

## **ABSTRAK**

Nama : Emalana Wulandari  
Program Jurusan : Ilmu Pemerintahan  
Judul : Implementasi Peraturan Bupati Jember No 8 Tahun 2015 untuk Pelayanan Kesehatan Masyarakat miskin di Kabupaten Jember

Penelitian ini bertujuan mendeskripsikan implementasi Peraturan Bupati Jember no 8 Tahun 2015 untuk pelayanan kesehatan masyarakat miskin di Kabupaten Jember. Metode penelitian menggunakan pendekatan kualitatif deskriptif. Lokasi penelitian yakni di Kabupaten Jember situs penelitian di Dinas Kesehatan Kabupaten Jember. Sumber data diperoleh dari Informan, Peristiwa dan dokumen. Pengumpulan data melalui wawancara, pengamatan dan dokumentasi. Analisis menggunakan Tahap penemuan, Tahap memberi kode dan Tahap Penulisan.

Pemerintah Daerah Kabupaten Jember dan dibantu oleh Pemerintah Provinsi Jawa Timur memiliki kebijakan untuk jaminan pelayanan kesehatan masyarakat miskin di Kabupaten Jember yang diatur dalam Peraturan Bupati Jember. Jaminan pelayanan kesehatan itu dinamakan Program Jaminan Kesehatan Daerah. Program Jaminan Kesehatan Daerah dibuat untuk membantu masyarakat miskin yang belum memiliki jaminan kesehatan. Program untuk masyarakat miskin ini memiliki dua jaminan pelayanan kesehatan untuk masyarakat miskin yakni kartu jamkesda dan SPM. Masyarakat miskin dengan kartu jamkesda yakni masyarakat miskin yang dibiayai oleh Pemerintah Provinsi Jawa Timur dan Pemerintah Daerah Kabupaten Jember, sedangkan SPM yakni masyarakat miskin yang benar-benar belum tercover oleh jaminan kesehatan yang ada dan dibiayai oleh Pemerintah Daerah Kabupaten Jember saja.

**Kata kunci:** implementasi kebijakan, jaminan pelayanan kesehatan,

## **ABSTRACT**

Name : Emalana Wulandari  
Study Program : Government Science  
Title : the implementation of Regulation of Jember Regent No. 8 of 2015 for health services of the poor in Jember District

This study aims to describe the implementation of Regulation of Jember Regent No. 8 of 2015 for health services of the poor in Jember District. The research method used descriptive qualitative approach. The research location is in Jember District research site in Health Office of Jember Regency. Source of data obtained from Informants, Events and documents. Data collection through interviews, observation and documentation. Analysis using Stage of invention, Stage code and Stage Writing.

The local government of Jember Regency and assisted by East Java Provincial Government has a policy to guarantee the health services of the poor in Jember Regency which is regulated in Jember District Regulation. The health care guarantee is called the Regional Health Insurance Program. The Regional Health Insurance Program is designed to help the poor who do not have health insurance. The program for the poor has two health service guarantees for the poor: Jamkesda and SPM cards. Poor community with Jamkesda card is poor society financed by East Java Provincial Government and Local Government of Jember Regency, while SPM is poor society which is not covered by health insurance and financed by Local Government of Jember Regency only.

Keywords: policy implementation, health service guarantee,

# **BAB I**

## **PENDAHULUAN**

### **1.1 Latar Belakang Masalah**

Pada dasarnya setiap manusia membutuhkan yang namanya pelayanan, bahkan secara ekstrim dapat dikatakan bahwa pelayanan tidak dapat dipisahkan dengan kehidupan manusia, karna itu suatu keharusan atau suatu pemenuhan keinginan dan kebutuhan masyarakat. Pelayanan di Negara ini banyak sekali macamnya diantara pelayanan kesehatan. Kesehatan juga menjadi acuan dari negara itu sejahtera penduduknya atau tidak. Banyak daerah yang penduduknya terserang penyakit dan tidak bekerja dengan baik. Maka dari itu dalam kehidupan sehari-hari, tidak hanya kebutuhan sandang, pangan, dan papan sebagai hal dasar dari penopang kebutuhan kita. Akan tetapi, kita juga membutuhkan kesehatan jasmani dan rohani. Seperti yang kita ketahui kesehatan merupakan bagian yang terpenting dan utama juga dalam hidup, seperti ungkapan latin yang berbunyi "mens sana in corpore sano" yang artinya "didalam tubuh yang kuat terdapat jiwa yang sehat"

Pelayanan kesehatan yang baik merupakan kebutuhan bagi setiap orang. Semua orang ingin merasa dihargai, ingin dilayani, ingin mendapatkan kedudukan yang sama di mata para pemberi pelayanan dalam hal pelayanan kesehatan. Indonesia sebagai Negara berkembang, dari waktu ke waktu dalam pelayanan kesehatannya sudah mengalami perkembangan atau kemajuan. Akan tetapi sering tidak sesuai dengan harapan yakni dengan masih banyak kendala dalam sistem pelayanan kesehatannya dan keluhan-keluhan seperti halnya akses pelayanan kesehatan yang belum bisa menjawab keinginan dari masyarakat, kecenderungan yang masih memposisikan masyarakat sebagai pihak yang melayani bukan dilayani, banyaknya tenaga kerja kesehatan yang kualitas kerjanya belum berpengalaman, akan tetapi tidak sedikit juga yang sudah profesional dibidangnya, biaya pengobatan yang terlampau mahal sehingga bagi masyarakat yang kurang mampu itu sangat memberatkan sekali

Dalam sistem kesehatan, sub sistem pelayanan kesehatan tidak dapat dipisahkan dengan sub sistem pembiayaan kesehatan. Biaya kesehatan

didefinisikan sebagai besarnya dana yang harus disediakan untuk menyelenggarakan atau memanfaatkan berbagai layanan kesehatan yang diperlukan oleh individu, keluarga atau kelompok. Pola pembiayaan kesehatan yang umum dianut oleh masyarakat di wilayah Kabupaten Jember sampai dengan saat ini adalah pola "reimbursement" atau free for service dimana masyarakat yang menggunakan pelayanan kesehatan langsung membayar kepada penyedia layanan kesehatan begitu selesai mendapatkan pelayanan. Pola ini memiliki kelemahan dimana masyarakat tidak dapat mengendalikan jenis pelayanan maupun biaya yang dikeluarkan, karena penyedia pelayanan memiliki kecenderungan untuk meningkatkan pendapatannya.

Cara yang ditempuh salah satunya dengan menambahkan layanan yang sebenarnya tidak terlalu dibutuhkan oleh pasien. Oleh karena itu, untuk mengurangi beban biaya pelayanan kesehatan tersebut, salah satu cara yang dapat ditempuh adalah dengan mengganti sistem reimbursement dengan sistem prepayment atau pra bayar. Prepayment atau pra bayar adalah Bentuk jaminan pemeliharaan kesehatan pra bayar yang dikenal di masyarakat beragam mulai kartu sehat, dana sehat, tabulin, jamkesmas, askes, jamsostek sampai asuransi kesehatan swasta, BPJS dan lain-lain. Untuk itu perlu adanya bantuan dari Pemerintah Kabupaten Jember untuk masyarakat yang kurang mampu untuk pelayanan kesehatan. Karna dengan rakyatnya sehat, maka kesejahteraan sosial dari rakyat semakin membaik dan juga membawa nama baik daerah Jember. Pada umumnya masyarakat juga masih belum menilai kesehatan sebagai sebuah investasi. Oleh karena itu, pembiayaan untuk kesehatan masih belum menjadi prioritas ter-utama bagi masyarakat miskin. Dalam rangka meneruskan kebijakan dan program pemerintah pusat maupun daerah untuk mengentaskan kemiskinan, Dinas Kesehatan Kabupaten Jember menyelenggarakan pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin yang didalamnya termasuk juga program jaminan pemeliharaan kesehatan untuk masyarakat miskin

Masyarakat dikabupaten Jember sebagian besar sudah banyak memiliki jaminan pelayanan kesehatan yaitu semakin besarnya anggaran daerah yang dikeluarkan untuk PBID (penerima bantuan iuran daerah) Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan setiap tahun, tetapi banyak masyarakat miskin yang tidak memiliki kartu BPJS atau jamkesmas untuk

berobat di rumah Sakit. Masyarakat miskin yang tersebar masih banyak tercecer di kabupaten Jember, yang tidak terdeteksi oleh bantuan dari Pemerintah Pusat. Sebenarnya Pemerintah Pusat telah menetapkan bahwasannya masyarakat miskin itu memiliki hak atas pelayanan kesehatan yang telah diatur dalam Undang-Undang, akan tetapi dalam kenyataannya masih banyak masyarakat miskin terutama di Kabupaten Jember yang lolos dari penjaminan pelayanan kesehatan.

Banyaknya masyarakat yang masih lolos dari penjaminan kesehatan, pemerintah daerah atau kepala daerah Kabupaten Jember dan dibantu oleh Dinas Kesehatan Jember membuat kebijakan untuk membantu masyarakatnya yang miskin dengan memberikan pelayanan kesehatan yang dibuktikan dengan Surat Pernyataan Miskin atau disebut SPM yang diterbitkan langsung oleh Dinas Kesehatan Jember sebagai Dinas Teknis Pelaksana. Nama program yang membantu masyarakat miskin yang masih tercecer di kabupaten Jember adalah Program Jaminan Kesehatan Daerah. Kebijakan seperti yang diatur dalam Peraturan Bupati Jember Nomor 8 tahun 2015 tentang Pedoman Penggunaan Dana Program Pelayanan Kesehatan Masyarakat Miskin yang Dijamin Pemerintah Provinsi Jawa Timur dan Pemerintah Kabupaten Jember, bahwasanya SPM ini menggunakan Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah Kabupaten.

Pelayanan kesehatan untuk masyarakat yang kurang mampu di kabupaten Jember diatur dalam Peraturan Bupati Jember Nomor 8 Tahun 2015 tentang Pedoman Penggunaan Dana Program Pelayanan Kesehatan Masyarakat Miskin yang Dijamin Pemerintah Provinsi Jawa Timur dan Pemerintah Kabupaten Jember. Bagaimana dijelaskan dalam peraturan tersebut bahwa dalam rangka meningkatkan derajat kesehatan masyarakat miskin di kabupaten Jember, perlu pemberian dana bagi program Pelayanan Kesehatan Masyarakat Miskin. Peraturan Bupati Jember Nomor 8 tahun 2015 ini juga sudah dimuat tujuan program pelayanan kesehatan, ruang lingkup pelayanan kesehatan, tarif pelayanan, anggaran, sumber dana dan lain-lain. Sumber dana yang dikeluarkan juga disebutkan dalam peraturan ini dibebankan pada Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah Provinsi serta Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah Kabupaten.

Berdasarkan latar belakang diatas saya tertarik untuk melakukan penelitian dengan judul “ IMPLEMENTASI PERATURAN BUPATI JEMBER NOMOR 8 TAHUN 2015 UNTUK PELAYANAN KESEHATAN MASYARAKAT MISKIN DI KABUPATEN JEMBER”

## 1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang sebagaimana diuraikan di atas, permasalahan dirumuskan dalam bentuk kalimat tanya, yaitu bagaimana Implementasi Peraturan Bupati Jember Nomor 8 Tahun 2015 Untuk Pelayanan Kesehatan Masyarakat Miskin Di Kabupaten Jember ?

## 1.3 Tujuan Penelitian

Secara umum penelitian ini bertujuan untuk mendeskripsikan Implementasi Peraturan Bupati Jember Nomor 8 Tahun 2015 Untuk Pelayanan Kesehatan Masyarakat Miskin Di Kabupaten Jember

## 1.4 Manfaat Penelitian

### 1.4.1 Manfaat Praktis

Secara umum, penelitian ini bermanfaat sebagai acuan dan titik tolak bagi peneliti yang ingin mengembangkan teori-teori pemerintahan yang berkaitan dengan pelayanan publik serta diharapkan dapat menjadi bahan masukan dan memperkuat strategi dalam memberikan pelayanan kesehatan untuk masyarakat miskin

### 1.4.2 Manfaat Teoritis

Dari segi teoritis, hasil penelitian ini dapat menjadikan karya tulis ini menjadi tolak ukur kemampuan memecahkan masalah, dapat menerapkan dan mengamalkan ilmu pemerintahan yang telah dimiliki untuk masyarakat, serta dapat mengasah kepekaan terhadap isu yang berkembang didunia sosial dan politik.

### 1.4.3 Manfaat Bagi Peneliti

Penelitian ini bermanfaat untuk meningkatkan pengetahuan dan keterampilan saya di bidang penelitian, terutama penelitian dibidang Pelayanan Publik. Dibawah bimbingan dosen yang kompeten, saya mendapatkan pengalaman yang tak ternilai yang tidak akan pernah terlupakan dalam hidup saya mengenai perjuangan menulis skripsi dan mempertahankannya di hadapan tim penguji

## **BAB III**

### **METODOLOGI PENELITIAN**

#### **3.1 Jenis Penelitian**

Jenis penelitian ini adalah penelitian kualitatif deskriptif, yaitu data yang dikumpulkan berbentuk kata-kata, gambar, bukan angka-angka.

Menurut Bogdan dan Taylor, sebagaimana yang dikutip oleh Lexy J. Moleong, penelitian kualitatif adalah prosedur penelitian yang menghasilkan data deskriptif berupa kata-kata tertulis atau lisan dari orang-orang dan perilaku yang diamati. Sementara itu, penelitian deskriptif adalah suatu bentuk penelitian yang ditujukan untuk mendeskripsikan atau menggambarkan fenomena-fenomena yang ada, baik fenomena alamiah maupun rekayasa manusia.

Dalam melaksanakan penelitian dengan pendekatan kualitatif sesuai dikutip dalam Moleong (2007, h.8), seorang peneliti harus memperhatikan ciri-ciri yang mencakup: latar alamiah, manusia sebagai alat atau instrumen, 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. Adapun tujuan dari penelitian deskriptif adalah untuk membuat pencandraan secara sistematis, faktual dan akurat mengenai fakta dan sifat populasi atau daerah tertentu.

Selain itu penelitian kualitatif juga disebut sebagai metode penelitian yang berlandaskan pada filsafat postpositifisme, digunakan untuk meneliti pada kondisi objek yang alamiah (sebagai lawannya adalah eksperimen) dimana peneliti adalah sebagai instrument kunci, pengambilan sample sumber dan data dilakukan secara purposive dan snowball, teknik pengumpulan data dilakukan dengan triangulasi (gabungan) analisis data bersifat induktif/kualitatif, dan hasil penelitian kualitatif lebih menekankan pada makna daripada generalisasi (*Sugiono 2009:15*)

### 3.2 Lokasi Penelitian

Dalam penelitian ini lokasi penelitian dilaksanakan di Kabupaten Jember sedangkan situs penelitian ini yakni di Dinas Kesehatan Kabupaten Jember

### 3.3 Sumber Data

Berdasarkan pada rumusan permasalahan dan fokus penelitian, sumber data dalam penelitian adalah: Informan, peristiwa, dan dokumen. Informan awal dipilih secara purposive (purposive dan Sampling), diantara para informan itu adalah : Petugas Dinas Kesehatan pada Seksi Pembiayaan, anggota DPRD komisi D dan masyarakat pemakai jasa pelayanan. Sedangkan peristiwa dan dokumen digunakan sebagai sumber data dilakukan untuk mendapatkan data tentang peristiwa yang terkait dengan subjek penelitian.

