

**IMPLEMENTASI KEBIJAKAN PELAYANAN KESEHATAN BAGI
MASYARAKAT MISKIN NON KUOTA (JAMINAN KESEHATAN
DAERAH DAN SURAT PERNYATAAN MISKIN)**
(Studi Kasus di Dinas Kesehatan Kabupaten Blitar)

SKRIPSI

**Diajukan untuk menempuh ujian skripsi
pada Fakultas Ilmu Administrasi Universitas Brawijaya**

Oleh :

NURYATIN PHAKSY SUKOWATI

NIM. 0910310092



**UNIVERSITAS BRAWIJAYA
FAKULTAS ILMU ADMINISTRASI
JURUSAN ADMINISTRASI PUBLIK
MALANG
2013**

MOTTO

“JATUH adalah tanda kamu cukup berani untuk berusaha”

“Jangan Pernah malu pada kejatuhanmu. Lebih banyak orang hanya pandai berkomentar, sementara kamu berani lakukan sesuatu.”



TANDA PENGESAHAN

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

Hari : Kamis
Tanggal : 11 Juli 2013
Jam : 10.00 WIB
Skripsi atas nama : Nuryatin Phaksy Sukowati
Judul : Implementasi Kebijakan Pelayanan Kesehatan Bagi Masyarakat Miskin Non Kuota (Jaminan Kesehatan Daerah dan Surat Pernyataan Miskin)
(Studi Kasus di Dinas Kesehatan Kabupaten Blitar)

Dan Dinyatakan Lulus


MAJELIS PENGUJI

Ketua,



Drs. Minto Hadi, M.Si
NIP: 19540127 198103 1 003

Anggota,



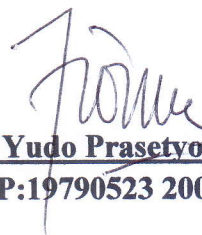
Drs. Stefanus Pani Rengu, MAP
NIP: 19531113 198212 1 001

Anggota,



Dr. Imam Hanafi, M.Si, MS
NIP: 19691002 199802 1 001

Anggota,



Wima Yudo Prasetyo, S.Sos, MAP
NIP: 19790523 200604 1 002

TANDA PERSETUJUAN SKRIPSI

Judul Skripsi : **Implementasi Kebijakan Pelayanan Kesehatan Bagi Masyarakat Miskin Non Kuota (Jamkesda/ SPM)**
(Studi Kasus di Dinas Kesehatan Kabupaten Blitar)

Disusun oleh : NURYATIN PHAKSY SUKOWATI

NIM : 0910310092

Fakultas : Ilmu Administrasi

Jurusan : Ilmu Administrasi Publik

Konsentrasi : -

Malang, 10 Juni 2013

Komisi Pembimbing

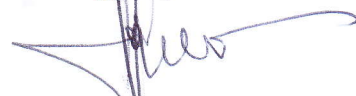
Ketua,



Drs. Minto Hadi, M.Si.

NIP: 19540127 198103 1 003

Anggota,



Drs. Stefanus Pani Rengu, M.AP.

NIP: 19531113 198212 1 001

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 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, Juni 2013

Mahasiswa



Nama : Nuryatin Phaksy S

NIM : 0910310092

RINGKASAN

Nuryatin Phaksy Sukowati, 2013. Implementasi Kebijakan Pelayanan Kesehatan Bagi Masyarakat Miskin Non Kuota (Jaminan Kesehatan Daerah dan Surat Pernyataan Miskin) (Studi Kasus di Dinas Kesehatan Kabupaten Blitar). Dibawah bimbingan Drs. Minto Hadi, M.Si, Dan Drs. Stefanus Pani Rengu, MAP. 141 + XI

Penelitian ini dilakukan dengan tujuan untuk mendeskripsikan Implementasi Kebijakan Pelayanan Kesehatan bagi Masyarakat Miskin Non Kuota atau pengguna Jaminan Kesehatan Daerah (Jamkesda) dan Surat Pernyataan Miskin (SPM) di Kabupaten Blitar berdasarkan model implementasi George Edward III. Sebagaimana yang telah diatur dalam Peraturan Bupati (Perbup) Blitar Nomor 28 Tahun 2012, Hal ini dilakukan oleh Dinas Kesehatan Kabupaten Blitar dan semua pelaksanaan program atau pengelolaan jaminan kesehatan masyarakat miskin harus menyesuaikan peraturan tersebut.

Metode penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah penelitian kualitatif dengan pendekatan deskriptif, dengan fokus penelitian (1) Implementasi Kebijakan Pelayanan Kesehatan bagi Masyarakat Miskin Non Kuota (Jamkesda dan SPM) atau Perbup No.28 Tahun 2012 berdasarkan model implementasi George Edward III, meliputi: Komunikasi, Sumber Daya, Disposisi dan Struktur Birokrasi; (2) Faktor-faktor yang mempengaruhi Implementasi Kebijakan Pelayanan Kesehatan bagi Masyarakat Miskin Non Kuota (Jamkesda dan SPM).

Hasil penelitian menunjukkan beberapa variabel implementasi kebijakan belum berjalan dengan baik, terutama pada variabel sumber daya. Fasilitas kesehatan dan tenaga medis yang dimiliki oleh Kabupaten Blitar belum cukup memadai sehingga bagi pasien dalam kondisi tertentu harus dirujuk menuju Rumah Sakit (RS) Provinsi yang lengkap fasilitasnya. Disamping itu ketersediaan anggaran pembiayaan jaminan kesehatan yang terbatas dan dihapuskannya sharing dana dari pemerintah pusat menyebabkan pembayaran klaim RS sering terlambat dan persyaratan bagi masyarakat miskin non kuota pemohon SPM lebih ketat.

Dari hasil penelitian dapat disarankan bagi Dinas Kesehatan Kabupaten Blitar bahwa Program Jamkesda dan SPM ini harus tetap berjalan dengan perencanaan APBD yang lebih tertata sehingga tidak ada kekurangan pembiayaan Jamkesda atau SPM, kelengkapan Fasilitas Kesehatan dan tenaga medis di RSUD Kabupaten Blitar harus diperbaiki agar akses bagi masyarakat lebih mudah dan tidak tergantung pada RS milik Provinsi. Selanjutnya, data kepesertaan Jamkesda tahun 2013 harus segera ditetapkan agar masyarakat miskin tidak perlu kesulitan mengurus permohonan SPM.

SUMMARY

Nuryatin Phaksy Sukowati, 2013. Policy Implementation of Public Health Service for Extra Quota Destitute People (Local Public Health Security and Destitute Pronouncement Certificate) (Study on Public Health Department Blitar District). Under Direction of Commission Supervisor: Drs. Minto Hadi, M.Si, and Drs. Stefanus Pani Rengu, MAP. 141 + XI

The research was conducted with the aim to describe the Policy Implementation of Public Health Service for Extra Quota Destitute People (Local Public Health Security (Jamkesda) and Destitute Pronouncement Certificate (SPM)) The District of Blitar, based on George Edward III Implementation Model. According to Regent Regulation No.28 of 2012, It was done by Public Health Department Blitar District and all of program implementation included Health Security Management should be executed in accordance to its regulation.

The research method used in this research was descriptive qualitative research approach, the research focused on (1) The Policy Implementation of Public Health Service for Extra Quota Destitute People (Local Public Health Security (Jamkesda) and Destitute Pronouncement Certificate (SPM)) The District of Blitar or Regent Regulation No.28 of 2012, based on George Edward III Implementation Model, including: communication, resources, disposition, and bureaucratic structure; (2) The Factors which affected to The Policy Implementation of Public Health Service for Extra Quota Destitute People (Local Public Health Security (Jamkesda) and Destitute Pronouncement Certificate (SPM))

The Results of research indicated that some variables of policy implementation was not proceeding well yet, on resources variable especially. The facility of medical equipments or tools and also medical personnels was not sufficient to heal the patients in a particular condition. Consequently, they should be transferred to The Provincial Hospital for more complete health care. Furthermore, the availability of health security cost was limited and also the removal of budgetary fund share from provincial government (East Java) caused Blitar District's Hospital Bill unpaid or paid off improper time. It also made the qualification of SPM applicants (destitute people) tighter and harder.

Based on the results of this research, it can be suggested that Public Health Department of Blitar District should continue this Jamkesda and SPM Program by the means of rearrange Public Health Security budgetary funds more available adequately, so that will make no unpaid hospital bill anymore. Moreover, it department should purvey the latest medical equipments and more experience medical personnels in Regency Hospital, so that will make people easier to access the most complete health care and medication without dependence on the Provincial Hospital. At last, The new 2013 database of Local Public Health Security must be legalized as soon as possible, in order that destitute people do not need to apply their Destitute Pronouncement Certificate (SPM).

KATA PENGANTAR

Assalamualaikum Wr.Wb

Puji syukur penulis panjatkan kepada Allah SWT atas rahmat dan hidayah-Nya, serta junjungan kita Nabi Besar Muhammad SAW yang selalu menginspirasi setiap langkah kehidupan, sehingga penulis dapat menyelesaikan penyusunan skripsi yang berjudul “Implementasi Kebijakan Pelayanan Kesehatan Bagi Masyarakat Miskin Non Kuota (Jaminan Kesehatan Daerah dan Surat Pernyataan Miskin) (Studi Kasus di Dinas Kesehatan Kabupaten Blitar)” ini dengan baik.

Skripsi ini merupakan tugas akhir yang diajukan sebagai persyaratan untuk menyelesaikan studi Strata-1 dan memperoleh gelar Sarjana Ilmu Administrasi Publik pada Fakultas Ilmu Administrasi Universitas Brawijaya.

Penulis menyadari bahwa penyusunan skripsi ini tidak dapat terwujud dengan baik tanpa dorongan maupun bantuan berbagai pihak dalam memberikan pemikiran, kritik, saran-saran dan motivasi karena itu penulis menyampaikan ucapan terima kasih kepada:

1. Ibuku yang paling kucinta Dra. Ninik Praptini, M.Pd, Nenekku tercinta, Papaku sayang Alm. Suyatno, Bapakku Drs. Muh. Nur Chusni, M.Ag, Kakakku dan Adik-Adikku yang senantiasa mencurahkan cinta, dukungan, arahan, dan motivasi, serta doanya sehingga bisa terselesaikan skripsi ini.
2. Prof. Dr. Bambang Supriyono, MS, selaku Dekan Fakultas Ilmu Administrasi Universitas Brawijaya.
3. Bapak Drs. Minto Hadi, M.Si, selaku ketua dosen pembimbing atas masukan dan saran-saran dalam penyusunan skripsi ini.
4. Bapak Drs. Stefanus Pani Rengu, MAP, selaku dosen pembimbing atas masukan dan saran-saran dalam penyusunan skripsi ini.
5. Bapak Dr. MR Khairul Muluk, S.Sos, M.Si. selaku Ketua Jurusan Ilmu Administrasi Publik, Fakultas Ilmu Administrasi, Universitas Brawijaya.
6. Seluruh dosen Fakultas Ilmu Administrasi Publik atas segala ilmu yang diberikan.

7. Kepala Bidang Pengembangan Sumber Daya Kesehatan (PSDK), Dinas Kesehatan Kabupaten Blitar atas keterangan, bantuan, dan kerjasama yang diberikan.
8. Kepala Seksi Pembiayaan Kesehatan, Bidang PSDK, Dinas Kesehatan Kabupaten Blitar atas kesabaran dalam memberikan penjelasan, informasi dan keterangan yang sangat membantu.
9. Ibu-Ibu staf anggota bidang PSDK dan tim verifikator atas petunjuk dan informasi yang diberikan
10. Bapak Agus Suparnadi, SE dan Ibu Susi, serta Mas Saefuddin yang telah menyediakan tempat persinggahan selama melakukan riset.
11. Abah K.H Hasyim Muzadi dan Dewan Asatidz Pesantren Mahasiswa Al-Hikam Malang yang memberikan banyak petunjuk dan nasihat kehidupan.
12. Teman-teman Administrasi Publik angkatan 2009, khususnya K.K.K kru terima kasih atas segala kenangan dan pengalaman di kampus lebih berwarna.
13. Teman-teman Santri Pesantren Mahasiswa (Pesma) Al-Hikam Malang, terima kasih atas kebersamaan dan ilmu yang beraneka ragam.
14. Teman-teman wanita yang pernah mengisi hati dan menyemangati saya.
15. Semua pihak yang membantu penyelesaian skripsi ini. Semoga Allah SWT akan membalas budi baik semua pihak yang telah membantu pelaksanaan sampai dengan penyusunan skripsi ini.

Demi kesempurnaan skripsi ini, saran dan kritik yang sifatnya membangun sangat penulis harapkan. Penulis menyadari bahwa sebagai manusia biasa yang tak luput dari salah dan lupa. Akhir kata penulis mengharapkan semoga skripsi ini banyak bermanfaat dan memberi sumbangan berarti bagi pihak-pihak yang membutuhkan, baik untuk masa kini maupun masa yang akan datang.

Wassalamualaikum Wr. Wb

Malang, 21 Juni 2013

Penulis

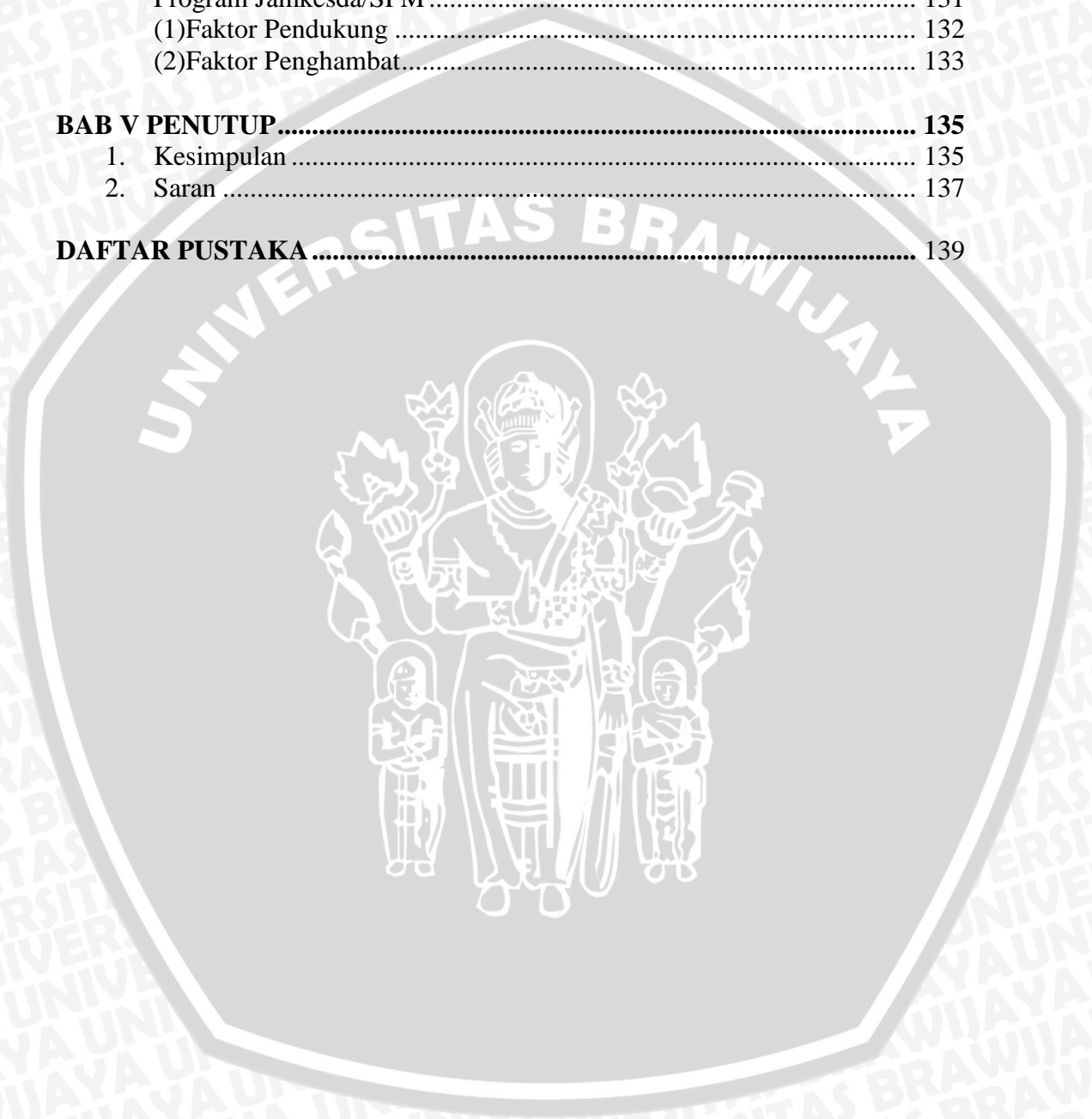
DAFTAR ISI

COVER	
MOTTO	
TANDA PENGESAHAN	
PERNYATAAN ORISINALITAS SKRIPSI	
RINGKASAN	i
SUMMARY	ii
KATA PENGANTAR	iii
DAFTAR ISI	v
DAFTAR TABEL	viii
DAFTAR GAMBAR	ix
DAFTAR LAMPIRAN	xi
BAB I PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang	1
B. Perumusan Masalah	12
C. Tujuan Penelitian	13
D. Manfaat Penelitian	13
E. Sistematika Pembahasan	14
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	16
A. Kebijakan Publik	16
1. Pengertian dan Definisi Kebijakan Publik	16
2. Tahapan Proses Kebijakan Publik	18
B. Implementasi Kebijakan	18
1. Definisi Implementasi Kebijakan	18
2. Model Implementasi Kebijakan Publik	19
a. Model implementasi Parsons	20
b. Model pendekatan Brian W. Hogwood dan Lewis A. Gunn	20
c. Model implementasi George C. Edward III	20
3. Tahapan dan proses implementasi Kebijakan	22
4. Faktor Penghambat dan Pendukung	23
C. Pelayanan Publik	24
D. Konsep Pelayanan Kesehatan Masyarakat	25
E. Standar Pelayanan Minimal	26
F. Dasar Hukum Pelayanan Kesehatan Masyarakat	27
G. Jamkesmas	27
H. Jamkesda	30



BAB III METODE PENELITIAN	33
A. Jenis Penelitian	33
B. Fokus Penelitian	34
C. Lokasi dan Situs Penelitian	35
D. Sumber dan Jenis Data	36
E. Teknik Pengumpulan Data	38
F. Instrumen Penelitian	39
G. Analisis Data	40
BAB IV HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN.....	44
A. Gambaran Umum Lokasi Penelitian	44
1. Kondisi Geografis Kabupaten Blitar.....	44
2. Jumlah Penduduk	49
3. Visi dan Misi Kabupaten Blitar	50
B. Gambaran Umum Situs Penelitian	52
1. Lokasi Situs penelitian	52
2. Visi dan Misi Dinas Kesehatan Kab. Blitar	52
3. Tugas Pokok, Fungsi dan Struktur Organisasi	52
4. Sarana Kesehatan	76
5. Tenaga Kesehatan	81
6. Pembiayaan Kesehatan	84
C. Penyajian Data.....	85
1. Implementasi Peraturan Bupati Blitar Nomor 28 Tahun 2012 Tentang Penyelenggaraan Jaminan Pelayanan Kesehatan Bagi Masyarakat Miskin Non Kuota (Jamkesda / SPM) Kabupaten Blitar	85
a) Komunikasi	87
b) Sumber Daya	91
c) Disposisi	101
d) Struktur Birokrasi	106
2. Faktor yang mempengaruhi Implementasi Program Jamkesda/SPM	114
(1)Faktor Pendukung	114
(2)Faktor Penghambat.....	120
D. Analisis dan Pembahasan	
1. Penyelenggaraan Jaminan Pelayanan Kesehatan Masyarakat Miskin Non Kuota (Jamkesda / SPM) Kabupaten Blitar	122
2. Implementasi Peraturan Bupati Blitar Nomor 28 Tahun 2012 Tentang Penyelenggaraan Jaminan Pelayanan Kesehatan Bagi Masyarakat Miskin Non Kuota (Jamkesda / SPM) Kabupaten Blitar	124
a) Komunikasi	125

b) Sumber Daya	126
c) Disposisi	127
d) Struktur Birokrasi	130
3. Faktor yang mempengaruhi Implementasi Program Jamkesda/SPM	131
(1)Faktor Pendukung	132
(2)Faktor Penghambat.....	133
BAB V PENUTUP.....	135
1. Kesimpulan	135
2. Saran	137
DAFTAR PUSTAKA	139



DAFTAR TABEL

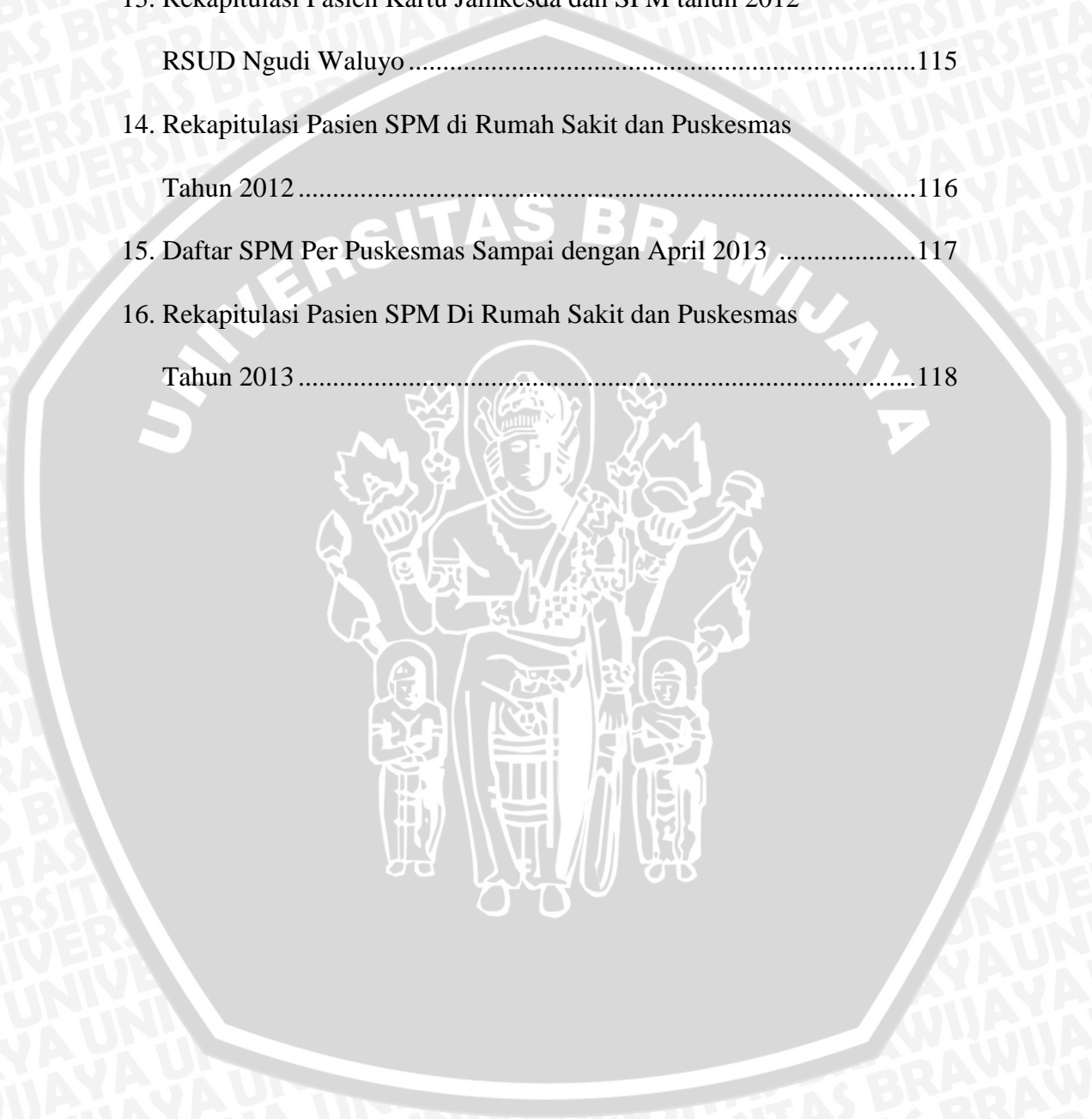
TABEL

Halaman

1. Jumlah Puskesmas dan Puskesmas Perawatan 2007-2012.....	77
2. Perkembangan Rumah Sakit dan Jumlah Tempat Tidur Tahun 2007 – 2011	78
3. Jumlah Sarana Distribusi Persediaan Farmasi dan Alat Kesehatan Tahun 2007 – 2011	79
4. Perkembangan Posyandu Tahun 2007 – 2011.....	80
5. Perkembangan Poskesdes Tahun 2007 – 2011.....	81
6. Rasio Tenaga Kesehatan Per 100.000 Penduduk Tahun 2010	82
7. SDM Kesehatan di Rumah Sakit Tahun 2011.....	83
8. SDM kesehatan yang bekerja di Puskesmas Kab. Blitar tahun 2011	84
9. Jumlah alokasi Dana Pembiayaan Kesehatan Non Belanja Pegawai dalam Ribuan Rupiah 2008 – 2011.....	85
10. Susunan PPTK pelaksana Jamkesda dan SPM Dinas Kesehatan Kabupaten Blitar.....	94
11. Susunan Keanggotaan Tim Verifikasi Penetapan Data Masyarakat Miskin Diluar Kuota Jamkesmas dan Jamkesda Kabupaten Blitar Tahun 2012	97
12. Berikut Daftar Nama Tenaga Pelaksana Verifikasi Program	

Jaminan Kesehatan Daerah (Jamkesda / SPM)

Kabupaten Blitar Tahun 2013.....	99
13. Rekapitulasi Pasien Kartu Jamkesda dan SPM tahun 2012	
RSUD Ngudi Waluyo.....	115
14. Rekapitulasi Pasien SPM di Rumah Sakit dan Puskesmas	
Tahun 2012.....	116
15. Daftar SPM Per Puskesmas Sampai dengan April 2013.....	117
16. Rekapitulasi Pasien SPM Di Rumah Sakit dan Puskesmas	
Tahun 2013.....	118



DAFTAR GAMBAR

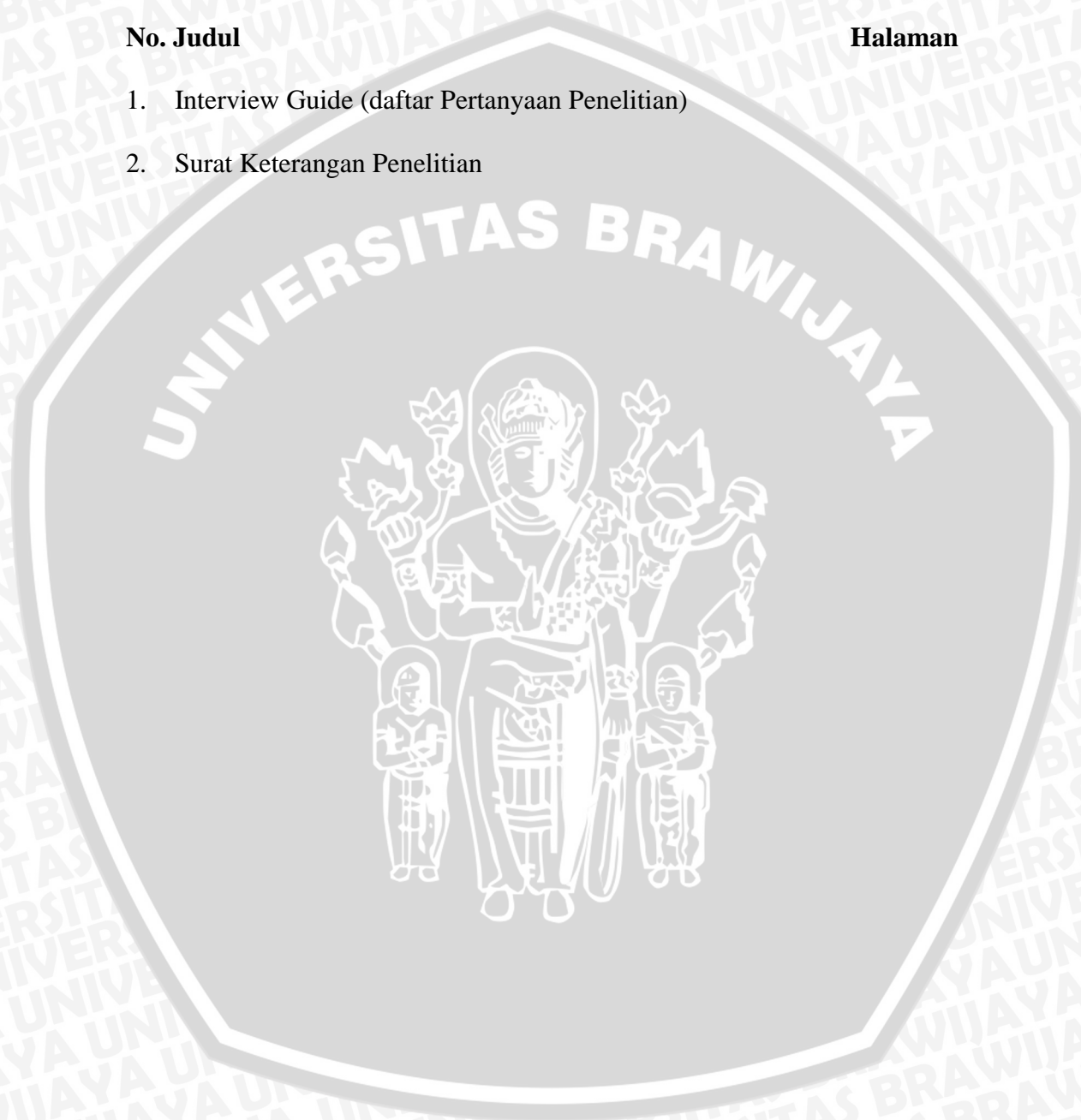
Gambar	Halaman
1. Angka Kelahiran Bayi (per 100 kelahiran hidup) menurut Jenis Kelamin 2006-2010.....	3
2. Angka Harapan Hidup tahun 2006-2010 menurut Jenis Kelamin.....	3
3. Angka Kesakitan menurut daerah tempat tinggal 2006-2010.....	4
4. Model Implementasi George Edward III.....	21
5. Alur Skema Analilis data.....	42
6. Peta Kabupaten Blitar.....	44
7. Tinggi dan luas wilayah per kecamatan.....	46
8. Hasil sensus Penduduk per kecamatan.....	50
9. Struktur Organisasi Dinkes Kab.Blitar.....	55
10. Petunjuk dan Syarat administrasi SPM.....	89
11. Selebaran di Loker Rumah Sakit.....	89
12. Bentuk Format Surat SPM untuk rujukan Puskesmas atau RSUD Ngudi Waluyo.....	110
13. Bentuk Format Surat SPM untuk rujukan Rumah Sakit Propinsi.....	111

DAFTAR LAMPIRAN

No. Judul

Halaman

1. Interview Guide (daftar Pertanyaan Penelitian)
2. Surat Keterangan Penelitian



BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Kesehatan merupakan suatu keadaan sehat jasmani, rohani dan sosial yang merupakan aspek positif dan tidak hanya bebas dari penyakit serta kecacatan yang merupakan aspek negatif (*WHO, 1948*). Kesehatan menjadi salah satu kebutuhan setiap orang atau warga yang harus terpenuhi. Sejalan dengan itu, kesehatan menjadi suatu masalah publik (*Public Problems*) yang menjadi tanggung jawab pemerintah sebagai aktor utama dalam administrasi publik disamping aktor lain seperti swasta, dan masyarakat itu sendiri.

Di awal kedaulatan Negara Kesatuan Republik Indonesia (NKRI) kesehatan dan kesejahteraan menjadi Tujuan Nasional NKRI yang termaktub dalam cikal bakal konstitusi negara, Pembukaan Undang-Undang Dasar (UUD) tahun 1945 melalui Tujuan Nasional, yang salah satunya berbunyi: “Membentuk suatu Pemerintahan Republik Indonesia yang memajukan kesejahteraan umum...”. Selanjutnya, diperjelas lagi oleh Amandemen keempat Undang-Undang Dasar 1945 Pasal 34 ayat 3: “Negara bertanggung jawab atas penyediaan fasilitas pelayanan kesehatan dan fasilitas pelayanan umum yang layak”. Selain itu, secara khusus tertulis pada 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

bertanggung jawab mengatur agar terpenuhi hak hidup sehat bagi penduduknya termasuk bagi masyarakat miskin dan tidak mampu.

Kesehatan merupakan salah satu indikator penting suatu kesejahteraan rakyat. Maka, dengan menilik angka kesehatan suatu negara dapat diketahui tingkat kesejahteraan masyarakat suatu negara. Kesehatan juga berkorelasi dengan kemiskinan. Kemiskinan mempengaruhi kesehatan sehingga orang miskin rentan terhadap berbagai macam penyakit, karenanya mereka mengalami gangguan seperti menderita gizi buruk, pengetahuan kesehatan berkurang, perilaku kesehatan kurang, lingkungan pemukiman yang buruk, dan biaya kesehatan tidak tersedia. Sebaliknya kesehatan juga mempengaruhi kemiskinan, karena orang yang sehat memiliki kondisi tingkat pendidikan yang maju, stabilitas ekonomi mantap, investasi atau tabungan yang memadai karena mampu menekan biaya untuk berobat.

Tingkat kesejahteraan masyarakat berdasarkan indikator kesehatan, antara lain: Angka Kematian Bayi (AKB) adalah banyaknya bayi yang meninggal sebelum usia mencapai 1 tahun per 1000 kelahiran hidup pada tahun yang sama. AKB di Indonesia tergolong salah satu yang tertinggi di dunia, hal tersebut tercermin pada angka dari negeri tetangga Malaysia yang hanya mencapai 10 per 1000 kelahiran hidup, sedangkan di Singapura mencapai 5 per 1000 kelahiran hidup.

Meskipun demikian, menurut data Susenas 2006-2010 Angka Kematian Bayi terus menurun setiap tahunnya, dari 28,2 per 1000 kelahiran hidup pada tahun 2006 menjadi 25,2 per 1000 kelahiran hidup pada tahun 2010.

Gambar 1:
Angka Kelahiran Bayi (per 100 kelahiran hidup) menurut Jenis Kelamin 2006-2010

Menurut Jenis Kelamin, 2006 - 2010

[Diolah dari Hasil Susenas]

Jenis Kelamin	2006	2007	2008	2009	2010
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
Laki-laki	32,30	31,60	30,80	30,00	29,30
Perempuan	23,80	23,20	22,60	22,10	21,60
Total	28,20	27,50	26,80	26,20	25,50

Sumber: BPS Statistik Kesehatan Indonesia, 2010

Indikator selanjutnya yaitu Angka Harapan Hidup yang mencerminkan tingkat kesejahteraan dan pengelolaan hidup yang baik di daerah tersebut. Seiring berkurangnya Angka Kematian Bayi (AKB), maka Angka Harapan Hidup akan meningkat. Menurut data susenas 2006-2010 dapat kita lihat perkembangan Angka Harapan Hidup Indonesia.

