



**PERAN PUSKESMAS KECAMATAN JEKULO KABUPATEN KUDUS
DALAM PELAYANAN KELUARGA MISKIN (STUDI YURIDIS PASAL 2
DAN 3 UNDANG-UNDANG NOMOR 36 TAHUN 2009 TENTANG
KESEHATAN)**

SKRIPSI

**Skripsi diajukan untuk memperoleh gelar Sarjana Hukum pada Universitas
Negeri Semarang**

Oleh

**PERPUSTAKAAN
Mukhammad Anis
UNNES**

3450406554

**FAKULTAS HUKUM
UNIVERSITAS NEGERI SEMARANG**

2011

PERSETUJUAN PEMBIMBING

Skripsi dengan judul “Peran Puskesmas Kecamatan Jekulo Kabupaten Kudus Dalam Pelayanan Keluarga Miskin (Studi Yuridis Pasal 2 Dan 3 Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan)” yang ditulis oleh Mukhammad Anis ini telah disetujui pembimbing untuk diajukan ke Sidang Panitia Ujian Skripsi pada :

Hari :

Tanggal :

Pembimbing I

Pembimbing II

Dr. Nurul Akhmad, S.H, M.Hum.

NIP 19630417 198710 1 001

Arif Hidayat, S.H.I., M.H.

NIP 19790722 200801 1008

Mengetahui,
UNNES

Pembantu Dekan Bidang Akademik

Drs. Suhadi, S.H., M.Si

NIP 19671116 199309 1 001

PENGESAHAN

Skripsi ini telah dipertahankan di hadapan Sidang Panitia Ujian Skripsi Fakultas Hukum, Universitas Negeri Semarang pada tanggal 22 September 2011

Panitia:

Ketua

Sekretaris

Drs. Sartono Sahlan, M.H.
NIP 19530825 198203 1 003

Drs. Suhadi, S.H., M.Si.
NIP 19671116 199309 1 001

Penguji Utama

Tri Sulistiyono, S.H., MH.
NIP 19750524 200003 1 002

Penguji I

Penguji II

Dr. Nurul Akhmad, S.H, M.Hum.
NIP 19630417 198710 1 001

Arif Hidayat, S.H.I., M.H.
NIP 19790722 200801 1 008

PERNYATAAN

Penulis menyatakan bahwa yang tertulis di dalam skripsi dengan judul “Peran Puskesmas Kecamatan Jekulo Kabupaten Kudus Dalam Pelayanan Keluarga Miskin (Studi Yuridis Pasal 2 Dan 3 Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan)” benar-benar hasil karya penulis sendiri, bukan jiplakan dari karya orang lain, baik sebagian maupun seluruhnya. Pendapat atau temuan orang lain yang terdapat dalam skripsi ini dikutip atau dirujuk berdasarkan kode etik ilmiah.

Semarang, September 2011

Mukhammad Anis
NIM 3450406554

PERPUSTAKAAN
UNNES

MOTTO DAN PERSEMBAHAN

MOTTO

- Hidup adalah tantangan.
- Kerjakanlah apa yang kau yakini, tinggalkan apa yang kau ragukan.

Yakinlah bahwa apa yang kau lakukan akan berhasil.

PERSEMBAHAN

Skripsi ini saya persembahkan untuk:

- ❖ Bapak dan Ibu tercinta yang tanpa kenal lelah selalu mencurahkan kasih sayang, nasehat, semangat, dan doa yang tulus sehingga saya dapat menyelesaikan skripsi ini dengan baik.
- ❖ Kakak-kakakku yang selalu memberiku dukungan serta doanya.
- ❖ Lup Hibqu Yusronnika yang tak henti-hentinya memberikan Doa dan Semangat dalam mengerjakan skripsi
- ❖ Almamaterku UNNES
- ❖ Teman – teman Hukum angkatan 2006

KATA PENGANTAR

Puji syukur kami panjatkan kehadirat Tuhan Yang Maha Esa atas rahmat dan petunjuk-Nya yang dilimpahkan, sehingga penulis dapat menyelesaikan penulisan skripsi yang berjudul “Peran Puskesmas Kecamatan Jekulo Kabupaten Kudus Dalam Pelayanan Keluarga Miskin (Studi Yuridis Pasal 2 Dan 3 Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan)” untuk memenuhi salah satu syarat guna menyelesaikan program studi strata 1 (S1) Sarjana Hukum di Universitas Negeri Semarang.

Penulis menyadari bahwa terselesaikannya penulisan skripsi ini tidak terlepas dari bantuan dan bimbingan berbagai pihak, untuk itu penulis menyampaikan terima kasih kepada:

1. Prof. Dr. H Sudijono Sastroatmodjo M.Si. Rektor Universitas Negeri Semarang, sosok pemimpin yang tegas dan menjadi panutan bagi seluruh mahasiswa UNNES;
2. Drs. Sartono Sahlan, M.H, Dekan Fakultas Hukum Universitas Negeri Semarang, yang telah berjuang sepenuh hati dan semangat dalam membangun kebesaran dan memajukan Fakultas Hukum Universitas Negeri Semarang;
3. Tri Sulistiyono, S.H., MH. Penguji Utama yang disela-sela kesibukannya dengan penuh kesabaran, keikhlasan, dan kebijaksanaan meluangkan waktunya dalam menguji skripsi ini;
4. Dr. Nurul Akhmad, S.H, M.Hum. Dosen Pembimbing I yang telah banyak memberikan saran dan masukan, serta bersedia meluangkan banyak waktu di tengah kesibukannya untuk menyelesaikan skripsi ini;

5. Arif Hidayat, S.H.I., M.H. Dosen Pembimbing II yang telah banyak memberikan wawasan dan masukan kepada penulis dalam menyelesaikan skripsi ini;
6. Bapak, Ibu dosen Fakultas Hukum UNNES yang telah membekali ilmu pengetahuan yang bermanfaat selama masa kuliah;
7. Djoko Triyono, S.sos. Kepala Dinas Kabupaten Kudus yang telah memberikan izin kepada penulis untuk melakukan penelitian;
8. Drg.Renny Liestyawati Kepala UPT Puskesmas Jekulo yang telah bersedia meluangkan waktunya untuk berbagi ilmu dan pengetahuan;
9. Teman-temanku Kost Mr. Arok, Mr. Ebiet, Mr. Deki, Mr. Bontot, Mr. Angger terimakasih untuk kebersamaan, dukungannya tetap solid selalu pren.
10. Sohib-sohibku Fakultas Hukum Agung DK, Rifqi M, Aditya Lukman, Eka Candra, Ragil A.P, Adityawan N, terimakasih atas kerjasamanya serta untuk dukungannya.
11. Almamaterku, Universitas Negeri Semarang serta semua pihak yang telah berperan hingga terwujud skripsi ini yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu;

Semoga skripsi ini dapat memberikan manfaat dan pengetahuan bagi kita semua. Amin

Semarang, September 2011

Penulis

Mukhammad Anis
NIM.3450406554

ABSTRAK

Anis, Mukhammad. 2011. *Peran Puskesmas Kecamatan Jekulo Kabupaten Kudus Dalam Pelayanan Keluarga Miskin (Studi Yuridis Pasal 2 Dan 3 Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan)*. Skripsi, Ilmu Hukum, Fakultas Hukum. Universitas Negeri Semarang : Pembimbing I Dr. Nurul Akhmad, S.H, M.Hum., Pembimbing II Arif Hidayat, S.H.I., M.H.

Kata Kunci: Peran Pelayanan Puskesmas, Keluarga Miskin.

Puskesmas adalah Organisasi fungsional yang menyelenggarakan upaya kesehatan yang bersifat menyeluruh, terpadu, merata, dapat diterima dan terjangkau oleh masyarakat, dengan peran serta aktif masyarakat dan menggunakan hasil pengembangan ilmu pengetahuan dan teknologi tepat guna, dengan biaya yang dapat dipikul oleh pemerintah dan masyarakat. Upaya kesehatan tersebut diselenggarakan dengan menitikberatkan kepada pelayanan untuk masyarakat luas guna mencapai derajat kesehatan yang optimal, tanpa mengabaikan mutu pelayanan kepada perorangan.

Masalah yang dikaji di dalam penelitian ini adalah: (1) Regulasi apa saja yang terkait dengan pelayanan kesehatan keluarga miskin Puskesmas Kecamatan Jekulo Kabupaten Kudus?; (2) Bagaimana peran Puskesmas Kecamatan Jekulo Kabupaten Kudus dalam pelayanan kesehatan keluarga miskin?; (3) Kendala apa yang dihadapi dan solusi yang dilakukan Puskesmas Kecamatan Jekulo Kabupaten Kudus dalam pelayanan keluarga miskin ?. Tujuan dari penelitian ini adalah: (1) Untuk mengetahui regulasi yang terkait dengan pelayanan kesehatan keluarga miskin Puskesmas Kecamatan Jekulo Kabupaten Kudus; (2) Untuk mengetahui peran Puskesmas dalam pelayanan kesehatan keluarga miskin di Kecamatan Jekulo Kabupaten Kudus; (3) Untuk mengetahui kendala yang dihadapi dan solusi yang dilakukan Puskesmas dalam pelayanan kesehatan keluarga miskin di Kecamatan Jekulo Kabupaten Kudus;

Penelitian ini menggunakan metode kualitatif dengan pendekatan yuridis sosiologis. Lokasi penelitian di UPT Puskesmas Jekulo. Sumber data penelitian melalui informan (Kepala Puskesmas, Pegawai Dinas Kesehatan Kudus, Pasien), responden (Akademisi, Masyarakat), dokumen. Metode pengumpulan data melalui wawancara, observasi, dokumentasi. Data selanjutnya di analisis.

Hasil penelitian sebagai berikut: (1) Regulasi Yang Terkait Dengan Pelayanan Kesehatan Keluarga Miskin; Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan, Undang-undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Kesehatan Masyarakat, Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 65 Tahun 2005 Tentang Pedoman Penyusunan Dan Penerapan Standar Pelayanan Minimal, Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 38 Tahun 2007 Tentang Pembagian Urusan Pemerintahan Antara Pemerintah, Pemerintahan Daerah Provinsi, Dan Pemerintahan Daerah Kabupaten/Kota, Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 316/Menkes/SK/V/2009 Pedoman Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Masyarakat 2009, Peraturan Bupati

Kudus Nomor 3 Tahun 2009 tentang Organisasi dan Tata Kerja Unit Pelaksana Teknis pada Dinas Daerah Kabupaten Kudus, Peraturan Bupati Kudus Nomor 32 Tahun 2010 tentang Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan Daerah Kabupaten Kudus, Keputusan Bupati Kudus Nomor 440/303/2010 Tentang Penetapan Peserta Program Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas) Di Kabupaten Kudus Tahun 2011. (2) Peran Puskesmas Jekulo Dalam Pelayanan Kesehatan Keluarga Miskin Di Kecamatan Jekulo Kabupaten Kudus; Dengan penerapan Standar Pelayanan Minimal dilihat dari Pembangunan Kesehatan ada yang belum sesuai dengan Asas-asas Pembangunan Kesehatan. Hal itu dikarenakan masih belum optimalnya pelayanan yang diberikan kepada masyarakat dengan petugas kesehatan yang masih kurang. Atas dasar hal tersebut Peran Puskesmas Jekulo dalam Pelayanan keluarga miskin kurang maksimal. (3) Kendala yang dihadapi dan Solusi yang dilakukan Puskesmas Dalam Pelayanan Kesehatan Keluarga Miskin, Puskesmas masih mengalami kesulitan pada penanganan persyaratan rujukan bagi KK miskin yang belum memiliki Jamkesmas dan Jamkesda. Solusinya membentuk forum kesehatan desa supaya program kesehatan yang diselenggarakan untuk keluarga miskin dapat tercapai.

Berdasarkan penelitian ini, dari peneliti menyarankan bagi UPT Puskesmas Jekulo dan Dinas Kabupaten Kudus, agar dapat meningkat jenis pelayanan terhadap keluarga miskin dan meningkatkan mutu pelayanan. Sehingga kedepannya pelayanan terhadap keluarga miskin mencapai kepuasan. Bagi keluarga miskin, untuk dapat lebih meningkatkan kesehatan maka harus membiasakan berpola hidup sehat serta senantiasa menjaga kesehatan lingkungan seperti kebersihan sanitasi, rumah, dan lebih lagi untuk memanfaatkan kesehatan di Puskesmas, karena Puskesmas juga telah memberikan pelayanan dengan maksimal.



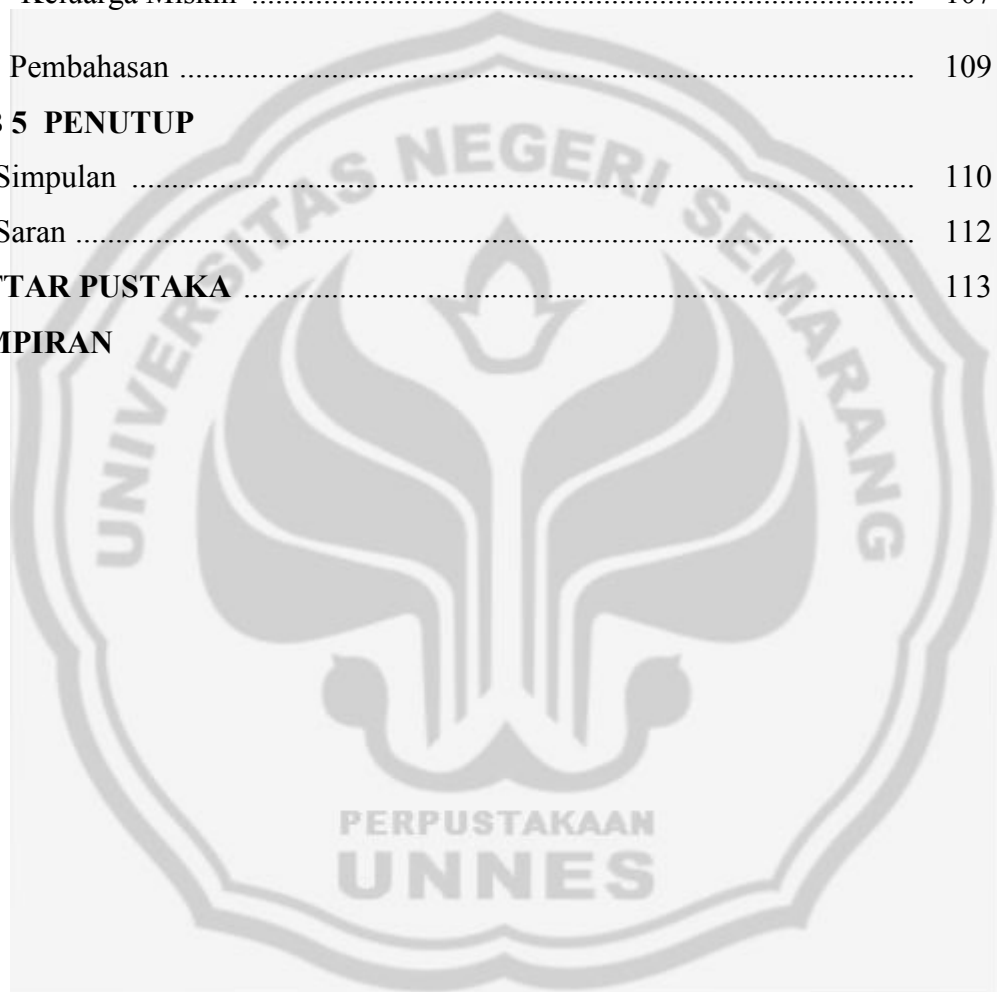
DAFTAR ISI

	Halaman
HALAMAN JUDUL	i
PERSETUJUAN PEMBIMBING	ii
PENGESAHAN KELULUSAN	iii
PERNYATAAN	iv
MOTTO DAN PERSEMBAHAN	v
KATA PENGANTAR	vi
ABSTRAK	viii
DAFTAR ISI	x
DAFTAR LAMPIRAN	xiv
BAB 1 PENDAHULUAN	
1.1 Latar Belakang Penelitian	1
1.2 Identifikasi Masalah dan Pembatasan Masalah	7
1.2.1 Identifikasi Masalah	7
1.2.2 Pembatasan Masalah	8
1.3 Rumusan Masalah	8
1.4 Tujuan Penelitian	9
1.4.1 Tujuan Umum dan Tujuan Khusus	9
1.4.1.1 Tujuan Umum	9
1.4.1.2 Tujuan Khusus	9
1.5 Manfaat Penelitian	10
1.5.1 Secara Teoritik	10
1.5.2 Secara Praktis	10
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA	
2.1 Regulasi	12
2.2.1 Regulasi Pelayanan Kesehatan	12
2.2 Pelayanan Kesehatan	12
2.3 Asas-Asas Pembangunan Kesehatan dalam Undang-Undang Nomor 36 tahun 2009 tentang Kesehatan	13

2.4	Kriteria Pelayanan Kesehatan	15
2.5	Standart Pelayanan Kesehatan	15
2.6	Pengertian Mutu Pelayanan Kesehatan	16
2.6.1	Pengertian Mutu	16
2.6.2	Standart Pesyaratan Mutu	17
2.6.2.1	Standart Persyaratan Minimal	17
2.6.2.2	Standart Penampilan Minimal	18
2.6.3	Standart Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan	18
2.7	Kesehatan Keluarga Miskin	19
2.8	Indikator Keluarga Miskin	20
2.9	Puskesmas	22
2.9.1	Fungsi Puskesmas	23
2.9.2	Asas Pengelolaan Puskesmas	24
2.9.3	Susunan Organisasi Puskesmas	25
2.9.4	Upaya Puskesmas dalam Memberikan Pelayanan Kesehatan Terhadap Keluarga Miskin	25
2.10	Teori Peran	29
2.11	Kerangka Berpikir	31
BAB 3 METODE PENELITIAN		
3.1	Dasar Penelitian	32
3.1.1	Pendekatan Penelitian	32
3.1.2	Fokus Penelitian	33
3.1.3	Lokasi Penelitian	34
3.1.4	Sumber Data Penelitian	34
3.1.5	Pengumpulan Data	36
3.1.6	Analisis Data	37
3.1.7	Keabsahan Data	38
3.1.8	Sistematika Penulisan	39
BAB 4 HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN		
4.1	Hasil Penelitian	41
4.1.1	Gambaran Umum Jekulo	41

4.1.2 Keadaan Penduduk Kecamatan Jekulo	41
4.1.3 Kondisi Sosial Ekonomi Masyarakat Kecamatan Jekulo	42
4.1.4 Kondisi Kesehatan Masyarakat Kecamatan Jekulo	44
4.1.5 Gambaran Umum Puskesmas Jekulo	46
4.1.5.1 Pembagian Wilayah Puskesmas di Kecamatan Jekulo	47
4.1.5.2 Visi dan Misi Puskesmas Jekulo	48
4.1.5.2.1 Visi Puskesmas Jekulo	48
4.1.5.2.2 Misi Puskesmas Jekulo	48
4.1.5.3 Fungsi Puskesmas	49
4.1.5.4 Kedudukan dan Organisasi Puskesmas	50
4.1.5.5 Program Unggulan UPT Puskesmas Jekulo	50
4.1.5.6 Struktur Organisasi Puskesmas Jekulo	54
4.1.5.7 Pola Struktur Organisasi Puskesmas	57
4.1.5.8 Upaya Kesehatan Pokok Puskesmas	57
4.1.5.9 Tugas Pokok dan Fungsi UPT Puskemas Jekulo	58
4.1.5.9.1 Tugas Pokok	58
4.1.5.9.2 Tugas Fungsi	59
4.1.5.9.3 Tugas Masing-masing Seksi	59
4.1.5.9.4 Program Kerja Masing-Masing Seksi	60
4.2 Regulasi yang Terkait dengan Pelayanan Kesehatan	
Keluarga Miskin Puskesmas Jekulo	71
4.2.11 Pembahasan	86
4.3 Peran Puskesmas Jekulo dalam Pelayanan Kesehatan	
Keluarga Miskin di Kecamatan Jekulo Kabupaten Kudus	88
4.3.1 Bentuk-bentuk Pelayanan Jamkesmas dan	
Jamkesda di Puskesmas Jekulo	88
4.3.2 Indikator Keluarga Miskin	89
4.3.3 Mutu Pelayanan Jamkesmas dan Jamkesda	
di Puskesmas Jekulo	93

4.3.4 Pembahasan	100
4.4 Kendala yang dihadapi dan Solusi yang dilakukan	
Puskesmas dalam Pelayanan Kesehatan Keluarga Miskin	105
4.4.1 Kendala yang dihadapi Puskesmas dalam Pelayanan Kesehatan Keluarga Miskin.....	105
4.4.2 Solusi yang dilakukan Puskesmas dalam Pelayanan Kesehatan Keluarga Miskin	107
4.4.3 Pembahasan	109
BAB 5 PENUTUP	
5.1 Simpulan	110
5.2 Saran	112
DAFTAR PUSTAKA	113
LAMPIRAN	



DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran:

- 1) Pedoman Wawancara
- 2) Surat Ijin Penelitian Dekan Fakultas Hukum Untuk Kepala UPT
Puskesmas Jekulo Kabupaten Kudus
- 3) Surat Ijin Penelitian Dekan Fakultas Hukum Untuk Kepala
Kesbanglinmas Kabupaten Kudus
- 4) Surat Ijin Penelitian Dekan Fakultas Hukum Untuk Kepala Dinas
Kesehatan Kabupaten Kudus
- 5) Surat Ijin Penelitian Bappeda Kabupaten Kudus
- 6) Surat Ijin Penelitian Dinas Kesehatan Kabupaten Kudus
- 7) Surat Keterangan Penelitian UPT Puskesmas Jekulo Kabupaten Kudus
- 8) Contoh Kartu Jamkesmas dan Jamkesda
- 9) Kartu Bimbingan Skripsi
- 10) Dokumentasi
- 11) Peraturan Bupati Kudus Nomor 32 tahun 2010 tentang Pelaksanaan
Program Jaminan Kesehatan Daerah Kabupaten Kudus
- 12) Keputusan Bupati Kudus Nomor 440/303/2010 tentang Penetapan
Peserta Program Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas) di
Kabupaten Kudus Tahun 2011

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Pembukaan Undang-Undang Dasar 1945 mencantumkan dengan jelas cita-cita bangsa Indonesia yang sekaligus merupakan tujuan nasional bangsa Indonesia. Tujuan nasional tersebut adalah melindungi segenap bangsa Indonesia dan seluruh tumpah darah Indonesia dan memajukan kesejahteraan umum, mencerdaskan kehidupan bangsa dan ikut melaksanakan ketertiban dunia yang berdasarkan kemerdekaan perdamaian abadi serta keadilan sosial.

Upaya pembangunan yang berkesinambungan diselenggarakan untuk mencapai tujuan nasional tersebut merupakan suatu rangkaian pembangunan yang menyeluruh terarah dan terpadu, termasuk di antaranya pembangunan kesehatan.

Kesehatan merupakan hak asasi manusia dan salah satu unsur kesejahteraan yang harus diwujudkan sesuai dengan cita-cita bangsa Indonesia sebagaimana dimaksud dalam Pancasila dan Pembukaan Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945. Oleh karena itu, setiap kegiatan dan upaya untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya dilaksanakan berdasarkan prinsip nondiskriminatif, partisipatif, perlindungan, dan berkelanjutan yang sangat penting artinya bagi pembentukan sumber daya manusia Indonesia, peningkatan ketahanan dan daya saing bangsa, serta pembangunan nasional.

Upaya untuk meningkatkan derajat kesehatan yang setinggi-tingginya pada mulanya berupa upaya penyembuhan penyakit, kemudian secara berangsur-angsur

berkembang ke arah keterpaduan upaya kesehatan untuk seluruh masyarakat dengan mengikutsertakan masyarakat secara luas yang mencakup upaya promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif yang bersifat menyeluruh terpadu dan berkesinambungan. Perkembangan ini tertuang ke dalam Sistem Kesehatan Nasional (SKN) pada tahun 1982 yang selanjutnya disebutkan kedalam GBHN 1983 dan GBHN 1988 sebagai tatanan untuk melaksanakan pembangunan kesehatan.

Selain itu, perkembangan teknologi kesehatan yang berjalan seiring dengan munculnya fenomena globalisasi telah menyebabkan banyaknya perubahan yang sifat dan eksistensinya sangat berbeda jauh dari teks yang tercantum dalam Undang-Undang Nomor 23 Tahun 1992 tentang Kesehatan. Pesatnya kemajuan teknologi kesehatan dan teknologi informasi dalam era global ini ternyata belum terakomodatif secara baik oleh Undang-Undang Nomor 23 Tahun 1992 tentang Kesehatan.

Perencanaan dan pembiayaan pembangunan kesehatan yang tidak sejiwa dengan Undang-Undang Nomor 23 Tahun 1992, yaitu menitikberatkan pada pengobatan (kuratif), menyebabkan pola pikir yang berkembang di masyarakat adalah bagaimana cara mengobati bila terkena penyakit. Hal itu tentu akan membutuhkan dana yang lebih besar bila dibandingkan dengan upaya pencegahan. Konsekuensinya, masyarakat akan selalu memandang persoalan pembiayaan kesehatan sebagai sesuatu yang bersifat konsumtif/pemborosan.

Selain itu, sudut pandang para pengambil kebijakan juga masih belum menganggap kesehatan sebagai suatu kebutuhan utama dan investasi berharga di

dalam menjalankan pembangunan sehingga alokasi dana kesehatan hingga kini masih tergolong rendah bila dibandingkan dengan negara lain.

Untuk itu, sudah saatnya kita melihat persoalan kesehatan sebagai suatu faktor utama dan investasi berharga yang pelaksanaannya didasarkan pada sebuah paradigma baru yang biasa dikenal dengan paradigma sehat, yakni paradigma kesehatan yang mengutamakan upaya promotif dan preventif tanpa mengabaikan kuratif dan rehabilitatif.

Dalam rangka untuk memperbaiki pelayanan kesehatan masyarakat agar tercapai peningkatan pelayanan dalam bidang kesehatan dan ketepatan sasaran secara optimal sesuai dengan ketentuan yang di atur dalam ketentuan pasal 19 ayat 2 UU No 40 tahun 2004 tentang system jaminan nasional yang berbunyi “bahwa jaminan kesehatan di selenggarakan dengan tujuan menjamin agar peserta memperoleh pemeliharaan kesehatan dan perlindungan dalam memenuhi kebutuhan dasar kesehatan.

Peranan pemerintah dalam pelayanan kesehatan masyarakat mempunyai porsi yang besar, karena keterbatasan sumber daya pemerintah, maka potensi masyarakat perlu digali atau diikutsertakan dalam upaya pelayanan kesehatan masyarakat. Pemerintah dalam hal ini Departemen Kesehatan mempunyai kewajiban dan tanggung jawab dalam menggali dan membina potensi masyarakat dalam upaya pelayanan kesehatan. Sistem pelayanan kesehatan mencakup pelayanan kedokteran (*medical services*) dan pelayanan kesehatan masyarakat (*public health services*). Secara umum pelayanan kesehatan masyarakat adalah merupakan sub sistem pelayanan kesehatan, yang tujuan utamanya adalah

pelayanan preventif (pencegahan) dan promotif (peningkatan kesehatan) dengan sasaran masyarakat. Meskipun demikian, tidak berarti bahwa pelayanan kesehatan masyarakat tidak melakukan pelayanan kuratif (pengobatan) dan rehabilitatif (pemulihan).

Salah satu sarana pelayanan kesehatan masyarakat yang amat penting dalam pelaksanaan upaya kesehatan adalah Puskesmas. Sebagai sarana pelayanan kesehatan terdepan, Puskesmas bertanggung jawab dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan masyarakat dengan mutu yang baik dan dengan biaya yang terjangkau oleh masyarakat. Dari data puskesmas biaya operasional masih di tanggung oleh pemerintah daerah dan masyarakat yang menggunakan jasa pelayanan Puskesmas setiap tahunnya.

Puskesmas sebagai penyelenggara layanan kesehatan tingkat dasar memiliki peran penting dalam memberikan pelayanan kesehatan bagi masyarakat sekitarnya terutama kesehatan keluarga miskin. Salah satu upaya Puskesmas dalam memberikan pelayanan kesehatan bagi keluarga miskin adalah melalui program pemberian pelayanan kesehatan gratis. Karena itu setiap individu, keluarga dan masyarakat berhak memperoleh perlindungan terhadap kesehatannya, dan Negara bertanggungjawab mengatur agar terpenuhi hak hidup sehat bagi penduduknya termasuk bagi masyarakat miskin dan tak mampu. Sehubungan dengan hal tersebut, maka untuk menjamin akses penduduk miskin terhadap pelayanan kesehatan sebagaimana diamanatkan dalam Undang-Undang Dasar 1945, sejak tahun 2005 telah diupayakan program kesehatan untuk mengatasi masalah kesehatan keluarga miskin melalui pelaksanaan kebijakan Program Jaminan

Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat Miskin (JPKMM). Tetapi, untuk menghindari kesalahpahaman dalam penjaminan terhadap masyarakat miskin yang meliputi sangat miskin, miskin dan mendekati miskin, program tersebut berganti nama menjadi Jaminan Kesehatan Masyarakat atau lebih dikenal dengan JAMKESMAS.