1. Informasi kunci ( key informant)

Informasi kunci (key informant) yaitu informan yang memiliki berbagai pokok informasi yang diperlukan dalam penelitian atau informan yang memberikan informasi secara mendalam dalam permasalahan yang diteliti. Informan kunci ini diantaranya dia yang menguasai atau memahami sesuatu yang menjadi pusat penelitian , sehingga sesuatu itu bukan sekedar diketahui tetapi juga dihayati. Dalam penelitian ini, yang menjadi key informan adalah Bapak Kaspar dari Dinas Kesehatan Jember.

2. Informan kedua (second informant)

Informasi kedua (second informant) yaitu informan yang sama pentingnya dengan informan kunci, sama-sama memberikan informasi penting yang turut mendukung berhasilnya penelitian ini. Informasi kedua membantu melengkapi berbagai informasi yang telah disampaikan informan kunci. Dalam penelitian ini yang berperan sebagai informan kedua yaitu Ibu Lilik Niamah Anggota DPRD Komisi D fraksi PAN.

3. Informan tambahan

Informan tambahan/pendukung yaitu informan yang mempunyai informasi tambahan, dan dapat melengkapi hasil data dari informan kunci. Informan tambahan ini berdasarkan rekomendasi dari informan kunci. Informan tambahan dari penggunaan Surat Pernyataan Miskin yakni pasien di Rumah Sakit Kalisat Ibu Siti Maryam, Kusyati, dan Ibu Zaenab.

### 3.4 Metode Pengumpulan Data

1. Pengamatan (observasi)

Dalam pengamatan, peneliti melakukan observasi untuk menyajikan gambaran realistik perilaku kejadian, untuk menjawab pertanyaan, untuk mengerti perilaku manusia dan untuk evaluasi yaitu melakukan pengukuran terhadap aspek tertentu melakukan umpan baik terhadap pengukuran tersebut. Observasi yang dilakukan yakni Observasi Non partisipan yaitu pengamatan yang dilakukan dengan tidak melibatkan diri secara langsung dalam proses kegiatan yang dilakukan oleh narasumber.

2. Wawancara Mendalam (*Indepht Interview*)

Dalam wawancara mendalam, peneliti menyusun beberapa pertanyaan pokok sebagai pedoman pertanyaan. Untuk menunjang wawancara mendalam peneliti menggunakan peralatan lain yaitu buku catatan harian mengenai kegiatan penelitian dan *tape recorder* untuk merekam hasil wawancara. Bahasa yang dipergunakan dalam wawancara adalah bahasa Indonesia.

3. Dokumentasi dan kepustakaan

Dokumentasi yakni pengumpulan data yang dilakukan dengan cara menelusuri sumber-sumber data, seperti dokumen perundang-undangan dan kepustakaan yakni kegiatan yang dilakukan dengan jalan mencari pustaka-pustaka pendukung yang relevan dengan obyek penelitian. Pustaka tersebut dapat berupa catatan-catatan sejarah maupun dokumen-dokumen pendukung.

### 3.5 Metode Analisis Data

Dalam hal ini informasi yang terkumpul di klasifikasi dan diidentifikasi berdasarkan pola, tema dan sub-sub tema. Selanjutnya informasi dikelompokkan atau dikategorikan agar dapat terlihat hubungan suatu gejala dengan gejala yang lain, kemudian diinterpretasikan melalui teori-teori yang relevan agar dapat dianalisis, sehingga dapat mengumpulkan hasil-hasil yang ingin dicapai untuk menjawab permasalahan yang diajukan dalam penelitian. Analisis ini dilakukan dalam tiga tahap, yaitu :

1. Tahap penemuan.

Informasi yang terkumpul sejak awal penelitian, selanjutnya diidentifikasi sesuai tema, kemudian informasi tersebut diklasifikasikan.

2. Tahap memberi kode.

Tahap ini meliputi:

- a. Mengkategorikan setiap tema, misalnya implementasi APBD untuk pelayanan kesehatan masyarakat kurang mampu di kabupaten jember
- b. Memilih informasi dengan cara memisah catatan lapangan dan bahan dokumen pertama

3. Tahap penulisan.

Merupakan tahap untuk memahami informasi dalam bentuk penulisan secara lebih lanjut, artinya dengan melihat, merangkai dan menghubungkan informasi agar dapat disusun, sehingga diperoleh pengertian dan pemahaman. Selanjutnya ditulis dalam bentuk penulisan yang tujuannya untuk menjawab permasalahan mengenai implementasi Peraturan Bupati Jember No 8 tahun 2015 untuk pelayanan kesehatan masyarakat kurang mampu di kabupaten jember

## **BAB IV**

### **HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN**

## 4.1 Gambaran Umum Penelitian

Pembangunan kesehatan diarahkan untuk meningkatkan kesadaran, kemauan, dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang agar peningkatan derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya dapat terwujud. Pembangunan kesehatan diselenggarakan dengan berdasarkan pada perikemanusiaan, pemberdayaan dan kemandirian, adil dan merata, serta pengutamaan dan manfaat dengan perhatian khusus pada penduduk rentan, antara lain ibu, bayi, anak, lanjut usia (lansia), dan keluarga miskin. Pembangunan kesehatan dilaksanakan melalui peningkatan: 1) Upaya kesehatan, 2) Pembiayaan kesehatan, 3) Sumber daya manusia kesehatan, 4) Sediaan farmasi, alat kesehatan, dan makanan, 5) Manajemen dan informasi kesehatan, dan 6) Pemberdayaan masyarakat. Upaya tersebut dilakukan dengan memperhatikan dinamika kependudukan, epidemiologi penyakit, perubahan ekologi dan lingkungan, kemajuan Ilmu Pengetahuan dan Teknologi (IPTEK), serta globalisasi dan demokratisasi dengan semangat kemitraan dan kerjasama lintas sektoral. Penekanan diberikan pada peningkatan perilaku dan kemandirian masyarakat serta upaya promotif dan preventif.

Untuk terselenggaranya hal tersebut, maka disusun Rencana Strategis Dinas Kesehatan tahun 2011 – 2015 yang digunakan sebagai pedoman dalam penyusunan Rencana Kerja Tahunan. Rencana Strategis Dinas Kesehatan Kabupaten Jember Tahun 2011 - 2015 adalah dokumen perencanaan sebagai arah dan acuan sekaligus kesepakatan bagi seluruh komponen Dinas Kesehatan dalam mewujudkan cita-cita dan tujuan sesuai dengan visi, misi dan arah kebijakan pembangunan kesehatan yang disepakati bersama. Dengan demikian Rencana Strategis Dinas Kesehatan Kabupaten Jember, mensinergikan perencanaan pembangunan kesehatan nasional, propinsi dan kabupaten melalui program-program kesehatan dan merupakan satu kesatuan dari Rencana Pembangunan Jangka Menengah Daerah Kabupaten Jember. Penyusunannya dilakukan melalui satu proses berkelanjutan dari perumusan kebijakan dengan memanfaatkan sebanyak-banyaknya pengetahuan antisipatif, pengorganisasian usaha-usaha

pelaksanaan keputusan tersebut dan mengukur hasilnya melalui umpan-balik yang terorganisasi dan sistematis . Dengan mengacu dokumen ini maka seluruh upaya yang dilakukan oleh masing-masing pelaku pembangunan kesehatan bersifat sinergis, koordinatif dan melengkapi satu dengan lainnya di dalam satu pola sikap dan satu pola tindak.

Dinas Kesehatan Kabupaten Jember sebagai Satuan Kerja Pemerintah Daerah (SKPD) mempunyai tugas membantu kepala daerah dalam melaksanakan urusan rumah tangga daerah di bidang kesehatan dan melaksanakan tugas-tugas lain yang berkaitan dengan kesehatan, hal ini sesuai dengan Peraturan Daerah Kabupaten Jember nomor 18 tahun 2003 tentang Susunan Organisasi dan Tata Kerja Dinas Kesehatan Kabupaten Jember.

#### **4.1.1 Landasan Hukum**

Rencana Strategis Dinas Kesehatan Kabupaten Jember Tahun 2010 – 2015 disusun berdasarkan :

1. Undang-Undang Nomor 25 Tahun 2004 tentang Sistem Perencanaan Pembangunan Nasional;
2. Undang Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan;
3. Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2007 tentang Rencana Pembangunan Jangka Panjang Nasional 2005–2025;
4. Peraturan Pemerintah Nomor 38 Nomor Tahun 2007 tentang Pembagian Urusan Pemerintahan antara Pemerintah, Pemerintahan Daerah Provinsi, dan Pemerintahan Daerah Kabupaten/Kota;
5. Peraturan Pemerintah Nomor 41 Tahun 2007 tentang Organisasi Perangkat Daerah;
6. Peraturan Pemerintah Nomor 8 Tahun 2008 tentang Tahapan, Tata Cara Penyusunan, Pengendalian dan Evaluasi Pelaksanaan Rencana Pembangunan Daerah;
7. Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 741/Menkes/SK/V/ 2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan Kabupaten/Kota;

8. Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 828/Menkes/SK/V/ 2008 tentang Juknis SPM;
9. Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 457/Menkes/SK/V/ 2008 tentang 17 Sasaran Departemen Kesehatan;
10. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 189/2009 tentang Sistem Kesehatan Nasional;
11. Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor HK.03.01/160/I/2010 tentang Rencana Strategis Departemen Kesehatan 2010-2014;
12. Peraturan Bupati Nomor 45 Tahun 2008 tentang Uraian Tugas Pokok dan Fungsi Organisasi Dinas Kesehatan Kabupaten Jember;
13. Peraturan Bupati Nomor 14 Tahun 2009 tentang Organisasi dan Tata Kerja Unit Pelaksana Teknis Dinas Kesehatan Kabupaten Jember;

#### **4.1.2 Visi dan Misi Dinas Kesehatan**

Dengan memperhatikan dasar-dasar pembangunan kesehatan jangka panjang, yaitu

1. Perikemanusiaan,
2. Pemberdayaan dan kemandirian
3. Adil dan merata
4. Pengutamaan dan manfaat

Serta memperhatikan tujuan pembangunan jangka panjang bidang kesehatan tahun 2005-2025, yaitu meningkatkan kesadaran, kemauan dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang agar terwujud derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya; dengan perilkudan dalam lingkungan sehat, memiliki kemampuan untuk menjangkau pelayanan kesehatan yang bermutu, secara adil dan merata dikabupaten Jember;

Maka Visi Dinas Kesehatan Kabupaten Jember adalah "TERWUJUDNYA MASYARAKAT JEMBER YANG SEHAT, MANDIRI DAN BERKEADILAN". Masyarakat Jember yang sehat, mandiri dan berkeadilan adalah keadaan masa depan masyarakat Jember yang ingin dicapai melalui pembangunan kesehatan, yaitu masyarakat yang ditandai oleh penduduknya yang hidup dalam lingkungan dan dengan perilaku

hidup sehat, baik jasmani, rohani dan sosial. Dinas Kesehatan Kabupaten Jember diharapkan dapat menjadi penggerak pembangunan kesehatan untuk terwujudnya masyarakat jember yang sehat, mandiri dan berkeadilan; yang mengandung arti bahwa Dinas Kesehatan mampu membina, dan mengembangkan, serta melaksanakan pembangunan kesehatan sesuai dengan tugas dan fungsinya.

Misi Dinas Kesehatan, untuk mewujudkan Visi “masyarakat Jember yang sehat, mandiri dan berkeadilan,” maka Misi Dinas Kesehatan Kabupaten Jember adalah sebagai berikut:

1. Meningkatkan derajat kesehatan masyarakat, melalui pemberdayaan masyarakat dan peningkatan aksesibilitas pelayanan kesehatan masyarakat.
2. Melindungi kesehatan masyarakat dengan menjamin tersedianya upaya kesehatan yang paripurna, merata, bermutu dan berkeadilan.
3. Menjamin ketersediaan dan pemerataan sumber daya kesehatan
4. Menciptkan tata kelola pemerintahan yang baik

### **4.1.3 Tugas Pokok dan Fungsi**

Dinas Kesehatan mempunyai tugas pokok membantu bupati dalam merumuskan kebijakan, melaksanakan koordinasi, perencanaan dan pengawasan kesehatan masyarakat dan tugas lain yang diberikan oleh Bupati. Untuk melaksanakan tugas dimaksud, Dinas Kesehatan mempunyai fungsi sebagai berikut:

- a. Perumusan kebijakan teknis dalam penyusunan program pelayanan kesehatan;
- b. Pelaksanaan pengendalian penyakit dan kesehatan lingkungan dan;
- c. Pelaksanaan pengembangan sumber daya kesehatan dan pemberdayaan kesehatan masyarakat.

Tugas pokok dan fungsi dari sekretariat, bidang dan kelompok jabatan fungsional adalah sebagai berikut:

#### **1. Sekretariat**

Sekretariat mempunyai tugas melaksanakan pengelolaan administrasi umum, administrasi kepegawaian, keuangan, perlengkapan, tata laksana, hukum dan hubungan masyarakat serta perencanaan dan anggaran dan tugas lain yang diberikan oleh Kepala Dinas. Untuk melaksanakan tugas dimaksud, sekretariat mempunyai fungsi meliputi:

- 1) Pelaksanaan perencanaan dan pengelolaan urusan surat menyurat, kearsipan, keprotokolan, kerumahtanggaan dinas, ketertiban dan keamanan, serta penyelenggaraan rapat dan perjalanan dinas;
- 2) Pelaksanaan perencanaan dan pengelolaan barang serta perlengkapan dinas;
- 3) Pelaksanaan dan penyusunan pedoman pembinaan dan penatausahaan kepegawaian;
- 4) Pelaksanaan dan penyusunan pedoman pembinaan dan penatausahaan keuangan;
- 5) Pelaksanaan pembinaan dan perumusan ketatalaksanaan;
- 6) Pelaksanaan pengkoordinasian dan sinkronisasi penyusunan program anggaran;

- 7) Pelaksanaan pengkoordinasian dengan instansi di lingkungan Pemerintah Kabupaten dalam rangka pelaksanaan tugas ketatausahaan, kepegawaian, keuangan dan kemasyarakatan;
- 8) Pelaksanaan advokasi di bidang hukum Kesehatan;
- 9) Pelaksanaan pengawasan dan pengendalian dalam rangka evaluasi pelaksanaan program dan anggaran;
- 10) Pelaksanaan pengelolaan anggaran berkaitan dengan tugas-tugas ketatausahaan, kepegawaian, perencanaan anggaran dan keuangan;
- 11) Pelaksanaan pengevaluasian kegiatan sekretariat dalam rangka penyusunan program kegiatan lanjutan;
- 12) Pelaksanaan pembinaan organisasi umum dan ketatalaksanaan; dan
- 13) Pelaksanaan koordinasi pembinaan dan evaluasi secara berkala, penyelenggaraan kegiatan di tingkat UPT.

Sekretariat terdiri dari Sub Bagian Umum dan Kepegawaian, Sub Bagian Perencanaan, dan Sub Bagian Keuangan.