Gambar 2:
Angka Harapan Hidup tahun 2006-2010 menurut Jenis Kelamin

[Diolah dari Hasil Susenas]

Jenis Kelamin	2006	2007	2008	2009	2010
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
Laki-Laki	68,30	68,40	68,60	68,80	69,00
Perempuan	72,30	72,40	72,60	72,70	72,90
Total	70,30	70,40	70,50	70,70	70,90

Sumber: BPS Statistik Kesehatan Indonesia, 2010

Angka kesakitan (*morbidity rate*) juga merupakan salah satu indikator untuk mengukur derajat kesehatan penduduk. Semakin tinggi angka kesakitan maka menunjukkan semakin banyak penduduk yang mengalami gangguan kesehatan.

Angka kesakitan tahun 2006-2010 menunjukkan fluktuasi atau naik dan turun setiap tahunnya. Maka dapat dilihat melalui data Susenas 2006-2010:

Gambar 3:
Angka Kesakitan menurut daerah tempat tinggal 2006-2010

[Diolah dari Hasil Susenas]

Daerah Tempat Tinggal	2006	2007	2008	2009	2010
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
Perkotaan	16,20	15,00	15,35	17,18	15,21
Perdesaan	18,40	19,00	18,98	19,99	17,97
Total	17,40	17,30	17,23	18,63	16,60

Sumber: BPS Statistik Kesehatan Indonesia, 2010

Derajat kesehatan masyarakat yang masih tergolong rendah dan perkembangan yang tidak stabil tersebut menunjukkan belum maksimalnya kualitas pengelolaan serta pelayanan kesehatan kepada masyarakat. Salah satu diantaranya ialah masalah akses pelayanan kesehatan masyarakat yang tidak merata. Ketidakmerataan ini menjadi masalah publik yang serius, disebabkan kesehatan menjadi hak yang hakiki bagi seluruh masyarakat dan diprioritaskan bagi seluruh lapisannya tanpa memandang masyarakat mampu atau miskin. Bahkan dalam keadaan tersebut banyak masyarakat miskin atau tidak mampu sering mengabaikan kesehatannya karena tidak ada upaya lagi bagi mereka.

Pemerintah pada dasarnya telah membentuk beberapa program atau kebijakan pengentasan kemiskinan yang bertujuan untuk memberi perlindungan sosial masyarakat dalam pelayanan dasar kesehatan, sebagaimana yang telah diamanatkan Undang-Undang Dasar 1945. Sejak tahun 2004 telah diupayakan

untuk mengatasi hambatan dan kendala tersebut melalui Program Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat Miskin (PJKMM).

Sebagai pelaksana Pasal 28 H, Pasal 34 ayat (2) dan ayat (3) UUD Negara RI tahun 1945, dan UU No.23 Tahun 1992 tentang kesehatan, maka digariskanlah Jaminan Kesehatan yang diselenggarakan nasional dengan berdasarkan prinsip Asuransi Sosial dan prinsip ekuitas yaitu melalui Pasal 19 UU No.40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN). Pasal 17 ayat (4) menegaskan pula bahwa iuran program jaminan sosial bagi fakir miskin dan orang tidak mampu dibayar oleh Pemerintah. Selanjutnya di akhir tahun 2004, Pemerintah mengeluarkan suatu program kebijakan yang disebut Program Jaminan Pemeliharaan Kesehatan bagi Masyarakat Miskin (PJKMM) sebagai salah satu model dari sistem jaminan sosial khususnya bidang kesehatan.

Program Jaminan Pemeliharaan Kesehatan bagi Masyarakat Miskin (PJKMM) diberlakukan dengan Surat Keputusan Menteri Kesehatan (SK Menkes RI) No. 1241/Menkes/SK/XI/2004 dimana pemerintah menunjuk PT. Askes (persero) sebagai Badan Pelaksana (Bapel) PJKMM. PT. Askes menentukan jumlah masyarakat miskin penerima PJKMM berdasarkan data penduduk miskin dari BPS tahun 2004 yang pada saat itu sebesar 36.146.700 jiwa, meskipun sempat terjadi kebingungan karena perbedaan jumlah keluarga miskin (gakin) diluar data tersebut.

Singkatnya, pada tahun 2008 dilakukan beberapa evaluasi dalam rangka efisiensi dan efektivitas terhadap PJKMM sehingga menghasilkan beberapa perubahan dalam sistem penyelenggaraan PJKMM. Perubahan pengelolaan

dilakukan dengan pemisahan fungsi pengelola dan fungsi pembayaran, yang didukung dengan penempatan tenaga verifikator di setiap rumah sakit. Selanjutnya, nama program pun berubah menjadi Jaminan Pelayanan Kesehatan (Jamkesmas), dengan jumlah target peserta sebanyak 19,2 juta Rumah Tangga Miskin (RTM) atau lebih kurang 76,4 juta jiwa. Pelaksanaan pelayanan kesehatan dan pengelolaan keuangan, serta pembayaran klaim dilaksanakan oleh Depkes. Hal tersebut atas dasar pertimbangan untuk mengendalikan pelayanan kesehatan, peningkatan mutu, transparansi dan akuntabilitas. Selain itu karena keterbatasan pendanaan maka program Jamkesmas pada tahun 2008 langsung dilakukan oleh Departemen Kesehatan.

Tahun 2011, Tim koordinasi dan Pengelola Jamkesmas meningkatkan kembali aspek manajemen dan pengorganisasian dalam penguatan peran dan pengawasan di tingkat Provinsi dan Kabupaten/Kota, sehingga melalui Jaminan Kesehatan Daerah (Jamkesda) pemerintah daerah dapat memperluas cakupan kepesertaan keluarga miskin di masing-masing daerah yang tidak terjamin dalam kuota Jamkesmas. Selanjutnya, disebabkan oleh terbatasnya pendataan masyarakat miskin dari data makro BPS yang hanya berdasarkan *by name* dan *by address*, selebihnya tiap daerah dapat menambahkan kuota dengan mengubah atau menerbitkan Surat Keputusan Bupati/Walikota. Surat Keputusan tersebut mengenai penerbitan Surat Keterangan Tidak Mampu (SKTM) atau Surat Pernyataan Miskin di masing-masing daerah kabupaten/kota dengan kriteria yang telah ditentukan.

Di Provinsi Jawa Timur tahun 2010, kuota masyarakat miskin dalam Jamkesmas sejumlah 10.710.051 jiwa ditambah dengan masyarakat miskin dalam kuota Jamkesda sebanyak 1.411.742 jiwa dan ditambah lagi pemegang SPM yang lebih dari 1000 jiwa. Sedangkan dana APBN yang dikucurkan khusus untuk Provinsi Jawa Timur sebesar Rp. 838.040.083.000,-.

Mengenai daerah penerbitan Surat Pernyataan Miskin (SPM) penulis secara khusus mengkaji Kabupaten Blitar. Bupati Blitar melalui Perbup Nomor 13 Tahun 2010 Tentang Pedoman Penerbitan Surat Keterangan Miskin (SKM) dan Surat Pernyataan Miskin (SPM) bagi Masyarakat Miskin Diluar Kuota Jamkesmas dan Jamkesda Kabupaten Blitar, menjelaskan masyarakat miskin yang memenuhi kriteria miskin berhak mendapat jaminan kesehatan dengan memperoleh SPM yang terverifikasi oleh tim verifikator kecamatan/desa dan harus diperbarui setiap 4 (empat) bulan sekali. Selanjutnya, Perbup tersebut diperjelas oleh Keputusan Bupati Nomor 188/357/409.012/KPTS/2012 Tentang Pembentukan Tim Verifikasi Penetapan Data Sasaran Masyarakat Miskin Diluar Kuota Jamkesmas Kabupaten Blitar. Tim verifikasi tersebut bertanggung jawab kepada Bupati Blitar melakukan verifikasi nama-nama calon sasaran masyarakat miskin diluar kuota Jamkesmas dan jamkesda yang diusulkan oleh Kepala Desa/Kepala Kelurahan agar tidak terjadi salah sasaran atau masyarakat yang tidak berhak mendapatkan bantuan.

Adapun kriteria penetapan masyarakat miskin yang digunakan tim verifikator menurut SK Bupati Blitar N0.188/357/409.012/KPTS/2012 ialah sebagai berikut:

1. Luas lantai bangunan tempat tinggal kurang dari 8 m²
2. Jenis luas Bangunan tempat tinggal terbuat dari tanah/bambu/kayu murahan
3. Jenis dinding terluas dari bambu/rumbia/kayu kualitas rendah/tembok tanpa plester
4. Tidak memiliki jamban
5. Penerangan bukan listrik
6. Air minum berasal dari sumur, mata air tak terlindungi/sungai/PAM
7. Bahan bakar untuk masak dari kayu/arang
8. Beli pakaian baru hanya 1 stel per tahun
9. Hanya makan 2 atau 1 kali per hari
10. Jika sakit tidak bisa membayar
11. Penghasilan dibawah UMK
12. Pendidikan kepala keluarga setingkat SD ke bawah
13. Tidak mempunyai aset senilai maksimal Rp. 3.000.000,- (tiga juta rupiah), meliputi: Sepeda motor, ternak, Perhiasan/emas, TV dan Tabungan
14. Status kepemilikan rumah bukan rumah sendiri/sewa/menumpang
15. Mempunyai tanah produktif maksimal seluas 40 Ru

Berkaitan dengan beberapa kebijakan jaminan kesehatan yang diterbitkan, tersebut harapan yang diinginkan oleh Pemerintah baik Pusat, Provinsi, atau Kabupaten/Kota adalah agar program tersebut dapat dimanfaatkan secara menyeluruh bagi masyarakat miskin yang secara nyata membutuhkan layanan kesehatan yang layak. Namun, disaat yang sama seiring diperbanyaknya kuota pengganti Jamkesmas atau Jamkesda ternyata banyak ditemukan pemegang SPM yang salah sasaran yang diantaranya disebabkan unsur praktek politis ataupun kesalahan verifikasi database tertentu.

Menurut Ahmad Jabir, Anggota Komisi E DPRD Jatim, “Jamkesmas bukan diarahkan kepada PNS dan masyarakat mampu. Yang mengejutkan telah ditemukan 1.614 Pegawai Negeri Sipil (PNS) dan 12.197 orang kaya menikmati jaminan kesehatan dari pemerintah”. (dalam press release: <http://jabir-dprdjatim.org/kinerja-kesehatan-tahun-2011-di-jatim-masih-memperhatikan/>)

Hal ini menyebabkan SPM salah sasaran menjadi over-kuota, sehingga menghabiskan dana APBN yang telah dicairkan dan selebihnya sangat merugikan bagi masyarakat miskin yang lebih berhak yang belum terinput dalam SPM.

Setelah dilakukan evaluasi dana sharing Jatim 2012, terjadi jelas kunjungan peserta Jamkesda dan SPM yang melebihi pagu atau batas tertinggi anggaran yang dirancang. Rincian peserta kartu Jamkesda 25.527 kunjungan (25,91%), SPM 71.435 kunjungan (72,5%), lain-lain 1557 kunjungan (1,59%). Sedangkan, ada 12 kabupaten/kota yang melebihi pagu, diantaranya: Kota Malang, Kabupaten Malang, Kota Mojokerto, Kota Batu, Kabupaten Madiun, Kota Surabaya, Kota Blitar, Kota Pasuruan, Kabupaten Blitar, Kabupaten Sidoarjo dan Kabupaten Bangkalan. Menurut hasil evaluasi, diprediksikan dana anggaran akan habis pada awal September 2012 apabila SPM tidak dihentikan. Sedangkan bila SPM dihentikan, kekurangan dana senilai Rp. 30,6 Miliar ditanggung bersama Provinsi dan Kabupaten/Kota.

Menanggapi hal tersebut Gubernur Jawa Timur selanjutnya melakukan perubahan kebijakan dengan mengganti Surat Edaran (SE) sebelumnya yaitu tanggal 13 April 2010 Nomor: 440/5370/031/2010 perihal Kartu Jamkesda dengan Surat Edaran (SE) Gubernur Jawa Timur tanggal 29 Agustus 2012

Nomor: 440/1477/031/2012 Tentang Penghentian Surat Pernyataan Miskin (SPM) yang berlaku mulai 1 September 2012. Kebijakan tersebut sangat krusial, namun membengkaknya kuota SPM menyebabkan Pemerintah Provinsi kekurangan dana Anggaran untuk menutup biaya klaim jaminan dari Rumah Sakit Provinsi, sedangkan diantara pemegang SPM juga masih banyak yang salah sasaran.

Sejak disosialisasikannya Surat Edaran Gubernur Jatim tersebut, secara otomatis, seluruh pemegang Surat Pernyataan Miskin (SPM) dari beberapa daerah di Jawa Timur tidak dapat menikmati jaminan kesehatan di Rumah Sakit Milik Provinsi, meskipun beberapa rujukan khusus yang hanya mampu difasilitasi oleh Rumah Sakit Provinsi tetap dilayani. Hal ini kemudian banyak menimbulkan permasalahan baru seperti banyaknya kasus penolakan masyarakat miskin pemilik SPM yang membutuhkan pertolongan darurat dari Rumah Sakit sehingga diantara mereka tidak mampu melanjutkan pengobatan. Salah satu kasus yang ditemukan diantaranya Seorang Bayi berusia empat bulan, Farahatul Afiyah, warga Kelurahan Gadang, Kota Malang, penderita *hydrocephalus* tersebut ditolak Rumah Sakit Saiful Anwar (RSSA) Malang. Ratih, Ibu penderita sempat mengajukan Surat Pernyataan Miskin (SPM) tetapi ditolak, alasannya dana APBD untuk SPM sudah terkuras habis.

(http://m.beritajatim.com/Pendidikan&Keseha/Pasien_Miskin_Penderita_Hydrocephalus_Ditolak_Dinkes)

Beberapa daerah memang telah dihentikan kucuran dana Jamkesda dari provinsi sejak Bulan April 2012. Daerah tersebut dinilai telah over budget dalam pengelolaan anggaran, diantaranya: Kabupaten Malang, Kota Malang, Kabupaten

Mojokerto, Kota Mojokerto, Kota Batu dan Kabupaten Madiun. Oleh karena itu, sejak 1 September 2012, mayoritas daerah di Jawa Timur menghentikan penerbitan SPM, namun masih ada beberapa daerah diantaranya yang tetap menerbitkan SPM/SKTM/SKM sesuai dengan Surat Keputusan Bupati/walikota masing-masing. Jaminan kesehatan SPM juga menjadi tanggung jawab Anggaran Pendapatan Daerah (APBD) masing-masing tanpa ada bantuan dana dari Pemerintah Provinsi.

Kabupaten Blitar menjadi salah satu daerah kabupaten yang masih melayani pembuatan dan penerbitan Surat Keterangan Miskin (SPM). Daerah yang memiliki penduduk sebesar 229.825 jiwa tetap mengelola pelayanan SPM, berdasarkan Peraturan Bupati Blitar Nomor 28 Tahun 2012 Tentang Penyelenggaraan Jaminan Pelayanan Kesehatan Bagi Masyarakat Miskin Non Kuota (Jamkesda/SPM) Kabupaten Blitar. Meskipun demikian, menurut penuturan Sri Halami, Kepala Seksi Pembiayaan, Bidang Pengembangan Sumber Daya Kesehatan, Dinas Kesehatan Kabupaten Blitar, bahwa dalam mengawal terlaksananya kebijakan tersebut masih ada ditemukan kelalaian maupun kesengajaan karena unsur politis dari pejabat setempat (kecamatan/kelurahan/Desa) dalam verifikasi atau penyaringan data sasaran penerima SPM, selanjutnya adalah pengelolaan anggaran untuk membiayai klaim dari APBD setempat yang terbatas. (*wawancara, 26 Maret 2013*) Hal ini merupakan sesuatu yang menarik untuk diteliti lebih lanjut yang mana praktik tersebut akan menjadi suatu hambatan atau kendala dalam Implementasi Kebijakan Jaminan Pelayanan Masyarakat Miskin yang ada di Kabupaten Blitar.

Sehingga meskipun program-program kemiskinan telah dilaksanakan pada kenyataannya di lapangan program-program tersebut banyak mengalami kendala. Ini menyebabkan sulitnya menghapus garis kemiskinan penduduk, sehingga masih banyak jumlah masyarakat yang miskin. Salah satu prasyarat keberhasilan program-program sangat tergantung pada ketepatan pengidentifikasian target group dan target area (Faisal Basri 1995 : 103)

Berdasarkan pemaparan di atas, maka peneliti tertarik untuk mengambil judul **“Implementasi Kebijakan Pelayanan Kesehatan Bagi Masyarakat Miskin Non Kuota (Jaminan Kesehatan Daerah dan Surat Pernyataan Miskin)”** (Studi Kasus di Dinas Kesehatan Kabupaten Blitar).

B. Perumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang diatas, maka dalam penelitian ini yang menjadi permasalahannya adalah:

1. Bagaimana implementasi kebijakan pelayanan masyarakat miskin non kuota Jamkesda dan SPM atau Peraturan Bupati (Perbup) Blitar No. 28 Tahun 2012 ?
2. Apakah faktor-faktor yang mempengaruhi implementasi kebijakan pelayanan masyarakat miskin non kuota atau Jamkesda dan SPM ?

C. Tujuan Penelitian

Adapun tujuan dalam penelitian ini adalah:

1. Untuk mengetahui implementasi kebijakan dalam menangani pelayanan masyarakat miskin diluar kuota atau Jamkesda dan SPM
2. Untuk mengetahui faktor-faktor penghambat maupun pendukung implementasi kebijakan pelayanan masyarakat miskin non kuota (Jamkesda/SPM) atau Perbup Blitar Nomor 28 Tahun 2012.

D. Manfaat Penelitian

Adapun manfaat dalam penelitian ini adalah:

1. Manfaat Teoritis

Hasil penelitian ini diharapkan dapat memperluas wawasan yang lebih mendalam mengenai pengimplementasian kebijakan khususnya dalam layanan kesehatan bagi masyarakat miskin sehingga dapat memberikan sumbangan bagi pengembangan teori-teori kebijakan publik.

2. Manfaat Praktis

Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan gambaran dan masukan bagi pemerintah daerah setempat, khususnya bagi Pemerintah Kabupaten Blitar dalam meningkatkan kualitas jaminan pelayanan kesehatan bagi masyarakat.

3. Bagi Penulis

Penelitian ini bermanfaat untuk meningkatkan pengetahuan dan kemampuan penulis dalam memahami maupun menganalisis suatu bentuk

kebijakan publik yang dibutuhkan dalam menghadapi segala macam permasalahan yang ada di masyarakat.

E. Sistematika Pembahasan

Sistematika pembahasan dalam penulisan skripsi ini adalah sebagai berikut:

BAB I : PENDAHULUAN

Bab ini terdiri dari latar belakang yang mengemukakan tentang alasan yang melatarbelakangi penelitian, perumusan masalah adalah permasalahan yang timbul, tujuan penelitian yang menguraikan hasil apa yang ingin dicapai dalam penelitian. Manfaat penelitian adalah pernyataan tentang kemanfaatan dari hasil penelitian secara lebih spesifik dan sistematika pembahasan.

BAB II : TINJAUAN PUSTAKA

Bab ini menampilkan kerangka teori sebagai landasan yang akan digunakan dalam penyelesaian masalah yang terdiri dari tinjauan tentang Kebijakan publik, Implementasi Kebijakan Publik dan Pelayanan Jaminan Kesehatan.

BAB III : METODOLOGI PENELITIAN

Bab ini menjelaskan bagaimana penelitian dilaksanakan. Metode penelitian meliputi jenis penelitian, fokus penelitian, lokasi dan situs penelitian, sumber data, teknik pengumpulan data dan analisis data.

BAB IV : HASIL DAN PEMBAHASAN

Bab ini menguraikan mengenai perlakuan data dan menggambarkan masalah yang terjadi dalam tahap analisis untuk kemudian diinterpretasikan dengan teori yang terkait, sehingga tujuan peneliti tercapai.

BAB V : PENUTUP

Bab ini berisi kesimpulan dari semua yang telah diuraikan dan dibahas, serta memberikan saran yang dianggap perlu dengan tujuan kearah yang lebih baik.



BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Kebijakan Publik

Dalam kehidupan bermasyarakat dan bernegara, kita tidak dapat lepas dari apa yang disebut dengan Kebijakan Publik. Kebijakan-kebijakan tersebut dapat kita temukan dalam bidang kesejahteraan sosial, bidang kesehatan, perumahan rakyat, pendidikan nasional dan bidang-bidang lainnya yang menyangkut hajat hidup masyarakat. Oleh karena luasnya dimensi tersebut, keberhasilan kebijakan publik tidak selalu mulus bahkan seimbang dengan kegagalan yang terjadi.

Salah satu definisi menurut Robert Eystone bahwa kebijakan publik “secara luas” dapat didefinisikan sebagai “Hubungan suatu unit pemerintah dengan lingkungannya”. Selanjutnya, Thomas R. Dye dalam Subarsono (2011:2) mengatakan bahwa kebijakan publik adalah “Apapun pilihan pemerintah untuk melakukan atau tidak melakukan”. Dari definisi-definisi tersebut pemerintah memiliki peran yang sentral dalam menghadapi permasalahan publik sehingga pada kondisi tidak melakukan sesuatu pun dianggap sebagai sebuah kebijakan. Walaupun disadari pula bahwa kebijakan publik dapat dipengaruhi oleh para aktor dan faktor dari luar pemerintah.

Definisi kebijakan publik dari Thomas R. Dye tersebut mengandung makna bahwa:

1. Kebijakan publik tersebut dibuat oleh badan pemerintah, bukan organisasi swasta;

2. Kebijakan publik menyangkut pilihan yang harus dilakukan atau tidak dilakukan oleh badan pemerintahan. Kebijakan pemerintah untuk tidak membuat program baru atau tetap pada *status quo*.

Islamy (2001:20) menyimpulkan bahwa kebijakan publik (*public policy*) adalah tindakan yang diterapkan dan dilaksanakan atau tidak dilaksanakan oleh pemerintah yang mempunyai tujuan atau berorientasi pada tujuan tertentu demi kepentingan seluruh masyarakat pada hakikatnya kebijakan publik mendasarkan pada paham bahwa kebijakan publik harus mengabdikan kepada kepentingan masyarakat. Dari kesimpulan tersebut memiliki implikasi bahwa:

- a. Kebijakan publik itu dalam bentuk perdananya berupa penetapan tindakan-tindakan pemerintah
- b. Kebijakan publik itu tidak cukup hanya dinyatakan tetapi dilaksanakan dalam bentuk nyata
- c. Kebijakan publik untuk melakukan sesuatu atau tidak melakukan sesuatu itu mempunyai dan dilandasi maksud dan tujuan tertentu
- d. Bagi kebijakan publik itu harus senantiasa ditujukan bagi kepentingan seluruh anggota masyarakat

Berdasarkan beberapa pengertian kebijakan publik diatas, dapat disimpulkan bahwa kebijakan publik adalah segala tindakan yang dilakukan dan tidak dilakukan oleh pemerintah dalam menghadapi permasalahan masyarakat tertentu dengan selalu mengutamakan kepentingan masyarakat secara luas dan berlandaskan pada perundang-undangan yang berlaku.

Kebijakan publik merupakan suatu rangkaian aktivitas intelektual yang dilakukan melalui beberapa proses kegiatan yang bersifat politis. Aktivitas politis tersebut terlihat pada serangkaian kegiatan yang mencakup penyusunan agenda, formulasi kebijakan, adopsi kebijakan, implementasi kebijakan dan penilaian

kebijakan. Sedangkan aktivitas perumusan masalah, *forecasting*, rekomendasi kebijakan, *monitoring* dan evaluasi kebijakan adalah aktivitas yang bersifat intelektual.

Selanjutnya, Michael Howlett dan M. Ramesh dalam buku Subarsono (2011:13) menyatakan bahwa proses kebijakan publik terdiri dari lima tahapan sebagai berikut:

1. Penyusunan Agenda (*agenda setting*), yakni suatu proses agar suatu masalah bisa mendapat perhatian dari pemerintah
2. Formulasi kebijakan (*policy formulation*), yakni proses perumusan pilihan-pilihan kebijakan oleh pemerintah.
3. Pembuatan kebijakan (*decision making*), yakni proses ketika pemerintah memilih untuk melakukan suatu tindakan atau tidak melakukan suatu tindakan.
4. Implementasi kebijakan (*policy implementation*), yaitu proses untuk melaksanakan kebijakan supaya mencapai hasil.
5. Evaluasi kebijakan (*policy evaluation*), yakni proses untuk memonitor dan menilai hasil atau kinerja kebijakan.

B. Implementasi Kebijakan

1. Definisi Implementasi Kebijakan

Van Meter dan Van Horn dalam Leo Agustino (2008:139) merumuskan proses implementasi ini sebagai:

“Those actions by public or private individuals (or groups) that are directed at the achievement of objectives set forth in prior policy decisions” (tindakan-tindakan yang dilakukan baik oleh individu-individu/pejabat-pejabat atau kelompok-kelompok pemerintah atau swasta yang diarahkan pada tercapainya tujuan-tujuan yang telah digariskan dalam keputusan kebijaksanaan).

Mazmanian dan Sabatier dalam Leo Agustino (2008:139) mendefinisikan implementasi kebijakan sebagai:

“Pelaksanaan keputusan kebijaksanaan dasar, biasanya dalam bentuk undang-undang, namun dapat pula berbentuk perintah-perintah atau keputusan-keputusan eksekutif yang penting atau keputusan badan peradilan. Lazimnya, keputusan tersebut mengidentifikasi masalah yang ingin diatasi, menyebutkan secara tegas tujuan atau sasaran yang ingin dicapai, dan berbagai cara untuk menstrukturkan atau mengatur proses implementasinya”

Selanjutnya, Mazmanian dan Sabatier dikutip dalam Solichin Abdul Wahab (1997:68-69) menjelaskan makna implementasi dengan mengatakan bahwa:

“Memahami apa yang senyatanya terjadi sesudah suatu program dinyatakan berlaku atau dirumuskan merupakan fokus perhatian implementasi kebijakan, yakni kejadian-kejadian dan kegiatan-kegiatan yang timbul sesudah disahkannya pedoman-pedoman kebijakan negara, yang mencakup baik usaha-usaha untuk mengadministrasikannya maupun untuk menimbulkan akibat-akibat/dampak nyata pada masyarakat atau kejadian-kejadian.”

Dapat disimpulkan bahwa proses implementasi kebijakan itu sesungguhnya tidak hanya menyangkut perilaku badan-badan administratif yang bertanggungjawab untuk melaksanakan program dan menimbulkan ketaatan pada diri kelompok sasaran (*target group*), melainkan pula menyangkut jaringan kekuatan-kekuatan politik, ekonomi dan sosial yang langsung atau tidak langsung dapat mempengaruhi perilaku dari semua pihak yang terlibat, dan pada akhirnya berpengaruh terhadap dampak baik yang diharapkan (*intended*) maupun yang tidak diharapkan (*unintended/negative effects*). Dengan demikian implementasi kebijakan dimaksudkan untuk memahami apa yang terjadi setelah suatu program dirumuskan, serta apa yang timbul dari program kebijakan itu.

2. Model Implementasi Kebijakan

Untuk menganalisis bagaimana proses implementasi kebijakan itu berlangsung maka dapat dilihat dari berbagai model implementasi kebijakan.

Pandangan mengenai model (teori) implementasi kebijakan banyak kita temukan dalam berbagai literatur. Secara garis besar Parsons (1997:463) membagi model implementasi kebijakan menjadi empat yaitu:

- 1) *The Analysis of failure* (model analisis kegagalan),
- 2) Model rasional (*top down*) untuk mengidentifikasi faktor-faktor mana yang membuat implementasi sukses,
- 3) Model pendekatan (*bottom-up*) kritikan terhadap model pendekatan *top-down* dalam kaitannya dengan pentingnya faktor-faktor lain dan interaksi organisasi,
- 4) Teori-teori hasil sintesis (*hybrid theories*).

Selanjutnya, Model implementasi kebijakan yang dikembangkan oleh Brian W. Hogwood dan Lewis A. Gunn dalam Riant Nugroho (2011:630), dalam mengimplementasikan kebijakan negara terdiri dari syarat-syarat sebagai berikut:

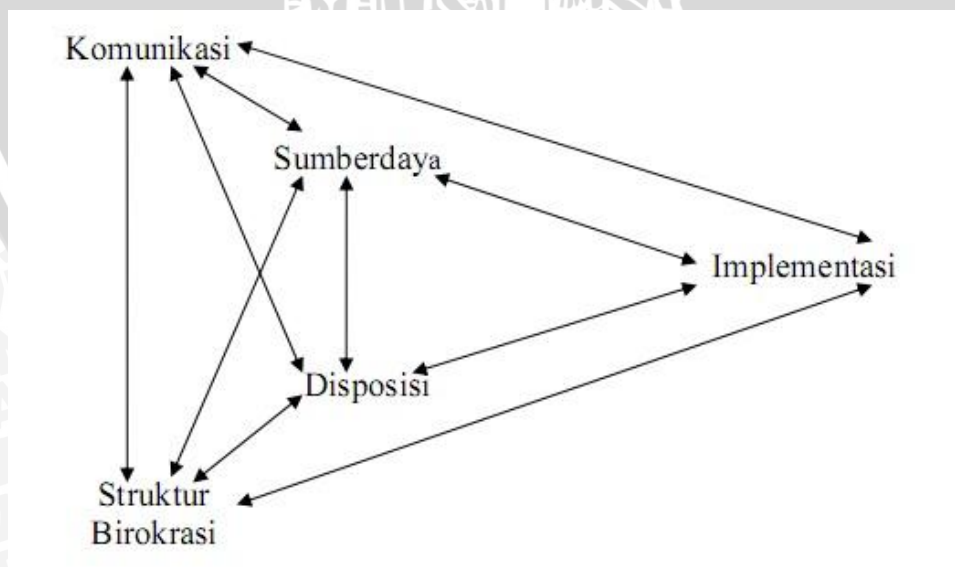
1. Kondisi eksternal yang dihadapi tidak memberikan kendala yang serius bagi Badan atau instansi pelaksana, baik itu hambatan fisik maupun hambatan politis.
2. Tersedianya Waktu dan sumber-sumber yang cukup memadai dalam pelaksanaan program
3. Perpaduan sumber-sumber yang diperlukan benar-benar tersedia.
4. Kebijakan didasari oleh suatu hubungan kausalitas yang handal
5. Hubungan kausalitas bersifat langsung atau hanya sedikit mata rantai penghubungnya.
6. Hubungan saling ketergantungan yang minimal
7. Pemahaman yang mendalam dan kesepakatan terhadap tujuan
8. Tugas-tugas terperinci dan berurutan dengan tepat
9. Komunikasi dan koordinasi yang sempurna
10. Pihak-pihak yang berwenang atau memiliki kekuasaan dapat menuntut dan mendapat kepatuhan yang sempurna.

Untuk keperluan penelitian ini, akan diambil salah satu dari beberapa model yang dikemukakan oleh para ilmuwan dalam berbagai literatur dan menurut peneliti model ini cocok dengan tema penelitian yaitu Model teori yang dikembangkan oleh **George C.Edwards III (1980)**. Menurut pandangan Edwards III dalam buku Subarsono (2011:90), implementasi kebijakan dipengaruhi oleh

empat variabel yang saling berhubungan satu sama lain. Keempat variabel tersebut antara lain:

- a. **Komunikasi**, keberhasilan implementasi kebijakan mensyaratkan agar implementor mengetahui apa yang harus dilakukan. Apa yang menjadi tujuan dan sasaran kebijakan harus ditransmisikan kepada kelompok sasaran (*target group*) sehingga akan mengurangi distorsi implementasi. Apabila tujuan dan sasaran suatu kebijakan tidak jelas atau bahkan tidak diketahui sama sekali oleh kelompok sasaran, maka kemungkinan akan terjadi resistensi dari kelompok sasaran.
- b. **Sumber daya**, walaupun isi kebijakan sudah dikomunikasikan secara jelas dan konsisten, tetapi apabila implementor kekurangan sumberdaya untuk melaksanakan, implementasi tidak akan berjalan efektif. Sumberdaya tersebut dapat berwujud sumberdaya manusia, yakni kompetensi implementor, dan sumber daya finansial.
- c. **Disposisi**, merupakan watak dan karakteristik yang dimiliki oleh implementor, seperti komitmen, kejujuran dan sifat demokratis.
- d. **Struktur Birokrasi**, merupakan struktur organisasi yang bertugas mengimplementasikan kebijakan yang memiliki pengaruh yang signifikan terhadap implementasi kebijakan. Salah satu dari aspek struktur yang penting dari setiap organisasi adalah adanya prosedur operasi yang standar atau SOP. SOP menjadi pedoman bagi implementor dalam bertindak.

Gambar 4: Model Implementasi George Edward III



Sumber: Edwards III dalam Subarsono (2011:91)

3. Tahapan dan Proses Implementasi Kebijakan

Untuk mengefektifkan kebijakan yang ditetapkan, maka perlu adanya tahap-tahap implementasi kebijakan. Irfan Islamy (1994:102,106) membagi tahap implementasi kebijakan menjadi dua bentuk, yaitu:

- a. Bersifat *self-executing* yang berarti bahwa dengan merumuskan dan disahkannya suatu kebijakan maka kebijakan tersebut terimplementasikan dengan sendirinya, misalnya pengakuan suatu negara terhadap kedaulatan negara.
- b. Bersifat *non-self-executing* bahwa suatu kebijakan publik perlu diwujudkan dan dilaksanakan oleh berbagai pihak supaya untuk pembuatan kebijakan tercapai.

Sedangkan Mark Lewis A.Gunn (1984) mengemukakan sejumlah tahap implementasi kebijakan sebagai berikut:

- a. Tahap pertama meliputi kegiatan-kegiatan: menggabungkan rencana suatu program dengan tujuan secara jelas, menentukan standar pelaksana, menentukan biaya yang akan digunakan beserta waktu pelaksanaan.
- b. Tahap kedua merupakan pelaksanaan program dengan mendayagunakan struktur, sumberdaya, prosedur, biaya dan metode.
- c. Tahap ketiga meliputi kegiatan-kegiatan: menentukan jadwal, melakukan pemantauan, mengadakan pengawasan untuk menjamin kelancaran program, dengan demikian jika terdapat penyimpangan atau pelanggaran dapat diambil tindakan yang sesuai dengan segera.

Dengan demikian, dalam implementasi kebijakan bukan berarti terpisah dengan formulasinya melainkan keberhasilan kebijakan tersebut bergantung kepada tatanan (*makro* dan *mikro*) dari kebijakan itu sendiri. Menurut Anderson (1994:98) setidaknya ada empat hal dalam proses implementasi yaitu: 1) Siapa yang dilibatkan dalam implementasi, 2) hakekat proses administrasi, 3) kepatuhan atas suatu kebijakan, 4) efek atau dampak dari isi implementasi. Keempat hal tersebut merupakan suatu rangkaian yang tidak terputus dan setiap kebijakan yang ditetapkan dan diimplementasikan selalu didahului oleh penentuan unit pelaksana

yang disebut 'administratif unit' yaitu jajaran birokrasi dari level atas sampai level terendah dalam birokrasi.

