



UNIVERSITAS INDONESIA

IMPLEMENTASI KEBIJAKAN PROGRAM JAMPERSAL DI  
KABUPATEN LEBAK PROPINSI BANTEN TAHUN 2011

TESIS

ARMEY YUDHA PURWITASARI

NPM : 1006799445

FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT  
PROGRAM STUDI ILMU KESEHATAN MASYARAKAT

UNIVERSITAS INDONESIA

DEPOK

JULI 2012



UNIVERSITAS INDONESIA

IMPLEMENTASI KEBIJAKAN PROGRAM JAMPERSAL DI  
KABUPATEN LEBAK PROPINSI BANTEN TAHUN 2011

TESIS

Diajukan sebagai salah satu syarat memperoleh gelar  
Magister Kesehatan Masyarakat

ARMEY YUDHA PURWITASARI

NPM : 1006799445

FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT  
PROGRAM STUDI ILMU KESEHATAN MASYARAKAT  
KEKHUSUSAN EKONOMI KESEHATAN  
UNIVERSITAS INDONESIA  
DEPOK  
JULI 2012

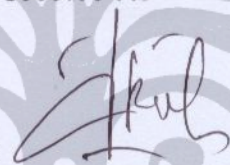
## HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

Tesis ini adalah hasil karya saya sendiri,  
Dan semua sumber baik yang dikutip maupun dirujuk  
Telah saya nyatakan dengan benar.

Nama : ArmeY Yudha Purwitasari

NPM : 1006799445

Tanda Tangan :



Tanggal : 7 Juli 2012

## HALAMAN PENGESAHAN

Tesis diajukan oleh :  
Nama : ArmeY Yudha Purwitasari  
NPM : 1006799445  
Program Studi : Ilmu Kesehatan Masyarakat (IKM)  
Judul tesis : Implementasi Kebijakan Program Jampersal di  
Kabupaten Lebak, Propinsi Banten Tahun 2011

Telah berhasil dipertahankan di hadapan Dewan Penguji dan diterima sebagai bagian persyaratan yang diperlukan untuk memperoleh gelar Magister Kesehatan Masyarakat pada Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat, Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Indonesia.

### DEWAN PENGUJI

Pembimbing : Atik Nurwahyuni, SKM, MKes (.....)

Penguji : Prof. dr. Anhari Achadi, SKM, DSc (.....)

Penguji : Dr. Ede Surya Darmawan, SKM, MDM (.....)

Penguji : drg. Doni Arianto, MKM (.....)

Penguji : dr. H. Firman Rachmatullah, MKM (.....)

Ditetapkan di : Depok

Tanggal : 7 Juli 2012

## SURAT PERNYATAAN

Yang bertanda tangan dibawah ini, saya:

Nama : Armey Yudha Purwitasari  
NPM : 1006799445  
Program Studi : Ilmu Kesehatan Masyarakat  
Tahun Akademik : 2010

Menyatakan bahwa saya tidak melakukan kegiatan plagiat dalam penulisan tesis saya yang berjudul:

### **IMPLEMENTASI KEBIJAKAN PROGRAM JAMPERSAL DI KABUPATEN LEBAK PROPINSI BANTEN TAHUN 2011**

Apabila suatu saat nanti terbukti saya melakukan plagiat maka saya akan menerima sanksi yang telah ditetapkan.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya.

Depok, 7 Juli 2012



(Armey Yudha Purwitasari)

## KATA PENGANTAR

Alhamdulillah rabbil ‘alamin, segala puji bagi Allah SWT atas semua rahmat dan karuniaNya sehingga penulis dapat menyelesaikan tesis yang berjudul “ Implementasi Kebijakan Program Jampersal di Kabupaten Lebak Propinsi Banten Tahun 2011”

Penyusunan tesis ini dapat terselesaikan dengan dukungan dan bantuan dari berbagai pihak, sehingga pada kesempatan ini penulis akan menyampaikan ucapan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada:

1. Bapak dr. Asjikin Iman H. Dachlan, MHA selaku Kepala Pusat Pendidikan dan Pelatihan Tenaga Kesehatan, yang telah memberi izin dan kesempatan penulis untuk melanjutkan pendidikan magister ini.
2. Bapak Hadi Suprayogi, SH selaku mantan Kepala Sub Bagian Tata Usaha Pusat Pendidikan dan Pelatihan Tenaga Kesehatan yang telah memberikan izin dan kesempatan penulis untuk melanjutkan pendidikan magister ini.
3. Ibu Supri Astuti, SH, MH selaku Kepala Sub Bagian Tata Usaha Pusat Pendidikan dan Pelatihan Tenaga Kesehatan yang telah mengizinkan penulis untuk bebas dari tugas rutin selama menjalani masa pendidikan di FKM UI.
4. Bapak. H. M. Sukirman, SSos, MSi selaku Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Lebak yang telah mengizinkan penulis melakukan penelitian di Kabupaten Lebak.
5. Ibu dr. Hj. Venny Iriani. A, MM, MKes selaku Sekretaris Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Lebak dan juga Ketua Tim Pengelola Jamkesmas/ Jampersal yang telah memberikan informasi dan data yang dibutuhkan penulis dalam menyelesaikan tesis ini.
6. Ibu T. Naila Khusna, SKM selaku Kepala Seksi Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat yang telah memberikan informasi dan data yang dibutuhkan penulis dalam menyelesaikan tesis ini.
7. Kepala Puskesmas Kolelet beserta staf yang telah memberikan informasi dan data yang dibutuhkan penulis dalam menyelesaikan tesis ini.

8. Kepala Puskesmas Cisimeut beserta staf yang telah memberikan informasi dan data yang dibutuhkan penulis dalam menyelesaikan tesis ini.
9. Ibu Atik Nurwahyuni, SKM, MKes selaku pembimbing yang telah sabar membimbing, meluangkan waktu dan membuka wawasan penulis sehingga ide penelitian Implementasi Kebijakan Jampersal di Kabupaten Lebak terwujud.
10. Prof. dr. Anhari Achadi, SKM, DSc, Dr. Ede Surya Darmawan, SKM, MDM, dr. Doni Arianto, MKM, dr. H. Firman Rahmatullah, MKM selaku penguji yang telah berkenan menguji, memberikan masukan dan saran sehingga tesis ini selesai.
11. Seluruh staf pengajar, staf akademik dan administrasi di FKM UI .
12. Spesial untuk Bapak dan Ibuku, terima kasih atas doa dan dukungannya selama penulis menyelesaikan tesis ini, satu keinginanmu telah kuwujudkan, aahhh....ingin menangis rasanya...terharu...berkat doa mereka aku bisa sampai di titik ini. (hik....hik....hik...I Love U Bapak n Ibu)
13. Suamiku, Mayor Laut (S) Nur Sholeh, SE , anak-anakku Ansheila Destiara Nur Salsabila dan Zidan Rafi Nur Rahman, terima kasih sayang untuk semua cinta, pengertian, kesabaran dan pengorbanan sampai tesis ini selesai. Maaf ya kakak, adek dan ayah.....bunda sedikit “melupakan” kalian saat bunda menyelesaikan tesis ini, maaf sayang liburan kalian “kelabu” gara-gara tesis bunda karena bunda gak mau diajak jalan-jalan Terima kasih ayah sudah menemani sampai ke Baduy dan menemani saat sidang tesis.
14. Terima kasih mbak Umi yang sudah menjaga anak-anakku selama ini, apalagi saat aku harus berangkat subuh untuk mengambil data di Lebak.
15. Mbak Rien, terima kasih atas dukungan n supportnya semoga semester depan nyusul yeee....., NTW.... tengkiu yee pinjaman ipod nya, Mbak Mhel tengkiu kiriman nastarnya, Emi....temen nongkrong bareng di perpustakaan, Leli .....temen makan bakso di gang senggol, Mas Dhori.....tengkiu masukannya, Putri, Faisal, Ade, Bu Ima, Rora, Maul, rekan-rekan Ekokes, MPK, Hukum dan Kebijakan, Askes, Promkes, Mutu, Biostat FKM UI angkatan 2010 dan teman-teman satu angkatan yang tidak bisa saya

sebutkan satu persatu terima kasih untuk dukungan dan motivasinya sehingga tesis ini selesai.

Akhirnya penulis mengucapkan banyak terima kasih kepada adik-adik, kakak dan adik ipar, seluruh teman, saudara, sahabat yang tidak bisa disebutkan satu persatu berkat doa dan dukungan kalian aku bisa menyelesaikan tesis ini.

Penulis menyadari bahwa penulisan tesis ini masih banyak kekurangan sehingga dengan segala kerendahan hati penulis menerima kritik, saran dan semua koreksi dari semua pihak untuk dapat melengkapi dan memperbaiki tesis ini. Akhir kata penulis berharap agar tesis ini dapat memberikan warna baru dalam penelitian di lingkungan FKM UI pada khususnya dan semua pembaca.

Depok  
Penulis,

ArmeY Yudha Purwitasari



**HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI TUGAS  
AKHIR UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS**

---

Sebagai civitas akademik Universitas Indonesia, saya yang bertanda tangan dibawah ini:

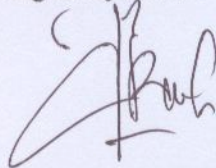
Nama : Armey Yudha Purwitasari  
NPM : 1006799445  
Program\*Studi : Ilmu Kesehatan Masyarakat  
Peminatan : Ekonomi Kesehatan  
Departemen : Administrasi Kebijakan Kesehatan  
Fakultas : Kesehatan Masyarakat  
Jenis karya : Tesis

demi pengembangan ilmu pengetahuan, menyetujui memberikan kepada Universitas Indonesia Hak Bebas Royalti Noneksklusif (non-exclusive royalty-free right) atas karya ilmiah saya yang berjudul:

**“Implementasi Kebijakan Program Jampersal di Kabupaten Lebak Propinsi Banten Tahun 2011”**

beserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan Hak Bebas Royalti Non Eksklusif ini Universitas Indonesia berhak menyimpan, mengalihkan media/formakan, mengolah dalam bentuk pangkalan data (database), merawat, dan mempublikasikan tugas akhir saya selama tetap mencantumkan namasaya sebagai penulis/pencipta dan sebagai pemilik hak cipta. Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya

Dibuat di : Depok  
Pada tanggal : 7 Juli 2012  
Yang menyatakan



(Armey Yudha Purwitasari)

## ABSTRAK

Nama : Armey Yudha Purwitasari  
Program Studi : Ilmu Kesehatan Masyarakat  
Judul : Implementasi Kebijakan Program Jampersal di Kabupaten Lebak, Propinsi Banten Tahun 2011.

**Latar Belakang.** Menurut SDKI tahun 2007, AKI 228 per 100.000KH dan AKB 34 per 1000KH sementara target MDG's AKI 102 per 100.000 KH dan AKB 23 per 1000KH. Untuk mempercepat pencapaian target MDG's maka diluncurkan program Jampersal sesuai dengan surat edaran yang dikeluarkan Menteri Kesehatan nomor TU/Menkes/E/391/11/2011 tentang Jaminan Persalinan, tanggal 22 Februari 2011. Kabupaten Lebak mendapatkan alokasi dana sebesar Rp. 5.470.545.000,- untuk 16.870 ibu bersalin. Namun dana program tersebut hanya terserap Rp. 3,9 milyar atau sekitar 71,2 % dengan cakupan sebesar 11.137 ibu bersalin atau 68,3%.

**Metode.** Jenis Penelitian ini adalah desain kualitatif. Arah penelitian ini mengenai Implementasi Kebijakan Program Jampersal di Kabupaten Lebak Propinsi Banten Tahun 2011. Metode analisa yang digunakan adalah *content analysis* berdasarkan triangulasi metode, triangulasi sumber dan triangulasi data.

**Hasil.** Hasil analisa yang didapat menunjukkan bahwa implementasi kebijakan dilakukan sudah berjalan dengan baik, hanya saja masih ada hambatan terkait Kendala seperti terhambatnya laporan ke Dinas Kesehatan Propinsi, rendahnya tarif, ketersediaan fasilitas, sebagian bidan desa yang tidak berada di tempat dan geografis.

**Kepustakaan 39 (1966-2012), Gambar 7, Tabel 18 , Lampiran 12**  
Kata Kunci: Jampersal, Implementasi Kebijakan, Kabupaten Lebak

## ABSTRACT

Name : Arney Yudha Purwitasari  
Majoring : Public health  
Title : The Implementation of Jampersal Policy in Lebak  
Regency, Province Banten in 2011

**Background.** According IHDS in 2007, Maternal Mortality Rate is 228/ 100.000 life birth and Infant Mortality Rate is 34/1000 life birth, while MDG's target is Maternal Mortality Rate is 102/100.000 life birth and Infant Mortality Rate is 23/1000 life birth. To achieve MDG's target therefore Jampersal had been launched. According to circular issued by Ministry of Health No. TU/ Menkes/E/391/II/2011 about Jampersal, on February 22<sup>nd</sup> 2011. In Lebak Regency had fund allocation 5.470.545.000,- for 16.870 maternal but that fund only absorb for 3,9 billion or about 71,2 % of 11.137 maternal or 68,3%.

**Methods.** This research is qualitative design research. It about the Implementation of Jampersal Policy in Lebak regency, Banten Province in 2011. Analysis method that being used is content analysis with triangulation method, source and data.

**Result.** Analysis results obtained showed that the implementation of the policy has been running very well, but there are any constraints such as delays in reporting to the Provincial Health Office, the low rates, availability of facilities, many midwives who are not stay in her and geography.

**Bibliography 39 (1966-2012), Figure 7, Table 18, Appendix 12**

Keywords: Jampersal, Policy Implementation, Lebak Regency

## DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL.....	i
HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS.....	iii
HALAMAN PENGESAHAN.....	iv
SURAT PERNYATAAN.....	v
HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS.....	vi
HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI TUGAS AKHIR UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS.....	vii
KATA PENGANTAR.....	x
ABSTRAK.....	xi
DAFTAR ISI.....	xiii
DAFTAR TABEL.....	xvi
DAFTAR GAMBAR.....	xvii
BAB I PENDAHULUAN.....	1
1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Perumusan Masalah.....	4
1.3 Pertanyaan Penelitian.....	5
1.4 Tujuan Penelitian.....	5
1.5 Manfaat Penelitian.....	5
1.6 Ruang Lingkup Penelitian.....	6
BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....	7
2.1 Teori Kebijakan Publik.....	7
2.2 Analisa Kebijakan.....	8
2.3 Analisa Implementasi Kebijakan.....	9
2.3.1 Model dan faktor-faktor yang mempengaruhi Implementasi Kebijakan	11
2.3.1.1 Teori George C. Edwards III (1980).....	11
2.3.1.2 Teori Donal S. Van Meter & Carl E. Van Horn.....	12
2.3.1.3 Teori marille S. Grindle (1980).....	14
2.3.1.4 Teori Daniell A. Mazmanian & Paul Sabatier (1983).....	16
2.3.1.5 Teori G. Shabbir Cheema & Dennis Rondinelli (1983).....	17
2.3.1.6 Brian W. Hoogwood & Lewis A. Gunn (1978).....	19
2.3.1.7 Teori David L. Wiener & Aidan R. Vining (1999).....	19

2.4 Program Jampersal.....	20
2.4.1 Sasaran dan Target.....	20
2.4.2 Paket Manfaat.....	20
2.4.3 Pelayanan Persalinan.....	21
2.4.4 Pendanaan Jaminan Persalinan.....	22
2.5 Teori Kendala atau <i>Theory of Constraint</i> .....	26
<b>BAB III GAMBARAN UMUM.....</b>	<b>28</b>
3.1 Geografis dan Luas Wilayah.....	28
3.2 Sarana Kesehatan.....	30
3.3 Tenaga Kesehatan.....	30
<b>BAB IV KERANGKA KONSEP DAN DAFTAR ISTILAH.....</b>	<b>34</b>
4.1 Kerangka Konsep.....	34
4.2 Daftar Istilah.....	35
<b>BAB V METODOLOGI PENELITIAN.....</b>	<b>42</b>
5.1 Desain Penelitian.....	42
5.2 Waktu dan Lokasi Penelitian.....	42
5.3 Informan.....	42
5.4 Sumber Data.....	43
5.5 Pelaksanaan Penelitian.....	43
5.6 Pengolahan Data.....	44
5.7 Analisa Data.....	45
<b>BAB VI HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN.....</b>	<b>46</b>
6.1 Karakteristik informan.....	46
6.2 Pencapaian Indikator.....	48
6.3 Rencana Pelaksanaan.....	48
6.4 Komunikasi.....	50
6.5 Sumber Daya.....	58
6.6 Disposisi.....	81
6.7 Struktur Birokrasi.....	86
6.8 Kondisi Geografis, Sosial dan Ekonomi.....	89
6.9 Analisis Hambatan.....	97
6.9.1 Identifikasi Hambatan.....	98
6.9.2 Eksploitasi Hambatan.....	100
6.9.3 Evaluasi Hambatan.....	101

BAB VII KESIMPULAN DAN SARAN.....	103
7.1 Kesimpulan.....	103
7.2 Saran.....	104
7.2.1 Bagi Kementerian Kesehatan.....	104
7.2.2 Bagi Pemerintah Daerah.....	105
7.2.3 Bagi Peneliti Lain.....	105
DAFTAR PUSTAKA.....	
LAMPIRAN.....	

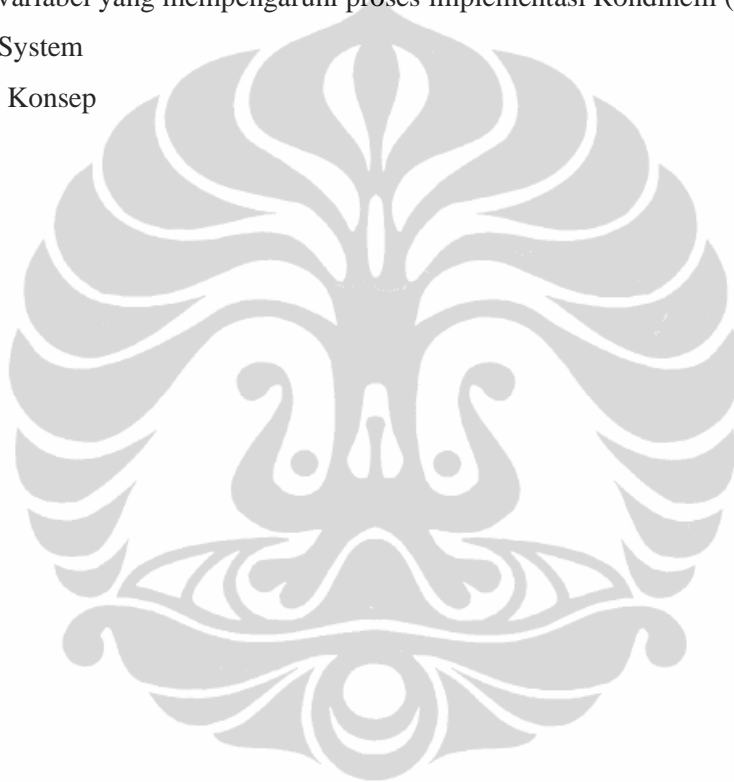


## DAFTAR TABEL

1.1	Pencapaian Indikator AKI/AKB Kab/Kota se-Propinsi Banten tahun 2009-2011	3
2.1	Tarif Pelayanan Jaminan Persalinan di Pelayan Dasar	23
3.1	Jumlah Estimasi Bumil dan Bulin Kabupaten Lebak dirinci menurut Jumlah Puskesmas Tahun 2011	28
3.2	Rasio Tenaga Kesehatan terhadap jumlah penduduk di Kabupaten Lebak	30
3.3	Keadaan Tenaga Pada Sarana Puskesmas di Kabupaten Lebak Tahun 2004 – 2008	31
3.4	Keadaan Tenaga Kesehatan Pada RS Ajidarmo dan RS Misi Tahun 2008	32
3.5	Data Cakupan Pelayanan Antenatal (K4), Cakupan Persalinan dan Cakupan Neonatus tahun 2004 -2008	33
6.1	Karakteristik informan	46
6.2	Estimasi Jumlah Bumil dan Bulin Kabupaten Lebak Tahun 2011	49
6.3	Cakupan Pelayanan Antenatal Bumil di Kabupaten Lebak Tahun 2011	49
6.4	Cakupan Pelayanan Nifas dan Neonatus di Kabupaten Lebak Tahun 2011	50
6.5	Ketersediaan Bidan di Kabupaten Lebak	71
6.6	Bidan Desa yang dikontrak oleh Pusat dan Daerah	71
6.7	Ketersediaan Dokter Spesialis dan Bidan di Rumah Sakit	72
6.8	Sarana Kesehatan di Kabupaten Lebak Tahun 2011	75
6.9	Rujukan Persalinan di Tingkat Lanjut Program Jampersal RSUD Ajidarmo Tahun 2011	78
6.10	Persalinan Rujukan dan Non rujukan RSUD Ajidarmo tahun 2010	79
6.11	Matrik Klasifikasi Jenis Komoditas	97

## DAFTAR GAMBAR

2.1	Faktor Penentu Implementasi (Edwards III, 1980)	12
2.2	Model Implementasi Kebijakan menurut Van Meter dan Horn (1975)	14
2.3	Implementasi sebagai proses politik dan administrasi (Grindle, Merille, 1980)	16
2.4	Variabel-variabel yang mempengaruhi proses implementasi Mazmanian & Sabatier (1983)	17
2.5	Variabel-variabel yang mempengaruhi proses implementasi Rondinelli (1983)	18
2.6	Strategic System	26
4.1	Kerangka Konsep	34





# BAB I PENDAHULUAN

## 1.1. Latar Belakang

Menurut data Survei Demografi Kesehatan Indonesia (SDKI) tahun 2007, AKI 228 per 100.000KH, AKB 34 per 1000KH. Berdasarkan kesepakatan global ( *Millenium Development Goals/MDG's*) pada tahun 2015, diharapkan AKI menurun menjadi 102 per 100.000 KH dan AKB menurun sebesar 23 per 1000KH. Untuk itu pemerintah perlu melakukan intervensi dengan melakukan terobosan guna mencapai target MDGs tersebut. Kematian yang terjadi pada tahun pertama setelah kelahiran hidup disebut kematian bayi. Kematian bayi dan anak sampai umur lima tahun relative sangat tinggi. Hal ini erat hubungannya dengan kemampuan orang tua dalam memberikan pemeliharaan dan perawatan pada anak-anaknya. Angka Kematian Bayi (AKB) didefinisikan sebagai jumlah kematian selama satu tahun tertentu per 1000 Kelahiran Hidup (KH) selama tahun yang sama (WHO,1993).

