pengetahuan dari paradigma kritis. Paradigma ini berasumsi realitas suatu hal yang tidak netral namun terikat oleh nilai serta kekuatan ekonomi, politik dan sosial. Sebab itu, paradigma kritis mengedepankan pembebasan nilai dominasi dari kelompok yang ditindas. Paradigma ini lebih dipahami sebagai proses katalisasi untuk membebaskan manusia dari segenap ketidakadilan (Rozi, 2014). Prinsipnya sudah tidak lagi bebas nilai, dan melihat realitas sosial menurut perspektif kesejarahan (historisitas). Paradigma ini menempatkan rakyat atau manusia sebagai subyek utama yang perlu dicermati dan diperjuangkan.

Menurut Tilling dan Carol (2013) tindakan kritis merupakan sebuah perpecahan yang telah melahirkan suatu konsep yang bertujuan untuk melestarikan budaya manusia dan nilai-nilai transedental tertentu, untuk menghidupkan kembali moralitas manusia dan digunakan dalam mengembangkan, mengeksplorasi dan mendukung berbagai perspektif dalam literature akuntansi. Asumsi dasar dalam paradigma kritis

berkaitan dengan keyakinan bahwa ada kekuatan laten dalam masyarakat yang begitu berkuasa mengontrol proses komunikasi masyarakat. Ini berarti paradigma kritis melihat adanya “realitas” di balik kontrol komunikasi masyarakat

Paradigma kritikal melihat bahwa pengkonstruksian suatu realitas itu dipengaruhi oleh faktor kesejarahan dan kekuatan-kekuatan sosial, budaya, ekonomi, politik, dan media yang bersangkutan. Hal-hal kritis hadir untuk memecahkan suatu masalah atau situasi yang menimbulkan tanda tanya dan memerlukan upaya untuk mencari jawabannya serta penetapan fokus atau masalah dalam suatu riset yang bersifat kualitatif yang akan dipastikan sewaktu peneliti berada pada fenomena akuntansi yang diriset (Sukoharsono, 2014).

Paradigma kritis berangkat dari cara melihat realitas dengan mengasumsikan bahwa selalu saja ada struktur sosial yang tidak adil. Paradigma kritis (*critical paradigm*) mempunyai maksud dan implikasi praktis dan berpengaruh terhadap perubahan social. Paradigma ini tidak sekedar melakukan kritik terhadap ketidakadilan sistem yang dominan yaitu sistem sosial kapitalisme, melainkan suatu paradigma untuk mengubah sistem dan struktur tersebut menjadi lebih adil (Yasir, 2012).

Dalam penelitian paradigma kritis tujuannya ialah melihat bahwa objek atau realitas sosial yang diamati merupakan penampakan realitas semu (*virtual reality*) atau sekedar ekspresi kesadaran palsu (*false consciousness*) yang dimiliki manusia, bukan merupakan suatu realitas objektif, atau realitas yang sesuai dengan esensi

sebenarnya yang diyakini seharusnya dimiliki manusia dan dunianya (Hidayat, 2002).

Tujuannya antara lain untuk memperoleh temuan yang memiliki signifikansi sosial.

E. Anggaran

Anggaran adalah alat ekonomi terpenting yang dimiliki pemerintah untuk mengarahkan perkembangan sosial dan ekonomi, menjamin kesinambungan, dan meningkatkan kualitas hidup masyarakat (Basri, 2013). Anggaran ini merupakan perencanaan jangka pendek organisasi yang menerjemahkan berbagai program ke dalam rencana keuangan tahunan yang lebih kongkret. Dalam bentuk yang paling sederhana, anggaran publik merupakan suatu dokumen yang menggambarkan kondisi keuangan dari suatu organisasi yang meliputi informasi mengenai pendapatan, belanja, dan aktifitas (Pangkey, 2015).

1. Unsur unsur penganggaran (Munandar, 2001)

- a. Rencana yaitu penentuan tentang aktivitas atau kegiatan yang akan dilakukan diwaktu yang akan datang.
- b. Meliputi seluruh kegiatan program kesehatan yaitu mencakup semua kegiatan-kegiatan yang akan dilakukan pada program/pelayanan kesehatan yang secara garis besar meliputi kegiatan pelayanan individu, kegiatan pelayanan masyarakat, kegiatan manajemen dan kegiatan pengembangan.
- c. Dinyatakan dalam unit moneter yaitu unit (kesatuan) yang dapat diterapkan pada berbagai kegiatan program kesehatan yang beraneka ragam. Adapun unit moneter yang berlaku di Indonesia yaitu rupiah.

d. Jangka waktu tertentu yang akan datang, yang berarti bahwa apa yang dimuat di dalam budget adalah taksiran-taksiran (forecast tentang apa yang akan terjadi serta apa yang akan dilakukan di waktu yang akan datang).

2. Kegunaan penganggaran (Munandar, 2001)

Penganggaran mempunyai tiga kegunaan yaitu :

- a. Sebagai pedoman kerja, penganggaran dapat memberikan arah dan target-target yang harus dicapai oleh kegiatan-kegiatan program/pelayanan kesehatan.
- b. Sebagai alat pengkoordinasian kerja, penganggaran berfungsi sebagai alat pengkoordinasian kerja agar semua bagian yang terdapat dalam institusi kesehatan dapat saling menunjang dan bekerjasama dengan baik untuk mencapai ke sasaran yang telah ditetapkan.
- c. Sebagai alat pengawasan kerja, penganggaran berfungsi sebagai tolok ukur, alat pembanding untuk menilai/ evaluasi realisasi kegiatan program kesehatan.

3. Jenis Belanja (Permendagri, 2006: 13)

Kelompok belanja tidak langsung menurut jenisnya terdiri dari 7 jenis yaitu belanja pegawai, bunga, subsidi hibah, bantuan sosial, belanja bagi hasil, bantuan keuangan, dan belanja tidak terduga. Adapun kelompok Belanja langsung menurut jenisnya dibagi menjadi 3 jenis yaitu belanja pegawai, belanja barang dan jasa, serta belanja modal.

4. Asas-Asas Umum Pengelolaan Keuangan Negara (Undang Undang No.17 tahun 2003)

Dalam rangka mendukung terwujudnya *good governance* dalam penyelenggaraan negara, pengelolaan keuangan negara perlu diselenggarakan secara profesional, terbuka, dan bertanggung jawab sesuai dengan aturan pokok yang telah ditetapkan dalam Undang-Undang Dasar. Sesuai dengan amanat Pasal 23C Undang-Undang Dasar 1945, Undang Undang tentang Keuangan Negara perlu menjabarkan aturan pokok yang telah ditetapkan dalam Undang-Undang Dasar tersebut ke dalam asas-asas umum yang meliputi baik asas-asas yang telah lama dikenal dalam pengelolaan keuangan negara, seperti asas tahunan, asas universalitas, asas kesatuan, dan asas spesialitas maupun asas-asas baru sebagai pencerminan best practices (penerapan kaidah-kaidah yang baik) dalam pengelolaan keuangan negara, antara lain :

- a. akuntabilitas berorientasi pada hasil;
- b. profesionalitas;
- c. proporsionalitas;
- d. keterbukaan dalam pengelolaan keuangan negara;
- e. pemeriksaan keuangan oleh badan pemeriksa yang bebas dan mandiri.

Asas-asas umum tersebut diperlukan pula guna menjamin terselenggaranya prinsip-prinsip pemerintahan daerah sebagaimana yang telah dirumuskan dalam Bab VI Undang-Undang Dasar 1945. Dengan

dianutnya asas-asas umum tersebut di dalam Undang-undang tentang Keuangan Negara, pelaksanaan Undang-undang ini selain menjadi acuan dalam reformasi manajemen keuangan negara, sekaligus dimaksudkan untuk memperkuat landasan pelaksanaan desentralisasi dan otonomi daerah di Negara Kesatuan Republik Indonesia.

5. Pendekatan Penyusunan Anggaran (PMK, 2015: 143)

Beberapa pendekatan penyusunan anggaran sebagai berikut:

a. Pendekatan Penganggaran Terpadu

Penganggaran terpadu merupakan unsur yang paling mendasar bagi penerapan pendekatan penyusunan anggaran lainnya yaitu, PBK dan KPJM. Dengan kata lain bahwa pendekatan anggaran terpadu merupakan kondisi yang harus terwujud terlebih dahulu.

Penyusunan anggaran terpadu dilakukan dengan mengintegrasikan seluruh proses perencanaan dan penganggaran di lingkungan K/L untuk menghasilkan dokumen RKA-K/L dengan klasifikasi anggaran menurut organisasi, fungsi, dan jenis belanja. Integrasi atau keterpaduan proses perencanaan dan penganggaran dimaksudkan agar tidak terjadi duplikasi dalam penyediaan dana untuk K/L baik yang bersifat investasi maupun untuk keperluan biaya operasional. Pada sisi yang lain penerapan penganggaran terpadu juga diharapkan dapat mewujudkan Satuan Kerja (Satker) sebagai satu-satunya entitas akuntansi yang bertanggung jawab terhadap aset dan kewajiban yang

dimilikinya, serta adanya akun (pendapatan dan/atau belanja) untuk satu transaksi sehingga dipastikan tidak ada duplikasi dalam penggunaannya.

b. Pendekatan Penganggaran Berbasis Kinerja

Pendekatan PBK merupakan suatu pendekatan dalam sistem penganggaran yang memperhatikan keterkaitan antara pendanaan dan kinerja yang diharapkan, serta memperhatikan efisiensi dalam pencapaian kinerja tersebut. Yang dimaksud kinerja adalah prestasi kerja yang berupa keluaran dari suatu Kegiatan atau hasil dari suatu Program dengan kuantitas dan kualitas yang terukur. Prinsip utama penerapan PBK adalah adanya keterkaitan yang jelas antara kebijakan yang terdapat dalam dokumen perencanaan nasional dan alokasi anggaran yang dikelola K/L sesuai tugas-fungsinya (yang tercermin dalam struktur organisasi K/L).

c. Kerangka Pengeluaran Jangka Menengah

KPJM adalah pendekatan penyusunan anggaran berdasarkan kebijakan, dengan pengambilan keputusan yang menimbulkan implikasi anggaran dalam jangka waktu lebih dari 1 (satu) tahun anggaran. Sesuai dengan amanat UU 17/2003, dalam penerapan KPJM, K/L menyusun prakiraan maju dalam periode 3 (tiga) tahun ke depan, dan hal tersebut merupakan keharusan yang harus dilakukan setiap tahun, bersamaan dengan penyampaian RKA-K/L.

6. Langkah-Langkah Penyusunan Anggaran (Wijaya, 1995)

- a. Perencanaan,
- b. Perkiraan,
- c. Penyesuaian,
- d. Implementasi dan
- e. Evaluasi

F. Kartu Indonesia Sehat

Pemerintah telah meluncurkan tiga kartu bantuan sosial pada Senin, 3 November 2014 berupa Kartu Indonesia Sehat (KIS), Kartu Indonesia Pintar (KIP), dan Kartu Keluarga Sejahtera. Tiga kartu tersebut menjadi pegangan masyarakat dalam mendapatkan kompensasi atas kenaikan harga BBM yang sempat dinaikkan pemerintah. Kartu Indonesia Sehat (KIS) adalah nama untuk Program Jaminan Kesehatan SJSN (JKN) bagi penduduk Indonesia, khususnya fakir miskin dan tidak mampu serta iurannya dibayarkan oleh pemerintah. Kartu Indonesia Sehat ini dapat digunakan untuk mendapatkan layanan kesehatan gratis di fasilitas kesehatan tingkat pertama dan tingkat lanjutan, sesuai dengan kondisi penyakit yang diderita penerima KIS. KIS akan diberikan kepada anggota Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) sehingga tidak menggeser Sistem JKN. Kartu Indonesia Sehat merupakan program untuk mendapatkan jaminan sosial yang berlaku nasional untuk meningkatkan kesejahteraan masyarakat pra sejahtera. Program KIS merupakan perluasan manfaat secara kualitas dan kuantitas. Kualitas dalam aturan masyarakat pra sejahtera akan mendapat layanan kesehatan melalui dari preventif dan promotif sedangkan secara

kuantitas akan ada penambahan jumlah orang yang sebelumnya tidak bisa ditampung dalam SJSN yang tercatat sebagai Penerima Bantuan Iuran yaitu 86,4 jiwa.

