

**PEMBANGUNAN DALAM BIDANG KESEHATAN MELALUI
JAMINAN KESEHATAN MASYARAKAT (JAMKESMAS)
UNTUK MENINGKATKAN KUALITAS KESEHATAN
MASYARAKAT MISKIN
(STUDI KASUS PADA PUSKESMAS KENDALSARI MALANG)**

SKRIPSI

Diajukan untuk menempuh Ujian Sarjana
pada Fakultas Ilmu Administrasi Universitas Brawijaya

**DHEVI AGUSTIEN
NIM. 0510313034**



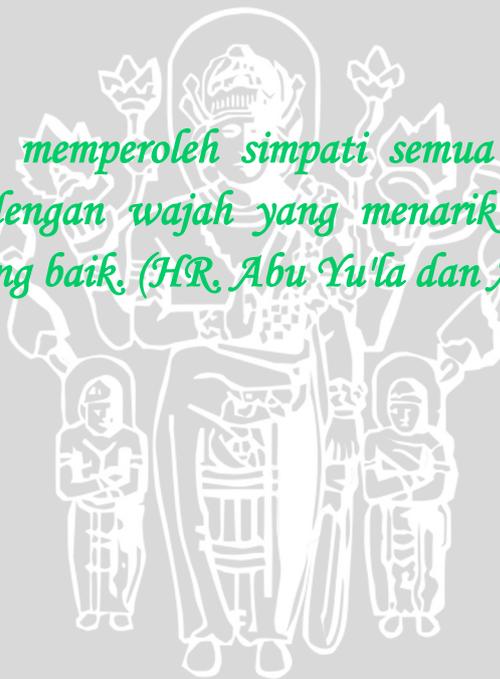
**UNIVERSITAS BRAWIJAYA
FAKULTAS ILMU ADMINISTRASI
JURUSAN ADMINISTRASI PUBLIK
KONSENTRASI ADMINISTRASI PEMBANGUNAN
MALANG
2009**

MOTTO

Kerjakanlah apa yang bisa kamu kerjakan hari ini, jangan tunggu hari esok, Sebab hari esok kita tidak tahu apa yang akan terjadi.

Orang yang kuat itu, bukanlah orang yang kuat bergulat, tetapi sebenarnya orang yang kuat itu, ialah yang dapat menahan amarahnya. (H.R. Bukhary-Muslim)

Kamu tidak bisa memperoleh simpati semua orang dengan hartamu tetapi dengan wajah yang menarik (simpati) dan dengan akhlak yang baik. (HR. Abu Yu'la dan Al Baihaqi)



TANDA PERSETUJUAN SKRIPSI

Judul : Pembangunan Dalam Bidang Kesehatan Melalui Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas) Untuk Meningkatkan Kualitas Kesehatan Masyarakat Miskin.
(studi kasus pada puskesmas kendalsari malang).

Disusun Oleh : Dhevi Agustien

NIM : 0510313034

Fakultas : Ilmu Administrasi

Jurusan : Ilmu Administrasi Publik

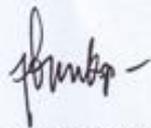
Konsentrasi : Administrasi Pembangunan

Malang, Agustus 2009

Komisi Pembimbing

Ketua

Anggota



Dr. Bambang Supriyono, M.S
NIP. 131 573 955



Drs. Minto Hadi, M.Si
NIP. 130 936 636

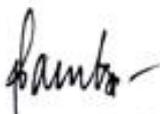
TANDA PENGESAHAN

Telah dipertahankan di depan majelis penguji skripsi, Fakultas Ilmu Administrasi Universitas Brawijaya, pada :

Hari : Kamis
 Tanggal : 5 Nopember 2009
 Jam : 08.00 - 09.00 WIB
 Skripsi atas nama : Dhevi Agustien
 Judul : Pembangunan Dalam Bidang Kesehatan Melalui Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas) Untuk Meningkatkan Kualitas Kesehatan Masyarakat Miskin.
 (Studi Kasus Pada Puskesmas Kendalsari Malang).

dan dinyatakan **LULUS**

MAJELIS PENGUJI



Dr. Bambang Suprivono, M.S
Ketua



Dr. Minto Hadi, M.Si
Anggota



Dr. Aspan Munadi, M.AP
Anggota



Dr. Choirul Saleh, M.Si
Anggota

PERNYATAAN ORISINALITAS SKRIPSI

Saya menyatakan dengan sebenar-benarnya bahwa sepanjang pengetahuan saya, di dalam naskah skripsi ini tidak terdapat karya ilmiah yang pernah diajukan oleh pihak lain untuk mendapatkan karya atau pendapat yang pernah ditulis atau diterbitkan oleh orang lain, kecuali yang secara tertulis dikutip dalam naskah ini dan disebut dalam sumber kutipan dan daftar pustaka.

Apabila ternyata di dalam naskah skripsi ini dapat dibuktikan terdapat unsur-unsur jiplakan, saya bersedia skripsi ini digugurkan dan gelar akademik yang telah saya peroleh (S-1) dibatalkan, serta diproses sesuai dengan peraturan perundang-undangan yang berlaku (UU No 20 Tahun 2003, Pasal 25 ayat 2 dan pasal 70).

Malang, September 2009



Dhevi Agustien
0510313034

RINGKASAN

Dhevi Agustien, 2009, **Pembangunan Dalam Bidang Kesehatan Melalui Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas) Untuk Meningkatkan Kualitas Kesehatan Masyarakat Miskin** (Studi Kasus Pada Puskesmas Kendalsari), Dr Bambang Supriyono, M.S, Drs. Minto Hadi, M.Si, Hal 83+ xvi

Pelayanan kesehatan adalah hak dan investasi, sehingga semua warga negara berhak atas kesehatannya termasuk masyarakat miskin. Krisis kesehatan sebagai akibat dari krisis ekonomi berkepanjangan di Indonesia membuat masyarakat miskin/kurang mampu menderita karena sulitnya menjangkau fasilitas pelayanan kesehatan. Untuk menjamin akses penduduk miskin terhadap pelayanan kesehatan, maka Pemerintah membuat program bantuan sosial untuk pelayanan kesehatan, bagi masyarakat miskin dan tidak mampu yang bernama JAMINAN KESEHATAN MASYARAKAT yang biasa disebut dengan singkatan JAMKESMAS.

Tujuan dari penelitian ini adalah (1) untuk mengetahui dan menganalisis pelayanan Puskesmas Kendalsari Malang dalam rangka mendukung program JAMKESMAS dalam mewujudkan pembangunan administrasi dalam bidang kesehatan, (2) untuk mendeskripsikan dan menganalisis faktor penghambat Puskesmas Kendalsari untuk mendukung program JAMKESMAS. Penelitian ini menggunakan jenis penelitian diskriptif dengan pendekatan kualitatif

Hasil penelitian menjawab bahwa: Kartu kepersertaan jamkesmas dapat diperoleh dengan cara di data per kelompok kemiskinan di tingkat RT (Rukun tetangga), lalu diusulkan ke tingkat RW (Rukun warga), data yang diperoleh dilaporkan ke tingkat Kelurahan, selanjutnya secara berurutan diteruskan ke Kecamatan, Puskesmas, Dinas kesehatan kota atau kabupaten, Pemerintah kota atau kabupaten, dan hasil data yang ada terakhir sampai ke Dinas Kesehatan pusat, pembuatan kartu Jamkesmas ini dilakukan secara serempak. Agar perangkat desa mudah dalam menentukan RTM (Rumah Tangga miskin) maka BPS (Badan Pusat Statistik) mengeluarkan 14 kriteria masuk kategori RTM.

Pelayanan yang diberikan oleh Puskesmas Kendalsari Malang kepada Pasien peserta JAMKESMAS adalah Pelayanan Rawat Jalan Tingkat Primer, Pelayanan Kesehatan Rawat Inap Tingkat Primer, pelayanan pertolongan persalinan, Upaya Kesehatan yang bersifat pencegahan sekunder. Apabila pelayanan yang dibutuhkan Pasien Jamkesmas diluar kemampuan Puskesmas Kendalsari Malang maka dilakukan rujukan ke rumah sakit yang memberikan pelayanan program jamkesmas. Rumah sakit rujukan untuk Puskesmas kendalsari adalah RS. Saiful Anwar Malang, RSJP Prof. Dr. dr. Radjiman Lawang, dan RST Sopraoen Malang.

Ada empat belas macam pelayanan rawat jalan yang bisa di dapatkan oleh Pasien yang menjadi peserta Jamkesmas, diantaranya adalah pemeriksaan kesehatan dan konsultasi kesehatan, pelayanan Pengobatan umum dan Gigi, penanganan gawat darurat, penanganan gizi kurang/ buruk, dan lain-lain.

Hambatan Puskesmas Kendalsari dalam mendukung program JAMKESMAS yaitu: (a) Kurangnya kepehaman masyarakat tentang Jamkesmas, (b) masih kurang tepatnya sasaran jamkesmas, (c) membuat masyarakat menjadi manja. Sehingga Puskesmas Kendalsari berupaya dengan cara memberikan

pengertian kepada pasien Jamkesmas yang akan mendapatkan pelayanan kesehatan, melakukan sosialisasi di luar puskesmas Kendalsari, memasang gambar alur prosedur pelayanan di dinding, serta menggunakan pengeras suara untuk menuntun Pasien dalam mendapatkan urutan pelayanan kesehatan yang benar.

Dengan adanya bantuan Pemerintah dalam bidang kesehatan yang ditujukan bagi masyarakat miskin ini perlu dipertahankan mengingat jumlah masyarakat miskin di Indonesia masih cukup banyak dan mereka tidak mampu untuk membiayai pemeriksaan dan pengobatannya sendiri. Hanya saja untuk menjadi anggota Jaminan Kesehatan Masyarakat harus benar-benar di seleksi secara ketat agar program ini tidak dimanfaatkan oleh orang yang tidak berhak mendapatkannya.



SUMMARY

Dhevi Agustien, 2009, **Development in Health Field through Public Medical Support to Improve Poor Health Quality** (A Case Study at Kendalsari Clinic), Dr. Bambang Supriyono, M.S., Drs. Minto Hadi, M.Si. 89 Pages + xvi

Service of health is human right and infestation; that is, every citizen has the same right to be healthy, even for the poor. Health crisis in Indonesia as a result of economic crisis in the country brings suffer to the poor as they cannot afford to get health service. To guarantee the health access for the non-have, Indonesian Government has yielded social health aid program called *JAMINAN KESEHATAN MASYARAKAT* (PUBLIC MEDICAL SUPPORT), which is also known as *JAMKESMAS*.

This study focused on (1) recognizing and analyzing at Kendalsari Clinic in order to support the PMS program in accomplishing administrative development on health field, (2) describing and analyzing hindrances of Kendalsari Clinic in attempt of support the PMS program. This research used descriptive research design and qualitative approach.

The result of the current study revealed that: *JAMKESMAS* card could be obtained as the poverty-stricken people register themselves to the nearest *RT*, whom would submit their data to *RW*. The data would be proposed to the chief of the village; and, the proposal would continue undergoing submission to sub-district, the clinic, Health Department of the city, municipality, and ends up in the Central Health Department sequentially. The production of this sort of card was done in unison. To facilitate the chief of the village in determining the *Rumah Tangga Miskin/ RTM* (Indigent Household), Statistic Bureau Center issued 14 criteria of *RTM*.

Kendalsari Clinic offered several services to *JAMKESMAS* card owners, including Primary Rawat Jalan, Primary Rawat Inap, Childbirth Assistance, and Secondary Prevention Attempts. Should the clinic could not offer the needed service, it would refer the indigent patients to hospitals that were assumed to help them. The referred hospitals were Saiful Anwar Malang Hospital, Prof. Dr. dr. Radjiman Lawang Hospital, and Sopraoen Malang Hospital.

There were fourteen rawat jalan services the card owners could get, such as health check up and consultation, general therapy and tooth care, emergency treatment, malnutrition therapy, and other treatments.

However, Kendalsari Clinic faced inevitably obstructions: (a) Society lack of awareness on *Jamkesmas*, (b) inaccurate *Jamkesmas* target, and (c) *Jamkesmas* makes the society spoiled. To cope with those hindrances, Kendalsari Clinic tried to give the society the right concept of *Jamkesmas*, socialized the program outside the clinic, attached service procedure on the walls, and employed speakerphone to guide the patients in getting their right order.

The Government needs to maintain the program on health field so that it will help countless indigent people, who are still unable to afford their health, in Indonesia. Nevertheless, it is wise to select carefully the people who register to be the *Jamkesmas* card owner so that the program will not go in vain.

KATA PENGANTAR

Puji Syukur penulis panjatkan kehadirat Allah SWT, yang telah melimpahkan rahmat dan hidayahNya, sehingga penulis dapat menyelesaikan skripsi yang berjudul “Pembangunan Dalam Bidang Kesehatan Melalui Jaminan Kesehatan Masyarakat (JAMKESMAS) Untuk Meningkatkan Kualitas Kesehatan Masyarakat Miskin. (Studi Kasus pada Puskesmas Kendalsari Malang).”

Skripsi ini merupakan tugas akhir yang diajukan untuk memenuhi syarat dalam memperoleh gelar Sarjana Ilmu Administrasi Publik Pada Fakultas Ilmu Administrasi Universitas Brawijaya Malang.

Penulis menyadari bahwa penyusunan skripsi ini tidak akan terwujud tanpa adanya bantuan dan dorongan dari berbagai pihak. Oleh karena itu pada kesempatan ini penulis menyampaikan ucapan terima kasih kepada:

1. Prof. Dr. Sumartono MS, selaku Dekan Fakultas Ilmu Administrasi Universitas Brawijaya.
2. Dr. M.R. Khairul Muluk, M.Si, selaku Ketua Jurusan Administrasi Publik.
3. Dr. Bambang Supriyono, M.S. selaku Ketua Komisi Pembimbing.
4. Drs. Minto Hadi, M.Si selaku Anggota Komisi Pembimbing.
5. Segenap Pegawai dan Pasien Puskesmas kendalsari Malang yang telah membantu memberikan informasi dalam penelitian.
6. Ibuk dan Bapak tercinta atas doa, ridho, restu, kasih sayang, cinta, serta semua perhatian dan pengorbanan selama ini.
7. Satu-satunya Kakak ku A'an Cahya Noviadhi atas dukungan, nasehat, dan doanya selama ini.
8. Mas Cahyo Tri Pujiatmoko, Pretez yang selalu bisa diandalkan setiap saat, selalu ada di waktu senang dan sedih.
9. *My Best Friends* Inneke, Nany, Eri, Elok, Yuni dan Mbak Eki kalian telah memberikan warna yang berbeda dalam kehidupan ini. *Thank's for all...*
10. Teman-teman kuliah Klas B angkatan 2005 atas segala cerita yang hadir di setiap episode.

11. Serta semua pihak yang telah membantu penulis dalam menyelesaikan skripsi ini, yang tidak bisa penulis sebutkan satu persatu.

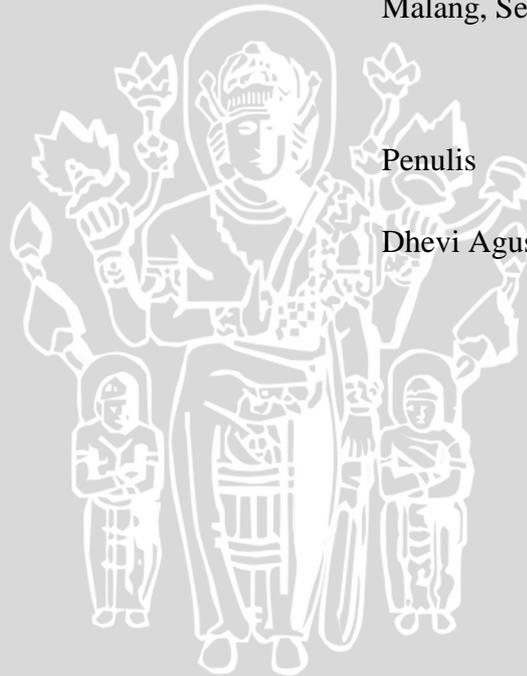
Semoga Tuhan Yang Maha Esa senantiasa memberikan rahmat dan karunia-Nya kepada semua pihak yang telah memberikan segala bantuan tersebut di atas.

Skripsi ini tentu saja masih belum sempurna, sehingga peneliti dengan senang hati akan menerima kritik demi perbaikan. Semoga karya skripsi ini bermanfaat dan dapat memberikan sumbangan yang berarti bagi pihak yang membutuhkan.

Malang, September 2009

Penulis

Dhevi Agustien



DAFTAR ISI

Halaman

MOTTO	
TANDA PERSETUJUAN SKRIPSI	
TANDA PENGESAHAN	
PERNYATAAN ORISINALITAS SKRIPSI	
RINGKASAN	vi
SUMMARY	viii
KATA PENGANTAR	ix
DAFTAR ISI	xi
DAFTAR GAMBAR	xiv
DAFTAR TABEL	xv
DAFTAR LAMPIRAN	xvi
BAB I PENDAHULUAN	
A. Latar Belakang	1
B. Perumusan Masalah	10
C. Tujuan Penelitian	11
D. Kontribusi Penelitian	11
E. Sistematika Pembahasan	12
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	
A. Administrasi Pembangunan	13
1. Reformasi	14
a. Reformasi Administrasi	15
b. Pengertian Reformasi Administrasi	15
c. Tujuan, Sasaran, dan Isi Reformasi	16
B. Pembangunan Sosial	18
C. Kesehatan	19
1. Faktor- faktor Mempengaruhi Kesehatan	22
2. Usaha-Usaha Kesehatan Masyarakat	24
3. Tujuan Usaha Kesehatan Masyarakat	25
4. Pembiayaan Kesehatan	26
D. Pusat Kesehatan Masyarakat (PUSKESMAS)	26
1. Program pokok PUSKESMAS	27
E. Kemiskinan	28
1. Faktor Penyebab Kemiskinan	29
2. Garis Kemiskinan	30
3. Lingkaran Setan Kemiskinan	32
F. Jaminan Kesehatan Masyarakat (JAMKESMAS)	36
1. Tujuan, Sasaran, dan Dasar Hukum	38



BAB III METODE PENELITIAN

A. Jenis Penelitian	41
B. Fokus Penelitian	42
C. Lokasi Penelitian	43
D. Jenis dan Sumber Data	43
E. Teknik Pengumpulan Data	45
F. Instrumen Penelitian	46
G. Analisis Data	46

BAB IV HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

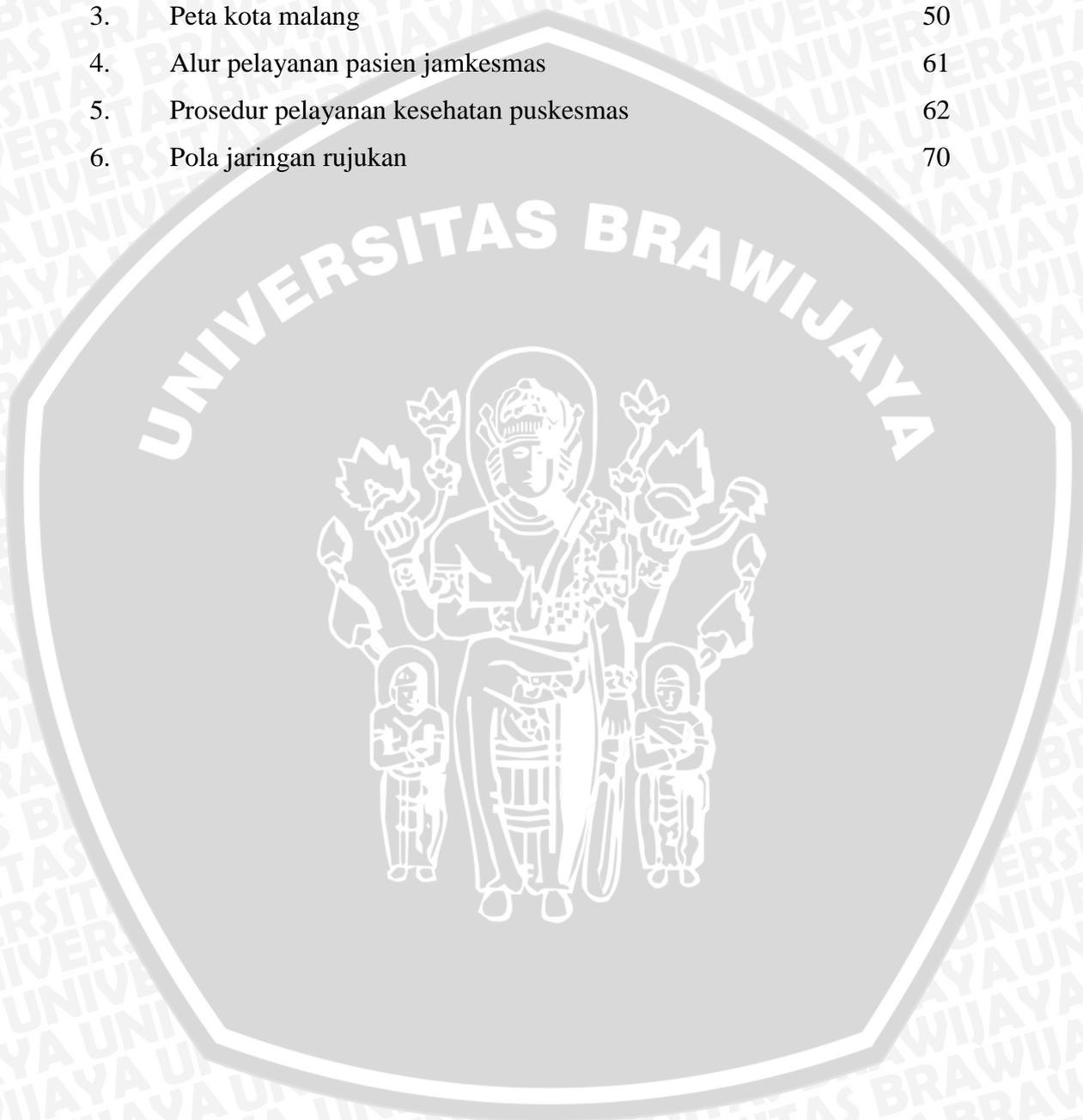
A. Hasil Penelitian	49
1. Gambaran Umum Kota Malang	49
a. Gambaran Geografis	49
b. Sejarah	50
c. Keadaan Demografis	51
d. Pemerintahan	51
e. Potensi Kota Malang	53
f. Visi dan Misi	55
2. Gambaran Puskesmas Kendalsari Malang	57
3. Penyajian Data Fokus	58
a. Pelaksanaan Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas)	58
b. Ruang Lingkup Pelayanan Kesehatan Program Jamkesmas di Puskesmas Kendalsari Malang	62
1) Pelayanan Rawat Jalan Tingkat Primer	62
2) Pelayanan Kesehatan Rawat Inap Tingkat Primer	66
3) Pelayanan Pertolongan Persalinan	66
4) Upaya Kesehatan Yang Berifat Pencegahan Sekunder	68
c. Pelayanan Rujukan Kesehatan di Rumah Sakit	68
d. Pelayanan Yang Dibatasi (Limitation)	70
e. Pelayanan Yang Tidak Dijamin (Exclusion)	71
f. Pendanaan	
1) Sumber Dana	72
2) Penyaluran Dan Pengambilan Dana	73
3) Pemanfaatan Dana	74
a) Pembayaran Retribusi	74
b) Operasional Pelayanan Kesehatan	75
c) Pelayanan Rawat Inap	75
d) Pertolongan Persalinan	75
e) Transportasi Rujukan	76
g. Pertanggung Jawaban	76
h. Hambatan Upaya Mengatasi Hambatan	77
B. Pembahasan	78
1. Pelaksanaan Jamkesmas	78



2. Ruang Lingkup Pelayanan Kesehatan Program Jamkesmas di Puskesmas Kendalsari Malang	79
a. Pelayanan Rawat Jalan Tingkat Primer	80
b. Pelayanan Kesehatan Rawat Inap Tingkat Primer	80
c. Pelayanan Pertolongan Persalinan	81
d. Upaya Kesehatan Yang Berifat Pencegahan Sekunder	81
3. Pelayanan Rujukan Kesehatan di Rumah Sakit	82
4. Pelayanan Yang Dibatasi	83
5. Pelayanan Yang Tidak Dijamin	84
6. Pendanaan	84
a. Sumber Dana	84
b. Penyaluran Dan Pengambilan Dana	85
c. Pemanfaatan Dana	87
1) Pembayaran Retribusi	87
2) Operasional Pelayanan Kesehatan	87
3) Pelayanan Rawat Inap	88
4) Pertolongan Persalinan	88
5) Transportasi Rujukan	88
7. Pertanggung Jawaban	88
8. Hambatan Upaya Mengatasi Hambatan	89
BAB V PENUTUP	
1. Kesimpulan	90
2. Saran	91
DAFTAR PUSTAKA	93

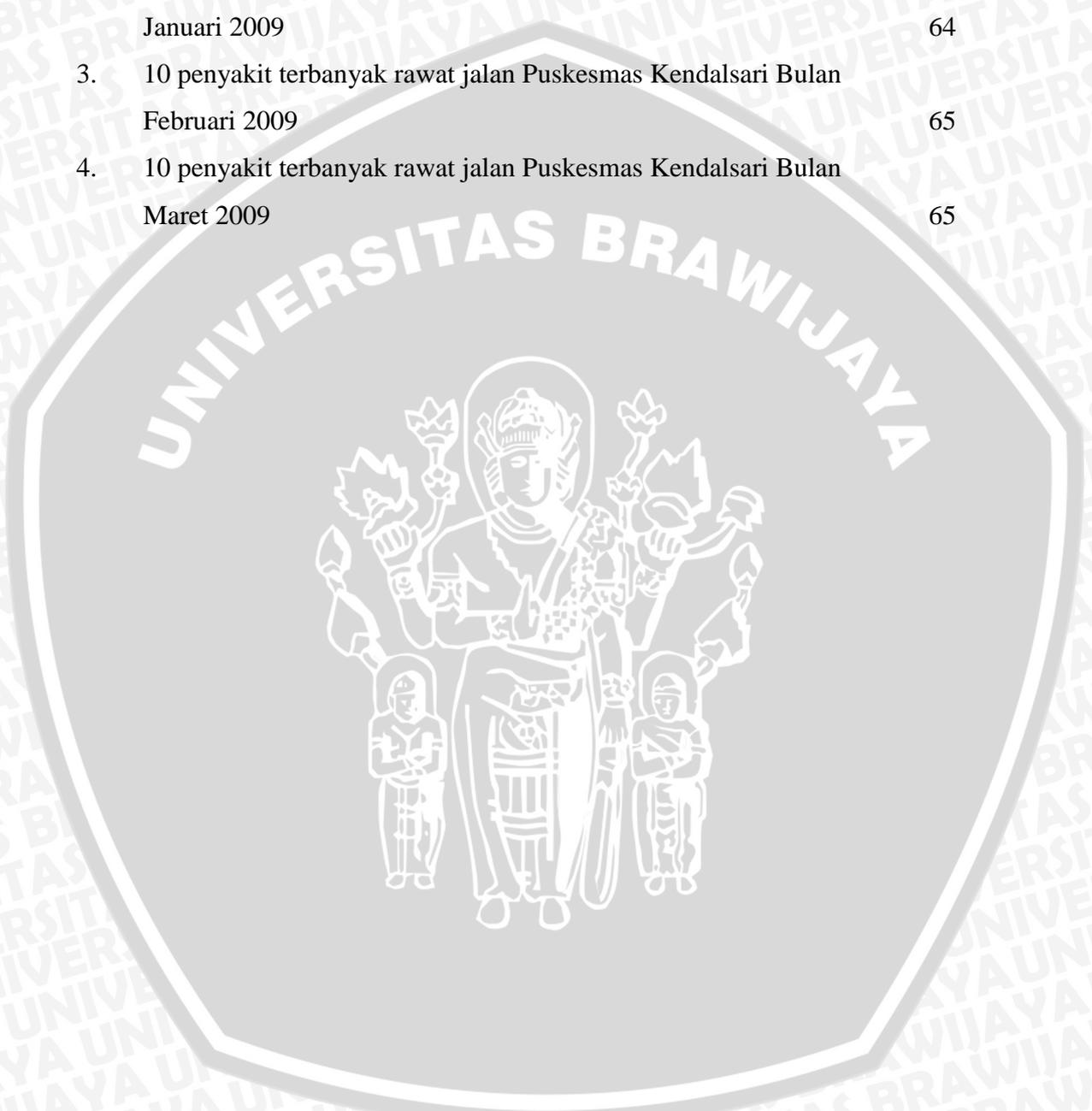
DAFTAR GAMBAR

Gambar		Hal.
1.	Lingkaran setan kemiskinan versi nurkse	33
2.	Lingkaran setan kemiskinan	33
3.	Peta kota malang	50
4.	Alur pelayanan pasien jamkesmas	61
5.	Prosedur pelayanan kesehatan puskesmas	62
6.	Pola jaringan rujukan	70



DAFTAR TABEL

Tabel	Hal.
1. Ciri-ciri rumah tangga miskin	35
2. 10 penyakit terbanyak rawat jalan Puskesmas Kendalsari Bulan Januari 2009	64
3. 10 penyakit terbanyak rawat jalan Puskesmas Kendalsari Bulan Februari 2009	65
4. 10 penyakit terbanyak rawat jalan Puskesmas Kendalsari Bulan Maret 2009	65



DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran		Hal.
1.	Daftar <i>Interview Guide</i>	96
2.	Kartu Askeskin (tampak depan dan tampak belakang)	97
3.	Kartu Peserta JAMKESMAS Pusat	98
4.	Kartu Peserta JAMKESMAS kota	99
5.	Surat Edaran Kebersertaan JAMKESMAS	100
6.	Patograf	101
7.	Jumlah Masyarakat Miskin dan tidak mampu Propinsi Jawa Timur	103
8.	Jumlah Masyarakat Miskin dan tidak mampu per Propinsi	104
9.	SK MENKES No. 125/MENKES/SK/II/2008	105
10.	SK MENKES No. 316/Menkes/SK/V/2009	108
11.	Curriculum Vitae Peneliti	111
12.	Jumlah dan Jenis Petugas Puskesmas Kendalsari	112



BAB I PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Administrasi Pembangunan mencakup dua pengertian, yaitu (1) administrasi dan (2) pembangunan. Telah umum diketahui bahwa yang dimaksud dengan administrasi ialah keseluruhan proses pelaksanaan keputusan-keputusan yang telah diambil dan diselenggarakan oleh dua orang atau lebih untuk mencapai tujuan yang telah ditentukan sebelumnya. Pembangunan biasanya didefinisikan sebagai “rangkaiannya usaha mewujudkan pertumbuhan dan perubahan secara terencana dan sadar yang ditempuh oleh suatu negara bangsa menuju modernitas dalam rangka pembinaan bangsa. (Siagian, 1999; 4).

Stakeholder dan aparatur Negara mewujudkan administrasi dalam bidang pelayanan yang ada di Pemerintahan. Diharapkan perwujudan tersebut dapat berjalan dengan baik, konsisten, bertanggung jawab berikut didukung unsur-unsur administrasi publik yang ada di lembaga legislatif dan eksekutif dengan menciptakan administrasi dalam bidang pelayanan yang berwawasan adil, makmur, dan sejahtera.

Bangsa Indonesia berupaya meluruskan kembali arah pembangunan nasional yaitu dengan menuntut reformasi total kebijakan pembangunan dalam segala bidang. Untuk bidang kesehatan, tuntutan reformasi total tersebut muncul karena masih adanya ketimpangan hasil pembangunan kesehatan antar daerah dan antar golongan, derajat masyarakat yang masih tertinggal dibandingkan dengan negara tetangga, dan kurangnya kemandirian dalam pembangunan kesehatan.

Pembangunan kesehatan merupakan upaya memenuhi salah satu hak dasar rakyat. Yaitu hak memperoleh pelayanan kesehatan sesuai dengan Undang-Undang Dasar 1945 pasal 28 H ayat (1) dan Undang-undang Nomor 23 Tahun 1992 tentang Kesehatan. Pembangunan kesehatan diselenggarakan dengan memberikan prioritas kepada upaya peningkatan kesehatan dan pencegahan penyakit di samping penyembuhan dan pemulihan kesehatan. Pelayanan kesehatan baik oleh pemerintah maupun masyarakat harus

diselenggarakan secara bermutu, adil dan merata dengan memberikan perhatian khusus kepada penduduk miskin, anak-anak, dan para lanjut usia yang terlantar, baik di perkotaan maupun di pedesaan. Prioritas diberikan pula kepada daerah terpencil, pemukiman baru, wilayah perbatasan dan daerah kantong-kantong keluarga miskin. Kesehatan juga merupakan investasi untuk mendukung pembangunan ekonomi serta memiliki peran penting dalam upaya penanggulangan kemiskinan.

