



**ANALISIS KEBIJAKAN KESEHATAN TENTANG PENYELENGGARAAN
PELAYANAN KESEHATAN BAGI FAKIR MISKIN PEMILIK SURAT
PERNYATAAN MISKIN DI KABUPATEN SITUBONDO**

SKRIPSI

Oleh :
Atikah Maulidiana
NIM.132110101189

**BAGIAN ADMINISTRASI DAN KEBIJAKAN KESEHATAN
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS JEMBER
2018**



**ANALISIS KEBIJAKAN KESEHATAN TENTANG PENYELENGGARAAN
PELAYANAN KESEHATAN BAGI FAKIR MISKIN PEMILIK SURAT
PERNYATAAN MISKIN DI KABUPATEN SITUBONDO**

SKRIPSI

Diajukan guna melengkapi tugas akhir dan memenuhi salah satu syarat
untuk menyelesaikan Program Pendidikan S-1 Kesehatan Masyarakat
dan mencapai gelar Sarjana Kesehatan Masyarakat

Oleh :
Atikah Maulidiana
NIM.132110101189

**BAGIAN ADMINISTRASI DAN KEBIJAKAN KESEHATAN
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS JEMBER
2018**

MOTO

“Maka sesungguhnya bersama kesulitan ada kemudahan. Sesungguhnya bersama kesulitan ada kemudahan, maka apabila engkau telah selesai (dari sesuatu urusan), tetaplah bekerja keras (untuk urusan yang lain). Dan hanya kepada tuhanmulah engkau berharap”. (Terjemahabn QS. Al-Insyiroh 6-8)



*) Mushaf Khadijah. 2012. Al-Qur'an Terjemahan. Jakarta : PT Media Insan Pustaka

PERNYATAAN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Atikah Maulidiana

NIM : 132110101189

Menyatakan dengan sesungguhnya bahwa skripsi yang berjudul “*Analisis Kebijakan Kesehatan tentang Penyelenggaraan Pelayanan Kesehatan bagi Fakir Miskin Pemilik Surat Pernyataan Miskin di Kabupaten Situbondo*” adalah benar-benar hasil karya saya sendiri, kecuali dalam penyebutan sumber pustaka yang telah dicantumkan didalamnya, dan penelitian ini belum pernah diajukan pada institusi manapun, serta bukan merupakan hasil plagiat. Saya bertanggung jawab atas keabsahan dan kebenaran isi karya ini, sebagaimana telah sesuai dengan sikap ilmiah yang harus dijunjung tinggi.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya, tanpa adanya tekanan dan paksaan dari pihak manapun serta bersedia mendapatkan sanksi akademik apabila ternyata di kemudian hari pernyataan ini tidak benar.

Jember, April 2018

Yang menyatakan,

Atikah Maulidiana

NIM. 132110101189

PEMBIMBINGAN

SKRIPSI

**ANALISIS KEBIJAKAN KESEHATAN TENTANG PENYELENGGARAAN
PELAYANAN KESEHATAN BAGI FAKIR MISKIN PEMILIK SURAT
PERNYATAAN MISKIN DI KABUPATEN SITUBONDO**

Oleh :

Atikah Maulidiana

NIM 13210101189

Pembimbing :

Dosen Pembimbing Utama : Christyana Sandra, S.KM., M.Kes

Dosen Pembimbing Anggota : Yennike Tri H, S.KM., M.Kes

PENGESAHAN

Skripsi berjudul *Analisis Kebijakan Kesehatan tentang Penyelenggaraan Pelayanan Kesehatan bagi Fakir Miskin Pemilik Surat Pernyataan Miskin di Kabupaten Situbondo* telah diuji dan disahkan oleh Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember pada :

Hari : Kamis
Tanggal : 19 April 2018
Tempat : Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember

Pembimbing	Tanda Tangan
1. DPU : Christyana Sandra, S.KM., M.Kes. NIP. 198204162010122003	(.....)
2. DPA : Yennike Tri Herawati, S.KM., M.Kes. NIP. 197810162009122001	(.....)

Penguji	
1. Ketua : Drs. Husni Abdul Gani, M.S. NIP. 195608101983031003	(.....)
2. Sekretaris : Eri Witcahyo, S.KM., M.Kes. NIP. 19820723 201012 1 003	(.....)
3. Anggota : Hainur Rasyid, SH., S.pd., MH. NIP. 196708231988111002	(.....)

Mengesahkan
Dekan,

Irma Prasetyowati, S.KM., M.Kes.
NIP. 19800516 200312 2 002

RINGKASAN

Analisis Kebijakan Kesehatan tentang Penyelenggaraan Pelayanan Kesehatan bagi Fakir Miskin Pemilik Surat Pernyataan Miskin Di Kabupaten Situbondo; Atikah Maulidiana; 132110101189; 2018; 72 Halaman; Bagian Administrasi Dan Kebijakan Kesehatan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember.

Kabupaten Situbondo pada tahun 2016 mengalami suatu masalah yakni dana klaim JAMKESDA mengalami pembengkakan diluar dana yang sudah ditetapkan sebelumnya bahkan mencapai 20 M, hal tersebut terjadi dikarenakan kurangnya kontrol dari dinas terkait sehingga pelayanan kesehatan tidak tepat sasaran dan tidak ada peraturan tegas terkait pelayanan JAMKESDA. Maka dari itu Bupati dan pemerintah daerah Situbondo menetapkan sebuah kebijakan kesehatan berupa Peraturan Bupati No 11 Tahun 2017 tentang Pedoman Operasional Penyelenggaraan Pelayanan Kesehatan Bagi Fakir Miskin Pemilik Surat Pernyataan Miskin yang ditujukan kepada masyarakat fakir miskin yang berada di Situbondo dan tidak termasuk dalam penerima bantuan iuran jaminan kesehatan dengan tujuan untuk menjamin terpenuhinya jaminan kesehatan yang layak bagi fakir miskin di Situbondo. Dalam kebijakan kesehatan terdapat 3 sistem dan komponen yaitu aktor, *content* (isi kebijakan) dan *context* (lingkungan kebijakan). Dalam implementasi SPM ini masih terdapat kendala seperti tidak tercakupnya seluruh masyarakat miskin yang tidak terdaftar dalam iuran jaminan kesehatan nasional, namun juga tidak memenuhi dalam 61 indikator kemiskinan untuk mendapatkan SPM, Berdasarkan uraian diatas peneliti ingin meneliti Bagaimana analisis kebijakan kesehatan terkait peraturan bupati Nomor 11 tahun 2017 tentang penyelenggaraan pelayanan kesehatan bagi fakir miskin pemilik surat pernyataan miskin di Kabupaten Situbondo.

Jenis penelitian ini adalah Studi Kasus menggunakan metode penelitian kualitatif, yang bertempat di Kabupaten Situbondo. Penelitian ini dilakukan selama bulan November 2017 sampai Januari 2018. Penentuan informan secara

purposive dengan informan kunci 1 orang, informan utama 8 orang dan informan tambahan 4 orang. Pengumpulan data dilakukan melalui wawancara mendalam dan studi dokumentasi.

Hasil dari penelitian menunjukkan bahwa aktor dalam kebijakan kesehatan ini terdiri dari: Bupati Situbondo, DPRD, Dinas Sosial, Dinas Kesehatan, BAPPEDA, Bagian Hukum Sekretariat Daerah, RSUD, Puskesmas, Aparatur Kecamatan, Aparatur Desa, Masyarakat fakir miskin, Secara keseluruhan aktor bekerja sesuai tupoksinya namun dari pihak desa masih kurang maksimal dalam mensosialisasikan kebijakan kesehatan tentang SPM. *Content* kebijakan kesehatan terdiri dari tujuan yaitu untuk mengcover masyarakat miskin dan sangat miskin yang tidak masuk dalam JKN dan mengantisipasi kebocoran/pengelolaan dana kesehatan yang tidak maksimal serta tepat sasaran, waktu untuk mengurus berkas yang terlalu singkat, kebijakan ini cukup efektif karena bantuan pelayanan SPM menjadi tepat sasaran. *Contex* atau Lingkungan Kebijakan yang mempengaruhi kebijakan meliputi 1) Faktor situasional membengkaknya klaim Jamkesda yang diluar dugaan karena kurangnya kontrol, 2) Faktor struktural terdiri dari struktur politik yang pro rakyat miskin di Kabupaten Situbondo, 3) Struktur ekonomi yang masih rendah dan banyak masyarakat miskin, dan 4) Struktur sosial perbedaan yang mencolok antara si kaya dan si mkiskin, kemudian 5) Faktor Budaya masyarakat yakni pernikahan dini dan berobat secara tradisonal ke dukun. Berdasarkan analisis penulis masyarakat merasa terbantu dengan adanya kebijakan kesehatan tentang SPM ini dan secara umum tidak ada masalah yang muncul dibagian konteks ini berkaitan dengan pembiayaan.

Saran yang dapat diberikan dari hasil penelitian ini adalah mempersingkat alur penerbitan SPM dengan melakukan survey secara bersama-sama dan waktu yang sama antara desa dan kecamatan. Aparat desa harus mensosialisasikan kebijakan kesehatan secara menyeluruh kepada masyarakat.

SUMMARY

The Analysis of Health Policy on the Implementation of Health Services for the Poor who own Poor Statement In Situbondo District; Atikah Maulidiana; 132110101189; 2018; 72 Pages; Department of Administration and Health Policy Faculty of Public Health University of Jember.

Situbondo regency got a problem dealing with the expansion of *JAMKESDA* claims funding compared to the previous standard which has been determined. It reached even 20 billion. This kind of case happened since the lack of control from the agency involved so that health services were not appropriately given and no rigid rules applied dealing with services from *JAMKESDA* itself. Therefore the Regent and local government Situbondo set a health policy in the form of Regent Regulation No. 11 of 2017 on Operational Guidelines Implementation of Health Services for the Poor who own Poor Statement Letter addressed to the poor people who are in Situbondo and not included in the recipient assistance guarantee fee health with the aim of ensuring the fulfillment of adequate health insurance for the poor in Situbondo. In health policy, there are 3 systems and components of actors, content (content of policy) and context (policy environment). In the implementation of this SPM there are still constraints such as the inclusion of all poor people who are not registered in the national health insurance fee, but also do not meet in 61 indicators of poverty to get the SPM. Based on the description above, the researcher wants to examine how the analysis of health policy related to regent regulation No. 11 year 2017 about health service for poor people who have poor statement letter in Situbondo regency.

This study is Case Study uses qualitative research method, located in Situbondo Regency. This study was conducted during November 2017 to January 2018. The informant was determined purposively with 1 person as the key informant, 8 other people as the main informant, and 4 other people as the addition informant. Data collection is collected through in-depth interviews and documentation studies.

The results of the study indicate that the actors in this health policy consist of several SKPD related to: Situbondo Regent, DPRD, Social Service, Health Office, BAPPEDA, Legal Division of Regional Secretariat, Regional Public Hospital, Community Health Centers, District Apparatus, Village Officials, The poor. Overall, the figures properly worked based on their main duties and functions. However, the villagers still needed to socialize more about the health policy about *SPM* since their effort was still quite minimal. Content of health policy consists of the objective of covering the poor and very poor who are not included in JKN and anticipate leakage/management of health funds that are not maximal and targeted, limited time to take care of the dossiers. This policy is quite effective to apply in order to get *SPM* services are properly given. The contexts or scopes of the influential policy were; 1) Situational factor such as the expansion of unexpected *JAMKESDA* claims funding due to the lack of control., 2) Structural factor consisting of political structure that support and guard the poors in Situbondo regency, 3) Economical structure which was still weak bearing many poors, 4) Social structure such as striking difference between the rich and the poor, and 5) Cultural structure such as early-age marriage and getting tradional treatment from shaman. Based on the researcher's analysis, the societies feel that the existence of *SPM* health policy helps them. Generally, there was no problem in this part dealing with funding.

The suggestion given based on the results of this study is to shorten the plot of *SPM* publication by undergoing kind of survey together at the same time between village and subdistrict. The village apparatus should thoroughly socialize the health policy to the societies.

PRAKATA

Alhamdulillahirobil Alamin, puji syukur kehadiran Allah Subhanahu Wa Ta'ala karena atas segala karunia dan rahmatnya penulis mampu menyelesaikan skripsi dengan judul “ Analisis Kebijakan Kesehatan tentang Penyelenggaraan Pelayanan Kesehatan bagi Fakir Miskin Pemilik Surat Pernyataan Miskin Di Kabupaten Situbondo” . Skripsi ini disusun guna memenuhi salah satu persyaratan akademis dalam rangka menyelesaikan Program Pendidikan Strata Satu (S-1) Kesehatan Masyarakat di Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember.

Penulis menyampaikan ucapan terima kasih yang setinggi-tingginya kepada seluruh pihak yang telah sangat banyak membantu demi kelancaran penulisan skripsi ini. Terkhusus kepada Ibu Christyana Sandara, S.KM.,M.Kes selaku dosen pembimbing utama (DPU) dan ibu Yennike Tri Herawati, S.KM., M.Kes selaku dosen pembimbing anggota (DPA). Maka dari itu, ucapan terima kasih yang sebesar-besarnya saya sampaikan kepada yang terhormat, yakni kepada :

1. Irma Prasetyowati, S.KM., M.Kes. Selaku Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember
2. Bapak Eri Witcahyo, S.KM., M.Kes., selaku Ketua Bagian Administrasi dan Kebijakan Kesehatan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember. Ibu Christyana Sandara, S.KM.,M.Kes selaku dosen pembimbing utama (DPU) sekaligus sebagai Dosen Pembimbing Akademik saya dan ibu Yennike Tri Herawati, S.KM., M.Kes selaku dosen pembimbing anggota (DPA) atas segala dukungan, bantuan, waktu, tambahan wawasan serta masukan-masukan penting yang sangat saya butuhkan demi kelancaran skripsi saya dan menjadikan hasil akhir dari penulisan skripsi ini hasilnya lebih baik lagi.
3. Bapak Abu Khoiri, S.KM., M.Kes., Bapak Nuryadi, S.KM., M.Kes., Ibu Hj. Sri Utami, S.KM., M.M., selaku dosen peminatan Administrasi dan Kebijakan Kesehatan (AKK) yang kontribusinya juga setara dalam hal memberikan ilmu dan wawasan yang luas mengenai keilmuan AKK.

4. Kepada para penguji, Drs. Husni Abdul Gani, M.S., Eri Witcahyo, S.KM., M.Kes., Hainur Rasyid, SH., S.pd., MH., terima kasih atas kritik dan sarannya karena sangat membantu dalam perbaikan skripsi ini.
5. Seluruh teman-teman terdekat saya, Lisa p.s, Dwiki yessi F, Nurul oktafiyah IW, Nur imawati, Endah A, Eva w, Illia A, Dini A, Leli. Teman-teman magang saya Khumaidi, Agita. Dan teman-teman PBL saya Khuzaimah, Evi Dwi, Risqotin, mami Alfi, Diana, Rani, Khusniawati, Suci, Afthon, Rizki R. Teman panel sempro saya Yuliasfa sirrul dan teman-teman AKK lainnya yang tidak disebutkan dalam prakata ini namun terucap tulus terima kasih dari hati saya atas segala dukungan dan bantuan dalam proses penyelesaian skripsi ini.
6. Miftahul Alimin, terima kasih terdalam dari saya atas kasih, kesabaran dan dukungan selama pengerjaan skripsi ini.
7. Seluruh informan penelitian skripsi saya, terima kasih atas waktu dan bantuannya selama penelitian skripsi saya berlangsung.
8. Kepada almamater tercinta Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember.

Penulis menyadari adanya ketidaksempurnaan dalam skripsi ini, oleh karena itu penulis tetap berharap adanya kritik dan saran atau masukan terhadap perbaikan skripsi ini dari segala pihak demi lebih baiknya skripsi ini. Semoga tulisan ini dapat bermanfaat bagi orang banyak dan terima kasih atas dukungan, perhatian serta do'anya.

Jember, April 201

Penulis

DAFTAR ISI

	Halaman
HALAMAN SAMPUL	0
HALAMAN JUDUL	ii
PERSEMBAHAN	ii
MOTTO	iii
PERNYATAAN	iiiv
PEMBIMBINGAN	v
PENGESAHAN	vi
RINGKASAN	vii
SUMMARY	iiix
PRAKATA	xi
DAFTAR ISI	xiii
DAFTAR GAMBAR	xvi
DAFTAR TABEL	xvii
DAFTAR LAMPIRAN	xviii
DAFTAR SINGKATAN	xviiix
BAB 1. PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	5
1.3 Tujuan Penelitian	6
1.3.1 Tujuan Umum.....	6
1.3.2 Tujuan Khusus.....	6
1.4 Manfaat Penelitian	6
1.4.1 Manfaat Teoritis	6
1.4.2 Manfaat Praktis.....	6
BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA	7
2.1 Masyarakat Miskin	7
2.1.1 Masyarakat	7
2.1.2 Miskin	8
2.1.3 Masyarakat Miskin.....	8

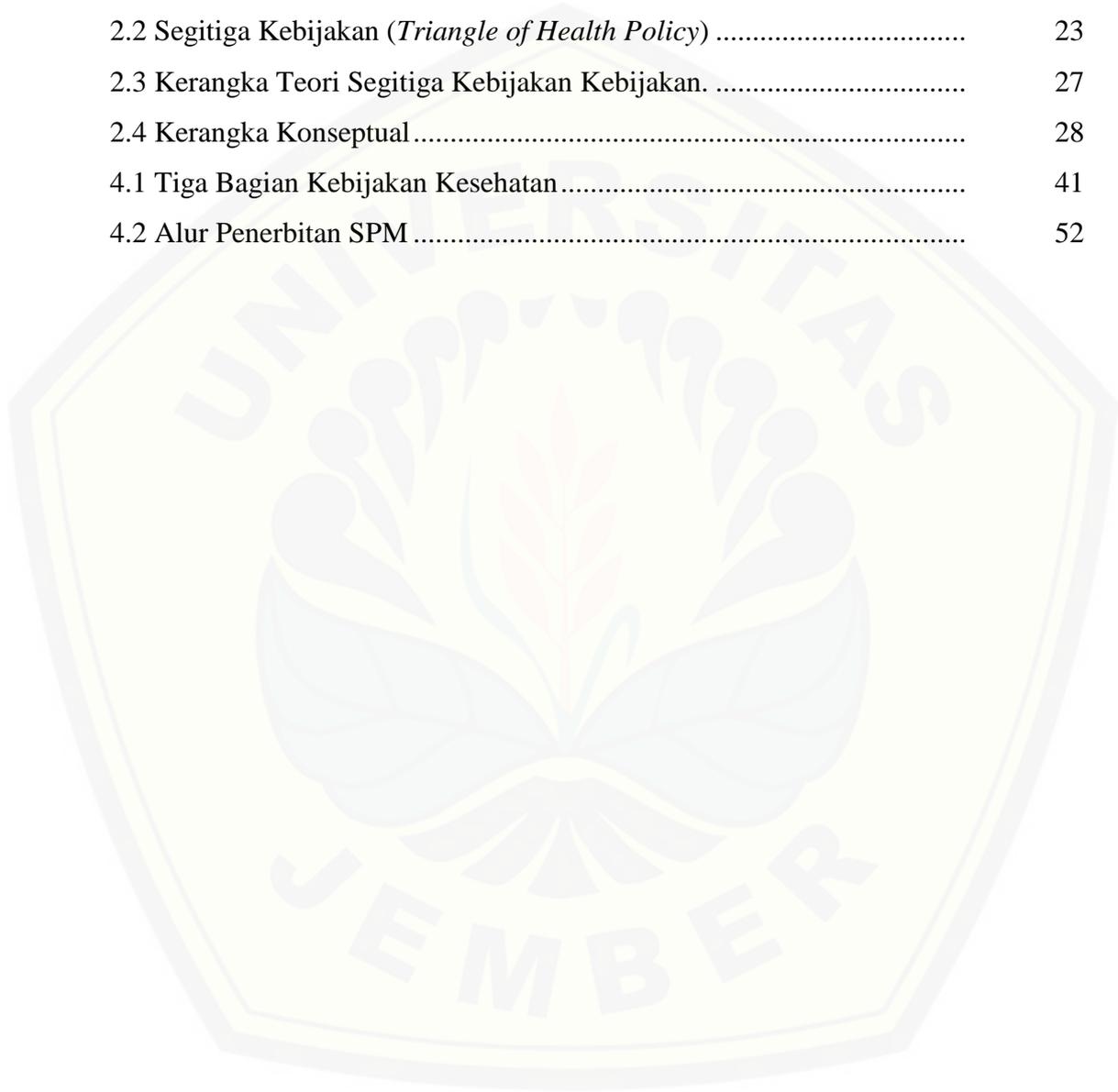
2.2	SPM	11
2.3	Pelayanan Kesehatan	13
2.3.1	Definisi Pelayanan Kesehatan	13
2.3.2	Syarat Pokok Pelayanan Kesehatan	14
2.3.3	Jenjang Pelayanan Kesehatan	15
2.4	Kebijakan Kesehatan	17
2.4.1	Sistem dan komponen kebijakan.....	20
2.5	Analisis Kebijakan.....	25
2.6	Kerangka Teori.....	27
2.7	Kerangka Konsep.....	28
BAB 3.	METODE PENELITIAN	30
3.1	Jenis Penelitian	30
3.2	Tempat dan Waktu Penelitian	30
3.3	Unit Analisis dan Informan Penelitian	30
3.4	Fokus Penelitian	31
3.5	Data dan Sumber Data	33
3.6	Teknik Pengumpulan Data	33
3.7	Instrumen Penelitian	35
3.8	Teknik Penyajian dan Analisi Data	36
3.8.1	Teknik Penyajian data.....	36
3.8.2	Analisis Data.....	36
3.9	Alur Penelitian.....	37
BAB 4.	HASIL DAN PEMBAHASAN.....	38
4.1	Gambaran Karakteristik Informan Penelitian	37
4.2	Aktor dan Perannya dalam Kebijakan Kesehatan tentang Penyelenggaraan Pelayanan Kesehatan bagi Fakir Miskin Pemilik Surat Pernyataan Miskin di Kabupaten Situbondo.....	40
4.3	Content/Isi Kebijakan dalam Kebijakan Kesehatan tentang Penyelenggaraan Pelayanan Kesehatan bagi Fakir Miskin Pemilik Surat Pernyataan Miskin di Kabupaten Situbondo.....	46
4.4	Contex atau lingkungan Kebijakan dalam Kebijakan Kesehatan tentang Penyelenggaraan Pelayanan Kesehatan bagi Fakir Miskin Pemilik Surat Pernyataan Miskin di Kabupaten Situbondo	60