Jaminan Kesehatan Masyarakat (JAMKESMAS) adalah program pemerintah dalam memberikan pelayanan kesehatan untuk meningkatkan akses dan mutu pelayanan kesehatan terhadap seluruh masyarakat miskin dan tidak mampu agar tercapai derajat kesehatan masyarakat yang optimal secara efektif dan efisien. Program ini diselenggarakan secara nasional agar terjadi subsidi silang dalam rangka mewujudkan pelayanan kesehatan yang menyeluruh bagi masyarakat miskin khususnya di Puskesmas sebagai penyedia pelayanan kesehatan tingkat pertama.

Tujuan penyelenggaraan Program Jamkesmas secara umum adalah untuk meningkatkan akses dan mutu pelayanan kesehatan terhadap seluruh masyarakat miskin dan tidak mampu agar tercapai derajat kesehatan masyarakat yang optimal secara efektif dan efisien. Sedangkan tujuan khusus dari penyelenggaraan program JAMKESMAS ada tiga macam, yaitu: *Pertama*, Meningkatkan cakupan masyarakat miskin dan tidak mampu yang mendapat pelayanan kesehatan di Puskesmas serta jaringannya dan di Rumah Sakit. *Kedua*, Meningkatnya kualitas pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin. *Ketiga*, Terselenggaranya pengelolaan keuangan yang transparan dan akuntabel.

Masalah eksternal Puskesmas mencakup persoalan keluarga miskin itu sendiri, seperti yang terkait dengan masalah standarisasi keluarga miskin dan menyangkut pula validitas pendataanya. Akibatnya, keluarga miskin yang datang ke Puskesmas tidak hanya terdaftar, tetapi juga masyarakat yang bukan dari keluarga miskin. Selain itu, adanya petugas di luar Puskesmas yang ikut terlibat mengurus keluarga miskin serta sistem pelayanannya yang belum sempurna menyebabkan kebijakan di setiap daerah berbeda-beda. Hasilnya, program JAMKESMAS tidak memuaskan khususnya bagi kalangan masyarakat miskin.

Selain dari program Jamkesmas Pemerintah Daerah juga mengeluarkan program Jamkesda (Jaminan Kesehatan Daerah). Jamkesda (Jaminan Kesehatan Daerah) adalah program pelayanan kesehatan bagi warga masyarakat miskin di luar kuota Jamkesmas (Jaminan Kesehatan Masyarakat) yang belum memiliki jaminan kesehatan.

Tujuan penyelenggaraan Program Jamkesda yaitu memberi perlindungan kepada peserta dalam bentuk pemeliharaan kesehatan paripurna dengan sistem jaminan kesehatan yang terkendali, baik mutu maupun biaya.

Adanya program-program tersebut semoga terlaksana sesuai dengan Pasal 2 dan Pasal 3 UU No.36 Tahun 2009 tentang Kesehatan. Pasal 2 : Pembangunan kesehatan diselenggarakan dengan berasaskan perikemanusiaan, keseimbangan, manfaat, perlindungan, penghormatan terhadap hak dan kewajiban, keadilan, gender dan nondiskriminatif dan norma-norma agama. Pasal 3 : Pembangunan kesehatan bertujuan untuk meningkatkan kesadaran, kemauan, dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang agar terwujud derajat yang setinggi-tingginya,

sebagai investasi bagi pembangunan sumber daya manusia yang produktif secara sosial dan ekonomis.

Dari uraian tersebut diatas, maka penulis tertarik untuk mengadakan penelitian tentang Peran Puskesmas Kecamatan Jekulo Kabupaten Kudus Dalam Pelayanan Keluarga Miskin. Berdasarkan hal tersebut diatas maka penulis melakukan penelitian guna menyusun skripsi dengan judul **“Peran Puskesmas Kecamatan Jekulo Kabupaten Kudus Dalam Pelayanan Keluarga Miskin (Studi Yuridis Pasal 2 Dan 3 Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan)”**.

1.2 Identifikasi Masalah dan Pembatasan Masalah

1.2.1 Identifikasi Masalah

Banyak hal yang belum diketahui tentang bagaimana peran Puskesmas Kecamatan Jekulo Kabupaten Kudus dalam pelayanan keluarga miskin. Oleh karena itu identifikasi masalah dalam skripsi ini antara lain :

- (1) Proses pelayanan keluarga miskin yang berbelit-belit.
- (2) Tidak semua keluarga miskin pengguna Jamkesmas dan Jamkesda di Kecamatan Jekulo kabupaten Kudus 2010/2011.
- (3) Minimnya tingkat pengetahuan warga miskin terhadap pentingnya kesehatan.
- (4) Kurang optimalnya peran Puskesmas Kecamatan Jekulo Kabupaten Kudus dalam pelayanan kesehatan keluarga miskin.

- (5) Rendahnya kesadaran masyarakat terhadap penggunaan Jamkesmas dan Jamkesda.

1.2.2 Pembatasan Masalah

Dari identifikasi masalah di atas perlu kiranya ada pembatasan masalah untuk memudahkan penulis merumuskan permasalahan. Besarnya permasalahan sosial yang menyangkut kesehatan yang timbul di hadapan masyarakat jika tidak ditangani secara profesional akan menimbulkan dampak yang semakin kompleks. Dalam hal ini peneliti mengambil tempat di Puskesmas Kecamatan Jekulo Kabupaten Kudus, data yang akan diteliti adalah peran Puskesmas Kecamatan Jekulo Kabupaten Kudus dalam pelayanan keluarga miskin. Selanjutnya pembatasan masalah dalam penelitian ini adalah sebagai berikut :

- (1) Regulasi apa saja yang terkait dengan pelayanan kesehatan keluarga miskin Puskesmas Kecamatan Jekulo Kabupaten Kudus?
- (2) Bagaimana peran Puskesmas Kecamatan Jekulo Kabupaten Kudus dalam pelayanan kesehatan keluarga miskin?
- (3) Kendala apa yang dihadapi dan solusi yang dilakukan Puskesmas Kecamatan Jekulo Kabupaten Kudus dalam pelayanan keluarga miskin ?

1.3 Rumusan Masalah

Rumusan masalah dalam suatu penelitian diperlukan untuk memberikan kemudahan bagi penulis dalam merumuskan suatu masalah yang akan diteliti sehingga dalam mencapai tujuan dan sasaran yang jelas serta memperoleh jawaban yang sesuai dengan yang diharapkan. Berdasarkan uraian diatas timbul permasalahan yang ingin penulis rumuskan sebagai berikut :

- (1) Apa sajakah regulasi yang terkait dengan pelayanan kesehatan keluarga miskin Puskesmas Kecamatan Jekulo Kabupaten Kudus?
- (2) Bagaimana peran Puskesmas Kecamatan Jekulo Kabupaten Kudus dalam pelayanan kesehatan keluarga miskin?
- (3) Apa kendala yang dihadapi dan solusi yang dilakukan Puskesmas Kecamatan Jekulo Kabupaten Kudus dalam pelayanan kesehatan keluarga miskin?

1.4 Tujuan Penelitian

1.4.1 Tujuan Umum dan Tujuan Khusus

1.4.1.1 Tujuan Umum

Penelitian dilakukan untuk mengetahui untuk mengetahui secara rinci mengenai pelaksanaan Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan, khususnya berkaitan dengan peran Puskesmas Kecamatan Jekulo Kabupaten Kudus dalam pelayanan kesehatan keluarga miskin.

1.4.1.2 Tujuan Khusus

Tujuan penelitian ini adalah :

- (1) Untuk mengetahui regulasi yang terkait dengan pelayanan kesehatan keluarga miskin Puskesmas Kecamatan Jekulo Kabupaten Kudus;
- (2) Untuk mengetahui peran Puskesmas dalam pelayanan kesehatan keluarga miskin di Kecamatan Jekulo Kabupaten Kudus;
- (3) Untuk mengetahui kendala yang dihadapi dan solusi yang dilakukan Puskesmas dalam pelayanan kesehatan keluarga miskin di Kecamatan Jekulo Kabupaten Kudus;

1.5 Manfaat Penelitian

Adapun manfaat dari penelitian sebagai berikut:

1.5.1 Secara Teoritik

- (1) Hasil penelitian ini diharapkan dapat bermanfaat untuk dijadikan referensi bagi kegiatan penelitian di waktu mendatang.
- (2) Hasil penelitian ini diharapkan dapat bermanfaat untuk menambah wawasan keilmuan dan pengetahuan bagi kalangan mahasiswa dan pembaca tentang bagaimana gambaran pelayanan kesehatan pada saat ini.

1.5.2 Secara Praktis

- (1) Hasil penelitian ini diharapkan dapat bermanfaat untuk Pemerintah dalam menangani masalah kesehatan warga miskin di Kecamatan Jekulo Kabupaten Kudus.
- (2) Hasil penelitian ini diharapkan dapat bermanfaat untuk Fakultas Hukum Universitas Negeri Semarang memperluas wawasan dalam mempelajari hukum.
- (3) Hasil penelitian ini diharapkan dapat bermanfaat untuk masyarakat luas untuk dijadikan bahan informasi tentang kesehatan keluarga miskin dan sekaligus dapat memberikan pemahaman tentang kesehatan dalam hubungannya dengan keluarga miskin, sehingga dengan demikian melalui penelitian ini diharapkan dapat mengetahui peran Puskesmas dalam pelayanan kesehatan keluarga miskin.
- (4) Hasil penelitian ini diharapkan dapat bermanfaat untuk penyusun Perundang-undangan, skripsi ini menjadi masukan mengenai kondisi

ideal dalam pelaksanaan UU Kesehatan sehingga dapat digunakan menyempurnakan peraturan.



BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Regulasi

“Regulasi adalah pengendalian yang berkesinambungan dan terfokus yang dilakukan oleh lembaga publik terhadap kegiatan pelayanan yang dibutuhkan oleh masyarakat” (Selznick dalam Tjahjono, 2007:96).

2.1.1 Regulasi Pelayanan Kesehatan

“Regulasi pelayanan kesehatan adalah upaya publik untuk memberikan pengaruh secara langsung atau tidak langsung terhadap perilaku dan fungsi organisasi maupun perorangan yang menyediakan pelayanan kesehatan” (Hafez dalam Tjahjono, 2007:96).

Persyaratan regulasi disusun agar organisasi pelayanan kesehatan memenuhi persyaratan yang diterapkan dengan memerhatikan nilai-nilai sosial yang ada di masyarakat, antara lain akuntabilitas pelayanan publik, keragaman yang ada di masyarakat, keseimbangan dan keadilan, pilihan masyarakat terhadap pelayanan publik dan swasta, pembiayaan kesehatan kebutuhan masyarakat terhadap keterbukaan informasi, dan perlindungan terhadap lingkungan. Di samping mengendalikan mutu pelayanan kesehatan, regulasi juga dilakukan untuk melindungi masyarakat terhadap kegagalan pasar, meningkatkan efisiensi pelayanan, dan mencegah terjadinya diskriminasi pelayanan terhadap masyarakat (Tjahjono, 2007:96).

2.2 Pelayanan Kesehatan

“Pelayanan kesehatan adalah segala kegiatan yang secara langsung atau tidak langsung berupaya untuk menghasilkan pelayanan kesehatan yang dibutuhkan atau dituntut oleh masyarakat untuk mengatasi masalah kesehatan”

(Budioro B, 2002:117). “Pelayanan kesehatan yang bermutu adalah suatu pelayanan kesehatan yang dibutuhkan dalam hal ini akan ditentukan oleh profesi pelayanan kesehatan dan sekaligus diinginkan baik oleh pasien atau masyarakat serta terjangkau oleh daya beli masyarakat” (Imbalo S Pohan, 2003:18-19).

2.3 Asas-Asas Pembangunan Kesehatan dalam Undang-Undang Nomor 36

Tahun 2009 tentang Kesehatan

Pasal 2

Pembangunan Kesehatan harus memperhatikan berbagai asas yang memberikan arah pembangunan kesehatan dan dilaksanakan melalui upaya kesehatan sebagai berikut :

- (1)Asas Perikemanusiaan yang berarti bahwa pembangunan kesehatan harus dilandasi atas perikemanusiaan yang berdasarkan pada Ketuhanan Yang Maha Esa dengan tidak membedakan golongan Agama dan Bangsa.
- (2)Asas keseimbangan berarti bahwa pembangunan kesehatan harus dilaksanakan antara kepentingan individu dan masyarakat, antara fisik dan mental, serta antara material dan sipiritual.
- (3)Asas manfaat berarti bahwa pembangunan kesehatan harus memberikan manfaat yang sebesar-besarnya bagi kemanusiaan dan perikehidupan yang sehat bagi setiap Warga Negara.
- (4)Asas perlindungan berarti bahwa pembangunan kesehatan harus memberikan perlindungan dan kepastian hukum kepada pemberi dan penerima pelayanan kesehatan.

- (5) Asas penghormatan terhadap hak dan kewajiban berarti bahwa pembangunan kesehatan dengan menghormati hak dan kewajiban masyarakat sebagai bentuk kesamaan kedudukan hukum.
- (6) Asas keadilan berarti bahwa penyelenggaraan kesehatan harus dapat memberikan pelayanan yang adil dan merata pada semua lapisan masyarakat dengan pembiayaan yang terjangkau.
- (7) Asas gender dan nondiskriminatif berarti bahwa pembangunan kesehatan tidak membedakan perlakuan terhadap perempuan dan laki-laki.
- (8) Asas norma agama berarti pembangunan kesehatan harus memperhatikan dan menghormati serta tidak membedakan Agama yang dianut masyarakat.

Pasal 3

- (1) Mewujudkan derajat kesehatan masyarakat adalah upaya untuk meningkatkan keadaan kesehatan yang lebih baik dari sebelumnya.
- (2) Derajat kesehatan yang setinggi-tingginya mungkin dapat dicapai pada suatu saat sesuai dengan kondisi dan situasi serta kemampuan yang nyata dari setiap orang atau masyarakat.
- (3) Upaya kesehatan harus selalu diusahakan peningkatannya secara terus menerus agar masyarakat yang sehat sebagai investasi dalam pembangunan dapat hidup produktif secara sosial dan ekonomis.

2.4 Kriteria Pelayanan Kesehatan

Menurut Gde Munijaya (2004:134) pelayanan kesehatan mempunyai beberapa kriteria, diantaranya adalah:

1. Tersedia dan berkesinambungan
Pelayanan kesehatan yang baik harus tersedia di masyarakat serta bersifat berkesinambungan. Masyarakat tidak mengalami kesulitan untuk menemukan pelayanan kesehatan yang mereka butuhkan dan selalu ada setiap saat.
2. Dapat diterima wajar
Pelayanan kesehatan yang tersedia di tengah masyarakat harus diterima serta bersifat cocok dan pantas. Pelayanan kesehatan tersebut tidak bertentangan dengan adat istiadat, kebudayaan, keyakinan dan kepercayaan masyarakat setempat.
3. Mudah dicapai
Pelayanan kesehatan yang diterima harus mudah dicapai oleh masyarakat yang membutuhkan pelayanan kesehatan terutama ditinjau dari segi lokasi yang mudah dicapai. Pelayanan kesehatan yang baik didistribusikan merata ditengah-tengah masyarakat, tidak terkonsentrasi disuatu daerah atau perkotaan saja.
4. Mudah dijangkau
Pelayanan kesehatan dapat terjangkau dari sudut biaya oleh masyarakat. Pelayanan kesehatan yang ada, diupayakan sesuai dengan kemampuan ekonomi masyarakat. Jika pelayanan kesehatan hanya bisa terjangkau oleh sebagian kelompok masyarakat saja, maka itu bukan merupakan pelayanan kesehatan yang baik.
5. Mempunyai mutu
Pelayanan kesehatan harus mempunyai mutu. Mutu disini menunjukkan tingkat kesempurnaan pelayanan kesehatan yang diselenggarakan itu dapat memuaskan masyarakat pemakai jasa pelayanan kesehatan dan penyelenggaraannya sesuai dengan kode etik serta yang ditetapkan (Gde Munijaya, 2004:134).

2.5 Standart Pelayanan Kesehatan

Menurut Imbalo S Pohan (2003:32) standart pelayanan kesehatan adalah suatu pernyataan tentang mutu yang diharapkan yaitu yang menyangkut masukan, proses, dan keluaran atau *outcome* system pelayanan kesehatan.

Di kalangan profesi pelayanan kesehatan sendiri terdapat berbagai definisi tentang standart pelayanan kesehatan Imbalo S Pohan (2003:33) yaitu:

- (1) Petunjuk Pelaksanaan
Pernyataan dari para ahli yang merupakan rekomendasi untuk dijadikan suatu prosedur. Petunjuk pelaksanaan digunakan sebagai referensi teknis yang luwes dan menjelaskan apa yang boleh dan apa yang tidak boleh dilakukan oleh pemberi pelayanan kesehatan dalam kondisi klinis tertentu.
- (2) Protokol
Ketentuan rinci dari pelaksanaan suatu proses atau pelaksanaan suatu kondisi klinis.
- (3) Standart Prosedur Operasional (SPO)
Pernyataan tentang harapan bagaimana petugas kesehatan melakukan suatu kegiatan yang bersifat administratif.
- (4) Spesifikasi
Penjelasan rinci dari karakteristik atau ukuran dari suatu produk, pelayanan kesehatan atau iuran (*outcome*).

2.6 Pengertian Mutu Pelayanan Kesehatan

2.6.1 Pengertian Mutu

Untuk dapat menyelenggarakan program menjaga mutu, banyak hal yang perlu yang kita pahami. Salah satu diantaranya yang dinilai mempunyai peranan yang sangat penting adalah tentang apa yang dimaksud dengan mutu pelayanan. Beberapa di antaranya yang dipandang cukup penting dalam Azrul Azwar (2003:48) :

- 1) Bahwa mutu adalah tingkat kesempurnaan dari penampilan sesuatu yang sedang diamati.
- 2) Bahwa mutu adalah totalitas dari wujud serta ciri dari suatu barang atau jasa, yang di dalamnya terkandung sekaligus pengertian rasa aman atau pemenuhan kebutuhan para pengguna.
- 3) Bahwa mutu adalah kepatuhan terhadap standar yang telah ditetapkan.

Selain itu mutu merupakan penentuan pelanggan, bukan ketetapan Insinyur, pasar atau ketetapan manajemen. Mutu berdasarkan pengalaman nyata pelanggan

terhadap produk dan jasa pelayanan, mengukurnya, mengharapkan, dijanjikan atau tidak, sadar atau hanya dirasakan, operasional teknik atau subyektif sama sekali dan selalu menggambarkan target yang bergerak dalam pasar yang komperatif.

Dari batasan ini, Mutu pelayanan hanya dapat diketahui apabila sebelumnya telah dilakukan penilaian, baik terhadap tingkat kesempurnaan, sifat, wujud serta ciri-ciri palayanan kesehatan dan ataupun terhadap kepatuhan terhadap standar pelayanan.

2.6.2 Standar Persyaratan Mutu

2.6.2.1 Standar Persyaratan Minimal

Standar persyaratan minimal menunjuk pada keadaan minimal yang harus dipenuhi untuk dapat menjamin terselenggaranya pelayanan kesehatan bermutu. Standar persyaratan minimal ini dibedakan atas tiga macam yakni :

1. Standar Masukan
Dalam standar masukan ditetapkan persyaratan minimal unsur masukan yang diperlukan untuk dapat menyelenggarakan pelayanan kesehatan yang bermutu, yakni jenis, jumlah dan kualifikasi tenaga pelaksana, jenis, jumlah dan spesifikasi sarana, serta jumlah dana (modal).
2. Standar Lingkungan
Dalam standar lingkungan ditetapkan persyaratan minimal unsur lingkungan untuk dapat menyelenggarakan pelayanan kesehatan bermutu, yakni garis-garis besar kebijakan, pola organisai serta sistem manajemen yang harus dipatuhi oleh setiap pelaksana pelayanan kesehatan.
3. Standar Proses
Dalam standar proses ditetapkan persyaratan minimal unsur yang harus dilakukan untuk dapat menyelenggarakan pelayanan kesehatan yang bermutu, yakni tindakan medis dan tindakan non medis pelayanan kesehatan.

2.6.2.2 Standar Penampilan Minimal

Yang dimaksud “standar penampilan di sini adalah yang menunjuk pada penampilan pelayanan kesehatan yang masih dapat diterima. Standar ini, karena menunjuk pada unsur keluaran, disebut dengan nama standar keluaran, atau populer dengan sebutan standar penampilan (*standart of performance*)” (Azrul Azwar , 2003:52-53).

2.6.3 Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan

Undang-undang Nomor 32 tahun 2004 tentang Pemerintah Daerah telah menetapkan bidang kesehatan merupakan urusan wajib yang harus dilaksanakan oleh Kabupaten/Kota. Penyelenggaraan urusan wajib oleh daerah merupakan perwujudan otonomi yang bertanggungjawab, yang pada intinya merupakan pengakuan/pemberian hak kewenangan daerah dalam wujud tugas dan kewajiban yang harus dipikul oleh Daerah.

Standar Pelayanan Minimal (SPM) adalah ketentuan tentang jenis dan mutu pelayanan dasar yang merupakan urusan wajib daerah yang berhak diperoleh setiap warga Negara secara minimal. Dalam penerapan SPM harus menjamin akses masyarakat untuk mendapatkan pelayanan dasar dari Pemerintah Daerah sesuai dengan ukuran-ukuran yang ditetapkan oleh Pemerintah. Oleh karena itu dalam perencanaan maupun penganggaran, wajib diperhatikan prinsip-prinsip SPM yaitu sederhana, konkrit, mudah diukur, terbuka, terjangkau dan dapat dipertanggungjawabkan serta mempunyai batas pencapaian yang dapat diselenggarakan serta bertahap. Dari pengertian diatas jelas bahwa SPM harus dapat digunakan untuk mengevaluasi kinerja pelayanan dan memungkinkan dilakukan pengukuran terhadap perubahan-perubahan yang terjadi dari waktu ke

waktu. Oleh karena itu dalam pencapaian SPM untuk jangka waktu tertentu perlu ditetapkan batas awal minimal (*Minimum Service Baselines*) dan target pelayanan yang akan dicapai (*Minimum Service Baselines*). Sehingga SPM bidang kesehatan akan meliputi: jenis pelayanan, indicator dan nilai (*Benchmark*) dengan Minimum service Target Mengacu pada Indonesia sehat 2010 dan MDG's 2015.

2.7 Kesehatan Keluarga Miskin

Kesehatan pada hakikatnya adalah suatu kondisi atau keadaan yang optimum baik jasmani, rohani maupun sosial. Sesuai dengan UU No.9 tahun 1960 tentang pokok-pokok kesehatan dalam Bab 1 ayat 2 "Sehat adalah keadaan sempurna dari jasmani, rohani, dan tidak hanya bebas dari penyakit cacat dan kelemahan, tetapi juga mampu menjalankan aktifitas kehidupan dan dapat menyesuaikan diri dengan perubahan". Sedangkan menurut UU Kesehatan No.36 tahun 2009 tentang Kesehatan "Sehat adalah keadaan sehat, baik secara fisik, mental, sipiritual maupun sosial yang memungkinkan setiap orang untuk hidup produktif secara sosial dan ekonomis".

"Tingkat kesehatan masyarakat dipengaruhi oleh empat faktor yaitu : 1) lingkungan, 2) perilaku, 3) keturunan yang dipengaruhi oleh populasi, distribusi penduduk dan sebagainya, dan 4) program kesehatan yang bersifat preventif, promotif dan rehabilitatif" (Notoatmojo, 2007:120). Dari empat faktor tersebut, lingkungan dan perilaku merupakan faktor yang sangat besar pengaruhnya terhadap tinggi rendahnya derajat kesehatan masyarakat.

Kesehatan individu sangat dipengaruhi oleh dua faktor pokok, yaitu perilaku dan faktor non perilaku. Faktor perilaku menyangkut pengetahuan dan sikap tentang kesehatan serta tindakannya yang

berhubungan dengan kesehatan yang meliputi penyehatan, pencegahan, penyembuhan dan pemulihan kesehatan, serta upaya penunjang yang dibutuhkan (Green dalam Notoatmodjo, 2007:107)

2.8 Indikator Keluarga Miskin

Indikator keluarga miskin diantaranya adalah pada kelangsungan kebutuhan dasarnya yang belum terpenuhi baik sandang, pangan, maupun papan. Berdasarkan tahapan tipe keluarga dibagi menjadi lima tahap yaitu:

a. Keluarga Pra Sejahtera

Keluarga Pra Sejahtera adalah keluarga yang belum dapat memenuhi kebutuhan dasar secara minimal seperti kebutuhan pendidikan, agama, pangan, sandang, dan kesehatan. Indikator keluarga pra sejahtera yaitu:

- 1) Melaksanakan ibadah menurut agama oleh masing-masing anggota keluarga.
- 2) Pada umumnya seluruh anggota keluarga makan dua kali sehari atau lebih.
- 3) Pada umumnya seluruh anggota keluarga belum memiliki pakaian yang berbeda untuk di rumah atau sekolah.
- 4) Bagian yang terluas dari rumah masih berupa tanah dan papan.
- 5) Bila anak sakit tidak dibawa ke sarana atau petugas kesehatan, tetapi diberi pengobatan secara tradisional

b. Keluarga Sejahtera I

Keluarga Sejahtera I adalah keluarga yang telah dapat memenuhi kebutuhan dasar secara minimal, tetapi belum dapat memenuhi keseluruhan kebutuhan sosial psikologinya, yaitu kebutuhan pendidikan, KB. Interaksi dalam keluarga, interaksi dengan lingkungan tempat tinggal dan transportasi. Indikator keluarga sejahtera I yaitu:

- 1) Melaksanakan ibadah menurut agama masing-masing yang dianut.
- 2) Makan dua kali sehari atau lebih.
- 3) Pakaian yang berbeda untuk berbagai keperluan.
- 4) Lantai rumah bukan dari tanah.
- 5) Kesehatan (bila ada keluarga yang sakit dibawa ke petugas kesehatan).

c. Keluarga Sejahtera II

Keluarga Sejahtera II adalah keluarga yang telah dapat memenuhi kebutuhan dasar secara minimal serta telah memenuhi seluruh kebutuhan sosial psikologinya, tetapi belum dapat memenuhi

kebutuhan pengembangan seperti kebutuhan untuk menabung dan memperoleh informasi. Indikator keluarga sejahtera II yaitu:

- 1) Indikator Keluarga Sejahtera I.
- 2) Anggota keluarga melaksanakan ibadah secara teratur menurut agama masing-masing yang dianut, makan daging/telur/ikan sebagai lauk pauk paling kurang sekali dalam seminggu.
- 3) Memperoleh pakaian baru dalam satu tahun terakhir.
- 4) Luas lantai tiap penghuni rumah 8m² perorangan.
- 5) Anggota keluarga sehat dalam tiga bulan terakhir sehingga dapat melaksanakan fungsi masing-masing.
- 6) Keluarga yang berumur 15 tahun keatas mempunyai penghasilan tetap.
- 7) Bisa membaca tulis bagi seluruh anggota keluarga dewasa yang berumur 10 sampai 60 tahun.
- 8) Anak usia sekolah (7-15) bersekolah.
- 9) Anak hidup dua atau lebih, saat ini memakai kontrasepsi.

d. Keluarga Sejahtera III

Keluarga Sejahtera III adalah keluarga yang telah dapat seluruh dasar, kebutuhan sosial psikologi dan kebutuhan pengembangan, tetapi belum dapat memberikan sumbangan (kontribusi) yang maksimal terhadap masyarakat secara teratur (dalam waktu tertentu) dalam bentuk material dan keuangan untuk sosial kemasyarakatan, juga berperan secara aktif dengan menjadi pengurus lembaga kemasyarakatan atau yayasan sosial, keagamaan, kesenian, olah raga, dan pendidikan, dan sebagainya. Indikator Keluarga Miskin Sejahtera III yaitu:

- 1) Indikator Keluarga Sejahtera II ditambah.
- 2) Upaya keluarga untuk meningkatkan/menambah pengetahuan agama.
- 3) Keluarga mempunyai tabungan.
- 4) Makan bersama paling kurang sekali sehari.
- 5) Ikut serta dalam kegiatan masyarakat.
- 6) Rekreasi bersama/penyegaran paling kurang 6 bulan.
- 7) Memperoleh berita dari surat kabar, radio, TV, dan majalah, anggota keluarga mampu menggunakan sarana transportasi.

e. Keluarga Sejahtera III Plus

Keluarga Sejahtera III Plus adalah keluarga yang telah memenuhi seluruh kebutuhannya baik bersifat dasar, sosial psikologis, maupun pembangunan, serta telah mampu memberikan sumbangan yang nyata dan berkelanjutan bagi masyarakat. Indikator Keluarga Sejahtera III Plus yaitu:

- 1) Indikator Keluarga Sejahtera III ditambah.
- 2) Memberikan sumbangan secara teratur (waktu tertentu) dan suka rela dalam bentuk material masyarakat.

3) Aktif sebagai pengurus yayasan/partai.

