

**IMPLEMENTASI PROGRAM JAMINAN KESEHATAN DAERAH
(JAMKESDA) DI RUMAH SAKIT UMUM DAERAH
KABUPATEN SINJAI**

Disusun dan Diusulkan

Oleh :

RUSLAN

Nomor Stambuk: 10564 045 06



**PROGRAM STUDI ILMU PEMERINTAHAN
FAKULTAS ILMU SOSIAL DAN ILMU POLITIK
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH MAKASSAR**

2011

**IMPLEMENTASI PROGRAM JAMINAN KESEHATAN DAERAH
(JAMKESDA) DI RUMAH SAKIT UMUM DAERAH
KABUPATEN SINJAI**

SKRIPSI

Sebagai Salah Satu Syarat Untuk Memperoleh Gelar Sarjana
Ilmu Pemerintahan

Disusun dan Diajukan

Oleh :

RUSLAN

Nomor Stambuk: 10564 045 06

Pada

**PROGRAM STUDI ILMU PEMERINTAHAN
FAKULTAS ILMU SOSIAL DAN ILMU POLITIK
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH MAKASSAR**

2011

PERNYATAAN KEASLIAN KARYA ILMIAH

Saya yang bertandatangan dibawah ini :

Nama Mahasiswa : Ruslan

Nomor Stambuk : 1056404506

Program Studi : Ilmu Pemerintahan

Menyatakan bahwa benar karya ilmiah ini adalah penelitian saya sendiri dan bukan dari pihak lain atau telah ditulis/dipublikasikan orang lain atau melakukan plagiat.

Pernyataan ini saya buat dengan sesungguhnya dan apabila dikemudian hari pernyataan ini tidak benar, maka saya bersedia menerima sanksi akademik sesuai aturan yang berlaku, sekaligus pencabutan gelar akademik

Makassar, 14 Agustus 2012

Yang Menyatakan,

Ruslan

DAFTAR RIWAYAT HIDUP



Ruslan Lahir pada tanggal 08 Desember 1986,
Sulawesi

selatan. Penulis merupakan anak ketigadari tiga bersaudara,
buah hati dari pasangan ayah dan ibu yang bernama Bapak Ruslan dan Ibu Damsam. Penulis memulai
masuk pendidikan formal di jenjang pendidikan dasar di SD Negeri 3
Sinjai utara pada tahun 1995 dan selesai pada tahun
2000. Selanjutnya melanjutkan pendidikan di SMP negeri 2 Sinjai utara pada tahun
2000 dan selesai pada tahun 2003,
kemudian pada tahun itu penulis melanjutkan pendidikan SMA Negeri 2 pada tahun
2003 dan selesai pada tahun 2006, pada tahun 2006
penulis melanjutkan pendidikan di bangkukuliah dan memilih fakultas ilmu social
dan ilmu politik (sospol) di universitas Muhammadiyah Makassar
pada jurusan Ilmu pemerintahan S-1

ABSTRAK

**Ruslan, 2011, 105 64045 06 Universitas Muhammadiyah
Makassar, Fakultas Ilmu Sosial dan Ilmu Politik,
Jurusan Ilmu Pemerintahan, Implementasi
Program Jaminan Kesehatan Daerah (JAMKESDA) Pada Rumah Sakit Umum
Daerah Kabupaten Sinjai. Dra. Hj, St, Nurmaeta, MM Sebagai Pembimbing Pertama
dan Drs. Muhammad Tahir, M. Si Sebagai Pembimbing Kedua.**

Tujuan penelitian ini di karenakan rendahnya derajat kesehatan masyarakat menjadi persoalan mendasar bangsa ini, ditengah terpaan beban ekonomis serta mahal nya biaya untuk mendapatkan pelayanan kesehatan yang bermutu membuat masyarakat semakin sulit untuk menjangkau layanan kesehatan. Hal tersebut membuat pemerintah berusaha untuk mengambil langkah kebijakan untuk mengatasinya. Pada awal tahun 2004 Pemerintah melalui Departemen Kesehatan RI telah mengeluarkan program kebijakan di Bidang kesehatan yakni kebijakan Jaminan Kesehatan, Program Jamkesdai ini disuguhkan untuk memberikan akses pelayanan kesehatan secara gratis baik di tingkat Puskesmas maupun Rumah Sakit. Kebijakan ini tidak bersifat nasional hanya ada di daerah tertentu, sehingga kebijakan ini tidak digunakan di semua daerah di tanah air hanya di Kabupaten Sinjai saja serta daerah-daerah lain yang juga menggunakan program jaminan kesehatan ini. Kebijakan tersebut disuguhkan untuk masyarakat daerah.

Jenis penelitian yang digunakan yakni deskriptif kualitatif artinya peneliti berusaha menggambarkan realitas yang terjadi dalam proses implementasi program jaminan kesehatan daerah pada rumah sakit umum daerah Kabupaten Sinjai, dengan sampel sebanyak 50 orang dari jumlah populasi. Data dikumpulkan dengan menggunakan teknik kuesioner serta dikembangkannya wawancara kepada responden. Data tersebut dianalisis secara deskriptif dengan menggunakan tabel dan frekuensi secara sederhana.

Hasil penelitian menggambarkan implementasi program jaminan kesehatan daerah merupakan salah satu upaya pemerintah dalam mewujudkan visi Indonesia sehat. Dengan sasaran sejumlah warga Kabupaten Sinjai, program ini diharapkan mampu untuk meningkatkan akses pelayanan kesehatan warga yang ada di Kabupaten Sinjai, Manfaat yang diperoleh peserta jamkesdai ini berupa pelayanan kesehatan yang biasadikmatis secara gratis. Dengan jenis pelayanan kesehatan tersebut. Diharapkan akan mengurangi beban masyarakat.

KATA PENGANTAR

Alhamdulillah, segala puji dan syukur kehadirat Allah SWT yang Maha pengasih dan Maha pemurah yang telah melimpahkan rahmat dan hidayah-nya sehingga penulis dapat menyelesaikan skripsi ini yang berjudul "Implementasi Program Jaminan Kesehatan Daerah (JAMKESDA) Di Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Sinjai".

Skripsi ini merupakan tugas akhir yang diajukan untuk memenuhi syarat dalam memperoleh gelar sarjana Ilmu pemerintahan pada Fakultas Ilmu Sosial dan Ilmu Politik Universitas Muhammadiyah Makassar. Disadari sepenuhnya bahwa skripsi ini masih jauh dari kesempurnaan jika dilihat dari kaidah keilmuan. Hal itu tidak terlepas dari keterbatasan kemampuan dari penulis, namun karena upaya yang tiada mengenal lelah serta bantuan dari berbagai pihak terutama dari kedua pembimbing penulis yang senantiasa memberikan arahan-arahan dan petunjuk-petunjuknya, maka skripsi ini dapat terwujud dalam bentuk yang sangat sederhana.

Penulis menyadari bahwa penyusunan skripsi ini tidak akan terwujud tanpa adanya bantuan dan dorongan dari berbagai pihak. Oleh karena itu pada kesempatan ini perkenankan penulis menyampaikan ucapan terima kasih dan penghargaan yang setinggi-tingginya karena telah memberikan bantuan dan bimbingannya, terutama kepada yang terhormat:

1. Bapak DR. H. Muhlis Madani, M.Si selaku Dekan Fakultas Ilmu Sosial dan Ilmu Politik Universitas Muhammadiyah Makassar.
2. Bapak Luhur Prianto, S.IP selaku Ketua Jurusan Ilmu Pemerintahan FISIPOL Universitas Muhammadiyah Makassar.
3. Bapak Jaelani Usman, M.Si dan Bapak Andi Luhur Prianto, M.Si selaku pembimbing I dan II penulis mengucapkan banyak terima kasih atas petunjuk dan bimbingannya mulai dari penulisan proposal hingga pada penulisan skripsi ini.

4. Bapak dan Ibu dosen di Lingkungan fakultas Ilmu Sosial dan Ilmu Politik Universitas Muhammadiyah Makassar yang telah tulus ikhlas membagi ilmu dan pengalamannya selama dalam proses belajar mengajar.
5. Ayahanda dan Ibunda penulis yang telah memberikan sumbangan moril dan materil serta doa sehingga penulis dapat menyelesaikan skripsi ini dan penulis sampai pada tahap akhir penyelesaian studi.
6. Kepala Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Sinjai yang telah memberikan data dan informasi sehubungan dengan penulisan skripsi ini.
7. Adinda Sri Wahyuni Kamal dan semua rekan-rekan mahasiswa Fakultas Ilmu sosial dan Ilmu Politik serta seluruh pihak yang tidak sempat disebutkan satu persatu namanya yang telah memberikan dorongan dan motivasi kepada penulis.

Semoga jasa-jasa semua pihak yang disebutkan di atas mendapat pahala dan imbalan dari Allah SWT. Demi kesempurnaan skripsi ini, saran dan kritik yang sifatnya membangun sangat penulis harapkan. Semoga karya skripsi ini bermanfaat dan dapat memberikan sumbangan yang berarti bagi pihak yang membutuhkan.

Makassar,2011

Penulis

DAFTAR ISI

Halaman Pengajuan Skripsi	ii
Halaman Persetujuan	iii
Abstrak	iv
Kata Pengantar	v
Daftar isi	viii
Daftar Tabel	x
BAB I PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang Masalah	1
B. Rumusan Masalah	6
C. Tujuan dan Kegunaan Penulisan	6
BAB II KAJIAN PUSTAKA	8
A. Konsep Implementasi	8
B. Pembangunan Kesehatan	16
C. Defenisi Jamkesda	20
D. Tujuan Penyelenggaraan Jamkesda	21
E. Landasan Hukum Jamkesda	22
F. Tata Laksana Kepesertaan	25
G. Kerangka Pikir	28
H. Definisi Operasional	31

BAB III METODE PENELITIAN	33
A. Lokasi Penelitian	33
B. Tipe dan Jenis Penelitian	33
C. Populasi dan Sampel	33
D. Jenis dan Sumber Data	34
E. Teknik Pengumpulan Data	35
F. Teknik Analisis Data	35
G. Jadwal Penelitian	36
BAB IV HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN	37
A. Karakteristik Rumah Sakit Umum Daerah Kab. Sinjai	37
B. Implementasi Program Jaminan Kesehatan Daerah	45
C. Faktor pendukung dan penghambat implementasi program JAMKESDA	54
BAB V PENUTUP	57
A. Kesimpulan	57
B. Saran-saran	59
DAFTAR PUSTAKA	61
LAMPIRAN-LAMPIRAN	

DAFTAR TABEL

Tabel	1	Tenaga PNS menurut pendidikan.....	43
Tabel	2	Tenaga PNS menurut golongan	45
Tabel	3	Tenaga Pegawai menurut status kepegawaian.....	45
Tabel	4	Tanggapan respondent tentang pelayanan rawat jalantingkat lanjutan di rumah sakit umum Sinjai.....	46
Tabel	5	Tanggapan respondent tentang prosedur pelayanan rawat jalantingkat lanjutan di rumah sakit umum daerah Sinjai	47
Tabel	6	Tentang prosedur pelayanan rawat inap tingkat lanjutan yang ada di rumah sakit umum daerah Sinjai.....	48
Tabel	7	Tanggapan respondent tentang pengadaan obat di rumah sakit umum daerah Sinjai	49
Tabel	8	Tanggapan respondent tentang ruangan rawat inap yang ada di rumah sakit umum daerah Sinjai	50
Tabel	9	Tanggapan respondent tentang fasilitas yang ada di ruangan unit gawat darurat rumah sakit umum Sinjai.....	51
Tabel	10	Tanggapan respondent tentang pelayanan obat di rumah sakit umum daerah Sinjai.....	52
Tabel	11	Tanggapan respondent tentang sejauh mana pemahaman akan program Jamkesda	53

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Kesehatan adalah hak dan investasi, dan semua warga negara berhak atas kesehatannya termasuk masyarakat umum. Diperlukan suatu sistem yang mengatur pelaksanaan bagi upaya pemenuhan hak warga negara untuk tetap hidup sehat, dengan mengutamakan pada pelayanan kesehatan bagi masyarakat. Dalam rangka memenuhi hak masyarakat sebagaimana diamanatkan konsitusi dan undang-undang, Departemen Kesehatan menetapkan kebijakan untuk lebih memfokuskan pada pelayanan kesehatan masyarakat.