Untuk mempercepat pencapaian target MDGs maka tahun 2011 Kemenkes melahirkan inovasi sesuai surat edaran yang dikeluarkan Menteri Kesehatan nomor TU/Menkes/E/391/11/2011 tentang Jaminan Persalinan, tanggal 22 Februari 2011, Kementerian kesehatan meluncurkan program Jampersal (Jaminan Persalinan) sebagai bentuk intervensi dalam penurunan Angka Kematian Ibu (AKI) dan Angka Kematian Bayi (AKB). Tujuan Program Jampersal ini untuk meningkatkan akses masyarakat terhadap persalinan yang sehat dengan cara memberikan kemudahan pembiayaan kepada seluruh ibu hamil yang belum memiliki jaminan persalinan dan diberikan kepada semua ibu hamil agar dapat mengakses pemeriksaan persalinan (Antenatal Care/ANC), pertolongan persalinan (Partus), pemeriksaan nifas dan pelayanan KB. Program Jampersal memberikan pertanggung jawaban biaya kepada ibu hamil yang ingin bersalin di rumah sakit pemerintah kelas III, sarana pelayanan kesehatan dan bidan praktik. Jadi, biaya persalinan itu ditanggung oleh pemerintah.( Kemenkes , 2011)

Upaya penurunan AKI harus difokuskan pada penyebab langsung kematian ibu, yang terjadi 90% pada saat persalinan dan segera setelah persalinan

yaitu perdarahan (28%), eklamsia (24%), infeksi (11%), komplikasi puerperium 8%, partus macet 5%, abortus 5%, trauma obstetric 5%, emboli 3%, dan lain-lain 11% (SKRT 2001). Kematian ibu juga diakibatkan beberapa faktor resiko keterlambatan (Tiga Terlambat), di antaranya terlambat dalam pemeriksaan kehamilan, terlambat dalam memperoleh pelayanan persalinan dari tenaga kesehatan, dan terlambat sampai di fasilitas kesehatan pada saat dalam keadaan emergensi. Salah satu upaya pencegahannya adalah melakukan persalinan yang ditolong oleh tenaga kesehatan di fasilitas kesehatan. (Kemenkes, Juknis Jampersal, 2011)

Persalinan oleh tenaga kesehatan pada kelompok sasaran miskin (Quintile 1) baru mencapai sekitar 69,3%. Sedangkan persalinan yang dilakukan oleh tenaga kesehatan di fasilitas kesehatan baru mencapai 55,4%. (Riskesdas, 2010). Salah satu kendala penting untuk mengakses persalinan oleh tenaga kesehatan di fasilitas kesehatan adalah keterbatasan dan ketidak-tersediaan biaya sehingga diperlukan kebijakan terobosan untuk meningkatkan persalinan yang ditolong tenaga kesehatan di fasilitas kesehatan melalui kebijakan yang disebut Jaminan Persalinan.

Jaminan Persalinan dimaksudkan untuk menghilangkan hambatan finansial bagi ibu hamil untuk mendapatkan jaminan persalinan, yang didalamnya termasuk pemeriksaan kehamilan, pelayanan nifas termasuk KB pasca persalinan, dan pelayanan bayi baru lahir. Dengan demikian, kehadiran Jaminan Persalinan diharapkan dapat mengurangi terjadinya Tiga Terlambat tersebut sehingga dapat mengakselerasi tujuan pencapaian MDGs 4 dan 5.

Menurut Mediakom (Kemenkes, 2012) Ada lima terbesar penyumbang AKI di Indonesia, dengan total angka 5.767 kematian atau 50% dari 11.767 kematian ibu di Indonesia tahun 2010. Lima propinsi tersebut secara berturut-turut adalah Jawa barat, Jawa Tengah, Nusa Tenggara Timur, Banten dan Jawa Timur. Apabila kelima ke lima propinsi tersebut dapat diturunkan angka kematian ibu secara signifikan, maka akan berpengaruh besar terhadap penurunan angka kematian ibu secara nasional.

Pada tahun 2011 Propinsi Banten memiliki Angka Kematian Bayi yaitu sebesar 17/1000 KH dan Angka Kematian Ibu 158,6/100.000 KH, dan

untuk kab. Lebak Angka Kematian Bayi sebesar 35,2/ 100 KH dan Angka Kematian Ibu sebesar 328,1/ 100.000 KH (Dinkes Prov. Banten, 2011). Hal ini digambarkan pada tabel berikut:

**Tabel 1.1 Pencapaian Indikator AKI / AKB  
Kabupaten/Kota  
se- Provinsi Banten Tahun 2009-2011**

No.	Kab/Kota	AKI			AKB		
		2009	2010	2011	2009	2010	2011
1	Kota Tangerang	12,5	11,3	8,2	98,1	78,7	51,9
2	Kota Serang	25,1	23,1	18,5	163,4	149,8	125,1
3	Kab. Lebak	45,1	41,4	35,2	336,7	332,5	328,1
4	Kab. Tangerang	21,2	18,9	15,2	115,1	106,4	104,9
5	Kab. Pendeglang	44,5	40,8	32,6	328,0	302,1	302,1
6	Kota Cilegon	22,2	20,4	13,6	196,8	185,0	102,0
7	Kab. Serang	30,1	26,6	18,7	419,1	381,4	362,1
8	Kota Tangsel	9,8	8,0	5,0	82,9	64,9	50,6
	Propinsi	25,3	22,8	17,0	203,2	187,3	158,6

Salah satu faktor penyebab tingginya angka kematian ibu berhubungan dengan pemilihan pertolongan persalinan, dan tidak semua ibu hamil melakukan proses persalinan di sarana kesehatan atau menggunakan pertolongan Tenaga Kesehatan. ( Profil Kesehatan Indonesia, 2007). Selain itu kesulitan akses terhadap pelayanan kesehatan juga menyebabkan rendahnya pemanfaatan pelayanan kesehatan. Selain akses jarak, akses biaya juga mempengaruhi, sehingga masyarakat masih banyak yang beranggapan bahwa bila persalinan ditolong oleh bidan biayanya mahal sedangkan bila ditolong oleh dukun bisa membayar berapa saja. (Anggorodi, Rina, 2009). Kondisi sosial ekonomi & pengetahuan mempengaruhi preferensi ibu hamil untuk melakukan proses persalinan menggunakan dukun. Hal ini menuntut adanya strategi dalam memberikan intervensi medis mengingat determinan dari angka kematian ibu bersifat kompleks. (Setyawati, Gita dan Alam, Meridian, 2010). Disparitas kesehatan ibu dan anak antara lain disebabkan oleh faktor geografis – daerah

terpencil dan kepulauan, belum terpenuhinya kebutuhan masyarakat akan ketersediaan fasilitas pelayanan kesehatan dan obat-obatan yang terjangkau, kurangnya tenaga kesehatan, serta masih adanya hambatan finansial masyarakat dalam mengakses pelayanan kesehatan yang disediakan oleh Pemerintah. ([www.kesehatanibu.depkes.go.id](http://www.kesehatanibu.depkes.go.id))

Menurut penelitian Women Research Institute (WRI) yang dilakukan di 7 (tujuh) kota/kabupaten dalam kurun waktu 2007-2008 tak kurang dari 59% perempuan di Indonesia melakukan proses persalinan di rumah. Adapun 7 (tujuh) kabupaten/kota tersebut adalah Kabupaten Jembrana, Lampung Selatan, Indramayu, Sumba Barat, Lombok Tengah, Lebak dan Kota Surakarta. Faktor biaya kerap menjadi alasan pemilihan rumah sebagai tempat persalinan. Selain itu keterbatasan jumlah bidan memperkuat alasan tersebut, hal ini disebabkan karena seorang bidan harus melayani masyarakat dari dua desa sehingga bidan sulit untuk ditemui. ([www.menkokesra.go.id](http://www.menkokesra.go.id))

Untuk mengatasi permasalahan tersebut sesuai dengan Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No.15/Menkes/SK/III/2011 tentang penerima dana Jamkesmas dan Jampersal di Pelayanan Dasar Untuk Tiap Kabupaten/Kota Tahun Anggaran 2011 Provinsi Banten menerima dana Jampersal sebesar Rp. 48.375.520.000,- dengan proyeksi ibu hamil sebanyak 240.023 jiwa, sementara Kabupaten Lebak menerima anggaran Jampersal senilai Rp. 5.470.545.000,- dialokasikan untuk 16.870 ibu bersalin, yaitu 60% dari estimasi 28.117 ibu bersalin (Bulin) yang ada di Kabupaten Lebak, Banten. Namun dana program tersebut hanya terserap Rp. 3,9 milyar atau sekitar 71,2 % dengan cakupan sebesar 11.137 ibu bersalin atau 68,3%. (Dinkes Kab. Lebak, 2011)

## **1.2. Rumusan Masalah**

Dari uraian diatas, terdapat beberapa permasalahan yang terangkum dalam identifikasi masalah, yaitu cakupan Jampersal yang tidak memenuhi target estimasi, penyerapan dana yang masih dibawah 80%. Untuk itu penulis mencoba menganalisa Implementasi kebijakan program Jampersal Tahun 2011 di Kab.

Lebak, Banten dan faktor-faktor apa saja yang mendukung dan menghambat keberhasilan pelaksanaan program Jampersal tahun 2011 di Kab. Lebak, Banten

### **1.3. Pertanyaan Penelitian**

- 1.3.1. Efektifkah Implementasi Kebijakan Program Jampersal di Kabupaten Lebak tahun 2011?.
- 1.3.2. Bagaimana gambaran Proses pelaksanaan Implementasi Kebijakan Program Jampersal tahun 2011 di Kabupaten Lebak dikaji dari aspek komunikasi, sumber daya, disposisi, struktur birokrasi dan kondisi geografis, sosial ekonomi?.
- 1.3.3. Faktor-faktor apa saja yang menjadi penghambat atau kendala dalam implementasi kebijakan program Jampersal?.
- 1.3.4. Faktor-aktor penunjang dalam implementasi kebijakan program Jampersal?.

### **1.4. Tujuan Penelitian**

#### 1.4.1. Tujuan Umum

Mengevaluasi Efektifitas Implementasi Kebijakan Program Jampersal di Kabupaten Lebak tahun 2011

#### 1.4.2. Tujuan Khusus

- 1.4.2.1. Menggali informasi secara mendalam mengenai aspek komunikasi, sumber daya, disposisi, struktur birokrasi dan kondisi geografis, sosial ekonomi dalam Kebijakan Program Jampersal di Kabupaten Lebak tahun 2011
- 1.4.2.2. Menggali informasi secara mendalam faktor- faktor apa saja yang menjadi penghambat atau kendala dalam Kebijakan Program Jampersal di Kabupaten Lebak tahun 2011
- 1.4.2.3. Menggali informasi secara mendalam mengenai faktor penunjang dalam Kebijakan Program Jampersal di Kabupaten Lebak tahun 2011

## 1.5. Manfaat Penelitian

### 1.5.1. Manfaat Aplikatif

- a. Dapat mengetahui permasalahan dalam Implementasi Kebijakan Program Jampersal di Kabupaten Lebak tahun 2011
- b. Dapat melakukan evaluasi Kebijakan Program Jampersal di Kabupaten Lebak tahun 2011
- c. Dapat menjadi Bahan masukan dalam menyusun Alokasi dana, Strategi sebagai bahan pertimbangan dan mengakomodir permasalahan yang ditemui di lapangan

### 1.5.2. Manfaat Teoritis

Sebagai bahan sumbangan referensi literature di dunia akademis dalam menganalisis kebijakan kesehatan

### 1.5.3. Manfaat Metodologis

Sebagai tambahan referensi metodologi dalam menganalisis implementasi kebijakan

## 1.6. Ruang Lingkup Penelitian

Penelitian ini merupakan penelitian tentang implementasi kebijakan program Jampersal bagi ibu bersalin di Kabupaten Lebak tahun 2011, aspek yang akan dilihat adalah dari aspek komunikasi, aspek sumberdaya, aspek struktur birokrasi dan aspek sosial ekonomi.

Penelitian ini merupakan penelitian kualitatif dengan melakukan wawancara secara mendalam pada pejabat terkait diantaranya Kepala Dinas Kesehatan kabupaten Lebak, Koordinator Tim Pengelola Jampersal Dinas Kabupaten Lebak, Pengelola Program Jampersal di RSUD dan pengelola Program Jampersal di Puskesmas serta Bidan Praktek Swasta. Lokasi penelitian ini di Kabupaten Lebak sedangkan waktu penelitian dari mulai persiapan sampai dengan penyajian laporan adalah dari bulan Maret – Juni 2012.

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **2.1. Teori Kebijakan Publik**

Definisi Kebijakan Publik menurut Andersen, J(1984), Easton, (1979) yang dirangkum oleh Leo Agustiono (2006) dalam bukunya “ Politik dan Kebijakan Publik” adalah :

1. Serangkaian Kegiatan yang mempunyai maksud/tujuan tertentu yang dilaksanakan oleh seorang/kelompok yang berperan dengan suatu permasalahan atau suatu yang diperhatikan ( Andersen, 1984)
2. Suatu keputusan public yang dikembangkan oleh badan pemerintahan (Easton,D,1979)

Sifat-sifat yang dimiliki kebijakan public dapat dikategorikan dalam 5 (lima) kategori , yaitu bersifat sebagai berikut:

1. Policy demand atau permintaan kebijakan
2. Policy decision atau putusan kebijakan
3. Policy Statement atau pernyataan kebijakan
4. Policy Output atau hasil kebijakan atau apa yang dikerjakan dari suatu kebijakan
5. Policy outcome atau akibat dari kebijakan

Dalam peraturan tertulis, tingkatan kebijakan tertulis dibedakan menjadi 3 yaitu:

1. Kebijakan Publik tertinggi adalah kebijakan public yang ,menjadi falsafah dari terbentuknya Negara Kesatuan Republik Indonesia yaitu Pancasila dan Undang Undang Dasar 1945 yang menjadi pendiri bangsa Indonesia yang dapat direvisi hanya oleh Majelis Permusyawaratan rakyat (MPR) sebagai perwujudan dari seluruh rakyat Indonesia
2. Kebijakan Publik yang kedua adalah yang dibuat dalam bentuk kerjasama antara legislative dan eksekutif. Model ini bukan menyiratkan ketidakmampuan legislatif, namun menyiratkan tingkat kompleksitas

permasalahan yang tidak memungkinkan legislative bekerja sendiri, contoh kebijakan public yang dibuat bersama antara eksekutif dan legialatif ini adalah Undang Undang dan Peraturan Daerah.

3. Kebijakan Publik yang ketiga adalah kebijakan yang dibuat oleh eksekutif saja. Di dalam perkembangannya, peran eksekutif tidak cukup melaksanakan kebijakan yang dibuat oleh legislative, karena produk dari legislative berisikan peraturan yang sangat luas, sehingga dibutuhkan peraturan pelaksanaan yang dibuat sebagai turunan dari produk peraturan legislatif. Contoh kebijakan public yang dibuat oleh eksekutif adalah Peraturan Pemerintah (PP), Keputusan / peraturan Presiden (Keppres/Perpres), Keputusan/ Peraturan Menteri (Kepmen/Permen), Keputusan/Peraturan Gubernur, Keputusan/Peraturan Walikota/Bupati.

## 2.2. Analisa Kebijakan

Analisa Kebijakan menurut William N. Dunn adalah suatu bentuk analisis yang menghasilkan dan menyajikan informasi sedemikina rupa sehingga dapat memberikan landasan dari para pembuat kebijakan dalam membuat keputusan. Dalam Analisis kebijakan, kata analisis digunakan dalam pengertian yang paling umum termasuk penggunaan intuisi dan pengungkapan pendaapat dan mencakup tidak hanya penguji kebijakan dengan memilah-milahkannya ke dalam sejumlah komponen-komponen tetapi juga perancangan dan sintesis alternative-alternatif baru.

Kegiatan-kegiatan yang tercakup dapat direntangkan mulai penelitian untuk menjelaskan atau memberikan pandangan-pandangan terhadap isu-isu atau masalah-masalah yang terantisipasi sampai mengevaluasi suatu program yang lengkap. Analisis kebijakan mempunyai tujuan yang bersifat penanda (designative) dengan pendekatan empiris (berdasarkan fakta), bersifat penilaian dengan pendekatan evaluative dan bersifat anjuran dengan pendekatan public8ti.

Analisan kebijakan sosial menurut Suharto (2008) adalah seperangkat tindakan (course of action), kerangka kerja (framework), petunjuk (guideline), rencana (plan), peta (map) atau strategi, yang dirancang untuk menterjemahkan



visi politis pemerintah atau lembaga pemerintah ke dalam program dan tindakan untuk mencapai tujuan tertentu di bidang kesejahteraan social (social welfare).

### 2.3. Analisa Implementasi Kebijakan

Analisis Implementasi Kebijakan merupakan suatu analisis yang bersifat evaluative dengan konsekuensi lebih melakukan retrospektif daripada prospektif. Suatu Kebijakan setelah diimplementasikan/dilaksanakan dapat dinilai atau dievaluasi. Hasil penilaian digunakan untuk mengkritik proses implementasi maupun isi kebijakan. Hasil ini mungkin juga akan menghasilkan cara pandang terhadap masalah kebijakan yang berbeda dengan cara pengenalan masalah pada awal pembuatan kebijakan (Wibawa, 1994)

Dalam Leo Agustino (2008) Untuk melukiskan rumitnya implementasi kebijakan Eugene Bardach (1991:3) mengemukakan pernyataan berikut:

*“adalah cukup untuk membuat sebuah program dan kebijakan umum yang kelihatannya bagus diatas kertas. Lebih sulit lagi merumuskannya dalam kata-katadan slogan-slogan yang kedengarannya mengenakan bagi telingapara pemimpin dan para pemilih yang mendengarkannya. Dan lebih sulit lagi untuk melaksanakannya dalam bentuk cara yang memuaskan semua orang termasuk mereka anggap klien”*

Dalam derajat lain Daniel Mazmanian dan Paul Sabatier dalam bukunya *Implementation and Public Policy* (1983:61) mendefinisikan Implementasi Kebijakan sebagai:

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

Sedangkan, Van Meter dan Van Horn (1975), mendefinisikan implementasi kebijakan, sebagai:

*“Tindakan-tindakan yang dilakukan baik oleh individu-individu atau pejabat-pejabat atau kelompok-kelompok pemerintahan atau swasta yang diarahkan pada tercapainya tujuan-tujuan yang telah digariskan dalam keputusan kebijaksanaan”*

Dari tiga definisi tersebut di atas dapat diketahui bahwa implementasi kebijakan menyangkut 3 hal, yaitu: (1) adanya tujuan dan sasaran kebijakan; (2) adanya aktivitas atau kegiatan pencapaian tujuan; dan (3) adanya hasil kegiatan (Agustino, Leo, 2008)

Analisis implementasi berusaha mengenali sejauhmana efek yang semula direncanakan untuk dicapai oleh kebijakan telah terealisasi dan dampak apa yang ditimbulkan olehnya, baik dampak yang terduga maupun dampak yang tidak diduga sebelumnya. Oleh karena itu, evaluasi kebijakan sering diartikan sebagai evaluasi dampak kebijakan maupun sebagai alat untuk memahami proses politik di sekitar implementasi kebijakan.

Tujuan analisis (Wibawa, 1994)

1. Memberikan hasil evaluasi kepada para pembuat kebijakan tentang bagaimana program-program mereka berlangsung atau dijalankan
2. Menunjukkan factor-faktor yang dapat dimanipulasi atau diubah agar memperoleh pencapaian hasil secara lebih baik, untuk kemudian menjadi kebijakan baru atau sekedar cara implementasi baru.

Dalam melakukan analisis implementasi ada dua pendekatan yaitu pendekatan kepatuhan dan pendekatan apa yang terjadi. Pendekatan kepatuhan adalah pendekatan dengan anggapan bahwa implementasi kebijakan akan berhasil apabila para pelaksananya mematuhi petunjuk-petunjuk yang diberikan oleh birokrasi atas yang menetapkan kebijakan tersebut. Pendekatan apa yang terjadi (what happening) adalah pendekatan yang memotret pelaksanaan suatu kebijakan atau program dari segala hal. Pendekatan ini mendasari pada asumsi bahwa implementasi kebijakan melibatkan dan dipengaruhi oleh segala variable atau factor. Dengan demikian apa yang terlibat dan berlangsung di dalam implementasi

jauh lebih penting untuk diungkap dan dikaji daripada memperoleh kesesuaian implementasi dengan keharusan-keharusan yang semestinya dilakukan.