4. Faktor Penghambat dan Pendukung Proses Implementasi Kebijakan

Setiap implementasi kebijakan mengandung resiko kegagalan, Hogwood dan Gunn dalam Abdul Wahab (2004:61-62) telah membagi pengertian kegagalan kebijakan (*policy failure*) dalam dua kategori:

- a. *Non implementation* (tidak terimplementasikan), artinya bahwa suatu kebijakan tidak dilaksanakan sesuai dengan rencana, dimungkinkan karena pihak-pihak yang terlibat di dalam pelaksanaannya tidak mau bekerjasama, atau mereka telah bekerja secara tidak efisien, setengah hati ataupun karena mereka tidak sepenuhnya menguasai permasalahan.
- b. *Unsuccessful implementation* (implementasi yang tidak berhasil), artinya manakala suatu kebijakan tertentu telah dilaksanakan sesuai dengan rencana, namun mengingat kondisi eksternal ternyata tidak menguntungkan. Kebijakan tersebut tidak berhasil dalam mewujudkan dampak atau hasil akhir yang dikehendaki. Biasanya kebijakan yang memiliki resiko untuk gagal tersebut disebabkan faktor-faktor berikut: pelaksanaannya yang buruk (*bad execution*), kebijakan sendiri yang buruk (*bad policy*) dan kebijakan itu bernasib buruk (*bad luck*)

Selain faktor penghambat pelaksanaan kebijakan, juga terdapat faktor-faktor pendukung dalam implementasi kebijakan, oleh Anderson dalam Islamy (2004:108-110) dijelaskan:

Sebab-sebab anggota masyarakat melaksanakan suatu kebijakan, yaitu 1) respek anggota masyarakat terhadap otoritas dan keputusan-keputusan badan-badan pemerintah; 2) adanya kesadaran untuk menerima kebijakan; 3) adanya keyakinan bahwa kebijakan itu dibuat secara sah, konstitusional dan dibuat oleh pejabat pemerintah yang berwenang melalui prosedur yang telah ditetapkan; 4) sikap menerima dan melaksanakan kebijakan publik karena kebijakan-kebijakan kontroversial yang lebih banyak mendapatkan penolakan warga masyarakat dalam pengimplementasiannya.

C. Pelayanan Publik

Pelayanan publik adalah salah satu fungsi organisasi baik organisasi pemerintahan maupun organisasi swasta. Pelayanan dalam Moenir (2001:16-17) adalah proses pemenuhan kebutuhan melalui aktivitas orang lain secara langsung.

Pelayanan publik yang lebih spesifik dikutip dari Keputusan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara Nomor 63 Tahun 2003 mendefinisikan pelayanan umum atau publik adalah segala bentuk pelayanan yang dilaksanakan oleh instansi pemerintahan baik pusat maupun daerah, dalam bentuk barang maupun jasa dalam rangka upaya pemenuhan kebutuhan masyarakat maupun dalam rangka pelaksanaan ketentuan peraturan perundang-undangan.

Permintaan pelayanan publik semakin meningkat seiring dengan semakin meningkatnya jumlah penduduk, tingkat pendidikan, tingkat kebutuhan dan tingkat kesejahteraan masyarakat. Maka menurut Sumartono (2007) yang pernah menyatakan melalui pidatonya bahwa, Pelayanan Publik bukan hanya merupakan persoalan administratif saja tetapi lebih dari itu yaitu pemenuhan keinginan dari publik. Oleh karena itu diperlukan kesiapan bagi administrator pelayan publik agar dapat dicapai kualitas pelayanan yang baik.

Pemerintahan pada hakekatnya adalah pelayan kepada masyarakat. Pemerintahan diadakan tidak untuk melayani diri sendiri tetapi untuk melayani masyarakat serta menciptakan kondisi yang memungkinkan setiap anggota masyarakat mengembangkan kemampuan dan kreativitasnya demi mencapai tujuan bersama. Karenanya birokrasi publik berkewajiban dan bertanggung jawab untuk memberikan layanan publik yang baik dan profesional.

Sedangkan menurut Inu Kencana (1999:39), Publik atau masyarakat umum itu sendiri, yang selayaknya diurus, diatur dan dilayani oleh pemerintah sebagai administrator tetapi juga sekaligus kadang-kadang bertindak sebagai penguasa dalam pengaturan hukum tata negaranya. Selanjutnya menurut Widodo (2001:14) Pelayanan publik dapat diartikan sebagai pemberian layanan (melayani) keperluan orang atau masyarakat yang mempunyai kepentingan pada organisasi tersebut sesuai dengan aturan pokok dan tata cara yang telah ditetapkan.

D. Konsep Pelayanan Kesehatan Masyarakat

Menurut Levei dan Loamba dalam Azrul (1996:35), 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 perorangan, keluarga, kelompok dan ataupun masyarakat.

Pelayanan kesehatan yang termasuk dalam kelompok pelayanan kesehatan masyarakat yang ditandai dengan cara pengorganisasian yang umumnya secara bersama-sama dalam satu organisasi, tujuan utamanya untuk kelompok dan masyarakat.

Lingkungan pelayanan kesehatan meliputi sistem pembiayaan kesehatan, peraturan perundang-undangan, kebijakan pemerintah dalam pelayanan kesehatan, kebijakan pembiayaan dan peraturan keuangan, serta sistem regulasi kesehatan. Seluruh sistem yang berlaku di masyarakat sangat berpengaruh terhadap sistem organisasi pelayanan kesehatan dan sistem mikro pelayanan kesehatan.

Untuk melakukan perbaikan mutu pelayanan kesehatan, perlu diperhatikan empat tingkatan perubahan menurut Berwick (2002:4), yaitu:

1. Pengalaman pasien dan masyarakat
2. Sistem mikro pelayanan
3. Sistem organisasi pelayanan kesehatan
4. Lingkungan pelayanan kesehatan

E. Standar Pelayanan Minimal

Standar pelayanan minimal merupakan suatu istilah dalam pelayanan publik yang menyangkut kuantitas dan kualitas pelayanan publik yang disediakan oleh pemerintah sebagai salah satu indikator kesejahteraan masyarakat. Menurut Oentarto (2004:173), standar pelayanan minimal memiliki nilai yang strategis baik bagi pemerintahan pusat (daerah) maupun bagi masyarakat (konsumen).

Dengan demikian pelayanan yang berkualitas dan bermutu adalah pelayanan yang berbasis masyarakat, melibatkan masyarakat dan dapat diperbaiki secara terus menerus. Disisi lain, pemerintah dituntut untuk bekerja secara efisien dan efektif dalam hal pelayanan kepada masyarakat.

Ketentuan Standar Pelayanan Minimal (SPM) diatur dalam Surat Edaran Menteri Dalam Negeri No. 100/757 Tahun 2002, kemudian diatur lebih lanjut dalam PP No. 65 Tahun 2005. Pemahaman SPM dengan baik bagi masyarakat merupakan hal yang signifikan karena terkait dengan konstitusional perorangan maupun kelompok masyarakat yang harus mereka peroleh dan wajib dipenuhi

oleh pemerintah, yaitu berupa pelayanan publik yang harus dilaksanakan pemerintah kepada masyarakat.

Adapun prinsip-prinsip SPM sesuai SE Mendagri No.100/757/OTDA, yaitu sebagai berikut:

1. Menjamin akses dan mutu pelayanan dasar kepada masyarakat secara merata dalam rangka penyelenggaraan urusan wajib
2. Dilaksanakan di seluruh pelayanan pemerintah
3. Merupakan bagian dari penyelenggaraan pelayanan dasar nasional

F. Dasar Hukum Pelayanan Kesehatan Masyarakat

- a. Undang-Undang Dasar Republik Indonesia 1945
- b. UU RI No.25 Tahun 2009 tentang Pelayanan Publik
- c. Undang-Undang kesehatan RI No.23 Th. 1992
- d. Keputusan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara Nomor:Kep/26/M.Pan/2/2004 Tentang Petunjuk Teknis Transparansi Dan Akuntabilitas dalam Penyelenggaraan Pelayanan Publik
- e. Ketentuan SPM dalam Surat Edaran Menteri Dalam Negeri No.100/757 tahun 2002, dan diatur lebih lanjut di dalam PP No. 65 Tahun 2005
- f. SK MENKES No. 826/MENKES/SK/IX/2008 tentang SPM

G. Jamkesmas (Jaminan Kesehatan Masyarakat)

Berdasarkan yang diatur dan ditetapkan dalam Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 685/ Menkes/ SK/ VI/ 2010 selanjutnya disesuaikan kembali

melalui Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 903/ Menkes/ Per/ V/ 2011, Jamkesmas merupakan jaminan kesehatan masyarakat yang ditetapkan untuk meningkatkan derajat kesehatan meliputi akses dan mutu pelayanan kesehatan khususnya bagi masyarakat miskin atau tidak mampu yang dilaksanakan dengan prinsip asuransi kesehatan nasional sebagaimana yang diatur dalam UU SJSN, yaitu dikelola secara nasional, nirlaba, transparan, efisien dan efektif.

Program Jaminan Kesehatan Masyarakat memberikan perlindungan sosial di bidang kesehatan masyarakat untuk menjamin masyarakat miskin dan tidak mampu yang iurannya dibayar oleh pemerintah. Iuran program Jaminan Kesehatan Masyarakat bersumber dari Anggaran Pengeluaran dan Belanja Negara (APBN) dari Mata Anggaran Kegiatan (MAK) belanja bantuan sosial.

Program Jamkesmas diselenggarakan berdasarkan konsep asuransi sosial yang diselenggarakan secara nasional dengan tujuan untuk: 1) mewujudkan portabilitas pelayanan sehingga pelayanan rujukan tertinggi yang disediakan Jamkesmas dapat diakses oleh seluruh peserta berbagai wilayah; 2) agar terjadi subsidi silang dalam rangka mewujudkan pelayanan kesehatan menyeluruh bagi masyarakat miskin.

Program Jamkesmas diperluas sasarannya bagi ibu hamil dan melahirkan melalui Jaminan Persalinan (Jampersal) dan bagi penderita Thalassaemia Mayor melalui jaminan pelayanan pengobatan penderita Thalassaemia, dan penyelenggaraan ketiganya merupakan satu kesatuan yang tidak terpisahkan.

Penyelenggaraan Program Jamkesmas dibedakan dalam dua kelompok berdasarkan tingkat pelayanannya yaitu: 1) Jamkesmas untuk pelayanan dasar di puskesmas termasuk jaringannya; 2) Jamkesmas untuk pelayanan kesehatan lanjutan di rumah sakit dan balai kesehatan.

Peserta yang dijamin dalam program Jamkesmas meliputi:

- a. Masyarakat miskin dan tidak mampu yang telah ditetapkan dengan keputusan Bupati/Walikota mengacu pada:
 1. Data masyarakat miskin sesuai dengan data BPS 2008 dari Pendataan Program Perlindungan Sosial (PPLS) yang telah lengkap dengan nama dan alamat yang jelas.
 2. Sisa kuota: total kuota dikurangi data BPS 2008 untuk kabupaten/kota setempat yang ditetapkan sendiri oleh kabupaten/kota setempat lengkap dengan nama dan alamat.
- b. Gelandangan, pengemis, anak dan orang terlantar, masyarakat miskin yang tidak memiliki identitas.
- c. Peserta Program Keluarga Harapan (PKH) yang tidak memiliki kartu Jamkesmas.
- d. Masyarakat miskin yang ditetapkan berdasarkan Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 1185/Menkes/SK/XII/2009 tentang Peningkatan Kepesertaan Jamkesmas bagi Panti Sosial, Penghuni Lembaga Perumahan dan Rumah Tahanan Negara serta Korban Bencana Pasca Tanggap Darurat.
- e. Ibu hamil dan melahirkan serta bayi yang dilahirkan (sampai umur 28 hari) yang tidak memiliki jaminan kesehatan. Tata laksana pelaksanaan mengacu pada Petunjuk Teknis Jaminan Persalinan.

- f. Penderita Thalassaemia Mayor yang sudah terdaftar pada Yayasan Thalassaemia Indonesia (YTI) atau yang belum terdaftar namun telah mendapat surat keterangan Direktur RS sebagaimana diatur dalam Petunjuk Teknis Jaminan Pelayanan Pengobatan Thalassaemia.

H. Jamkesda (Jaminan Kesehatan Daerah) dan Surat Pernyataan Miskin (SPM)

Sesuai dengan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 903/Menkes/PER/V/2011, dalam rangka penguatan pengelolaan dan pengawasan program jaminan kesehatan masyarakat (Jamkesmas) di masing-masing daerah baik tingkat provinsi, kabupaten atau kota serta untuk meningkatkan kontribusi pemerintah daerah, maka melalui Jaminan Kesehatan Daerah (Jamkesda) dapat memperluas cakupan kepesertaan bagi masyarakat tidak mampu yang tidak tercover oleh jamkesmas dikarenakan keterbatasan dalam pendataan.

Sebagaimana amanat Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN), untuk menyelenggarakan Jaminan Kesehatan di daerah, agar terjadi harmonisasi dan sinkronisasi maka mekanisme penyelenggaraannya harus mengikuti prinsip-prinsip asuransi sosial, diantaranya:

1. Tidak bersifat komersial (nirlaba)
2. Pelayanan komprehensif
3. Portabilitas
4. Kendali mutu dan kendali biaya
5. Efisien, efektif, transparan dan akuntabel

Selain memenuhi prinsip diatas, agar pelaksanaan lapangan dapat berjalan baik dan berkesinambungan (*sustainable*) serta tidak menimbulkan duplikasi (anggaran, sasaran dan benefit yang diterima) maka perlu diperhatikan beberapa hal penting sebagai berikut:

1. Kemampuan sumber daya cukup dan berkualitas
2. Keterjangkauan Sarana dan Prasarana Pelayanan
3. Rujukan berstruktur dan berjenjang
4. Sistem pencatatan dan pelaporan terintegrasi dengan Jamkesmas
5. Harmonisasi dan sinkronisasi dengan program Jamkesmas.

Berdasarkan Peraturan Bupati Blitar Nomor 12 Tahun 2010 tentang Pedoman Pelayanan Jaminan Kesehatan Masyarakat Miskin Daerah (Jamkesda) Kabupaten Blitar, selanjutnya ditambah melalui Peraturan Bupati Nomor 13 Tahun 2010 tentang Pedoman Penerbitan Surat Keterangan Miskin (SKM) dan Surat Pernyataan Miskin (SPM) bagi Masyarakat Miskin Diluar Kuota Jamkesmas dan Jamkesda di Kabupaten Blitar, Program Jamkesda merupakan program pembiayaan pelayanan bagi masyarakat miskin yang tidak terlayani melalui Program Jamkesmas Tahun 2010. Selanjutnya dalam Jamkesda melalui Dinas Kesehatan dan jajarannya oleh Perintah Bupati menetapkan daftar tambahan nama-nama Keluarga Miskin di wilayah Kabupaten Blitar yang belum terjangkau pada data nama keluarga miskin Jamkesmas 2010.

Karena disebabkan oleh faktor geografis yang luas dan keterbatasan akses di wilayah Kabupaten Blitar maka masih banyak keluarga miskin yang belum

terdaftar baik itu dalam Jamkesmas dan Jamkesda yang sebenarnya menjadi hak mereka. Oleh karena itu, dilaksanakanlah program lanjutan bagi masyarakat miskin yang ada di luar kuota jamkesmas dan jamkesda yaitu diterbitkannya Surat Keterangan Miskin (SKM) dan Surat Pernyataan Miskin (SPM) sedangkan dalam pembiayaannya dibebankan pada APBD Pemerintah Kabupaten Blitar.

Penerbitan SKM dan SPM melalui verifikasi oleh Tim Verifikator Desa atau Kelurahan, Tim Verifikator Kecamatan dan Tim Verifikator Dinas Kesehatan Kabupaten Blitar. Adapun kriteria penetapan masyarakat miskin yang digunakan tim verifikator menurut SK Bupati Blitar N0.188/357/409.012/KPTS/2012 ialah sebagai berikut:

1. Luas lantai bangunan tempat tinggal kurang dari 8 m²
2. Jenis luas Bangunan tempat tinggal terbuat dari tanah/bambu/kayu murahan
3. Jenis dinding terluas dari bambu/rumbia/kayu kualitas rendah/tembok tanpa plester
4. Tidak memiliki jamban
5. Penerangan bukan listrik
6. Air minum berasal dari sumur, mata air tak terlindungi/sungai/PAH
7. Bahan bakar untuk masak dari kayu/arang
8. Beli pakaian baru hanya 1 stel per tahun
9. Hanya makan 2 atau 1 kali per hari
10. Jika sakit tidak bisa membayar
11. Penghasilan dibawah UMK
12. Pendidikan kepala keluarga setingkat SD ke bawah
13. Tidak mempunyai aset senilai maksimal Rp. 3.000.000,- (tiga juta rupiah), meliputi: Sepeda motor, ternak, Perhiasan/emas, TV dan Tabungan
14. Status kepemilikan rumah bukan rumah sendiri/sewa/menumpang
15. Mempunyai tanah produktif maksimal seluas 40 Ru

BAB III

METODE PENELITIAN

A. Jenis Penelitian

Penelitian deskriptif dalam Bungin (2001:48) bertujuan untuk menggambarkan, meringkas berbagai kondisi, situasi atau berbagai variabel yang timbul di masyarakat yang menjadi obyek penelitian itu. Kemudian menarik ke permukaan sebagai suatu ciri atau gambaran tentang kondisi, situasi maupun variabel tertentu.

Dengan kata lain penelitian deskriptif dengan pendekatan kualitatif bertujuan untuk memperoleh makna yang mendalam tentang suatu fenomena dengan jalan mengumpulkan fakta-fakta dan keterangan yang berhubungan dengan fokus dan tujuan penelitian. Maka pendekatan kualitatif berusaha melihat dan mengetahui. Untuk melaksanakan penelitian dengan pendekatan kualitatif sesuai dikutip dalam Moleong (2007:4-8), seorang peneliti harus memperhatikan ciri-ciri yang mencakup: latar alamiah, manusia sebagai alat atau instrument, metode kualitatif, analisa deskriptif, lebih mementingkan proses dari pada 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, gambaran dan bukan angka-angka, hal ini dijabarkan oleh adanya penerapan metode kualitatif. Dengan demikian laporan penelitian akan berisi kutipan-kutipan untuk memberikan gambaran penyajian laporan tersebut.

B. Fokus Penelitian

Fokus penelitian dalam sebuah penelitian dikutip dalam kuantitatif menurut Moleong (2007:63), bertujuan:

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

Penentuan fokus penelitian berperan penting bagi seorang peneliti dalam menentukan data yang akan digunakan relevan atau tidak relevan. Penentuan fokus yang diterapkan dalam penelitian ini adalah

1. Proses implementasi kebijakan pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin non kuota atau Jamkesda dan SPM di Dinas Kesehatan Kabupaten Blitar khususnya pada Peraturan Bupati Blitar Nomor 28 Tahun 2012 tentang Penyelenggaraan Jaminan Pelayanan Kesehatan Bagi Masyarakat Miskin Non Kuota (Jamkesda dan SPM) Kabupaten Blitar, sesuai dengan model implementasi menurut George Edward III (1980) yang meliputi:
 - a. Proses *komunikasi* dalam pelaksanaan kebijakan, baik itu terhadap masyarakat maupun kepada sesama pelaksana kebijakan atau aktor kebijakan.

- b. Keadaan atau ketersediaan *Sumber Daya* pendukung pelaksanaan kebijakan yang mempengaruhi keberhasilan implementasi kebijakan
- c. Proses pendekatan dalam pelaksanaan kebijakan melalui *disposisi* atau sikap dari pelaksana kebijakan
- d. Proses pembentukan atau ketersediaan suatu *struktur birokrasi* sebagai pendukung dalam pembagian tugas dan fungsi dalam pelaksanaan kebijakan maupun menyusun prosedur standarnya.

2. Mengidentifikasi beberapa faktor yang mempengaruhi proses implementasi kebijakan jaminan pelayanan masyarakat miskin non kuota (Jamkesda dan SPM); baik itu faktor pendukung maupun faktor yang menghambat kebijakan.

C. Lokasi dan Situs Penelitian

Lokasi dan situs penelitian adalah tempat dimana peneliti menangkap fenomena sesungguhnya dari obyek yang diteliti. Dengan demikian yang menjadi fokus dalam penelitian ini adalah Dinas Kesehatan Kabupaten Blitar, khususnya pada Bidang Pengembangan Sumber Daya Kesehatan (PSDK) yang merupakan unit yang bertanggung jawab mengelola pelaksanaan program Jamkesmas dan Jamkesda. Adapun untuk memperkuat data penulis juga melakukan penelusuran di beberapa pelayan kesehatan masyarakat (Yankes) di tingkat kecamatan atau desa guna memperoleh informasi yang mendukung.

Selanjutnya alasan yang mendasari pemilihan situs tersebut adalah sesuai dengan Peraturan Bupati Blitar No.28 Tahun 2012 tentang Penyelenggaraan Jaminan Pelayanan Kesehatan bagi Masyarakat Miskin Non Kuota (Jamkesda/SPM) Kabupaten Blitar, Dinas Kesehatan merupakan instansi utama dalam Satuan Perangkat Kerja Daerah (SKPD) Kabupaten Blitar yang memiliki tugas melaksanakan urusan pemerintahan daerah dalam bidang pelayanan kesehatan masyarakat, khususnya pengelolaan jaminan kesehatan masyarakat. Sehingga, situs tersebut memiliki informasi banyak dan diharapkan mampu menjelaskan kronologis dan fenomena pelaksanaan program Jamkesda/SPM dengan aktual dan detail.

D. Sumber dan Jenis Data

Sumber data merupakan tempat, orang atau benda dimana peneliti dapat mengamati, bertanya atau membaca tentang hal-hal yang berkenaan dengan topik yang diteliti. Menurut Loftlan yang dikutip Moleong (2007: 112-117) yang dimaksud sebagai sumber data utama dalam penelitian kualitatif adalah ucapan lisan dan tindakan, selebihnya adalah data tambahan seperti dokumen dan lain-lain. Dengan demikian secara garis besar sumber data yang dimaksud dibedakan atas orang memberikan sumber data berupa lisan, tindakan (informan), tempat berkenaan terjadinya peristiwa yang diteliti maupun dokumen sebagai sumber data dalam bentuk tertulis.

Dalam penelitian ini jenis dan sumber data yang digunakan adalah:

1. Data Primer merupakan data yang didapat dari sumber informan pertama yaitu individu atau perseorangan seperti hasil wawancara yang dilakukan oleh peneliti. ini diperoleh melalui wawancara dengan pegawai Dinas Kesehatan Kabupaten Blitar yang dipercaya paham mengenai masalah dalam penelitian. Selain itu, wawancara juga akan dilakukan dengan beberapa orang atau masyarakat miskin terpilih yang diyakini mampu memberikan informasi yang objektif dan mendalam. Data primer ini berupa antara lain:

- catatan hasil wawancara
- hasil observasi ke lapangan secara langsung dalam bentuk catatan tentang situasi dan kejadian
- data-data mengenai informan, informan dalam penelitian ini adalah pegawai pada Dinas Kesehatan Kabupaten Blitar:

1. Kepala Bidang Pengembangan Sumber Daya Kesehatan (PSDK).
2. Kepala Seksi Pembiayaan Kesehatan, Bidang PSDK.
3. Pegawai Loker atau Pos Pengajuan Surat Pernyataan Miskin (SPM).
4. Tim verifikator Surat Pernyataan Miskin (SPM)

- Data-data mengenai informan yang berasal dari masyarakat miskin, antara lain:

1. Masyarakat miskin yang mengajukan permohonan Surat Pernyataan Miskin (SPM) di Loker Pengajuan SPM, Kantor Dinas Kesehatan Kabupaten Blitar.

2. Masyarakat Miskin pemegang Surat Pernyataan Miskin (SPM) yang mendapatkan perawatan kesehatan di rumah sakit atau instansi kesehatan.
3. Data Sekunder merupakan data yang telah tersedia bagi peneliti dan dapat digunakan untuk membantu menganalisis permasalahan. Dalam penelitian ini merupakan sumber data sekunder adalah dokumen-dokumen yang dapat berupa arsip-arsip, catatan-catatan resmi ataupun peraturan tertulis. Sumber data sekunder tersebut dapat diperoleh dari Dinas Kesehatan Kabupaten Blitar.

E. Teknik Pengumpulan Data

1. Wawancara, Wawancara dalam Moleong (2007: 186) adalah percakapan dengan maksud tertentu. Percakapan dilakukan oleh dua pihak, yaitu pewawancara (*interviewer*) yang mengajukan pertanyaan dan pewawancara (*interviewee*) yang memberikan jawaban atas pertanyaan itu. Peneliti harus mencatat teknis yang mana kondisi dan situasi yang mana mendukung penerimaan informasinya yang paling tepat. Wawancara dilakukan kepada responden yang dianggap menguasai masalah penelitian. Hal ini dimaksudkan untuk memperoleh penjelasan mengenai hal yang sebenarnya dan relevan dengan masalah yang diteliti informan yang dimaksudkan adalah:

Pegawai Dinas Kesehatan Kabupaten Blitar:

1. Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Blitar
2. Kepala Bidang Pengembangan Sumber Daya Kesehatan (PSDK).

3. Kepala Seksi Pembiayaan Bidang PSDK.
 4. Pegawai Loker atau Pos Pengajuan Surat Pernyataan Miskin (SPM).
 5. Anggota Tim Verifikator Jamkesda dan SPM
2. Dokumentasi, yaitu pengumpulan data dengan memperoleh dokumen atau inventarisasi arsip dari instansi yang menjadi obyek penelitian dalam hal ini data yang diperoleh adalah data yang berhubungan dengan permasalahan penelitian yang dilakukan termasuk internet, peraturan-peraturan, data penerima atau pasien jamkesmas dan sejenisnya yang berhubungan dengan kebutuhan penelitian.
3. Observasi, observasi atau pengamatan menurut Moleong (2007: 242), merupakan salah satu teknik penelitian yang sangat penting. Pengamatan itu digunakan karena berbagai alasan. Ternyata ada beberapa tipologi pengamatan. Terlepas dari jenis pengamatan, dapat dikatakan bahwa pengamatan terbatas dan tergantung pada jenis dan variasi pendekatan. Dalam pengamatan ini pada dasarnya responden menjadi sasaran pengamatan. Karena dalam teknik pengamatan ini hanya peneliti atau pengamat yang memegang peranan, maka keberhasilan pengamatan sangat tergantung pada ketelitian, kepekaan, dan pengendalian diri dari pengamat yang bersangkutan. Teknik ini perlu dilakukan untuk memperoleh data yang berkaitan dengan penyelenggaraan program jamkesmas non kuota (jamkesda dan SPM)

F. Instrumen Penelitian

Instrumen penelitian merupakan alat bantu untuk mengumpulkan data dan informasi yang diperlukan oleh peneliti pada saat penelitian. Menurut Arikunto

(2006:150) "Instrumen penelitian adalah alat atau fasilitas yang digunakan peneliti dalam mengumpulkan data agar pekerjaannya lebih mudah dan hasilnya lebih baik dalam arti lebih cermat, lengkap serta sistematis dan mudah diolah".

Adapun instrument penelitian yang digunakan adalah :

1. Peneliti sendiri, yaitu dengan menggunakan panca indera sendiri untuk melihat, mengamati dan merasakan kejadian yang ada di lapangan, terutama yang berhubungan dengan fokus penelitian;
2. Pedoman wawancara (*Interview Guide*), digunakan agar wawancara yang dilakukan sesuai dengan topic penelitian;
3. Catatan lapangan (*Field Note*) yaitu catatan yang dilakukan untuk mencatat hasil wawancara dan pengamatan dari sumber data;
4. Alat tulis menulis untuk membantu dalam pencatatan hal-hal penting di lapangan.

G. Analisis Data

Manurut Patton dalam Moleong (2007:280), teknik analisis data adalah proses kategori urutan data, mengorganisasikannya ke dalam suatu pola, kategori dan satuan uraian dasar, ia membedakannya dengan penafsiran yaitu memberikan arti yang signifikan terhadap analisis, menjelaskan pola uraian dan mencari hubungan di antara dimensi-dimensi uraian.

Sedangkan menurut Bogdan dan Taylor dikutip dalam Moleong (2007:280), analisis data sebagai proses yang merinci usaha secara formal untuk menemukan tema dan merumuskan hipotesis seperti yang di sarankan oleh data

dan sebagai usaha untuk memberikan bantuan pada tema dan hipotesis tersebut, jika dikaji definisi pertama lebih menitikberatkan pada pengorganisasian data sedangkan definisi tersebut dapat pengorganisasian data sedangkan definisi yang kedua lebih menekankan maksud dan tujuan analisis data, dan dari kedua definisi tersebut dapat ditarik kesimpulan, analisis data, adalah proses mengorganisasikan dan mengurutkan data ke dalam pola, kategori dan satuan uraian dasar sehingga dapat ditemukan tema dan dapat dirumuskan hipotesis kerja seperti yang disarankan oleh data.

Dalam bukunya, Miles dan Huberman (1992:16-21) menyatakan bahwa analisis data kualitatif dari tiga alur kegiatan yang terjadi secara bersamaan, yaitu reduksi data, penyajian data dan penarikan kesimpulan atau verifikasi. Tetapi sebelum dilakukan ketiga alur analisis tersebut, harus dilakukan pengumpulan data.

Alur kegiatan analisis data dalam penelitian deskriptif dengan pendekatan kualitatif dalam Milles dan Huberman (1992:16), meliputi:

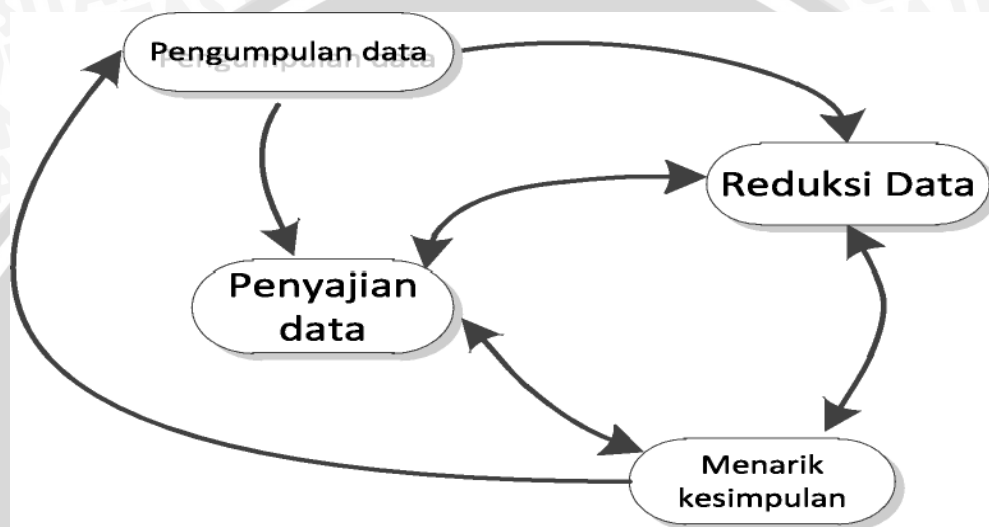
1. Pengumpulan data, yaitu data yang terkumpul dari hasil *interview*, observasi, dan dokumentasi
2. Reduksi Data, diartikan sebagai proses pemilihan, pemulihan, pemusatan perhatian pada penyederhanaan, pengabstrakan dan informasi data "kasar" yang muncul dari catatan-catatan tertulis di lapangan. Reduksi data merupakan suatu bentuk analisis yang menajamkan, menggolongkan mengarahkan, membuang yang tidak perlu, dan mengorganisasi data dengan cara sedemikian rupa sehingga kesimpulan-kesimpulan akhirnya dapat ditarik dan diverifikasi. Data yang diperoleh di lapangan tersebut kemudian peneliti dengan cara klasifikasi data dan selanjutnya dipilih mana yang relevan dan mana yang tidak relevan dengan permasalahan dan fokus penelitian. Reduksi data berlangsung terus menerus selama kegiatan penelitian kualitatif berlangsung, sehingga diharapkan nantinya akan diklasifikasikan dan diperoleh suatu verifikasi yang jelas dan terarah.

3. Penyajian Data atau "*display data*" merupakan sekumpulan informasi tersusun yang memberi kemungkinan adanya penarikan kesimpulan dan pengambilan tindakan. Dengan penyajian data, kita akan dapat memahami apa yang sedang terjadi dan apa yang harus kita lakukan, lebih jauh menganalisis atautkah mengambil tindakan berdasarkan atas pemahaman yang didapat dari penyajian-penyajian tersebut. Hal ini dilakukan agar memudahkan bagi peneliti untuk melihat gambaran secara keseluruhan atau bagian-bagian tertentu dari data penelitian, sehingga dari data tersebut dapat ditarik kesimpulan. Oleh karenanya dalam penelitian ini peneliti akan menyajikan data dalam bentuk label-label, skema dan bentuk naratif atau kumpulan kalimat.
4. Penarikan Kesimpulan atau Verifikasi, Verifikasi data dalam penelitian kualitatif dilakukan secara terus menerus selama proses penelitian berlangsung. Data yang diperoleh disajikan sedemikian rupa, kemudian dilakukan analisis terhadap data tersebut. Dari hasil data-data yang dikumpulkan dan dianalisa itu dapat ditarik kesimpulan. Kemudian kesimpulan yang telah ditarik akan diverifikasikan, baik berdasarkan kerangka pikir penelitian maupun berdasarkan catatan-catatan yang ada, agar mempunyai validitas dan mencapai konsensus pada tingkat optimal antara peneliti dengan sumber informan

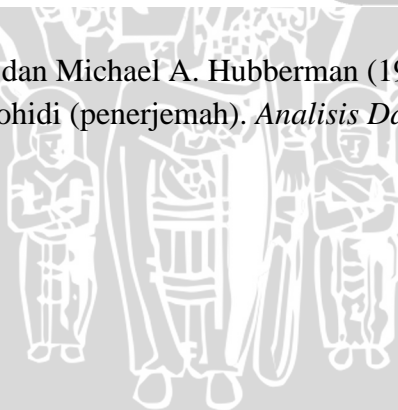
Pada intinya, dalam penelitian ini semua data yang diperoleh akan direduksi, yaitu memilih data, baik dengan mengurangi maupun diklasifikasi karena tidak semua data yang diperoleh itu mempunyai kaitan dengan penelitian. Setelah itu, data yang ada akan dianalisis, kemudian dilakukan penyajian data dengan membuat data kesimpulan sementara. Analisis data yang dilakukan bersifat umum dan menyeluruh tentang hal-hal yang tercakup dalam fokus penelitian. Hasil kecenderungan yang ada nantinya akan disimpulkan sebagai hasil dari penelitian ini.

Untuk memperjelas model analisis data Milles dan Huberman dapat digambarkan sebagai berikut :

Gambar 5:
Alur Skema Analisis Data



Sumber: Matthew H. Miles dan Michael A. Hubberman (1992) *Qualitatif Data Analysis*. Tjejep Rohendi Rohidi (penerjemah). *Analisis Data Kualitatif*. Jakarta: UI Press. Hal.20



BAB IV

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

A. Gambaran Umum Lokasi Penelitian

1. Keadaan Geografis

Kabupaten Blitar merupakan salah satu dari 38 kabupaten / kota dalam Provinsi Jawa Timur yang berada di sebelah selatan garis khatulistiwa. Secara geografis, Kabupaten Blitar terletak di antara $111^{\circ}40^1$ - $112^{\circ}10^1$ Bujur Timur dan $7^{\circ}58^1$ - $8^{\circ}9^151^1$ Lintang Selatan. Dengan batas wilayah:

- Sebelah Utara : Kabupaten Kediri
- Sebelah Selatan : Samudra Indonesia
- Sebelah Barat : Kabupaten Tulungagung
- Sebelah Timur : Kabupaten Malang

Gambar 6: Peta Kabupaten Blitar



Sumber: Profil Kab. Blitar BPS 2011

Luas Wilayah Kabupaten Blitar adalah 1.588,79 Km² meliputi wilayah Blitar selatan dan Blitar utara yang dipisahkan oleh Sungai Brantas, sedangkan kedua wilayah tersebut memiliki karakteristik yang relatif berbeda. Wilayah Blitar bagian selatan pada umumnya merupakan daerah pegunungan kapur yang relatif kurang subur karena ketersediaan sarana air bersih di wilayah tersebut minim sehingga sedikit menjadi masalah bagi keperluan rumah tangga demikian pula bidang pertanian. Sedangkan Blitar utara tanahnya lebih subur dan ketersediaan air bersih cukup memadai sehingga tidak menimbulkan masalah bagi keperluan rumah tangga maupun bidang pertanian.