Berdasarkan kelima tahapan keluarga tersebut, yang termasuk indikator keluarga miskin adalah keluarga pra sejahtera dan keluarga sejahtera I. BKKBN menetapkan sembilan indikator keluarga miskin:

- 1) Tidak dapat makan dua kali atau lebih.
- 2) Tidak bisa menyediakan daging/ikan/telur sebagai lauk pauk paling kurang 1 minggu sekali.
- 3) Tidak memiliki pakaian yang berbeda untuk setiap aktifitas.
- 4) Tidak biasa memperoleh pakaian baru minimal satu setel setahun sekali.
- 5) Bagian terluas lantai rumah dari tanah.
- 6) Luas tanah rumah kurang dari 8m² untuk setiap penghuni rumah.
- 7) Tidak ada anggota keluarga keluarga berusia 15 tahun mempunyai penghasilan tetap.
- 8) Bila anak sakit/keluarga sakit tidak bisa ke fasilitas kesehatan.
- 9) Anak berusia 7-15 tahun tidak bersekolah.

(http://www.cifor.org/publications/pdf_files/govbrief/GovBrief0402.pdf, accessed tanggal 15 Maret 2011 pukul 13:43 WIB)

2.9 Puskesmas

Pusat Kesehatan Masyarakat, disingkat Puskesmas adalah Organisasi fungsional yang menyelenggarakan upaya kesehatan yang bersifat menyeluruh, terpadu, merata, dapat diterima dan terjangkau oleh masyarakat, dengan peran serta aktif masyarakat dan menggunakan hasil pengembangan ilmu pengetahuan dan teknologi tepat guna, dengan biaya yang dapat dipikul oleh pemerintah dan masyarakat. Upaya kesehatan tersebut diselenggarakan dengan menitikberatkan kepada pelayanan untuk masyarakat luas guna mencapai derajat kesehatan yang optimal, tanpa mengabaikan mutu pelayanan kepada perorangan.

(http://id.wikipedia.org/wiki/Pusat_Kesehatan_Masyarakat, accessed 23 november 2010, 13 : 34)

“Puskesmas adalah unit organisasi pelayanan kesehatan yang mempunyai misi sebagai pusat pengembangan pelayanan kesehatan yang melaksanakan pembinaan dan pelayanan kesehatan secara menyeluruh dan terpadu untuk masyarakat yang tinggal disuatu wilayah kerja tertentu” (Munijaya, 2004:80-81).

Dari konsep tersebut nampak jelas bahwa Puskesmas mempunyai peranan yang sangat penting dalam memelihara kesehatan masyarakat, terutama kesehatan masyarakat miskin di wilayah kerjanya dalam upaya meningkatkan derajat kesehatan secara optimal.

Puskesmas mempunyai wewenang dan tanggung jawab memberikan pelayanan kesehatan kepada seluruh masyarakat yang secara administratif berdomisili di wilayah kerjanya. Bentuk pelayanan kesehatan yang diberikan Puskesmas bersifat menyeluruh (*komprehensive health care service*) yaitu pelayanan kesehatan yang meliputi aspek promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif, adapun prioritas pelayanan Puskesmas adalah pelayanan kesehatan dasar (*basic health care service*) yang mengutamakan upaya promosi dan pencegahan (*public health service*) (Muninjaya, 1999:80-81).

Sesuai dengan peraturan Mendagri No.5/74, Puskesmas secara administratif berada di bawah Pemerintah Daerah tingkat II (Bupati), tetapi secara teknis tetap di bawah tanggung jawab Departemen Kesehatan (melalui kantor Depkes) tingkat II dan kantor Wilayah Departemen Kesehatan Tingkat I). Wewenang untuk menetapkan luas wilayah kerja Puskesmas dilakukan oleh Bupati berdasarkan saran Kepala Dinas Kesehatan Dati II. Usul tersebut selanjutnya diproses oleh dinas Kesehatan tingkat I dan kantor Wilayah Departemen Kesehatan Propinsi (Muninjaya, 1999:81)

Usaha-usaha kesehatan pokok yang dilaksanakan di Puskesmas meliputi 1) Pemeriksaan, Pengelolaan dan Perawatan, 2) Kesejahteraan Ibu dan anak dan keluarga berencana, 3) Pencegahan dan pemberantasan penyakit menular, 4) Hygiene dan sanitasi lingkungan, 5) Pendidikan kesehatan pada masyarakat, 6) Perawatan kesehatan masyarakat, 7) Peningkatan gizi, 8) Kesehatan jiwa, 9) Kesehatan gigi, 10) Kesehatan Sekolah, 11) laboratorium, dan 12) Pengumpulan data-data untuk penilaian dan perencanaan (Muninjaya, 1999:83)

2.9.1 Fungsi Puskesmas

Menurut Budioro (2002:161), secara fungsional Puskesmas berperan sebagai berikut yaitu :

- 1) Sebagai pusat pembangunan masyarakat di wilayah kerjanya, artinya Puskesmas berfungsi membina dan mengontrol kesehatan wilayah dan rakyatnya, seperti mengawasi (melalui surveillans) dan mencegah

penyakit menular serta penyakit lain dalam masyarakat, memperbaiki kesehatan lingkungan seperti pengawasan tempat-tempat umum.

- 2) Sebagai pembina peran serta di wilayah kerjanya dalam rangka meningkatkan kemampuan untuk hidup sehat.
- 3) Memberikan pelayanan kesehatan secara menyeluruh dan terpadu kepada masyarakat di wilayah kerjanya, seperti pengobatan umum, kesehatan gigi, kesehatan ibu dan anak, KB, perbaikan Gizi, peyuluhan kesehatan.

2.9.2 Asas Pengelolaan Puskesmas

Sebagai sarana pelayanan kesehatan tingkat pertama di Indonesia, pengelolaan program kerja puskesmas berpedoman pada empat asas pokok, yaitu (Azwar, 2003:120-121) :

- 1) Asas pertanggungjawaban wilayah, Puskesmas harus bertanggung jawab atas semua masalah kesehatan yang terjadi di wilayah kerjanya, maka banyak dilakukan berbagai program pemeliharaan kesehatan dan pencegahan penyakit yang merupakan bagian dari pelayanan kesehatan masyarakat. Sehingga dapat dikatakan bahwa Puskesmas tidak hanya pasif yaitu melayani kunjungan pasien tetapi juga harus aktif yaitu memberikan pelayanan kesehatan sedekat mungkin dengan masyarakat.
- 2) Asas peran serta masyarakat, Dalam menyelenggarakan program kerjanya, Puskesmas harus menyelenggarakan asas peran serta masyarakat. Artinya, berupaya melibatkan masyarakat dalam menyelenggarakan program kerja tersebut, misalnya peran serta masyarakat dalam kegiatan Posyandu.
- 3) Asas keterpaduan, Puskesmas harus berupaya memadukan kegiatan tersebut bukan saja dengan program kesehatan lainnya (lintas program) tetapi juga dengan program dari sektor lain (lintas sektoral). Dengan dilaksanakannya asas ini Puskesmas dapat menghemat sumber daya, sedangkan bagi masyarakat lebih mudah memperoleh pelayanan kesehatan.
- 4) Asas rujukan, bila Puskesmas tidak mampu menangani suatu masalah kesehatan tertentu, maka Puskesmas harus merujuk ke sarana kesehatan yang lebih mampu. Misalnya saja rumah sakit dan berbagai lembaga pelayanan kesehatan lainnya.

“Pelayanan rawat jalan, Pelayanan rawat jalan (*ambulatory servise*) adalah salah satu bentuk dari pelayanan kedokteran. Secara sederhana yang dimaksud

pelayanan rawat jalan adalah pelayanan kedokteran yang disediakan untuk pasien tidak dalam bentuk rawat inap” (Azwar, 2003:119).

2.9.3 Susunan Organisasi Puskesmas

Susunan Organisasi Puskesmas terdiri dari

1. Kepala Puskemas
Kepala Puskesmas mempunyai tugas melaksanakan sebagian tugas Dinas Kesehatan di bidang pelayanan kesehatan dasar kepada masyarakat
2. Subbagian Tata Usaha
Subbagian Tata Usaha mempunyai tugas melaksanakan penyiapan bahan perumusan kebijakan, koorsinasi, pembinaan, dan pengendalian di bidang perencanaan, monitoring, evaluasi, keuangan, umum dan kepegawaian Puskesmas.
3. Kelompok Jabatan Fungsional
Kelompok Jabatan Fungsional mempunyai tugas sesuai dengan jabatan Fungsional masing-masing berdasarkan peraturan perundang-undangan yang berlaku dalam menunjang tugas Puskesmas.
(Peraturan Bupati Kudus nomor 3 tahun 2009 tentang Organisasi dan Tata Kerja Unit Pelaksanaan Teknis Pada Dinas Daerah Kabupaten Kudus)

2.9.4 Upaya Puskesmas Dalam Memberikan Pelayanan Kesehatan Terhadap Keluarga Miskin

Puskesmas sebagai penyelenggara layanan kesehatan tingkat dasar memiliki peran penting dalam memberikan pelayanan kesehatan bagi masyarakat sekitarnya terutama kesehatan keluarga miskin. Salah satu upaya Puskesmas dalam memberikan pelayanan kesehatan bagi keluarga miskin adalah melalui program pemberian pelayanan kesehatan gratis. Berdasarkan Undang-Undang 1945 pasal 28 H dan Undang-Undang Nomor 36/2009 tentang kesehatan, menetapkan bahwa setiap orang berhak mendapatkan pelayanan kesehatan. Karena itu setiap individu,

keluarga dan masyarakat berhak memperoleh perlindungan terhadap kesehatannya, dan Negara bertanggungjawab mengatur agar terpenuhi hak hidup sehat bagi penduduknya termasuk bagi masyarakat miskin dan tak mampu. Sehubungan dengan hal tersebut, maka untuk menjamin akses penduduk miskin terhadap pelayanan kesehatan sebagaimana diamanatkan dalam Undang-Undang Dasar 1945, sejak tahun 2005 telah diupayakan program kesehatan untuk mengatasi masalah kesehatan keluarga miskin melalui pelaksanaan kebijakan Program Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat Miskin (JPKMM). Tetapi, untuk menghindari kesalahpahaman dalam penjaminan terhadap masyarakat miskin yang meliputi sangat miskin, miskin dan mendekati miskin, program tersebut berganti nama menjadi Jaminan Kesehatan Masyarakat atau lebih dikenal dengan JAMKESMAS.

Jaminan Kesehatan Masyarakat (JAMKESMAS) adalah program pemerintah dalam memberikan pelayanan kesehatan untuk meningkatkan akses dan mutu pelayanan kesehatan terhadap seluruh masyarakat miskin dan tidak mampu agar tercapai derajat kesehatan masyarakat yang optimal secara efektif dan efisien. Program ini diselenggarakan secara nasional agar terjadi subsidi silang dalam rangka mewujudkan pelayanan kesehatan yang menyeluruh bagi masyarakat miskin khususnya di Puskesmas sebagai penyedia pelayanan kesehatan tingkat pertama.

Tujuan penyelenggaraan Program JAMKESMAS secara umum adalah untuk meningkatkan akses dan mutu pelayanan kesehatan terhadap seluruh masyarakat miskin dan tidak mampu agar tercapai derajat kesehatan masyarakat yang optimal secara efektif dan efisien. Sedangkan tujuan khusus dari penyelenggaraan program JAMKESMAS ada tiga macam, yaitu :

1. Meningkatkan cakupan masyarakat miskin dan tidak mampu yang mendapat pelayanan kesehatan di Puskesmas serta jaringannya dan di Rumah Sakit.
2. Meningkatnya kualitas pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin.
3. Terselenggaranya pengelolaan keuangan yang transparan dan akuntabel”
(http://www.rsuam.pareparekota.go.id/index.php?option=com_content&view=category&layout=blog&id=45&Itemid=76, accessed 26 november 2010, 22 : 14).

Penyelenggaraan JAMKESMAS tidak lepas dari peran instansi kesehatan dasar yang terkait seperti Puskesmas dan Puskesmas pembantu. Dalam melaksanakan program kesehatan masyarakat miskin tersebut, Puskesmas sebagai pihak penyelenggara program banyak menghadapi kendala baik internal maupun eksternal. Masalah internal tersebut terjadi karena :

1. Kurangnya antusiasme petugas kesehatan di Puskesmas dalam memberikan pelayanan pada keluarga miskin. Hal itu disebabkan jasa pelayanan yang lebih rendah dibanding jasa tarif peraturan daerah.
2. Lemahnya penerapan standar pelayanan di puskesmas, sehingga biaya operasional menjadi lebih tinggi.
3. Adanya administrasi yang kompleks sehingga penanganan dan penagihan finansial sering terlambat.

Masalah eksternal Puskesmas mencakup persoalan keluarga miskin itu sendiri, seperti yang terkait dengan masalah standarisasi keluarga miskin dan menyangkut pula validitas pendataanya. Akibatnya, keluarga miskin yang datang ke Puskesmas tidak hanya terdaftar, tetapi juga masyarakat yang bukan dari keluarga miskin. Selain itu, adanya petugas di luar Puskesmas yang ikut terlibat mengurus keluarga miskin serta sistem pelayanannya yang belum sempurna

menyebabkan kebijakan disetiap daerah berbeda-beda. Hasilnya, program JAMKESMAS tidak memuaskan khususnya bagi kalangan masyarakat miskin.

Masalah lain yang dihadapi Puskesmas dalam melayani kesehatan keluarga miskin melalui program JAMKESMAS adalah akses terhadap Puskesmas yang masih terbatas. Akses terhadap pelayanan kesehatan bisa diartikan sebagai kesempatan atau cara orang seseorang untuk dapat memperoleh pelayanan kesehatan. Secara umum akses ini berkaitan dengan 3 hal:

1. Ketersediaan pelayanan kesehatan yang kontinu/terus menerus, sehingga jika masyarakat membutuhkan pelayanan kesehatan mereka dapat menggunakannya tanpa dibatasi waktu.
2. Kemudahan dan kecepatan masyarakat dapat segera memperoleh pelayanan dari tenaga/fasilitas kesehatan, yang dalam hal ini berkaitan dengan aspek geografis, jarak tempuh, kemudahan alat transportasi, tingkat kesulitan medan, atau lainnya.
3. Biaya pelayanan kesehatan yang tidak memberatkan/terjangkau masyarakat, khususnya bagi masyarakat miskin (Pohan, 2003:18)

Selain program Jamkesmas pemerintah daerah juga mengeluarkan program Jaminan Kesehatan Daerah. Program ini untuk memberikan pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin diluar kuota Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas) yang belum memiliki jaminan kesehatan.

Tujuan program Jamkesda meliputi :

- a. Tujuan umum Jamkesda adalah memberi perlindungan kepada peserta dalam bentuk pemeliharaan kesehatan paripurna dengan sistem jaminan kesehatan yang tak terkendali, baik mutu maupun biaya.
- b. Tujuan khusus Jamkesda meliputi :
 1. Tersedianya anggaran dari pemerintah Daerah sebagai dana prapaya pengganti premi untuk menjamin pelayanan kesehatan bagi peserta yang tidak tercakup dalam program Jaminan Pelayanan Kesehatan Pemerintah (Jamkesmas) dan Jaminan kesehatan lainnya.
 2. Terselenggaranya pelayanan kesehatan bagi peserta dengan sistem Jaminan dalam Program Jamkesda.

3. Terselenggaranya mekanisme koordinasi, pembimbingan, pembinaan serta pengawasan program Jamkesda.
(Pasal 2 Peraturan Bupati Kudus nomor 32 tahun 2010)

2.10 Teori Peran

Goffman mendefinisikan peran sebagai “sesuatu yang dipentaskan atau di pertunjukkan individu ketika menempati kedudukan yang berbeda dalam masyarakat”(Goffman dalam Polama, 1999:47). Didalam memainkan perannya, individu dapat menyajikan pertunjukan bagi orang lain dengan karakter atau penampilan yang berbeda dari aslinya sesuai dengan situasi yang dituntut oleh status sosialnya.

Peran yang merupakan kata dasar dari peranan yaitu : *Pertama*, suatu penjelasan histori menjelaskan bahwa “ peran” adalah konsep yang semula dipinjam dari kalangan drama atau teater yang hidup subur pada zaman Yunani atau Romawi. *Kedua*, suatu penjelasan merujuk pada konotasi ilmu sosial yang mengartikan peran sebagai suatu fungsi yang dibawa individu ketika menduduki suatu karakteristik. *Ketiga*, suatu penjelasan yang bersifat operasional, bahwa peran individu selaku aktor adalah suatu batasan yang dirancang oleh faktor lain yang kebetulan sama-sama berada dalam suatu penampilan/ unjuk peran (*role performance*) (Bidlle dan Thomas dalam Suharjono, 1994:10)

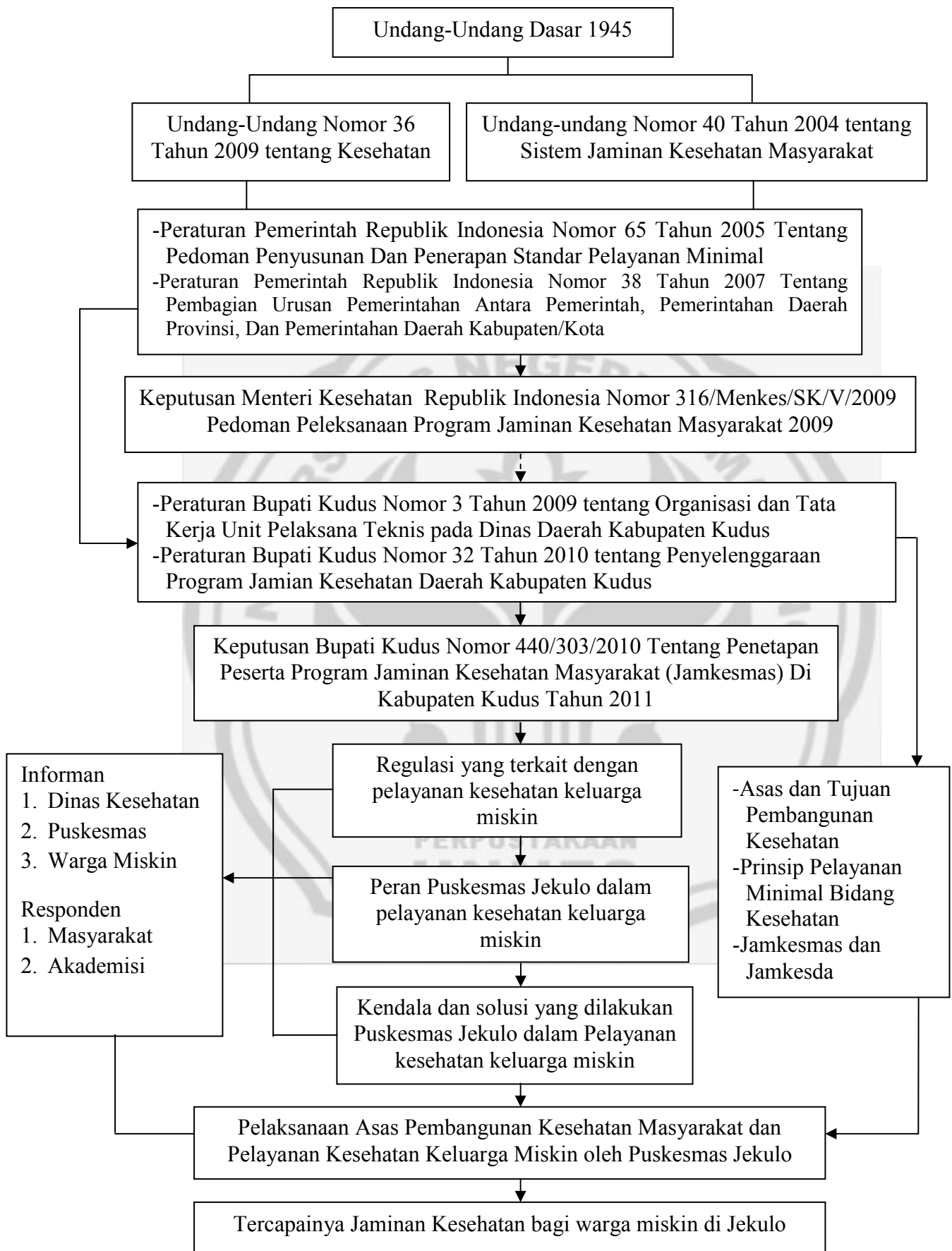
Peran sebagai perangkat harapan-harapan yang dikenakan pada individu yang menempati kedudukan sosial tertentu. Berry menjelaskan bahwa terdapat dua macam harapan masyarakat, yaitu harapan-harapan dari masyarakat terhadap pemegang peran atau kewajiban-kewajiban dari pemegang peran, serta harapan-harapan yang dimiliki oleh sipemegang peran terhadap masyarakat atau terhadap individu-individu yang berhubungan dengannya dan menjalankan peranannya atau kewajiban-kewajibannya (Berry, 2003:105)

Peran dimaknai sebagai sebuah perangkat tingkah laku yang diharapkan dan dipentaskan oleh individu selaku aktor atau suatu lembaga yang berkedudukan di dalam masyarakat. Berdasarkan hal tersebut, maka kaitannya dengan lembaga

(instansi) pelayanan kesehatan masyarakat yaitu berupa Puskesmas, harapan yang dimaksud adalah harapan dari masyarakat untuk dapat mengakses dan menikmati layanan kesehatan dengan biaya lebih murah serta mudah terjangkau.



2.11 Kerangka Berpikir



BAB 3

METODE PENELITIAN

3.1 Dasar Penelitian

Metode merupakan cara atau langkah-langkah yang digunakan untuk mendapatkan dan menguji kebenaran. Dalam penelitian ini metode yang digunakan adalah metode penelitian kualitatif.

Penelitian ini menggunakan metode kualitatif, karena secara langsung dapat menyajikan hubungan antara penelitian dan responden dan dalam metode ini lebih peka dan lebih menyesuaikan diri dengan banyak penajaman pengaruh bersama dan terhadap pola-pola nilai yang dihadapi.

Penelitian kualitatif adalah penelitian yang bermaksud untuk memahami fenomena tentang apa yang dialami oleh subyek penelitian misalnya perilaku, persepsi, motivasi, tindakan dan lain-lain, secara holistik, dan dengan cara deskripsi dalam bentuk kata-kata dan bahasa, pada suatu konteks khusus yang alamiah dan dengan memanfaatkan berbagai metode alamiah (Moleong, 2000:6)

Sedangkan menurut Bodgan dan Tylor dalam Moleong (2000:4) metode kualitatif adalah “sebagai prosedur penelitian yang menghasilkan data deskriptif berupa kata-kata tertulis atau lisan dari individu-individu dan perilaku yang diamati”.

3.1.1 Pendekatan Penelitian

“Metode Pendekatan yang digunakan dalam penelitian ini adalah metode pendekatan yuridis sosiologis, atau empiris yaitu penelitian hukum yang

memperoleh data dari sumber data primer” (Soemitro, 1988:24). Penelitian hukum yuridis sosiologis atau empiris.

Penulisan ini berdasarkan atas suatu kajian aspek hukum yaitu peraturan perundang-undangan yang berlaku dan norma-norma yang hidup dan berkembang dalam masyarakat. Sehingga dapat diketahui prosedur pelaksanaan jaminan kesehatan bagi masyarakat miskin di DKK Kudus.

Dalam penelitian ini menggunakan Undang-Undang No. 36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan, untuk melihat bagaimana pelayanan Puskesmas terhadap keluarga miskin yang dilakukan Pemerintah Daerah di Kota Kudus dalam pelayanan kesehatan bagi pengguna program Jamkesmas dan Jamkesda untuk kesejahteraan masyarakat.

3.1.2 Fokus Penelitian

Dalam penelitian ini yang menjadi fokus penelitian adalah bagaimana bentuk pelaksanaan pelayanan dasar bidang kesehatan khususnya pelayanan terhadap keluarga miskin melalui jamkesmas serta mengetahui sejauh mana melaksanakan pelayanan dasar bidang kesehatan, sesuai Undang-Undang No. 36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan.

Sesuai dengan pokok permasalahan, maka yang menjadi pusat perhatian dalam penelitian ini adalah:

1. Berbagai regulasi yang terkait dengan pelayanan kesehatan keluarga miskin Puskesmas Jekulo Kabupaten Kudus.

2. Peran Puskesmas Kecamatan Jekulo Kudus dalam pelayanan kesehatan keluarga miskin.
3. Kendala yang dihadapi Puskesmas Jekulo Kabupaten Kudus dalam pelayanan kesehatan keluarga miskin.

3.1.3 Lokasi Penelitian

Lokasi penelitian adalah tempat di mana peneliti melakukan kegiatan penelitian. Penelitian ini berlokasi di UPT Puskesmas Jekulo Kabupaten Kudus (Jalan raya Kudus Pati KM 10 Klaling No 24, Jekulo Kudus), serta tempat-tempat lain terkait dengan pelayanan kesehatan di lingkup Pemerintah Daerah Kabupaten Kudus.

3.1.4 Sumber Data Penelitian

Sumber data dalam penelitian adalah “subyek dari mana data dapat diperoleh” (Meleong, 2000:114) :

1. Data Primer

Data primer atau sumber data utama merupakan data berupa kata-kata dan tindakan orang-orang yang diamati atau diwawancarai. Sumber data utama dicatat melalui catatan tertulis atau melalui perekaman video/ audio tapes, pengambilan foto, atau film.

“Pencatatan data melalui wawancara atau pengamatan berperan serta merupakan hasil usaha gabungan dari kegiatan melihat, mendengar dan

bertanya” (Moleong, 2000:112). Responden dalam penelitian ini adalah pengguna pelayanan kesehatan Puskesmas.

Data primer adalah data yang diperoleh secara langsung melalui wawancara dengan subyek dan informan. Subyek penelitian adalah subyek yang dituju untuk diteliti oleh peneliti. Subyek dalam penelitian ini adalah petugas kesehatan puskesmas yang melayani keluarga miskin yang memanfaatkan layanan kesehatan di puskesmas.

2. Data Sekunder

Data Sekunder atau sumber di luar data primer dapat berupa sumber tertulis. “Dilihat dari sumber data, bahan tambahan dan dari sumber tertulis dapat dibagi atas sumber buku, dan majalah ilmiah, sumber dari arsip, dokumen pribadi, dokumen resmi” (Moleong, 2000:112).

Data sekunder atau data tertulis yang digunakan dalam penelitian dapat berupa buku-buku, literatur, serta dokumen-dokumen resmi yang berkaitan dengan pelayanan kesehatan, Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas) dan Jaminan Kesehatan Daerah (Jamkesda).

Data sekunder adalah data tambahan yaitu berupa informasi untuk melengkapi data primer. Data sekunder yang dapat diperoleh peneliti adalah sumber tertulis dan sumber dokumen visual serta data-data pelengkap lain yang terkait dengan penelitian yang dilakukan.

3.1.5 Pengumpulan Data

Pengumpulan data merupakan hal yang sangat penting, sebab jika terjadi kesalahan dalam proses pengumpulan data, maka akan diperoleh kesimpulan yang salah juga, disamping perlu menggunakan metode yang tepat, juga perlu memilih teknik dan alat pengumpulan data yang relevan. Metode yang digunakan data dalam penelitian ini adalah :

1. Studi Kepustakaan

Studi kepustakaan dilakukan dengan cara menggunakan literatur-literatur yang berkaitan dengan topik permasalahan dalam penelitian yang memungkinkan keberhasilan pengalaman data yang akurat.

2. Studi Lapangan

Studi lapangan dapat dilakukan dengan cara :

a. Wawancara

“Wawancara adalah percakapan tertentu, percakapan itu dilakukan oleh dua pihak yaitu pewawancara (*interviewer*) yang mengajukan pertanyaan dan yang diwawancarai (*interviewee*) yang memberikan jawaban atas pertanyaan itu” (Moleong, 2000:135). Maksud mengadakan wawancara seperti yang dikatakan oleh Lincoln dan Guba (1985:266) dalam bukunya Moleong antara lain adalah

Untuk mengkonstruksi mengenai orang, kejadian, kegiatan, organisasi, perasaan, motivasi, tuntutan,kebulatan sebagai yang telah diharapkan dalam masa yang akan datang memverifikasi, mengubah dan memperluas informasi yang diperoleh dari orang lain baik manusia maupun bukan manusia, mengubah dan memperluas informasi kontruksi yang dikembangkan peneliti sebagai pengecekan anggota. (Moleong, 2000:135)

b. Observasi Partisipan

Observasi partisipan adalah “pengamat berperan sekaligus menjadi anggota resmi yang diamati” (Moleong, 2000:126). Pada jenis observasi ini, peneliti biasa menjadi anggota resmi dari yang diamati atau sebagai orang dalam atau orang luar, tetapi telah dianggap sebagai orang dalam. Observasi Partisipan digunakan dalam penelitian ini yaitu untuk melengkapi data yang diperoleh dari wawancara. Dalam hal ini observasi digunakan untuk mengetahui fasilitas yang diberikan negara dalam pelayanan kesehatan seperti fasilitas ruangan, pelayanannya, dan biayanya.