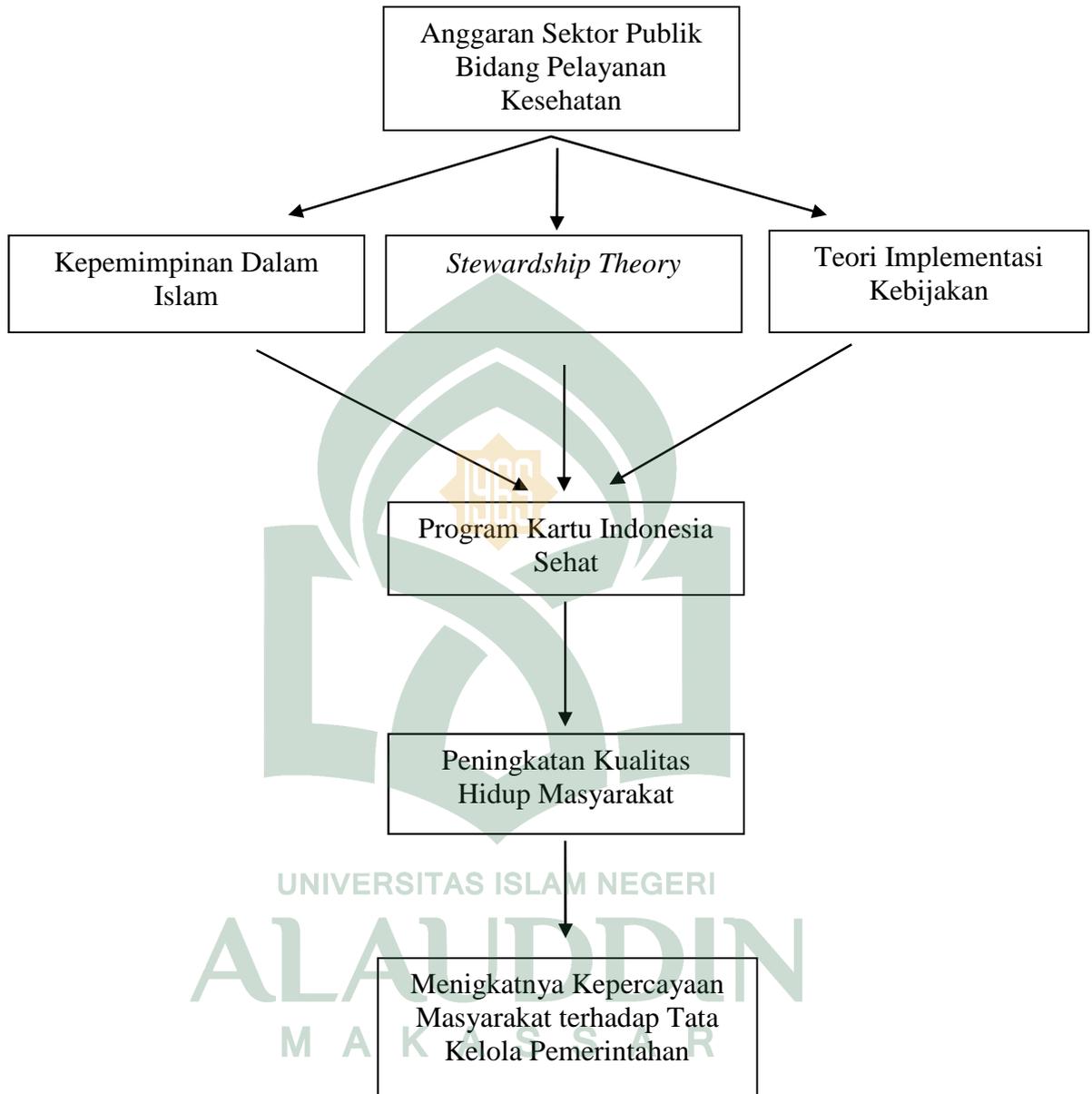
Pelayanan KIS dengan pasien pengguna kartu BPJS kesehatan tidak ada perbedaan, proses pelayanan berada di fasilitas kesehatan primer seperti Puskesmas terlebih dahulu. Setelah itu jika menurut dokter perlu dirawat maka selanjutnya akan dirujuk ke rumah sakit. Khusus untuk gawat darurat pasien bisa mendapat layanan di rumah sakit. Anggaran untuk melaksanakan program KIS menggunakan anggaran PBI setiap periode anggaran.

Landasan Hukum Kartu Indonesia Sehat yaitu Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 40 Tahun 2004 Tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional. Peraturan Presiden Republik Indonesia Nomor 12 Tahun 2013 Tentang Jaminan Kesehatan dan Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 24 Tahun 2011 Tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial.

G. Rerangka Pikir

Rerangka pikir pada penelitian ini disusun berdasarkan jalur proses perealisasi anggaran yang mengharuskan penyelenggaranya memiliki pengetahuan yang memadai mengenai bagaimana mengimplementasikan kebijakannya. Fokus pada penelitian ini yakni pada perealisasi anggaran terhadap peningkatan kesehatan masyarakat. Selanjutnya dengan menggunakan teori *stewardship*, kepemimpinan islam dan teori implementasi kebijakan diharapkan penelitian ini dapat menjelaskan dan memberikan tambahan pemahaman bagi pemerintah selaku pengelola kebijakan. Secara lengkap rerangka pikir penelitian disajikan sebagai berikut:

Gambar 1
Skema Rerangka Pikir



BAB III

METODOLOGI PENELITIAN

A. Jenis Penelitian dan Lokasi Penelitian

1. Jenis Penelitian

Penelitian ini termasuk dalam kelompok penelitian kualitatif. Miles dan Huberman dalam Amaliah (2014), menjelaskan bahwa penelitian kualitatif berusaha mengungkapkan berbagai keunikan yang terdapat pada individu, kelompok, masyarakat atau organisasi dalam kehidupan sehari-hari secara menyeluruh, rinci, dalam dan dapat dipertanggungjawabkan secara ilmiah. Kemudian Ia menyimpulkan bahwa penelitian kualitatif merupakan suatu aktivitas yang menempatkan peneliti di dunia yang memiliki banyak interpretasi sehingga membuat dunia semakin terbuka untuk memberikan pengertian tentang apa yang sebenarnya terjadi. Penelitian kualitatif didasarkan pada dua alasan, pertama permasalahan yang dikaji dalam penelitian ini membutuhkan sejumlah data lapangan yang sifatnya aktual dan kontekstual. Kedua, pemilihan pendekatan ini didasarkan pada keterkaitan masalah yang dikaji dan tidak dapat dipisahkan oleh fakta alamiahnya. Penelitian kualitatif menghasilkan analisis tentang kegiatan, proses atau peristiwa-peristiwa penting (Sudjana, 2009).

Penelitian kualitatif disebut *interpretative inquiry* karena banyak melibatkan faktor subjektif, baik dari informan, subjek penelitian maupun peneliti itu sendiri (Irawan, 2006). Strauss dan Corbin (2003) menyatakan,

bahwa istilah penelitian kualitatif adalah jenis penelitian yang temuannya tidak diperoleh melalui prosedur statistik atau bentuk hitungan lainnya. Dia bisa saja menggunakan data yang dapat dihitung, misalnya data sensus, namun analisisnya bersifat kualitatif.

2. Lokasi Penelitian

Lokasi penelitian pada RSUD Labuang Baji Kota Makassar, yang terletak di Jalan Doktor Sam Ratulangi No. 81 Kecamatan Mamajang Kota Makassar. Penelitian dilakukan di tempat ini adalah karena tempat ini dinilai paling sesuai dengan topik penelitian. RSUD ini merupakan salah rujukan rumah sakit dalam penanganan kesehatan tingkat selanjutnya dari dalam maupun dari luar Kota Makassar.

B. Pendekatan Penelitian

Penelitian ini menggunakan pendekatan etnografi kritis. Menurut Spradley (1997) etnografi kritis adalah pekerjaan mendeskripsikan suatu kebudayaan dimana tujuan utamanya adalah memahami suatu pandangan hidup dari sudut pandang penduduk asli. Menurut Wolcott (1984) dalam Berg (2004), etnografi kritis adalah proses awal yang mencoba untuk mendeskripsikan secara kritis dan meginterpretasikan ekspresi-ekspresi sosial antar manusia dan kelompok-kelompok.

Riset EK bukan sekedar pengamatan atas tingkah laku manusia tetapi juga memaknai tingkah laku tersebut yang dapat dibingkai dalam kehidupan keilmuan akuntansi. Menurut Geertz (1973) dalam Berg (2004), etnografi kritis merupakan sebuah pencarian makna melalui interpretasi informan. Dalam konteks riset akuntansi, metode

etnografi kritis merupakan studi lapangan yang ditujukan untuk menggali *meaning* yang muncul dari interaksi sosial di antara orang-orang di tengah masyarakat yang mempraktekkan akuntansi (Sukoharsono, 2014).

Etnografi kritis dalam penelitian ini ditinjau berdasarkan budaya dari bangsa Indonesia yaitu Undang-undang Dasar 45 dan Pancasila yang mengharapkan kesejahteraan bagi seluruh rakyat Indonesia tanpa terkecuali. Pendekatan ini diharapkan agar segala sesuatu yang telah keluar dari koridor Pancasila dapat dikembalikan dan dikendalikan guna mewujudkan kemerdekaan masyarakat seutuhnya.

C. Jenis dan Sumber Data

1. Jenis Data

Jenis data dari penelitian ini adalah Data Subjek, karena data yang diperoleh dengan melakukan wawancara terhadap subjek. Dalam Indriantoro (2013), menyebutkan bahwa data subjek adalah jenis data penelitian yang berupa opini, sikap, pengalaman atau karakteristik dari seseorang atau sekelompok orang yang menjadi subjek penelitian (reponden). Data subjek, dengan demikian merupakan data penelitian yang dilaporkan sendiri oleh responden secara individual. Data subjek selanjutnya diklasifikasikan berdasarkan bentuk tanggapan (respon) yang diberikan. Yaitu: lisan (verbal), tertulis, dan ekspresi. Penelitian ini diklasifikasikan dalam data subjek lisan (verbal) karena respon verbal diberikan sebagai tanggapan atas pertanyaan yang diajukan oleh peneliti dalam wawancara.

2. Sumber Data

- a. Sumber data yang digunakan adalah data primer, dimana peneliti sendiri secara langsung mencari data dari pihak yang berkompeten, dengan cara melakukan praktik wawancara. Indriantoro (2013) mengatakan bahwa data primer merupakan sumber data penelitian yang diperoleh secara langsung dari sumber asli (tidak melalui media perantara). Data primer dapat berupa opini subjek (orang) secara individual atau kelompok, hasil observasi terhadap suatu benda (fisik), kejadian atau kegiatan, dan hasil pengujian. Data primer dalam penelitian ini didapatkan dengan mewawancarai informan. Adapun informan dalam penelitian ini adalah sebagai berikut:

Tabel 2
Daftar Informan

No	Nama	Jabatan
1	Surviyani	Kepala Sub Bagian Mobilisasi Dana
2	Maryani	Kepala Sub Bagian Penyusunan Program dan Anggaran
3	Ernawati	Perawat
4	Rahmania	Keluarga Pasien

- b. Data sekunder merupakan data yang diperoleh dari sumber yang telah ada atau dengan kata lain data diperoleh secara tidak langsung melainkan melalui media perantara (diperoleh dan dicatat oleh pihak lain). Data sekunder dalam penelitian ini yaitu berupa jurnal-jurnal atau peraturan pemerintah dan berita mengenai permasalahan yang menjadi

panduan dalam memahami data-data penelitian dan dokumen dokumen yang didapatkan.

D. Metode Pengumpulan Data

Untuk mengumpulkan data dalam penelitian ini digunakan dua metode yaitu metode sekunder dan metode primer. Adapun pengumpulan datanya adalah :

1. Wawancara, dilakukan untuk mendapatkan informasi mengenai permasalahan yang diteliti. Wawancara ini dilakukan pada informan yang dianggap kompeten dan memiliki informasi yang dibutuhkan.
2. Penelitian Kepustakaan, kegiatan yang dilakukan dalam penelitian kepustakaan ini adalah melakukan kajian pada sumber bacaan dan berbagai penelitian terdahulu untuk mengetahui kaitan antara penelitian yang penulis lakukan dengan penelitian sebelumnya.
3. Studi Dokumentasi, merupakan pengumpulan data berupa data-data sekunder yang berupa dokumen-dokumen, foto, tabel dan grafik yang memuat penjelasan mengenai perusahaan,
4. *Internet Searching*, dilakukan dengan mengumpulkan berbagai tambahan referensi yang bersumber dari internet guna melengkapi referensi penulis serta digunakan untuk menemukan fakta atau teori berkaitan masalah yang diteliti.