Keberhasilan pengembangan kesehatan sangat dipengaruhi oleh mutu sumber daya manusia (SDM) kesehatan yang berperan sebagai pemikir, perencana dan pelaksana pembangunan kesehatan. Salah satu kegiatan yang berperan terhadap pengembangan dan peningkatan mutu SDM kesehatan adalah melalui pendidikan dan pelatihan (Diklat). Diklat yang efektif akan menghasilkan SDM kesehatan yang lebih bermutu, sehingga mampu melaksanakan perubahan, pertumbuhan dan perkembangan baik kinerja SDM kesehatan tersebut maupun kinerja institusi/organisasi tempat bekerjanya. Dengan demikian peranan diklat akan menjadi penting, terutama dengan adanya perkembangan teknologi yang semakin pesat.

Secepatnya perkembangan Ilmu Pengetahuan dan Teknologi (IPTEK), belum semuanya dapat diikuti oleh institusi Diklat dalam pelaksanaan proses

diklat untuk meningkatkan mutu SDM kesehatan. Hal ini karena terbatasnya sumber dana untuk memenuhi sumber belajar (pengajar, bahan belajar dan sarana belajar) yang sesuai dengan tuntutan kebutuhan hasil diklat dan perkembangan IPTEK di bidang kesehatan.

Derajat kesehatan masyarakat yang masih rendah tersebut diakibatkan karena sulitnya akses terhadap pelayanan kesehatan. Kesulitan akses pelayanan ini dipengaruhi oleh berbagai faktor seperti tidak adanya kemampuan secara ekonomi dikarenakan biaya kesehatan memang mahal. Peningkatan biaya kesehatan yang diakibatkan oleh berbagai faktor seperti perubahan pola penyakit, perkembangan teknologi kesehatan dan kedokteran, pola pembiayaan kesehatan berbasis pembayaran out of pocket, kondisi geografis yang sulit untuk menjangkau sarana kesehatan. Derajat kesehatan yang rendah berpengaruh terhadap rendahnya produktifitas kerja yang pada akhirnya menjadi beban masyarakat dan pemerintah.

Menjamin akses penduduk terhadap pelayanan kesehatan sebagaimana diamanatkan dalam Undang-Undang Dasar 1945, sejak awal Agenda 100 hari Pemerintahan Kabinet Indonesia Bersatu telah berupaya untuk mengatasi hambatan dan kendala tersebut melalui pelaksanaan kebijakan Program Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat. Program ini diselenggarakan oleh Dinas Kesehatan melalui penugasan kepada Badan Pelaksana (Bapel) berdasarkan SK Bupati Tahun 2004, tentang penugasan badan pelaksana (bapel) dalam pengelolaan program pemeliharaan kesehatan bagi masyarakat.

Dasar pemikirannya adalah selain memenuhi kewajiban pemerintah juga berdasarkan kajian bahwa indikator-indikator kesehatan akan lebih baik apabila

lebih memperhatikan pelayanan kesehatan. Melalui jaminan kesehatan daerah ini diharapkan dapat menurunkan angka kematian ibu melahirkan, menurunkan angka kematian bayi dan balita serta penurunan angka kelahiran disamping dapat terlayannya kasus-kasus kesehatan masyarakat umum.

Salah satu upaya meningkatkan kesejahteraan masyarakatnya, pemerintah daerah kabupaten Sinjai dalam meningkatkan pembangunan kesehatan adalah memberikan kebijakan pelayanan kesehatan gratis dalam bentuk jaminan kesehatan daerah (JAMKESDA) yang diharapkan dapat memberikan banyak manfaat bagi masyarakat sinjai untuk mengakses pelayanan kesehatan di sarana pelayanan kesehatan yang tersedia. Jaminan kesehatan daerah (Jamkesda) tidak sepenuhnya berbentuk asuransi namun pada prinsipnya terdapat tiga komponen yaitu penanggung (Bapel Jamkesda), tertanggung (Peserta Jamkesda), dan yang ditanggung (Resiko). (PERDA Kab. Sinjai No. 3 Tahun 2004).

Sistem jaminan kesehatan ini akan mendorong perubahan-perubahan mendasar seperti penataan standarisasi pelayanan, standarisasi tarif, penataan formularium dan penggunaan obat rasional, yang berdampak pada kendali mutu dan kendali biaya. Program ini sudah berjalan 6 (enam) tahun, dan telah memberikan banyak manfaat bagi peningkatan akses pelayanan kesehatan masyarakat di Kabupaten Sinjai.

Sesuai dengan Peraturan daerah (PERDA) No.3/2004 Tentang Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan Daerah (JAMKESDA), Untuk dana pelayanan kesehatan masyarakat di Puskesmas pembayaran minimal 3 bulan, untuk rawat jalan di RSUD Sinjai pembayaran premi minimal 6 bulan, untuk

rawat inap pembayaran premi minimal satu tahun dan pelayanan operasi pembayaran minimal 3 tahun untuk pelayanan di setiap PPK tidak dapat menolak peserta JAMKESDA untuk mendapatkan pelayanan karena administrasi. Tidak ada yang sempurna dari suatu sistem, namun kita mempunyai pilihan-pilihan yang terbaik untuk di ambil. Kepada semua pihak terkait, Puskesmas dan Jaringannya, Rumah Sakit, dan organisasi kemasyarakatan termasuk Lembaga-lembaga Swadaya Masyarakat, serta Pemerintah Pusat dan Daerah diharapkan kontribusi dan perannya masing-masing untuk dapat bersama-sama membantu kelancaran program ini.

Program ini telah berjalan memasuki tahun ke Tujuh dan telah banyak hasil yang dicapai terbukti dengan terjadinya kenaikan yang luar biasa dari pemanfaatan program ini dari tahun ke tahun oleh masyarakat dan pemerintah telah meningkatkan jumlah masyarakat yang dijamin maupun pendanaannya. Namun disamping keberhasilan yang telah dicapai, masih terdapat beberapa permasalahan yang perlu dibenahi antara lain: kepesertaan yang belum tuntas, peran fungsi ganda sebagai pengelola, verifikator dan sekaligus sebagai pembayar atas pelayanan kesehatan, verifikasi belum berjalan dengan optimal, kendala dalam kecepatan pembayaran, kurangnya pengendalian biaya, penyelenggara tidak menanggung resiko, serta sarana dan prasarana medis yang sementara ini masih dalam proses kelengkapan.

Proses pencapaian tujuan pengembangan kesehatan memerlukan adanya kesadaran, kemauan, dan kemampuan semua bangsa untuk bersama-sama mewujudkan rakyat sehat sebagai sumber kekuatan ketahanan bangsa yang

akhirnya menjadi landasan dalam membentuk Negara yang kuat. Negara kuat dari aspek kesehatan dapat diartikan sebagai Negara yang memiliki ketahanan bangsa yang tangguh dengan basis utamanya dalam wujud semua rakyat sehat secara fisik, mental dan sosial serta memiliki produktifitas yang tinggi. Mengukur tingkat pencapaian hasil pembangunan suatu Negara, termasuk pembangunan bidang kesehatan digunakan suatu indikator yang dikenal dengan Indeks Pembangunan Manusia (*Human Development Index*).

Berdasarkan latar belakang masalah di depan serta melihat uraian gambaran tentang kondisi Jaminan kesehatan daerah (JAMKESDA) yang ada di rumah sakit umum daerah kabupaten sinjai maka saya sebagai peneliti bermaksud untuk mengangkat judul tentang “Implementasi program jaminan kesehatan daerah di rumah sakit umum daerah kabupaten sinjai”.

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan hasil pemaparan pada latar belakang tersebut muncullah rumusan masalah yaitu:

1. Bagaimana Implementasi Kebijakan Program Jaminan Kesehatan Daerah (JAMKESDA) di Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Kabupaten Sinjai.
2. Faktor - faktor pendukung dan penghambat dalam Implementasi Kebijakan Program Jaminan Kesehatan Daerah (JAMKESDA) di Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Kabupaten Sinjai.

C. Tujuan dan Kegunaan Penelitian

1. Tujuan Penelitian

- a. Untuk mengetahui Implementasi Program Jaminan Kesehatan Daerah(JAMKESDA) di Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Kabupaten Sinjai.
- b. Untuk mengetahui faktor-faktor pendukung dan penghambat Implementasi Program Jaminan Kesehatan Daerah (JAMKESDA) di Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Kabupaten Sinjai.

2. Kegunaan Penelitian

- a. Diharapkan agar implementasi program jaminan kesehatan masyarakat betul-betul terlaksana dengan baik dan masyarakat yang berhak dapat memanfaatkan dengan baik.
- b. Hasil penelitian ini dapat digunakan atau dimanfaatkan oleh peneliti berikutnya sebagai bahan referensi dan perbandingan pada penelitian berikutnya.

BAB II

KAJIAN PUSTAKA

A. Konsep Implementasi

Implementasi dipandang dalam pengertian yang luas, merupakan tahap dari proses kebijakan segera setelah penetapan undang-undang. Pada sisi lain implementasi merupakan fenomena yang kompleks yang mungkin dapat dipahami sebagai suatu proses, suatu keluaran (*output*) maupun sebagai suatu dampak (*outcome*). Implementasi juga bias diartikan dalam konteks keluaran, atau sejauh mana tujuan-tujuan yang telah direncanakan mendapatkan dukungan.

Secara umum tugas implementasi adalah membentuk suatu kaitan (*linkage*) yang memudahkan tujuan-tujuan kebijakan bias direalisasikan sebagai dampak dari kegiatan pemerintah. Implementasi kebijakan sabagai tindakan-tindakan yang dilakukan oleh individu-individu (atau kelompok-kelompok) pemerintah maupun swasta yang diarahkan untuk mencapai tujuan-tujuan yang telah ditetapkan dalam keputusan-keputusan kebijakan sebelumnya. pelaksanaan keputusan kebijakan dasar, biasanya dalam bentuk Undang-undang, namun dapat pula berbentuk perintah-perintah atau keputusan-keputusan eksekutif yang penting atau keputusan-keputusan badan peradilan. Maka seharusnya: i) keputusan tersebut mengidentifikasi masalah yang ingin diatasi, ii) menyebutkan secara tegas tujuan/sasaran yang ingin dicapai dan iii) berbagai cara untuk menstruktur/mengatur proses implementasinya. Makna implementasi adalah upaya

untuk memahami apa yang senyatanya terjadi sesudah suatu program dinyatakan berlaku atau dirumuskan merupakan focus perhatian implementasi kebijakan, yakni kejadian-kejadian dan kegiatan-kegiatan yang timbul sesudah disahkannya pedoman-pedoman kebijakan Negara, yang pada masyarakat atau kejadian-kejadian.

Implementasi pada prinsipnya adalah tindakan agar sebuah kebijakan dapat mencapai tujuannya. Untuk lebih mengimplementasikan public menurut Nugroho (2003:158) menawarkan dua pilihan langkah, yaitu: 1) langsung mengimplementasikan dalam bentuk program-program, 2) melalui formulasi kebijakan derivate atau turunan dari kebijakan publik tersebut.

Implementasi sebagai salah satu dimensi dalam proses kebijakan, yang juga sangat menentukan apakah sebuah kebijakan itu bersentuhan dengan kepentingan serta dapat diterima oleh publik. Dalam hal ini, dapat ditekankan bahwa bisa saja dalam tahapan perencanaan atau perumusan formulasi kebijakan dilakukan dengan sebaik-baiknya, tetapi jika pada tahapan implementasinya, tidak diperhatikan *Standard Operating Procedures*(SOPs), maka apa yang diharapkan dari sebuah produk kebijakan itu. Pada akhirnya pun dipastikan pada tahapan evaluasi kebijakan, akan menghasilkan penilaian bahwa antara formulasi dan implementasi tidak seiring sejalan; bahwa implementasi dari kebijakan itu tidak sesuai dengan yang diharapkan, bahkan menjadi produk kebijakan itu menjadi batu sandungan bagi pembuat kebijakan itu sendiri.

Pelaksanaan kebijakan merupakan langkah yang sangat penting dalam proses manajemen. Tanpa implementasi, suatu kebijakan hanya sekedar

menjadi sebuah kebijakan yang tidak bermakna dalam proses pelayanan kepada bermasyarakat, perbedaan yang paling penting antara suatu negara dengan negara yang lain tidak terletak pada bentuk atau ideologinya tetapi pada tingkat kemampuan melaksanakan pemerintah pada kemampuan melaksanakan setiap keputusan atau kebijakan yang dibuat oleh politbiro, kabinet atau presiden negara bersangkutan.