Pembangunan kesehatan di Indonesia menegaskan bahwa pada dasarnya kesehatan menyangkut semua segi kehidupan, baik di masa lalu, sekarang, maupun yang akan datang. Sebagai tujuan pembangunan dinyatakan “tercapainya kemampuan untuk hidup sehat bagi setiap penduduk agar dapat mewujudkan derajat kesehatan masyarakat yang optimal, sebagai salah satu unsur kesejahteraan umum dari tujuan nasional.”(Koenjtaraningrat,1985;vii).

Tujuan pembangunan kesehatan adalah meningkatkan kesadaran, kemauan dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang agar terwujud derajat kesehatan masyarakat yang optimal melalui terciptanya masyarakat, bangsa dan negara Indonesia yang ditandai oleh penduduknya yang hidup dengan perilaku dan dalam lingkungan sehat, memiliki kemampuan untuk menjangkau pelayanan kesehatan yang bermutu secara adil dan merata, serta memiliki derajat kesehatan yang optimal di seluruh wilayah Republik Indonesia.(<http://www.rssa.ppimk.or.id/paradigma.php>.)

Faktor ekonomi menjadi salah satu faktor yang menentukan kesehatan seseorang, faktor lainnya adalah bahwa derajat kesehatan bergantung juga pada pelayanan kesehatan yang ada. Baik tidaknya, dan cukup tidaknya pelayanan medis. Krisis ekonomi dan finansial global memiliki dampak yang sangat besar pada kesehatan masyarakat. Hubungan antara tingginya harga pangan dan krisis ekonomi terhadap kondisi kesehatan sangat erat. Semua pihak perlu bertindak guna menghindari akibat semacam itu. kesehatan rakyat bisa memburuk karena angka pengangguran meningkat, dana tabungan dan pensiun terkikis, dan pengeluaran untuk kesehatan merosot.

Krisis ekonomi yang melanda Indonesia telah membawa dampak yang luar biasa bagi tingkat kemiskinan di Indonesia (Maediasmo, 2004:3).

Keberadaan penduduk miskin yang dianggap sebagai beban bagi pemerintah dalam melaksanakan pembangunan masih belum menunjukkan penurunan yang signifikan. Sebagai gambaran, Berdasarkan data BPS, jumlah penduduk miskin di Indonesia telah menurun dari 54,2 juta pada 1976 menjadi sekitar 22,5 juta pada 1996. Namun, terjangan krisis ekonomi mulai pertengahan 1997 telah membalikkan pencapaian tersebut dan bahkan menyebabkan lonjakan angka kemiskinan menjadi 33% pada 1998 dari 15% dari total penduduk pada 1997 (Suryahadi et al. 2003). Tujuh tahun pascakrisis, angka kemiskinan perlahan-lahan menurun kembali hingga mencapai 16% pada 2005 (BPS 2005). Jumlah penduduk miskin (penduduk yang berada dibawah Garis Kemiskinan) di Indonesia pada bulan Maret 2008 sebesar 34,96 juta orang (15,42 persen). Dibandingkan dengan penduduk miskin pada bulan Maret 2007 yang berjumlah 37,17 juta orang (16,58 persen), berarti jumlah penduduk miskin turun sebesar 2,21 juta orang selama periode Maret 2007-Maret 2008. (BPS 2009)

Kemiskinan merupakan masalah yang harus ditanggulangi untuk mewujudkan pembangunan manusia Indonesia seutuhnya. Kemiskinan ini terjadi karena berbagai faktor seperti hak atas pangan, kesehatan, pendidikan, pekerjaan, perumahan, tanah, sumber daya alam, air bersih, rasa aman dan hak untuk berpartisipasi dalam proses pengambilan kebijakan publik dan proses pembangunan.

Jumlah penduduk yang besar dengan pertumbuhan yang cukup tinggi serta distribusi yang tidak merata, merupakan tantangan berat bagi pembangunan kesehatan di Indonesia. Tingkat ekonomi yang masih rendah menyebabkan banyak warga masyarakat belum mampu memperoleh upaya pelayanan kesehatan. Pembiayaan untuk pembangunan kesehatan, baik yang berasal dari pemerintah maupun dari masyarakat dirasakan masih terbatas jumlahnya. Kemiskinan dan penyakit terjadi saling kait-mengkait, dengan hubungan yang tidak akan pernah putus terkecuali dilakukan intervensi pada salah satu atau kedua sisi, yakni pada kemiskinannya atau penyakitnya.

Kemiskinan mempengaruhi kesehatan sehingga orang miskin menjadi rentan terhadap berbagai macam penyakit, karena mereka mengalami gangguan sebagai berikut:

1. menderita gizi buruk
2. pengetahuan kesehatan kurang
3. perilaku kesehatan kurang
4. lingkungan pemukiman buruk
5. biaya kesehatan tidak tersedia

Sebaliknya kesehatan mempengaruhi kemiskinan. Masyarakat yang sehat menekan kemiskinan karena orang yang sehat memiliki kondisi sebagai berikut:

1. produktivitas kerja tinggi
2. pengeluaran berobat rendah
3. Investasi dan tabungan memadai
4. tingkat pendidikan maju
5. tingkat fertilitas dan kematian rendah
6. stabilitas ekonomi mantap

(sumber: http://www.jpkmonline.net/index.php?option=com_content&task=view&id=53&Itemid=89)

Pengaruh krisis ekonomi terhadap kesehatan masyarakat banyak macamnya. Beberapa diantaranya yang dinilai mempunyai makna yang penting adalah :

1. Menurunnya status gizi masyarakat

Krisis ekonomi menyebabkan harga barang dan jasa termasuk bahan makanan meningkat. Selanjutnya penurunan daya beli menyebabkan konsumsi makanan berkurang sehingga status gizi menurun. Penelitian di berbagai daerah telah membuktikan hal tersebut. Pengamatan Posyandu di Sulsel menemukan KEP nyata balita dari 5,7 % pada tahun 1997 meningkat menjadi 14,9 % tahun 1999. Penurunan status gizi balita tersebut nyata sebagai akibat kekurangan kalori/protein sesaat, terbukti dari hasil penelitian : angka malnutrisi akut anak di bawah 2 tahun meningkat dari 9,9 % tahun 1997 menjadi 14,4 % tahun

1999. Penurunan status gizi akan mendatangkan berbagai masalah ikutan sebagai berikut :

- a. Menghambat pertumbuhan dan perkembangan fisik serta intelektual janin dan anak terutama anak balita. Kekurangan gizi pada janin dan balita dapat menimbulkan loss generation.
- b. Kekurangan gizi pada ibu hamil dapat mempengaruhi pertumbuhan dan perkembangan janin.
- c. Kekurangan gizi pada ibu nifas menghambat produksi ASI.
- d. Kekurangan gizi pada masyarakat dapat menurunkan daya tahan tubuh, memudahkan yang sehat menjadi sakit serta menghambat kesembuhan bagi yang sakit.

2. Menurunnya akses terhadap fasilitas pelayanan

Mengingat prioritas pendapatan keluarga untuk membeli makanan, maka penyediaan biaya untuk pelayanan kesehatan mengalami penurunan. Hal ini perbesar dengan meningkatnya tarif jasa pelayanan kesehatan khususnya pada fasilitas swasta. Akibatnya akses masyarakat terhadap pelayanan kesehatan menurun dengan tajam.

3. Menurunnya perhatian terhadap lingkungan

Lingkungan merupakan salah satu faktor yang mempengaruhi status kesehatan. Dengan adanya krisis menyebabkan perhatian masyarakat terpusat pada kegiatan untuk mempertahankan hidup, sehingga perhatian terhadap lingkungan menurun. Akibatnya sanitasi rumah, lingkungan pemukiman, penyediaan air bersih mengalami penurunan yang tajam.

4. Menurunnya partisipasi masyarakat dalam berbagai kegiatan yang mendukung kesehatan

Mengurangnya perhatian masyarakat tidak terbatas hanya pada lingkungan, tapi juga terhadap berbagai kegiatan yang mendukung kesehatan, misalnya :Posyandu, Pos KB, Pos Obat dan lain-lain.

5. Mengabaikan perilaku sehat

Keadaan krisis ekonomi dapat menimbulkan kondisi pengabaian perilaku hidup sehat, misalnya : meningkatnya merokok, kebebasan seksual, makan tidak teratur dan lain-lain.

6. Munculnya masalah kesehatan lain

Krisis ekonomi dapat menimbulkan secara tak langsung masalah kesehatan lain, misalnya: meningkatnya stress, cidera akibat tindak kekerasan, penyakit hubungan seksual dan lain-lain.

(sumber:http://www.jpkmonline.net/index.php?option=com_content&task=view&id=53&Itemid=89)

Krisis kesehatan sebagai akibat dari krisis ekonomi berkrpanjangan di Indonesia membuat masyarakat miskin/kurang mampu menderita karena sulitnya menjangkau fasilitas pelayanan kesehatan milik pemerintah maupun swasta. Krisis kesehatan mengakibatkan timbulnya implikasi *negative* yaitu turunya derajat pemenuhan kebutuhan dasar. Permasalahan kesehatan memiliki hubungan timbal balik dengan kemiskinan, kondisi masyarakat yang sehat akan memberikan produktivitas tinggi, pengeluaran berobat rendah, investasi dan simpanan baik, tingkat pendidikan yang baik, tingkat kematian rendah, dan stabilitas ekonomi yang mantab. Hambatan utama masyarakat miskin adalah akses terhadap pelayanan kesehatan karena masalah sosial, ekonomi, geografi, dan kurangnya pengetahuan tentang kesehatan. Masyarakat miskin rentan terkena berbagai macam penyakit karena beberapa faktor, diantaranya adalah gizi buruk, kurangnya pengetahuan kesehatan, perilaku kesehatan yang kurang, lingkungan pemukiman yang buruk, tidak tersedianya biaya kesehatan dan kurangnya akses informasi mengenai kesehatan (dinkes,2005).

Derajat kesehatan masyarakat miskin berdasarkan indikator Angka Kematian Bayi (AKB) dan Angka Kematian Ibu (AKI) di Indonesia, masih cukup tinggi, yaitu AKB sebesar 26,9 per 1000 kelahiran hidup dan AKI sebesar 248 per 100.000 kelahiran hidup serta Umur Harapan Hidup 70,5 Tahun (BPS 2007). Derajat kesehatan masyarakat miskin yang masih rendah

tersebut diakibatkan karena sulitnya akses terhadap pelayanan kesehatan. Kesulitan akses pelayanan ini dipengaruhi oleh berbagai faktor seperti tidak adanya kemampuan secara ekonomi dikarenakan biaya kesehatan memang mahal.

Kesehatan adalah hak dan investasi, dan semua warga negara berhak atas kesehatannya termasuk masyarakat miskin. Diperlukan suatu sistem yang mengatur pelaksanaan bagi upaya pemenuhan hak warga negara untuk tetap hidup sehat, dengan mengutamakan pada pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin.

Tanggung jawab terhadap perubahan derajat kesehatan masyarakat, baik sebagai akibat langsung maupun tidak langsung dari upaya kesehatan, berada pada sektor kesehatan pemerintah yang diwakili oleh departemen kesehatan pusat, dinas kesehatan provinsi, serta dinas kesehatan kabupaten/kota.

Mengingat bahwa krisis kesehatan yang dihadapi ini masih berlangsung lama, maka pemerintah harus menerapkan upaya terobosan untuk mengurangi dampak krisis kesehatan semaksimal mungkin pada derajat kesehatan masyarakat, demikian pula pembangunan kesehatan nasional harus dilaksanakan secara terpadu.

Pemerintah harus melakukan berbagai upaya untuk memenuhi kebutuhan pelayanan kesehatan bagi seluruh masyarakat. Pemerintah mengarahkan kebijakan strategis dalam menghadapi krisis kesehatan sebagai berikut:

1. Mengantisipasi kebutuhan kelompok-kelompok masyarakat yang berpenghasilan rendah terutama mereka yang mengidap penyakit kronis seperti AIDS, paru-paru, gangguan ginjal menahun dan sebagainya. Strategi ini dikembangkan untuk mengantisipasi semakin mahalnya harga obat dan jasa pelayanan kesehatan yang harus ditanggung oleh pengidap penyakit ini. Kondisi masyarakat lebih diperparah lagi akibat sebagian besar masyarakat Indonesia belum terlindungi system asuransi.

2. Mengantisipasi masalah kekurangan pangan (sector pertanian) yang juga berdampak pada sector kesehatan dalam bentuk kekurangan gizi. Masalah ini akan semakin terasa oleh kelompok masyarakat dari keluarga prasejahtera dan sejahtera 1 (penduduk miskin). Di sisi lain, harga kebutuhan Sembilan bahan pokok (sembako) semakin meningkat (sector ekonomi), dan pendapatan masyarakat secara umum masih tetap rendah. Krisis ekonomi yang terjadi sejak tahun 1998 menunjukkan bahwa masalah kesehatan merupakan hal yang penting dalam rangka pembangunan manusia Indonesia seutuhnya. Penurunan daya beli masyarakat mengakibatkan akses kesehatan semakin sulit bagi masyarakat. (Muninjaya, 2004:51)

Dalam rangka memenuhi hak masyarakat miskin sebagaimana diamanatkan undang-undang, Departemen Kesehatan menetapkan kebijakan untuk lebih memfokuskan pada pelayanan kesehatan masyarakat miskin. Dasar pemikirannya adalah selain memenuhi kewajiban pemerintah juga berdasarkan kajian bahwa indikator-indikator kesehatan akan lebih baik apabila lebih memperhatikan pelayanan kesehatan yang terkait dengan kemiskinan.

Untuk menjamin akses penduduk miskin terhadap pelayanan kesehatan, sejak tahun 2005 telah diupayakan untuk mengatasi hambatan dan kendala tersebut melalui pelaksanaan kebijakan Program Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat Miskin. Program ini diselenggarakan oleh Departemen Kesehatan melalui penugasan kepada PT Askes (Persero) berdasarkan SK Nomor 1241/Menkes /SK/XI/2004, tentang penugasan PT Askes (Persero) dalam pengelolaan program pemeliharaan kesehatan bagi masyarakat miskin.

Program ini dalam perjalanannya terus diupayakan untuk ditingkatkan melalui perubahan-perubahan. Perubahan mekanisme yang mendasar adalah adanya pemisahan peran pembayar dengan verifikator melalui penyaluran dana langsung ke Pemberi Pelayanan Kesehatan (PPK) dari Kas Negara, penempatan pelaksana verifikasi di setiap Puskesmas dan Rumah Sakit, pembentukan Tim Pengelola dan Tim Koordinasi di tingkat Pusat, Propinsi,

dan Kabupaten/Kota serta penugasan PT Askes (Persero) dalam manajemen kepesertaan. Untuk menghindari kesalahpahaman dalam penjaminan terhadap masyarakat miskin yang meliputi sangat miskin, miskin dan mendekati miskin, program ini berganti nama menjadi JAMINAN KESEHATAN MASYARAKAT yang selanjutnya disebut JAMKESMAS dengan tidak ada perubahan jumlah sasaran.

Melalui Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat Miskin ini diharapkan dapat menurunkan angka kematian ibu melahirkan, menurunkan angka kematian bayi dan balita serta penurunan angka kelahiran disamping dapat terlayannya kasus-kasus kesehatan masyarakat miskin umumnya. Saat ini pemerintah sedang memantapkan penjaminan kesehatan bagi masyarakat miskin sebagai bagian dari pengembangan jaminan secara menyeluruh. Program ini sudah berjalan 4 (empat) tahun, dan telah memberikan banyak manfaat bagi peningkatan akses pelayanan kesehatan masyarakat miskin dan tidak mampu. Pada tahun 2008 terjadi perubahan pada penyaluran dana dan pengelolannya, untuk dana pelayanan kesehatan masyarakat miskin di Puskesmas disalurkan langsung ke Puskesmas.

Jaminan Pelayanan Kesehatan Masyarakat Miskin dilaksanakan sejak tahun 2005 telah memberikan pencapaian yang bermakna, antara lain terjadinya peningkatan cakupan/akses pelayanan kesehatan masyarakat miskin.

Amandemen UUD 1945 pada tahun 2002 Pasal 33 ayat 1,2,3 mengamanatkan penyelenggaraan jaminan sosial bagi seluruh rakyat. Sedangkan Pasal 34 ayat 2 mengamanatkan: “negara mengembangkan sistem jaminan sosial bagi seluruh rakyat dan memberdayakan masyarakat yang lemah dan tidak mampu, sesuai dengan martabat kemanusiaan”.

UU No.40 Tahun 2004 tentang SJSN menggariskan bahwa jaminan kesehatan diselenggarakan secara nasional berdasarkan prinsip asuransi sosial dan prinsip ekuitas. Jaminan kesehatan diselenggarakan dengan tujuan menjamin agar peserta memperoleh manfaat pemeliharaan kesehatan dan perlindungan dalam memenuhi kebutuhan dasar kesehatan (Ps. 19).

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

Namun demikian dalam pelaksanaannya program JAMKESMAS juga masih ditemukan beberapa permasalahan yang perlu memperoleh perhatian segera, yaitu pendataan sasaran yang belum tuntas dan maksimal, peran ganda penyelenggara sebagai pengelola dan pembayar, verifikasi tidak berjalan secara optimal, dan dana paket pelayanan belum memadai.

Dengan kegiatan ini diharapkan hambatan pelayanan kesehatan bagi seluruh penduduk terutama masyarakat miskin, akibat perbedaan data sasaran dan hambatan *procedural* dalam pelayanan dapat diatasi.

Berdasarkan dari uraian di atas yang menjelaskan tentang pentingnya program Jaminan Kesehatan Masyarakat (JAMKESMAS) untuk kesehatan masyarakat khususnya masyarakat miskin, sehingga penulis tertarik untuk mengkajinya lebih jauh dengan melakukan penelitian yang berjudul **“Pembangunan Dalam Bidang Kesehatan Melalui Jaminan Kesehatan Masyarakat (JAMKESMAS) Untuk Meningkatkan Kualitas Kesehatan Masyarakat Miskin. (Studi kasus pada Puskesmas Kendalsari Malang)”**

B. Perumusan Masalah

Berdasarkan uraian dari latar belakang, maka peneliti merumuskan permasalahan dalam penelitian ini adalah :

1. Bagaimanakah pelayanan kesehatan melalui program JAMKESMAS untuk meningkatkan kualitas kesehatan masyarakat miskin dalam rangka mewujudkan pembangunan dalam bidang kesehatan pada Puskesmas Kendalsari Kota Malang?
2. Faktor apa sajakah yang menjadi penghambat dalam program JAMKESMAS pada Puskesmas Kendalsari Kota Malang?

C. Tujuan

Berdasarkan rumusan masalah yang telah tertulis di atas, maka tujuan dari penelitian ini adalah sebagai berikut:

1. Untuk mengetahui dan menganalisis pelayanan Puskesmas Kendalsari Malang dalam mendukung program JAMKESMAS untuk meningkatkan kualitas kesehatan masyarakat miskin dalam rangka mewujudkan pembangunan administrasi dalam bidang kesehatan.
2. Untuk mendeskripsikan dan menganalisis faktor penghambat Puskesmas Kendalsari untuk mendukung program JAMKESMAS.

D. Kontribusi Penelitian

Penelitian ini diharapkan dapat memberikan manfaat, adapun kontribusi penelitian yang ingin dicapai adalah:

1. Manfaat Teoritis
 - a. Sebagai bahan kajian dan sumbangan pemikiran yang berkaitan dengan Jaminan Kesehatan Masyarakat dan kualitas pelayanan publik.
 - b. Sebagai bahan bacaan dan referensi bagi peneliti yang selanjutnya dalam tema yang sama serta untuk menambah wawasan tentang program Jaminan Kesehatan Masyarakat dan kualitas pelayanan.
2. Manfaat Praktis
 - a. Sebagai masukan kepada Puskesmas Kendalsari Malang dalam penerapan pelayanan Program Jaminan Kesehatan Masyarakat kepada publik sekaligus sumbangan pemikiran untuk peningkatan kualitas pelayanan.
 - b. Bagi para penentu kebijakan, pemerhati dan praktisi di lapangan dapat dipergunakan sebagai bahan pertimbangan dalam menganalisa sistem pemberian pelayanan kepada publik.

E. Sistematika Pembahasan

Dalam penyusunan ini, pokok yang dituangkan secara sistematis terdiri atas V (lima) bab dimana antara bab yang satu dengan bab yang lainnya saling berhubungan dan menyangkut pembangunan dalam bidang kesehatan melalui Jaminan Kesehatan Masyarakat (JAMKESMAS). Dan untuk mempermudah dalam pemahaman tulisan ini, maka sistematika penulisannya disusun sebagai berikut:

Bab pertama merupakan pendahuluan, yang terdiri dari latar belakang, perumusan masalah, tujuan penelitian, kontribusi penelitian, dan sistematika pembahasan. Bab kedua merupakan tinjauan pustaka, berisi tentang beberapa teori yang terkait dengan judul penelitian yaitu mengenai pembangunan kesehatan melalui JAMKESMAS untuk meningkatkan kesejahteraan masyarakat miskin yang mencakup: pengertian, bentuk, proses, tujuan, dan sasaran. Bab ketiga merupakan metode penelitian, yang berisikan jenis penelitian, fokus penelitian, pemilihan lokasi dan situs penelitian, sumber data, teknik pengumpulan data, instrumen penelitian, dan metode analisis. Bab keempat merupakan hasil dan pembahasan, dalam bab ini dikemukakan mengenai data-data yang berkaitan dengan masalah yang diteliti, berkaitan dengan tujuan penelitian dan sesuai dengan fokus penelitian. Data yang telah dikumpulkan kemudian dianalisis dan diinterpretasikan. Dan yang terakhir merupakan bab kesimpulan dan saran, pada bab ini berisikan tentang kesimpulan dari seluruh uraian pada bab-bab sebelumnya dan saran yang mendukung yang nantinya akan menjadi masukan terutama yang berkenaan pembangunan kesehatan melalui JAMKESMAS untuk meningkatkan kesejahteraan masyarakat miskin.

BAB II TINJAUAN PUSTAKA

A. Administrasi Pembangunan

Teori – teori administrasi pembangunan penting untuk dikemukakan dalam kaitannya dengan penulisan skripsi ini karena peningkatan pelayanan merupakan bagian dari reformasi administrasi, sedangkan reformasi administrasi itu sendiri termasuk salah satu aspek yang dikaji dalam ruang lingkup administrasi pembangunan. Administrasi pembangunan banyak diterapkan di Negara – Negara berkembang, bisa juga berperan sebagai agen perubahan, dengan ciri pokok sebagai pendorong proses perubahan ke arah yang dianggap lebih baik. Tjokroamidjodjo dan Mustopadijkaya (1996 : 38) berpendapat bahwa sebagai agen perubahan atau agen pembangunan, sifat administrasi pembangunan berorientasi pada pelaksanaan dan pemecahan masalah.

Selanjutnya Weidner dalam Tjokroamidjodjo dan Mustopadijkaya (1996 : 38) mengemukakan pengertian administrasi sebagai proses pengerahan dan pengorganisasian menuju tercapainya tujuan – tujuan pembangunan, dan berorientasi pada tindakan, dan menempatkan administrasi sebagai pusatnya dalam menunjang pencapaian tujuan – tujuan pembangunan.

Katz dalam Kartasasmita (1997 : 34) menganggap bahwa administrasi pembangunan bersumber dari administrasi Negara, dan bersifat dinamis dan inovatif, karena menyangkut upaya mengadakan perubahan – perubahan social, dan dalam upaya itu administrasi pembangunan sangat berkepentingan dan terlibat dalam pengerahan sumber daya dan pengalokasiaannya untuk kegiatan pembangunan.

Tjokroamidjodjo dan Mustopadijkaya (1996 : 83) merumuskan administrasi pembangunan sebagai suatu ilmu dan seni tentang bagaimana pembangunan suatu system administrasi dilakukan sehingga system administrasi tersebut mampu menyelenggarakan berbagai fungsi umum pemerintahan dan pembangunan secara efektif dan efisien.

Sedangkan Tjokroamidjodjo dalam Kartasasmita (1997 xvii) administrasi pembangunan diartikan sebagai suatu administrasi bagi usaha

pembangunan sosial ekonomi yang bersifat dinamis dan inovatif dan mengupayakan perubahan berbagai aspek sumber daya untuk kegiatan pembangunan melalui berbagai pengerahan dan alokasi sumber daya untuk kegiatan pembangunan secara lebih spesifik, administrasi pembangunan berfungsi sebagai merumuskan kebijakan – kebijakan dan program – program pembangunan, dan melaksanakannya secara lebih efektif dengan pendekatan yang multidisiplin.

Dari pengertian – pengertian ini dapat dikatakan bahwa keberadaan administrasi pembangunan terutama di Negara – negara berkembang sangat penting karena menyangkut upaya – upaya pembangunan system administrasi Negara yang bersifat memperbarui dan dinamis agar sistem administrasi Negara tersebut bisa menjalankan fungsi umum pemerintahan dan pembangunan secara efisien dan efektif berusaha untuk mengarahkan dan mengorganisasikan tindakan untuk menunjang tercapainya tujuan pembangunan melalui berbagai pengerahan dan alokasi sumber daya untuk kegiatan pembangunan, merumuskan kebijaksanaan – kebijaksanaan dan program – program pembangunan. membangun sistem administrasi tradisional menjadi sistem administrasi modern yang mampu menyelenggarakan pembangunan merupakan salah satu tujuan administrasi pembangunan.

Dalam ruang lingkup administrasi pembangunan, ada aspek – aspek yang ingin dikaji, yaitu: pertama, administrasi yang mendukung pembangunan yang meliputi konsep administrasi dan konsep pembangunan, dan kedua, pembangunan sistem administrasi atau disebut juga pembaruan administrasi / reformasi administrasi. Untuk selanjutnya pada penelitian ini akan lebih menekankan pada aspek reformasi administrasi.

1. Reformasi

Adapun pengertian reformasi menurut Basri dalam Kazhim (1998 : 78) mengandung dua unsur, yaitu :

1. Pembaruan, karena sistem yang ada tidak mampu lagi merespon persoalan – persoalan yang muncul akibat dari perubahan lingkungan internal dan eksternal.

2. Perubahan kearah yang lebih baik, karena terjadinya kemencengan – kemencengan dari pola normal, nilai – nilai universal ataupun hukum alam.

Sedangkan Siagian (1990 : 135) menyatakan reformasi sebagai upaya untuk menemukan ketidakberesaan dalam lingkungannya serta memperbaiki ketidakberesannya itu dengan pertimbangan – pertimbangan sosial budaya atau nilai – nilai sosial.

Pendapat – pendapat tersebut merumuskan pengertian reformasi sebagai upaya memperbarui atau merubah sesuatu kearah kondisi yang lebih baik untuk menemukan ketidak beresaan dalam lingkungan dan sistem yang tidak mampu lagi menanggapi permasalahan yang muncul.

a. Reformasi Administrasi

Kebutuhan akan perbaikan dan penyempurnaan kemampuan administrasi menjadi tuntutan mutlak bagi masyarakat. Oleh sebab itu adaptibilitas birokrasi terhadap kebutuhan akan perubahan sangat diperlukan. Pada umumnya negara berkembang melakukan reformasi administrasi bukan sekedar sebagai bentuk adaptabilitas birokrasi atau tuntutan yang dibebankan kepadanya, melainkan merupakan suatu keharusan untuk mewujudkan pemerintahan sebagaimana yang diinginkan masyarakat.

b. Pengertian Reformasi Administrasi

Dalam perkembangannya, hingga saat ini belum ada definisi reformasi administrasi yang dapat diterima secara universal. Setiap sarjana memiliki pemahaman tersendiri tentang konsep reformasi administrasi. Siagian (1999 : 135) memahami reformasi administrasi sebagai usaha untuk menerapkan ide – ide baru dan kombinasi ide – ide baru kepada suatu sistem administratif dengan kesadaran untuk memperbaiki sistem tersebut dalam rangka pencapaian tujuan nasional secara positif. adapun ide – ide yang mempengaruhi timbulnya usaha – usaha pembaruan administratif dapat dibagi dalam lima golongan besar, yaitu :

1. Pemahaman baru terhadap program kerja.

2. Sikap – sikap yang berubah terhadap ”langganan” pemerintah serta para anggota suatu birokrasi pemerintahan.
3. Perubahan – perubahan yang terjadi dalam bentuk – bentuk intern dari suatu administrasi yang menuju kepada perbaikan, komunikasi dan manajemen yang bersifat partisipatif.
4. Penekanan yang lebih besar terhadap penggunaan sumber – sumber dengan lebih efisien dan ekonomis.
5. kurangnya penekanan terhadap approach yang statis terhadap cara kerja yang rutin dan legalitas. (Siagian, 1990 : 136).

Pendapat yang hampir sama dikemukakan oleh Wallis dalam Kartasmita

(1997 : 79) yang mengartikan reformasi administrasi sebagai *permanent improvement in administration*. Dari batasan ini ada tiga aspek, yaitu :

1. Perubahan harus merupakan perbaikan dari keadaan sebelumnya.
2. Perbaikan diperoleh dengan upaya yang disengaja dan bukan terjadi secara kebetulan atau tanpa usaha.
3. Perbaikan yang terjadi bersifat jangka panjang dan tidak sementara untuk kemudian kembali lagi ke keadaan semula.

Dari definisi – definisi yang dikemukakan oleh para sarjana tersebut dapat disimpulkan bahwa pembaruan administrasi / reformasi administrasi ialah suatu usaha perubahan yang dilakukan dengan penuh kesadaran dan tidak bersifat sementara untuk memperbaiki sistem dari keadaan sebelumnya dalam rangka pencapaian tujuan nasional.

c. Tujuan, Sasaran, dan Isi Reformasi

Pada dasarnya penetapan tujuan merupakan sesuatu yang penting dalam reformasi administrasi. Berkenaan dengan itu, Caiden seperti yang dikutip oleh Zauhar (1996 : 8) menyebutkan bahwa tujuan reformasi adalah untuk memperbaiki kinerja administrasi dari individu, kelompok – kelompok dari lembaga – lembaga serta memberi saran bagaimana mereka dapat

mencapai sasaran operasinya dengan lebih efektif, lebih ekonomis dan lebih cepat.

United Nation sebagaimana dikutip oleh Handarjatiningrat (1984 : 61) menyebutkan bahwa: Tujuan reformasi administrasi adalah memperbaiki kemampuan administratif pemerintah untuk memenuhi kebutuhan baru dan untuk menyelesaikan program yang baru. Apabila fungsi dan program pemerintah selalu berubah setiap waktu, perbaikan administrasi akan merupakan proses yang terus menerus untuk penyesuaiannya.

Sedangkan sasaran reformasi administrasi menurut Siagian (1990 : 136) ialah peningkatan secara nyata dari "*performance capacity*" dari seluruh aparat pelaksana serta peningkatan efisiensi kerja dalam rangka menunjang kegiatan – kegiatan pembangunan nasional.

Dari pendapat – pendapat tersebut, dapat dikatakan bahwa pada umumnya tujuan dan sasaran yang ingin dicapai dalam setiap usaha reformasi administrasi meliputi upaya untuk meningkatkan kualitas, kemampuan, dan kinerja mulai dari tingkat individu, kelompok, sampai dengan tingkat organisasi untuk pemenuhan kebutuhan dan pelaksanaan program – program yang dilaksanakan secara terus menerus untuk menyesuaikan dengan program – program pemerintah yang mungkin mengalami perubahan.

Membahas mengenai isi reformasi administrasi, mengutip pendapat Zhijian, De Guzman, dan Reforma menyatakan bahwa isi reformasi administrasi terdiri dua aspek mayor, yaitu :

Pertama, dari sudut pandang perubahan struktur yang melibatkan penyesuaian – penyesuaian hubungan kekuasaan dalam organisasi birokrasi dengan cara penghapusan, integrasi, penggabungan atau penciptaan unit – unit administrasi, peralihan atau penambahan fungsi – fungsi dan tanggung jawab untuk pengenalan prosedur – prosedur dalam urusan pemerintah.

kedua, dari sudut pandang perubahan perilaku yang harus dihasilkan untuk membawa nilai – nilai produktifitas sebaik tanggapan kepada masyarakat.