E. Instrumen Penelitian

Instrumen yang digunakan dalam penelitian ini adalah alat perekam yang mendukung dalam kegiatan wawancara kepada responden. Serta alat tulis untuk

menulis jawaban dari responden sebagai antisipasi jika terjadi kesalahan pada alat perekam yang digunakan untuk mewawancarai dan laptop untuk mencari artikel ataupun jurnal yang terkit dengan penelitian. Namun, dalam penelitian kualitatif instrument terpenting adalah diri peneliti itu sendiri.

F. Metode Analisis Data

1. Reduksi Data

Mereduksi data berarti merangkum, memilih hal-hal yang pokok, memfokuskan pada hal-hal yang penting, dicari tema dan polanya dan membuang yang tidak perlu (Sugiyono, 2009). Reduksi data bisa dilakukan dengan jalan melakukan abstraksi. Abstraksi merupakan usaha membuat rangkuman yang inti, proses dan pernyataan-pernyataan yang perlu dijaga sehingga tetap berada dalam data penelitian (Moeleng, 2007). Dengan kata lain proses reduksi data ini dilakukan oleh peneliti secara terus menerus saat melakukan penelitian untuk menghasilkan catatan-catatan inti dari data yang diperoleh dari hasil penggalian data.

2. Penyajian data

Menurut Idrus (2009) bahwa penyajian data adalah sekumpulan informasi tersusun yang memberi kemungkinan adanya penarikan kesimpulan. Langkah ini dilakukan dengan menyajikan sekumpulan informasi yang tersusun yang memberi kemungkinan adanya penarikan kesimpulan. hal ini dilakukan dengan alasan data-data yang diperoleh selama proses penelitian kualitatif biasanya

berbentuk naratif, sehingga memerlukan penyederhanaan tanpa mengurangi isinya.

3. Kesimpulan atau verifikasi

Kesimpulan atau verifikasi adalah tahap akhir dalam proses analisa data. Pada bagian ini peneliti mengutarakan kesimpulan dari data-data yang telah diperoleh. Kegiatan ini dimaksudkan untuk mencari makna data yang dikumpulkan dengan mencari hubungan, persamaan, atau perbedaan. Penarikan kesimpulan bisa dilakukan dengan jalan membandingkan kesesuaian pernyataan dari subyek penelitian dengan makna yang terkandung dengan konsep-konsep dasar dalam penelitian tersebut.

G. Uji Keabsahan Data

Dalam penelitian kualitatif, pengujian keabsahan data untuk mendapatkan nilai kebenaran terhadap penelitian disebut juga dengan uji kredibilitas (*credibility*). Uji kredibilitas data atau kepercayaan terhadap data hasil penelitian kualitatif dapat dilakukan antara lain dengan cara perpanjangan pengamatan, peningkatan ketekunan dalam penelitian, triangulasi, diskusi dengan teman sejawat, analisis kasus negatif, dan membercheck. Namun karena penelitian ini menggunakan berbagai sumber data dan teori dalam menghasilkan data dan informasi yang akurat, maka cara yang tepat digunakan adalah dengan menggunakan metode triangulasi. Terkait dengan pemeriksaan data, triangulasi berarti suatu teknik pemeriksaan keabsahan data yang dilakukan dengan cara memanfaatkan hal-hal (data) lain untuk pengecekan atau perbandingan data (Moleong, 2001). Triangulasi meliputi empat hal yaitu triangulasi

metode, triangulasi antar peneliti, triangulasi sumber dan triangulasi teori. Namun peneliti hanya menggunakan tiga dari empat jenis triangulasi untuk menyelaraskan dengan penelitian ini, yaitu :

1. Triangulasi metode

Dilakukan dengan cara membandingkan informasi atau data dengan cara yang berbeda. Dalam penelitian kualitatif peneliti menggunakan metode wawancara, observasi, dan survei. Untuk memperoleh kebenaran informasi yang handal dan gambaran yang utuh mengenai informasi tertentu, peneliti bisa menggunakan metode wawancara dan observasi atau pengamatan untuk mengecek kebenarannya. Selain itu, peneliti juga bisa menggunakan informan yang berbeda untuk mengecek kebenaran informasi tersebut. Triangulasi tahap ini dilakukan jika data atau informasi yang diperoleh dari subjek atau informan penelitian diragukan kebenarannya.

2. Triangulasi sumber data

Yaitu menggali kebenaran informasi tertentu melalui berbagai metode dan sumber perolehan data. Misalnya, selain melalui wawancara dengan informan, peneliti bisa menggunakan sumber data pendukung lainnya seperti dokumen tertulis, arsip, dokumen sejarah, catatan resmi, catatan atau tulisan pribadi dan gambar atau foto. Tentu masing-masing cara itu akan menghasilkan bukti atau data yang berbeda, yang selanjutnya akan memberikan pandangan (*insights*) yang berbeda pula mengenai

fenomena yang diteliti. Berbagai pandangan itu akan melahirkan keluasan pengetahuan untuk memperoleh kebenaran handal.

3. Triangulasi Teori

Adalah hasil akhir penelitian kualitatif berupa sebuah rumusan informasi atau *thesis statement*. Informasi tersebut selanjutnya dibandingkan dengan perspektif teori yang relevan untuk menghindari bias individual peneliti atas temuan atau kesimpulan yang dihasilkan. Selain itu, triangulasi teori dapat meningkatkan kedalaman pemahaman asalkan peneliti mampu menggali pengetahuan teoretik secara mendalam atas hasil analisis data yang telah diperoleh.



BAB IV

HASIL DAN PEMBAHASAN

A. Hasil Penelitian

1. Gambaran Umum Rumah Sakit Umum Daerah Labuang Baji Kota Makassar

a. Sejarah Rumah Sakit Umum Daerah Labuang Baji Kota Makassar

Rumah Sakit Umum Labuang Baji didirikan pada tahun 1938 oleh Zending Gereja Geroformat Surabaya, Malang dan Semarang sebagai Rumah Sakit Zending. Rumah sakit ini di resmikan pada tanggal 12 juli 1938 dengan kapasitas tempat tidur yang tersdia pada saat itu adalah 25 buah.

Pada masa Perang Dunia II, Rumah Sakit ini digunakan oleh Pemerintah Kotapraja Makassar untuk menampung para penderita korban perang tahun 1946 – 1948. Rumah Sakit Umum Labuang Baji mendapat bantuan dari pemerintah Indonesia Timur, dengan merehabilitasi gedung–gedung yang hancur akibat perang, dan digunakan untuk menampung korban akibat perang tersebut.

Pada tahun 1949 – 1951, Zending mendirikan bangunan permanen, sehingga kapasitas tempat tidur menjadi 120 buah. Pada tahun 1952 – 1955, oleh Pemerintah Daerah Kotapraja Makassar diberikan tambahan beberapa bangunan ruang sehingga kapasitas tempat tidur menjadi 190 buah.

Sejak tahun 1955 Rumah Sakit Labuang Baji dibiayai oleh Pemerintah Daerah Tingkat I Sulawesi Selatan. Pada tahun 1960 oleh Zending Rumah Sakit Umum Labuang Baji diserahkan dan menjadi milik Pemerintah Daerah Tingkat I Sulawesi Selatan dengan klasifikasi Rumah Sakit Kelas C.

Terhitung mulai tanggal 16 Januari 1996 melalui Peraturan Daerah Propinsi Dati I Sulawesi Selatan Nomor; 2 tahun 1996 kelas Rumah Sakit ditingkatkan dari Rumah Sakit kelas C menjadi kelas B non pendidikan. Peraturan daerah tersebut oleh Menteri Dalam Negeri bulan Agustus 1996. Untuk struktur kelas B non pendidikan tersebut Direktur sebagai Pemimpin Rumah Sakit dilantik dan dilakukan pada tanggal 13 Juni 1998, sedangkan Personalia yang mengisi struktur tersebut dilantik dan dikukuhkan pada tanggal 12 Mei 1999. Terakreditasi 5 bidang pelayanan pada tahun 2000, dan pada tanggal 13 September 2002 melalui PERDA Prov. Sul-Sel No. 6/Tahun 2002 RSUD Labuang Baji berubah status dari rumah sakit kelas B non pendidikan menjadi BP RSUD Labuang Baji yang berada di bawah dan bertanggung jawab langsung kepada Gubernur melalui Sekretaris Daerah. Kepala badan serta pejabat yang mengisi struktur organisasi badan pengelola tersebut di angkat melalui SK Gubernur Sulsel No. 821.22.158 yang ditetapkan di Makassar pada tanggal 14 November 2002 dan dilantik tanggal 22 Desember 2002.

Desember 2004 terakreditasi (yg kedua kalinya) 12 bidang pelayanan dengan status akreditasi penuh RSUD. Labuang Baji Provinsi Sulawesi

Selatan melalui Peraturan Daerah Nomor : 9 Tahun 2008 tanggal 21 Juli 2008 sebagai implementasi Peraturan Pemerintah Nomor 41 Tahun 2007.

Februari 2012 terakreditasi (yang ketiga kalinya) 16 bidang pelayanan dengan Predikat Lulus Tingkat Lengkap yang berlaku tanggal 17 Februari 2012 s/d 17 Februari 2015. Keputusan Gubernur Sulawesi Selatan Nomor 2130/VIII/2012 tentang Penetapan RSUD. Labuang Baji Provinsi Sulawesi Selatan sebagai Satuan Kerja Perangkat daerah Untuk Menerapkan Pola Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah Secara Penuh.

Sertifikasi Pelayanan Publik Predikat Kepathan oleh OMBUDSMAN RI termasuk 10 terbaik. Dan evaluasi kriteria Penilaian oleh BPKP Sulsel dengan Predikat Bersih Tipe A Tahun 2014

b. Fisik Bangunan

- 1) Alamat : Jl. Dr. Ratulangi No.81 Kota Makassar (90133)
- 2) Luas tanah : 14.404 m² (pengukuran BPN, sesuai sertifikat)
- 3) Luas bangunan : 22.738,1 m²
- 4) Luas lahan parkir : 1.960 m²

c. Struktur Organisasi Rumah Sakit

- 1) Direktur
- 2) Wakil Direktur Medik dan Keperawatan
 - a) Bidang Pelayanan Medik
 - (1) Seksi Perencanaan dan Pengembangan Pelayanan Medik
 - (2) Seksi Monitoring dan Evaluasi Pelayanan Medik

- b) Bidang Pelayanan Keperawatan
 - (1)Seksi Perencanaan dan Pengembangan Pelayanan Keperawatan
 - (2)Seksi Monitoring dan Evaluasi Pelayanan Keperawatan
- c) Bidang Fasilitas Medik dan Keperawatan
 - (1)Seksi Perencanaan dan Pengembangan Fasilitas Medik dan Keperawatan
 - (2)Seksi Monitoring dan Evaluasi Fasilitas Medik dan Keperawatan
- 3) Wakil Direktur Umum, Sumber Daya Manusia dan Pendidikan
 - a) Bagian Umum
 - (1)Sub Bagian Tata Usaha
 - (2)Sub Bagian Rumah Tangga
 - b) Bagian Sumber Daya Manusia
 - (1)Sub Bagian Perencanaan dan Pengembangan
 - (2)Sub Bagian Mutasi dan Kesejahteraan
 - c) Bagian Pendidikan dan Penelitian
 - (1)Sub Bagian Perencanaan dan Pengembangan
 - (2)Sub Bagian Monitoring dan Evaluasi
- 4) Wakil Direktur Keuangan
 - a) Bagian Perencanaan dan Anggaran
 - (1)Sub Bagian Penyusunan Program dan Anggaran
 - (2)Sub Bagian Evaluasi dan Pelaporan
 - b) Bagian Perbendaharaan dan Mobilisasi Dana

- (1) Sub Bagian Perbendaharaan
- (2) Sub Bagian Mobilisasi Dana
- c) Bagian Akuntansi
 - (1) Sub Bagian Akuntansi Keuangan
 - (2) Sub Bagian Akuntansi Manajemen dan Verifikasi

d. Visi-Misi, Tujuan, Motto, Falsafah dan Nilai

1) Visi

Rumah sakit unggulan Sulawesi Selatan

2) Misi

- a) Mewujudkan profesionalisme SDM
- b) Meningkatkan sarana dan prasarana rumah sakit
- c) Memberikan pelayanan prima
- d) Efisiensi biaya rumah sakit
- e) Meningkatkan kesejahteraan karyawan

3) Tujuan

Memberikan kepuasan kepada semua pelanggan agar tercipta citra baik Rumah Sakit Umum Daerah Labuang Baji.