3.1.6 Analisis Data

Sedangkan menurut Miles dan Huberman (1992:16) terdapat tahapan dalam melakukan analisis terhadap data-data yang didapatkan, yaitu:

1. Pengumpulan Data
Kegiatan mencatat semua data secara obyektif dan apa adanya sesuai dengan hasil wawancara dilapangan.
2. Reduksi Data
Reduksi data adalah proses pemilihan, pemusatan perhatian pada penyederhanaan, pengabstrakan dan transformasi data kasar yang muncul dari catatan yang tertulis di lapangan.
3. Penyajian Data
Sajian data adalah sekumpulan informasi tersusun yang memberikan kemungkinan adanya penarikan kesimpulan dan pengambilan tindakan.
4. Penarikan Kesimpulan
Penarikan Kesimpulan hanyalah sebagian dari satu kegiatan dari konfigurasi yang utuh. Kesimpulan-kesimpulan juga diverifikasi selama penulisan berlangsung. Dalam penarikan kesimpulan ini didasarkan pada reduksi data yang merupakan jawaban atas masalah yang diangkat dalam penulisan sebuah penelitian.

Untuk mempermudah pemahaman tentang metode analisis tersebut, Miles dan Huberman “menggambarkan siklus data interaktif, dimana setiap komponen yang ada dalam siklus tersebut saling interaktif mempengaruhi satu sama lain” (Miles dan Huberman, 1992:20).

3.1.7 Keabsahan Data

Teknik triangulasi adalah pemeriksaan data yang memanfaatkan sesuatu lain di luar data itu untuk keperluan pengecekan atau sebagai pembanding terhadap data itu. Teknik triangulasi yang banyak digunakan adalah pemeriksaan melalui sumber lainnya.

Patton dalam Moleong (2000:178) menyatakan “triangulasi dengan sumber berarti membandingkan dan mengecek balik derajat kepercayaan suatu informasi yang diperoleh melalui waktu dan alat yang berbeda dalam metode kualitatif”. Hal ini dapat di capai dengan :

- 1) Membandingkan data hasil pengamatan dengan hasil wawancara.
- 2) Membandingkan apa yang dikatakan orang di depan umum dengan apa yang dikatakan orang secara pribadi
- 3) Membandingkan keadaan dengan prespektif seseorang dengan berbagai pendapat, pandangan orang seperti rakyat biasa, pejabat pemerintah, orang yang berpendidikan, orang yang berbeda.
- 4) Membandingkan hasil wawancara dengan situasi dokumen yang berkaitan

Akan tetapi dalam penelitian ini peneliti tidak menggunakan keempat-empatnya untuk membandingkan. Peneliti hanya menggunakan :

- a) Membandingkan data hasil pengamatan dengan hasil wawancara.
- b) Membandingkan hasil wawancara dengan isi suatu dokumen yang berkaitan.

Peneliti melakukan observasi/pengamatan di tempat penelitian, dan melakukan wawancara, setelah mendapatkan hasil observasi peneliti membandingkan dengan hasil wawancara.

Setelah melakukan wawancara dan observasi peneliti membandingkan hasil wawancara dan observasi dengan isi dokumen yang ada yang berkaitan dengan penilaian sehingga menghasilkan hasil sesuai dengan yang diharapkan dan kemudian di ambil sebuah kesimpulan dalam penelitian.

3.1.8 Sistematika Penulisan

3.1.8.1 Bagian Awal

Bagian ini berisi: Halaman judul, abstrak, halaman pengesahan, motto, dan persembahan, kata pengantar, daftar isi, daftar bagan, dan daftar lampiran.

3.1.8.2 Bagian Pokok

BAB 1 : PENDAHULUAN

Pendahuluan ini berisi : latar belakang permasalahan, tujuan penelitian, manfaat penelitian, sistematika penulisan.

BAB II: TINJAUAN PUSTAKA

Berisi kerangka pemikiran atau teori-teori yang berkaitan dengan pokok bahasan mengenai Pengertian Regulasi, Asas-asas Pembangunan Kesehatan, Pelayanan Dasar Bidang Kesehatan, Kriteria Pelayanan Kesehatan, Pengertian

Mutu Pelayanan Kesehatan, Kesehatan Keluarga Miskin, Indikator Keluarga Miskin, Puskesmas, Sistem Jaminan Sosial Nasional dan Jaminan Kesehatan Daerah, Teori Peran.

BAB III : METODOLOGI PENELITIAN

Berisi tentang Dasar Penelitian , Pendekatan Penelitian, Fokus Penelitian, Lokasi Penelitian, Sumber Data, Alat dan Teknik Pengumpulan Data, Analisis Data, Keabsahan Data, dan Sistematika Penulisan.

BAB IV : HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

adalah Hasil dan Pembahasan, dalam Bab ini berisi tentang hasil penelitian, tentang pelaksanaan Pelayanan dasar bidang kesehatan dalam Jamkesmas dan Jamkesda.

BAB V : PENUTUP

Bab ini berisi simpulan dan saran. Mencakup : Menjawab masalah yang dikemukakan dalam bab pendahuluan, memenuhi semua tujuan penelitian. Saran harus mengaitkan simpulan dan jalan keluar yang disampaikan.

3.1.8.3 Bagian Akhir

Dalam bab ini berisi tentang daftar pustaka dan lampiran.

BAB 4

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

4.1 Hasil Penelitian

4.1.1 Gambaran Umum Jekulo

Luas wilayah Kecamatan Jekulo Kabupaten Kudus mencapai 82,92 km², Jumlah penduduk 94.356 jiwa (2010) - Kepadatan 1.067 jiwa/km². Secara Geografis letak kecamatan Jekulo berada diantara koordinat 6°52'0"LS,110°50'0"BT sampai dengan 7°16'0"LS,111°0'0"BT. Dengan batas wilayah antara lain: Sebelah utara berbatasan dengan wilayah Kecamatan Dawe, sebelah timur berbatasan dengan wilayah Kabupaten Pati, sebelah selatan berbatasan dengan wilayah Kabupaten Pati, sebelah barat berbatasan dengan wilayah Kecamatan Mejobo dan Kecamatan Dawe. Sebagian besar luas wilayah Jekulo merupakan daerah persawahan sehingga menjadikan sumber utama mata pencaharian sebagai petani.

4.1.2 Keadaan Penduduk Kecamatan Jekulo

Jumlah penduduk Kecamatan Jekulo keseluruhan pada tahun 2010 mencapai 40.547 jiwa dengan penduduk laki-laki sebanyak 19.989 jiwa dan penduduk perempuan sebanyak 20.558 jiwa, sedangkan jumlah kepala keluarga (KK) yang terdata dari jumlah keseluruhan penduduknya adalah 11.658, untuk lebih jelasnya dapat dilihat pada tabel 1 mengenai rekapitulasi hasil pendataan keluarga kecamatan Jekulo tahun 2010 sebagai berikut :

Tabel 1
Rekapitulasi hasil pendataan keluarga
Kecamatan Jekulo tahun 2010

N0	DESA	L	P	JUMLAH	KK
1.	Klaling	3.863	3.950	7.813	2.336
2.	Palden	2.664	2.678	5.342	1.369
3.	Sidomulyo	1.275	1.225	2.530	913
4.	Terban	3.661	3.824	7.485	1.849
5.	Bulung kulon	5.077	5.506	10.583	3.046
6.	Gondoharum	3.449	3.345	6.794	2.145
	Jumlah	19.989	20.558	40.547	11.658

Sumber : Kecamatan Jekulo 2010

4.1.3 Kondisi Sosial Ekonomi Masyarakat Kecamatan Jekulo

Kondisi sosial ekonomi masyarakat Kecamatan Jekulo cenderung rendah, karena sebagian besar penduduk yang berada di Kecamatan Jekulo berasal dari golongan menengah ke bawah dengan mata pencaharian utama sebagai buruh tani, petani. Dari mata pencaharian sebagai buruh tani dan petani musiman pada saat panen tiba dengan penghasilan tidak tetap berkisar Rp 8.000,00 sampai Rp 15.000,00 perhari atau kurang dari Rp 450.000,00 perbulan. Selain petani dan buruh tani sebagian masyarakat Kecamatan Jekulo bekerja sebagai buruh industri dan buruh bangunan. Penduduk yang berprofesi sebagai buruh industri yaitu dengan merantau ke luar kota seperti Jakarta dan bekerja di pabrik-pabrik yang terbesar di Kudus dengan penghasilan kurang dari Rp 700.000,00 perbulannya. Penduduk yang berprofesi sebagai buruh bangunan yaitu bekerja di proyek-proyek bangunan yang tersebar di Ibu Kota Jakarta serta pada warga yang lain di sekitar Kecamatan Jekulo yang sedang membangun rumah dengan penghasilan yang tidak tetap antara Rp 400.000,00 sampai Rp 500.000,00 perbulan.

Penduduk Kecamatan Jekulo sebagian besar berasal dari golongan yang sama dengan mata pencaharian dan tingkat pendidikan yang umumnya sama pula,

hal itu tersebut dapat dilihat pada tabel komposisi penduduk berdasarkan tingkat pendidikan dan matapencahariannya.

Tabel 2
Komposisi Penduduk Kecamatan Jekulo
Berdasarkan Tingkat Pendidikan

NO	URAIAN	JUMLAH
1.	Tidak Tamat SD / MI	7.197
2.	Tamat SD /MI	12.625
3.	Tamat SLTP / MTS	8.359
4.	Tamat SMA / MA	6.331
5.	Perguruan Tinggi	3.708

Sumber : Kecamatan Jekulo 2011

Berdasarkan komposisi tabel 2 mengenai tingkat pendidikan diketahui bahwa penduduk dari keluarga miskin di Kecamatan Jekulo adalah penduduk yang umumnya masih buta aksara dan tidak tamat SD serta hanya bisa menyekolahkan anak-anaknya sampai tingkat SMP, dan yang penduduk prasejahtera hanya bisa mampu menyekolahkan anaknya sampai tingkat SMA/MA saja.

Tabel 3
Komposisi Penduduk Kecamatan Jekulo
Berdasarkan Matapencaharian

NO	MATA PENCAHARIAN	JUMLAH
1.	Buruh Tani	6.645
2.	Petani	3.725
3.	Buruh Industri	2.155
4.	Buruh Bangunan	3.425
5.	Pedagang	1.105
6.	PNS / ABRI	705
7.	Pengangguran / Serabutan / Peternak	2.112

Sumber : Kecamatan Jekulo

Berdasarkan tabel 3 diketahui dari keluarga miskin di Kecamatan Jekulo bermatapencaharian sebagai buruh tani, petani musiman dan buruh bangunan

dengan pendapatan rata-rata berkisar antara Rp 450.000,00 sampai Rp 500.000,00 perbulan. Dengan penghasilan rendah keluarga miskin menjalani pola hidup secara sederhana dan ini tercermin dari tempat tinggalnya. Sebagian besar tempat tinggal atau rumah keluarga miskin di Kecamatan Jekulo masih bersifat semi permanen dengan lantai masih berupa tanah dan belum memiliki fasilitas MCK yang layak untuk dimanfaatkan. Hanya terdapat dua (2) sampai tiga (3) kamar untuk ditempati seluruh anggota keluarga yang berjumlah lebih dari empat (4) individu. Jumlah masing-masing anggota keluarga di Kecamatan Jekulo rata-rata setiap KK berjumlah 1-6 individu dan menempati rumah dengan ukuran 4 x 6 m².

Tempat tinggal keluarga miskin terkesan kumuh dan kurang layak untuk ditempati karena tidak adanya sanitasi yang cukup, tiap ruang hanya dibatasi oleh skat yang terbuat dari triplek ataupun kayu-kayu bekas. Untuk dapur dan tempat makan dilakukan di ruangan yang sama.

4.1.4 Kondisi Kesehatan Masyarakat Kecamatan Jekulo

Kondisi kesehatan sebagian besar masyarakat Kecamatan Jekulo sudah cukup baik, hal ini dapat dilihat dari adanya partisipasi masyarakat dalam pelaksanaan program kesehatan dengan kader-kader kesehatan yang dibentuk oleh Pemerintah Kecamatan Jekulo. Upaya yang dilakukan masyarakat Kecamatan Jekulo untuk meningkatkan kesehatan diri beserta anggota keluarga yaitu dengan cara melakukan perawatan kesehatan anggota keluarganya secara individu maupun kelompok.

Secara individu, setiap anggota keluarga yang mempunyai bayi berumur 0-1 tahun dan balita berumur 1-5 tahun dengan aktif selalu membawa ke Puskesmas

pada saat pelayanan imunisasi setiap satu bulan sekali. Bagi individu yang sedang mengandung dengan aktif selalu memeriksakan kehamilannya di Puskesmas maupun bidan desa. Secara kelompok, upaya yang dilakukan untuk meningkatkan kesehatan masyarakat yaitu dengan kegiatan gotong royong seperti melakukan kebersihan lingkungan yang dilakukan satu minggu sekali yaitu hari minggu pagi, mengumpulkan dana untuk diserahkan dan dikelola oleh pengurus dana sehat yang dibentuk oleh desa, serta dengan aktif selalu mengamati permasalahan kesehatan yang sedang dihadapi masyarakat dari keluarga miskin baik dalam hal pertolongan kesehatan maupun dalam hal pembiayaan.

Partisipasi masyarakat Kecamatan Jekulo dalam menangani masalah kesehatan keluarga miskin dilakukan dengan ikut serta membantu mengurus berbagai persyaratan yang akan dijadikan sebagai rujukan kepada Puskesmas maupun Rumah Sakit melalui kader kesehatan maupun pamong desa setempat untuk ditindaklanjuti sampai tuntas.

Tabel 4
Rekapitulasi data warga yang mendapat Jamkesmas dan Jamkesda

No.	Desa	Jamkesmas	Jamkesda
1.	Klaling	2.528	2.143
2.	Pladen	2.236	1.861
3.	Sidomulyo	963	752
4.	Terban	1.974	2.179
5.	Bulung kulon	4.741	3.782
6.	Gondoharum	2.475	2.086

Sumber : Kecamatan Jekulo 2011

Keluarga miskin Kecamatan Jekulo lebih cenderung melakukan pengobatan sendiri seperti membeli obat yang dijual diwarung maupun melakukan perawatan secara tradisional, namun jika kondisi kesehatannya sudah sangat melemah sebagai alternatif berikutnya keluarga miskin memanfaatkan pelayanan kesehatan

di Puskesmas dikarenakan biaya pengobatannya cukup murah bahkan gratis bagi keluarga miskin yang menggunakan kartu Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas) maupun Jaminan Kesehatan Daerah (Jamkesda). Selain itu, keluarga miskin juga tidak perlu mengeluarkan biaya tambahan untuk transportasi karena keberadaan Puskesmas ditempatkan di Desa Klaling yang strategis dari desa-desa lainnya.

Tabel 5
Rekapitulasi Data Kunjungan Puskesmas Kecamatan Jekulo
dari bulan Januari sampai Juni 2011

JUMLAH KUNJUNGAN RAWAT JALAN TAHUN 2011							
NO		Januari	Pebruari	Maret	April	Mei	Juni
1.	Bayar	740	514	814	616	791	728
2.	Askes	0	0	0	0	0	0
3.	JAMKESMAS	365	390	499	502	464	493
4.	JAMKESDA	128	177	211	193	187	172
	Jumlah Total	1.233	1.081	1.524	1.311	1.442	1.393

Sumber : UPT Puskesmas Jekulo

4.1.5 Gambaran Umum Puskesmas Jekulo

Puskesmas Jekulo terletak di desa Klaling Kecamatan Jekulo Kabupaten Kudus. Awal mula berdirinya Puskesmas Jekulo Kudus yaitu di depan pasar lama Jekulo dengan nama "Poliklinik Jekulo". Tidak ada yang tau kapan tepatnya Poliklinik ini beroperasi. Kemudian pada tahun 1968 berubah nama menjadi "BP Jekulo" dengan ruangan terdiri dari ruang pendaftaran dan ruang tunggu, kamar periksa + kamar suntik, dan ruang PPPK. Selain pengobatan juga terdapat pelayanan KIA, KB dan P2M. Puskesmas Jekulo Berbatasan dengan sebelah Timur desa Margorejo Kabupaten Pati, sebelah Barat adalah desa Jekulo, bagian

Selatan adalah desa Bulungcangkring dan Kabupaten Pati serta Bagian Utara berbatasan dengan desa Tanjungrejo.

Pada tahun 1976 pindah ke lokasi yang sekarang di Jalan raya Kudus Pati KM 10 Klaling No. 24, Jekulo Kudus dengan nama "Rumah Sakit Gizi" yang didirikan oleh perusahaan-perusahaan rokok di Kudus, yaitu PT Djarum, PT Nojorono, PR Sukun, PR Jambu bol. Kemudian pada tahun 1978 berubah menjadi "Puskesmas Jekulo".

Wilayah Kecamatan Jekulo terdiri dari 75% daratan dan 25% pegunungan, pada umumnya dapat terjangkau kendaraan mobil dan sepeda motor. Jarak tempuh wilayah kerja Puskesmas Jekulo terdekat \pm 2 km dan yang terjauh \pm 5 km, sedangkan jarak dari Puskesmas Jekulo ke Kabupaten \pm 10 km.

4.1.5.1. Pembagian Wilayah Puskesmas di Kecamatan Jekulo

Dengan wilayah kerja meliputi Klaling, Pladen, Bulungkulon, Sidomulyo, Gondoharum dan Terban.

A. Batas dan Luas Wilayah Kecamatan Jekulo

a. Batas wilayah

Bagian Timur : Desa Margorejo Kab. Pati

Bagian Barat : Desa Jekulo

Bagian Selatan : Desa Bulung Cangkring dan Kab. Pati

Bagian Utara : Desa Tanjungrejo

b. Luas wilayah

Tanah sawah : 1.121,25 Ha

Tanah pekarangan : 778,72 Ha

Hutan	: 404,59 Ha
Lain-lain	: 459, 82 Ha
Daratan	: 75%
Pegunungan	: 25%

4.1.5.2. Visi dan Misi Puskesmas Jekulo

4.1.5.2.1 Visi Puskesmas Jekulo

Visi Puskesmas Jekulo adalah tercapainya Kecamatan sehat menuju terwujudnya Indonesia sehat. Kecamatan sehat adalah gambaran masyarakat masa depan yang dicapai melalui pembangunan kesehatan, yakni masyarakat hidup dalam lingkungan dan perilaku sehat, memiliki kemampuan untuk menjangkau pelayanan kesehatan yang bermutu secara adil dan memiliki derajat kesehatan yang setinggi-tingginya. Adapun indikator tercapainya masyarakat sehat adalah :

- a. Lingkungan sehat.
- b. Perilaku sehat.
- c. Cakupan pelayanan yang bermutu.
- d. Derajat kesehatan penduduk Kecamatan.

4.1.5.2.2 Misi Puskesmas Jekulo Adalah :

Misi Pembangunan Kesehatan Nasional Dengan :

- a. Menggerakkan pembangunan berwawasan kesehatan di wilayah kerja.
- b. Mendorong kemandirian hidup sehat bagi keluarga dan masyarakat di wilayah kerja.

- c. Memelihara dan meningkatkan mutu, pemerataan pelayanan kesehatan yang sesuai dengan standar dan memuaskan masyarakat serta meningkatkan efisiensi pengelolaan dana sehingga dapat terjangkau masyarakat.
 - d. Memelihara dan meningkatkan kesehatan perorangan, keluarga, masyarakat dan lingkungannya.
 - e. Meningkatkan kerja sama Lintas Progam dan Lintas Sektoral dengan baik.
Sedangkan Misi Pembangunan Kesehatan oleh Puskesmas adalah mendukung tercapainya Misi Pembangunan Kesehatan Nasional.
- a. Menggerakkan pembangunan berwawasan kesehatan di Wilayah Kerja.
 - b. Mendorong kemandirian hidup sehat bagi keluarga dan masyarakat di wilayah kerja.
 - c. Memelihara dan meningkatkan mutu, pemerataan pelayanan kesehatan yang sesuai dengan standar dan memuaskan masyarakat serta meningkatkan efisiensi pengelolaan dana sehingga dapat terjangkau masyarakat.
 - d. Memelihara dan meningkatkan kesehatan perorangan, keluarga, masyarakat dan lingkungannya.

4.1.5.3. Fungsi Puskesmas adalah :

- a. Pusat penggerak pembangunan berwawasan kesehatan.
- b. Pusat pemberdayaan masyarakat
- c. Pusat pelayanan kesehatan strata pertama

4.1.5.4. Kedudukan Dan Organisasi Puskesmas

Kedudukan Puskesmas dibedakan menurut keterkaitan dengan :

1. SKN (Sistem Kesehatan Nasional), sebagai sarana pelayanan kesehatan strata pertama yang bertanggungjawab menyelenggarakan upaya kesehatan perorangan dan masyarakat di wilayah kerja.
2. Sistem Kesehatan Kabupaten/Kota, sebagai unit pelaksana teknis DKK (Dinas Kesehatan Kudus) yang bertanggungjawab menyelenggarakan sebagian tugas pembangunan Kabupaten/Kota di wilayah kerja.
3. Sistem Kesehatan Daerah, sebagai unit pelaksana teknis DKK (Dinas Kesehatan Kudus) yang merupakan unit struktural Pemerintah Daerah Kabupaten / Kota di tingkat Kecamatan.
4. Antar Sarana Pelayanan Kesehatan Strata Pertama, sebagai mitra kerja bagi organisasi pelayanan kesehatan strata pertama yang dikelola lembaga masyarakat/swasta.

Sedang struktur organisasi Puskesmas tergantung dari kegiatan dan beban tugas masing-masing Puskesmas, penyusunannya dilakukan oleh Dinas Kesehatan Kabupaten/kota sedang penetapannya dilakukan dengan Peraturan Daerah.

4.1.5.5. Program Unggulan UPT Puskesmas Jekulo

UPT Puskesmas Jekulo memiliki program unggulan berupa :

1. Pendaftaran dengan menggunakan Sistem Informasi Komputer (SIK) terdiri dari tiga loket pendaftaran. Nomor antrian menggunakan sistem

elektrik (Dengan memencet tombol antrian, pasien secara otomatis mendapatkan nomor antrian).

2. UPT Puskesmas Jekulo sudah memiliki berkas rekam medis yang sistem penyimpanannya menggunakan *family folder* (satu map berisi berkas rekam medis satu KK).
3. UPT Puskesmas Jekulo sudah menyediakan layanan USG.
4. Untuk deteksi dini kanker leher rahim, UPT Puskesmas Jekulo memberikan layanan pemeriksaan IVA Test dan *Cryoteraphy*
5. Pelayanan tambal gigi sudah menggunakan sistem *Light Curing Composite*.
6. Pelayanan laboratorium dengan menggunakan alat *Hematoanalyzer* untuk pemeriksaan darah rutin dengan keuntungan lebih cepat diketahui hasilnya.

Untuk meningkatkan pemberdayaan masyarakat, UPT Puskesmas Jekulo ikut mengaktifkan kegiatan Desa Siaga. Desa Siaga adalah desa yang memiliki kesiapan sumber daya dan kemampuan untuk mencegah dan mengatasi masalah-masalah kesehatan secara mandiri.

Adapun tujuan umum Desa Siaga adalah terwujudnya masyarakat desa sehat, peduli dan tanggap terhadap permasalahan kesehatan di wilayahnya.

Sedangkan tujuan khusus Desa Siaga adalah :

- a. Meningkatnya pengetahuan dan kesadaran masyarakat desa tentang pentingnya kesehatan.

- b. Meningkatnya kewaspadaan dan kesiapsiagaan masyarakat desa terhadap resiko dan bahaya yang dapat menimbulkan gangguan kesehatan (bencana, wabah, darurat dan sebagainya).
- c. Meningkatnya keluarga sadar gizi.
- d. Meningkatnya masyarakat yang berperilaku Hidup Bersih Dan Sehat (PHBS).
- e. Meningkatnya kesehatan lingkungan desa.
- f. Meningkatnya kemampuan dan kemauan masyarakat desa untuk menolong dirinya sendiri di bidang kesehatan.

Dalam rangka terwujudnya Desa Siaga, Puskesmas Jekulo memfasilitasi pembentukan Forum Kesehatan Kecamatan (FKK) dan Forum Kesehatan Desa (FKD) di masing-masing desa. Ujung tombak FKD adalah para kader yang berasal dari masyarakat itu sendiri. Mereka disebut kader Desa Wisma (Dawis) karena para kader tersebut bertanggungjawab terhadap 10 rumah di sekitarnya. Kader Dawis tersebut dikoordinasi oleh Ketua RT, dan tingkat RW oleh Ketua RW.

UPT Puskesmas Jekulo melakukan pembinaan kader Dawis secara berkala sehingga diharapkan desa yang bersangkutan mampu melakukan Survei Mawas Diri (SMD). Survei Mawas Diri (SMD) yang dilakukan biasanya mengenai Perilaku Hidup Bersih Dan Sehat (PHBS) tataran rumah tangga. Dari hasil Survei Mawas Diri (SMD) tersebut didapatkan potensi dan permasalahan masing-masing desa untuk dilakukan analisis di dalam Musyawarah Masyarakat Desa (MMD). Dari Musyawarah Masyarakat Desa (MMD) dihasilkan program kerja untuk

dijalankan dan akan dilakukan evaluasi pada tahun berikutnya. Hasil evaluasi tersebut dipadukan dengan hasil SMD tahun berikutnya yang akan digunakan sebagai dasar analisis pada Musyawarah Masyarakat Desa (MMD) tahun berikutnya. Siklus ini berlanjut terus untuk tahun-tahun berikutnya.

Dalam pembentukan Desa Siaga ini, Puskesmas Jekulo selain sebagai fasilitator dengan memberikan penyuluhan kesehatan (gizi, PHBS, kesehatan lingkungan dan lain-lain) juga memberikan stimulan-stimulan. Di antaranya yang sudah dilakukan adalah:

1. Stimulan pembuatan jamban ; hal ini dilakukan dalam rangka pencapaian *open defecaton free*.
2. Stimulan plesterisasi/keramikisasi.
3. Stimulan pengolahan sampah rumah tangga dengan metode keranjang takakura.

Dengan metode ini, sampah rumah tangga akan diproses menjadi pupuk organik, selanjutnya pupuk tersebut bisa digunakan sebagai pupuk padi maupun tanaman pertanian lainnya sehingga menghasilkan padi organik yang kualitasnya lebih bagus dari padi biasa. Selain itu pupuk tersebut juga bisa di jual langsung kemasyarakat, dengan begitu tingkat perekonomian masyarakat akan meningkat.

1. Penyuluhan dan pelatihan manajemen pengelolaan sampah kertas dan plastik.
2. PSN (Pemberantasan Sarang Nyamuk) plus dengan ember hitam.

Kegiatan ini dilakukan dengan penyediaan ember hitam pada setiap rumah yang di isi air jernih kemudian diletakkan di ruangan rumah yang gelap. Air di

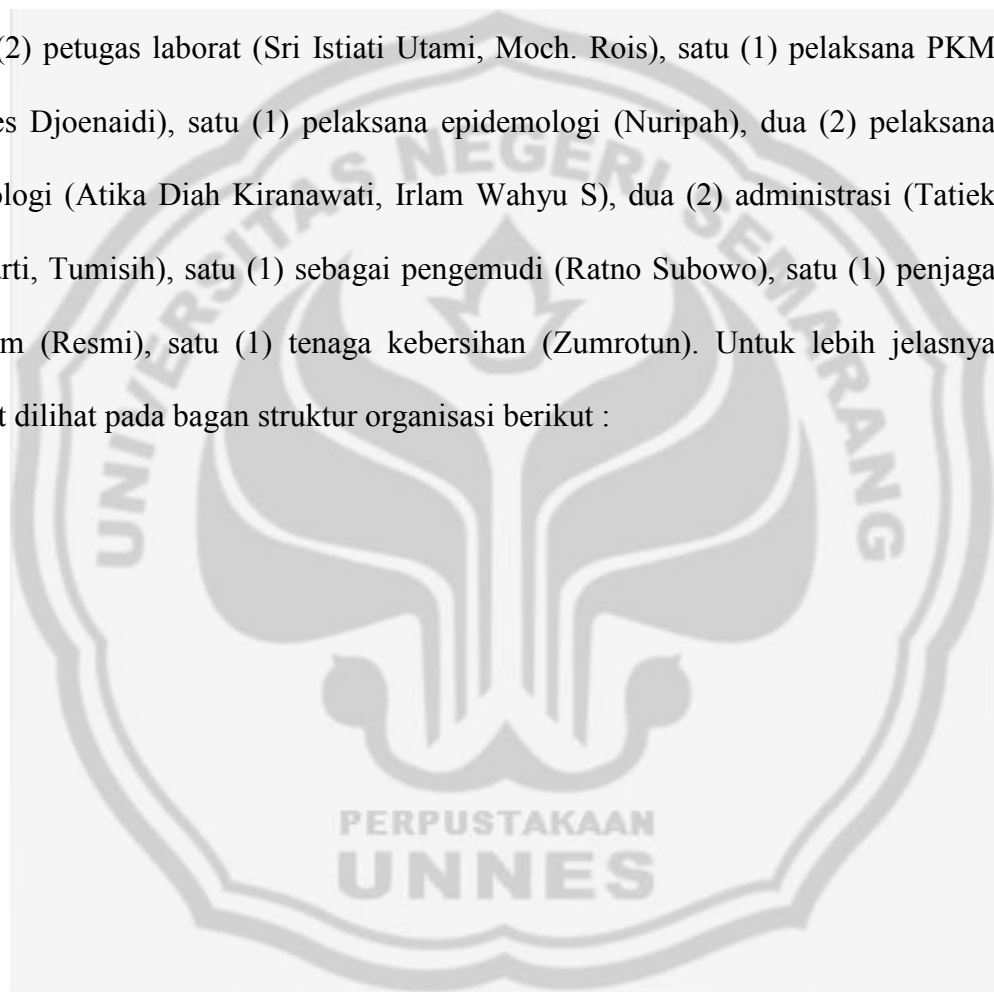
dalam ember di buang secara rutin 2x dalam seminggu. Hal ini dilakukan agar air dalam ember tersebut menjadi tempat perindukan nyamuk, kemudian sebelum nyamuk menjadi dewasa sudah di putus siklusnya dengan membuangnya secara rutin seminggu 2x.