BAB 5. PENUTUP	68
5.1 Kesimpulan.....	68
5.2 Saran	69
DAFTAR PUSTAKA	70



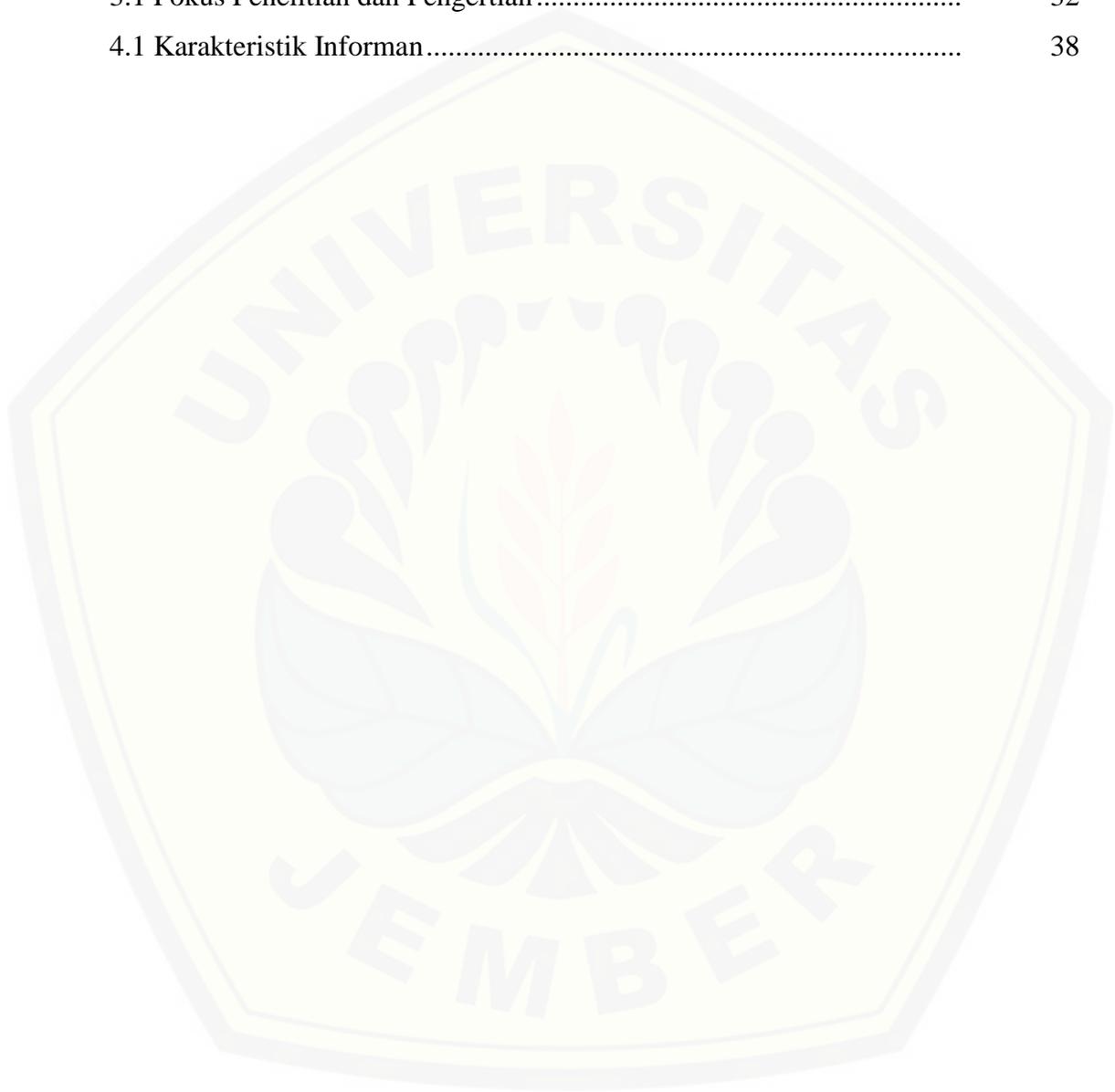
DAFTAR GAMBAR

	Halaman
2.1 Hubungan Komponen dalam Sistem Kebijakan	21
2.2 Segitiga Kebijakan (<i>Triangle of Health Policy</i>)	23
2.3 Kerangka Teori Segitiga Kebijakan Kebijakan.	27
2.4 Kerangka Konseptual	28
4.1 Tiga Bagian Kebijakan Kesehatan	41
4.2 Alur Penerbitan SPM	52



DAFTAR TABEL

	Halaman
3.1 Fokus Penelitian dan Pengertian.....	32
4.1 Karakteristik Informan.....	38



DAFTAR LAMPIRAN

	Halaman
Lampiran A. Lembar Pernyataan	75
Lampiran B. Lembar Persetujuan	76
Lampiran C. Panduan Wawancara Informan Kunci.....	75
Lampiran D. Panduan Wawancara Informan Utama	81
Lampiran E. Panduan Wawancara Informan Tambahan	85
Lampiran F. Surat Ijin Penelitian	88
Lampiran G. Ceklist 61 Indikator Kemiskinan	90
Lampiran H. Surat SKTM dari Desa/Kelurahan.....	94
Lampiran I. Surat Pengantar dari Kecamatan.....	95
Lampiran J. Surat Pernyataan Miskin dari Dinas Sosial.....	96
Lampiran K. Data AKP di Desa/Kelurahan	97
Lampiran L. Dokumentasi	98

DAFTAR SINGKATAN

LSM	: Lembaga Swadaya Masyarakat
SPM	: Surat Pernyataan Miskin
JAMKESDA	: Jaminan Kesehatan Daerah
KBBI	: Kamus Besar Bahasa Indonesia
BPS	: Badan Pusat Statistik
SLTP	: Sekolah Lanjutan Tingkat Pertama
KIPI	: Kejadian Ikutan Paska Imunisasi
RSUD	: Rumah Sakit Umum Daerah
IGD	: Instalasi Gawat Darurat
BP4	: Balai Pengobatan Penyakit Baru
BKMM	: Balai Kesehatan Mata Masyarakat
BKOM	: Balai Kesehatan Olahraga Masyarakat
SP3T	: Sentra Pengembangan dan Penerapan Pengobatan Tradisional
WHO	: <i>World Health Organization</i>
SKTM	: Surat Keterangan Tidak Mampu
AKP	: Analisis Kebijakan Partisipatif

BAB 1. PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Pembangunan kesehatan merupakan salah satu bagian dari pembangunan nasional, yaitu dalam rangka membangun sumber daya manusia ke arah terciptanya penduduk Indonesia yang sehat, tangguh, mandiri dan berkualitas. Berdasarkan uraian tersebut maka pembangunan kesehatan merupakan suatu proses perbaikan dibidang kesehatan melalui usaha unit pemerintahan maupun masyarakat itu sendiri yang bertujuan agar terciptanya kehidupan yang sehat bagi penduduk. Sehingga tercapai derajat kesehatan yang setinggi-tingginya.

Undang-Undang Nomor 36 tahun 2009 tentang Kesehatan pada pasal 15, 16 dan 17 menyatakan bahwa pemerintah bertanggung jawab atas ketersediaan lingkungan, tatanan, fasilitas kesehatan baik fisik maupun sosial bagi masyarakat, sumber daya di bidang kesehatan yang adil dan merata, akses terhadap informasi, akses terhadap edukasi, dan akses terhadap fasilitas pelayanan kesehatan untuk meningkatkan dan memelihara derajat kesehatan yang setinggi-tingginya. Pemerintah pusat memberikan kewenangan terhadap pemerintah daerah sebagai pelaksana di daerah masing-masing. Hal ini juga merupakan amanat dan prinsip dari diberlakukannya otonomi daerah. Sehingga pemerintah daerah diberikan kewenangan seluas-luasnya dalam menjalankan aktivitas pemerintahan yang juga mencakup bidang kesehatan.

Berdasarkan UU No. 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah juga dijelaskan mengenai landasan yang mengatur kewenangan pemerintah daerah dalam penetapan kebijakan secara umum yang juga mencakup pada kebijakan kesehatan. Berdasarkan undang-undang ini disebutkan bahwa suatu daerah berhak menetapkan kebijakan daerah dalam melaksanakan tugas pembantuan. Artinya suatu daerah berhak membuat kebijakan daerah yang bertujuan untuk meningkatkan kesejahteraan masyarakat sebagai suatu tugas pembantuan, termasuk didalamnya kebijakan kesehatan. Berdasarkan penjelasan tersebut dapat disimpulkan bahwa pemerintah daerah dalam proses penyelenggaraannya yang

juga mencakup kebijakan kesehatan diharapkan mampu meningkatkan kesejahteraan masyarakat secara luas tanpa terkecuali dibidang pelayanan kesehatan.

Ayuningtiyas menjelaskan bahwa kebijakan kesehatan adalah kebijakan publik yang berlaku untuk bidang kesehatan dan pemerintah wajib berperan membuat kebijakan mengenai sektor kesehatan dengan tujuan meningkatkan derajat kesehatan bagi setiap warga Negara (Ayuningtiyas, 2014:10). Paparan yang berbeda Walt (1994) dalam Ayuningtiyas (2014:10) menjelaskan bahwa kebijakan kesehatan melingkupi berbagai upaya dan tindakan pengambilan keputusan yang meliputi aspek teknis medis dan pelayanan kesehatan, serta keterlibatan pelaku atau aktor baik pada skala individu maupun organisasi atau institusi dari pemerintah, swasta, lembaga swadaya masyarakat (LSM) dan representasi masyarakat lainnya yang membawa dampak pada kesehatan.

William Dunn (1994) dalam Ayuningtiyas (2014:16) menjelaskan terdapat 3 sistem dan komponen dalam kebijakan publik yaitu aktor, *content* (isi kebijakan) dan *context* (lingkungan kebijakan). Aktor adalah individu atau kelompok yang berkaitan langsung dengan sebuah kebijakan yang dapat mempengaruhi atau dipengaruhi oleh keputusan atau kebijakan tersebut, aktor kebijakan tersebut bisa terdiri dari sekelompok warga, organisasi buruh, pedagang kaki lima, komunitas wartawan, partai politik, lembaga pemerintahan dan sebagainya. *Content* (isi kebijakan) terdiri dari sejumlah daftar pilihan keputusan tentang urusan publik (termasuk keputusan untuk tidak melakukan tindakan apa-apa) yang dibuat oleh lembaga dan pejabat pemerintah, isi sebuah kebijakan merespons berbagai masalah publik (*public issues*) yang mencakup berbagai bidang kehidupan mulai dari pertahanan, keamanan, energi, kesehatan, pendidikan, kesejahteraan, dll. *Context* (lingkungan kebijakan) merupakan latar khusus dimana sebuah kebijakan terjadi, yang berpengaruh dan dipengaruhi oleh aktor serta kebijakan publik itu sendiri.

Kebijakan kesehatan yang diberlakukan oleh pemerintah daerah dapat mencakup seluruh lapisan masyarakat; tidak terkecuali masyarakat miskin dan tidak mampu. Menurut UU No. 13 tahun 2011 tentang Fakir Miskin menyatakan

bahwa salah satu penanganan fakir miskin dilaksanakan dalam bentuk penyediaan pelayanan kesehatan.

Masyarakat miskin pada umumnya mempunyai status kesehatan yang lebih rendah dibandingkan status kesehatan rata-rata penduduk. Hal ini biasanya disebabkan oleh ketidakmampuan masyarakat miskin dalam membiayai pelayanan kesehatan yang tergolong mahal. Andersen dalam Muhazam (2007) juga menjelaskan bahwa salah satu faktor yang mempengaruhi pemanfaatan pelayanan ialah kemampuan masyarakat dalam membeli jasa pelayanan kesehatan. Masyarakat dengan tingkat ekonomi rendah bahkan fakir miskin akan lebih memilih berobat secara tradisional yang cenderung lebih murah dibandingkan ke puskesmas ataupun rumah sakit yang tergolong mahal.

Indriyani, *et al* (2014) dalam artikel penelitiannya menjelaskan bahwa Kemiskinan memang merupakan masalah terbesar yang dihadapi masyarakat Indonesia, karena kemiskinan dan kesehatan adalah dua hal yang saling berhubungan. Kemiskinan dapat mempengaruhi kesehatan sehingga orang miskin rentan terhadap berbagai penyakit. Maka pemerintah Indonesia melaksanakan berbagai upaya pemeliharaan kesehatan penduduk miskin, salah satunya adalah dengan diberlakukannya Surat Pernyataan Miskin (SPM) bagi warga miskin yang tidak tercantum dalam kepesertaan Jaminan Kesehatan Nasional.

Kabupaten Situbondo pada pelaksanaan jaminan kesehatan sebelumnya yakni JAMKESDA terdapat suatu masalah yang penulis dapatkan bahwa pada tahun 2016 dana klaim JAMKESDA mengalami pembengkakan diluar dana yang sudah ditetapkan sebelumnya bahkan mencapai 20 M, hal tersebut terjadi dikarenakan kurangnya kontrol dari dinas terkait sehingga pelayanan kesehatan tidak tepat sasaran dan tidak ada peraturan tegas terkait pelayanan JAMKESDA. Berdasarkan penjelasan diatas maka Bupati dan pemerintah daerah Situbondo menetapkan sebuah kebijakan kesehatan berupa Peraturan Bupati Nomor 11 Tahun 2017 tentang Pedoman Operasional Penyelenggaraan Pelayanan Kesehatan Bagi Fakir Miskin Pemilik Surat Pernyataan Miskin. Kebijakan tersebut diharapkan dapat mengatasi masalah yang dijelaskan diatas. Kebijakan tersebut ditujukan kepada masyarakat fakir miskin yang berada di Situbondo dan tidak

termasuk dalam penerima bantuan iuran jaminan kesehatan dengan tujuan untuk menjamin terpenuhinya jaminan kesehatan yang layak bagi fakir miskin di Situbondo. Penelitian yang dilakukan oleh Sukowati, *et al* (2013:1200) dengan judul Implementasi kebijakan pelayanan kesehatan masyarakat miskin nonkuota (JAMKESDA dan SPM) studi di dinas kesehatan Kabupaten Blitar menyatakan hasil bahwa tingginya jumlah masyarakat miskin nonkuota yang membutuhkan Surat Pernyataan Miskin (SPM), hal ini dikarenakan banyak masyarakat hampir miskin atau masyarakat yang jatuh miskin karena menderita suatu penyakit yang mengakibatkan mereka jatuh miskin karena mahal biaya pengobatan yang mereka keluarkan. Maka permintaan pelayanan kesehatan masyarakat semakin meningkat seiring semakin meningkatnya jumlah penduduk dan tingkat kebutuhan akan kesehatan. Ditetapkannya peraturan bupati tersebut diharapkan dapat membantu masyarakat miskin dalam memperoleh pelayanan kesehatan yang baik dan dapat mengatasi masalah yang dijelaskan diatas.

Surat pernyataan miskin yang selanjutnya disebut SPM adalah surat pernyataan yang diberikan kepada fakir miskin di Kabupaten Situbondo. SPM tersebut diterbitkan oleh Dinas Sosial untuk mendapatkan pelayanan kesehatan pada fasilitas kesehatan milik pemerintah daerah. Fakir miskin pemilik SPM adalah fakir miskin di Kabupaten Situbondo berdasarkan 61 indikator kemiskinan yang dibuktikan dengan kartu rumah tangga miskin, masuk kategori sangat miskin atau miskin dan belum tercakup dalam kepesertaan penerima bantuan iuran jaminan kesehatan (Peraturan Bupati Situbondo No. 11 tahun 2017).

Berdasarkan wawancara studi pendahuluan yang dilakukan oleh penulis, dalam implementasi dari kebijakan terkait SPM ini masih terdapat kendala seperti tidak tercakupnya seluruh masyarakat miskin yang tidak terdaftar dalam iuran jaminan kesehatan nasional, namun juga tidak memenuhi dalam 61 indikator kemiskinan untuk mendapatkan SPM tersebut seperti pemulung dan anak terlantar. Masyarakat tersebut memerlukan bantuan dalam hal pembiayaan pelayanan kesehatan namun tidak memenuhi dari kriteria penerima SPM serta sosialisasi yang kurang menyeluruh sehingga masih banyak masyarakat yang belum mengetahui tentang kebijakan kesehatan tersebut. Hal ini berbeda dengan

hasil penelitian tesis yang dilakukan oleh Kaspar (2013:99) tentang Analisis Kebijakan Surat Pernyataan Miskin pada Program Jaminan Kesehatan Daerah di Kabupaten Jember dengan hasil yang diperoleh menyatakan bahwa pemanfaatan SPM di Kabupaten Jember benar – benar digunakan oleh masyarakat miskin sehingga tepat sasaran dengan tingkat ketepatan sasaran sebesar 91%. Berdasarkan latar belakang diatas maka penulis tertarik untuk melakukan analisis kebijakan kesehatan terkait peraturan bupati tentang penyelenggaraan pelayanan kesehatan bagi fakir miskin pemilik surat pernyataan miskin di Kabupaten Situbondo.

Berdasarkan uraian diatas penelitian dengan judul Analisis Kebijakan Kesehatan tentang Penyelenggaraan Pelayanan Kesehatan bagi Fakir Miskin Pemilik Surat Pernyataan Miskin Di Kabupaten Situbondo penting dilakukan karena melihat beberapa kesenjangan penerapan kebijakan dan beberapa masalah yang muncul. Signifikansinya diantaranya yaitu: 1). Perlunya perhatian khusus pemerintah untuk memberikan keadilan kesehatan pada semua masyarakat khususnya masyarakat miskin, 2) Kebijakan yang diambil oleh pemerintah daerah menjadi instrument vital terhadap pemenuhan pelayanan kesehatan yang layak sesuai dengan undang-undang, 3). Adanya identifikasi dan analisis terhadap kebijakan SPM yang diterapkan di Kabupaten Situbondo dapat dijadikan acuan evaluasi terhadap adanya masalah yang mungkin muncul di kemudian hari, 4) menentukan format perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi kebijakan SPM yang lebih baik lagi.

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan uraian di atas maka rumusan masalah dalam penelitian ini yaitu “Bagaimana analisis kebijakan kesehatan terkait peraturan bupati Nomor 11 tahun 2017 tentang penyelenggaraan pelayanan kesehatan bagi fakir miskin pemilik surat pernyataan miskin di Kabupaten Situbondo”.

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Menganalisis kebijakan kesehatan terkait peraturan bupati Nomor 11 tahun 2017 tentang penyelenggaraan pelayanan kesehatan bagi fakir miskin pemilik surat pernyataan miskin di Kabupaten Situbondo.

1.3.2 Tujuan Khusus

- a. Menganalisis siapa dan peranan aktor dalam kebijakan kesehatan terkait peraturan bupati Nomor 11 tahun 2017 tentang penyelenggaraan pelayanan kesehatan bagi fakir miskin pemilik surat pernyataan miskin di Kabupaten Situbondo.
- b. Menganalisis *content* atau isi dari kebijakan kesehatan terkait peraturan bupati Nomor 11 tahun 2017 tentang penyelenggaraan pelayanan kesehatan bagi fakir miskin pemilik surat pernyataan miskin di Kabupaten Situbondo.
- c. Menganalisis *contex* dari kebijakan kesehatan terkait peraturan bupati Nomor 11 tahun 2017 tentang penyelenggaraan pelayanan kesehatan bagi fakir miskin pemilik surat pernyataan miskin di Kabupaten Situbondo.

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Manfaat Teoritis

Hasil penelitian ini dapat dijadikan sebagai referensi dan pengembangan ilmu dibidang kesehatan khususnya kebijakan kesehatan terkait pembiayaan dan pelayanan kesehatan.

1.4.2 Manfaat Praktis

Hasil penelitian ini dapat dijadikan bahan evaluasi untuk memaksimalkan penyelenggaraan pelayanan kesehatan yang merata bagi seluruh masyarakat miskin.

BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Masyarakat Miskin

2.1.1 Masyarakat

Masyarakat adalah sejumlah manusia dalam arti yang seluas-luasnya dan terikat oleh suatu kebudayaan yang mereka anggap sama (Kamus Besar Bahasa Indonesia). Masyarakat dapat pula diartikan sebagai semua kegiatan manusia dalam kehidupan bersama (Sigalingging, 2008: 28).

Masyarakat dibentuk oleh individu-individu yang beradab dalam keadaan sadar. Masyarakat dapat mempunyai arti yang luas dan sempit. Dalam arti luas masyarakat adalah keseluruhan hubungan-hubungan dalam hidup bersama dan tidak dibatasi oleh lingkungan, bangsa dan sebagainya. Atau dengan kata lain kebulatan dari semua perhubungan dalam hidup bermasyarakat. Dalam arti sempit masyarakat adalah sekelompok manusia yang dibatasi oleh aspek-aspek tertentu, misalnya teritorial, bangsa golongan dan sebagainya.

Definisi masyarakat menurut Muthahhari (dalam Handoyo, 2007:1) mengartikan masyarakat sebagai suatu kelompok manusia yang di bawah tekanan serangkaian kebutuhan dan di bawah pengaruh seperangkat kepercayaan, ideal dan tujuan tersatukan dan terlebur dalam suatu rangkaian kesatuan kehidupan bersama. Yang dimaksud kehidupan bersama adalah kehidupan yang didalamnya kelompok-kelompok manusia hidup bersama-sama di suatu wilayah tertentu, berbagi iklim, berbagi identitas, berbagi kesenangan maupun kesedihan.