Dari pendapat tersebut, dapat disimpulkan bahwa isi reformasi administrasi berkenaan dengan masalah perubahan struktur / kelembagaan

yang ditandai dengan penyesuaian – penyesuaian hubungan kekuasaan dalam organisasi birokrasi serta masalah perubahan perilaku, yang meliputi sikap dan nilai dari pihak – pihak yang terkait langsung dengan proses reformasi administrasi.

B. Pembangunan Sosial

Kesejahteraan sosial adalah keadaan sosial yang memungkinkan bagi setiap warga negara untuk dapat memenuhi kebutuhan hidupnya yang bersifat jasmani, rohani dan sosial sesuai dengan harkat dan martabat manusia, untuk dapat mengatasi pelbagai masalah sosial yang dihadapi diri, keluarga dan masyarakatnya dan dapat mengembangkan potensi-potensi dirinya, keluarga dan masyarakatnya untuk berkembang menjadi lebih baik. Sedangkan Edi Suharto (2005; 35) mendefinisikan pembangunan kesejahteraan sosial sebagai usaha yang terencana dan terarah yang meliputi berbagai bentuk intervensi sosial dan pelayanan sosial untuk memenuhi kebutuhan manusia, mencegah dan mengatasi masalah sosial serta memperkuat institusi-institusi sosial.

Secara konseptual, pembangunan kesejahteraan sosial merupakan bagian dari pembangunan sosial yang memberi perhatian pada keseimbangan kehidupan manusia dalam memperbaiki atau menyempurnakan kondisi-kondisi sosialnya. Dalam beberapa hal, pembangunan sosial dan pembangunan kesejahteraan sosial memiliki makna yang sama mengingat sasaran utama pembangunan tersebut adalah manusia dan lingkungannya, sedangkan tujuannya adalah untuk meningkatkan kondisi kehidupan dan keseimbangan sosial baik secara rohaniah maupun jasmaniah. Peningkatan kondisi kehidupan tersebut ditempuh dengan jalan menumbuhkan, membina dan mengembangkan keselarasan hidup pribadi-pribadi manusia serta menciptakan lingkungan yang lebih baik meliputi segi fisik, mental dan sosial budaya.

Pembangunan kesejahteraan sosial merupakan sesuatu yang kompleks dan dinamis. Hal ini tak terhindarkan, mengingat ia senantiasa memberikan perhatian pada keberfungsian sosial manusia dalam kehidupan sosial masyarakatnya. Tujuan pembangunan kesejahteraan sosial adalah tercapainya kondisi kesejahteraan sosial yang adil dan merata serta berjalannya sistem

kesejahteraan sosial yang mapan dan melembaga sebagai salah satu piranti kehidupan masyarakat Indonesia dalam upaya menjadi bangsa yang maju, mandiri dan mampu memenuhi kebutuhan hidupnya sesuai dengan standar kemanusiaan. Kondisi tersebut dicapai melalui pelayanan sosial yang diwujudkan dengan usaha kesejahteraan sosial. Namun, kompleksitas pembangunan kesejahteraan sosial ditambah lagi dengan tuntutan perkembangan lingkungan internal dan eksternal menyebabkan perkembangan dinamika permasalahan yang dihadapi selalu lebih cepat dibandingkan upaya peningkatan kemampuan semua pihak untuk menyelesaikan permasalahan tersebut. Kondisi ini tentu saja membuat keadaan sejahtera terasa sulit dicapai, bahkan segala upaya yang dikerahkan tampaknya tidak pernah akan cukup. Untuk menghindari penilaian seperti itu, upaya pembangunan dalam jangka panjang memerlukan suatu gambaran yang menyeluruh mengenai hal tersebut, sehingga upaya pemecahan masalah ditujukan pada permasalahan yang memiliki daya ungkit (*leverage*) paling besar. (<http://masterplan.depsos.go.id>)

Salah satu determinan (penentu) yang paling kritis dari keberhasilan mencapai tujuan pembangunan sosial terletak pada jenis pendekatan yang digunakan oleh suatu negara. Tentu saja terdapat rentangan alternatif pendekatan pembangunan sosial yang dapat dipilih oleh negara mana pun. Namun pendekatan pembangunan sosial apa pun tampaknya jatuh pada suatu titik di antara kedua kutub sepanjang suatu kontinum pendekatan. Di satu ujung kontinum terdapat pendekatan pembangunan “top-down” terhadap pembangunan sosial bangunan sosial yang berdasar pengelolaan sumber yang bertumpu pada komunitas.” Pembangunan sosial apa pun akan ditandai baik oleh salah satu, atau gabungan dari dua pendekatan tersebut (Korten, 1980; Korten 1986).

C. Kesehatan

Kesehatan merupakan anugerah Tuhan yang tidak ternilai harganya maka kewajiban kita untuk menjaganya, bila kita sehat maka kita akan mudah melakukan berbagai aktivitas sehingga dapat meningkatkan produktivitas. Sedangkan bila kita sakit kita tidak mudah melakukan aktivitas sehingga

produktivitas akan menurun, kondisi sakit selain merugikan diri sendiri juga merugikan orang lain, pekerjaan yang harus ditangani harus digantikan orang lain yang hasilnya tentu tidak sama bila kita menanganinya sendiri.

Menurut pernyataan dari Organisasi Kesehatan Sedunia (WHO), kesehatan adalah keadaan fisik, mental dan kesejahteraan sosial secara lengkap dan bukan hanya sekedar tidak mengidap penyakit atau kelemahan.

Kesehatan sumber daya manusia merupakan asset penting bagi bangsa untuk melakukan pembangunan. Namun kenyataannya pembangunan kesehatan kurang diprioritaskan oleh pemerintah. Penurunan daya beli masyarakat akibat krisis ekonomi menyebabkan kesehatan menjadi komoditas yang mahal bagi masyarakat.

Berdasarkan pengertian dan batasan mengenai *public health*, dirumuskan tiga tingkatan pencegahan di bidang pelayanan kedokteran sesuai dengan tingkat perkembangan patologi penyakit, yaitu:

1. Pencegahan primer

Kegiatan utama dari pencegahan primer terdiri dari promosi kesehatan dan perlindungan spesifik untuk perorangan dan lingkungan. Masalah kesehatan yang perlu dicegah tidak hanya penyakit infeksi, tetapi juga penyakit non infeksi seperti keelakaan, kesehatan jiwa, kesehatan kerja.

2. Pencegahan Sekunder

Langkah-langkah tingkatan pencegahan sekunder terdiri dari penemuan kasus secara dini dan pengobatan yang tepat. Pencegahan sekunder dilakukan dari fase pathogenesis (masa inkubasi penyakit) yaitu mulai penyebab penyakit masuk ke dalam tubuh manusia atau pada saat *stress* dimulai khusus untuk penyakit non-infeksi sampai dengan timbulnya gejala penyakit atau gangguan kesehatan.

3. Pencegahan Tertier

Dilaksanakan melalui program rehabilitas untuk mengurangi ketidakmampuan seorang penderita dan meningkatkan efisiensi hidupnya. Kegiatan rehabilitasi meliputi aspek medis dan social.

Pencegahan tertier dilaksanakan pada fase lanjut proses *pathogenesis* suatu penyakit atau gangguan kesehatan. (Muninjaya, 2004:9)

Permasalahan kesehatan muncul karena banyak hal, karena factor bawaan, pengaruh kondidi lingkungan serta mungkin juga disebabkan oleh himpitan ekonomi atau stres. Untuk memahami permasalahan tersebut, dapat dijelaskan dengan menggunakan Paradigma Hidup Sehat oleh H.L Blum. Paradigma hidup sehat H.L. Blum menjelaskan empat factor utama yang mempengaruhi derajat individu, yaitu:

1. Perilaku atau gaya hidup individu atau kelompok
2. Faktor lingkungan (sosial, ekonomi, fisik, politik)
3. Faktor pelayanan kesehatan (jenis, cakupan dan kualitasnya)
4. Faktor genetik atau turunan. (Muninjaya, 2004:13)

Pengertian kesehatan masyarakat (*public health*) menurut Winslow (Muninjaya, 2004:8) adalah ilmu atau seni yang bertujuan untuk mencegah penyakit, memperpanjang umur, dan meningkatkan efisiensi hidup masyarakat melalui upaya kelompok-kelompok masyarakat yang terkoordinasi, perbaikan kesehatan lingkungan, mencegah dan memberantas penyakit menular, dan melakukan pendidikan kesehatan untuk masyarakat atau perseorangan. Pelayanan kesehatan masyarakat merupakan suatu kewajiban bagi Negara untuk melaksanakannya.

Pelayanan kesehatan adalah setiap upaya yang diselenggarakan sendiri atau secara bersama-sama dalam suatu organisasi untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan, mencegah dan menyembuhkan penyakit serta memulihkan kesehatan perseorangan, keluarga, kelompok dan ataupun masyarakat. (Azwar, 1996: 4)

Keseluruhan usaha kesehatan masyarakat, baik alam bidang preventif, kuratif, maupun rehabilitasi ialah agar masyarakat dapat mencapai derajat kesehatan yang setinggi-tingginya, baik jasmani, rohani maupun sosialnya. Tujuan umum pelayanan kesehatan masyarakat adalah agar masyarakat berumur panjang, untuk mencapai tujuan tersebut diperlukan pengertian, bantuan dan partisipasi masyarakat secara teratur dan terus-menerus, (Entjang, 1993:15)

Kesehatan dipandang hanya menjadi tanggung jawab dokter dan paramedic lainnya. Namun sebenarnya kesehatan dipengaruhi oleh factor diluar institusi kesehatan, seperti kebijakan yang dikeluarkan pemerintah, maupun kondisi lingkungan, social, ekonomi, maupun politik. Terdapat pendekatan baru yang digunakan dalam *public health* yaitu:

1. Fokus pada upaya peningkatan infrastruktur kesehatan dan didukung oleh kehidupan social, perilaku dan pola hidup masyarakatnya yang sehat.
2. Legislasi dan kebijakan diupayakan menjadi instrument penting dalam *public health*.
3. Terdapat kerjasama lintas sektoral, profesi kedokteran menjadi salah satu pendukung dalam kerja sama ini.
4. Lebih menekankan partisipasi masyarakat dalam pembangunan kesehatan
5. Penelitian dalam bidang kesehatan dilakukan melalui berbagai macam pendekatan disiplin ilmu, seperti antropologi, ekonomi, hukum, sosiologi, psikologi, komunikasi.
6. Programnya lebih terfokus pada upaya pencegahan penyakit dan promosi kesehatan. Batasan sehat lebih komprehensif dan positif.
7. Perhatian tertuju kepada semua aspek ancaman yang dapat mengganggu kesehatan manusia (termasuk penyakit kronis dan kesehatan jiwa), juga pada lingkungan fisik yang dapat menjamin kelangsungan hidup manusia.
8. Keadilan merupakan tujuan utama

1. Faktor-faktor yang mempengaruhi kesehatan

Faktor kesehatan merupakan sesuatu yang mutlak diperlukan, beberapa faktor itu antara lain :

a. Kondisi Hidup

Kondisi hidup yang baik berasal dari lingkungan dan lingkungan yang baik merupakan hal yang paling dasar dari hidup yang sehat karena

Lingkungan yang baik adalah yang kondusif bagi terwujudnya keadaan sehat fisik, mental, sosial, dan spiritual. Lingkungan tersebut mencakup unsur fisik, biologis, dan psikososial. Berbagai aspek lingkungan yang membutuhkan perhatian adalah tersedianya air bersih, sanitasi lingkungan yang memadai, perumahan dan pemukiman yang sehat, dan lingkungan yang memungkinkan kecukupan ruang gerak untuk interaksi psiko sosial yang positif antar anggota keluarga maupun anggota masyarakat. Lingkungan yang kondusif juga diperlukan untuk mendorong kehidupan keluarga yang saling asih, asah, asuh untuk menciptakan ketahanan keluarga dari pengaruh negatif modernisasi. Beberapa masalah lingkungan biologis yang perlu diantisipasi adalah pembukaan lahan baru, pemukiman pengungsi, dan urbanisasi yang erat kaitannya dengan penyebaran penyakit melalui vektor, perubahan kualitas udara karena polusi, dan paparan terhadap bahan berbahaya lainnya.

b. Perilaku sehat

Perilaku sehat adalah perilaku masyarakat yang bersifat proaktif untuk memelihara dan meningkatkan derajat kesehatan, mencegah terjadinya resiko penyakit, melindungi diri dari ancaman penyakit, serta berpartisipasi aktif dalam gerakan peningkatan kesehatan masyarakat, sedangkan kemampuan masyarakat yang diharapkan pada masa depan adalah mampu menjangkau pelayanan kesehatan yang bermutu tanpa adanya hambatan, baik yang bersifat ekonomi maupun non ekonomi.

c. Kondisi iklim

Iklim merupakan salah satu faktor penentu dalam kesehatan, karena beberapa jenis penyakit hanya ditemukan di keadaan iklim tertentu yang disebabkan patogen-patogen berbahaya. Hal tadi diperparah dengan semakin tidak menentunya iklim dunia karena pemanasan global, umumnya pemanasan global di identikkan perubahan iklim yang mengacu pada pencairan lapisan es dan kenaikan permukaan air laut sehingga mengancam negara dan kota besar di pantai, tetapi hal yang sama pentingnya mengenai kenaikan temperatur dan naik-turunnya tingkat hujan akan mengubah pembagian patogen berbahaya. Bumi yang

berubah akibat perubahan iklim dapat mengarah kepada timbulnya lebih banyak penyakit yang berhubungan dengan cuaca, terutama yang ditularkan oleh serangga dan yang menular melalui pasokan air.

d. Faktor keturunan

Faktor keturunan sangat mempengaruhi kesehatan seseorang. Misalnya, bila diketahui kedua orang tuanya menderita penyakit genetika atau faktor bawaan seperti diabetes, asma, epilepsi, maka secara medis sudah dipastikan nantinya anaknya juga akan mengidap penyakit yang sama, sehingga terapi penyembuhannya dapat segera dilakukan. Disini dapat diketahui bahwa beberapa penyakit tertentu dapat menurun kepada keturunannya.

e. Kondisi sosial

Kualitas sosial masyarakat adalah tingkat kehidupan yang dimiliki suatu masyarakat tertentu. Kondisi social disini juga berkaitan dengan berbagai aspek serta factor-faktor yang telah disebutkan sebelumnya.

2. Usaha-usaha kesehatan Masyarakat

Dalam Entjang (1993:31), usaha Kesehatan pokok yang diajukan Organisasi Kesehatan Dunia (WHO= World Health Organization) sebagai dasar pelayanan kesehatan kepada masyarakat adalah:

1. Pencegahan dan pembrantasan penyakit menular
2. Kesejahteraan ibu dan anak
3. Hygiene dan sanitasi lingkungan
4. Pendidikan kesehatan kepada masyarakat
5. Pengumpulan data-data untuk perencanaan dan penilaian (statistic kesehatan).
6. Perawatan Kesehatan Masyarakat
7. Pemeriksaan, pengobatan, dan perawatan.

Dalam Program Kesehatan Nasional tercantum 17 macam usaha/ kegiatan Kesehatan Masyarakat Yaitu:

1. Pencegahan dan pembrantasan penyakit menular
2. Kesejahteraan Ibu dan Anak
3. Hygiene dan sanitasi lingkungan
4. Usaha kesehatan sekolah
5. Usaha kesehatan gigi
6. Usaha kesehatan mata
7. Usaha kesehatan jiwa
8. Pendidikan. Kesehatan kepada masyarakat
9. Usaha gizi
10. Pemeriksaan, pengobatan, dan perawatan
11. Perawatan kesehatan masyarakat
12. Keluarga berencana
13. Rehabilitasi
14. Usaha- usaha farmasi
15. Laboratorium
16. Statistic kesehatan
17. Administrasi usaha kesehatan masyarakat.

3. Tujuan Usaha Kesehatan Masyarakat

Tujuan semua usaha kesehatan masyarakat, baik dalam bidang preventif, kuratif, maupun rehabilitasi ialah agar setiap warga masyarakat dapat mencapai derajat kesehatan yang setinggi-tingginya baik jasmani, rohani maupun sosialnya serta diharapkan berumur panjang.

Untuk mencapai tujuan ini Winslow menetapkan satu syarat yang sangat penting yaitu: selalu ada pengertian, bantuan dan partisipasi dari masyarakat secara teratur dan terus-menerus. (Entjang, 1993:15)

4. Pembiayaan Kesehatan

Sesuai dengan UU No.32 dan UU 33 tahun 2004, sumber dana untuk pembangunan kesehatan di daerah terdiri dari tiga sumber, yaitu:

1. Pemerintah, yaitu APBN yang disalurkan ke dalam bentuk Dana Alokasi Umum (DAU) dan Dana Alokasi Khusus (DAK). Dengan diberlakukannya otonomi daerah, porsi dan sector kesehatan yang berasal dari APBN menurun. Pemerintah pusat masih tetap membantu program kesehatan di daerah melalui bantuan dana dekonsentrasi, khususnya pemberantasan penyakit menular.
2. APBD yang bersumber dari PAD baik yang bersumber dari pajak, atau badan usaha milik pemda. Mobilisasi dana kesehatan juga bias besumber dari masyarakat dalam bentuk asuransi kesehatan, investasi pembangunan sarana pelayanan kesehatan oleh pihak swasta dan biaya langsung yang dikeluarkan oleh masyarakat untuk perawatan kesehatan. Dana pembangunan kesehatan yang diserap oleh berbagai sector harus dibedakan dengan dana sector kesehatan yang diserap oleh Dinas Kesehatan.
3. Bantuan luar negeri, dapat dalam bentuk hibah (*grant*) atau pinjaman untuk investasi atau pengembangan pelayanan kesehatan. (Muninjaya, 2004:48)

Pengalokasian dana bersumber dari pemerintah yang dikelola oleh sector kesehatan sampai saat ini masih belum efektif. Dana pemerintahan lebih banyak dialokasikan pada upaya kuratif dan sementara itu besarnya dana yang dialokasikan untuk upaya promotif dan prepektif sangat terbatas. Pembelanjaan dana pemerintah belum cukup adil untuk mengedepankan upaya kesehatan dan bantuan untuk keluarga miskin. (SKN, 2004)

D. Pusat Kesehatan Masyarakat (PUSKESMAS)

Puskesmas adalah suatu kesatuan organisasi fungsional yang langsung memeberikan pelayanan kesehatan secara menyeluruh kepada masyarakat dalam suatu wilayah kerja tertentu dalam bentuk usaha-usaha kesehatan

pokok. Pembentukan Puskesmas termasuk dalam Program Kesehatan Nasional, dengan maksud memberikan pelayanan kesehatan kepada masyarakat dengan sebaik-baiknya sehingga dapat mencapai derajat kesejahteraan yang setinggi-tingginya. Dalam wilayah administrasi pemerintahan tempat kedudukan sebuah Puskesmas adalah di tingkat kecamatan. (Enjtang, 1993: 154)

Puskesmas, yang merupakan unit organisasi fungsional dari Dinas Kesehatan kabupaten mempunyai 3 fungsi utama yaitu:

1. Sebagai pusat pengembangan kesehatan wilayah, artinya berfungsi membina dan mengontrol kesehatan wilayah dan rakyatnya, seperti mengawasi (melalui surveillans) dan mencegah penyakit menular serta penyakit lain dalam masyarakat, memperbaiki kesehatan lingkungan seperti pengawasan tempat-tempat umum
2. Pemberi pelayanan kesehatan dan kedokteran secara menyeluruh (holistic), paripurna, terpadu dan berkesinambungan kepada rakyat di wilayah kerja, seperti pengobatan umum, kesehatan gigi, kesehatan ibu dan anak, KB, perbaikan gizi, penyuluhan kesehatan
3. Pembinaan peran serta masyarakat di bidang kesehatan dengan pendekatan PKMD, Posyandu yang terdiri dari ; penimbangan balita secara berkala, penyuluhan dan perbaikan gizi, penyediaan oralit mencegah kematian akibat diare, imunisasi, keluarga berencana untuk tujuan pencegahan kesakitan dan kematian balita dengan pemantauan yang baik menggunakan KMS, Balok SKDN dan sistem 5 meja agar benar-benar dapat mewujudkan peran serta masyarakat. Ketiga fungsi utama ini harus terlaksana dengan baik, dengan manajemen yang baik serta pembinaan dan pengawasan dari Dinkes Kabupaten.

1. Program Pokok Puskesmas

Dalam Enjtang (1993:154) Untuk dapat memberikan pelayanan kesehatan secara menyeluruh (comprehensive health care services) kepada seluruh masyarakat di wilayah kerjanya, puskesmas menjalankan beberapa usaha pokok (basic health care services, atau public health essential) yang

paling sedikit harus meliputi “*basic seven*” seperti yang dianjurkan WHO , yang meliputi program :

1. Kesehatan ibu dan anak
2. Keluarga berencana
3. Pemberantasan Penyakit Menular
4. Kesehatan lingkungan
5. Pengobatan
6. Penyuluhan kesehatan masyarakat
7. Perawatan Kesehatan Masyarakat

E. Kemiskinan

Kemiskinan berasal dari kata “miskin” yang artinya tidak berharta benda menurut World Bank (Suryono, 2001 :12) kemiskinan adalah sebagai ketidak mampuan seseorang individu memenuhi kebutuhan dasarnya. Istilah kemiskinan muncul ketika seseorang atau sekelompok orang tidak mampu mencukupi tingkat kemakmuran ekonomi yang dianggap sebagai kebutuhan minimal dari standar hidup tertentu. Untuk memahami pengertian tentang kemiskinan ada berbagai pendapat yang dikemukakan. Menurut Suparlan (1995: xi) kemiskinan dapat didefinisikan sebagai suatu standar tingkat hidup yang rendah, yaitu adanya suatu tingkat kekurangan materi pada sejumlah atau golongan orang dibandingkan dengan standar kehidupan yang umum berlaku dalam masyarakat yang bersangkutan. Standar kehidupan yang rendah ini secara langsung tampak pengaruhnya terhadap tingkat kesehatan, kehidupan moral, dan rasa harga diri dari mereka yang tergolong sebagai orang miskin.

Badan Perencanaan Pembangunan Nasional (1993: 3) menjelaskan kemiskinan adalah situasi serba kekurangan yang terjadi bukan karena dikehendaki oleh si miskin, melainkan karena tidak dapat dihindari dengan kekuatan yang ada padanya. Pendapat lain dikemukakan oleh Ala dalam Setyawan (2001: 120) yang menyatakan kemiskinan adalah adanya gap atau jurang antara nilai-nilai utama yang diakumulasikan dengan pemenuhan kebutuhan akan nilai-nilai tersebut secara layak.

Chambers dalam Suryono (2001 :113) mengatakan bahwa kemiskinan dianggap sebagai “proses dari berbagai macam masalah yang muncul sebagai proses interaksi berbagai factor sebagai akibat dari situasi ketidakadilan, ketidakpastian, ketimpangan, ketergantungan dalam struktur masyarakat. Oleh karena itu kemiskinan lebih disebut sebagai perangkat kemiskinan yang terdiri dari 5 (lima) unsur penyebab kemiskinan yang saling terkait yaitu, 1) ketidakberdayaan, 2) 3) kelemahan fisik, 4). Kemiskinan, 5). Ivolasi.

Dari pandangan Chambers diatas membawa pemahaman secara cermat antara kemiskinan dan perangkat kemiskinana, namun perangkat kemiskinan pada dasarnya jauh lebih kompleks. Kemiskinan hanya salah satu dimensi dan perangkat kemiskinan.

kemiskinan merupakan masalah pembangunan, dalam pembangunan yang ditandai indicator-indikator adanya pengangguran dan keterbelakangan serta kemunduran yang meningkat yang menyebabkan ketimpangan dan kecemburuan social. Hal ini disebabkan karena masyarakat miskin memiliki kelemahan dalam manajemen usaha dan keterbatasan mengakses peluang kegiatan ekonomi sehingga tertinggal jauh dari masyarakat lainya yang mempunyai kemampuan dan potensi yang tinggi.

1. Faktor Penyebab kemiskinan

Terdapat penjelasan mengenai sebab-sebab kemiskinan menurut Baswir dalam Suryono (2001:113) terdapat jenis-jenis kemiskinan dan sekaligus faktor-faktor penyebab kemiskinan antara lain :

1. kemiskinan natural (situasional) adalah kemiskinan yang disebabkan karena factor alamiah, seperti cacat fisik atau bencana alam
2. kemiskianan cultural, adalah kemiskinan yang disebabkan oleh factor budaya seperti ketidakdisiplinan atau malas.
3. kemiskinan Struktural, adlah kemiskinan yang disebabkan oleh factor bantuan manusia. Distribusi asset produktif yang tidak merata.

Untuk mempertegas parnyataan diatas, Dewanta dalam Suryono (2001:113) mengidentifikasi beberapa factor penyebab orang menjadi miskin antara lain :

1. karena perbedaan akses ekonomi yang dimiliki,

2. ketidak beruntungan yang dimiliki oleh kelompok masyarakat miskin
3. ketimpangan distribusi
4. pembangunan analog sebagai ideology
5. strategi pembangunan dan industrialisasi
6. Intervensi pemerintahan (sebagai eksekutor penyelesaian)

Selain itu sharp, et al dalam kuncoro (2004 ; 157) mengidentifikasi kemiskinan dipandang dari sisi ekonomi adalah :

Pertama, secara mikro, kemiskinan muncul karena adanya ketidaksesuaian pada kepemilikan sumber daya yang menimbulkan distribusi pendapatan yang timpang. Penduduk miskin hanya memiliki sumber daya yang terbatas dan kualitas rendah.

Kedua, kemiskinan muncul akibat perbedaan dalam kualitas sumber daya manusia. Kualitas sumber daya manusia yang rendah berarti produktivitasnya rendah, yang pada gilirannya upahnya rendah. Rendahnya kualitas sumber daya manusia ini karena rendahnya pendidikan, nasib yang kurang beruntung, adanya diskriminasi, atau karena adanya keturunan. Ketiga, kemiskinan muncul akibat perbedaan akses dalam modal.

Ketiga penyebab kemiskinan tersebut diatas ini bermuara pada teori lingkaran setan kemiskinan. Adanya keterbelakangan, ketidaksempurnaan pasar, dan kurangnya modal menyebabkan rendahnya pendapatan yang mereka terima. Rendahnya pendapatan akan berimplikasi pada rendahnya tabungan dan investasi. Rendahnya investasi berakibat pada keterbelakangan, dan seterusnya. Logika berfikir ini dikemukakan oleh Ragnar Nurkse, ekonomi pembangunan ternama, di tahun 1953, yang mengatakan *Negara miskin itu karena dia miskin* (Kuncoro, 2004:157)

2. Garis Kemiskinan

Langkah pertama untuk memperkirakan jumlah kaum miskin adalah dengan mendefinisikan garis kemiskinan. Garis kemiskinan pada dasarnya adalah standar minimum yang diperlukan oleh individu untuk memenuhi kebutuhan dasarnya, termasuk jenis pangan dan bukan jenis pangan. Karena

data pendapatan seringkali tergantung perkiraan yang lebih rendah, BPS menggunakan data pengeluaran sebagai representasi dari pendapatan untuk mendefinisikan titik batas dari minimum standar ini bagi kebutuhan pangan dan bukan pangan. Dengan kata lain, garis kemiskinan didefinisikan sebagai nilai pengeluaran dari komoditas pangan minimum dan komoditas bukan pangan perkapita perbulan (Remi dan Tjiptoherjanto, 2002:37).

Batas garis kemiskinan yang digunakan setiap Negara ternyata berbeda-beda, ini disebabkan oleh adanya perbedaan lokasi dan standar kebutuhan hidup Biro Pusat Statistik (BPS) menggunakan batas miskin dari besarnya rupiah yang dibelanjakan perkapita sebulan untuk memenuhi kebutuhan minimum makanan digunakan patokan 2.100 kalori sehari. Sedang pengeluaran kebutuhan minimum bukan makanan meliputi pengeluaran untuk perumahan, sandang, serta aneka barang dan jasa.

Dengan kata lain BPS menggunakan 2 (dua) macam pendekatan, yaitu pendekatan kebutuhan dasar (*basic needs approach*) dan pendekatan *head count indeks*. Pendekatan yang pertama merupakan pendekatan yang sering digunakan. Dalam metode BPS, kemiskinan dikonsepsualisasikan sebagai ketidakmampuan untuk memenuhi kebutuhan dasar. Sedangkan *head count indeks* merupakan ukuran yang menggunakan kemiskinan absolute. Jumlah penduduk miskin adalah jumlah penduduk yang berada dibawah suatu batas yang disebut batas garis kemiskinan, yang merupakan nilai rupiah dari kebutuhan minimum makanan dan non-makanan. Dengan demikian, garis kemiskinan terdiri dari 2 (dua) komponen yaitu garis kemiskinan makanan (*food line*) dan garis kemiskinan non-makanan (*non-food line*). (kuncoro, 2004: 142).

Selain itu, garis kemiskinan lain yang paling dikenal adalah garis kemiskinan sajojyo, yang dalam studi selama bertahun-tahun menggunakan suatu garis kemiskinan yang didasarkan atas harga beras. Sajogyo mengidentifikasi batas garis kemiskinana sebagai tingkat konsumsi perkapita setahun yang sama dengan yang baru. Dengan kata lain garis kemiskinan versi Sajogyo adalah nilai rupiah yang setara dengan 20Kg beras untuk daerah pedesaan dan 30 Kg beras untuk pedesaan (kuncoro, 2004:144)

3. Lingkaran Setan Kemiskinan

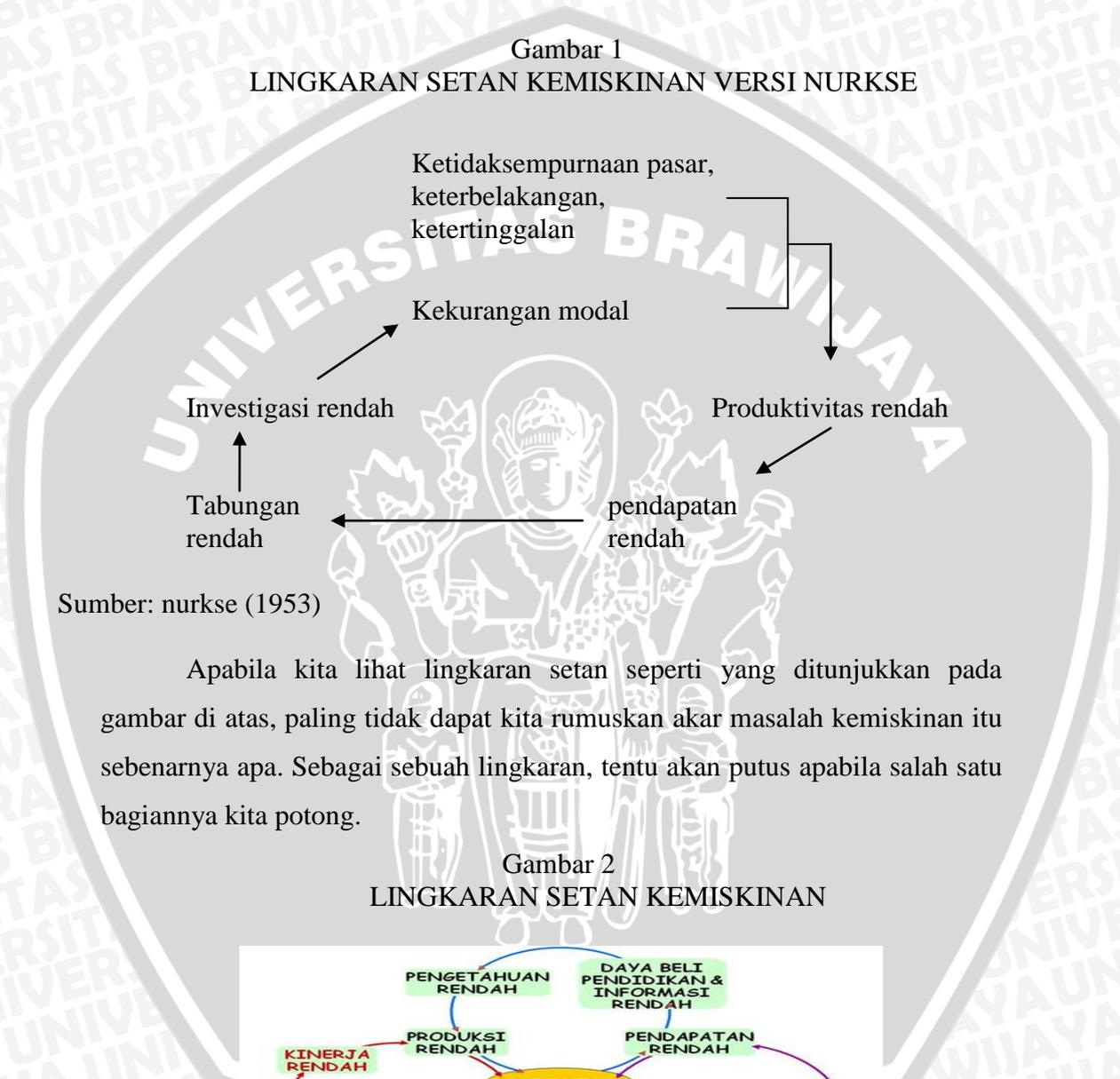
Pada awal pembangunan di Indonesia, beredar suatu teori yang sangat terkenal mula-mula dikemukakan oleh seorang ahli ekonomi asal Swedia dan penerima hadiah nobel untuk ekonomi, Ragnar Nurkse. Teori itu disebut teori "Lingkaran Setan Kemiskinan", terjemahan dari "*Vicious Circle of Poverty*". Teori itu menjelaskan sebab-sebab kemiskinan dinegara-negara sedang berkembang yang umunya baru merdeka dari penjajahan asing. Bertolak dari teori inilah, kemudian dikembangkan teori-teori ekonomi pembangunan, yaitu teori yang telah dikembangkan lebih dahulu di Eropa Barat yang menjadi cara pandang atau paradigma untuk memahami dan memecahkan masalah-masalah ekonomi di negara-negara sedang berkembang, misalnya India atau Indonesia.