Secara Administratif, Kabupaten Blitar terbagi menjadi 22 kecamatan, 28 kelurahan dan 220 desa. Dari 28 kelurahan yang berstatus perkotaan sebanyak 21 kelurahan dan sisanya sebanyak 7 kelurahan berstatus perdesaan. Dan untuk 220 desa yang ada di Kabupaten Blitar yang berstatus perkotaan. Sedangkan pusat pemerintahan Kabupaten Blitar berada di wilayah Kota Blitar, yang berada pada ketinggian wilayah ± 167 meter dari permukaan air laut. Kabupaten Blitar merupakan daerah dataran tinggi dengan ketinggian rata-rata diatas 100 meter diatas permukaan laut.

Secara topografi wilayah, menurut data yang bersumber dari Dinas Pekerjaan Umum Bina Marga dan Pengairan Kabupaten Blitar menyebutkan ada 6 daerah yang wilayahnya di pegunungan yang mempunyai ketinggian wilayah diatas ± 300 meter dari permukaan air laut, yaitu: Kec. Wates, Kec. Wonotirto, Kec. Doko, Kec. Gandusari, Kec. Nglegok dan Kec. Panggunrejo. Wilayah

Kecamatan Wates berada pada ketinggian tertinggi yaitu ± 420 meter dari permukaan air laut.

Gambar 7: Tinggi dan Luas Wilayah Per Kecamatan

Kecamatan <i>District</i>	Tinggi Ibukota Kecamatan <i>Hight District</i> (Meter)	Luas Wilayah Kecamatan <i>Areas District</i> (Km ²)
(1)	(2)	(3)
010. Bakung	± 160	111,24
020. Wonotirto	± 387	164,54
030. Panggungrejo	± 310	119,04
040. Wates	± 420	68,76
050. Binangun	± 243	76,79
060. Sutojayan	± 150	44,20
070. Kademangan	± 246	105,28
080. Kanigoro	± 183	55,55
090. Talun	± 221	49,78
100. Selopuro	± 192	39,29
110. Kesamben	± 222	56,96
120. Selorejo	± 293	52,23
130. Doko	± 349	70,95
140. Wlingi	± 282	66,36
150. Gandusari	± 348	88,23
160. Garum	± 276	54,56
170. Nglegok	± 325	92,56
180. Sanankulon	± 212	33,33
190. Ponggok	± 162	103,83
200. Srengat	± 133	53,98
210. Wonodadi	± 105	40,35
220. Udanawu	± 123	40,98
Kabupaten Blitar <i>Blitar Regency</i>	± 167	1.588,79

Sumber: BPS Kab. Blitar, 2011

Sesuai dengan data statistik BPS Kabupaten Blitar Tahun 2011, dari 22 kecamatan yang ada terdapat 5 kecamatan dengan luas wilayah diatas 100 km², yaitu: Kec. Wonotirto, Kec. Panggungrejo, Kec. Bakung, Kec. Kademangan, dan

Kec. Pongok. Kecamatan Wonotirto merupakan kecamatan terluas di Kabupaten Blitar yang memiliki luas wilayah 164,54 km². Kecamatan yang mempunyai kelurahan terbanyak ialah Kecamatan Srengat sedangkan kecamatan yang mempunyai desa terbanyak yaitu Kecamatan Pongok. Dengan pembagian wilayah sebagai berikut:

1. Kecamatan Bakung, dengan luas wilayah 111,24 Km² terdiri dari 11 desa atau kelurahan.
2. Kecamatan Wonotirto, dengan luas wilayah 164,54 Km² terdiri dari 8 desa atau kelurahan.
3. Kecamatan Panggungrejo, dengan luas wilayah 119,04 Km² terdiri 10 dari desa atau kelurahan.
4. Kecamatan Wates, dengan luas wilayah 68,76 Km² terdiri dari 8 desa atau kelurahan.
5. Kecamatan Binangun, dengan luas wilayah 76,79 Km² terdiri dari 12 desa atau kelurahan.
6. Kecamatan Sutojayan, dengan luas wilayah 44,20 Km² terdiri dari 11 desa atau kelurahan.
7. Kecamatan Kademangan, dengan luas wilayah 105,28 Km² terdiri dari 15 desa atau kelurahan.
8. Kecamatan Kanigoro, dengan luas wilayah 55,55 Km² terdiri dari 12 desa atau kelurahan.
9. Kecamatan Talun, dengan luas wilayah 49,78 Km² terdiri dari 14 desa atau kelurahan.

10. Kecamatan Selopuro, dengan luas wilayah 39,29 Km² terdiri dari 8 desa atau kelurahan.
11. Kecamatan Kesamben, dengan luas wilayah 56,96 Km² terdiri dari 10 desa atau kelurahan.
12. Kecamatan Selorejo, dengan luas wilayah 52,23 Km² terdiri dari 10 desa atau kelurahan.
13. Kecamatan Doko, dengan luas wilayah 70,95 Km² terdiri dari 10 desa atau kelurahan.
14. Kecamatan Wlingi, dengan luas wilayah 66,36 Km² terdiri dari 9 desa atau kelurahan.
15. Kecamatan Gandusari, dengan luas wilayah 88,23 Km² terdiri dari 14 desa atau kelurahan.
16. Kecamatan Garum, dengan luas wilayah 54,56 Km² terdiri dari 9 desa atau kelurahan.
17. Kecamatan Nglegok, dengan luas wilayah 92,56 Km² terdiri dari 11 desa atau kelurahan.
18. Kecamatan Sanankulon, dengan luas wilayah 33,33 Km² terdiri dari 12 desa atau kelurahan.
19. Kecamatan Ponggok, dengan luas wilayah 103,83 Km² terdiri dari 15 desa atau kelurahan.
20. Kecamatan Srengat, dengan luas wilayah 53,98 Km² terdiri dari 16 desa atau kelurahan.

21. Kecamatan Wonodadi, dengan luas wilayah 40,35 Km² terdiri dari 11 desa atau kelurahan.
22. Kecamatan Udanawu, dengan luas wilayah 40,98 Km² terdiri dari 12 desa atau kelurahan.

2. Jumlah Penduduk

Jumlah penduduk Kabupaten Blitar berdasarkan hasil sensus penduduk 2010 adalah 1.116.639 jiwa. Kecamatan Ponggok adalah kecamatan dengan jumlah penduduk terbanyak yaitu 96.783 jiwa, sebaliknya kecamatan Bakung mempunyai jumlah penduduk yang paling sedikit yaitu 25.011 jiwa. Dari data kependudukan Kabupaten Blitar tahun 2011 diketahui bahwa komposisi penduduk Kabupaten Blitar menurut kelompok umur, menunjukkan bahwa penduduk yang berusia muda (0 - 14 tahun) sebesar 20,64%, yang berusia produktif (15 - 64) tahun sebesar 70, 81% dan lanjut usia sebesar 8,55%. Dengan demikian Angka Beban Tanggungan (Dependency Ratio) penduduk Kabupaten Blitar adalah sebesar 29,19%.

Gambar 8:
Hasil Sensus Penduduk Per Kecamatan

Kecamatan <i>Districts</i>	Hasil Sensus Penduduk 2010 (SP-2010) <i>The results of Population Census 2010 (SP-2010)</i>					Laju Pertumbuhan Penduduk <i>Population Growth Rate 2000-2010</i>
	Laki-laki <i>Male</i> (jiwa)	Perempuan <i>Female</i> (jiwa)	Jumlah Total <i>Total</i> (jiwa)	Sex rasio <i>Sex ratio</i> (%)	Kepadatan <i>Density</i> (jiwa/Km ²)	
(1)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)	(13)
010. Bakung	12.248	12.763	25.011	96	225	-0,40
020. Wonotirto	17.715	17.538	35.253	101	214	0,22
030. Panggungej	20.237	20.314	40.551	100	341	-0,03
040. Wates	13.864	13.824	27.688	100	403	-0,05
050. Binangun	21.378	21.339	42.717	100	556	0,02
060. Sutojayan	23.150	23.687	46.837	98	1.060	0,44
070. Kademangar	31.751	31.768	63.519	100	603	0,56
080. Kanigoro	36.768	36.151	72.919	102	1.313	1,06
090. Talun	29.474	29.693	59.167	99	1.189	0,53
100. Selopuro	19.967	19.352	39.319	103	1.001	0,28
110. Kesamben	23.902	24.516	48.418	97	850	0,02
120. Selorejo	17.190	17.594	34.784	98	666	0,11
130. Doko	18.809	18.839	37.648	100	531	0,07
140. Wlingi	25.036	24.866	49.902	101	752	0,14
150. Gandusari	33.469	32.868	66.337	102	752	0,08
160. Garum	31.290	30.735	62.025	102	1.137	0,91
170. Nglekok	33.940	33.539	67.479	101	729	0,69
180. Sanankulon	26.536	26.504	53.040	100	1.591	1,01
190. Ponggok	49.012	47.771	96.783	103	932	0,89
200. Srengat	30.937	31.134	62.071	99	1.150	0,93
210. Wonodadi	22.887	22.943	45.830	100	1.136	0,49
220. Udanawu	19.915	19.426	39.341	103	960	0,73
Kabupaten Blitar <i>Blitar Regency</i>	559.475	557.164	1.116.639	100	703	0,48

Sumber: BPS Kab. Blitar, 2011

3. Visi dan Misi Kabupaten Blitar

Visi merupakan cara pandang jauh ke masa depan, kemana dan bagaimanakah Kabupaten Blitar agar mencapai tujuan yang diharapkan. Visi akan diwujudkan dalam jangka panjang yaitu selama pembangunan lima tahun ke

depan demi mencapai pembangunan strategis yang terukur, terarah, tepat waktu dan tepat sasaran.

Visi dari Kabupaten Blitar periode 2011-2016 adalah

“Mewujudkan Kabupaten Blitar yang sejahtera, berkeadilan dan religius”.

Misi merupakan elemen penting yang harus dilaksanakan dalam merealisasikan Visi yang telah dirumuskan. Untuk mewujudkan Visi Kabupaten Blitar tersebut maka Misi Pembangunan Kabupaten Blitar periode 2011-2016 ditetapkan sebagai berikut:

1. Mewujudkan kesejahteraan, keberdayaan, kesempatan kerja dan partisipasi masyarakat;
2. Mewujudkan peningkatan kualitas pelayanan publik dan akses masyarakat terhadap sumber daya ekonomi, pelayanan kesehatan dan pendidikan;
3. Mewujudkan pertumbuhan ekonomi yang berkualitas, berkelanjutan dengan didukung pembangunan infrastruktur yang memadai;
4. Mewujudkan penerapan nilai-nilai kehidupan beragama dalam perilaku kehidupan bermasyarakat yang memiliki kepekaan dan kepedulian sosial berdasarkan keimanan dan ketakwaan kepada Allah Yang Maha Kuasa;
5. Mewujudkan ketentraman dan ketertiban di lingkungan masyarakat serta penegakan hukum dan HAM;
6. Mewujudkan optimalisasi pengendalian sumberdaya alam, pelestarian lingkungan hidup dan penataan ruang yang berkelanjutan;

7. Mewujudkan revitalisasi proses desentralisasi dan otonomi daerah melalui reformasi birokrasi yang profesional dan tata kelola yang baik.

B. Gambaran Umum Situs Penelitian

1. Lokasi

Lokasi penelitian ini adalah Dinas Kesehatan Kabupaten Blitar yang beralamat di Jalan Semeru Nomor 40, Kota Blitar. Telepon: (0342) 801834 Fax: (0342) 808737. Kantor dinas tersebut terletak di wilayah pemerintahan Kota Blitar, tepatnya di sebelah utara Alun-Alun Kota Blitar dan bersebelahan dengan Kantor Bupati Blitar.

2. Visi dan Misi

Dalam melaksanakan tugas dan fungsinya Dinas Kesehatan Kabupaten Blitar memiliki visi dan misi yang diemban. Visi dari Dinas Kesehatan Kabupaten Blitar adalah “Mewujudkan Masyarakat Sehat, Mandiri dan Berkeadilan Menuju Kabupaten Blitar yang Sejahtera dan Religius”.

Berdasarkan dengan visi tersebut, Dinas Kesehatan Kabupaten Blitar mengusung misi, yaitu:

- a. Meningkatkan derajat Kesehatan Masyarakat melalui peningkatan kualitas layanan publik dan akses masyarakat termasuk swasta.
- b. Menjamin ketersediaan dan pemerataan sumberdaya kesehatan

3. Tugas Pokok dan Fungsi dan Struktur Organisasi

Sebagai salah satu Satuan Perangkat Kerja Daerah (SKPD) Dinas Kesehatan Kabupaten Blitar mempunyai tugas utama Melaksanakan urusan Pemerintahan

Daerah berdasarkan asas otonomi dan tugas pembantuan di bidang Kesehatan.

Selanjutnya Dinas Kesehatan Kabupaten Blitar mempunyai fungsi yaitu:

1. Perumusan kebijakan teknis di bidang Kesehatan
2. Penyelenggaraan urusan pemerintahan dan pelayanan umum di bidang kesehatan
3. Pembinaan dan pelaksanaan tugas di bidang kesehatan
4. Pembinaan unit pelaksanaan teknis dinas
5. Pelaksanaan urusan tata usaha dinas
6. Pelaksanaan tugas lain yang diberikan oleh Bupati sesuai dengan tugas dan fungsinya.

Struktur Organisasi dalam Dinas Kesehatan Kabupaten Blitar sesuai dengan Peraturan Daerah Kabupaten Blitar Nomor 5 Tahun 2011 tentang Susunan Organisasi dan Tata Kerja Dinas-Dinas Daerah Kabupaten Blitar, diantaranya terdiri dari:

- Kepala Dinas
- Sekretaris atau Kesekretariatan, meliputi:
 1. Sub Bagian Penyusunan Program
 2. Sub Bagian Keuangan
 3. Sub Bagian Umum dan Kepegawaian
- Bidang Pelayanan Kesehatan (Yankes), Meliputi:

1. Seksi Kesehatan Dasar dan Penunjang
2. Seksi Kesehatan Rujukan dan Khusus
3. Seksi Kesehatan Keluarga

▪ Bidang Pengendalian Penyebaran Penyakit dan Masalah Kesehatan (PP2MK), meliputi:

1. Seksi Pemberantasan Penyakit
2. Seksi Pencegahan pengamatan penyakit dan penanggulangan masalah kesehatan
3. Seksi Penyehatan Lingkungan

▪ Bidang Pengembangan Sumber Daya Kesehatan (PSDK), meliputi:

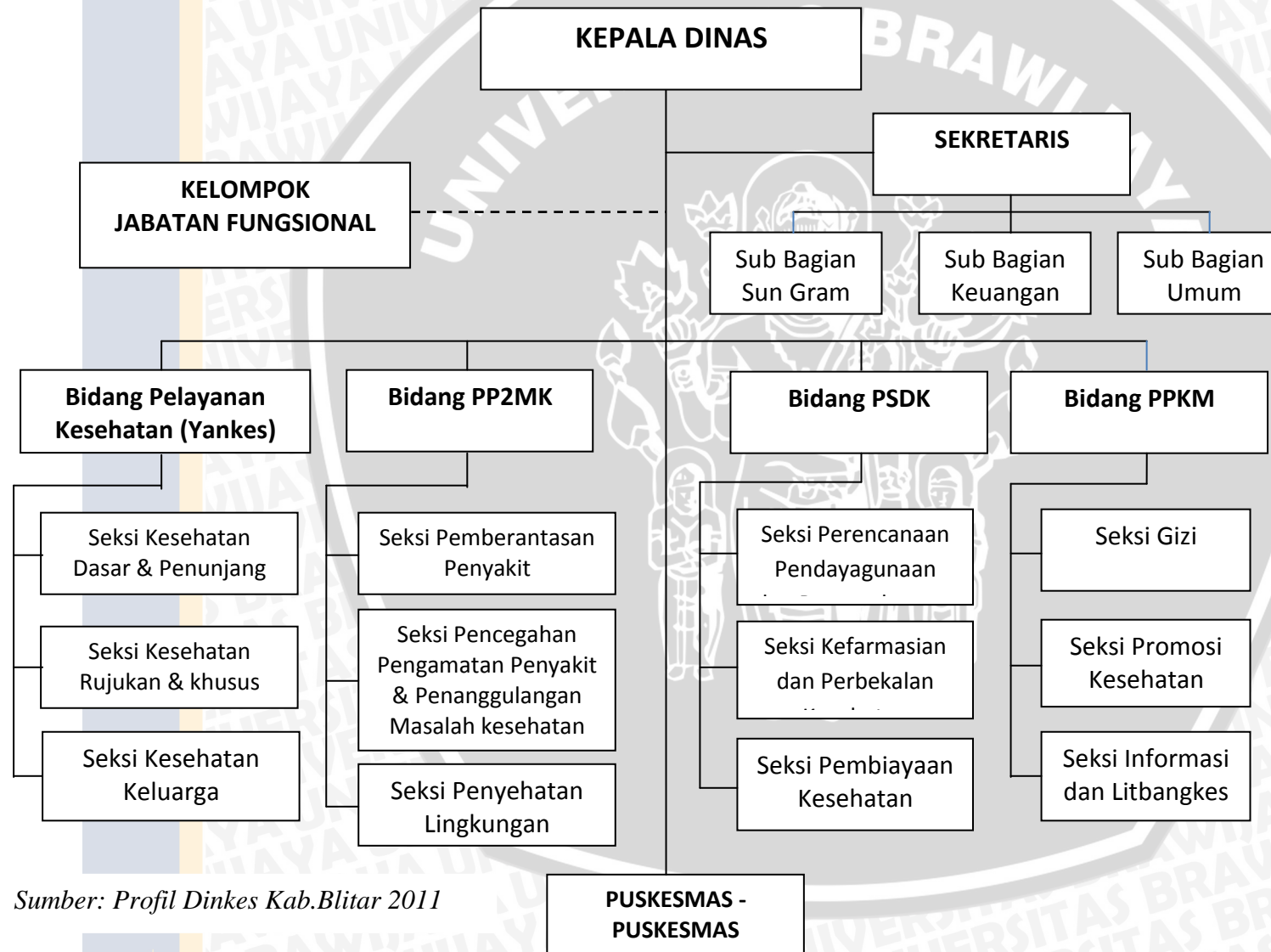
1. Seksi Perencanaan dan Pendayagunaan
2. Seksi Kefarmasian dan Perbekalan medis
3. Seksi Pembiayaan Kesehatan

▪ Bidang Pengembangan dan Pemberdayaan Kesehatan Masyarakat (PPKM), meliputi:

1. Seksi Gizi
2. Seksi Promosi Kesehatan
3. Seksi Informasi dan Litbang Kesehatan

- Kelompok Jabatan Fungsional
- Puskesmas-Puskesmas (Belum UPTD)

Gambar 9: Struktur Organisasi Dinas Kesehatan Kabupaten Blitar



Sumber: Profil Dinkes Kab.Blitar 2011

▪ **Bidang Kesekretariatan, Umum Dan Kepegawaian**

1. Sekretaris mempunyai tugas merencanakan, melaksanakan, mengkoordinasikan dan mengendalikan kegiatan administrasi umum, kepegawaian, perlengkapan, penyusunan program dan keuangan

Dalam menjalankan tugasnya, Sekretaris, mempunyai fungsi :

- a. Pengelolaan dan pelayanan administrasi umum;
- b. Pengelolaan administrasi kepegawaian;
- c. Pengelolaan administrasi keuangan;
- d. Pengelolaan administrasi perlengkapan;
- e. Pengelolaan urusan rumah tangga;
- f. Pelaksanaan koordinasi penyusunan program, anggaran dan perundang-undangan;
- g. Pelaksanaan koordinasi penyelenggaraan tugas-tugas Bidang;
- h. Pengelolaan kearsipan dan perpustakaan Dinas;
- i. Pelaksanaan monitoring dan evaluasi organisasi dan tata laksana;
- j. Pelaksanaan tugas - tugas lain yang diberikan oleh Kepala Dinas.

2. Sub Bagian Umum, mempunyai tugas :

- a. Melaksanakan penerimaan, pendistribusian dan pengiriman surat-surat, penggandaan naskah-naskah dinas, kearsipan dan perpustakaan dinas;
- b. Menyelenggarakan tata usaha kepegawaian;
- c. Menyelenggarakan urusan rumah tangga dan keprotokolan;
- d. Melaksanakan tugas di bidang hubungan masyarakat;

- e. Mempersiapkan seluruh rencana kebutuhan kepegawaian mulai penempatan formasi, pengusulan dalam jabatan, usulan pensiun, peninjauan masa kerja, pemberian penghargaan, kenaikan pangkat, DP-3, DUK, Sumpah/Janji Pegawai, Gaji Berkala, kesejahteraan, mutasi dan pemberhentian pegawai, diklat, ujian dinas, izin belajar, pembinaan kepegawaian dan disiplin pegawai, menyusun standar kompetensi pegawai, tenaga teknis dan fungsional;
- f. Melakukan penyusunan kebutuhan perlengkapan, pengadaan dan perawatan peralatan kantor, pengamanan, penghapusan aset serta menyusun laporan pertanggungjawaban atas barang-barang inventaris; dan
- g. Melaksanakan tugas-tugas lain yang diberikan oleh Sekretaris.

3. Sub Bagian Penyusunan Program, mempunyai tugas :

- a. Menyiapkan bahan perencanaan sistem penganggaran dan kebijakan pembangunan kesehatan;
- b. Melaksanakan pedoman, petunjuk pelaksanaan, teknis, prosedur tetap mengenai sistem penganggaran dan kebijakan pembangunan kesehatan;
- c. Menyiapkan bahan pembinaan, pengendalian dan pengawasan sistem penganggaran dan kebijakan pembangunan kesehatan;
- d. Melaksanakan fasilitas sistem penganggaran dan kebijakan pembangunan kesehatan;

- e. Menyiapkan bahan koordinasi dengan lintas program, lintas sektor, organisasi profesi, institusi pendidikan, lembaga swadaya masyarakat sistem penganggaran dan kebijakan pembangunan kesehatan;
- f. Menyiapkan bahan evaluasi sistem penganggaran dan kebijakan pembangunan kesehatan;
- g. Melaksanakan tugas-tugas lain yang diberikan oleh Sekretaris.

4. Sub Bagian Keuangan, mempunyai tugas :

- a. Melaksanakan pengelolaan keuangan termasuk pembayaran gaji pegawai;
- b. Melaksanakan pengadministrasian dan pembukuan keuangan;
- c. Menyusun laporan pertanggungjawaban atas pelaksanaan pengelolaan keuangan; dan
- d. Melaksanakan tugas-tugas lain yang diberikan oleh Sekretaris.

▪ **Bidang Pelayanan Kesehatan (Yankes)**

Bidang Pelayanan Kesehatan mempunyai tugas menyusun perencanaan, kebijakan teknis operasional, standar pelayanan, pedoman teknis, pembinaan, bimbingan dan pengendalian program pelayanan kesehatan dasar dan penunjang, rujukan dan khusus serta kesehatan keluarga.

Dalam melaksanakan tugasnya, Bidang Pelayanan Kesehatan mempunyai fungsi :

- a. Pelaksanaan perencanaan program bimbingan dan pengendalian Kesehatan Dasar dan penunjang, rujukan dan khusus serta Kesehatan Keluarga;
 - b. Penyusunan pedoman, petunjuk pelaksanaan, petunjuk teknis serta prosedur tetap Kesehatan Dasar dan penunjang, kesehatan rujukan dan khusus serta Kesehatan Keluarga;
 - c. Penyelenggaraan kebijaksanaan program kesehatan dasar dan penunjang, kesehatan rujukan dan khusus serta Kesehatan Keluarga;
 - d. Pelaksanaan pemantauan, pembinaan dan pengendalian program kesehatan dasar dan penunjang, kesehatan rujukan dan khusus serta Kesehatan Keluarga;
 - e. Pelaksanaan fasilitas program kesehatan dasar dan penunjang, kesehatan rujukan dan khusus serta Kesehatan Keluarga;
 - f. Pelaksanaan koordinasi pelaksanaan program kesehatan dasar dan penunjang, kesehatan rujukan dan khusus serta Kesehatan Keluarga;
 - g. Pelaksanaan evaluasi program kesehatan dasar dan penunjang, kesehatan rujukan dan khusus serta Kesehatan Keluarga; dan
 - h. Pelaksanaan tugas-tugas lain yang diberikan Kepala Dinas
- Bidang Pelayanan Kesehatan terdapat tiga seksi yang masing-masing Seksi dipimpin oleh Kepala Seksi yang berada dibawah dan bertanggung jawab kepada Kepala Bidang.

1. Seksi Kesehatan Dasar dan Penunjang, mempunyai tugas :

- a. Menyiapkan bahan perencanaan pelayanan kesehatan dasar dan penunjang;
 - b. Menyiapkan bahan pedoman teknis dan standart pelayanan kesehatan dasar dan penunjang;
 - c. Menyiapkan bahan pembinaan, pengendalian dan pengawasan pelayanan kesehatan dasar dan penunjang yang dilakukan pemerintah maupun swasta;
 - d. Melaksanakan bimbingan, pengawasan dan pengendalian upaya kesehatan dasar dan penunjang;
 - e. Melaksanakan registrasi dan menyiapkan bahan akreditasi sarana kesehatan dasar baik Pemerintah maupun Swasta;
 - f. Melaksanakan fasilitas pelayanan kesehatan dasar dan penunjang;
 - g. Menyiapkan bahan evaluasi program pelayanan kesehatan dasar dan penunjang;
 - h. Menyiapkan bahan koordinasi lintas program dan lintas sektor, organisasi profesi, institusi pendidikan dan lembaga swadaya masyarakat tentang pelayanan kesehatan dasar dan penunjang;
 - i. Melaksanakan tugas-tugas lain yang diberikan oleh Kepala Bidang.
2. Seksi Kesehatan Rujukan dan khusus, mempunyai tugas :

- a. Menyiapkan bahan perencanaan pelayanan kesehatan rujukan dan khusus;
 - b. Menyiapkan bahan penyusunan dan penjabaran standart pelayanan kesehatan rujukan dan khusus;
 - c. Menyiapkan bahan pedoman pelaksanaan pelayanan kesehatan Rujukan dan khusus;
 - d. Menyiapkan bahan penerbitan rekomendasi perijinan RS Swasta serta sarana kesehatan penunjangnya;
 - e. Menyiapkan bahan pertimbangan penerbitan perizinan sarana kesehatan tertentu;
 - f. Menyiapkan bahan pembinaan, pengawasan dan pengendalian pelayanan kesehatan rujukan dan khusus;
 - g. Melaksanakan fasilitas peningkatan pelayanan kesehatan rujukan dan khusus;
 - h. Menyiapkan bahan koordinasi lintas program, lintas sektor, organisasi profesi, institusi pendidikan dan lembaga swadaya masyarakat yang terkait dengan pelayanan kesehatan rujukan dan khusus;
 - i. Menyiapkan bahan evaluasi program pelayanan kesehatan rujukan dan khusus;
 - k. Melaksanakan tugas-tugas lain yang diberikan oleh Kepala Bidang.
3. Seksi Kesehatan Keluarga mempunyai tugas :
- a. Menyiapkan bahan Perencanaan Program dan kebijaksanaan teknis operasional pelayanan kesehatan ibu, kesehatan balita, anak, remaja dan

- usia lanjut, kesehatan reproduksi serta teknis medis pelayanan Keluarga Berencana;
- b. Menyiapkan bahan Pedoman, petunjuk pelaksanaan, petunjuk teknis, prosedur tetap, manual pelaksanaan mengenai kesehatan ibu, kesehatan balita, anak, remaja dan usia lanjut, kesehatan reproduksi serta teknis medis pelayanan Keluarga Berencana;
 - c. Menyiapkan bahan penyusunan, menjabarkan dan sosialisasi, standard pelayanan dan pengelolaan program kesehatan ibu, kesehatan balita, anak, remaja dan usia lanjut, kesehatan reproduksi serta teknis medis pelayanan Keluarga Berencana;
 - d. Melaksanakan pembinaan, pemantauan dan pengendalian penerapan kebijakan, pelaksanaan pedoman, standart dan pengelolaan program kesehatan ibu, kesehatan balita, anak, remaja dan usia lanjut, kesehatan reproduksi serta teknis medis pelayanan Keluarga Berencana;
 - e. Melaksanakan fasilitas program kesehatan ibu, kesehatan balita, anak, remaja dan usia lanjut, kesehatan reproduksi serta teknis medis pelayanan Keluarga Berencana;
 - f. Menyiapkan bahan koordinasi dan sinkronisasi dengan lintas program, lintas sektor, organisasi profesi, institusi pendidikan dan lembaga swadaya masyarakat;
 - g. Menyiapkan bahan evaluasi pelaksanaan program kesehatan ibu, kesehatan balita, anak, remaja dan usia lanjut serta kesehatan reproduksi termasuk teknis medis pelayanan Keluarga Berencana;

h. Melaksanakan tugas-tugas lain yang diberikan oleh Kepala Bidang

- Bidang Pengembangan Dan Pemberdayaan Kesehatan Masyarakat (PPKM)

Bidang Pengembangan dan Pemberdayaan Kesehatan Masyarakat mempunyai tugas menyusun perencanaan, merumuskan kebijakan teknis operasional, melaksanakan kegiatan pembinaan pengawasan dan pengendalian dalam kegiatan Promosi kesehatan, Upaya Kesehatan Bersumberdaya Masyarakat (UKBM), Gizi Masyarakat, Sistem Informasi dan Penelitian Pengembangan Kesehatan.

Untuk melaksanakan tugas, Bidang Pengembangan dan Pemberdayaan Kesehatan Masyarakat mempunyai fungsi :

- a. Pelaksanaan perencanaan program bimbingan dan pengendalian promosi kesehatan, Upaya Kesehatan Bersumberdaya Masyarakat (UKBM), gizi masyarakat, sistem informasi dan penelitian pengembangan kesehatan;
- b. Penyusunan pedoman, petunjuk pelaksanaan, petunjuk teknis serta prosedur tetap pelayanan Promosi Kesehatan dan Upaya Kesehatan Bersumberdaya Masyarakat (UKBM), gizi masyarakat, sistem informasi dan penelitian pengembangan kesehatan;
- c. Penyelenggaraan sistem kewaspadaan dini terhadap gizi masyarakat;
- d. Pelaksanaan pemantauan, pembinaan dan pengendalian program promosi kesehatan dan Upaya Kesehatan Bersumberdaya Masyarakat

(UKBM), gizi masyarakat , sistem informasi dan penelitian pengembangan kesehatan;

- e. Pelaksanaan fasilitas program promosi kesehatan dan Upaya Kesehatan Bersumberdaya Masyarakat (UKBM), gizi masyarakat , sistem informasi dan penelitian pengembangan kesehatan;
- f. Penyiapan bahan koordinasi pelaksanaan program promosi kesehatan dan Upaya Kesehatan Bersumberdaya Masyarakat (UKBM), gizi masyarakat ,sistem informasi dan penelitian pengembangan kesehatan;
- g. Pelaksanaan evaluasi program promosi kesehatan dan Upaya Kesehatan Bersumberdaya Masyarakat (UKBM), gizi masyarakat , sistem informasi dan penelitian pengembangan kesehatan; dan
- h. Melaksanakan tugas-tugas lain yang diberikan Kepala Dinas.

Bidang Pengembangan dan Pemberdayaan Kesehatan Masyarakat (PPKM) terdiri dari tiga seksi yang masing-masing Seksi dipimpin oleh Kepala Seksi yang berada dibawah dan bertanggung jawab kepada Kepala Bidang.

1. Seksi Gizi, mempunyai tugas:

- a. Menyiapkan bahan perencanaan program gizi masyarakat;
- b. Menyiapkan bahan pedoman, petunjuk pelaksanaan, teknis serta prosedur tetap pelayanan program gizi masyarakat;
- c. Menyelenggarakan sistem kewaspadaan dini terhadap gizi masyarakat;
- d. Menyiapkan bahan pembinaan, pengendalian dan pengawasan program gizi masyarakat;
- e. Menyiapkan bahan fasilitas program gizi masyarakat;

- f. Menyiapkan bahan koordinasi dengan lintas program, lintas sektor, organisasi profesi, institusi pendidikan, lembaga swadaya masyarakat dan pihak swasta program dan gizi masyarakat;
- g. Menyiapkan bahan evaluasi program gizi masyarakat; dan
- h. Melaksanakan tugas-tugas lain yang diberikan Kepala Bidang.

2. Seksi Promosi Kesehatan mempunyai tugas :

- a. Menyiapkan bahan perencanaan program kegiatan promosi kesehatan dan Upaya Kesehatan Bersumberdaya Masyarakat (UKBM);
- b. Menyiapkan bahan pedoman, petunjuk pelaksanaan, teknis serta prosedur tetap pelayanan program promosi kesehatan dan Upaya Kesehatan Bersumberdaya Masyarakat (UKBM);
- c. Menyiapkan bahan pembinaan, pengendalian dan pengawasan program promosi kesehatan dan Upaya Kesehatan Bersumberdaya Masyarakat (UKBM);
- d. Melaksanakan fasilitas program promosi kesehatan dan Upaya Kesehatan Bersumberdaya Masyarakat (UKBM);
- e. Menyiapkan bahan koordinasi dengan lintas program, lintas sektor, organisasi profesi, institusi pendidikan, lembaga swadaya masyarakat dan pihak swasta program promosi kesehatan dan Upaya Kesehatan Bersumberdaya Masyarakat (UKBM);
- f. Menyiapkan bahan evaluasi program promosi kesehatan dan Upaya Kesehatan Bersumberdaya Masyarakat (UKBM); dan
- g. Melaksanakan tugas-tugas lain yang diberikan Kepala Bidang.

3. Seksi Informasi dan Penelitian Pengembangan Kesehatan mempunyai

tugas:

- a. Menyiapkan bahan perencanaan program kajian data Informasi , evaluasi dan pelaporan serta penelitian pengembangan kesehatan;
- b. Menyiapkan bahan penyusunan pedoman, petunjuk pelaksanaan, teknis serta prosedur tetap pelayanan program kajian data Informasi, evaluasi dan pelaporan serta penelitian pengembangan kesehatan;
- c. Melaksanakan bimbingan pengawasan dan pengendalian program kajian data Informasi , evaluasi dan pelaporan serta penelitian pengembangan kesehatan;
- d. Melaksanakan fasilitas program kajian data Informasi , evaluasi dan pelaporan serta penelitian pengembangan kesehatan;
- e. Menyiapkan bahan koordinasi dengan lintas program, lintas sektor, organisasi profesi, institusi pendidikan, lembaga swadaya masyarakat dan pihak swasta program kajian data Informasi , evaluasi dan pelaporan serta penelitian pengembangan kesehatan;
- f. Menyiapkan bahan evaluasi program kajian data Informasi , evaluasi dan pelaporan serta penelitian pengembangan kesehatan; dan
- g. Melaksanakan tugas-tugas lain yang diberikan Kepala Bidang.