4) Motto

“S I P A K A B A J I”: SIAP DENGAN PELAYANAN KOMUNIKATIF, BERMUTU, AMAN, JUJUR DAN IKHLAS

5) Falsafah

Bahwa kesehatan jasmani maupun rohani merupakan hak setiap orang, oleh karena itu rumah sakit berusaha untuk memberikan pelayanan kesehatan yang terbaik kepada masyarakat, baik bersifat penyembuhan, pemulihan, pencegahan maupun peningkatan serta ditunjang oleh kualitas daya manusia yang memadai.

6) Nilai

- a) Kejujuran
- b) Tanggung jawab
- c) Disiplin dan kerjasama
- d) Kesetiaan

e. Sumber Daya Manusia RSUD Labuang Baji

Tabel 3
SDM RSUD Labuang Baji

Jenis Tenaga	Jlh	Jenis Tenaga	Jlh
Dokter Umum	19	D3 Gizi	8
Dokter PPDS	4	D1 Gizi	3
Dokter Spesialis Bedah	3	S1 Fisioterapi	1
Dokter Spesialis Interna	5	D3 Fisioterapi	3
Dokter Spesialis Anak	4	D3 Radiografer	8
Dokter Spesialis Obgyn	4	D3 Perkam Medik	1
Dokter Spesialis Radiologi	3	D3 Teknisi Eletromedik	3
Dokter Spesialis Anestes	2	D3 Analis Kesehatan	6
Dokter Spesialis Pat.Klinik	3	D4 Kep Anestesi	1
Dokter Spesialis Jiwa	1	D3 Kesehatan Gigi	2
Dokter Spesialis Mata	2	Akademi Farmasi	3
Dokter Spesialis THT	4	SPTG	1

Dokter Spesialis Kulit & Kelamin	3	SMAK	10
Dokter Spesialis Jantung	2	SMA Kimia	1
Dokter Spesialis Paru	1	S2 Manajemen	4
Dokter Spesialis Saraf	2	S2 Administrasi Publik	5
Dokter Spesialis Orthoped	1	S2 Administrasi Kesehatan	2
Dokter Spesialis Pa. Anat	1	S1 Ekonomi/Akuntansi	16
Dokter Spesialis Urologi (Part Timer)	1	S1 Administrasi	5
Dokter Gigi Spesialis	1	S1 Sosial	7
Dokter Gigi	8	S1 Hukum	2
Dokter/Dokter Gigi MHA/MARS		S1 Komputer	9
Dokter/Dokter Gigi S2/S3 Kes Mas	3	S1 Manajemen Industri	2
Dokter Konsultan Gizi	1	D3 Komunikasi	1
Dokter Konsultan Penyakit dalam	2	D3 Bahasa & Seni	1
Dokter Spesialis Rehab Medik (Partimer)	1	D3 Pariwisata	2
S1 Keperawatan	68	D3 Tata Boga	1
D4 Keperawatan	15	D3 Sastra	1
D4 Kebidanan	7	D3 Manj. Keuangan	2
Akper/D3 Keperawatan	12 6	D1 Informatika RS	1
Akbid/D3 Kebidanan	12	Pekarya Kesehaatan	2
SPK	16	SMA/SMU/SLTA	68
Perawat Bidan	2	SMEA	7
SPRG	4	STM	10
Apoteker	12	SMKK / SMTK	24
S1 Farmasi	4	Madrasyah Aliyah (MA)	3
Akademi Farmasi (AKFAR)	3	SMPS	1

SMF	4	SMEP	1
S2 Kesehatan Masyarakat	4	KPAA	1
S1 Kesehatan Masyarakat	9	SMP	19
D3 Sanitarian/AKL	5	MtsN	1
D1 Sanitarian/SPPH	2	SD	10
S2 Gizi	1	S1 Gizi	6
Jumlah (PNS+Titipan+Partimer+Konsultan+Swakelola) : 772			

Sumber: Profil RSUD Labuang Baji Tahun 2017

f. Cara Penentuan Tarif RSUD Labuang Baji

- 1) Survey harga pasar (Disperindag)
- 2) Keadaan social masyarkat (BPS)
- 3) Penetapan unit *cost* penyakit oleh setiap SMF
- 4) Status RS umum dan RS khusus (Dinas Kesehatan)
- 5) PERDA Provinsi Sulsel (RS, Dinas Kesehatan, Dispenda)
- 6) Peraturan Gubernur Sulsel
- 7) Keputusan- keputusan lainnya yang merupakan bagian yang tidak terpisahkan

g. Fasilitas Medik Rumah Sakit

- 1) Instalasi rawat jalan

Tabel 4
Fasilitas Medik Rawat Jalan

Poliklinik Mata	Poliklinik Endokrin
Poliklinik Bedah	Poliklinik THT
Poliklinik Paru dan TB	Poliklinik Kulit & Kelamin

Poliklinik Kebidanan & Kandungan/KB	Poliklinik Konsultasi Gizi
Poliklinik KIA dan Laktasi	Poliklinik Jiwa
Poliklinik Penyakit Dalam	Poliklinik Anak
Poliklinik Saraf	Unit Hemodialisa
Poliklinik Kardiologi	Apotek Rawat Jalan
Poliklinik Gigi dan Mulut	General Chek Up
Poliklinik Fisioterapi	Poliklinik Jantung
Poliklinik Paru Poliklinik Bedah Urologi	Poliklinik Bedah Orthopedi

Sumber: Profil RSUD Labuang Baji Tahun 2017

2) Instalasi rawat inap

Tabel 5
Fasilitas Medik Rawat Inap

Ruangan	Jumlah Tempat Tidur
PAVILIUM	3 Tempat tidur
VVIP	4 Tempat tidur
VIP	7 Tempat tidur
Kelas I	44 Tempat tidur
Kelas II	51 Tempat tidur
Kelas III	222 Tempat tidur
ICU	8 Tempat tidur
Hemodialisa	9 Tempat tidur
CVCU	8 Tempat tidur
RPK	6 Tempat tidur

IRD	13 Tempat tidur
Jumlah	374 Tempat tidur

Sumber: Profil RSUD Labuang Baji Tahun 2017

3) Pelayanan penunjang medik

- a) Instalasi Rawat Darurat (IRD)
- b) Instalasi Rawat Intensive (ICU)
- c) Instalasi Rehabilitasi Medik
- d) Instalasi Bedah Sentral
- e) Instalasi Radiologi
- f) Instalasi Patologi Klinik
- g) Instalasi Patologi Anatomi
- h) Instalasi Rawat Intensif
- i) Instalasi Farmasi
- j) Instalasi Gizi
- k) Instalasi Pemeliharaan Sarana RS
- l) Instalasi Forensik & Pemulasaran Jenazah
- m) Instalasi Rekam Medik
- n) Instalasi CSSD

B. Pembahasan

1. Proses Realisasi Anggaran Sektor Publik Pada Penerapan Kartu Indonesia

Sehat

Program Jaminan Kesehatan Nasional yang merupakan produk andalan pemerintah pada era Bapak Joko Widodo ini digadang-gadang akan menjadi pemecah kebuntuan terhadap permasalahan pelik dalam pelayanan kesehatan yang telah lama dirasakan. Permasalahan panjang mengenai ketimpangan pelayanan kesehatan sangatlah menjadi permasalahan yang turun temurun diwariskan oleh pemerintah-pemerintah sebelumnya tanpa ada penyelesaian yang teruji. Terlalu beragamnya program kesehatan dari setiap pemimpin yang memegang jabatan dinilai menyebabkan kesemrawutan program dan peraturan yang ditetapkan. Terlebih lagi meningkatkan kebingungan masyarakat terhadap program yang begitu beragam tersebut sehingga mengakibatkan jalannya program tersebut tak berjalan dengan semestinya. Sosialisasi terkait program baru pun begitu kurang, misalnya program KIS ini.

Hal tersebut senada dengan perkataan seorang keluarga pasien yang bernama Rahmania yang merupakan pasien rujukan dari Kabupaten Sinjai menyatakan bahwa:

“Kami hanya disuruh datang ke kantor desa membawa kartu keluarga dan KTP lalu didata dan diberikanlah kartu KIS ini tanpa adanya sosialisasi sebelumnya mengenai dari mana kartu ini berasal dan bagaimana cara penggunaannya, kami hanya tahu penggunaannya dari mulut ke mulut saja”

Masalah juga bukan hanya dihadapi oleh pemerintah maupun masyarakat tetapi juga oleh orang yang memberikan pelayanan tersebut. Pengetahuan para pelayan masyarakat tentang program-program yang di laksanakan memiliki kebingungan dalam memberikan pelayanan. Hal ini mengakibatkan pertentangan di dalam batin para pelayan ini dikarenakan di satu sisi ia harus menolong manusia yang

membutuhkan pelayan kesehatan yang segera dan disisi lain harus mengikuti kemauan manajemen dalam hal ini manajemen rumah sakit itu sendiri dalam administrasi kesehatan. Administrasi diketahui disini sesuatu yang harus dilakukan terlebih dahulu guna ingin mendapatkan pelayanan kesehatan. Hal ini yang merupakan kesemrautan pelayanan kesehatan di negeri ini.

Kesemrautan dalam pelayanan kesehatan secara tidak langsung menyebabkan kesemrautan dalam proses perealisasi anggaran. Indikator pengukuran anggaran tidak berjalan efektif karena anggaran tidak terealisasi dengan baik dan tidak sesuai dengan harapan pada waktu perencanaan anggaran. Kesemrautan ini menyebabkan banyaknya pos pos anggaran yang tak terpakai yang dapat menimbulkan penyimpangan anggaran oleh oknum oknum nakal yang bermain di dalamnya.

Permasalahan dalam program pelayanan kesehatan bukan berfokus pada permasalahan administrasi semata, melainkan pula pada aspek fasilitas pelayanan itu sendiri. Penyebab gagalnya perealisasi anggaran dikarenakan penyusun anggaran yang hanya memikirkan satu aspek saja tanpa mempertimbangkan aspek lainnya. Walaupun anggaran untuk pelayanan kesehatan terus meningkat setiap periode anggaran tanpa diimbangi dengan fasilitas yang sesuai, peningkatan kesejahteraan masyarakat Indonesia hanya angan angan. Maka dalam kondisi seperti ini pemerintah sebagai pucuk pemerintahan tertinggi memiliki andil yang besar untuk memecahkan kebuntuan yang berlarut larut dari periode keperiode pemerintahan sebelumnya.

Penyusunan anggaran layaknya roh yang menggerakkan jalannya suatu negara. Penyusunan anggaran yang tidak mempertimbangkan aspek kebutuhan masyarakat

negara itu sendiri akan menimbulkan berbagai permasalahan yang sangat beresiko. Kemunduran suatu bangsa merupakan permasalahan yang sangat parah dikarenakan penyusunan anggaran yang buruk.

Tinggi rendahnya nilai suatu anggaran bukan merupakan suatu alat ukur yang efektif dalam memprediksi peningkatan kesejahteraan masyarakat ke depannya. Anggaran itu harus bermanfaat bagi semua orang. Keefektifan anggaran dinilai baik jika anggaran tersebut sudah tepat sasaran dan tepat guna.