Dalam rangka meningkatkan derajat kesehatan masyarakat melalui perilaku hidup bersih dan sehat, Puskesmas Jekulo mengadakan program stimulasi jamban bagi masyarakat. Karena bersifat stimulasi, maka jamban hanya akan di berikan kepada warga masyarakat yang memang sudah siap membangun toilet permanen. Pembangunan tersebut biasanya dilakukan secara bergotong royong. Dengan semakin banyaknya warga memiliki toilet permanen, maka diharapkan perilaku buang air besar di tempat yang semestinya akan meningkat sehingga mengurangi risiko penularan penyakit di masyarakat, misalnya diare, hepatitis A, *typhoid* dan lain-lain.

4.1.5.6. Struktur Organisasi Puskesmas Jekulo

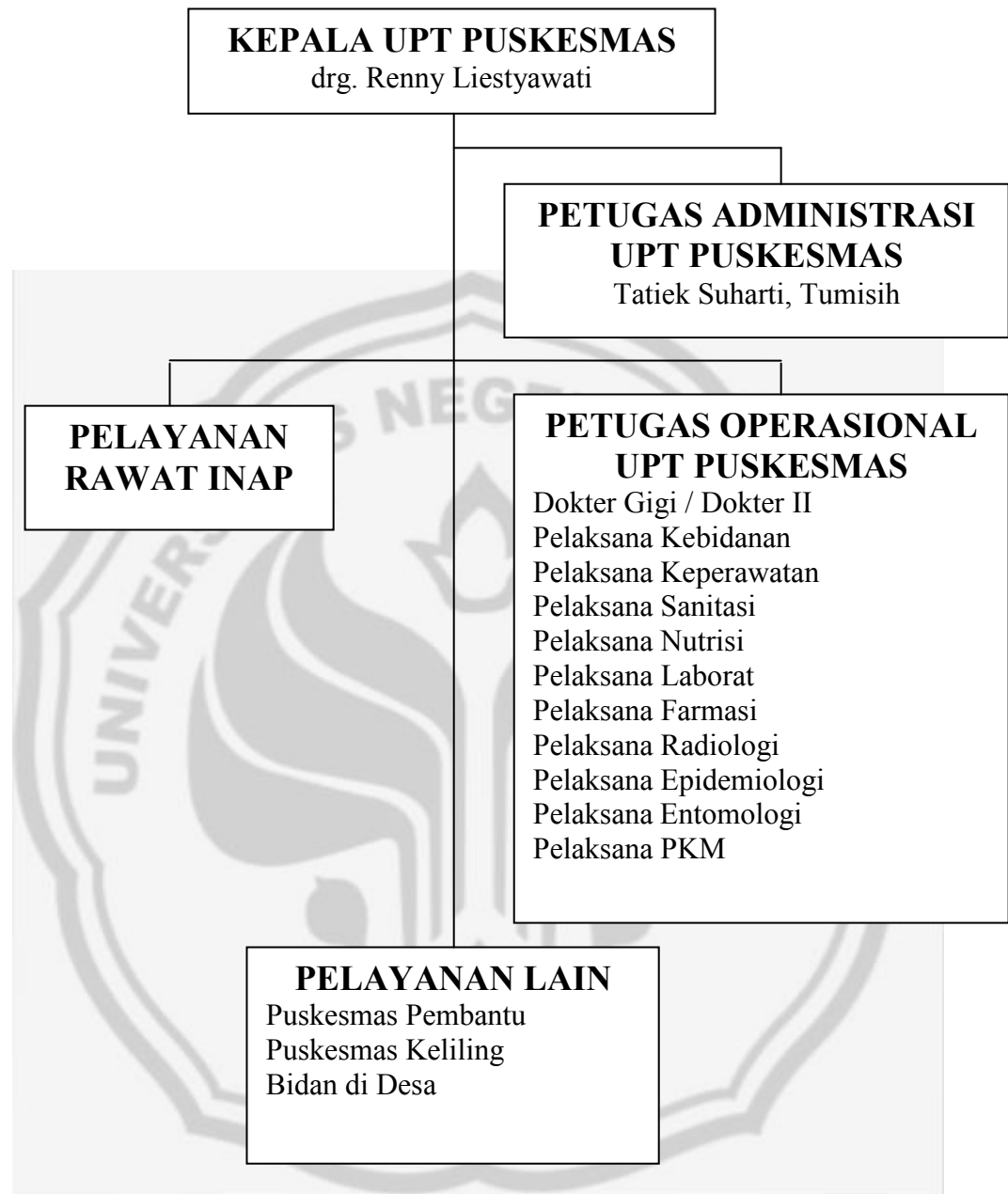
Puskesmas Jekulo di Kepalai oleh seorang Dokter yaitu drg. Renny Liestyawati dan dibantu oleh 55 staf terdiri dari 50 PNS, 6 PTT, 1 PHD. Petugas pelaksana Puskesmas Jekulo yang terdiri dari empat (4) Dokter umum(dr. Arif Faiza, dr. Emy Ruyanah, dr. Anggraeni Sri Herlina, dr. Dini Kurnia Agustini), dua (2) Dokter Gigi (drg. Renny Liestyawati, drg. Sita Ardhianti), sebelas (9) Bidan(Panca Suwaryani, Khodariyah, Sulasmi, Rita Setyawati, Nursini, Retnowati M, Riasmi, Tri Hastuti, Heni Aspiati), empat (4) bidan desa PNS (Siti Fatonah, Sri Budi Rahayu, Sri Harmamik, Umi Rahmawati), enam (6) bidan desa PTT (Riana

Aulia insany, Heni Kiswati, Corry Yuliana L, Nurjanah, Tatik Cahyati, Sri Tatun), sebelas (11) perawat (Darmanto, Sarwi, Kirman, Ngasri, Sugeng Riyadi, Dwi Noviatun, Azis Noor K, Nurhadi Sucipto, Sri Wahyuni, Nofiningtyas, Wafiroh, Dyah Puji Sulistyowati, Nofiantri, Setiawan), dua (2) perawat gigi (Sulistyani, Elya Shita Y), satu (1) apoteker (Tjatur W), satu (1) asisten apoteker (Hendriyani), satu (1) tenaga gizi (Titik Khozanah), satu (1) sanitarian (Sri Jajar), dua (2) petugas laborat (Sri Istiati Utami, Moch. Rois), satu (1) pelaksana PKM (Aries Djoenaidi), satu (1) pelaksana epidemiologi (Nuripah), dua (2) pelaksana radiologi (Atika Diah Kiranawati, Irlam Wahyu S), dua (2) administrasi (Tatiek Suharti, Tumisih), satu (1) sebagai pengemudi (Ratno Subowo), satu (1) penjaga malam (Resmi), satu (1) tenaga kebersihan (Zumrotun). Untuk lebih jelasnya dapat dilihat pada bagan struktur organisasi berikut :



Bagan 4.1

STRUKTUR ORGANISASI PUSKESMAS JEKULO



Sumber : Pasal 10 Peraturan Bupati Kudus Nomor 3 tahun 2009 tentang Organisasi dan Tata Kerja Unit Pelaksana Teknis pada Dinas Kabupaten Kudus

4.1.5.7. Pola Struktur Organisasi Puskesmas

Acuan Pola Struktur Organisasi Puskesmas sebagai berikut :

1. Kepala Puskesmas
2. Unit Tata Usaha yang bertanggungjawab membantu Kepala Puskesmas dalam pengelolaan :
 - a. Data dan informasi
 - b. Perencanaan dan penilaian
 - c. Keuangan
 - d. Umum dan kepegawaian
3. Unit Pelaksana Teknis Fungsional Puskesmas :
 - a. Upaya Kesehatan Masyarakat
 - b. Upaya Kesehatan Perorangan
 - c. Upaya lain-lain
 - d. Data dan informasi

(Pasal 10 Peraturan Bupati Kudus Nomor 3 tahun 2009 tentang Organisasi dan Tata Kerja Unit Pelaksana Teknis pada Dinas Kabupaten Kudus)

4.1.5.8. Upaya Kesehatan Pokok Puskesmas

Puskesmas menyelenggarakan upaya kesehatan pokok yang dikelompokkan menjadi 2 yaitu :

1. Upaya kesehatan wajib, meliputi :
 - a. Upaya Promosi Kesehatan
 - b. Upaya Kesehatan Lingkungan
 - c. Upaya Kesehatan Ibu dan Anak serta Keluarga Berencana
 - d. Upaya Perbaikan Gizi Masyarakat
 - e. Upaya Pencegahan dan Pemberantasan Penyakit Menular
 - f. Upaya Pengobatan
2. Upaya Kesehatan Pengembangan, dipilih dari upaya kesehatan pokok puskesmas yang telah ada, yaitu :
 - a. Upaya Kesehatan Sekolah

- b. Upaya Kesehatan Olahraga
 - c. Upaya Perawatan Kesehatan Masyarakat
 - d. Upaya Kesehatan Kerja
 - e. Upaya Kesehatan Gigi dan Mulut
 - f. Upaya Kesehatan Jiwa
 - g. Upaya Kesehatan Mata
 - h. Upaya Kesehatan Usia Lanjut
 - i. Upaya Pembinaan Pengobatan Tradisional
3. Ada beberapa kegiatan yang tidak termasuk upaya pokok, tetapi merupakan pelayanan Penunjang yaitu :
- a. Upaya Laboratorium Medis
 - b. Upaya Radiologi
 - c. Upaya Pencatatan dan Pelaporan
 - d. Upaya Pelayanan Rawat Inap (Untuk Puskesmas perawatan)

4.1.5.9. TUGAS POKOK DAN FUNGSI UPT PUSKESMAS JEKULO

4.1.5.9.1 Tugas Pokok :

UPT Puskesmas Jekulo mempunyai tugas pokok membantu Kepala Dinas Kesehatan dalam menyelenggarakan pelayanan Jamkesmas dan Jamkesda dengan Fasilitas Pelayanan sebagai berikut: 1) Tindakan Rawat Jalan tingkat 1 Di Puskesmas dan jaringannya; 2) Rawat Inap tingkat 1 di Puskesmas Rawat Inap; 3) Persalinan oleh tenaga kesehatan di Puskesmas dan jaringannya; 4) Rawat Jalan maupun rawat inap tingkat lanjut di PPK 2, dengan hak akomodasi kelas III; 5) Pelayanan kegawatdaruratan medis disarana pelayanan kesehatan di PPK 1, PPK 2, PPK 3.

4.1.5.9.2 Tugas Fungsi :

1. Melaksanakan Kegiatan Operasional Dinas Kesehatan Kabupaten di bidang pengelolaan UPT Puskesmas.
2. Penyusunan Program Kerja UPT Puskesmas.
3. Pelayanan Pencegahan dan Pemberantasan Penyakit Menular, Imunisasi dan Laboratorium.
4. Pelayanan Kesehatan Ibu dan Anak, KB dan Gizi.
5. Pelayanan Kesehatan Gigi dan Mulut.
6. Perawatan Kesehatan Masyarakat, Kesehatan Jiwa dan Kesehatan Mata.
7. Pelayanan Rawat Jalan dan rawat inap.
8. Pembinaan Pengobatan Tradisional.
9. Penyuluhan Kesehatan Masyarakat, peran serta masyarakat, UKS dan kesehatan olahraga.
10. Melaksanakan urusan administrasi kepegawaian, keuangan, rumah tangga, surat menyurat, kearsipan dan kelengkapan.
11. Pemantauan evaluasi dan pelaporan kegiatan UPT Puskesmas.
12. Melaksanakan tugas lain yang diberikan oleh Kepala Dinas Kesehatan sesuai dengan tugas pokok dan fungsinya.
(Peraturan Bupati nomor 3 tahun 2009 tentang Organisasi dan Tata Kerja unit Pelaksana Teknis Pada Dinas Daerah Kabupaten Kudus Pasal 11)

4.1.5.9.3 Tugas Masing-masing seksi :

1) Kepala UPT Puskesmas

Kepala UPT Puskesmas mempunyai tugas membantu Kepala Dinas Kesehatan dalam menyelenggarakan Tugas dibidang Pelayanan Kesehatan.

2) Petugas Administrasi UPT Puskesmas

- a. Menyusun rencana kegiatan teknis operasional UPT Puskesmas.
- b. Melaksanakan administrasi seluruh kegiatan yang berkaitan dengan pengelolaan UPT Puskesmas.
- c. Melakukan pelayanan kepada semua petugas guna kelancaran pelaksanaan tugas.
- d. Mengelola urusan kepegawaian.

- e. Melaksanakan urusan rumah tangga, surat menyurat, kearsipan dan perlengkapan.
- f. Mengelola laporan kegiatan UPT Puskesmas.
- g. Melaksanakan tugas lain yang di berikan oleh Kepala UPT Puskesmas.

3) Petugas Operasional UPT Puskesmas

- a. Melaksanakan pelayanan kesehatan Ibu dan Anak, Keluarga Berencana dan Gizi.
- b. Melaksanakan pelayanan pencegahan dan pemberantasan penyakit menular, immunisasi dan laboratorium.
- c. Melaksanakan pelayanan pengobatan rawat jalan dan rawat inap.
- d. Melaksanakan pembinaan pengobatan tradisional.
- e. Malaksanakan kesehatan Gigi dan Mulut.
- f. Melaksanakan Penyuluhan Kesehatan masyarakat.
- g. Melaporkan hasil pelaksanaan tugas kepada atasan.
- h. Melaksanakan tugas lain yang diberikan oleh Kepala UPT Puskesmas.

4.1.5.9.4 Program Kerja Masing-Masing Seksi

1. Pendaftaran

- a. Melayani pendaftaran pasien.
- b. Mencari folder rawat jalan.
- c. Memasukkan folder rawat jalam sesuai dengan nomor.
- d. *Medical record* / memasukkan Simpus.
- e. Menyetorkan uang pendaftaran kepada bendahara penerima.

2. Balai pengobatan

- a. Anamnese pasien.
- b. Pemeriksaan pasien.
- c. Memberikan resep obat sesuai dengan diagnosa.
- d. Memberikan rujukan ke Rumah Sakit.
- e. Memberikan rujukan ke UGD (Unit Gawat Darurat) bila ada tindakan.
- f. Pencatatan dan pelaporan.

3. IGD (Instalasi Gawat Darurat)

- a. Melaksanakan tindakan Kegawat Daruratan.
- b. Melaksanakan tindakan rujukan dari BP (Balai Pengobatan).
- c. Mensteril alat-alat.
- d. Membersihkan alat-alat setelah dipakai tindakan.
- e. Memberikan rujukan ke Rumah Sakit.
- f. Pencatatan dan Pelaporan.

4. Rawat Inap

- a. Menerima pasien Rawat Inap.
- b. Anamnesa pasien.
- c. Pemeriksaan pasien.
- d. Memnerikan obat sesuai dengan diagnosa.
- e. Memberikan rujukan ke Rumah Sakit.
- f. Membuat ASKEP (Asuhan Keperawatan).
- g. Pencatatan dan Pelaporan.

5. Radiologi

- a. Anamnesa pasien.
- b. Melakukan tindakan foto *thorax*/ fraktur.
- c. Menerima rujukan dari BP (Balai Pengobatan), KIA (Kesehatan Ibu dan Anak) dan rawat inap.
- d. Menerima rujukan dari Dokter swasta.
- e. Pencatatan dan pelaporan.

6. KIA (Kesehatan Ibu dan Anak)

- a. Pelayanan kesehatan Ibu hamil.
- b. Pelayanan kesehatan anak.
- c. Pemeriksaan / *Immunisasi* (TT1(*Tetanus Toxoid 1*)-TT5(*Tetanus Toxoid 5*)) ibu hamil.
- d. Pemeriksaan / *Immunisasi* Calon Pengantin.
- e. Lomba balita tingkat Puskesmas.
- f. Lomba ASI (Air Susu Ibu) eksklusif.
- g. Pembinaan Bidan Desa.
- h. Pembinaan dukun bayi.
- i. Membantu distribusi tablet besi dan kapsul vitamin A.
- j. Evaluasi tribulan dengan PWS (Pemeriksaan Wanita Subur).
- k. Pendataan sasaran.
- l. Konseling KIA (Kesehatan Ibu dan Anak).
- m. Pencatatan dan pelaporan.

7. KB (Keluarga Berencana)

- a. Melayani akseptor KB (Keluarga Berencana).
- b. Konseling akseptor.
- c. Pencatatan dan pelaporan.

8. Kesehatan Gigi dan Mulut

- a. Pemeriksaan pasien dan memnerikan tindakan sesuai diagnosa.
- b. UKGS (Usaha Kesehatan Gigi Sekolah) di Sekolah.
- c. Sterilisasi alat-alat dan bahan.
- d. Memberikan rujukan ke Rumah sakit.
- e. Pencatatan dan pelaporan.

9. Kusta

- a. Pemeriksaan penderita dengan suspect kusta.
- b. Pemeriksaan kontak penderita.
- c. Rujukan penderita kusta dan keluarga.
- d. Kunjungan rumah untuk penderita yang mangkir.
- e. Pencatatan dan pelaporan.

10. TB paru

- a. Pemeriksaan penderita.
- b. Pemberian obat TB sesuai kategori.
- c. Penyuluhan penderita TB dan Keluarga.
- d. Memberikan *sputum pot* untuk pemeriksaan dahak baik untuk penderita TB maupun yang dianggap sebagai *suspect* TB.
- e. Kunjungan penderita TB paru yang tidak mengambil obat di Puskesmas.
- f. Pencatatan dan pelaporan.

11. Farmasi

- a. Pelayanan obat di Puskesmas.
- b. Pelaporan harian obat.
- c. Pelaporan bulanan ke GFK (Gudang Farmasi Kabupaten) dan DKK.
- d. Penerimaan obat dari gudang farmasi.
- e. Pendistribusian obat ke Puskesmas Pembantu dan Puskesmas Keliling

12. Laboratorium

- a. Pemeriksaan darah rutin.
- b. Pemeriksaan urine rutin.
- c. Pemeriksaan spesimen sputum.
- d. Pemeriksaan spesimen hansen.
- e. Pemeriksaan hematologi.
- f. Pemeriksaan kimia klinik.
- g. Pemeriksaan golongan darah.
- h. Pemeriksaan test kehamilan.
- i. Pemeriksaan kusta.
- j. Pencatatan dan pelaporan.

13. *Imunisasi*

- a. Pelayanan *Imunisasi* di Puskesmas.
- b. Pelayanan *Imunisasi* di Posyandu.
- c. *Swepping* campak / TT WUS (*Tetanus Toxoid* Wanita Usia Subur).
- d. Penyuluhan imunisasi lewat Posyandu (Pos Pelayanan Terpadu), PKK (Persatuan Keluarga Berencana).

- e. Pencatatan suhu *cold chain*.
- f. Pelaksanaan BIAS (Badan Imunisasi Anak Sekolah) dengan sasaran murid SD / MI.
- g. Pengambilan vaksin ke DKK / GFK (Gudang Farmasi Kabupaten).
- h. Pencatatan dan pelaporan.

14. Gizi

- a. Pendataan sasaran Posyandu tiap bulan Januari dan Juni.
- b. Melaksanakan PSG balita lewat Posyandu setiap bulan Juli.
- c. Melaksanakan survai PKG (Pemantauan Konsumsi Gizi) keluarga di desa setiap bulan Agustus.
- d. Melaksanakan survai dampak evaluasi program gizi dengan sasaran seluruh anggota keluarga sampel di desa pada bulan Juli / Agustus.
- e. Melaksanakan survai KADARZI (Keluarga Sadar Gizi).
- f. Distribusi kapsul vitamin A untuk bayi, balita, ibu nifas.
- g. Distribusi tablet tambah darah untuk remaja putri dan ibu hamil.
- h. Distribusi kapsul Yodium untuk anak sekolah dan WUS (Wanita Usia Subur) pada daerah endemik gondok.
- i. Pamantauan garam beryodium lewat murid SD / MI bulan Juli.
- i. Penyuluhan Gizi di Posyandu (Pos Pelayanan Terpadu), PKK (Persatuan Keluarga Berencana) dan Desa.

15. POSYANDU

- a. Melaksanakan kegiatan POSYANDU (Pos Pelayanan Terpadu), bekerjasama dengan PKK (Persatuan Keluarga Berencana) desa, kader Posyandu (Pos Pelayanan Terpadu), perangkat desa dan tokoh masyarakat.
- b. Sasaran Posyandu (Pos Pelayanan Terpadu) adalah : bayi, balita, ibu hamil, ibu menyusui, WUS (Wanita Usia Subur).
- c. Kegiatan Posyandu (Pos Pelayanan Terpadu) adalah : KIA (Kesehatan Ibu dan Anak), KB (Keluarga Berencana), Imunisasi, Gizi, Penanggulangan diare.

16. Pembinaan Lansia (Usia Lanjut)

- a. Pelayanan Posyandu Lansia.
- b. Pemeriksaan kesehatan Lansia.
- c. Pencatatan dan pelaporan.

17. Kesehatan Haji

- a. Pelayanan Haji (pemeriksaan laborat, administrasi dll).
- b. Pencatatan dan Pelaporan.

18. Perkesmas (Pemeriksaan Kesehatan Masyarakat)

- a. Kunjungan Keluarga Binaan.
- b. Kunjungan perawatan di rumah keluarga resiko tinggi.
- c. Melayani anggota keluarga miskin dengan resiko tinggi di Puskesmas.

19. Kesehatan Jiwa

- a. Pengawasan Pemakaian Narkoba.
- b. Pengobatan penderita dengan kriteria psikologis dan neorosis.

- c. Penanganan penderita jiwa.
- d. Rujukan ke Rumah Sakit Jiwa.

20. Kesehatan Lingkungan

- a. Pemeriksaan Tempat-tempat Umum.
- b. Penyelidikan *Epidemiologie*.
- c. Koordinator Kebersihan Lingkungan Puskesmas.
- d. Pemeriksaan Tempat Penjualan makanan.
- e. Pengambilan *sample* air.
- f. Pemeriksaan Perumahan.
- g. Pemeriksaan TP 3.
- h. Pemeriksaan Industri kecil.
- i. Pemeriksaan Sanitasi Sekolah.
- j. Penyuluhan Kesehatan Lingkungan.
- k. Konsultasi Kesehatan dan Lingkungan.
- l. Pencatatan dan Pelaporan.

21. Penyuluhan Kesehatan Masyarakat

- a. Advokasi tingkat Kecamatan.
- b. Advokasi tingkat Desa.
- c. Penyuluhan Tingkat Desa.
- d. Penyuluhan Perorangan.
- e. Penyuluhan Tingkat Kecamatan.
- f. Pembinaan Posyandu.
- g. Pembinaan Toga.

- h. Pembinaan POD.
 - i. Pembinaan UKBM (Upaya Kesehatan Berbasis Masyarakat).
 - j. Pembinaan UKK (Upaya Kesehatan Kerja).
 - k. Pembinaan Poskestren (Pos kesehatan Pesantren).
 - l. Pembinaan Desa Siaga.
 - m. PHBS Rumah Tangga.
 - n. PHBS Institusi Pendidikan.
 - o. PHBS Tempat Umum.
 - p. Pembentukan desa PHBS.
 - q. Pelayanan Konsultasi.
 - r. Pembinaan Batra.
 - s. Pencatatan dan Pelaporan.
22. Usaha Kesehatan Sekolah (UKS)
- a. Pembinaan Dokter Kecil.
 - b. Pembinaan sekolah Sehat.
 - c. Pembinaan Kader Kesehatan Remaja.
 - d. Pemeriksaan Kesehatan Siswa.
 - e. Pengukuran BB (Berat Badan), TB (Tinggi Badan) dan lingkaran lengan.
 - f. Merujuk siswa yang mempunyai masalah kesehatan.
23. Pembinaan Pengobatan Tradisional
- a. Pendataan Batra.
 - b. Mengadakan Penyuluhan.
 - c. Pembinaan Batra.

- d. Mengadakan Penelitian.
 - e. Pencatatan dan pelaporan.
24. Kesehatan Tenaga Kerja
- a. Pemeriksaan Kesehatan Pekerja.
 - b. Pemeriksaan Lingkungan Pekerja.
 - c. Pelayanan P3K dan rujukan.
 - d. Mengadakan Sosialisasi Kesehatan Tenaga Kerja.
 - e. Pencatatan dan Pelaporan.
25. Tata Usaha
- a. Membuat rujukan ASKES.
 - b. Membuat laporan Visum.
 - c. Membuat arsip Surat masuk dan Surat Keluar.
 - d. Membuat Buku usulan kenaikan pangkat, penjagaan pensiun, mutasi pegawai.
 - e. Membuat DUK (Daftar Urutan Kepangkatan).
 - f. Membuat DP3.
 - g. Membuat usulan surat cuti.
 - h. Mengkoordinasi Pegawai UPT Puskesmas.
 - i. Membuat laporan bulanan dan tribulan.
 - j. Membuat Laporan Kepegawaian.
26. Bendahara PUMK (Pemegang Uang Muka Kabupaten)/ Belanja Rutin
- a. Mengatasi kebutuhan uang sementara sebelum DASK (Dana Alokasi Sementara Kabupaten) turun.

- b. Pencatatan dalam penerimaan uang dari Bank.
 - c. Menyimpan uang belanja rutin.
 - d. Membukukan uang ke dalam buku kas umum dalam setiap pemeriksaan dan pengeluaran.
 - e. Mengendalikan anggaran belanja sesuai dengan kebutuhan.
 - f. Membuat SPJ (Surat Pertanggung Jawaban).
 - g. Membuat laporan SPJ (Surat Pertanggung Jawaban) ke DKK.
 - h. Membuat laporan setoran pajak dari sisa anggaran di akhir tahun pembukuan.
 - i. Membuat Rincian Rencana Penggunaan Anggaran Tahunan dan Bulanan.
 - j. Membuat dokumen Pelaksanaan Anggaran.
27. Bendahara Barang
- a. Membuat semua barang inventaris yang ada di UPT Puskesmas.
 - b. Membuat Buku Inventaris Barang, Buku Pengadaan Barang, Buku Penerimaan Barang, Buku Pengeluaran Barang, Buku Habis Pakai.
 - c. Membuat Kartu Inventaris Ruang.
 - d. Mengeluarkan barang sesuai dengan kebutuhan Puskesmas.
 - e. Pencatatan dan Pelaporan.
28. Bendahara Penerima
- a. Menerima dan mencatat semua setoran keuangan dari Puskesmas Induk, Puskesmas Pembantu Dan Puskesmas Keliling.
 - b. Menyetorkan penerimaan uang ke PKD (Pos kesehatan Desa).
 - c. Membuat laporan bulanan ke DKK.

29. *Cleaning Service*

- a. Membuka ruangan.
- b. Membersihkan ruangan.
- c. Menutup ruangan.
- d. Membersihkan lingkungan.

30. Tukang Kebun

- a. Membersihkan lingkungan UPT Puskesmas.
- b. Menyirami Taman.
- c. Menaikkan dan menurunkan Bendera.

31. Jaga Malam

- a. Menjaga keamanan UPT Puskesmas pada malam hari.
- b. Menghidupkan dan mematikan penerangan UPT Puskesmas.

4.2 Regulasi Yang Terkait Dengan Pelayanan Kesehatan Keluarga Miskin

Puskesmas Jekulo

4.2.1 Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 40 Tahun 2004 Tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional

Seperti yang tercantum dalam Pasal 1 Dalam Undang-Undang ini yang dimaksud dengan:

1. Jaminan sosial adalah salah satu bentuk perlindungan sosial untuk menjamin seluruh rakyat agar dapat memenuhi kebutuhan dasar hidupnya yang layak.
2. Sistem Jaminan Sosial Nasional adalah suatu tata cara penyelenggaraan program jaminan sosial oleh beberapa badan penyelenggaraan jaminan sosial.
3. Asuransi sosial adalah suatu mekanisme pengumpulan dana yang bersifat wajib yang berasal dari iuran guna memberikan perlindungan atas resiko sosial ekonomi yang menimpa peserta dan/atau anggota keluarganya.
4. Tabungan wajib adalah simpanan yang bersifat wajib bagi peserta program jaminan sosial.