- Bagian Pengendalian Penyebaran Penyakit Dan Masalah Kesehatan (PP2MK)

Bidang Pengendalian Penyakit dan Masalah Kesehatan mempunyai tugas menyusun perencanaan, merumuskan kebijaksanaan teknis operasional, melaksanakan kegiatan pembinaan pengawasan dan pengendalian dalam kegiatan pencegahan masalah kesehatan, surveilans epidemiologi, pemberantasan penyakit, penyehatan air serta penyehatan lingkungan.

Untuk melaksanakan tugasnya, Bidang Pengendalian Penyakit dan Masalah Kesehatan, mempunyai fungsi :

- a. Pelaksanaan perencanaan program bimbingan dan pengendalian pencegahan, pengamatan, pemberantasan penyakit, masalah kesehatan, kesehatan matra dan penyehatan lingkungan;
- b. Penyusunan pedoman, petunjuk pelaksanaan, petunjuk teknis serta prosedur tetap program pencegahan, pengamatan, pemberantasan penyakit, masalah kesehatan, kesehatan matra dan penyehatan lingkungan;
- c. Penyelenggaraan sistem kewaspadaan dini terhadap penyebaran penyakit dan faktor resiko yang berpotensi menimbulkan Kejadian Luar Biasa / Wabah dan bencana;
- d. Penilaian cepat kesehatan (rapid health assesment) dan melakukan tindakan darurat di bidang PP2MK;
- e. Pelaksanaan pemantauan, pembinaan dan pengendalian program pencegahan, pengamatan, pemberantasan penyakit, masalah kesehatan, kesehatan matra dan penyehatan lingkungan;

- f. Pelaksanaan fasilitas program pencegahan, pengamatan, pemberantasan penyakit, masalah kesehatan, kesehatan matra dan penyehatan lingkungan;
- g. Pelaksanaan koordinasi dengan lintas program, lintas sektor, organisasi profesi, institusi pendidikan, lembaga swadaya masyarakat dan pihak swasta program pencegahan, pengamatan, pemberantasan penyakit, masalah kesehatan, kesehatan matra dan penyehatan lingkungan;
- h. Pelaksanaan evaluasi program pencegahan, pengamatan, pemberantasan penyakit, masalah kesehatan, kesehatan matra dan penyehatan lingkungan; dan
- i. Pelaksanaan tugas-tugas lain yang diberikan Kepala Dinas.

Bidang Pengendalian Penyakit dan Masalah Kesehatan terdiri atas tiga seksi yang masing-masing Seksi dipimpin oleh Kepala Seksi yang berada dibawah dan bertanggung jawab kepada Kepala Bidang.

1. Seksi Pemberantasan Penyakit, mempunyai tugas :

- a. Menyiapkan bahan perencanaan program pemberantasan penyakit, pengamatan dan pengendalian vektor penyakit;
- b. Menyiapkan bahan penyusunan pedoman, petunjuk pelaksanaan, petunjuk teknis serta prosedur tetap pelayanan yang terkait dengan program pemberantasan penyakit, pengamatan dan pengendalian vektor penyakit;
- c. Melakukan penilaian cepat kesehatan (rapid health assessment) dan melakukan tindakan darurat pada Pemberantasan Penyakit.

- d. Menyiapkan bahan pembinaan dan pengawasan program pemberantasan penyakit, pengamatan dan pengendalian vektor penyakit
- e. Melaksanakan fasilitas program pemberantasan penyakit, pengamatan dan pengendalian vektor penyakit;
- f. Menyiapkan bahan koordinasi dengan lintas program, lintas sektor, organisasi profesi, institusi pendidikan, Lembaga Swadaya Masyarakat dan pihak swasta program pemberantasan penyakit, pengamatan dan pengendalian vektor penyakit;
- g. Menyiapkan bahan evaluasi program pemberantasan penyakit, pengamatan dan pengendalian vektor penyakit; dan
- h. Melaksanakan tugas tugas lain yang diberikan Kepala Bidang.

2. Seksi Pencegahan, Pengamatan Penyakit dan Penanggulangan Masalah Kesehatan, mempunyai tugas :

- a. Menyiapkan bahan perencanaan program imunisasi, surveilans epidemiologi, penyakit tidak menular, Kejadian Luar Biasa, wabah, bencana, kesehatan matra;
- b. Menyiapkan bahan penyusunan pedoman, petunjuk pelaksanaan, petunjuk teknis serta prosedur tetap pelayanan program imunisasi, surveilans epidemiologi, penyakit tidak menular, Kejadian Luar Biasa, wabah, bencana, kesehatan matra;
- c. Menyelenggarakan Sistem Kewaspadaan Dini terhadap penyebaran penyakit dan faktor resiko yang berpotensi menimbulkan Kejadian Luar Biasa / wabah bencana serta penanggulangannya;

- d. Melakukan penilaian cepat kesehatan (rapid health assessment) dan melakukan tindakan darurat di bidang pencegahan dan pemberantasan penyakit;
- e. Menyiapkan bahan pembinaan, pemantauan dan pengendalian program imunisasi, surveilans epidemiologi, penyakit tidak menular, Kejadian Luar Biasa, wabah, bencana, kesehatan matra;
- f. Melaksanakan fasilitas program imunisasi, surveilans epidemiologi, penyakit tidak menular, Kejadian Luar Biasa, wabah, bencana, kesehatan matra;
- g. Menyiapkan bahan koordinasi dengan lintas program, lintas sektor, organisasi profesi, institusi pendidikan, lembaga swadaya masyarakat dan pihak swasta program imunisasi, surveilans epidemiologi, penyakit tidak menular, Kejadian Luar Biasa, wabah, bencana, kesehatan matra;
- h. Menyiapkan bahan evaluasi program imunisasi, surveilans epidemiologi, penyakit tidak menular, Kejadian Luar Biasa, wabah, bencana, kesehatan matra; dan
- i. Melaksanakan tugas-tugas lain yang diberikan Kepala Bidang.

3. Seksi Penyehatan Lingkungan, mempunyai tugas :

- a. Menyiapkan bahan perencanaan program penyehatan Makanan Minuman, Air, Kualitas Lingkungan, Perumahan, Kawasan dan Pengamanan Limbah;
- b. Menyiapkan bahan penyusunan pedoman, petunjuk pelaksanaan, petunjuk teknis serta prosedur tetap pelayanan program penyehatan

Makanan Minuman, Air, Kualitas Lingkungan, Perumahan, Kawasan dan Pengamanan Limbah;

- c. Melakukan penilaian cepat kesehatan (rapid health assessment) dan melakukan tindakan darurat di bidang Penyehatan Lingkungan;
 - d. Menyiapkan bahan pembinaan, pengendalian dan pengawasan program penyehatan Makanan Minuman, Air, Kualitas Lingkungan, Perumahan, Kawasan dan Pengamanan Limbah;
 - e. Melaksanakan fasilitas program penyehatan Makanan Minuman, Air, Kualitas Lingkungan, Perumahan, Kawasan dan Pengamanan Limbah;
 - f. Menyiapkan bahan koordinasi dengan lintas program, lintas sektor, organisasi profesi, institusi pendidikan, Lembaga Swadaya Masyarakat dan pihak swasta program penyehatan Makanan Minuman, Air, Kualitas Lingkungan, Perumahan, Kawasan dan Pengamanan Limbah;
 - g. Menyiapkan bahan evaluasi program penyehatan Makanan Minuman, Air, Kualitas Lingkungan, Perumahan, Kawasan dan Pengamanan Limbah; dan
 - h. melaksanakan tugas tugas lain yang diberikan Kepala Bidang.
- Bagian PSDK / Pengembangan Sumber Daya Kesehatan

Bidang Pengembangan Sumber Daya Kesehatan mempunyai tugas menyusun perencanaan, merumuskan kebijakan teknis operasional di bidang pendayagunaan tenaga kesehatan, kefarmasian dan perbekalan kesehatan serta pembiayaan kesehatan.

Untuk melaksanakan tugasnya, Bidang Pengembangan Sumber Daya Kesehatan, mempunyai fungsi :

- a. pelaksanaan perencanaan program Pengembangan dan Pemberdayaan Sumber Daya Manusia Kesehatan, Kefarmasian dan Perbekalan Kesehatan, serta Pembiayaan Kesehatan;
- b. Penyusunan pedoman, petunjuk pelaksanaan, petunjuk teknis serta prosedur tetap program Pengembangan dan Pemberdayaan Sumber Daya Manusia Kesehatan, Kefarmasian dan Perbekalan Kesehatan serta Pembiayaan Kesehatan;
- c. Penyelenggaraan, pemantauan, pembinaan dan pengendalian program Pengembangan dan Pemberdayaan Sumber Daya Manusia Kesehatan, Kefarmasian dan Perbekalan kesehatan serta Pembiayaan Kesehatan;
- d. Pelaksanaan fasilitas Pengembangan dan Pemberdayaan Sumber Daya Manusia Kesehatan, Kefarmasian dan Perbekalan Kesehatan, serta Pembiayaan Kesehatan;
- e. Penyiapan bahan koordinasi dengan lintas program, lintas sektor Pengembangan dan Pemberdayaan Sumber Daya Manusia Kesehatan, Kefarmasian dan Perbekalan Kesehatan serta Pembiayaan Kesehatan;
- f. Pelaksanaan evaluasi Pengembangan dan Pemberdayaan Sumber Daya Manusia Kesehatan, Kefarmasian dan Perbekalan Kesehatan, serta Pembiayaan Kesehatan;
- g. Pelaksanaan tugas-tugas lain yang diberikan Kepala Dinas.

Bidang Pengembangan Sumber Daya Kesehatan terdiri atas tiga seksi, yang masing-masing Seksi dipimpin oleh Kepala Seksi yang berada dibawah dan bertanggung jawab kepada Kepala Bidang.

1. Seksi Perencanaan, Pendayagunaan dan Pengembangan Sumber Daya

Manusia Kesehatan mempunyai tugas :

- a. menyiapkan bahan perencanaan kebutuhan, distribusi, pendayagunaan, pengembangan tenaga kesehatan dan tenaga kesehatan strategis serta tenaga kesehatan tertentu;
- b. Menyiapkan bahan pedoman teknis, standart kebutuhan tenaga kesehatan dan diklat fungsional dalam rangka peningkatan mutu Sumber Daya Manusia Kesehatan;
- c. Melaksanakan registrasi, akreditasi, sertifikasi tenaga kesehatan tertentu sesuai peraturan perundang-undangan
- d. Melaksanakan fasilitas kebutuhan, distribusi, pendayagunaan, pengembangan tenaga kesehatan dan tenaga kesehatan strategis serta tenaga kesehatan tertentu;
- e. Menyiapkan bahan evaluasi kebutuhan, distribusi, pendayagunaan, pengembangan tenaga kesehatan dan tenaga kesehatan strategis serta tenaga kesehatan tertentu; dan
- f. Melaksanakan tugas-tugas lain yang diberikan oleh Kepala Bidang.

2. Seksi Kefarmasian dan Perbekalan Kesehatan, mempunyai tugas:

- a. Menyiapkan bahan perencanaan program pembinaan dan pengendalian obat, obat tradisional, narkotika, psikotropika, zat adiktif lainnya, alat

- kesehatan, perbekalan kesehatan rumah tangga, kosmetika, pengelolaan obat dan alat kesehatan serta pelayanan informasi keracunan;
- b. Menyediakan dan mengelola obat pelayanan kesehatan dasar, alat kesehatan dan reagensia;
 - c. Menjabarkan kebijakan operasional di bidang obat, obat tradisional, narkotika, psikotropika, zat adiktif lainnya, alat kesehatan, perbekalan kesehatan rumah tangga, dan kosmetika;
 - d. Menyiapkan bahan penyusunan pedoman, petunjuk pelaksanaan, petunjuk teknis serta prosedur tetap program pembinaan dan pengendalian obat, obat tradisional, narkotika, psikotropika, zat adiktif lainnya, alat kesehatan, perbekalan kesehatan rumah tangga, kosmetika, pengelolaan obat dan alat kesehatan serta pelayanan informasi keracunan;
 - e. Menyiapkan rekomendasi ijin prinsip usaha industri kecil obat tradisional;
 - f. Menyiapkan bahan pembinaan, pengendalian dan pengawasan di bidang obat, obat tradisional, narkotika, psikotropika, zat adiktif lainnya, perbekalan kesehatan rumah tangga, kosmetika, pengelolaan obat dan alat kesehatan serta pelayanan informasi keracunan;
 - g. Melaksanakan fasilitas program pembinaan dan pengendalian obat, obat tradisional, narkotika, psikotropika, zat adiktif lainnya, alat kesehatan,

perbekalan kesehatan rumah tangga, kosmetika, pengelolaan obat dan alat kesehatan serta pelayanan informasi keracunan;

h. Menyiapkan bahan koordinasi lintas program, lintas sektor, organisasi profesi, institusi pendidikan, asosiasi, lembaga swadaya masyarakat, dan pihak swasta program pembinaan dan pengendalian obat, obat tradisional, narkotika, psikotropika, zat adiktif lainnya, alat kesehatan, perbekalan kesehatan rumah tangga, kosmetika, pengelolaan obat dan alat kesehatan serta pelayanan informasi keracunan;

i. Menyiapkan bahan evaluasi program pembinaan dan pengendalian obat, obat tradisional, narkotika, psikotropika, zat adiktif lainnya, alat kesehatan, perbekalan kesehatan rumah tangga, kosmetika, pengelolaan obat dan alat kesehatan serta pelayanan informasi keracunan; dan

j. Melaksanakan tugas-tugas lain yang diberikan oleh Kepala Bidang.

3. Seksi Pembiayaan Kesehatan, mempunyai tugas :

a. Menyiapkan bahan perencanaan pengembangan Pembiayaan Kesehatan;

b. Menyiapkan bahan pedoman standar petunjuk pelaksanaan, teknis, prosedur tetap (protap), pelayanan program Pembiayaan Kesehatan;

c. Menyiapkan bahan pembinaan, pemantauan dan pengawasan program Pembiayaan Kesehatan;

d. Melaksanakan fasilitas program Pembiayaan Kesehatan menyiapkan bahan koordinasi lintas program, lintas sektor, organisasi profesi,

institusi pendidikan, Lembaga Swadaya Masyarakat dan pihak swasta, program Pembiayaan Kesehatan;

- e. Menyiapkan bahan evaluasi dan pelaporan program Pembiayaan Kesehatan; dan
- f. Melaksanakan tugas-tugas lain yang diberikan Kepala Bidang.

4. Sarana Kesehatan

Sarana kesehatan ialah segala sesuatu baik berupa alat atau media yang digunakan untuk menunjang dan mendukung upaya peningkatan kesehatan bagi seluruh masyarakat. Sarana kesehatan diantaranya seperti Puskesmas, Rumah Sakit, sarana farmasi atau alat kesehatan dan sarana kesehatan bersumber daya masyarakat (UKBM).

- a) Puskesmas (Pusat Kesehatan Masyarakat)

Di Kabupaten Blitar hingga akhir tahun 2012 telah memiliki 24 Puskesmas. Namun jumlah tersebut apa bila dihitung secara rasio, yaitu Jumlah Puskesmas dengan Jumlah penduduk di Kabupaten Blitar 1.116.010 jiwa (*menurut hasil Dinas Kependudukan dan Catatan Sipil adalah*) adalah 1 : 46.501 artinya belum memenuhi konsep wilayah kerja puskesmas, yaitu satu puskesmas melayani 30.000 orang. Kabupaten Blitar seharusnya membutuhkan 13 puskesmas tambahan atau memiliki 37 buah puskesmas.

Dalam upaya alternatif meningkatkan mutu pelayanan kesehatan, Dinas Kesehatan Kabupaten Blitar mensiasatinya dengan mengembangkan ataupun

meningkatkan status puskesmas yang ada menjadi Puskesmas Perawatan dan satu unit diantaranya menjadi Puskesmas Perawatan Plus yaitu Puskesmas Sutojayan.

Sementara itu jumlah Puskesmas Keliling Kendaraan Roda 4 (Mobil Pusling) yang dioperasikan sebagai penunjang pelayanan kesehatan kepada masyarakat baik dalam gedung maupun luar gedung hingga akhir bulan Desember 2012 adalah 29 buah.

Tabel 1: Jumlah Puskesmas dan Puskesmas Perawatan 2007 – 2012

Tahun	Jumlah Puskesmas	Jumlah Puskesmas Perawatan	Jumlah Puskesmas Plus
2007	14	10	-
2008	13	11	-
2009	13	11	-
2010	12	11	1
2011	12	11	1
2012	12	11	1

Sumber: *Bidang Yankes, Dinas Kesehatan Kab.Blitar, 2012*

b) Rumah Sakit

Perkembangan sarana rumah sakit di Kabupaten Blitar dinilai melalui indikator fasilitas perawatan, jumlah rumah sakit dan jumlah tempat tidurnya dengan rasio terhadap jumlah penduduk.

Tabel 2 : Perkembangan Rumah Sakit dan Jumlah Tempat Tidur Tahun 2007 – 2011

Tahun	Jumlah RSU	Jumlah Tempat Tidur	Jumlah RSK	Jumlah Tempat Tidur	Keterangan
2007	1	135	2	52	RSUD (Pemda)
2008	1	150	3	82	
2009	1	170	5	122	
2010	2	273	6	165	
2011	4	273	6	165	3 RSU dan 6 RSK Swasta

Sumber: Bidang Yankes Dinkes Kab. Blitar, 2011

c) Sarana Produksi dan Distribusi Farmasi dan Alat Kesehatan

Jumlah sarana produksi dan distribusi farmasi dan alat kesehatan merupakan salah satu indikator penting untuk menggambarkan ketersediaan sarana pelayanan kesehatan. Di Kabupaten Blitar belum tersedia suatu perusahaan / industri farmasi dan alat kesehatan, sementara ini hanya ada perusahaan yang bergerak di bidang distribusi. Jumlah sarana distribusi persediaan farmasi dan alat kesehatan pun meningkat dari tahun ke tahun.

Tabel 3 : Jumlah Sarana Distribusi Persediaan Farmasi dan Alat Kesehatan Tahun 2007 – 2011

Tahun	Distributor	Gudang Farmasi (GF)	Instalasi Farmasi	Apotik	Keterangan
2007	-	2	28	14	
2008	-	2	29	17	
2009	1	2	30	19	
2010	1	2	30	21	
2011	1	2	32	57	GF RSUD dan GFK

Sumber: *Bidang PSDK Dinkes Kab. Blitar, 2012*

d) Sarana Kesehatan Bersumber Daya Masyarakat

Dalam upaya meningkatkan cakupan pelayanan kesehatan kepada masyarakat beragam cara dilakukan dengan memanfaatkan potensi sumber daya masyarakat yang ada. Upaya kesehatan yang bersumber dari masyarakat diantaranya adalah Posyandu (Pos Pelayanan Terpadu), Ponkesdes, Poskesdes, Toga (Tanaman Obat Keluarga) dan sebagainya.

Sampai saat ini, Posyandu merupakan bentuk UKBM yang paling berperan banyak di masyarakat. Posyandu menyelenggarakan lima program prioritas, yaitu kesehatan ibu dan anak, keluarga berencana, perbaikan gizi, imunisasi dan penanggulangan diare. Menurut data terakhir yang dihimpun oleh Bidang PPKM Dinkes Kabupaten Blitar, Jumlah Posyandu per 31 Desember 2011 adalah 1459. Sedangkan untuk memantau perkembangannya, Posyandu dikelompokkan menjadi empat strata, yaitu Posyandu Pratama, Posyandu Madya, Posyandu Purnama dan Posyandu Mandiri.

Tabel 4: Perkembangan Posyandu Tahun 2007 – 2011

Tahun	Pratama	Madya	Purnama	Mandiri
2007	347	251	110	9
2008	120	473	625	15
2009	30	514	882	33
2010	30	514	882	33
2011	30	514	882	33

Sumber: *Bidang PPKM Dinkes Kab. Blitar, 2011*

Rasio Posyandu terhadap desa / kelurahan di Kabupaten Blitar adalah 4,81 atau rata – rata tiap desa / kelurahan minimal terdapat empat Posyandu aktif.

Sedangkan polindes merupakan peran serta masyarakat dalam upaya mendekatkan pelayanan kebidanan, melalui penyediaan tempat pertolongan persalinan dan pelayanan kesehatan ibu dan anak, termasuk keluarga berencana.

e) Pos Kesehatan Desa (Poskesdes)

Menurut Dinas Kesehatan di Kabupaten Blitar, salah satu kriteria desa siaga adalah apabila desa terbut memiliki satu Poskesdes. Tenaga pengelola Poskesdes minimal satu orang bidan dan dua orang kader. Jumlah Poskesdes di Kabupaten Blitar hingga akhir tahun 2011 adalah 248. Sama halnya dengan Posyandu, Poskesdes juga dikelompokkan menjadi empat strata yaitu: Poskesdes Pratama, Madya, Purnama, dan Mandiri.

Tabel 5: Perkembangan Poskesdes Tahun 2007 – 2011

Tahun	Pratama	Madya	Purnama	Mandiri
2007	-	-	-	-
2008	248	-	-	-
2009	248	-	-	-
2010	162	23	8	-
2011	137	74	23	2

Sumber: Bidang PPKM Dinkes Kab.Blitar, 2011

f) Desa Siaga

Desa siaga adalah salah satu upaya untuk mendukung agar masyarakat mandiri untuk hidup sehat. Jumlah desa / kelurahan di Kabupaten Blitar adalah 248. Sebanyak 236 atau (95,16 %) kelurahan diantaranya merupakan desa siaga aktif, hal ini menunjukkan bahwa target desa siaga di Kabupaten Blitar di tahun 2011 telah tercapai, karena target desa sebelumnya hanya 40 %.

5. Tenaga Kesehatan

Berdasarkan Renstra Departemen Kesehatan Tahun 2006 – 2010, pada tahun 2010 rasio tenaga kesehatan per 100.000 penduduk berdasarkan kategori diharapkan mencapai target sebagaimana tabel berikut:

Tabel 6: Rasio Tenaga Kesehatan Per 100.000 Penduduk Tahun 2010

No.	Jenis Tenaga	Rasio Per 100.000 Penduduk
1	Dokter Spesialis	9
2	Dokter Umum	30
3	Dokter Gigi	11
4	Bidan	75
5	Perawat	158
6	Perawat Gigi	16
7	Apoteker	9
8	Asisten Apoteker	18
9	Sarjana Kesehatan Masyarakat	8
10	Sanitarian	10
11	Gizi	18
12	Keterampilan Fisik	4
13	Keteknisian Medis	6

Sumber: *Pusdiknakes Kemenkes RI, 2011*

a) SDM Kesehatan di Rumah Sakit

Sumber daya manusia ini ialah yang bekerja pada rumah sakit umum maupun rumah sakit khusus yang ada di Kabupaten Blitar berdasarkan jumlah dan profesinya, diantaranya sebagai berikut:

Tabel 7: SDM Kesehatan di Rumah Sakit Tahun 2011

No.	Jenis Tenaga	RSU	RSK	Keterangan
1	Dokter Spesialis	17	2	Praktek tidak hanya satu tempat
2	Dokter umum	31	15	
3	Dokter Gigi	4	1	
4	Bidan	22	23	
5	Perawat	195	33	
6	Perawat Gigi	9	3	
7	Apoteker	4	2	
8	Asisten Apoteker	12	8	
9	Sarjana Kesehatan Masyarakat	1	-	
10	Sanitarian	1	-	
11	Gizi	5	23	
12	Keterampilan Fisik	3	-	
13	Keteknisan Medis	24	1	

Sumber: *Bidang PSDK Dinkes Kab. Blitar 2012*

b) SDM Kesehatan di Puskesmas

Jumlah ini merupakan jumlah Sumber Daya Manusia (SDM) yang bertugas di Puskesmas meliputi semua status baik PNS, PTT dan Honorer hingga tahun 2011, diantaranya sebagai berikut:

Tabel 8: Jumlah SDM kesehatan yang bekerja di Puskesmas Kab. Blitar tahun 2011

No.	Jenis Tenaga	Puskesmas	Pustu	Polindes / Poskesdes
1	Dokter Spesialis	-	-	-
2	Dokter umum	33	-	-
3	Dokter Gigi	19	-	-
4	Bidan	30	64	158
5	Perawat	56	72	-
6	Perawat Gigi	7	-	-
7	Apoteker	1	-	-
8	Asisten Apoteker	15	-	-
9	Sarjana Kesehatan Masyarakat	-	-	-
10	Sanitarian	19	-	-
11	Gizi	20	-	-
12	Keterampilan Fisik	-	-	-
13	Keteknisan Medis	14	-	-

Sumber: Bidang PSDK Dinkes Kab. Blitar

6. Pembiayaan Kesehatan

Pembiayaan kesehatan di Kabupaten Blitar terdiri dari pembiayaan kesehatan oleh pemerintah baik Pemerintah Pusat, Provinsi Jawa Timur maupun Kabupaten Blitar dan dunia usaha swasta serta masyarakat yaitu mengenai pengeluaran rumah tangga untuk kesehatan dan jaminan pemeliharaan kesehatan.

Jumlah Alokasi Pembiayaan kesehatan di Kabupaten Blitar Non Belanja Pegawai dari Tahun 2008 – 2011 adalah sebagai berikut:

Tabel 9: Jumlah alokasi Dana Pembiayaan Kesehatan Non Belanja Pegawai dalam Ribuan Rupiah 2008 – 2011

Sumber Dana	2008 (Rp.)	2009 (Rp.)	2010 (Rp.)	2011 (Rp.)	Keterangan
APBD II	23.513.016	23.618.080	18.818.028	11.322.859	
APBD I					
APBN			-	1.800.000	BOK
Lain-lain					

Sumber: Sub.bagian Keuangan Dinkes Kab. Blitar 2012

C. Penyajian Data

1. Implementasi Peraturan Bupati Blitar Nomor 28 Tahun 2012 Tentang Penyelenggaraan Jaminan Pelayanan Kesehatan Bagi Masyarakat Miskin Non Kuota (Jamkesda / SPM) Kabupaten Blitar

Program Jaminan Kesehatan bagi Masyarakat miskin (Maskin) Non kuota merupakan salah satu kebijakan yang diselenggarakan untuk menunjang program-program jaminan pelayanan kesehatan sebelumnya, selain itu beberapa dinamika dalam kebijakan juga mempengaruhi disusunnya kebijakan ini. Peraturan ini secara otomatis memperbarui peraturan sebelumnya yaitu Peraturan Bupati Nomor 13 Tahun 2010 tentang Kebijakan Pelayanan Kesehatan Bagi Masyarakat Miskin Non Kuota Jamkesmas dan Jamkesda. Program ini dengan tegas

ditetapkan oleh Bupati Blitar, H. Herry Nugroho, SE. MH tanggal 3 Agustus 2012.

Meskipun sharing dana dari pusat (Provinsi Jawa Timur) sudah dihentikan disebabkan oleh membludaknya peserta jamkesda dan anggaran yang telah defisit pelayanan dan pemberian jaminan untuk masyarakat miskin non kuota di Kabupaten Blitar tetap diberikan sepenuhnya ditanggung oleh Kabupaten Blitar. Keadaan tersebut senada dengan yang diungkapkan oleh Ibu Sri Halami, Kasi Pembiayaan, Bidang PSDK, Dinas Kesehatan Kabupaten Blitar, bahwa:

“Disini Alhamdulillah Pak bupati memang tetap ingin mempertahankan pemberian SPM bagi masyarakat miskin non kuota meskipun tidak ada lagi sharing dana, karena selama memang mereka berhak dan membutuhkan kita wajib bantu meskipun anggaran yang tersedia mepet sekalipun, jangan dihentikan begitu saja, pasti ada cara lain yang lebih baik. Hal ini juga didukung oleh Komisi IV di DPRD.” (wawancara tanggal 17 April 2013 pukul: 13.15, di ruang PSDK Kantor Dinas Kesehatan Kabupaten Blitar)

Adapun sasaran penerima Jamkesda yang lebih terperinci dari penjelasan sebelumnya adalah masyarakat miskin di luar kuota jamkesmas (dari Pemerintah Pusat) atau yang telah ditetapkan oleh Bupati melalui Surat Keputusan data kepesertaan Jamkesda tahun 2011 sebanyak 12.449 jiwa ditambah dengan pemilik Surat Pernyataan Miskin (SPM), sesuai BAB III, pasal 3, dengan ketentuan:

- a. Mempunyai kartu Jamkesda dan apabila kartu hilang sebagai penggantinya Surat kehilangan dari polsek yang dilegalisir Dinas Kesehatan Kabupaten Blitar
- b. Mempunyai SPM (Surat Pernyataan Miskin)

Menurut data yang diterima dari Staf Seksi Pembiayaan Kesehatan Dinas Kesehatan Kabupaten Blitar, Jumlah Pengunjung Pasien yang menggunakan SPM tahun 2012 di seluruh Puskesmas di Kabupaten Blitar ialah 2175 jiwa. Puskesmas Kesamben menjadi puskesmas yang paling banyak dikunjungi oleh Pasien SPM yaitu sebanyak 185 jiwa dalam setahun, sedangkan Puskesmas Bakung memiliki kunjungan pasien SPM paling sedikit yaitu hanya 20 orang. Sedangkan pada tahun 2013, terhitung hingga Bulan April jumlah kunjungan pasien SPM ialah sebanyak 445 jiwa.

Sesuai dengan fokus penelitian, data hasil penelitian ini dikategorikan menurut model implementasi kebijakan *Direct and Indirect Impact on Implementation*, yang dikembangkan oleh George C. Edward, yang terdiri dari empat variabel yang sangat menentukan keberhasilan implementasi. Keempat variabel tersebut diantaranya adalah:

a) Komunikasi

Komunikasi merupakan suatu transfer pengetahuan atau pemahaman antara dua orang atau lebih melalui sebuah hubungan. Komunikasi yang baik dapat menghasilkan suatu implementasi yang baik pula. Komunikasi yang baik tersebut haruslah dapat diterima dengan jelas dan tidak ambigu (bermakna ganda) atau dapat membingungkan bagi para pelaksana kebijakan. Komunikasi juga harus konsisten dalam arti tidak berubah-ubah sehingga menimbulkan kebingungan bagi pelaksana di lapangan.

Bentuk komunikasi terhadap masyarakat mengenai Program Jamkesda atau SPM baik itu prosedur umum dan alur administrasinya tersalurkan melalui media audio dan visual atau tulisan, diantaranya melalui:

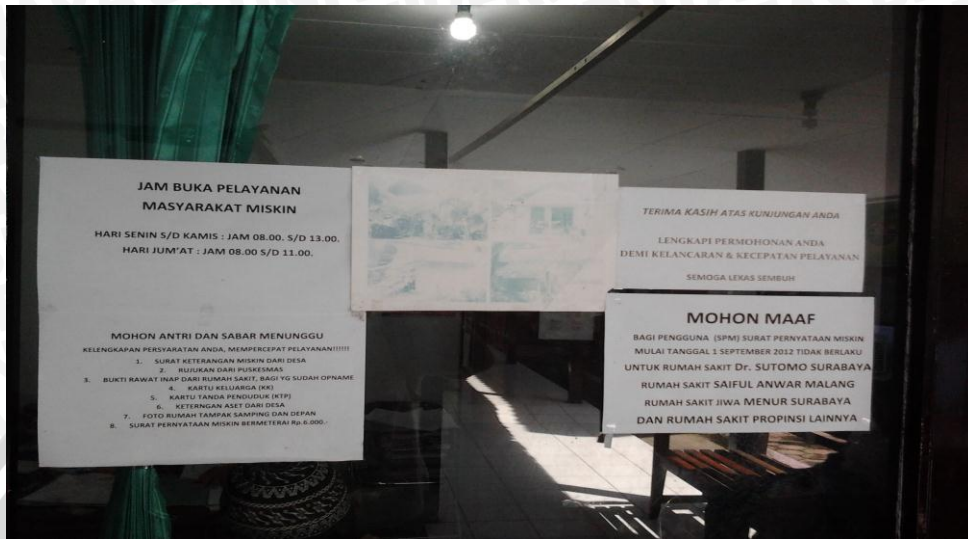
- 1) Brosur atau selebaran
- 2) Siaran Radio
- 3) Booklet (terbatas)

Berita atau selebaran yang tertulis dipasang di setiap wilayah, tepatnya di Kantor kecamatan, kelurahan, balai desa dan seluruh kantor pelayan kesehatan seperti, polindes, ponkesdes dan puskesmas. Selain melalui tulisan, informasi tentang program SPM juga disiarkan melalui radio daerah pada periode waktu tertentu. Keterangan tersebut diungkapkan oleh Ibu Sri Halami, S.KM selaku Kasi Pembiayaan, Bidang PSDK, Dinas Kesehatan Kabupaten Blitar kepada peneliti.

“Komunikasi atau sosialisasi itu pasti dilakukan mas, baik itu secara tertulis yang ditempel di setiap fasilitas kesehatan seperti: puskesmas, polindes, posyandu dan lain-lain. Bahkan di Kantor Kecamatan dan kelurahan juga terpasang selebaran-selebaran untuk pengumuman. Itu semua sudah kami (Dinas Kesehatan) koordinasikan pada rakor melalui seluruh camat, kemudian mereka melanjutkannya kepada lurah dan Kepala Desa. Bahkan sosialisasi juga dilakukan melalui radio lokal, saat itu melalui Mayangkara FM selama beberapa bulan.” (wawancara tanggal 17 April 2013 pukul: 13.15, di ruang PSDK Kantor Dinas Kesehatan Kabupaten Blitar)

Berikut ini merupakan contoh gambar pengumuman bagi Masyarakat Miskin (Maskin) yang membutuhkan SPM sebagai suatu bentuk komunikasi satu arah.

Gambar 10 : Petunjuk Syarat-syarat Pelayanan Administrasi SPM



Sumber: Dokumentasi Penulis, 2013

Gambar 11: Selebaran di Locket Rumah Sakit



Sumber: Dokumentasi Peneliti, 2013

Komunikasi antar sesama aktor pelaksana kebijakan atau pejabat publik juga dilakukan melalui rapat koordinasi (Rakor). Komunikasi diawali seketika setelah Surat Edaran dari Bupati mengenai Program SPM, diadakanlah suatu Rapat koordinasi (Rakor) pejabat se-Kabupaten Blitar dipimpin langsung oleh bupati dan dihadiri oleh seluruh instansi terkait seperti Dinas Kesehatan, Dinas

sosial sampai dengan semua camat, dan Kepala Puskesmas di Kabupaten Blitar. Selanjutnya sebagai pendukung dalam meningkatkan komunikasi dan koordinasi antar instansi dalam meningkatkan pelayanan jamkesmas, jamkesda dan SPM, Kepala Dinas Kesehatan juga menyelenggarakan rapat koordinasi (Rakor) pada periode tertentu.