## **2. Bidang Pelayanan Kesehatan**

Bidang Pelayanan Kesehatan mempunyai tugas menyusun perencanaan, kebijaksanaan teknis operasional, mengembangkan pedoman dan standar pelayanan, menjabarkan pedoman teknis, pembinaan, pengawasan dan pengendalian serta memfasilitasi program pelayanan kesehatan dasar dan penunjang, pelayanan kesehatan rujukan dan khusus, serta pelayanan kesehatan keluarga dan tugas lain yang diberikan oleh kepala dinas. Untuk melaksanakan tugas dimaksud, Bidang Pelayanan Kesehatan mempunyai fungsi meliputi:

- 1) Pembuatan perencanaan serta menyusun program Bidang Pelayanan Kesehatan;
- 2) Pelaksanaan koordinasi dalam pelaksanaan pelayanan kesehatan dasar dan penunjang, kesehatan rujukan dan khusus, serta kesehatan keluarga;

- 3) Pelaksanaan bimbingan dan pengendalian pelayanan kesehatan dasar dan penunjang, pelayanan kesehatan dasar dan penunjang, Kesehatan rujukan dan khusus, serta Kesehatan keluarga;
- 4) Pelaksanaan kegiatan dan pemberian bantuan pelayanan Kesehatan dasar dan penunjang, pelayanan kesehatan dasar dan penunjang, Kesehatan rujukan dan khusus, serta kesehatan keluarga; dan
- 5) Pengevaluasian dan penyusunan laporan pelaksanaan program Bidang Pelayanan Kesehatan.

Bidang Pelayanan Kesehatan terdiri dari 3 (tiga) Seksi yakni Seksi Kesehatan dan Penunjang, Seksi Kesehatan Rujukan dan Khusus dan Seksi Kesehatan Keluarga.

### **3. Bidang Pengendalian Penyakit dan Kesehatan Lingkungan**

Bidang Pengendalian Penyakit dan Kesehatan Lingkungan mempunyai tugas menyusun perencanaan, merumuskan kebijaksanaan teknis operasional, serta melaksanakan pengkoordinasian, pembinaan dan pengawasan penerapan pengendalian penyakit dan penyehatan lingkungan dan tugas lain yang diberikan oleh Kepala Dinas. Untuk melaksanakan tugas dimaksud pada, Bidang Pengendalian Penyakit dan Kesehatan Lingkungan mempunyai fungsi meliputi:

- 1) Pelaksanaan perencanaan program Bidang Pengendalian Penyakit dan Kesehatan Lingkungan;
- 2) Penyiapan rumusan kebijakan teknis operasional serta koordinasi dalam pelaksanaan pengendalian penyakit dan masalah kesehatan meliputi: penyehatan lingkungan, pemberantasan penyakit, penanggulangan masalah kesehatan, pengamatan dan pencegahan penyakit;
- 3) Penyiapan rumusan pedoman pelaksanaan serta koordinasi dalam penerapan standar pengendalian penyakit dan masalah kesehatan yang akan dilaksanakan oleh masyarakat;
- 4) Pelaksanaan monitoring dan evaluasi dalam penerapan standar pengendalian penyakit dan penyehatan lingkungan;

- 5) Pemberian fasilitas pelaksanaan pengendalian penyakit dan penyehatan lingkungan; dan
- 6) Pengevaluasian dan menyusun laporan pelaksanaan program Bidang pengendalian penyakit dan kesehatan lingkungan.

Bidang Pengendalian Penyakit dan Kesehatan Lingkungan terdiri dari 3 (tiga) Seksi yakni Seksi Pemberantasan Penyakit, Seksi Pengendalian, Pengamat Penyakit, dan Penanggulangan Masalah Kesehatan, dan Seksi Kesehatan Lingkungan.

#### **4. Bidang Pengembangan Sumber Daya Kesehatan**

Bidang Pengembangan Sumber Daya Kesehatan mempunyai tugas menyusun perencanaan, perumusan kebijakan teknis operasional, melaksanakan kegiatan pembinaan pengawasan dan pengendalian dalam kegiatan perencanaan pendayagunaan dan pengembangan sumberdaya manusia kesehatan, kefarmasian dan perbekalan kesehatan serta pembiayaan kesehatan dan tugas lain yang diberikan oleh Kepala Dinas.

Untuk melaksanakan tugas sebagaimana dimaksud, Bidang Pengembangan Sumber Daya Kesehatan mempunyai fungsi meliputi:

- 1) Melaksanakan perencanaan program pembinaan pengawasan dan pengendalian dalam kegiatan perencanaan pendayagunaan dan pengembangan sumberdaya manusia kesehatan, kefarmasian dan perbekalan Kesehatan serta pembiayaan Kesehatan;
- 2) Penyusunan pedoman, petunjuk pelaksanaan, petunjuk teknis serta prosedur tetap pelayanan yang terkait dengan program pembinaan pengawasan dan pengendalian dalam kegiatan perencanaan pendayagunaan dan pengembangan sumberdaya manusia kesehatan, kefarmasian dan perbekalan kesehatan serta pembiayaan Kesehatan;
- 3) Pelaksanaan pembinaan program pembinaan pengawasan dan pengendalian dalam kegiatan perencanaan pendayagunaan dan pengembangan sumberdaya manusia kesehatan, kefarmasian dan perbekalan kesehatan serta pembiayaan kesehatan;

- 4) Pelaksanaan pemantauan program pembinaan pengawasan dan pengendalian dalam kegiatan perencanaan pendayagunaan dan pengembangan sumberdaya manusia Kesehatan, kefarmasian dan perbekalan kesehatan serta pembiayaan kesehatan;
- 5) Pelaksanaan pengendalian program pembinaan pengawasan dan pengendalian dalam kegiatan perencanaan pendayagunaan dan pengembangan sumberdaya manusia kesehatan, kefarmasian dan perbekalan kesehatan serta pembiayaan kesehatan;
- 6) Pelaksanaan advokasi terkait program pembinaan pengawasan dan pengendalian dalam kegiatan perencanaan pendayagunaan dan pengembangan sumberdaya manusia kesehatan, kefarmasian dan perbekalan kesehatan serta pembiayaan kesehatan;
- 7) Pelaksanaan koordinasi dengan lintas program, lintas sektor, organisasi profesi, institusi pendidikan, lembaga swadaya masyarakat dan pihak swasta terkait program pembinaan pengawasan dan pengendalian dalam kegiatan perencanaan pendayagunaan dan pengembangan sumberdaya manusia kesehatan, kefarmasian dan perbekalan Kesehatan serta pembiayaan kesehatan;
- 8) Pelaksanaan pengelolaan anggaran terkait penyelenggaraan program pembinaan pengawasan dan pengendalian dalam kegiatan perencanaan pendayagunaan dan pengembangan sumberdaya manusia kesehatan, kefarmasian dan perbekalan kesehatan serta pembiayaan kesehatan; dan
- 9) Pelaksanaan evaluasi program pembinaan pengawasan dan pengendalian dalam kegiatan perencanaan pendayagunaan dan pengembangan sumberdaya manusia kesehatan, kefarmasian dan perbekalan kesehatan serta pembiayaan kesehatan.

Bidang Pengembangan Sumber Daya Kesehatan terdiri dari 3 (tiga) Seksi yang mempunyai tugas pokok dan fungsi sebagai berikut:

**a. Seksi Perencanaan Pendayagunaan dan Pengembangan Sumberdaya Manusia (SDM)**

Seksi Perencanaan Pendayagunaan dan Pengembangan SDM mempunyai tugas melaksanakan kebutuhan dan pendayagunaan tenaga Kesehatan dan tugas lain yang diberikan oleh Kepala Bidang Pengembangan Sumber Daya Kesehatan. Untuk melaksanakan tugas sebagaimana dimaksud, Seksi Perencanaan Pendayagunaan dan Pengembangan SDM mempunyai fungsi meliputi:

- 1) Perencanaan kebutuhan dan pendayagunaan tenaga kesehatan;
- 2) Pembuatan perencanaan kebutuhan tenaga kesehatan dalam rangka penempatan, pemindahan dan distribusi tenaga Kesehatan;
- 3) Penjabaran pedoman / standar kebutuhan tenaga kesehatan;
- 4) Penjabaran pedoman / standar diklat fungsional dan teknis dalam rangka peningkatan mutu tenaga kesehatan;
- 5) Pelaksanaan penilaian angka kredit tenaga kesehatan;
- 6) Pelaksanaan registrasi, akreditasi, sertifikasi tenaga kesehatan tertentu skala kabupaten sesuai peraturan perundang-undangan;
- 7) Pelaksanaan pelayanan pemberian ijin praktik dan / atau ijin kerja tenaga kesehatan tertentu;
- 8) Pelaksanaan Pendidikan dan pelatihan tenaga kesehatan;
- 9) Pelaksanaan pembinaan, bimbingan dan pengendalian penyelenggaraan pendidikan tenaga kesehatan;
- 10) Pelaksanaan akreditasi pelatihan tenaga Kesehatan dan institusi pendidikan tenaga kesehatan; dan
- 11) Pelaksanaan pemberian rekomendasi perijinan penyelenggaraan pendidikan tenaga kesehatan.
- 12) Pelaksanaan evaluasi penyelenggaraan program pendayagunaan dan pengembangan SDM.

**b. Seksi Kefarmasian dan Perbekalan Kesehatan**

Seksi Kefarmasian dan Perbekalan Kesehatan mempunyai tugas melaksanakan program pembinaan dan pengendalian kefarmasian dan perbekalan dan tugas lain yang diberikan oleh Kepala Bidang Pengembangan Sumber Daya Kesehatan. Untuk melaksanakan tugas

sebagaimana dimaksud, Seksi Kefarmasian dan Perbekalan Kesehatan mempunyai fungsi meliputi:

- 1) Pelaksanaan perencanaan program pembinaan dan pengendalian obat, perbekalan Kesehatan, kosmetik, dan keamanan pangan;
- 2) Pelaksanaan pengelolaan perbekalan Kesehatan Dinas;
- 3) Penjabaran kebijakan operasional di bidang obat, perbekalan kesehatan, kosmetika, dan keamanan pangan;
- 4) Penyusunan pedoman, petunjuk pelaksanaan, petunjuk teknis serta prosedur tetap yang terkait dengan program pembinaan dan pengendalian obat, perbekalan kesehatan, kosmetika, dan keamanan pangan;
- 5) Pelaksanaan pelayanan perijinan apotik, toko obat dan toko alat Kesehatan;
- 6) Pelaksanaan sertifikasi penyuluhan keamanan pangan industri rumah tangga dan produksi pangan industri rumah tangga;
- 7) Pelaksanaan advokasi terkait program pembinaan dan pengendalian obat, perbekalan kesehatan, kosmetika, dan keamanan pangan;
- 8) Pelaksanaan evaluasi program pembinaan dan pengendalian obat, perbekalan Kesehatan, kosmetika, dan keamanan pangan.

#### **c. Seksi Pembiayaan Kesehatan**

Seksi Pembiayaan Kesehatan mempunyai tugas pengembangan dan pembinaan jaminan Kesehatan dan tugas lain yang diberikan oleh Kepala Bidang Pengembangan Sumber Daya Kesehatan. Untuk melaksanakan tugas sebagaimana di maksud, Seksi Pembiayaan Kesehatan mempunyai fungsi meliputi:

- 1) Pelaksanaan perencanaan pengembangan dan pembinaan Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat (JPKM) serta Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat Miskin (JPKMM);
- 2) Penyusunan pedoman, petunjuk teknis pengembangan dan pembinaan JPKM dan JPKMM;
- 3) Penyusunan dan penjabaran standar JPKM dan JPKMM;

- 4) Pelaksanaan bimbingan dan pengendalian penyelenggaraan JPKM dan JPKMM;
- 5) Pelaksanaan akreditasi Badan Penyelenggara dan Pemberi Pelayanan Kesehatan JPKM;
- 6) Pelaksanaan advokasi pengembangan JPKM dan JPKMM serta pemeliharaan penyelesaian masalah/pertikaian antar komponen jaminan kesehatan dan masalah yang menyangkut lintas Kabupaten;
- 7) Pelaksanaan pembinaan dan pengendalian serta advokasi rasionalisasi tarif;
- 8) Pelaksanaan pemantauan dan penilaian kegiatan pengembangan mobilisasi dana masyarakat, swasta dan organisasi non pemerintah;
- 9) Pelaksanaan pengembangan pembiayaan Kesehatan pra upaya di institusi / wilayah tertentu seperti JPK Perguruan Tinggi, JPK UKS, JPK Sektor Informal dan JPK Pondok Pesantren serta Dana Sehat;
- 10) Pelaksanaan pengelolaan anggaran pengembangan Jaminan Kesehatan masyarakat; dan
- 11) Pelaksanaan pemantauan dan evaluasi program Jaminan kesehatan Masyarakat.

## **5. Bidang Pengembangan dan Pemberdayaan Kesehatan Masyarakat**

Bidang Pengembangan dan Pemberdayaan Masyarakat mempunyai tugas menyusun perencanaan, perumusan kebijakan teknis operasional, menetapkan pedoman Penanggulangan gizi masyarakat, penyuluhan, kampanye, informasi, penelitian, dan pengembangan kesehatan; serta pembinaan, pengawasan dan pengendalian pembangunan keluarga sadar gizi, promosi, informasi, penelitian dan pengembangan kesehatan dan tugas lain yang diberikan oleh Kepala Dinas. Untuk melaksanakan tugas sebagaimana di maksud, Bidang Pengembangan dan Pemberdayaan Kesehatan Masyarakat mempunyai fungsi meliputi:

- 1) Pelaksanaan perencanaan pengembangan dan pemberdayaan Kesehatan masyarakat yang meliputi promosi Kesehatan, penelitian dan pengembangan kesehatan;

- 2) Pelaksanaan koordinasi pelaksanaan pemberdayaan kesehatan masyarakat, promosi kesehatan, pembangunan keluarga sadar gizi, informasi kesehatan, penelitian dan pengembangan kesehatan;
- 3) Pelaksanaan pedoman pelaksanaan pemberdayaan kesehatan masyarakat, promosi kesehatan, pembangunan keluarga sadar gizi, informasi Kesehatan, penelitian dan pengembangan kesehatan;
- 4) Pelaksanaan bimbingan dan pengendalian pelaksanaan pemberdayaan Kesehatan masyarakat, promosi Kesehatan, pembangunan keluarga sadar gizi, informasi kesehatan, penelitian dan pengembangan kesehatan;
- 5) Pemberian fasilitas kegiatan pemberdayaan kesehatan masyarakat, promosi kesehatan, pembangunan keluarga sadar gizi, informasi kesehatan, penelitian dan pengembangan kesehatan;
- 6) Pengevaluasian dan penyusunan laporan pelaksanaan program Bidang pengembangan dan pemberdayaan kesehatan masyarakat.

Bidang Pengembangan dan Pemberdayaan Masyarakat terdiri dari 3 (tiga) Seksi yakni Seksi Gizi, Seksi Promosi dan Upaya Kesehatan Berbasis Masyarakat (UKBM) dan Seksi Informasi, Penelitian dan Pengembangan Kesehatan.

## **6. Unit Pelaksanaan Teknis (UPT)**

UPT mempunyai tugas melaksanakan sebagian tugas teknis operasional dinas dalam urusan rumah tangga dibidang Dinas Kesehatan yang mempunyai wilayah kerja 1 (satu) Kecamatan atau beberapa Kecamatan, melaksanakan tugas pembantuan berdasarkan kebijakan dan peraturan perundang-undangan dan tugas lain yang diberikan oleh Kepala Dinas.