5. Bantuan iuran adalah iuran yang dibayar oleh Pemerintah bagi fakir miskin dan orang mampu sebagai peserta program jaminan sosial.
6. Badan Penyelenggara Jaminan Sosial adalah badan hukum yang dibentuk untuk menyelenggarakan program jaminan sosial.
7. Dana Jaminan Sosial adalah dana amanat milik seluruh peserta yang merupakan himpunan iuran beserta hasil pengembangannya yang dikelola oleh Badan Penyelenggaraan Jaminan Sosial untuk pembayaran manfaat kepada peserta dan pembiayaan operasional penyelenggaraan program jaminan sosial.
8. Peserta adalah setiap orang, termasuk orang asing yang bekerja paling singkat 6 (enam) bulan di Indonesia, yang telah membayar iuran.
9. Manfaat adalah faedah jaminan sosial yang menjadi hak peserta dan/atau anggota keluarganya.
10. Iuran adalah sejumlah uang yang dibayar secara teratur oleh peserta, pemberi kerja, dan/atau Pemerintah.
11. Pekerja adalah setiap orang yang bekerja dengan menerima gaji, upah, atau imbalan dalam bentuk lain.
12. Pemberi kerja adalah orang perseorangan, pengusaha, badan hukum atau badan-badan lainnya yang mempekerjakan pegawai negeri dengan membayar gaji, upah atau imbalan dalam bentuk lainnya.
13. Gaji atau upah adalah hak pekerja yang diterima dan dinyatakan dalam bentuk uang sebagai imbalan dari pemberi kerja kepada pekerja ditetapkan dan dibayar menurut suatu perjanjian kerja, kesepakatan, atau peraturan perundang-undangan, termasuk tunjangan bagi pekerja dan keluarganya atas suatu pekerjaan dan/atau jasa yang telah atau akan dilakukan.
14. Kecelakaan kerja adalah kecelakaan yang terjadi dalam hubungan kerja, termasuk kecelakaan yang terjadi dalam perjalanan dari rumah menuju tempat kerja atau sebaliknya, dan penyakit yang disebabkan oleh lingkungan kerja.
15. Cacat adalah keadaan berkurangnya atau hilangnya fungsi tubuh atau hilangnya anggota badan yang secara langsung atau tidak langsung mengakibatkan berkurang atau hilangnya kemampuan pekerja untuk menjalankan pekerjaannya.
16. Cacat total tetap adalah cacat yang mengakibatkan ketidakmampuan seseorang untuk melakukan pekerjaan

4.2.2 Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan

Ketentuan yang tercantum dalam Pasal 2 dan Pasal 3 Undang- Undang Nomor 36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan yaitu :

Pembangunan kesehatan diselenggarakan dengan berasaskan perikemanusiaan, keseimbangan, manfaat, perlindungan, penghormatan terhadap hak dan kewajiban, keadilan, gender dan nondiskriminatif dan norma-norma agama (Pasal 2);

Pembangunan kesehatan bertujuan untuk meningkatkan kesadaran, kemauan, dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang agar terwujud derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya, sebagai investasi bagi pembangunan sumber daya manusia yang produktif secara sosial dan ekonomis (Pasal 3)

4.2.3 Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 25 Tahun 2009 Tentang Pelayanan Publik

Ketentuan yang tercantum dalam Pasal 2 sampai dengan Pasal 4 Undang- Undang Nomor 25 Tahun 2009 tentang Pelayanan Publik yaitu :

Menyebutkan bahwa Undang-Undang tentang pelayanan publik dimaksudkan untuk memberikan kepastian hukum dalam hubungan antara masyarakat dan penyelenggara dalam pelayanan publik (Pasal 2)

Sedangkan tujuan undang-undang tentang pelayanan publik adalah:

- a. Terwujudnya batasan dan hubungan yang jelas tentang hak, tanggung jawab, kewajiban, dan kewenangan seluruh pihak yang terkait dengan penyelenggaraan pelayanan publik;

- b. Terwujudnya sistem penyelenggaraan pelayanan publik yang layak sesuai dengan asas-asas umum pemerintahan dan korporasi yang baik;
- c. terpenuhinya penyelenggaraan pelayanan publik sesuai dengan peraturan perundang-undangan; dan
- d. terwujudnya perlindungan dan kepastian hukum bagi masyarakat dalam penyelenggaraan pelayanan publik (Pasal 3)

Penyelenggaraan pelayanan publik berasaskan :

- a. kepentingan umum;
- b. kepastian hukum;
- c. kesamaan hak;
- d. keseimbangan hak dan kewajiban;
- e. keprofesionalan;
- f. partisipatif;
- g. persamaan perlakuan/ tidak diskriminatif;
- h. keterbukaan;
- i. akuntabilitas;
- j. fasilitas dan perlakuan khusus bagi kelompok rentan;
- k. ketepatan waktu; dan
- l. kecepatan, kemudahan, dan keterjangkauan (Pasal 4)

4.2.4 Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 65 Tahun 2005 Tentang Pedoman Penyusunan dan Penerapan Standar Pelayanan Minimal

Ketentuan yang tercantum dalam Pasal 2 dan Pasal 3 Undang- Undang Nomor 65 Tahun 2005 Tentang Pedoman Penyusunan dan Penerapan Standar Pelayanan Minimal yaitu :

Pedoman Penyusunan dan Penerapan SPM menjadi acuan dalam penyusunan SPM oleh Menteri/Pimpinan Lembaga Pemerintah Non Departemen dan dalam penerapannya oleh Pemerintahan Provinsi dan Pemerintahan Kabupaten/Kota. Dan SPM disusun dan diterapkan dalam rangka penyelenggaraan urusan wajib Pemerintahan Daerah Provinsi dan Pemerintahan Daerah Kabupaten/kota yang berkaitan dengan pelayanan dasar sesuai dengan peraturan perundang-undangan (Pasal 2)

SPM disusun sebagai alat Pemerintah dan Pemerintahan Daerah untuk menjamin akses dan mutu pelayanan dasar kepada masyarakat secara merata dalam rangka penyelenggaraan urusan wajib. SPM ditetapkan oleh Pemerintah dan diberlakukan untuk seluruh Pemerintahan Daerah Propinsi dan Pemerintahan Daerah Kabupaten/Kota. Penerapan SPM oleh Pemerintahan Daerah merupakan bagian dari penyelenggaraan pelayanan dasar nasional. SPM bersifat sederhana, konkrit, mudah diukur, terbuka, terjangkau dan dapat dipertanggungjawabkan serta mempunyai batas waktu pencapaian. SPM disesuaikan dengan perkembangan kebutuhan, prioritas dan kemampuan keuangan nasional dan daerah serta kemampuan kelembagaan dan personil daerah dalam bidang yang bersangkutan (Pasal 3)

4.2.5 Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 38 Tahun 2007 Tentang Pembagian Urusan Pemerintahan Antara Pemerintah, Pemerintahan Daerah Provinsi, dan Pemerintahan Daerah Kabupaten/Kota

Ketentuan yang tercantum dalam Pasal 1 dan Pasal 2 Peraturan Pemerintah Nomor 38 Tahun 2007 Tentang Pembagian Urusan Pemerintahan antara Pemerintah, Pemerintah Daerah Provinsi, dan Pemerintah Daerah Kabupaten/Kota yaitu :

Pemerintah pusat, selanjutnya disebut Pemerintah, adalah Presiden Republik Indonesia yang memegang kekuasaan pemerintahan negara Republik Indonesia sebagaimana dimaksud dalam Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945. Pemerintahan daerah adalah penyelenggaraan urusan pemerintahan oleh pemerintah daerah dan DPRD menurut asas otonomi dan tugas pembantuan dengan prinsip otonomi seluas-luasnya dalam sistem dan prinsip Negara Kesatuan Republik Indonesia sebagaimana dimaksud dalam Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945. Daerah otonom, selanjutnya disebut daerah, adalah kesatuan masyarakat hukum yang mempunyai batas-batas wilayah yang berwenang mengatur dan mengurus urusan pemerintahan dan kepentingan masyarakat setempat menurut prakarsa sendiri berdasarkan aspirasi masyarakat dalam sistem Negara Kesatuan Republik Indonesia. Otonomi daerah adalah hak, wewenang, dan kewajiban daerah otonom untuk mengatur dan mengurus sendiri urusan pemerintahan dan kepentingan masyarakat setempat sesuai dengan peraturan perundang-undangan. Urusan pemerintahan adalah fungsi-fungsi pemerintahan yang menjadi hak dan kewajiban setiap tingkatan dan/atau susunan pemerintahan untuk mengatur dan mengurus

fungsi-fungsi tersebut yang menjadi kewenangannya dalam rangka melindungi, melayani, memberdayakan, dan menyejahterakan masyarakat. Kebijakan nasional adalah serangkaian aturan yang dapat berupa norma, standar, prosedur dan/atau kriteria yang ditetapkan Pemerintah sebagai pedoman penyelenggaraan urusan pemerintahan (Pasal 1)

Urusan pemerintahan terdiri atas urusan pemerintahan yang sepenuhnya menjadi kewenangan Pemerintah dan urusan pemerintahan yang dibagi bersama antar tingkatan dan/atau susunan pemerintahan. Urusan pemerintahan yang menjadi kewenangan Pemerintah sebagaimana dimaksud pada ayat (1) meliputi politik luar negeri, pertahanan, keamanan, yustisi, moneter dan fiskal nasional, serta agama. Urusan pemerintahan yang dibagi bersama antar tingkatan dan/atau susunan pemerintahan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) adalah semua urusan pemerintahan di luar urusan sebagaimana dimaksud pada ayat (2). Urusan pemerintahan sebagaimana dimaksud pada ayat (3) terdiri atas 31 (tiga puluh satu) bidang urusan pemerintahan meliputi:

- a. pendidikan;
- b. kesehatan;
- c. pekerjaan umum;
- d. perumahan;
- e. penataan ruang;
- f. perencanaan pembangunan;
- g. perhubungan;
- h. lingkungan hidup;

- i. pertanahan;
- j. kependudukan dan catatan sipil;
- k. pemberdayaan perempuan dan perlindungan anak;
- l. keluarga berencana dan keluarga sejahtera;
- m. sosial;
- n. ketenagakerjaan dan transmigrasi;
- o. koperasi dan usaha kecil dan menengah;
- p. penanaman modal;
- q. kebudayaan dan pariwisata;
- r. kepemudaan dan olah raga;
- s. kesatuan bangsa dan politik dalam negeri;
- t. otonomi daerah, pemerintahan umum, administrasi keuangan daerah, perangkat daerah, kepegawaian, dan persandian;
- u. pemberdayaan masyarakat dan desa;
- v. statistik;
- w. kearsipan;
- x. perpustakaan;
- y. komunikasi dan informatika;
- z. pertanian dan ketahanan pangan;
- aa. kehutanan;
- bb. energi dan sumber daya mineral;
- cc. kelautan dan perikanan;
- dd. perdagangan; dan

ee. perindustrian.

Setiap bidang urusan pemerintahan sebagaimana dimaksud pada ayat (4) terdiri dari sub bidang, dan setiap sub bidang terdiri dari sub sub bidang. Rincian ketigapuluh satu bidang urusan pemerintahan sebagaimana dimaksud pada ayat (4) tercantum dalam lampiran yang tidak terpisahkan dari Peraturan Pemerintah ini (Pasal 2)

4.2.6 Peraturan Daerah Kabupaten Kudus Nomor 11 Tahun 2004 Tentang Retribusi Izin Pelayanan Bidang Kesehatan

Ketentuan yang tercantum dalam Pasal 2 dan Pasal 3 Peraturan Daerah Kudus Nomor 11 Tahun 2004 Tentang Retribusi Izin Pelayanan Bidang Kesehatan yaitu :

Setiap orang pribadi atau badan yang menyelenggarakan atau melaksanakan pelayanan bidang kesehatan wajib memiliki izin praktek, izin kerja dan atau izin usaha. Izin praktek sebagaimana dimaksud ayat (1) terdiri dari :

- a. Izin praktek dokter spesialis dan dokter gigi spesialis;
- b. Izin praktek dokter umum dan dokter gigi ;
- c. Izin praktek sementara dokter umum dan dokter gigi ;
- d. Izin praktek Bidan;
- e. Izin praktek Perawat ;
- f. Izin praktek Fisioterapi ;
- g. Izin praktek Akupunkturis ;

Izin kerja sebagaimana dimaksud ayat (1) terdiri dari :

- a. Izin kerja Perawat dan Perawat Gigi;
- b. Izin kerja Apoteker;

- c. Izin kerja Apoteker Pengganti;
- d. Izin kerja Apoteker Pendamping;
- e. Izin kerja Asisten Apoteker;
- f. Izin kerja Refraksionis Optisien;

Izin usaha sebagaimana dimaksud ayat (1) terdiri dari :

- a. Izin usaha Rumah Sakit Umum, meliputi :

- 1) Izin usaha Rumah Sakit Umum Pratama ;
- 2) Izin usaha Rumah Sakit Umum Madya ;
- 3) Izin usaha Rumah Sakit Umum Utama ;

- b. Izin usaha Rumah Bersalin;

- c. Izin usaha Balai Pengobatan;

- d. Izin usaha praktek berkelompok, meliputi :

- 1) Izin usaha praktek berkelompok dokter umum ;
- 2) Izin usaha praktek berkelompok dokter gigi;
- 3) Izin usaha praktek berkelompok dokter spesialis;
- 4) Izin usaha praktek berkelompok dokter umum, dokter gigi, dokter spesialis dan atau dokter gigi spesialis;
- 5) Izin usaha praktek berkelompok fisioterapi ;
- 6) Izin usaha praktek berkelompok perawat ;
- 7) Izin usaha praktek berkelompok akupunkturis ;

- e. Izin usaha Apotek;

- f. Izin usaha Toko Obat;

- g. Izin usaha Optik ;

- h. Izin usaha Laboratorium Klinik Swasta, meliputi :
 - 1) Izin usaha Laboratorium Klinik Swasta Pratama ;
 - 2) Izin usaha Laboratorium Klinik Swasta Utama ;
- i. Izin usaha Klinik Penunjang Medik;
- j. Izin usaha Praktek Fisioterapi;
- k. Izin usaha Penyehatan Jasa Boga (Pasal 2)

Izin praktek, izin kerja dan atau izin usaha sebagaimana dimaksud Pasal 2 berlaku selama orang pribadi atau badan masih menjalankan kegiatan praktek/kerja atau usaha di bidang pelayanan kesehatan dan wajib melakukan daftar ulang setiap 5 (lima) tahun sekali (Pasal 3)

4.2.7 Peraturan Bupati Nomor 3 tahun 2009 tentang Organisasi dan Tata Kerja unit Pelaksana Teknis pada Dinas Daerah Kabupaten Kudus

Ketentuan yang tercantum dalam Pasal 10 Peraturan Bupati Nomor 3 Tahun 2009 Tentang Organisasi dan Tata Kerja unit Pelaksana Teknis pada Dinas Daerah Kabupaten Kudus yaitu :

Susunan Organisasi Puskesmas terdiri dari :

- a. Kepala Puskesmas
Kepala Puskesmas mempunyai tugas melaksanakan sebagian tugas Dinas Kesehatan di bidang pelayanan kesehatan dasar kepada masyarakat
- b. Subbagian Tata Usaha; dan
Subbagian Tata Usaha mempunyai tugas melaksanakan penyiapan bahan perumusan kebijakan, koorsinasi, pembinaan, dan pengendalian di bidang perencanaan, monitoring, evaluasi, keuangan, umum dan kepegawaian Puskesmas.
- c. Kelompok Jabatan Fungsional
Kelompok Jabatan Fungsional mempunyai tugas sesuai dengan jabatan Fungsional masing-masing berdasarkan peraturan perundang-undangan yang berlaku dalam menunjang tugas Puskesmas.

(Peraturan Bupati nomor 3 tahun 2009 tentang Organisasi dan Tata Kerja unit Pelaksana Teknis Pada Dinas Daerah Kabupaten Kudus Pasal 10 ayat 1)

4.2.8 Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 316/MENKES/SK/V/2009 tentang Pedoman Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Masyarakat tahun 2009

Ketentuan yang tercantum dalam Konsideran Mengingat Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 316/MENKES/SK/V/2009 tentang Pedoman Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Masyarakat tahun 2009 yaitu :

Mengatakan bahwa dalam rangka meningkatkan derajat kesehatan khususnya masyarakat miskin, telah diselenggarakan Program Pelayanan Kesehatan (Jamkesmas). Bahwa dalam rangka melanjutkan program dan untuk meningkatkan mutu penyelenggaraan, dipandang perlu melakukan penyempurnaan terhadap Pedoman Pelaksanaan Jaminan Kesehatan Masyarakat yang telah ditetapkan dengan Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 125/MENKES/SK/II/2008. Bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud pada huruf a dan b perlu menetapkan kembali Keputusan Menteri Kesehatan tentang Pedoman Pelaksanaan Jaminan Kesehatan Masyarakat Tahun 2009;

4.2.9 Peraturan Bupati Kudus Nomor 32 Tahun 2010 tentang Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan Daerah Kabupaten Kudus

Ketentuan yang tercantum dalam Konsideran Mengingat Peraturan Bupati Kudus Nomor 32 Tahun 2010 tentang Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan Daerah Kabupaten Kudus yaitu :

Megatakan bahwa dalam rangka memberikan pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin diluar kuota Jaminan Kesehatan, Pemerintah Kabupaten Kudus menyelenggarakan Program Jaminan Kesehatan Daerah (Jamkesda). Bahwa guna kelancaran pelaksanaan program dimaksud, perlu mengatur penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan Daerah Kabupaten Kudus. Bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud dalam huruf a dan b, perlu menetapkan Peraturan Bupati.

4.2.10 Keputusan Bupati Kudus Nomor 440/303/2010 Tentang Penetapan Peserta Program Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas) Di Kabupaten Kudus Tahun 2011

Ketentuan yang tercantum dalam Konsideran Mengingat Keputusan Bupati Kudus Nomor 440/303/2010 tentang Penetapan Peserta Program Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas) Di Kabupaten Kudus Tahun 2011 yaitu :

Menyatakan bahwa dalam rangka kelancaran pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas) di Kabupaten Kudus dan guna Ketetapan sasaran masyarakat penerima program jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas) di Kabupaten Kudus Tahun 2011. Bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud huruf a, perlu menetapkan Keputusan Bupati.

Regulasi Pelayanan Kesehatan adalah upaya publik untuk memberikan pengaruh secara langsung atau tidak langsung terhadap perilaku dan fungsi organisasi maupun perorangan yang menyediakan pelayanan kesehatan (Hafez dalam Tjahjono, 1997 : 96).

Pusat Kesehatan Masyarakat, disingkat Puskesmas adalah Organisasi fungsional yang menyelenggarakan upaya kesehatan yang bersifat menyeluruh, terpadu, merata, dapat diterima dan terjangkau oleh masyarakat, dengan peran serta aktif masyarakat dan menggunakan hasil pengembangan ilmu pengetahuan dan teknologi tepat guna, dengan biaya yang dapat dipikul oleh pemerintah dan masyarakat. Upaya kesehatan tersebut diselenggarakan dengan menitikberatkan kepada pelayanan untuk masyarakat luas guna mencapai derajat kesehatan yang optimal, tanpa mengabaikan mutu pelayanan kepada perorangan.

(http://id.wikipedia.org/wiki/Pusat_Kesehatan_Masyarakat, accessed 23 november 2010, 13 : 34)

Menurut Pasal 2 ayat 1 Peraturan Daerah Kabupaten Kudus Nomor 11 Tahun 2004 Tentang Retribusi Izin Pelayanan Bidang Kesehatan disebutkan bahwa: Setiap orang pribadi atau badan yang menyelenggarakan atau melaksanakan pelayanan bidang kesehatan wajib memiliki izin praktek, izin kerja dan atau izin usaha.

Berdasarkan ketentuan tersebut maka menurut kepala UPT Puskesmas Jekulo drg. Renny L, UPT Puskesmas Jekulo berdiri atas Peraturan Daerah Kabupaten Kudus Nomor 11 Tahun 2004 Tentang Retribusi Izin Pelayanan Bidang Kesehatan. (wawancara tanggal 14 Juli 2011 Pukul 10.30 WIB)

Sedangkan menurut Suko,S.H,MM Kasubbag umum dan kepegawaian Dinas Kesehatan mengatakan bahwa Puskesmas dapat terlaksana apabila tersusun organisasi dan tata kerja yang diatur dalam Peraturan Bupati nomor 3 tahun 2009 tentang Organisasi dan Tata Kerja unit Pelaksana Teknis pada Dinas Daerah Kabupaten Kudus, yaitu Pasal 10 ayat 1 Susunan Organisasi Puskesmas terdiri dari :

a. Kepala Puskesmas

Kepala Puskesmas mempunyai tugas melaksanakan sebagian tugas Dinas Kesehatan di bidang pelayanan kesehatan dasar kepada masyarakat

b. Subbagian Tata Usaha; dan

Subbagian Tata Usaha mempunyai tugas melaksanakan penyiapan bahan perumusan kebijakan, koorsinasi, pembinaan, dan pengendalian di bidang perencanaan, monitoring, evaluasi, keuangan, umum dan kepegawaian Puskesmas.

c. Kelompok Jabatan Fungsional

Kelompok Jabatan Fungsional mempunyai tugas sesuai dengan jabatan Fungsional masing-masing berdasarkan peraturan perundang-undangan yang berlaku dalam menunjang tugas Puskesmas.

(wawancara tanggal 18 Juli 2011 Pukul 11.00 WIB)

Hasil wawancara diatas dari pendirian dan Organisasi dan Tata Kerja unit Pelaksana Teknis Pada Dinas Daerah Kabupaten Kudus Puskesmas diatur dalam Pasal 2 ayat 1 Peraturan Daerah Kabupaten Kudus Nomor 11 Tahun 2004 Tentang Retribusi Izin Pelayanan Bidang Kesehatan. Dan Pasal 10 ayat 1 Peraturan Bupati nomor 3 tahun 2009 tentang Organisasi dan Tata Kerja unit Pelaksana Teknis Pada Dinas Daerah Kabupaten Kudus.

Dalam pelayanan kesehatan Program Jamkesmas dan Jamkesda di Puskesmas Jekulo antara lain adalah jenis kegiatan yang diutamakan adalah pada upaya pelayanan kesehatan perorangan yang berupa rawat jalan, rawat inap bagi peserta Jamkesmas dan Jamkesda, di samping upaya pelayanan kesehatan masyarakat yang terbatas juga upaya pencegahan yang bersifat sekunder yaitu diagnosis awal kemungkinan berkembangnya suatu penyakit (*early diagnostic*) dan tindakan yang tepat untuk mengurangi faktor resiko ancaman penyakit tersebut terhadap masyarakat (*prompt treatment*) melalui berbagai upaya pelayanan kesehatan baik di dalam gedung maupun luar gedung. Penyelenggaraan pelayanan kesehatan program Jamkesmas dan Jamkesda mencakup semua kelompok umur, semua jenis pelayanan kesehatan dasar yang tersedia di Puskesmas dan jaringannya, dengan standar yang sama bagi setiap masyarakat sesuai indikasi medis.

Drg. Renny L kepala UPT Puskesmas Jekulo menyatakan bahwa jaminan yang terfokus terhadap keluarga miskin, yaitu Jamkesmas dengan Jamkesda, dasar hukum dari Jamkesmas yaitu Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 316/MENKES/SK/V/2009 tentang Pedoman Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Masyarakat tahun 2009 dan dasar hukum dari Jamkesda yaitu Peraturan Bupati Kudus Nomor 32 Tahun 2010 tentang Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan Daerah Kabupaten Kudus. Dari jaminan tersebut sangat membantu masyarakat miskin (wawancara tanggal 14 Juli 2011 Pukul 10.30 WIB)

Sedangkan menurut Mustianik,S.E Kasi Pembiayaan Kesehatan Dinas Kesehatan tentang Jaminan yang terfokus terhadap keluarga miskin, yaitu Jamkesmas dan Jamkesda. Kedua program tersebut merupakan jaminan dari pemerintah pusat dan pemerintah daerah. Dasar hukum Jamkesmas yaitu Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 316/MENKES/SK/V/2009 tentang Pedoman Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Masyarakat tahun 2009 dan dasar hukum Jamkesda yaitu Peraturan Bupati Kudus Nomor 32 Tahun 2010 tentang Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan Daerah Kabupaten Kudus (wawancara tanggal 18 Juli 2011 Pukul 11.30 WIB)

Berdasarkan dari wawancara diatas dasar hukum dari Jamkesmas dan Jamkesda adalah dasar hukum Jamkesmas yaitu Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 316/MENKES/SK/V/2009 tentang Pedoman Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Masyarakat tahun 2009 dan dasar hukum Jamkesda yaitu Peraturan Bupati Kudus Nomor 32 Tahun 2010 tentang Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan Daerah Kabupaten Kudus.

4.2.11 Pembahasan

Berdasarkan dari hasil penelitian dapat diketahui bahwa dari Regulasi Yang Terkait Dengan Pelayanan Kesehatan Keluarga Miskin adalah Berbagai upaya telah dilakukan oleh Pemerintah dalam memenuhi hak setiap warga negara untuk mendapatkan pelayanan kesehatan yang layak. Untuk menjamin akses

masyarakat miskin terhadap pelayanan kesehatan. Pemerintah melaksanakan berbagai upaya untuk pemeliharaan kesehatan masyarakat miskin.

Berdasarkan pelayanan kesehatan dan upaya untuk mewujudkan sistem pembiayaan yang efektif dan efisien masih perlu diterapkan mekanisme jaminan kesehatan yang berbasis asuransi sosial. Penyelenggaraan program ini melibatkan beberapa pihak yaitu Pemerintah Pusat (Departemen Kesehatan), Pemerintah Daerah, Pengelola Jaminan Kesehatan, dan Pemberi Pelayanan Kesehatan (PPK) yaitu Puskesmas memiliki peran dan fungsi yaitu mewujudkan pelayanan kesehatan dengan biaya dan mutu yang terkendali.

Peraturan Pemerintah Nomor 38 tahun 2007 tentang Pembagian Urusan Pemerintahan Antara Pemerintah, Pemerintahan Daerah Provinsi, Dan Pemerintahan Daerah Kabupaten Kota, dalam lampiran Peraturan Pemerintah tersebut pada huruf B tentang pembagian urusan Pemerintahan Bidang Kesehatan dalam sub.

Dengan pertimbangan pengendalian biaya pelayanan kesehatan, peningkatan mutu, transparansi dan akuntabilitas, serta mengingat keterbatasan pendanaan. Selain itu mulai di berlakukannya Tarif Paket Pelayanan Kesehatan bagi Masyarakat Miskin di Puskesmas dengan nama program Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas). Peserta Jamkesmas telah dibagi dalam bentuk Kuota disetiap Kabupaten/Kota dan masih banyak masyarakat miskin di Kabupaten/Kota yang tidak masuk/menjadi peserta Jamkesmas sementara kebijakan Jamkesmas adalah bagi masyarakat miskin diluar Kuota yang ditetapkan maka menjadi tanggung jawab Pemerintah Daerah.

Apabila masih terdapat masyarakat miskin yang tidak terdapat dalam kuota Jamkesmas, pembiayaan kesehatannya menjadi tanggung jawab Pemerintah Daerah, maka masyarakat miskin di luar kuota Jamkesmas pelayanan kesehatannya ditanggung oleh Pemerintah Daerah dengan nama Jaminan Kesehatan Daerah (Jamkesda).

4.3 Peran Puskesmas Jekulo Dalam Pelayanan Kesehatan Keluarga Miskin Di Kecamatan Jekulo Kabupaten Kudus

4.3.5 Bentuk-bentuk Pelayanan Jamkesmas dan Jamkesda di Puskesmas Jekulo

4.3.1.1 Fasilitas Pelayanan Jamkesmas antara lain:

- a. Pelayanan rawat jalan lanjutan (spesialistik) di Puskesmas atau Rumah Sakit.
- b. Pelayanan Rawat Inap kelas III di Rumah Sakit.
- c. Pelayanan Persalinan
- d. Pelayanan obat-obatan.
- e. Pelayanan rujukan spesimen dan penunjang *diagnostic*.

4.3.1.2 Fasilitas Pelayanan Jamkesda antara lain:

- a. Pelayanan tindakan rawat jalan tingkat 1 di Puskesmas dan jaringannya;
- b. Pelayanan rawat inap tingkat 1 di Puskesmas;
- c. Pelayanan Persalinan oleh tenaga kesehatan di Puskesmas dan jaringannya;
- d. Pelayanan rawat jalan maupun rawat inap tingkat lanjut di Rumah Sakit dengan hak akomodasi kelas III;

- e. Pelayanan *haemodialisa* (cuci darah) dapat dilaksanakan di Rumah Sakit Islam Sunan Kudus setelah mendapatkan rujukan dari Rumah Sakit Umum Daerah.