Rapat Koordinasi dengan pejabat dan perangkat daerah diselenggarakan khusus dan dipimpin langsung oleh Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Blitar, namun tidak diselenggarakan rutin melainkan pada periode tertentu dimana semua Satuan Perangkat Kerja Daerah (SKPD) yang terkait dengan penyelenggaraan Jamkesda dan SPM dapat dihadirkan. Dalam beberapa waktu terakhir, Rapat Koordinasi (Rakor) membahas kebijakan Program Jamkesda dan SPM dilaksanakan setiap dua bulan sekali pada minggu pertama. Keterangan tersebut diperoleh secara lengkap melalui pembicaraan Bapak Agus Suparnadi, SE selaku Kepala Bidang PSDK, Dinas Kesehatan Kabupaten Blitar, bahwa:

“Kalau mengenai komunikasi atau sosialisasi itu sejak surat edaran dari Bupati kami terima, hari itu juga diadakan Rapat Koordinasi Kabupaten Blitar. Semua Dinas terkait dengan Program Jaminan kesehatan hadir, seperti: Dinas Sosial, Dinas Kesehatan, BPS, Camat, Kepala RSUD, Kepala Puskesmas bahkan Forum Kepala Desa datang untuk membahas kegiatan program”

“Rapat koordinasi lanjutan juga tetap ada, biasanya diselenggarakan oleh Kepala Dinas Kesehatan dipimpin langsung oleh beliau dr. Kuspardani guna membicarakan jalannya program jaminan kesehatan pada waktu tertentu. Rapat dihadiri oleh kepala-kepala puskesmas, camat dan kepala rumah sakit. Untuk waktunya itu ndak mesti. Itu bukan rutin, tapi dalam beberapa waktu terakhir diadakan setiap dua bulan sekali dan semua perangkat daerah camat dan kepala puskesmas harus hadir.” (wawancara tanggal 17 April 2013 pukul: 14.00, di ruang PSDK Kantor Dinas Kesehatan Kabupaten Blitar)

Di tengah proses komunikasi masyarakat ternyata ditemukan satu kendala namun masih dapat teratasi, seperti yang diungkapkan oleh salah satu informan, Ibu Katemi yang berasal dari Kecamatan Garum selaku pemohon SPM mengaku mengetahui informasi tertulis tentang program SPM di loket administrasi Puskesmas Garum. Beliau merupakan seorang buta huruf, namun demikian beliau tetap mendapatkan penjelasan lisan dari petugas puskesmas.

“Saya taunya pengumuman itu ditempel di loket puskesmas, sebenarnya saya tidak bisa membaca mas, terus Tanya aja kepada penjaga puskesmas, akhirnya saya paham langsung bisa pergi kesini untuk mengurus syarat administrasi” (wawancara tanggal 18 April 2013 pukul: 09.15, di Loket Pelayanan SPM, Kantor Dinas Kesehatan Kabupaten Blitar)

Dari keterangan yang telah dihimpun dari beberapa informan diatas, diperoleh bahwa hasil komunikasi di lapangan menentukan keberhasilan proses implementasi kebijakan program SPM bagi masyarakat miskin, sedangkan berdasarkan pengamatan di Kabupaten Blitar proses komunikasi program SPM tersebut relatif lancar.

b) Sumber Daya

Sumber daya dalam mengimplementasikan kebijakan, menurut George C. Edward III meliputi staf (Sumber daya Manusia), Informasi (Petunjuk), wewenang dan Fasilitas fisik yang semua tersedia dengan baik. Dari hasil penelitian di lapangan dapat disajikan menjadi dua elemen yaitu sumber daya manusia (SDM) yang mana unsur informasi dan wewenang ada di dalamnya, yang kedua adalah Fasilitas dan Sarana Fisik :

i. Sumber Daya Manusia

Di dalam Struktur Dinas Kesehatan Kabupaten Blitar tidak dibentuk suatu Badan Pelaksana (Bapel) atau Unit Pelaksana Teknis (UPT) yang secara khusus mengelola Jamkesda dan SPM, melainkan semua jenis pengelolaan Jaminan Kesehatan seperti Jamkesmas, Jampersal, Askeskin, Jamkesda dan SPM telah ditetapkan sebagai Program Kegiatan Dinas Kesehatan Kabupaten Blitar dibawah Bidang Pengembangan Sumber Daya Kesehatan (PSDK) dan di dalamnya terdiri dari beberapa Panitia Pelaksana Teknis Kegiatan (PPTK) berikut stafnya sesuai dengan SK Bupati No.820/56/409.205/2013 tentang Pengangkatan Jabatan Struktural dan Keputusan Pengguna Anggaran No.188/500/409.205/2013 tentang Perubahan Penunjukan Panitia Pelaksanaan Kegiatan Pada Dinas Kesehatan Kabupaten Blitar Tahun Anggaran 2013.

Hasil wawancara dengan Ibu Sri Halami, Kepala Seksi Pembiayaan, Bidang PSDK Dinas Kesehatan Kabupaten Blitar mengungkapkan, bahwa:

“Tidak ada sama mas, di Kab. Blitar tidak ada suatu badan pelaksana teknis ataupun UPT jamkesda di Dinkes Kab. Blitar. Yang ada badan pelaksana jamkesmas, itu merupakan dibentuk dari kabupaten, dan dinas kesehatan menjadi salah satu anggotanya. Untuk pengelolaan jamkesda itu masuk pada program kerja tahunan Dinkes Kab. Blitar dan ada dibawah Bidang PSDK, tepatnya di Seksi Pembiayaan yang saya emban ini.”

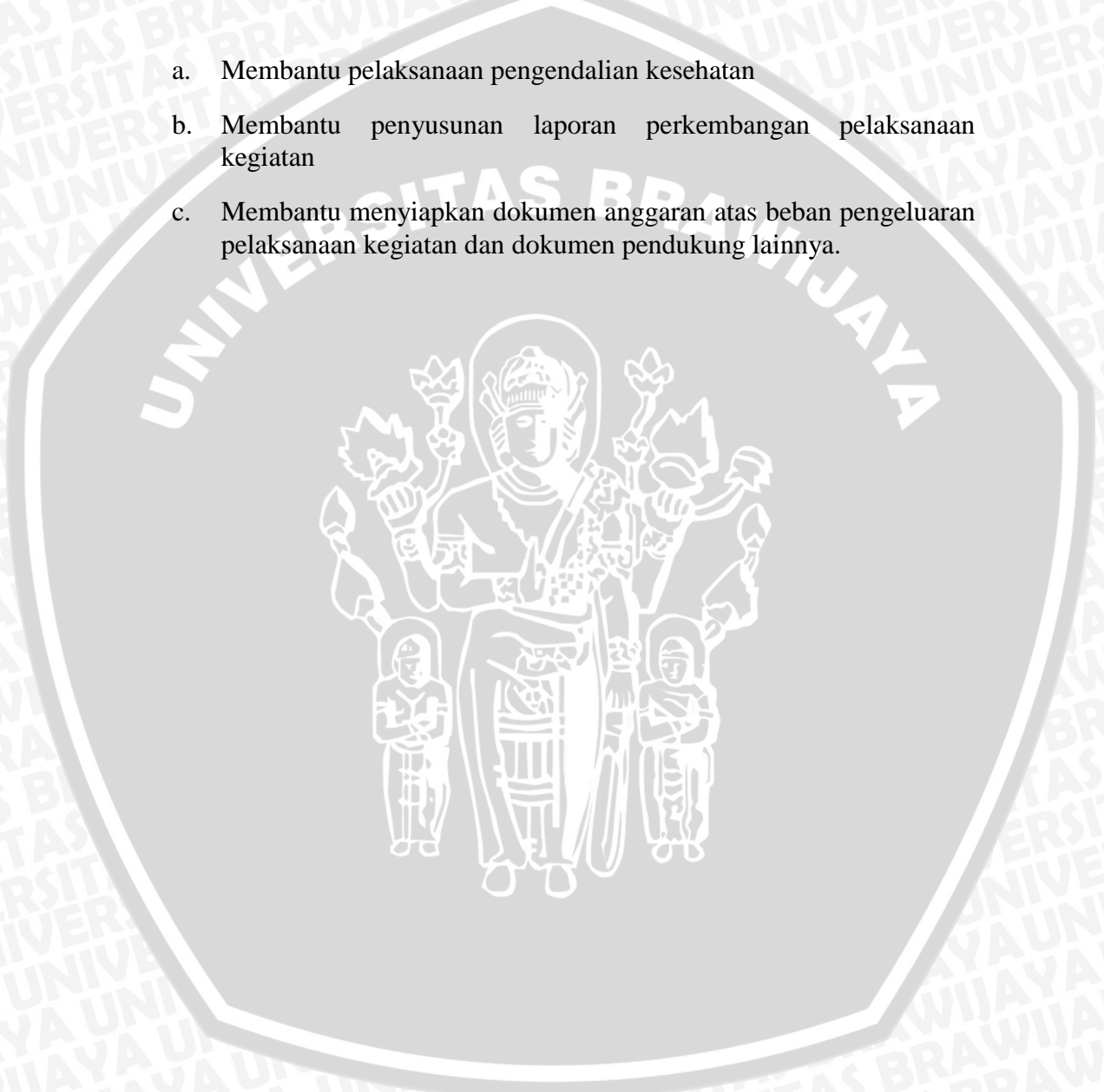
Sebagaimana yang ditetapkan dalam Keputusan Pengguna Anggaran / Pengguna Barang Kabupaten Blitar Nomor 188/500/409.205/2013, PPTK atau Pejabat Pelaksana Teknis Kegiatan bertanggungjawab kepada Dinas Kesehatan Kabupaten Blitar dan mempunyai tugas:

a. Mengendalikan pelaksanaan kegiatan

- b. Melaporkan Perkembangan pelaksanaan kegiatan
- c. Menyiapkan dokumen anggaran atas beban pengeluaran pelaksanaan kegiatan dan dokumen pendukung lainnya.

Dibawahnya dibantu oleh Sekretaris yang mempunyai tugas:

- a. Membantu pelaksanaan pengendalian kesehatan
- b. Membantu penyusunan laporan perkembangan pelaksanaan kegiatan
- c. Membantu menyiapkan dokumen anggaran atas beban pengeluaran pelaksanaan kegiatan dan dokumen pendukung lainnya.



Tabel 10: Berikut susunan PPTK pelaksana Jamkesda dan SPM Dinas Kesehatan Kabupaten Blitar

NAMA LENGKAP	JABATAN DALAM KEDINASAN	JABATAN DALAM PANITIA PELAKSANA KEGIATAN	KEGIATAN
AGUS SUPARNADI, SE. Pembina NIP. 19620801 198301 1 003 - SRI HALAMI, SKM	Kepala Bidang PSDK Kasi Pembiayaan	PPTK Sekretaris	1. Jaminan Kesehatan Daerah (Jamkesda)
SRI HALAMI, SKM Penata NIP 19660325 198803 2 004 - UMI MAESAROH	Kepala Seksi Pembiayaan Staf	PPTK Sekretaris	1. Jamkesmas dan Jampersal 2. Peningkatan Pelayanan Kesehatan peserta ASKES dan SPM

Sumber: Keputusan Pengguna Anggaran / Pengguna Barang Kabupaten Blitar Nomor 188/500/409.205/2013

Pejabat PPTK tersebut dalam mengelola SPM juga dibantu oleh beberapa tenaga verifikator. Terdapat dua Tim Verifikator yang dibentuk dari dasar Surat Keputusan (SK) berbeda di Dinas Kesehatan. Tim Verifikator pertama bertugas memverifikasi kelayakan Maskin calon penerima SPM. Tim Verifikator kedua bertugas memverifikasi berkas administrasi dan klaim pasien SPM di Rumah Sakit milik Kabupaten. Diluar itu juga terdapat Verifikator Independen Rumah Sakit dan Puskesmas yang dibentuk atas wewenang masing-masing Kepala Rumah Sakit atau Kepala Puskesmas. Keterangan ini menurut wawancara dengan Ibu Sri Halami, S.KM selaku Kasi Pembiayaan, Bidang PSDK, Dinkeskab Blitar:

“Untuk Program SPM kita dibantu oleh tim verifikator yaitu verifikator kepesertaan bagi pemegang SKTM (Surat Keterangan Tidak Mampu) apakah layak menerima SPM. Tim Verifikator selanjutnya lebih kepada pelayanan administrasi yang bertugas memverifikasi ulang administrasi dan klaim biaya SPM dari Rumah Sakit ke Dinas Kesehatan” (wawancara 24 April 2013 pukul: 13.00, Ruang PSDK, Dinkes Kab. Blitar)

Tim Verifikasi Penetapan Data Sasaran Masyarakat Miskin (Maskin) Non Kuota Jamkesmas Kabupaten Blitar dibentuk berdasarkan Keputusan Bupati Blitar Nomor 188/357/409.012/KPTS/2012 bertanggung jawab kepada Bupati Blitar dengan tugas sebagai berikut:

1) Melakukan verifikasi nama-nama calon sasaran maskin diluar kuota jamkesmas dan jamkesda yang diusulkan oleh Kepala Desa atau Lurah dan Camat, dengan menggunakan kriteria penetapan masyarakat miskin (*terlampir*):

1. Luas lantai bangunan tempat tinggal kurang dari 8 m²
2. Jenis luas Bangunan tempat tinggal terbuat dari tanah/bambu/kayu murahan

3. Jenis dinding terluas dari bambu/rumbia/kayu kualitas rendah/tembok tanpa plester
 4. Tidak memiliki jamban
 5. Penerangan bukan listrik
 6. Air minum berasal dari sumur, mata air tak terlindungi/sungai/PAM
 7. Bahan bakar untuk masak dari kayu/arang
 8. Beli pakaian baru hanya 1 stel per tahun
 9. Hanya makan 2 atau 1 kali per hari
 10. Jika sakit tidak bisa membayar
 11. Penghasilan dibawah UMK
 12. Pendidikan kepala keluarga setingkat SD ke bawah
 13. Tidak mempunyai aset senilai maksimal Rp. 3.000.000,- (tiga juta rupiah), meliputi: Sepeda motor, ternak, Perhiasan/emas, TV dan Tabungan
 14. Status kepemilikan rumah bukan rumah sendiri/sewa/menumpang
 15. Mempunyai tanah produktif maksimal seluas 40 Ru
- 2) Menyusun database nama-nama calon sasaran maskin dan mengusulkan kepada bupati untuk ditetapkan sebagai sasaran Masyarakat Miskin (maskin) penerima bantuan sosial pelayanan kesehatan Kab. Blitar
- 3) Melakukan Pembaruan data setiap 4 (empat) bulan sekali dalam 1 (satu) tahun
- 4) Melaporkan pelaksanaan tugas yang diberikan Tim kepada Bupati

Tabel 11: Susunan Keanggotaan Tim Verifikasi Penetapan Data Masyarakat Miskin Diluar Kuota Jamkesmas dan Jamkesda Kabupaten Blitar Tahun 2012

NO.	JABATAN DALAM TIM	JABATAN DALAM KEDINASAN
1	Pelindung	Bupati Blitar
2	Pengarah	Wakil Bupati Blitar
3	Penanggung Jawab	Sekretaris Daerah Kabupaten Blitar
4	Ketua	Asisten Bidang Pemerintahan dan Kesra Setda Kab. Blitar
5	Wakil Ketua	Kepala Bappeda Kabupaten Blitar
6	Sekretaris I	Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Blitar
	Sekretaris II	Kepala Bapemas Kabupaten Blitar
	Anggota	Kepala Dinas Sosial Kabupaten Blitar
		Kepala Pemberdayaan Perempuan dan Keluarga Berencana Kabupaten Blitar
		Kepala Badan Pusat Statistik Kabupaten Blitar
		Kepala Bagiah Hukum Sekretariat Daerah Kab. Blitar
		Kepala Bagian Kesra Setda Kabupaten Blitar
		Kepala Bagian Humas Setda Kabupaten Blitar
		Kepala Bagian Tata Pemerintahan Setda Kab. Blitar
		Camat Se-Kabupaten Blitar

Sumber: Keputusan Bupati Blitar Nomor 188/357/409.012/KPTS/2012

Selanjutnya, Tenaga Pelaksana Verifikasi Jamkesda / SPM ditunjuk melalui Keputusan Pengguna Anggaran / Pengguna Barang Dinas Kesehatan Kabupaten Blitar Nomor: 188/04/409.104/SK/2013 Tentang Penunjukan Tenaga Pelaksana Verifikasi Jaminan Kesehatan Daerah (Jamkesda/SPM) Kabupaten Blitar Tahun

2013. Tenaga pelaksana verifikasi Jamkesda memiliki pengetahuan dan kemampuan melakukan verifikasi yang mempunyai tugas:

- a. Dalam melaksanakan tugasnya tenaga verifikasi Jamkesda bertanggung jawab kepada Pengguna Anggaran / Pengguna Barang
- b. Mengecek Kebenaran dokumen identitas peserta Program Jaminan Kesehatan Daerah (Jamkesda/SPM)
- c. Memastikan adanya Surat Rujukan dari PPK
- d. Memastikan Dokumen Keabsahan Kepesertaan
- e. Mengecek kebenaran penulisan paket / diagnosa, prosedur, No, Kode
- f. Mengecek Kebenaran besar tarif sesuai paket / diagnose, prosedur, No, Kode
- g. Memastikan formulir pengajuan klaim disetujui penanggung jawab (PPK)
- h. Mengirim rekapitulasi klaim dan realisasi pembayaran klaim PPK ke Tim Pengelola Kabupaten Blitar

Tabel 12: Berikut Daftar Nama Tenaga Pelaksana Verifikasi Program Jaminan Kesehatan Daerah (Jamkesda / SPM) Kabupaten Blitar Tahun 2013

NO.	NAMA / ALAMAT	TEMPAT, TANGGAL LAHIR	DITUNJUK SEBAGAI	JUMLAH HONOR
1.	SIH RAHAYU. SKM Ds. Bacem RT. 04/01 Kec. Ponggok	Blitar, 29-4-1981	Tenaga Pelaksana Verifikasi Jamkesda	Rp. 1.500.000,-
2.	ENGGAR PALUPI WENINGSARI, S.Kep.Ns Perumahan Gedog Blok 1 No.11 Blitar	Blitar, 21-12-1985	Tenaga Pelaksana Verifikasi Jamkesda	Rp. 1.500.000,-

Sumber: Keputusan Pengguna Anggaran / Pengguna Barang Dinas Kesehatan Kabupaten Blitar Nomor: 188/04/409.104/SK/2013

ii. Fasilitas fisik atau Sumber Daya Kesehatan

Ketersediaan aspek fasilitas kesehatan sangat menentukan pelaksanaan program jamkesda dan SPM. Kabupaten Blitar didukung oleh 24 Puskesmas yang tersebar di seluruh kecamatan yang terdiri dari 12 Puskesmas dasar, 11 Puskesmas Perawatan, dan 1 Puskesmas khusus. Dari seluruh puskesmas belum terbentuk UPT (Unit Pelayanan Terpadu). Selain itu, terdapat 7 Rumah Sakit Umum dan 1 Rumah Sakit Umum Daerah yaitu RSUD Ngudi Waluyo yang terletak di Kecamatan Wlingi.

Puskesmas dan jaringannya memberikan pelayanan bagi pasien Jamkesda/SPM meliputi: pelayanan rawat jalan tingkat pertama (RJTP),

pelayanan rawat inap tingkat pertama (RITP), pelayanan gawat darurat (emergency) dan pelayanan rujukan gawat darurat dan transport rujukan.

Di Tahun 2013 RSUD Ngudi Waluyo menjadi satu-satunya Rumah Sakit Rujukan bagi pasien Jamkesda dan SPM. Meskipun di tahun sebelumnya hingga tahun 2012 Dinas Kesehatan Kabupaten Blitar menjalin kerjasama dengan RS Mardi Waluyo milik Pemkot Blitar. Hal ini dilakukan karena dengan adanya dua Rumah Sakit yang digunakan lebih sulit bagi petugas pelaksana jamkesda/SPM dalam verifikasi administrasi dan tingginya penunggakan klaim untuk Rumah Sakit yang belum cair sehingga menyebabkan adanya hutang dengan RS Mardi Waluyo milik Pemerintah Kota Blitar. Meskipun dengan dua rumah sakit pasien jamkesda/SPM lebih mudah ditampung, namun menurut Kepala Bidang PSDK, Dinkes Kab. Blitar dengan satu rumah sakit milik Kabupaten Blitar sendiri masih dapat teratasi semua pelayanan untuk pasien jamkesda/SPM dan tidak pernah ada yang ditelantarkan.

“Mulai tahun 2013 semua rujukan memang ditujukan ke RSUD Ngudi Waluyo Wlingi, karena semua pelayanan dan pembiayaan menjadi lebih mudah lebih efektif, kalo satu rumah sakit saja. Kalo tahun lalu dua rumah sakit malah kurang maksimal selain itu proses klaim pembayaran untuk RS milik Pemkot Blitar malah menumpuk belum terbayar. Untuk masalah kapasitas RSUD sementara ini masih mengatasi bagi seluruh pasien Jamkesda / SPM, dan Alhamdulillah belum pernah terjadi pasien terlantar, kalo toh pernah ada, itu karena warga tersebut tidak tahu mana hak dan kewajibannya.” (wawancara 24 April 2013 pukul: 14.00, Ruang PSDK, Dinkes Kab. Blitar)

RSUD Ngudi Waluyo sendiri memberikan pelayanan kesehatan meliputi: Rawat jalan tingkat lanjutan (RJTL), Rawat Inap Tingkat Lanjutan (RITL) diberikan di kelas III, pelayanan gawat darurat (emergency) dan pelayanan rujukan. Namun demikian untuk penanganan penyakit-penyakit tertentu yang

sudah akut pasien harus tetap dirujuk ke Rumah Sakit Provinsi disebabkan oleh ketersediaan alat dan fasilitas penanganan kesehatan khusus yang terbatas. Penyakit tersebut diantaranya seperti: gagal ginjal, *leukemia* dan *anemi aplastic* yang memerlukan penanganan cuci darah atau *hemodialisa* yang fasilitas tersebut belum tersedia di RSUD Ngudi Waluyo. Senada dengan yang diungkapkan oleh Bapak Agus Suparnadi, SE, Kepala Bidang PSDK, RSUD masih memerlukan pembenahan fasilitas sehingga semua pasien termasuk pasien Jamkesda/SPM tidak perlu dirujuk menuju RS provinsi yang lebih jauh. Tahun 2013 ini juga akan mulai diujicobakan penanganan hemodialisa di RSUD Ngudi Waluyo.

“RSUD Ngudi Waluyo yang kita miliki sebenarnya sudah cukup memadai bagi pasien Jamkesda/SPM namun ada tiga jenis penyakit kronis yang masih kita perlu rujuk ke RS milik provinsi, seperti leukemia, gagal ginjal dan anemi aplastic dikarenakan belum menyediakan fasilitas hemodialisa atau cuci darah. Namun tahun 2013 ini akan dilakukan pembenahan semua fasilitas, insya Allah di pertengahan tahun nanti, RSUD Ngudi Waluyo sudah menangani hemodialisa sedang diupayakan ini.” (wawancara 24 April 2013 pukul: 14.00, Ruang PSDK, Dinkes Kab. Blitar)

Dari keterangan dan data yang diperoleh menunjukkan sumber daya manusia (SDM) yang menjadi pelaksana program Jamkesda dan SPM masih tergolong cukup memadai. Namun fasilitas rumah sakit milik Kabupaten Blitar, RSUD Ngudi waluyo perlu dilakukan pembenahan kelengkapan fasilitas dan manajemen.

c) Disposisi

Disposisi merupakan sikap dari pelaksana kebijakan dalam melakukan pendekatan mengenai pelaksanaan kebijakan publik, sehingga Implementasi

suatu program kebijakan akan lebih efektif apabila para pelaksana yang melaksanakannya memiliki kemampuan dan mengetahui dengan benar apa yang akan dilakukan. Seperti yang telah dipaparkan pada poin-poin sebelumnya, beberapa aktor pelaksana Program Jamkesda dan SPM telah ditunjuk dan diangkat melalui pertimbangan selektif dan didasari dengan legalitas surat keputusan yang di dalamnya tertuliskan tugas, pokok, dan fungsi yang jelas.

Bentuk Disposisi dari pelaksana kebijakan tentang pengangkatan birokrat tertulis jelas, diantaranya melalui Penunjukan Panitia Pelaksana Teknis Kegiatan (PPTK) Jamkesda dan SPM telah tercantum dalam SK Bupati No.820/56/409.205/2013 tentang Pengangkatan Jabatan Struktural dan Keputusan Pengguna Anggaran No.188/500/409.205/2013 tentang Perubahan Penunjukan Panitia Pelaksanaan Kegiatan Pada Dinas Kesehatan Kabupaten Blitar Tahun Anggaran 2013. Tim Verifikasi Penetapan Data Sasaran Masyarakat Miskin Non Kuota Jamkesmas Kabupaten Blitar dibentuk berdasarkan Keputusan Bupati Blitar Nomor 188/357/409.012/KPTS/2012. Sedangkan, Tenaga Pelaksana Verifikasi Jamkesda / SPM ditunjuk melalui Keputusan Pengguna Anggaran / Pengguna Barang Dinas Kesehatan Kabupaten Blitar Nomor: 188/04/409.104/SK/2013 Tentang Penunjukan Tenaga Pelaksana Verifikasi Jaminan Kesehatan Daerah (Jamkesda/SPM) Kabupaten Blitar Tahun 2013.

Menurut hasil pembicaraan dengan Kepala Seksi Pembiayaan Kesehatan (Biakes) pengangkatan birokrat tersebut telah melalui analisis dan pertimbangan khusus jajaran Dinas Kesehatan Kabupaten Blitar oleh penanggung jawab Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Blitar yang didasarkan pada masa kerja, kualitas

kerja dan lain-lainnya. Selain itu, seluruh perkembangan kinerja atau sikap pegawai dikontrol melalui rapat koordinasi sesuai yang telah dipaparkan sebelumnya.

“Untuk perekrutan dan pengangkatan anggota tim verifikasi jamkesda yang ditempatkan di RS telah melalui beberapa tahap, diantaranya berpendidikan terakhir kesehatan masyarakat (S-1), setelah melalui pengabdian sebagai tenaga honorer dan berkinerja baik, kami putuskan untuk diangkat atau dikontrak tahunan dengan honor tetap”

“Untuk upaya mengontrol kualitas sikap para pegawai pelaksana kebijakan kami lakukan melalui rapat koordinasi yang diadakan di ruang rapat Dinkes Kabupaten Blitar. Disitu akan ada pembahasan laporan kerja dari kepala RS, Kepala Puskesmas, Camat dan seterusnya kemudian dibahas seksama sebagai SKPD.”(wawancara tanggal 24 April 2013 pukul: 13.00, Ruang PSDK, Kantor Dinas Kesehatan Kabupaten Blitar)

Sedangkan menurut masyarakat sebagai pihak yang menerima pelayanan dari pegawai pelaksana di lapangan menyatakan tanggapan yang cukup positif mengenai sikap pelaksana kebijakan ketika memberikan layanan kesehatan terhadap pasien pemilik Surat Pernyataan Miskin (SPM). Sikap dari para pegawai pengelola Jamkesda dan SPM dianggap cukup memuaskan dan membantu. Salah satunya adalah penuturan dari Nur Khozin , warga Desa Butun, Kecamatan Gandusari Kab. Blitar sebagai keluarga pasien SPM.

“Ibu pegawai loket lumayan ramah mas, jelas ngasih informasi tidak sampai nggethak (berbicara dengan nada tinggi), saya cukup puas dan terbantu tidak ada masalah. Tapi ketika menunggu loket buka kadang-kadang sering molor jamnya setelah istirahat. Ketika di RS juga, begitu syarat-syarat administrasi komplit, istri saya langsung diberi perawatan oleh suster dan dokter.” (Wawancara 15 Mei 2013, depan loket pelayanan SPM, Kantor Dinkes Kab. Blitar)

Menurut George Edward III, dalam unsur variabel disposisi disamping adanya variabel pengangkatan birokrat, terdapat adanya suatu insentif sehingga dapat mendorong para pelaksana bekerja dengan lebih baik. Insentif yang dimaksudkan diantaranya dapat berupa tunjangan, honor tambahan atau bentuk lainnya yang memberikan keuntungan bagi pelaksana.

Dari hasil pembicaraan dengan Kepala seksi Pembiayaan, Bidang PSDK, Dinas Kesehatan Kabupaten Blitar diperoleh bahwa tidak ada suatu bentuk insentif khusus berupa tunjangan, bonus dan lainnya yang diberikan kepada Panitia Pelaksana Teknis Kegiatan (PPTK) yang menjalankan Program Jamkesda dan SPM, Begitu pula Tim Verifikasi Data Sasaran Masyarakat Miskin Non Kuota Jamkesmas Kabupaten Blitar. Mereka hanya memperoleh gaji pokok dan tunjangan regular sebagai pejabat PNS Dinas Kesehatan karena Program Jamkesda dan SPM merupakan program kegiatan yang menjadi tugas harian di Dinas Kesehatan.

“Kalau tunjangan, bonus lainnya yg sebagai insentif itu tidak ada. Yang kami peroleh yaa gaji pokok bulanan seperti biasanya karena program SPM adalah program kerja utama kami di bidang PSDK. Sedangkan bagi Tim Verifikasi dari Kabupaten itu juga sebagai bentuk kewajiban atau tugas sebagai pegawai negeri tidak ada honor atau tunjangan tambahan lainnya” (wawancara tanggal 24 April 2013 pukul: 13.00, Ruang PSDK, Kantor Dinas Kesehatan Kabupaten Blitar)

Lain halnya bagi Tenaga Pelaksana Verifikasi Jamkesda dan SPM yang merupakan tenaga honorer yang tidak tetap dan hanya mendapat kontrak tahunan. Namun demikian, sejak tahun 2013 honor mereka dinaikkan karena kinerja yang baik dan dibutuhkan keberadaan tenaganya.

“Kalau tenaga verifikator pelayan jamkesda dan SPM itu baru yang mendapatkan honor karena dua orang ini bukan tenaga tetap atau tenaga honorer yang diperbantukan untuk mengurus bagian verifikasi administrasi dan klaim di RSUD Ngudi Waluyo. Mulai awal tahun 2013 kemarin kita perpanjang lagi satu tahun dan honorinya kami naikkan karena memang sangat dibutuhkan tenaganya dan kinerjanya cukup baik.” (wawancara tanggal 24 April 2013 pukul: 13.00, Ruang PSDK, Kantor Dinas Kesehatan Kabupaten Blitar)

Menurut pengakuan langsung yang diungkapkan oleh salah satu anggota Tenaga Pelaksana Verifikasi Jamkesda dan SPM, Ibu Sih Rahayu, S.KM menyatakan bahwa dirinya telah dikontrak sejak tahun 2010 sebagai tenaga pelaksana verifikasi sampai dengan tahun 2013. Honor yang diberikan kepadanya dinaikkan setiap tahunnya dan menurutnya lebih dari cukup. Sedangkan untuk penempatan, karena sejak awal tahun 2013 lalu hanya RSUD Ngudi Waluyo yang melayani rujukan Pasien Jamkesda dan SPM maka satu rumah sakit dapat ditangani oleh dua orang Tenaga Verifikator sekaligus ini menjadi lebih ringan baginya, lain halnya seperti tahun lalu, satu tenaga verifikator menangani masing-masing satu rumah sakit di RSUD Mardi Waluyo dan RSUD Ngudi Waluyo.

“Saya sudah sejak 2010 diterima menjadi pegawai honorer, ketika itu ada perekrutan sebagai tenaga verifikasi. Untuk masalah honor, Alhamdulillah setiap tahunnya naik, tahun lalu Rp. 1.000.000,- dan sekarang menjadi Rp. 1.500.000,- dan menurut saya lebih dari cukuplah mas. Selain itu sekarang saya bersama ibu Enggar berdua menangani verifikasi di satu Rumah Sakit (RSUD Ngudi Waluyo) setelah dua tahun sebelumnya saya sendiri-sendiri menangani satu rumah sakit, saya bagian RS Mardi Waluyo. Alhamdulillah lah mas, semoga tahun depan diperpanjang lagi kontrak saya disini.” (Wawancara 15 Mei 2013, Lobi RSUD Ngudi Waluyo)

d) Struktur Birokrasi

Struktur organisasi atau birokrasi yang digunakan dalam melaksanakan program jamkesda dan SPM merupakan Struktur Organisasi Dinas Kesehatan Blitar khususnya dibawah tanggung jawab Bidang Pengembangan Sumber Daya Kesehatan (PSDK), Seksi Pembiayaan Kesehatan. Bentuk struktur organisasi seperti yang telah dijelaskan di bab sebelumnya. Hal ini berkaitan dengan Program Jaminan Kesehatan masyarakat termasuk Jamkesda dan SPM yang mejadi Program Kerja Tahunan Dinas Kesehatan yang juga tertera dalam DPA-SKPD. Mengenai hal ini dijelaskan secara merinci oleh Ibu Sri Halami, S.KM, Kepala Seksi Pembiayaan Kesehatan, Dinas Kesehatan Kabupaten Blitar:

“Tidak ada unit pelaksana teknis lagi di bawah Dinas Kesehatan yang secara khusus menangani pengelolaan Jamkesda dan SPM, maka struktur organisai ya yang ada di Dinas Kesehatan itu, gak ada tambahan yang lain. Jadi Program Jamkesda / SPM menjadi program kegiatan sesuai dengan ada di DPA dan dikelola oleh Bidang PSDK di Seksi Pembiayaan Kesehatan seperti itu” (wawancara tanggal 24 April 2013 pukul: 13.00, Ruang PSDK, Kantor Dinas Kesehatan Kabupaten Blitar)

Menurut George C. Edward III, disamping adanya suatu struktur organisasi perlu adanya Standar Operating Prosedur (SOP) atau Standar Pelayanan Minimal yang dapat mendongkrak kinerja struktur birokrasi. Sedangkan dari hasil penelitian yang diperoleh, dalam pengelolaan Program Jamkesda dan SPM diatur prosedur dan tata pelayanan kesehatan dan dimuat di dalam Perbup Blitar Nomor 28 Tahun 2012 tentang Penyelenggaraan Jaminan Pelayanan Kesehatan Bagi Masyarakat Miskin Non Kuota (Jamkesda / SPM) Kabupaten Blitar. Maka tidak ada Peraturan tambahan lainnya yang khusus mengenai ketentuan Standar Pelayanan Minimal dalam pelayanan Program Jamkesda dan SPM. Sejalan

dengan penuturan wawancara dari Kasi Pembiayaan Kesehatan, Bidang PSDK, Ibu Sri Halami, SKM:

“Mengenai standar pelayanan ya sudah ada di dalam Perbup nomor 28 itu. Semua sudah secara lengkap termuat disitu. Kalo Peraturan lain atau SK lain yang khusus mengenai Standar pelayan Minimal itu tidak ada. Kalo dari kebijakan masing-masing puskesmas itu memang ada, tergantung masing-masing kepala puskesmas juga. Tapi Standar pelayan yang utama ya ada di Perbup Nomor 28 Tahun 2012 itu, kalo tidak salah pada BAB V dan seterusnya.” (wawancara tanggal 24 April 2013 pukul: 13.00, Ruang PSDK, Kantor Dinas Kesehatan Kabupaten Blitar)

Berdasarkan Perbup Blitar Nomor 28 Tahun 2012 tentang Penyelenggaraan Jaminan Pelayanan Kesehatan Bagi Masyarakat Miskin Non Kuota (Jamkesda / SPM) Kabupaten Blitar. Bab IV, Prosedur dan Tata Laksana Pengurusan SPM, Pasal 5, diantaranya:

- a. Sasaran dibuatkan pengantar oleh kepala desa/kelurahan selanjutnya mengurus SPM ke Dinkes Kabupaten Blitar.
- b. Sasaran memeriksakan diri di tempat pelayanan kesehatan dasar (Puskesmas)
- c. Sasaran yang memerlukan pelayanan lebih lanjut maka puskesmas bisa memberikan rujukan langsung ke Rumah Sakit Daerah atau ke Rumah Sakit Provinsi (untuk penyakit tertentu yaitu jiwa, Mata dan Paru) diluar penyakit tersebut Puskesmas memberikan rujukan secara berjenjang.