Menurut George C. Edwards III dalam uraiannya tentang “Implementasi public policy”, 1980 ada empat variabel dalam kebijakan publik yaitu Komunikasi (Communications), Sumber Daya (resources), sikap (dispositions atau attitudes) dan struktur birokrasi (bureaucratic structure). Ke empat faktor di atas harus dilaksanakan secara simultan karena antara satu dengan yang lainnya memiliki hubungan yang erat. Tujuan kita adalah meningkatkan pemahaman tentang implementasi kebijakan. Penyederhanaan pengertian dengan cara membreakdown (diturunkan) melalui eksplanasi implementasi kedalam komponen prinsip. Implementasi kebijakan adalah suatu proses dinamik yang mana meliputi interaksi banyak faktor. Sub kategori dari faktor-faktor mendasar ditampilkan sehingga dapat diketahui pengaruhnya terhadap implementasi.

1. Komunikasi

Implementasi kebijakan akan berjalan efektif apabila ukuran-ukuran dan tujuan-tujuan kebijakan dipahami oleh individu-individu yang bertanggung jawab dalam pencapaian tujuan kebijakan. Kejelasan ukuran dan tujuan kebijakan dengan demikian perlu dikomunikasikan secara tepat dengan para pelaksana. Konsistensi atau keseragaman dari ukuran dasar dan tujuan perlu

dikomunikasikan sehingga implementor mengetahui secara tepat ukuran maupun tujuan kebijakan itu. Komunikasi dalam organisasi merupakan suatu proses yang amat kompleks dan rumit. Seseorang bisa menahannya hanya untuk kepentingan tertentu, atau menyebarkannya. Di samping itu sumber informasi yang berbeda juga akan melahirkan interpretasi yang berbeda pula. Agar implementasi berjalan efektif, siapa yang bertanggungjawab melaksanakan sebuah keputusan harus mengetahui apakah mereka dapat melakukannya.

Sesungguhnya implementasi kebijakan harus diterima oleh semua personel dan harus mengerti secara jelas dan akurat mengenai maksud dan tujuan kebijakan. Jika para aktor pembuat kebijakan telah melihat ketidakjelasan spesifikasi kebijakan sebenarnya mereka tidak mengerti apa sesungguhnya yang akan diarahkan. Para implementor kebijakan bingung dengan apa yang akan mereka lakukan sehingga jika dipaksakan tidak akan mendapatkan hasil yang optimal. Tidak cukupnya komunikasi kepada implementor secara serius mempengaruhi implementasi kebijakan.

2. Sumber daya

Tidak menjadi masalah bagaimana jelas dan konsisten implementasi program dan bagaimana akuratnya komunikasi dikirim. Jika personel yang bertanggung jawab untuk melaksanakan program kekurangan sumberdaya dalam melakukan tugasnya. Komponen sumberdaya ini meliputi jumlah staf, keahlian dari para pelaksana, informasi yang relevan dan cukup untuk mengimplementasikan kebijakan dan pemenuhan sumber-sumber terkait dalam pelaksanaan program, adanya kewenangan yang menjamin bahwa program dapat

diarahkan kepada sebagaimana yang diharapkan, serta adanya fasilitas-fasilitas pendukung yang dapat dipakai untuk melakukan program seperti dana dan sarana prasarana.

Sumberdaya manusia yang tidak memadai (jumlah dan kemampuan) berakibat tidak dapat dilaksanakan program secara sempurna karena mereka tidak bisa melakukan pengawasan dengan baik. Jika jumlah staf pelaksana kebijakan terbatas maka hal yang harus dilakukan meningkatkan skill/kemampuan para pelaksana untuk melakukan program. Untuk itu perlu adanya manajemen SDM yang baik agar dapat meningkatkan kinerja program. Ketidakmampuan pelaksana program ini disebabkan karena kebijakan konservasi energy merupakan hal yang baru bagi mereka dimana dalam melaksanakan program ini membutuhkan kemampuan yang khusus, paling tidak mereka harus menguasai teknik-teknik kelistrikan.

Informasi merupakan sumberdaya penting bagi pelaksana kebijakan. Ada dua bentuk informasi yaitu informasi mengenai bagaimana cara menyelesaikan kebijakan/program serta bagi pelaksana harus mengetahui tindakan apa yang harus dilakukan dan informasi tentang data pendukung kepatuhan kepada peraturan pemerintah dan undang-undang. Kenyataan dilapangan bahwa tingkat pusat tidak tahu kebutuhan yang diperlukan para pelaksana di lapangan. Kekurangan informasi/pengetahuan bagaimana melaksanakan kebijakan memiliki konsekuensi langsung seperti pelaksana tidak bertanggungjawab, atau pelaksana tidak ada di tempat kerja sehingga menimbulkan inefisien. Implementasi kebijakan membutuhkan kepatuhan organisasi dan individu terhadap peraturan

pemerintah yang ada. Sumberdaya lain juga penting adalah kewenangan untuk menentukan bagaimana program dilakukan, kewenangan untuk membelanjakan/mengatur keuangan, baik penyediaan uang, pengadaan staf, maupun supervisor. Fasilitas yang diperlukan untuk melaksanakan kebijakan/program harus terpenuhi seperti kantor, peralatan, serta dana, yang mencukupi. Tanpa fasilitas ini mustahil program dapat berjalan.

3. Disposisi atau sikap

Salah satu faktor yang mempengaruhi efektifitas implementasi kebijakan sikap implementor. Jika implementor setuju dengan bagian-bagian isi dari kebijakan maka mereka akan melaksanakan dengan senang hati tetapi jika pandangan mereka berbeda dengan pembuat kebijakan maka proses implementasi akan mengalami banyak masalah. Ada tiga bentuk sikap/respon implementor terhadap kebijakan; kesadaran pelaksana, petunjuk/arahan pelaksana untuk merespon program kearah penerimaan atau penolakan, dan intensitas dari respon tersebut.

Para pelaksana mungkin memahami maksud dan sasaran program namun seringkali mengalami kegagalan dalam melaksanakan program secara tepat karena mereka menolak tujuan yang ada didalamnya sehingga secara sembunyi mengalihkan dan menghindari implementasi program. Disamping itu dukungan para pejabat pelaksana sangat dibutuhkan dalam mencapai sasaran program.

Dukungan dari pimpinan sangat mempengaruhi pelaksanaan program dapat mencapai tujuan secara efektif dan efisien. Wujud dari dukungan pimpinan ini adalah menempatkan kebijakan menjadi prioritas program, penempatan

pelaksana dengan orang-orang yang mendukung program, memperhatikan keseimbangan daerah, agama, suku, jenis kelamin dan karakteristik demografi yang lain. Disamping itu penyediaan dana yang cukup guna memberikan intensif bagi para pelaksana program agar mereka mendukung dan bekerja secara total dalam melaksanakan kebijakan/program.

4. Struktur Birokrasi

Membahas badan pelaksana suatu kebijakan, tidak dapat dilepaskan dari struktur birokrasi. Struktur birokrasi adalah karakteristik, norma-norma, dan pola-pola hubungan yang terjadi berulang-ulang dalam badan-badan eksekutif yang mempunyai hubungan baik potensial maupun nyata dengan apa yang mereka miliki dalam menjalankan kebijakan. Beberapa unsur yang mungkin berpengaruh terhadap suatu organisasi dalam implementasi kebijakan yaitu:

- a. Kompetensi dan ukuran staf suatu badan.
- b. Tingkat pengawasan hirarkis terhadap keputusan-keputusan sub unit dan proses-proses dalam badan pelaksana.
- c. Sumber-sumber politik suatu organisasi (misalnya dukungan di antara anggota legislatif dan eksekutif).
- d. Vitalitas suatu organisasi.
- e. Tingkat komunikasi “ terbuka”, yaitu jaringan kerja komunikasi horizontal maupun vertical secara bebas serta tingkat kebebasan yang secara relatif tinggi dalam komunikasi dengan individu-individu di luar organisasi;
- f. Kaitan formal dan informal suatu badan dengan badan pembuat keputusan atau pelaksana keputusan.

Bila sumberdaya cukup untuk melaksanakan suatu kebijakan dan para implementor mengetahui apa yang harus dilakukan. Implementasi kebijakan masih gagal apabila struktur birokrasi yang ada menghalangi koordinasi yang diperlukan dalam melaksanakan kebijakan. Kebijakan yang kompleks membutuhkan kerjasama banyak orang, serta pemborosan sumberdaya akan mempengaruhi hasil implementasi. Perubahan yang dilakukan tentunya akan mempengaruhi individu dan secara umum mempengaruhi sistem dalam birokrasi.

B. Pembangunan Kesehatan

Pembangunan Nasional adalah upaya yang dilaksanakan oleh semua komponen bangsa dalam rangka mencapai tujuan bernegara. Pembangunan yang dilaksanakan harus dapat menjamin bahwa manfaatnya dapat diterima oleh semua pihak, berdampak adil bagi perempuan dan laki laki (responsif gender). Pembangunan kesehatan merupakan upaya untuk memenuhi salah satu hak dasar rakyat, yaitu hak untuk memperoleh pelayanan kesehatan sesuai dengan amanat UUD 1945 pasal 28 ayat 1 dan Undang Undang Nomor 23 Tahun 1992 tentang Kesehatan. Dalam Indeks Pembangunan Manusia (IPM), indikator status kesehatan merupakan salah satu komponen utama selain pendidikan dan pendapatan per kapita. Dengan demikian pembangunan kesehatan merupakan suatu investasi untuk peningkatan kualitas sumber daya manusia dalam mendukung percepatan pembangunan nasional.

Pembangunan bidang kesehatan juga menjadi perhatian penting dalam komitmen internasional, yang dituangkan dalam Millennium Development Goals (MDGs). Dalam MDGs terdapat target -target yang terkait langsung dengan

bidang kesehatan yaitu target 4 (menurunkan angka kematian anak), target 5 (meningkatkan kesehatan ibu) dan target 6 (memerangi HIV dan AIDS, malaria serta penyakit lainnya), serta 2 target lainnya yg tidak terkait langsung yaitu target 1 (memberantas kemiskinan dan kelaparan ekstrem) dan target 3 (mendorong kesetaraan gender dan pemberdayaan perempuan). Departemen Kesehatan telah menyusun strategi untuk pencapaian target-target tersebut.

Pembangunan nasional merupakan sarana yang penting untuk meningkatkan kesejahteraan masyarakat, bahwa pada hakekatnya pembangunan nasional itu adalah pembangunan manusia seutuhnya yaitu untuk membangun kesejahteraan masyarakat Indonesia seluruhnya, sedangkan tujuan pembangunan nasional adalah untuk mewujudkan suatu masyarakat adil dan makmur yang merata material dan spiritual berdasarkan Pancasila dan UUD 1945 dalam wadah Negara Republik Indonesia. Yang merdeka, berdaulat, bersatu, berkedaulatan rakyat dalam suasana perikehidupan bangsa yang aman, tentram dan damai. Ruang lingkup pembangunan nasional sangat luas, maka pelaksanaannya harus secara berencana, menyeluruh, bertahap dan berlanjut.

Pada tiap-tiap tahap diharapkan dicapai keselarasan dalam kemajuan lahiriah dan batiniah yang merata mencakup seluruh rakyat, dengan kadar keadilan sosial yang meningkat, dengan demikian pembangunan adalah suatu proses yang berjalan terus menerus untuk mencapai hasil yang maksimal, maka pembangunan nasional harus dilaksanakan bersama oleh masyarakat dan pemerintah. Masyarakat adalah pelaksana utama pembangunan sedangkan pemerintah berkewajiban untuk mengarahkan, membimbing dan menciptakan

suasana yang menunjang, saling mengisi dan saling melengkapi dalam satu kesatuan langkah menuju tercapainya tujuan pembangunan nasional.

Pemerintah menyadari bahwa setiap orang berhak untuk dapat memenuhi kebutuhan sendiri hidupnya yang layak dan peningkatan martabatnya menuju terwujudnya masyarakat Indonesia yang sejahtera adil dan makmur, serta adanya suatu jaminan sosial yang menyeluruh antara lain mengenai kesehatan dimasyarakat. Kesehatan sebagai salah satu unsur kesejahteraan umum harus diwujudkan melalui pembangunan nasional yang berkesinambungan. Pembangunan kesehatan diarahkan untuk mempertinggi derajat kesehatan yang besar artinya bagi pembangunan dan pembinaan sumber daya manusia Indonesia dan sebagai modal bagi pelaksanaan pembangunan nasional yang hakikatnya adalah pembangunan manusia Indonesia seutuhnya dan pembangunan seluruh masyarakat Indonesia.