Apabila ditinjau lebih jauh lagi persoalan kemiskinan ini, setidaknya akan didapati beberapa akar masalah yang harus segera dituntaskan. Dengan dituntaskannya akar masalah kemiskinan ini, akan tuntas pula semua permasalahan yang ditumbuhkan dari pangkal segala pangkal kemiskinan ini. Akar masalah kemiskinan ini dapat diilustrasikan sebagai berikut: Karena miskin, seseorang pasti memiliki pendapatan yang kecil. Karena pendapatannya kecil, daya beli informasi dan pengetahuannya, pastilah juga kecil. Daya beli pengetahuan dan informasi yang rendah ini, akan menyebabkan si miskin tidak memiliki pengetahuan yang cukup. Pengetahuan yang kurang, akan menyebabkan produktivitas seseorang menjadi kecil. Karena produktivitasnya yang kecil inilah, ia akan jatuh miskin lagi.

Karena miskin, seseorang pasti hanya akan memiliki tabungan yang kecil. Tabungan yang kecil, akan membuat kepemilikan modal seseorang menjadi kecil pula. Kepemilikan modal yang kecil akan mengakibatkan produksinya rendah serta pendapatannya kecil. Karena pendapatannya kecil, ia akan jatuh miskin lagi. Karena miskin, seseorang pasti hanya akan memiliki kemampuan konsumsi yang rendah. Kemampuan konsumsi yang rendah ini akan membuat seseorang tidak dapat memenuhi kebutuhan papan, sandang, dan pangannya secara layak. Peranan komoditi makanan terhadap Garis Kemiskinan jauh lebih besar dibandingkan peranan komoditi bukan makanan (perumahan, sandang, pendidikan, dan kesehatan). Hal ini juga akan

berdampak pada buruknya status gizi seseorang. Seseorang dengan status gizi yang buruk hanya akan memiliki produktivitas kerja yang buruk pula. Dari rendahnya produktivitas inilah, produksinya juga akan rendah, dan sekali lagi ia akan jatuh miskin. (<http://up45.ac.id/new/lingkaran-setan-kemiskinan.up45>)

Gambar 1
LINGKARAN SETAN KEMISKINAN VERSI NURKSE



Sumber: nurkse (1953)

Apabila kita lihat lingkaran setan seperti yang ditunjukkan pada gambar di atas, paling tidak dapat kita rumuskan akar masalah kemiskinan itu sebenarnya apa. Sebagai sebuah lingkaran, tentu akan putus apabila salah satu bagiannya kita potong.

Gambar 2
LINGKARAN SETAN KEMISKINAN



Sumber: <http://wisnusudibjo.wordpress.com>



Menurut Bayo (1996: 18) yang mengutip pendapat Chambers bahwa ada lima “ketidakberuntungan” yang melingkari orang atau keluarga miskin yaitu sebagai berikut:

1. Kemiskinan (*poverty*) memiliki tanda-tanda sebagai berikut: rumah mereka reot dan dibuat dari bahan bangunan yang bermutu rendah, perlengkapan yang sangat minim, ekonomi keluarga ditandai dengan ekonomi gali lubang tutup lubang serta pendapatan yang tidak menentu; Ketidak sempurnaan pasar Keterbelakangan Ketinggalan kekurangan modal investasi rendah Produktivitas rendah tabungan rendah pendapatan rendah
2. Masalah kerentanan (*vulnerability*), kerentanan ini dapat dilihat dari ketidakmampuan keluarga miskin menghadapi situasi darurat. Perbaikan ekonomi yang dicapai dengan susah payah sewaktu-waktu dapat lenyap ketika penyakit menghampiri keluarga mereka yang membutuhkan biaya pengobatan dalam jumlah yang besar;
3. Masalah ketidakberdayaan. Bentuk ketidakberdayaan kelompok miskin tercermin dalam ketidakmampuan mereka dalam menghadapi elit dan para birokrasi dalam menentukan keputusan yang menyangkut nasibnya, tanpa memberi kesempatan untuk mengaktualisasi dirinya.
4. Lemahnya ketahanan fisik karena rendahnya konsumsi pangan baik kualitas maupun kuantitas sehingga konsumsi gizi mereka sangat rendah yang berakibat pada rendahnya produktivitas mereka;
5. Masalah keterisolasian. Keterisolasian fisik tercermin dari kantong-kantong kemiskinan yang sulit dijangkau sedang keterisolasian social tercermin dari ketertutupan dalam integrasi masyarakat miskin dengan masyarakat yang lebih luas.

Kriteria Rumah tangga Miskin

Kriteria Rumah Tangga Miskin berdasarkan pemenuhan kebutuhan dasar (*basic needs approach*) menurut BPS (2005) antara lain :

1. konsep kemiskinan terkait dengan kemampuan seseorang / rumah tangga untuk memenuhi kebutuhan dasar baik untuk makanan maupun non-makanan.
2. Seseorang / rumah tangga dikatakan miskin bila kehidupannya dalam kondisi serba kekurangan, sehingga tidak mampu memenuhi kebutuhan dasarnya.
3. Batas kebutuhan dasar minimal dinyatakan melalui ukuran garis kemiskinan yang disertakan dengan jumlah rupiah yang dibutuhkan.

Tabel 1
CIRI-CIRI RUMAH TANGGA MISKIN

No.	Variabel	Kriteria Rumah Tangga Miskin
1.	luas lantai bangunan tempat tinggal	Kurang dari 8 m per kapita
2.	Jenis lantai bangunan tempat tinggal	Tanah/ bambu/ kayu murahan
3.	Jenis dinding bangunan tempat tinggal	Bambu /Rumba / kayu berkualitas rendah / tembok tanpa diplester
4.	Fasilitas tempat buang air besar	Tidak punya / bersama-sama dengan rt lain
5.	Sumber penerangan ruma	Bukan listrik
6.	Sumber air minum	Sumur / mata air tidak terlindung/ sungai / air hujan
7.	Bahan bakar untuk memasak sehari-hari	Kayu bakar/arang/ minyak tanah
8.	Konsumsi daging/ susu/ ayam per minggu	Tidak pernah mengkonsumsi / hanya satu kali dalam seminggu
9.	Pembelian pakaian baru untuk setiap	Tidak membeli / hanya membeli satu stel dalam setahun

	anggota keluarga dalam setahun	
10.	Makan dalam sehari untuk setiap hari	Hanya satu kali makan / dua kali makan dalam sehari
11.	Kemampuan membayar untuk berobat ke puskesmas/ poliklinik	Tidak mampu membayar untuk berobat
12.	Lapangan pekerjaan utama kepala rumah tangga	Petani dengan luas lahan 0,5 ha/ buruh tani, nelayan, buruh bangunan, buruh perkebunan, atau pekerjaan lainnya dengan pendapatan dibawah Rp.600.000 perbulan
13.	Pendidikan tertinggi kepala rumah tangga	Tidak sekolah / tidak tamat SD/ hanya SD
14.	Pemilikan <i>asset</i> / tabungan	Tidak punya tabungan / barang yang mudah dijual dengan nilai minimal Rp.500.000, seperti sepeda motor (kredit/non kredit), emas, perak, kapal motor atau barang modal lainnya

Sumber : Suara Merdeka Metro : 14 Pebruari 2009

F. Jaminan Kesehatan Masyarakat (JAMKESMAS)

Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas) adalah program bantuan sosial untuk pelayanan kesehatan, bagi masyarakat miskin dan tidak mampu. Pada hakekatnya, pelayanan kesehatan terhadap masyarakat miskin, menjadi tanggung jawab dan dilaksanakan bersama oleh pemerintah pusat dan pemerintah daerah. Pemerintah provinsi/kabupaten/kota berkewajiban memberikan kontribusi, sehingga menghasilkan pelayanan yang optimal. (Mukti, 2009:65)

Pemerintah menyadari bahwa masyarakat, terutama masyarakat miskin, sulit untuk mendapatkan akses pelayanan kesehatan. Kondisi tersebut semakin memburuk karena mahalnya biaya kesehatan, akibatnya pada

kelompok masyarakat tertentu sulit mendapatkan akses pelayanan kesehatan. Untuk memenuhi hak rakyat atas kesehatan, pemerintah, dalam hal ini Departemen Kesehatan telah mengalokasikan dana bantuan sosial sektor kesehatan yang digunakan sebagai pembiayaan bagi masyarakat, khususnya masyarakat miskin.

Diantara berbagai bentuk jaminan sosial yang ada, jaminan kesehatan merupakan sistem yang telah berdiri sejak lama dan sangat diperlukan oleh masyarakat. Jaminan kesehatan merupakan pendorong pembangunan dan strategi penting dalam menopang industri dan pertumbuhan ekonomi, bukan saja di negara-negara maju seperti Amerika dan Eropa barat, melainkan di negara-negara industri baru seperti Singapura, Cina, India, dan Brazil. (Edi Suharto, 2009: 59)

Pelaksanaan program jamkesmas di puskesmas pada tahun 2008 pada dasarnya merupakan kelanjutan program askeskin pada tahun 2007 dengan beberapa perubahan antara lain bahwa dana di puskesmas tidak dipisah-pisah lagi tapi menjadi satu kesatuan. Kegiatan program jamkesmas di puskesmas dan jaringannya akan di verifikasi oleh tim pengelola jamkesmas kabupaten/kota yang intinya merupakan kegiatan pembinaan dinas kesehatan kabupaten/kota ke puskesmas pelaksanaan baik melalui kunjungan lapangan, kehadiran dalam minilokarya, serta pertemuan koordinasi.

Pada saat program Askeskin segala bentuk identitas Gakin seperti kartu JPS, kartu sehat, Kartu Identitas Keluarga Miskin (KIKM) dan Surat Keterangan Tidak Mampu (SKTM) masih dapat digunakan untuk mendapat pelayanan kesehatan di RS milik Pemerintah dengan biaya dari pemerintah pusat. Tetapi dalam pelaksanaan Jamkesmas, hanya Gakin yang masuk dalam daftar Jamkesmas yang berhak mendapatkan pelayanan kesehatan gratis di Rumah Sakit milik Pemerintah.

1. Tujuan, Sasaran, dan Dasar Hukum

a. Tujuan Umum Penyelenggaraan JAMKESMAS:

Meningkatnya akses dan mutu pelayanan kesehatan terhadap seluruh masyarakat miskin dan tidak mampu agar tercapai derajat kesehatan masyarakat yang optimal secara efektif dan efisien.

b. Tujuan Khusus Penyelenggaraan JAMKESMAS:

- 1) Meningkatnya cakupan masyarakat miskin dan tidak mampu yang mendapat pelayanan kesehatan di Puskesmas serta jaringannya dan di Rumah Sakit
- 2) Meningkatnya kualitas pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin
- 3) Terselenggaranya pengelolaan keuangan yang transparan dan akuntabel

c. Sasaran:

Sasaran program adalah masyarakat miskin dan tidak mampu di seluruh Indonesia sejumlah 76,4 juta jiwa, tidak termasuk yang sudah mempunyai jaminan kesehatan lainnya. Pesertanya, setiap orang miskin dan tidak mampu, selanjutnya disebut peserta Jamkesmas, yang terdaftar dan memiliki kartu dan berhak mendapatkan pelayanan kesehatan. (Mukti, 2009:67)

d. Dasar Hukum:

- 1) Undang Undang No. 23 Tahun 1992 Tentang : Kesehatan
- 2) Undang-undang no. 40 th 2004 Tentang Sistem jaminan sosial nasional
- 3) Undang-Undang Dasar 1945 pasal 28 H ayat (1) bahwa setiap orang berhak hidup sejahtera lahir dan batin, bertempat tinggal, dan mendapat lingkungan yang baik dan sehat serta berhak memperoleh pelayanan kesehatan. Pasal 34 mengamanatkan ayat (1) bahwa fakir miskin dan anak-anak yang terlantar dipelihara

oleh negara, sedangkan ayat (3) bahwa negara bertanggungjawab atas penyediaan fasilitas pelayanan kesehatan dan fasilitas umum yang layak

4) Undang-undang No.32 dan Undang-undang No. 33 tahun 2004.



BAB III

METODE PENELITIAN

Metode berasal dari bahasa latin *methodos* yang berarti strategi, cara, taktik, siasat. Sehubungan upaya ilmiah, maka menurut koentjoroningrat (1979:61) metode adalah cara kerja untuk memenuhi obyek yang menjadi sasaran ilmu yang bersangkutan.

Makna penelitian (Moeleong, 2001:30) adalah wahana untuk menemukan kebenaran/ untuk lebih membenarkan kebenaran.

Sedangkan yang dimaksud penelitian (Marzuki, 1987:5) adalah usaha untuk memperoleh fakta-fakta / prinsip-prinsip (menemukan, mengembangkan, menguji kebenaran dengan cara/ kegiatan mengumpulkan, mencatat dan menganalisis) data, informasi, keterangan yang dikerjakan dengan sabar, hati-hati, sistematis dan berdasarkan ilmu pengetahuan (dengan metode ilmiah).

Penelitian merupakan suatu proses yang berawal dan berlanjut dari minat untuk mengetahui fenomena tertentu. Minat tersebut dapat timbul karena rangsangan bacaan, diskusi, seminar ataupun pengamatan dan perpaduan diantara semuanya dalam mencapai tujuan penelitian dan agar mendapatkan hasil yang akurat maka di perlukan suatu metode penelitian yang sesuai dengan obyek studi ilmu yang menjadi focus penelitian.

Berdasarkan pengertian-pengertian diatas yang dimaksud dengan metode penelitian adalah suatu strategi adalah suatu strategi, cara, taktik, siasat yang digunakan oleh seseorang (peneliti) untuk memahami suatu fenomena dengan cara menemukan, mengembangkan dan menguji kebenaran fenomena yang bersangkutan dengan menggunakan metode-metode ilmiah dalam rangka membuat suatu verifikasi kesimpulan untuk menemukan solusi.

Secara rinci langkah-langkah yang dilakukan dalam penelitian ini adalah menentukan jenis penelitian, focus penelitian, lokasi dan situs penelitian, sumber dan jenis data, teknik pengumpul data instrument penelitian serta analisis data.

A. Jenis Penelitian

Penelitian ini menggunakan jenis penelitian deskriptif dengan pendekatan kualitatif (Arikunto, 1995:309) "Di dalam penelitian deskriptif tidak dimaksudkan untuk menguji hipotesis tertentu, tetapi hanya untuk menggambarkan apa adanya tentang suatu variabel gejala/keadaan. memang adakalanya dalam penelitian ingin juga membuktikan dugaan, tetapi tidak terlalu lazim, yang umum adalah bahwa penelitian deskriptif tidak dimaksudkan untuk menguji hipotesis."

Menurut Bungin (2003:19) Pendekatan kualitatif dalam penelitian sosial satu pendekatan utama yang pada dasarnya adalah sebuah label atau nama yang bersifat umum saja dari sebuah rumpun besar metodologi penelitian, tapi aspek-aspek yang bersifat kemetodean, dalam arti yang dapat dipratikkan dalam kegiatan penelitian kualitatif.

Untuk melaksanakan penelitian dengan pendekatan kualitatif, seorang peneliti harus memperhatikan ciri-ciri yang mencakup: latar alamiah, manusia sebagai alat atau instrumen, metode kualitatif, analisa deskriptif lebih mementingkan proses daripada hasil, adanya kriteria khusus untuk keabsahan data, desain yang bersifat sementara serta hasil penelitian yang dirundingkan dan disepakati bersama.

Sedangkan data yang dikumpulkan berupa kata-kata, gambar dan bukan angka-angka, hal ini dijabarkan oleh adanya penerapan metode kualitatif. Selain itu semua yang dikumpulkan berkemungkinan menjadi kunci terhadap apa yang sudah diteliti. Dengan demikian laporan penelitian akan berisi kutipan-kutipan untuk memberikan gambaran penyajian laporan tersebut (Moleong, 2002:4-8).

Dengan demikian dalam penelitian ini metode deskriptif digunakan untuk mendeskripsikan fenomena-fenomena yang berkaitan dengan proses Pembangunan dalam bidang kesehatan melalui JAMKESMAS untuk meningkatkan kualitas kesehatan masyarakat miskin.

B. Fokus Penelitian

Penetapan fokus penelitian sebagai pusat perhatian penelitian bertujuan memberi batas untuk mencegah terjadinya pembiasan dalam mempersepsikan dan membahas masalah yang sedang diteliti.

Fokus penelitian dalam sebuah penelitian kualitatif bertujuan untuk:

1. Membatasi studi, dalam hal ini fokus akan membatasi bidang inkuiri.
2. Memenuhi kriteria inklusi-eksklusi atau memasukan-mengeluarkan (*inclusion-exclusion criteria*) suatu informasi yang baru diperoleh di lapangan. Sehingga dengan penerapan fokus yang jelas dan mantap, seorang peneliti dapat membantu keputusan yang tepat tentang data mana yang perlu dimasukkan dan dikumpulkan dari data-data yang sedang dikumpulkan (Moleong, 2002:63).

Oleh karena itu penentuan fokus penelitian berperan penting dalam menentukan batas penelitian. Dengan bimbingan dan arahan suatu fokus, seorang peneliti akan tahu data mana yang relevan atau tidak.

Berdasarkan permasalahan yang telah dirumuskan maka fokus penelitian yang dapat ditetapkan dalam dalam penelitian ini adalah:

1. Pelayanan kesehatan keluarga miskin melalui JAMKESMAS, meliputi:
 - a. Syarat dan prosedur administrasi menjadi anggota JAMKESMAS.
 - b. Pelayanan medis yang diberikan pihak Puskesmas Kendalsari Malang bagi keluarga miskin melalui JAMKESMAS.
 - c. Pelayanan rawat jalan Pasien JAMKESMAS di Puskesmas Kendalsari Malang.
2. Hambatan dan upaya untuk mengatasi hambatan guna mengoptimalkan proses pembangunan dalam bidang kesehatan melalui JAMKESMAS untuk meningkatkan kualitas kesehatan Masyarakat miskin di Puskesmas Kendalsari Malang.

C. Lokasi dan Situs Penelitian

Lokasi penelitian adalah ruang atau tempat dimana peneliti akan mengungkapkan keadaan yang sebenarnya dari obyek yang akan diteliti.

Lokasi penelitian yang dimaksudkan dalam penelitian ini adalah lokasi dimana penelitian ini dilakukan. Dalam penelitian ini, peneliti mengambil lokasi di Puskesmas Kendalsari Malang. Alasan penelitian dilakukan di lokasi tersebut adalah karena Puskesmas Kendalsari Malang adalah salah satu penyelenggara proses pembangunan dalam bidang kesehatan melalui Jaminan Kesehatan Masyarakat, selain itu Puskesmas Kendalsari adalah salah satu Puskesmas yang memiliki pelayanan serta sarana dan prasarana yang lengkap. Sedangkan situs dari penelitian ini adalah proses program Jaminan Kesehatan Masyarakat yang ditujukan untuk masyarakat miskin.

D. Jenis dan Sumber Data

Jenis data yang diperoleh dalam penelitian ini dibandingkan atas data kualitatif yaitu data berupa kata-kata atau tindakan orang-orang yang diamati atau di wawancarai yang merupakan sumber data utama (primer) dan data kuantitatif yaitu data yang merupakan angka-angka, grafik atau data statistic lainnya sebagai data tambahan (sekunder). data primer sebagai sumber data untuk diperoleh langsung dari penelitian lapangan melalui wawancara kepada informasi yang mengetahui permasalahan dan observasi ketempat terjadinya peristiwa. Sedangkan data sekunder diperoleh melalui catatan atau dokumen-dokumen serta laporan resmi lainnya yang ada kaitanya dengan fokus dari penelitian yang ada.

Jenis data yang dipergunakan dalam penelitian terdiri dari:

1. Data primer

Data yang diperoleh secara langsung pada waktu berada di lapangan dengan tujuan untuk mengetahui segala hal yang berkaitan dengan penelitian. Data primer yang dapat diperoleh dengan cara mengamati atau melakukan wawancara dengan informan berada dalam organisasi yang diteliti dengan substansi penelitian. Dalam penelitian ini yang menjadi sumber data primer adalah informan.

3. Data sekunder

Data yang diperoleh secara tidak langsung melalui dokumen yang berbentuk arsip-arsip, catatan-catatan resmi ataupun peraturan tertulis.

Selain itu juga dilakukan studi pustaka untuk memperoleh kerangka pemikiran dan landasan teori yang menunjang penelitian di lapangan.

Sedangkan sumber data merupakan tempat, orang atau benda dimana peneliti dapat mengamati, bertanya atau membaca tentang hal-hal yang berkenaan dengan topik yang diteliti.

Menurut Lofland dan Lofland (dalam Moleong, 2002:112-117) yang dimaksud dengan sumber data utama dalam penelitian kualitatif adalah “kata-kata dan tindakan, selebihnya adalah data tambahan seperti dokumen dan lain-lain”. Dengan demikian secara garis besar sumber data yang dimaksud dibedakan atas orang yang memberikan sumber data berupa kata-kata tindakan (informan), tempat berkenaan terjadinya peristiwa yang diteliti maupun dokumen sebagai sumber data dalam bentuk tertulis.

Adapun sumber data yang digunakan dalam penelitian ini adalah:

1. Informan

Merupakan Pegawai yang memiliki wewenang terhadap program Jaminan Kesehatan Masyarakat (JAMKESMAS) Puskesmas Kendalsari dan Pasien Anggota Jamkesmas yang pernah dan akan mendapatkan pelayanan kesehatan. Adapun yang bertindak sebagai Informan dalam Penelitian ini adalah :

- a) Bapak Gatot suwondo. selaku Kasubag TU Puskesmas Kendalsari
- b) Ibu Ketut Widiati,SE. Selaku kepengurusan laporan Jamkesmas dan bendahara.
- c) Ibu Ribka Cristika. Selaku bagian gizi sekaligus merangkap bagian kebendaharaan Jamkesmas.
- d) Pasien anggota Jamkesmas :
 - (1) Ibu Dewi puspita.
 - (2) Ibu Ririn

2. Dokumen

Merupakan informasi dalam bentuk catatan-catatan resmi, peraturan terlihat ataupun arsip-arsip yang relevan dengan penelitian.

E. Teknik Pengumpulan data

1. Observasi (*Field Research*)

Yaitu suatu kegiatan yang berupa peninjauan langsung pada obyek di lapangan, sehingga peneliti secara nyata mengetahui keadaan yang sebenarnya dari obyek tersebut melalui panca indera yang dilakukan secara sistematis.

2. Wawancara

Wawancara adalah percakapan dengan maksud tertentu. Dimana percakapan tersebut melibatkan dua pihak, yaitu pewawancara (*interviewer*) yang mengajukan pertanyaan dan yang diwawancarai (*interviewee*) yang memberikan jawaban atas pertanyaan tersebut. Dengan kata lain pihak pewawancara mengajukan sejumlah pertanyaan tertentu yang berkaitan dengan topik penelitian kepada pihak yang diwawancarai sebagai salah satu teknik pengumpulan data penelitian. Dengan demikian pelaksanaan kegiatan wawancara sangat dipengaruhi oleh empat faktor yaitu pewawancara, pihak yang diwawancarai, topik penelitian dan situasi pada saat wawancara tersebut dilakukan. Adapun jenis wawancara yang dipilih dalam penelitian ini berupa wawancara terbuka dengan pertimbangan bahwa peneliti dapat secara langsung bertemu dengan subyek penelitian. Sehingga dapat memperoleh informasi-informasi yang diperlukan secara mudah dan jelas. Selain itu kemudahan memperoleh informasi dalam wawancara terbuka ini juga didukung oleh subyek penelitian yang telah mengetahui memahami maksud peneliti sebelum dilakukan wawancara.

3. Dokumentasi

Pengumpulan data dengan memperoleh dokumen/inventarisasi arsip dari instansi yang menjadi obyek penelitian yang berhubungan dengan kebutuhan penelitian.

F. Instrumen Penelitian

Yang dimaksud dengan instrumen penelitian adalah alat untuk mengumpulkan data dan informasi yang diperoleh atau diperlukan dalam

penelitian. Dengan kata lain instrumen penelitian merupakan perangkat yang membantu peneliti untuk memperoleh data dalam seluruh rangkaian proses kerja penelitian.

Instrumen penelitian yang dipergunakan dalam penelitian ini adalah:

1. Peneliti sendiri, yang dengan menggunakan panca indera untuk melihat, mengamati dan merasakan kejadian yang ada di lapangan terutama yang berhubungan dengan fokus penelitian.
2. Pedoman wawancara (*interview guide*), sebagai panduan dalam wawancara.
3. Catatan lapangan (*field note*), dipergunakan untuk mencatat apa yang didengar, dilihat, dialami dan dipikirkan dalam rangkai pengumpulan data di lapangan.

G. Analisis Data

Analisa data kualitatif menurut Bagdan dan Biklen (1982). (moleong,2004:248) adalah upaya yang dilakukan dengan jalan bekerja dengan data mengorganisasikan data.memilah-milah yang menjadi satuan yang dapat dikelola mensitesiskannya,mencari dan menemukan pola.menemukan apa yang penting dan apa yang dipelajari dan memutuskan apa yang dapat diceritakan kepada orang lain.

Menurut Moleong (2004:247) analisa data dan proses mengorganisasikan dan mengurutkan data kedalam pola,kategori dan satuan uraian sehingga dapat dikemukakan tema dan dapat diruskan hipotesis kerja yang di sarankan oleh data.

Pengumpulan data yang terkait dengan topik penelitian ditelusuri melalui dokumentasi maupun wawancara yang menggambarkan fakta-fakta yang terkait dengan topik. Oleh karena itu analisis data dimulai dengan cara mempelajari dan menelaah data yang dikumpulkan. Selanjutnya diadakan pengolahan dan interpretasi data yaitu dengan cara memakai model *before* dan *after*. Dengan model ini maka analisis data dilakukan dengan cara membandingkan antara kondisi sebelum dan sesudah proyek dilaksanakan dan kemudian diadakan evaluasi terhadap kondisi yang terjadi.

Analisis data adalah proses mengatur urutan data, mengorganisasikannya ke dalam suatu pola kategori dan satu uraian data (Moleong, 2002:103). Dilihat dari jenis penelitian deskriptif dengan pendekatan kuantitatif yang digunakan dalam penelitian maka analisa data dilakukan dengan cara melukiskan hasil penelitian dalam bentuk kata-kata atau kalimat.

Dari pengertian di atas, jelas bahwa data yang diperoleh dari lapangan tidak dibuktikan dengan angka-angka tetapi berisikan uraian-uraian. Sehingga akan menggambarkan hasil sesuai data yang dianalisa, kemudian diinterpretasikan dimana masalah yang dihadapi atau diuraikan berpatokan pada teori-teori yang disajikan dalam bab kerjaan pustaka, kemudian ditarik kesimpulan.

Dalam penelitian ini data yang diperoleh akan dianalisis dan diinterpretasikan dimana data yang digunakan adalah analisa kualitatif (Miles and Huberman, 1992:16-9). bahwa analisis data terdiri dari 3 alur kegiatan .Yaitu:

1. Reduksi Data

Reduksi data diartikan sebagai proses pemilihan, pemusatan perhatian pada penyederhanaan, pengabstrakan, dan transformasi data “kasar” yang muncul dari catatan-catatan tertulis di lapangan. Reduksi data merupakan suatu bentuk analisis yang menajamkan, menggolongkan, mengarahkan, membuang yang tidak perlu, dan mengorganisasi data dengan cara sedemikian rupa hingga kesimpulan-kesimpulan akhirnya dapat ditarik dan diverifikasi. Reduksi data berlangsung secara terus menerus selama penelitian berlangsung.

2. Penyajian Data

Penyajian data dimaksudkan sebagai sekumpulan informasi tersusun yang memberikan kemungkinan adanya penarikan kesimpulan dan pengambilan tindakan. Dengan melihat penyajian-penyajian, kita dapat memahami apa yang sedang terjadi dan apa yang harus dilakukan, lebih jauh menganalisis atukah mengambil tindakan, berdasarkan atas pemahaman yang didapat dari penyajian data

tersebut. Penyajian data ini untuk memudahkan peneliti untuk melihat gambaran secara keseluruhan atau bagian-bagian tertentu dari penelitian.

3. Penarikan Kesimpulan/Verifikasi

Verifikasi data dalam penelitian kualitatif dilakukan secara terus menerus sepanjang proses penelitian berlangsung. Sejak awal memasuki lapangan dan selama proses pengumpulan data, peneliti berusaha untuk menganalisis dan mencari makna dari data yang dikumpulkan, yaitu mencari pola, tema, hubungan, persamaan, hal-hal yang sering timbul, hipotesis dan sebagainya yang dituangkan dalam kesimpulan yang bersifat tentative. Dengan kata lain setiap kesimpulan senantiasa terus dilakukan verifikasi selama penelitian berlangsung.



BAB IV

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

A. Hasil Penelitian

1. Gambaran umum Kota Malang

a. Gambaran Geografis

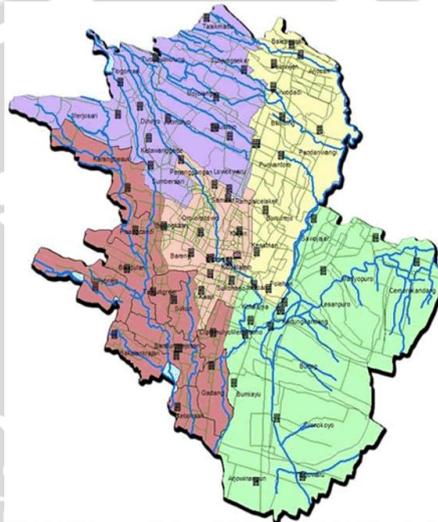
Kota Malang terkenal dengan semboyan Tri Bina Cita yaitu sebagai Kota Pendidikan, Kota Industri, dan Kota Pariwisata, yang mencerminkan profil potensi ekonomi Kota Malang. Sedangkan arah kebijakan pembangunan. Secara geografis Kota Malang terletak pada koordinat $112^{\circ} 06' - 112^{\circ} 07'$ Bujur Timur dan $7^{\circ}06' - 8^{\circ}02'$ Lintang Selatan, dan batasan wilayah administratif di sebelah Utara berbatasan dengan Kecamatan Singosari dan Kecamatan Karang Ploso Kabupaten Malang, sebelah Timur berbatasan dengan Kecamatan Pakis dan Kecamatan Tumpang Kabupaten Malang, sebelah Selatan berbatasan dengan Kecamatan Tajinan dan Kecamatan Pakisaji Kabupaten Malang, dan Sebelah Barat berbatasan dengan Kecamatan Wagir dan Kecamatan Dau Kabupaten Malang. Dengan luas wilayah 110,06 km², Kota Malang merupakan kota terbesar kedua di Propinsi Jawa Timur setelah Kota Surabaya. Sedangkan secara administratif pemerintahan, Kota Malang dibagi menjadi 5 wilayah kecamatan yaitu: Kecamatan Klojen, Lowokwaru, Blimbing, Sukun, dan Kedung Kandang. Topografi wilayah Kota Malang merupakan dataran tinggi dengan ketinggian antara 440 - 667 meter di atas permukaan laut, dimana daerah terendah terletak di Kelurahan Tlogowaru Kecamatan Kedungkandang dan Daerah tertinggi di Kelurahan Merjosari Kecamatan Lowokwaru.