Negara sebagai suatu organisasi publik selain mempunyai tujuan (*goals*) yang harus direalisasikan, ia juga mempunyai berbagai permasalahan yang harus diatasi, dikurangi atau dicegah. Permasalahan tersebut bisa berasal dari masyarakat itu sendiri, bisa juga berasal sebagai dampak negatif dari kebijakan yang diambil oleh pemerintah (Tachjan, 2006). Dengan demikian, karena masalah-masalah publik tidak bisa diatasi secara perorangan dan di samping itu dikehendaki pemecahan secara efektif dan efisien, maka mensyaratkan adanya proses perumusan masalah dan penetapan kebijakan. Hal ini dimaksudkan agar sekali suatu kebijakan publik ditetapkan dan diimplementasikan maka dampak positifnya akan dirasakan oleh publik secara luas, termasuk oleh pembuat kebijakan itu sendiri. Idealnya, keberhasilan pemerintah dalam membuat kebijakan tidaklah semata-mata hanya didasarkan atas pertimbangan atau ukuran efisien, prinsip-prinsip ekonomi dan administrasi, akan tetapi harus pula didasarkan kepada pertimbangan pertimbangan etika dan moral (Saefullah, 1996).

a. Implementasi Pelayanan Program Kesehatan Kartu Indonesia Sehat

Dalam implementasi suatu kebijakan dibutuhkan kejelasan tentang alur proses pelaksanaan kebijakan tersebut. Alur yang rumit akan mempersulit jalannya suatu program, secara tidak langsung dapat membuka kesempatan terjadinya penyelewengan. Peraturan dan sosialisasi yang kurang juga menambah kebingungan dalam dalam pemanfaatan program tersebut. Sebaliknya alur yang singkat, sederhana dan mudah dipahami dapat memperlancar dan mempermudah jalannya pelayanan kesehatan yang lebih optimal. Alur prosedur pelayanan kesehatan pasien pemegang kartu KIS-PBI di RSUD Labuang Baji terbilang sederhana dan tidak berbelit belit. Hal tersebut senada dengan perkataan Ibu Ernawati selaku seorang perawat di Rumah Sakit tersebut yang menyatakan bahwa:

“Pada saat sekarang ini pasien KIS-PBI lebih dipermudah dalam hal pengobatan, tidak lagi harus membawa kartu keluarga dan ktp lagi, pasien hanya membawa kartu KIS saja dan surat rujukan dari faskes tingkat pertama untuk pasien rawat jalan dan bagi calon pasien rawat inap hanya memerlukan berkas yang berasal dari rumah sakit ini sendiri serta diberikan waktu selama 3 x 24 jam dan apabila pasien tersebut dalam keadaan darurat dapat ditangani langsung tanpa melengkapi berkas-berkasnya terlebih dahulu”

Penyataan tersebut diperkuat oleh tanggapan seorang keluarga pasien pengguna kartu KIS-PBI yang bernama Rahmania yang memberikan pernyataan sebagai berikut:

“Saya pasien rujukan dari rumah sakit di Kabupaten Sinjai, ketika saya datang kesini saya hanya dimintai berkas rujukan dari rumah sakit sebelumnya dan kartu KIS saja, lalu saya langsung ditangani oleh perawatnya”

Kedua pernyataan di atas mempertegas dan menepis anggapan berbagai pihak bahwa pelayanan kesehatan pada pasien pemegang kartu KIS-PBI masihlah rumit dan tidak efektif. Dari informasi di atas dapat diketahui bahwa pada dasarnya masyarakat hanya ingin dilayani dengan baik tanpa adanya perbedaan yang dilakukan kepada mereka dan tenaga medis baik di faskes tingkat pertama maupun di RS juga telah mengupayakan untuk pemberian pelayanan yang optimal kepada masyarakat. Sesuai dengan dasar-dasar yang berlaku dan bertindak sesuai aturan yang berlaku, ketersediaan tenaga kesehatan yang memadai juga merupakan syarat mutlak dalam melakukan tindakan kesehatan. Hal tersebut sejalan dengan peranan tenaga kesehatan menurut Undang-Undang No. 36 tahun 2014 bahwa tenaga kesehatan memiliki peranan penting untuk meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan yang maksimal kepada masyarakat agar masyarakat mampu untuk meningkatkan kesadaran, kemauan, dan kemampuan hidup sehat sehingga akan terwujud derajat kesehatan yang setinggi-tingginya sebagai investasi bagi pembangunan sumber daya manusia yang produktif secara sosial dan ekonomi serta sebagai salah satu unsur kesejahteraan umum sebagaimana dimaksud dalam Pembukaan Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945.

- b. Alur Prosedur Klaim RSUD Labuang Baji Kepada Pihak Penyelenggara JKN-KIS

Layaknya seorang pasien yang membutuhkan pelayanan yang memadai, maka rumah sakit pun seperti itu. Setelah melayani pasien, rumah sakit memiliki hak untuk diberikan balas jasa atas pelayanannya. Pendapatan utama rumah sakit berasal dari balas jasa atas pelayanan yang telah diberikan. Namun bukan berarti pihak rumah sakit memanfaatkan hal tersebut untuk meraup keuntungan yang sebesar besarnya. Melainkan dana tersebut digunakan untuk membayar pengeluaran rumah sakit yang berasal dari pelayanan yang diberikannya itu sendiri.

Tahun 2014 pemerintah mewajibkan seluruh rumah sakit yang berada di bawah naungan pemerintah se Indonesia harus telah bekerja sama dengan BPJS. Dalam pelaksanaannya, pemerintah telah menunjuk BPJS Kesehatan sebagai penyelenggara. BPJS Kesehatan merupakan lembaga yang ditugaskan untuk mengurus dan menangani seluruh asuransi kesehatan masyarakat Indonesia baik yang dananya bersumber dari iuran masyarakat itu sendiri maupun dana yang bersumber dari anggaran negara. Jumlah penerima KIS bertambah karena juga menanggung penyandang masalah kesejahteraan sosial yang selama ini tak masuk data penerima bantuan iuran seperti para gelandangan. Hal tersebut dinyatakan oleh pernyataan ibu Surviyani yaitu:

“Pada 1 Januari 2014 rumah sakit Labuang Baji telah melakukan perjanjian kerja sama dengan pihak BPJS, hal ini dikarenakan adanya perintah dari pusat bahwa pada tahun 2014 rumah sakit yang berada di bawah naungan pemerintah harus telah bekerja sama dengan BPJS”

Dari perjanjian kerja sama dengan pihak BPJS, maka pihak rumah sakit Labuang Baji menyusun suatu *Standar Operating Prosedur* (SOP) mengenai:

- 1) Pengajuan klaim pasien rawat inap rumah sakit Labuang Baji berdasarkan SOP pengajuan klaim pelayanan program JKN/ BPJS (rawat inap):

Tabel 6
SOP pengajuan klaim pelayanan program JKN/ BPJS (rawat inap)

	Uraian Prosedur	Pelaksana	Keterangan
1	Membuat Surat Eligibilitas Pasien (SEP) pasien rawat inap	Petugas pembuat SEP	SEP dibuat pada saat pasien di rawat inap
2	Membuat perincian biaya rawat inap	Petugas administrasi ruangan rawat inap	Perincian biaya rawat inap dibuat setelah pasien dinyatakan pulang (sesuai tariff RS) sebagai pembanding tarif INA-CBGs
3	<ol style="list-style-type: none"> 1) Melakukan verifikasi berkas rekam medis 2) Memberi kode diagnosa & kode tindakan 3) Melakukan entry data dengan <i>software</i> INA CBGs 	Petugas <i>entry data</i>	Batas waktu penyerahan berkas ke BPJS center adalah tanggal 10 setiap bulan
4	Melakukan verifikasi berkas klaim	Petugas BPJS center di RS	Berkas akan dikembalikan oleh petugas BPJS center kepada petugas

			entry jika belum lengkap
5	Membuat rekapitulasi FPK dan umpan balik	Petugas BPJS center di RS	Rekap FPK dan umpan balik diserahkan kepada kepala sub mobilisasi dana untuk diketahui jumlah klaim pada saat itu
6	Menyetujui dan menandatangani rekap FPK dan umpan balik	Direktur	FPK beserta <i>softcopy</i> akan diserahkan ke BPJS KC Makassar oleh petugas BPJS center
7	Melakukan pengecekan dan klaim yang telah ditransfer ke rekening RS di Bank Sulsel-bar (kantor cabang)	Bendahara penerima	

Sumber: SOP Pengajuan Klaim Pelayanan Program JKN/ BPJS (Rawat Inap)

- 2) Pengajuan klaim pasien rawat jalan rumah sakit Labuang Baji berdasarkan SOP pengajuan klaim pelayanan program JKN/ BPJS (rawat jalan):

Tabel 7
SOP pengajuan klaim pelayanan program JKN/ BPJS (rawat jalan)

	Uraian Prosedur	Pelaksana	Keterangan
1	Membuat Surat Eligibilitas Pasien (SEP) pasien rawat jalan	Petugas pembuat SEP	SEP dibuat pada saat pasien berkunjung ke RS untuk mendapatkan pelayanan rawat

			jalan
2	Membuat perincian biaya rawat jalan	Petugas administrasi ruangan rawat jalan	Perincian biaya rawat jalan dibuat setelah pasien dinyatakan pulang (sesuai tarif RS) sebagai pembanding tarif INA-CBGs
3	<ol style="list-style-type: none"> 1) Melakukan verifikasi berkas rawat jalan 2) Memberi kode diagnosa & kode tindakan 3) Melakukan entry data dengan <i>software</i> INA CBGs 	Petugas <i>entry data</i>	Batas waktu penyerahan berkas ke BPJS center adalah tanggal 10 setiap bulan
4	Melakukan verifikasi berkas klaim	Petugas BPJS center di RS	Berkas akan dikembalikan oleh petugas BPJS center kepada petugas entry jika belum lengkap
5	Membuat rekapitulasi FPK dan umpan balik	Petugas BPJS center di RS	Rekap FPK dan umpan balik diserahkan kepada kepala sub mobilisasi dana untuk diketahui jumlah klaim pada saat itu
6	Menyetujui dan menandatangani rekap FPK dan umpan balik	Direktur	FPK beserta <i>softcopy</i> akan diserahkan ke BPJS KC Makassar oleh petugas BPJS center
7	Melakukan pengecekan dan klaim yang telah	Bendahara penerima	

	ditransfer ke rekening RS di Bank Sulsel-bar (kantor cabang)		
--	--	--	--

Sumber: SOP Pengajuan Klaim Pelayanan Program JKN/ BPJS (Rawat Jalan)

Pada setiap program yang menyangkut dengan anggaran pasti tidak luput dari yang namanya permasalahan. Permasalahan tersebut biasanya menghambat proses jalannya suatu pelayanan. Kendala yang sering dihadapi oleh rumah sakit Labuang Baji setiap mengajukan klaim kepada BPJS dalam hal program kartu KIS ini menurut ibu Surviyani yaitu:

“Sebenarnya hanya dalam pelayanan rawat inap saja yang cenderung bermasalah dalam hal pengklaimannya, hal ini biasanya terjadi dikarenakan oleh adanya perbedaan pendapat mengenai kelengkapan berkas diagnosa atau biasa disebut resume medis pasien yang telah berobat, dan hal tersebut akan mengakibatkan kerugian pada pihak rumah sakit dikarenakan tidak disetujuinya berkas klaim tersebut oleh pihak BPJS dan biaya pengobatan tersebut menjadi tanggungan pihak rumah sakit sendiri”

Tetapi pendapat tersebut tidak dapat menyimpulkan bahwa jika melaksanakan program pemerintah dan melakukan kerja sama dengan pihak pemerintah atau yang disini diwakili oleh pihak BPJS hanya merugikan pihak rumah sakit itu sendiri, melainkan terdapat sisi positif yang begitu berdampak terhadap pendapatan rumah sakit. Hal ini senada dengan perkataan yang disampaikan oleh ibu Surviyani yaitu:

“Hal yang positif yang didapatkan oleh rumah sakit dari kerja samanya dengan pihak BPJS yaitu adanya surplus yang didapatkan pihak rumah sakit ketika klaimnya telah disetujui oleh pihak BPJS, adanya surplus ini dikarenakan selisih biaya pengobatan yang di keluarkan oleh pihak rumah sakit yang dikelola oleh bagian *case mix* lebih rendah dari biaya

yang yang telah ditetapkan oleh kementerian kesehatan Republik Indonesia dan hal tersebut berlaku secara nasional”

Adapun nilai klaim RSUD Labuang Baji kepada pihak BPJS pada pasien yang berada di ruangan kelas 3 rumah sakit tersebut yaitu:

Tabel 8
Data total klaim RSUD Labuang Baji

Tahun Pelayanan	Jumlah Kasus	Total Biaya RITL + RJTL Disetujui	Total Biaya Riil RITL + RJTL
2016	3.044	11.855.603.800	13.161.339.150
Susulan	557	2.547.187.200	1.314.825.794
2017 (Jan-Sep)	2.369	11.219.458.500	5.912.456.629
Total	5.970	25.622.249.500	20.388.621.573

Sumber: Data Total Klaim RJTL dan RITL Program JKN oleh BPJS Kesehatan RSUD Labuang Baji

Pada awal diluncurkannya kartu KIS penerima bantuan iuran telah berada langsung di bawah tanggung jawab pihak BPJS, namun asal pendanaanya langsung berasal dari APBN. Meskipun asal pendanaanya berbeda, tetapi pihak BPJS pada saat sekarang ini tidak membeda bedakan pelayanannya. Dan pihak rumah sakit pun seperti itu. Di rumah sakit Labuang Baji tidak ada perbedaan pelayanan antara pasien BPJS mandiri dan pasien KIS-PBI. Hal tersebut berdasarkan pernyataan ibu Surviyani yaitu:

“Pada saat seminar yang diadakan oleh Dinas Kesehatan kota Makassar, pihak dinas menghimbau kepada seluruh pihak rumah sakit dan pihak BPJS agar menyiapkan data-data mengenai jumlah pasien BPJS mandiri maupun pasien KIS-PBI, lalu dijawab oleh berbagai peserta seminar yang semuanya tidak menyanggupi hal tersebut, baik dari pihak-pihak rumah sakit maupun BPJS, hal tersebut bertujuan guna tidak adanya pengecualian dan pemberian pelayanan yang khusus bagi setiap pasien yang datang berobat, jadi pasien BPJS mandiri dan pasien KIS-PBI setara kedudukannya”

Dari pernyataan di atas didapati kelemahan dari pengelolaan dana KIS-PBI ini mengalami kesimpangsiuran alur pengadaan anggaran yang dilaksanakan oleh pihak BPJS. Kejelasan tentang anggaran KIS-PBI terlihat samar samar, yang secara tidak langsung menandakan pengendalian tentang anggaran tersebut belum efektif dan rawan akan penyelewengan.