Ralph Linton mendefinisikan masyarakat sebagai sekelompok manusia yang telah cukup lama dan bekerja sama, sehingga mereka itu dapat mengorganisasikan dirinya sebagai salah satu kesatuan sosial dengan batas-batas tertentu (dalam Basrowi 2014:38). Kusumohamidjojo (dalam Handoyo dkk, 2007:2) memahami masyarakat sebagai kelompok manusia yang hidup relatif sebagai kebersamaan berdasarkan suatu tatanan kebudayaan tertentu.

2.1.2 Miskin

Menurut Kamus Besar Bahasa Indonesia (KBBI), miskin adalah tidak berharta; serba kekurangan (berpenghasilan sangat rendah). Sebagian besar konsepsi mengenai kemiskinan sering dikaitkan dengan aspek ekonomi, kemiskinan sejatinya menyangkut pula dimensi material, sosial, kultural, institusional, dan struktural (Suharto 2013: 15). Menurut Badan Pusat Statistik, kemiskinan adalah ketidakmampuan memenuhi standar minimum kebutuhan dasar yang meliputi kebutuhan makan maupun non makan.

2.1.3 Masyarakat Miskin

Untuk mengukur kemiskinan, Badan Pusat Statistik (BPS) menggunakan konsep kemampuan memenuhi kebutuhan dasar (*basic needs approach*). Dengan pendekatan ini, kemiskinan dipandang sebagai ketidakmampuan dari sisi ekonomi untuk memenuhi kebutuhan dasar makanan dan bukan makanan yang diukur dari sisi pengeluaran. Jadi masyarakat miskin adalah masyarakat yang memiliki rata-rata pengeluaran perkapita perbulan di bawah garis kemiskinan.

a. Kriteria Masyarakat Miskin

Kementerian sosial Republik Indonesia menetapkan kriteria dan pendataan fakir miskin dan orang tidak mampu. Fakir miskin dan orang tidak mampu meliputi fakir miskin dan orang tidak mampu yang teregister dan fakir miskin dan orang tidak mampu yang belum teregister. Berdasarkan Keputusan Menteri Sosial Republik Indonesia Nomor 146/HUK/2013, fakir miskin dan orang tidak mampu yang teregister berasal dari Rumah Tangga yang memiliki kriteria:

- 1) Tidak mempunyai sumber mata pencaharian dan/atau mempunyai sumber mata pencaharian tetapi tidak mempunyai kemampuan memenuhi kebutuhan dasar;
- 2) Mempunyai pengeluaran sebagian besar digunakan untuk memenuhi konsumsi makanan pokok dengan sangat sederhana;
- 3) Tidak mampu atau mengalami kesulitan untuk berobat ke tenaga medis, kecuali Puskesmas atau untuk setiap anggota rumah tangga;

- 4) Mempunyai kemampuan hanya menyekolahkan anaknya sampai jenjang pendidikan SLTP;
- 5) Mempunyai dinding rumah terbuat dari bambu/kayu/tembok dengan kondisi tidak baik/kualitas rendah, termasuk tembok yang sudah usang/berlumut atau tembok tidak diplester;
- 6) Tidak mampu membeli pakaian satu kali dalam satu tahun untuk setiap anggota rumah tangga;
- 7) Kondisi lantai terbuat dari tanah/semen/keramik dengan kondisi tidak baik/kualitas rendah;
- 8) Atap terbuat daari ijuk/rumbia atau genteng/seng/asbes dengan kondisi tidak baik/kualitas rendah;
- 9) Mempunyai penerangan bangunan tempat tinggal bukan dari listrik atau listrik tanpa meteran;
- 10) Luas lantai rumah kecil kurang daro 8 m²/orang; dan
- 11) Mempunyai sumber air minum berasal dari sumur atau mata air tak terlindung/air sungai/air hujan/lainnya.

Fakir miskin dan orang tidak mampu yang belum teregister terdapat di dalam Lembaga Kesejahteraan Sosial maupun di luar Lembaga Kesejahteraan Sosial. Fakir miskin dan orang tidak mampu tersebut terdiri atas gelandangan, pengemis, perseorangan dari Komunitas Adat Terpencil, perempuan rawan sosial ekonomi, korban tindak kekerasan, pekerja migran bermasalah sosial, masyarakat miskin akibat bencana alam dan sosial pasca tanggap darurat sampai dengan satu tahun setelah kejadian bencana, perseorangan peneriman manfaat Lembaga Kesejahteraan Sosial, penghuni Rumah Tahanan/Lembaga Pemasyarakatan, penderita Thalassaemia Mayor dan penderita Kejadian Ikutan Paska Imunisasi (KIPI).

b. Klasifikasi Masyarakat Miskin

Kemiskinan berkaitan erat dengan sumber daya manusia kemiskinan muncul karena sumber daya manusia yang tidak berkualitas, begitu pula sebaliknya. Penggolongan kemiskinan didasarkan pada suatu standar tertentu, yaitu dengan membandingkan tingkat pendapatan orang atau keluarga dengan tingkat

pendapatan yang diperlukan untuk memenuhi kebutuhan pokok minimum. Berdasarkan kriteria ini paling tidak ada tiga macam konsep kemiskinan, yaitu: kemiskinan absolut, kemiskinan relatif, dan kemiskinan subyektif. Kemiskinan absolut dirumuskan dengan membuat ukuran tertentu yang konkret (*a fixed yardstick*). Ukuran itu lazimnya berorientasi pada kebutuhan hidup dasar anggota masyarakat (sandang, pangan, papan).

Masing-masing negara mempunyai batasan kemiskinan absolut yang berbeda-beda sebab kebutuhan hidup masyarakat yang dipergunakan sebagai acuan memang berlainan. Karena ukurannya dipastikan, konsep kemiskinan ini mengenal garis batas kemiskinan. Pernah ada gagasan yang ingin memasukkan pula kebutuhan dasar (*basic cultural needs*) seperti pendidikan, keamanan, rekreasi, dan sebagainya, disamping kebutuhan fisik (Usman, 2012:126). Berdasarkan konsepsi ini, kemiskinan dapat diukur secara langsung berdasarkan tolak ukur nyata dengan menetapkan persediaan sumberdaya yang dimiliki melalui penggunaan standar baku (*poverty line*). Garis kemiskinan yang digunakan BPS sebesar 2,100 kalori per orang per hari yang disetarakan dengan pendapatan tertentu atau pendekatan Bank Dunia yang menggunakan 1 dolar AS per orang per hari adalah contoh pengukuran kemiskinan absolut.

Kemudian kemiskinan relatif dirumuskan berdasarkan *the idea of relative standard*, yaitu dengan memperhatikan dimensi tempat dan waktu. Dasar pemikirannya adalah kemiskinan berbeda antar suatu wilayah dengan wilayah lainnya, dan kemiskinan pada waktu tertentu berbeda dengan waktu lainnya. Konsep kemiskinan semacam ini lazimnya diukur dengan berdasarkan pertimbangan anggota masyarakat tertentu, dengan berorientasi pada derajat kelayakan hidup (Usman, 2012:126).

Kemiskinan subyektif dirumuskan berdasarkan perasaan kelompok miskin itu sendiri. Konsep ini tidak mengenal *a fixed yardstick*, dan tidak memperhitungkan *the idea of relative standard*. Kelompok yang menurut ukuran kita berada di bawah garis kemiskinan, boleh jadi tidak menganggap dirinya sendiri miskin demikian pula sebaliknya. Konsep kemiskinan semacam ini dianggap lebih tepat apabila dipergunakan untuk memahami kemiskinan dan

merumuskan cara atau strategi yang efektif untuk penanggulangannya. Sedangkan diskursus lain mencoba mengetengahkan pembahasan kemiskinan yang dibedakan dalam perspektif kultural (*cultural perspective*) dan perspektif struktural atau situasional (*situational perspective*).

Perspektif kultural merumuskan masalah kemiskinan pada tiga tingkat analisis: individual, keluarga, dan masyarakat. Pada tingkat individual kemiskinan ditandai dengan sifat yang lazim disebut dengan *a strong feeling of marginality* seperti: sikap parokial, apatisme, fatalisme atau pasrah pada nasib, boros, tergantung dan inferior. Pada tingkat keluarga, kemiskinan ditunjukkan dengan jumlah anggota keluarga yang besar dan *free union or consensual marriages*. Dan pada tingkat masyarakat, kemiskinan terutama ditunjukkan oleh tidak terintegrasinya kaum miskin dengan institusi-institusi masyarakat secara efektif. Mereka seringkali memperoleh perlakuan sebagai obyek yang perlu digarap daripada sebagai subyek yang perlu diberi peluang untuk berkembang (Usman, 2012:128).

Sedangkan menurut perspektif situasional, masalah kemiskinan dilihat sebagai dampak dari sistem ekonomi yang mengutamakan akumulasi kapital dan produk-produk teknologi modern. Penetrasi kapital antara lain mengejawantah dalam program-program pembangunan yang dinilai lebih mengutamakan pertumbuhan (*growth*) dan kurang memperhatikan pemerataan hasil pembangunan. Program-program itu antara lain berbentuk intensifikasi, ekstensifikasi, dan komersialisasi pertanian untuk menghasilkan pangan sebesar-besarnya guna memenuhi kebutuhan nasional ekspor (Usman, 2012:128).

2.2 SPM (Surat Pernyataan Miskin)

Setiap orang mempunyai hak yang sama dalam memperoleh akses atas sumber daya di bidang kesehatan, serta memperoleh pelayanan kesehatan yang aman, bermutu, dan terjangkau. (UU No 36 tahun 2009). Pemerintah dan pemerintah daerah bertanggung jawab menyelenggarakan penyediaan pelayanan kesehatan, baik dengan pendekatan promotif, preventif, kuratif, maupun

rehabilitatif (UU No 13 tahun 2013 tentang Fakir Miskin). Berdasarkan uraian tersebut maka Bupati Situbondo membuat Kebijakan Kesehatan terkait penyelenggaraan pelayanan kesehatan bagi Fakir Miskin pemilik surat pernyataan Miskin.

Berdasarkan Peraturan Bupati Situbondo Nomor 11 Tahun 2017 tentang Penyelenggaraan Pelayanan Kesehatan Bagi Fakir Miskin Pemilik Surat Pernyataan Miskin, SPM adalah surat pernyataan yang diberikan kepada fakir miskin di Kabupaten Situbondo yang diterbitkan oleh Dinas Sosial untuk mendapatkan pelayanan kesehatan pada fasilitas kesehatan milik pemerintah daerah.

Fakir miskin pemilik SPM adalah fakir miskin di Kabupaten Situbondo berdasarkan 61 indikator kemiskinan yang dibuktikan dengan kartu rumah tangga miskin, masuk kategori sangat miskin atau miskin dan belum tercakup dalam kepesertaan penerima bantuan iuran jaminan kesehatan.

Pelaksanaan pelayanan kesehatan bagi fakir miskin pemilik SPM meliputi :

- a. Pelayanan kesehatan rawat jalan tingkat pertama di puskesmas dan jaringannya
- b. Pelayanan rawat inap tingkat pertama di puskesmas dengan rawat inap
- c. Pelayanan kesehatan tingkat lanjutan di RSUD
- d. Pelayanan kesehatan tingkat lanjutan di rumah sakit luar daerah yang melakukan kerjasama
- e. Pelayanan kegawatdaruratan di UGD Puskesmas dan/atau IGD RSUD
- f. Pelayanan *ambulance*
- g. Pelayanan obat dan bahan medis habis pakai
- h. Pelayanan penunjang diagnostik
- i. Pelayanan transfusi darah
- j. Pelayanan rawat sehari (*one day care*)
- k. Fakir miskin pemilik SPM mendapat perawatan kesehatan di kelas III

Penyelenggaraan pelayanan kesehatan bagi fakir miskin pemilik surat pernyataan miskin tersebut dapat diperoleh di seluruh fasilitas kesehatan milik

pemerintah seperti puskesmas dan Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) yang ada di Kabupaten Situbondo.

2.3 Pelayanan Kesehatan

2.3.1 Definisi Pelayanan Kesehatan

Pelayanan Kesehatan masyarakat mencakup seluruh upaya kesehatan yang bersifat promotif preventif, baik untuk sasaran bayi, anak, remaja, ibu hamil, ibu menyusui, bapak maupun yang sudah lanjut usia. Lokasinya pun menyeluruh, ada di tingkat rumah tangga, tempat kerja (pabrik, industri, kerajinan rumah tangga, sawah, peternakan, perikanan), tempat-tempat umum (rumah makan, rumah ibadah, pasar, mal) maupun tatanan sekolah (SD, SLTP, SMU, PT atau institusi pendidikan lainnya) (Trihono, 2005:78-79).

Dalam Kamus Besar Bahasa Indonesia dinyatakan pengertian pelayanan bahwa “pelayanan adalah suatu usaha untuk membantu menyiapkan (mengurus) apa yang diperlukan orang lain. Sedangkan pengertian service dalam Oxford (2000) didefinisikan sebagai “*a system that provides something that the public needs, organized by the government or a private company*”. Menurut Notoatmodjo (2005:5) upaya pemeliharaan dan peningkatan kesehatan diwujudkan dalam suatu wadah pelayanan kesehatan, yang bisa disebut sarana atau pelayanan kesehatan.

Jadi, pelayanan kesehatan adalah tempat atau sarana yang digunakan untuk menyelenggarakan pemeliharaan dan peningkatan kesehatan. Pelayanan kesehatan merupakan salah satu bagian dari pelayanan publik. Secara umum pelayanan kesehatan masyarakat pada implementasinya terbagi dalam 3 bagian, yaitu : 1) pelayanan administratif, 2) Pelayanan Medis, dan 3) Pelayanan Obat. Definisi pelayanan kesehatan menurut Depkes RI (2009) adalah setiap upaya yang diselenggarakan sendiri atau secara bersama-sama dalam suatu organisasi untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan, mencegah dan menyembuhkan penyakit serta memulihkan kesehatan perorangan, keluarga, kelompok dan atupun masyarakat. Sedangkan menurut UU No. 36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan, yang dimaksud dengan pelayanan kesehatan adalah setiap kegiatan dan/atau

serangkaian kegiatan yang dilakukan secara terpadu, terintegrasi dan berkesinambungan untuk memelihara dan meningkatkan derajat kesehatan masyarakat dalam bentuk pencegahan penyakit, peningkatan kesehatan, pengobatan penyakit, dan pemulihan kesehatan oleh pemerintah dan/atau masyarakat.

2.3.2 Syarat Pokok Pelayanan Kesehatan

Azwar (dalam Karno, 2012:5) menjelaskan suatu pelayanan kesehatan harus memiliki berbagai persyaratan pokok, yaitu: persyaratan pokok yang memberi pengaruh kepada masyarakat dalam menentukan pilihannya terhadap penggunaan jasa pelayanan kesehatan yakni :

a. Ketersediaan dan Kestinambungan Pelayanan

Pelayanan yang baik adalah pelayanan kesehatan yang tersedia di masyarakat (*acceptable*) serta berkesinambungan (*sustainable*). Artinya semua jenis pelayanan kesehatan yang dibutuhkan masyarakat ditemukan serta keberadaannya dalam masyarakat adalah ada pada tiap saat dibutuhkan.

b. Kewajaran dan Penerimaan Masyarakat

Pelayanan kesehatan yang baik adalah bersifat wajar (*appropriate*) dan dapat diterima (*acceptable*) oleh masyarakat. Artinya pelayanan kesehatan tersebut dapat mengatasi masalah kesehatan yang dihadapi, tidak bertentangan dengan adat istiadat, kebudayaan, keyakinan dan kepercayaan masyarakat, serta bersifat tidak wajar, bukanlah suatu keadaan pelayanan kesehatan yang baik.

c. Mudah Dicapai oleh Masyarakat

Pengertian dicapai yang dimaksud disini terutama dari letak sudut lokasi mudah dijangkau oleh masyarakat, sehingga distribusi sarana kesehatan menjadi sangat penting. Jangkauan fasilitas pembantu untuk menentukan permintaan yang efektif. Bila fasilitas mudah dijangkau dengan menggunakan alat transportasi yang tersedia maka fasilitas ini akan banyak

dipergunakan. Tingkat pengguna di masa lalu dan kecenderungan merupakan indikator terbaik untuk perubahan jangka panjang dan pendek dari permintaan pada masa akan datang.

d. Terjangkau

Pelayanan kesehatan yang baik adalah pelayanan yang terjangkau (*affordable*) oleh masyarakat, dimana diupayakan biaya pelayanan tersebut sesuai dengan kemampuan ekonomi masyarakat. Pelayanan kesehatan yang mahal hanya mungkin dinikmati oleh sebagian masyarakat saja.

e. Bermutu

Mutu (kualitas) yaitu menunjukkan tingkat kesempurnaan pelayanan kesehatan yang diselenggarakan dan menunjukkan kesembuhan penyakit serta keamanan tindakan yang dapat memuaskan para pemakai jasa pelayanan yang sesuai dengan standar yang telah ditetapkan.

2.3.3 Pelayanan Kesehatan bagi Masyarakat Miskin

Dalam Undang-Undang Nomor 40 tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) dijelaskan bahwa Negara bertanggung jawab agar terpenuhinya hak hidup sehat bagi penduduknya termasuk bagi masyarakat miskin dan tidak mampu. Kementerian R.I telah menjamin pelayanan kesehatan masyarakat hampir miskin, miskin, dan tidak mampu dalam Program Jaminan Kesehatan Masyarakat. Dengan dikeluarkannya Peraturan Presiden atas Perpres No. 12 Tahun 2013 tentang Jaminan Kesehatan pasal 6A bahwa:

“Penduduk yang belum termasuk sebagai peserta Jaminan Kesehatan dapat diikutsertakan dalam Program Jaminan Kesehatan pada BPJS Kesehatan oleh Pemerintah Daerah“. Dan Permendagri No. 37 Tahun 2014 tentang Pedoman Penyusunan Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah Tahun Anggaran 2015 menyebutkan bahwa :

“Penganggaran penyelenggaraan Jaminan Kesehatan Bagi Fakir Miskin dan tidak mampu sesuai SJSN, yang tidak menjadi cakupan penyelenggaraan jaminan kesehatan melalui BPJS yang bersumber dari APBN, pemerintah

daerah dapat menggarkannya dalam bentuk program dan kegiatan pada SKPD yang menangani urusan kesehatan pemberi pelayanan kesehatan “

Sedangkan untuk program Jamkesda, Pemerintah propinsi Jawa Timur telah menyediakan anggaran bagi masyarakat miskin melalui Jamkesda sejak tahun 2010 yang pembiayaan kesehatan masyarakat miskinnya dilakukan sharing 50% - 50% antara pemerintah Propinsi Jawa Timur dengan Pemerintah Kabupaten Situbondo. Dan untuk mendukung total coverage tahun 2019, integrasi Jamkesda ke BPJS akan dilaksanakan secara bertahap sehingga seluruh peserta Jamkesda di kabupaten Situbondo sejumlah 40.352 jiwa menjadi peserta JKN .

Pembangunan kesehatan yang “*pro poor*” dilaksanakan oleh Pemerintah Pusat dalam bentuk program Jaminan Kesehatan Masyarakat Pra Bayar golongan Penerima Bantuan Iuran (PBI) yang diselenggarakan berdasarkan prinsip asuransi sosial. Program ini diselenggarakan secara nasional dengan tujuan mewujudkan portabilitas pelayanan sehingga pelayanan rujukan tertinggi sesuai dengan indikasi medis dapat diakses oleh seluruh peserta dari seluruh wilayah Indonesia dan subsidi silang pembiayaan pelayanan kesehatan yang menyeluruh bagi masyarakat miskin.

a. BPJS PBI

Manfaat pelayanan kesehatan yang dapat diperoleh peserta Program BPJS PBI antara lain Pelayanan rawat jalan dan rawat inap tingkat dasar di Puskesmas dan jaringannya serta Pelayanan rawat jalan dan rawat inap tingkat lanjutan di Rumah Sakit dan Balai Kesehatan.

b. Jamkesda

Masyarakat miskin yang tercover program Jamkesda adalah masyarakat miskin di luar kuota PBI. Pelayanan kesehatan bagi peserta Jamkesda meliputi rawat jalan dan rawat inap di tingkat dasar di Puskesmas dan jaringannya serta pelayanan kesehatan tingkat lanjutan di Rumah Sakit/BP4/BKMM yang meliputi rawat jalan dan rawat inap kelas III yang dilaksanakan dengan menggunakan sistem rujukan terstruktur dan berjenjang berdasarkan indikasi medis. Pembiayaan program Jamkesda dilakukan secara sharing dana 50% : 50% antara Pemerintah Provinsi dan Kabupaten/Kota. Sedangkan untuk masyarakat miskin di luar kuota

JKN PBI dan Jamkesda menggunakan Surat Pernyataan Miskin (SPM) yang anggarannya dibebankan 100% kepada Pemerintah Kabupaten Situbondo.

c. SPM (Surat Pernyataan Miskin)

SPM adalah surat pernyataan yang diberikan kepada fakir miskin di Kabupaten Situbondo yang diterbitkan oleh Dinas Sosial untuk mendapatkan pelayanan kesehatan pada fasilitas kesehatan milik pemerintah daerah. Fakir miskin pemilik SPM adalah fakir miskin di Kabupaten Situbondo berdasarkan 61 indikator kemiskinan yang dibuktikan dengan kartu rumah tangga miskin, masuk kategori sangat miskin atau miskin dan belum tercakup dalam kepesertaan penerima bantuan iuran jaminan kesehatan. Anggaran SPM 100% dibebankan kepada Pemerintah Kabupaten Situbondo. Penyelenggaraan pelayanan kesehatan bagi fakir miskin pemilik surat pernyataan miskin tersebut dapat diperoleh di seluruh fasilitas kesehatan milik pemerintah seperti puskesmas dan Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) yang ada di Kabupaten Situbondo.