Untuk melaksanakan tugas sebagaimana dimaksud pada aya (1) UPT mempunyai fungsi meliputi :

- a. penyiapan penyusunan pelaksanaan sebagian tugas program kegiatan Dinas;
- b. pelaksanaan kebijakan program dan kegiatan Dinas;

- c. pengelolaan, pelaksanaan pengadaan, pengumpulan, pengolahan, penyimpanan, perawatan penyajian bahan sarana dan prasarana; dan
- d. pelaksanaan pemeliharaan/perawatan, pembinaan, pengamanan dan peningkatan pelayanan.

UPT dipimpin oleh Kepala UPT yang berada dibawah dan bertanggung jawab kepada Kepala Dinas dan secara operasional dikoordinasikan dengan Camat. UPT terdiri dari Sub Bagian Tata Usaha. Sub Bagian Tata Usaha Kepala Sub Bagian yang berada dibawah dan bertanggung jawab kepada Kepala UPT.

- Sub Bagian Tata Usaha mempunyai tugas melaksanakan pelayanan teknis dan administrative di lingkup UPT dan tugas lain yang diberikan oleh Kepala UPT. Fungsi Sub Bagian Tata Usaha adalah
  - a. pelaksanaan kebijakan dan program kegiatan dinas;
  - b. pelaksanaan pelayanan, pengolahan dan penyajian dokumentasi dan informasi;
  - c. pelaksanaan administrasi urusan ketatausahaan, keuangan, pembukuan, rumah tangga UPT dan administrasi kepegawaian

## 4.2 Pembahasan Penelitian

### 4.2.1 Tujuan dari PerBup Jember No 8 tahun 2015

Peraturan Bupati (PerBup) Jember No 8 Tahun 2015 tentang Pedoman Penggunaan Dana Program Pelayanan Kesehatan Masyarakat Miskin Yang Dijamin Pemerintah Provinsi Jawa Timur dan Pemerintah Kabupaten Jember merupakan sebuah bentuk implementasi dengan bentuk pendekatan top down, yang mana peraturan ini tersentral atau terpusatnya dari aktor tingkat pusat yakni dalam penelitian ini adalah Pemerintah Provinsi Jawa Timur kepada Pemerintah Kabupaten Jember, selanjutnya diteruskan oleh administrator dan birokrat-birokrat di level bawahnya yaitu Dinas Kesehatan Kabupaten Jember. Dinas Kesehatan Jember sebagai Dinas Teknis Pelaksana kebijakan.

Tujuan program pelayanan kesehatan masyarakat miskin yang dijamin pemerintah Provinsi dan Pemerintah Kabupaten adalah meningkatkan cakupan masyarakat miskin yang belum memiliki atau terjangkau jaminan kesehatan nasional di kabupaten Jember untuk mendapatkan pelayanan kesehatan di Puskesmas, Rumah Sakit Daerah Kabupaten maupun di Rumah sakit Rujukan Tersier/ Rumah Sakit Provinsi, menggunakan yang namanya surat pernyataan miskin dan kartu jamkesda. Rumah Sakit Daerah di kabupaten Jember yang bisa menangani pelayanan kesehatan masyarakat miskin dengan pengguna SPM yakni Rumah Sakit Daerah Kalisat, Rumah Sakit Daerah Balung, Rumah Sakit Dr. Soebandi. Apabila Rumah Sakit Daerah tidak bisa menangani masalah penyakit dari sipasien maka bisa di rujuk ke Rumah Sakit Provinsi yakni Rumah Sakit Provinsi Dr. Soetomo, Rumah Sakit Jiwawang, Rumah Sakit Jiwa Menur, dan Rumah sakit Maru

Jaminan pelayanan kesehatan masyarakat miskin yang dimaksud disini adalah jaminan masyarakat miskin yang dimana para masyarakat betul-betul miskin tapi belum memiliki jaminan kesehatan. Masyarakat yang dikategorikan benar-benar miskin tapi tidak mendapatkan hak dari Pemerintah Provinsi maupun pemerintah daerah. Masyarakat miskin diseluruh daerah di Inodensia seharusnya dapat terjangkau jaminan kesehatan

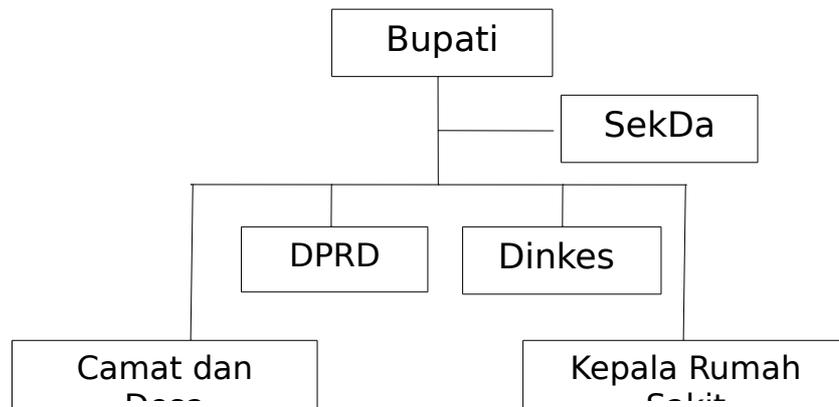
dari pemerintah yang diatur dalam Peraturan Pemerintah Nomor 101 Tahun 2012 tentang Penerima Bantuan Iuran (PBI) Jaminan Kesehatan, dengan menetapkan kriteria dan pendataan fakir miskin dan orang tidak mampu melalui keputusan Menteri Sosial Republik Indonesia Nomor 146/HUK/2013 tentang penetapan kriteria dan pendataan fakir miskin dan orang tidak mampu. Pengertian program pelayanan kesehatan masyarakat miskin dalam Peraturan ini, karna adanya masyarakat miskin di Kabupaten Jember yang selama ini mereka lolos dari kepesertaan jaminan pelayanan kesehatan dari PBJS untuk masyarakat miskin dengan PBI jaminan kesehatan ataupun memang mereka tidak ikut serta dalam jaminan pelayanan kesehatan. Masyarakat yang betul-betul miskin yang sama sekali tidak memiliki penjaminan pelayanan kesehatan bagi keluarganya, tidak taumenau tentang jaminan kesehatan yang sedang ada. Masyarakat miskin yang terlewatkan atau mungkin memang di abaikan untuk didata agar mendapatkan pelayanan kesehatan secara gratis dari Pemerintah Provinsi dan Pemerintah Kabupaten.

#### 4.2.2 Struktur Birokrasi program Jamkesda dengan bukti kartu Jamkesda dan Spm

Struktur birokrasi diperlukan untuk mengatur sumber daya atau pelaksana dapat melaksanakan kegiatan dengan kondusif dan terkoordinasi dengan baik. Dalam pengelolaan kebijakan yang kompleks diperlukan struktur birokrasi yang kuat dan dapat mengatur kerjasama orang-orang yang satu dengan yang lainnya atau sumber daya di dalamnya secara efektif. Struktur yang digunakan Kabupaten Jember sendiri untuk pelayanan kesehatan masyarakat miskin adalah struktur organisasi manajemen ditingkat Kabupaten.

“Struktur yang mengendalikan ada namanya Tim Koordinasi Kabupaten. Tim ini dibawah langsung kendali Ibu Bupati selaku Kepala Daerah, selanjutnya Sekertaris Daerah, beberapa lintas sektor organisasi, Perangkat Daerah terkait, termasuk juga teman-teman pemberi pelayanan di Rumah Sakit seperti Kepala Rumah sakit dan Dinas Kesehatan sebagai yang meregulasi yaitu membingbing masyarakat miskin untuk mengakses penjaminan layanan kesehatan SPM (surat pernyataan miskin). (Sumber : Bapak Kaspar dari Dinkes, 2017)”

Bagan 1. Tim Koordinasi Kabupaten Program  
Jaminan Kesehatan daerah



Sumber : Dinas Kesehatan 2017

Struktur birokrasi yang digunakan dalam program jaminan kesehatan daerah di Kabupaten Jember adalah struktur yang luas, dimana untuk program jaminan kesehatan daerah tidak dibentuknya lagi suatu Badan pelaksana (Bapel) atau Unit Pelaksana Teknis (UPT) yang lebih khusus, maka tidak ada struktur lain yang lebih kecil atau khusus.

Program jaminan kesehatan daerah yang dibuktikan dengan SPM hanya dijadikan salah satu program kegiatan tahunan di bawah tanggung jawab ibu Bupati selaku Kepala Daerah Kabupaten Jember dan Dinas Kesehatan Kabupaten Jember sebagai sekretariat untuk Dinas Teknis Pelaksana. Hal ini, Bidang Pengembangan Sumber Daya Kesehatan (PSDK) sendiri yang menangani program jaminan kesehatan daerah yang terdapat seksi-seksi didalamnya, dan tidak ada unit yang lebih kecil lagi. Padahal dengan adanya struktur birokrasi baru yang lebih kecil dalam suatu Bapel atau UPT khusus yang hanya mengelola SPM dapat menghindari tumpang tindih tugas, sehingga pembagian wewenang, tugas pokok dan fungsi lebih efektif dan kondusif. Akan tetapi jika dilihat dari pelayanan yang diberikan di Dinas Kesehatan Kabupaten Jember, masyarakat cukup puas dan cenderung tidak di persulit, meskipun badan pelaksana memiliki tugas ganda.

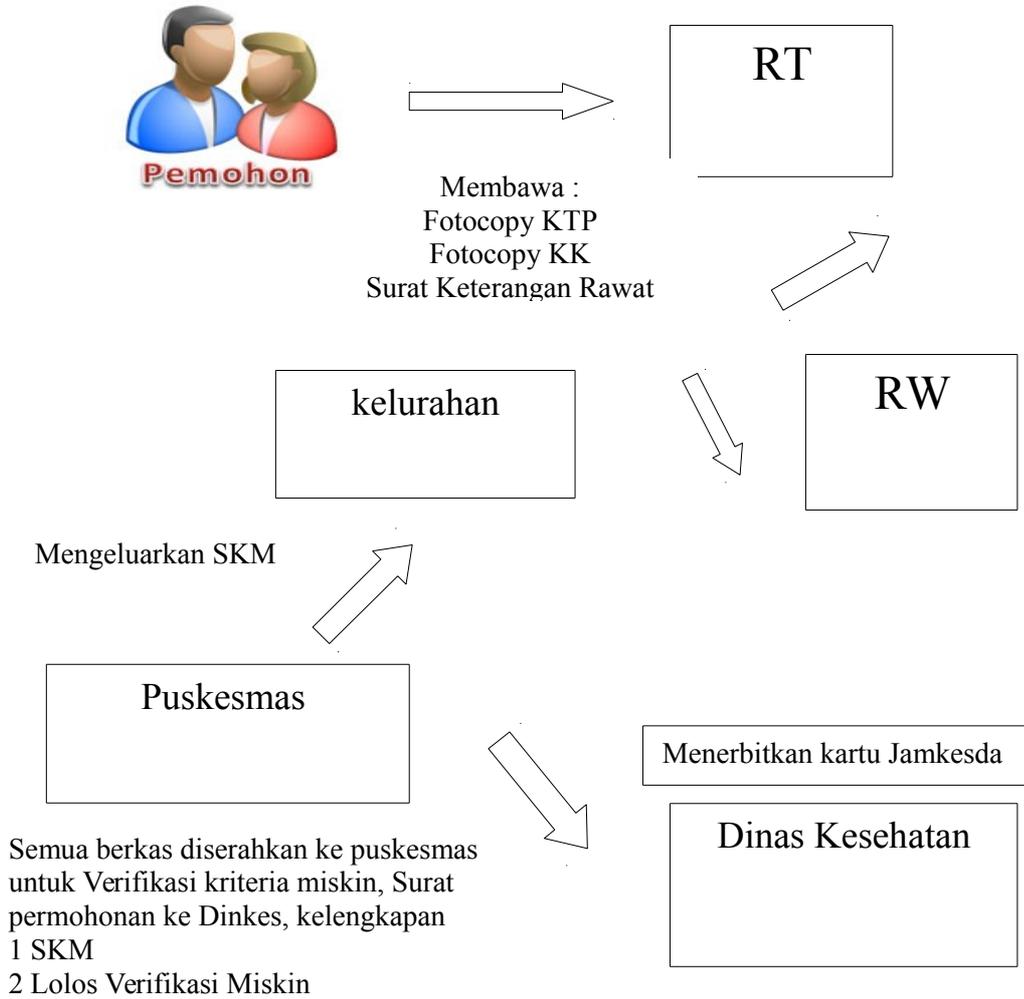
#### 4.2.3 Masyarakat Miskin Penerima Jamkesda yang dibuktikan dengan kartu Jamkesda

Jaminan kesehatan di Indonesia beragam bentuknya, akan tetapi dalam jaminan kesehatan nasional telah ditetapkan beberapa peraturan yang ditetapkan untuk masyarakat miskin yang tersebar diseluruh Indonesia. Akan tetapi, ada juga pelayanan kesehatan yang dijamin oleh Pemerintah Provinsi Jawa Timur namanya adalah jaminan kesehatan daerah yang dibuktikan dengan kartu Jamkesda, dimana dana yang ditanggung oleh Kabupaten sebesar 50% dan 50% nya ditanggung oleh Provinsi Jawa Timur. Program jaminan kesehatan daerah yang dibuktikan dengan kartu Jamkesda juga merupakan pelayanan kesehatan masyarakat miskin non kuota.

“Kartu Jamkesda untuk tahun 2016 sudah tidak diterbitkan lagi oleh Dinas Kesehatan, pendataan terakhir oleh Dinas Sosial untuk kartu Jamkesda tahun 2010 dan masa berlaku untuk kartu Jamkesda tidak terbatas. Sumber : bapak Kaspar Dinas Kesehatan, 2017)”

Masa berlaku untuk kartu jamkesda, semestinya secara otomatis ditelaah kembali apabila masyarakat tersebut status ekonominya sudah tidak lagi menjadi masyarakat miskin kalau memang yang bersangkutan tidak menjadi warga miskin maka otomatis masa kartu hangus. Kartu Jamkesda ini memiliki kelebihan dan kekurangan. Kelebihan dari kartu Jamkesda sendiri adalah tarif pembiayaannya yang 100% tercover oleh pemerintah provinsi dan pemerintah kabupaten, sedangkan kekurangannya adalah perawatannya hanya bisa dilakukan di UPT Dinas Kesehatan Provinsi. Dengan tidak diterbitkannya lagi kartu Jamkesda maka masyarakat Jember yang belum terjamin pelayanan kesehatan semakin meningkat dan penggunaan SPM juga semakin bertambah

Bagan 2. PROSEDUR PELAYANAN JAMKESDA  
DI KABUPATEN JEMBER



Sumber: Dinas Kesehatan Kabupaten Jember 2017

Hasil pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Daerah dengan kartu Jamkesda di kabupaten Jember sejak 2011 adalah sebagai berikut:

Tabel 1. Jumlah Pelayanan Program Jaminan Kesehatan Daerah dengan kartu Jamkesda di Kabupaten Jember Tahun 2011 dan 2012 (sampai dengan bulan Maret Tahun 2012)

PPK	Jumlah Pelayanan dengan Kartu Jamkesda				
	Tahun 2011		Triwulan I Tahun 2012	(% ) Kenaikan Th 2011 VS 2012	Jumlah Peserta (Jiwa)
	Satu Tahun	Rata-Rata per Triwulan			
RSD Dr. Soebandi	120	30	26	87	33.061
RSD Kalisat	16	4	3	75	
RSD Balung	25	6	3	48	
Puskesmas	12	3	2	67	

Sumber : Dinas Kesehatan Kabupaten Jember, 2012 (dikutip dari kaspar, 2012 analisis kebijakan Surat Pernyataan Miskin Pada Program jaminan kesehatan daerah di Kabupaten Jember)

Dari tabel terlihat bahwa jumlah peserta program jaminan kesehatan daerah yang dibuktikan dengan kartu Jamkesda mengalami penurunan dari tahun 2011 ke tahun 2012 di empat tempat Pemberi Pelayanan Kesehatan Masyarakat di Jember yang tidak terkover kartu Jamkesda menggunakan SPM untuk jaminan kesehatan. Pengguna program jaminan kesehatan daerah tahun 2016 yang dibuktikan dengan kartu Jamkesda klaimnya sebanyak 419 yang masih bisa dilayani. Prinsipnya adalah kartu Jamkesda ini cakupannya hanya provinsi jadi hanya berlaku di Provinsi Jawa Timur dan tidak berlaku di provinsi lainnya. Peserta Jamkesda ditentukan berdasarkan dengan kriteria miskin yang diajukan oleh Pemerintah Kabupaten ke Provinsi pada tahun 2010. Persyaratan untuk kartu jamkesda secara prinsip sama, indikator-indikatornya yakni masyarakat yang secara ekonomi tidak mampu untuk membiayai pelayanan kesehatan pada saat mengakses pelayanan kesehatan.