Terlepas dari fakta-fakta di atas, dapat ditarik kesimpulan bahwa sebenarnya secara umum tidak ada alasan bagi pihak rumah sakit baik yang berada di bawah naungan pemerintah maupun swasta untuk tidak melayani pasien yang memiliki asuransi kesehatan, baik itu pasien BPJS mandiri maupun pasien KIS penerima bantuan iuran pemerintah yang tidak mampu. Karena pada dasarnya program pemerintah ini tidak merugikan pihak rumah sakit sedikitpun, melainkan membantu meningkatkan proses pelayanan, kesejahteraan dan nama baik rumah sakit itu sendiri.

2. Peran Stewardship Theory Berdasarkan Realisasi Anggaran Sektor Publik Pada Penerapan Kartu Indonesia Sehat

Tujuan utama Negara Republik Indonesia dalam Pembukaan Undang-Undang Dasar 1945 Alinea IV adalah untuk menciptakan kesejahteraan bagi seluruh rakyat Indonesia. Dalam upaya mencapai tujuan itu, pemerintah selaku pelaksana negara melakukan berbagai hal yang disebut sebagai pembangunan. Di mana pembangunan tersebut berupa pembangunan infrastruktur, kesehatan, pendidikan, sumber daya manusia, dan sebagainya.

Untuk dapat melakukan pembangunan tersebut, pemerintah memerlukan suatu alat untuk mempermudah proses pembangunan agar bisa berjalan terarah. Alat yang dimaksud berupa sebuah rancangan. Layaknya membangun sebuah rumah, sang pemilik rumah membutuhkan denah atau rancangan bangunan rumah. Agar rumah yang dibangun bisa sesuai dengan keinginannya. Begitu pula dengan pembangunan negara. Diperlukan denah atau rancangan pembangunan negara yang sesuai dengan tujuan, visi dan misinya.

Negara yang hebat dapat dilihat dari kualitas hidup rakyatnya dan pemerintah yang bijaksana adalah pemerintah yang memikirkan rakyatnya. Mungkin hal itu yang mendasari adanya *nawacita* yang ingin diwujudkan pemimpin negara ini. *Nawacita* adalah istilah umum yang diserap dari bahasa *Sanskerta*, *nawa* (sembilan) dan *cita* (harapan), jadi *nawacita* adalah sembilan harapan yang ingin diwujudkan oleh pemerintahan sekarang ini. *Nawacita* ke-6 adalah yang mendasari adanya program Kartu Indonesia Sehat. Program ini diharapkan dapat meningkatkan kualitas hidup rakyat Indonesia. Hal ini sependapat dengan pernyataan oleh Ibu Maryani selaku ketua bidang perencanaan dan anggaran di RSUD Labuang Baji Kota Makassar, bahwa:

“Kami disini (RS Labuang Baji) sangat mengapresiasi adanya program ini, program ini sangat membantu bagi pasien yang kurang mampu dalam hal keuangan, agar dapat di berikan pelayanan yang semestinya tanpa memperhitungkan biaya pengobatan lagi”

Stewardship theory dibangun di atas asumsi filosofis mengenai sifat manusia yakni bahwa manusia pada hakekatnya dapat dipercaya, mampu bertindak dengan penuh tanggung jawab, memiliki integritas dan kejujuran terhadap pihak lain

(Mustikaramdhany.com, 2010). Dengan kata lain, *stewardship theory* memandang manajemen atau pemerintah sebagai pihak yang dapat dipercaya untuk bertindak dengan sebaik-baiknya bagi kepentingan publik pada umumnya. Jadi *stewardship theory* disini berperan sebagai acuan perilaku bagi pemimpin dalam membuat dan mengambil keputusan yang terbaik bagi rakyatnya. Hal ini didasari oleh adanya kepercayaan besar dari masyarakat kepada pemimpinnya, terkhususnya pada bidang kesehatan yang memiliki peran vital guna memajukan dan mensejahterakan bangsa itu sendiri. Seperti harapan yang diungkapkan oleh ibu Maryani pada penyusunan anggaran KIS ini kedepannya yang menyatakan bahwa:

“Anggaran terkait KIS ini agar lebih ditingkatkan kedepannya, ini dikarenakan oleh biaya obat-obatan yang semakin meningkat dan jenis-jenis penyakit yang semakin kompleks yang secara tidak langsung membutuhkan peralatan-peralatan medis yang semakin canggih pula, dan peralatan medis tersebut pasti membutuhkan biaya yang besar untuk pengadaannya”

Ibu Maryani menambahkan pula bahwa:

“Dalam penyusunan anggaran KIS kedepannya diharapkan pula pemerintah memikirkan tentang bagaimana pencegahan penyakit tersebut kedepannya, jadi bukan hanya dipikirkan bagaimana pengobatannya semata, sosialisasi dan penyuluhan kesehatan juga sebaiknya semakin ditingkatkan hingga di pelosok pelosok daerah, karena daerah tersebutlah yang sangat membutuhkan perhatian pemerintah, bukan hanya di sekitar perkotaan saja”

Pendapat di atas mengindikasikan bahwa dalam penyusunan suatu pos anggaran atau perencanaan pembuatan suatu program baru sangat diharapkan partisipasi dari masyarakat sebagai pengguna anggaran dan juga pemerintah yang tidak segan untuk mendengar aspirasi dari rakyatnya. Dalam penyusunan anggaran menurut Undang-Undang No.17 Tahun 2003 tentang keuangan negara menyatakan bahwa anggaran disusun berdasarkan kinerja tahun anggaran sebelumnya. Yang dimana porsi untuk

anggaran pada tiap-tiap posnya tidak akan berubah secara signifikan. Hal tersebut secara tidak langsung hanya menambah beban negara tanpa adanya timbal balik yang signifikan atas pengeluaran yang telah dilaksanakan. Hal tersebut diperkuat oleh pendapat ibu Surviyani selaku kepala subbagian mobilisasi dana di rumah sakit Labuang Baji yang berhadapan langsung dengan anggaran KIS di rumah sakit tersebut menyatakan bahwa:

“Sepengetahuan saya Kartu Indonesia Sehat ini sudah lumayan lama ada, namun saya rasa harapan dari pembuatan program KIS ini belum terpenuhi sepenuhnya, hal ini dikarenakan oleh masih banyaknya warga miskin yang belum sepenuhnya mendapatkan kartu KIS ini dan masih perlu dibenahi dari segi aturan, penerapan dan pengenaannya kepada masyarakat yang betul betul membutuhkan”

Pernyataan tersebut ditambahkan pula oleh ibu Maryani selaku pengelola anggaran di rumah sakit Labuang Baji mengenai pendataan peserta KIS-PBI yang kepesertaannya semakin meningkat tiap tahunnya ialah sebagai berikut:

“Kedepannya dalam segi pendataan peserta KIS-PBI ini pemerintah perlu mengadakan survey terhadap calon peserta KIS-PBI, diperlukan pula evaluasi terkait peserta KIS-PBI yang masih layak maupun sudah tidak dan penataan terkait syarat kelayakan bagi penerima asuransi KIS-PBI ini”

Dari pernyataan pernyataan para responden tersebut, sifat pemimpin yang berdasarkan *stewardship theory* sangat dibutuhkan oleh masyarakat Indonesia sekarang ini, baik dari segi peyusunan rencana maupun perealisasiannya. Sifat dari *stewardship theory* sangat berbeda dengan pemerintahan yang tidak ingin mendengar aspirasi rakyatnya, hal tersebut sangat erat kaitannya dengan hadits Rasulullah SAW tentang sifat pemimpin dalam islam yang berbunyi sebagai berikut:

Terjemahan:

Dari Aidz bin amru r.a, ketika ia masuk kepada ubaidillah bin zijad berkata: hai anakku saya telah mendengar Rasulullah SAW bersabda: sesungguhnya sejahat-jahat pemerintah yaitu yang kejam (otoriter), maka janganlah kau tergolong daripada mereka. (HR. Bukhary dan Muslim)

Dari hadits tersebut tersirat bahwa dari zaman nabi hingga sekarang ini sifat otoriter dalam memimpin masih ada dan harusnya dihindari. Pemimpin layaknya sebuah kepala dalam suatu struktur anggota tubuh, jika kepalanya hebat maka hebatlah pula anggota tubuh yang lainnya.

Era demokrasi saat sekarang ini sangat identik dengan kebebasan mengeluarkan pendapat terhadap kepemimpinan pemerintahan yang dijamin oleh Undang-Undang Dasar 1945 pasal 28. Dalam Islam pun seperti itu, mengeluarkan aspirasi terkait jalannya suatu pemerintahan sangat dianjurkan dalam Islam dan pemimpin diwajibkan untuk mendengar aspirasi tersebut.

Terjemahan:

Setiap pemimpin yang menutup pintunya terhadap orang yang memiliki hajat, pengaduan, dan kemiskinan maka Allah akan menutup pintu langit terhadap segala pengaduan, hajat dan kemiskinannya. (HR. Bukhary dan Tirmidzi)

Kedua hadits di atas dan pandangan *stewardship theory* mengindikasikan bahwasanya kepemimpinan modern sangat sejalan dengan kepemimpinan Islam yang telah lama ada. Baik dari aspek pembuatan program bagi masyarakat, sifat yang harus dimiliki seorang pemimpin, maupun keadilan yang merata bagi seluruh masyarakat. Hal tersebut juga menandakan bahwa dari zaman ke zaman tuntutan masyarakat akan terus sama hingga dunia ini berhenti berputar, yaitu perhatian para pemimpinnya dalam segala aspek kehidupan, baik kesejahteraan, keadilan, kesetaraan dan kedamaian.

- a. Peran studi kritis berdasarkan realisasi anggaran sektor publik pada penerapan Kartu Indonesia Sehat ditunjang oleh *stewardship theory*

Menurut Tinker (1985) praktik akuntansi adalah:

“resolving social conflict, a device for appraising the terms of exchange between social constituencies, and a institutional mechanism for arbitrating, evaluating, and adjudicating social choices“

Berdasarkan pernyataan di atas praktik ilmu akuntansi hadir bukan sekedar berada pada tatanan laporan keuangan saja, melainkan dapat merambah kepada tatanan kenegaraan dan berdampak langsung terhadap tatanan kehidupan umat manusia. Pergerakan, perkembangan dan kemunduran suatu negara ditentukan oleh bagaimana perencanaan negara itu disusun. Penyusunan rencana yang tanpa diimbangi sifat keterbukaan dan mementingkan kepentingan umum serta tanpa mempertimbangkan partisipasi semua pihak, baik dari yang memimpin maupun yang dipimpin, hanya akan memicu terjadinya pertikaian dan pemberontakan.