2.4 Kebijakan Kesehatan

Menurut Walt (1994) dalam Ayuningtiyas (2014.10) kebijakan kesehatan meliputi berbagai upaya dan tindakan pengambilan keputusan yang meliputi aspek teknis medis dan pelayanan kesehatan, serta keterlibatan pelaku/aktor baik pada skala individu maupun organisasi atau institusi dari pemerintah, swasta, LSM dan representasi masyarakat lainnya yang membawa dampak pada kesehatan. Secara sederhana, kebijakan kesehatan dipahami persis sebagai kebijakan publik yang berlaku untuk bidang kesehatan. Urgensi kebijakan kesehatan sebagai bagian dari kebijakan publik semakin menguat mengingat karakteristik unik yang ada pada sector kesehatan sebagai berikut :

- a. Sektor kesehatan amat kompleks karena menyangkut hajat hidup orang banyak dan kepentingan masyarakat luas. Dengan perkataan lain, kesehatan menjadi hak dasar setiap individu yang membutuhkannya secara adil dan merata. Artinya, setiap individu tanpa terkecuali berhak mendapatkan akses dan pelayanan kesehatan yang layak apa pun kondisi dan status finansialnya.

- b. *Consumer ignorance*, keawaman masyarakat membuat posisi dan relasi “masyarakat-tenaga medis” menjadi tidak sejajar dan cenderung berpola paternalistic. Artinya masyarakat, atau dalam hal ini pasien, tidak memiliki posisi tawar yang baik, bahkan hampir tanpa daya tawar ataupun daya pilih.
- c. Kesehatan memiliki sifat *uncertainty* atau ketidakpastian. Kebutuhan akan pelayanan kesehatan sama sekali tidak berkaitan dengan kemampuan ekonomi rakyat. Siapapun ia baik dari kalangan berpunya maupun miskin papa ketika jatuh sakit tentu akan membutuhkan pelayanan kesehatan. Ditambah lagi, seseorang tidak akan pernah tahu kapan ia akan sakit dan berapa biaya yang akan dikeluarkan. Disinilah pemerintah harus berperan untuk menjamin setiap warga Negara mendapatkan pelayanan kesehatan ketika membutuhkan, terutama bagi masyarakat miskin.
- d. Karakteristik lain dari sector kesehatan adalah adanya eksternalitas, yaitu keuntungan yang dinikmati atau kerugian yang diderita oleh sebagian masyarakat karena tindakan kelompok masyarakat lainnya. Dalam hal kesehatan, dapat berbentuk eksternalitas positif atau negative. Sebagai contoh, jika disuatu lingkungan rukun warga sebagian besar masyarakat tidak menerapkan pola hidup sehat sehingga terdapat sarang nyamuk *Aedes aegypti*, maka dampaknya kemungkinan tidak hanya mengenai sebagian masyarakat tersebut saja melainkan diderita pula oleh kelompok masyarakat lain yang telah menerapkan perilaku hidup bersih.

Dengan karakteristik kesehatan tersebut, pemerintah wajib berperan membuat kebijakan mengenai sektor kesehatan dengan tujuan meningkatkan derajat kesehatan bagi setiap warga Negara. Secara lebih rinci *World Health Organization* (WHO) membedakan peran Negara dan pemerintah sebagai pelaksana di bidang kesehatan, yaitu sebagai pengarah (*stewardship* atau *oversight*), regulator (yang melaksanakan kegiatan regulasi, ibaratnya fungsi sebagai wasit), dan yang dikenakan regulasi (pemain). Fungsi *stewardship* atau *oversight* ini terdiri dari tiga aspek utama :

- a. Menetapkan, melaksanakan, dan memantau aturan main dalam system kesehatan.

- b. Menjamin keseimbangan antara berbagai pelaku utama (*key player*) dalam sektor kesehatan (terutama pembayar, penyedia pelayanan, dan pasien).
- c. Menetapkan perencanaan strategik bagi seluruh sistem kesehatan.

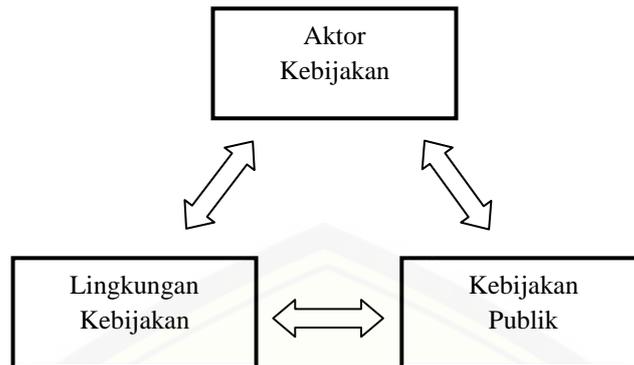
Karena begitu strategis dan pentingnya sektor kesehatan, WHO menetapkan delapan elemen yang harus tercakup dan menentukan kualitas dari sebuah kebijakan kesehatan, yaitu :

- a. Pendekatan holistik, kesehatan sebaiknya didefinisikan sebagai sesuatu yang dinamis dan lengkap dari dimensi fisik, mental, social, dan spiritual. Artinya, pendekatan dalam kebijakan kesehatan tidak dapat semata-mata mengandalkan upaya kuratif, tetapi harus lebih mempertimbangkan upaya preventif, promotif, dan rehabilitatif.
- b. Partisipatori, partisipasi masyarakat akan meningkatkan efisiensi dan efektivitas kebijakan, karena melalui partisipasi masyarakat dapat dibangun *collective action* (aksi bersama masyarakat) yang akan menjadi kekuatan pendorong dalam pengimplementasian kebijakan dan penyelesaian masalah.
- c. Kebijakan publik yang sehat, yaitu setiap kebijakan harus diarahkan untuk mendukung terciptanya pembangunan kesehatan yang kondusif dan berorientasi kepada masyarakat.
- d. Ekuitas, yaitu harus terdapat distribusi yang merata dari layanan kesehatan. Ini berarti Negara wajib menjamin pelayanan kesehatan setiap warga Negara tanpa memandang status ekonomi maupun status sosialnya karena kesehatan merupakan hak asasi manusia dan merupakan peran Negara yang paling minimal dalam melindungi warga negaranya.
- e. Efisiensi, yaitu layanan kesehatan harus berorientasi proaktif dengan mengoptimalkan biaya dan teknologi.
- f. Kualitas, artinya pemerintah harus menyediakan pelayanan kesehatan yang berkualitas bagi seluruh warga Negara. Disamping itu, dalam menghadapi persaingan pasar bebas dan menekan pengaruh globalisasi dalam sektor kesehatan, pemerintah perlu meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan setara dengan pelayanan kesehatan bertaraf internasional.

- g. Pemberdayaan masyarakat, terutama pada daerah terpencil, dan daerah perbatasan untuk mengoptimalkan kapasitas sumber daya yang dimiliki. Pemberdayaan ini dilakukan dengan mengoptimalkan *social capital*.
- h. Self-reliant, kebijakan kesehatan yang diterapkan sebisa mungkin dapat memnuhi keyakinan dan kepercayaan masyarakat akan kapasitas kesehatan di wilayah sendiri. Pengembangan teknologi dan riset bertujuan untuk membantu memberdayakan masyarakat dan otoritas nasional dalam mencapai standart kesehatan yang ditetapkan di masing-masing Negara.

2.4.1 Sistem dan komponen kebijakan

Sistem adalah serangkaian bagian yang saling berhubungan dan bergantung dan diatur dalam aturan tertentu untuk menghasilkan satu kesatuan. Contohnya, system kesehatan yang didalamnya terdapat bagian yang saling berhubungan seperti tenaga kesehatan, infrastruktur kesehatan, pembiayaan, dan sebagainya. Untuk membuat sebuah kebijakan, adalah penting terlebih dahulu memahami apa dan siapa saja yang terlibat dalam system serta siapa saja yang dipengaruhi maupun mempengaruhi sistem tersebut. Menurut Dunn (1994) dalam Ayuningtyas (2014: 15) system kebijakan (*policy system*) mencakup hubungan timbal balik dari tiga unsur, yaitu kebijakan publik, pelaku kebijakan, dan lingkungan kebijakan. Hubungan timbal balik antara ketiga komponen system kebijakan tersebut digambarkan dalam gambar berikut ini :



Gambar 2 1 Hubungan Komponen dalam Sistem Kebijakan
 Sumber: William Dunn, *Pengantar Analisis Kebijakan Publik*
 (Yogyakarta: Gajah Mada University Press, 1994:65)

Dari gambar diatas dapat dijelaskan bahwa sebagai sebuah system, kebijakan meupakan suatu rangkaian dari beberapa komponen yang saling terkait dan bukan komponen yang berdiri sendiri. Segitiga system kebijakan menjelaskan adanya aktor kebijakan yang mempengaruhi dan dipengaruhi oleh kebijakan public. Kesemuanya juga tidak luput dari pengaruh lingkungan kebijakan. Ketiga komponen tersebut selanjutnya dikenal sebagai system kebijakan, yaitu tatanan kelembagaan yang berperan dalam penyelenggaraan kebijakan public yang mengakomodasi aspek teknis, sosiopolitik maupun interaksi antara unsur kebijakan.

Penjelasan lebih lanjut tentang system dan komponen kebijakan publik dikemukakan pula oleh William Dunn (1994) dalam Ayuningtyas (2014: 16) sebagai berikut :

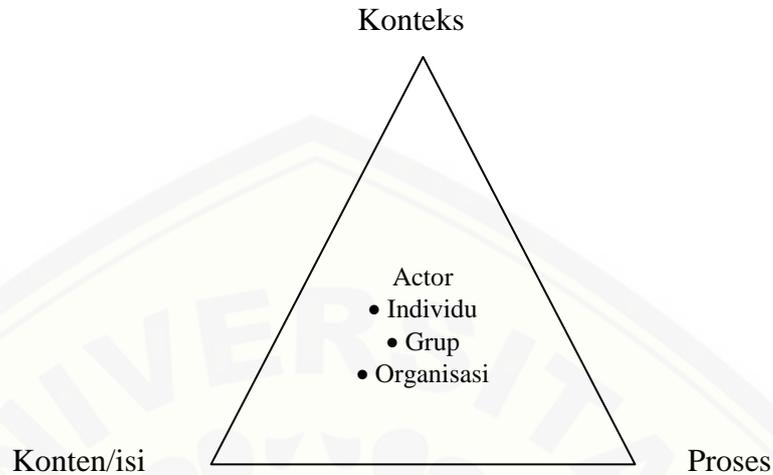
a. Isi kebijakan (*Policy Content*)

Terdiri dari sejumlah daftar pilihan keputusan tentang urusan publik (termasuk keputusan yang tidak melakukan tindakan apa apa) yang dibuat oleh lembaga dan pejabat pemerintah. Isi sebuah kebijakan merespons berbagai masalah publik (*public issues*) yang mencakup berbagai bidang kehidupan mulai dari pertahanan, keamanan, energy, kesehatan, pendidikan, kesejahteraan dan lain-lain. Secara umum isi kebijakan dituangkan dalam bentuk dokumen tertulis yang memiliki standart isi sebagai berikut.

- 1) Pernyataan tujuan: mengapa kebijakan tersebut dibuat dan apa dampak yang diharapkan.
 - 2) Ruang lingkup: menerangkan siapa saja yang tercakup dalam kebijakan dan tindakan-tindakan apa yang dipengaruhi oleh kebijakan.
 - 3) Durasi waktu yang efektif: mengindikasikan kapan kebijakan mulai diberlakukan.
 - 4) Bagian pertanggungjawaban: mengindikasikan siapa individu atau organisasi mana yang bertanggung jawab dalam melaksanakan kebijakan.
 - 5) Pernyataan kebijakan: mengindikasikan aturan-aturan khusus atau modifikasi aturan terhadap perilaku organisasi yang membuat kebijakan tersebut.
 - 6) Latar belakang: mengindikasikan alasan dan sejarah pembuatan kebijakan tersebut, yang kadang-kadang disebut sebagai faktor-faktor motivasional.
 - 7) Definisi: menyediakan secara jelas dan tidak ambigu mengenai definisi bagi istilah dan konsep dalam dokumen kebijakan.
- b. Aktor atau pemangku kepentingan kebijakan (*policy stakeholder*)
- Pemangku kepentingan kebijakan atau aktor kebijakan adalah individu atau kelompok yang berkaitan langsung dengan sebuah kebijakan yang dapat mempengaruhi atau dipengaruhi oleh keputusan atau kebijakan tersebut. Pemangku kepentingan kebijakan tersebut bisa terdiri dari kelompok warga, organisasi buruh, pedagang kaki lima, komunitas watawan, partai politik, lembaga pemerintahan, dan sebagainya.
- c. Lingkungan kebijakan (*Policy Environment*)
- Lingkungan kebijakan (*Policy Environment*) merupakan latar khusus di mana sebuah kebijakan terjadi, yang berpengaruh dan dipengaruhi oleh pemangku kepentingan kebijakan serta kebijakan publik itu sendiri.

Istilah lingkungan dalam segitiga system kebijakan yang dijelaskan diatas, dalam terminologi yang dikembangkan Walt dan Gilson (1994) dalam Ayuningtyas (2014: 17) disebut sebagai konteks. Konteks ini memiliki peran yang hampir sama dengan lingkungan kebijakan sebagaimana dijelaskan oleh Dunn,

yakni faktor yang memberi pengaruh dan dipengaruhi oleh unsur lain dalam sistem kebijakan, perhatikan gambar berikut.



Gambar 2 2 Segitiga Kebijakan (Triangle of Health Policy)
(Walt dan Gilson, 1994 dalam Ayuningtyas, 2014:17)

Konteks mengacu ke faktor sistematis – politik, ekonomi dan social yang mungkin memiliki pengaruh pada kebijakan kesehatan. Ada banyak cara untuk mengelompokkan faktor-faktor tersebut antara lain sebagaimana pengklasifikasian faktor menurut Leichter (1979) dalam Ayuningtyas (2014: 101-102) sebagai berikut.

a. Faktor Situasional

Merupakan kondisi yang tidak permanen atau khusus yang dapat berdampak pada kebijakan. Hal-hal tersebut sering dikenal sebagai '*focusing event*'. Event ini bersifat satu kejadian saja, seperti terjadinya gempa yang menyebabkan perubahan dalam aturan bangunan rumah sakit atau terlalu lama perhatian publik akan suatu masalah baru. Contoh: terjadinya wabah HIV/AIDS memicu ditemukannya pengobatan baru dan kebijakan pengawasan pada TBC karena adanya kaitan diantarakedua penyakit tersebut. Orang-orang pengidap HIV positif lebih rentan terhadap berbagai penyakit. Dan TBC dipicu oleh HIV.

b. Faktor Struktural

Merupakan bagian dari masyarakat yang relative tidak berubah. Faktor ini meliputi sistem politik, mencakup pula keterbukaan dan kesempatan bagi warga masyarakat untuk berpartisipasi dalam pembahasan dan keputusan

kebijakan, faktor structural meliputi pula truktur ekonomi dan struktur social. Contoh : pada saat gaji perawat rendah, sementara perekonomian mengalami inflasi, dapat terjadi perpindahan tenaga profesional perawat ke sektor atau wilayah lain yang masih sangat membutuhkan dan mampu mengapresiasi lebih tinggi jasa perawat. Faktor structural lain yang mempengaruhi kebijakan kesehatan suatumasasyarakat adalah kondisi demografi atau kemajuan teknologi. Contoh : perubahan teknologi telah meningkatkan jumlah wanita melahirkan dengan operasi sesar dibanyak Negara. Tingginya petambahan penduduk usia muda mendorong pemerintah untuk meningkatkan pelayanan kesehatan balita dan mendorong semakin berkembangnya teknologi kesehatan anak.

c. Faktor Budaya

Faktor budaya dapat mempengaruhi kebijakan kesehatan. Dalam masyarakat hierarki menduduki tempat penting sehingga sangat sulit untuk bertanya atau menantang pejabat tinggi atau pejabat senior. Kedudukan sebagai minoritas atau perbedaan bahasa dapat menyebabkan kelompok tertentu memiliki informasi yang tidak memadai tentang hak-hak mereka, atau menerima layanan yang tidak sesuai dengan kebutuhan khusus mereka.

Segitiga kebijakan kesehatan merupakan sebuah representasi dari kesatuan kompleksitas hubungan antar unsur-unsur kebijakan (konten, proses, konteks, dan aktor) yang dalam interaksinya saling member pengaruh. Salah satu unsure dari segitiga kebijakan, yaitu aktor-aktor kebijakan (baik sebagai individu atau kelompok), misalnya dipengaruhi oleh konteks dimana mereka bekerja atau menjalankan perannya. Konteks merupakan “rekayasa” atau hasil interaksi dinamis dari banyak faktor seperti ideologi atau kebijakan yang berubah-ubah, sejarah, dan nilai-nilai budaya. Proses pengembangan kebijakan-bagaimana sebuah isu strategis atau masalah public diangkat dan menjadi penetapan agenda (*agenda setting*) dalam formulasi kebijakan, bagaimana peran, posisi, dan pengaruh aktor-aktor kebijakan serta nilai, ekspektasi atau kepentingan aktor-aktor tersebut menjelaskan tentang konteks dalam segitiga kebijakan publik. Oleh karena itu, segitiga kebijakan bermanfaat untuk dapat secara sistematis

menganalisis dan mengetahui tentang berbagai faktor yang berpengaruh terhadap kebijakan.

2.5 Analisis Kebijakan

Pengertian mengenai analisis kebijakan telah dikembangkan dan dirumuskan sejak lama. Sejumlah pakar bahkan telah memiliki definisi tersendiri mengenai analisis kebijakan. Analisis kebijakan adalah disiplin ilmu social terapan yang menerapkan berbagai metode analisis, dalam konteks argumentasi dan debat publik untuk menciptakan secara kritis kegiatan penaksiran, serta pengkomunikasian pengetahuan yang relevan dengan kebijakan tersebut (Dunn, 1994 :35) dalam Ayuningtyas (2014:50).

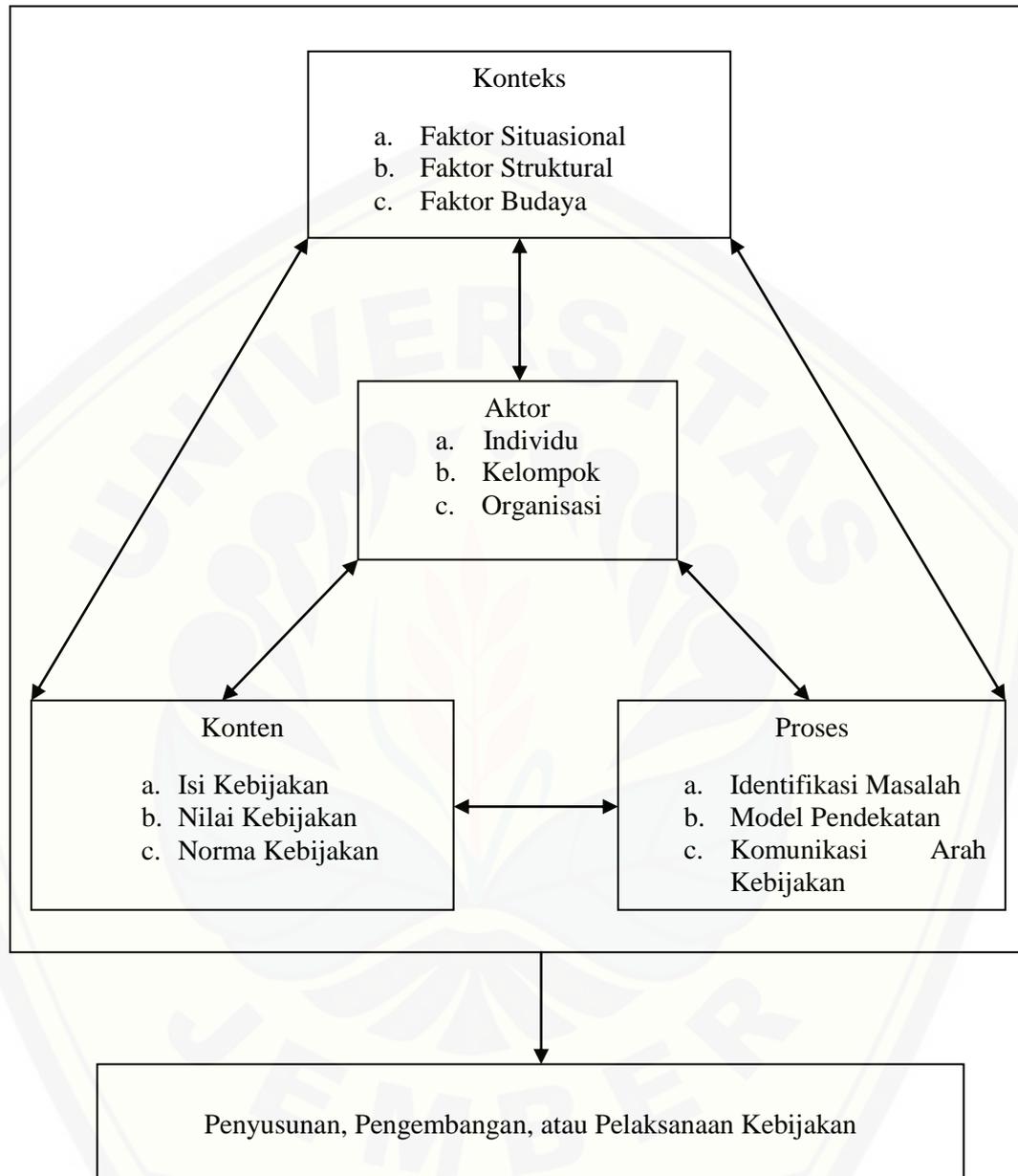
Pada dasarnya pengertian analisis kebijakan kesehatan tidak berbeda jauh dalam pengertian analisis kebijakan publik, hanya saja pada kebijakan kesehatan dibutuhkan pendekatan dari berbagai aspek untuk memahami masalah dan isu secara utuh sehingga alternative kebijakan yang dapat lebih komprehensif. Sebagaimana yang dijelaskan Walt (2004) dan Buse Mays & Walt (2012) dalam Ayuningtyas (2014: 51), bahwa analisis kebijakan kesehatan adalah suatu pendekatan multi-disiplin dalam kebijakan publik yang bertujuan menjelaskan interaksi antar institusi, kepentingan dan ide dalam proses pengembangan kebijakan kesehatan. Analisis kebijakan ini penting baik secara retrospektif maupun prospektif untuk memahami kegagalan atau keberhasilan kebijakan yang pernah terjadi serta rencana implementasi kebijakan di masa mendatang (Buse et al, 2012:274) dalam Ayuningtyas (2014:51)

Analisis kebijakan pada bidang kesehatan juga merupakan suatu bentuk riset terapan yang dilaksanakan untuk memperoleh pemahaman yang lebih mendalam mengenai masalah kesehatan masyarakat secara utuh sehingga pemahaman tersebut dapat mengarahkan pada alternative solusi untuk masalah tersebut. Sebagai, aktivitas intelektual, analisis kebijakan dilakukan dengan menciptakan, menilai, dan mengkomunikasikan pengetahuan dalam satu atau lebih tahapan proses pembuatan kebijakan. Tahap-tahap tersebut mencerminkan adanya aktivitas yang terus berlangsung sepanjang waktu, dan terdapat sejumlah cara

dimana penerapan analisis kebijakan dapat memperbaiki proses pembuatan kebijakan.