Untuk mengurus SPM di Loker Dinas Kesehatan beberapa syarat administrasi yang harus dilengkapi antara lain:

1. Surat Keterangan Miskin dari Desa (SKM / SKTM)
2. Rujukan dari Puskesmas
3. Bukti rawat inap dari rumah sakit, bagi yang opname dilengkapi dengan foto Pasien ketika dirawat
4. Kartu Keluarga (KK)

5. Kartu Tanda Penduduk (KTP)
6. Keterangan Aset kekayaan yang diketahui Kepala Desa
7. Foto Rumah Tampak Samping dan Depan
8. Surat Pernyataan bermaterai Rp. 6000,-

Selanjutnya, Bab V, Prosedur dan Tata Laksana Pelayanan, Pasal 6, bahwa

Prosedur pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin sebagai berikut:

- a. Sasaran datang ke tempat pelayanan yang ditentukan dengan membawa identitas berupa kartu Jamkesda atau Surat Pernyataan Miskin (SPM) yang ditandatangani oleh Bupati atau Pejabat Eselon II yang ditunjuk
- b. Untuk kasus gawat darurat ketika belum bisa menunjukkan kartu Jamkesda / SPM maka peserta diberi kesempatan untuk mengurus kelengkapan administrasi 2 x 24 Jam hari kerja.

Bab VI, Pasal 7, Jenis pelayanan kesehatan yang diberikan kepada masyarakat miskin diluar kuota bersifat komprehensif sesuai indikasi medis yang meliputi:

1. Pelayanan kesehatan di Puskesmas dan jaringannya terdiri atas
 - a. Pelayanan kesehatan rawat jalan tingkat pertama (RJTP) meliputi:
 - 1) Konsultasi medis (Pemeriksaan fisik dan konsultasi medis)
 - 2) Laboratorium sederhana (darah, urine dan feses)
 - 3) Tindakan medis kecil
 - 4) Pemeriksaan dan pengobatan gigi termasuk cabut dan tambal
 - 5) Pemeriksaan ibu hamil, nifas, menyusui, bayi dan balita
 - 6) Pelayanan KB dan penanganan efek samping
 - 7) Pemberian obat

b. Pelayanan kesehatan rawat inap; tingkat pertama (RITP) meliputi:

- 1) Akomodasi rawat inap
- 2) Konsultasi medis (pemeriksaan fisik dan konsultasi medis)
- 3) Laboratorium sederhana (darah, urine dan feses)
- 4) Tindakan medis kecil
- 5) Pemberian obat
- 6) Persalinan normal dan dengan penyulit (PONED)

c. Pelayanan gawat darurat (emergency)

d. Pelayanan rujukan gawat darurat dan transport rujukan

2. Pelayanan kesehatan di fasilitas kesehatan tingkat lanjutan


- a. Rawat jalan tingkat lanjutan (RJTL)
- b. Rawat inap tingkat lanjutan (RITL) diberikan di kelas III
- c. Pelayanan gawat darurat (emergency)
- d. Pelayanan rujukan

Jenis pelayanan kesehatan yang tidak dijamin, sesuai Pasal 7, meliputi:

- a. Pelayanan yang tidak sesuai dengan prosedur dan mekanisme yang berlaku
- b. Pengobatan alternatif, akupunktur dan pengobatan tradisional (termasuk herbal)
- c. Pengobatan dalam upaya mendapatkan keturunan termasuk bayi tabung atau impotensi
- d. Pelayanan kesehatan yang bersifat bhakti sosial
- e. Bahan/alat dan tindakan yang bertujuan untuk kosmetik dan general check-up
- f. Prothesa (gigi tiruan)

- g. Penunjan diagnosis canggih kecuali live saving
- h. Kecelakaan yang sudah mendapatkan santunan baik dari jasa raharja atau pihak lain
- i. Psikotropika
- j. Kecandual alcohol
- k. Percobaan bunuh diri

Gambar 12: Bentuk Format Surat SPM untuk rujukan Puskesmas / RSUD Ngudi Waluyo (Tanda Tangan Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Blitar)



PEMERINTAH KABUPATEN BLITAR
DINAS KESEHATAN
JL. SEMERU NO. 50 TELP. (0342) 801834
BLITAR

SURAT PERNYATAAN MISKIN (SPM)
Nomor : 440/509/409.104/2013

Berdasarkan Surat Keterangan Miskin (SKM) dari Desa Butun Kecamatan : Gandusari Kabupaten Blitar, Nomor : 445/255/409.060.223/2013 Tanggal : 14 Mei 2013, maka :

Yang tertera di bawah ini :

Nama : Abdila Wardatul Ula

Jenis Kelamin : Perempuan

Tanggal Lahir : 12 Juli 2011

Alamat : Dsn.Balong RT.3/1 Ds.Butun Kec.Gandusari Kab.Blitar

Adalah benar masyarakat miskin yang tidak mempunyai kartu Jamkesmas dan Jamkesda Propinsi Jawa Timur.

Surat Pernyataan Miskin ini berlaku sejak tanggal diterbitkan s/d 30 Juni 2013

Demikian surat pernyataan miskin ini dibuat dan dipergunakan sesuai dengan ketentuan yang berlaku dalam pelayanan Jamkesda Propinsi Jawa Timur.

Blitar , 16 Mei 2013


An. BUPATI BLITAR
KEPALA DINAS KESEHATAN
KABUPATEN BLITAR

Dr. KUSPARDANI
Pembina Utama Muda
NIP. 19601212 198701 2 002

Keterangan: Dipergunakan di Puskesmas Gandusari.

Sumber: Seksi Biakes, Bidang PSDK, Dinkes Kab. Blitar 2013

Gambar 13: Bentuk Format Surat SPM untuk rujukan Rumah Sakit Provinsi, seperti RS Soetomo, RSSA Malang, RSJ Menur Surabaya dan seterusnya (Tanda Tangan Bupati Kabupaten Blitar)



PEMERINTAH KABUPATEN BLITAR
SEKRETARIAT DAERAH
JL. SUDANCO SUPRIADI NO. 17 TELP. (0342) 801202
BLITAR

SURAT PERNYATAAN MISKIN (SPM)
 Nomor : 440/77/409.104/2013

Yang bertanda tangan dibawah ini :

N a m a : H. HERRY NOEGROHO,SE.MH.

Jabatan : BUPATI BLITAR

Aiamat : Jl. Sudanco Supriadi No. 17 Telp.(0342) 801202 Blitar

Dengan ini menyatakan bahwa sesuai dengan Surat Permohonan Pelayanan Kesehatan Bagi Masyarakat Miskin Nomer : 460/162/050.118/2013 Tertanggal : 14 Mei 2013 , yang tertera dibawah ini.

N a m a : Sriati

Jenis Kelamin : Perempuan

Tanggal Lahir : 6 Juni 1968

Alamat : DSn.Ds.Kaligambir RT.04 RT.01 Kec.Panggungrejo Kab.Blitar.

Adalah benar masyarakat miskin Non Kuota yang tidak mempunyai Kartu Jamkesmas maupun Jamkesda Provinsi Jawa Timur, yang bersangkutan menderita Gagal Ginjal dan memerlukan perawatan kesehatan.

Pembayaran atas pelayanan ini menjadi tanggungjawab Pemerintah Kabupaten Blitar melalui Dana APBD II.

Surat Pernyataan Miskin ini berlaku sejak tanggal diterbitkan s/d 30 Juni 2013.

Demikian surat pernyataan dibuat dan dipergunakan sesuai dengan ketentuan yang berlaku dalam pelayanan Jamkesda Provinsi Jawa Timur.

Blitar , 16 Mei 2013
 BUPATI BLITAR

H. HERRY NOEGROHO,SE.MH.

Sumber: Seksi Biakes, Bidang PSDK, Dinkes Kab. Blitar 2013

Berdasarkan keterangan yang diperoleh dari wawancara dengan Bapak Agus Suparnadi, SE, Kepala Bidang PSDK Dinkes Kab. Blitar, terdapat perbedaan tentang administrasi SPM bagi pasien SPM atau yang tidak memiliki kartu jamkesda penderita penyakit khusus yang tidak dapat ditangani di Rumah Sakit milik Kabupaten, RSUD Ngudi Waluyo. Dikarenakan semua biaya menjadi

tanggung jawab sepenuhnya oleh Pemerintah Kabupaten Blitar, sedangkan pasien SPM yang dirujuk di RS provinsi harus memperoleh persetujuan langsung dari Bupati melalui Dinas Kesehatan. Pasien SPM tersebut melalui rumah sakit membuat proposal kemudian diteruskan oleh Dinas Kesehatan kepada Bupati Kabupaten Blitar sehingga SPM yang diterima di RS provinsi tersebut disertai tandatangan langsung dari bupati.

“Bagi pasien SPM yang hanya bisa dirujuk di RS Provinsi seperti di RSSA Malang itu harus ada kebijakan dari Bupati langsung karena mulai 1 September 2012 kan sudah tidak ada lagi sharing dana, jadi sepenuhnya memakai anggaran Kabupaten Blitar sendiri sehingga berbeda dengan SPM yang dipakai di Puskesmas atau RSUD Ngudi Waluyo itu cukup ditandatangani oleh Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Blitar kalau rujukan ke provinsi harus diketahui dan tandatangan langsung pak Bupati, yang pertama lewat proposal dulu yang sudah diverifikasi rumah sakit” (wawancara tanggal 24 April 2013 pukul: 14.00, Ruang PSDK, Kantor Dinas Kesehatan Kabupaten Blitar)

Pembiayaan dan Tata laksana pembayaran Jamkesda dan SPM, sesuai Pasal 9 sebagai berikut:

- (1) Biaya Pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin (Maskin) non kuota Kabupaten Blitar dibebankan pada APBD Pemerintah Kabupaten Blitar dan Provinsi, setelah tanggal 1 September 2012 untuk pemegang Surat Pernyataan Miskin (SPM) biaya sepenuhnya ditanggung oleh Pemerintah Kabupaten Blitar
- (2) Pembiayaan penyelenggaraan Jamkesda / SPM meliputi pembiayaan pelayanan kesehatan dan biaya operasional
- (3) Besaran tarif setiap komponen pelayanan kesehatan di Puskesmas dan jaringannya menggunakan perda tarif yang berlaku
- (4) Besaran tarif setiap komponen pelayanan kesehatan di Rumah Sakit yang sebelumnya menggunakan INA CBGs mulai tanggal 1 September 2012 untuk pasien SPM menggunakan Perda tarif / Perbup yang berlaku sedang bagi pemegang kartu jamkesda tetap menggunakan INA CBGs

- (5) Dana Pelayanan Jamkesda diperuntukkan untuk pelayanan kesehatan di fasilitas kesehatan (tingkat pertama dan lanjutan) serta kegiatan operasional Jamkesda di Dinas Kesehatan
- (6) Karena suatu hal, klaim dari Puskesmas / Rumah Sakit pada tahun anggaran berkenaan yang belum diajukan, dapat diajukan dan dibayarkan pada tahun anggaran berjalan.

Berdasarkan penjelasan pasal 9 tentang tata laksana pembayaran tersebut diketahui bahwa mulai tanggal 1 September 2012, Pemerintah Provinsi Jawa Timur tidak lagi memberikan sharing dana kepada Pemerintah Kabupaten (senilai 50% : 50%) dan semua biaya pembayaran klaim Jamkesda dan SPM yang tidak memiliki kartu otomatis 100 persen dibebankan kepada Pemerintah Kabupaten Blitar sendiri. Maka hal itu mendorong Dinas Kesehatan untuk lebih selektif dari tahun sebelumnya dalam menentukan kelayakan sasaran maskin yang memperoleh SPM. Upaya tersebut dilakukan agar manajemen anggaran dalam pembiayaan jamkesda dan SPM tetap terkendali dan tidak menimbulkan banyak penumpukan klaim pembayaran yang belum terbayar seperti tahun sebelumnya. Meskipun demikian menurut keterangan dari Kepala Bidang PSDK, Dinas Kesehatan Kabupaten Blitar ketersediaan anggaran yang dialokasikan untuk membiayai SPM untuk saat ini dan beberapa bulan kedepan masih terkendali. Namun data anggaran APBD sayangnya tidak bisa diperoleh sesuai kebijakan Dinas Kesehatan Kabupaten Blitar.

“Sekarang dalam memberikan SPM kami harus lebih selektif agar dana anggaran untuk pembiayaan SPM lebih efektif dan tidak terjadi lagi penumpukan klaim RS yang belum terbayar seperti tahun lalu itu. Namun untuk tahun ini ketersediaan anggaran masih aman dan perkiraan untuk beberapa bulan ke depan masih dapat dikendalikan. Untuk rincian Anggaran (APBD) mohon maaf, saat ini kami belum bisa memberikan kepada anda. Tapi yang pasti saat ini

masih terkendali tidak ada kebocoran.” (wawancara tanggal 24 April 2013 pukul: 14.00, Ruang PSDK, Kantor Dinas Kesehatan Kabupaten Blitar)

2. Faktor-faktor yang mempengaruhi implementasi kebijakan Program Jamkesda dan SPM Kabupaten Blitar

Dari penjabaran data hasil penelitian implementasi Program Jamkesda dan SPM dalam Perbup Blitar Nomor 28 Tahun 2012 sesuai dengan Model Implementasi George C. Edward III, maka dapat dilihat Faktor pendukung maupun Faktor Penghambat yang dapat mempengaruhi secara signifikan implementasi Program Jamkesda dan SPM Kabupaten Blitar. Adapun hasil wawancara dan observasi di lapangan sebagai berikut:

(1)Faktor Pendukung

- a. Tingginya jumlah kepesertaan Masyarakat Miskin Non kuota yang membutuhkan SPM

Dari data yang diperoleh dari Dinas Kesehatan Kabupaten Blitar, Bidang PSDK masyarakat pengguna SPM tergolong tinggi. Selain itu, masih banyak lagi Masyarakat Miskin yang belum pernah mendapatkan SPM yang belum tercover yang membutuhkan bantuan. Sesuai penuturan Ibu Sri Halami, SKM, Kasi Pembiayaan Kesehatan, Dinkes Kab. Blitar:

“Itulah sebabnya kita pertahankan kebijakan penerbitan SPM, karena banyak masyarakat yang hampir miskin, tapi karena menderita penyakit parah semua asetnya dijual untuk membiayai pengobatannya. Masyarakat tersebut berhak mendapatkan SPM tapi tetap melalui verifikasi dan prosedur yang sama pula” (wawancara tanggal 24 April 2013 pukul: 13.00, Ruang PSDK, Kantor Dinas Kesehatan Kabupaten Blitar)

Berikut ini data yang menunjukkan jumlah kunjungan Pasien Jamkesda dan SPM di Rumah Sakit maupun di Puskesmas

Tabel 13: Rekapitulasi Pasien Kartu Jamkesda dan SPM tahun 2012

RSUD Ngudi Waluyo

BULAN	KARTU		SPM		TOTAL
	RJTL	RITL	RJTL	RITL	
JANUARI	59	8	202	83	352
FEBRUARI	58	7	244	108	417
MARET	62	12	293	91	458
APRIL	56	6	299	76	437
MEI	54	7	287	92	440
JUNI	52	4	311	81	448
JULI	61	5	312	78	456
AGUSTUS	74	11	205	61	351
SEPTEMBER	61	9	241	67	378
OKTOBER	73	10	258	84	425
NOPEMBER	59	8	234	74	375
DESEMBER	55	95	248	966	1364
TOTAL	724	182	3134	1861	5901

Sumber: Seksi Biakes, Bidang PSDK, Dinkes Kab. Blitar 2013



Tabel 14: Rekapitulasi Pasien SPM di Rumah Sakit dan Puskesmas Tahun 2012

NO	BULAN	BARU	LAMA	JUMLAH KUNJUNGAN	JUMLAH PESERTA	WLINGI	BLITAR	RSSA	Dr. SUTOMO	RSJ MENUR	PUSKESMAS	PARU BATU	RS HAJI	BK M M	KUSTA KEDIRI
1	JANUARI	155	69	224	221	125	0	69	4	7	19	0	0	0	0
2	PEBRUARI	143	79	222	220	131	0	66	4	11	8	2	0	0	0
3	MARET	139	60	199	196	115	0	63	5	6	8	2	0	0	0
4	APRIL	130	80	210	206	128	0	52	9	9	11	1	0	0	0
5	MEI	161	69	230	226	120	0	83	6	10	10	1	0	0	0
6	JUNI	118	66	184	182	110	0	54	5	7	7	1	0	0	0
7	JULI	125	71	196	193	136	0	42	6	6	6	0	0	0	0
8	AGUSTUS	85	66	151	150	92	0	44	2	9	4	0	0	0	0
9	SEPTEMBER	89	59	148	147	126	0	17	0	0	5	0	0	0	0
10	OKTOBER	97	39	136	136	123	0	7	0	0	6	0	0	0	0
11	NOPEMBER	98	36	134	134	114	0	12	1	0	7	0	0	0	0
12	DESEMBER	89	52	141	139	115	0	21	0	0	5	0	0	0	0
	TOTAL	1429	746	2175	2150	1435	0	530	42	65	96	7	0	0	0

Sumber: Seksi Biakes, Bidang PSDK, Dinkes Kab. Blitar 2013

Tabel 15: Daftar SPM Per Puskesmas Sampai dengan April 2013

NO	PUSKESMAS	JAN	PEB	MAR	APR	MEI	JUN	JUL	AGUS	SEP	OKT	NOP	DES	TOTAL
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1	KESAMBEN	22	4	4	17									47
2	GANDUSARI	3	1	1	5									10
3	NGLEGOK	9	2	0	4									15
4	SRENGAT	11	5	0	4									20
5	UDANAWU	3	2	1	4									10
6	PONGGOK	5	2	2	4									13
7	KADEMANGAN	2	1	0	2									5
8	SUTOJAYAN	5	5	0	7									17
9	BINANGUN	9	3	2	13									27
10	MARGOMULYO	6	2	0	4									12
11	BAKUNG	1	1	0	3									5
12	KANIGORO	6	5	3	11									25
13	DOKO	8	3	3	5									19
14	TALUN	20	3	5	10									38
15	WLINGI	21	2	3	16									42
16	SANANKULON	12	3	1	9									25
17	GARUM	8	4	2	7									21
18	WATES	1	4	0	2									7
19	WONODADI	8	4	4	4									20
20	BACEM	3	1	1	3									8
21	BORO	5	5	0	9									19
22	SLUMBUNG	2	3	0	1									6
23	WONOTIRTO	1	0	1	0									2
24	SELPURO	15	5	1	11									32
	JUMLAH	186	70	34	155	0	0	0	0	0	0	0	0	445

Sumber: Seksi Biakes, Bidang PSDK, Dinkes Kab. Blitar 2013

Tabel 16: Rekapitulasi Pasien SPM Di Rumah Sakit dan Puskesmas Tahun 2013

NO	BULAN	PROPOSAL / JAMKESMAS	BARU	LAMA	JUMLAH KUNJUNGAN	JUMLAH PEPERTA	TEMPAT RUJUKAN									
							WLINGI	BLITAR	RSSA	Dr. SUTOMO	RSJ MENUR	PUSKESMAS	PARU BATU	RS HAJI	BKMM	KUSTA KEDIRI
1	JANUARI		109	77	186	184	155	0	25	1	0	5	0	0	0	0
2	PEBRUARI		59	11	70	70	59	0	5	0	0	6	0	0	0	0
3	MARET		29	5	34	34	31	0	1	0	0	2	0	0	0	0
4	APRIL	30			155	155	121	0	30	3	0	1	0	0	0	0
5	MEI															
6	JUNI															
7	JULI															
8	AGUSTUS															
9	SEPTEMBER															
10	OKTOBER															
11	NOPEMBER															
12	DESEMBER															
	TOTAL	30	197	93	445	443	366	0	61	4	0	14	0	0	0	0

Sumber: Seksi Biakes, Bidang PSDK, Dinkes Kab. Blitar 2013

b. Aturan dan Prosedur Layanan yang Jelas

Meskipun banyak persyaratan yang harus diajukan untuk urusan administrasi pengurusan SPM, namun menurut empat informan masyarakat prosedur yang dilalui mereka cukup jelas dimengerti dan tidak berbelit-belit dibandingkan melakukan kepengurusan di instansi lain pemerintah selain pelayanan kesehatan. Salah satunya pengakuan dari Nur Khozin warga Desa Butun, Kecamatan Gandusari Kab. Blitar:

“Kalo syarat-syaratnya administrasi memang banyak sekali mas, tapi masih cukup jelas dan gampang bagi saya dalam mengumpulkannya. Pernah ada kekurangan kelengkapan sedikit kemarin tapi petugas loket SPM sanggup membantu. Yang penting gak mbulet mas kaya di kantor pemerintahan lain. Alhamdulillah lancar saja saya.” (Wawancara 15 Mei 2013, depan loket pelayanan SPM, Kantor Dinkes Kab. Blitar)

Hal senada juga diakui oleh Sugino, Warga Desa Kaligambir, Kecamatan Panggunrejo, Kabupaten Blitar:

“Kalo urusan administrasi dimana-mana banyak syaratnya mas, tapi kalo untuk pengurusan SPM ini bagi saya jelas dan tidak berbelit-belit. Apa aturan yang tertulis di kaca itu saya lengkapi dan kenyataannya ketika di loket juga sama dengan yang diminta. Kalau kesalahan sedikit mungkin kurang fotokopinya, materainya belum ada itu saja.” (Wawancara 15 Mei 2013, depan loket pelayanan SPM, Kantor Dinkes Kab. Blitar)

Dengan penjelasan yang dipaparkan oleh informan yang mengajukan surat SPM dapat disimpulkan bahwa prosedur dan standar pelayanan yang diberikan cukup mendukung proses pengelolaan SPM atau Maskin non kuota yang tidak memiliki kartu Jamkesda Kabupaten Blitar.

(2)Faktor Penghambat

a. Keterbatasan Anggaran Daerah untuk pembiayaan Jamkesda

Sejak dihapuskannya sharing dana dari Pemerintah Provinsi Jawa Timur untuk pembiayaan SPM, praktis hanya Pasien pemegang kartu Jamkesda yang memperoleh sharing dana Pemprov. Padahal jumlah pasien SPM saat ini lebih banyak dari pemegang kartu jamkesda dan semuanya itu hanya ditanggung sendiri oleh Pemerintah Kabupaten Blitar. Oleh sebab itu, pengelolaan SPM dibuat lebih ketat dan selektif dari tahun sebelumnya untuk menghemat anggaran. Beberapa diantaranya seperti, perlu ditambahkan foto terbaru pasien ketika menjalani pengobatan di RS atau puskesmas sebagai syarat administrasi pembaruan atau pembuatan SPM. Kemudian ditambahkan tenaga verifikator tingkat kecamatan, verifikator puskesmas dan verifikator independen Rumah Sakit.

Namun demikian dari wawancara yang telah dijabarkan sebelumnya, Kepala Bidang PSDK, Dinkes Kab. Blitar Bapak Agus Suparnadi, SE menjelaskan bahwa sementara anggaran daerah (APBD) masih mencukupi dan untuk beberapa bulan ke depan, meskipun tidak berkenan menunjukkan rincian jumlah APBD yang ada sebenarnya.

b. Fasilitas dan Sumber Daya Kesehatan

Dari penjelasan yang telah dipaparkan sebelumnya bahwa Rumah Sakit yang dimiliki oleh Kabupaten Blitar hanya RSUD Ngudi Waluyo Wlingi.

Sedangkan beberapa fasilitas medis di dalamnya masih terbatas sehingga untuk penyakit tertentu pasien harus di rujuk menuju Rumah Sakit Provinsi.

Hal itu menjadi kendala bagi beberapa pasien Jamkesda dan SPM, salah satunya diungkapkan oleh pernyataan seorang informan masyarakat yang merupakan pasien SPM penderita gagal ginjal, Sriati, 45 tahun yang berdomisili di Desa Kaligambir, Kec. Panggunrejo, Kabupaten Blitar melalui suaminya Sugino menyatakan cukup sulit bagi mereka karena setiap membutuhkan perawatan cuci darah mereka harus menuju Rumah Sakit Provinsi Dr. Syaiful Anwar Malang yang jaraknya lebih dari 70 kilometer. Berikut petikan wawancara dengan beliau:

“Istri saya sakit gagal ginjal, dan harus melakukan cuci darah secara rutin ke RS Syaiful Anwar Malang. Kalo dibilang jauh ya memang, tapi demi kesembuhan dan alhamdulillah permohonan kami ditandatangani Pak Bupati kalo tidak, cuci darah mahal sekali, keluarga saya tidak mampu membiayainya. Dengan diberi SPM kami sudah bersyukur.” (Wawancara 15 Mei 2013, depan loket pelayanan SPM, Kantor Dinkes Kab. Blitar)

Sedangkan menurut penjelasan sebelumnya dari hasil wawancara dengan Kepala Bidang PSDK, Dinas Kesehatan Kabupaten Blitar, mulai tahun 2013 ini RSUD akan dilakukan pembenahan kembali baik manajemen maupun kelengkapan fasilitas medis yang belum dimiliki. Bahkan di pertengahan tahun 2013 akan mulai dicoba pelayanan hemodialisa atau cuci darah untuk pasien gagal ginjal dan leukemia, sehingga semua pasien baik reguler maupun pasien Jamkesmas, Jamkesda dan SPM tidak perlu dirujuk sampai ke Rumah Sakit Provinsi.

D. Analisis dan Pembahasan

1. Kondisi Penyelenggaraan Jaminan Pelayanan Kesehatan Masyarakat Miskin Non Kuota (Jamkesda / SPM) Kabupaten Blitar

Dalam meningkatkan mutu pelayanan kesehatan bagi masyarakat, khususnya masyarakat yang miskin atau masyarakat yang tidak mampu membiayai pengobatan dan perawatan kesehatan maka diselenggarakanlah suatu program jaminan kesehatan masyarakat. Didasari oleh terbitnya UU Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN), maka sejak tahun 2005 melalui nama Askeskin (2005-2007) kemudian berubah nama menjadi Jamkesmas pada tahun 2008 sampai dengan tahun ini program dijalankan. Namun pada kenyataan ketika program berjalan jumlah data (nama) penerima yang ditetapkan oleh pusat belum mencakupi seluruh nama atau warga miskin yang membutuhkan di daerah-daerah.

Sejalan dengan itu, bagi masyarakat miskin yang tidak mendapatkan jamkesmas (masyarakat miskin diluar kuota) menjadi tanggung jawab Pemerintah Daerah Setempat melalui Program Jaminan Kesehatan Daerah (Jamkesda). Program Jamkesda mulai dijalankan penuh pada tahun 2010, di periode yang sama telah ditindaklanjuti dengan Perjanjian Kerja Sama tentang Pelayanan Kesehatan pada tanggal 31 Januari 2011 meliputi Jamkesda, Poskesdes dan Peningkatan fungsi Puskesmas. Mekanisme sharing dana pembiayaan pelayanan kesehatan masyarakat miskin pada awalnya oleh Pemerintah Provinsi dan Pemerintah Kota / Kabupaten se-Jawa Timur, namun terhitung mulai 1 September

2012 sharing dari Pemerintah Provinsi Jawa Timur dihentikan karena terjadi pembengkakan anggaran atau APBD. Sedangkan bagi masyarakat miskin yang masih belum termasuk dalam database penerima Jamkesda berhak menggunakan Surat Pernyataan Miskin (SPM) sesuai ketentuan Kabupaten / Kota yang berlaku dan harus memperbarui setiap (3) tiga bulan. Selain itu di tahun yang sama, tahun 2011 juga diadakan Program Jaminan Persalinan (Jampersal) secara terpisah yang dimaksudkan untuk menghilangkan hambatan bagi ibu hamil dan diharapkan dapat mempercepat penurunan AKI (Angka Kematian Ibu) dan AKB (Angka Kematian Bayi) agar mencapai MDG's (Millenium Development Goals) pada tahun 2015.

Sasaran Program Jamkesda Provinsi Jawa Timur yang telah ditentukan adalah pada tahun 2009 sebanyak 1.411.742 jiwa sedangkan pada tahun 2010 dan yang sekarang masih digunakan sebanyak 1.257.572 jiwa, jumlah tersebut belum termasuk penerima SPM kabupaten. Sasaran tersebut diantaranya terdiri dari:

1. Masyarakat Miskin (Maskin) Non Kuota: merupakan kelompok masyarakat miskin sesuai SK Bupati / Walikota dan telah memiliki kartu Jamkesda. Di Kabupaten Blitar Sasaran Maskin Non-Kuota tahun 2011 (masih dipakai sampai sekarang) ada sejumlah 12.449 jiwa. Seluruhnya telah memiliki kartu jamkesda.
2. Seniman yang ditetapkan oleh Dewan Kesenian Jawa Timur sejumlah 1.339 jiwa

3. Masyarakat Miskin atau hampir miskin yang memiliki SPM (Surat Pernyataan Miskin)
4. Penderita atau mantan penderita Kusta

2. Implementasi Peraturan Bupati Blitar Nomor 28 Tahun 2012 Tentang Penyelenggaraan Jaminan Pelayanan Kesehatan Bagi Masyarakat Miskin Non Kuota (Jamkesda / SPM) Kabupaten Blitar

Peraturan Bupati (Perbup) Blitar No. 28 Tahun 2012 merupakan salah satu bentuk implementasi dengan pendekatan *top down*, yang mana kebijakan tersebut tersentralisasi dari aktor pada tingkat pusat dalam hal ini Pemerintah Provinsi Jawa Timur kepada Pemerintah Kabupaten Blitar, selanjutnya diteruskan oleh administrator dan birokrat-birokrat di level bawahnya yaitu Dinas Kesehatan Kabupaten Blitar.

Sesuai dengan fokus penelitian, hasil penelitian ini difokuskan pada salah satu model implementasi kebijakan pendekatan *top-down* yaitu model implementasi kebijakan *Direct and Indirect Impact on Implementation*, yang dikembangkan oleh George C. Edward, yang terdiri dari empat variabel yang sangat menentukan keberhasilan implementasi. Dari analisis menggunakan keempat variabel tersebut dapat diketahui beberapa hal yang mendukung dan menghambat kebijakan Perbup Blitar No. 28 Tahun 2012. Analisis dari keempat variabel Model Edward III dapat dipaparkan sebagai berikut:

a) Komunikasi

Menurut George Edward III oleh Leo Agustino (2008:150-151), komunikasi sangat menentukan keberhasilan pencapaian tujuan dari implementasi kebijakan publik karena akan meningkatkan konsistensi dalam melaksanakan kebijakan yang diterapkan kepada masyarakat. Terdapat tiga indikator dalam mengukur keberhasilan komunikasi, seperti

- a. Transmisi, penyaluran komunikasi yang baik tanpa adanya salah pengertian (*miskomunikasi*)
- b. Kejelasan, komunikasi yang diterima jelas dan tidak membingungkan atau *ambigu* (bermakna ganda)
- c. Konsistensi, komunikasi yang diberikan konsisten dan jelas sehingga tidak berubah-ubah.

Berdasarkan tiga indikator tersebut pelayanan program SPM dan jamkesda Kabupaten Blitar terdapat sedikit inkonsistensi karena pada persyaratan administrasi tertentu sering berubah-ubah dan terjadi penambahan persyaratan yang ada diluar Perbup No. 28 Tahun 2012, hal ini dilakukan untuk meningkatkan selektifitas penerima SPM. Namun demikian pelaksanaan komunikasi kepada masyarakat melalui media visual maupun audiovisual telah tersalurkan dengan baik, dan menurut masyarakat sendiri telah cukup jelas dan dipahami. Dimana masyarakat membutuhkan penjelasan mengenai ketentuan program Jamkesda dan SPM, di tempat itu pula mereka telah mendapatkan informasi yang dibutuhkan.

Selanjutnya yang menjadi sedikit hambatan dalam komunikasi ialah masih adanya beberapa warga yang buta aksara. Menurut data dan wawancara yang dipaparkan sebelumnya, tingkat kemelekan huruf di Kabupaten Blitar memang masih tinggi. Namun demikian, diantara mereka selalu datang diantar atau ditemani oleh sanak saudara yang melek huruf dan selain itu masih dapat teratasi dengan penjelasan lisan oleh petugas penjaga setempat.

b) Sumber Daya

Sumber Daya yang dimaksud ialah meliputi ketersediaan staf (tenaga kerja) dan fasilitas fisik (fasilitas kesehatan) yang dapat mendukung proses implementasi kebijakan. Dari hasil pengamatan yang telah dipaparkan sebelumnya, sumber daya manusia (staf) yang digunakan Dinas Kesehatan (Dinkes) Kabupaten Blitar hanyalah pegawai pada bidang Pengembangan Sumber Daya Kesehatan (PSDK) dan dibantu oleh tenaga honorer (tidak tetap) yang dikontrak tahunan. Meskipun masih ada di batas kapasitas kemampuan sumber daya yang ada, namun ketika diamati di lapangan, masih diperlukan lagi beberapa personil atau mengangkat tetap tenaga honorer tersebut demi memperlancar pelayanan kesehatan terhadap maskin pengguna SPM dan Jamkesda.

Selain itu, Dinkes Kabupaten Blitar tidak membentuk suatu Badan Pelaksana (Bapel) atau Unit Pelaksana Teknis (UPT) Jamkesda dan SPM seperti yang ada di beberapa kabupaten lain di Indonesia. Meskipun tidak mendesak, pembentukan Bapel atau UPT ini dirasa perlu bagi Dinkes Kabupaten Blitar agar pembagian wewenang dan pemilihan Staf dalam mengelola Jamkesda dan SPM

lebih jelas dan tidak tumpang tindih dengan tugas atau program kerja bidang yang lainnya. Bapel atau UPT Jamkesda/SPM ini sebenarnya dapat dibentuk dengan anggota dipilih dari anggota masing-masing bidang di Dinas Kesehatan berdasarkan pengalaman atau kapasitas kerjanya.

Sedangkan untuk Fasilitas Fisik Kesehatan, sesuai dengan data yang diperoleh Kabupaten Blitar mempunyai 24 Puskesmas yang belum berbentuk UPTD dan satu RSUD. Beberapa fasilitas kesehatan didalamnya belum cukup memadai dan masih membutuhkan pembaruan atau penambahan perlengkapan medis. Keterbatasan tersebut mengakibatkan ketergantungan Pemkab Blitar kepada Rumah Sakit lain seperti Rumah Sakit milik Swasta atau Rumah Sakit Provinsi. Dengan banyaknya rujukan pasien Jamkesda dan SPM menuju RS milik Provinsi, menyebabkan banyaknya penumpukkan klaim biaya RS yang terlambat terbayar oleh Pemkab Blitar kepada RS Provinsi Jawa Timur. Oleh sebab itu, Fasilitas kesehatan yang ada di Kabupaten Blitar harus segera diperbaiki, baik itu dengan perlengkapan medis yang lebih mutakhir di setiap puskesmas dan di RSUD Ngudi Waluyo sekaligus aspek manajemen di dalamnya dengan membentuk UPTD di setiap Puskesmas Kab. Blitar sehingga tidak tergantung kepada Dinkes saja.

c) Disposisi

Disposisi merupakan kecenderungan sikap yang dimiliki oleh agen pelaksana kebijakan yang banyak mempengaruhi tingkat keberhasilan kinerja implementasi kebijakan. Sehingga aktor pelaksana kebijakan tersebut harus

mengetahui tidak hanya apa yang harus dilakukan tetapi juga diangkat berdasarkan kemampuan yang dimilikinya.