Transparansi dan akuntabilitas merupakan aspek yang paling vital dalam penyusunan hingga pelaksanaan suatu program pemerintah. Tanpa dibarengi kedua hal tersebut maka secara tidak langsung menaikkan tingkat penyelewangan dan menurunkan tingkat kepercayaan kepada pemimpin. Pengawasan berupa pembuatan peraturan guna menunjang pelaksanaan program juga dibutuhkan.

Peraturan yang spesifik mengenai program kartu KIS-PBI yang didanai oleh anggaran pemerintah dirasa sangat dibutuhkan pada saat

sekarang ini, terlebih lagi program ini telah berjalan selama kurang lebih hampir 3 tahun lamanya dan telah menelan anggaran negara yang begitu besar jumlahnya. Permasalahan yang mendasar yang ditemukan bahwasanya adanya ketidakjelasan mengenai pemegang yang benar benar berhak memiliki dan merasakan manfaat dari adanya kartu KIS-PBI ini.

Jika merujuk pada Undang-Undang No. 40 tahun 2004 pasal 14 ayat 2 yang berbunyi bahwa “penerima bantuan iuran sebagaimana dimaksud pada ayat (1) adalah fakir miskin dan orang tidak mampu”. Maka dari hal tersebut dapat ditarik kesimpulan bahwasanya masyarakat yang berhak menerima kartu KIS-PBI hanya fakir miskin dan orang tidak mampu. Sedangkan laporan mengenai jumlah kepesertaan KIS-PBI dilansir dari BPJS-Kesehatan.go.id (2017) sebanyak 111.593.654 jiwa. Jumlah kepesertaan tersebut menandakan bahwasanya hampir setengah dari keseluruhan jumlah masyarakat Indonesia berada pada garis kemiskinan. Hal yang membingungkan sekaligus mencengangkan ketika membandingkan dengan laporan Badan Pusat Statistik (BPS) mengenai jumlah masyarakat Indonesia yang berada pada garis kemiskinan hanya berjumlah 27,77 juta jiwa saja (BPS.go.id, 2017). Selisih yang begitu teramat besar tersebut adalah “santapan empuk” bagi pihak-pihak yang hanya ingin mengambil keuntungan di atas penderitaan rakyat banyak.

Selain permasalahan kepesertaan, permasalahan mengenai transparansi akan kejelasan jumlah biaya pengobatan bagi pemegang kartu

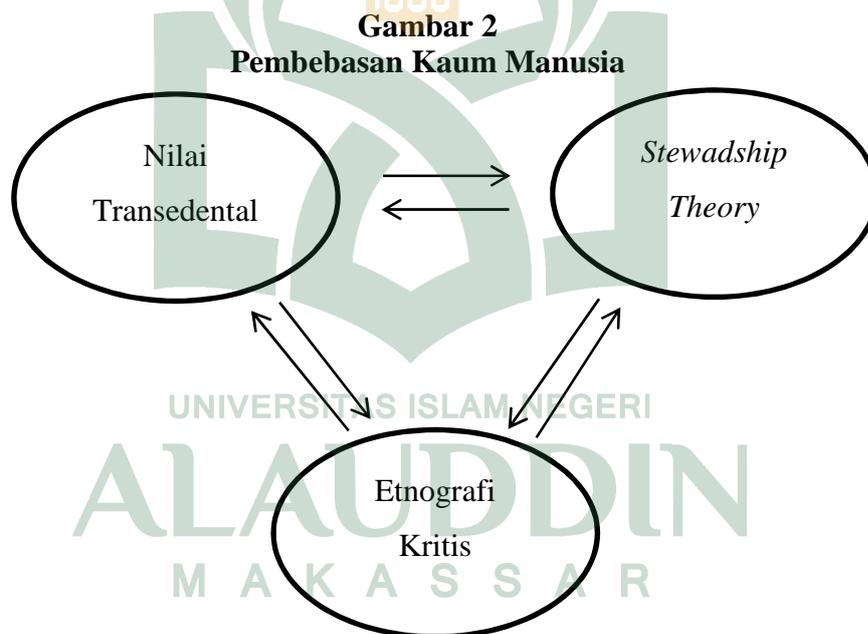
KIS-PBI pun sungguh tak kalah membingungkan. Hal tersebut tersirat dalam penjelasan Ibu Surviyani yang menyatakan bahwa:

“Pada saat seminar yang diadakan oleh Dinas Kesehatan kota Makassar, pihak dinas menghimbau kepada seluruh pihak rumah sakit dan pihak BPJS agar menyiapkan data-data mengenai jumlah pasien BPJS mandiri maupun pasien KIS-PBI, lalu dijawab oleh berbagai peserta seminar yang semuanya tidak menyanggupi hal tersebut, baik dari pihak-pihak rumah sakit maupun BPJS, hal tersebut bertujuan guna tidak adanya pengecualian dan pemberian pelayanan yang khusus bagi setiap pasien yang datang berobat, jadi pasien BPJS mandiri dan pasien KIS-PBI setara kedudukannya”

Dari wawancara tersebut dapat digaris bawahi pada pernyataan Ibu Surviyani yang menyatakan bahwa “seluruh pihak rumah sakit dan pihak BPJS agar menyiapkan data-data mengenai jumlah pasien BPJS mandiri maupun pasien KIS-PBI, lalu dijawab oleh berbagai peserta seminar yang semuanya tidak menyanggupi hal tersebut, baik dari pihak-pihak rumah sakit maupun BPJS”. Jika ditelaah secara seksama pada penggalan pernyataan tersebut secara tidak langsung memberitahukan bahwa adanya ketidakmampuan pemisahan biaya oleh pihak BPJS Kesehatan pada peserta BPJS Mandiri dan peserta KIS-PBI. Hal tersebut kembali menjadi “santapan empuk” bagi pihak pihak yang tak menghendaki kemajuan bagi bangsanya sendiri. Tapi, dapat ditekankan pula bahwasanya ketidakmampuan tersebut bukan kesalahan pihak rumah sakit ataupun pihak BPJS Kesehatan semata. Melainkan hal tersebut dikarenakan oleh tidak jelasnya peraturan mengenai program Kartu Indonesia Sehat ini.

Dari temuan-temuan di atas maka tidak mengherankan lagi jika banyak pemberitaan mengenai kerugian yang dialami oleh pihak BPJS Kesehatan tiap tahunnya dan harus menutupinya dengan meminta anggaran dari sektor yang lain. Apabila hal tersebut dibiarkan tanpa adanya peninjauan ulang dan perbaikan peraturan maka akan menambah masalah yang lebih besar selanjutnya. Kepekaan pemerintah mengenai hal tersebut sangat dibutuhkan, bukan hanya bagi negara melainkan pula bagi rakyatnya.

- b. Saran mengenai penganggaran sektor publik pada program Kartu Indonesia Sehat ditunjang oleh *stewardship theory*



Jika ditarik sebuah benang merah dari berbagai permasalahan yang mendera bangsa selama ini maka kesimpulannya hanya dibutuhkan para pengayom dan memiliki kepekaan akan penderitaan masyarakat yang dipimpinnya. Falsafah negara yang digali dari budaya bangsa Indonesia

sendiri mengamankan hal tersebut guna mencapai kemerdekaan yang hakiki dan dapat dirasakan oleh seluruh lapisan masyarakat tanpa terkecuali. Pandangan dan saran mengenai pembangunan yang tak sesuai dengan budaya dan cita cita bangsa seharusnya dijadikan acuan pertimbangan dalam pengambilan keputusan agar dapat dihindari.

Budaya bangsa Indonesia yang tak lepas dari unsur kerohanian ikut menjadi “batu pondasi” dalam mengokohkan pembangunan bangsa Indonesia. Nilai transedental ini menjadi tolak ukur baik buruk suatu perbuatan manusia dalam kehidupan sehari harinya. Nilai transedental yang teramat kental tersebut menjadi norma dan acuan yang sangat penting dalam pengambilan berbagai tindakan dan pembuatan keputusan yang amat teramat vital. Hal tersebut dipercaya guna mengharapkan keberkahan dan keridhoan oleh sang pemilik alam semesta.

Selain budaya dan nilai transedental, prilaku dan sifat dasar seorang pemimpin tak kalah pentingnya dalam pembebasan kaum manusia dari keterpurukan dan penindasan. Tanpa sifat tersebut, falsafah budaya dan nilai transedental hanyalah menjadi teori belaka yang malahan hanya digunakan sebagai komoditi untuk memanfaatkan kaum yang dapat ditindas. Daripada hal tersebut stewardship theory dipandang mampu menjadi dasar atau pedoman bahwa betapa pentingnya peran dan tugas pemerintah.

BAB V

PENUTUP

A. Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian dan pembahasan yang telah diuraikan pada bab sebelumnya maka dapat ditarik kesimpulan dalam penulisan skripsi ini sebagai berikut:

1. Proses realisasi anggaran sektor publik dalam hal implementasi kebijakan program KIS-PBI bagi rakyat miskin sudah terselenggara dengan baik di RSUD Labuang Baji kota Makassar. Meskipun masih terdapat kekurangan pada aspek aspek tertentu, misalnya dalam hal sosialisasi mengenai program KIS-PBI yang masih kurang, baik itu bagi tenaga kesehatan di rumah sakit maupun bagi pasien pemegang kartu KIS-PBI ini. Dalam hal pengklaiman dana KIS-PBI oleh pihak rumah sakit kepada pihak BPJS Kesehatan pun tidak menemui kendala yang berarti, penolakan klaim oleh pihak penyelenggara biasanya dikarenakan oleh kesalahan teknis semata. Sedangkan bagi pasien pemegang kartu KIS-PBI pelayanan yang diberikan telah memadai dan memenuhi standar yang telah ditetapkan.
2. *Stewardship theory* sangat dibutuhkan dalam penganggaran keuangan negara, sifat teorinya yang mementingkan kesejahteraan masyarakat dari pada mementingkan kepentingan individual semata sangatlah penting dimiliki oleh setiap pemimpin. Terkhususnya dalam penyusunan dan realisasi anggaran mengenai program kartu KIS-PBI ini. Pendataan

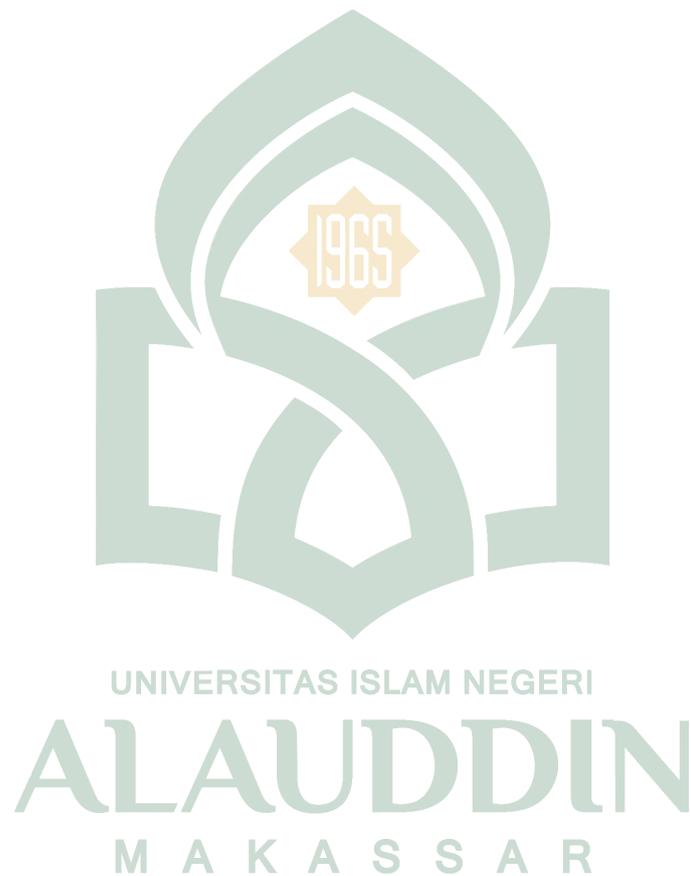
mengenai peserta KIS-PBI yang telah dipaparkan pada bab sebelumnya mencerminkan bahwa terdapat ambiguitas informasi mengenai siapa yang berhak memiliki kepesertaann KIS-PBI ini. Permasalahan mengenai transparansi jumlah anggaran yang digunakan juga berada pada taraf yang masih mengecewakan. Kedua hal tersebut secara tidak langsung membuka pintu penyelewengan yang baru bagi pihak-pihak yang bersifat oportunistik.