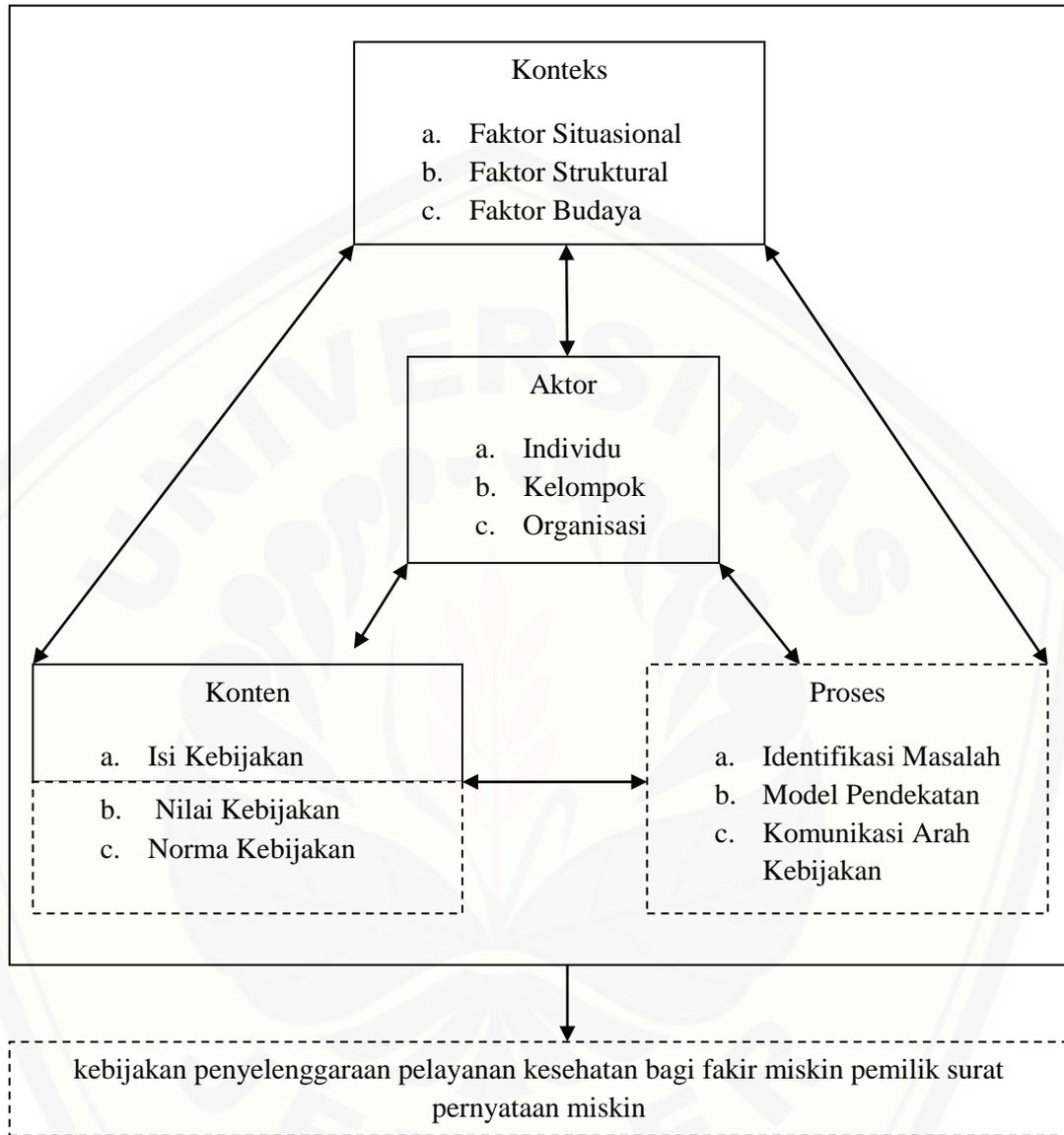


2.6 Kerangka Teori



Gambar 2.3 Kerangka Teori Segitiga Kebijakan Kebijakan modifikasi dari Ayuningtyas (2014:79) dan Walt dan Gilson (1994) dalam Ayuningtyas (2014:17).

2.7 Kerangka Konsep

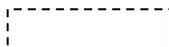


Gambar 2 4 Kerangka Konseptual

Keterangan:



: Diteliti



: Tidak Diteliti

Kerangka konseptual tersebut menjelaskan mengenai tiga aspek yang saling berkaitan dalam suatu proses analisis kebijakan kesehatan. Ketiga aspek tersebut terdiri dari aktor, konteks dan konten. Ketiga aspek tersebut saling mempengaruhi antara satu dengan yang lainnya.

Kerangka konseptual pada penelitian ini menjelaskan bahwa dalam suatu analisis kebijakan kesehatan dapat dipengaruhi oleh tiga aspek yaitu yang pertama aktor/pelaku, aktor/pelaku dapat terdiri dari aktor individu, kelompok maupun organisasi. Aktor tersebut dapat berkaitan langsung dengan sebuah kebijakan yang dapat mempengaruhi atau dipengaruhi oleh keputusan atau kebijakan. Kedua adalah konteks, konteks adalah lingkungan kebijakan yang merupakan latar khusus sebuah kebijakan terjadi yang berpengaruh dan dipengaruhi oleh Aktor/pelaku serta kebijakan itu sendiri, konteks dapat terdiri dari faktor situasional, faktor struktural dan faktor budaya. Yang ketiga adalah konten/isi kebijakan, isi kebijakan dapat menjelaskan ruang lingkup, tujuan, alasan, latar belakang dan durasi waktu kebijakan penyelenggaraan pelayanan kesehatan bagi fakir miskin pemilik surat pernyataan miskin di Kabupaten Situbondo.

Berdasarkan kerangka konseptual tersebut, peneliti menganalisis siapa saja aktor/pelaku yang berpengaruh pada kebijakan kesehatan, menganalisis faktor-faktor dari konteks dan menganalisis isi dari kebijakan penyelenggaraan pelayanan kesehatan bagi fakir miskin pemilik surat pernyataan miskin di Kabupaten Situbondo tersebut.

BAB 3. METODE PENELITIAN

3.1 Jenis Penelitian

Jenis penelitian ini menggunakan *case study* dengan metode penelitian kualitatif. Metode penelitian kualitatif sering disebut metode penelitian naturalistik karena penelitiannya dilakukan pada kondisi yang alamiah (*natural setting*), disebut juga sebagai metode etnografi, karena pada awalnya metode ini lebih banyak digunakan untuk penelitian bidang antropologi budaya, disebut sebagai metode kualitatif karena data yang terkumpul dan analisisnya lebih bersifat kualitatif. Metode penelitian kualitatif adalah metode penelitian yang berlandaskan pada filsafat *postpositivisme*, digunakan untuk meneliti pada kondisi obyek yang alamiah, (sebagai lawannya adalah eksperimen) dimana peneliti adalah sebagai instrumen kunci, teknik pengumpulan data dilakukan secara triangulasi (gabungan), analisis data bersifat induktif/kualitatif, dan hasil penelitian kualitatif lebih menekankan makna dari pada generalisasi (Sugiyono, 2015:8-9). Metode penelitian kualitatif ini digunakan untuk menganalisis aktor yang berpengaruh terhadap kebijakan kesehatan, menganalisis faktor-faktor konteks dari kebijakan kesehatan dan bagaimana isi dari kebijakan penyelenggaraan pelayanan kesehatan bagi fakir miskin pemilik surat pernyataan miskin di Kabupaten Situbondo.

3.2 Tempat dan Waktu Penelitian

Penelitian ini dilakukan di beberapa tempat di Kabupaten Situbondo seperti kantor DPRD, Dinas Kesehatan, Dinas Sosial dan Rumah Sakit/puskesmas yang dilaksanakan pada bulan November-Januari 2018.

3.3 Unit Analisis dan Informan Penelitian

Unit Analisis pada penelitian ini adalah DPRD Kabupaten Situbondo, Dinas Sosial Kabupaten Situbondo, Dinas Kesehatan Kabupaten Situbondo,

bagian hukum kesekretariatan daerah kabupaten situbondo, Bappeda, Puskesmas dan RSUD di Kabupaten Situbondo. Pemilihan informan merupakan hal yang menjadi bahan pertimbangan utama dalam pengumpulan data. Informan penelitian merupakan orang atau pelaku yang benar-benar mengetahui dan menguasai masalah, serta terlibat langsung dengan suatu masalah penelitian.

Penentuan informan pada penelitian ini dilakukan secara *Purposive*. Teknik *purposive* ini merupakan teknik pengambilan sampel dengan menggunakan suatu pertimbangan-pertimbangan tertentu. Pertimbangan tersebut antara lain, subjek tersebut dianggap sebagai orang yang paling mengetahui mengenai apa yang kita harapkan (Sugiyono, 2013:54). Informan penelitian dalam penelitian ini terdiri dari informan kunci, utama, dan tambahan. Rancangan informan penelitian yang digunakan dalam penelitian ini meliputi:

- a. Informan kunci, adalah mereka yang mengetahui dan memiliki berbagai informasi pokok yang diperlukan dalam penelitian. Informan kunci pada penelitian ini adalah Anggota DPRD komisi 4 Kabupaten Situbondo.
- b. Informan utama, adalah mereka yang terlibat langsung dalam interaksi sosial yang diteliti. Informan utama dalam penelitian ini adalah Dinas Sosial Kabupaten Situbondo, Kepala bagian Pembiayaan Kesehatan Dinas Kesehatan Kabupaten Situbondo, Pemerintahan Daerah bagian Hukum Kabupaten Situbondo, BAPPEDA Kabupaten Situbondo, 2 Puskesmas dan 2 RSUD yang ada di Kabupaten Situbondo.
- c. Informan tambahan, adalah mereka yang dapat memberikan informasi walaupun tidak langsung terlibat dalam interaksi sosial yang sedang diteliti (Hendarso dalam Suyanto, 2005: 171-172). Informan tambahan dalam penelitian ini adalah 2 Tim Survey Kecamatan, 2 Tim Survey Desa.

3.4 Fokus Penelitian

Dalam penelitian kualitatif, fokus penelitian ini merupakan batasan masalah. Karena adanya keterbatasan, baik tenaga, dana, dan waktu dan supaya hasil penelitian lebih berfokus, maka peneliti tidak akan melakukan penelitian

terhadap keseluruhan yang ada pada objek atau situasi social tertentu, tetapi perlu menentukan fokus (Sugiyono, 2015:290)

Adapun fokus penelitian dan pengertian yang digunakan dalam penelitian ini diantaranya:

Tabel 3.1 Fokus Penelitian dan Pengertian

	Fokus Penelitian	Pengertian	Teknik dan Instrumen Pengumpulan Data	Informan
1	Aktor /Pelaku kebijakan	Individu atau sekelompok orang yang memiliki kaitan dengan sebuah kebijakan kesehatan dan memiliki peran dalam pelaksanaan kebijakan kesehatan baik secara langsung maupun tidak langsung. bisa individu, kelompok ataupun organisasi	Wawancara mendalam (Panduan Wawancara) dan Dokumentasi (<i>recorder</i>)	Informan kunci, Informan Utama dan Informan Tambahan
2	<i>Context</i>	Faktor lingkungan yang dapat mempengaruhi dan dipengaruhi dalam sistem kebijakan		
A	<i>Faktor Struktural</i>	Faktor lingkungan yang berpengaruh terhadap kebijakan kesehatan, dapat berupa struktur ekonomi dan struktur sosial	Wawancara mendalam (Panduan Wawancara) dan Dokumentasi (<i>recorder</i>)	Informan Kunci, Informan Utama
B	Faktor Situasional	Suatu kejadian yang terjadi dan tidak permanen/tidak tetap yang dapat mempengaruhi sebuah kebijakan kesehatan	Wawancara mendalam (Panduan Wawancara) dan Dokumentasi (<i>recorder</i>)	Informan Kunci, Informan Utama
C	Faktor Budaya	Suatu aturan-aturan dalam masyarakat itu sendiri yang dapat mempengaruhi sebuah kebijakan kesehatan	Wawancara mendalam (Panduan Wawancara) dan Dokumentasi (<i>recorder</i>)	Informan Kunci, Informan Utama
3	<i>Conten</i>	Sejumlah daftar pilihan keputusan tentang urusan publik yang dibuat oleh lembaga dan pejabat pemerintah		
A	Isi Kebijakan	Semua yang terkandung dalam dokumen kebijakan kesehatan penyelenggaraan pelayanan kesehatan bagi fakir miskin pemilik surat pernyataan miskin	Wawancara mendalam (Panduan Wawancara) dan Dokumentasi kebijakan kesehatan	Informan Kunci, informan utama, dan informan tambahan

3.5 Data dan Sumber Data

Data merupakan suatu kumpulan huruf atau kata, kalimat atau angka yang dikumpulkan melalui serangkaian proses pengumpulan data. Data adalah suatu bahan mentah yang jika diolah dengan baik melalui berbagai analisis dapat menyajikan berbagai informasi. Data tersebut merupakan sifat atau karakteristik dari sesuatu yang diteliti (Notoatmodjo, 2010:180). Pada penelitian ini digunakan pengumpulan data dengan sumber primer dan sumber sekunder. Sumber primer adalah sumber data yang langsung memberikan data kepada pengumpul data, sedangkan sumber sekunder merupakan sumber yang tidak langsung memberikan data kepada pengumpul data misalnya lewat orang lain atau lewat dokumen.

- a. Data primer dalam penelitian ini diperoleh secara langsung pada sumber data yaitu informan kunci, informan utama, dan informan tambahan. Data tersebut diperoleh melalui wawancara mendalam (*indepth interview*) dengan tujuan untuk memperoleh informasi yang mendalam mengenai kebijakan kesehatan terkait peraturan Bupati nomor 11 tahun 2017 tentang penyelenggaraan pelayanan kesehatan bagi fakir miskin melalui surat pernyataan miskin di Kabupaten Situbondo.
- b. Data sekunder dalam penelitian ini adalah data yang diperoleh melalui studi dokumentasi di Dinas Kesehatan Kabupaten Situbondo. Studi dokumentasi dilakukan dengan tujuan untuk mendapatkan informasi terkait aktor dan *content*/isi kebijakan kesehatan terkait peraturan Bupati nomor 11 tahun 2017 tentang penyelenggaraan pelayanan kesehatan bagi fakir miskin melalui surat pernyataan miskin di Kabupaten Situbondo.

3.6 Teknik Pengumpulan Data

Teknik pengumpulan data merupakan langkah yang paling strategis dalam penelitian, karena tujuan utama dari penelitian adalah mendapatkan data. Tanpa mengetahui teknik pengumpulan data, maka peneliti tidak akan mendapatkan data yang memenuhi standart data yang ditetapkan (Sugiyono, 2015:224). Teknik pengumpulan data merupakan cara yang digunakan peneliti untuk mendapatkan

data yang akan digunakan untuk penelitian. Pengumpulan data adalah prosedur yang sistematis dan standar untuk memperoleh data yang diperlukan (Nazir, 2011:174). Teknik pengumpulan data pada penelitian ini adalah sebagai berikut:

a. Wawancara mendalam (*In-Depth Interview*)

Wawancara merupakan suatu metode yang dipergunakan untuk mengumpulkan data, dimana peneliti mendapatkan keterangan atau informasi secara lisan dari seorang sasaran penelitian (responden), atau bercakap-cakap secara berhadapan muka dengan orang tersebut (*face to face*) (Notoatmodjo, 2012:139).

Teknik wawancara mendalam merupakan salah satu bentuk wawancara tak berstruktur. Atau dengan kata lain, dapat diartikan sebagai suatu bentuk wawancara yang dilakukan secara bebas, dengan tidak menggunakan pedoman wawancara yang sistematis dan lengkap untuk pengumpulan datanya. Akan tetapi, hanya berupa garis-garis besar permasalahan yang akan ditanyakan (Sugiyono, 2016:318). Data yang dibutuhkan peneliti dalam melakukan wawancara mendalam adalah untuk mendapatkan informasi atau data terkait konten, aktor dan konteks pada penelitian tersebut.

b. Studi Dokumentasi

Studi dokumentasi adalah teknik pengumpulan data yang berupa catatan, buku, publikasi dan sebagainya. (Arikunto, 2012:274) mengatakan bahwa metode dokumentasi yaitu metode yang mencari data mengenai hal-hal atau variabel yang berupa catatan, transkrip, buku, surat kabar dan sebagainya. Dalam penelitian ini studi dokumentasi pada dokumen kebijakan Kesehatan terkait peraturan Bupati Nomor 11 tahun 2017 tentang Penyelenggaraan Pelayanan Kesehatan Bagi Fakir Miskin Pemilik Surat Pernyataan Miskin yang digunakan untuk menyempurnakan data yang diperoleh lewat wawancara mendalam.

c. Triangulasi

Dalam teknik pengumpulan data, triangulasi diartikan sebagai teknik pengumpulan data yang bersifat menggabungkan data dari berbagai teknik

pengumpulan data dan sumber data yang telah ada. Maka sebenarnya peneliti mengumpulkan data yang sekaligus menguji kredibilitas data, yaitu mengecek kredibilitas data dengan berbagai teknik pengumpulan data dan berbagai sumber data. Nilai dari teknik pengumpulan data dengan triangulasi adalah untuk mengetahui data yang diperoleh *convergent* (meluas), tidak konsisten atau kontradiksi. Oleh karena itu dengan menggunakan teknik triangulasi dalam pengumpulan data maka data yang akan diperoleh akan lebih konsisten, tuntas dan pasti. (Sugiyono,2015:241). Pengumpulan data menggunakan teknik triangulasi pada penelitian ini adalah data hasil wawancara mendalam yaitu terkait konten, Aktor, konteks dan dokumen kebijakan Kesehatan terkait Peraturan Bupati Nomor 11 tahun 2017 tentang Penyelenggaraan Pelayanan Kesehatan Bagi Fakir Miskin Pemilik Surat Pernyataan Miskin.

3.7 Instrumen Penelitian

Menurut Sugiyono (2015:222) dalam penelitian kualitatif, yang menjadi instrument atau alat penelitian adalah peneliti itu sendiri. Oleh karena itu peneliti sebagai instrument juga harus “divalidasi” seberapa jauh peneliti kualitatif siap melakukan penelitian yang selanjutnya terjun ke lapangan. Validasi terhadap peneliti sebagai instrument meliputi validasi terhadap pemahaman metode penelitian kualitatif, penguasaan wawasan terhadap bidang yang diteliti, kesiapan peneliti untuk memasuki obyek penelitian baik secara akademik maupun logistiknya. Yang melakukan validasi adalah peneliti sendiri, melalui evaluasi diri seberapa jauh pemahaman terhadap metode kualitatif, penguasaan teori dan wawasan terhadap bidang yang diteliti, serta kesiapan dan bekal memasuki lapangan.

Peneliti kualitatif sebagai *human instrument*, berfungsi menetapkan fokus penelitian, memilih informan sebagai sumber data, melakukan pengumpulan data, menilai kualitas data, analisis data, menafsirkan data dan membuat kesimpulan atas semuanya. Instrumen yang digunakan pada penelitian ini adalah pedoman

wawancara dan *handphone* sebagai alat perekam agar hasil wawancara dapat tercatat dengan baik.

3.8 Teknik Penyajian dan Analisis Data

3.8.1 Teknik Penyajian data

Penyajian data merupakan salah satu kegiatan dalam pembuatan laporan hasil penelitian yang dilakukan agar data dapat dipahami dan dianalisis sesuai dengan tujuan yang diinginkan, sehingga data yang disajikan harus sederhana dan jelas agar mudah dibaca dan dipahami. Cara penyajian data penelitian dikelompokkan menjadi tiga yaitu dalam bentuk teks, table dan grafik (Notoatmodjo, 2012:188).