### **2.3.1 Model dan faktor-faktor yang mempengaruhi Implementasi Kebijakan**

Menurut Nawawi (2009) berbagai pendekatan dalam implementasi kebijakan baik terkait dengan implementor, sumber daya, lingkungan, metoda, permasalahan dan tingkat kemajemukan yang dihadapi di masyarakat. Sumber Daya manusia sebagai implementor mempunyai peranan yang penting dalam pengendalian implementasi kebijakan publik .

Untuk memperkaya pemahaman kita tentang berbagai variable yang terlibat di dalam implementasi, maka akan dikolaborasi beberapa teori implementasi dibawah ini:

#### **2.3.1.1 Teori George C. Edwards III (1980)**

Model implementasi kebijakan yang berpektif *top down* menurut pandangan Edward III (1980) dipengaruhi oleh empat variable:

##### **a. Komunikasi**

Implementasi Kebijakan Publik agar dapat mencapai keberhasilan, mensyaratkan agar implementor mengetahui apa yang harus dilakukan secara jelas. Apa yang menjadi tujuan dan sasaran kebijakan harus diinformasikan kepada kelompok sasaran (*target group*) sehingga akan mengurangi distorsi implementasi

##### **b. Sumber Daya**

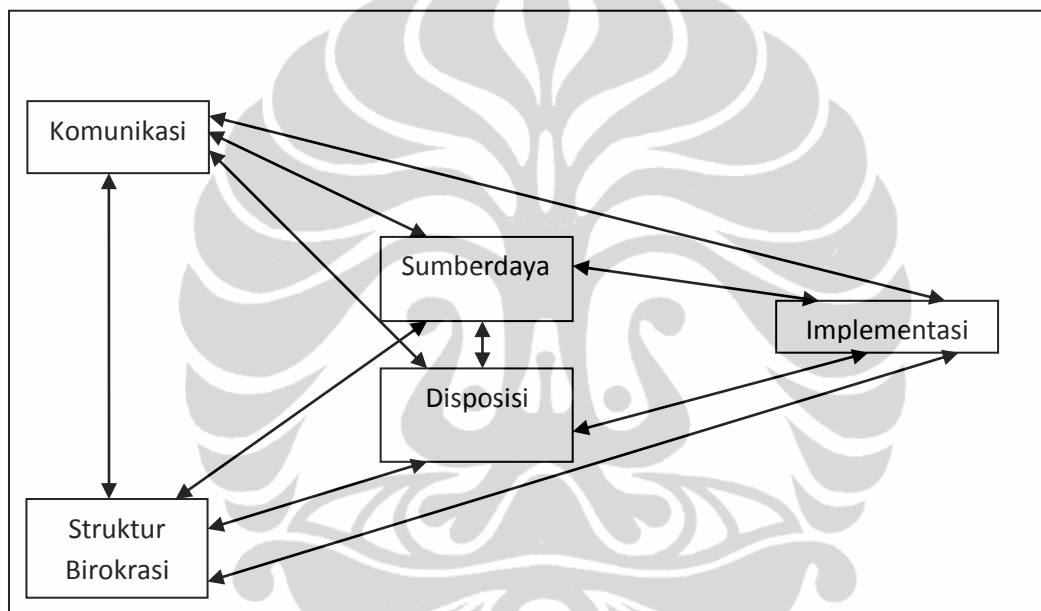
Dalam implementasi kebijakan harus ditunjang oleh sumber daya bak sumber daya manusia, material, dan metoda. Sasaran, tujuan dan isi kebijakan walaupun sudah dikomunikasikan secara jelas dan konsisten, tetapi apabila implementor kekurangan sumber daya untuk melaksanakan, implementasi tidak akan berjalan efektif dan efisien.

c. Disposisi

Suatu disposisi dalam implementasi dan karakteristik, sikap yang dimiliki oleh implementor kebijakan, seperti komitmen, kejujuran, komunikatif, cerdas dan bersifat demokratis.

d. Struktur Birokrasi

Organisasi, menyediakan peta sederhana untuk menunjukkan secara umum kegiatan-kegiatannya dan jarak dari puncak menunjukkan status relatifnya. Garis-garis interaksi formal yang ditetapkan.



Gambar 2.1 Faktor Penentu Implementasi (Edwards III, 1980)

### 2.3.1.2 Teori Donal S. Van Meter & Carl E. Van Horn (1975)

Dalam implementasi kebijakan menurut Donald S. Van meter & Carl E. Van Horn, ada 6 variabel yang mempengaruhi kinerja implementasi, yakni:

a. Standard an sasaran kebijakan

Setiap kebijakan publik harus mempunyai standard dan suatu sasaran kebijakan yang jelas dan terukur. Dengan ketentuan tersebut tujuannya dapat terwujud.

b. Sumberdaya Implementasi

Dalam implementasi kebijakan perlu dukungan sumberdaya baik sumberdaya manusia (*human resources*), maupun sumber daya material (*material resources*) dan sumber daya metoda (*method resources*)

c. Komunikasi antar organisasi

Dalam banyak program implementasi kebijakan, sebagai realitas dari program kebijakan perlu hubungan yang baik antar instansi terkait, yaitu dukungan komunikasi dan koordinasi

d. Karakteristik agen pelaksana

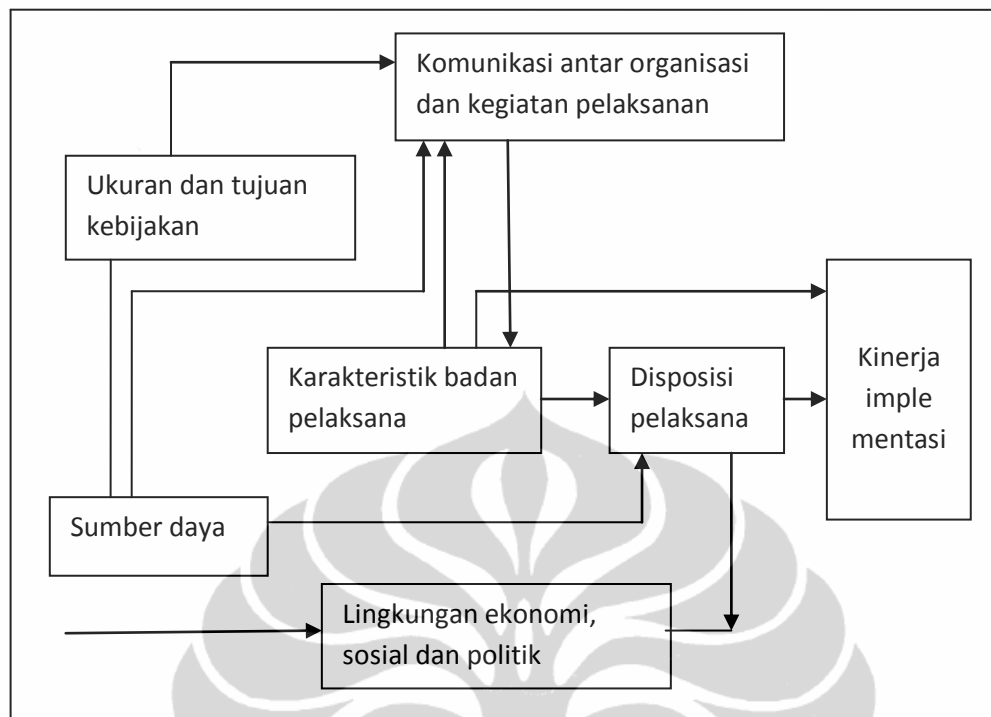
Dalam suatu implementasi kebijakan agar mencapai keberhasilan maksimal harus diidentifikasi dan diketahui karakteristik agen pelaksananya.

e. Disposisi implementor

Dalam implementasi kebijakan sikap atau disposisi implementor ini dibedakan menjadi 3 hal: (a) respons implementor terhadap kebijakan, (b) kondisi, (c) intensitas disposisi implementor

f. Lingkungan kondisi sosial, ekonomi dan politik

Variabel ini mencakup sumberdaya ekonomi lingkungan yang dapat mendukung keberhasilan implementasi kebijakan, sejauh mana kelompok-kelompok kepentingan memberikan dukungan bagi implementasi kebijakan; karakteristik partisipan, yakni mendukung dan menolak; bagaimana sifat opini publik yang ada di lingkungan dan apakah elite politik mendukung implementasi kebijakan.



Gambar. 2.2. Model Implementasi Kebijakan menurut Van Meter dan Horn (1975)

### 2.3.1.3 Teori Marille S. Grindle (1980)

Menurut Merille S. Grindle (1980) bahwa keberhasilan implementasi kebijakan publik dipengaruhi oleh dua variable yang fundamental, yaiki isi kebijakan (content of policy) dan lingkungan implementasi (context of implementation). Variabel tersebut mencakup hal sebagai berikut, yaitu: (1) sejauh mana kepentingan kelompok atau sasaran atau target groups termuat dalam isi kebijakan public; (2) jenis manfaat yang diterima target groups; (3) sejauhmana perubahan yang diinginkan oleh kebijakan.( Nawawi, 2009)

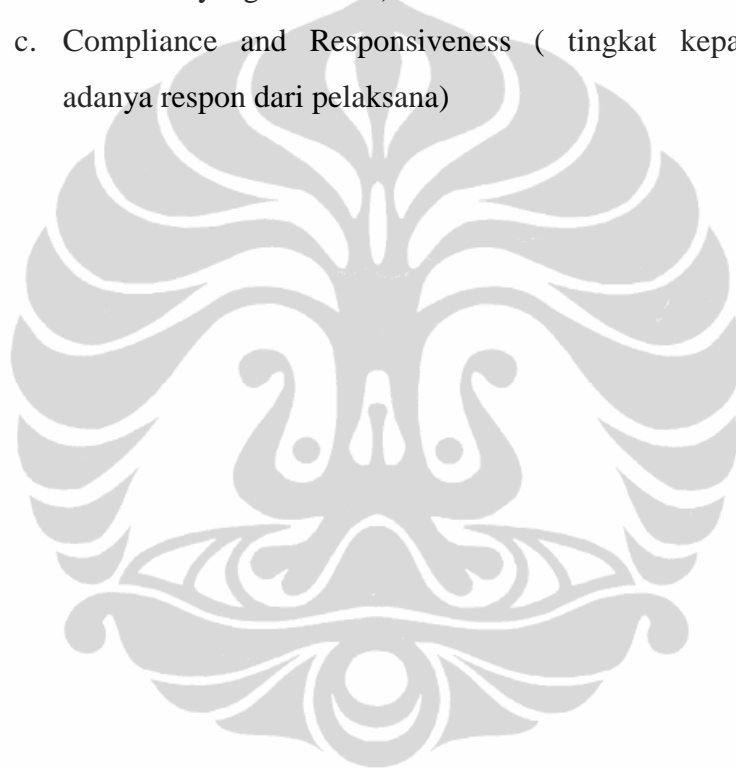
Dalam Leo Agustino (2008) *Content policy* menurut Grindle adalah:

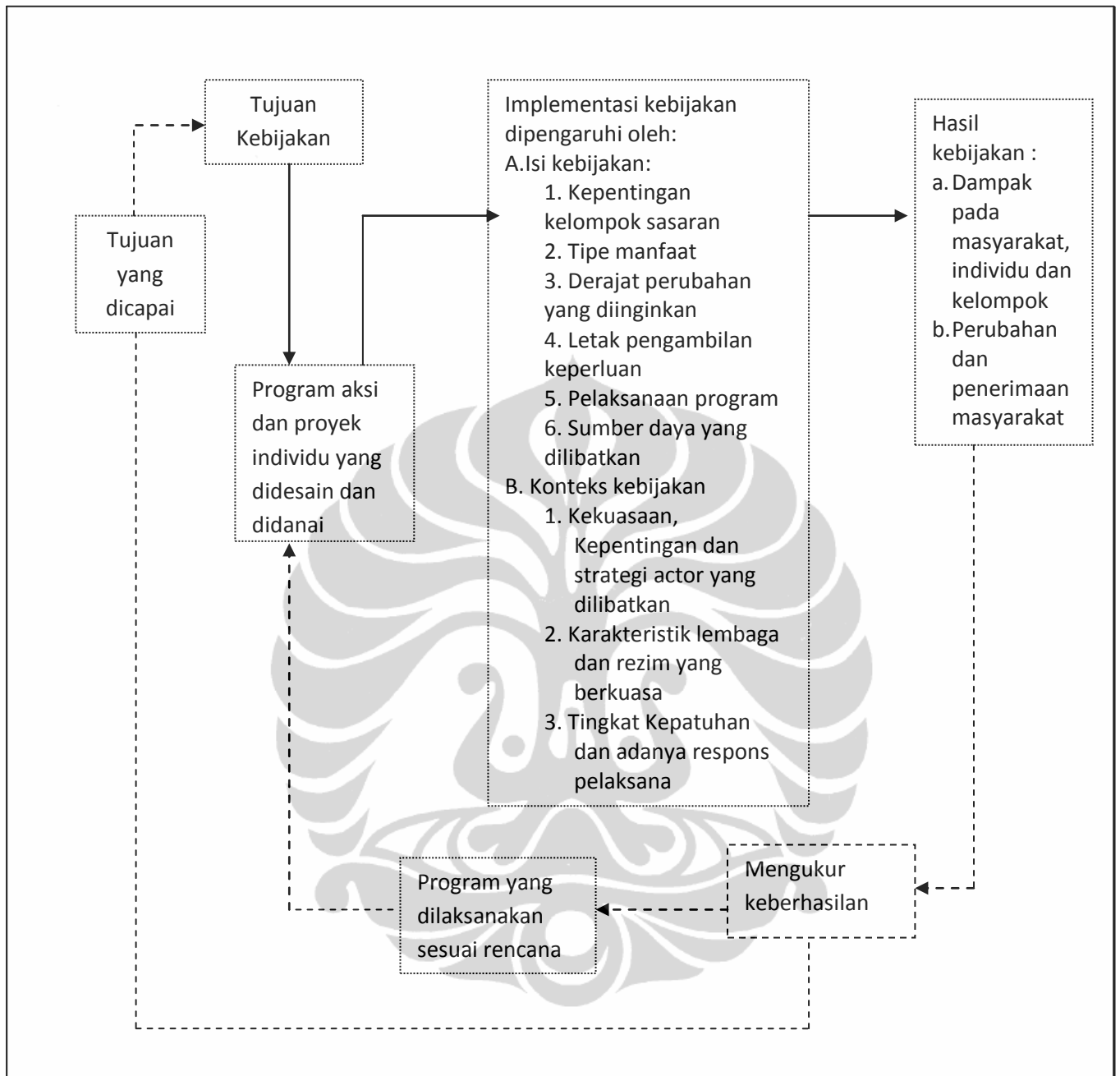
- a. Interest Affected (kepentingan-kepentingan yang berpengaruh)
- b. Type of benefit ( tipe manfaat)
- c. Extent of change envision (derajat perubahan yang ingin dicapai)

- d. Site of decision making ( letak pengambil keputusan)
- e. Program Implementer ( pelaksana program)
- f. Resouces commited (sumber-sumber daya yang digunaka)

Sedangkan Context of Policy adalah:

- a. Power, Interest and strategy of Actor Involve (Kekuasaan, Kepentingan-kepentingan dan strategi dari actor yang terlibat)
- b. Institution and regime Characteristic ( karakteristik lembaga dan rezim yang berkuasa)
- c. Compliance and Responsiveness ( tingkat kepatuhan dan adanya respon dari pelaksana)





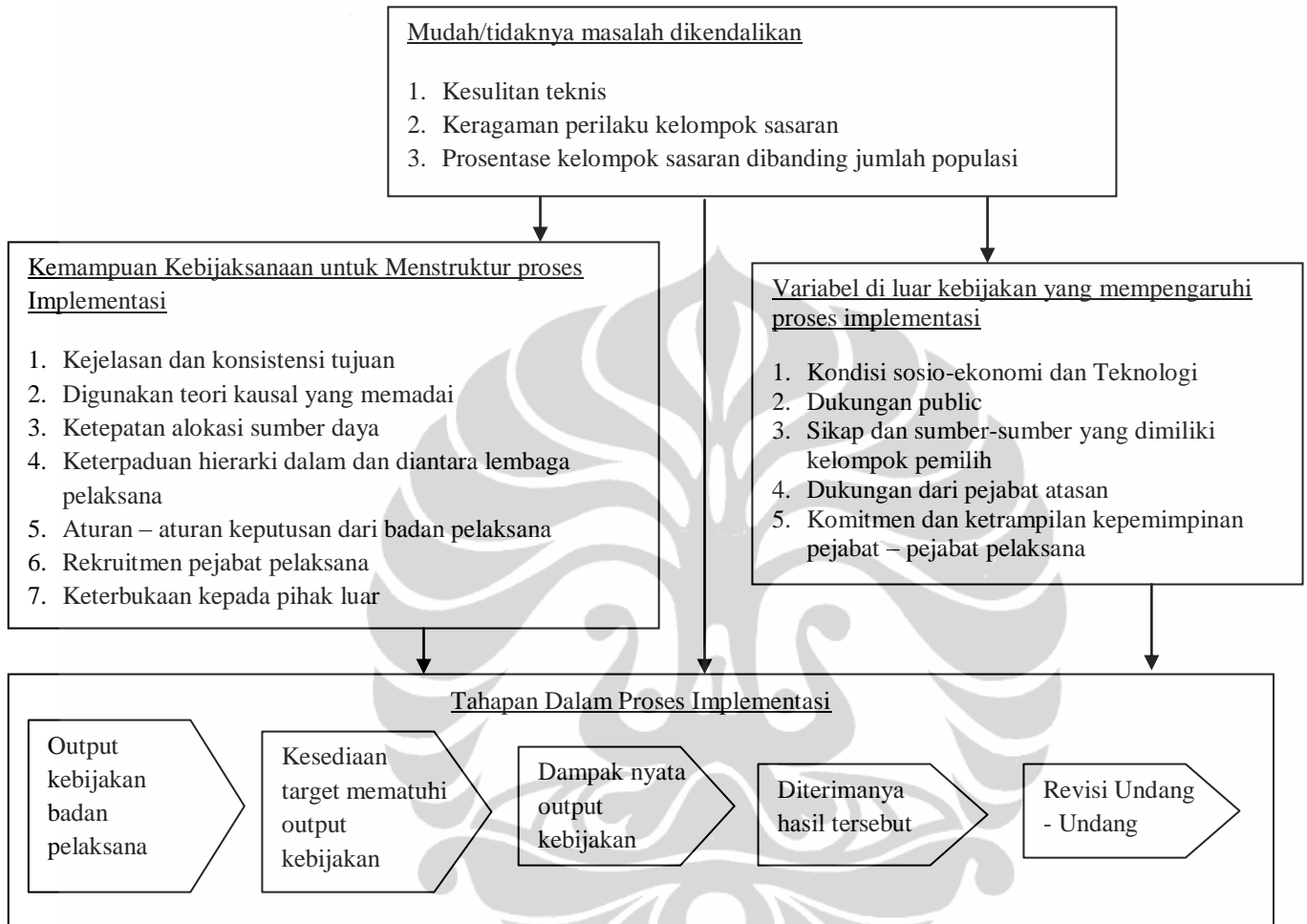
Gambar. 2.3 Implementasi sebagai proses Politik dan Administrasi (Grindle, Merille, 1980)

#### 2.3.1.4 Teori Danielle A. Mazmanian & Paul A. Sabatier (1983)

Mazmanian & Sabatier (1983) mengungkapkan bahwa keberhasilan implementasi kebijakan public dipengaruhi oleh tiga kelompok



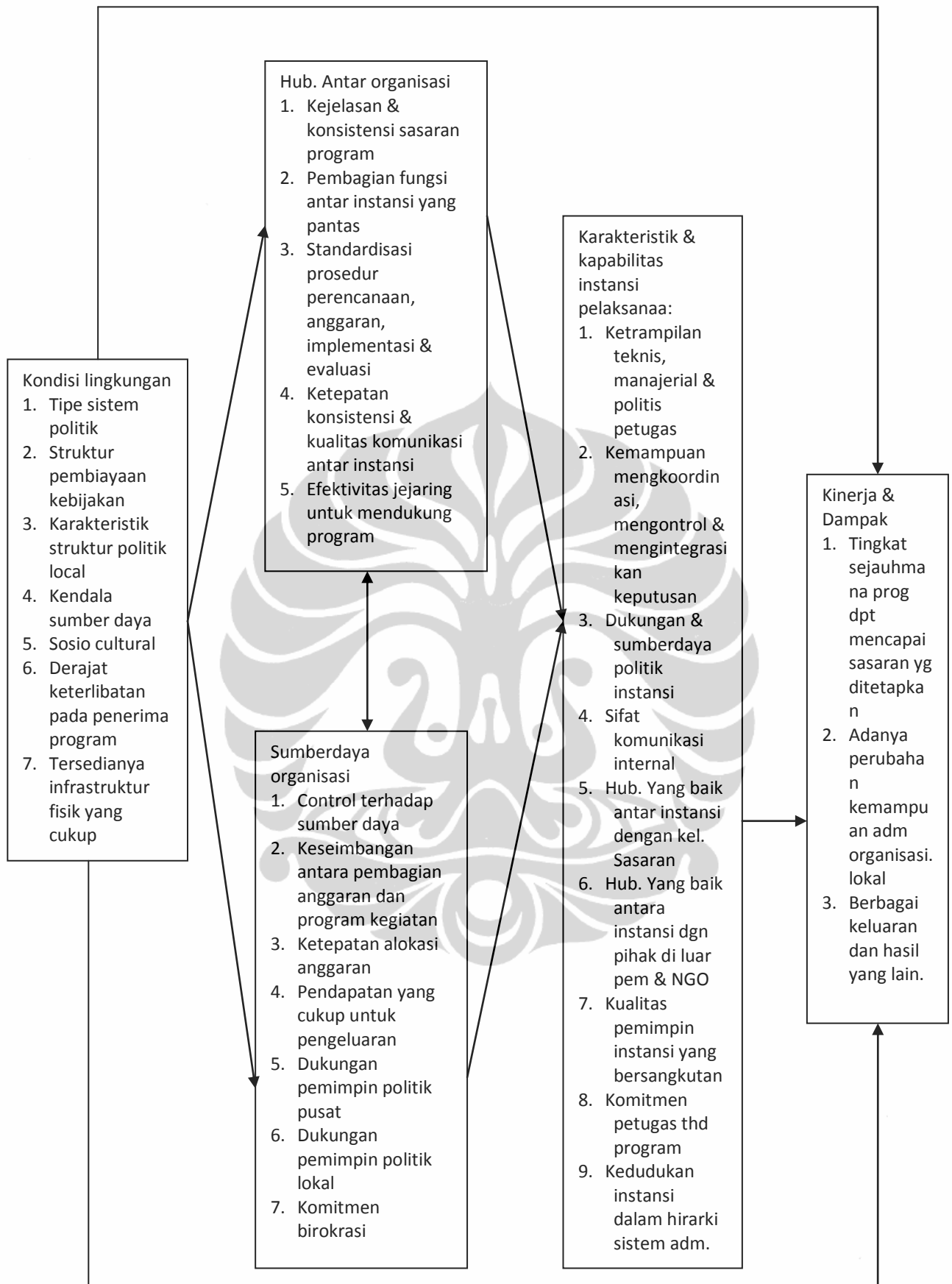
variable: (1) Karakteristik masalah; (2) karakteristik kebijakan/undang-undang; (3) variable lingkungan



Gambar 2.4 Variabel variable yang mempengaruhi proses implementasi  
Mazmanian, Daniel A & Sabatier, Paul A, (1983)

### 2.3.1.5 Teori G. Shabbir Cheema & Dennis A. Rondinelli (1983)

Menurut G. Shabbir Cheema dan Dennis A. Rondinelli ada empat kelompok variable yang dapat mempengaruhi kinerja dan dampak suatu program, yaitu (1) kondisi lingkungan; (2) hubungan antar organisasi; (3) sumberdaya organisasi untuk implementasi program; (4) karakteristik dan kemampuan agen pelaksana.