Keadaan tanah di wilayah Kota Malang antara lain :

- a. Alluvial kelabu kehitaman [6.429,533 Ha]
- b. Mediteran coklat [1.136,643 Ha]
- c. Asosiasi latosol coklat kemerahan dan grey coklat [1.801,838 Ha]
- d. Bagian selatan termasuk dataran tinggi yang cukup luas, cocok untuk industri

- e. Bagian utara termasuk dataran tinggi yang subur, cocok untuk pertanian
- f. Bagian barat merupakan dataran tinggi yang amat luas menjadi daerah pendidikan

Gambar 3
PETA KOTA MALANG



sumber: malang.go.id

b. Sejarah

Seperti halnya kebanyakan kota –kota lain di Indonesia pada umumnya, Kota Malang tumbuh dan berkembang setelah hadirnya pemerintah kolonial Hindia Belanda. Kesan diskriminatif masih berbekas hingga sekarang, misalnya Ijen Boulevard dan kawasan sekitarnya.

Kawasan perumahan itu sekarang bagai monumen yang menyimpan misteri dan seringkali mengundang keluarga Belanda yang pernah bermukim disana untuk bernostalgia.

Pada tahun 1879 di Kota Malang mulai beroperasi kereta api dan sejak itu Kota Malang berkembang dengan pesatnya. Berbagai kebutuhan masyarakat semakin meningkat terutama akan ruang gerak melakukan berbagai kegiatan.

Akibatnya terjadilah perubahan tata guna tanah, daerah yang terbangun bermunculan tanpa kendali, perubahan fungsi lahan mengalami perubahan sangat pesat, seperti dari fungsi pertanian menjadi perumahan dan

industri. Sejalan dengan perkembangan tersebut diatas, urbanisasi terus berlangsung dan kebutuhan masyarakat akan perumahan meningkat diluar kemampuan pemerintah, sementara tingkat ekonomi urbanis sangat terbatas, yang selanjutnya akan berakibat timbulnya perumahan-perumahan liar yang pada umumnya berkembang disekitar daerah perdagangan, disepanjang jalur hijau, sekitar sungai, rel kereta api dan lahan-lahan yang dianggap tidak bertuan.

c. Keadaan Demografis

Jumlah penduduk di Kota Malang merupakan jumlah kedua terbesar setelah ibukota Jawa Timur, Surabaya. Menurut data pemerintah kota Malang jumlah penduduk pada tahun 2006 adalah 794.147 jiwa dimana komposisinya 398.392 jiwa laki-laki dan 395.755 jiwa perempuan. Untuk pertumbuhan penduduk dirata-rata 0,86 pertahun.

d. Pemerintahan

Perlunya penataan aparatur guna mendapatkan aparatur yang memiliki kemampuan (*knowledge and skill*) dan sikap mental (*attitude*) yang baik ditindaklanjuti dengan penataan kelembagaan agar terbentuk kelembagaan yang mantap dengan struktur dan fungsi yang optimal. Dalam rangka penyelenggaraan urusan-urusan yang menjadi kewenangan Pemerintahan Daerah sesuai Peraturan Pemerintah Nomor 38 Tahun 2007 tentang Pembagian Urusan Pemerintahan Antara Pemerintah, Pemerintahan Daerah Provinsi dan Pemerintahan Daerah Kabupaten/Kota dan dalam rangka peningkatan kesejahteraan masyarakat perlu menata organisasi Perangkat Daerah Sekretariat Daerah dan Sekretariat Dewan Perwakilan Rakyat Daerah.

Dalam rangka pelaksanaan ketentuan Pasal 10 dan Pasal 11 Peraturan Pemerintah Nomor 41 Tahun 2007 tentang Organisasi Perangkat Daerah, perlu meninjau kembali Peraturan Daerah Kota Malang Nomor 4 Tahun 2004 tentang Pembentukan, Kedudukan, Fungsi dan Struktur Organisasi Sekretariat Daerah dan Sekretariat Dewan Perwakilan Rakyat Daerah Kota Malang.

Oleh karena pertimbangan tersebut dibentuk Peraturan Daerah Nomor 5 Tahun 2008 tentang Organisasi dan Tata Kerja Sekretariat Daerah, Sekretariat Dewan Perwakilan Rakyat Daerah dan Staf Ahli. Berdasarkan Peraturan Daerah Kota Malang Nomor 4 Tahun 2004 tentang Pembentukan, Kedudukan, Tugas dan kewajiban, Fungsi dan Struktur Organisasi Sekretariat Daerah dan Sekretariat DPRD, Sekretariat Daerah terdiri dari 3 (tiga) Asisten, 12 (duabelas) Bagian dan 36 (tiga puluh enam) Sub Bagian. Sedangkan Sekretariat Dewan Perwakilan Rakyat Daerah terdiri dari 3 (tiga) Bagian dan 6 (enam) Sub Bagian. Bentuk penataan Organisasi Sekretariat Daerah, sebagai berikut :

1. Jumlah Asisten Sekretaris Daerah adalah 3 (tiga) Asisten, yaitu Asisten Administrasi Pemerintahan, Asisten Perekonomian dan Pembangunan, dan Asisten Administrasi Umum;
2. Setiap Asisten mengkoordinasikan :
 - a. Asisten Administrasi Pemerintahan, mengkoordinasikan :
 - 1) Bagian Pemerintahan;
 - 2) Bagian Hukum;
 - 3) Bagian Organisasi.
 - b. Asisten Perekonomian dan Pembangunan, mengkoordinasikan
 - 1) Bagian Pembangunan;
 - 2) Bagian Perekonomian dan Penanaman Modal;
 - 3) Bagian Kesejahteraan Rakyat.
 - c. Asisten Administrasi Umum, mengkoordinasikan :
 - 1) Bagian Hubungan Masyarakat;
 - 2) Bagian Umum;
 - 3) Bagian Keuangan;
 - 4) Bagian Perlengkapan.
3. Dari pembentukan 10 (sepuluh) Bagian dirinci sebagai berikut :
 - a. Bagian yang tidak mengalami perubahan, yaitu :
 - 1) Bagian Pemerintahan;
 - 2) Bagian Hukum;
 - 3) Bagian Organisasi;

- 4) Bagian Pembangunan;
 - 5) Bagian Keuangan;
 - 6) Bagian Perlengkapan;
- b. Bagian yang mengalami perubahan, yaitu :
- 1) Bagian Hubungan Masyarakat, diubah dengan memasukkan fungsi protokol, sebagai Subbagian Protokol, sedangkan Subbagian Sandi dan Telekomunikasi, dialihkan menjadi fungsi pada Subbagian Tata Usaha Bagian Umum;
 - 2) Bagian Umum, diubah dengan memasukkan fungsi sandi dan telekomunikasi ke dalam Subbagian Tata Usaha, serta dibentuk Subbagian Kepegawaian, sedangkan Subbagian dialihkan ke Bagian Hubungan Masyarakat;
 - 3) Bagian Perekonomian dan Penanaman Modal, diubah dengan memasukkan fungsi kerja sama ke dalam Subbagian Penanaman Modal, dan memasukkan fungsi ketahanan pangan dengan membentuk Subbagian Ketahanan Pangan serta mengubah nomenklatur Subbagian Sarana Perekonomian menjadi Subbagian Perekonomian;
 - 4) Bagian Sosial, diubah nomenklturnya menjadi Bagian Kesejahteraan Rakyat. Sebagian fungsinya diwadahi dalam fungsi Dinas Ketenagakerjaan dan Sosial, dan Dinas Kepemudaan dan Olahraga.
- c. Bagian yang dihapus, yaitu :
- 1) Bagian Kas dan Kekayaan Daerah, fungsinya dialihkan ke dalam fungsi Bagian Keuangan;
 - 2) Bagian Lingkungan Hidup fungsinya dikembangkan dengan membentuk Badan Lingkungan Hidup.

e. Potensi Kota Malang

Kota Malang memiliki berbagai potensi yang besar. Keadaan yang geografis yang sangat strategis mendukung pengembangan sektor pertanian

dan perkebunan. Kemudahan akses darat laut dan udara ditambah banyak tersedianya tenaga kerja yang terdidik dan terampil mendukung berkembangnya sektor industri.

Disamping itu, banyaknya universitas dan sekolah baik negeri maupun swasta yang memiliki kualifikasi setara perguruan tinggi dan sekolah luar negeri menjanjikan kota malang untuk berkembang sebagai kota pendidikan internasional. Pemerintah kota malang mencanangkan TRIBINA CITRA KOTA MALANG sebagai fokus utama pengembangan kota malang. Yaitu:

1. Kota Malang sebagai Kota Pendidikan,

Merupakan potensi daerah yang memiliki nilai jual dan daya saing baik di tingkat regional maupun nasional. Dalam era globalisasi dunia pendidikan menghadapi berbagai tantangan dalam menghadapi perubahan yaitu dengan adanya tuntutan masyarakat memperoleh fasilitas pendidikan yang baik dan berkualitas. Upaya yang dilaksanakan adalah dengan menciptakan visi dan misi pendidikan Kota Malang, menjalin mitra dengan lembaga perguruan tinggi baik dalam bidang pengkajian, pengembangan ilmu pengetahuan dan teknologi maupun dalam pengembangan kualitas Kota Malang pada umumnya. Kota Malang dipenuhi oleh berbagai sekolah, kampus perguruan tinggi, lembaga pendidikan non formal atau tempat-tempat kursus, serta sejumlah pondok pesantren.

2. Kota Malang Sebagai Kota Industri

Dalam kurun waktu 5 tahun terakhir, wajah dan kondisi Kota Malang telah menunjukkan perkembangan sangat pesat seiring dengan pembangunan infrastruktur dan terciptanya kondisi daerah yang kondusif. Pemerintah juga senantiasa bekerja secara profesional guna melahirkan kebijakan yang diperlukan sebagai jaminan pelayanan prima yang efektif, efisien, dan murah kepada masyarakat maupun kepada investor yang ingin menanamkan modalnya di Kota Malang. Kota Malang sejak dulu sangat dikenal dengan industri rokok

kreteknya. Diversifikasi produk industri kecil dan menengah yang mulai bangkit sejak berlangsungnya krisis ekonomi, masih memerlukan bimbingan dalam hal peningkatan mutu, teknis dan penanam modal untuk mempercepat pemulihan pembangunan ekonomi yang berbasis pada ekonomi kerakyatan, serta untuk perkembangannya di masa mendatang. Sedangkan industri besar yang ada di Kota Malang masih perlu adanya wahana untuk diperkenalkan secara luas, sehingga semakin mendukung produktivitas Kota Malang sebagai Kota Industri.

3. Kota Malang Sebagai Kota Pariwisata

Kota Malang sangat dikenal dengan sebutan Kota Bunga, karena dengan tanah yang subur dan iklim yang mendukung, berbagai jenis tanaman maupun bunga dapat tumbuh dan berkembang dengan baik, sehingga hawa pegunungan yang sejuk sangat terasa. Kondisi ini merupakan daya tarik yang kuat bagi sebagian masyarakat kota-kota besar untuk menjadikan Kota Malang sebagai kota peristirahatan bahkan sebagai tempat tinggal dan menetap, yang pada gilirannya mempercepat pertumbuhan jumlah penduduk.

f. Visi dan Misi

Untuk menumbuhkan rasa kebersamaan, strategi dan kebijakan secara garis besar dituangkan dalam Visi dan Misi Kota Malang, dengan tujuan seluruh komponen merasa mempunyai kewajiban mewujudkannya.

VISI :

"Terwujudnya kota malang yang mandiri, berbudaya, sejahtera dan berwawasan lingkungan"

Mandiri, artinya bahwa kedepan Kota Malang diharapkan mampu membiayai sendiri seluruh penyelenggaraan pemerintahan dan pelaksanaan pembangunan dengan memanfaatkan segala sumber daya lokal (SDA, Potensi Daerah SDM yang dimiliki).

Berbudaya, artinya bahwa pelaksanaan otonomi daerah tetap mengedepankan nilai-nilai Ke-Tuhanan, nilai-nilai kemanusiaan dan nilai-nilai kehidupan sosial masyarakat Kota Malang dan mengembangkan pendidikan untuk mengantisipasi perkembangan Kota Malang menuju kota Metropolitan.

Sejahtera, artinya bahwa pelaksanaan pembangunan yang di laksanakan di Kota Malang kesemuanya diarahkan pada peningkatan kesejahteraan masyarakat Kota, baik secara materiil maupun spirituil.

Berwawasan Lingkungan, artinya bahwa pelaksanaan pembangunan yang di laksanakan tetap berupaya untuk menjaga kelestarian alam dan kualitas lingkungan serta pemukiman Kota Malang.

MISI:

Dalam rangka mewujudkan Visi Kota Malang tersebut, penjabaran Misi Kota Malang adalah :

1. Mewujudkan Kota Malang sebagai kota pendidikan melalui peningkatan kualitas pendidikan bagi masyarakat miskin perkotaan;
2. Mewujudkan Kota Malang sebagai Kota Sehat melalui peningkatan kualitas kesehatan masyarakat bagi masyarakat kurang mampu dan meningkatkan penghijauan kota;
3. Mewujudkan semangat dan cita-cita reformasi dalam upaya pemulihan ekonomi kota menuju terwujudnya Indonesia baru berlandaskan pada: negara dengan pondasi system kehidupan ekonomi, social, budaya yang dijiwai prinsip-prinsip demokrasi kebangsaan dan keadilan social dalam ikut serta menertibkan persatuan dan kesatuan, serta kerukunan Kota Malang;
4. Mewujudkan tuntutan reformasi dalam tatanan system politik pemerintahan dan tatanan paradigma pembangunan berdasarkan pada: wawasan kebangsaan, demokrasi, persatuan dan kesatuan, otonomi daerah, iman dan takwa, budi pekerti, hak asasi manusia, dan keadilan sosial;
5. Mewujudkan upaya reformasi melalui pembenahan system administrasi publik dan system administrasi kebijakan publik,

dengan syarat rasa kebersamaan seluruh masyarakat yang pluralistic, persatuan dan kesatuan, kerjasama dan merupakan gerakan rakyat;

6. Menjadikan tekad mengentaskan kemiskinan menjadi landasan prioritas pembangunan dalam rangka memajukan kesejahteraan umum dan mencerdaskan kehidupan bangsa;
7. Mendayagunakan secara optimal potensi penduduk, posisi geografis strategis, dan sumberdaya alam yang memadai untuk memajukan masyarakat kota Malang dan kontribusi maksimal bagi kemajuan dan kesejahteraan bangsa.

2. Gambaran umum Puskesmas Kendalsari

Puskesmas Kendalsari terletak di JL. Cengger ayam I No.8 Malang. Dengan nomer telpon (0341) 478215. Puskesmas ini berdiri pada 9 mei 1984, dan pernah di renovasi pada tahun 2006 dan sekarang memiliki luas 900m². Puskesmas Kendal sari membawahi satu puskesmas pembantu yang bertempat di Jl. Simbar Menjangan No. 18 Malang dengan nomer telpon (0341) 414164 Dengan gedung seluas 70m², dan pernah mengalami renovasi pada tahun 2007.

Dengan wilayah kerja seluas 718 Km², mencakup :

1. kelurahan lowokwaru yang di dalamnya terdapat 17 posyandu balita, 10 posy lansia, 5 sd negeri, 9 masjid, 2 panti wreda, 1 pasar, 1 hotel.
2. kelurahan Tulusrejo yang di dalamnya terdapat 13 posyandu balita, 1posy lansia, 4 sd negeri, 2 smp, 4 sma, 2 pt, 11 masjid.
3. Kelurahan Jatimulyo yang di dalmnya terdapat 8posyandu balita, 9 posy lansia, 5 sd swasta, 1 smp, 1 sma, 5 masjid, 2 geraja, 1 vihara, 1 panti asuhan.

Batasan wilayah administratif Puskesmas kendalsari di sebelah Utara berbatasan dengan kelurahan mojolangu, sebelah timur dengan kelurahan purwantoro, sebelah selatan dengan kelurahan sama'an dan dinoyo, sebelah barat berbatasan dengan kelurahan penanggungan.

Puskesmas Kendalsari memiliki Ruang yang digunakan untuk memberikan pelayanan kesehatan kepada masyarakat yang membutuhkan. Ruang yang tersedia di Puskesmas Kendalsari yaitu ruang UGD 24 jam, 5 kamar rawat inap yang memiliki total 11 tempat tidur, ruang persalinan, klinik vct, egc, iva, laboratorium, Ruang obat, ruang dokter, mushola, dapur, loket dan di depan loket terdapat ruang tunggu. Selain itu Puskesmas ini juga memiliki 2 unit puskesmas keliling dan 4 unit sepeda motor.

Tenaga kesehatan yang dibawah Puskesmas Kendalsari : 4 dokter umum, 3 dokter gigi, 2 nutrisionis, 8 bidan, 10 perawat, 2 perawat gigi, 2 asisten apoteker, 2 analisis, 1 sanitarian. Jumlah ketenagaan di Puskesmas Kendal sari 6 tenaga administrasi, 2 security, 1 driver

Penduduk wilayah kerja Puskesmas berjumlah 51.839 jiwa, terdiri dari laki-laki 25.741 jiwa dan perempuan 26.098 jiwa. Dengan jumlah Kepala Keluarga (KK) 10.675 KK, diantaranya terdapat 5.216 Kepala Keluarga (KK) miskin.

Puskesmas Kendalsari memiliki Visi dan misi, yaitu:

Visi: mewujudkan lingkungan dan masyarakat sehat melalui peningkatan kerjasama lintas sektor dan optimalisasi peran serta masyarakat,

Misi: membudayakan perilaku hidup bersih dan sehat, mengembangkan semangat gotong royong.

3. Penyajian Data Fokus

a. Pelaksanaan Jaminan Kesehatan Masyarakat (JAMKESMAS)

Adapun pelaksanaan jamkesmas adalah instansi pemerintah secara berjenjang dari bawah, mulai Puskesmas, rumah sakit berbagai tipe. Adapun rumah sakit swasta bisa ikut serta sebagai pelaksana jamkesmas, asalkan sudah ada kesepakatan dengan pemerintah daerah setempat dan PT. Askes.

Sebagaimana pernyataan Bapak Gatot suwondo, selaku kasubag TU:

“Kartu kepersertaan jamkesmas ini dapat diperoleh dengan cara di data per kelompok kemiskinan di tingkat RT (Rukun tetangga), lalu diusulkan ke tingkat RW (Rukun warga), data yang diperoleh dilaporkan ke tingkat Kelurahan, selanjutnya secara berurutan diteruskan ke Kecamatan, Puskesmas, Dinas kesehatan kota atau

kabupaten, Pemerintah kota atau kabupaten, dan hasil data yang ada terakhir sampai ke Dinas Kesehatan pusat, pembuatan kartu Jamkesmas ini dilakukan secara serempak.”

Agar perangkat desa mudah dalam menentukan RTM (Rumah Tangga miskin) maka BPS (Badan Pusat Statistik) mengeluarkan 14 kriteria masuk kategori RTM seperti dibawah ini :

1. Luas rumah kurang dari 8 m²/orang
2. Lantai rumah dari tanah
3. Dinding rumah bambu
4. Tak punya MCK
5. Tak punya listrik
6. Air minum dari sumur/sungai
7. Memasak dengan kayu bakar
8. Makan daging sekali seminggu
9. Beli pakaian baru setahun sekali
10. Makan satu/dua kali sehari
11. Tak mampu bayar berobat di Puskesmas
12. Pendapatan kurang dari Rp 600.000/bulan
13. Pendidikan hanya SD
14. Tidak punya barang yang dijual diatas Rp 500.000.

Sumber : Suara Merdeka Metro 14 Pebruari 2009

Pemerintah telah menentukan bahwa penerima bantuan tidak harus memenuhi 14 kriteria tersebut, tetapi minimal penerima bantuan harus memenuhi 9 kriteria. Karena apabila masyarakat sudah memenuhi 9 kriteria, mereka sudah dianggap RTM.

Berdasarkan kuota kabupaten/kota yang ada, bupati/walikota menetapkan peserta Jamkesmas kabupaten/kota dalam satuan jiwa berisi nomor, nama dan alamat peserta dalam bentuk keputusan bupati/walikota. Apabila jumlah peserta Jamkesmas yang ditetapkan bupati/walikota, melebihi dari jumlah kuota yang telah ditentukan, maka menjadi tanggung jawab Pemda setempat. Untuk sementara sampai saat ini penerima Jamkesmas masih mengacu pada data 2008. Data keluarga miskin yang berhak mendapatkan kartu keanggotaan Jamkesmas ini pun berbeda-beda

menurut sumbernya. Seperti pernyataan yang disampaikan oleh Ibu Ribka Cristika dibawah ini.

“Data gakin tahun 2008 untuk jamkesmas yang terdaftar sesuai data BPS sebanyak 5216 orang, tetapi kenyataan yang ada jumlah peserta yang memiliki kartu jamkesmas pusat sebanyak 5229 orang dan jamkesmas kota sebanyak 8908 orang, jadi terdapat selisih yang cukup banyak dalam penghitungan data keluarga miskin ini.”

Bila didapati masyarakat miskin yang tidak memiliki kartu kepersertaan jamkesmas maka yang bersangkutan dapat menggumakan SKTM. Surat Keterangan Tidak Mampu (SKTM) adalah surat yang dikeluarkan oleh pihak Kelurahan dan Kecamatan untuk menyatakan bahwa yang bersangkutan tergolong masyarakat tidak mampu (miskin). SKTM dapat digunakan selama 3 (tiga) bulan berjalan. Apabila ada masyarakat miskin yang membutuhkan pelayan kesehatan tetapi belum memiliki SKTM, maka yang bersangkutan tetap dilayani terlebih dahulu dan diberi kesempatan untuk mengurus surat keterangan tidak mampu dalam kurun waktu 2×24 jam.

Menurut pernyataan Bu Wiwid:

“Kami tegaskan SKTM tidak dapat digunakan untuk pelayanan di Puskesmas, SKTM hanya berguna bagi Gakin untuk mendapatkan perawatan dan pengobatan gratis di Rumah Sakit yang memang melayani SKTM/Gakin.”

Bagi masyarakat miskin yang tidak mempunyai kartu identitas seperti gelandangan, pengemis, anak terlantar, yang karena sesuatu hal tidak terdaftar dalam surat keputusan bupati/walikota, akan dikoordinasikan oleh Dinas Kesehatan dengan Dinas Sosial setempat, untuk diberikan kartunya. Bayi-bayi yang terlahir dari keluarga peserta Jamkesmas langsung menjadi peserta baru, sebaliknya bagi peserta yang meninggal dunia langsung hilang kepesertaannya.

Sedangkan bagi masyarakat sekitar yang tidak mampu dan tidak memiliki kartu kepersertaan jamkesmas tetap bisa mendapatkan pelayanan tanpa dipungut biaya, hal ini berdasar pada kebijakan dari kepala puskesmas. Bagi masyarakat sekitar yang tidak mampu dan tidak memiliki kartu jamkesmas bisa mendapatkan pelayanan kesehatan secara gratis, ini

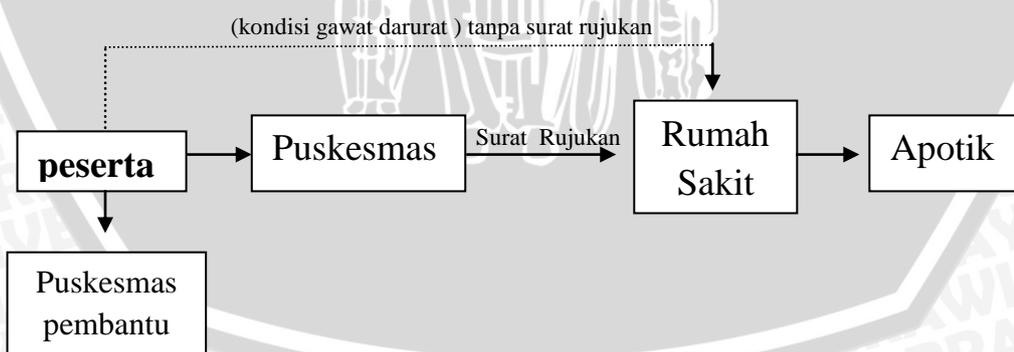
salah satu kebijakan dari kepala puskesmas sendiri, dan untuk menetapkan apakah orang tersebut layak atau tidak mendapat bantuan pelayanan maka pihak puskesmas mengutus perwakilan melakukan survey langsung ke tempat tinggal yang bersangkutan. Sebagaimana penuturan ibu Ketut Widiati,Se yang biasa dipanggil ibu wiwid Sebagai salah satu staf bagian tata usaha Puskesmas Kendalsari sebai berikut ini:

“Dengan langsung di datangi begini kita jadi benar-benar tahu kondisi dia (pasien) yang sebenarnya, kita bias lihat dari rumahnya dan bertanya kondisi orang tersebut kepada tetangga dekatnya. Jumlah masyarakat miskin yang datang ke puskesmas dan tidak punya kartu jamkesmas ini juga tidak banyak kok mbak, satu bulannya kurang lebih sekitar 10 (sepuluh) orang saja, yang biasanya berasal dari anggota pasukan kuning dan orang jompo.”

“Selain itu tidak ada pembentukan panitia khusus untuk menangani program jamkesmas di Puskesmas Kendalsari ini, semuanya administrasi Jamkesmas di tangani oleh pihak Tata Usaha (TU)”

Setiap peserta Jamkesmas, mempunyai hak mendapat pelayanan kesehatan dasar Meliputi pelayanan kesehatan rawat jalan (RJ) dan rawat Inap (RI), serta pelayanan kesehatan rujukan rawat jalan tingkat lanjutan (RJTL), rawat inap tingkat lanjutan (RITL) dan pelayanan gawat darurat.

Gambar 4
ALUR PELAYANAN PASIEN JAMKESMAS



Sumber : data Puskesmas

b. Ruang Lingkup Pelayanan Kesehatan Program JAMKESMAS di Puskesmas Kendalsari

Pelayanan kesehatan yang diberikan oleh Puskesmas Kendalsari ada beberapa macam dan untuk mendapatkan pelayanan Kesehatan, Pasien harus mengikuti prosedur sebagai berikut :

1. Pasien mendaftarkan diri ke loket, pada loket ini Pasien menunjukkan kartu berobat
2. Pasien mendapatkan kartu berobat sekaligus sebagai antrian
3. Pasien menuju ruangan yang telah ditunjukkan oleh petugas loket
4. Pasien mengantri untuk mendapatkan tindakan medis
5. Setelah mendapatkan tindakan medis, Pasien mengambil obat sesuai dengan petunjuk dokter di loket obat.

Gambar 5
PROSEDUR PELAYANAN KESEHATAN PUSKESMAS



Sumber : Observasi lapangan

1) Pelayanan Rawat Jalan Tingkat Primer

Pelayanan rawat jalan tingkat primer yang dimaksud adalah pelayanan kesehatan yang diberikan oleh Puskesmas tersebut yang mencakup

1. Pemeriksaan kesehatan dan konsultasi kesehatan
2. Pelayanan Pengobatan umum dan Gigi
3. Penanganan gawat darurat
4. Penanganan gizi kurang/ Buruk
5. Tindakan Medis
6. Pelayanan Kesehatan Ibu dan Anak (pemeriksaan ibu hamil, ibu nifas dan neonatus)



7. Penyuluhan kesehatan dan pemberdayaan masyarakat dalam
8. penanggulangan faktor risiko kesehatan
9. Surveilans penyakit menular dan gizi
10. Imunisasi dasar
11. Kunjungan rumah
12. Pelayanan Keluarga Berencana (alat kontrasepsi disediakan BKKBN)
13. Pelayanan Laboratorium dan penunjang diagnostik lainnya
14. Pemberian obat-obatan
15. Rujukan

Lima belas macam pelayanan rawat jalan tingkat primer yang telah di paparkan tersebut diatas bisa di dapatkan oleh Pasien yang menjadi peserta Jamkesmas. Peneliti sempat mewawancarai pasien jamkesmas yang sedang berkunjung ke Puskesmas untuk mendapatkan pelayanan rawat jalan, berikut kutipan wawancara:

“Saya menderita tekanan darah rendah, tanda-tandanya itu kepala saya suka pusing, tangan saya anyep (dingin), muka saya pucat, mata berkunang-kunang, kadang juga pernah sampai pingsan. Kalu saya sudah ngerasa kayak gitu ya saya langsung pergi ke sini (Puskesmas Kendalsari), tadi saya diperiksa tekanan darahnya terus di kasih obat sama dokter.”

Diatas adalah wawancara Peneliti dengan Ibu Ririn, ibu rumah tangga berusia 38 tahun, bertempat tinggal di Jl. Mawar Gg I no 17 yang sehari-harinya sibuk sebagai rumah tangga ini menderita tekanan rendah dan berkunjung ke Puskesmas apabila penyakitnya kambuh. Ibu Ririn mengatakan bahwa Dia mendapatka kartu keanggotaan Jamkesmas dengan cara di data dari tingkat RT.

“jadi saya di data oleh Pak RT, saya tidak pernah sama sekali mengajukan dan mendaftarkan diri, tiba-tiba kartunya sudah diantar kerumah. Selama ini tidak ada kesulitan dalam mendapatkan pelayanan dan saya tidak pernah bayar sama sekali, dokter sama pegawainya juga baik kok mbak, saya tidak dibeda-bedakan. yang jelas dengan adanya jamkesmas ini saya sangat terbantu sekali” Demikian kata Ibu Ririn.

Untuk pemberian obat, bagi Pasien Jamkesmas akan mendapatkan obat generik, dan bagi Pasien umum minimal pemberian obat generik sebesar 30 %, apabila Pasien umum tersebut menghendaki maka obat

generik bisa diberikan sebanyak 100% dari keseluruhan obat yang dibutuhkan.

Peneliti juga sempat melakukan observasi di tempat loket obat/apotik dari puskesmas kendalsari dan menemukan pasien anggota JAMKESMAS dan pasien umum dengan masalah / penyakit yang sama, mereka juga mendapatkan obat yang sama seperti di bawah ini:

Kasus/ Penyakit darah tinggi, obat yang diberikan: captopril dan Sinopril. Kasus / penyakit asam urat diberikan obat alupurinol dan meloxicam. Sedangkan kasus/ penyakit nyeri atau bengkak, obat yang dibeikan yaitu amoxilin.

Keseluruhan nama obat diatas adalah jenis obat generik, terdapat perbedaan dalam dosis yang diberikan untuk tiap-tiap pasien, hal ini disesuaikan dengan tingkatan gejala dan keluhan yang ada.