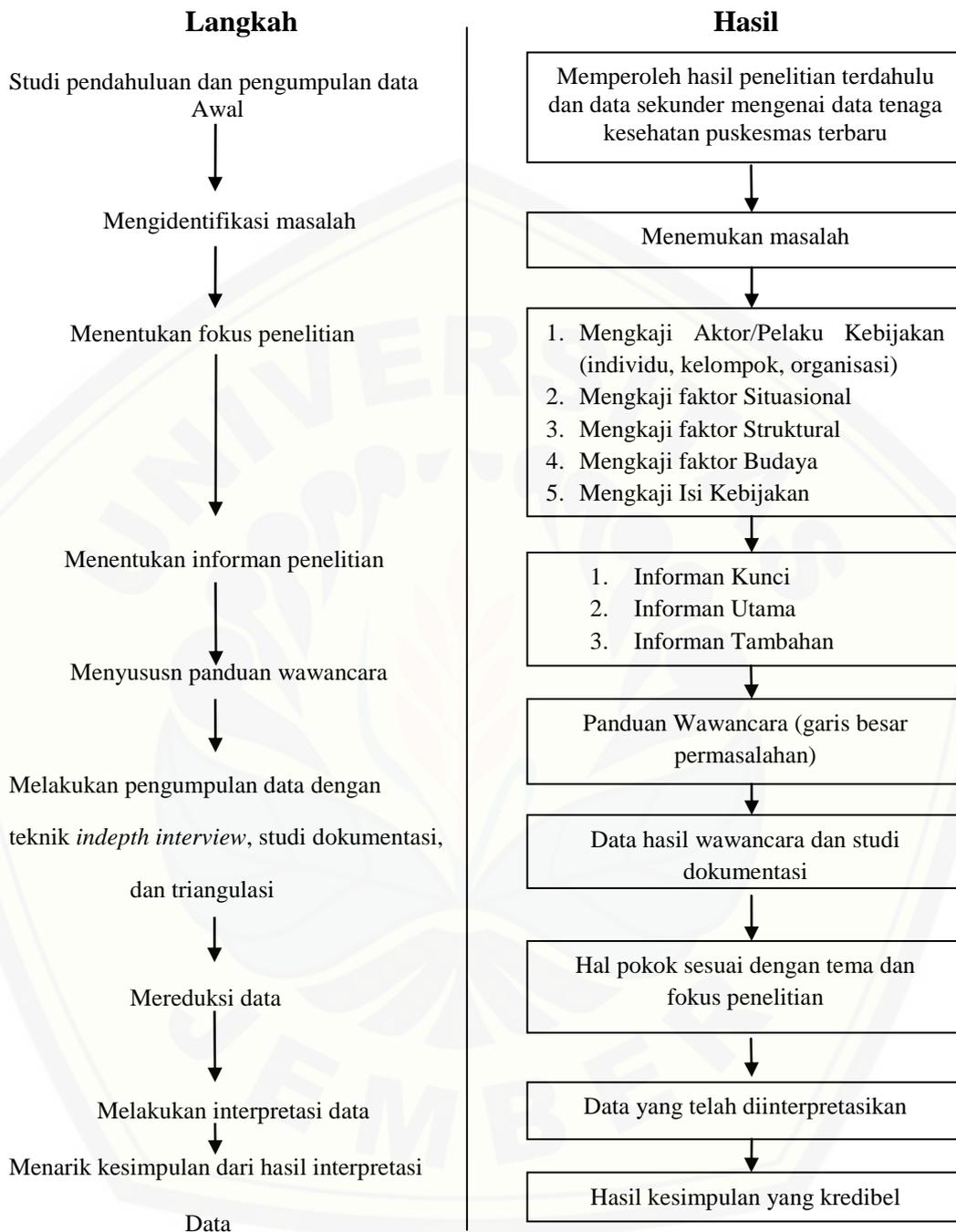
Teknik penyajian data pada penelitian ini berupa narasi atau uraian kata-kata dan mencantumkan kutipan-kutipan langsung (*quotes*) yang berkaitan disesuaikan dengan bahasa dan pandangan dari informan.

3.8.2 Analisis Data

Analisis data merupakan proses mencari dan menyusun secara sistematis data yang telah diperoleh dari hasil wawancara, catatan lapangan, dan dokumentasi, dengan cara mengorganisasikan data ke dalam kategori, menjabarkan ke dalam unit-unit, melakukan sintesa, menyusun ke dalam pola, memilih mana yang penting dan mana yang akan dipelajari, dan membuat kesimpulan sehingga mudah dipahami oleh diri sendiri dan orang lain (Sugiyono, 2016:333).

Data penelitian kualitatif diperoleh dari berbagai sumber, dengan menggunakan teknik pengumpulan data yang bermacam-macam (triangulasi), dan dilakukan terus menerus sampai datanya jenuh. Analisis data dalam penelitian kualitatif dilakukan sejak sebelum memasuki lapangan, selama di lapangan dan setelah selesai dilapangan (Sugiyono, 2015:243-245).

3.9 Alur Penelitian



Gambar 3. 1 Alur Penelitian

BAB 5 PENUTUP

5.1 Kesimpulan

Berdasarkan hasil dari pembahasan dalam penelitian ini. Dapat diambil beberapa kesimpulan sebagai berikut.

- a. Aktor yang berperan dalam kebijakan kesehatan terkait Peraturan Bupati No 11 tahun 2017 terdiri dari beberapa SKPD terkait. Aktor ini dapat dipetakan menjadi 3 bagian sesuai perannya yakni: 1) Aktor penyusun yakni Bupati, DPRD Kabupaten Situbondo, Dinas Kesehatan, Dinas Sosial, BAPPEDA, Bagian hukum, RSUD. 2) Aktor pelaksana yakni desa, kecamatan, puskesmas, BPJS, Dinas Sosial, RSUD, Puskesmas dan Dinas Kesehatan. 3) Aktor evaluasi yakni semua aktor yang terlibat dan inspektorat. Secara keseluruhan aktor-aktor yang terlibat dalam kebijakan kesehatan sudah melakukan tanggung jawab dan bekerja berdasarkan tupoksinya masing-masing, namun dari pihak desa masih kurang maksimal dalam mensosialisasikan adanya kebijakan kesehatan nomor 11 tahun 2017 ini, hal tersebut terbukti bahwa rata-rata masyarakat mengetahui adanya Kebijakan SPM ini saat masuk kerumah sakit dengan saran dari pihak rumah sakit lalu mulai mengurusnya.
- b. Analisis *Content* atau isi kebijakan terkait Peraturan Bupati No 11 tahun 2017, tujuan dari kebijakan ini adalah untuk mengcover masyarakat miskin dan sangat miskin yang tidak masuk dalam JKN, mengantisipasi kebocoran/pengolahan dana yang tidak terkontrol agar pelaksanaan pelayanan menjadi maksimal dan tepat sasaran. Dalam pelaksanaan kebijakan ini terdapat beberapa kendala yang terjadi seperti waktu untuk mengurus berkas yang terlalu singkat yang tidak sesuai dengan banyaknya berkas persyaratan yang harus dipenuhi dan alur penerbitan SPM yang panjang sehingga tak menutup kemungkinan masyarakat sebagai pemohon dan pengurus yang didesa serta kecamatan merasa kewalahan dan terburu-buru. Selama implementasi sampai saat ini dan masih terus berlangsung, kebijakan ini

cukup efektif karena bantuan pelayanan SPM menjadi tepat sasaran dan dapat mengontrol dana yang dikeluarkan sesuai dengan kebutuhan.

- c. Analisis *Contex* atau Lingkungan Kebijakan yang mempengaruhi kebijakan kesehatan terkait Peraturan Bupati No 11 tahun 2017 terdiri dari: 1) Faktor Situasional yaitu membengkaknya klaim Jamkesda yang diluar dugaan karena kurangnya kontrol; 2) Faktor Struktural meliputi: a) struktur politik yang pro rakyat miskin di Kabupaten Situbondo yang dalam kesehatan tertuang dalam peraturan bupati Bupati No 11 tahun 2017; b) Struktur ekonomi Kabupaten Situbondo yang masih standar dan masih banyaknya masyarakat miskin; c) Struktur sosial masyarakat miskin di Kabupaten Situbondo termasuk dalam kategori besar; 4) Faktor Budaya masyarakat Situbondo seperti pernikahan dini, meski hidup biasa asal kumpul dan keawatiran tidak laku kalau tidak nikah muda serta kebiasaan masyarakat yang masih berobat tradisional ke dukun. Secara umum tidak ada masalah/kendala yang muncul dibagian konteks ini berkaitan dengan pembiayaan dan persyaratan, bahkan Dengan adanya kebijakan ini masyarakat merasa terbantu terutama yang miskin dan sangat miskin.

5.2 Saran

Berdasarkan hasil dan pembahasan yang telah dijabarkan diatas maka dapat diberikan saran-saran yang di harapkan dapat membantu keberhasilan dari kebijakan kesehatan terkait Peraturan Bupati No 11 tahun 2017 tentang Penyelenggaraan Pelayanan Kesehatan bagi Fakir Miskin Pemilik Surat Pernyataan Miskin Di Kabupaten Situbondo. Diantaranya :

- a. Membuat alur penerbitan SPM yang lebih mudah dan pendek dengan cara survei yang seharusnya dilakukan bertahap antara desa dan kecamatan dengan waktu yang berbeda maka dapat dipersingkat dengan melakukan survey secara bersama desa dan kecamatan, dengan seperti itu tentunya data hasil survei akan lebih valid.
- b. Desa sebagai aktor terdekat dengan masyarakat hendaknya melakukan sosialisasi secara menyeluruh kepada seluruh masyarakat didesanya masing-

masing agar masyarakat yang miskin dan sangat miskin yang butuh bantuan pelayanan kesehatan dapat mengantisipasi dan sigap melakukan pengurusan berkas ketika sudah dibutuhkan sehingga sesuai dengan waktu ditentukan.



DAFTAR PUSTAKA

- Achmadi, U,F.2014. *Kesehatan Masyarakat Teori dan Aplikasi*. Depok: Rajawali Pers
- Arikunto, S. 2012. *Prosedur Penelitian Suatu Pendekatan Praktek Edisi Revisi V*. Jakarta: PT Asdi Mahasatya
- Ayuningtiyas, D. 2014. *Kebijakan Kesehatan Prinsip dan Praktik*. Jakarta: Rajawali Press.
- Badan Pusat Statistik. 2016. *Jumlah dan presentase penduduk miskin, P1,P2 dan Garis Kemiskinan menurut kabupaten/kota tahun 2016*. [Serial Online]. <https://jatim.bps.go.id/linkTabelStatis/view//id/605>. [24 Oktober 2017]
- Badan Pusat Statistik Kabupaten Situbondo. 2016. *Garis kemiskinan dan penduduk miskin di Kabupaten Situbondo 2010-2016*. Situbondo : Badan Pusat Statistik.
- Basrowi. 2014. *Pengantar Sosiologi*. Bogor: Ghalia Indonesia.
- Handoyo, Eko, dkk. 2007. *Studi Masyarakat Indonesia*. Semarang: Fakultas Ilmu Sosial Universitas Negeri Semarang.
- Indriyani, dkk.2014. *Pelayanan Penerbitan Surat Pernyataan Miskin (SPM) di Kelurahan Singotrunan Kecamatan Banyuwangi Kabupaten Banyuwangi*. *Skripsi*. Jember : Universitas Jember
- Kaspar, 2013. *Analisis kebijakan Purat Pernyataan Miskin pada Program Jaminan Kesehatan Daerah di Kabupaten Jember*. *Tesis*. Yogyakarta : Universitas Gajah Mada Yogyakarta.
- Kementrian Sosial RI. 2013. *Keputusan Menteri Sosial Republik Indonesia No. 146/HUK/2013 tentang Penetapan Kriteria dan Pendataan Fakir Miskin dan Orang Tidak Mampu*. Jakarta : Kementrian Sosial.

- Mulyadi, D. 2016. *Studi Kebijakan Publik dan Pelayanan Publik*. Bandung : Alfabeta.
- Nazir, M. 2011. *Metode Penelitian*. Cetakan 6. Bogor: Penerbit Ghalia. Indonesia.
- Notoatmodjo, S. 2012. *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta : Rineka Cipta.
- Pemerintah Daerah Situbondo. 2017. *Peraturan Bupati no 11 tahun 2017 tentang Pedoman Operasional Penyelenggaraan Pelayanan Kesehatan Bagi Fakir Miskin Pemilik Surat Pernyataan Miskin*. Situbondo.
- Sigalingging, Hamonangan. 2008. *Buku Ajar Pendidikan Kewarganegaraan (Civic Education)*. Semarang: Jurusan Politik dan Kewarganegaraan UNNES.
- Sudiro. 2009. *Panduan Kuliah: Manajemen Mutu Pelayanan Kesehatan*. Semarang: Fakultas Kesehatan Masyarakat UNDIP.
- Sugiyono. 2015. *Metode Penelitian Kuantitatif Kualitatif dan R&D*. Bandung: Alfabeta.
- Suharto, Edi. 2013. *Kemiskinan dan Perlindungan Sosial di Indonesia Menggagas Model Jaminan Sosial Universal Bidang Kesehatan*. Bandung: Alfabeta.
- Sukowati, N, P, dkk. 2013. Implementasi Kebijakan Pelayanan Kesehatan Masyarakat Miskin Nonkuota (JAMKESDA DAN SPM) Studi di Dinas Kesehatan Kabupaten Blitar. *Jurnal Administrasi Publik (JAP)*, Vol .1, No. 6, Hal. 1195-1202.
- Undang-Undang Dasar Republik Indonesia pasal 28 H. 1945. *Hak Hidup Sejahtera dan Memperoleh Pelayanan Kesehatan*.
- Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 13. 2011. *Fakir Miskin*.

Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 36. 2009. *Kesehatan*.

Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 23. 2014. *Pemerintahan Daerah*.

Usman, Sunyoto. 2012. *Pembangunan dan Pemberdayaan Masyarakat*.
Yogyakarta: Pustaka Pelajar.



LAMPIRAN

Lampiran A. Lembar Pernyataan

Judul : Analisis Kebijakan Kesehatan Tentang Penyelenggaraan Pelayanan Kesehatan bagi Fakir Miskin Pemilik Surat Pernyataan Miskin di Kabupaten Situbondo

Kapada Yth. Bapak/Ibu
di

Dengan Hormat,

Dalam rangka pelaksanaan penelitian skripsi yang berjudul “Analisis Kebijakan Kesehatan Tentang Penyelenggaraan Pelayanan Kesehatan bagi Fakir Miskin Pemilik Surat Pernyataan Miskin di Kabupaten Situbondo”, kami mohon partisipasi Bapak/Ibu secara sukarela untuk menjawab pertanyaan-pertanyaan berikut secara benar dan jujur dengan mengisi lembar persetujuan (*Inform consent*) yang telah disediakan terlebih dahulu. Prosedur penelitian ini tidak akan menimbulkan resiko dan dampak apapun terhadap Bapak/Ibu sebagai responden penelitian karena semata-mata untuk kepentingan ilmiah. Kerahasiaan dari jawaban yang akan Bapak/Ibu berikan, dijamin sepenuhnya oleh peneliti.

Atas Partisipasi Bapak/Ibu, kami ucapkan terima kasih.

Jember,2017

Peneliti

Atikah Maulidiana

NIM. 132110101189

Judul : Analisis Kebijakan Kesehatan Tentang Penyelenggaraan Pelayanan Kesehatan bagi Fakir Miskin Pemilik Surat Pernyataan Miskin di Kabupaten Situbondo.

Lampiran B. Lembar Persetujuan

LEMBAR PERSETUJUAN RESPONDEN

INFORMED CONSENT

Saya yang bertandatangan dibawah ini :

Nama :

Umur :

Menyatakan bersedia menjadi subjek (responden) dalam penelitian dari :

Nama : Atikah Maulidiana

NIM : 132110101189

Fakultas : Fakultas Kesehatan Masyarakat

Judul : Analisis Kebijakan Kesehatan Tentang Penyelenggaraan
Pelayanan Kesehatan bagi Fakir Miskin Pemilik Surat
Pernyataan Miskin di Kabupaten Situbondo

Prosedur penelitian ini tidak akan menimbulkan risiko dan dampak apapun terhadap subjek (responden) Penelitian, karena semata-mata untuk kepentingan ilmiah serta kerahasiaan jawaban yang saya berikan dijamin sepenuhnya oleh peneliti. Oleh karena itu, saya bersedia menjawab pertanyaan-pertanyaan berikut secara jujur.

Jember, 2017

Responden

Lampiran C. Panduan Wawancara Untuk Informan Kunci (Anggota DPRD Komisi 4 Kabupaten Situbondo)

Judul : Analisis Kebijakan Kesehatan Tentang Penyelenggaraan Pelayanan Kesehatan bagi Fakir Miskin Pemilik Surat Pernyataan Miskin di Kabupaten Situbondo

Tanggal Wawancara :

Petunjuk Pengisian :

1. Mohon dengan hormat bantuan dan ketersediaan Bapak/Ibu dalam menjawab seluruh pertanyaan yang ada.
2. Mohon jawab pertanyaan dengan jujur dan sesuai dengan hati nurani.

Panduan Wawancara

1. Karakteristik Responden :

- a. Nama :
- b. Usia :
- c. Jenis Kelamin :
- d. Pendidikan :
- e. Jabatan :

Aktor/Pelaku Kebijakan

1. Dalam kebijakan kesehatan yang berkaitan dengan penyelenggaraan pelayanan kesehatan bagi fakir miskin pemilik surat pernyataan miskin, siapa sajakah Aktor/pelaku yang terlibat baik aktor individual, kelompok maupun organisasi?
2. Siapakah inisiator dari terbentuknya kebijakan kesehatan tentang penyelenggaraan pelayanan kesehatan bagi fakir miskin pemilik surat pernyataan miskin?
3. Dalam proses menyusun atau merancang kebijakan kesehatan tentang penyelenggaraan pelayanan kesehatan bagi fakir miskin pemilik surat pernyataan miskin, siapa sajakah aktor yang terlibat baik aktor individual, kelompok maupun organisasi?

4. Apa peran dari aktor-aktor tersebut dalam merancang kebijakan tersebut?
5. Dalam pelaksanaan/Implementasi kebijakan kesehatan, siapa saja yang terlibat baik aktor individual, kelompok maupun organisasi?
6. Apa peran dari aktor-aktor tersebut dalam pelaksanaan/implementasi kebijakan kesehatan?
7. Selanjutnya, setelah kebijakan kesehatan tentang penyelenggaraan pelayanan kesehatan bagi fakir miskin pemilik surat pernyataan miskin dirancang dan dilaksanakan tentunya ada evaluasi. Siapakah aktor yang bertugas dalam melakukan evaluasi terhadap pelaksanaan kebijakan tersebut? (dari sisi ketercapaiannya, efektivitasnya, ketepatan sasarannya)

Content/Isi Kebijakan

1. Apa tujuan dari dibuatnya kebijakan kesehatan tentang penyelenggaraan pelayanan kesehatan bagi fakir miskin pemilik surat pernyataan miskin?
2. Mengapa kebijakan kesehatan penyelenggaraan pelayanan kesehatan bagi fakir miskin pemilik surat pernyataan miskin tersebut perlu dibuat?
3. Apa yang melatar belakangi dibuatnya kebijakan kesehatan tersebut?
4. Bagaimana pelaksanaan dari kebijakan kesehatan tersebut?
5. Apa saja dampak yang diharapkan dari terbentuknya kebijakan kesehatan tersebut?
6. Apakah kebijakan kesehatan tentang penyelenggaraan pelayanan kesehatan bagi fakir miskin pemilik surat pernyataan miskin tersebut efektif untuk dilakukan?
7. Apakah ada tindakan-tindakan tertentu yang dapat dipengaruhi oleh kebijakan kesehatan tersebut?

Conteks/Lingkungan Kebijakan

a. Faktor Situasional

1. Apakah terdapat kondisi lingkungan tertentu yang melatarbelakangi dibuatnya kebijakan kesehatan tentang penyelenggaraan pelayanan kesehatan bagi fakir miskin pemilik surat pernyataan miskin?
2. Bagaimana kondisi lingkungan tersebut dapat mempengaruhi kebijakan kesehatan?
3. Apakah terdapat kondisi sosial tertentu masyarakat yang melatarbelakangi dibuatnya kebijakan kesehatan?
4. Bagaimana kondisi sosial masyarakat tersebut dapat mempengaruhi kebijakan kesehatan?

b. Faktor Struktural

Faktor struktural meliputi system politik, meliputi keterbukaan dan kesempatan masyarakat untuk berpartisipasi dalam pembahsan dan keputusan kebijakan, meliputi struktur ekonomi, struktur social, kondisi demografi dan kemajuan teknologi.

1. Apakah ada system politik yang melatarbelakangi dibuatnya kebijakan kesehatan tentang penyelenggaraan pelayanan kesehatan bagi fakir miskin pemilik surat pernyataan miskin? Dan bagaimana system politik tersebut dapat mempengaruhi dibuatnya kebijakan kesehatan?
2. Apakah ada struktur ekonomi yang melatarbelakangi dibuatnya kebijakan kesehatan? Dan bagaimana struktur ekonomi tersebut dapat mempengaruhi dibuatnya kebijakan kesehatan?
3. Apakah ada struktur sosial yang melatarbelakangi dibuatnya kebijakan kesehatan? Dan bagaimana struktur sosial tersebut dapat mempengaruhi dibuatnya kebijakan kesehatan?
4. Apakah dalam proses pembahasan dan pengambilan keputusan masyarakat diberikan kesempatan untuk berpartisipasi? Dan bagaimana bentuk partisipasinya?

5. Apakah ada kondisi demografi masyarakat yang melatarbelakangi dibuatnya kebijakan kesehatan? Dan bagaimana kondisi demografi tersebut dapat mempengaruhi dibuatnya kebijakan kesehatan?
 6. Apakah ilmu pengetahuan dan kemajuan teknologi juga melatarbelakangi dibuatnya kebijakan kesehatan? Dan bagaimana kemajuan teknologi tersebut dapat mempengaruhi dibuatnya kebijakan kesehatan?
- c. Faktor Budaya
1. Apakah terdapat faktor budaya dari masyarakat sekitar yang melatarbelakangi dibuatnya kebijakan kesehatan?
 2. Bagaimana faktor budaya tersebut dapat mempengaruhi dibuatnya kebijakan kesehatan?

Lampiran D. Panduan Wawancara Untuk Informan Utama (Kepala bagian Pembiayaan Dinas Kesehatan Kabupaten Situbondo, Dinas Sosial Kabupaten Situbondo, Pemerintahan Daerah Bagian Hukum Kabupaten Situbondo, BAPPEDA Kabupaten Situbondo, Kepala RSUD di Situbondo dan Kepala Puskesmas Di Kabupaten Situbondo)

Judul : Analisis Kebijakan Kesehatan Tentang Penyelenggaraan Pelayanan Kesehatan bagi Fakir Miskin Pemilik Surat Pernyataan Miskin di Kabupaten Situbondo

Tanggal Wawancara :

Petunjuk Pengisian :

1. Mohon dengan hormat bantuan dan ketersediaan Bapak/Ibu dalam menjawab seluruh pertanyaan yang ada.
2. Mohon jawab pertanyaan dengan jujur dan sesuai dengan hati nurani.