Gambar.2.5. Variabel variable yang mempengaruhi proses implementasi

### 2.3.1.6 Brian W. Hoogwood & Lewis A. Gunn (1978)

Menurut kedua pakar untuk melakukan implementasi kebijakan diperlukan minimal 10 (sepuluh) syarat, yaitu:

- a. Adanya jaminan yaitu kondisi eksternal tidak menimbulkan masalah baru, artinya pihak luar tidak memunculkan masalah.
- b. Tersedianya sumber daya yang memadai yaitu sumber daya alam yang mendukung, sumber daya manusia yang handal dan sumber daya buatan yang produktif
- c. Pengadaan sumberdaya yaitu kesiapan persediaan sumber daya yang sewaktu waktu diperlukan
- d. Hubungan kausal yang handal antar elemen
- e. Seberapa banyak hubungan kausal yaitu tingkat signifikan.
- f. Saling ketergantungannya kecil artinya dapat berdiri kokoh dengan kekuatan sendiri agar efektif
- g. Pemahaman yang mendalam dan kesepakatan artinya ada peran yang dimainkan antar lembaga terkait untuk saling mendukung
- h. Masalah saling diklasifikasikan yang baik dengan cara dirinci masalahnya mana yang dulu mana yang akhir
- i. Komunikasi dan koordinasi yang sempurna berarti ada teamwork perekat antar lembaga
- j. Yang berwenang dapat menuntut dan kemudian mendapatkan kepatuhan artinya para implementor berwibawa dan berpengaruh ditaati bawahannya

### 2.3.1.7 Teori David L. Wiener & Aidan R. Vining (1999)

Menurut Weimer & Vining ada tiga kelompok variable besar yang dapat mempengaruhi keberhasilan implementasi program kebijakan, yaitu:

1. Logika dari suatu kebijakan
2. Sebuah kebijakan harus sesuai dengan tuntutan lingkungan
3. Kemampuan implementor

## 2.4 Program Jampersal

Jaminan Persalinan adalah jaminan pembiayaan pelayanan persalinan yang meliputi pemeriksaan kehamilan, pertolongan persalinan, pelayanan nifas termasuk pelayanan KB pasca persalinan dan pelayanan bayi baru lahir. Hal ini diatur dalam Permenkes No. 631/Menkes/Per/III/2011 tentang petunjuk teknis Jaminan Persalinan. (Kemenkes, Juknis Jampersal, 2011)

### 2.4.1. Sasaran dan Target

Menurut Juknis Jampersal (2011) Sasaran yang dijamin dalam Jaminan Persalinan adalah:

- a. Ibu hamil
- b. Ibu bersalin
- c. Ibu nifas (sampai 42 hari pasca melahirkan)
- d. Bayi baru lahir ( sampai dengan usia 28 hari)

Adapun target ibu hamil yang didanai Jampersal berdasarkan perkiraan jumlah sasaran adalah 60% dari estimasi proyeksi

### 2.4.2. Paket Manfaat

- a. Pemeriksaan Kehamilan (ANC)
- b. Persalinan Normal
- c. Pelayanan nifas normal, termasuk KB pasca persalinan
- d. Pelayanan bayi baru lahir normal
- e. Pemeriksaan kehamilan pada kehamilan resiko tinggi
- f. Pelayanan pasca keguguran
- g. Persalinan per vaginam dengan tindakan emergensi dasar
- h. Pelayanan nifas dengan tindakan emergensi dasar
- i. Pelayanan bayi baru lahir dengan emergensi dasar
- j. Pemeriksaan rujukan kehamilan dengan kehamilan resiko tinggi
- k. Penanganan rujukan pasca keguguran
- l. Penanganan kehamilan ektopik terganggu (KET)
- m. Persalinan dengan tindakan emergensi komprehensif

- n. Pelayanan nifas dengan tindakan emergensi komprehensif
- o. Pelayanan bayi baru lahir dengan tindakan emergensi komprehensif
- p. Pelayanan KB pasca melahirkan.

### **2.4.3. Pelayanan Persalinan**

#### **a. Pelayanan Persalinan tingkat pertama**

Pelayanan persalinan tingkat pertama adalah pelayanan yang diberikan oleh tenaga kesehatan yang kompeten dan berwenang memberikan pelayanan pemeriksaan kehamilan, pertolongan persalinan, pelayanan bayi baru lahir, termasuk pelayanan persiapan rujukan pada saat terjadinya komplikasi tingkat pertama.

Pelayanan tingkat pertama diberikat Puskesmas dan Puskesmas PONED (Pelayanan Obstetry Neonatal Emergensi Dasar) serta jaringannya termasuk Polindes dan Poskesdes, fasilitas kesehatan swasta yang memiliki Perjanjian Kerja Sama (PKS) dengan Tim Pengelola Kabupaten/Kota

#### **b. Pelayanan Persalinan tingkat lanjutan**

Pelayanan persalinan tingkat lanjut adalah pelayanan yang diberikan oleh tenaga kesehatan spesialis, terdiri dari pelayanan kebidanan dan neonatus kepada ibu hamil, bersalin, nifas, dan bayi dengan risiko tinggi dengan komplikasi, di rumah sakit pemerintah dan swasta yang tidak dapat ditangani pada fasilitas kesehatan tingkat pertama dan dilaksanakan berdasarkan rujukan, kecuali pada kondisi kegawatdaruratan.

Pelayanan tingkat lanjut diberikan di fasilitas perawatan kelas III di Rumah Sakit Pemerintah dan Rumah Sakit Swasta yang memiliki Perjanjian Kerjasama (PKS) dengan Tim Pengelola Kabupaten/Kota.

a. Pelayanan Persiapan Rujukan

Pelayanan persiapan rujukan adalah pelayanan pada suatu keadaan dimana terjadi kondisi yang tidak dapat ditatalaksanakan secara paripurna di fasilitas kesehatan tingkat pertamasehingga perlu dilakukan rujukan ke fasilitas kesehatan tingkat lanjut.

#### 2.4.4. Pendanaan Jaminan Persalinan

Pendanaan Jaminan Persalinan merupakan bagian integral dari pendanaan Jamkesmas, sehingga tim pengelola Jampersal dan Jamkesmas sama, baik di pelayanan tingkat pertama maupun tingkat lanjut. Pengelola dana pada pelayanan tingkat pertama dilakukan oleh Dinas Kesehatan Kabupaten /Kota sedangkan pengelolaan dana tingkat lanjut dilakukan oleh Rumah Sakit.

Penyaluran dana Jamkesmas dan Jampersal disalurkan langsung dari bank operasional KPPN Jakarta V ke

- Rekening Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota sebagai penanggung jawab program untuk persalinan di fasilitas tingkat pertama
- Rekening Rumah Sakit/ Balai Kesehatan untuk pelayanan persalinan di fasilitas kesehatan tingkat lanjutan.

Kesemua pembayaran baik persalinan di tingkat pertama maupun persalinan di tingkat lanjutan bersifat klaim jadi perbayarannya disesuaikan dengan laporan pertanggung jawaban.

Tabel 2.1 Tarif Pelayanan Jaminan Persalinan di  
Pelayanan Dasar

No.	Jenis Pelayanan	Frek	Tarif		Keterangan
			2011	2012	
1	Pemeriksaan Kehamilan (ANC)	4 x	10.000	20.000	Mengikuti buku pedoman KIA. Pada kasus-kasus kehamilan dengan komplikasi/resiko tinggi. Frekuensi ANC dapat > 4 x dgn penanganan di RS berdasarkan rujukan
2	Persalinan Normal	1 x	350.000	500.000	Besaran biaya hanya untuk pembayaran : a. Jasa Medis b. Akomodasi pasien maksimum 24 jam pasca persalinan. (permintaan obat-obatan diajukan ke Dinas Kesehatan)
3	Pelayanan ibu nifas dan bayi baru lahir	3x (2011) 4x	10.000	20.000	Mengikuti buku pedoman KIA. Pada kasus-kasus kehamilan dengan

		(2012)			komplikasi/resiko tinggi. Frekuensi ANC dapat > 4 x dgn penanganan di RS berdasarkan rujukan
4	Pelayanan pra rujukan pada komplikasi ke bidanan dan neonatal	1 x	100.000	100.000	Mengikuti buku pedoman KIA
5	a. Pelayanan penanganan perdarahan pasca keguguran, persalinan per vaginam dengan tindakan emergensi dasar. Pelayanan rawat inap untuk komplikasi selama kehamilan, persalinan dan nifas serta bayi baru lahir.	1 x	500.000	650.000	Hanya dilakukan pada Puskesmas PONED yang mempunyai tenaga yang kompetenserta fasilitas yang menunjang. Biaya rawat inap sesuai dengan ketentuan tariff rawat inap puskesmas PONED yang berlaku.
	b.Pelayanan rawat inap untuk bayi lahir sakit	1 x	Tidak ada	Sesuai tariff rawat inap Puskesmas Perawatan yang berlaku	Hanya dilakukan pada Puskesmas perawatan.
	c.Pelayanan tindakan pasca persalinan ( misal	1 x	Tidak ada	150.000	Hanya dilakukan oleh tenaga kesehatan terlatih (mempunyai surat



	manual plasenta)				penugasan kompetensi oleh Kadinkes setempat) dan fasilitas yang mampu.
6	KB Pasca persalinan b. Jasa pemasangan alat kontrasepsi (KB): - IUD dan Implant  - Suntik  c. Penanganan komplikasi KB pasca persalinan	1 x	Tidak ada	60.000  10.000  100.000	a. Termasuk jasa dan penyediaan obat-obat komplikasi  b. Pelayanan KB Kontap dilaksanakan di RS melalui penggerakan dan besaran tariff mengikuti INA-CBG's
7	Transport Rujukan	Setiap kali (PP)	Tidak ada	Besaran transport sesuai dengan SBU APBN, standar biaya transport asi yang berlaku di daerah.	Biaya transport rujukan adalah biaya yang dikeluarkan untuk merujuk pasien sedangkan biaya petugas dan pendampingan dibebankan kepada pemerintah daerah.

## 2.5 Teori kendala atau *Theory of Constraint*

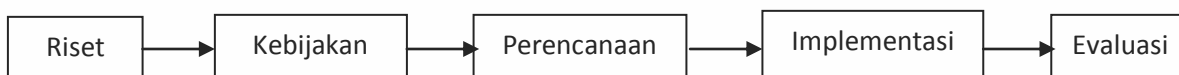
Dalam pencapaian tujuan ini, kadang kita menemukan kendala dan apabila tidak ditangani dengan bijak maka tujuan yang ingin kita capai tidak akan terwujud. Eliyahu M. Goldratt pada tahun 1984 dengan bukunya berjudul “The Goal” memperkenalkan teori kendala (*Theory of Constraints/ToC*) yang merupakan filosofi manajemen yang ditujukan untuk membantu organisasi untuk terus mencapai tujuan mereka.

Dapat diartikan bahwa TOC adalah suatu pendekatan ke arah peningkatan proses yang berfokus pada elemen-elemen yang dibatasi untuk meningkatkan output. Hal ini berdasarkan fakta bahwa, seperti sebuah rantai dengan link yang paling lemah, dalam beberapa sistem yang kompleks pada waktu tertentu, sering terdapat satu aspek dalam sistem yang membatasi kemampuannya untuk mencapai lebih banyak tujuannya. Usaha yang berfokus pada masalah dapat meningkatkan atau memaksimalkan kembali inisiatif yang ada agar sistem tersebut mencapai kemajuan yang signifikan, hambatannya perlu untuk diidentifikasi dan keseluruhan sistem perlu diatur. Sese kali elemen proses yang dibatasi diperbaiki, link paling lemah yang berikutnya dapat ditujukan dalam pendekatan interaktif.

ToC adalah suatu filosofi manajemen yang membantu sebuah perusahaan dalam meningkatkan keuntungan dengan memaksimalkan produksinya dan meminimalisasi semua ongkos atau biaya yang relevan. Penerapan ToC lebih terfokus pada penelolan operasi yang terkendala sebagai kunci dalam meningkatkan kinerja sistem produksi, nantinya dapat berpengaruh terhadap profitabilitas secara keseluruhan.

Hambatan adalah faktor yang membatasi kinerja suatu sistem dan sistem bagaikan sebuah rantai, dimana setiap suatu sistem hanya mempunyai sebuah hambatan kunci, selain itu adalah non hambatan (Modul *strategic leadership*, FKM UI)

Gambar 2.6 *strategic system*



Bila kebijakan ditingkatkan 20% belum tentu akan berpengaruh pada peningkatan pada seluruh kekuatan rantai. Oleh karena itu kita perlu melakukan teori hambatan ini karena kita tidak ingin memecahkan masalah yang salah dan kita ingin agar sumberdaya digunakan seoptimal mungkin.

Dalam mengimplemntasikan ide-ide sebagai solusi dari suatu permasalahan, Goldratt (1984), mengembangkan 5 (lima) langkah yang berurutan supaya proses perbaikan lebih focus dan berakibat baik bagi sistem. Langkah-langkah tersebut adalah:

1. Identifikasi hambatan (*identifying the constraint*)  
Mengidentifikasi bagian sistem manakah yang paling lemah kemudian melihat kelemahannya apakah kelemahan fisik atau kebijakan.
2. Eksploitasi hambatan (*exploiting the constraints*)  
Menentukan cara menghilangkan atau mengelola hambatan dengan biaya yang paling rendah
3. Subordinasi sumber lainnya (*subordinating the remaining resources*)  
Setelah menemukan hambatan dan telah diputuskan bagaimana mengelola hambatan tersebut maka harus mengevaluasi apakah hambatan tersebut masih menjadi konstrain pada performasi sistem atau tidak. Jika tidak maka akan menuju ke langkah kelima, tetapi jika ya akan menuju ke langkah keempat.
4. Evaluasi hambatan (*evaluating the constraints*)  
Jika langkah ini dilakukan, maka langkah kedua dan ketiga tidak berhasil menangani konstrain, maka harus ada perubahan besar dalam sistem, seperti reorganisasi, perbaikan modal, atau modifikasi substansi sistem.
5. Mengulangi proses keseluruhan (*repeating the process*)  
Jika langkah ketiga dan keempat telah berhasil dilakukan maka akan mengulangi lagi dari langkah pertama. Proses ini akan berputar sebagai siklus. Tetap waspada bahwa suatu solusi dapat menimbulkan konstrain baru perlu dilakukan.

### BAB III

## GAMBARAN UMUM

### 3.1 Geografis dan Luas Wilayah

Kabupaten Lebak terletak antara 6°18' - 7°00' Lintang Selatan dan 105°25' 106°30' Bujur Timur dengan luas wilayah 304.472 Ha (3.044,72 Km<sup>2</sup>) yang terdiri dari 28 kecamatan dengan 340 desa dan 5 kelurahan. Dengan batas administrative sebagai berikut:

Sebelah Utara : Kabupaten Serang dan Tangerang  
Sebelah Selatan : Samudra Indonesia  
Sebelah Barat : Kabupaten Pandeglang  
Sebelah Timur : Kabupaten Bogor dan Kabupaten Sukabumi

**Tabel 3.1 Jumlah Estimasi Bumil dan Bulin Kabupaten Lebak dirinci menurut Jumlah Puskesmas Tahun 2011**

No.	Puskesmas	Jumlah Penduduk	Bumil (1,10XCBRXPDK)	Bulin/Bufas/Busui (1,05XCBRXPDK)
1	Rangkasbitung	87,404	2,009	1,918
2	Mekarsari	17,906	412	393
3	Kolelet	11,907	274	261
4	Kalanganyar	32,297	743	709
5	Cibadak	30,560	703	671
6	Mandala	29,375	675	645
7	Warunggunung	27,572	634	605
8	Baros	26,541	610	582
9	Cikulur	25,237	580	554
10	Pamandegan	26,545	610	583

11	Maja	52,099	1,198	1,143
12	Curugbitung	33,901	779	744
13	Sajira	27,264	627	598
14	Pajagan	21,887	503	480
15	Cipanas	50,197	1,154	1,102
16	Lebakgedong	22,032	507	483
17	Muncang	34,253	787	752
18	Sobang	29,563	680	649
19	Cimarga	44,793	1,030	983
20	Sarageni	21,073	484	462
21	Leuwidamar	23,479	540	515
22	Cisimeut	30,400	699	667
23	Bj. manik	22,568	519	495
24	Cirinten	25,726	591	565
25	Cileles	22,247	511	488
26	Prabugantungan	28,419	653	624
27	Gn.Kencana	34,779	800	763
28	Banjarsari	36,370	836	798
29	Bojongjuruh	32,571	749	715
30	Malingping	65,770	1,512	1,443
31	Binuangeun	34,707	798	762
32	Parungsari	21,350	491	469
33	Cijaku	28,194	648	619
34	Cigemblong	22,868	526	502
35	Panggarangan	37,135	854	815
36	Cihara	31,143	716	683
37	Bayah	40,426	929	887
38	Cilograng	33,444	769	734
39	Cibeber	35,592	818	781
40	Cisungsang	21,662	498	475
<b>KABUPATEN LEBAK</b>		<b>1,281,258</b>	<b>29,456</b>	<b>28,117</b>

Sumber : Profil Kesehatan Kabupaten Lebak tahun 2011

### 3.2 Sarana Kesehatan

Sarana Kesehatan meliputi Rumah Sakit, Puskesmas, Sarana Upaya Kesehatan Bersumberdaya Masyarakat, Sarana Produksi dan Distribusi Farmasi dan Alat Kesehatan serta Institusi dan Tenaga Kesehatan. Dalam Rangka terus meningkatkan derajat kesehatan masyarakat, di Kabupaten Lebak sampai dengan akhir tahun 2011 telah tersedia berbagai sumber daya kesehatan sebagai berikut:

- a. 3 (tiga) unit Rumah Sakit, yaitu RSUD Ajidarmo, RSUD Misi dan RSUD Malingping
- b. 40 unit Puskesmas (14 Puskesmas Dengan Perawatan dan 26 Puskesmas Tanpa Perawatan)
- c. 30 Poskesdes dan 1 Poskestren
- d. 73 unit Puskesmas pembantu
- e. 40 unit Puskesmas keliling (Puskesmasling) dan ambulance.
- f. 204 Kendaraan Roda dua termasuk didalamnya Motor Manling
- g. 39 Balai Pengobatan, 7 unit Apotik, 20 toko obat berizin.
- h. 146 Rumah bersalin / Praktek Bidan

### 3.3 Tenaga Kesehatan

Rasio Tenaga Kesehatan per jumlah penduduk dengan menggunakan proyeksi penduduk tahun 2008 di wilayah Kabupaten Lebak digambarkan dalam tabel dibawah ini :

**Tabel. 3.2 Rasio Tenaga Kesehatan terhadap Jumlah Penduduk di Kabupaten Lebak**

No.	Jenis Tenaga	Jumlah Tenaga	Rasio per 100.000 penduduk
1	Dokter Spesialis	32	4,39
2	Dokter Umum	81	6.44