Tahun 2016 untuk peraturan pelayanan kesehatan menggunakan kartu Jamkesda sudah dicabut yakni digantikan dengan Peraturan Gubernur Jawa Timur Nomor 138 tahun 2016. Pencabutan tersebut diatur dalam Peraturan Daerah Provinsi Jawa Timur nomor 5 tahun 2016 tentang Pencabutan 4 (empat) Peraturan Daerah Provinsi Jawa Timur. Pencabutan tersebut karna diberlakukannya Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial, maka seluruh warga negara Indonesia wajib menjadi peserta Badan Penyelenggara Jaminan sosial (BPJS), termasuk masyarakat Provinsi Jawa Timur. Penyelenggaraan jaminan kesehatan secara nasional dilaksanakan oleh BPJS sebagaimana ditentukan dalam Pasal 1 angka 1 Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 yang menyatakan bahwa BPJS adalah badan hukum yang dibentuk untuk menyelenggarakan program jaminan sosial. Berdasarkan Pasal 2 Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011, BPJS bertugas menyelenggarakan Sistem Jaminan Sosial Nasional berdasarkan asas kemanusiaan, manfaat, dan keadilan sosial bagi semua rakyat Indonesia.

Berdasarkan ketentuan tersebut maka semua bentuk penyelenggaraan Sistem Jaminan kesehatan Nasional diselenggarakan secara nasional oleh BPJS, termasuk jaminan kesehatan. Hal ini diperkuat oleh Pasal 6 Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 yang menyatakan bahwa BPJS Kesehatan menyelenggarakan program jaminan kesehatan. Dalam Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 28 Tahun 2014 tentang Pedoman Pelaksanaan Jaminan Kesehatan Nasional juga telah diatur *roadmap* pelaksanaan Jaminan Kesehatan Nasional yang integratif. Atas dasar itulah, Peraturan Daerah Nomor 4 Tahun 2008 harus dicabut karena seluruh warga masyarakat harus menjadi anggota Jaminan Kesehatan Nasional yang diselenggarakan oleh BPJS, sehingga tidak terjadi tumpang tindih kewenangan. Meskipun Peraturan Daerah Nomor 4 Tahun 2008 dicabut, selama masyarakat miskin belum seluruhnya mendapat fasilitas BPJS, Pemerintah Provinsi Jawa Timur masih mempunyai dasar hukum untuk memberikan jaminan pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin berdasarkan Peraturan Daerah Nomor 1 Tahun 2016 tentang Sistem

Kesehatan Provinsi dan Peraturan Daerah Nomor 2 Tahun 2016 tentang Upaya Kesehatan.

#### 4.2.4 Masyarakat Miskin Penerima Jamkesda yang dibuktikan dengan SPM

Diluar dari jaminan yang ada di Kabupaten Jember, ternyata masih banyak masyarakat miskin di Kabupaten Jember yang belum memiliki penjaminan pelayanan kesehatan seperti BPJS maupun jaminan dari pemerintah Provinsi. Pemerintah Kabupaten Jember dan dibantu oleh Dinas Kesehatan Jember menyelenggarakan jaminan pelayanan kesehatan daerah untuk masyarakat miskin yang masih tercecer di kabupaten Jember dengan program jaminan kesehatan daerah yang dibuktikan dengan Surat Pernyataan Miskin (SPM).

“ Sosialisai yang kami (dinas kesehatan) lakukan ada dua macam yakni sosialisasi terbuka dalam musrenbang dan sosialisasi langsung dari pihak rumah sakit untuk masyarakat miskin dikabupaten Jember pengguna surat pernyataan miskin (SPM) yang ingin mendapatkan pelayanan kesehatan dengan bantuan sharing dana 60% dari pemerintah Kabupaten Jember. (Sumber: Bapak Kaspar, Dinas Kesehatan 2017)”

Dinas Kesehatan Kabupaten Jember mensosialisasikan jaminan kesehatan daerah dibuktikan dengan SPM dengan sosialisasi terbuka, biasanya dilakukan atau dilaksanakan pada saat ada pertemuan didesa dan kecamatan setempat. Sosialisasi dilakukan pada saat ada rapat koordinasi tentang pelayanan kesehatan dengan desa dan kecamatan walaupun frekuensi untuk melakukan rapat koordinasi tidak pasti, tapi yang jelas adanya rapat koordinasi mengenai pelayanan kesehatan ini dikecamatan dan desa setempat.

Seringkali sosialisasi juga disampaikan dalam musyawarah perencanaan pembangunan (musrenbang) ditingkat kecamatan bahwasannya masyarakat miskin di seluruh Indonesia terutama dalam penelitian ini di Kabupaten Jember yang disampaikan langsung oleh perwakilan dari Dinas Kesehatan Jember. Masyarakat miskin mempunyai hak atas pelayanan kesehatan yang tercantum di Undang Undang Dasar dimana masyarakat miskin dijamin oleh negara, dipelihara oleh negara dan berhak mendapatkan

pelayanan kesehatan. Masyarakat yang telah dijamin oleh BPJS kesehatan melalui penerima bantuan iuran adalah salah satu pelayanan kesehatan yang ada untuk masyarakat miskin. Disamping itu sekarang muncul juga penjaminan pelayanan kesehatan diluar itu, yakni penjaminan pelayanan kesehatan dari Provinsi dan ada pula penjaminan dari Kabupaten Jember sendiri.

Sosialisai yang diadakan dalam rapat koordinasi atau juga dalam musyawarah perencanaan pembangunan (musrenbang) oleh perwakilan dari Dinas Kesehatan, memberikan arahan kepada aparatur desa, aparatur kecamatan serta tokoh-tokoh masyarakat dan perwakilan dari masyarakat di tingkat kecamatan. Akan tetapi kenyataan di lapangan dari hasil wawancara yang telah saya dapatkan masih ada masyarakat yang tidak mengetahui bahwa ada jaminan kesehatan daerah untuk masyarakat miskin yang dibiayai langsung oleh pemerintah kabupaten Jember dengan program SPM

“Sebenarnya saya tidak tahu bak mengenai jaminan kesehatan daerah masyarakat miskin ini didesa juga tidak ada sosialisai saya tahunya dari kelurga yang berada di desa lain. Saya juga kemaren sempat tanya-tanya juga sama pasien disebelah saya yang dari desa lain katanya juga gaktahu tentang SPM ini tahunya dari keluarga yang dari desa lain sama kayak saya bak. (Sumber : informan dari pihak rumah sakit 2017)”

Hasil wawancara ini menunjukkan bahwa ada sebagian masyarakat yang masih belum mengetahui penjaminan pelayanan kesehatan untuk masyarakat miskin yang diselenggarakan oleh Pemerintah Daerah Kabupaten Jember. Sosialisai yang diberikan dalam rapat koordinasi atau dalam musrenbang sepertinya tidak tersalurkan kepada warga dengan baik. Saya berpendapat bahwa ada pihak-pihak yang sengaja tidak ingin memberikan informasi kepada masyarakat miskin yang membutuhkan jaminan pelayanan kesehatan. Bisa jadi juga memang mungkin pada saat ada sosialisai yang dilakukan oleh aparatur desa dan kecamatan, kemungkinan masyarakat tidak bisa hadir dan terkadang juga mengentengkan jika ada sosialisasi-sosialisai seperti ini. Sehingga mereka tidak mengetahui jaminan pelayanan kesehatan dengan SPM ini.

Disisi lain sosialisasi juga ditempuh terkadang langsung oleh teman-teman Rumah Sakit atau staf administrasi di Rumah Sakit. Sosialisai ini terjadi saat masyarakat miskin mengakses pelayanan kesehatan di Rumah sakit, masyarakat yang tidak memiliki penjaminan pelayanan kesehatan akan ditawarkan beberapa pilihan pelayanan agar administrasi pembiayaannya tidak banyak. Para staf di Rumah Sakit memberikan alternatif jika memang masyarakat miskin ini belum memiliki penjaminan pelayanan kesehatan, maka menggunakan Surat Pernyataan Miskin. Seperti halnya dengan wawancara yang saya lakukan dengan informan di Rumah Sakit Kalisat.

“Iya bak, saya taunya itu dari pihak Rumah Sakit Daerah Kalisat bak, ditanaya-tanya apa sudah punya jaminan kesehatan saya bilang tidak jadi ya dikasih tahu untuk ngurusi SPM ini di Dinas Kesehatan (sumber : Informan ke 3 di rumah sakit 2017)”

Untuk sosialisasi yang dilakukan secara langsung oleh pihak dari rumah sakit berjalan dengan lancar, banyak juga masyarakat miskin/ pasien yang diberikan arahan untuk mendapatkan jaminan pelayanan kesehatan dari program surat pernyataan miskin (SPM) jika memang mereka tidak memiliki jaminan kesehatan lainnya. Jadi kebanyakan masyarakat miskin tidak tahu adanya sosialisai dari aparatur- aparatur kecamatan atau aparatur desa. Kemungkinan besar ada para oknum-oknum yang memang disengaja tidak meberikan informasi yang mereka dapatkan dari sosialisai jaminan kesehatan untuk masyarakat miskin ini.

Tetapi meskipun sosialisai dalam musrenbang tidak berjalan lancar disisi lain sosialisai yang dilakukan langsung oleh staf-staf rumah sakit berjalan dengan lancar. Pihak rumah sakit memberikan pilihan untuk masyarakat miskin jika mereka tidak memiliki jaminas kesehatan nasional, jaminan kesehatan daerah maupun yang lainnya. Meskipun dengan demikian wawancara yang saya lakukan dengan masyarakat miskin pengguna jaminan SPM cukup paham dengan sosialisai ini. Mereka cukup mengerti kegunaan surat pernyataan miskin yang dapat membantu meskipun tidak banyak tapi masih bisa membantu masyarakat untuk berobat di rumah sakit. pengelolaan SPM yang diterbitkan langsung oleh Dinas Kesehatan yang dibiayai oleh Pemerintah Kabupaten Jember.

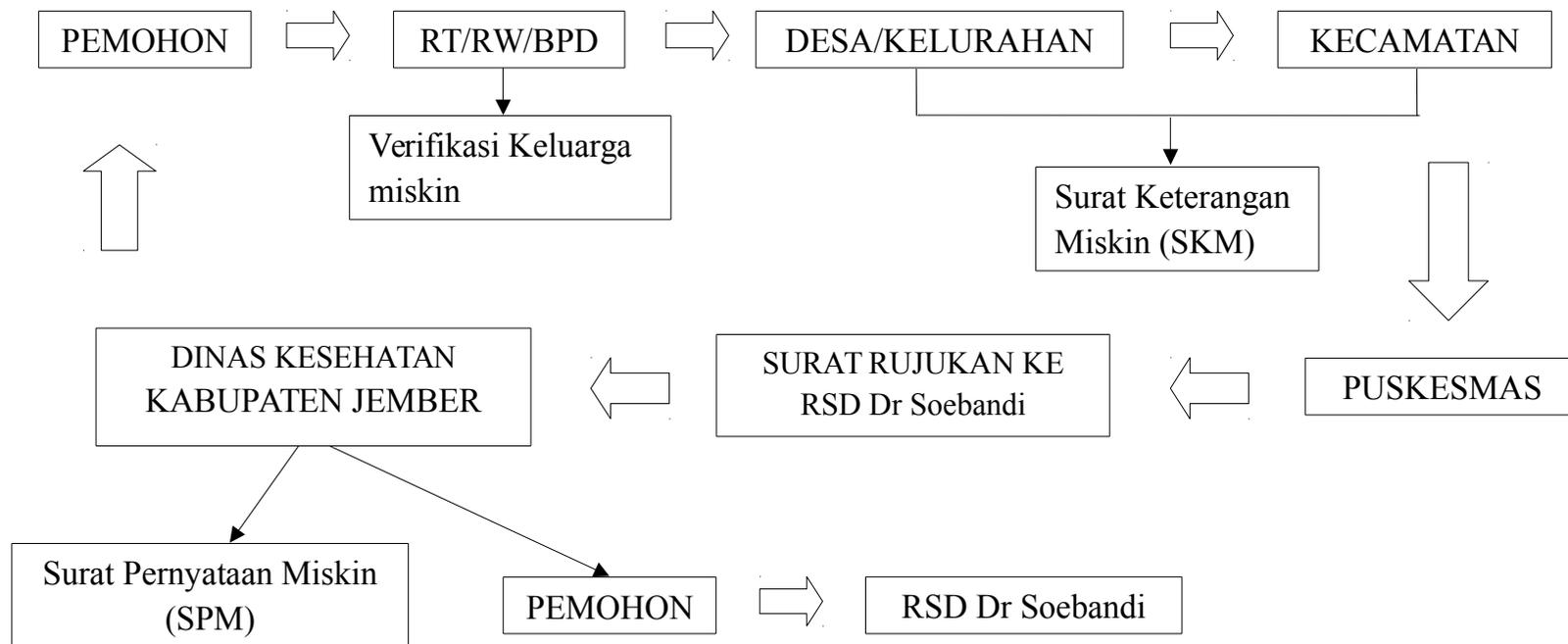
Sosialisasi juga sering dilaksanakan atau disampaikan karena Dinas Kesehatan Jember sendiri sebagai Dinas Teknis Pelayanan tingkat Kabupaten. Maka tatkala ada rapat-rapat dokter maupun pengelolaan program di Dinas Kesehatan hal ini juga disampaikan bahwa pelayanan kesehatan untuk masyarakat miskin masih berlangsung. Harapan dari sosialisasi ini apabila dokter-dokter kepala puskesmas itu kembali kewilayah dan mengumpulkan teman-teman lintas program, lintas sektor di tingkat puskesmas maupun Rumah Sakit, mereka menyampaikan program ini bahwasannya pelayanan kesehatan untuk masyarakat miskin masih bisa diakses

Surat Pernyataan Miskin (SPM) yang di terbitkan langsung oleh Dinas Kesehatan kabupaten Jember untuk masyarakat miskin yang belum memiliki penjaminan pelayanan kesehatan atau tidak terdeteksi dengan jaminan kesehatandaerah yang sudah ada, masyarakat miskin yang terabaikan akan penjaminan pelayanan kesehatan daerah. Untuk itu diterbitkanlah SPM, apabila ingin mendapatkan SPM maka syarat-syaratnya adalah sebagai berikut :

- a. Masyarakat miskin pengurus surat pernyataan miskin (SPM) harus memiliki surat keterangan miskin (SKM), untuk menerbitkan SKM ada pula prosedur yang harus di jankan yakni SKM ini minimal ditanda tangani oleh desa dan camat setempat.
- b. Ada rujukan dari puskesmas, bahwa yang mau mengurus Surat Pernyataan Miskin (SPM) ini memang benar-benar sakit dan masyarakat miskin yang belum memiliki penjaminan pelayanan kesehatan, puskesmas tidak bisa menangani sehingga dirujuklah ke Rumah Sakit dan ada dokter penanggung jawab.
- c. Masyarakat miskin yang ingin mengajukan SPM diwajibkan atau harus memiliki dokumen kependudukan asli Jember, misalkan bentuknya seperti Kartu Keluarga (KK), Kartu Tanda Penduduk (KTP), atau surat keterangan domisili.