4.3.1.3 Jenis Pelayanan yang tidak dijamin oleh Jamkesmas dan Jemkesda yaitu

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

4.3.6 Indikator Keluarga Miskin

Indikator keluarga miskin diantaranya adalah pada kelangsungan kebutuhan dasarnya yang belum terpenuhi baik sandang, pangan, maupun papan. Berdasarkan tahapan tipe keluarga dibagi menjadi lima tahap yaitu:

- a. Keluarga Pra Sejahtera

Keluarga Pra Sejahtera adalah keluarga yang belum dapat memenuhi kebutuhan dasar secara minimal seperti kebutuhan pendidikan,

agama, pangan, sandang, dan kesehatan. Indikator keluarga pra sejahtera yaitu:

1. Melaksanakan ibadah menurut agama oleh masing-masing anggota keluarga.
2. Pada umumnya seluruh anggota keluarga makan dua kali sehari atau lebih.
3. Pada umumnya seluruh anggota keluarga belum memiliki pakaian yang berbeda untuk di rumah atau sekolah.
4. Bagian yang terluas dari rumah masih berupa tanah dan papan.
5. Bila anak sakit tidak di bawa ke sarana atau petugas kesehatan, tetapi diberi pengobatan secara tradisional

b. Keluarga Sejahtera I

Keluarga Sejahtera I adalah keluarga yang telah dapat memenuhi kebutuhan dasar secara minimal, tetapi belum dapat memenuhi keseluruhan kebutuhan sosial psikologinya, yaitu kebutuhan pendidikan, KB. Interaksi dalam keluarga, interaksi dengan lingkungan tempat tinggal dan transportasi. Indikator keluarga sejahtera I yaitu:

1. Melaksanakan ibadah menurut agama masing-masing yang dianut.
2. Makan dua kali sehari atau lebih.
3. Pakaian yang berbeda untuk berbagai keperluan.
4. Lantai rumah bukan dari tanah.
5. Kesehatan (bila ada keluarga yang sakit dibawa ke petugas kesehatan).

c. Keluarga Sejahtera II

Keluarga Sejahtera II adalah keluarga yang telah dapat memenuhi kebutuhan dasar secara minimal serta telah memenuhi seluruh kebutuhan sosial psikologinya, tetapi belum dapat memenuhi kebutuhan pengembangan seperti kebutuhan untuk menabung dan memperoleh informasi. Indikator keluarga sejahtera II yaitu:

1. Indikator Keluarga Sejahtera I.
 2. Anggota keluarga melaksanakan ibadah secara teratur menurut agama masing-masing yang dianut, makan daging/telur/ikan sebagai lauk pauk paling kurang sekali dalam seminggu.
 3. Memperoleh pakaian baru dalam satu tahun terakhir.
 4. Luas lantai tiap penghuni rumah 8m² perorangan.
 5. Anggota keluarga sehat dalam tiga bulan terakhir sehingga dapat melaksanakan fungsi masing-masing.
 6. Keluarga yang berumur 15 tahun keatas mempunyai penghasilan tetap.
 7. Bisa membaca tulis bagi seluruh anggota keluarga dewasa yang berumur 10 sampai 60 tahun.
 8. Anak usia sekolah (7-15) bersekolah.
 9. Anak hidup dua atau lebih, saat ini memakai kontrasepsi.
- d. Keluarga Sejahtera III

Keluarga Sejahtera III adalah keluarga yang telah dapat seluruh dasar, kebutuhan sosial psikologi dan kebutuhan pengembangan, tetapi belum dapat memberikan sumbangan (kontribusi) yang maksimal terhadap masyarakat secara teratur (dalam waktu tertentu) dalam bentuk material

dan keuangan untuk sosial kemasyarakatan, juga berperan secara aktif dengan menjadi pengurus lembaga kemasyarakatan atau yayasan sosial, keagamaan, kesenian, olah raga, dan pendidikan, dan sebagainya.

Indikator Keluarga Miskin Sejahtera III yaitu:

1. Indikator Keluarga Sejahtera II ditambah.
2. Upaya keluarga untuk meningkatkan/menambah pengetahuan agama.
3. Keluarga mempunyai tabungan.
4. Makan bersama paling kurang sekali sehari.
5. Ikut serta dalam kegiatan masyarakat.
6. Rekreasi bersama/penyegaran paling kurang 6 bulan.
7. Memperoleh berita dari surat kabar, radio, TV, dan majalah, anggota keluarga mampu menggunakan sarana transportasi.

e. Keluarga Sejahtera III Plus

Keluarga Sejahtera III Plus adalah keluarga yang telah memenuhi seluruh kebutuhannya baik bersifat dasar, sosial psikologis, maupun pembangunan, serta telah mampu memberikan sumbangan yang nyata dan berkelanjutan bagi masyarakat. Indikator Keluarga Sejahtera III Plus yaitu:

1. Indikator Keluarga Sejahtera III ditambah.
2. Memberikan sumbangan secara teratur (waktu tertentu) dan suka rela dalam bentuk material masyarakat.
3. Aktif sebagai pengurus yayasan/partai.

Berdasarkan kelima tahapan keluarga tersebut, yang termasuk indikator keluarga miskin adalah keluarga pra sejahtera dan keluarga sejahtera I. BKKBN menetapkan sembilan indikator keluarga miskin:

- 1) Tidak dapat makan dua kali atau lebih.
- 2) Tidak bisa menyediakan daging/ikan/telur sebagai lauk pauk paling kurang 1 minggu sekali.
- 3) Tidak memiliki pakaian yang berbeda untuk setiap aktifitas.
- 4) Tidak biasa memperoleh pakaian baru minimal satu setel setahun sekali.
- 5) Bagian terluas lantai rumah dari tanah.
- 6) Luas tanah rumah kurang dari 8m² untuk setiap penghuni rumah.
- 7) Tidak ada anggota keluarga keluarga berusia 15 tahun mempunyai penghasilan tetap.
- 8) Bila anak sakit/keluarga sakit tidak bisa ke fasilitas kesehatan.
- 9) Anak berusia 7-15 tahun tidak bersekolah.

4.3.7 Mutu Pelayanan Jamkesmas dan Jamkesda di Puskesmas Jekulo

4.3.3.1 Standar Persyaratan Mutu

4.3.3.1.1 Standar Persyaratan Minimal

Standar persyaratan minimal menunjuk pada keadaan minimal yang harus dipenuhi untuk dapat menjamin terselenggaranya pelayanan kesehatan bermutu. Standar persyaratan minimal ini dibedakan atas tiga macam yakni :

1. Standar Masukan

Dalam standar masukan ditetapkan persyaratan minimal unsur masukan yang diperlukan untuk dapat menyelenggarakan pelayanan kesehatan yang bermutu, yakni jenis, jumlah dan kualifikasi tenaga pelaksana, jenis, jumlah dan spesifikasi sarana, serta jumlah dana (modal).

2. Standar Lingkungan

Dalam standar lingkungan ditetapkan persyaratan minimal unsur lingkungan untuk dapat menyelenggarakan pelayanan kesehatan bermutu, yakni garis-garis besar kebijakan, pola organisasi serta sistem manajemen yang harus dipatuhi oleh setiap pelaksana pelayanan kesehatan.

3. Standar Proses

Dalam standar proses ditetapkan persyaratan minimal unsur yang harus dilakukan untuk dapat menyelenggarakan pelayanan kesehatan yang bermutu, yakni tindakan medis dan tindakan non medis pelayanan kesehatan.

4.3.3.1.2 Standar Penampilan Minimal

Yang dimaksud standar penampilan di sini adalah yang menunjuk pada penampilan pelayanan kesehatan yang masih dapat diterima. Standar ini, karena menunjuk pada unsur keluaran, disebut dengan nama standar keluaran, atau populer dengan sebutan standar penampilan (*standart of performance*)”

4.3.3.2 Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan

Standar Pelayanan Minimal (SPM) adalah ketentuan tentang jenis dan mutu pelayanan dasar yang merupakan urusan wajib daerah yang berhak

diperoleh setiap warga Negara secara minimal. Dalam penerapan SPM harus menjamin akses masyarakat untuk mendapatkan pelayanan dasar dari Pemerintah Daerah sesuai dengan ukuran-ukuran yang ditetapkan oleh Pemerintah. Oleh karena itu dalam perencanaan maupun penganggaran, wajib diperhatikan prinsip-prinsip SPM yaitu sederhana, konkrit, mudah diukur, terbuka, terjangkau dan dapat dipertanggungjawabkan serta mempunyai batas pencapaian yang dapat diselenggarakan secara bertahap. Dari pengertian diatas jelas bahwa SPM harus dapat digunakan untuk mengevaluasi kinerja pelayanan dan memungkinkan dilakukan pengukuran terhadap perubahan-perubahan yang terjadi dari waktu ke waktu. Oleh karena itu dalam pencapaian SPM untuk jangka waktu tertentu perlu ditetapkan batas awal minimal (*Minimum Service Baselines*) dan target pelayanan yang akan dicapai (*Minimum Service Baselines*).

Mutu pelayanan kesehatan sangat menentukan kepuasan pasien, sehingga Puskesmas harus selalu berupaya memenuhi harapan pasien. Pasien baru akan merasa puas apabila kinerja pelayanan kesehatan yang diperolehnya sama atau melebihi dari apa yang menjadi harapannya dan sebaliknya ketidakpuasan akan timbul atau perasaan kecewa pasien akan terjadi apabila kinerja pelayanan yang diperolehnya tidak sesuai dengan harapannya (Pohan, 2003:178).

Keberadaan Puskesmas Jekulo sebagai lembaga kesehatan yang telah berdiri pada tahun 1978 mempunyai peranan penting dan fungsi yang sangat besar dalam memperbaiki kondisi kesehatan masyarakat di wilayah kerjanya terutama kesehatan keluarga miskin di wilayah Kecamatan Jekulo dalam bentuk pelayanan kesehatan secara menyeluruh dan terpadu. Sebagai lembaga yang memiliki peranan penting dalam masyarakat, Puskesmas Jekulo memiliki kewajiban untuk memenuhi kebutuhan pelayanan kesehatan sesuai dengan apa yang diharapkan

oleh keluarga miskin di wilayah Kecamatan Jekulo dalam upaya untuk meningkatkan kesehatan. Sesuai pendapat David Berry bahwa dalam “peranan terdapat kewajiban-kewajiban yang harus dilaksanakan pemegang peran untuk memenuhi harapan-harapan dari masyarakat terdapat pemegang peran” (Berry, 2003 : 105-107).

Kewajiban Puskesmas Jekulo terhadap keluarga miskin di wilayah Kecamatan Jekulo yaitu memberikan pelayanan kesehatan dengan optimal serta mengupayakan untuk meningkatkan kesehatan keluarga miskin yang masih rendah. Upaya-upaya pelayanan kesehatan yang dilakukan Puskesmas Jekulo terhadap keluarga miskin meliputi upaya-upaya pelayanan yang bertujuan untuk memperbaiki kondisi kesehatan keluarga miskin tanpa harus membebani dengan biaya perawatan dan pengobatan. Upaya tersebut diklasifikasikan menjadi dua yaitu upaya pelayanan kesehatan di Puskesmas melalui program Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas) atau Jaminan Kesehatan Daerah (Jamkesda) dan upaya pelayanan kunjungan rumah yang meliputi penyuluhan dan pemeliharaan KIA, peningkatan gizi, serta penyuluhan kesehatan lingkungan. Adapun masyarakat yang berhak mendapatkan Jamkesmas dan Jamkesda yaitu keluarga pra sejahtera dan keluarga sejahtera I. Berdasarkan BKKBN yang telah menetapkan sembilan indikator keluarga miskin:

- 1) Tidak dapat makan dua kali atau lebih.
- 2) Tidak bisa menyediakan daging/ikan/telur sebagai lauk pauk paling kurang 1 minggu sekali.
- 3) Tidak memiliki pakaian yang berbeda untuk setiap aktifitas.

- 4) Tidak biasa memperoleh pakaian baru minimal satu setel setahun sekali.
- 5) Bagian terluas lantai rumah dari tanah.
- 6) Luas tanah rumah kurang dari 8m² untuk setiap penghuni rumah.
- 7) Tidak ada anggota keluarga keluarga berusia 15 tahun mempunyai penghasilan tetap.
- 8) Bila anak sakit/keluarga sakit tidak bisa ke fasilitas kesehatan.
- 9) Anak berusia 7-15 tahun tidak bersekolah.

Hasil wawancara dengan kepala UPT Puskesmas Jekulo, pegawai Dinas Kesehatan, tokoh masyarakat dan pasien Puskesmas Jekulo tentang mutu pelayanan Puskesmas Jekulo apakah perlu ditingkatkan.

“Drg. Renny L kepala UPT Puskesmas Jekulo menyatakan bahwa mutu pelayanan perawatan terhadap masyarakat perlu ditingkatkan, supaya pelayanan kita ini bisa mengakomodir kebutuhan masyarakat, agar masyarakat kita tercapai kepuasan” (wawancara tanggal 14 Juli 2011 Pukul 10.30 WIB).

Sedangkan menurut Suko, S.H.,MM Kasubbag Umum dan Kepegawaian Dinas Kesehatan mutu pelayanan perawatan Puskesmas Jekulo perlu ditingkatkan, karena mutu pelayanan terhadap masyarakat merupakan kewajiban dari tiap-tiap Puskesmas, agar pelayanan terhadap masyarakat merasa terpuaskan (wawancara 18 Juli 2011 Pukul 11.00 WIB)

Hal serupa dikemukakan Mustofa salah satu tokoh masyarakat, Mutu pelayanan perawatan Puskesmas Jekulo menurut saya sudah cukup baik, apabila masyarakat lebih terlayani dengan baik lagi, maka tenaga kerjanya diperbanyak lagi. Agar dalam menunggu nomor antrian tidak terlalu lama (wawancara tanggal 29 Juli 2011 Pukul 19.30 WIB)

Wawancara dengan salah satu pasien yang berobat di Puskesmas Jekulo yang merasa nyaman dengan pelayanan petugas Puskemas :

“Mutu Pelayanan Puskesmas dalam perawatan sudah baik mas, saya kalau berobat di puskesmas itu senang mas...soalnya petugasnya ramah-ramah kalau melayani pasiennya” (wawancara dengan ibu Riani tanggal 30 juli 2011 Pukul 10.00 WIB)

Berdasarkan hasil wawancara diketahui bahwa terdapat kesamaan yang menyebabkan pasien antusias dalam memanfaatkan pelayanan Puskesmas yaitu karena sikap petugas kesehatan di Puskesmas yang ramah dan tidak membedakan pasien dari golongan kurang mampu. Sikap dari petugas pelayanan sangat mempengaruhi jumlah dari keluarga miskin yang berkunjung ke Puskesmas.

Pelaksanaan upaya pelayanan kesehatan terhadap keluarga miskin di Puskesmas sangat ditentukan oleh para petugas dan fasilitas kesehatan. Jumlah penduduk yang mencapai 40.547 jiwa akan mempengaruhi kinerja pelayanan yang tidak maksimal, dikarenakan seluruh masyarakat yang membutuhkan pelayanan kesehatan di Puskesmas.

Kastiyah mengatakan “nunggu nomor antriannya lama mas... petugasnya terkadang sampai lama yang datang” (wawancara tanggal 30 Juli 2011 Pukul 10.15WIB)

Berdasarkan analisis dari peneliti, diketahui bahwa pelayanan petugas Puskesmas terhadap keluarga miskin masih belum sesuai yang diharapkan keluarga miskin kepada Puskesmas.

Tabel 4
Rekapitulasi Data Kunjungan Puskesmas Kecamatan Jekulo
dari bulan Januari sampai Juni 2011

JUMLAH KUNJUNGAN RAWAT JALAN TAHUN 2011							
NO		Januari	Pebruari	Maret	April	Mei	Juni
1.	Bayar	740	514	814	616	791	728
2.	Askes	0	0	0	0	0	0
3.	JAMKESMAS	365	390	499	502	464	493
4.	JAMKESDA	128	177	211	193	187	172
	Jumlah Total	1.233	1.081	1.524	1.311	1.442	1.393

sumber : UPT Puskesmas Jekulo

Berdasarkan tabel 4 jumlah dari pengunjung yang berobat ke Puskesmas dari bulan Januari sampai Juni masih belum menunjukkan adanya peningkatan. Ada faktor yang menjadi kendala bagi keluarga miskin dalam memanfaatkan layanan Puskesmas. Faktor yang menyebabkan keluarga miskin kurang merespon pelayanan kesehatan di Puskesmas yaitu kurang pelayanan yang diberikan oleh petugas Puskesmas masih belum sepenuhnya optimal.

Berdasarkan analisis dari peneliti, terkadang sering terjadi keterlambatan petugas Puskesmas dalam penanganan terhadap pasien. Kebanyakan pasien mengeluh hal tersebut karena sebelumnya para petugas sangat disiplin dengan datang tepat pada waktunya. Pada dasarnya drg.Renny Liestyawati selaku Kepala UPT Puskesmas Jekulo selalu menekankan pada pelayanan yang optimal.

“Saya selaku kepala UPT Puskesmas Jekulo selalu menekankan kepada petugas-petugas kesehatan disini agar memberikan pelayanan kesehatan secara optimal kepada para pasien yang datang kesini. Tidak ada pengecualian atau dibeda-bedakan, bagi kami semuanya sama...” (wawancara tanggal 14 Juli 2011 Pukul 10.30 WIB)

Berdasarkan hasil wawancara diketahui bahwa terdapat kesamaan yang menyebabkan keluarga miskin antusias dalam memanfaatkan pelayanan Puskesmas yaitu karena sikap petugas di Puskesmas yang ramah dan tidak

membeda-bedakan pasien dari golongan kurang mampu. Sikap dari petugas pelayanan sangat mempengaruhi jumlah pasien dan keluarga miskin yang berkunjung ke Puskesmas Jekulo, karena keluarga miskin merasa dihargai ketika para petugas yang melayani kesehatan bersedia menanyakan hal-hal yang sedang dialami keluarga miskin. Temuan ini sesuai dengan pendapat Din ISO dalam Azrul Azwar (2003:48) yang menyatakan bahwa “mutu adalah totalitas dari wujud serta ciri dari suatu barang atau jasa, yang di dalamnya terkandung sekaligus pengertian rasa aman atau pemenuhan kebutuhan para pengguna”. Bahwa agar masyarakat menghargai pelayanan Puskesmas, maka Puskesmas perlu memelihara citra yang baik, salah satunya yaitu dengan senyum dan sikap ramah dari setiap petugas Puskesmas.

4.3.8 Pembahasan

Berdasarkan dari hasil penelitian dapat diketahui bahwa dari bentuk-bentuk fasilitas Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas) dan Jaminan Kesehatan Daerah (Jamkesda) meliputi: 1) Pelayanan Rawat Jalan (Pemeriksaan kesehatan dan konsultasi kesehatan, pelayanan pengobatan umum, pelayanan gigi termasuk cabut dan tambal, penanganan gawat darurat, pelayanan gizi buruk, tindakan medis/operasi kecil, pelayanan ibu dan anak, pelayanan imunisasi wajib bagi bayi dan ibu hamil, pelayanan kesehatan melalui kunjungan rumah, pelayanan keluarga berencana, pelayanan laboratorium dan penunjang diagnostik lainnya, pemberian obat, dan rujukan), 2) Pelayanan Kesehatan Rawat Inap, 3) Pelayanan pertolongan Persalinan. Yang membedakan bentuk fasilitas antara Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas) dan Jaminan Kesehatan Daerah

(Jamkesda) adalah Pelayanan *Haemodialisa* (cuci darah) yang ditunjuk langsung dari Pemerintah Daerah dalam Jaminan Kesehatan Daerah (Jamkesda) yang dapat dilaksanakan di Rumah Sakit Islam Sunan setelah mendapatkan rujukan dari Rumah Sakit Umum Daerah. Sedangkan di dalam program fasilitas Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas) tidak ada. Keberadaan Puskesmas Jekulo sebagai lembaga kesehatan mempunyai peranan penting dan fungsi yang sangat besar dalam memperbaiki kondisi kesehatan masyarakat di wilayah kerjanya terutama kesehatan keluarga miskin di wilayah Kecamatan Jekulo dalam bentuk pelayanan kesehatan secara menyeluruh dan terpadu. Sebagai lembaga yang memiliki peranan penting dalam masyarakat, Puskesmas Jekulo memiliki kewajiban untuk memenuhi kebutuhan pelayanan kesehatan sesuai dengan apa yang diharapkan oleh keluarga miskin di wilayah Kecamatan Jekulo dalam upaya untuk meningkatkan kesehatan. Dalam Pelayanan mutu yang dilaksanakan Puskesmas Jekulo diupayakan sesuai dengan penerapan SPM yang menjamin akses masyarakat untuk mendapatkan pelayanan dasar dari Pemerintah Daerah sesuai dengan ukuran-ukuran yang ditetapkan oleh Pemerintah. Oleh karena itu dalam perencanaan maupun penganggaran, wajib diperhatikan prinsip-prinsip SPM yaitu sederhana, konkrit, mudah diukur, terbuka, terjangkau dan dapat dipertanggungjawabkan serta mempunyai batas pencapaian yang dapat diselenggarakan secara bertahap.

- 1) Sederhana adalah Prosedur pelayanan publik tidak berbelit belit, mudah dipahami dan mudah dilaksanakan. Sehubungan dengan prinsip SPM yang sederhana Puskesmas Jekulo sudah menerapkan prinsip tersebut

dengan baik. Hal itu terbukti dengan adanya hasil wawancara salah satu anggota Jamkesmas (ibu Riyani) yang mengatakan “Petugas dari Puskesmas dalam melayani pasiennya ramah-ramah dan tidak terbelit-belit”. Hal serupa itu juga diungkapkan oleh Kepala Puskesmas Jekulo (drg. Renny L) “Petugas Puskesmas dalam melayani pasien bersikap ramah dan tidak membeda-bedakan pasien dari golongan yang kurang mampu”.

- 2) Konkrit adalah sesuai dengan kondisi dan kemampuan pemberi dan penerima pelayanan dengan tetap berpegang pada prinsip efisiensi dan efektifitas. Sehubungan dengan prinsip SPM yang konkrit Puskesmas dalam pelayanannya belum sesuai dengan prinsip SPM. Hal itu diungkapkan oleh salah satu pasien Puskesmas Jekulo (ibu Kastiyah) “waktu berobat nunggu antriannya lama, dan kadang petugasnya sampai lama yang datang. Drg. Renny L selaku Kepala Puskesmas Jekulo berpesan kepada semua petugas Puskesmas Jekulo, agar petugas Puskesmas Jekulo dalam melayani pasiennya harus seoptimal mungkin.
- 3) Mudah diukur artinya pelayanan yang sudah sesuai dengan prosedur SPM. Sehubungan dengan prinsip SPM yang mudah diukur Puskesmas Jekulo belum dijalankan secara maksimal, karena mutu pelayanan kesehatan sangat menentukan kepuasan pasien, sehingga Puskesmas harus berupaya memenuhi harapan Pasien. Puskesmas Jekulo dalam melayani pasien belum optimal. Karena masih ada pasien yang

mengeluhkan dari pelayanan Puskesmas yang kurang sesuai dengan apa yang diharapkan.

- 4) Bersifat terbuka, mudah dan dapat diakses oleh semua pihak yang membutuhkan dan disediakan secara memadai serta mudah dimengerti. Sehubungan dengan prinsip SPM yang bersifat terbuka Puskesmas Jekulo sudah menjalankan dengan baik dalam melayani pasien.

Contohnya dengan adanya program Jamkesmas dan Jamkesda yang melayani anggota masyarakat.

- 5) Terjangkaunya tempat penyedia pelayanan kesehatan. Sehubungan dengan prinsip SPM yang terjangkau Puskesmas Jekulo terletak di wilayah yang strategis. Yaitu tempat Puskesmas Jekulo yang dekat dengan jalan pantura (Jalan raya Kudus-Pati KM 10 Klaling No.24 Jekulo Kudus) yang mudah di akses dari desa manapun.

- 6) Akuntabel artinya dapat dipertanggung jawabkan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang – undangan. Sehubungan dengan prinsip SPM yang akuntabel Puskesmas Jekulo sudah menjalankan sesuai prosedur yang diberikan oleh Pemerintah Pusat dan dari Dinas Kesehatan Kabupaten Kudus.

Berdasarkan Pembangunan Kesehatan harus memperhatikan berbagai asas yang memberikan arah pembangunan kesehatan dan dilaksanakan melalui upaya kesehatan sebagai berikut :

- 1) Asas Perikemanusiaan yang berarti bahwa pembangunan kesehatan harus dilandasi atas perikemanusiaan yang berdasarkan pada Ketuhanan

Yang Maha Esa dengan tidak membedakan golongan Agama dan Bangsa.

- 2) Asas keseimbangan berarti bahwa pembangunan kesehatan harus dilaksanakan antara kepentingan individu dan masyarakat, antara fisik dan mental, serta antara material dan sipiritual.
- 3) Asas manfaat berarti bahwa pembangunan kesehatan harus memberikan manfaat yang sebesar-besarnya bagi kemanusiaan dan perikehidupan yang sehat bagi setiap Warga Negara.
- 4) Asas perlindungan berarti bahwa pembangunan kesehatan harus memberikan perlindungan dan kepastian hukum kepada pemberi dan penerima pelayanan kesehatan.
- 5) Asas penghormatan terhadap hak dan kewajiban berarti bahwa pembangunan kesehatan dengan menghormati hak dan kewajiban masyarakat sebagai bentuk kesamaan kedudukan hukum.
- 6) Asas keadilan berarti bahwa penyelenggaraan kesehatan harus dapat memberikan pelayanan yang adil dan merata pada semua lapisan masyarakat dengan pembiayaan yang terjangkau.
- 7) Asas gender dan nondiskriminatif berarti bahwa pembangunan kesehatan tidak membedakan perlakuan terhadap perempuan dan laki-laki.
- 8) Asas norma agama berarti pembangunan kesehatan harus memperhatikan dan menghormati serta tidak membedakan Agama yang dianut masyarakat.

Mewujudkan derajat kesehatan masyarakat adalah upaya untuk meningkatkan keadaan kesehatan yang lebih baik dari sebelumnya. Derajat kesehatan yang setinggi-tingginya mungkin dapat dicapai pada suatu saat sesuai dengan kondisi dan situasi serta kemampuan yang nyata dari setiap orang atau masyarakat. Upaya kesehatan harus selalu diusahakan peningkatannya secara terus menerus agar masyarakat yang sehat sebagai investasi dalam pembangunan dapat hidup produktif secara sosial dan ekonomis.

Peran Puskesmas Jekulo dalam Pelayanan Keluarga Miskin dengan penerapan Standar Pelayanan Minimal dilihat dari Pembangunan Kesehatan ada yang belum sesuai dengan Asas-asas Pembangunan Kesehatan. Hal itu dikarenakan masih belum optimalnya pelayanan yang diberikan kepada masyarakat dengan petugas kesehatan yang masih kurang. Atas dasar hal tersebut Peran Puskesmas Jekulo dalam Pelayanan keluarga miskin kurang maksimal.

4.4 Kendala yang dihadapi dan Solusi yang dilakukan Puskesmas Dalam Pelayanan Kesehatan Keluarga Miskin

4.4.1 Kendala yang dihadapi Puskesmas Dalam Pelayanan Kesehatan Keluarga Miskin

Kendala yang dihadapi Puskesmas dalam pelayanan kesehatan terhadap keluarga miskin di wilayah Kecamatan Jekulo yaitu karena keluarga miskin banyak yang tidak mendapatkan Jamkesmas dan Jamkesda sehingga dalam pelayanan keluarga miskin Puskesmas sering mengalami kesulitan. Petugas Puskesmas mengalami kesulitan pada penanganan persyaratan rujukan bagi KK

miskin yang tidak memiliki Jamkesmas dan Jamkesda. Dalam membuat persyaratan rujukan, petugas Puskesmas harus menjalankan prosedur yang berlaku dari Dinas Kesehatan setempat. Prosedur yang rumit diberlakukan di Puskesmas tersebut sering kali disalah artikan oleh pasien dari keluarga miskin dengan mengatakan pihak Puskesmaslah yang membuat persyaratan berbelit-belit seperti yang dikeluhkan ibu Kastiyah :

“Kalau ngurus membuat rujukan surat jaminan kelamaan mas... harus kesana-kemari ke kantor Dinas kesehatan” (wawancara dengan ibu kastiyah 35 tahun, 30 Juli 2011 Pukul 10.15)

Keluarga miskin sering mengeluhkan proses penanganan rujukan yang berbelit-belit dan pada umumnya mereka mengira bahwa pihak Puskesmas yang mempersulit proses rujukan tersebut, padahal pihak Puskesmas hanya menjalankan prosedur dari Dinas Kesehatan yang memberlakukan pelayanan rujukan dari keluarga miskin harus dengan Jamkesmas dan Jamkesda.

Selain itu, kendala lain yaitu kondisi kesehatan keluarga miskin di wilayah Kecamatan Jekulo masih cenderung rendah, hal tersebut dapat di lihat dari perilaku hidup dan lingkungan sekitar tempat tinggal keluarga miskin. Pola hidup yang tidak teratur dan kurang sadar akan kesehatan serta kondisi lingkungan fisik keluarga miskin yang terkesan kumuh dan menjadikan kondisi keluarga miskin rentan terhadap penyakit. Sesuai dengan pendapat Notoatmodjo (2003:12) bahwa “tingkat kesehatan masyarakat dipengaruhi oleh empat faktor yaitu lingkungan, perilaku, keturunan, dan program kesehatan yang bersifat promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitative”. Faktor yang paling besar pengaruhnya

adalah lingkungan dan perilaku menyangkut pengetahuan dan sikap tentang kesehatan serta tindakannya yang berhubungan dengan pencegahan, penyembuhan, dan pemulihan kesehatan.