B. Saran

Penelitian ini adalah penelitian kualitatif dengan pendekatan kritis yang dimana terdapat berbagai keterbatasan didalamnya. Yang pertama bahwa penelitian ini hanya berfokus pada satu rumah sakit saja tanpa adanya perbandingan dengan rumah sakit lainnya dan. Kedua meksipun penelitian ini menggunakan paradigma kritis, namun dikarenakan singkatnya waktu penelitian, kurangnya referensi yang valid dan responden yang kurang beragam, sehingga dalam penelitian ini hanya berdasarkan pemahaman dan temuan di lapangan saja. Ketiga, wawasan ilmu penulis dalam bidang anggaran keuangan negara belum terlalu memadai, sehingga dalam pembahasan penelitian hanya memberikan pemaknaan secara umum sesuai kemampuan saja. Namun dalam menekan keterbatasan penelitian ini, penulis membandingkan berbagai bukti dari berbagai sumber data, baik itu dari jurnal-jurnal, peraturan pemerintah dan berita mengenai permasalahan yang dikaji dan membandingkannya dengan temuan-temuan yang didapatkan di lapangan.

Berdasarkan pertimbangan keterbatasan yang ada pada penelitian ini, diharapkan kepada peneliti selanjutnya mampu melibatkan berbagai pihak yang

memiliki keterkaitan dengan kartu KIS ini, baik dari pihak penyusun, penanggungjawab anggaran, petugas pelayanan dan pihak yang merasakan anggaran itu sendiri. Selanjutnya bagi peneliti selanjutnya agar lebih membekali dirinya dengan wawasan keilmuan mengenai alur penyusunan hingga perealisasiian anggaran agar pemaknaanya lebih terperinci dan mendalam.



DAFTAR PUSTAKA

- Amin, Surahman dan Ferry Muhammadsyah Siregar. 2015. Kepemimpin Dan Kepemimpinan Dalam Al-Quran. *Tanzil: Jurnal Studi Al-Quran*. 1 (1): 27-40.
- Aneta, A. 2010. Implementasi Kebijakan Program Penanggulangan Kemiskinan Perkotaan (P2kp) Di Kota Gorontalo. *Jurnal Administrasi Publik*. 1(1): 55-65.
- Anton, F.X. 2010. Menuju Teori Stewardship Manajemen. *Majalah Ilmiah Informatika*. 1(2): 61-75.
- Bantenday.com. 2016. *Warga Banjarsari Keluhkan Pungli KIS*. <https://bantenday.com/warga-banjarsari-keluhkan-pungli-kis>. Diakses tanggal 28 Juli 2017.
- Basri, Ramlah. 2013. Analisis Penyusunan Anggaran dan Laporan Realisasi Anggaran. *Jurnal EMBA*. ISSN 2303-1174. 1 (4): 202-212.
- Berg, Bruce L. 2004. *Qualitative Research Methods for Social Science*. Boston: Pearson.
- BPJS-Kesehatan.go.id. 2017. *Peserta JKN tahun per tanggal 1 November 2017*. <https://bpjs-kesehatan.go.id/bpjs>. Diakses tanggal 19 November 2017.
- BPS.go.id. 2017. *Persentase Penduduk Miskin Maret 2017 Mencapai 10,64 persen*. <https://www.bps.go.id/Brs/view/id/1379>. Diakses tanggal 19 November 2017.
- CNNIndonesia.com. 2015. *Anggaran Kartu Indonesia Sehat Dipangkas Rp 6,5 Triliun*. <https://www.cnnindonesia.com/ekonomi>. Diakses tanggal 31 Juni 2017.
- Detik.com. 2015. *Anggaran Kesehatan 2016 Naik 43%, Ini Fokus Pemerintah*. <https://finance.detik.com/berita-ekonomi-bisnis/d-2992640/anggaran-kesehatan-2016-naik-43-ini-fokus-pemerintah>. Diakses tanggal 28 Juli 2017.
- Dharma, Made Surya dan Ni Nyoman Sukerti. 2016. Kewenangan Bebas (*Freies Ermessen*) Dalam Kebijakan Kartu Indonesia Sehat Ditinjau Dari Sistem Administrasi Di Indonesia. *Artikel: 1-5*.
- Donaldson, L and J.H.Davis. 1991. Stewardship Theory or Agency Theory: CEO Governance and Shareholder. *Returns Australian Journal of Management*. 16 (1): 49-64.
- Edwards III, G.C. 1980. *Implementing Public Policy*. Washington: Congressional Quarterly Press.

- Hidayat, Dedy. 2002. Metodologi Penelitian Dalam Sebuah “Multi-Paradigm Science”. *Mediator*. 3(2): 197-220.
- Hukumonline.com. 2013. *Rumah Sakit yang DiBiayai APBN Dilarang Tolak Pasien*. Diakses tanggal 2 November 2016.
- Idrus, Muhammad. 2009. *Metode Penelitian Ilmu Sosial Pendekatan Kualitatif dan Kuantitatif*. Jakarta: Erlangga.151.
- Indriantoro, Nur dan Bambang Supomo. 2013. *Metodologi Penelitian Bisnis*. Yogyakarta: Fakultas Ekonomika dan Bisnis UGM.
- Irawan, P. 2006. *Penelitian Kualitatif dan Kuantitatif untuk Ilmu-ilmu Sosial*. Jakarta: Departemen Ilmu Administrasi, Fakultas Ilmu Sosial dan Politik, UI.
- Irwanto. 2013. Media Massa Dalam Tinjauan Kritis. *Jurnal Komunikasi*. 4(1): 30-35.
- Ishak, Suraiya. 2011. Model Kepemimpinan Etika Berlandas Sirah Nabi Muhammad SAW (Ethical Leadership Model Based on Prophet Muhammad PBUH Biography). *Jurnal Hadhari*. 3 (2): 23 - 44
- Juliartha. 2009. *Teori Implementasi Edward*. <https://venotes.wordpress.com/tag/teori-implementasi/>. Diakses tanggal 28 Juli 2017.
- Moleong, J.L. 2001. *Metodelogi Penelitian Kualitatif*. Edisi Revisi. Bandung: Remaja Rosdakarya.
- Moniung, Ebel Rikan, Frans Singkoh dan Daud Markus Liando. 2017. Implementasi Program Kartu Indonesia Sehat Di Rumah Sakit Umum Daerah Noongan Kabupaten Minahasa. *Jurnal Eksekutif*. 1 (1): 1-11.
- Munandar, M. *Budgeting: Perencanaan Kerja Pengorganisasian Kerja Pengawasan Kerja*; Yogyakarta: PT BPFE UGM, 2001.
- Mustikaramdhany.com. 2010. *GCG (Good Corporate Governance)*. <https://mustikaramdhany.wordpress.com/2010/11/26/gcg-good-corporate-governance/>. Diakses tanggal 27 Oktober 2017.
- Noerjoedianto, Dwi. 2012. Analisis Kebijakan Perubahan Tarif Puskesmas Di Kabupaten Tanjung Jabung Barat Propinsi Jambi. *Jurnal Penelitian Universitas Jambi Seri Sains*. ISSN 0852-8349. 14 (1): 09-16.
- Liando, H.S. D.P.E. Saerang dan Inggriani Elim. 2014. Analisis Kinerja Keuangan Pemerintah Kabupaten Kepulauan Sangihe Menggunakan Metode Value For Money. *Jurnal EMBA*. 2 (3):1686-1694.

- Ulinuha. 2014. Kepuasan Pasien BPJS. www.Ippm.dibus.ac.id. Diakses tanggal 2 November 2016.
- Raharjo, Eko. 2007. Teori Agensi dan Teori Stewardship dalam Perspektif Akuntansi. *Fokus Ekonomi*. 2(1): 37-46.
- Republik Indonesia. “Undang Undang RI Nomor 17 Tahun 20013 tentang Keuangan Negara.”
- _____. “Undang Undang RI Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan.”
- _____. “Undang Undang RI Nomor 36 Tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan.”
- Rozi, Achmad Bahrur. 2014. Pendidikan Dalam Perspektif Kritis (Ke Arah Kontekstualisasi Pendidikan Yang Membebaskan). *Jurnal Pelopor Pendidikan*. 5(1): 31-38.
- Saefullah, A. D. 1996. *Etika Jabatan Publik*. Bandung: LAN.
- Sari, Puti H., Kristanti dan Sintawati. 2007. Pemanfaatan Kartu Gakin dan Kepuasan Pasien Gakin Terhadap Pelayanan Fasilitas Kesehatan Pemerintah, Di Kabupaten Rembang dan Banjarnegara Tahun 2005. *Bul. Penel. Kesehatan*. 35(4): 167-176.
- Santoso, Lukman. 2015. Problematika Sistem Jaminan Kesehatan Nasional Pasca Reformasi Di Indonesia. *Artikel: 1-29*.
- Setyowati, Titiek dan Agustina Lubis. 2003. Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan dan Jaminan Pemeliharaan Kesehatan. *Bul. Penel. Kesehatan*. 31 (4): 177-185.
- Sidiq, Umar. 2014. Kepemimpinan Dalam Islam: Kajian Tematik Dalam Al-Quran Dan Hadits. *Dialogia*. 12 (1): 127-141.
- Strauss, A. dan J. Corbin. 2003. Dasar-dasar Penelitian Kualitatif Tata langkah dan Teknik-teknik Teoritisi Data. (Muhammad Shodiq dan Iman Muttaqien Penerjemah). Yogyakarta: Pustaka Pelajar. Sudaryati, Dwi dan Nafi' Inayati Zahro, *Auditing Forensik Dan Value For Money Audit*, ISSN : 1979-6889.
- Suaradewata.com. 2016. *Di Gianyar, Pasien KIS Ditolak Rumah Sakit*. <https://suaradewata.com/read/2016/12/19/201612190015/Di-Gianyar-Pasien-KIS-Ditolak-Rumah-Sakit.html>. Diakses tanggal 28 Juli 2017.
- Sugiyono. 2009. *Metode Penelitian Kuantitatif dan Kualitatif R & D*. Bandung: Alfabeta. 338.
- Sukoharsono, Eko Ganis. 2014. Refleksi Ethnografi Kritis: Pilihan Lain Teknik Riset Akuntansi. *Accounting Research Training Series 5-Kritis PDIA-PMA JAFEB Universitas Brawijaya*. Hal: 1-16.

- Sunarto, Achmad. 1999. *Terjemah Riyadhus Sholihin Jilid I*. Jakarta: Pustaka Amani. 604.
- Spradley, James F. 1997. *Metode Etnografi*. Yogyakarta: PT Tiara Wacana
- Tachjan. 2006. *Implementasi Kebijakan Publik*. Bandung: AIPI Bandung. 235.
- Tilling, Mr. Matthew and Carol Tilt. 2013. Alas Poor Critical Accounting, We Knew Him, Karl. School of Commerce. Research Paper Series: 02-3. ISSN: 1441-3906. Hal: 1-10.
- Tinker, T. and T. Puxty. 1994. *Policing Accounting Knowledge: The Market for Excuses Affair*. Markus Wiener Publishers Princeton and Paul Chapman Publishing Ltd London."
- Tunggal, Amin Widjaya. *Dasar-dasar Budgeting*; Jakarta: Rineka Cipta, 1995.
- Pangkey, Imanuel dan Sherly Pinatik. 2015. Analisis Efektifitas dan Efisiensi Anggaran Belanja Pada Dinas Kebudayaan dan Pariwisata Provinsi Sulawesi Utara. *Jurnal EMBA*. 3 (4): 33-43.
- Peraturan Menteri Dalam Negeri nomor 13 tahun 2006 tentang Pedoman Pengelolaan Keuangan Daerah.
- Peraturan Menteri Keuangan tahun 2015 tentang Petunjuk Penyusunan Dan Penelaahan Rencana Kerja Dan Anggaran Kementerian Negara/ Lembaga Dan Pengesahan Daftar Isian Pelaksanaan Anggaran
- Pratomo, Arif Aji. 2016. Implementasi Inpres No. 07 Tahun 2014 tentang Program Kartu Indonesi Sehat di Kelurahan Sempaja Selatan Kota Samarinda. *eJournal Ilmu Pemerintahan 2016*. 4 (1): 529-542.
- Yasir. 2012. Paradigma Komunikasi Kritis: Suatu Alternatif Bagi Ilmu Komunikasi. *Jurnal Ilmu Komunikasi*. 1(1): 8-17.