Tabel 2
10 PENYAKIT TERBANYAK RAWAT JALAN PUSKESMAS
KENDALSARI BULAN JANUARI 2009

No	Penyakit	Jumlah Kasus
1	2	3
1	Infeksi Pernafasan Saluran Atas	146
2	Penyakit pada sistem otot dan jaringan pengikat	36
3	Caries gigi	25
4	Hipertensi	8
5	Asma	8
6	Penyakit lain pada saluran pencernaan	7
7	Penyakit kulit alergi	7
8	Diare	6
9	Epilepsi	5
10	gastritis	3
JUMLAH		251

Sumber : data Puskesmas Kendalsari Malang

Tabel 3
10 PENYAKIT TERBANYAK RAWAT JALAN PUSKESMAS BULAN
FEBRUARI 2009

No	Penyakit	Jumlah Kasus
1	2	3
1	Infeksi Pernafasan Saluran Atas	132
2	Caries gigi	29
3	Penyakit pada sistem otot dan jaringan pengikat	18
4	Asma	8
5	Penyakit kulit alergi	7
6	Diabetes melitus	6
7	Hipertensi	6
8	Penyakit pada telinga dan mastoid	4
9	stomatitis	4
10	Diare	3
JUMLAH		217

Sumber : Data Puskesmas Kendalsari Malang

Tabel 4
10 PENYAKIT TERBANYAK RAWAT JALAN PUSKESMAS
KENDALSARI BULAN MARET 2009

No	Penyakit	Jumlah Kasus
1	2	3
1	Infeksi Pernafasan Saluran Atas	138
2	Penyakit pada sistem otot dan jaringan pengikat	27
3	Caries gigi	13
4	Penyakit lain pada saluran pencernaan	11
5	Hipertensi	9
6	Diare	9
7	Herdeolum	8
8	Diabetes melitus	6
9	Penyakit kulit alergi	6
10	Penyakit pada telinga dan mastoid	3
JUMLAH		230

Sumber : Data Puskesmas Kendalsari Malang

2) Pelayanan Kesehatan Rawat Inap Tingkat Primer

Pada kondisi pasien rawat jalan perlu dilakukan perawatan maka sebagai alternatif untuk perawatan lanjutan adalah dilakukan rawat inap di Puskesmas perawatan sesuai dengan kemampuan yang dimiliki. Seperti pernyataan bu wiwid :

“Pasien jamkesmas yang membutuhkan pelayanan rawat inap nantinya akan ditempatkan di kamar rawat inap klas 3 (tiga), puskesmas Kendalsari memiliki 2 (dua) kamar ruang klas 3 (tiga) yang masing-masing terdiri dari 3 (tiga) tempat tidur. Kalau untuk umum ruang klas tiga ini tarifnya Rp 37.000 per hari, itupun nantinya uangnya akan diserahkan ke pemerintah kota, jadi Puskesmas tidak dapat apa-apa. Dan kalau nantinya kamar klas 3 (tiga) sudah penuh tapi masih ada pasien jamkesmas yang membutuhkan rawat inap ya akan dirujuk ke rumah sakit”

Apabila Puskesmas tidak memiliki kemampuan perawatan lanjutan harus dilakukan rujukan ke rumah sakit yang memberikan pelayanan program jamkesmas. Rumah sakit rujukan untuk Puskesmas kendalsari adalah RS. Saiful Anwar Malang, RSJP Prof. Dr. dr. Radjiman Lawang, dan RST Sopraoen Malang.

Jenis pelayanan pada Puskesmas perawatan tersebut adalah:

1. Penanganan gawat darurat
2. Perawatan pasien rawat inap termasuk perawatan gizi buruk dan gizi kurang
3. Perawatan persalinan
4. Penanganan rujukan balik dari rumah sakit
5. Perawatan satu hari (one day care)
6. Tindakan medis diperlukan
7. Memberikan obat-obatan
8. Pemeriksaan laboratorium dan penunjang medis lainnya
9. Rujukan

3) pelayanan pertolongan persalinan

Pada sarana kesehatan tertentu.pelayanan pertolongan persalinan yang dapat dilakukan di puskesmas adalah pertolongan persalinan normal

kecuali puskesmas dengan fasilitas PONED dapat melakukan pertolongan dengan penyulit per vaginam sesuai kompetensinya. Pelayanan pertolongan persalinan tersebut mencakup:

1. Observasi proses persalinan
2. Pertolongan persalinan normal
3. Pertolongan persalinan dengan penyulit(fasilitas PONED)
4. Penanganan gawat darurat persalinan
5. Perawatan nifas (ibu dan bayi)
6. Pemeriksaan laboratorium dan penunjang diagnostic lain
7. Pemberian obat-obatan
8. Akomodasi dan konsumsi
9. Rujukan (transport rujukan sendiri)

Peneliti sempat melakukan wawancara dengan salah satu pasien jamkesmas yang pernah mendapatkan pelayanan ini, pasien bernama Dewi puspita berusia 31 tahun, bertempat tinggal di Bantaran Indah Blok C/37, dalam kesehariannya ibu Dewi sibuk sebagai ibu rumah tangga, berikut ini wawancaranya dengan Ibu Dewi:

“Saya menjadi anggota JAMKESMAS dengan cara di data oleh Pak RT, saya menggunakan kartu Jamkesmas waktu 9 (Sembilan) bulan yang lalu melahirkan anak perempuan saya ini (sambil menunjuk seorang bayi perempuan yang sedang di gendongnya). Waktu itu saya menggunakannya (kartu jamkesmas) untuk kunjungan rutin di puskesmas dan tidak mengeluarkan biaya sedikitpun, prosesnya pun cukup mudah dan gak mbulet mbak. Tapi waktu melahirkan saya di rujuk ke RSSA, disana akhirnya saya melahirkan secara sesar. Waktu akan pulang saya dibebani biaya yang katanya untuk perawatan karena ndadak melahirkan secara sesar sebesar Rp 90.000, mengganti obat infuse, dan papers bayi. biaya total keseluruhan hanya Rp.390.000. selama ini saya juga tidak pernah menemui kesulitan untuk berobat termasuk untuk pengobatan anak saya sekarang yang lagi sakit batuk pilek”.

Persalinan oleh tenaga kesehatan di Puskesmas Kendalsari pada bulan April sebanyak 2 Pasien, bulan mei 2 Pasien, dan bulan Juni ada 2 Pasien. Sedangkan jumlah Ibu hamil yang dirujuk ke Rumah sakit pada bulan April sebanyak 2 Pasien, bulan Mei 1 Paien, dan Bulan Juni 2 Pasien.

Dari informasi yang di dapat Peneliti semua Ibu melahirkan dengan selamat, tanpa ada korban meninggal.

4) Upaya Kesehatan yang bersifat pencegahan sekunder

Upaya kesehatan yang bersifat pencegah sekunder yang dimaksud dalam program jamkesmas adalah mendukung operasional kegiatan yang mencakup:

- 1) Diagnosis awal kemungkinan berkembangnya suatu penyakit. Upaya kesehatan yang termasuk dalam kegiatan ini bersifat selektif antara lain:
 - a) Surveilans penyakit menular dan tidak menular
 - b) Surveilans gizi pada balita, ibu hamil
 - c) Surveilans kesehatan ibu dan anak
 - d) Deteksi dini penyakit (pengumpulan dan pemeriksaan spuntum, pengambilan darah malaria)

Pelayanan kesehatan yang bersifat pencegah sekunder ini dilakukan tanpa ada jadwal rutin per periode.

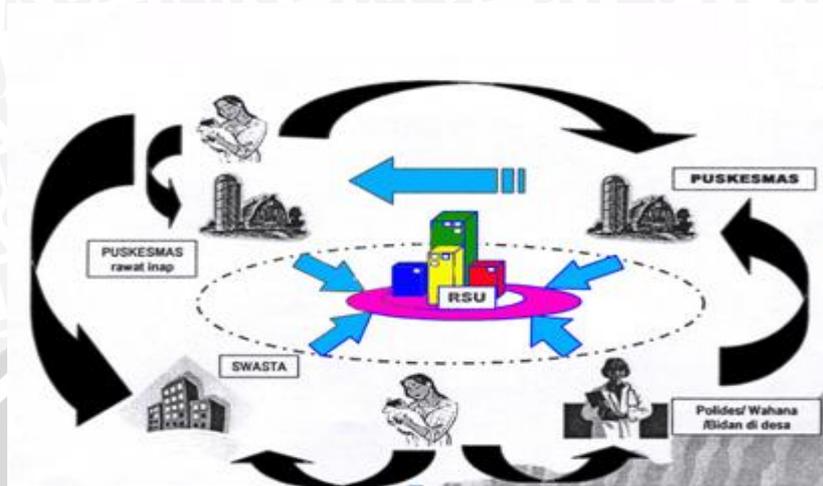
- 2) Tindakan yang tepat untuk mengurangi factor risiko ancaman penyakit tersebut terhadap masyarakat. Upaya kesehatan yang termasuk dalam kegiatan ini bersifat selektif antara lain:
 - a) Penyemprotan /fogging
 - b) Abatesasi
 - c) Tindakan kaporitisasi
 - d) Pemantauan Ibu hamil riiko tinggi

c. Pelayanan Rujukan Kesehatan di Rumah Sakit:

- a. Rawat Jalan Tingkat Lanjutan (RJTL), meliputi:
 - 1) Konsultasi medis, pemeriksaan fisik dan penyuluhan kesehatan oleh dokter spesialis/umum

- 2) Rehabilitasi medik
 - 3) Penunjang diagnostik: laboratorium klinik, radiologi dan elektromedik
 - 4) Tindakan medis kecil dan sedang
 - 5) Pemeriksaan dan pengobatan gigi tingkat lanjutan
 - 6) Pelayanan KB, termasuk kontak efektif, kontak pasca persalinan/keguguran, penyembuhan efek samping dan komplikasinya (alat kontrasepsi disediakan oleh BKKBN)
 - 7) Pemberian obat yang mengacu pada Formularium Rumah Sakit
 - 8) Pelayanan darah
 - 9) Pemeriksaan kehamilan dengan risiko tinggi dan penyulit
- b. Rawat Inap Tingkat Lanjutan (RITL), dilaksanakan pada ruang perawatan kelas III RS Pemerintah, meliputi :
- 1) Akomodasi rawat inap pada kelas III
 - 2) Konsultasi medis, pemeriksaan fisik dan penyuluhan kesehatan
 - 3) Penunjang diagnostik: laboratorium klinik, radiologi dan elektromedik.
 - 4) Tindakan medis
 - 5) Operasi sedang dan besar
 - 6) Pelayanan rehabilitasi medis
 - 7) Perawatan intensif (ICU, ICCU, PICU, NICU, PACU)
 - 8) Pemberian obat mengacu Formularium RS program ini
 - 9) Pelayanan darah
 - 10) Bahan dan alat kesehatan habis pakai
 - 11) Persalinan dengan risiko tinggi dan penyulit (PONEK)
- c. Pelayanan gawat darurat (emergency) kriteria gawat darurat, sebagaimana terlampir.

Gambar 6
POLA JARINGAN RUJUKAN



Sumber : petunjuk pelayanan kesehatan rujukan dalam jamkesmas tahun 2008.

d. Pelayanan Yang Dibatasi (Limitation)

- a) Kacamata diberikan dengan lensa koreksi minimal $+1/-1$ dengan nilai maksimal Rp.150.000 berdasarkan resep dokter.
- b) Intra Ocular Lens (IOL) diberi penggantian sesuai resep dari dokter spesialis mata, berdasarkan harga yang paling murah dan ketersediaan alat tersebut di daerah.
- c) Alat bantu dengar diberi penggantian sesuai resep dari dokter THT, pemilihan alat bantu dengar berdasarkan harga yang paling murah dan ketersediaan alat tersebut di daerah.
- d) Alat bantu gerak (tongkat penyangga, kursi roda, dan korset) diberikan berdasarkan resep dokter dan disetujui Direktur Rumah Sakit atau pejabat yang ditunjuk dengan mempertimbangkan alat tersebut memang dibutuhkan untuk mengembalikan fungsi dalam aktivitas sosial peserta tersebut. Pemilihan alat bantu gerak berdasarkan harga yang paling efisien dan ketersediaan alat tersebut di daerah.
- e) Pelayanan penunjang diagnostik canggih. Pelayanan ini diberikan hanya pada kasus-kasus 'life-saving' dan kebutuhan penegakkan

diagnosa yang sangat diperlukan melalui pengkajian dan pengendalian oleh Komite Medik.

e. Pelayanan Yang Tidak Dijamin (*Exclusion*)

- a) Pelayanan yang tidak sesuai prosedur dan ketentuan
- b) Bahan, alat dan tindakan yang bertujuan untuk kosmetika
- c) General check up
- d) Prothesis gigi tiruan.
- e) Pengobatan alternatif (antara lain akupunktur, pengobatan tradisional) dan pengobatan lain yang belum terbukti secara ilmiah
- f) Rangkaian pemeriksaan, pengobatan dan tindakan dalam upaya mendapat keturunan, termasuk bayi tabung dan pengobatan impotensi.
- g) Pelayanan kesehatan pada masa tanggap darurat bencana alam
- h) Pelayanan kesehatan yang diberikan pada kegiatan bakti social

f. Pendanaan

1). Sumber Dana

Sumber Dana berasal dari APBN sektor Kesehatan dan kontribusi APBD. Pemerintah daerah berkontribusi dalam menunjang dan melengkapi pembiayaan pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin di daerah masing – masing.

2). Penyaluran dan Pengambilan Dana

Dana untuk Pelayanan Kesehatan masyarakat miskin di Puskesmas dan jaringannya disalurkan langsung dari Departemen Kesehatan pusat ke Dinas kesehatan Kota/Kabupaten melalui pihak PT Pos Indonesia.

Menurut penuturan bu wiwid:

“Pihak Puskesmas nantinya akan mengambil dana yang sudah cair dalam bentuk uang tunai sesuai dengan jumlah klaim yang sudah diajukan sebelumnya di Dinas Kesehatan Kota Malang bagian keuangan, yang tentu saja sebelumnya sudah dikabari terlebih dahulu oleh pihak Dinas Kesehatan kota, dan biasanya dana baru turun tanggal 10, Pihak puskesmas mengajukan klaim setiap 1 (satu) bulan sekali dan

dilakukan setiap awal bulan, klaim ini jumlahnya tidak dibatasi mbak, jadi berapapun jumlahnya akan diterima oleh Dinas Kesehatan.”

Untuk mengajukan klaim, Puskesmas menyerahkan data keuangan beserta lampiran kwitansi, partograf (blangko untuk ibu hamil), dan foto kopi kartu jamkesmas masyarakat yang mendapatkan pelayanan kesehatan.

Klaim biaya persalinan bagi masyarakat miskin yang berasal dan luar wilayah kerja Puskesmas maka klaim diajukan kepada Puskesmas dimana ibu bersalin tersebut tercatat sebagai penduduk dengan melampirkan bukti-buktill dokumen pendukung. Sedangkan untuk pelayanan rawat inap atau pelayanan spesialisik biaya diambilkan dan alokasi yang tersedia di Puskesmas yang memberikan pelayanan.

Untuk memastikan kebenaran atas klaim yang telah diajukan Puskesmas maka Tim verifikasi yang berasal dari Dinas Kesehatan melakukan kunjungan ke lapangan secara sampling terhadap laporan dan Puskesmas untuk mengecek kebenaran yang dilaporkan oleh Puskesmas termasuk mengecek kepada sasaran (peserta Jamkesmas).

Dalam penyaluran dana JAMKESMAS, kenyataan yang ada di lapangan pihak puskesmas Kendalsari mengambil dana dengan jumlah sesuai dengan klaim ke Dinas Kesehatan Kota Malang bagian keuangan dalam bentuk tunai, yang sebelumnya dana di salurkan oleh Dinas Kesehatan pusat ke Dinas Kesehatan Kota melalui PT. POS Indonesia.

3). Pemanfaatan Dana

Pemanfaatan dana disesuaikan dengan alokasi biaya untuk setiap kegiatan yang ditetapkan sebagai berikut:

a) Pembayaran Retribusi.

Apabila peraturan yang berlaku mewajibkan bahwa pendapatan retribusi karcis kunjungan peserta Jamkesmas di Puskesmas disetorkan ke kas daerah maka alokasi dana yang ada dapat dipergunakan untuk setoran dengan besaran sesuai tarif yang berlaku. Untuk Puskesmas Kendalsari tarif yang diberlakukan adalah sebesar Rp3.000, Pembayaran retribusi/karcis tersebut termasuk untuk rawat jalan termasuk pelayanan

spesialis, rawat inap, tindakan medis, pemeriksaan penunjang diagnostik, pertolongan persalinan dan pelayanan lain yang ditetapkan oleh Perda atau peraturan Bupati/walikota. Apabila hasil pendapatan fungsional tersebut setelah disetorkan ada kebijakan dikembalikan ke Puskesmas baik keseluruhan maupun sebagian maka dapat di gunakan berdasarkan pengaturan dalam Perda atau kalau tidak tersedia Perda, berdasarkan SK Bupati/Walikota atau Peraturan Bupati/Walikota untuk memperlancar tugas pelayanan Jamkesmas. yang antara lain:

- a) Operasional pelayanan kesehatan di dalam dan di luar gedung sarana pelayanan kesehatan termasuk rawat kunjungan dan pembinaan kesehatan kepada peserta Jamkesmas
- b) Pembinaan sumber daya Manusia termasuk Jasa pelayanan kesehatan.
- c) Pemanfaatan dana dan besaran untuk jasa pelayanan kesehatan mengacu pada Perda atau kalau belum ada Perda ditetapkan berdasar SK Bupati /Walikota,
- d) Pajak penghasilan dan jasa pelayanan kesehatan wajib disetorkan ke kas negara
- e) Jasa sarana dan Prasarana Dalam upaya peningkatan mutu pelayanan kesehatan dan uang pengembalian retribusi dapat dipergunakan untuk penyediaan sarana dan prasarana pelayanan kesehatan khususnya bahan habis pakai, obat-obatan Khusus apabila tidak tersedia di Puskesmas maupun gudang farmasi.

Bagi Pasien anggota Jamkesmas tidak akan dikenakan biaya retribusi, tetapi walaupun begitu nantinya pihak Puskesmas Kendalsari tetap akan mengajukan klaim kepada Dinas Kesehatan dengan rincian retribusi karcis disesuaikan dengan jumlah kunjungan Pasien Jamkesmas.

b) Operasional Pelayanan Kesehatan

Dalam upaya meningkatkan jangkauan dan pemerataan pelayanan kesehatan pada Program Jamkesmas, maka Puskesmas dapat melakukan kegiatan-kegiatan pelayanan kesehatan di luar gedung, seperti di Posyandu, Puskesmas keliling, rawat kunjungan/

Perkesmas, Sweeping pelayanan kesehatan dan upaya pelayanan kesehatan untuk pencegahan sekunder sehingga dana yang tersedia dapat dimanfaatkan untuk keperluan:

- a. Transportasi petugas pemberi pelayanan ke lokasi pelayanan
- b. Akomodasi petugas pemberi pelayanan bila diperlukan

Biaya transportasi hanya diberikan untuk pelayanan luar gedung dan tidak boleh duplikasi pembiayaan dan sumber pembiayaan yang lain.

c) Pelayanan Rawat Inap

Dana Jamkesmas yang dapat dimanfaatkan untuk rawat map meliputi

- a. Retribusi/ karcis
- b. Makan pasien

Kebutuhan bahan habis pakai, reagensia, obat-obatan khusus untuk pasien yang di rawat inap pada kondisi tidak tersedia di Puskesmas atau gudang farmasi Kabupaten/Kota.

d) Pertolongan Persalinan

Dana Jamkesmas yang tersedia di Puskesmas dapat dipakai untuk membayar pelayanan pertolongan persalinan yang meliputi:

- a. Retribusi (tidak berlaku bagi bidan praktik swasta)
- b. Akomodasi dan Konsumsi
- c. Kebutuhan bahan habis pakai, kebutuhan lain untuk proses persalinan
- d. Bagi Pasien anggota Jamkesmas yang mendapat pelayanan di Bidan swasta maka pihak Puskesmas dapat mengajukan klaim maksimal sebesar Rp. 250.000 per persalinan.

e) Transportasi Rujukan

Biaya transportasi rujukan kasus dan Puskesmas dan Jaringannya ke sarana rujukan baik ke Rumah Sakit, Sarana penunjang lain dibebankan dan dana yang tersedia di Puskesmas termasuk biaya petugas kesehatan pendamping. Demikian juga

transportasi dan Poskesdes/Polindes. Puskesmas pembantu ke Puskesmas atau Rumah sakit dapat dibiayai dan dana yang ada.

g. Pertanggungjawaban

Dengan memperhatikan banyaknya sumberdana yang masuk ke Puskesmas diharapkan akan terjadi peningkatan kinerja dan sinergisme antar pembiayaan namun tetap menganut azas transparansi dan akuntabilitas dan setiap sumber pembiayaan. Langkah-langkah pertanggungjawaban adalah sebagai berikut:

- a) Menunjuk seorang Pegawai di Puskesmas tersebut sebagai penanggung jawab keuangan yang bertanggung jawab melakukan pembukuan keuangan Puskesmas.
- b) Dana yang telah diterima Puskesmas menjadi tanggungjawab penuh pimpinan Puskesmas tersebut, dan dipergunakan untuk kebutuhan pelayanan kesehatan Program Jamkesmas secara optimal.
- c) Penggunaan dana harus disesuaikan dengan pemanfaatannya dan tidak di batasi oleh berakhirnya tahun anggaran sehingga dana tersebut dapat terus bergulir ditahun berikutnya.
- d) Setiap uang masuk dan keluar dan kas dicatat di buku catatan (buku Kas) khusus yang terpisah dengan sumber pembiayaan yang lain berikut bukti-bukti penggunaannya dan Pembukuan terbuka bagi pengawas intern maupun ekstern setelah memperoleh ijin Kepala Dinas Kesehatan Propinsi/Kabupaten/Kota.
- e) Penerima dana atau pengelola dana program bertanggungjawab membuat dan mengirim laporan sesuai ketentuan.
- f) Bentuk Pertanggungjawaban Keuangan:
 - a) Untuk belanja barang (seperti uang transport pelayanan luar gedung, jasa pelayanan, insentif, honor, lumpsum, biaya makan, dll) dikeluarkan dengan bukti tanda tangan penerima



uang untuk kegiatan tersebut pada buku kas keuangan Puskesmas.

- b) Untuk belanja ATK, fotokopi, pembelian bahan habis pakai, pembelian barang lain) dibuktikan dengan kwitansi dan faktur toko dan dicatat dalam buku kas keuangan Puskesmas.
- c) Untuk setoran retribusi dibuktikan dengan tanda setoran ke Kas Pemda.
- d) Puskesmas sebagai penyelenggara pelayanan kesehatan membuat laporan setiap bulan ke Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota (pengelola Jamkesmas).
- e) Dinas Kesehatan kabupaten / Kota membuat rekapitulasi laporan bulanan Puskesmas dan dikirim ke Dinas Kesehatan Propinsi.

h. Hambatan dan Upaya Mengatasi Hambatan

Adapun hambatan- hambatan yang yang dirasakan Puskesmas Kendalsari dalam program JAMKESMAS yaitu:

- a) Kurangnya kepaahaman masyarakat tentang Jamkesmas
- b) Masih kurang tepatnya sasaran jamkesmas
- c) Membuat masyarakat menjadi manja.

Seperti pernyataan Ibu wiwid dibawah ini:

“banyak masyarakat yang jadi manja karena Jamkesmas ini, mereka itu terlihat seperti orang kaya karena memakai gelang emas yang besar-besar dan juga menenteng hp (*hand phone*) yang bagus, seharusnya mereka mampu membiayai pengobatan kesehatannya tapi malah mengaku-ngaku jadi orang miskin biar dapat pelayanan gratis.”

Untuk mengatasi hambatan-hambatan yang ada, maka Puskesmas Kendalsari berupaya dengan cara memberikan pengertian kepada pasien Jamkesmas yang akan mendapatkan pelayanan kesehatan, melakukan sosialisasi di luar puskesmas Kendalsari, memasang gambar alur prosedur pelayanan di dinding, serta menggunakan pengeras suara untuk menuntun Pasien dalam mendapatkan urutan pelayanan kesehatan yang benar.

B. Pembahasan

1. Pelaksanaan Jaminan Kesehatan Masyarakat (JAMKESMAS)

Diantara berbagai bentuk jaminan sosial yang ada, jaminan kesehatan merupakan sistem yang telah berdiri sejak lama dan sangat diperlukan oleh masyarakat. Jaminan kesehatan merupakan pendorong pembangunan dan strategi penting dalam menopang industri dan pertumbuhan ekonomi, bukan saja di negara-negara maju seperti Amerika dan Eropa barat, melainkan di negara-negara industri baru seperti Singapura, Cina, India, dan Brazil. (Edi Suharto, 2009: 59)

Sesuai UUD NO 23 thn 92 Pasal 4 yang berbunyi “Setiap orang mempunyai hak yang sama dalam memperoleh derajat kesehatan yang optimal”, dan Pasal 9 “Pemerintah bertanggung jawab untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat”. Maka setiap warga Negara tidak terkecuali masyarakat miskin dapat memperoleh pelayanan kesehatan yang dibutuhkan.

Untuk mendapatkan kartu kepesertaan jamkesmas dengan cara di data dari tingkat terendah pemerintahan adalah cara yang cukup baik, kerana dengan demikian data yang di dapat lebih akurat. Dalam data keluarga miskin yang tersaji terdapat selisih yang cukup banyak antara data yang diperoleh BPS dengan kenyataan yang ada yaitu keluarga miskin yang memperoleh kartu jamkesmas, tentu saja hal ini harus ditindak lanjuti secara serius agar program ini kedepannya bias berjalan dengan lebih baik lagi.

Kartu jamkesmas baru sekali terbit, menurut teori/ aturan yang ada kartu jamkesmas ini diterima masyarakat miskin pada bulan Januari 2008 tetapi kenyataan yang ada di lapangan kartu jamkesmas baru diterima pada bulan juni dan agustus. Jadi, pada bulan januari sampai agustus masyarakat miskin yang ingin mendapatkan pelayanan kesehatan masih memakai kartu sebelumnya yaitu askes gakin, sedangkan bagi masyarakat miskin yang tidak memiliki kartu askeskin dan sudah terdaftar sebagai anggota gakin bisa menggunakan SKTM. Penggunaan kartu jamkesmas seharusnya hanya sampai pada bulan desember 2008, tetapi sampai sekarang masih tetap

digunakan karena belum ada kebijakan baru yang menggantikan. Disini terlihat bahwa Pemerintah kurang bergerak cepat dalam menagani program Jamkesmas.

Surat keterangan tidak mampu atau yang biasa disingkat dengan SKTM memiliki fungsi yang sangat penting. Dimana semua masyarakat termasuk keluarga miskin sekalipun memiliki hak untuk mendapatkan pelayanan kesehatan. Tetapi tidak semua keluarga miskin memiliki kartu kepesertaan jamkesmas, maka dari itu SKTM ini di buat sebagai pemecahan masalah tersebut, sehingga keluarga miskin yang tidak memiliki kartu jamkesmas tetap bisa tetap mendapatkan pelayanan kesehatan sebanding dengan peserta jamkesmas.

2. Ruang Lingkup Pelayanan Kesehatan Program JAMKESMAS di Puskesmas

Pelayanan kesehatan adalah setiap upaya yang diselenggarakan sendiri atau secara bersama-sama dalam suatu organisasi untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan, mencegah dan menyembuhkan penyakit serta memulihkan kesehatan perseorangan, keluarga, kelompok dan ataupun masyarakat. (Azwar, 1996: 4)

Puskesmas adalah suatu kesatuan organisasi fungsional yang langsung memeberikan pelayanan kesehatan secara menyeluruh kepada masyarakat dalam suatu wilayah kerja tertentu dalam bentuk usaha-usaha kesehatan pokok. Pembentukan Puskesmas termasuk dalam Program Kesehatan Nasional, dengan maksud memberikan pelayanan kesehatan kepada masyarakat dengan sebaik-baiknya sehingga dapat mencapai derajat kesejahteraan yang setinggi-tingginya. (Enjtang, 1993: 154)

Puskesmas Kendalsari telah berperan aktif dalam proses kegiatan kesehatan masyarakat, untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan, mencegah dan menyembuhkan penyakit serta memulihkan kesehatan. Tentu saja bagi masyarakat yang ingin mendapatkan pelayanan tersebut harus mengikuti aturan dan prosedur yang ada.

a. pelayanan rawat jalan tingkat primer

Pelayanan rawat jalan yang tersedia di Puskesmas Kendalsari sudah cukup lengkap dan memadai, terlebih di dukung dengan pelayanan UGD 24 jam yang sangat membantu masyarakat dalam pemberian pertolongan.

Tentu saja pelayanan rawat jalan akan berjalan dengan baik dan maksimal jika tenaga medis yang dibutuhkan seperti perawat dan dokter khususnya selalu siaga di tempat, sehingga pada waktu ada pasien yang membutuhkan penanganan bisa langsung dilayani tanpa harus menunggu dokter yang belum datang dan sebagainya.

b. Pelayanan Kesehatan Rawat Inap Tingkat Primer

bagi pasien jamkesmas yang dirasa membutuhkan pelayanan lebih berdasar tingkat keparahan penyakit yang di deritanya maka di sarankan atau bahkan di wajibkan untuk menjalani rawat inap agar mendapatkan perawatan yang lebih maksimal.

Perawatan rawat inap untuk pasien jamkesmas di puskesmas di tempatkan di ruang klas 3(tiga) yang memang klas terendah dari klas lainnya yaitu klas 1 (satu) dan 2 (dua). Namun untuk pelayanan kesehatan atau medisnya tetap tidak dibedakan dengan pasien yang lainnya, dengan kata lain pasien jamkesmas akan tetap dilayani dengan baik sesuai kemampuan Puskesmas.

c. Pelayanan Pertolongan Persalinan

Dalam UU No 23 tahun 1992 Pasal 15 disebutkan:

- (1) Dalam keadaan darurat sebagai upaya untuk menyelamatkan jiwa ibu hamil dan atau janinnya, dapat ditakukan tindakan medis tertentu.
- (2) Tindakan medis tertentu sebagaimana dimaksud dalam ayat (1) hanya dapat dilakukan :
 - a) berdasarkan indikasi medis yang mengharuskan diambilnya tindakan tersebut;

- b) oleh tenaga kesehatan yang mempunyai keahlian dan kewenangan untuk itu dan dilakukan sesuai dengan tanggung jawab profesi serta berdasarkan pertimbangan tim ahli;
- c) dengan persetujuan ibu hamil yang bersangkutan atau suami atau keluarganya;

Pelayanan pertolongan persalinan ini diberikan kepada semua peserta jamkesmas yang berjenis kelamin perempuan dan membutuhkan pelayanan tersebut.

Angka kematian Ibu melahirkan dan dan Bayi lahir di Indonesia masih tinggi, dan penyumbang terbesarnya adalah masyarakat miskin. Atas dasar hal tersebut maka Pelayanan yang diberikan tidak hanya pada saat pasien membutuhkan pertolongan karena akan segera melahirkan, tetapi pelayanan juga diberikan pada saat pasien hamil dimana memerlukan pengecekan rutin untuk memantau keadaan janin dan ibu yang sedang hamil, agar Ibu hamil dan Bayi dalam kandungan tetap terpantau kesehatannya sehingga bisa lahir dengan selamat dan sehat.

d. Upaya Kesehatan yang bersifat Pencegahan Sekunder

Tiga tingkatan pencegahan di bidang pelayanan kedokteran sesuai dengan tingkat perkembangan patologi penyakit, yaitu:

1. Pencegahan primer

Kegiatan utama dari pencegahan primer terdiri dari promosi kesehatan dan perlindungan spesifik untuk perorangan dan lingkungan. Masalah kesehatan yang perlu dicegah tidak hanya penyakit infeksi, tetapi juga penyakit non infeksi seperti keelakaan, kesehatan jiwa, kesehatan kerja.

2. Pencegahan Sekunder

Langkah-langkah tingkatan pencegahan sekunder terdiri dari penemuan kasus secara dini dan pengobatan yang tepat. Pencegahan sekunder dilakukan dari fase pathogenesis (masa inkubasi penyakit)

yaitu mulai penyebab penyakit masuk ke dalam tubuh manusia atau pada saat *stress* dimulai khusus untuk penyakit non-infeksi sampai dengan timbulnya gejala penyakit atau gangguan kesehatan.

3. Pencegahan Tertier

Dilaksanakan melalui program rehabilitas untuk mengurangi ketidakmampuan seorang penderita dan meningkatkan efisiensi hidupnya. Kegiatan rehabilitasi meliputi aspek medis dan social. Pencegahan tertier dilaksanakan pada fase lanjut proses *pathogenesis* suatu penyakit atau gangguan kesehatan. (Muninjaya, 2004:9)

Ada tiga tingkatan pencegahan di bidang pelayanan kedokteran tetapi di hanya pencegahan sekunder saja yang dilakukan. Upaya kesehatan yang bersifat pencegahan sekunder merupakan hal penting tetapi banyak diremehkan oleh sebagian orang. Padahal upaya pencegahan ini memiliki manfaat yang sangat besar di resiko yang kecil bila dibandingkan pengobatan. Upaya kesehatan yang bersifat pencegahan sekunder harus benar-benar di *realisaikan* dengan serius serta mengadakan sosialisasi kepada masyarakat tentang pentingnya pencegahan tersebut, agar tumbuh rasa kesadaran dari dalam diri masyarakat sendiri.