Untuk pengurusan SPM di Dinas Kesehatan Kabupaten Jember prosedurnya yakni sebagai berikut

**Bagan 3. PROSEDUR PELAYANAN STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR  
(SOP) SURAT PERNYATAAN MISKIN**



Sumber: Dinas Kesehatan kab Jember

Seperti yang dipaparkan diatas persyaratan yang dikeluarkan oleh Dinas Kesehatan Jember untuk masyarakat miskin mendapatkan surat pernyataan miskin (SPM). Masyarakat cukup mengerti dan jelas dengan persyaratan yang dikeluarkan dari pihak Dinas Kesehatan Jember. Pernyataan dari informan mengenai prosedur ataupun proses untuk mendapatkan SPM tidaklah sulit, bisa dikatakan mudah. Apalagi dengan pelayanan yang baik yang diberikan oleh staf-staf di Dinas Kesehatan. Masyarakat yang mengurus SPM sangat puas dengan pelayanan yang diberikan. Masyarakat miskin yang ingin memproses SPM cukup membawa persyaratan yang telah di paparkan dengan lengkap maka proses untuk mendapatkan SPM sangat cepat juga.

“kita ada prosedur yang sudah ada dan pihak rumah sakit memberikan tenggang waktu 2 x 24 jam maka dinas kesehatan mengoptimalkan agar SPM terbit secepatnya, biasanya di Rumah Sakit Daerah Kabupaten Jember dalam penanganan pertama untuk pasien itu biaya pengobatannya ditanggung keseluruhan oleh si pasien (sumber : bapak Kaspar Dinkes Jember 2017)”

Dinas Kesehatan kabupaten Jember mengoptimalkan penerbitan SPM agar secepat-cepatnya dapat digunakan oleh masyarakat miskin. Pihak dari Dinas Kesehatan telah menerapkan prosedur yang memang sudah ada hanya saja kadang kala sebagian masyarakat yang menginginkan prosedurnya cepat. Sebagian dari masyarakat yang telah ditangani oleh Dinas Kesehatan Jember dalam mengurus permohonan SPM adalah kalau mereka sudah sakit dan terburu ingin mendapatkan jaminan pelayanan kesehatan masyarakat miskin, maka banyak masyarakat yang berkomentar jika prosedurnya bebrbelit-belit dan cenderung memang dipersulit. Padahal aturannya itu sudah jelas bahwa pengajuan SPM Itu paling lambat kira-kira satu hari itu pun Dinas Kesehatan kabupaten Jember mengusahakan agar secepatnya terbit untuk pemohonan SPMnya. Bagi pasien yang berobat ke Rumah Sakit Daerah Kabupaten Jember dengan menggunakan SPM (surat pernyataan miskin) biasanya untuk hari pertama berobat, biaya pengobatannya ditanggung sendiri dari pihak pasien setelah prosedur untuk SPM selesai, maka biaya pengobatan terhitung dari penyerahan SPM ke pihak Rumh Sakit.

Sosialisasi tidak hanya dilakukan secara terbuka untuk persyaratan SPM sendiri, melainkan pihak Dinas kesehatan Jember juga menempel persyaratan dibagian pengurusan loket SPM di Dinas Kesehatan kabupaten Jember. Apabila masyarakat miskin yang belum mengetahui persyaratan untuk SPM, maka bisa langsung datang ke Dinas Kesehatan Kabupaten Jember, itupun kalau masyarakat yang ingin menggunakan SPM tidak mendapatkan sosialisasi dari yang sudah dijelaskan tadi. Meskipun dalam persyaratan yang ditempel di bagian loket SPM di Dinas Kesehatan Kabupaten Jember tidak cukup berpengaruh dalam sosialisasi untuk jaminan kesehatan masyarakat miskin yang belum tercover oleh jaminan kesehatan nasional, dikarenakan karna masih banyaknya masyarakat apabila kita belum membutuhkan, maka kita tidak akan mengerjakan apa yang kita butuhkan.

Pengguna pelayanan kesehatan dengan SPM (surat pernyataan miskin) yang datang langsung ke Dinas Kesehatan Jember dari tahun 2015 ke tahun 2016 semakin meningkat, dikarenakan banyaknya masyarakat miskin di kabupaten Jember yang belum memiliki jaminan pelayanan kesehatan nasional yang sudah ada. Banyak masyarakat miskin yang menggunakan pelayanan SPM (surat pernyataan miskin) alasannya karna jaminan pelayanan ini dalam mengkalimnya di Rumah Sakit Daerah tentunya juga mendapatkan rujukan dari puskesmas masih tergolong sangat mudah dan sifat dari manusia kebanyakan biasanya acuh terhadap jaminan pelayanan kesehatan. alasanya karna jaminan pelayanan kesehatan provinsi Jawa Timur dengan kartu Jamkesda sudah tidak terbit lagi yakni akhir tahun 2010 jadi masyarakat miskin yang tidak memiliki jaminan pelayanan kesehatan ditambah tidak terdaftar masyarakat miskin dalam penerima bantuan iuran (PBI) jaminan kesehatan dan akhirnya berimbas kepada melunjaknya pemohonm SPM ditahun 2016 dan yang jadi utamanya dari sifat manusia adalah kalau belum sakit parah mereka akan mengentengkan kesehatan mereka sendiri.

Hasil rincian pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Daerah dengan SPM di kabupaten Jember sejak 2011 adalah sebagai berikut:

Tabel 2. Jumlah Pelayanan Program Jaminan Kesehatan Daerah dengan SPM di Kabupaten Jember Tahun 2011 dan 2012 (sampai dengan bulan Maret Tahun 2012)

PPK	Jumlah Pelayanan dengan SPM			
	Tahun 2011		Triwulan I Tahun 2012	(% ) Kenaikan Th 2011 VS 2012
	Satu Tahun	Rata-Rata per Triwulan		
RSD Dr. Soebandi	1.433	358	912	255
RSD Kalisat	73	18	70	384
RSD Balung	130	33	147	452
Puskesmas	83	21	82	395

sumber: Dinas Kesehatan Kabupaten Jember, 2017 (dikutip dari kaspar, 2012 analisis kebijakan Surat Pernyataan Miskin Pada Program jaminan kesehatan daerah di Kabupaten Jember)

Tabel diatas menunjukkan bahwasanya masyarakat miskin dikabupaten Jember yang mengakses pelayanan kesehatan dari tahun 2011 ke 2012 mengalami peningkatan yang cukup tinggi. Peningkatan pengguna SPM ini membuktikan jika masyarakat miskin yang belum tercover oleh jaminan kesehatan masih banyak sekali. Apalagi peningkatannya sangat melonjak dari tahun 2011 ke 2012. Pendataan yang seharusnya dilakukan setiap tahun oleh Pemerintah Daerah Kabupaten Jember terhadap masyarakat miskin untuk penerima bantuan pelayanan kesehatan, agar tidak terjadi kesalahan terhadap penerima jaminan pelayanan kesehatan untuk masyarakat miskin. Pengontrolan terhadap masyarakat yang status sosialnya sudah menjadi lebih baik atau malah sebaliknya itu sangat perlu dilakukan oleh pemerintah daerah Kabupaten Jember.

Pada tahun 2016, hasil pelaksanaan program Jaminan Kesehatan daerah dengan pemohon SPM yang mengakses pelayanan kesehatan sebagai berikut:

Tabel 3. Jumlah pengguna Program Jaminanan Kesehatan Daerah Untuk SPM di kabupaten Jember

Bulan	Jumlah Pemohon SPM / orang
Januari	416
Februari	451
Maret	416
April	454
Mei	478
Juni	397
Juli	304
Agustus	458
September	386
Oktober	415
November	456
Desember	318
total	4849

Sumber : Dinas Kesehatan kabupaten Jember 2016

Data yang telah disajikan diatas pemohon SPM (surat pernyataan miskin) tahun 2016 mencapai 4849 orang dibandingkan tahun 2015 sekitar  $\pm 3600$ . Selama sebulan saja pemohon SPM (surat pernyataan miskin)  $\pm 400$  orang jadi kira-kira dalam sehari pemohon ini mencapai  $\pm 20$  orang. Untuk pemohon SPM (surat pernyataan miskin) tertinggi pada bulan Agustus dengan jumlah pemohon sebanyak 458 orang, sedangkan yang terendah terjadi pada bulan Juli. Dalam triwulan saja program jamkesda dengan bukti SPM adalah sebesar 400 lebih pemohon, dipastikan penggunaan SPM masih sangat diperlukan ditahun 2017. Bagi Masyarakat miskin yang dirujuk ke Rumah Sakit provinsi karna alasan perlengkapapan medis yang dimiliki di Rumah Sakit Daerah Rujukan tidak dapat menangani dan di rujuk ke Rumah Sakit Provinsi yaitu Rumah Sakit Dr.Soetomo di tahun 2016 mencapai 12 orang pasien.

Masyarakat miskin yang tidak memiliki jamianan pelayanan kesehatan sendiri tentunya sudah banyak tersebar di kabupaten Jember

karna pendataan yang tidak dilakukan secara berlaka. SPM (surat pernyataan miskin) digunakan untuk pelayanan kesehatan masyarakat yang miskin yang tidak memiliki atau mengikuti jaminan pelayanan kesehatan yang sudah ada atau masyarakat miskin yang masih tercecce. Ada beberapa masalah yang timbul saat pengajuan SPM.

“ banyak masyarakat di Jember ini apabila mereka sakit, maka berpura-pura menjadi miskin dan butuh pertolongan dan masalah yang timbul juga bisanya dalam pernikahan antara putra daerah dengan putra dari daerah lain yang belum jelas status kependudukannya. (sumber: bapak Kaspar dinkes Jember, 2017)”

Pernyataan tersebut menjelaskan masyarakat yang terbilang masi mampu di kabupaten Jember yang berprinsip jika mereka sakit maka mereka merasa menjadi masyarakat miskin, dan melakukan permohonan untuk berobat melalui pendanaan SPM. Biaya pengobatan yang mahal dan semacamnya membuat masyarakat berprinsip seperti itu. Munculnya masalah seperti itu, pihak Dinas Kesehatan Kabupaten Jember berusaha dengan tegas untuk menolak dan memberi pemahaman kembali tentang program jaminan kesehatan daerah yang dibuktikan dengan kartu SPM ini untuk masyarakat miskin yang tidak memiliki jaminan pelayanan kesehatan sama sekali dan kriteria yang tidak memenuhi syarat-syarat untuk SPM.

Ada juga masyarakat miskin pengaju SPM (surat pernyataan miskin) yang bukan asli orang kabupaten Jember, hanya saja menikah di Jember. Masyarakat miskin yang seperti itu misalkan ada masyarakat jember menikah dengan orang Bali dan menetap di Jember tapi tidak memiliki kartu kependudukan asli Jember. Mereka memohon pengajuan SPM untuk pasangan yang orang Bali, maka Dinas Kesehatan dengan tegas juga menolak pemohon yang seperti kejadian itu. Pemohon tersebut harus mengurus kartu kependudukan di Jember dan menjadi warga kabupaten Jember, baru dia mendapatkan jaminan pelayanan kesehatan SPM.

Program jaminan kesehatan daerah untuk masyarakat miskin pengguna SPM ternyata memiliki kekurangan dan kelebihan. Kekurangannya adalah masyarakat miskin pengguna SPM harus mengiur dana sebesar 40% karna Pemerintah Daerah Kabupaten Jember hanya

memberikan bantuan dana sebesar 60% dari sistem sharing, meskipun ada juga yang bisa mendapatkan 100% gratis pembebasan pembiayaan tetapi tidak langsung mendapatkan 100% gratis pembebasan pembiayaan melainkan masih adanya prosedur yang benar-benar menyatakan bahwa masyarakat tersebut benar-benar miskin dan membutuhkan bantuan untuk pelayanan kesehatan sedangkan kelebihannya dari SPM adalah masyarakat bisa memilih fasilitas layanan kesehatan seperti di Rumah Sakit Daerah Kalisat, Balung dan Dr. Soebandi karena Rumah Sakit ketiganya adalah Rumah Sakit Daerah Kabupaten Jember.

#### 4.2.5 Tenaga Kerja dan Fasilitas Fisik penerima Program Jamkesda

Sumber Daya yang dimaksud ialah meliputi ketersediaan staf (tenaga kerja) dan fasilitas fisik (fasilitas kesehatan) yang dapat mendukung proses implementasi kebijakan. Sumber daya manusia (staf) yang digunakan Dinas Kesehatan Kabupaten Jember adalah bidang Pengembangan Sumber Daya Kesehatan.

Staf yang terlibat dalam mengelola SPM (surat pernyataan miskin) sendiri ada sebelas (11) orang di pembiayaan kesehatan, namun di keuangan terdapat satu (1) Staf dan tiga (3) verifikasi. Bidang Pengembangan Sumber Daya Kesehatan dibantu oleh tiga seksi yang diantaranya Seksi Perencanaan Pendayagunaan dan Pengembangan Sumberdaya Manusia (SDM), Seksi Kefarmasian dan Perbekalan Kesehatan, Seksi Pembiayaan Kesehatan. Seksi-seksi tersebut memiliki tugas yang berbeda-beda. Pengajuan untuk SPM (surat pernyataan miskin) bisa dilakukan di loket yang terdapat dua (2) orang petugas dan dibantu oleh satu (1) orang anak magang dari sekolah. Di Rumah Sakit Daerah Kalisat sendiri petugas pelayanan untuk masyarakat miskin penggunaan Surat Pernyataan Miskin semuanya sama tidak dibedakan hanya saja fasilitas pelayanan yang diberikan kelas III.

“Cukup baik kok bak, disini dokternya ramah gak beda-bedakan pasien kok, perawatnya juga ramah-ramah bak. Hanya saja biasanya kan perawatnya gak itu-itu aja bak, paginya si A malemnya itu bisa si B bak, jadi ya kadang-kadang sedikit agak judes, tapi dari

keseluruhan ramah-ramah kok bak. (sumber: informan dari pasien di rumah sakit 2017)”

Masyarakat yang menggunakan jaminan pelayanan kesehatan SPM merasa puas dengan pelayanan yang diberikan oleh pihak rumah sakit. meskipun mereka mendapatkan pelayanan kesehatan kelas atau tingkat III tetapi para petugas dirumah sakit sangat puas. Para petugas tidak membedakan pasien SPM dengan yang lainnya ya hanya saja pelayanan yang diberikan atau peraturan yang sudah ditetapkan untuk jaminan surat pernyataan miskin memang untuk dikelas III memang yang hanya bisa didapatkan.