3	Dokter Gigi	8	1
4	Perawat	512	70,1
5	Bidan	303	41,54
6	Perawat Gigi	22	3
7	Apoteker	7	0,959
8	Asisten Apoteker	11	1,5
9	Sarjana Kesehatan Masyarakat	52	7,13
10	Sanitarian	25	3,4
11	Nutrisionis	23	3,1
12	Keterampilan Fisik	0	0
13	Keterampilan Medis	1	0,137
14	Analisis Kesehatan/ Lab	19	2,60
Jumlah		1096	

Sumber Profil Kesehatan kabupaten Lebak Tahun 2011

Sedangkan jumlah sumber daya manusia yang bertugas di puskesmas pada tahun 2008 seperti yang tertera pada table dibawah ini

**Tabel 3.3 Keadaan Tenaga Pada Sarana Puskesmas  
di Kabupaten Lebak Tahun 2004 – 2008**

No.	Tenaga Kesehatan	Jumlah
1	Dokter Umum	47
2	Dokter Gigi	5
3	Magister Kesehatan Masyarakat	50
4	Sarjana Kesehatan Masyarakat	50
5	Asisten Apoteker	4
6	Perawat Umum	312
7	Bidan	275
8	Perawat Gigi	21
9	Sanitarian	21
10	Nutrisionis	16

11	Analisis Kesehatan	4
Jumlah Total		805

Sumber: Profil Kesehatan Kabupaten Lebak 2011

**Tabel 3.4 Keadaan Tenaga Kesehatan Pada RS Ajidarmo dan RS Misi Tahun 2008**

No.	Jenis Tenaga	RSUD Ajidarmo	RS Misi	Total
1	Dokter Spesialis	27	5	32
2	Dokter Umum	28	6	34
3	Dokter Gigi	2	1	3
4	Sarjana Kesehatan Masyarakat	-	2	2
5	Perawat	136	64	200
6	Bidan	23	5	28
7	Sanitarian	4	-	4
8	Nutrisionis	4	3	7
9	Keterampilan Medis	0	1	1
10	Keterampilan Fisik	0	0	0
11	Perawat Gigi	1	0	1
12	Apoteker	6	1	7
13	Asisten Apoteker	5	2	7
14	Analisis Kesehatan/ Lab	12	5	17
	Jumlah	249	96	345

Sumber: Profil Kesehatan Kabupaten Lebak 2011

Dalam rangka mencapai tujuan pembangunan kesehatan untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat dan dalam rangka mewujudkan visi dan misi Kabupaten Lebak yaitu “ Kabupaten Lebak menjadi daerah kondusif



untuk berinvestasi yang berorientasi pada pembangunan pedesaan”. Maka untuk mencapai keadaan tersebut dilakukan berbagai upaya pelayanan kesehatan masyarakat. Hal ini terlihat dari data cakupan Pelayanan Antenatal (K4), cakupan persalinan oleh tenaga kesehatan dan cakupan neonatus yang tergambar seperti dibawah ini:

**Tabel. 3.5 Data Cakupan Pelayanan Antenatal (K4),  
Cakupan Persalinan dan Cakupan Neonatus  
tahun 2004 -2008**

Data Cakupan		2004	2005	2006	2007	2008
Antenatal (K4)		75,8	78,2	69,1	73,44	85,22
Persalinan di Tenaga Kesehatan		48,9	47,2	45,5	49	85,85
Neonatal	KN1	59,2	82,9	68,4	81,91	87,1
	KN2	57,8	80,2	64,5	73,44	77,5

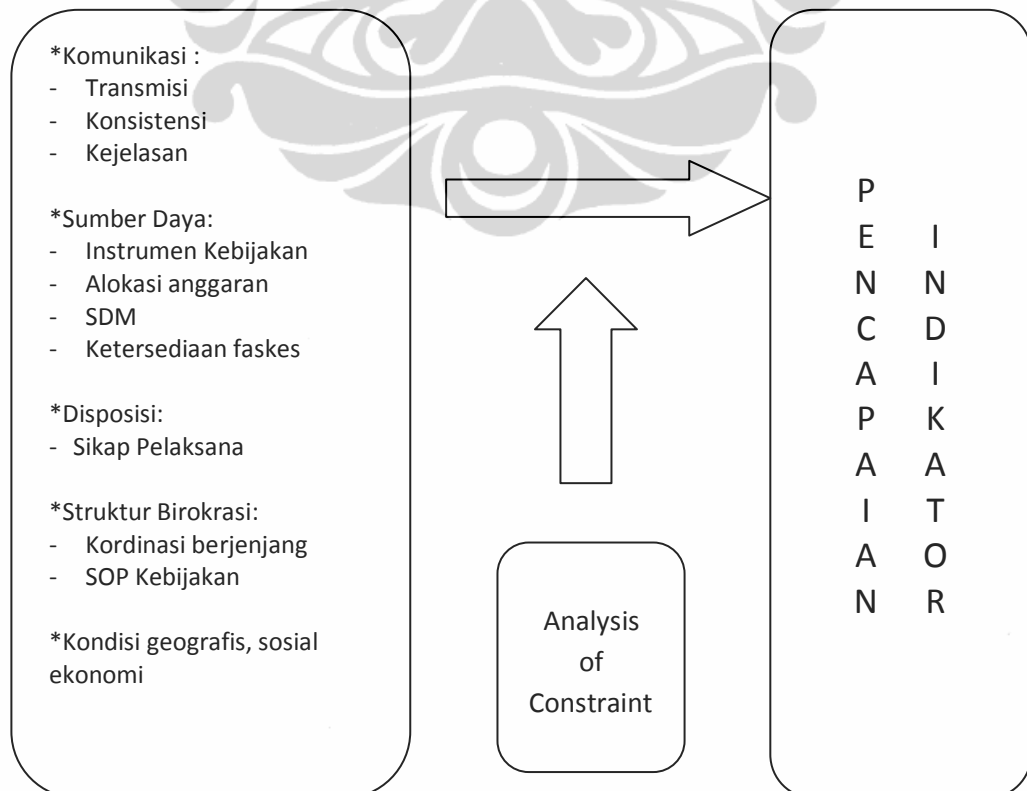
Sumber: Profil Kesehatan Kabupaten Lebak 2011

## BAB IV KERANGKA KONSEP DAN DAFTAR ISTILAH

### 4.1 Kerangka Konsep

Dari kerangka teori yang sudah dipaparkan dalam bab sebelumnya, maka penelitian Implementasi Kebijakan Program Jampersal di kabupaten Lebak Tahun 2011 ini menggunakan teori implementasi kebijakan George C. Edwards III, 1980 (Nawawi, 2009) dan theory of constraints. Variabel yang akan analisa berdasarkan pandangan teori George C. Edwards III dengan variable yang mempengaruhi adalah Komunikasi, Sumber Daya, Disposisi, dan Struktur Birokrasi, sedangkan Peneliti menambahkan lingkungan sosial ekonomi sedangkan metode theory of constraint digunakan untuk menganalisis kendala-kendala yang dihadapi. Penelitian ini terfokus pada implementasi kebijakan program Jampersal di Kabupaten Lebak dengan menganalisis kendala-kendala yang dihadapi dalam pelaksanaan program tersebut, tujuannya adalah meneliti lebih mendalam permasalahan dan hambatan yang ada dalam pelaksanaan program Jampersal.

Gambar 4.1 Kerangka Konsep



## 4.2 Daftar Istilah

- a. Pencapaian Indikator adalah angka yang dicapai dalam Program Jampersal di Kabupaten Lebak tahun 2011
- b. Rencana Pelaksanaan adalah tindakan-tindakan yang dilakukan oleh para pelaksana kebijakan dari Pengelola Program sampai ke pelaksana yang diarahkan untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan
- c. Transmisi adalah cara penyampaian informasi yang digunakan untuk sosialisasi Kebijakan Program Jampersal di Kabupaten Lebak tahun 2011.

Sumber : Wawancara mendalam, telaah dokumen

Cara mendapatkan : Pedoman wawancara mendalam, alat tulis dan alat perekam

Informan : Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Lebak, Ketua Tim Pengelola Jamkesmas/Jampersal Dinas Kesehatan Kabupaten Lebak, Kabid Yan Medik RSUD Ajidarmo, Kabid Keuangan RSUD Ajidarmo, Bidan Koordinator ruang VK, Kepala Puskesmas Kolelet dan Cisimeut, Bendahara Puskesmas Kolelet dan Cisimeut, Bidan Koordinator puskesmas Kolelet dan Cimarga, Bidan Desa Cisimeut, Bidan Praktek Swasta Kolelet dan Cimarga, Ibu Bersalin yang menggunakan jampersal, Ibu bersalin yang tidak menggunakan Jampersal dan Ibu Hamil.

- d. Konsistensi adalah kesamaan informasi yang diterima oleh pelaksana dan tidak berubah- ubah agar tidak membingungkan dalam pelaksanaan kebijakan.

Sumber : Wawancara mendalam, telaah dokumen

Cara mendapatkan : Pedoman wawancara mendalam, alat tulis

dan alat perekam

Informan : Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Lebak,  
Ketua Tim Pengelola Jamkesmas/Jampersal Dinas Kesehatan Kabupaten Lebak, Kabid Yan Medik RSUD Ajidarmo, Kabid Keuangan RSUD Ajidarmo, Bidan Koordinator ruang VK, Kepala Puskesmas Kolelet dan Cisimeut, Bendahara Puskesmas Kolelet dan Cisimeut, Bidan Koordinator puskesmas Kolelet dan Cimarga, Bidan Desa Cisimeut, Bidan Praktek Swasta Kolelet dan Cimarga.

- e. Kejelasan adalah pemahaman yang tepat terhadap tujuan dan proses pelaksanaan Kebijakan Program Jampersal di Kabupaten Lebak.

Sumber : Wawancara mendalam, telaah dokumen

Cara mendapatkan : Pedoman wawancara mendalam, alat tulis dan alat perekam

Informan : Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Lebak,  
Ketua Tim Pengelola Jamkesmas/Jampersal Dinas Kesehatan Kabupaten Lebak, Kabid Yan Medik RSUD Ajidarmo, Kabid Keuangan RSUD Ajidarmo, Bidan Koordinator ruang VK, Kepala Puskesmas Kolelet dan Cisimeut, Bendahara Puskesmas Kolelet dan Cisimeut, Bidan Koordinator puskesmas Kolelet dan Cimarga, Bidan Desa Cisimeut, Bidan Praktek Swasta Kolelet dan Cimarga.

- f. Instrumen Kebijakan adalah undang – undang , peraturan, surat keputusan, surat perintah , juknis dan SOP serta produk hukum lainnya yang digunakan sebagai panduan dan acuan dalam pelaksanaan kebijakan

Sumber : Wawancara mendalam, telaah dokumen  
 Cara mendapatkan : Pedoman wawancara mendalam, alat tulis dan alat perekam  
 Informan : Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Lebak, Ketua Tim Pengelola Jamkesmas/Jampersal Dinas Kesehatan Kabupaten Lebak, Kabid Yan Medik RSUD Ajidarmo, Kabid Keuangan RSUD Ajidarmo, Kepala Puskesmas Kolelet dan Cisimeut, Bendahara Puskesmas Kolelet dan Cisimeut,

- g. Alokasi Anggaran ketersediaan anggaran yang mencukupi dan berkesinambungan untuk melaksanakan kebijakan.

Sumber : Wawancara mendalam, telaah dokumen  
 Cara mendapatkan : Pedoman wawancara mendalam, alat tulis dan alat perekam  
 Informan : Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Lebak, Ketua Tim Pengelola Jamkesmas/Jampersal Dinas Kesehatan Kabupaten Lebak, Kabid Yan Medik RSUD Ajidarmo, Kabid Keuangan RSUD Ajidarmo, Kepala Puskesmas Kolelet dan Cisimeut, Bendahara Puskesmas Kolelet dan Cisimeut, Bidan Praktek Swasta Kolelet dan Cimarga.

- h. Sumber daya Manusia adalah jumlah dan kompetensi tenaga kesehatan yang melaksanakan kebijakan

Sumber : Wawancara mendalam, telaah dokumen  
 Cara mendapatkan : Pedoman wawancara mendalam, alat tulis dan alat perekam  
 Informan : Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Lebak, Ketua Tim Pengelola Jamkesmas/Jampersal Dinas Kesehatan Kabupaten Lebak, Kabid Yan Medik, Bidan Koordinator ruang VK, Kepala Puskesmas Kolelet dan Cisimeut, Bidan Koordinator puskesmas Kolelet dan Cimarga, Bidan Desa Cisimeut.

- i. Ketersediaan Fasilitas Kesehatan adalah jumlah dan jenis fasilitas kesehatan untuk menunjang pelaksanaan kebijakan

Sumber : Wawancara mendalam, telaah dokumen  
 Cara mendapatkan : Pedoman wawancara mendalam, alat tulis dan alat perekam  
 Informan : Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Lebak, Ketua Tim Pengelola Jamkesmas/Jampersal Dinas Kesehatan Kabupaten Lebak, Kabid Yan Medik RSUD Ajidarmo, Bidan Koordinator ruang VK, Kepala Puskesmas Kolelet dan Cisimeut, Bidan Koordinator puskesmas Kolelet dan Cimarga, Bidan Desa Cisimeut, Bidan Praktek Swasta Kolelet dan Cimarga, Ibu Bersalin yang menggunakan jampersal, Ibu bersalin yang tidak menggunakan Jampersal dan Ibu Hamil.

- j. Sikap Pelaksana Adalah tindakan dari pelaksana kegiatan dengan memegang komitmen, kejujuran, komunikatif dalam pelaksanaan kebijakan

Sumber : Wawancara mendalam, telaah dokumen  
 Cara mendapatkan : Pedoman wawancara mendalam, alat tulis dan alat perekam  
 Informan : Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Lebak, Ketua Tim Pengelola Jamkesmas/Jampersal Dinas Kesehatan Kabupaten Lebak, Kabid Yan Medik RSUD Ajidarmo, Kabid Keuangan RSUD Ajidarmo, Bidan Koordinator ruang VK, Kepala Puskesmas Kolelet dan Cisimeut, Bendahara Puskesmas Kolelet dan Cisimeut, Bidan Koordinator puskesmas Kolelet dan Cimarga, Bidan Desa Cisimeut, Bidan Praktek Swasta Kolelet dan Cimarga, Ibu Bersalin yang menggunakan jampersal, Ibu bersalin yang tidak menggunakan Jampersal dan Ibu Hamil.

- k. Koordinasi Berjenjang adalah proses saling mengerti antar lembaga pelaksana secara berjenjang dalam melaksanakan kebijakan

Sumber : Wawancara mendalam, telaah dokumen  
 Cara mendapatkan : Pedoman wawancara mendalam, alat tulis dan alat perekam  
 Informan : Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Lebak, Ketua Tim Pengelola Jamkesmas/Jampersal Dinas Kesehatan Kabupaten Lebak, Kabid Yan Medik RSUD Ajidarmo, Kabid Keuangan RSUD Ajidarmo, Bidan Koordinator ruang VK, Kepala

Puskesmas Kolelet dan Cisimeut, Bendahara Puskesmas Kolelet dan Cisimeut, Bidan Koordinator puskesmas Kolelet dan Cimarga, Bidan Desa Cisimeut, Bidan Praktek Swasta Kolelet dan Cimarga.

1. SOP Kebijakan adalah mekanisme atau alur yang disusun dalam bentuk pedoman yang digunakan sebagai acuan pelaksanaan kebijakan

Sumber : Wawancara mendalam, telaah dokumen  
 Cara mendapatkan : Pedoman wawancara mendalam, alat tulis dan alat perekam  
 Informan : Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Lebak, Ketua Tim Pengelola Jamkesmas/Jampersal Dinas Kesehatan Kabupaten Lebak, Kabid Yan Medik, Bidan Koordinator ruang VK, Kepala Puskesmas Kolelet dan Cisimeut, Bendahara Puskesmas Kolelet dan Cisimeut, Bidan Koordinator puskesmas Kolelet dan Cimarga, Bidan Desa Cisimeut, Bidan Praktek Swasta Kolelet dan Cimarga.

- m. Kondisi Geografis, Sosial dan Ekonomi Adalah kondisi dimana dapat menggambarkan keadaan geografis, tingkat kesejahteraan penduduk dari aspek pendapatan dan status sosial, serta kultur/budaya di suatu daerah

Sumber : Wawancara mendalam, telaah dokumen  
 Cara mendapatkan : Pedoman wawancara mendalam, alat tulis dan alat perekam  
 Informan : Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Lebak,



Ketua Tim Pengelola Jamkesmas/Jampersal Dinas Kesehatan Kabupaten Lebak, Kabid Yan Medik RSUD Ajidarmo, Kabid Keuangan RSUD Ajidarmo, Bidan Koordinator ruang VK, Kepala Puskesmas Kolelet dan Cisimeut, Bendahara Puskesmas Kolelet dan Cisimeut, Bidan Koordinator puskesmas Kolelet dan Cimarga, Bidan Desa Cisimeut, Bidan Praktek Swasta Kolelet dan Cimarga, Ibu Bersalin yang menggunakan jampersal, Ibu bersalin yang tidak menggunakan Jampersal dan Ibu Hamil.

- n. Analysis of Constraint adalah analisa hambatan yang ditujukan untuk membantu organisasi untuk terus mencapai tujuan mereka.

## **BAB V**

### **METODOLOGI PENELITIAN**

#### **5.1 Desain Penelitian**

Penelitian ini menggunakan metode penelitian kualitatif dengan menggunakan analisis isi (content analysis), wawancara mendalam pada informan dan studi literatur dan pendekatan masalah secara deskriptif analisis. Dalam penelitian ini diharapkan dapat menggali lebih dalam tentang Implementasi Kebijakan Program Jampersal di Kabupaten Lebak pada tahun 2011.

#### **5.2 Waktu dan Lokasi Penelitian**

Penelitian ini dilakukan di Kabupaten Lebak pada rentang waktu Maret – Juni 2012, di beberapa instansi pemerintah dan masyarakat seperti Dinas Kesehatan Kabupaten Lebak, Rumah Sakit, Puskesmas, Bidan Praktek Swasta yang melakukan perjanjian kerjasama dengan Dinas kesehatan Kabupaten Lebak dan Ibu yang akan dan sudah melahirkan. Proses pelaksanaan Jampersal akan tergambar dari pelaksanaan tingkat dasar, pelaksanaan tingkat lanjut sampai pelaksanaan pada pegang kebijakan. Adapun pemilihan lokasi puskesmas yang akan menjadi daerah penelitian adalah puskesmas yang berada di daerah terpencil/ perbatasan dengan Baduy dan puskesmas yang berada di kota. Sedangkan pemilihan RSUD Ajidarmo sebagai salah satu sample penelitian karena RSUD Ajidarmo adalah rumah sakit yang banyak menerima rujukan dibanding dengan RSUD Malimping.

#### **5.3 Informan**

Informans yang dipilih adalah pelaksana kebijakan di lapangan sampai dengan pemegang kebijakan. Karakteristik informan yang dipilih adalah Informan yang telah mengelola Program Jampersal ini minimal 6 (enam) bulan terakhir baik sebagai Tim pengelola Program Jampersal di Kabupaten, Rumah Sakit, ataupun di Puskesmas. Adapun informan dalam Penelitian ini adalaah:

1. Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Lebak. (Informan 1)
2. Ketua Tim Pengelola Program Jamkesmas/Jampersal Kabupaten Lebak. (Informan 2)
3. Pengelola Jampersal di RSUD Ajidarmo
  - Kabid Yan Medik, Kabid keuangan dan Bidan Ruang VK /Ruang Bersalin (Informan 3,4,5)
4. Pengelola Jampersal di 2 Puskesmas.
  - Kepala Puskesmas, Bendahara, Bidan Koordinator (Informan 6,7,8,9,10,11)
5. Bidan Praktek Swasta. (Informan 12,13)
6. Bidan Desa (Informan 14,15)
7. Masyarakat
  - Ibu yang sudah melahirkan dan menggunakan program Jampersal ( Informan 16,17)
  - Ibu yang sudah melahirkan dan tidak menggunakan program Jampersal ( Informan 18,19)
  - Ibu yang sedang hamil (Informan 20,21)

#### **5.4 Sumber Data**

Sumber data dalam penelitian ini adalah:

- a. Data Primer diperoleh melalui wawancara mendalam menggunakan pedoman wawancara dengan informan yang telah ditentukan.
- b. Data sekunder dikumpulkan melalui dokumen, surat, data cakupan, literatur dan produk peraturan/ kebijakan.

#### **5.5 Pelaksanaan Penelitian**

Penelitian ini dilakukan pada bulan Maret – Juni 2012 dimana peneliti akan melakukan wawancara mendalam dengan Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Lebak selaku Penanggung Jawab Program jampersal, Sekretaris Kepala Dinas selaku Ketua Tim Pengelola Jampersal, Kabid Yan Medik, Kabid Keuangan dan Bidan VK/Ruang Bersalin di RSUD Ajidarmo, Kepala Puskesmas, Bendahara dan Bidan Koordinator, Bidan Desa di 2 Puskesmas, 2

Bidan Praktek Swasta dan Bulin yang menggunakan program Jampersal, Bulin yang tidak menggunakan program Jampersal dan Bumil. Bumil dan Bulin yang dipilih adalah mereka yang strata ekonominya menengah dan rendah untuk masing masing katagori.