Tercantumnya pelayanan kesehatan sebagai hak masyarakat dalam konstitusi Undang Undang Dasar 1945 pasal 28 H ayat (1) dan pasal 34 ayat (3), menempatkan status sehat dan pelayanan kesehatan merupakan hak masyarakat (*Human right*). Fenomena demikian merupakan keberhasilan pemerintah selama ini dalam kebijakan politik di bidang kesehatan (*Health Politics*), yang menuntut pemerintah maupun masyarakat untuk melakukan upaya kesehatan secara tersusun, menyeluruh dan merata.

Pada saat reformasi dimulai pada tahun 2000, terjadi perubahan paradigma sentralistik menjadi paradigma Otonomi Daerah. Perubahan paradigma politik, ternyata tidak merubah kebijakan politik kesehatan (*Health Politics*) karena sudah

tersurat dalam konstitusi hasil amandemen. Sebaliknya administrasi pembangunan berubah ke arah paradigma desentralisasi dengan harapan bisa lebih efektif untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat dan bisa mempersempit disparitas status kesehatan antar daerah, maupun antar kelompok masyarakat. Pada kenyataannya, administrasi pembangunan dengan paradigma desentralisasi selama kurun waktu 4 tahun, ternyata masih memperlihatkan data disparitas status kesehatan secara signifikan, seperti disparitas; (1) antar tingkat sosial ekonomi; (2) antar kawasan; (3) dan antar perkotaan-pedesaan yang tinggi. Dengan demikian maka pembangunan kesehatan yang dilaksanakan dengan administrasi paradigma desentralisasi kesehatan belum berhasil mempersempit disparitas status kesehatan antar daerah.

Berdasarkan indikator dampak tersebut, bisa disimpulkan bahwa administrasi pembangunan kesehatan paradigma lama dan paradigma desentralisasi dalam upaya mempertinggi derajat kesehatan masyarakat, bukan merupakan determinan faktor tidak tercapainya target indikator dampak pembangunan kesehatan yang ditetapkan pemerintah selama ini. Dengan demikian bisa diduga bahwa masalah utama (Main Problem) adanya disparitas derajat kesehatan di daerah tidak tercapainya target indikator dampak pembangunan di bidang kesehatan, baik di masa lalu maupun sekarang adalah tidak proporsionalnya fungsi-fungsi desentralisasi yang berkorelasi dengan tingkat relevansi kebijakan kesehatan, dan rendahnya efektifitas manajemen pembangunan yang berorientasi kesehatan.

C. Definisi Jamkesda

Jamkesda adalah salah satu upaya pelayanan dan pemeliharaan kesehatan bagi masyarakat yang pembiayaannya dilakukan secara Pra upaya dan dikelola berdasarkan Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat dan bermaksud untuk memberikan jaminan penyelenggaraan pemeliharaan kesehatan masyarakat yang pembiayaannya dikelola secara terpadu. Pelaksanaan Jamkesda merupakan perwujudan pemenuhan hak rakyat atas kesehatan dan amanat Undang–Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN), dan merupakan salah satu komitmen pemerintah dalam pembangunan kesehatan di Indonesia.

Jamkesda adalah salah satu program kerjasama antar pemerintah pusat dan daerah untuk membantu warga untuk mengakses jaminan kesehatan. Program ini sebagai respon daerah kepada seluruh masyarakat di daerah itu. Dalam rangka meningkatkan daya tahan tubuh warga, dan agar mengurangi beban masyarakat. Selain itu program ini juga sebagai jaring pengaman sosial, yang sewaktu-waktu dapat digunakan saat dibutuhkan mendesak. Warga yang ingin mendapatnya pun harus memenuhi prosedur layanan kesehatan diantaranya;

Bagi warga yang ingin mendapatkan pelayanan kesehatan, peserta Jamkesda harus menunjukkan kartu Jamkesda yang keabsahan kepesertaannya, merujuk kepada daftar masyarakat yang ditetapkan oleh bupati/walikota setempat. Penggunaan hanya berlaku untuk setiap kali pelayanan, kecuali pada kondisi pelayanan lanjutan terkait dengan penyakitnya. Apabila peserta Jamkesda memerlukan rujukan, maka yang bersangkutan dirujuk ke fasilitas pelayanan

kesehatan rujukan, disertai surat rujukan dan kartu peserta yang ditunjukkan sejak awal sebelum mendapatkan pelayanan kesehatan, kecuali pada kasus darurat.

Sampai sekarang ini peraturan pelaksana dan lembaga yang harus dibentuk berdasarkan Undang - Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) belum terbentuk, Departemen Kesehatan mengeluarkan kebijakan program jaminan kesehatan sebagai wujud pemenuhan hak rakyat atas kesehatan tersebut.

D. Tujuan Penyelenggaraan Jamkesda

1. Tujuan Umum :

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

2. Tujuan Khusus:

- a. Meningkatkan cakupan masyarakat yang mendapat pelayanan kesehatan di Puskesmas serta jaringannya dan di Rumah Sakit.
- b. Meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan bagi masyarakat.
- c. Terselenggaranya pengelolaan keuangan yang transparan dan akuntabel

3. Sasaran Jamkesda

Sasaran program adalah masyarakat khususnya masyarakat yang dianggap tidak mampu di seluruh masyarakat di kabupaten Sinjai, tidak termasuk yang sudah mempunyai jaminankesehatan lainnya.

E. Landasan Hukum Jamkesda

Pelaksanaan program JAMKESDA berdasarkan pada :

1. Undang-Undang Dasar 1945 pasal 28 H ayat (1) bahwa setiap orang berhak hidup sejahtera lahir dan batin, bertempat tinggal, dan mendapat lingkungan yang baik dan sehat serta berhak memperoleh pelayanan kesehatan. Pasal 34 mengamanatkan ayat (1) bahwa fakir miskin dan anak-anak yang terlantar dipelihara oleh negara, sedangkan ayat (3) bahwa negara bertanggungjawab atas penyediaan fasilitas pelayanan kesehatan dan fasilitas umum yang layak.
2. Undang-Undang Nomor 23 Tahun 1992 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Tahun 1992 Nomor 100, Tambahan Lembaran Negara Nomor 3495).
3. Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2003 tentang Keuangan Negara (Lembaran Negara Tahun 2003 Nomor 47, Tambahan Lembaran Negara Nomor 4286).
4. Undang-Undang Nomor 1 Tahun 2004 tentang Perbendaharaan Negara (Lembaran Negara Tahun 2004 No. 5, Tambahan Lemb. Negara Nomor 4355).
5. Undang-Undang Nomor 15 Tahun 2004 tentang Pemeriksaan Pengelolaan dan Tanggung Jawab Keuangan Negara (Lembaran Negara Tahun 2004 Nomor 66, Tambahan Lembaran Negara Nomor 4400).
6. Undang-Undang Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran (Lembaran Negara Tahun 2004 No. 116, Tambahan Lembaran Negara No. 4431).
7. Undang-Undang Nomor 32 Tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Tahun 2004 Nomor 125, Tambahan Lembaran Negara Nomor 4437), sebagaimana telah diubah beberapa kali terakhir dengan Undang-Undang Nomor 12 tahun 2008 tentang perubahan kedua atas Undang-

Undang Nomor 32 Tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah (lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2008 Nomor 59, Tambahan Lembaran Negara Indonesia Nomor 4844).

8. Undang-Undang Nomor 33 Tahun 2004 tentang Perimbangan Keuangan Antara Pemerintah Pusat dan Pemerintah Daerah (Lembaran Negara Tahun 2004 Nomor 126, Tambahan Lembaran Negara Nomor 3637).
9. Undang-Undang Nomor 41 Tahun 2008 tentang Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara Tahun Anggaran 2009 (Lembaran Negara Tahun 2008 Nomor 171, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4920).
10. Peraturan Pemerintah Nomor 32 Tahun 1996 tentang Tenaga Kesehatan (Lembaran Negara Tahun 1996 Nomor 49, Tambahan Lembaran Negara Nomor 3637).
11. Peraturan Pemerintah Nomor 38 Tahun 2007 tentang Pembagian Urusan Pemerintahan Antar Pemerintah, Pemerintahan Daerah Propinsi, Dan Pemerintahan Daerah Kabupaten/Kota (Lembaran Negara Tahun 2007 Nomor 82, Tambahan Lembaran Negara Nomor 4737).
12. Peraturan Pemerintah Nomor 41 Tahun 2007 tentang Organisasi Perangkat Daerah (Lembaran Negara Tahun 2007 Nomor 89, Tambahan Lembaran Negara Nomor 4741).
13. Peraturan daerah (PERDA) Nomor 3 Tahun 2004 Tentang Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan Daerah (JAMKESDA).

14. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 1575/Menkes/Per/XI/2005 tentang Organisasi dan Tata Kerja Departemen Kesehatan sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 1279/Menkes/Per/XII/2007.

F. Tata Laksana Kepesertaan

1. Berdasarkan kuota kabupaten/kota, Bupati dan Walikota telah menetapkan peserta di wilayahnya (nomor, nama dan alamat peserta) dan telah menjadi data kepesertaan Jaminan Kesehatan Daerah (JAMKESDA).
2. Terhadap SK Bupati/Walikota tentang penetapan peserta JAMKESDA yang diterbitkan pada tahun 2004 dilakukan updating data kepesertaan secara berkala terkait dengan mutasi peserta yang meninggal, pindah alamat, perubahan status ekonomi, bayi baru lahir dari keluarga peserta JAMKESDA dan anggota keluarganya yang belum terdaftar. Updating data harus mengacu pada data Badan Pelaksana (BAPEL). Updating yang dilakukan Pemerintah Daerah setempat, untuk selanjutnya dilakukan addendum SK Bupati/Walikota tentang perubahan kepesertaan JAMKESDA.
3. Updating data kepesertaan JAMKESDA sebagaimana butir 3 dilakukan Pemerintah Daerah kabupaten/kota dengan membentuk tim updating data yang melibatkan instansi BAPEL setempat dan instansi lain yang terkait. Pemberlakuan mutasi tersebut menjadi sah setelah adanya addendum Surat Keputusan Bupati/walikota tentang perubahan kepesertaan JAMKESDA untuk dijadikan kepesertaan JAMKESDA tahun 2011.
4. SK Bupati/Walikota yang telah diaddendum berkaitan dengan updating dan optimalisasi peserta JAMKESDA sejumlah kuota kabupaten/kota dikirimkan

dalam bentuk dokumen elektronik (soft copy) dan dokumen cetak (hard copy) kepada:

- a. Tim Badan Pelaksana JAMKESDA Kabupaten/kota setempat sebagai bahan pembinaan, monitoring dan evaluasi, pelaporan dan bahan analisis.
 - b. Dinas Kesehatan Kabupaten dan Propinsi atau Pengelola Jaminan Kesehatan (data kepesertaan skala) setempat sebagai bahan kompilasi kepesertaan, pembinaan, monitoring, evaluasi, analisis, pelaporan serta pengawasan.
 - c. Departemen Kesehatan RI, sebagai database kepesertaan nasional, bahan dasar verifikasi Tim Pengelola Pusat, pembayaran klaim Rumah Sakit, pembinaan, monitoring, evaluasi, analisis, pelaporan serta pengawasan.
5. Pada pemerintah daerah yang data kepesertaannya belum memenuhi besaran jumlah kuota masih dapat dilakukan optimalisasi dengan melakukan perubahan addendum kepesertaan tersebut.
 6. Apabila terdapat masyarakat miskin dan tidak mampu, tidak masuk dalam Surat keputusan Bupati/walikota pembiayaan kesehatannya menjadi tanggung jawab Pemda setempat dan mekanisme pengelolaannya seyogyanya mengikuti JAMKESDA.
 7. Gelandangan, pengemis, anak dan orang terlantar, masyarakat miskin yang tidak memiliki identitas tetap dijamin dalam JAMKESDA dan pada saat mengakses pelayanan kesehatan mengikuti prosedur yang telah ditentukan (lihat Tata Laksana Pelayanan Kesehatan). Selanjutnya BAPEL wajib

menerbitkan Surat Keabsahan Peserta (SKP) dan membuat pencatatan atas kunjungan pelayanan kesehatan dari kelompok tersebut.