4.4.2 Solusi yang dilakukan Puskesmas Jekulo Dalam Pelayanan Kesehatan

Keluarga Miskin

Program pembangunan kesehatan di wilayah kecamatan Jekulo sangat ditekankan oleh pemerintah desa setempat dengan tujuan meningkatkan derajat kesehatan masyarakat miskin di wilayahnya yang cenderung masih rendah. Melalui kerjasama dengan petugas Puskesmas di wilayah Kecamatan Jekulo, pemerintah wilayah Jekulo menyelenggarakan program pembangunan kesehatan masyarakat yang ditekankan pada kegiatan upaya kesehatan untuk masyarakat kurang mampu. Kegiatan yang telah berhasil dikembangkan yaitu terbentuknya lembaga kesehatan seperti forum kesehatan desa, kader budaya kesehatan masyarakat, kader posyandu, kader desa wisata, ambulans desa, kelompok pelestari ASI (KP-ASI), serta POKJA gerakan sayang ibu, bayi dan anak. Kegiatan tersebut diselenggarakan rutin satu bulan sekali.

Agar dalam penyelenggaraan program upaya kesehatan untuk masyarakat miskin berjalan dengan baik, maka pemerintah wilayah kecamatan Jekulo melalui kader-kader kesehatan dengan rutin melakukan pengamatan dan pencatatan kesehatan setiap satu bulan sekali. Pengamatan dilakukan tidak hanya oleh kader-kader kesehatan tetapi para tokoh masyarakat, tokoh agama serta lembaga kesehatan seperti Puskesmas dan PKG juga turut mengamati kesehatan keluarga

miskin. Langkah-langkah yang dilaksanakan meliputi pencatatan dan analisa kesehatan, mengumpulkan fakta, data dan informasi masalah kesehatan keluarga miskin, penanggulangan bencana dan kegawat daruratan, serta memahami gejala-gejala penyakit yang diderita keluarga miskin. Catatan yang dikembangkan untuk pemantauan dan pengamatan tersebut meliputi kartu rumah tangga PHBS (Perilaku Hidup Bersih Sehat), SIP (Sistem Informasi Posyandu), catatan kondisi rumah tangga, catatan keluarga miskin, dan catatan ibu hamil. Pelaksanaan program tersebut dibantu oleh kader-kader kesehatan di wilayah Kecamatan Jekulo yang terdiri dari kader Posyandu, kader budaya sehat masyarakat serta kader desa wisma.

Selain kader kesehatan, pemerintah wilayah Kecamatan Jekulo juga membentuk forum kesehatan yang diketuai oleh tokoh masyarakat setempat. Forum Kesehatan Desa atau FGD dibentuk sebagai wadah untuk menampung semua aspirasi dari para kader kesehatan atau masyarakat setempat terhadap masalah kesehatan yang sedang dihadapi keluarga miskin dengan tujuan supaya dapat diatasi serta memberikan solusi yang terbaik.

Dengan membentuk forum kesehatan desa yang diisi kader-kader kesehatan, Pemerintah wilayah Kecamatan Jekulo telah membentuk penghubung antara keluarga miskin dengan lembaga-lembaga kesehatan yang terkait seperti Puskesmas. Hal tersebut bertujuan supaya program kesehatan yang diselenggarakan untuk keluarga miskin dapat tercapai dengan baik dan harapan keluarga miskin untuk dapat menikmati layanan kesehatan dan terpenuhinya kebutuhan kesehatan yang lebih baik dapat terwujud.

4.4.3 Pembahasan

Berdasarkan dari hasil penelitian dapat diketahui bahwa keluarga miskin masih banyak yang belum mendapatkan kartu Jamkesmas dan Jamkesda sehingga dalam pelayanan keluarga miskin Puskesmas sering mengalami kesulitan. Petugas Puskesmas mengalami kesulitan pada penanganan persyaratan rujukan bagi KK miskin yang belum memiliki Jamkesmas dan Jamkesda. Dalam membuat persyaratan rujukan, petugas Puskesmas harus menjalankan prosedur yang berlaku dari Dinas Kesehatan setempat. Prosedur yang rumit diberlakukan di Puskesmas tersebut sering kali disalah artikan oleh pasien dari keluarga miskin.

Terbentuknya forum kesehatan desa yang diisi kader-kader kesehatan, Pemerintah wilayah Kecamatan Jekulo telah membentuk penghubung antara keluarga miskin dengan lembaga-lembaga kesehatan yang terkait seperti Puskesmas. Hal tersebut bertujuan supaya program kesehatan yang diselenggarakan untuk keluarga miskin dapat tercapai dengan baik dan harapan keluarga miskin untuk dapat menikmati layanan kesehatan dan terpenuhinya kebutuhan kesehatan yang lebih baik dapat terwujud.

BAB 5

PENUTUP

5.1 Simpulan

Berdasarkan hasil penelitian tentang “Peran Puskesmas Kecamatan Jekulo Kabupaten Kudus Dalam Pelayanan Keluarga Miskin (Studi Yuridis Pasal 2 Dan 3 Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan)” diperoleh simpulan sebagai berikut :

1. Regulasi Yang Terkait Dengan Pelayanan Kesehatan Keluarga Miskin adalah Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan, Undang-undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Kesehatan Masyarakat, Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 65 Tahun 2005 Tentang Pedoman Penyusunan Dan Penerapan Standar Pelayanan Minimal, Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 38 Tahun 2007 Tentang Pembagian Urusan Pemerintahan Antara Pemerintah, Pemerintahan Daerah Provinsi, Dan Pemerintahan Daerah Kabupaten/Kota, Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 316/Menkes/SK/V/2009 Pedoman Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Masyarakat 2009, Peraturan Bupati Kudus Nomor 3 Tahun 2009 tentang Organisasi dan Tata Kerja Unit Pelaksana Teknis pada Dinas Daerah Kabupaten Kudus, Peraturan Bupati Kudus Nomor 32 Tahun 2010 tentang Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan Daerah Kabupaten Kudus, Keputusan Bupati Kudus

Nomor 440/303/2010 Tentang Penetapan Peserta Program Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas) Di Kabupaten Kudus Tahun 2011.

2. Peran Puskemas Jekulo dalam Pelayanan Keluarga Miskin dengan penerapan Standar Pelayanan Minimal dilihat dari Pembangunan Kesehatan ada yang belum sesuai dengan Asas-asas Pembangunan Kesehatan. Hal itu dikarenakan masih belum optimalnya pelayanan yang diberikan kepada masyarakat dengan petugas kesehatan yang masih kurang. Atas dasar hal tersebut Peran Puskesmas Jekulo dalam Pelayanan keluarga miskin kurang maksimal.
3. Kendala yang dihadapi UPT Puskesmas Jekulo dalam pelayanan keluarga miskin yaitu Petugas Puskesmas mengalami kesulitan pada penangan persyaratan rujukan bagi KK miskin yang tidak memiliki Jamkesmas dan Jamkesda. Karena dalam membuat persyaratan rujukan, petugas Puskesmas harus menjalankan prosedur yang berlaku dari Dinas Kesehatan setempat. Selain itu kendala lain yang dihadapi yaitu kondisi kesehatan keluarga miskin di wilayah kecamatan Jekulo masih cenderung rendah, serta pola hidup yang tidak teratur dan kurang sadar akan kesehatan, serta kondisi lingkungan fisik keluarga miskin yang terkesan kumuh dan menjadikan kondisi keluarga miskin rentan terhadap penyakit.

Solusi yang dilakukan Puskesmas Jekulo dalam Pelayanan Kesehatan Keluarga Miskin agar berjalan dengan baik maka Pemerintah wilayah Kecamatan Jekulo melalui kader-kader kesehatan dengan rutin

melakukan pengamatan dan pencacatan kesehatan setiap satu bulan sekali. Selain itu kader kesehatan Pemerintah wilayah Kecamatan Jekulo membentuk forum kesehatan desa (FKD) yang diketuai oleh tokoh masyarakat setempat. Hal tersebut bertujuan supaya program kesehatan yang diselenggarakan untuk keluarga miskin dapat tercapai dengan baik dan harapan keluarga miskin untuk dapat menikmati layanan kesehatan dan terpenuhinya kebutuhan kesehatan yang lebih baik dapat terwujud.

5.2 Saran

Saran yang diberikan dalam penelitian ini yaitu sebagai berikut :

1. Bagi UPT Puskesmas Jekulo dan Dinas Kabupaten Kudus, agar dapat meningkat jenis pelayanan terhadap keluarga miskin dan meningkatkan mutu pelayanan. Sehingga kedepannya pelayanan terhadap keluarga miskin mencapai kepuasan.
2. Bagi keluarga miskin, untuk dapat lebih meningkatkan kesehatan maka harus membiasakan berpola hidup sehat serta senantiasa menjaga kesehatan lingkungan seperti kebersihan sanitasi, rumah, dan lebih lagi untuk memanfaatkan kesehatan di Puskesmas, karena Puskesmas juga telah memberikan pelayanan dengan maksimal.

Daftar Pustaka

- Azwar, Azrul. 2003. *Pengantar Adminitrasi Kesehatan Edisi ketiga*. Jakarta: Binarupa Aksara.
- Amiruddin, H. Zainal Asikin. 2006. *Pengantar Metode Penelitian Hukum*. Jakarta: PT. Raja Grafindo Persada
- Budioro, B.2002. *Pengantar Administrsi Kesehatan Masyarakat*. Semarang
- Berry, David. 2003. *Pokok-Pokok Pikiran dalam Sosiologi*. Jakarta : PT Raja Grafindo
- Fakultas Hukum, 2001, *Pedoman Penulisan Skripsi Fakultas Hukum*, Semarang: UNNES.
- Koentjoro, Tjahjono. 2007, *Regulasi Kesehatan di Indonesia*. Yogyakarta : CV. Andi Offset.
- Moleong, Lexy J. 2000. *Metodologi Penelitian Kualitatif*. Bandung: PT. Remaja Cetakan Ke-24 (Edisi Revisi).
- Muninjaya, A.A. Gde. 1999. *Manajemen Kesehatan*. Jakarta
- Milles, Mathew B dan A, Huberman. 1992, *Analisis Data Kualitatif* (terjemahan tjetjep rohendi). Jakarta : UI-Pres.
- Notoatmodjo, S. 2007. *Kesehatan Masyarakat*. Jakarta: PT Rineka Cipta
- Pohan, S. 2003. *Jaminan Mutu Pelayanan Kesehatan : Dasar-Dasar Pengertian*. Jakarta : Kesaint Blance.
- Polama, M Margaret. 1999. *Sosiologi Kontemporer*. Jakarta : PT Raja Grafindo Persada.
- Soekanto, Soerjono dan Herkutanto. 1987. *Pengantar Hukum Kesehatan*. Bandung: Remadja Karya CV.
- Soemitro, Hanitijo Roni. 1988. *Metodologi Penelitian Hukum Dan Jurimetri*. Jakarta: Ghalia Indonesia.
- Sugiyono. 2008. *Memahami Penelitian Kualitatif*. Bandung: CV. Alfabeta
- Suharjono, Edy.1994. *Teori Peran (konsep, derivasi dan implikasi)*. Jakarta : Gramedia Pustaka Utama.

Peraturan Perundang-undangan

Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia 1945

Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 Tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional

Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan

Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 65 Tahun 2005 Tentang Pedoman Penyusunan Dan Penerapan Standar Pelayanan Minimal

Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 38 Tahun 2007 Tentang Pembagian Urusan Pemerintahan Antara Pemerintah, Pemerintahan Daerah Provinsi, Dan Pemerintahan Daerah Kabupaten/Kota

Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 316/MENKES/SK/V/2009 tentang Pedoman Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Masyarakat tahun 2009

Peraturan Daerah Kabupaten Kudus Nomor 11 tahun 2004 Tentang Retribusi Izin Pelayanan Bidang Kesehatan

Peraturan Bupati Kudus Nomor 3 Tahun 2009 Tentang Organisasi Dan Tata Kerja Unit Pelaksana Teknis Pada Dinas Daerah Kabupaten Kudus

Peraturan Bupati Kudus Nomor 32 Tahun 2010 Tentang Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan Daerah Kabupaten Kudus

Keputusan Bupati Kudus Nomor 440/303/2010 Tentang Penetapan Peserta Program Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesda) Di Kabupaten Kudus Tahun 2011

Rujukan dari Internet

(http://id.wikipedia.org/wiki/Pusat_Kesehatan_Masyarakat, accessed 23 november 2010, 13 : 34)

(http://www.rsuam.pareparekota.go.id/index.php?option=com_content&view=category&layout=blog&id=45&Itemid=76, accessed 26 november 2010, 22 : 14).

(<http://www.google.co.id/search?client=opera&rls=en&q=uu+no+40+tahun+2004&sourceid=opera&ie=utf-8&oe=utf-8>, accessed 21 agustus 2010 Pukul 14:32)

(<http://prokum.esdm.go.id/uu/2009/UU%2025%202009.pdf> , accessed selasa 16 agustus 2011 22:19)

(http://www.p3skk.litbang.depkes.go.id/regulations/pp_652005.pdf , accesed

selasa 16 agustus 2011 22:25)

(http://www.dephut.go.id/Halaman/PP/PP_38_07/PP38_07.pdf, accesed 27 november 2010 Pukul 21:20)

(http://www.google.co.id/search?hl=id&rlz=1C1_enID419ID419&q=perda+puskesmas+kota+kudus&aq=f&aqi=&aql=&oq= , accessed selasa 16 agustus 2011)

(http://www.cifor.org/publications/pdf_files/govbrief/GovBrief0402.pdf, accesed tanggal 15 Maret 2011 pukul 13:43 WIB)



Pedoman Wawancara

PERAN PUSKESMAS KECAMATAN JEKULO KABUPATEN KUDUS
DALAM PELAYANAN KELUARGA MISKIN (STUDI YURIDIS PASAL 2
DAN 3 UNDANG-UNDANG NOMOR 36 TAHUN 2009 TENTANG
KESEHATAN)

Abstraksi

Puskesmas adalah Organisasi fungsional yang menyelenggarakan upaya kesehatan yang bersifat menyeluruh, terpadu, merata, dapat diterima dan terjangkau oleh masyarakat, dengan peran serta aktif masyarakat dan menggunakan hasil pengembangan ilmu pengetahuan dan teknologi tepat guna, dengan biaya yang dapat dipikul oleh pemerintah dan masyarakat. Upaya kesehatan tersebut diselenggarakan dengan menitikberatkan kepada pelayanan untuk masyarakat luas guna mencapai derajat kesehatan yang optimal, tanpa mengabaikan mutu pelayanan kepada perorangan.

Penelitian ini menggunakan metode penelitian kualitatif dengan menggunakan pendekatan yuridis sosiologis, oleh karena itu untuk memperoleh validitas dan data yang lengkap diperlukan pedoman wawancara yang merupakan himpunan dari pokok –pokok permasalahan penelitian.

A. Lokasi penelitian

Penelitian dilaksanakan di Puskesmas Jekulo Kecamatan Jekulo Kabupaten Kudus

B. Identitas informan dan subyek penelitian

- Nama :
- Umur :
- Pendidikan :
- Pekerjaan :
- Jabatan :

C. Daftar pertanyaan

1. Regulasi apa yang melandasi berdirinya Puskesmas Jekulo ini ?

Jawab:.....

.....

.....

2. Apakah dalam pelayanan Puskesmas Jekulo ada jaminan yang terfokus pada keluarga miskin ? apa dasar hukum dari jaminan tersebut ?

Jawab:.....

.....

.....

3. Apakah menurut bapak/ibu pelayanan Puskesmas Jekulo perlu ditingkatkan, jelaskan ?

Jawab:

.....

4. Dari pelayanan yang diberikan kepada keluarga miskin, kedala apa yang bapak/ibu hadapi dan bagaimana solusi cara mengatasinya ?

Jawab:.....

.....



Pedoman Wawancara
PERAN PUSKESMAS KECAMATAN JEKULO KABUPATEN KUDUS
DALAM PELAYANAN KELUARGA MISKIN (STUDI YURIDIS PASAL 2
DAN 3 UNDANG-UNDANG NOMOR 36 TAHUN 2009 TENTANG
KESEHATAN)

Abstraksi

Puskesmas adalah Organisasi fungsional yang menyelenggarakan upaya kesehatan yang bersifat menyeluruh, terpadu, merata, dapat diterima dan terjangkau oleh masyarakat, dengan peran serta aktif masyarakat dan menggunakan hasil pengembangan ilmu pengetahuan dan teknologi tepat guna, dengan biaya yang dapat dipikul oleh pemerintah dan masyarakat. Upaya kesehatan tersebut diselenggarakan dengan menitikberatkan kepada pelayanan untuk masyarakat luas guna mencapai derajat kesehatan yang optimal, tanpa mengabaikan mutu pelayanan kepada perorangan.

Penelitian ini menggunakan metode penelitian kualitatif dengan menggunakan pendekatan yuridis sosiologis, oleh karena itu untuk memperoleh validitas dan data yang lengkap diperlukan pedoman wawancara yang merupakan himpunan dari pokok –pokok permasalahan penelitian.

A. Lokasi penelitian

Penelitian dilaksanakan di Dinas Kesehatan Kabupaten Kudus

B. Identitas informan dan subyek penelitian

- Nama :
Umur :
Pendidikan :
Pekerjaan :
Jabatan :

C. Daftar pertanyaan

1. Regulasi apa yang melandasi berdirinya Puskesmas Jekulo ini ?

Jawab:.....
.....
.....

2. Apakah dalam pelayanan Puskesmas Jekulo ada jaminan yang terfokus pada keluarga miskin ? apa dasar hukum dari jaminan tersebut ?

Jawab:.....
.....
.....

3. Apakah menurut bapak/ibu pelayanan Puskesmas Jekulo perlu ditingkatkan, jelaskan ?

Jawab:.....
.....
.....

A3

Informan

Pasien

Pedoman Wawancara

**PERAN PUSKESMAS KECAMATAN JEKULO KABUPATEN KUDUS
DALAM PELAYANAN KELUARGA MISKIN (STUDI YURIDIS PASAL 2
DAN 3 UNDANG-UNDANG NOMOR 36 TAHUN 2009 TENTANG
KESEHATAN)**

Abstraksi

Puskesmas adalah Organisasi fungsional yang menyelenggarakan upaya kesehatan yang bersifat menyeluruh, terpadu, merata, dapat diterima dan terjangkau oleh masyarakat, dengan peran serta aktif masyarakat dan menggunakan hasil pengembangan ilmu pengetahuan dan teknologi tepat guna, dengan biaya yang dapat dipikul oleh pemerintah dan masyarakat. Upaya kesehatan tersebut diselenggarakan dengan menitikberatkan kepada pelayanan untuk masyarakat luas mencapai derajat kesehatan yang optimal, tanpa mengabaikan mutu pelayanan kepada perorangan.

Penelitian ini menggunakan metode penelitian kualitatif dengan menggunakan pendekatan yuridis sosiologis, oleh karena itu untuk memperoleh validitas dan data yang lengkap diperlukan pedoman wawancara yang merupakan himpunan dari pokok –pokok permasalahan penelitian.

A. Lokasi penelitian

Penelitian dilaksanakan di Puskesmas Jekulo Kecamatan Jekulo Kabupaten Kudus

B. Identitas informan dan subyek penelitian

Nama :
Umur :
Pendidikan :
Pekerjaan :

C. Daftar pertanyaan

1. Apa pendapat bapak/ibu tentang pelayanan kesehatan di Puskesmas Jekulo?

Jawab:.....
.....
.....

2. Hal apa yang membuat bapak/ ibu tertarik dengan berobat di Puskesmas?

Jawab:.....
.....
.....

3. Apakah menurut bapak/ibu pelayanan Puskesmas Jekulo perlu ditingkatkan, jelaskan ?

Jawab:.....
.....
.....

4. Bagaimana pelayanan yang di berikan oleh petugas kesehatan di Puskesmas Jekulo?

Jawab:.....
.....
.....

5. Apa harapan bapak/ ibu terhadap pelayanan Puskesmas Jekulo?

Jawab:.....
.....
.....

6. Bagaimana menurut ibu pelayanan Puskesmas di bidang KIA?

Jawab:.....
.....
.....

7. Bagaimana menurut bapak/ibu pelayanan Puskesmas di bidang Kesehatan Gigi dan Mulut ?

Jawab:.....
.....
.....

8. Bagaimana menurut bapak/ibu pelayanan Puskesmas di bidang laboratorium ?

Jawab:.....
.....
.....

9. Bagaimana menurut bapak/ibu pelayanan Puskesmas di bidang Imunisasi dan Gizi ?

Jawab:.....
.....
.....

Pedoman Wawancara

**PERAN PUSKESMAS KECAMATAN JEKULO KABUPATEN KUDUS
DALAM PELAYANAN KELUARGA MISKIN (STUDI YURIDIS PASAL 2
DAN 3 UNDANG-UNDANG NOMOR 36 TAHUN 2009 TENTANG
KESEHATAN)**

Abstraksi

Puskesmas adalah Organisasi fungsional yang menyelenggarakan upaya kesehatan yang bersifat menyeluruh, terpadu, merata, dapat diterima dan terjangkau oleh masyarakat, dengan peran serta aktif masyarakat dan menggunakan hasil pengembangan ilmu pengetahuan dan teknologi tepat guna, dengan biaya yang dapat dipikul oleh pemerintah dan masyarakat. Upaya kesehatan tersebut diselenggarakan dengan menitikberatkan kepada pelayanan untuk masyarakat luas guna mencapai derajat kesehatan yang optimal, tanpa mengabaikan mutu pelayanan kepada perorangan.

Penelitian ini menggunakan metode penelitian kualitatif dengan menggunakan pendekatan yuridis sosiologis, oleh karena itu untuk memperoleh validitas dan data yang lengkap diperlukan pedoman wawancara yang merupakan himpunan dari pokok –pokok permasalahan penelitian.

A. Lokasi penelitian

Penelitian dilaksanakan di Desa Klaling Kecamatan Jekulo Kabupaten Kudus

B. Identitas responden dan subyek penelitian

- Nama :
- Umur :
- Pendidikan :
- Pekerjaan :
- Jabatan :

C. Daftar pertanyaan

1. Bagaimana menurut bapak/ibu tentang pelayanan Puskesmas Jekulo terhadap masyarakat miskin ?

Jawab:.....
.....
.....
.....

2. Apakah menurut bapak/ibu pelayanan Puskesmas Jekulo perlu ditingkatkan, jelaskan ?

Jawab:.....
.....
.....
.....

3. Bagaimana menurut bapak/ibu pelayanan Puskesmas di bidang Penyuluhan Kesehatan Masyarakat ?

Jawab:.....
.....
.....
.....

4. Bagaimana menurut bapak/ibu pelayanan Puskesmas di bidang Kesehatan Lingkungan dan Usaha Kesehatan Sekolah (UKS) ?

Jawab:.....
.....
.....



B2

Responden

Masyarakat

Pedoman Wawancara

PERAN PUSKESMAS KECAMATAN JEKULO KABUPATEN KUDUS
DALAM PELAYANAN KELUARGA MISKIN (STUDI YURIDIS PASAL 2
DAN 3 UNDANG-UNDANG NOMOR 36 TAHUN 2009 TENTANG
KESEHATAN)

Abstraksi

Puskesmas adalah Organisasi fungsional yang menyelenggarakan upaya kesehatan yang bersifat menyeluruh, terpadu, merata, dapat diterima dan terjangkau oleh masyarakat, dengan peran serta aktif masyarakat dan menggunakan hasil pengembangan ilmu pengetahuan dan teknologi tepat guna, dengan biaya yang dapat dipikul oleh pemerintah dan masyarakat. Upaya kesehatan tersebut diselenggarakan dengan menitikberatkan kepada pelayanan untuk masyarakat luas guna mencapai derajat kesehatan yang optimal, tanpa mengabaikan mutu pelayanan kepada perorangan.

Penelitian ini menggunakan metode penelitian kualitatif dengan menggunakan pendekatan yuridis sosiologis, oleh karena itu untuk memperoleh validitas dan data yang lengkap diperlukan pedoman wawancara yang merupakan himpunan dari pokok –pokok permasalahan penelitian.

A. Lokasi penelitian

Penelitian dilaksanakan di Desa Bulung Kecamatan Jekulo Kabupaten Kudus

B. Identitas responden dan subyek penelitian

Nama :
Umur :
Pendidikan :
Pekerjaan :

C. Daftar pertanyaan

1. Apa pendapat bapak/ibu tentang pelayanan kesehatan di Puskesmas Jekulo?

Jawab:.....
.....
.....

2. Bagaimana pelayanan yang di berikan petugas kesehatan di Puskesmas Jekulo?

Jawab:.....
.....
.....

3. Apakah menurut bapak/ibu pelayanan Puskesmas Jekulo perlu ditingkatkan, jelaskan ?

Jawab:.....

.....

.....

4. Apa yang mendorong bapak/ibu untuk berobat ke Puskesmas Jekulo ?

Jawab:.....

.....

.....

5. Apa harapan bapak/ ibu terhadap pelayanan Puskesmas Jekulo?

Jawab:.....

.....

.....

6. Bagaimana pelayanan yang di berikan oleh petugas kesehatan di Puskesmas Jekulo?

Jawab:.....

.....

.....

7. Bagaimana menurut bapak/ibu pelayanan Puskesmas di bidang Pembinaan Lansia dan Kesehatan Jiwa ?

Jawab:.....

.....

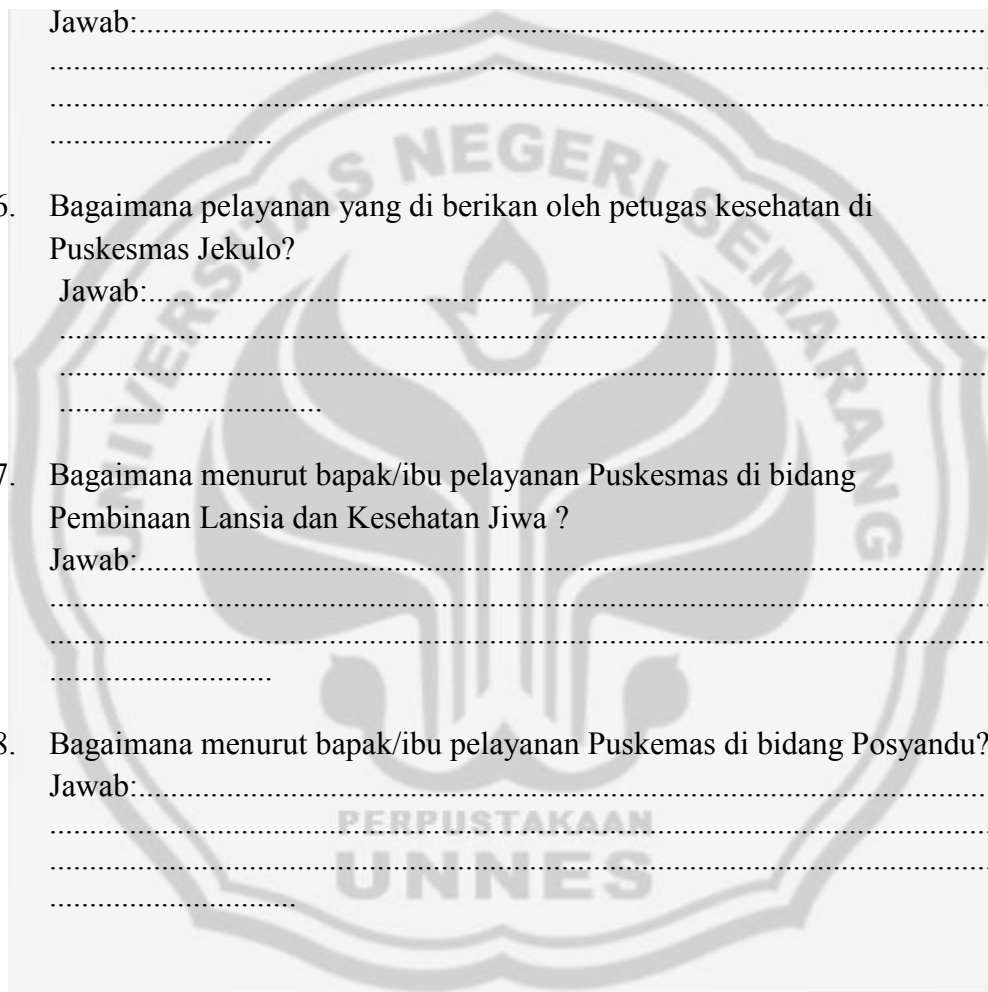
.....

8. Bagaimana menurut bapak/ibu pelayanan Puskemas di bidang Posyandu?

Jawab:.....

.....

.....



Dokumentasi Penelitian



UPT Puskesmas Jekulo



Wawancara dengan drg. Renny L Kepala UPT Puskesmas Jekulo



Ruang Loket Pendaftaran UPT Pukesmas Jekulo



Ruang Pelayanan



Ruang Pemeriksaan Gigi



Wawancara dengan Pasien Puskesmas Jekulo



Ruang Rawat Inap UPT Puskesmas Jekulo



Ambulan UPT Puskesmas Jekulo