Panduan Wawancara

1. Karakteristik Responden :

- a. Nama :
- b. Usia :
- c. Jenis Kelamin :
- d. Pendidikan :
- e. Jabatan :

Aktor/Pelaku Kebijakan

1. Dalam kebijakan kesehatan yang berkaitan dengan penyelenggaraan pelayanan kesehatan bagi fakir miskin pemilik surat pernyataan miskin, siapa sajakah Aktor/pelaku yang terlibat atau berpengaruh baik aktor individual, kelompok maupun organisasi?
2. Siapakah inisiator dari terbentuknya kebijakan kesehatan tentang penyelenggaraan pelayanan kesehatan bagi fakir miskin pemilik surat pernyataan miskin?

3. Dalam proses menyusun atau merancang kebijakan, siapa sajakah aktor yang terlibat baik aktor individual, kelompok maupun organisasi?
4. Apa peran dari aktor-aktor tersebut dalam merancang kebijakan kesehatan?
5. Dalam pelaksanaan/Implementasi kebijakan kesehatan, siapa saja yang terlibat baik aktor individual, kelompok maupun organisasi?
6. Apa peran dari aktor-aktor tersebut dalam pelaksanaan/implementasi kebijakan kesehatan?
7. Selanjutnya, setelah kebijakan kesehatan tentang penyelenggaraan pelayanan kesehatan bagi fakir miskin pemilik surat pernyataan miskin dirancang dan dilaksanakan tentunya ada evaluasi. Siapakah aktor yang bertugas dalam melakukan evaluasi terhadap pelaksanaan kebijakan tersebut? (dari sisi ketercapaiannya, efektivitasnya, ketepatan sasarannya)

Content/Isi Kebijakan

1. Apa tujuan dari dibuatnya kebijakan kesehatan tentang penyelenggaraan pelayanan kesehatan bagi fakir miskin pemilik surat pernyataan miskin?
2. Mengapa kebijakan kesehatan penyelenggaraan pelayanan kesehatan bagi fakir miskin pemilik surat pernyataan miskin tersebut perlu dibuat?
3. Apa yang melatar belakangi dibuatnya kebijakan kesehatan tentang penyelenggaraan pelayanan kesehatan bagi fakir miskin pemilik surat pernyataan miskin?
4. Bagaimana pelaksanaan dari kebijakan kesehatan tentang penyelenggaraan pelayanan kesehatan bagi fakir miskin pemilik surat pernyataan miskin?
5. Apa saja dampak yang diharapkan dari terbentuknya kebijakan kesehatan tentang penyelenggaraan pelayanan kesehatan bagi fakir miskin pemilik surat pernyataan miskin?
6. Apakah kebijakan kesehatan tentang penyelenggaraan pelayanan kesehatan bagi fakir miskin pemilik surat pernyataan miskin tersebut efektif untuk dilakukan?
7. Apakah ada tindakan-tindakan tertentu yang dapat dipengaruhi oleh kebijakan kesehatan tersebut?

Conteks/Lingkungan Kebijakan

a. Faktor Situasional

1. Apakah terdapat kondisi lingkungan tertentu yang melatarbelakangi dibuatnya kebijakan kesehatan tentang penyelenggaraan pelayanan kesehatan bagi fakir miskin pemilik surat pernyataan miskin?
2. Bagaimana kondisi lingkungan tersebut dapat mempengaruhi dibuatnya kebijakan kesehatan?
3. Apakah terdapat kondisi sosial tertentu masyarakat yang melatarbelakangi dibuatnya kebijakan kesehatan?
4. Bagaimana kondisi social masyarakat tersebut dapat mempengaruhi dibuatnya kebijakan kesehatan?

b. Faktor Struktural

Faktor struktural meliputi sistem politik, meliputi keterbukaan dan kesempatan masyarakat untuk berpartisipasi dalam pembahasan dan keputusan kebijakan, meliputi struktur ekonomi, struktur social, kondisi demografi dan kemajuan teknologi.

1. Apakah ada system politik yang melatarbelakangi dibuatnya kebijakan kesehatan? Dan bagaimana sistem politik tersebut dapat mempengaruhi dibuatnya kebijakan kesehatan?
2. Apakah ada struktur ekonomi yang melatarbelakangi dibuatnya kebijakan kesehatan? Dan bagaimana struktur ekonomi tersebut dapat mempengaruhi dibuatnya kebijakan kesehatan?
3. Apakah ada struktur social yang melatarbelakangi dibuatnya kebijakan kesehatan? Dan bagaimana struktur sosial tersebut dapat mempengaruhi dibuatnya kebijakan kesehatan?
4. Apakah dalam proses pembahasan dan pengambilan keputusan masyarakat diberikan kesempatan untuk berpartisipasi? Dan bagaimana bentuk partisipasinya?

5. Apakah ada kondisi demografi masyarakat yang melatarbelakangi dibuatnya kebijakan kesehatan? Dan bagaimana kondisi demografi tersebut dapat mempengaruhi dibuatnya kebijakan kesehatan?
 6. Apakah ilmu pengetahuan dan kemajuan teknologi juga melatarbelakangi dibuatnya kebijakan kesehatan? Dan bagaimana kemajuan teknologi tersebut dapat mempengaruhi dibuatnya kebijakan kesehatan?
- c. Faktor Budaya
1. Apakah terdapat faktor budaya dari masyarakat sekitar yang melatarbelakangi dibuatnya kebijakan kesehatan?
 2. Bagaimana faktor budaya tersebut dapat mempengaruhi dibuatnya kebijakan kesehatan?

Lampiran E. Panduan Wawancara Untuk Informan Tambahan (pemimpin camat, kepala desa/lurah)

Judul : Analisis Kebijakan Kesehatan Tentang Penyelenggaraan Pelayanan Kesehatan bagi Fakir Miskin Pemilik Surat Pernyataan Miskin di Kabupaten Situbondo

Tanggal Wawancara :

Petunjuk Pengisian :

1. Mohon dengan hormat bantuan dan ketersediaan Bapak/Ibu dalam menjawab seluruh pertanyaan yang ada.
2. Mohon jawab pertanyaan dengan jujur dan sesuai dengan hati nurani.

Panduan Wawancara

1. Karakteristik Responden :

- a. Nama :
- b. Usia :
- c. Jenis Kelamin :
- d. Pendidikan :
- e. Jabatan :

Aktor/Pelaku Kebijakan

1. Apakah saudara mengetahui adanya kebijakan kesehatan tentang Tentang Penyelenggaraan Pelayanan Kesehatan bagi Fakir Miskin Pemilik Surat Pernyataan Miskin di Kabupaten Situbondo?
2. Siapa sajakah Aktor/pelaku yang terlibat atau berpengaruh baik aktor individual, kelompok maupun organisasi?
3. Dilingkup desa/ kecamatan siapa saja yang bertugas mengurus pengajuan SPM?
4. Dalam pelaksanaan kebijakan kesehatan tentang penyelenggaraan pelayan kesehatan bagi fakir miskin pemilik surat pernyataan miskin, bagaimana peran dari saudara?

Content/Isi Kebijakan

1. Apakah bapak mengetahui isi dari kebijakan kesehatan tentang penyelenggaraan pelayanan kesehatan bagi fakir miskin pemilik surat pernyataan miskin?
2. Apa saja yang bapak ketahui dari kebijakan kesehatan tentang penyelenggaraan pelayanan kesehatan bagi fakir miskin pemilik surat pernyataan miskin tersebut?
3. Apakah masyarakat sudah mengetahui tentang kebijakan kesehatan tentang penyelenggaraan pelayanan kesehatan bagi fakir miskin pemilik surat pernyataan miskin
4. Apakah sejauh ini sudah banyak masyarakat yang menggunakan pelayanan kesehatan dengan surat pernyataan miskin?
5. Apakah dampak yang diharapkan dari dibuatnya kebijakan kesehatan tentang penyelenggaraan pelayanan kesehatan bagi fakir miskin pemilik surat pernyataan miskin
6. Apakah selama ini terdapat kendala saat pelaksanaan SPM ini?

Conteks/Lingkungan Kebijakan

a. Faktor Situasional

1. Apakah terdapat kondisi lingkungan tertentu masyarakat yang melatarbelakangi dibuatnya kebijakan kesehatan? Dan bagaimana pengaruhnya?
2. Apakah terdapat kondisi sosial tertentu masyarakat yang melatarbelakangi dibuatnya kebijakan kesehatan? Dan bagaimana pengaruhnya?

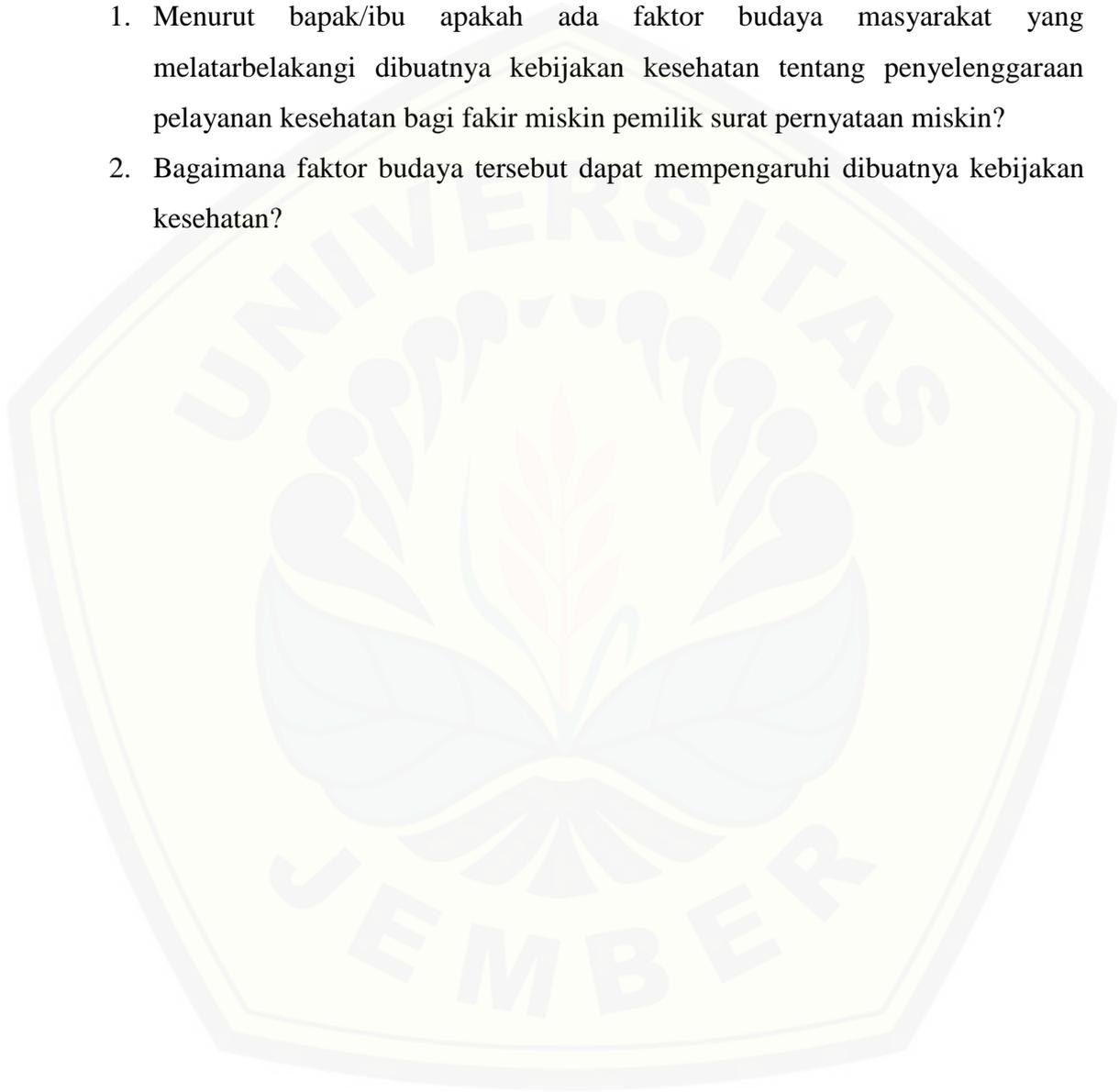
b. Faktor Struktural

1. Menurut bapak/ibu apakah ada struktur ekonomi masyarakat yang melatarbelakangi dibuatnya kebijakan kesehatan?
2. Apakah dalam pembahasan dan pengambilan keputusan masyarakat sekitar diberikan kesempatan untuk berpartisipasi?
3. Bagaimana keadaan ekonomi dari masyarakat yang telah menggunakan pelayanan kesehatan dengan surat pernyataan miskin tersebut?

4. Menurut bapak/ibu apakah ilmu pengetahuan dan kemajuan teknologi melatarbelakangi dibuatnya kebijakan kesehatan?

c. Faktor Budaya

1. Menurut bapak/ibu apakah ada faktor budaya masyarakat yang melatarbelakangi dibuatnya kebijakan kesehatan tentang penyelenggaraan pelayanan kesehatan bagi fakir miskin pemilik surat pernyataan miskin?
2. Bagaimana faktor budaya tersebut dapat mempengaruhi dibuatnya kebijakan kesehatan?



Lampiran F. Surat Ijin Penelitian

		PEMERINTAH KABUPATEN SITUBONDO DINAS KESEHATAN Jl. PB. Sudirman No. 14 Telp. /Fax (0338) 671850 Kotak Pos 1700 SITUBONDO 68312	
Nomor	: 440 / 3555-1 / 431.202.5.3 / 2017	Situbondo, 28 November 2017	
Lampiran	: -	Kepada	
Perihal	: Rekomendasi	Yth. 1. Kepala Puskesmas Asembagus 2. Kepala Puskesmas Banyuputih 3. Kepala Puskesmas Arjasa	
.di-			
SITUBONDO			
Menindak lanjuti Surat dari Kepala Badan Kesbangpol dan Linmas Nomor : 070 / 856 / 431.305.2.2 / 2017 tanggal 17 November 2017 perihal Rekomendasi, maka kami memberikan rekomendasi kepada :			
Nama	: ATIKAH MAULIDIANA		
Alamat	: Kampung Krajan Rt 02. Rw.01 Desa Kertosari Kec. Asembagus Kabupaten Situbondo.		
Pekerjaan/Jabatan	: Mahasiswa		
Instansi/Organisasi	: Universitas Jember		
Tujuan	: Penelitian Tugas Skripsi Analisis kebijakan kesehatan tentang penyelenggaraan pelayanan kesehatan bagi fakir miskin pemilik surat pernyataan miskin di Kabupaten Situbondo		
Waktu	: 17 November 2017 s/d 17 Mei 2018		
Lokasi	: Wilayah Kerja UPTD Puskesmas yg di sebut diatas Kab. Situbondo		
Selama melaksanakan penelitian diharapkan kepada Saudara pengambil data berkewajiban untuk menghormati dan menaati ketentuan yang berlaku di UPTD Puskesmas yang di sebut diatas.			
Demikian untuk diketahui dan agar mendapatkan bantuan Saudara seperlunya.			
An. KEPALA DINAS KESEHATAN KABUPATEN SITUBONDO KEPALA BIDANG PSDK  H. SAIFUL BAHRI, SH, M.Si NIP. 19620825 198903 1 009			

		PEMERINTAH KABUPATEN SITUBONDO RUMAH SAKIT UMUM DAERAH dr. ABDOER RAHEM Jl. Angrek No.68 Telp.(0338)673293-675116 Fax (0338)671028 SITUBONDO 68321	
Nomor	: 445 / 905-1 / 431.518.1.2 / 2017	Situbondo, 21 Nopember 2017	
Sifat	: Penting	Kepada Yth.	
Lampiran	: -	Kepala Badan Kesatuan Bangsa Dan Politik Kabupaten Situbondo	
Perihal	: Rekomendasi	di	
SITUBONDO			
Menunjuk Surat Saudara tanggal 1 November 2017 Nomor: 5354/UN25.1.12/SP/2017 Perihal Rekomendasi, bahwa pada dasarnya kami tidak keberatan dan memberi ijin kepada Mahasiswa atas nama :			
Nama	: Atikah Maulidiana		
NIM	: 122110101033		
Prodi	: S-1 Kesehatan Universitas Jember		
Judul	: "Analisis Kebijakan Kesehatan tentang Penyelenggaraan Pelayanan Kesehatan Bagi Fakir Miskin Pemilik Surat Pernyataan Miskin Di Kabupaten Situbondo"		
Waktu Penelitian	: 17 November 2017 s/d 17 Mei 2018		
Untuk melaksanakan Penelitian di Instalasi Rawat Inap RSUD dr. Abdoer Rahem Situbondo, selama mematuhi peraturan yang berlaku.			
Demikian untuk menjadikan maklum.			
Direktur RSUD dr. Abdoer Rahem Situbondo  H. SAIFUL BAHRI, SH, M.Si Pembina Tk. I NIP. 19630216 199011 1 001			



PEMERINTAH KABUPATEN SITUBONDO
BADAN PERENCANAAN PEMBANGUNAN DAERAH
 Jl. Moch. Seruji No. 03 Telp./Fax. (0338) 678774
SITUBONDO – 68312

S U R A T K E T E R A N G A N T E L A H M E L A K S A N A K A N P E N E L I T I A N

Nomor : 050/1866/431.301.1/2017

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : JOKO SUPRATIKNO, SE
 N I P : 19690509 199203 1 007
 Pangkat / Gol. Ruang : Penata (III/c)
 Jabatan : Kasubbag. Umum dan Kepegawaian pada Bappeda Kab. Situbondo
 Alamat : Jl. Moch. Seruji No. 03 Situbondo

Dengan ini menerangkan bahwa :

Nama : ATIKAH MAULIDIANA
 NIM : 132110101189
 Alamat Rumah : Kampung Krajan RT. 02 RW. 01 Ds. Kertosari Kec. Asembagus Kab. Situbondo
 Program/Tingkat : S 1
 Perguruan Tinggi : Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember

Berdasarkan Surat dari Kepala Badan Kesatuan Bangsa & Politik Kabupaten Situbondo tanggal 08 Desember 2017 nomor : 070/900/431.305.2.2/2017 perihal Rekomendasi, telah melaksanakan penelitian mulai tanggal 08 Desember 2017 sampai dengan tanggal 22 Desember 2017 di Bidang Sosial, Budaya dan Pemerintahan pada Badan Perencanaan Pembangunan Daerah (BAPPEDA) Kabupaten Situbondo

Demikian surat keterangan ini dibuat untuk dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.

Situbondo, 22 Desember 2017

An. KEPALA BAPPEDA
 Kabupaten Situbondo

SEKRETARIS
 Kasubbag. Umum & Kepegawaian

 JOKO SUPRATIKNO, SE
 Penata
 NIP. 19690509 199203 1 007



PEMERINTAH KABUPATEN SITUBONDO
KECAMATAN ASEMBAGUS
 Jalan Raya Asembagus No. 76 Telepon /Fax Nomor (0338) 451003
ASEMBAGUS 68373

Asembagus, 15 Desember 2017

Nomor : 070/470/431.502.1.1/2017
 Sifat : Penting
 Lamp. : -
 Perihal : PENELITIAN

Kepada
 Yth. Sdr. Bpk/Ibu Kepala Desa

 Di
ASEMBAGUS

Menindaklanjuti Surat dari Badan Kesatuan Bangsa dan Politik Kabupaten Situbondo tanggal 17 Nopember 2017 Nomor 070/856/431.305.2.2/2017 tentang Rekomendasi Penelitian di bidang kesehatan, atas nama ATIKAH MAULIDIANA dari Universitas Jember.

Maka bersama ini kami harapkan untuk dapatnya mmbantu kegiatan tersebut demi kelancaran Penelitian dimaksud.

Demikian atas perhatiannya disampaikan terima kasih

KECAMATAN ASEMBAGUS

 H. R. I. S H
 Pembina TI
 NIP. 19410823 198302 1 003

Lampiran G. Ceklist 61 Indikator Kemiskinan



PEMERINTAH KABUPATEN SITUBONDO
PENDATAAN PENDUDUK MISKIN

1. Provinsi : Jawa Timur		3. Kecamatan :	I. Keterangan Alamat (Dilisi sesuai Kartu Keluarga)		7. No. KK Utama :
2. Kabupaten : Situbondo	4. Desa/Kelurahan :	5. Dusun :	6. RT/RW :	8. Klaster :	

II. Keterangan Sosial/Ekonomi Anggota Rumah Tangga																	
No.	Nama Anggota Rumah Tangga	Nomor Induk Kependudukan (NIK)	Hubungan dengan Kepala Rumah Tangga	Hubungan dengan Kepala Keluarga	Jenis Kelamin	Tanggal - Bulan - Tahun Lahir	Status Perkawinan	Kepemilikan Kartu Identitas	Status Kependudukan 1. Tetap 2. Pendatang	Disabilitas Cacat	Penyakit Kronis/Manusik	Pendidikan yang pernah Ditempuh	Pendidikan yang Telah Ditempuh	Golongan Darah	Lapangan Usaha dari Pekerjaan Utama	Status Kedudukan dalam Pekerjaan Utama	
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)	(13)	(14)	(15)	(16)	(17)	(18)
1.																	
2.																	
3.																	
4.																	
5.																	
6.																	
7.																	
8.																	
9.																	
10.																	