8. Setelah peserta menerima kartu JAMKESDA maka kartu lama yang diterbitkan sebelum tahun 2004 atau SKTM, dinyatakan tidak berlaku lagi meskipun tidak dilakukan penarikan kartu/SKTM dari peserta.
9. Bagi bayi yang terlahir dari keluarga peserta JAMKESDA:
 - a. Otomatis menjadi peserta JAMKESDA dan berhak mendapatkan hak kepesertaan sepanjang orangtua bayi tersebut sebagai peserta JAMKESDA
 - b. Bila membutuhkan pelayanan kesehatan dapat langsung diberikan, dengan menggunakan kartu JAMKESDA orang tuanya.
 - c. Pelayanan kesehatan diberikan dengan mengikuti prosedur yang telah ditentukan (lihat Tata Laksana Pelayanan Kesehatan).
 - d. Selanjutnya BAPEL wajib menerbitkan Surat Keabsahan Peserta (SKP) dan membuat pencatatan atas kunjungan pelayanan kesehatan dari kelompok tersebut.
10. Bila terjadi kehilangan kartu JAMKESDA, peserta tetap dapat memperoleh pelayanan kesehatan dengan dilakukan pengecekan database kepesertaan dan selanjutnya dilaporkan ke Badan Pelaksana setempat.

G. Kerangka Pikir

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

dalam program ini menerapkan pelayanan berjenjang berdasarkan rujukan. Pelayanan rawat jalan tingkat pertama diberikan di Puskesmas dan jaringannya. Pelayanan rawat jalan lanjutan diberikan Rumah Sakit Umum Daerah. Pelayanan rawat inap diberikan di Puskesmas dan Rumah Sakit Umum Daerah yakni; Perawatan kelas II dan ruang rawat inap kelas II (dua), Persalinan Normal atau Pantalogis, Tindakan Pembedahan sesuai kebutuhan medis.

Departemen Kesehatan melalui Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota atas nama Menteri Kesehatan membuat perjanjian kerjasama (PKS) dengan RS setempat yang diketahui kepala dinas kesehatan Propinsi meliputi berbagai aspek pengaturan Pada keadaan gawat darurat (emergency) seluruh Pemberi Pelayanan Kesehatan (PPK) wajib memberikan pelayanan kepada peserta walaupun tidak memiliki perjanjian kerjasama. Penggantian biaya pelayanan kesehatan diklaimkan ke Departemen Kesehatan melalui Tim Pengelola Kabupaten/kota setempat setelah diverifikasi sesuai dengan ketentuan yang berlaku pada program ini.

Rumah sakit umum daerah melaksanakan pelayanan rujukan lintas wilayah dan biayanya dapat diklaimkan oleh Pemberi Pelayanan Kesehatan (PPK) yang bersangkutan ke Departemen Kesehatan. Pelayanan obat di Puskesmas beserta jaringannya dan di Rumah Sakit dengan ketentuan sebagai berikut :

1. Untuk memenuhi kebutuhan obat generik di Puskesmas dan jaringannya akan dikirim langsung melalui pihak ketiga franko Kabupaten/Kota.
2. Untuk memenuhi kebutuhan obat dan bahan habis pakai di Rumah Sakit, Instalasi Farmasi/Apotik Rumah Sakit bertanggungjawab menyediakan

semua obat dan bahan habis pakai untuk pelayanan kesehatan masyarakat yang diperlukan. Agar terjadi efisiensi pelayanan obat dilakukan dengan mengacu kepada Formularium obat pelayanan kesehatan program ini.

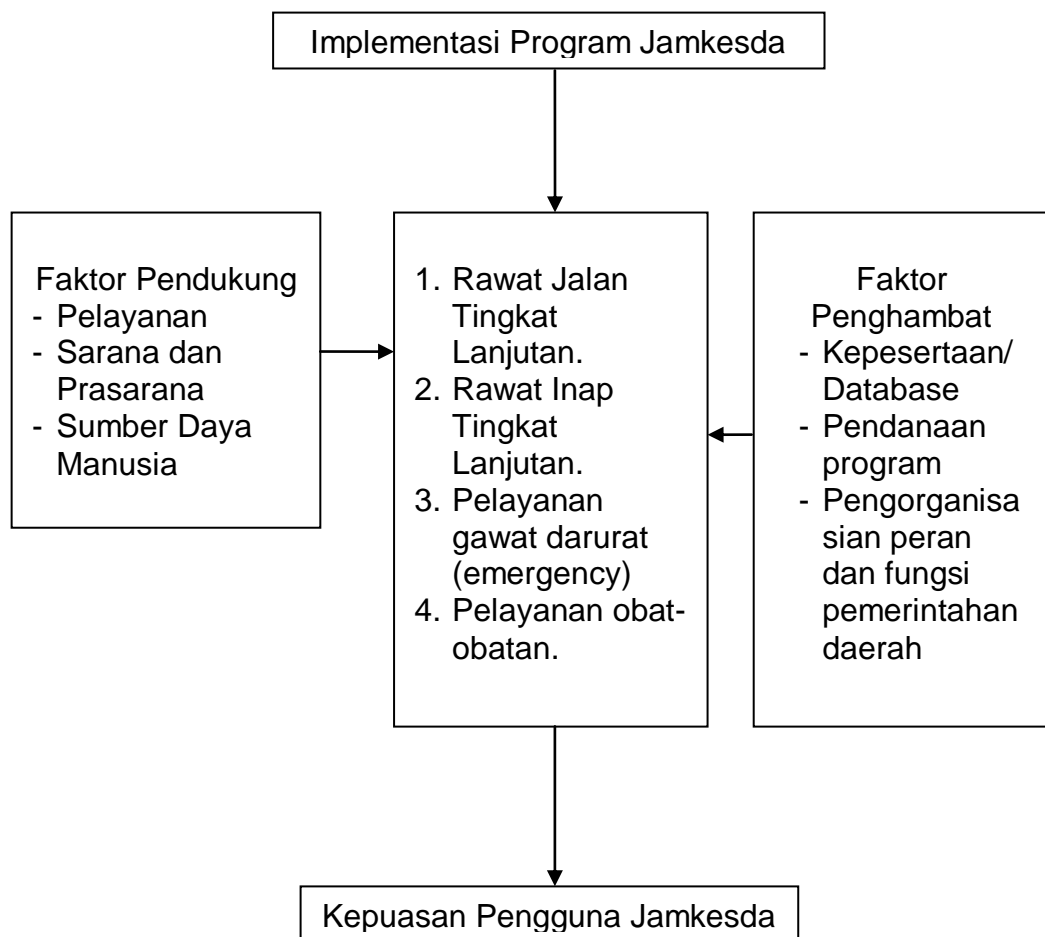
3. Apabila terjadi kekurangan atau ketiadaan obat diatas maka Rumah Sakit berkewajiban memenuhi obat tersebut melalui koordinasi dengan pihak-pihak terkait.
4. Pemberian obat untuk pasien RJTL dan RITL diberikan selama 3 (tiga) hari kecuali untuk penyakit-penyakit kronis tertentu dapat diberikan lebih dari 3 (tiga) hari sesuai dengan kebutuhan medis.
5. Apabila terjadi persepan obat diluar ketentuan maka pihak Rumah Sakit bertanggung jawab menanggung selisih harga tersebut,
6. Instalasi Farmasi/Apotik Rumah Sakit dapat mengganti obat dengan obat-obatan yang jenis dan harganya sepadan dengan sepengetahuan dokter penulis resep.

Pelayanan kesehatan RJTL dan RITL di Rumah Sakit, serta yang mencakup tindakan, pelayanan obat, penunjang diagnostik, pelayanan darah serta pelayanan lainnya dilakukan secara terpadu sehingga biaya pelayanan kesehatan diklaimkan dan diperhitungkan menjadi satu kesatuan menurut Jenis paket dan tarif pelayanan kesehatan peserta Jamkesda, sehingga dokter berkewajiban melakukan penegakan diagnosa sebagai dasar pengajuan klaim.

Apabila dalam proses pelayanan terdapat kondisi yang memerlukan pelayanan khusus dengan kata lain memerlukan pelayanan yang lebih lanjut dan lebih instensi dengan diagnosa penyakit/prosedur yang belum tercantum dalam

Tarif Paket Pemeliharaan Kesehatan Jaminan kesehatan daerah, maka Kepala Badan Pelaksana (Bapel) Jaminan kesehatan daerah, Direktur Rumah Sakit memberi keputusan tertulis untuk sahnya penggunaan pelayanan tersebut setelah mendengarkan pertimbangan dan saran dari Komite Medik Rumah Sakit yang tarifnya sesuai dengan Jenis Paket dan Tarif Pelayanan Kesehatan. Penjelasan dari kerangka pikir dapat dilihat pada bagan.

BAGAN KERANGKA PIKIR



H. Definisi Operasional

1. Implementasi program jamkesda adalah pelaksanaan program yang terjadi setelah penetapan undang-undang yang memberikan otoritas program, kebijakan, keuntungan (*benefit*), tentang JAMKESDA.
2. Rawat jalan tingkat lanjutan (RJTL) adalah pelayanan Rawat Jalan Tingkat Lanjutan berdasarkan rujukan dari unit pelayanan kesehatan secara berjenjang terhadap peserta JAMKESDA di Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Sinjai.
3. Rawat Inap Tingkat Lanjutan (RITL) adalah pelayanan Rawat Inap Tingkat Lanjutan berdasarkan rujukan dari unit pelayanan kesehatan secara berjenjang.
4. Pelayanan gawat darurat (emergency) adalah Instalasi Gawat Darurat yang memberikan pelayanan Kegawat daruratan, baik dengan rujukan maupun tanpa rujukan.
5. Pelayanan obat-obatan adalah untuk pelayanan kesehatan masyarakat miskin yang diperlukan agar terjadi efisiensi pelayanan obat dilakukan dengan mengacu kepada formularium obat pelayanan kesehatan program ini.
6. Kepuasan pengguna jamkesda adalah ketepatan tujuan dan fungsi dalam pengimplementasianprogram Jaminan Kesehatan Daerah (JAMKESDA) di Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Sinjai.

BAB III

METODE PENELITIAN

A. Lokasi Penelitian

Penelitian ini dilakukan di Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Sinjai dengan pertimbangan bahwa RSUD Kabupaten Sinjai dipilih sebagai tempat penelitian karena Rumah Sakit tersebut telah melaksanakan program JAMKESDA selain itu pertimbangan efisiensi waktu.

B. Tipe Dan Jenis Penelitian

Tipe penelitian ini adalah penelitian yang bersifat deskriptif yaitu penelitian yang menggambarkan mengenai situasi-situasi atau kejadian-kejadian secara sistematis, faktual, dan akurat mengenai fakta-fakta dan sifat-sifat dari Implementasi Kebijakan Program Jaminan Kesehatan Daerah (JAMKESDA) di Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Sinjai.

Dasar penelitian ini untuk mendapatkan data-data atau informasi faktual dan yang mendetail di lapangan terhadap objek penelitian yang ada hubungannya dengan permasalahan.

C. Populasi dan Sampel

1. Populasi

Populasi dalam penelitian ini adalah jumlah masyarakat yang menerima atau menggunakan JAMKESDA di Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Sinjai pada tahun 2004 sampai sekarang kurang lebih atau sekitar 47.594 Kepala keluarga.

2. Sampel

Teknik penarikan sampel dilakukan secara *random sampling* atau teknik penarikan sampel secara acak tanpa memperhatikan strata yang ada dalam populasi itu. Cara demikian dilakukan bila anggota populasi dianggap homogen.

Jumlah sampel dalam penelitian ini adalah sebanyak 50 orang dari 101 jumlah pasien selama bulan Maret sampai April tahun 2011 di rumah sakit umum kabupaten sinjai dan menggunakan pelayanan jaminan kesehatan daerah (JAMKESDA).

D. Jenis dan Sumber Data

1. Jenis Data

- a. Data kualitatif adalah data yang berbentuk kata, kalimat, skema, dan gambar yang dijadikan dasar dalam memecahkan masalah.
- b. Data kuantitatif adalah data yang berbentuk angka kemudian diolah dan dibuatkan interpretasi.

2. Sumber Data

- a. Data primer adalah data yang diperoleh peneliti dari hasil pengisian angket, wawancara dan observasi atau pengamatan langsung terhadap obyek yang diteliti.
- b. Data sekunder adalah data yang diperoleh peneliti bersumber dari bahan bacaan atau dokumentasi yang berhubungan dengan objek penelitian.

E. Teknik Pengumpulan Data

1. Observasi adalah penelitian yang dilakukan dengan cara melakukan pengamatan secara langsung dilapangan yang berkaitan dengan implementasi

kebijakan program Jaminan Kesehatan Daerah di Rumah Sakit Umum Kabupaten Sinjai.

2. Wawancara yang dipergunakan oleh peneliti adalah wawancara bebas terpimpin, artinya peneliti mengadakan pertemuan langsung dengan anggota responden, dan wawancara bebas artinya peneliti bebas mengajukan pertanyaan kepada responden sesuai dengan jenis pertanyaan-pertanyaan yang telah disiapkan sebelumnya.
3. Kuesioner yaitu suatu teknik pengumpulan data dengan menyebarkan sejumlah angket atau pertanyaan kepada responden dalam wilayah lokasi penelitian.