Pada saat pengambilan data di Puskesmas Cisimeut, yang semula penulis ingin mewawancari Bidan Koordinator di Puskesmas Cisimeut, akan tetapi karena yang bersangkutan berhalangan hadir maka penulis mewawancari Bidan Koordinator Puskesmas Cimarga yang daerahnya tidak berjauhan dengan Puskesmas Cisimeut. Begitu juga dengan pemilihan BPS di Cimarga, karena untuk wilayah kerja Puskesmas Cisimeut hanya ada 1 BPS, akan tetapi pada tahun 2011 BPS tersebut belum melakukan perjanjian kerjasama (MoU) dengan Dinas Kesehatan Kabupaten Lebak. Keputusan ini diambil mengingat jauhnya lokasi penelitian sehingga untuk mempersingkat waktu, tenaga dan biaya maka diambillah keputusan tersebut.

Kendala yang dihadapi dalam penelitian:

1. Kesibukan informan sehingga membuat peneliti melakukan penjadwalan yang berulang ulang untuk melakukan wawancara.
2. Sulitnya transportasi menuju lokasi penelitian, transportasi yang digunakan untuk menuju lokasi penelitian (PKM Cisimeut) sangat terbatas. Hanya beberapa kendaraan yang yang menuju kesana dan jadwalnyapun terbatas, dalam 1 hari hanya ada 2 kali keberangkatan dari Rangkas Bitung menuju ke daerah Leuwidamar.
3. Sulitnya mendapatkan data keuangan, cakupan, karena hal ini menyangkut masalah kebijakan

Kendala tersebut membuat peneliti harus membuat peneliti berulang – ulang datang ke lokasi penelitian, sehingga memperpanjang waktu pengambilan data.

## 5.6 Pengolahan Data

Data yang terkumpul dari hasil rekaman wawancara mendalam selanjutnya dibuat transkrip. Dari transkrip yang ada lalu disederhanakan

dalam bentuk matriks yang kemudian dicari kata kuncinya (key word). Selanjutnya peneliti melakukan validasi data dengan melakukan cross check dengan menggunakan triangulasi data yaitu dengan melakukan crosscheck data, observasi dan telaah dokumen, kemudian dengan triangulasi sumber yaitu cross check dengan informan lain serta melibatkan teman sejawat yang tidak ikut dalam penelitian ini untuk menelaah validitas data. Instrumen dalam penelitian ini adalah peneliti sendiri, selain menggunakan pedoman, untuk wawancara mendalam digunakan tape recorder dan observasi dengan menggunakan pedoman observasi. Sedangkan data sekunder digunakan sebagai informan tambahan untuk mendukung penelitian ini.

### **5.7 Analisa Data**

Setelah semua data yang terkumpul dan diolah, maka tahapan selanjutnya adalah melakukan analisa data. teknik analisis data yang digunakan dalam penelitian ini menggunakan teknik analisis isi (content analysis). Dari setiap variabel dan sub variabel diidentifikasi hambatannya lalu dilakukan evaluasi atas hambatan tersebut.

Setelah itu dilakukan validitas data dengan melakukan triangulasi sumber dengan cross check dengan sumber lain, triangulasi metode dengan melakukan pengumpulan data wawancara mendalam dengan informan dan telaah dokumen kebijakan, dan triangulasi data melakukan cross check dengan data yang ada.

## BAB VI

### HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

#### 6.1 Karakteristik Informan

Informan dalam penelitian ini berjumlah 21 orang yang terdiri dari Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Lebak, Sekretaris Dinas Kabupaten Lebak sebagai Ketua Tim Pengelola jamkesmas/Jampersal Kabupaten Lebak, Kepala Bidang Pelayanan Medik RSUD Ajidarmo, Kepala Bidang Keuangan RSUD Ajidarmo, Bidan koordinator di ruang bersalin RSUD Ajidarmo, Kepala Puskesmas Kolelet dan Cisimeut, Bendahara Jampersal Puskesmas Kolelet dan Cisimeut, Bidan Koordinator Puskesmas Cimarga dan Kolelet, Bidan Desa Nayagati, Bidan Desa Bojong Menteng, Bidan Praktek Swasta di Kolelet dan Cimarga, 2 orang ibu yang menggunakan Jampersal, 2 orang ibu yang tidak menggunakan jampersal dan 2 orang ibu hamil.

Tabel. 6.1 Karakteristik Informan

No.	Informan	Instansi	Jabatan	Pendidikan
1	Informan 1 (P1)	Dinas Kesehatan Kab. Lebak	Kepala Dinas Kesehatan Kab. Lebak	S2 Administrasi
2	Informan 2 (P2)	Dinas Kesehatan Kab. Lebak	Sekretaris Dinas Kesehatan Kab. Lebak	S2 Kesmas
3	Informan 3 (P3)	RSUD Ajidarmo	Kepala Bidang Pelayan Medik	S2 K3
4	Informan 4 (P4)	RSUD Ajidarmo	Kepala Bidang Keuangan	S1 Ekonomi
5	Informan 5 (P5)	RSUD Ajidarmo	Bidan Koordinator Ruang Persalinan	S1 Kesmas

			(VK)	
6	Informan 6 (P6)	Puskesmas Cisimeut	Kepala Puskesmas Cisimeut	S1 Kesmas
7	Informan 7 (P7)	Puskesmas Kolelet	Kepala Puskesmas Kolelet	S1 Kesmas
8	Informan 8 (P8)	Puskesmas Cisimeut	Bendahara Jampersal/Jamkesmas	D3 Keperawatan
9	Informan 9 (P9)	Puskesmas Kolelet	Bendahara Jampersal/Jamkesmas	D3 Kebidanan
10	Informan 10 (P10)	Puskesmas Cimarga	Bidan Koordinator Puskesmas Cimarga	D3 Kebidanan
11	Informan 11 (P11)	Puskesmas Kolelet	Bidan Koordinator Puskesmas Kolelet	S1 Kesmas
12	Informan 12 (P12)	Puskesmas Cisimeut	Bidan Desa Bojong Menteng	D3 Kebidanan
13	Informan 13 (P13)	Puskesmas Cisimeut	Bidan Desa nayagati	D3 Kebidanan
14	Informan 14 (P14)	Bidan Praktek Swasta	BPS Cimarga	D3 Kebidanan
15	Informan 15 (P15)	Bidan Praktek Swasta	BPS Kolelet	S1 Kesmas
16	Informan 16 (P16)	Masyarakat Baduy luar (menggunakan Jampersal)	Ibu Rumah Tangga	Tidak sekolah
17	Informan 17 (P17)	Masyarakat desa kolelet (menggunakan	Ibu Rumah Tangga	SMP

			Jampersal)		
18	Informan (P18)	18	Masyarakat kolelet (tidak menggunakan Jampersal)	Ibu Rumah Tangga	SMP
19	Informan (P19)	19	Masyarakat kolelet (tidak menggunakan Jampersal)	Ibu Rumah Tangga	SMP
20	Informan (P20)	20	Bumil Baduy Dalam	Ibu Rumah Tangga	Tidak Sekolah
21	Informan (P21)	21	Bumil Kolelet	Ibu Rumah Tangga	SD

## 6.2 Pencapaian Indikator

Dari informasi yang didapat melalui wawancara mendalam dan telaah dokumen didapat data cakupan Jampersal sebesar 11.137 ibu bersalin, pencapaian tersebut hanya 68,3% dari estimasi sasaran ibu hamil yaitu 16.870 ibu bersalin atau yang didanai oleh Jampersal. Sedangkan dana program tersebut hanya terserap Rp. 3,9 milyar atau sekitar 71,2 % dari alokasi yang dianggarkan yaitu sebesar Rp. 5.470.545.000,-.

## 6.3 Rencana Pelaksanaan

Jumlah Penduduk Kabupaten Lebak menurut sensus penduduk tahun 2010 berjumlah 1.281.258 jiwa. Untuk tahun 2011 estimasi ibu hamil (bumil ) sebesar 29.456 jiwa dan estimasi jumlah ibu bersalin (bulin) sebesar 28.117 jiwa. Adapun estimasi jumlah ibu hamil dan ibu bersalin dihitung dari nilai konstan x CBR x



jumlah penduduk tahun sebelumnya. Estimasi tersebut menjadi indikator jumlah bulin dan bumil yang ada di Kabupaten Lebak.

Tabel.6.2 Estimasi Jumlah Bumil dan Bulin Kabupaten Lebak  
Tahun 2011

JUMLAH PENDUDUK	BUMIL	BULIN BUFAS BUSUI
Thn 2010	(1,10 x CBR x PDK)	(1,05 x CBR x PDK)
1,281,258	29,456	28,117

Dari data cakupan Pemeriksaan kehamilan Dinas Kesehatan Kabupaten Lebak tahun 2011 diperoleh informasi, ada 26.442 bumil (89,7%) yang melakukan pemeriksaan pada awal kehamilan (K1), 22.221 bumil (75,44%) yang melakukan pemeriksaan di akhir kehamilan (K4), ada 11.684 bumil (39,67%) yang mendapat suntikan TT1, ada 10.897 bumil (36,99%) yang mendapat TT2, 2.547 bumil (8,65%) yang mendapat TT5 (long life), 20.855 bumil (70,80%) yang mendapat tablet Fe1, 19.002 bumil (64,51%) yang mendapat Fe3.

Akan tetapi data tersebut adalah jumlah cakupan seluruh ibu hamil di Kabupaten Lebak baik yang menggunakan Jampersal maupun yang tidak menggunakan Jampersal, adapun data tersebut seperti yang terlihat pada tabel di bawah ini:

Tabel. 6.3 Cakupan Pelayanan Antenatal Bumil di Kabupaten Lebak  
Tahun 2011

Kab	Jml Ibu Hamil	K 1		K 4		TT1		TT2		TT5 (Long Life)		Fe 1		Fe 3	
		Abs	%	Abs	%	Abs	%	Abs	%	Abs	%	Abs	%	Abs	%
<b>Lebak</b>	29,456	26.422	89.70	22.221	75.44	11.684	39.67	10.897	36.99	2.547	8.65	20.855	70.80	19.002	64.51

Sedangkan dari data sekunder yang didapat, cakupan pelayanan nifas dan neonatus di Kabupaten Lebak tahun 2011 adalah sebagai berikut, kunjungan Nifas I (KF1) sebesar 21.292 bulin (75,73%) , KF2 20.784 bulin (73,92%) , KF3 19.813 bulin ( 70,47%). Untuk kunjungan Neonatus, KN1 23.443 bayi (87,25%), KN lengkap 21.486 bayi (80%), hal ini seperti yang terlihat pada tabel dibawah ini:

Tabel. 6.4 Cakupan Pelayanan Nifas dan Neonatus di Kabupaten Lebak  
Tahun 2011

Kabupaten	Jml Ibu Bersalin	Jml Ibu Nifas	Jml Bayi	Cakupan Kunjungan Nifas						Cakupan Kunjungan Neonatus			
				KF 1		KF 2		KF 3		KN 1		N Lengkap	
				Abs	%	Abs	%	Abs	%	Abs	%	Abs	%
Lebak	28117	28117	26867	21.292	75.7264	20784	73.9197	19813	70.466	23443	87.2557	21486	80

#### 6.4 Komunikasi

Penyampaian informasi dilakukan melalui komunikasi. Mengingat pentingnya penyampaian informasi, maka kepada informan diajukan pertanyaan yang berkaitan dengan pemahaman mereka mengenai pentingnya komunikasi. Ada tiga hal yang ditanyakan, yaitu transmisi, kejelasan dan konsistensi.

##### a. Transmisi

Transmisi informasi dari pemegang kebijakan sudah berjalan baik, hal ini terbukti dalam wawancara dengan beberapa informan. Sosialisasi mengenai program Jampersal ini dilakukan secara berjenjang dari Tim pengelola Jampersal di tingkat Dinas Kesehatan Propinsi, Dinas Kesehatan Kabupaten sampai ke tingkat Bidan Desa. Sosialisasi ini dilakukan secara berjenjang, seperti kutipan wawancara berikut:

*"Pertemuan yang pertama, kita lapor ke Pemerintah Daerah untuk mensinkronkan kegiatan-kegiatan sesuai dengan rencana strategis Kabupaten*

*Lebak, lapor dengan Bupati yang kedua kita koordinasi tingkat SKPD, Rumah Sakit, ASDA IV, Kepala Puskesmas” (P1)*

*” Sebelum anggaran itu turun yah karena tahun 2010 sudah dikasih tau, dalam pertemuan evaluasi tahunan (Jamkesmas) kemudian kita melakukan perencanaan , kemudian baru sosialisasi ke puskesmas, itu tahap awal sebelum dana turun kira kira bulan februari” (P2)*

*” Sosialisasi Jampersal untuk Puskesmas UPT ini, pertama kita mendapat informasi dari kabupaten, tentang pelaksanaan Jampersal” (P6)*

*”Mulai diadakan di awal tahun 2011 ya, di Kabupaten ..timnya khusus, dilaksanakan di kecamatan dimana yang menghadirinya dari tingkat camat, kepala desa, kader, dukun, bidan desa, PKK... termasuk Muspika” (P10)*

*” Pokoknya di 2011 itu kan kita sudah dapat informasi kan ya.... nah tahun 2011 itu emang kita udah mulai, karena kan disini susah...daripada ke dukun di tahun 2011 itu kita sudah mulai walaupun dari pusat belum mulai, kita sudah mulai” (P12)*

Selain sosialisasi di tingkat pelaksana, sosialisasi program Jampersal ini juga sampai ke masyarakat

*” .....tau dari informasi.....pertama dari bu bidan, trus ngeliat ada berita berita gitu”(P17)*

*” ooo .. tau dari itu ... bidan ...iya , dari bu bidan “ (P16)*

Menurut Nawawi (2009) ada banyak cara untuk mensosialisasikan kebijakan yaitu dengan mempublikasikan seremoni penandatanganan naskah kebijakan publik, berita di media massa, seminar dan sarana lainnya seperti buklet, leaflet dan lain sebagainya.

Berdasarkan hasil penelitian, diketahui bahwa transmisi komunikasi sudah berjalan dengan baik karena semua informan/pelaksanaan kegiatan sudah mendapat sosialisasi yang diadakan Dinas Kesehatan Kabupaten Lebak, Tingkat puskesmas sampai ke tokoh masyarakat. Hanya saja pada awal program ini diluncurkan, sosialisasi ke masyarakat dirasa sedikit kurang, khususnya mengenai pemilihan pelayanan persalinan. Karena masih banyak dari masyarakat memilih persalinan di rumah sakit dikarenakan lengkapnya fasilitas dan dekatnya jarak antara tempat tinggal pasien dengan rumah sakit tersebut, padahal persalinan di rumah sakit dilakukan apabila persalinan tidak dapat ditangani di pelayanan kesehatan tingkat pertama.

*“ memang awal awalnya dulu yah ...kita mulai kan april ya ... Cuma april mei ya ... mungkin karena masih kurang sosialisasi ... ya .. masyarakat taunya .. melahirkan gratis ... di rumah sakit .. asal kelas 3 gitu ya .. jadi mereka datang ke rumah sakit .. kelas 3 ..” (P3)*

*“ya itu tadi paparan...informasinya...dari pasien ya ....krn dekat mereka langsung datang ke sini (rumah sakit).....sambil keukeuh.... saya mau pake jampersal yang gratis..... yang kedua ... tidak tau paket jampersal dimana dia mendapatkan fasilitas...” (P5)*

Hal – hal konkret yang telah dilakukan oleh pelaksana program Jampersal di Kabupaten Lebak adalah seperti adanya himbauan dari tim pengelola Dinas Kesehatan Kabupaten memasang spanduk di depan puskesmas sebagai bagian dari sosialisasi program ini. Selain itu sosialisasi juga dilakukan oleh BPS pada setiap ibu hamil yang melakukan pemeriksaan.

*“ Kita menghimbau seluruh puskesmas .. kan ada spanduk ... artinya .. dia harus!!! , kemudian untuk puskesmas bukan DTP, tapi kita mengarahkan dia untuk menjadi buka 24 jam untuk pelayanan persalinan .. karena .. sudah ada dokter sudah ada bidan ..” (P2)*

*“ kan di tawarin bu ... jadi setiap ada pasien pasti menawarkan mau pake jampersal apa pake umum? “(P15)*

*“Dengan kita sosialisasi .. ke masyarakat .. sekarang ada jampersal ... ga usah mikirin biaya .. catatan harus punya KTP di sertai kartu keluarga kalo ada ..... minimal harus punya KTP .... kemudian... jangan manggil bu bidan ... dateng ... ke fasilitas rumah bu bidan .. atau ke puskesmas, pondok bersalin .” (P14)*

#### b. Konsistensi

Dari hasil penelitian diperoleh informasi bahwa Kabupaten Lebak mengembangkan kebijakan lain dalam bentuk Peraturan Bupati dan Peraturan Daerah. Dalam Perbup dan Perda mengatur mengenai retribusi yang harus disetor oleh puskesmas ke pemerintah daerah. Dalam Perbup tersebut diatur bahwa setiap klaim yang dilakukan oleh Puskesmas wajib disetorkan kembali sebesar 10% dari klaim persalinan dalam bentuk retribusi sebagai pendapatan daerah. Sedangkan dalam Perda mengatur besaran retribusi pelayanan kesehatan yang apabila pelayanan tersebut dilakukan oleh bidan maka besaran retribusinya adalah Rp. 10.000,- dan Rp 15.000,- apabila pelayanan dilakukan oleh dokter. Hanya saja besaran retribusi 10% dari pelayanan persalinan yaitu sebesar Rp 35.000,- dianggap terlalu besar, selain itu keabsahan Perbup lebih rendah dari Perda, maka diambil kebijakan bahwa Tarif yang berlaku untuk retribusi itu adalah sesuai dengan tarif Perda yaitu Rp. 10.000,- jika persalinan dilakukan oleh bidan dan Rp. 15.000,- jika persalinan dilakukan oleh dokter, peraturan yang mengatur mengenai masalah retribusi ini adalah gabungan dari Perbu dan Perda. Retribusi tersebut tidak berlaku untuk bidan praktek swasta yang melakukan klaim. Mengenai Pelaksanaan program Jampersal ini Kabupaten Lebak mengacu pada Juknis yang ada. Jadi ada konsistensi antara juknis dengan instrumen kebijakan yang lain, dengan kata lain saling melengkapi.

*“Penata laksanaan karena kita kan tinggal menjabarkan saja dari juknis kemudian kita tuangkan kepada protap Kabupaten Lebak ... SK Bupati tentang*

*pendataan karena waktu itu Jamkesmas kan bersatu dengan Jampersal , kita harus ada SK Bupati . data dan juga punya jumlah penduduk dan sasaran juga harus SK Bupati itu yang harus kita lakukan tetep, tidak asal jalan.....peraturan bupatinya ... Perbupnya juga ada ... untuk bagaimana bisa mengklaim dengan harga 350 ribu itu kan... harus dijabarkan dengan peraturan bupatinya ...” (P1)*

*“Perdirjen anggaran.. di tuang menjadi Perbup , gitu dasarnya di juknis mengatakan tiga kategori kemudian disitu di tuangkan dalam perbup bahwa kita menyumbangkan 10% dari pendapatan kepada pemerintah daerah. Pada 2011 didalam perbup nya tertuang seperti itu. Cuma bedanya gini ... kalo 10 % pendapatan .. puskesmas harusnya 35 ribu, dari 350 ribu klaim persalinan tahun 2011. Trus udah ... kalo kita menggunakan seharusnya kalo kita melihat Perbup 10 % pendapatan itu di setorkan jampersal itu kepada pemerintah daerah , kemudain kalo dari 350 klaim persalinan itu harusnya 35 ribu, tetapi karena bahasa Perbup lebih rendah artinya keabsahan hukumnya lebih rendah dari Perda, kita mengembangkan ... menjadikan ... Perda itu sebagai acuan.. jadi untuk persalinan di tolong oleh bidan ... kita kembalikan sebagai .. retribusi sebesar 10 ribu, kalo untuk dokter 15 ribu .. itu pengembangan kita daripada Perda ... Perda dan Perbup kita gabungkan .. gitu “ (P2)*

Konsistensi informasi artinya perintah yang diberikan dalam pelaksanaan suatu komunikasi harus konsisten dan jelas, tidak berubah-ubah. Perintah yang berubah-ubah atau mendua akan menyebabkan kebingungan saat pelaksanaanya (Subarsono, 2005)

Menurut teori Edward III dalam Agustino (2008), menyatakan bahwa perintah yang diberikan dalam pelaksanaan suatu komunikasi harus konsisten dan jelas. Perintah yang sering berubah-ubah akan menimbulkan kebingungan bagi pelaksana di lapangan. Namun, konsisten dalam komunikasi akan menjadi sulit jika kebijakan itu sendiri masih belum jelas perwujudannya dalam kegiatan/program atau jika kebijakan tersebut terus mengalami revisi.

Dari hasil penelitian menunjukkan bahwa konsistensi antara juknis dan dan kebijakan lain sudah sesuai hanya saja konsistensi komunikasi dengan

pelaksanaan di lapangan dianggap belum sesuai dengan materi saat sosialisasi, hal ini terkait dengan kondisi geografis di Kabupaten Lebak. Hal ini terungkap dari informasi yang digali secara mendalam kepada semua informan bahwa terdapat penyesuaian-penyesuaian dalam pelaksanaan Jampersal di lapangan. Dalam Juknis dijelaskan bahwa persalinan harus dilakukan oleh tenaga kesehatan di sarana kesehatan, akan tetapi karena kondisi geografis yang sulit, infrastruktur jalan yang kurang baik apalagi saat musim penghujan.