Kode Pengisian Kolom			
Kode Kolom 8 1. Kepala RT atau Kepala Keluarga 2. Susun 3. Istri 4. Anak 5. Menantu 6. Cucu 7. Orang Tua 8. Merus 9. Family Lain 10. Pembantu 11. Lainnya	Kode Kolom 9 1. Belum Kawin 2. Kawin 3. Cerai Hidup 4. Cerai Mati	Kode Kolom 11 1. Tidak cacat 2. Tuna Daksa/ Cacat Tubuh 3. Tuna Netra/Buta 4. Tuna Rungtu/Tuli 5. Tuna Wicara/Bisu 6. Tuna Laras 7. Tuna Grahita/ Cacat Pikiran 8. Tuna Ganda (Lebih dari Satu Cacat Fisik dan/atau Mental)	Kode Kolom 12 1. Tidak ada 2. Hipertensi (Tekanan darah tinggi) 3. Rematik 4. Asthma 5. Masalah Jantung 6. Diabetes (Kencing manis) 7. Tuberculosis (TBC) 8. Stroke 9. Kanker atau Tumor ganas 10. Lainnya (gagal ginjal, Paru-paru Flek, HIV dll)
Kode Kolom 13 dan Kolom 14 1. Tidak/Belum Sekolah 2. Belum Tamat SD/Sederajat 3. Tamat SD/Sederajat 4. Tamat SLTP/Sederajat 5. Tamat SLTA/Sederajat 6. Diploma I/II 7. Akademik Diploma III/ Sarjana Muda 8. Diploma IV/ Sarjana I 9. Sarjana II 10. Sarjana III	Kode Kolom 14 1. Tidak/Belum sekolah 2. Sedang TK/ Kelompok Bermain 3. Tidak Pernah Sekolah 4. Sedang SD/Sederajat 5. Sedang SLTP/Sederajat 6. Sedang SLTA/Sederajat 7. Sedang Diploma I 8. Sedang Diploma II 9. Sedang Diploma III 10. Sedang Diploma IV 11. Sedang Sarjana I 12. Sedang Sarjana II 13. Sedang Sarjana III 14. Tidak Sedang Sekolah	Kode Kolom 16 1. A 2. B 3. AB 4. O 5. A+ 6. A- 7. B+ 8. B- 9. AB+ 10. AB- 11. O- 12. O+ 13. Tidak Tahu	Kode Kolom 17 1. Tidak/Belum Bekerja 2. Pertanian Tanaman Padi & Palawija 3. Hortikultura 4. Perkebunan 5. Perikanan Tangkap 6. Perikanan Budidaya 7. Peternakan 8. Kehutanan & Pertanian lainnya 9. Pertambangan/Penggalian 10. Industri Pengolahan 11. Listrik dan Gas 12. Bangunan/ Konstruksi 13. Perdagangan 14. Hotel & Rumah Makan 15. Transportasi & Pergudangan 16. Informasi & Komunikasi 17. Keuangan & Asuransi 18. Jasa Pendidikan 19. Jasa Kesehatan 20. Jasa Kemasarakatan, Pemerintahan & Perorangan 21. Lainnya
Kode Kolom 18 1. Tidak/Belum Bekerja 2. Berusaha sendiri 3. Berusaha membantu orang lain 4. Berusaha membantu orang lain tetapi tidak dibayar 5. Buruh/Karyawan/Pegawai Swasta 6. PNS/TNI-POL/RSU/BLUD, Legislatif, Femdes 7. Pekerja Bebas 8. Pekerja Keluarga/Tidak Dibayar			

Halaman 1 dari 4

III. Keterangan Pokok Rumah Tangga			
Lingkari (O) atau Berilah Tanda Silang (X) Pada Salah Satu Pilihan Jawaban, Sesuai Informasi dari Narasumber atau Respondent!			
A. PERUMAHAN			
1.	Status Bangunan / Rumah yang Ditempati	a. Numpang Tidak Sewa	b. Sewa Sedemana c. Milik Sendiri / Warisan
2.	Status Lahan / Tanah yang Ditempati	a. Numpang Tidak Sewa	b. Sewa Sedemana c. Milik Sendiri / Warisan
3.	Luas Lahan Tempat Tinggal	a. Dibawah 36 M ²	b. 36 - 200 M ² c. Diatas 200 M ²
4.	Luas Lantai Bangunan Tempat Tinggal	a. Dibawah 27 M ²	b. 27 - 36 M ² c. Diatas 36 M ²
5.	Jenis Lantai Terluas	a. Tanah b. Plester / Semen	c. Tegel d. Keramik
6.	Jenis Dinding Terluas	a. Bambu / Kayu Murah b. Kayu	c. Balako d. Bata Semi Permanen e. Tembok Permanen
7.	Jenis Atap Terluas	a. Daun / Rumbia	b. Sring / Asbes c. Genteng / Sirap
8.	Jumlah Kamar Tidur	a. Tidak Punya	b. Satu c. Lebih Dari Satu
B. PANGAN			
9.	Kemampuan Membeli Daging/Telur/Ikan/Susu untuk Konsumsi Protein Dalam Satu Minggu	a. Tidak Pernah	b. Satu Kali c. Dua kali atau Lebih
10.	Rata-rata Kemampuan untuk Ketersediaan Makan/Hari	a. Satu Kali	b. Dua kali c. Tiga Kali atau Lebih
11.	Jenis Makanan Pokok	a. Ketela	b. Jagung c. Beras
12.	Bahan Bakar Memasak	a. Kayu Bakar b. Elpiji 3 Kg	c. Minyak Tanah d. Elpij Diatas 3 Kg
C. SANDANG			
13.	Mempunyai Pakaian Layak yang Berbeda Untuk di Rumah, Bekerja, Bepergian	a. Tidak	b. Iya
14.	Kemampuan Membeli Pakaian Untuk Keluarga Dalam Satu Tahun	a. Tidak Mampu	b. Satu Kali c. Lebih dari Satu Kali
D. KESEHATAN			
15.	Fasilitas Kesehatan yang Sering Dipergunakan	a. Tidak Berobat / Ke Dukun b. Puskesmas / Klinik & RS Pemerintah	c. Praktek Dokter / Klinik & RS Swasta
16.	Fasilitas Pelayanan KB yang Sering Dipergunakan	a. Tidak KB / Tradisional b. Puskesmas / Klinik & RS Pemerintah	c. Praktek Dokter / Klinik & RS Swasta
17.	Kegetiaan Pasangan Usia Subur Dalam Ber-KB	a. Tidak Pernah Ber-KB b. Sampai Saat Ini Sedang Ber-KB	c. Dahulu Pernah Ber-KB
18.	Fasilitas Yang Dipergunakan Untuk Buang Air Besar (jamban)	a. Tidak Punya / Sungai / Tempat Lain b. Jamban Bersama	c. Jamban Sendiri
19.	Tempat Pembuangan Air Tinja	a. Sungai / Lahan	b. Sepsitank
20.	Jumlah Kloset	a. Tidak Punya	b. Satu c. Lebih Dari Satu
21.	Kepala Keluarga Perokok	a. Iya ; selalu	b. Iya ; Hanya Saat Punya Uang c. Tidak
E. SUMBER AIR MINUM			
22.	Sumber Air Minum Yang Dipergunakan	a. Air Sumber Tidak Terlindungi b. Pempa / Sumur Bor	c. Ledeng / PDAM d. Air Kemasan
F. SUMBER PENERANGAN UTAMA			
23.	Jenis Sumber Penerangan Utama	a. Non Listrik b. Listrik Non PLN (Genset Umum) c. Listrik PLN Bukan Milik Sendiri 450 Watt	d. Listrik PLN Milik Sendiri 450 Watt e. Listrik PLN Milik Sendiri Diatas 450 Watt
G. PENDIDIKAN			
24.	Kemampuan Rata-rata Untuk Menyekolahkan Anak	a. Tidak Mampu b. Mampu Sampai Jenjang SD / MI c. Mampu Sampai Jenjang SMP / MTs	d. Mampu Sampai Jenjang SMA / SMK / MA e. Mampu Sampai Jenjang PT
25.	Anggota Keluarga Usia 7 - 18 Tahun Putus Sekolah	a. Putus Sekolah SD / MI b. Putus Sekolah SMP / MTs	c. Putus Sekolah SMA / SMK / MA d. Tidak Ada
26.	Anggota Keluarga Usia 7 - 18 Tahun Tidak Bersekolah	a. Tidak Sekolah SD / MI b. Tidak Sekolah SMP / MTs	c. Tidak Sekolah SMA / SMK / MA d. Tidak Ada
27.	Anggota Keluarga Usia 15 - 59 Atau Lebih Tidak Bisa Baca Tulis Latin	a. Semua	b. Ada c. Tidak Ada
28.	Ijazah Tertinggi Yang Ditamatkan Anggota Keluarga	a. Tidak Tamat SD b. Tamat SD	c. Tamat SLTP d. Tamat SLTA e. Perguruan Tinggi

III. Keterangan Pokok Rumah Tangga			
Lingkari (O) atau Berilah Tanda Silang (X) Pada Salah Satu Pilihan Jawaban, Sesuai Informasi dari Narasumber atau Respondent!			
29.	Kelas Tertinggi yang Sedang Diduduki Anggota Keluarga	a. SD / MI b. SMP / MTs	c. SMA / SMK / MA d. Perguruan Tinggi
30.	Program / Kesempatan yang Dapat Diakses Oleh Anak Dalam Memperoleh Pendidikan	a. Tidak Ada	b. Hanya Program Dasar c. Ada Program Pilihan / Akselerasi
H. LAPANGAN USAHA			
31.	Status Pekerjaan Kepala Keluarga / Anggota Keluarga	a. Tidak Bekerja	b. Bekerja
32.	Apabila Kepala Keluarga Bekerja, Jenis Pekerjaan Kepala Keluarga / Anggota Keluarga	a. Tidak Bekerja b. Karyawan / Pekerja Tidak Tetap c. Karyawan / Pekerja Tetap	d. Wirausaha e. PNS / Pensiunan
33.	Jumlah Pendapatan yang Diperoleh Keluarga /bulan	a. Kurang Dari 1 Juta / Bulan	b. 1 - 2 Juta / Bulan c. Diatas 2 Juta / Bulan
34.	Perilaku Sosial	a. Boros	b. Iktul - iktulan Boros c. Tidak Boros
35.	Pengaruh Musim Terhadap Penghasilan Nelayan	a. Musim Angin	b. Terang Bulan (Terakan) c. Musim / Keadaan Normal / Tidak Ada Nelayan
I. KEPEMILIKAN ADMINISTRASI KEPENDUDUKAN			
36.	KTP (Bagi yang Sudah Bernak)	a. Tidak Punya Sama Sekali	b. Punya Sebagian c. Punya Semua
	Kartu Keluarga (KK)	a. Tidak Punya	b. Punya
38.	Akte Kelahiran	a. Tidak Punya Sama Sekali	b. Punya Sebagian c. Punya Semua
39.	Akte Nikah	a. Tidak Punya	b. Punya
J. KEPEMILIKAN KARTU JAMINAN SOSIAL			
40.	KIP (Kartu Indonesia Pintar)	a. Tidak Punya	b. Punya
41.	KIS (Kartu Indonesia Sehat)	a. Tidak Punya	b. Punya
K. KEPEMILIKAN ASET BERGERAK			
42.	Kepemilikan Alat-alat Elektronik	a. Tidak Punya	b. Dibawah 1 Juta c. Diatas 1 Juta
43.	Kepemilikan Alat Transportasi / Kendaraan Bermotor	a. Tidak Punya	b. Dibawah 1 Juta c. Diatas 1 Juta
44.	Pemanfaatan Alat Transportasi / Kendaraan Bermotor	a. Tidak Punya	b. Usaha c. Non Usaha
45.	Kepemilikan Emas dalam Keluarga	a. Tidak Punya	b. Dibawah 5 Gram c. Diatas 5 Gram
46.	Kepemilikan Ternak untuk Simpanan	a. Tidak Punya	b. Dibawah 500 Ribu c. Diatas 500 Ribu
47.	Status Kepemilikan Ternak	a. Tidak Punya b. Milik Orang Lain (Gaduan)	c. Milik Sendiri Untuk Bekerja d. Milik Sendiri Untuk Simpanan
48.	Kepemilikan Tabungan (Tunai) di Bank / Koperasi	a. Tidak Punya	b. Dibawah 500 Ribu c. Diatas 500 Ribu
49.	Memiliki Hutang ke Bank Aren / Kosipa untuk Keperluan Kebutuhan Pokok	a. Ada	b. Tidak Ada
50.	Jumlah Hutang yang Harus Dibayar dalam Satu Bulan	a. Diatas 2 Juta / Bulan b. 1 - 2 Juta / Bulan	c. Kurang Dari 1 Juta / Bulan d. Tidak Punya
51.	Memiliki Hutang "Ompangan"	a. Sangat Memberatkan b. Biasa Saja	c. Tidak Memberatkan d. Tidak Punya
52.	Beban Cicilan yang Harus Dibayar dalam Satu Bulan	a. Lebih Dari Satu Bank Aren / Kosipa b. Satu Bank Aren / Kosipa	c. Tidak Punya
L. KEPEMILIKAN ASET TIDAK BERGERAK			
53.	Kepemilikan Rumah Selaian yang Ditempati	a. Tidak Punya	b. Punya c. Punya Lebih dari Satu
54.	Kepemilikan Tanah Selaian yang Ditempati : Sawah, Tegel	a. Tidak Punya	b. Punya c. Punya Lebih dari Satu
P. PENCAWINAN			
55.	Kepala Keluarga / Anggota Keluarga Menikah Dibawah 20 Tahun	a. Ada	b. Tidak Ada
N. DISABILITAS / BERKEBUTUHAN KHUSUS DAN PENYAKIT KRONIS			
56.	Ada Anggota Keluarga Disabilitas / Berkebutuhan Khusus	a. Ada, Tidak Produktif	b. Ada, Produktif c. Tidak Ada

Lampiran H. Surat SKTM dari Desa

34

I.5 SURAT KETERANGAN TIDAK MAMPU (SKTM)

KOP DESA/KELURAHAN

SURAT KETERANGAN TIDAK MAMPU
Nomor :

Menerangkan dengan sebenarnya bahwa orang yang tersebut di bawah ini :

Nama (diisi nama Kepala Keluarga)
 Jenis Kelamin
 Tempat dan tgl lahir/umur
 Pekerjaan
 Status Perkawinan
 Alamat
 NIK
 Nomor Kartu Keluarga
 Hubungan dengan Pemohon :..... (*)

Berdasarkan kartu rumah tangga miskin nomor rumah tangga : bahwa yang bersangkutan :

1. Sangat miskin/Miskin/Hampir miskin/Rentan miskin/Tidak miskin**) sehingga layak/tidak layak **) untuk mendapatkan Surat Keterangan Tidak Mampu (SKTM).
2. Pemohon terdaftar/tidak**) dalam kepesertaan PBI Jaminan Kesehatan berdasarkan surat keterangan dari Puskesmas nomor tanggal

Demikian Surat Keterangan Tidak Mampu ini dibuat berdasarkan berita acara hasil survey nomor tanggaluntuk dipergunakan sebagaimana mestinya.

Situbondo,

KEPALA
DESA/LURAH

stempel

Tanda tangan
Kepala/anggota
keluarga (***)

(.....)
(**) diisi apabila yang akan mendapatkan pelayanan kesehatan adalah anggota keluarga.
(**) coret yang tidak perlu.
(***) ditandatangani oleh kepala/anggota keluarga sesuai keperluan.

Lampiran I. Surat Pengantar Kecamatan



PEMERINTAH KABUPATEN SITUBONDO
KECAMATAN ASEMBAGUS
Jalan Raya Asembagus No. 76 Telepon /Fax Nomor (0345) 451003
ASEMBAGUS 68453

REKOMENDASI
Nomor : 454/49/451.502.04/2017

Berdasarkan Berita Acara Hasil Survey dan Verifikasi Desa Asembagus nomor :
470/15/451.502.9.3/2017 dan Surat Keterangan Tidak Mampu nomor :
470/15/451.502.9.3/2017 terhadap permohonan Surat Pernyataan Miskin atas nama :

Nama :
Jenis Kelamin : Perempuan
Tempat dan tgl lahir/umur : Probolinggo, 31-12-1989
Pekerjaan : Belum/Tidak Bekerja
Status PerKawinan : Kawin
Alamat : KP. Utara RT. 001 RW. 007 Desa Asembagus
Kec. Asembagus
NIK : 3512137112890002
Nomor Kartu Keluarga : 3512131011054625

Setelah dilakukan verifikasi data (Berita Acara Verifikasi terlampir), dengan ini
memberikan rekomendasi untuk dapatnya diterbitkan Surat Pernyataan Miskin guna
mendapatkan pelayanan kesehatan.

Diterima tanggal
Yang menerima,

Situbondo, 07 Desember 2017
CAMAT ASEMBAGUS

B A H R I, SH
Pembina Tk. I
NIP. 19610823 198302 1 003

Lampiran J. Surat Pernyataan Miskin dari Dinas Sosial

41

I.9 SURAT PERNYATAAN MISKIN (SPM)

KOP DINAS SOSIAL

SURAT PERNYATAAN MISKIN
Nomor :

Menerangkan dengan sebenarnya bahwa orang yang tersebut di bawah ini :

Nama : (diisi nama Kepala Keluarga)
 Jenis Kelamin :
 Tempat dan tgl lahir/umur :
 Pekerjaan :
 Status Perkawinan :
 Alamat :
 NIK :
 Nomor Kartu Keluarga :
 Hubungan dengan Pemohon : (*)

DINYATAKAN SEBAGAI PENDUDUK MISKIN

Catatan(*) : Surat Pernyataan Miskin ini dipergunakan untuk mendapatkan pelayanan kesehatan atas nama :

Nama :
 NIK :
 Jenis Kelamin :
 Tempat dan tanggal Lahir :
 Pekerjaan :
 Hubungan Keluarga :(*)

Demikian Surat Pernyataan Miskin ini untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.

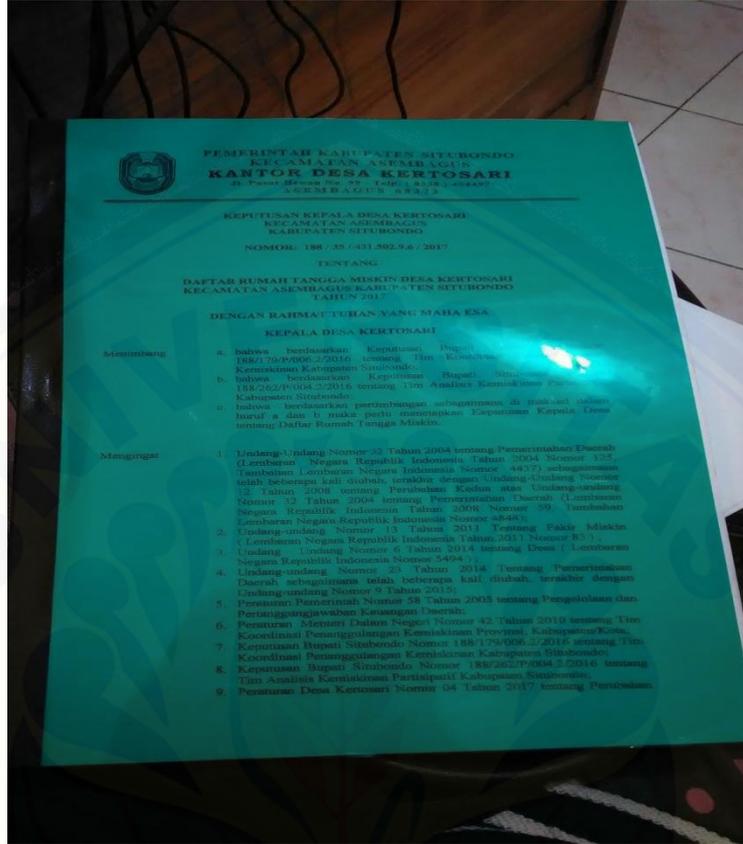
Situbondo,
 An. BUPATI SITUBONDO
 KEPALA DINAS SOSIAL,

stempel

(.....)

(*) diisi apabila yang akan mendapatkan pelayanan kesehatan adalah anggota keluarga.

Lampiran K. Data AKP di Desa/Kelurahan



DESA KERTOSARI
Laporan Hasil Analisis Rumahtangga

NO	NOMOR RUMAH TANGGA	KEPALA RUMAH TANGGA	L/P	JUMLAH L	JUMLAH P	DISUN	RM	BT	HLAI	KELASIFIKASI	
1	16418596	351213056550001	AWI	1	1	BELUKERAN	4	1	1245.7000000	SANGAT MERATA	
2	16418851	351213128360002	SUNABEN	1	1	BELUKERAN	6	1	1246.0000000	SANGAT MERATA	
3	16418852	351213048830002	JUMADIN	1	2	BELUKERAN	6	1	1247.8000000	SANGAT MERATA	
4	16418853	351213261177001	SUGARNO	1	1	BELUKERAN	6	1	1252.1400000	SANGAT MERATA	
5	16418859	351213011075005	KUSWARDI	1	1	BELUKERAN	6	1	1251.3200000	SANGAT MERATA	
6	16418860	351213251284001	HARNAZI	1	2	BELUKERAN	6	2	1251.2000000	SANGAT MERATA	
7	16418874	351213010941001	MANGSO	1	2	0	BELUKERAN	6	1	1251.4000000	SANGAT MERATA
8	16418875	3512130107860129	MULBADI	1	1	BELUKERAN	6	1	1271.0000000	SANGAT MERATA	
9	16418876	351213050750001	SUMAIRUS	1	2	2	BELUKERAN	6	2	1247.3000000	SANGAT MERATA
10	16418877	351213170763001	TOHARI	1	1	1	BELUKERAN	6	2	1251.1200000	SANGAT MERATA
11	16418878	351213110686003	WITWI	1	1	1	BELUKERAN	6	2	1251.1200000	SANGAT MERATA
12	16418879	351213081048001	SINAN	1	1	1	BELUKERAN	6	2	1251.1200000	SANGAT MERATA
13	16425783	351213120730001	ARWITO	1	1	1	BELUKERAN	6	2	1251.1200000	SANGAT MERATA
14	16426926	351213066020061	SAHATYANI	P	0	1	KERANG TENGGI	3	1	1042.1000000	SANGAT MERATA
15	160060220	351213051229001	SUMAIR	L	1	0	KERANG	2	2	1271.2000000	SANGAT MERATA
16	160060637	3512136802040005	SYAFUL FADIL	L	1	0	KERANG	2	2	1042.2700000	SANGAT MERATA
17	160060643	351213611269002	TOLAK ANI	P	0	1	KERANG	2	1	1071.0000000	SANGAT MERATA

Tanggal cetak : 19 November 2017

Lampiran L. Dokumentasi



Wawancara dengan informan kunci (DPRD)



Wawancara dengan salah satu informan utama (Puskesmas)



Wawancara dengan salah satu informan utama (bagian Hukum)



Wawancara dengan salah satu informan tambahan (Kecamatan)



Wawancara dengan salah satu informan tambahan (Kecamatan)