Upaya Puskesmas Kendalsari dalam Pemberian Pelayanan Kesehatan yang bersifat Pencegahan Sekunder belum dilakukan secara rutin per periodik, alangkah lebih baik bila pelayanan Kesehatan yang bersifat Pencegahan Sekunder diberikan secara rutin untuk mengangkat angka kesehatan masyarakat, karena bagaimanapun juga mencegah lebih baik dari pada mengobati.

3. Pelayanan Rujukan Kesehatan di Rumah Sakit.

Apabila pelayanan kesehatan yang harus diberikan kepada pasien sudah tidak dapat lagi diatasi oleh Puskesmas, maka puskesmas melakukan rujukan ke rumah sakit agar pasien dapat mendapatkan pelayanan yang maksimal. Untuk merujuk pasien jamkesmas hanya dibutuhkan surat rujukan dan kartu keanggotaan jamkesmas saja, untuk rawat inap rujukan hanya

berlaku untuk 1 (satu) kali rawat inap, sedangkan untuk rawat jalan berlaku untuk 1 (satu) bulan berjalan. 1 (satu) rujukan hanya boleh digunakan untuk 1 (satu) penyakit dan dalam 1 (satu) hari Puskesmas hanya boleh mengeluarkan 1 (satu) surat rujukan saja.

Sedangkan bagi Pasien dari keluarga miskin yang tidak memiliki kartu jamkesmas dan perlu di rujuk maka selain membutuhkan surat rujukan dari Puskesmas juga harus memiliki SKTM. Bila pasien yang bersangkutan belum memiliki SKTM dan segera membutuhkan pelayanan kesehatan maka akan tetap dilayani terlebih dahulu dengan catatan membuat surat pernyataan sanggup membuat surat keterangan tidak mampu (SKTM) dalam waktu 2 x 24 jam. SKTM berlaku atau dapat digunakan selama 3 (tiga) bulan berjalan.

Rumah sakit rujukan untuk Puskesmas Kendalsari ialah RS. Saiful Anwar Malang, RSJP Prof. Dr. dr. Radjiman Lawang, dan RST, Sopraoen.

Untuk mencapai tujuan kesehatan masyarakat Winslow menetapkan satu syarat yang sangat penting yaitu: selalu ada pengertian, bantuan dan partisipasi dai masyarakat secara terus- menerus. (Enjtang, 1993: 15)

4. Pelayanan yang Dibatasi

Masih ada batasan dalam pemberian layanan terhadap pasien Jamkesmas, apabila pasien jamkesmas membutuhkan layanan yang melebihi batas yang telah ditetapkan, maka biaya kekurangan yang ada akan dibebankan kepada pasien.

5. pelayanan yang tidak dijamin

Ada beberapa pelayanan yang tidak dijamin oleh jamkesmas. Setelah diamati lebih dalam pelayanan yang tidak dijamin tersebut sebagian besar bukan pelayanan yang bersifat primer. Tetapi pelayanan kesehatan pada masa tanggap darurat bencana alam akan lebih baik lagi bila tidak di kategorikan dalam pelayanan yang tidak dijamin, mengingat masyarakat korban bencana biasanya mengalami gangguan kesehatan dan perekonomiannya dalam keadaan yang tidak stabil.

6. Pendanaan

a. Sumber Dana

Asuransi sosial seperti JAMKESMAS penyelenggaranya adalah BUMN atau suatu badan yang ditunjuk oleh pemerintah, oleh sebab Negara menggunakan dana yang berasal dari APBN untuk membayar premi peserta dan dalam penyelenggaraannya ada intervensi pemerintah baik dalam menetapkan tarif maupun menentukan jenis layanan termasuk kepesertaannya, dimana basis utamanya adalah regulasi bukan respon pasar sehingga tidak mencari laba (not for profit).

Sesuai dengan UU No.32 dan UU 33 tahun 2004, sumber dana untuk pembangunan kesehatan di daerah terdiri dari tiga sumber, yaitu:

1. APBN
2. APBD
3. Bantuan luar negeri, dapat dalam bentuk hibah (*grant*) atau pinjaman untuk investasi atau pengembangan pelayanan kesehatan. (Muninjaya, 2004:48)

Kenyataan yang ada di lapangan sumber dana hanya berasal dari APBN dan APBD sektor kesehatan saja, bantuan luar negeri dalam bentuk hibah (*grant*) atau pinjaman untuk investasi atau pengembangan pelayanan kesehatan belum ada.

b. Penyaluran dan Pegambilan Dana

Pada kondisi kebutuhan dana untuk kegiatan sebelumnya mengalami kekurangan, Puskesmas dapat mengajukan pengambilan dana tambahan dengan tetap meminta persetujuan Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota atau pejabat yang ditunjuk.

Terdapat perbedaan tentang penyaluran dan pengambilan dana antara tata cara yang ditetapkan oleh Pemerintah dengan kenyataan yang ada di lapangan, tata cara tentang penyaluran dana Jamkesmas oleh Pemerintah diatur sebagai berikut:

1. Dinas Kesehatan Kabupaten / Kota akan menerima pemberitahuan dari Departemen Kesehatan dan PT. Pos Indonesia (Persero) perihal

- alokasi dana tiap Kabupaten/Kota untuk pelayanan kesehatan Program Jam kesmas
2. Berdasarkan surat tersebut dengan menggunakan rumus dan ketentuan pada butir-butir alokasi dana diatas maka Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten / Kota menerbitkan surat keputusan tentang Puskesmas penerima dana, penanggungjawab dan besaran alokasi dana setiap Puskesmas
 3. Selanjutnya SK Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten / Kota tersebut dikirim ke Depkes c.q Sekretariat Ditjen Bina Kesmas dan PT Pos Indonesia (Persero) di kabupaten dan Puskesmas.
 4. Setelah pihak Puskesmas menerima SK Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota kemudian mengisi aplikasi pembukaan rekening giro P05 di kantor Pos Bayar terdekat atau kalau sudah memiliki rekening giro P05 maka otomatis oleh PT Pos dana Jamkesmas Puskesmas akan langsung di transfer ke rekening giro Puskesmas PT Pos Indonesia (Persero) menerbitkan nomor rekening giro 05 bagi Puskesmas yang baru atau ada perubahan rekening setiap Puskesmas dan menyalurkan dana ke setiap Rekening Giro Pos Puskesmas sesuai SK Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten / Kota.

Sedangkan Prosedur pencairan/ pengambilan dana untuk kegiatan-kegiatan Puskesmas yang akan dibiayai harus mengikuti prosedur sebagai berikut:

1. Puskesmas membuat *Plan Of Action* (POA) kegiatan dan pembiayaannya yang telah disepakati dalam forum mini Iokakarya setiap bulan atau tri-bulanan sesuai dengan kondisi setempat yang dihadiri oleh tim Pengelola Jamkesmas Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota.
2. Berdasarkan POA tersebut Puskesmas mengusulkan pencairan dana sebagai uang muka kegiatan(POA bulan pertama), kepada Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota.

Pencairan dana berikutnya dapat dilakukan dengan tetap membuat POA dan hasil mini Iokakarya termasuk membuat laporan pemanfaatan dana

sebelumnya dan laporan hasil kegiatan. Laporan — laporan tersebut dilakukan verifikasi oleh Tim pengelola Jamkesmas Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota

Dalam penyaluran dan Pengambilan dana yang terjadi di lapangan terlihat jelas berbeda dengan tata cara yang telah diatur oleh Pemerintah. Kenyataan yang ada di lapangan memang secara teori terlihat lebih praktis yaitu pihak Puskesmas Mengambil dana di Dinas Kesehatan kota bagian keuangan dalam bentuk uang tunai, sedangkan menurut aturan Pemerintah dana Jamkesmas Puskesmas akan langsung di transfer ke rekening giro Puskesmas oleh PT. pos. Selain itu dalam pengelolaan jamkesmas Pukesmas kendalsari tidak membentuk *plan Of Action* (POA), melainkan Puskesmas Kendalsari mengajukan klaim untuk menutup pengeluaran bulan sebelumnya.

c. Pemanfaatan Dana

1) Pembayaran Retribusi

Tarif retribusi karcis Pelayanan Kesehatan di Puskesmas Kendalsari sebesar Rp 3.000. Khusus untuk Pasien peserta Jamkesmas tidak akan dibebani karcis, tentu saja ini merupakan sesuatu hal yang baik dan wajib dilaksanakan dengan baik, karena masih banyak masyarakat terlebih masyarakat miskin yang menganggap uang sebesar Rp 3.000 adalah jumlah yang tidak sedikit. Apabila dibebankan kepada Pasien Jamkesmas maka bisa saja masyarakat yang benar-benar miskin akan mengurungkan niatnya berobat karena sayang dengan uang yang akan dikeluarkan untuk retribusi karcis.

2) Operasional Pelayanan Kesehatan

Dana yang tersedia dapat dimanfaatkan untuk keperluan:

- a) Transportasi petugas pemberi pelayanan ke lokasi pelayanan
- b) Akomodasi petugas pemberi pelayanan bila diperlukan

Banyak sekali kegiatan-kegiatan Puskesmas diluar gedung, sehingga membutuhkan biaya untuk keperluan tersebut diatas. Karena kegiatan berlangsung diluar gedung maka lebih susah di pantau dan besar terjadi ketidak jujuran sehingga berakibat pembekakan biaya, tentu saja hal ini harus dihindari. Bukan kegiatannya yang dikurangi tetapi pemantauan terhadap kegiatan tersebut harus lebih ditekankan agar dana yang dikeluarkan lebih efisien dan kegiatan yang dijalankan dapat efektif.

3) Pelayanan Rawat Inap

Dana yang di keluarkan untuk pelayanan rawat inap, diantaranya digunakan untuk biaya konsumsi pasien. Konsumsi pasien juga tidak bisa sembarangan, harus benar-benar diperhatikan pantangan anjuran yang berhubungan dengan penyakit yang sedang di derita oleh pasien. Selain itu keseimbangan gizi juga sangat penting dan harus diperhatikan, mengingat pasien adalah orang yang sedang sakit dan segera membutuhkan kesembuhan.

4) Pertolongan Persalinan

Dana Jamkesmas juga dipergunakan untuk pertolongan persalinan, mengingat angka kematian bayi dan Ibu melahirkan di Indonesia sangat tinggi dan penyumbang angka tertingginya adalah masyarakat miskin. Oleh sebab itu pertolongan persalinan yang baik dan semaksimal mungkin sangat diperlukan untuk menekan angka kematian Bayi dan Ibu hamil.

5) Transportasi Rujukan

Biaya transportasi rujukan kasus dan Puskesmas dan Jaringannya ke sarana rujukan baik ke Rumah Sakit, Sarana penunjang lain dibebankan dan dana yang tersedia di Puskesmas termasuk biaya petugas kesehatan pendamping. Demikian juga transportasi dan Poskesdes/Polindes.Puskesmas pembantu ke Puskesmas atau Rumah sakit dapat dibiayai dan dana yang ada.

7. Pertanggungjawaban

Ada banyak program dan kegiatan yang memerlukan dana serta banyaknya sumber dana yang ada maka pertanggungjawaban ini harus dengan serius dilaksanakan. Pemanfaatan dana antara berbagai program tidak diperbolehkan tumpang tindih dan duplikasi tetapi diharapkan saling mengisi sehingga tidak ada kegiatan Puskesmas yang tidak tersedia sumber pembiayaan. Selain itu langkah-langkah pertanggungjawaban yang telah ada juga harus dilakukan secara runtut serta di seimbangi dengan transparansi.

8. Hambatan dan Upaya Mengatasi Hambatan

Banyak sekali masyarakat yang belum bebar-benar paham tentang program jamkesmas, mereka belum mengerti bagaimana cara menggunakan kartu kepersertaan jamkesmas yang dimilikinya, bahkan ada beberapa peserta Jamkesmas yang datang ke puskesmas tanpa membawa kartu jamkesmasnya.

Selain masalah diatas saat ini masih banyak masyarakat yang menjadi manja karena program jamkesmas. Banyak ditemukan masyarakat yang menyalahgunakan program Jamkesmas, banyak masyarakat yang bisa dikatakan mampu atau bahkan kaya namun mengaku masih miskin agar mendapatkan pelayanan kesehatan gratis ini.

Sedangkan usaha yang ditempuh Puskesmas Kendalsari untuk mengatasi hambatan ada berbagai macam cara dan semua itu sudah sudah cukup baik, asal tetap dilaksanakan dengan benar.

BAB V PENUTUP

A. KESIMPULAN

1. Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas) adalah program bantuan sosial untuk pelayanan kesehatan, bagi masyarakat miskin dan tidak mampu. Program ini diselenggarakan secara nasional, agar terjadi subsidi silang dalam rangka mewujudkan pelayanan kesehatan yang
2. Kartu kepersertaan jamkesmas diperoleh dengan cara pendataan per kelompok kemiskinan di tingkat RT (Rukun tetangga), lalu diusulkan ke tingkat RW (Rukun warga), data yang diperoleh dilaporkan ke tingkat Kelurahan, selanjutnya secara berurutan diteruskan ke Kecamatan, Puskesmas, Dinas kesehatan kota atau kabupaten, Pemerintah kota atau kabupaten, dan hasil data yang ada terakhir sampai ke Dinas Kesehatan pusat.
3. Agar perangkat desa mudah dalam menentukan RTM (Rumah Tangga miskin) maka BPS (Badan Pusat Statistik) mengeluarkan 14 kriteria masuk kategori RTM.
4. Bila didapati masyarakat miskin yang tidak memiliki kartu kepersertaan jamkesmas maka yang bersangkutan dapat menggumakan SKTM. Surat Keterangan Tidak Mampu (SKTM) adalah surat yang dikeluarkan oleh pihak Kelurahan untuk menyatakan bahwa yang bersangkutan tergolong masyarakat tidak mampu (maskin).
5. Setiap peserta JAMKESMAS mempunyai hak mendapat pelayanan kesehatan dasar meliputi pelayanan kesehatan rawat jalan (RJ) dan rawat inap (RI), serta pelayanan kesehatan rujukan rawat jalan tingkat lanjutan (RJTL), rawat inap tingkat lanjutan (RITL) dan pelayanan gawat darurat.
6. Kualitas kesehatan masyarakat miskin menjadi lebih baik dengan adanya program Jamkesmas, karena masyarakat miskin dapat dengan mudah mendapatkan pelayanan kesehatan secara gratis.
7. Hambatan Puskesmas Kendalsari dalam mendukung program JAMKESMAS yaitu: (a) Kurangnya pemahaman masyarakat tentang

Jamkesmas, (b) masih kurang tepatnya sasaran jamkesmas, (c) membuat masyarakat menjadi manja.

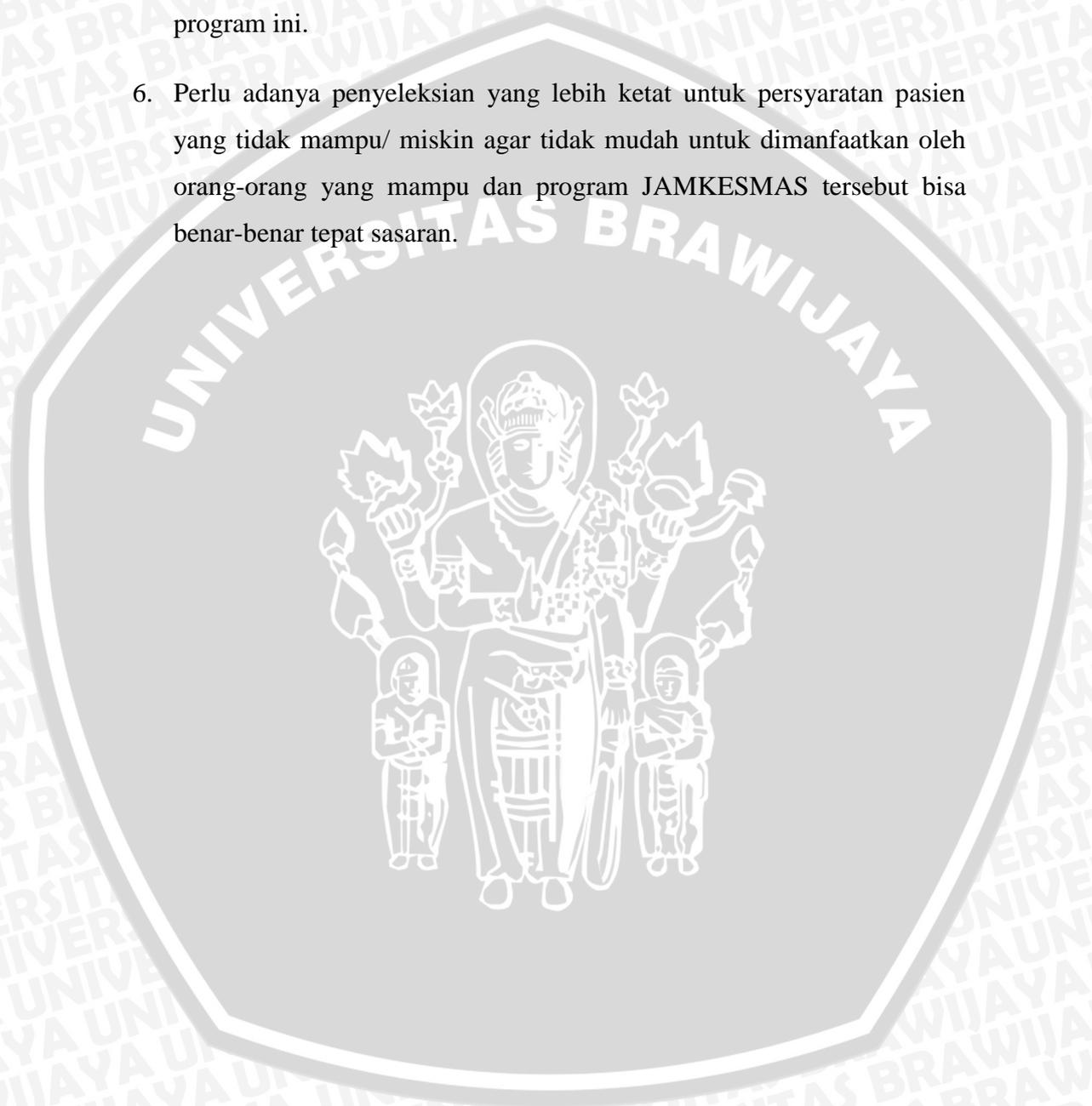
8. Upaya Puskesmas Kendalsari mengatasi hambatan dengan cara memberikan pengertian kepada pasien Jamkesmas yang akan mendapatkan pelayanan kesehatan, melakukan sosialisasi di luar puskesmas Kendalsari, memasang gambar alur prosedur pelayanan di dinding, serta menggunakan pengeras suara untuk menuntun Pasien dalam mendapatkan urutan pelayanan kesehatan yang benar.
9. Dengan adanya JAMKESMAS banyak masyarakat miskin merasa sangat terbantu dalam mendapatkan pelayanan kesehatan.
10. Program jamkesmas masih kurang tepat mengenai sasaran, terlihat masih adanya masyarakat mampu yang terdaftar menjadi anggota Jamkesmas.

B. SARAN

1. Dengan adanya bantuan Pemerintah dalam bidang kesehatan yang ditujukan bagi masyarakat miskin ini perlu dipertahankan, mengingat jumlah masyarakat miskin di Indonesia masih cukup banyak dan mereka tidak mampu untuk membiayai pemeriksaan dan pengobatan kesehatannya.
2. Sosialisasi harus dilakukan terus menerus dan berkelanjutan, serta dibutuhkan kordinasi antara semua yang terlibat dalam pelaksanaan Jamkesmas
3. Dilakukan evaluasi implementasi program Jamkesmas, mulai dari pelayanan kesehatan tingkat dasar di puskesmas dan jaringan sampai dengan pelayanan rujukan rawat inap tingkat lanjut, evaluasi dilaksanakan oleh sebuah tim yang terdiri dari Dinas Kesehatan, RSUD, puskesmas dan perwakilan dari masyarakat.
4. Pada hakekatnya pelayanan kesehatan terhadap masyarakat miskin menjadi tanggung jawab dan dilaksanakan bersama oleh Pemerintah Pusat dan Pemerintah Daerah. Pemerintah Propinsi/Kabupaten/Kota

berkewajiban memberikan kontribusi sehingga menghasilkan pelayanan yang optimal

5. Untuk itu, perlu peran serta masyarakat dalam mengawasi program ini sehingga terjadi transparansi dan akuntabilitas seperti prinsip awal program ini.
6. Perlu adanya penyeleksian yang lebih ketat untuk persyaratan pasien yang tidak mampu/ miskin agar tidak mudah untuk dimanfaatkan oleh orang-orang yang mampu dan program JAMKESMAS tersebut bisa benar-benar tepat sasaran.



Daftar Pustaka

- Arikunto, Suharsimi. 1995. *Manajemen penelitian*. Jakarta. Rineka Cipta
- Azwar, Azrul. 1996. *Menuju Pelayanan Kesehatan yang Lebih Bermutu*. Jakarta. IDI.
- Cempaka, Lia. 2009. *Program Jaminan Kesehatan Masyarakat*. Diakses pada tanggal 20 Maret 2009 dari <http://banjarsari.com/?q=node/191/314&page=46>
- Diby. 2009. *Lingkaran Setan Memiskinkan*. diakses pada tanggal 20 maret 2009 dari <http://wisnusudibjo.wordpress.com/2007/12/28/program-nasional-pemberdayaan-masyarakat-pnpm-tidak-akan-mampu-mengentaskan-kemiskinan-rakyat/>
- Dinas kesehatan. 2008. *Petunjuk teknis jakmesmas di puskesmas dan jaringanya*. Diakses pada tanggal 19 April 2009 dari http://www.jpkmonline.net/index.php?option=com_content&task=view&id=53&Itemid=89.
- Enjtang, Indah. 1993. *Ilmu Kesehatan Masyarakat*. Bandung. Citra Aditya Bakti.
- Kansil, 1991. *Pengantar Hukum Kesehatan Indonesia*. Jakarta. PT. Rineka Cipta.
- Kazhim, Musa. 1988. *Menuju Indonesia baru : menggagas reformasi total*, Bandung. Pustaka Hidayah.
- Koentjoroningrat dan AA. Loedin. 1985. *Ilmu-ilmu Sosial Dalam Pembangunan Kesehatan*. Jakarta. Gramedia
- Mardiasmo. 2004. *Otonomi Manajemen Keuangan Daerah*. Andi. Yogyakarta
- Marzuki. 1983. *Metodologi riset*. Yogyakarta. FE-UII
- Miles, mattew B dan A Michael Huberman. 1992. *Analisis Data Kualitatif (Buku Sumber tentang metode-metode baru)*. Jakarta. Universitas Indonesia.
- Moleong, Lexy. 2004. *Metodologi Penelitian Kualitatif*. Bandung. Remaja Rosdakarya.
- Muninjaya, A. A. Gde. 2004. *Manajemen Kesehatan*. Jakarta. Kedokteran EGC.
- Nazir, mohammad. 1988. *Metode penelitian*. Jakarta. Ghalia Indonesia.

Pemerintah Kota Malang. 2009. *Gambaran Kota Malang*. Diakses pada tanggal 02 Agustus 2009 dari <http://MalangKota.go.id/>

Pusat Pembiayaan dan Jaminan Kesehatan Online. 2008. *Tentang hubungan kemiskinan dan kesehatan*. Diakses pada tanggal 18 Maret 2009 dari http://www.jpkmonline.net/index.php?option=com_content&task=view&id=53&Itemid=89.

RSUD.DR.Saiful Anwar Malang. 2008. *Paradigma Sehat*. Diakses pada tanggal 28 Januari 2009 dari <http://www.rssa.ppimk.or.id/paradigma.php>.

Siagian. P. Sondang. 1992. *Kerangka Dasar Ilmu Administrasi*. Jakarta. PT.Rineka Cipta.

----- 1999. *Administrasi Pembangunan*. Jakarta. PT. Bumi Aksara.

Sk Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 316/menkes/sk/v/2009 tentang Pedoman Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Masyarakat tahun 2009

Sudibyo, Bambang. 1999. *Substansi Kemiskinan dan Kesenjangan dalam Dewanta*. Awan Setya, al all. *Kemiskinan dan Kesenjangan Di Indonesia*. Yogyakarta. Aditya Media.

Suharto, Edi. 2005. *Analisis Kebijakan Publik panduan Praktis Mengkaji Masalah dan Kebijakan Sosial*. Bandung. Alfabeta.

Sulekale, Dalle Daniel. 2003. *Pemberdayaan Masyarakat Miskin Di Ea Otonomi Daerah*. Diakses pada tanggal 20 Maret 2009 daari http://www.ekonomirakyat.org/edisi_14/artikel-2.html.

Suryono, Agus. 2004. *Pengantar Teori Pembangunan*. Malang. Penerbit Universitas Brawijaya Malang.

Tjokoamidjojo, Bintoro. 1995. *Pengantar Administrasi Pembangunan*. Jakarta. PT.Pustaka LP3ES Indonesia.

Umarjianto, Anjar. 2009. *Surat Keterangan Tidak Mampu*. Diakes pada tanggal 2 juli 2009 dari <http://id.answers.yahoo.com/>

Undang-Undang Dasar 1945 pasal 28 h

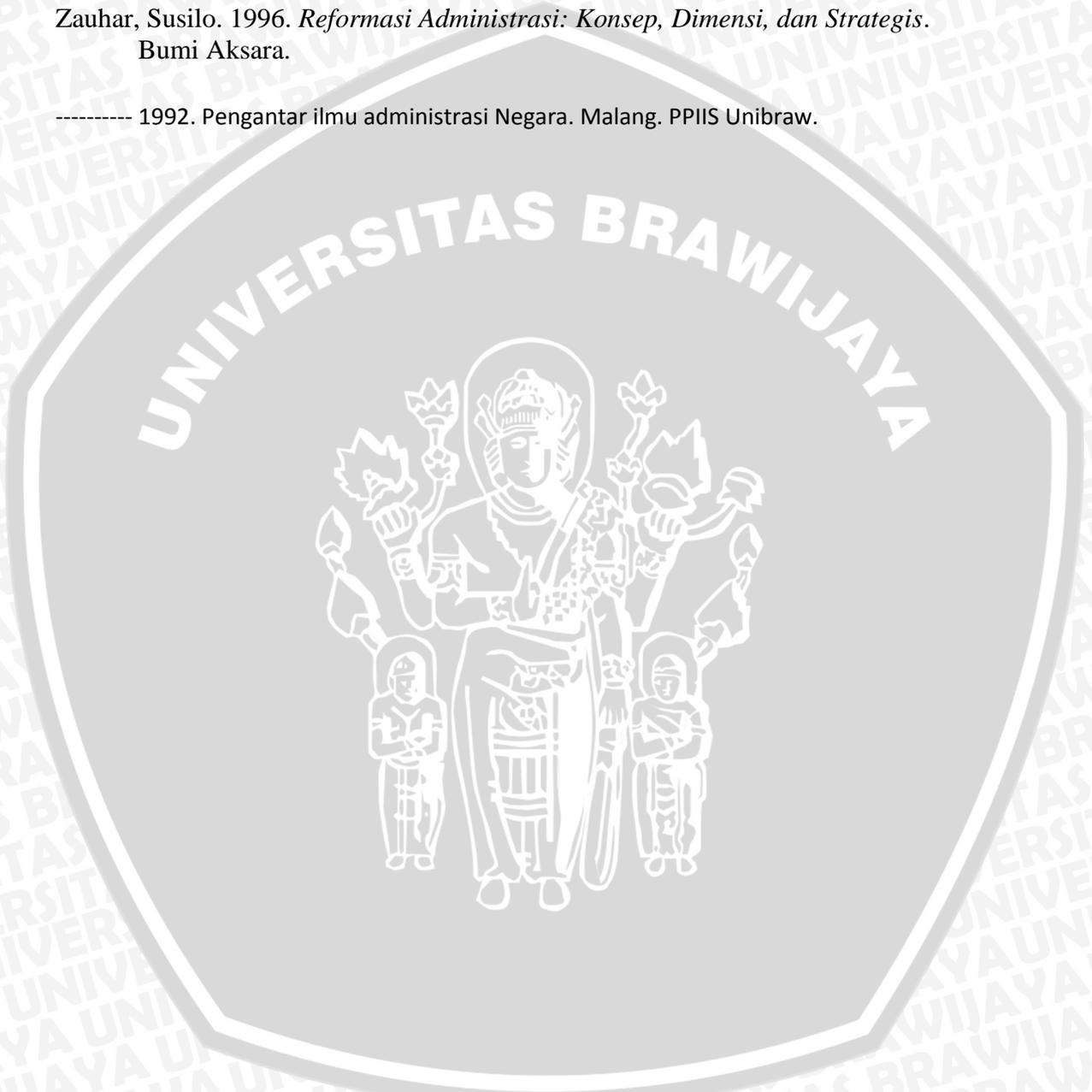
Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 40 tahun 2004 Tentang Sistem jaminan sosial nasional

----- Nomor 23 tahun 1992 Tentang Kesehatan

----- No.32 dan Undang-undang no. 33 tahun 2004.

Zauhar, Susilo. 1996. *Reformasi Administrasi: Konsep, Dimensi, dan Strategis*. Bumi Aksara.

----- 1992. Pengantar ilmu administrasi Negara. Malang. PPIIS Unibraw.



Lampiran 1: Daftar *Interview Guide*

Pasien:

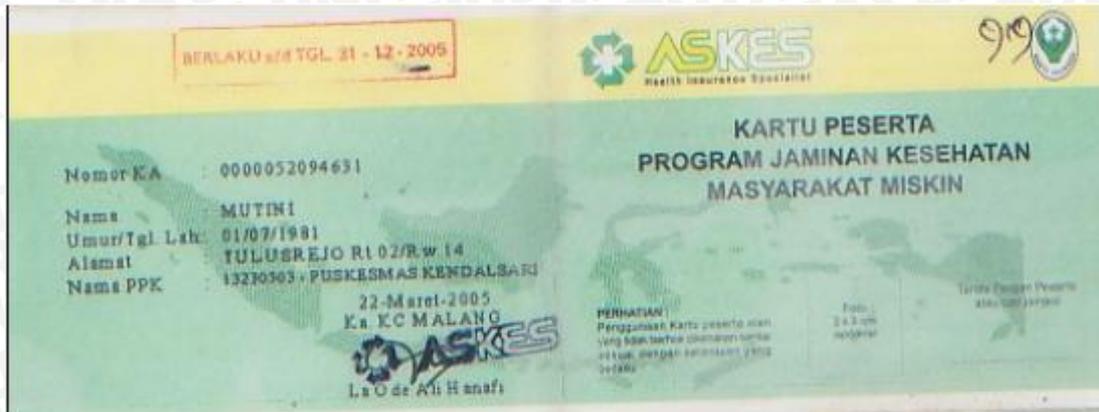
1. Bagaimanakah anda mengetahui adanya berobat gratis di Puskesmas?
2. Apakah anda masih harus membayar untuk pelayanan medis dan fasilitas obat di Puskesmas
3. Apa keluhan sakit yang di derita ketika berobat ke Puskesmas ?
4. Apakah anda merasakan manfaat dengan menjadi anggota Jamkesmas? Bila ada, manfaat apa yang sudah anda peroleh?
5. Bagaimana prosedur menjadi anggota Jamkesmas?
6. Apa selama menjadi anggota Jamkesmas anda pernah menemui kesulitan mendapat pelayanan kesehatan?