F. Teknik Analisis Data

Data yang telah diperoleh dikumpulkan dan diolah oleh peneliti kemudian dianalisa dengan menggunakan metode deskriptif kualitatif, yaitu dengan cara peneliti berusaha menginterpretasikan atau menganalisa data-data yang sudah diperoleh dan diolah dengan baik menjadi seperangkat informasi yang akurat sehingga mampu menjadi suatu kesimpulan hasil penelitian dengan menggambarkan secara deskriptif tentang implementasi kebijakan program Jaminan Kesehatan Daerah di Rumah Sakit Umum Kabupaten Sinjai.

G. Jadwal Penelitian

Jadwal pelaksanaan penelitian dilakukan dalam tiga tahapan, yaitu :

1. Tahapan persiapan, pada tahap ini peneliti mengurus perizinan penelitian pada lembaga terkait dan menyusun instrument penelitian.

2. Tahapan pelaksanaan, pada tahapan ini peneliti mulai mengumpulkan data dan menarik suatu kesimpulan.
3. Tahapan penyelesaian, pada tahap ini peneliti melakukan penulisan laporan penelitian, diskusi perbaikan, dan penggandaan laporan (skripsi).

BAB IV

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

A. Karakteristik Rumah Sakit Umum (RSUD) Kabupaten Sinjai

Rumah sakit umum daerah (RSUD) Sinjai merupakan rumah sakit Pemerintahan Kabupaten Sinjai yang beralamatkan di jalan Jendral Sudirman no. 21 Sinjai Utara. Rumah sakit umum daerah kabupaten sinjai merupakan salah satu rumah sakit yang ditunjuk untuk melaksanakan program JAMKESDA yang mana meliputi rawat jalan tingkat lanjutan, rawat inap tingkat lanjutan, pelayanan unit gawat darurat serta pelayanan obat salah satu yang menjadi acuan sehingga rumah sakit umum daerah sinjai ditunjuk sebagai pelaksana JAMKESDA karena lokasi rumah sakit yang sangat strategis dan juga pelayanan yang diberikan sangat memuaskan para pasiennya.

Dalam memberikan pelayanannya rumah sakit umum daerah sinjai selalu memperhatikan kepuasan pasiennya sesuai dengan misi rumah sakit umum sinjai yaitu memberikan pelayanan prima. Semua dapat terlaksana jika semua pihak saling bekerja sama dan juga ditunjang sarana dan prasaranan yang menunjang. Penyelenggaraan pelayanan kesehatan masyarakat mengacu pada prinsip-prinsip: a. Dana amanat dan nirlaba dengan pemanfaatan untuk semata-mata peningkatan derajat kesehatan masyarakat miskin. b. Menyeluruh (komprehensif) sesuai dengan standar pelayanan medik yang 'cost effective' dan rasional. c. Pelayanan Terstruktur, berjenjang dengan Portabilitas dan ekuitas, d. Transparan dan akuntabel

1. Visi-Misi, Tujuan, Falsafat, Nilai

a. Visi

Rumah Sakit Unggulan se Sulawesi Selatan

b. Misi

- 1) Mewujudkan Profesionalisme SDM.
- 2) Meningkatkan Sarana dan Prasarana.
- 3) Memberikan Pelayanan Prima.
- 4) Efisiensi Biaya Rumah Sakit.
- 5) Meningkatkan Kesejahteraan Karyawan.

c. Tujuan

Memberikan kepuasan kepada semua pelanggan agar tercipta citra baik Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Sinjai.

d. Falsafah

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

e. Nilai

- 1) Kejujuran.
- 2) Tanggung Jawab.
- 3) Kerjasama.
- 4) Kesetiaan.

5) Disiplin.

2. Struktur Organisasi dan Tugas Pokok

a. Kedudukan

RSUD sinjai adalah lembaga teknis daerah yang dipimpin oleh seorang Direktur, yang berada dibawah dan bertanggung jawab kepada Bupati melalui Sekretaris Daerah.

b. Tugas pokok

RSUD Sinjai mempunyai tugas:

1. Melaksanakan upaya kesehatan secara berdayaguna dan berhasilguna dengan mengutamakan upaya penyembuhan, pemulihan yang dilaksanakan secara terpadu dengan upaya peningkatan serta pencegahan dan melaksanakan upaya rujukan
2. Melaksanakan pelayanan yang bermutu sesuai standar pelayanan rumah sakit.

c. Susunan organisasi Badan RSUD Sinjai terdiri atas:

- 1) Direktur.
- 2) Wakil direktur Medik dan Keperawatan.
- 3) Wakil Direktur Umum, sumber Daya Manusia dan Pendidikan.
- 4) Wakil Direktur Keuangan.
- 5) Bidang Pelayanan Medik.
- 6) Bidang Pelayanan Keperawatan.
- 7) Bidang fasilitas Medik dan Keperawatan.
- 8) Bagian Umum.

- 9) Bagian Sumber Daya Manusia.
- 10) Bagian Pendidikan dan Penelitian.
- 11) Bagian Perencanaan dan Anggaran.
- 12) Bagian Perbendaharaan dan Mobilisasi dana.
- 13) Bagian Akuntansi.
- 14) Sub Bagian.
- 15) Seksi.

d. Unit Pendapatan Rumah Sakit

1) Rawat Jalan (TP2RJ)

- a) Loket pendaftaran berdasarkan jaminan (dipilah) Jamkesda, Jamsostek, Jamkesmas, Jamkesos, untuk mendapat kartu registrasi pasien untuk kepoliklinik, instalasi laboratorium, radiologi dan rehabilitasi medik.
- b) Setelah menerima pelayanan kesehatan sesuai jenis penyakit diberikan recu (tanda registrasi pembayaran) bagi pasien umum dan pasien jaminan hanya menggunakan kartu registrasi sebagai bahan untuk penagihan penjamin.
- c) Untuk pasien yang mendapat resep dapat ditebus pada apotik rawat jalan dengan mendapat obat dan recu (bukti pembayaran obat), sedangkan pasien yang dijamin oleh Jamkesda, Jamkesmas, Jamsostek, Jamkesos langsung mendapatkan obat dan copy resep sebagai bahan penagihan.

2) Rawat Inap (TP2RI)

Sentral opname menerima pasien rawat inap dari poliklinik, IGD dapat mendapat registrasi pasien rawat inap sebagai status pasien rawat inap sesuai jenis penyakitnya.

- A. Dalam pengelolaan pendapatan dan permasalahan atau kendali yang dihadapi :
 - 1. Verifikasi Data.
 - 2. Keterlambatan pembayaran klaim.
- B. Dalam peran eksekutif dan legislative dalam mendukung peningkatan pelayanan di Rumah Sakit (RS) khususnya dalam penyediaan anggaran/pembiayaan operasional di Rumah Sakit adalah adanya dukungan kebijakan pemerintah.
- C. Dalam menjalankan fungsi pembiayaan rumah sakit dana bersumber dari APBD dan APBN.
- D. Cara penerapan tarif
 - 1. Survey Harga Pasar (Disperindag).
 - 2. Keadaan Sosial Masyarakat (BPS).
 - 3. Penerapan Unit Cost penyakit oleh setiap SMF.
 - 4. Draf Staf RS Umum dan RS Khusus (Dinas Kesehatan).
 - 5. Rencana Kerja Perubahan.
 - 6. Sama dengan penyusunan Perda lainnya.
- E. Langkah yang ditempuh oleh RSUD Sinjai untuk mengantisififikasi pembiayaan rumah sakit yang semakin meningkat tiap tahunnya untuk memunahi pelayanan menimal Rumah Sakit yaitu dengan :

1. Pola Tata Kelola.
 2. Bisnis Plan dan Anggaran.
 3. Standar Pelayanan Minimal (SPM).
 4. Sistem Remunerasi.
- F. Dasar UU No. 44 Tahun 2009, pasal 51 adalah sangat setuju dan perlu penyesuaian dengan peraturan-peraturan yang telah berjalan.
- G. Program jaminan kesehatan yang dikelola oleh RSUD Sinjai antara lain, Jamkesda, Jamkesmas, Jamkesos, dan Askes
- H. Tunjangan diberikan kepada pegawai RSUD Sinjai selain tunjangan fungsional dan jasa medik adalah tunjangan yang sesuai dengan sifat kegiatan seperti bendahara, THR, SKHU, Pakasi dan sebagainya diatur dalam Keputusan Bupati.
- I. Sistem penggajian tenaga kerja yang statusnya bukan PNS adalah tenaga out shorsing sementara proses yang sekarang hanya magang untuk mendapatkan persetujuan BKD.
- J. Metode yang digunakan untuk melihat kinerja pelayanan RSUD Sinjai adalah metode survey kepuasan pelanggan.
- 3) Ketenagaan (Sumber Daya Manusia)
- SDM yang bertugas pada RSUD Sinjai terdiri dari:
- a. Pegawai Negeri Sipil Daerah.
 - b. Konsultan dari fakultas Kedokteran UNHAS.
 - c. Tenaga Magang.

1. Tenaga PNS menurut Pendidikan

Tabel 1: Keadaan jumlah spesialisasi dan Tingkat pendidikan

No	Kualifikasi Pendidikan	Jumlah
A.	Dokter	
1.	Dokter Umum	15
2.	Dokter PPDS	3
3.	Dokter Spesialis Bedah	3
4.	Dokter Spesialis Penyakit Dalam	3
5.	Dokter Spesialis Anak	4
6.	Dokter Spesialis obgyn	4
7.	Dokter Spesialis Radiologi	3
8.	Dokter Spesialis Anastesi	1
9.	Dokter Spesialis Patalogi Klinik	2
10.	Dokter Spesialis Jiwa	1
11.	Dokter Spesialis Mata	2
12.	Dokter Spesialis THT	3
13.	Dokter Spesialis Kulit dan Kelamin	2
14.	Dokter Spesialis Saraf	2
15.	Dokter Spesialis Jantung	1
16.	Dokter Spesialis Paru	1
17.	Dokter Spesialis Bedah Orthopedi	1
18.	Dokter Spesialis Patalogi Anatomi	1
19.	Dokter Gigi Spesialis Prostodonsia	1
20.	Dokter Spesialis Gizi Medik	1
21.	Dokter Gigi	5
22.	Dokter Gigi S2/S3 Kesehatan Masyarakat	4
	Dokter Konsultan Penyakit Dalam	
23.	Dokter Spesialis Urologi (Part Time)	2
24.	Tenaga Keperawatan	1
B.	Sarjana Keperawatan	
1.	D4 Kebidanan	29
2.	D4 Keperawatan	2
3.	Akper	3
4.	Akbid	63
5.	D3 Keperawatan Anatesis	13
6.	D3 Keperawatan Gigi	1
7.	Sekolah Perawat Kesehatan	3
8.	Perawat Bidan	15
9.	Sekolah Pengatur Rawat Gigi	11
10.	Tenaga Kefarmasian	4
C.	Apoteker	
1.	S1 Farmasi	5
2.	Akademik Farmasi	6
3.	Sekolah Asisten Apoteker	4

4.	Sekolah Menengah Farmasi	1
5.	Tenaga Kesehatan Masyarakat	5
D.	S2 Epidemiologi	
1.	S2 Kesehatan Masyarakat	1
2.	S1 Kesehatan Masyarakat	5
3.	D3 Sanitarian/AKL	13
4.	D1 Sanitarian/SPPH	5
5.	Tenaga Nutrision/Gizi	2
E.	S2 Gizi	
1.	S1 Gizi	1
2.	Akademik Gizi/D3 Gizi	5
3.	D1 Gizi (APAG)	9
4.	Tenaga Keteknisan Medik	5
F.	D3 Fisioterapi	
1.	D3 Radiologi	7
2.	D3 Perekam Medik	8
3.	D3 Teknik Elektromedik (ATEM)	2
4.	D3 Analisis Kesehatan	4
5.	Sekolah Pengatur Teknikal Gigi	3
6.	Tenaga Administrasi	1
G.	S2 Manajemen Keuangan	
1.	S2 Sains (M.Si)	2
2.	S1 Ekonomi	2
3.	S1 Administrasi	8
4.	S1 Sosial	7
5.	S1 Hukum	8
6.	S1 Komputer	1
7.	D1 Informatika RS	1
8.	SMA/SMU	1
10.	SMK KARYA	7
11.	SMK	2
12.		1
	Total	347

Sumber : RSUD Sinjai, Tahun 2011

2. Tenaga PNS Menurut Pangkat/Golongan

Tabel 2: Keadaan jumlah tenaga PNS menurut pangkat/golongan

No	Golongan	Jumlah Tenaga
1.	IV	20
2.	III	105
3.	II	181
4.	I	11
	Total	317

Sumber : RSUD Sinjai, Tahun 2011

3. Tenaga Menurut Status Kepegawaian

Tabel 3: keadaan jumlah tenaga menurut status kepegawaian

No	Status kepegawaian	Jumlah Tenaga
1.	PNS Provinsi SulSel	317
2.	Kontrak	25
3.	Partimer	3
4.	Titipan	2
5.	Total PNS + Titipan	347
6.	Magang	12

Sumber : RSUD Sinjai, Tahun 2011

B. Implementasi Program Jaminan Kesehatan Daerah (JAMKESDA)

1. Rawat Jalan Tingkat Lanjutan

Rawat Jalan (TP2RJ) loket pendaftaran berdasarkan jaminan (dipilah) Jamkesda. Jamsostek, Jamkesmas, Jamkesos, untuk mendapat kartu registrasi pasien untuk kepoliklinik, instalasi laboratorium, radiologi dan rehabilitasi medik. Setelah menerima pelayanan kesehatan sesuai jenis penyakit diberikan recu (tanda registrasi pembayaran) bagi pasien umum dan pasien jaminan hanya menggunakan kartu registrasi sebagai bahan untuk penagihan penjamin.