Untuk Fasilitas pelayanan di Rumah Sakit Kalisat mayoritas atau paling banyak untuk rawat inap atau tempat tidur sebanyak 51 (lima puluh satu) kamar dikelas atau tingkat III. Persentasenya sendiri sekitar 59% (lima puluh Sembilan persen). Kebanyakan di Rumah Sakit Kalisat masyarakat miskin pengguna SPM (surat pernyataan miskin) yaitu di Poli bersalin dan poli Interna. Untuk kelengkapan medis di Rumah Sakit Daerah Kalisat di poli bersalin dan poli interna sudah cukup baik. Masyarakat yang datang berobat di rumah sakit beragumen jika peralatan medis di poli bersalin sudah cukup lengkap. Akan tetapi tidak menutup kemungkinan jika masih ada peralatan medis yang belum lengkap.

Sedangkan untuk Fasilitas Fisik Kesehatan, sesuai dengan data yang diperoleh dari profil Dinas Kesehatan Kabupaten Jember memiliki puskesmas sejumlah 49 unit dan terbagi menjadi 38 Puskesmas rawat inap dan 11 puskesmas rawat jalan. Puskesmas rawat jalan di Kabupaten Jember sudah dilengkapi dengan Instansi Gawat Darurat. Hal ini memungkinkan Puskesmas rawat jalan bisa memberikan penanganan pertama pada kasus-kasus yang membutuhkan segera. Disamping itu ada beberapa Puskesmas yang sudah mendapatkan ISO karena pelayanan yang sudah mampu memenuhi standar baku tertentu. Setidaknya sudah ada enam (6) Puskesmas yang sudah mengantongi sertifikat ISO yaitu Puskesmas Tanggul, Summersari, Kencong, Sumberjambe, Ambulu dan Puger. Aspek yang dinilai untuk mendapatkan ISO diantaranya pelayanan rawat jalan,

administrasi, pelayanan obat, IGD, Sumber Daya Manusia atau kesigapan petugas.

Untuk Rumah Sakit sebanyak 12 unit dengan perincian RSUD Kabupaten sebanyak 3 unit, RS TNI/Polri sebanyak 1 unit, RS BUMN sebanyak 2 unit, RS Swasta sebanyak 4 unit, dan RS kementerian lainnya sebanyak 1 unit. Rumah sakit untuk pelayanan kesehatan masyarakat miskin dengan menggunakan surat pernyataan miskin (SPM) karena anggaran dana pelayanan kesehatan dari pemerintah kabupaten Jember maka klaim Rumah Sakit sesuai dengan Peraturan Bupati Jember yakni Rumah Sakit Daerah. Terdapat tiga (3) Rumah Sakit Daerah di kabupaten Jember diantaranya adalah Rumah Sakit Daerah Kalisat, Rumah Sakit Daerah Balung, Rumah Sakit Dr. Soebandi.

Rumah Sakit Dr. Soebandi sebagai Rumah Sakit Regional Rujukan Jawa Timur untuk melayani rujukan pasien dari Probolinggo, Lumajang, Jember, Bondowoso, Situbondo dan Banyuwangi. Apabila pasien memiliki penyakit yang tidak bisa ditangani oleh Rumah Sakit Dr. Soebandi sebagai Rumah Sakit Regional Rujukan, maka pasien bisa dirujuk ke Rumah Sakit Provinsi diantaranya Rumah Sakit Provinsi Dr. Soetomo, Rumah Sakit Jiwawang, Rumah Sakit Jiwa Menur, dan Rumah sakit Maru. Fasilitas pelayanan kesehatan untuk masyarakat miskin yang ditandai dengan surat pernyataan miskin (SPM) semuanya sama dengan penjaminan pelayanan kesehatan BPJS hanya saja masyarakat miskin yang menggunakan surat pernyataan miskin (SPM) fasilitas pelayanan kesehatan kelas III.

#### 4.2.6 Tarif Pelayanan Penerima Jamkesda dengan kartu jamkesda dan SPM

Penarifan pelayanan Rawat Jalan untuk penerima jamkesda pengguna Kartu Jamkesda di rumah sakit menggunakan tarif INA CBG,s (Indonesian case base groups) yakni penarifan sebuah kasus berdasarkan grup-grup diagnosis. Contoh gambangnya misalkan, seorang pasien menderita tifus, dengan demikian sistem INA CBG,s sudah “ menghitung” layanan apa saja yang akan diterima pasien tersebut, berikut pengobatannya, sampai dinyatakan sembuh. Standar pembiayaan untuk sebuah diagnosis

semuanya sudah tercantum di tarif INA CBG,s. Pelayanan Rawat Jalan di Puskesmas sesuai dengan Peraturan Daerah Penarifan. Rawat Jalan untuk penerima jamkesda dengan bukti SPM di rumah sakit menggunakan tarif Perda (peraturan daerah) sesuai dengan ketentuan peraturan. Tarif PerDa disahkan oleh Dewan Perwakilan Rakyat Daerah melalui Bupati bisa kabupaten dan provinsi, dihitung berdasarkan jenis dan jumlah layanannya. Jadi setiap kunjungan layanan kesehatan dihitung sendiri, seperti kunjungan dokter berapa kali selama sakit, rawat inapnya selama dikelas III berapa hari, obat yang dikonsumsi selama di rumah sakit dan lain-lain.

Tabel 4. Perbandingan Tarif Pelayanan antara INA CBG,s dan PerDa di Kabupaten Jember

	INA CBG,s	PerDa
Penentuan Standard tarif	Standard tarif dari pemerintah pusat	Standard tarif dari pemerintah daerah
Tarif pembiayaan	Tarif dihitung berdasarkan akumulasi atau penggabungan kode diagnosa dan kode prosedur atau tindakan kedalam sebuah kode CBG,s antara lain: - Besaran tarif - Lama rawat inap	Tarif dihitung berdasarkan perincian jenis pelayanan, komponennya antara lain: - Kamar - Penunjang - Tindakan Medis - Farmasi (obat-obatan) - Lain-lain ( biaya prasarana, pelayanan gizi, oksigen, dll)

#### 4.2.7 Sumber Dana dan Anggaran

Segala biaya yang dikeluarkan sebagai akibat ditetapkan peraturan ini adalah dibebankan pada Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah Provinsi dan Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah Kabupaten.

“Untuk pencairan dananya sendiri kira-kira pertiga bulan atau triwulan untuk mengkover selama 1 tahun dan setiap 6 bulan itu masih ada yang namanya verifikasi ulang karna bisa jadi masyarakat miskin itu sudah tidak termasuk dalam kategori masyarakat yang mendapatkan jaminan kesehatan daerah. Untuk per-6 bulan sendiri itu dalam PAPBD dicantumkan lagi untuk pencairan dana anggaran. (sumber: ibu Lilik Niamah anggota DPRD komisi D 2017)”

Pencairan dana untuk pengguna pelayanan kesehatan masyarakat miskin di Kabupaten Jember yakni setiap 6 bulan sekali kepada Dinas Kesehatan

Akan tetapi anggaran program Jaminan Kesehatan Daerah bersumber dari Anggaran Pendapatan Belanja Daerah Kabupaten. Sistem yang digunakan dalam pembiayaan program jaminan kesehatan daerah dengan bukti kartu Jamkesda dan SPM adalah sharing dana. Sharing dana untuk program Jamkesda dengan bukti kartu Jamkesda, dimana dana yang ditanggung oleh Kabupaten sebesar 50% dan 50% nya ditanggung oleh Provinsi Jawa Timur. Sudah dijelaskan diatas untuk program jaminan kesehatan daerah dengan bukti kartu Jamkesda untuk tahun 2016 sudah dihapuskan dan diganti dengan Peraturan Gubernur dan ditetapkannya jaminan kesehatan nasional dimana masyarakat miskin dibantu oleh pemerintah pusat dengan penerima bantuan iuran (PBI).

Sistem sharing dana untuk program Jamkesda dengan bukti SPM yakni di biayai oleh pemerintah kabupaten Jember dan pasien. Pembiayaannya 60% (enam puluh persen) biaya dibebankan pada Pemerintah kabupaten dan 40% (empat puluh persen) biaya dibebankan pada penerima jamkesdan bukti SPM dengan tiap kunjungan rawat inap pasien atau pasien dengan operasi. Untuk masa pengusulan 40% (empat puluh persen) dan 60% (enam puluh persen) lebih cepat tergantung persyaratan SPM (surat pernyataan miskin) sudah terpenuhi dan dibawa ke Dinas Kesehatan mungkin 1 hari sudah diproses.

Klaim biaya pelayanan untuk masyarakat pengguna SPM dirumah Sakit Daerah yaitu diajukan di Dinas Kesehatan. Sebagaimana wawancara yang saya lakukan

“ setiap Rumah Sakit Daerah di kabupaten Jember yakni RSD Kalisat, RSD Balung dan RSD Dr.Soebandi klaim biaya pengobatannya ke Dinas Kesehatan yakni dalam akhir periode pengobatan di Rumah Sakit akan muncul nominal biaya pengobatan dan pada awal bulan periode berikutnya pihak Rumah Sakit mengklaim ke Dinas Kesehatan, tetapi kami tidak langsung memberikan jumlah klaim dari pihak rumah sakit masih adanya prosedur kembali yakni dengan verifikasi berkas terhadap klaim dana yang diminta. Apabila sudah terjadi kesepakatan saat verifikasi berkas maka akan muncul tagiha

nominal yang disetujui pihak Rumah sakit dan Dinas Kesehatan.  
(sumber : bapak Kaspar dinkes, 2017)

Seperti yang telah dijelaskan diatas bahwasannya untuk mengkalaim biaya pengobatan masyarakat miskin pengguna SPM di Rumah Sakit ada beberapa prosedur yang dilakukan oleh pihak Rumah sakit. masyarakat miskin yang berobat di Rumah Sakit setelah sembuh maka diakhir pengobatannya pihak Rumah Sakit akan memunculkan nominal biaya pengobatan yang telah dipergunakan selama sipasien berobat. Biaya pengobatan yang menggunakan sistem sharing 60% gratis , atau lebih tepatnya ditanggung oleh pemerintah daerah kabupaten Jember maka dalam akhir periode berikutnya pihak Rumah Sakit mengkalaim biaya pengobatan sesuai dengan sistem sharing ke Dinas Kesehatan. Selanjutnya Dinas Kesehatan melakukan verifaksi berkas terhadap klaim yang diajukan oleh Pihak Rumah Sakit. Verifikasi berkas tersebut berisi tentang pemeriksaan penunjang, obat, akomodasi rawat inap dan lain-lain dengan bukti yang otentik, apabila tidak dengan bukti yang otentik maka dana klaim tidak akan cair. Selanjutnya apabila semua berkas yang dirasa telah terbukti kebenarannya maka akan muncul nominal tagihan biaya yang telah di verifikasi dan akan disepakati antara pihak Dinas Kesehatan dan Rumah Sakit.

Bagi masyarakat yang benar-benar miskin dan tidak mempunyai penjaminan kesehatan tentunya bisa mengakses pelayanan kesehatan pendanaan 100% (seratus persen) gratis. Tetapi masih adanya persyaratan yang harus diajukan dan dipenuhi. Tentunya dengan kriteria masyarakat miskin yang telah ditetapkan oleh Badan Pusat Statistik (BPS). Masyarakat miskin yang mendapatkan pembebasan pembiayaan 100% gratis menurut Badan Pusat Statistik Kabupaten Jember adalah masyarakat miskin yang diantara:

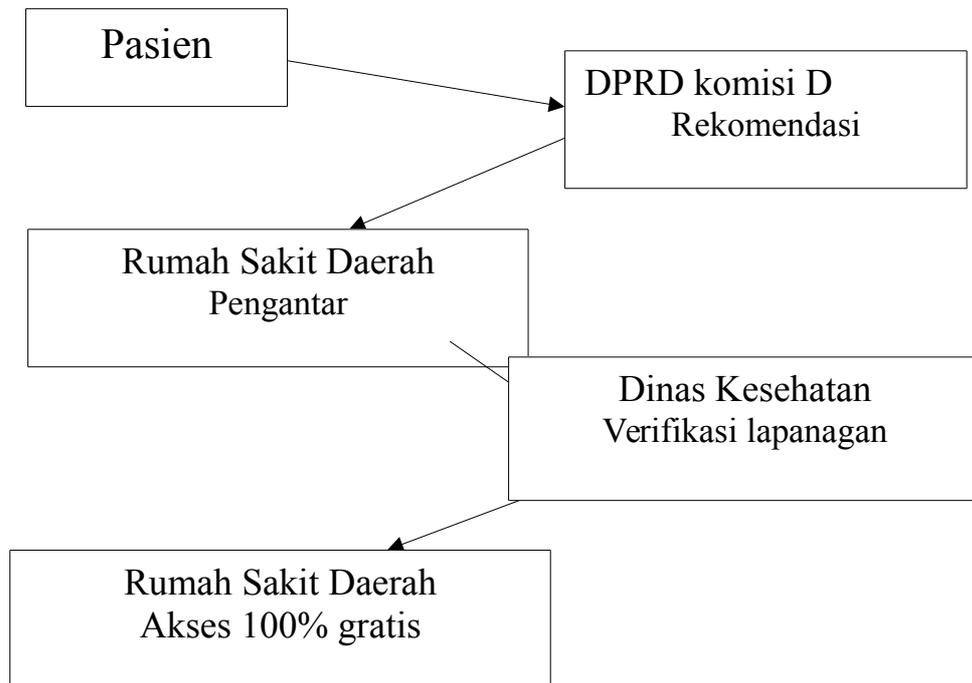
1. Luas lantai anggungan tempat tinggal kurang dari 8 meter perkapita,
2. Jenis lantai bangunan tempat tinggal terbuat dari tanah, bambu dan kayu murahan,

3. Jenis dinding tempat tinggal terbuat dari bamboo, rumbia kayu yang berkualitas rendah dan tembok tanpa plester,
4. Tidak memiliki fasilitas buang air besar atau bersama-sama dengan rumah tangga lain,
5. Sumber penerangan rumah tangga tidak menggunakan listrik,
6. Sumber air minum berasal dari sumur/ mata air tidak terlindungi, sungai dan air hujan,
7. Bahan bakar untuk memasak sehari-hari adalah kayu bakar, arang dan minyak tanah,
8. Hanya mengonsumsi daging susu, ayam satu kali seminggu,
9. Hanya membeli satu stel pakaian,
10. Hanya sanggup makan sebanyak 1 / 2 kali sehari,
11. Tidak sanggup membayar biaya pengobatan di puskesmas

Tidak hanya kriteria masyarakat miskin saja yang dilihat melainkan, adanya persyaratan yang lain seperti, adanya rekomendasi pembebasan pembiayaan 100% (seratus persen) biaya yang ditandatangani oleh sekretaris daerah dan adanya mekanisme pengusulan dari DPRD komisi D,

“Untuk mekanisme pengusulan pembebasan pembiayaan 100% itu, masyarakat pengguna SPM meminta rekomendasi dari DPRD komisi D yang hanya berupa kebijakan atau jaminan, jadi DPRD komisi D tidak serta merta mencairkan dana untuk pembebasan pembiayaan 100% gratis bagi masyarakat yang mengajukan. Setelah DPRD komisi D memberikan kebijakan maka ada lagi pengecekan atau verifikasi ulang yang dilakukan oleh dinas kesehatan dan puskesmas terdekat sesuai dengan tempat tinggal masyarakat miskin yang mengajukan yang dikuatkan dengan Surat Keterangan Miskin (SKTM) dari desa. Dasa menjelaskan bahwasannya masyarakat miskin ini benar-benar miskin dan melakukan verifikasi dengan syarat rumahnya itu rumah yang pra sejahtera. Penganjuan itu diajukan ke Rumah sakit untuk memberikan surat pengantar bahwa yang bersangkutan benar-benar sakit atau orang miskin yang menginginkan akses dana hingga 100% (seratus persen) diajukanlah ke Dinas Kesehatan. Dinas Kesehatan memverifikasi ulang kelapangan, dengan patokan status kemiskinan yang melibatkan aparaturnya kecamatan dan desa; difoto lokasi rumahnya dan setelah data-data yang terkumpul diperoleh maka akan diserahkan ke Rumah sakit. (sumber : bapak Kaspar Dinkes Jember, 2017)”

Bagan 4. Mekanisme Pengusulan 100% gratis untuk Masyarakat Miskin dengan SPM dikabupaten Jember



Hasil dari wawancara menyebutkan bahwasannya DPRD komisi D dalam pembebasan 100% gratis untuk pelayanan kesehatan hanya memiliki andil dalam memberikan kebijakan atau jaminan kepada masyarakat miskin pengaju. DPRD komisi D memberikan jaminan dan menyerahkan kepada Dinas Kesehatan agar pengajuan untuk pembebasan pembiayaan diproses. Dinas Kesehatan dibantu dengan aparatur desa pengaju memverifikasi dengan meninjau langsung dengan menggunakan kriteria masyarakat miskin yang telah ditetapkan oleh Badan Pusat Statistik Jember. Apabila sudah termasuk dalam kriteria maka akan segera diproses. Masa pengusulan sendiri untuk 100% masyarakat miskin yang betul-betul tidak mampu berlangsung selama 1 (satu) minggu, tergantung kecepatan dari pihak Rumah Sakit menyerahkan pengantantar ke Dinas Kesehatan menurut mekanisme seperti diatas.