*“Kalo saya kan modelnya .. masih bisa terjangkau ... yah . paling yah ... lewat dua jembatan .. gitu yah ,.. naik ojeg atau motor ... model geografis yang model bu ros (baduy) itu kan naik gunung .. turun gunung ... yah .. mungkin itu kan .. di juknis kan harus di fasilitas kesehatan.. kalo misalkan untuk bidan ros (baduy) di daerah sana ... jadi dateng ... kemungkinan gak ke fasilitas kesehatan ... akhirnya kan kita yang jemput bola ...” (P14)*

Hal ini diperkuat dengan Petunjuk Teknis Khusus Jamkesmas/Jampersal dan BOK Kabupaten Lebak tahun 2011 seperti yang tertuang dalam point H no.6 yang berbunyi, “ *Puskesmas bertanggung jawab atas pelayanan persalinan yang dilakukan di rumah pasien bila keadaan untuk membawa ke sarana pelayanan kesehatan tidak memungkinkan oleh karena berbagai faktor*”. Dinas Kesehatan Kabupaten Lebak menganggap perlu ada penyesuaian juknis terkait masalah geografis.

### c. Kejelasan

Sedangkan informasi yang disampaikan dalam sosialisasi sebagian besar informan merasa sudah jelas karena tujuan, cakupan dan sasaran dalam program ini melengkapi program kegiatan yang lain.

*” Kalo 2011 itu di juknis kalo untuk sistem...kayak yang dibayarkan itu kan ANC, PNC itu udah jelas, besarnya jatah persalinan itu ada” (P8)*

*” Setiap sosialisasi yang diberikan sangat jelas...selain juga saat sosialisasi itu ada yang sempet bimbingan.” (P6)*

*”Bahwa ada perluasan dari program jamkesmas ya...salah satunya jampersal, tujuannya menurunkan AKI/AKB disitu disampaikan sih bahwa semua boleh pake Jampersal asal dia mengikuti prosedur, artinya di melalui bidan atau puskesmas dulu , kalo memang tidak bisa ditangani dirujuk ke rumah sakit dan bersedia ditempatkan di kelas 3”(P3)*

*“Dari dinas .....kalo juknis itu pertama ... dari segi pelayanan .. jelas .. jelas .. karena kita di kasih bukunya ... “ (P10)*

Dari hasil penelitian menunjukkan bahwa sebagian besar informan memahami maksud, tujuan dan sasaran dari Kebijakan Program Jampersal. Para Pelaksana kegiatan merasa terbantu karena Program jampersal ini melengkapi program-program kegiatan yang lain, seperti P4K, penurunan AKI/AKB, pengendalian penduduk lewat program KB.

*“Justru kita bagaimana caranya untuk ...hal tersebut .. karena intinya ... sesuai dengan rencana strategis kita .. ada kaitan .. jadi .. nyambung .. e .. gitu kan ... indikator makro kita kan ..menurunkan angka kematian bayi ... angka kematian ibu ... kemudian ,, prevalensi gizi buruk .. UHH ya .. nah ... dari itulah .. kita dengan Pak Bupati pun di sinkronkan dengan bagaimana sistem keluarga berencana nya, untuk menurunkan. laju pertumbuhan penduduknya ... Pak Bupati sudah menyediakan dengan .. sistem KB nya dengan implant, kita di kesehatan dari pusat bantuan itu untuk menurunkan angka kematian bayi dan ibu dengan jampersal , semoga tertolong dengan tenaga kesehatan”.(P1)*

*“Selain sosialisasi program jampersal, kita bahas tentang p4K.. tentang ... Program Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi ... jadi nyambung kan , dari P4K ini ada program Jampersal ... sudah siap di danai ... dengan program jampersal ..... dulu kan kita bikin Jambulin, Tabulin kan susah*



*sekali ya... ngga semua masyarakat sadar adanya tabungan untuk melahirkan ... dengan adanya program Jampersal nah program P4K terdongkrak juga .. gitu ..*  
 “ (P10)

*“Meringankan beban masyarakat .... dengan biaya persalinan .. kemudian untuk meningkatkan .. cakupan .. persalinan oleh tenaga kesehatan .. lagian .. kita kan masyarakat kan mengeluh .. kalo melahirkan di bidan .. dengan biaya mahal .. makanya dengan adanya program jampersal ini yah .. saya senang sih .. otomatis .. tingkat kesehatan, derajat kesehatan ibu juga kan jadi meningkat” (P14)*

Menurut Barkel dalam Indiahono (2009), menyatakan bahwa kegagalan dalam implementasi kebijakan dapat terjadi karena kurangnya edukasi atau pengarahan kepada pelaksana kebijakan. Oleh karena itu, dalam tiap pelaksanaan edukasi maupun pengarahan tentang kebijakan perlu diyakini bahwa pelaksana kebijakan memahami dengan benar maksud dan tujuan dari kebijakan. Oleh karena itu komunikasi yang diterima oleh para pelaksana kebijakan harus jelas dan tidak membingungkan atau mendua.

Secara keseluruhan variable komunikasi dalam Implementasi kebijakan program Jampersal di Kabupaten Lebak tahun 2011 berjalan dengan baik, transmisi program antara pemegang kebijakan dan pelaksana sudah sefaham, dengan kata lain sosialisasi sudah berjalan dengan baik. Hanya saja pada awal program ini diluncurkan ke masyarakat, masih banyak masyarakat belum mengerti mengenai prosedur pelaksanaan dan fasilitas apa yang bisa didapat. Hal ini terkait dengan kurangnya sosialisasi pada awal program ini diluncurkan. Kejelasan dari semua informasi yang disampaikan dan konsistensi antara pelaksanaan dan informasi yang diberikan sudah baik.

Menurut Edward III dalam (Winarno, 2002) persyaratan pertama bagi implementasi kebijakan yang efektif adalah bahwa mereka yang melaksanakan kebijakan harus mengetahui apa yang harus mereka lakukan. Keputusan-keputusan kebijakan dan perintah-perintah harus diteruskan kepada personil yang tepat sebelum keputusan dan perintah itu dapat diikuti. Untuk itu diperlukan transmisi

(penyaluran) yang baik, kejelasan yang diterima oleh pelaksana kebijakan dan kelompok sasaran sehingga tidak membingungkan dalam pelaksanaan kebijakan, serta adanya konsistensi yang diberikan dalam pelaksanaan kebijakan.

Kejelasan dan konsistensi program sudah sesuai dengan sasaran, tujuan dan dan pelaksanaan program Jampersal. Pembagian fungsi antar instansi, seperti puskesmas Poned, puskesmas, bidan desa, BPS sudah menjalankan perannya masing-masing dengan baik. Secara keseluruhan dalam komunikasi tidak ada hambatan yang berarti, sosialisasi sudah berjalan dengan baik, konsistensi antara instrument kebijakan saling melengkapi begitu pula dengan kejelasan dari sasaran dan pelaksanaan program Jampersal ini.

### 6.5 Sumber Daya

Dalam implementasi kebijakan harus ditunjang oleh sumber daya, baik sumber daya manusia, material dan peraturan/pedoman. Sasaran, tujuan dan isi kebijakan walaupun sudah dikomunikasikan secara jelas dan konsisten, tetapi apabila implementor kekurangan sumberdaya untuk melaksanakan, maka implementasi tidak akan berjalan dengan baik.

#### a. Instrumen Kebijakan

Dari informasi yang didapat, ada beberapa instrumen kebijakan yang melengkapi juknis Jampersal. Karena terkadang juknis yang ada harus disesuaikan dengan kondisi daerah, peraturan/instrumen kebijakan yang lain. Hal ini seperti yang diungkapkan oleh beberapa informan.

*” Yang jelas SK Bupati tentang pendataan (sasaran).....lalu ada Peraturan Bupati mengenai retribusi yang harus disetor” (P1)*

*” Ada Perdirjen Anggaran yang dituangkan dalam dalam Perbup..., gitu dasarnya, di juknis mengatakan tiga kategori penggunaan dana. Kemudian .. disitu ... di tuangkan dalam perbup.”(P2)*

*" Kalo di daerah kan ada Perbup....jadi kan juknis, trus baru masuk ke Perbup,ada diatur juga kalo dalam perbup itu ..iya .. kaya dalam besaran uangnya" (P8)*

Kabupaten Lebak tidak membuat SOP baru dalam pelaksanaan Program Jampersal, semua mengacu pada SOP yang dituangkan dalam juknis. Hanya saja ada yang disesuaikan dengan daerah.

*" Kalo SOP kita mengikuti panduan dari Depkes" (P3)*

*" SOP kita mengacu pada Perda, kemudian kita kembangkan menjadi bagaimana sistem rujukan" (P2)*

*" Pengacu pada juklak yang ada kemudian mengacu juga Perbup"(P6)*

Tapi ada beberapa informan yang tidak tahu mengenai instrumen kebijakan yang lain.

*" Saya kurang tau tuh bu, paling itu aja (juknis)" (P13)*

*" Setahu saya sih itu (juknis) aja, gak ada yang lain" (P12)*

*" Sementara ini saya belum terima, juknis aja" ( P10)*

Informasi adalah salah satu bentuk sumber daya yang diperlukan untuk melaksanakan kebijakan. Instrumen kebijakan merupakan salah satu bentuk informasi yang menjelaskan tentang program atau kegiatan yang harus dilakukan dalam rangka melaksanakan kebijakan. Dari data sekunder diketahui bahwa instrument kebijakan yang ada terdiri dari: Permenkes, SK Menkes, PerBup, Perda, dan Juknis.

Peraturan yang disebut oleh informan sebagai instrument kebijakan dalam program Jampersal adalah:

- Permenkes No. 631/ Menkes/Per/III/2011 tentang Petunjuk Teknis Jaminan Persalinan
- Kepmenkes No. 325/Menkes/SK/II/2011 tentang Penerima Dana Tahap I Penyelenggara Jaminan Kesehatan Masyarakat tahun 2011
- Kepmenkes No. 515/Menkes/SK/III/2011 tentang Penerimaan Dana Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan Masyarakat dan Jaminan Persalinan Tahun Anggaran 2011.
- Peraturan Daerah No. 7 tahun 2009 tentang Layanan dan Retribusi Pelayanan Kesehatan Rumah Sakit Umum Daerah Ajidarmo Kabupaten Lebak.
- SK Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Lebak No.440/0001-Dinkes/III/2011 tentang Alokasi dan Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan Masyarakat dan Bantuan Operasional Kesehatan Bagi Puskesmas di Kabupaten Lebak Tahun Anggaran 2011.
- SK Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Lebak No. 440/395.1-Dinkes/III/2011 tentang Tim Pengelola Jamkesmas, Jampersal dan BOK Tingkat Kabupaten Lebak tahun 2011.

b. Alokasi Anggaran

Pemerintah mengalokasikan dana Jampersal setiap kabupaten/kota berbeda berdasarkan proyeksi ibu hamil yang akan melakukan persalinan, sulit dikatakan alokasi tersebut cukup atau tidak, alokasi tersebut dalam bentuk klaim bukan dalam bentuk anggaran belanja, hal ini juga terlihat bahwa dari Rp. 5.470.545.000,- dialokasikan, namun dana program tersebut hanya terserap Rp. 3,9 milyar. Begitu pula dengan anggaran Rumah sakit, dari Rp. 27.361.667.000,- yang dianggarkan untuk program Jamkesmas / Jampersal tetapi realisasinya hanya Rp. 23.331.081.998,52.

*” .....kalo tidak salah 5 milyar berapa gitu untuk Jampersal, nah ini 11.000 ibu bersalin yang terlayani dari target 28.000 ibu bersalin” (P1)*

*”Kalo bahasanya kan kita tidak melihat apakah itu cukup atau tidak, kan sifatnya klaim, artinya ya real pelayanan, kalo pemerintah pusat hanya mengalokasikan berdasarkan estimasi.....buktinya kami disediakan pada awal SK kita kan 11 milyar untuk jamkesmas/Jampersal tapi yang tidak digunakan sebesar 2 milyar...” (P2)*

*”...jadi kalo untuk operasi seccio caesar seperti itu kan masuk katagori operasi besar, kalo disini katagori 2, kalo operasinya aja sekitar 1,6 nah perawatannya ini kan tergantung dari apakah ada komplikasi atau gak, jadi rata-rata sih 3 jutaan semuanya sampe pulang, sementara dari jampersal 2 jutaan jadi selisihnya disubsidi Pemda” (P3)*

Subsidi dari pemerintah daerah dalam hal ini bukan dalam bentuk bantuan langsung ke rumah sakit, tetapi karena ada perbedaan tarif Jampersal dengan tarif yang ditetapkan oleh rumah sakit sesuai perhitungan INA-CBGs. Sedangkan semua jasa medis pelaksana dan pengadaan bahan penunjang diajukan ke pemerintah daerah, maka secara tidak langsung pemerintah daerah mensubsidi kekurangan atas selisih tarif tersebut.

*” Sebenarnya terlalu kecil ya, memang kalo untuk tarif sebenarnya untuk jampersal sebenarnya daerah rugi karena yang diakomodir bukan untuk kabupatennya sendiri karena dari mana-mana” (P4)*

Dari keterangan informan, hasil pengamatan dan data sekunder yang didapat sulit sekali peneliti memilah mana dana Jamkesmas dan dana Jampersal.

Keluhan mengenai besaran tarif juga diungkapkan oleh Bidan Praktek Swasta, karena tarif yang ditetapkan oleh pemerintah dibawah tarif yang mereka tetapkan untuk melakukan tindakan kepada pasien. Besaran tarif tersebut hanya dapat menutupi biaya operasional mereka sedangkan untuk jasa medis yang diterima atas tindakan yang diberikan kepada pasien berkurang atau bisa dikatakan tidak ada. Untuk Bidan Praktek Swasta yang berada di

daerah urban karena biaya operasional besar sehingga mereka menutupi dengan subsidi silang.

*” Yah kalo segitu mah masih standar, ya cukuplah untuk sekali ANC.....ya emang kurang sih sebenarnya ...nutup sih...cuman jasanya aja sih yang kecil” (P14)*

*” misalnya ada penyulit kadang kadang ...ya .. gimana yah .. ya udah lah ... udah resiko ... jadi bidan .. mau gimana lagi ... akhirnya ... mau nuntut, mau nuntut ke siapa bu? kalo mau minta .. minta ke siapa? orang dananya di juknisnya segitu .. Kadang kan lahirnya gak selalu normal.....kayak ada penyulit, pake obat-obatan, infus....yah itung-itung kerja bakti...subsidi silang...kalo ada yang ngelahirin yang gak pake jampersal” (P15)*

*“Observasi kalo biasa 8 jam ... jadi .. sempet ada menginap di situ .. ada makan, kalo gitu kita.. yaaa ... ga ngitung gitu .. ngga itung makan ... ikut jampersal itu ... memang ... udah free gitu aja ..” (P15)*

*“Misalnya pasien dirujuk walaupun di infus 10 botol kan .. tetep .. Cuma segitu tarif rujukannya, besarnya Rp. 100.000,- walupun di situ ketetepannya .. kalo pasien di infus .. di rujuk ke rumah sakit ... tapi kan kalo yang namanya pendarahan ... kan ga bisa .. di rujuk gitu aja ... tanpa kita tangani awalnya .. kan ? “ (P15)*

Kendala tarif tersebut mungkin penyebab rendahnya angka kerjasama BPS dengan Dinas Kesehatan Kabupaten Lebak. Data yang diambil dari Profil Kesehatan Kabupaten Lebak ada 146 BPS/Klinik yang ada di kabupaten Lebak akan tetapi hanya 42 BPS yang melakukan perjanjian kerjasama dengan Dinas Kesehatan Kabupaten Lebak. Padahal jika besaran tarif sesuai dengan kondisi pasar, besar kemungkinan banyak BPS yang mau melakukan perjanjian kerja sama. Rendahnya cakupan ibu bersalin yang

masih jauh dibawah indicator atau estimasi salah satunya bisa disebabkan oleh rendahnya BPS yang melakukan kerjasama.

Dalam hal selisih besaran tarif tersebut tidak ada tindak lanjut dari pemerintah daerah untuk memberikan subsidi dari kepada Bidan Praktek Swasta, karena memang tidak ada standar besaran tarif yang ditetapkan Pemerintah daerah untuk mengatur tarif yang berlaku di Bidan Praktek Swasta.

*”Kita tidak ada untuk pemerintah daerah nambahin, tidak punya kita, jadi tidak ada” (P1)*

*” Nah itu bedanya kita tidak mempunyai tarif perda yang mengatakan bahwa pelayanan swasta untuk di BPS itu berapa? Tidak ada SK Kepala Dinas, Tidak ada Perbup, Tidak ada Perda yang menyatakan bahwa tarif di BPS.” (P2)*

Dalam wawancara mendalam penulis mencoba menggali besaran tarif yang diinginkan dan berapa besaran tarif yang berlaku di BPS. Dari informasi yang didapat bahwa besaran tarif BPS di daerah perkotaan berkisar Rp. 750.000,- sedangkan tarif BPS di daerah pedesaan berkisar Rp. 500.000,-. Hal ini terungkap dari hasil wawancara mendalam dengan beberapa informan.

*“Jadi memang.. kalo liat BPS nya ... mereka rata rata di kabupaten Lebak itu ..pada 2011 .. itu 400 sampai 500 ribu iya .. jadi kalo kita 350 wajar .. karena itu kan pemerintah ... di kota 400 sampai 500 ribu di BPS kecuali klinik Himmah Husada sampai 700 - 750 “ (P2)*

*“Kalo tarif ..nya .. kan tergantung tarif umum normal Rp. 700.000 - Rp. 750.000,-“ (P15)*

*“Emang sih kurang sebenarnya ya, tarif di sini sih Rp.500.000,-“*  
(P14)

Terkait kendala tarif tersebut memang tidak ada tindak lanjut dari Kepala Dinas, akan tetapi selaku pemegang kebijakan kepala dinas mencoba mengakomodir masukan/ keluhan dari BPS untuk bahan evaluasi dari pelaksanaan program Jampersal.

*“Iya justru , mau tidak mau kita mengamankan saya instruksikan .. kepada kepala puskesmas ternyata ada beberapa bidan praktek swasta juga ikut, nguyub ke kita .. gitu walau bagaimanapun kita menerima masukan dari bidan. oo anu pak, kalo seperti ini .. 350 ribu ... kita masih .. masih kurang .. karena saya .. kata ... bidan .. apabila menolong persalinan .. 500 sampai 700 ribu rupiah ... gitu kan ..”* (P1)

Besaran tarif yang ditetapkan oleh pemerintah pusat tidak begitu berpengaruh untuk puskesmas karena biaya operasional puskesmas seperti, obat-obatan persalinan, fasilitas kesehatan diambil dari APBD. Sedangkan keluhan dirasakan oleh bidan praktek swasta, karena besaran tarif yang ditetapkan oleh pemerintah pusat dibawah tarif yang mereka tetapkan. Tarif yang berlaku hanya menutupi biaya operasional untuk melakukan pelayanan persalinan saja, sedangkan jasa mereka atas pelayanan yang diberikan kecil atau bisa dikatakan tidak ada. Keluhan ini juga dikemukakan oleh pihak rumah sakit, karena besaran tarif rumah sakit berdasarkan perhitungan INA-CBG's, dan besaran tarif yang ditetapkan oleh pemerintah dalam Program Jampersal ini dibawah standar yang ditetapkan dalam INA-CBG's.

Berdasarkan permasalahan tersebut diatas seharusnya pemerintah melakukan penghitungan besaran tarif berdasarkan biaya operasional riil yang berlaku di masyarakat dan untuk besaran tariff di rumah sakit harus sesuai dengan INA-CBG's supaya program Jampersal ini tidak membebankan pemerintah daerah, karena selisih dari biaya yang dikeluarkan dan besaran tarif yang berlaku harus ditanggung pemerintah daerah. Mazmanian dan Sabatier yang dikutip oleh Nugroho (2008) menyatakan bahwa ketepatan



alokasi sumber dana merupakan salah satu faktor yang mendukung dalam pelaksanaan implementasi kebijakan.

Penyaluran dana (*Fund Chanelling*) program Jampersal ini, Alokasi dana dari P2JK langsung ke Rekening Kepala Dinas melalui Bank yang sudah ditunjuk oleh Pusat yang kemudian di distribusikan ke Puskesmas dan BPS setelah mereka melakukan klaim ke Dinas Kesehatan.

*” Melalui BRI atas nama Kepala Dinas kemudian disebarkan ke rekening Kepala Puskesmas karena bersatu dengan Jamkesmas, kita hanya memberikan rekomendasi untuk pencairan dan hanya rekomendasi berdasarkan klaim dari puskesmas” (P1)*

*” ....dari Pusat masuk kedalam KPPN pusat kemudian dana tersebut masuk ke BRI masing-masing kabupaten/kota...masuk ke dalam rekening Dinas Kesehatan , kemudian karena sifatnya klaim puskesmas dilakukan verifikasi ....” (P2)*

*” Penyalurannya melalui BRI masuk ke rekening Rumah Sakit nanti disetorkan ke KasDa” (P4)*

Dalam Penyaluran dana tidak ada kendala yang berarti, informasi ini didapat dari sebagian informan yang mengungkapkan bahwa penyaluran dan berjalan lancar. Bahkan untuk penyaluran dana ke rumah sakit pemerintah pusat memberikan uang muka untuk akhir tahun, karena terkadang ada beberapa klaim yang belum sempat diverifikasi.