Untuk pasien yang mendapat resep dapat ditebus pada apotik rawat jalan dengan mendapat obat dan recu (bukti pembayaran obat), sedangkan pasien yang dijamin oleh Jamkesda, Jamkesmas, Jamsostek, Jamkesos langsung mendapatkan obat dan copy resep sebagai bahan penagihan

Tabel 4: Tanggapan responden tentang pelayanan rawat jalan tingkat lanjutan di Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Sinjai

Kriteria	Jumlah (orang)	Persentase (%)
Sangat puas	20	40
Puas	10	20
Kurang puas	5	10
Tidak puas	15	30
	50	100

Sumber: Data olahan Kuesioner tahun 2011.

Dari data diatas dapat disimpulkan bahwa proses pelayanan rawat jalan tingkat lanjutan di RSUD Sinjai menyatakan bahwa dari 20 orang atau 40% menyatakan sangat puas akan pelayanan yang diberikan oleh pihak rumah sakit sedangkan responden yang menyatakan kurang puas hanya 5 orang atau 10% saja. Hal ini disebabkan karena pelayanan yang diberikan sudah memenuhi kriteria pelayanan yang sebenarnya yaitu:

- a. Kebutuhan masyarakat dapat di penuhi.
- b. Mampu memberikan pelayanan yang baik.
- c. Tidak berbelit-belit.
- d. Menyingkat waktu tunggu masyarakat.
- e. Dapat menguntungkan semua pihak.

Tabel 5: Tanggapan responden tentang prosedur pelayanan rawat jalan tingkat lanjutan di Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Sinjai

Kriteria	Jumlah orang	Persentase (%)
Sangat lancar	25	50
Lancar	10	20
Kurang lancar	10	20
Tidak lancar	5	10
Total	50	100

Sumber: Data olahan kuesioner tahun 2011

Berdasarkan hasil dari tabel 5 di atas maka 25 responden atau 50% menyatakan bahwa prosedur pelayanan rawat jalan tingkat lanjutan yang diberikan oleh pihak RSUD Sinjai sangat lancar atau tidak berbelit-belit dan memakan waktu yang sangat singkat, Terlihat lebih efisien dari segi kecepatan pelayanan seorang pasien saat pasien memerlukan pelayanan rawat jalan tingkat lanjutan, Pasien hanya perlu memperlihatkan kebutuhan serta mengikuti prosedur untuk mendapatkan pelayanan, Sedangkan 5 responden atau 10% menyatakan bahwa tidak lancar. Hal yang menyebabkan sehingga prosedur pelayanan rawat jalan tingkat lanjutan di RSUD Sinjai ini ada yang mengatakan tidak lancar dikarenakan adanya sejumlah prosedur yang tidak lengkap dari pasien bukan dari pihak rumah sakit, Keterlambatan dari pasien mengurus segala kelengkapan yang dibutuhkan sedangkan pihak rumah sakit bukan hanya melayani satu dua orang pasien tapi puluhan pasien dalam setiap bulanya, Dengan alasan inilah ada beberapa persen mengatakan bahwa pelayanan rawat jalan tingkat lanjutan di RSUD sinjai tidak lancar dalam pelayanannya.

2. Rawat Inap Tingkat Lanjutan

Rawat inap tingkat lanjutan ini diberikan apabila perlu jika pasien betul-betul memerlukan perawatan jalan yang lebih intensif karena mungkin penyakit pasien ini memerlukan penanganan serta pelayanan yang betul-betul serius.

Tabel 6: Tanggapan responden tentang prosedur pelayanan rawat inap tingkat lanjutan yang ada di Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Sinjai

Kriteria	Jumlah (orang)	Persentase (%)
Sangat cepat	25	50
Cepat	10	20
Kurang cepat	5	10

Lambat	10	20
Total	50	100

Sumber: Data olahan kuesioner tahun 2011.

Pada prosedur pelayanan rawat inap tingkat lanjutan maka 25 orang atau 50% mengatakan sangat cepat dan 5 orang atau 10% mengatakan kurang cepat. Hal yang menyebabkan sehingga prosedur pelayanan sangat cepat karena ditunjang dengan fasilitas yang sudah sangat lengkap dan juga sumber manusia yang memang memiliki pengetahuan yang tinggi dalam memberikan pelayanan rawat inap tingkat lanjutan. Sedangkan ada pula beberapa persen pasien mengatakan bahwa pelayan kurang cepat, ini disebabkan karena pelayanan rawat inap merupakan pelayanan yang betul-betul serius jadi seluruh kebutuhan baik segi sarana dan prasarana maupun sumber daya manusia harus dilengkapi dan diberi penanganan secara intensif, tidak hanya dari kelengkapan dari pihak rumah sakit, dari pasien pun harus siap.

Tabel 7: Tanggapan responden tentang ruangan rawat inap yang ada di Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Sinjai

Kriteria	Jumlah (orang)	Persentase (%)
Sangat bagus	5	10
Bagus	25	50
Kurang bagus	15	30
Tidak bagus	5	10
Total	50	100

Sumber: Data olahan kuesioner tahun 2011.

Dari tabel 7, sebanyak 25 orang responden atau 50% mengatakan bahwa ruangan yang ada di RSUD Sinjaibagus sedangkan sebanyak 15 orang responden atau 30% mengatakan kurang bagus. Responden mengatakan bagus disebabkan sejumlah ruangan telah memenuhi standar kelengkapan kesehatan, fasilitas serta

keluasan ruangan.Sedangkan responden yang mengatakan kurang bagus di sebabkan bukan dari dalam ruangan namun dari jumlah ruangan di rumah sakit, jelas karena RSUD sinjai sementara ini sedang diperluas untuk penambahan ruangan dan sebagian lagi direnovasi.Pihak bapel dan pemerintahan daerah berkerjasama untuk memenuhi keresahan dan masalah dari masyarakat.

3. Pelayanan Rawat Unit Darurat

Pelayanan Gawat Darurat (*Emergency*) merupakan bagian dari program jamkesda yang dilaksanakan di RSUD Sinjai terhadap pasien yang sedang kritis atau dalam keadaan darurat.Namun tidak menutup kemungkinan merawat penderita yang bukan gawat darurat.IGD di pimpin oleh seorang dokter spesialis bedah dan dibantu oleh dua orang dokter umum sebagai kepala unit bedah dan kepala unit non bedah.Pelayanan instalasi gawat darurat tidak hanya bagi pengguna jamkesda tapi yang belum memiliki kartu jamkesda pun berhak dilayani dikarnakan ini sifatnya kritis dan darurat, bagi yang tidak memiliki jamkesda yang menjamin adalah pihak rumah sakit dan dipertanggung jawabkan ke bapel.

Tabel 8: Tanggapan responden tentang fasilitas yang ada di ruangan Instalasi Gawat Darurat (IGD) Di Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Sinjai

Kriteria	Jumlah (orang)	Persentase (%)
Sangat lengkap	5	10
Lengkap	25	50
Kurang lengkap	15	30
Tidak lengkap	5	10
Total	50	100

Sumber: Data olahan kuesioner tahun 2011,

Pada tabel 8 diatas menjelaskan bahwa 25 responden atau 50% menyatakan bahwa fasilitas yang ada di ruangan instalasi gawat darurat lengkap

dan 15 responden atau 30% mengatakan kurang lengkap. Banyaknya responden yang mengatakan lengkap di sebabkan karena pelayanan instalasi gawat darurat adalah sebuah pelayanan yang wajib cepat dalam penanganannya karena ini sifatnya darurat dan kritis, makanya pihak rumah sakit dengan segala upayanya melengkapi sarana dan fasilitas di ruangan instalasi gawat darurat, bagi responden yang mengatakan kurang lengkap di sebabkan kurangnya kontrol dari pihak rumah sakit dengan beberapa fasilitas yang ada diruangan IGD. Terlihat adanya sejumlah fasilitas yang rusak dan tidak layak dipakai lagi tidak diganti dengan yang lebih baik.

4. Pelayanan obat-obatan

Untuk memenuhi kebutuhan obat dan bahan habis pakai di Rumah Sakit, Instalasi Farmasi/Apotik Rumah Sakit bertanggung jawab menyediakan semua obat dan bahan habis pakai yang diperlukan. Meski telah diberlakukan INADRG, agar terjadi efisiensi pelayanan, pemberian obat didorong agar menggunakan Formularium obat Jaminan kesehatan di rumah sakit.

Apabila terjadi kekurangan atau ketiadaan obat maka pihak rumah sakit berkewajiban memenuhi obat tersebut melalui koordinasi dengan pihak-pihak terkait. Pemberian obat untuk pasien diberikan untuk 3 (tiga) hari kecuali untuk penyakit-penyakit kronis tertentu dapat diberikan lebih dari 3 (tiga) hari sesuai dengan kebutuhan medis. Pemberian obat dilakukan dengan efisien dan mengacu pada clinical pathway.

Tabel 9: Tentang pelayanan obat di Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Sinjai

Kriteria	Jumlah (orang)	Persentase
Sangat cepat	5	10

cepat	25	50
Kurang Cepat	15	30
Tidak Cepat	5	10
Total	50	100

Sumber: Data olahan kuesioner tahun 2011

Dari tabel 9 diatas maka 25 responden atau 50% mengatakan bahwa pelayanan obat yang ada di apotik RSUD Sinjai cepat sedangkan 15 responden atau 30% mengatakan kurang cepat. Hal yang menyebabkan sehingga pelayanan obat begitu cepat karena jumlah pegawai yang ada diapotik tersebut sudah memadai sehingga pasien cepat mendapat pelayanan, dikarenakan pula banyaknya persediaan obat yang diperlukan bagi pasien. Sedangkan responden yang mengatakan kurang cepat di sebabkan sejumlah pasien tidak mengetahui jenis-jenis obat yang diperlukan hanya berupa resep sehingga pagawai yang ada di apotik berupaya menjelaskan dan memberi pemahaman yang membutuhkan waktu yang cukup lama, serta persediaan obat yang tidak mencukupi dari kebutuhan sehingga harus berkoordinasi dulu ke pihak yang terkait untuk diberikan solusi yang cepat.

Tabel 10: Tanggapan responden tentang pengadaan obat Di Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Sinjai

Kriteria	Jumlah (orang)	Persentase (%)
Sangat Banyak	5	10
Banyak	25	50
Kurang Banyak	15	30
Tidak Banyak	5	10
Total	50	100

Sumber: Data olahan kuesioner tahun 2011

Pada tabel 10 diatas menjelaskan tentang pengadaan obat yang ada di RSUD Sinjai dan 25 responden atau 50% mengatakan bahwa pengadaan obat

yang ada dirumah sakit sangat banyak dan 15 responden atau 30% mengatakan kurang banyak. Dengan demikian bahwa obat yang disediakan oleh pihak rumah sakit sangat banyak sehingga pasien tidak repot untuk mencari obat yang dibutuhkan oleh pasien. Namun ada pula sejumlah pasien mengatakan kurang banyak, Ini disebabkan karena adanya sejumlah obat yang memang terbatas dalam pengadaannya, semisal nya obat yang harganya cukup mahal yang tidak masuk dalam pelayanan jaminan kesehatan daerah, dalam hal ini pelayanan harus diteruskan pada pihak terkait atau kepada badan pelaksana jaminan kesehatan untuk konfirmasi selanjutnya.