Puskesmas :

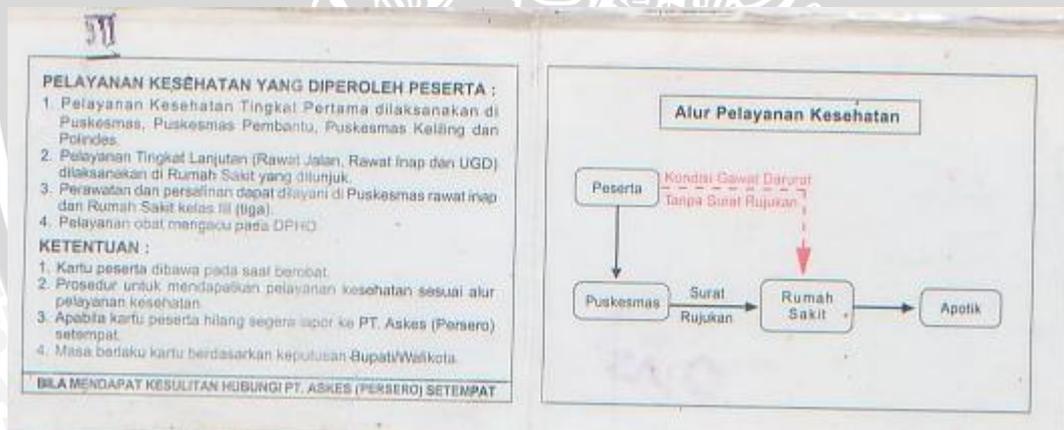
1. Sejak kapan berjalannya program Jaminan Kesehatan Masyarakat (jamkesmas)?
2. Bagaimana mekanisme pelayanan kesehatan bagi keluarga miskin?
3. Syarat apa yang harus dipenuhi keluarga miskin agar dapat mendapatkan pelayanan kesehatan gratis?
4. Bagaimana mekanisme penetapan keluarga miskin pada tingkat pemerintahan kelurahan / desa?
5. Pelayanan kesehatan apa saja yang diberikan Puskesmas Kendalsari terhadap Pasien Jamkesmas?
6. Penyakit terbanyak yang di derita anggota Jamkesmas?
7. Darimana sumber dana Jamkesmas?
8. Apa saja masalah / kesulitan yang dihadapi dalam menjalankan program Jamkesmas

Lampiran 2: Kartu Askeskin

Tampak depan



Tampak belakang



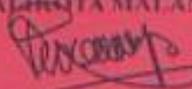
Laporan 3: Kartu Peserta JAMKESMAS Pusat



Lampiran 4: Kartu Peserta JAMKESMAS Kota

PEMERINTAH KOTA MALANG
JAMINAN KESEHATAN MASYARAKAT MISKIN
(KARTU JAMKESMASKIN)
Nomor : 440/ 02880 / 35.73.308 / 2008

Nama	:	MOCH. FEBRIAN A.S.
Jenis Kelamin	:	LAKI-LAKI
Tgl. Lahir	:	01/01/2007
Alamat	:	JL. MANGGAR 7
RT / RW	:	1/10
Kel / Kec	:	LOWOKWARU / LOWOKWARU

Ttd / Cap Jempol Peserta		Malang, 21 April 2008
	Foto 2x3	WALIKOTA MALANG  Des. PENI SUPARTO, MAP



Lampiran 5: Surat Edaran Kepersertaan JAMKESMAS



DEPARTEMEN KESEHATAN RI
SEKRETARIAT JENDERAL



Jalan H.R. Rasuna Said Blok X5 Kapling No. 4 - 9
Jakarta 12950

Telp. 5201590 (Hunting)

Nomor : JP.01.01/X/0420/09
Lampiran : --
Perihal : Surat Edaran Kepersertaan Jamkesmas

Jakarta, 27 April 2009

Kepada Yth.

1. Gubernur Seluruh Indonesia
2. Bupati/Walikota Seluruh Indonesia
3. Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota Seluruh Indonesia

Sehubungan dengan Pelaksanaan Jamkesmas Tahun 2009 khususnya dalam aspek kepesertaan, kami sampaikan hal-hal sebagai berikut:

1. Dengan adanya dinamika kepesertaan Jamkesmas di lapangan, maka disarankan Pemerintah Kabupaten/Kota melakukan updating terhadap data masyarakat miskin peserta Jamkesmas yang telah ditetapkan sebelumnya karena ada mutasi kepesertaan seperti : meninggal dunia, bayi baru lahir, pindah alamat, duplikasi kartu, status ekonomi yang meningkat atau status ekonomi menurun, untuk selanjutnya data hasil updating tersebut digunakan sebagai peserta Jamkesmas tahun 2009. Terkait dengan diterbitkan data BPS tahun 2008 (by name, address) agar terjadi sinkronisasi data, dimohon agar pada saat updating data kepesertaan memperhatikan dan di sinkronkan dengan data BPS.
2. Updating yang dimaksud dituangkan dalam addendum atas SK Bupati/Walikota tentang peserta Jamkesmas tahun 2008 dengan jumlah peserta Jamkesmas sama dengan kuota Jamkesmas tahun 2008.
3. Khusus untuk Kabupaten/Kota yang pada tahun 2008 menetapkan peserta Jamkesmas di bawah kuota dapat meningkatkan jumlah peserta Jamkesmas pada tahun 2009 sampai dengan jumlah kuota terpenuhi.

Demikian disampaikan, atas perhatian dan kerjasama Saudara, diucapkan terima kasih.

Sekretaris Jenderal,

Dr. Sjafii Ahmad, MPH
NIP 194909291977121001

Tembusan :

1. Departemen Dalam Negeri (Depdagri)
2. Badan Pusat Statistik (BPS)
3. Direktur Utama PT. Askes (Persero)

Lampiran 6: Patograf

PARTOGRAF

No. Register

No. Puskesmas

Ketuban pecah sejak jam Mulai setek jam

Nama Ibu: _____ Umur: _____ G: _____ P: _____ A: _____

Tanggal: _____ Jam: _____

Denyut Jantung Janin (/menit)

Air ketuban penyusutan

Perkiraan apabila (jam) ketubanya " "

Tamannya kapula ketubanya " "

Waktu (jam)

Kontrol tiap 30 menit

0-20

20-40

> 40

(detak)

efektifitas U/L

menit/menit

Obat dan Cairan IV

Mati

Tekanan darah

Suhu °C

Udin

Protein

Asidosis

Vedene

SLB DINAS KESEHATAN KELUARGA DAN GIZI
PERUBAHAN GASK APD 2005

CATATAN PERSALINAN

1. Tanggal :
2. Nama Bidan :
3. Tempat Persalinan :
 - Rumah ibu - Puskesmas
 - Polindes - Rumah Sakti
 - Klinik Swasta - Lainnya
4. Alamat tempat persalinan :
5. Catatan dirujuk kala I / II / III / IV
6. Alasan merujuk :
7. Tempat Rujukan :
8. Pendamping pada saat merujuk
 - Bidan - Teman
 - Suami - Dukun
 - Keluarga - Tidak ada

KALA I

9. Partograf melewati garis waspada : Y / T
10. Masalah lain, sebutkan :
11. Penatalaksanaan masalah tersebut :
12. Hasilnya :

KALA II

13. Episiotomi :
 - Ya, Indikasi
 - Tidak
14. Pendamping pada saat persalinan
 - Suami - Dukun
 - Keluarga - Tidak ada
 - Teman
15. Gawat janin :
 - Ya, tindakan yang dilakukan :
 - a.
 - b.
 - c.
 - Tidak
16. Distosis bahu :
 - Ya, tindakan yang dilakukan :
 - a.
 - b.
 - c.
 - Tidak
17. Masalah lain, sebutkan :
18. Penatalaksanaan masalah tersebut :
19. Hasilnya :

KALA III

20. Lama kala III : menit
21. Pemberian Oksitosin 10 U IM?
 - Ya, waktu menit sesudah persalinan
 - Tidak, alasan
22. Pemberian Ulang Oksitosin (2X)
 - Ya, alasan
 - Tidak
23. Penegangan tali pusat terkendali ?
 - Ya
 - Tidak, alasan

PEMANTAUAN PERSALINAN KALA IV

Waktu	Tekanan Darah	Nadi	Temporatur	Tinggi Fundus Uteri	Kontraksi uterus	Kandung Kencing	Perdarahan
1							
2							

Masalah kala IV
 Penatalaksanaan yang dilakukan masalah tersebut
 Bagaimana hasilnya

24. Masase fundus uteri?
 - Ya
 - Tidak, alasan
25. Plasenta lahir lengkap (intact) : Ya / Tidak
 - Jika lengkap tindakan yang dilakukan
 - a.
 - b.
26. Plasenta tidak lahir > 30 menit : Ya / Tidak
 - Ya, tindakan :
 - a.
 - b.
 - c.
27. Laserasi :
 - Ya, dimana
 - Tidak
28. Jika laserasi perineum, derajat : 1 / 2 / 3 / 4
 - Tindakan :
 - Penjahitan, dengan / tanpa anaestesi
 - Tidak dijahit, alasan
29. Atonia uteri :
 - Ya, tindakan :
 - a.
 - b.
 - c.
 - Tidak
30. Jumlah perdarahan :
31. Masalah lain, sebutkan
32. Penatalaksanaan masalah tersebut :
33. Hasilnya :

BAYI BARU LAHIR :

34. Berat Badan gram
35. Panjang CM
36. Jenis kelamin : L / P
37. Penilaian bayi baru lahir : baik / ada penyulit
38. Bayi lahir :
 - Normal tindakan
 - Meringatkan
 - Menghangatkan
 - Rangsangan taktil
 - Bungkus bayi dan tempatkan di sisi ibu
 - Tindakan pencegahan infeksi mata
 - Apabila ringan/pucat/biru/emas, tindakan :
 - Meringatkan
 - Menghangatkan
 - Rangsangan taktil
 - Lain2, sebutkan
 - Bebaskan jalan napas
 - Bungkus bayi dan
 - Tempatkan di sisi ibu
 - Cacat bawaan, sebutkan :
 - Hipotermi, tindakan :
 - a.
 - b.
 - c.
39. Pemberian ASI
 - Ya, waktu : jam setelah bayi lahir
 - Tidak, alasan
40. Masalah lain, sebutkan :
- Hasilnya :



Lampiran 7: Jumlah Masyarakat Miskin dan Tidak Mampu Propinsi Jawa Timur

**JUMLAH MASYARAKAT MISKIN DAN TIDAK MAMPU PER PROPINSI/ KABUPATEN/KOTA
UNTUK JAMINAN KESEHATAN MASYARAKAT
TAHUN 2008**

NO.	KABUPATEN/KOTA	JUMLAH RUMAH TANGGA MISKIN	JUMLAH ANGGOTA RUMAH TANGGA MISKIN
(1)	(2)	(3)	(4)
16. JAWA TIMUR			
1	Kota Surabaya	121,145	458,622
2	Kota Kediri	10,375	37,216
3	Kota Bitar	4,689	16,633
4	Kota Malang	24,272	94,655
5	Kota Probolinggo	8,921	28,986
6	Kota Pasuruan	7,749	27,892
7	Kota Mojokerto	4,984	17,912
8	Kota Madiun	6,318	20,861
9	Kota Batu	6,005	19,797
10	Kab. Pachtan	54,252	187,192
11	Kab. Ponorogo	98,102	340,056
12	Kab. Trenggalek	73,009	252,706
13	Kab. Tulungagung	70,157	217,655
14	Kab. Bitar	78,181	253,118
15	Kab. Kediri	106,572	357,829
16	Kab. Malang	163,910	568,587
17	Kab. Lumajang	85,825	277,807
18	Kab. Jember	239,596	695,360
19	Kab. Banyuwangi	157,353	463,211
20	Kab. Bondowoso	159,798	426,247
21	Kab. Situbondo	105,581	266,379
22	Kab. Probolinggo	138,382	421,795
23	Kab. Pasuruan	127,745	411,061
24	Kab. Sidoarjo	53,043	185,430
25	Kab. Mojokerto	62,763	210,949
26	Kab. Jombang	78,044	255,130
27	Kab. Nganjuk	91,175	310,239
28	Kab. Madiun	61,771	186,934
29	Kab. Magetan	39,737	123,728
30	Kab. Ngawi	90,897	275,284
31	Kab. Lamongan	111,809	434,383
32	Kab. Gresik	58,057	223,551
33	Kab. Bangkalan	93,356	365,953
34	Kab. Sampang	153,733	632,280
35	Kab. Pamekasan	95,105	364,408
36	Kab. Sumenep	128,794	358,359
37	Kab. Bojonegoro	163,469	576,927
38	Kab. Tuban	102,206	344,919
TOTAL		3,236,880	10,710,051

Lampiran 8: Jumlah Masyarakat Miskin dan Tidak Mampu per Propinsi

JUMLAH MASYARAKAT MISKIN DAN TIDAK MAMPU PER PROPINSI/ KABUPATEN/KOTA UNTUK JAMINAN KESEHATAN MASYARAKAT TAHUN 2008			
NO.	PROPINSI	JUMLAH RUMAH TANGGA MISKIN	JUMLAH ANGGOTA RUMAH TANGGA MISKIN
(1)	(2)	(4)	(5)
1	NANGROE ACEH DARUSALAM	497,038	2,682,285
2	SUMATERA UTARA	944,972	4,124,247
3	SUMATERA BARAT	312,640	1,361,281
4	RIAU	293,707	1,230,911
5	JAMBI	199,738	784,842
6	SUMATERA SELATAN	683,181	2,793,317
7	BENGKULU	163,936	632,098
8	LAMPUNG	785,041	3,146,184
9	BANGKA BELITUNG	33,652	116,726
10	KEPULAUAN RIAU	73,679	277,589
11	DKI JAKARTA	160,480	675,718
12	JAWA BARAT	2,905,217	10,700,175
13	JAWA TENGAH	3,171,201	11,715,881
14	DI YOGYAKARTA	275,110	942,129
15	JAWA TIMUR	3,236,880	10,710,051
16	BANTEN	702,049	2,910,506
17	BALI	147,044	548,617
18	NUSA TENGGARA BARAT	567,605	2,028,491
19	NUSA TENGGARA TIMUR	623,137	2,798,871
20	KALIMANTAN BARAT	360,905	1,584,451
21	KALIMANTAN TENGAH	197,473	783,556
22	KALIMANTAN SELATAN	245,948	843,837
23	KALIMANTAN TIMUR	228,095	910,925
24	SULAWESI UTARA	127,295	485,084
25	SULAWESI TENGAH	211,373	851,027
26	SULAWESI SELATAN	594,966	2,449,737
27	SULAWESI TENGGARA	281,340	1,144,447
28	GORONTALO	102,731	431,299
29	SULAWESI BARAT	111,902	473,817
30	MALUKU	182,841	840,680
31	MALUKU UTARA	65,354	302,436
32	IRIAN JAYA BARAT	127,518	521,558
33	PAPUA	486,857	1,943,517
	ANAK-ANAK TERLANTAR, PANTI JOMPO DAN MASYARAKAT TIDAK MEMILIKI KTP		2,673,710
	JUMLAH	19,100,905	76,400,000



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

KEPUTUSAN MENTERI KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
NOMOR 125/MENKES/SK/II/2008

TENTANG

PEDOMAN PENYELENGGARAAN PROGRAM JAMINAN
KESEHATAN MASYARAKAT TAHUN 2008

MENTERI KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA,

- Menimbang : a. bahwa dalam rangka meningkatkan derajat kesehatan khususnya masyarakat miskin, telah diselenggarakan Program Pelayanan Kesehatan Bagi Masyarakat Miskin;
- b. bahwa untuk meningkatkan mutu pelaksanaan, efisiensi dan efektivitas pengelolaan keuangan negara, dipandang perlu menata kembali penyelenggaraan Program Jaminan Pemeliharaan Kesehatan bagi Masyarakat Miskin;
- c. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud pada huruf a dan b perlu suatu pedoman penyelenggaraan yang ditetapkan dengan Keputusan Menteri Kesehatan;
- Mengingat : 1. Undang-Undang Nomor 23 Tahun 1992 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Tahun 1992 Nomor 100, Tambahan Lembaran Negara Nomor 3495);
2. Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2003 tentang Keuangan Negara (Lembaran Negara Tahun 2003 Nomor 47, Tambahan Lembaran Negara Nomor 4286);
3. Undang-Undang Nomor 1 Tahun 2004 tentang Perbendaharaan Negara (Lembaran Negara Tahun 2004 Nomor 5, Tambahan Lembaran Negara Nomor 4355);
4. Undang-Undang Nomor 15 Tahun 2004 tentang Pemeriksaan Pengelolaan dan Tanggung Jawab Keuangan Negara (Lembaran Negara Tahun 2004 Nomor 66, Tambahan Lembaran Negara Nomor 4400);
5. Undang-Undang Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran (Lembaran Negara Tahun 2004 Nomor 116, Tambahan Lembaran Negara Nomor 4431);
6. Undang-Undang Nomor 32 Tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Tahun 2004 Nomor 125, Tambahan Lembaran Negara Nomor 4437), sebagaimana telah diubah dengan Undang-Undang Nomor 8 Tahun 2005 tentang Penetapan Peraturan Pemerintah Pengganti Undang-Undang Nomor 3 Tahun 2005 tentang Perubahan Atas Undang-Undang Nomor 32 Tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah Menjadi Undang-Undang (Lembaran Negara Tahun 2005 Nomor 49, Tambahan Lembaran Negara Nomor 4548);

7. Undang-Undang Nomor 33 Tahun 2004 tentang Perimbangan Keuangan Antara Pemerintah Pusat dan Pemerintah Daerah (Lembaran Negara Tahun 2004 Nomor 126, Tambahan Lembaran Negara Nomor 3637);
8. Undang-Undang Nomor 45 Tahun 2007 tentang Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara Tahun Anggaran 2008 (Lembaran Negara Tahun 2007 Nomor 133, Tambahan Lembaran Negara Nomor 4778);
9. Peraturan Pemerintah Nomor 32 Tahun 1996 tentang Tenaga Kesehatan (Lembaran Negara Tahun 1996 Nomor 49, Tambahan Lembaran Negara Nomor 3637);
10. Peraturan Pemerintah Nomor 38 Tahun 2007 tentang Pembagian Urusan Pemerintahan Antara Pemerintah, Pemerintahan Daerah Provinsi, Dan Pemerintahan Daerah Kabupaten/Kota (Lembaran Negara Tahun 2007 Nomor 82, Tambahan Lembaran Negara Nomor 4737);
11. Peraturan Pemerintah Nomor 41 Tahun 2007 tentang Organisasi Perangkat Daerah (Lembaran Negara Tahun 2007 Nomor 89, Tambahan Lembaran Negara Nomor 4741);
12. Peraturan Presiden Nomor 9 Tahun 2005 tentang Kedudukan, Tugas, Fungsi, Susunan Organisasi dan Tata Kerja Kementerian Negara Republik Indonesia, sebagaimana telah diubah terakhir dengan Peraturan Presiden Nomor 94 Tahun 2006;
13. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 1575/Menkes/Per/XI/2005 tentang Organisasi dan Tata Kerja Departemen Kesehatan sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 1279/Menkes/Per/XII/2007

MEMUTUSKAN :

- Menetapkan :
- Kesatu : **KEPUTUSAN MENTERI KESEHATAN TENTANG PEDOMAN PENYELENGGARAAN PROGRAM JAMINAN KESEHATAN MASYARAKAT TAHUN 2008.**
- Kedua : Pedoman Penyelenggaraan sebagaimana dimaksud Diktum Kesatu sebagaimana terlampir dalam Lampiran Keputusan ini.
- Ketiga : Pedoman sebagaimana dimaksud Diktum Kedua agar digunakan sebagai acuan bagi Pemerintah Pusat, Pemerintah Provinsi, Pemerintah Kabupaten/Kota, Rumah Sakit dan Puskesmas serta pihak lain yang terkait dalam penyelenggaraan dan pengelolaan program jaminan kesehatan masyarakat.
- Keempat : Pemberi Pelayanan Kesehatan yang telah bekerja sama dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan dalam program askeskin, dinyatakan masih tetap melaksanakan pelayanan kesehatan dengan mengacu pada pedoman ini.

- Kelima : Klaim-klaim pelayanan kesehatan program jaminan pemeliharaan kesehatan masyarakat miskin Tahun 2007 yang belum diselesaikan, berdasarkan atas penugasan kepada PT. ASKES (Persero) akan diselesaikan setelah dilakukan audit oleh aparat pengawas fungsional.
- Keenam : Keputusan ini mulai berlaku sejak tanggal 1 Januari 2008.

Ditetapkan di Jakarta
pada tanggal 6 Pebruari 2008

MENTERI KESEHATAN,



Dr. dr. SITI FADILAH SUPARI, Sp.JP(K)



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

**KEPUTUSAN MENTERI KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
NOMOR 316/Menkes/SK/V/2009
TENTANG
PEDOMAN PELAKSANAAN
PROGRAM JAMINAN KESEHATAN MASYARAKAT TAHUN 2009**

MENTERI KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA,

- Menimbang : a. bahwa dalam rangka meningkatkan derajat kesehatan khususnya masyarakat miskin, telah diselenggarakan Program Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas);
- b. bahwa dalam rangka melanjutkan program dan untuk meningkatkan mutu penyelenggaraan, dipandang perlu melakukan penyempurnaan terhadap Pedoman Pelaksanaan Jaminan Kesehatan Masyarakat yang telah ditetapkan dengan Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 125/MENKES/SK/II/2008;
- c. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud pada huruf a dan huruf b perlu menetapkan kembali Keputusan Menteri Kesehatan tentang Pedoman Pelaksanaan Jaminan Kesehatan Masyarakat Tahun 2009;
- Mengingat : 1. Undang-Undang Nomor 23 Tahun 1992 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Tahun 1992 Nomor 100, Tambahan Lembaran Negara Nomor 3495);
2. Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2003 tentang Keuangan Negara (Lembaran Negara Tahun 2003 Nomor 47, Tambahan Lembaran Negara Nomor 4286);
3. Undang-Undang Nomor 1 Tahun 2004 tentang Perbendaharaan Negara (Lembaran Negara Tahun 2004 Nomor 5, Tambahan Lembaran Negara Nomor 4355);
4. Undang-Undang Nomor 15 Tahun 2004 tentang Pemeriksaan Pengelolaan dan Tanggung Jawab Keuangan Negara (Lembaran Negara Tahun 2004 Nomor 66, Tambahan Lembaran Negara Nomor 4400);
5. Undang-Undang Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran (Lembaran Negara Tahun 2004 Nomor 116, Tambahan Lembaran Negara Nomor 4431);



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

6. Undang-Undang Nomor 32 Tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Tahun 2004 Nomor 125, Tambahan Lembaran Negara Nomor 4437) sebagaimana telah diubah beberapa kali terakhir dengan Undang-Undang Nomor 12 Tahun 2008 tentang Perubahan Kedua Atas Undang-Undang Nomor 32 Tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Tahun 2008 Nomor 59, Tambahan Lembaran Negara Nomor 4844);
7. Undang-Undang Nomor 33 Tahun 2004 tentang Perimbangan Keuangan Antara Pemerintah Pusat dan Pemerintah Daerah (Lembaran Negara Tahun 2004 Nomor 126, Tambahan Lembaran Negara Nomor 3637);
8. Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 150 Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4456);
9. Undang-Undang Nomor 41 Tahun 2008 tentang Anggaran Pendapatan Dan Belanja Negara Tahun Anggaran 2009 (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2008 Nomor 171, Tambahan Lembaran Negara Nomor Republik Indonesia 4920);
10. Peraturan Pemerintah Nomor 32 Tahun 1996 tentang Tenaga Kesehatan (Lembaran Negara Tahun 1996 Nomor 49, Tambahan Lembaran Negara Nomor 3637);
11. Peraturan Pemerintah Nomor 38 Tahun 2007 tentang Pembagian Urusan Pemerintahan Antara Pemerintah, Pemerintahan Daerah Provinsi, dan Pemerintahan Daerah Kabupaten/Kota (Lembaran Negara Tahun 2007 Nomor 82, Tambahan Lembaran Negara Nomor 4737);
12. Peraturan Pemerintah Nomor 41 Tahun 2007 tentang Organisasi Perangkat Daerah (Lembaran Negara Tahun 2007 Nomor 89, Tambahan Lembaran Negara Nomor 4741);
13. Peraturan Presiden Nomor 9 Tahun 2005 tentang Kedudukan, Tugas, Fungsi, Susunan Organisasi dan Tata Kerja Kementerian Negara Republik Indonesia sebagaimana telah beberapa kali diubah terakhir dengan Peraturan Presiden Nomor 90 Tahun 2006 tentang Perubahan Kedua Peraturan Presiden Nomor 9 Tahun 2005 tentang Kedudukan, Tugas, Fungsi, Susunan Organisasi dan Tata Kerja Kementerian Negara Republik Indonesia;



14. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 1575/Menkes/Per/XI/2005 tentang Organisasi dan Tata Kerja Departemen Kesehatan sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 1295/Menkes/Per/XII/2007 tentang Perubahan Pertama atas Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 1575/Menkes/Per/XI/2005 tentang Organisasi dan Tata Kerja Departemen Kesehatan; .

MEMUTUSKAN :

Menetapkan :

Kesatu : **KEPUTUSAN MENTERI KESEHATAN TENTANG PEDOMAN PELAKSANAAN PROGRAM JAMINAN KESEHATAN MASYARAKAT TAHUN 2009**

Kedua : Pedoman Pelaksanaan sebagaimana dimaksud Diktum Kesatu sebagaimana terlampir dalam Lampiran Keputusan ini.

Ketiga : Pedoman sebagaimana dimaksud Diktum Kedua agar digunakan sebagai acuan bagi Pemerintah Pusat, Pemerintah Provinsi, Pemerintah Kabupaten/Kota, Rumah Sakit dan Puskesmas serta pihak lain yang terkait dalam penyelenggaraan dan pengelolaan Program Jaminan Kesehatan Masyarakat.

Keempat : Dengan ditetapkannya Keputusan ini Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 125/Menkes/SK/II/2008 dicabut dan dinyatakan tidak berlaku lagi.

Kelima : Keputusan ini mulai berlaku pada tanggal 1 Januari 2009.

Ditetapkan di Jakarta
pada tanggal 1 Mei 2009



MENTERI KESEHATAN, *in*

Dr. dr. SITI FADILAH SUPARI, Sp. JP (K)

repository.ub.ac.id

Nama : Dhevi Agustien
NIM : 0510313034
Tempat/Tanggal Lahir : Malang, 15 Agustus 1987
Agama : Islam
Alamat : Jl. Teluk Pelabuhan Ratu, Malang No. 36, 65126
Pendidikan : 1. SD Negeri 01 Arjosari (1993-1999)
2. SLTP Negeri 20 Malang (1999-2002)
3. SMU Islam Malang (2002-2005)
4. Fakultas Ilmu Administrasi Universitas Brawijaya
(2005-2009)
Pengalaman Kerja : Magang di Kantor Wilayah Direktorat Jenderal Pajak Jawa
Timur III



Lampiran 12: Jumlah dan Jenis Petugas Puskesmas Kendalsari

PUSKESMAS KENDALSARI (LOKASI KAWAN) : Malang : Jawa Timur													
JUMLAH DAN JENIS PETUGAS PUSKESMAS DAN PUSKESMAS PEMBANTU SEMESTER II TAHUN 2008													
No.	NAMA NIP	Tempat / Tanggal Lahir	L / P	Status Kawin / Tak Kawin	TMT CPNS	Gol / TMT Pangkat terakhir	Tempat Kerja Pusk / P. Pemb	Lama Kerja	Jabatan	Pendidikan	Pendidikan Tambahan	Agama	Jenis Tanggung
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
1.	Dr. Erika Irmawati Nip. 140 149 675	Bogor, 29-8-1958	P	Kawin	01/11/1983	01/10/1999	Puskesmas	26	Kepala IPT	FKG		Islam	0
2.	Dr. Haeffono Nip. 140 135 441	Malang, 28-03-1950	L	Kawin	01/11/1982	01/10/2007	Puskesmas	27	Dokter Pusk	FK		Islam	2
3.	Dr. Emay Yuwati Nip. 140 149 669	Surabaya, 12-02-1958	P	Kawin	01/11/1983	01/10/2004	Puskesmas	26	Dr. Pusk	FKG		Islam	0
4.	Frieda Liza Napitupulu Nip. 140 102 039	P Siantar, 15-08-1956	P	Kawin	1/3/30	01/04/2006	Puskesmas	12	Praktisi Gigi	SPRG		Kristen	4
5.	Adriati Koes Andriah Nip. 140 111 901	Madura, 18-04-1955	P	Kawin	01/03/1981	01/04/2006	Puskesmas	28	Bidan	Sek Bidan		Islam	0
6.	Ni Ketut Wilek S Nip. 140 160 615	Singapura, 23-04-1956	P	Kawin	01/09/1984	01/10/2007	Puskesmas	25	Perawat	SPK		Hindu	2
7.	Dr. L. S. S. S Nip. 140 364 234	Blukitringg, 01-01-1958	P	Kawin	01/11/2002	01/10/2007	Puskesmas	10	Dokter Pusk	FK		Islam	3
8.	Endang Wahyu K Nip. 140 161 800	Gresik, 28-05-1957	P	Kawin	01/03/1985	01/10/2008	Puskesmas	24	Bidan	Sek Bidan		Islam	0
9.	T. W. S. S. S Nip. 140 187 468	Kediri, 13-03-1964	P	Kawin	01/09/1989	01/10/2008	Puskesmas	21	Perawat	SPK		Islam	3
10.	Lilik Supri Nip. 140 207 921	Gresik, 28-01-1967	P	Kawin	01/03/1987	01/10/2008	Puskesmas	21	Perawat	SPK	D III (D III - 1999)	Islam	0
11.	Luluk Faridah Nip. 140 177 531	Malang, 24-4-1958	P	Kawin	01/03/1986	01/04/2006	Puskesmas	22	Ass Apoteker	SMF		Islam	2
12.	R. L. S. S. S, A.Md Keb Nip. 140 219 793	Malang, 13-06-1963	P	Kawin	01/01/1989	01/10/2005	Puskesmas	21	Bidan	D3 Kebidanan		Islam	3

No.	NAMA Nip.	Tempat / Tanggal Lahir	L/P	Status Kawin/Tidak Kawin	TMT GNS	Cad TMO Pangkat Terakhir	Tempat Kerja Jarak / Espek	Lama Kerja	Jabatan	Pendidikan	Keahlian Keahlian	Ajasa Keahlian	Jumlah Keahlian
1	3												
29	Amilia I, A.Md.Keb Nip. 510 159 434	Jember, 19-04-1983	P	Kawin	01/04/2006	01/04/2006	Puskesmas	3	Tetris	TS Kelakuan	Idem	1	
30	Uta Fitriyah, A.Md.Gen Nip. 510 159 729	Bendosari, 5-8-1983	P	Kawin	01/04/2006	01/04/2006	Puskesmas	3	Ahli Gen	DS Gen	Idem	0	
31	Hidra Nurul A, A.Md Gen Nip. 510 159 738	Pasuruan, 15-12-1983	P	Kawin	01/01/2006	01/04/2006	Puskesmas	3	Asa Apoteker	D3 Farmasi	Idem	2	
32	Aulia Tri PC- A.Md. Keb Nip. 510 159 433	Lumajang, 27-02-1984	P	Kawin	01/04/2006	03/04/2006	Puskesmas	3	Bidan	D3 Kebidanan	Idem	1	
33	Diah Luminia I Nip. 140 189 679	Daryawangi, 30-9-1962	P	Kawin	01/02/1987	01/10/2007	Puskesmas	22	Staf TU	SMEA	Idem	3	
34	Joko Wahyudi Nip. 510 109 895	Lumajang, 24-04-1968	L	Kawin	01/03/1989	01/04/2005	Puskesmas	20	Penjaga	SMGP	Idem	2	
35	M Agus Supriyanto Nip. 140 289 439	Malang, 16-02-1970	L	Kawin	01/03/1992	01/04/2008	Puskesmas	17	Penjaga	SMGP	Idem	3	
36	Yuswarati Nip. 510 179 935	Malang, 07-10-1965	P	Kawin	01/01/2007	01/01/2007	Puskesmas	2	Staf TU	SMEA	Idem	3	
37	Chairul Saib Nip. 510 179 657	Malang, 20-08-1967	L	Kawin	01/01/2007	01/01/2007	Puskesmas	2	Staf TU	SMA	Idem	3	
38	W 4 8 1 8 Nip. 510 207 460	Malang, 14-03-1971	L	Kawin	01/01/2008	01/01/2008	Puskesmas	1	Pegawai	STN Mestri	Idem	2	

Mongratih,
Kepala UPT Puskesmas Kotalilar

di: ERLINA IRMAWATI
Pembina
Nip. 140 149 675

Malang, 13-Mar 2009
Ka Sub Bag TU

GATOT SUDWONDO
Penasihat Muda TLI
Nip. 140 177 297.