Setiap Rumah Sakit alokasi anggaran untuk pelayanan kesehatan masyarakat miskin pengguna SPM ( surat pernyataan miskin) berbeda-beda. Anggaran yang diberikan tergantung dari jumlah pelayanan yang diberikan kepada pengguna SPM. misalkan jenis penyakit yang dilayani di

Rumah Sakit untuk setiap jenis penyakit dan prosedur layanannya itu dihitung berdasarkan tarif PerDa (peraturan daerah) sesuai dengan ketentuan peraturan. tiga (3) Rumah Sakit Daerah, yakni Rumah Sakit Daerah Kalisat, Rumah Sakit Balung dan Rumah Sakit Dr.Soebandi. Perbandingannya kira-kira  $\frac{1}{2} : \frac{1}{2} : 1$ . Untuk biaya rujukan ke Rumah Sakit provinsi anggarannya kira-kira sama dengan yang diberikan ke Rumah Sakit Kalisat dan Rumah Sakit Daerah Balung.

“Anggaran dana untuk program jaminan kesehatan daerah itu kira-kira 15 milyar untuk kartu jamkesda dan untuk SPM itu anggarannya 13 milyar asumsinya itu dalam 1 bulannya kira-kira menyerap anggarannya lebih 1 milyar. (sumber: ibu Lilik Niamah, 2017)”

Tabel 5. Pencairan Dana Program Jamkesda yang dibuktikan dengan SPM

PPK	Satu Tahun	Rata-rata Per Triwulan	Verifikasi Ulang
RSD Dr Soebandi	13 Milyar dengan perbandingan $1 : \frac{1}{2} : \frac{1}{2}$	$\pm 3$ Milyar	6 bulan sekali
RSD Kalisat			
RSD Balung			
Puskesmas			

sumber: ibu Lilik Niamah, 2017)

Anggaran program Jamkesda dibuktikan dengan SPM (surat pernyataan msikin) ditahun 2016 kira-kira mencapai 13 miliar untuk tiga (3) Rumah Sakit ditambah Puskesmas. Anggaran dana untuk SPM sebesar itu untuk tiga (3) Rumah Sakit ditambah puskesmas harus di optimalkan selama setahun, jadi berapapun tagihan penggunaan biaya pelayanan kesehatan yang diajukan pihak Rumah Sakit untuk penggunaan SPM maka harus cukup dan tidak boleh kurang. Apabila terjadi kekurangan dalam tagihan biaya pelayanan kesehatan maka Dinas Kesehatan melakukan kontrol sejak pertengahan tahun. Pada saat dana itu kurang, maka ada yang namanya Penganggaran Anggaran Belanja Daerah (PABD) atau Perubahan Anggaran Kegiatan (PAK), sehingga Dinas Kesehatan dapat mengusulkan lagi anggaran untuk kekurang SPM. Perubahan penganggaran mendekati  $\frac{3}{4}$  tahun kira-kira sekitar bulan September-Oktober. jadi selama adanya PABD, Dinas Kesehatan mengusulkan untuk mengklaim anggaran atau

memprediksi tahun berikutnya agar tidak terjadi kekurangan ditahun yang mendatang.

#### 4.2.8 Kecenderungan sikap yang dimiliki oleh agen pelaksana kebijakan Program Jaminan kesehatan daerah

Aktor/tenaga pelaksana telah dipilih berdasarkan keahlian dan jam kerja pengabdian yang telah memenuhi beberapa tahap persyaratan, sedangkan untuk mengontrol sikap para pelaksana Dinas Kesehatan secara rutin mengadakan rapat evaluasi bersama kepala-kepala Rumah Sakit dan para pengguna SPM (surat pernyataan miskin). Penanggung jawab rapat evaluasi ini ada yang nama tim koordinasi kabupaten. Tim koordinasi memiliki tugas mengelola mutu pelayanan SPM (surat pernyataan miskin) sampai ditingkat Rumah Sakit. Pelaksana di Puskesmas juga diberikan sosialisasi, karna rujukan pasien yang ada di rumah sakit merupakan dari pihak puskesmas. sosialisainya melalui kepala puskesmas saat pertemuan koordinasi rutin bulanan, tribulanan kepala puskesmas selalu disampaikan tata laksana dan prosedur baku untuk pengurusan SPM walaupun terkadang ada non kepala puskesmas karna dibutuhkan untuk survey lapangan, diingatkan bagaimana tata cara prosedur pengurusan, batas waktunya, siapa saja yang terlibat.

Pengontrolan untuk di Rumah Sakit sendiri sudah disediakan tempat untuk para pasien yang ingin memberikan pendapat, saran serta kritik selama berobat di Rumah Sakit yaitu berupa kotak saran dan kritik. Para pasien di Rumah sakit bebas memberikan pendapatnya tentang bagaimana pelayanan yang mereka rasakan selama berobat di Rumah Sakit tersebut. Terutama juga bagi para pasien pengguna pelayanan SPM, mereka juga dapat memberikan saran maupun kritik.

“Saya tidak pernah bak nulis-nulis kayak gitu, ya kalau ada keluhan itu biasanya Cuma bicara dalam hati saja ya setelah itu hilang ya kadang mau ngadu tapi ya gak pernah jadi bak, tapi sejauh ini pelayanan yang diberikan cukup baik bak. (Sumber: pasien dari pihak rumah sakit 2017)”

Akan tetapi dari hasil wawancara yang saya peroleh, tidak ada satupun dari pasien maupun dari keluarga pasien yang memberikan pengaduan terhadap pelayanan yang mereka rasakan. Kotak pengaduan yang

disiapkan oleh pihak rumah sakit tidak bermanfaat dan terbengkalai. Para pasien maupun keluarga pasien cenderung pasif untuk hal semacam itu. Pengontrolan yang tegas dari pasien penggunaan SPM tidak ada sama sekali yang mereka inginkan hanya agar lekas sembuh dan cepat pulang dari rumah sakit akan tetapi meskipun tidak adanya pengontrolan yang tegas dari para pasien pengguna SPM, mereka merasa cukup puas dengan sikap para pelaksana pelayanan yang diberikan oleh pihak RumahSakit. Pelayananlah yang dibutuhkan pertama oleh masyarakat mekipun merka tidak pernah sekalipun.

Dana Surat Pernyataan Miskin (SPM) sendiri berasal dari Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah (APBD) Kabupaten maka tidak adanya insentif khusus untuk pelaksana kebijakan. Dana Surat Pernyataan Miskin (SPM) itu sendiri diserap untuk pelayanan kesehatan di Rumah Sakit Daerah. Kebanyakan aktor pelaksana seperti dokter sudah menjadi Pegawai Negeri dan mendapatkan gaji pokok dari PLUD-nya sendiri, walaupun di dalam pembiayaan yang ditanggung oleh Kabupaten Jember ada unsur JaPel yakni Jaminan Pelayanan. Para pelaksana pelayanan kesehatan untuk masyarakat miskin selain mendapatkan gaji yang sudah ditetapkan mereka juga mendapat tambahan jaminan pelayanan (JaPel) atas aktifitas mereka memberikan pelayanan kesehatan. Jadi untuk dana Surat Pernyataan Miskin (SPM) sendiri tidak dialokasikan untuk yang lain tapi fokus pada masyarakat miskin dikabupaten Jember.

## **BAB V**

### **KESIMPULAN DAN SARAN**

## 5.1 Kesimpulan

Penelitian yang telah dilakukan pada judul Implementasi Peraturan Bupati Jember No 8 Tahun 2015 untuk pelayanan kesehatan masyarakat miskin di kabupaten Jember, menghasilkan kesimpulan sebagai berikut :

1. Tujuan dari jaminan pelayanan kesehatan yang dimaksud dalam Peraturan Bupati Jember adalah meningkatkan cakupan masyarakat miskin Kabupaten Jember untuk mendapatkan pelayanan kesehatan di Puskesmas, Rumah Sakit Daerah Kabupaten maupun di Rumah sakit Rujukan Tersier/ Rumah Sakit Provinsi yang dijamin oleh pemerintah provinsi dan pemerintah Kabupaten terutama masyarakat miskin yang belum tercover oleh jaminan kesehatan daerah.
2. Program jaminan kesehatan daerah adalah program yang dimuat didalam Peraturan Bupati Jember untuk masyarakat miskin dengan dibuktikan dengan kartu Jamkesda dan SPM (surat pernyataan miskin). Kartu jamkesda adalah bentuk jaminan pelayanan kesehatan yang dijamin oleh pemerintah Provinsi Jawa Timur dan Pemerintah Kabupaten sedangkan SPM adalah bentuk jaminan pelayanan kesehatan yang dijamin oleh Pemerintah Kabupaten dimana masyarakat miskin yang masih belum tercover oleh jaminan kesehatan apapun yang ada di Kabupaten Jember.
3. Struktur birokrasi yang digunakan dalam program jaminan kesehatan daerah adalah struktur organisasi manajemen ditingkat kabupaten yang namanya Tim Koordinasi Kabupaten yang dibawah langsung kendali oleh Ibu Bupati Sselaku Kepala Daerah.
4. Program jaminan kesehatan daerah yang dibuktikan dengan Kartu Jamkesda untuk masyarakat miskin di kabupaten Jember pada tahun 2016 sudah tidak digunakan kembali dan pendataan terakhir itu sekitar tahun 2010. Akan tetapi sudah banyak masyarakat miskin yang tertolong dengan adanya kartu Jamkesda.
5. Program jaminan kesehatan daerah yang dibuktikan dengan SPM dengan sistem sharing 60% ditanggung pemerintah kabupaten dan 40% ditanggung pihak pengguna dari tahun 2015 ke tahun 2016 terjadi peningkatan yang sangat besar  $\pm 1500$  jiwa.

6. Sosialisasi untuk program jaminan kesehatan daerah dengan bukti SPM dapat dikatakan berjalan dengan baik meskipun ada sedikit masyarakat yang tidak mengetahui tapi kebanyakan sosialisasi yang dilakukan dari pihak rumah sakit berjalan dengan baik. Prosedur untuk mendapatkan SPM pun tidak berbelit-belit sesuai dengan ketentuan yang sudah diberlakukan.
7. Sumber daya meliputi ketersediaan staf (tenaga kerja) dengan perincian dari seksi Pembiayaan dan loket terdapat dalam Bidang Pengembangan dan Sumber Daya Kesehatan dan fasilitas fisik (fasilitas kesehatan) meliputi puskesmas, Rumah Sakit Daerah yaitu Rumah Sakit Daerah Kalisat; Rumah Sakit Daerah Balung; Rumah Sakit Daerah Dr. Soebandi.
8. Penariffan dalam Program jaminan kesehatan daerah terdapat dua jenis, yakni Kartu jamkesda dengan INA CBG,s dan SPM menggunakan tariff perda Jember.
9. Segala biaya yang dikeluarkan sebagai akibat dari program jaminan kesehatan daerah ini dibebankan pada Anggaran Pendapatan dan Belanja daerah Provinsi untuk kartu jamkesda dengan sistem sharing 50% : 50% dengan Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah Kabupaten, serta SPM.
10. Pengklaiman dengan pembebasan biaya 100% untuk masyarakat yang benar-benar miskin dan tidak mempunyai jaminan pelayanan kesehatan, yakni adanya persyaratan dan prosedur kembali.
11. Para pelaksana di tingkat Rumah Sakit tidak mendapatkan intensif khusus untuk program jaminan kesehatan daerah ini akan tetapi mereka telah mendapatkan jaminan pelayanan (JaPel), untuk sikap para pelaksana dilapangan cukup memuaskan meskipun tidak ada pengontrolan yang jelas dari pihak pasien.

## 5.2 Saran

Beberapa saran yang dapat dipertimbangkan untuk Implementasi Peraturan Bupati Jember No 8 Tahun 2015 untuk pelayanan kesehatan masyarakat miskin di kabupaten Jember dimasa mendatang adalah

1. Diharapkan Pemerintah Kabupaten Jember Sebaiknya tetap mempertahankan kebijakan SPM bagi masyarakat miskin, karna masih banyak masyarakat miskin di Kabupaten Jember yang belum terdata, terkover oleh jaminan pelayanan yang ada. dan membutuhkan pengobatan Apabila ada jaminan kesehatan yang baru maka, sebaiknya pendataan untuk masyarakat miskin di Kabupaten Jember harus adanya sinkronisasi dari Badan Pusat Statistik hal ini dimaksudkan agar hasil pendataan tersebut dapat mendata seluruh masyarakat miskin yang ada dan benar – benar tepat sasaran.
2. Program jaminan kesehatan daerah ini memerlukan badan pelaksana (Bapel) yang lebih spesifik, agar tidak terjadi tumpang tindih tugas di Dinas Kesehatan Kabupaten Jember.
3. Dinas Kesehatan Jember sebaiknya memuktakhirkan kelengkapan fasilitas medis di Rumah Sakit Daerah Dr. Soebandi karna ditahun 2016 saja masih ada masyarakat miskin yang dirujuk kerumah sakit provinsi dengan alasan Rumah Sakit DaerahRujukan regional yakni RSD Dr. Soebandi tidak bisa menangani kasus pasien tersebut.
4. Diharapkan untuk anggaran program jaminan kesehatan daerah untuk tahun yang akan datang ditambah lagi, meskipun untuk tahun 2016 anggaran dana untuk SPM tidak terjadi kurang.