Menurut George Edward III dikutip Leo Agustino (2008:152-153), yang perlu dicermati pada variabel disposisi adalah:

a. Pengangkatan Birokrat

Dalam mengangkat birokrat, Dinas Kesehatan telah memilih orang-orang dengan memprioritaskan yang telah berpengalaman di bidangnya dibuktikan dengan penyesuaian ijazah disiplin ilmu dan memiliki jam atau masa kerja tinggi serta dedikasi terbaik. Selanjutnya nama-nama para personil yang diajukan kemudian diangkat melalui Surat Keputusan Resmi diantaranya Penunjukan Panitia Pelaksana Teknis Kegiatan (PPTK) Jamkesda dan SPM telah tercantum dalam SK Bupati No.820/56/409.205/2013, Tim Verifikasi Penetapan Data Sasaran Masyarakat Miskin Non Kuota Jamkesmas Kabupaten Blitar dibentuk berdasarkan Keputusan Bupati Blitar Nomor 188/357/409.012/KPTS/2012 dan Tenaga Pelaksana Verifikasi Jamkesda / SPM ditunjuk melalui Keputusan Pengguna Anggaran / Pengguna Barang Dinas Kesehatan Kabupaten Blitar Nomor: 188/04/409.104/SK/2013. Semua penjelasan mengenai wewenang, tugas pokok, sanksi dan sebagainya sudah terkandung di dalam SK tersebut sehingga tidak ada kekhawatiran para pelaksana kebijakan tidak tahu hak dan kewajiban dalam melaksanakan tugasnya.

Sedangkan untuk mengontrol kualitas sikap para pelaksana kebijakan di lapangan tidak cukup hanya melalui rapat koordinasi bulanan yang

dilakukan oleh sesama perangkat Satuan Kerja Perangkat Daerah (SKPD) yang terdiri dari kepala RSUD, Kepala Puskesmas dan Camat atau berdasarkan laporan dari sesama aktor pelaksana kebijakan itu sendiri. Perlu adanya kontrol dari masyarakat yang dapat disalurkan melalui pengaduan atau kotak saran-kritik, namun instrumen tersebut tidak ditemukan selama melakukan penelitian. Meskipun demikian dari hasil temuan yang telah dipaparkan sebelumnya kondisi sikap dari pelaksana kebijakan masih memuaskan bagi masyarakat miskin pasien Jamkesda dan SPM.

b. Insentif

Dari hasil wawancara yang telah dipaparkan sebelumnya, ternyata tidak ada bentuk insentif khusus yang diberikan kepada aktor pelaksana kebijakan Jamkesda dan SPM. Yang diberikan kepada mereka hanya gaji pokok regular yang diterima bulanan yang nilainya telah ditentukan di dalam SK pengangkatan. Sedangkan untuk tenaga honorer tim verifikator hanya memperoleh honor tahunan yang jumlahnya sedikit diatas UMR. Meskipun demikian, insentif yang diberikan, honor mereka per tahunnya selalu dinaikkan secara signifikan walaupun hanya sebagai pegawai honorer bukan pegawai tetap. Padahal menurut Edward III, pemberian insentif diperlukan untuk memberi stimulasi bagi para pelaksana kebijakan agar lebih terdorong untuk melaksanakan perintah atau tugas dengan baik dan maksimal. Meskipun dalam nilai yang tidak begitu besar, sebaiknya insentif perlu diberikan kepada para staf pelaksana kebijakan. Insentif tersebut dapat diberikan dalam bentuk tunjangan, bingkisan, cuti ataupun lainnya yang bermanfaat dan berharga bagi mereka.

d) Struktur Birokrasi

Struktur birokrasi dimaksudkan untuk mengatur sumber daya atau pelaksana yang ada melaksanakan kegiatan dengan kondusif dan terkoordinasi dengan baik. Dalam pengelolaan kebijakan yang kompleks diperlukan struktur birokrasi yang kuat dan dapat mengatur kerjasama orang-orang atau sumber daya di dalamnya sehingga masing-masing sumber daya mendapat bagian-bagiannya masing-masing secara efektif.

Dalam pelaksanaan Program Jamkesda dan SPM, struktur birokrasi yang digunakan adalah struktur organisasi Dinas Kesehatan Kabupaten Blitar. Karena tidak dibentuk lagi suatu Badan pelaksana (Bapel) atau UPT yang lebih khusus lagi, maka tidak ada struktur lain yang lebih kecil atau khusus. Program jamkesda dan SPM hanya dijadikan salah satu program kegiatan tahunan di bawah tanggung jawab bidang Pengembangan Sumber Daya Kesehatan (PSDK). Agar supaya tidak terjadi tumpang tindih dalam pelaksanaan kegiatan Jamkesda / SPM dengan program jaminan kesehatan yang lain seperti Jampersal, Jamkesmas atau askes di dalam bidang PSDK, sebaiknya perlu dibentuk Struktur birokrasi baru yang lebih kecil dalam suatu Bapel atau UPT khusus yang hanya mengelola Jamkesda dan SPM. Dengan demikian pembagian wewenang, tugas pokok dan fungsi lebih efektif dan kondusif.

Disamping itu, menurut George Edward III dalam Agustino (2008:153), untuk mendongkrak kinerja struktur organisasi ke arah lebih baik perlu dilakukan Standar Operating Procedures (SOP). SOP adalah suatu kegiatan rutin yang

memungkinkan para pegawai atau pelaksana kegiatan untuk melaksanakan kegiatan tiap harinya sesuai dengan standar yang ditetapkan. Berdasarkan hasil penelitian, Pelaksanaan Jamkesda dan SPM telah memiliki SOP atau Prosedur Layanan sudah ditetapkan dan dijelaskan melalui Perbup No. 28 Tahun 2012 tersebut, namun demikian pada kondisi tertentu memungkinkan adanya diskresi dan tidak tertulis dalam Perbup tersebut. Hal tersebut menjadi tanggung jawab langsung dari Kepala Dinas Kesehatan kepada Bupati Blitar. Salah satu yang sering terjadi adalah penanganan khusus Pasien pengguna SPM yang tidak dapat dilayani secara medis oleh RSUD Ngudi Waluyo, dibuatkan proposal oleh Kepala Dinkes Kab. Blitar kepada Bupati Blitar dan melalui tandatangan langsung bupati, pasien dapat dirujuk ke RS milik Provinsi.

Selain itu, dari hasil penelitian dalam pengelolaan jamkesda dan SPM belum tertulis suatu Standar Pelayanan Minimal (SPM) yang lebih spesifik disamping prosedur-prosedur layanan yang ada. Seharusnya dengan adanya suatu Standar pelayanan minimal yang jelas, masing-masing pasien jamkesda dan SPM ataupun regular dapat memahami hak dan kewajibannya dalam memperoleh standar atau porsi layanan disesuaikan pula dengan kategori penyakit yang sedang diderita.

3. Faktor-faktor yang mempengaruhi implementasi kebijakan Program Jamkesda dan SPM Kabupaten Blitar

Berdasarkan analisis hasil penelitian terhadap Perbup Blitar Nomor 28 Tahun 2012, sesuai dengan Model Implementasi George C. Edward III, maka

dapat dilihat Faktor pendukung maupun Faktor Penghambat yang mempengaruhi kebijakan tersebut diantaranya:

(1) Faktor Pendukung

- a. Tingginya jumlah kepesertaan Masyarakat Miskin Non kuota yang membutuhkan SPM

Banyaknya pasien pengguna SPM dan Jamkesda yang dibuktikan dalam tabel data pengunjung SPM tahun 2012 dan tahun 2013 menunjukkan Implementasi Program Jamkesda dan SPM masih sangat dibutuhkan bagi mereka Masyarakat Miskin (Maskin). Selain itu, masih banyak lagi Maskin yang belum pernah mendapatkan SPM yang belum tercover dan membutuhkan bantuan, hal ini dikarenakan banyak masyarakat hampir miskin atau masyarakat yang jatuh miskin karena menderita suatu penyakit yang mengakibatkan mereka jatuh miskin karena mahalnya biaya pengobatan yang mereka keluarkan. Maka permintaan pelayanan kesehatan masyarakat semakin meningkat seiring semakin meningkatnya jumlah penduduk dan tingkat kebutuhan akan kesehatan. Ditambah lagi dengan belum ditetapkannya database terbaru sasaran penerima Jamkesda Tahun 2013 membuat pasien pemohon SPM terus bertambah.

- b. Aturan dan Prosedur Pelayanan yang jelas

Menurut hasil pengamatan di lapangan oleh sebagian masyarakat miskin, meskipun dikenakan persyaratan yang tidak sedikit bagi mereka untuk mendapatkan SPM, namun mereka mengaku cukup jelas memahami alur dan prosedur pengurusan SPM dan tidaklah berbelit-belit. Hal ini membuktikan,

bahwa secara umum pelaksanaan prosedur atau SOP yang diterapkan telah berjalan baik dan komunikasi atau informasi diterima dengan relatif baik dari aktor pelaksana kepada masyarakat. Maka hal ini menjadi salah satu faktor yang mendukung keberhasilan implementasi Perbup No. 28 Tahun 2012.

(2) Faktor Penghambat

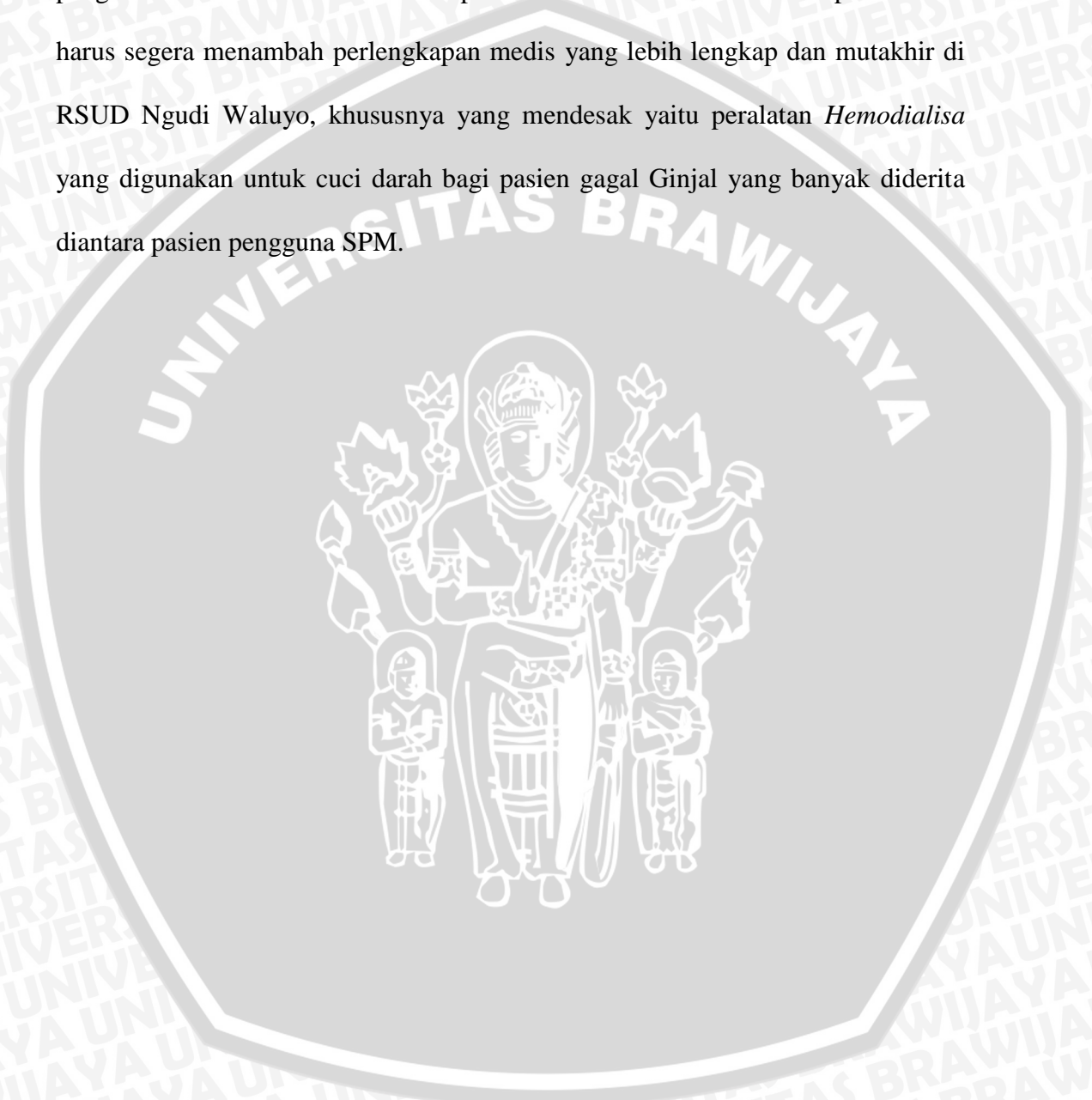
a. Keterbatasan Anggaran daerah untuk Pembiayaan Jamkesda

Pemerintah Kabupaten (Pemkab) Blitar menjadi penanggung tunggal dalam membiayai biaya klaim pasien SPM yang jumlahnya selalu meningkat setiap tahun. Sharing dana dari Provinsi Jawa Timur masih berlaku hanya untuk pemegang kartu jamkesda. Meskipun masih menerbitkan SPM bagi masyarakat miskin non kuota, kekhawatiran akan kekurangan anggaran atau jumlah pemohon SPM yang membludak seperti daerah lain juga dialami oleh pengelola. Maka dari itu dalam menerbitkan SPM sekarang ketentuan diperketat agar lebih selektif, terutama dalam penerbitan Surat Keterangan Tidak Mampu (SKTM), prasyarat SPM. Selanjutnya masalah ketersediaan anggaran ini membuat proses administrasi bagi maskin pemohon SPM menjadi selektif dan kaku. Maka secara tidak langsung hal ini menghambat implementasi program SPM bagi Maskin yang benar-benar membutuhkan.

b. Fasilitas dan Sumber Daya Kesehatan

Keterbatasan fasilitas medis yang dimiliki Rumah sakit milik Kabupaten, RSUD Ngudi Waluyo mengharuskan bagi pasien SPM untuk dirujuk menuju Rumah Sakit Swasta atau Rumah Sakit Provinsi yang berfasilitas lebih

mutakhir dan membutuhkan biaya anggaran lebih banyak dan membutuhkan jarak tempuh yang cukup jauh bagi pasien untuk mendapatkan perawatan atau pengobatan. Maka Pemerintah Kabupaten Blitar melalui Dinkes Kabupaten Blitar harus segera menambah perlengkapan medis yang lebih lengkap dan mutakhir di RSUD Ngudi Waluyo, khususnya yang mendesak yaitu peralatan *Hemodialisa* yang digunakan untuk cuci darah bagi pasien gagal Ginjal yang banyak diderita diantara pasien pengguna SPM.



BAB V

PENUTUP

A. Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian yang telah dikemukakan pada bab sebelumnya, maka dapat ditarik kesimpulan sebagai berikut:

1. Implementasi Peraturan Bupati Blitar Nomor 28 Tahun 2012 Tentang Penyelenggaraan Jaminan Pelayanan Kesehatan Bagi Masyarakat Miskin Non Kuota (Jamkesda / SPM) Kabupaten Blitar, menurut model implementasi George Edward III:

- a. Komunikasi

Komunikasi secara umum telah dijalankan dengan baik dan optimal menggunakan media visual maupun audiovisual. Komunikasi dilakukan antara sesama aktor pelaksana kebijakan dan antara pelaksana kebijakan dengan masyarakat. Masih banyaknya warga tuna aksara sedikit menghambat komunikasi tapi dapat teratasi dengan komunikasi lisan.

- b. Sumber daya

Sumber daya manusia yang bertanggung jawab mengelola program Jamkesda dan SPM cukup memadai dan berkinerja baik, meskipun hanya terdiri dari pegawai di Bidang Pengembangan Sumber Daya Manusia (PSDK) terutama Seksi Pembiayaan Kesehatan ditambah dengan dua tenaga honorer sebagai verifikator administrasi di RSUD Ngudi Waluyo.

Sumber daya kesehatan atau fasilitas kesehatan di puskesmas dan di RSUD Ngudi Waluyo milik Kabupaten Blitar masih membutuhkan tambahan fasilitas medis yang lebih lengkap untuk perawatan tingkat lanjut, sehingga masih banyak pasien yang harus dirujuk ke Rumah Sakit Provinsi yang lebih lengkap fasilitasnya.

c. Disposisi

Para pelaksana pengelola Jamkesda dan SPM Kabupaten Blitar telah dipilih dan diangkat sesuai dengan kemampuan dan dedikasi yang dimiliki dan dipertimbangkan secara selektif oleh Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Blitar kemudian diangkat langsung secara resmi oleh Bupati Blitar melalui Surat Keputusan (SK). Akan tetapi tidak ada insentif khusus yang diberikan kepada pelaksana kegiatan, mereka hanya mendapatkan gaji pokok bulanan biasa.

d. Struktur Birokrasi

Struktur birokrasi yang digunakan adalah struktur organisasi Dinas Kesehatan Kabupaten Blitar khususnya di Bidang PSDK bagian Pembiayaan Kesehatan. Selain itu juga telah ditentukan Standar Operating Procedure (SOP) dan Standar Pelayanan Minimal di dalam Perbup No. 28 Tahun 2012 yang dapat diterapkan cukup baik oleh pelaksana kebijakan. Sehingga mereka melaksanakan tugas sesuai dengan wewenang, tugas pokok dan fungsi yang diamanatkan dalam peraturan.

2. Faktor Pendukung Implementasi kebijakan Perbup No. 28 Tahun 2012

- a. Tingginya jumlah kepesertaan Masyarakat Miskin (Maskin) Non Kuota pada SPM tahun 2012 dan tahun 2013 ditambah dengan masyarakat

hampir miskin dan masyarakat jatuh miskin yang belum tercover oleh jamkesmas atau jamkesda mendorong implementasi kebijakan ini terus dijalankan karena masih terus dibutuhkan bagi maskin tak tercover tersebut.

b. Aturan dan prosedur berhasil diterima dan dipahami dengan jelas oleh masyarakat sebagai suatu proses yang tidak cukup berbelit-belit bagi mereka.

3. Faktor Penghambat Implementasi kebijakan Perbup No. 28 Tahun 2012

a. Keterbatasan anggaran pembiayaan klaim untuk pasien pengguna SPM membuat penerbitan SPM bagi maskin menjadi lebih selektif dan kaku sehingga tidak semua maskin yang mengajukan permohonan dapat memperoleh SPM yang dibutuhkan.

b. Fasilitas perlengkapan medis yang dimiliki RSUD Ngudi Waluyo masih minim, sehingga pasien SPM harus dirujuk menuju RS Provinsi yang lebih jauh jaraknya. Maka RSUD Ngudi Waluyo perlu menambah perlengkapan medis, khususnya peralatan *Hemodialisa* yang digunakan untuk cuci darah bagi pasien gagal Ginjal yang banyak diderita diantara pasien pengguna SPM.

B. Saran

Adapun saran yang diberikan adalah:

1. Diharapkan Pemerintah Kabupaten Blitar untuk tetap mempertahankan penyelenggaraan Jaminan Pelayanan Kesehatan Masyarakat Miskin Non Kuota (Jamkesda / SPM) ini terkait masih banyaknya Maskin atau yang

- jatuh miskin yang tak terdata dan membutuhkan SPM untuk pengobatannya.
2. Terkait dengan data kepesertaan kartu jamkesmas dan jamkesda yang baru (Tahun 2013) diharapkan untuk secepatnya ditetapkan, agar pasien yang berobat tidak perlu bersusah-payah mengurus administrasi SPM
 3. Diharapkan Dinas Kesehatan Kabupaten Blitar menambah jumlah tenaga medis seperti dokter, perawat, dan bidan sekaligus membina yang sudah ada agar kinerjanya lebih baik dan meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan pasien.
 4. Diharapkan bagi Dinas Kesehatan Kabupaten Blitar untuk mengatur kembali anggaran pembiayaan atau APBD yang digunakan untuk membiayai program jaminan kesehatan baik Jamkesmas, Jampersal dan Jamkesda atau SPM sehingga tidak terjadi kekhawatiran terjadinya kekurangan atau kebocoran dana yang menimbulkan penumpukan hutang yang tidak terbayarkan kepada Rumah Sakit dan puskesmas. Dengan demikian dalam proses penentuan kelayakan bagi miskin calon sasaran yang membutuhkan bantuan Jamkesda atau SPM menjadi lebih fleksibel dan tidak terlalu ketat.
 5. Diharapkan Dinas Kesehatan Kabupaten Blitar dapat membenahi manajemen dan kelengkapan Fasilitas medis yang dimiliki RSUD Ngudi Waluyo Wlingi, seperti *hemodialisa* atau cuci darah, agar pasien tidak perlu mendapat rujukan ke RS provinsi yang lebih jauh tempatnya.

DAFTAR PUSTAKA

- A.S. Moenir, 2007. *Manajemen Pelayanan Umum Indonesia*. Jakarta: Bumi Aksara.
- Abdul Wahab, Solichin, 1997. *Evaluasi kebijakan Publik*. Malang: Penerbit FIA. UNIBRAW dan IKIP.
- Abdul Wahab, Solichin. 2001. *Analisa Kebijakan dari Formulasi ke Implementasi Kebijakan Negara*. Jakarta: Bumi Aksara
- Agustino, Leo. 2008. *Dasar-Dasar Kebijakan Publik*. Bandung: Alfabeta
- Anderson, James E, 1994. *Public Policy Making – An Introduction (second edition)*, Texas A & M University.
- Arikunto, Suharsimi. 2006. *Prosedur Penelitian: Suatu Pendekatan Praktik*. Jakarta: Rineka Cipta
- Azwar, Asrul .1996. *Menjaga Mutu Pelayanan Kesehatan*. Jakarta: Pustaka Sinar Harapan.
- Azwar, Asrul. 1996. *Pengantar Administrasi Kesehatan*, Edisi Ketiga. Jakarta: Binarupa Aksara.
- Berwick, D.M. 2002. *A user's Manual for the IOM's 'quality chasm' report*. Health affair 21 (2): 80-90
- Bungin, Burhan. 2001. *Metodologi Penelitian Sosial: Format-format Kuantitatif dan Kualitatif*. Surabaya: Airlangga University Press.
- Basri, Faisal dkk. 1995. *Profil dan Penanggulangan Kemiskinan di Indonesia, Dalam Perekonomian Indonesia Menjelang Abad XXI*. Jakarta: Erlangga.
- BPS, Kabupaten Blitar. 2011. *Kabupaten Blitar Dalam Angka 2012-Blitar Regency In Figures 2011*. Kab. Blitar: BPS Indonesia.
- BPS, Kabupaten Blitar. 2012. *Kabupaten Blitar Dalam Angka 2012-Blitar Regency In Figures 2012*. Kab. Blitar: BPS Indonesia.
- Dinas Kesehatan, Kabupaten Blitar. 2011. *Profil Kesehatan Kabupaten Blitar 2011*. Kab. Blitar: Dinkes Kab. Blitar

- Dunn, William N. 2000. *Pengantar Analisis Kebijakan Publik. Terj. Public Policy Analysis: An Introduction (1994)*, Yogyakarta: Gadjah Mada University Press.
- Islamy, Irfan. M. 2001. *Prinsip-Prinsip Perumusan Kebijaksanaan Negara*. Jakarta: Bumi Aksara.
- Miles, B. Matthew dan Huberman. A. Michael. 1992. "*Analisa Data kealitatif : Buku Sumber Tentang Metode-Metode Baru*". Diterjemahkan oleh Tjetjep Rohidi. Jakarta : UI Press.
- Moleong J. Lexy. 2007. *Metodologi Penelitian Kualitatif*. Bandung: PT. Remaja Rosdakarya.
- Nugroho, Rianto. 2011. *Public Policy: Dinamika kebijakan, Analisis Kebijakan, Manajemen Kebijakan*. Jakarta: PT. Elex Media Komputindo
- Oentarto, dkk. 2004. *Menggagas Format Otonomi Daerah Masa Depan*. Jakarta: Samitra Media Utama
- Parson, W, 1997. *Public Policy, An Introduction to the Theory and Practice of Policy Analysis*. U.K: Aldershot Edward Elgar Publishing
- Rasyid, Muhammad Ryaas. 1998. *Desentralisasi Dalam Menunjang Pembangunan Daerah dalam Pembangunan Administrasi Di Indonesia*. Jakarta: Pustaka LP3ES
- Subarsono, AG. 2011. *Analisis Kebijakan Publik*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar.
- Sumartono. 2007. *Reformasi Administrasi Publik dalam Pelayanan Publik*. Pidato Pengukuhan Guru Besar Universitas Brawijaya. Malang, 3 Maret 2007.
- Syafiie Kencana, Inu. 2003. *Sistem Administrasi Negara*. Jakarta: Bumi Aksara.
- Widodo, Joko. 2001. *Good Governance Telaah dari Dimensi: Akuntabilitas dan Kontrol Birokrasi Pada Era Desentralisasi dan Otonomi Daerah*. Surabaya: Insan Cendekia.

Jurnal:

- Hadi Astar. 2007. Membaca Michael Howlett: Menuju Implementasi Kebijakan Sosial Posmodern. Diunduh dari <http://astarhadi.blog.com/2007/04/03/membaca-michael-howlett-menuju-implementasi-kebijakan-sosial-posmodern/> akses pada: 20 Desember 2012, Pukul 09:12

Peraturan dan Perundang-undangan:

Undang-Undang Nomor 40 tahun 2004 *“Tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN)”*.

Surat Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 56/Menkes/SK/I/2005 *“Tentang Penyelenggaraan Program Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat (PJKMM)”*.

Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 903/Menkes/Per/V/2011 *“Tentang Program Penyelenggaraan Jamkesmas”*.

Surat Keputusan Bupati Blitar Nomor 188/357/409.012/KPTS/2012 *“Tentang Pembentukan Tim Verifikasi Penetapan Data Sasaran Masyarakat Miskin diluar Kuota Jamkesmas dan Jamkesda Kabupaten Blitar”*.

Surat Edaran (SE) Gubernur Jatim Nomor: 440/1477/031/2012 *“Tentang Penghentian Surat Pernyataan Miskin (SPM)”*

Internet:

“Publikasi Statistik Indonesia”, diakses online pada tanggal 20 November 2012, Melalui:
http://www.bps.go.id/hasil_publicasi/si_2012/index3.php?pub=Statistik%20Indonesia%202012

“Laporan Sosial Indonesia Tahun 2010”, diakses online pada tanggal 6 Maret 2013. Melalui:
http://www.bps.go.id/hasil_publicasi/flip_2011/4101005/index11.php?pub=Laporan%20Sosial%20Indonesia%202010:%20Kajian%20Indikator%20Kesehatan

“Penghapusan SPM, SKM, SKTM yang disesalkan”, diakses online pada tanggal 6 Maret 2013. Melalui: <http://www.jabir-dprdjatim.org/penghapusan-spm-atau-skm-atau-sktm-sangat-disesalkan/>

“Pasien Miskin Penderita Hydrocephalus ditolak Dinkes”, diakses online pada tanggal 6 Maret 2013. Melalui:
http://m.beritajatim.com/detailnews.php/11/Pendidikan&Kesehatan/2013-01-07/157656/Pasien_Miskin_Penderita_Hydrocephalus_Ditolak_Dinkes

**DAFTAR PERTANYAAN WAWANCARA (INTERVIEW GUIDE)
DINAS KESEHATAN KABUPATEN BLITAR
(KEPALA BIDANG PSDK – KASI BIAKES)**

- 1) Sejauh ini, Bagaimanakah proses berjalannya Program Jamkesmas/Jamkesda/SPM secara umum??
- 2) Bagaimanakah setelah adanya penghentian SPM dari Pemerintah Provinsi (PemProv)?
- 3) Bagaimanakah bentuk sosialisasi kepada masyarakat mengenai Program Jamkesda/SPM?
- 4) Adakah suatu badan/kelompok pelaksana teknis yang dibentuk oleh Dinas Kesehatan Kab. Blitar? Dan legitimasinya
- 5) Adakah penjelasan mengenai tugas, pokok dan Fungsi di dalamnya??
- 6) Apakah ada struktur organisasi khusus di dalam tim pelaksana teknis tersebut?
- 7) Menurut Bapak/Ibu, Apakah Sumber Daya yang ada cukup memadai dalam(kuantitas-kualitas dalam mengawal program tersebut??
- 8) Bagaimana dengan fasilitas kesehatan, seperti tenaga medis, perlengkapan medis yang mendukung pelayanan jamkesda/SPM??
- 9) Apakah ada suatu Standar Pelayanan Minimal (SPM) dan Standar Prosedur Operasional (SOP) yang digunakan sebagai acuan program Jamkesda/SPM?? Dasar legitimasinya apa?
- 10) Adakah suatu wujud insentif yang diberikan kepada pelaksana teknis jamkesda/SPM seperti: tunjangan atau lainnya untuk memperlancar jalannya program??

Demikian, Terimakasih

Peneliti

N.Phaksy Sukowati

Daftar Pertanyaan wawancara dengan Staf anggota Tim Verifikator Rumah

Sakit

1. Sudah berapa lama bertugas sebagai tim verifikator?
2. Apa saja job deskripsi yang anda emban?
3. Apa saja kendala yang sering dihadapi sebagai tim verifikator?
4. Bagaimana penempatan dua anggota tim verifikator rumah sakit?
5. Apakah dua anggota tim verifikator sejauh ini cukup memadai dalam melayani pasien jamkesda/SPM?
6. Bagaimana dengan fasilitas rumah sakit dalam melayani pasien SPM ?
7. Pernah adakah pasien jamkesda atau SPM yang ditelantarkan oleh Rumah sakit??
8. Bagaimana dengan insentif (honor) yang diterima?? Apa cukup memadai atau sepadankah?

Daftar Pertanyaan wawancara dengan Masyarakat Miskin Penerima Jamkesda dan Surat Pernyataan Miskin (SPM)

1. Darimana sumber informasi yang Bapak/ ibu dapatkan mengenai persyaratan pengajuan SPM ? Apakah cukup mudah atau berbelit?
2. Penyakit apa yang diderita?
3. Bagaimana pelayanan kesehatan yang diperoleh di Puskesmas atau RS ?
4. Apakah dengan adanya SPM cukup membantu meringankan anda ?
5. Apakah ada kendala atau hal yang disayangkan dalam pelayanan kesehatan melalui SPM ?



PEMERINTAH KABUPATEN BLITAR
BADAN KESATUAN BANGSA DAN POLITIK

Jalan Dr. Sutomo Nomor 53 Telepon/Faximile (0342) 801243

E-mail : badan.kesbang@blitarkab.go.id

BLITAR

SURAT IZIN

Nomor : 072/ 92 /409.202/2013

Membaca : Surat dari Fakultas Ilmu Adminitrasi Universitas Brawijaya Malang Nomor: 2726/UN10.3/PG/2013 tanggal 5 Maret 2013 perihal Riset

Mengingat : 1. Peraturan Menteri Dalam Negeri Republik Indonesia Nomor 64 Tahun 2011 tentang Pedoman Penerbitan Rekomendasi Penelitian Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2011 Nomor 867);
2. Peraturan Daerah Kabupaten Blitar Nomor 6 Tahun 2011 tentang Perubahan atas Peraturan Daerah Kabupaten Blitar Nomor 20 Tahun 2008 tentang Organisasi dan Tata Kerja Inspektorat, Badan Perencanaan Pembangunan Daerah dan Lembaga Teknis Daerah Kabupaten Blitar;
3. Peraturan Bupati Blitar Nomor 44 Tahun 2011 tentang Penjabaran Tugas dan Fungsi Badan Kesatuan Bangsa dan Politik Kabupaten Blitar;
4. Peraturan Bupati Blitar Nomor 20 Tahun 2012 tentang Pedoman Pelayanan Perizinan Pelaksanaan Survei, Penelitian, Pendataan, Pengembangan, Pengkajian dan Studi Lapangan di Kabupaten Blitar.

Diizinkan untuk melakukan kegiatan survei, penelitian, pendataan, pengembangan, pengkajian dan studi lapangan kepada :

Nama : NURYATIN PHAKSY SUKOWATI
Alamat : Jln. MT Haryono no.163 Malang
Judul Kegiatan : Kebijakan Jaminan Kesehatan Masyarakat Miskin Atau SPM (Surat Pernyataan Miskin)
Lokasi : Dinas Kesehatan Kabupaten Blitar
Waktu : Tanggal 26 Maret sampai dengan 26 Mei 2013
Bidang Kegiatan : Penelitian
Nama Penanggungjawab/Koordinator : Dr. M.R.KHAIRUL MULUK,S.Sos.Msi
Anggota/Peserta : -

Dengan ketentuan sebagai berikut :

1. Dalam melaksanakan kegiatan tersebut harus selalu berkoordinasi (menyampaikan maksud dan tujuan) dengan Pemerintah Desa setempat serta Satuan Kerja Perangkat Daerah (SKPD) atau Instansi terkait untuk mendapatkan petunjuk seperlunya;
2. Wajib menjaga ketertiban dan mematuhi Peraturan Perundangan yang berlaku;
3. Izin hanya digunakan untuk kegiatan sesuai izin yang diberikan;
4. Izin dapat dibatalkan sewaktu-waktu apabila tidak memenuhi ketentuan tersebut diatas;
5. Memenuhi ketentuan, etika dan norma yang berlaku di lokasi/tempat kegiatan;
6. Dalam jangka waktu 1 (satu) bulan setelah selesai dilakukannya kegiatan survei, penelitian pendataan, pengembangan, pengkajian dan studi lapangan diwajibkan memberikan laporan tentang hasil-hasil pelaksanaan kegiatan dalam bentuk softcopy dan hardcopy kepada :
 1. Bupati Blitar cq Badan Kesatuan Bangsa dan Politik Kabupaten Blitar;
 2. Satuan Kerja Perangkat Daerah/Instansi di Lingkungan Pemerintah Kabupaten Blitar yang terkait.
7. Izin ini tidak boleh disalahgunakan untuk tujuan tertentu yang dapat mengganggu ketertiban umum dan kestabilan pemerintah serta hanya diperlukan untuk keperluan ilmiah.

Dikeluarkan di : Blitar

Pada Tanggal : 7 Maret 2013

An. **KERALA BADAN KESATUAN BANGSA DAN POLITIK**
KABUPATEN BLITAR

Sekretaris

Ir. A. IRIANTO, MM

Pembina Tingkat I

NIP. 91611231 199202 1 006

TEMBUSAN disampaikan kepada Yth :

1. Bupati Blitar (Sebagai Laporan)
2. Sdr. Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Blitar
3. Yang bersangkutan
4. Arsip