Tabel 11: Tanggapan responden tentang sejauh mana pemahaman akan Program JAMKESDA

Kriteria	Jumlah (orang)	Persentase (%)
Sangat paham	10	20
paham	5	10
Kurang paham	30	60
Tidak paham	5	10
Total	50	100

Sumber: Data olahan kuesioner tahun 2011.

Dari hasil tabel 11 diatas dapat diketahui bahwa 30 orang atau 60% kurang paham akan program jamkesda sedangkan 10 orang atau 20% sangat paham. Ini disebabkan karena tingkat pendidikan rata-rata pengguna kartu jamkesda adalah cuma tamat SD saja inilah yang menyebabkan sehingga pengetahuan akan program jamkesda kurang dipahami dan juga kurangnya sosialisasi pemerintah daerah terhadap masyarakat, Banyaknya masyarakat kurang memahami menjadi sebuah masalah dalam menerapkan program jamkesda ini, pengerahan dari pihak media khususnya media cetak sangat minim, sudah beberapa tahun tidak ada brosur-

brosur ataupun semacam media info yang menjelaskan pentingnya program kesehatan ini untuk masyarakat.

C. Faktor Pendukung Dan Penghambat Implementasi Program Jamkesda Di Rumah Sakit Umum Daerah Sinjai

Adapun yang menjadi faktor pendukung dan penghambat dalam Implementasi program jaminan kesehatan daerah di rumah sakit umum daerah kabupaten Sinjai sebagai berikut:

1. Faktor pendukung

a. Pelayanan

Adapun yang menjadi faktor pendukung pertama dalam implementasi program jaminan kesehatan daerah di RSUD Sinjai adalah pelayanan. Karena sesuai dengan misi rumah sakit yaitu memberikan pelayanan prima terhadap pasiennya.

b. Sarana dan Prasarana

Sarana dan Prasarana merupakan hal perlu juga ada dalam rumah sakit karena merupakan penunjang dalam keberhasilan pemberian pelayanan di rumah sakit.

c. Sumber daya manusia

Tidak ada gunanya pelayanan dan sarana serta prasarana yang lengkap jika tidak ditunjang oleh sumber daya manusia yang memadai maka dari itu perlu juga ada sumber daya manusia yang berkualitas untuk memberikan pelayanan, Sumber daya manusia yang cukup pengetahuan dan ilmu kesehatan, dalam hal ini

pihak dokter, perawat, pegawai serta tenaga tambahan lainnya yang merupakan bagian dari pemberi pelayanan di rumah sakit.

2. Faktor penghambat

a. Kepesertaan/ data base

Sampai saat ini belum semua database dapat didistribusikan kartunya terutama terhadap masyarakat dan anak-anak yang sulit untuk di data, double entri, peserta pindah daerah, kelahiran baru dan meninggal dunia.

b. Pendanaan Program

Kendala terbesar pendanaan adalah pertanggungjawaban pendanaan PPK yang masih belum tepat waktu dikarenakan pelatihan dan pemanfaatan software standar verifikasi dilaksanakan pada bulan Agustus sedangkan bahan entry data dan klaim Rumah Sakit dimulai sejak Januari dengan demikian, perlu kerja keras Rumah Sakit agar pertanggungjawaban keuangan sesuai dengan pengaturannya.

c. Pengorganisasian, Peran dan Fungsi Pemerintah Daerah

Kendala utama dalam pengorganisasian adalah masih kurang optimal peran fungsi Tim Badan Pengelola (BAPEL) dan Tim Koordinasi Provinsi/Kabupaten/Kota. Sosialisasi, advokasi, monitoring, evaluasi dan pelaporan dalam keuangan serta kinerja pelayanan kesehatan masih belum berjalan sebagaimana seharusnya. Karena itu diperlukan komitmen dari seluruh Dinas Kesehatan sebagai penanggung jawab pengelolaan jaminan kesehatan di daerahnya.

Belum semua Pemerintah Daerah mempunyai komitmen dalam pendanaan Jaminan Kesehatan Daerah diluar kuota, sedangkan yang sudah mempunyai

pendanaan pengelolaan belum seluruhnya mengikuti mekanisme JAMKESDA. Hal ini menyebabkan menjadi kurang harmonisnya pelaksanaan Jaminan Kesehatan yang dibiayai oleh APBN dan pengelolaan yang dibiayai oleh APBD. Masih banyak Pemerintah Daerah yang memasukkan dana belanja bantuan sosial ini kedalam PAD. Hal ini akan mengganggu pelayanan kesehatan Masyarakat, seharusnya dana belanja bantuan sosial sepenuhnya diperuntukan bagi pelayanan kesehatan peserta sebelum menjadi pendapatan Rumah Sakit.

BAB V

PENUTUP

A. Kesimpulan

Berdasarkan hasil analisis data yang dilakukan, maka dapat diambil kesimpulan bahwa implementasi program jaminan kesehatan di rumah sakit umum daerah kabupaten sinjai, dilihat dari segi pelayanan baik itu pelayanan rawat jalan tingkat lanjutan maupun rawat inap tingkat lanjutan sangat memuaskan bagi pengguna jamkesda karena sesuai dengan misi dan tujuan dari rumah sakit umum daerah kabupaten sinjai tersebut. Selain itu dilihat dari segi fasilitas yang sangat lengkap dan menunjang. Hal ini terlihat dari jawaban-jawaban responden yang bersifat positif atas pertanyaan yang diajukan oleh peneliti seperti pelayanan rawat jalan tingkat lanjutan, prosedur pelayanan rawat jalan tingkat lanjutan, pelayanan rawat inap, prosedur rawat inap tingkat lanjutan, kualitas obat serta pemahaman masyarakat akan program jaminan kesehatan daerah (JAMKESDA).

Dalam pelayanan ada yang menjadi faktor pendukung dalam implementasi program jaminan kesehatan daerah di RSUD Sinjai termasuk dalam memberikan pelayanan prima terhadap pasiennya. Sarana dan prasarana merupakan hal perlu juga ada dalam rumah sakit karena merupakan penunjang dalam keberhasilan pemberian pelayanan di rumah sakit. Tidak ada gunanya pelayanan dan sarana serta prasarana yang lengkap jika tidak ditunjang oleh sumber daya manusia yang memadai maka dari itu perlu juga ada sumber daya manusia yang berkualitas untuk memberikan pelayanan, Sumber daya manusia yang cukup pengetahuan dan

ilmu kesehatan, dalam hal ini pihak dokter, perawat, pegawai serta tenaga tambahan lainnya yang merupakan bagian dari pemberi pelayanan di rumah sakit. Sedangkan dari faktor penghambat dating dari kepesertaan/ data base. Sampai saat ini belum semua database dapat didistribusikan kartunya terutama terhadap masyarakat dan anak-anak yang sulit untuk di data, double entri, peserta pindah daerah, kelahiran baru dan meninggal dunia. Kendala terbesar pendanaan adalah pertanggungjawaban pendanaan yang masih belum tepat waktu. Pengorganisasian, Peran dan Fungsi Pemerintah Daerah masih kurang optimal peran fungsi Tim Badan Pengelola (BAPEL) dan Tim Koordinasi Provinsi/Kabupaten/Kota. Sosialisasi, advokasi, monitoring, evaluasi dan pelaporan dalam keuangan serta kinerja pelayanan kesehatan masih belum berjalan sebagaimana seharusnya. Karena itu diperlukan komitmen dari seluruh Dinas Kesehatan sebagai penanggung jawab pengelolaan jaminan kesehatan di daerahnya.

B. Saran

Berdasarkan kesimpulan diatas, maka dapat dikemukakan beberapa saran yang kiranya dapat bermanfaat bagi semua, yaitu:

1. Bagi rumah sakit harus tetap bisa mempertahankan atau bahkan meningkatkan mutu pelayanan kesehatannya lagi, baik dari segi fasilitas, pelayanan medis maupun pelayanan lainnya.
2. Pihak rumah sakit hendaknya memperbanyak pelatihan-pelatihan dan pendidikan tentang pelayanan bermutu yang berhubungan dengan pengetahuan dan keterampilan sehari-hari.

3. Hendaknya pemerintah melalui instansi-instansi terkait harus lebih mensosialisasikan program Jamkesda ini kepada masyarakat luas, khususnya kepada mereka yang berhak menerima bantuan.
4. Hendaknya masyarakat yang sudah terdaftar sebagai peserta Jamkesda mematuhi peraturan yang telah ditetapkan pemerintah mengenai Jamkesda dan menggunakan kartu Jamkesda sabaik mungkin serta dapat menjadi sumber informasi bagi masyarakat lain yang layak menggunakan kartu Jamkesda tetapi belum terdaftar sebagai peserta Jamkesda.
5. Pihak rumah sakit hendaknya memperbanyak kontrol, Termasuk pengontrolan kelengkapan fasilitas serta obat-obatan yang dimana dianggap penting dalam pengadaannya.
6. Hendaknya masyarakat turut aktif dalam menjalin kerjasama agar tercipta keharmonisan antara pihak rumah sakit dengan pengguna program jaminan kesehatan daerah. Dalam hal ini kelengkapan keadmistrasian.

DAFTAR PUSTAKA

- Abidin, S, Z. 2006. *Kebijakan publik. Edisi revisi cetakan ketiga*, PT. Suara Bebas Jakarta.
- Ag, Subarsono, 2005, *Analisis Kebijakan Publik*, PT. Publik Pustaka Pelajar, Yogyakarta.
- Emil Salim, 1991, *Pembangunan Berwawasan Lingkungan*, PT Mediyatama, Jakarta.
- Faisal, Sanapiah, 1990, *Penelitian Kualitatif, Dasar dan Aplikasi*, YA3 Malang.
- Handyaningrat, Soewarno, 1990, *Pengantar Study Ilmu Administrasi dan Manajemen*, CV Haji Masagung.
- Kristiadi.J.B, 1994, *Administrasi atau Manajemen Pembangunan*, Sub Bagian Tata Usaha Ketua LAN.
- Tjokromidjojo Bintoro, 1995, *Pengantar Administrasi Pembangunan*, PT. Pustaka LP3ES, Jakarta
- Tjokromidjojo Bintoro, 1996, *Perencanaan Pembangunan*, PT.Toko Gunung Agung, Jakarta.
- Riant nugroho dwijowijoto, 2003 *Kebijakan Public, Formulasi, Implementasi, Dan Evaluasi*, Jakarta, PT Elex Media Komputindo.
- Sudiriamunawar Haryono, 2002, *Pengantar Study Administrasi Pembangunan*, CV. Mandar Maju. Jakarta.
- Sugiyono, 2010, *Metode Penelitian Kuantitatif Kualitatif dan R&D*, CV. Alfabeta, Bandung.
- Sugiyono, 2010, *Memahami Penelitian Kualitatif*, CV. Alfabeta, Bandung.
- Sumaryadi I. Nyoman, 2005. *Perencanaan Pembangunan Daerah Otonom dan Pemberdayaan Masyarakat*, PT. Citra Utama, Jakarta.

Suriasumantri, Jujun, S, 1985, *Filsafat Ilmu, Sebuah Pengantar Populer*, Sinar Harapan.

Soesilo Zauhar, 2001, *Kebijakan publik dan pembangunan*, Fakultas Ilmu Administrasi Universitas Brawijaya Malang, bekerjasama dengan IKIP Malang.

Wahab, Abdul, Solichin, 1997, *Analisis kebijakan dari formulasi ke implementasi Kebijakan*, Bumi Aksara, Jakarta

Dokumen – Dokumen

Departemen Kesehatan Republik Indonesia, 2006, Direktorat jenderal pelayanan medik dan obat-obatan, *Petunjuk pelaksana penanganan masalah kesehatan di Indonesia*.

<http://www.theprakarsa.org/uploaded/lain-in/policy%20paper%20seminar-twin.pdf> (Tanggal 07 Januari 2011 pukul 22.30)

http://www.yappika.or.id/index2.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=29&Itemid=94 (Tanggal 07 Januari 2011 pukul 22.35)

www.ppjk.depkes.go.id/index2.php?option=com_docman&task (Tanggal 07 Januari 2011 pukul 22.40)

Peraturan daerah (PERDA) No.3/2004 Tentang Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan Daerah (JAMKESDA)

Undang – Undang Dasar 1945 Pasal 28 H ayat (1) dan Pasal 34 ayat (3) tentang penempatan status sehat dan pelayanan kesehatan masyarakat

Undang – Undang No. 23 tahun 1992 tentang kesehatan. Dalam indeks pembangunan manusia (IPM)