*“Penyaluran dana .. alhamdulillah .. tahun yang lalu itu lancar .. walaupun kata saya .. agak terlambat ya ... tapi tetep turun .. kalo tidak salah .. di akhir bulan mei di awal bulan juni .. kalo tidak salah .. anggaran itu baru turun .. tapi .. karena kebijakan .. menteri kesehatan bahwa .. per satu januari .. harus sudah di laksanakan .. kan kita menyimpan stok klaim ..”(P1)*

*“Depkes suka memberikan uang muka.....kemudian juga ....misalnya di akhir tahun belum sempat diverifikasi....mereka merikan transferan untuk uang muka untuk akhir tahun dan awal tahun....nanti itung2an dgn klaim...”*  
(P4)

Dana Jaminan Persalinan berasal dari Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara (APBN) melalui DIPA Sekretaris Direktorat Jendral Bina Upaya Kesehatan yang diluncurkan ke Dinas Kabupaten/Kota dan Rumah Sakit Umum Daerah dalam bentuk bantuan sosial. *Fund Chaneling* atau penyaluran dananya adalah alokasi dana Jampersal tersebut disalurkan melalui rekening Dinas Kesehatan kabupaten /Kota yang kemudian dicairkan oleh puskesmas-puskesmas dan bidan praktek swasta yang melakukan perjanjian kerjasama dalam bentuk klaim.

Sedangkan penyaluran dana untuk rumah sakit adalah setelah dilakukan verifikasi atas klaim yang diajukan oleh pihak rumah sakit lalu dana tersebut disalurkan langsung ke rekening rumah sakit, setelah itu dana tersebut disetor ke kas daerah yang kemudian menjadi pendapatan daerah. Sedangkan seluruh kebutuhan pelayanan seperti obat-obatan, jasa medis bidan dan dokter diambil dari Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah.

Setelah Puskesmas dan BPS melakukan pelayanan mereka melakukan klaim ke Dinas Kesehatan, untuk bidan desa mereka merekap klaim persalinan secara kolektik ke wilayah kerja Puskesmas tempat mereka bertugas, sedangkan Bidan Praktek Swasta mereka langsung mengajukan klaim ke dinas kesehatan karena mereka melakukan perjanjian kerjasama langsung ke dinas kesehatan. Adapun kelengkapan berkas klaim yaitu, kartu identitas, fotocopy buku KIA, partograf, JK4.

*” Atas dasar klaim melalui dinas kesehatan kita hitung misalkan brp yandas.....berapa yanbid, kemudian kita ACC baru puskesmas diberikan cek”*  
(P1)

*"Puskesmas mengajukan klaim ke dinas kemudian dikeluarkan rekomendasi pencairan dana dalam bentuk giro, sama halnya dengan BPS mengajukan klaim kemudian kita verifikasi...kebenaran datanya, kemudian kita hitung berapa yang kita keluarkan cek, dia ngambil sendiri" (P2)*

*" masuk ke verifikator lakukan pemeriksaan kalo itu dah ok gak ada kesalahan , dikasih rekomendasi langsung ke ketua tim ...acc ....ya udah gitu ke bendahara.... ngambil ke bank terus kita cairkan" (P8)*

*" difotocopy persalinan, partograf, trus keterangan persalinan sama itu persyaratannya kan ada ANC1, ANC2, ANC3, ANC4" (P14)*

*" ...bidan yang buat klaimnya, bidannya yang buat klaimnya, kayak partografnya, kelengkapan buku, buku KIA, buku periksanya, paling nanti kalau klaimnya udah beres dimasukin ke puskesmas , dikolektif di puskesmas" (P13)*

Kelengkapan administrasi untuk klaim menurut informan tidan terlalu sulit, hanya saja terkendala dengan kartu identitas pasien.

*"Dibilang sulit yaa .. gimana ya . karena prosedur nya dari sana ya.. soalnya disini kan pada ga punya identitas .. nah bingungnya kan di situ" (P12)*

Untuk Rumah Sakit, mereka melakukan klaim langsung ke P2JK. Seperti yang sudah dijelaskan diatas bahwa dana dari Sekretariat Direktorat Jendral Bina Upaya Kesehatan atas klaim yang sudah diverifikasi oleh verifikator indenpenden yang ada dirumah sakit, masuk ke rekening rumah sakit yang kemudian disetor ke kas daerah, jadi seluruh dana tersebut menjadi pendapatan daerah, karena untuk semua pelayanan yang diberikan seperti jasa medis, bahan penunjang semua diambil dari APBD.

*” Klaim ke pusat kemudian pusat merealisasikannya melalui giro di BRI , nanti setor ke kasda..... jadi gini penyaluran dananya, klaim di verifikasi oleh verifikator independent, jadilah klaim dibawa ke keuangan trus dari keuangan nanti yang menyampaikan secara fisik ke P2JK, kalo secara itunya sudah melalui email, nanti mereka membayarkan melalui giro RSUD yang ada di BRI” (P4)*

Kendala yang terkait dengan klaim tersebut, sebagian besar informan menyebutkan bahwa masih banyak dari pasien yang tidak memiliki kartu identitas seperti: KK dan KTP. Hal ini terungkap dari hasil wawancara dengan beberapa informan.

*“Ya saya sampaikan kendalanya deh....disini belum seiring secara sinergis.... antara program Jampersal dari teknis medisnya dengan persyaratan Jampersal... persyaratan berkaitan dengan KTP suami istri, KK...nah disini tidak semua penduduk tidak punya KTP.... apalagi yang masih menumpang dengan emaknya...apalagi yang baru menikah... ya saya gak tau...ya justru itu ...tidak ada kesadaran.... jadi disini kadang-kadang secara medisnya sudah bisa pulang tapi masih nunggu persyaratannya..... jadi belum pulang krn kalo pulang takutnya persyaratannya tidak dia lengkapi..” (P5)*

*“Cuman kadang ada kendala itu dari si pasiennya, ga disusahin kalo gak punya KTP. Kalo ga punya KTP pake KTP sementara ,kadang nggak punya KK, itu mah yang 2011 kan .. masih begitu bu rata rata ... tapi kan bisa pake KTP Sementara” (P9)*

*“ Gimana ya .... karena prosedur nya dari sana ya, soalnya disini kan pada ga punya identitas .. nah bingungnya kan di situ, trus .. kalo misalnya KTP, paling kita minta cariin bikin KTP sementara .. pasien ... sendiri .. paling kita bilang aja ..” (P12).*

*“Persyaratannya kan semua warga Indonesia yang penting dia punya identitas, KTP ... gitu, kalo ada kartu keluarga... kalo ga ada .. ya ... kita ada kebijaksanaan ... ada toleransi ... dia ga punya KTP ... ditunggu sampai dia bikin KTP soalnya kita kan juga kasian .... kadang yang namanya ... masyarakat di kita ... terutama .. masih ada yang ... kalo gak merasa perlu ya, pada ga punya KTP” (P14)*

Dari informasi yang telah disebutkan diatas, karena sebagian besar pasien belum memiliki kartu identitas maka dilakukan kebijakan dengan membuat KTP sementara. Akan tetapi karena sifatnya sementara yaitu masa berlakunya hanya 1 (satu) bulan, seringkali hal ini menimbulkan masalah juga, yaitu terhambatnya klaim. Karena klaim dilakukan apabila pelayanan sudah dilakukan secara lengkap sampai dengan pemeriksaan nifas, yang kurang lebih 40 hari setelah persalinan. Kendala identitas juga menyulitkan pasien untuk dirujuk ke rumah sakit.

*“ KTP sementara ngga berlaku kalo kita klaimnya sesudah KTP sementarta habis, KTP sementara itu harus 2 minggu ya ... jadi dalam catatan .. yang bersangkutan itu, harus memproses ... KTP aslinya untuk mengajukan klaim itu ... selang 40 hari ya ... supaya satu paket dengan pil KB ... nah otomatis ... KTP sementara itu kan habis kan masa berlakunya .... itu udah ga bisa ...dari KTP sementara itu ... nggak langsung dibuat KTP sama mereka ya ... mereka itu kan rata rata seperti itu” (P11)*

*“Tapi biasanya jadi kendala banget saat pasien mau di rujuk ngga punya keterangan apa pun ... ngga punya KTP ngga punya KK ... itu pernah saya alami .. waktu ... ya akhirnya .. kaya waktu itu ya bu ... bikin mendadak ... jam berapa itu ... sore ya? ... untungnya sore .. bukan tengah malem ... jadi ... langsung ke lurahnya .. minta tolong ... gini gini gini .. atas rekomendasi .. kita kan.... pak tolongin ... bikin .... ini ini ... karena mau di rujuk begini gini*

*gini .... padahal bukan anak ke sekian ... anak pertama ... kesadaran masyarakatnya ... masih kurang .... “ (P9)*

Maka dari itu, langkah tersebut sebaiknya bersifat sementara, harus ada koordinasi lintas sektor khususnya dari dinas kependudukan kabupaten Lebak untuk menyikapi permasalahan tersebut dengan mewajibkan seluruh penduduk untuk memiliki kartu identitas. Koordinasi lintas sektor ini harus sinergi dan saling mendukung agar masyarakat bisa bisa mengakses program-program pemerintah.

Peran verifikator sangat berperan dalam proses klaim baik dari puskesmas maupun dari BPS. Ada ditemukan dobel klaim, dalam artian pasien sudah diklaim pada berkas klaim puskesmas tapi dilakukan klaim juga di BPS karena bidan yang menangani sama. Untuk menghindari hal tersebut maka ada peraturan yang berlaku bahwa bidan puskesmas yang juga melakukan praktek swasta dilarang melakukan praktek pada jam kerja. Klaim untuk BPS mulai berlaku pada saat BPS tersebut melakukan perjanjian kerjasama.

*”...ada juga yang tumpang tindih, misalkan gini dari bidan praktek swasta tapi juga diklaim di puskesmas...ada sih tapi gak banyak” (P1)*

*“Per bulan .. bisa per dua bulan .. ini dari januari baru klaim .Dari pada satu satumungkin perjalanannya jauh jadi langsung 4 bulan ga papa , kita melihat dari kapan dia ada MoU ma kita. Yang penting masih dalam tahun anggaran. BPS yang baru kontrak dengan kita .. `kalo dia melakukan pelayanan di bawah tanggal kontrak .. ya ngga kita layani .. akan kita cut .. jadi setelah .. dia kontrak .... pas kontrak ... itu ke depan ... ke depan ... sama halnya ...misalnya deh kita mulai ... dari verifikasi dari ... pemeriksaan ANC ... dia tidak kontraknya belum kontrak ... jadi ANC nya tidak kita bayar .. jadi mekanismenya seperti itu ..., semua verifikasi dilakukan oleh tim ...” (P2)*

c. Sumber Daya Manusia

Ketersediaan jumlah tenaga kesehatan baik personil yang ada di Rumah Sakit, Puskesmas dan bidan desa pada dasarnya mencukupi. Kabupaten Lebak memiliki lebih dari 517 bidan yang menaungi 340 desa, sedangkan untuk rumah sakit memiliki 5 dokter Spesialis Obgyn, 3 dokter spesialis anak yanterdiri dari 2 dokter PNS dan 1 dokter honorer serta 56 bidan yang terdiri dari 15 bidan PNS dan 41 bidan honorer . Hanya saja untuk personil di rumah sakit mereka perlu ada tambahan personil sedikit, hal ini disebabkan meningkatnya kunjungan pasien rujukan.

Tabel. 6.5 Ketersediaan Bidan di Kabupaten Lebak

Tenaga Bidan							Tenaga
Jumlah Bidan		Bidan di desa					Perawat
Total	Bidan Koordinator	Total Bidan Desa	Bd tinggal didesa	Telah APN	Mampu GDON	Punya Bd Kit	Total Perawat
517	40	<b>448</b>	226	193	61	221	216

\*Dinkes Kab. Lebak 2011

Tabel. 6.6 Bidan Desa yang dikontrak oleh Pusat dan Daerah

No	Ket	
1	Bidan PTT Pusat	260
2	Bidan PTT Daerah	7
	Total	267

\*Data kepegawaian Dinkes Kab. Lebak 2011

Tabel. 6.7 Ketersediaan Dokter Spesialis dan Bidan di Rumah Sakit

No.	Keterangan	PNS	TKS	Jumlah
1	Dokter Spesialis Obgyn	5		5
2	Dokter Spesial Anak	2	1	3
3	Bidan	15	41	56
4	Perawat	85	238	379

\*Data pegawai RSUD Ajidarmo, 2011

*”Kita punya 340 desa dan 5 kelurahan yang semuanya terisi oleh bidan , ada yang satu....ada yang dua malah” (P2)*

*” Bidan kita sudah sejak 2011 sudah diatas 400 orang dari jumlah desa 340” (P1)*

*” Kalo puskesmas kita sendiri punya 6 desa ada 11 bidan , jadi masing-masing desa punya bidan 2 untuk mengakses desa.... itu cukup ya” (P6)*

*” kita ada 3 desa, kebetulan titik titik tempat tinggal kita mendekati wilayah kerja kita” (P9)*

*” Kalo secara ini sih cukup gak cukup harus cukup ya , artinya sebetulnya kalo bisa boleh minta tambahan tenaga sih, tapi kan selama ini sih bisa berjalan” (P3)*

*” .....kalo dilihat dari BOR cukup, standar kualifikasi sudah sesuai Cuma kuantitas paling kurangnya 1, krn dengan meningkatnya kunjungan pasien pasti kebutuhan tenaga juga meningkat, tapi dengan 17 saya coba optimalkan” (P5)*



*” Untuk puskesmas Cimarga kita punya 11 desa, kita punya 14 bidan dengan koordinator 1, koordinator tidak pegang desa” (P10)*

*” Kalo saya satu, tapi berdua sama bidan Ros, karena bidan Ros itu diperbatasan, karena per wilayah saya rasa cukuplah, karena gak begitu luas jadinya mungkin satu juga cukup” (P12)*

Dinas Kesehatan sudah mendistribusikan bidan desa secara proporsional, akan tetapi di lapangan masih terdapat kendala seperti adanya keluhan dari masyarakat bahwa bidan tidak ada ditempat, kemampuan dan kompetensi bidan yang kurang, hal ini terkait dengan kurangnya pengalaman bidan dalam melakukan pelayanan.

*“Ya itu tadi, dengan masih ditemukan temuan ... keluhan masyarakat dengan tidak ada ... keberadaan bidan di tempat ... kemudian kurangnya skil, . pengalaman dari itu dijadikan kendala bagi kita contohnya dengan PTT sekarang baru .... rata rata PTT itu baru lulus tapi kesiapannya belum. Nah kemudian juga ... masih ada ... di Kabupaten Lebak ini ....*

Selain kuantitas, kualitas tenaga kesehatan juga harus diperhatikan untuk mensukseskan program Jampersal ini. Standar pendidikan para bidan di kabupaten lebak sudah 100% lulusan Akademi kebidanan, dan untuk bidan desa mereka mendapat pembinaan dari bidan koordinator yang berada dalam wilayah kerja Puskesmas tempat mereka bertugas.

*”...sekarang D3 semua ...sudah alhamdulillah sudah tidak ada lagi D1 sudah D3 semua.....nah hanya bidan PTT yang baru kita perlu pembinaan dulu , tidak siap pakai, terus terang bidan yang baru lulu dalam kurun waktu 3-6 bulan harus didampingi oleh kakak-kakaknya atau bidan-bidan yang seniornya , harus didampingi, kita tidak boleh dilepas” (P1)*

*”Nah itu, kompetensinya untuk anak-anak baru, PTT khususnya mungkin dari segi pengalaman mereka sangat kurang, jadi ada pembinaan ....kan ada ..mereka ada pelatihan APN” (P2)*

Menurut Van Metter dan Van Horn dalam Agustino (2006) menyatakan keberhasilan proses implementasi tergantung dari kemampuan memanfaatkan sumber daya yang tersedia. Manusia merupakan sumber daya yang terpenting dalam menentukan keberhasilan dalam proses implementasi. Tahap-tahap tertentu dari keseluruhan proses implementasi menuntut adanya sumber daya manusia yang berkualitas.

Kegagalan dalam implementasi sering terjadi karena staf tidak mencukupi, tidak memadai, ataupun tidak kompeten dibidangnya. Penambahan jumlah staf dan implementor saja tidak mencukupi, tetapi diperlukan pula kecukupan staf dengan keahlian dan kemampuan yang diperlukan dalam mengimplementasikan kebijakan atau melaksanakan tugas yang diinginkan oleh kebijakan itu sendiri. (Indihano, 2009)

Dari informasi yang didapat melalui wawancara mendalam dengan informan didapatkan keterangan bahwa kecukupan jumlah bidan yang ada di Kabupaten Lebak sudah memadai hal ini terlihat dari hasil observasi dari data sekunder jumlah bidan di Kabupaten Lebak 491 bidan sedangkan jumlah desa dan kelurahan yang ada adalah 345 desa, jadi sedikitnya ada 1 bidan yang bertanggung jawab untuk 1 desa. Standar pendidikan seluruh bidan di Kabupaten Lebak minimal Diploma tiga, akan tetapi kompetensi dari sebagian bidan desa dirasa masih kurang, hal ini disebabkan masih rendahnya jam terbang bidan tersebut. Para Bidan Desa selalu dipantau kinerjanya oleh Bidan Koordinator, khususnya bidan desa yang baru lulus.

#### d. Ketersediaan Fasilitas Kesehatan

Sarana kesehatan yang cukup dan memadai mempunyai peran yang besar dalam menunjang pelaksanaan program jampersal. Kabupaten Lebak memiliki 2 rumah sakit, 40 Puskesmas yang terdiri dari 14 PTP dan 26 TP, 50 Poskesdes, 73 Pustu dan 42 BPS/Klinik yang melakukan perjanjian kerjasama

dengan Dinas Kesehatan Kabupaten Lebak. Adapun Puskesmas tanpa perawatannya mereka tetap melayani persalinan selama 24 dengan memberlakukan aturan piket untuk bidan.

Tabel. 6.8 Sarana Kesehatan di Kabupaten Lebak  
Tahun 2011

No.	Keterangan	Jumlah
1	Rumah Sakit	2
2	Puskesmas ( 14 PTP, 26 TP)	40
3	Poskesdes	50
4	Pustu	73
5	BPS/Klinik	42

\*Dinkes Kab. Lebak 2011

Terbatasnya jumlah sarana kesehatan yang ada di Kabupaten Lebak dengan luas wilayah 304.472 Ha (3.044,72 Km<sup>2</sup>) yang terdiri dari 28 kecamatan dengan 340 desa dan 5 kelurahan dan jumlah penduduk 1.204.095 jiwa dengan cakupan bulin sebesar 28.117 bulin

*" Kita punya 73 pustu yang layak sekitar 60% tapi kalo puskesmas 40 layak semuanya, ada 50 poskesdes" (P1)*

*"Kita punya 40 Puskesmas, kemudian 73 pustu, poned 141, poskesdes, 50. Saya fikir sih untuk sementara cukup, karena alur pelayanan sudah bisa diatasi oleh puskesmas, misalnya gini bidan desa punya masalah dia tidak bisa melakukan pelayanan persalinan ada penyulit, rujukan itu berjenjang dari bidan desa pada puskesmas kemudian ke puskesmas induk tidak bisa diatasi ke Poned dengan poned tidak bisa langsung ke rumah sakit, ataupun bisa diputus di bidan desa langsung ke rumah sakit." (P2)*

Dari 345 desa hanya terdapat 50 desa yang memiliki poskesdes. Sebagian besar bidan desa menggunakan rumahnya sebagai sarana melakukan pelayanan.

*“ Persaliann di rumah saya, kan kontrak, jadi kan saya kan rumahnya tuh deket deket rumah penduduk “ (P12)*

*“ Kan semua desa kan sudah ada bidan desanya .. otomatis walaupun bukan poskesdes yang dari pemerintah .. dia kontrak rumah .. anggap aja itu poskesdes .. jadi itu .. ee .. harus di fasilitas kesehatan .. “ (P10)*

Keterbatasan jumlah sarana kesehatan seperti terbatasnya jumlah poskesdes bisa menjadi salah satu penyebab rendahnya cakupan program Jampersal, walaupun persalinan juga dapat dilakukan di rumah bidan desa.

Dalam pelaksanaan program Jampersal pelayanan persalinan tidak hanya dilakukan oleh Puskesmas dengan Perawatan saja tapi Puskesmas Tanpa Perawatan juga wajib melayani persalinan, mereka buka 24 jam tapi hanya untuk melayani persalinan saja.

*“Puskesmas bukan DTP, tapi kita mengarahkan dia untuk menjadi buka 24 jam untuk pelayanan persalinan .. karena .. sudah ada dokter sudah ada bidan .. walaupun bukan Poned , jadi ada yang piket dan piket itu biasanya ....dia tidak selalu standby disitu ... biasanya .... ada satu orang .. satu petugas ini on call gitu. Contohnya puskesmas warung gunung ... sama yang kita deket aja .. warung gunung ... dia buka .. karena dia ... bukan Poned gitu, masih itu .. dan itu .. Kita SK kan . jadi ada surat ..surat keterangan dari kepala dinas ... yang menyatakan yang bersangkutan di bolehkan untuk buka 24 jam untuk pelayanan persalinan khusus persalinan saja ... kalo ... yang bukan puskesmas TP yah ... kalo yang DP otomatis dia buka terus ya ... “ (P2)*

*“kita memfasilitasi pas ada jampersal .....kita fasilitasi .. dengan membuka pelayanan di puskesmas .. bisa partus di sini ... “ (P11)*

Selain keterbatasan sarana, keterbatasan alat juga menjadi kendala karena sebagian besar bidan hanya diberikan bidan kit oleh Dinas Kesehatan, sementara kelengkapan lain seperti tempat tidur khusus untuk bersalin, cocor bebek dan tabung oksigen tidak diberikan.

*“ Kalo di puskesmas iya di kasih, bidan desa dikasih bidan kit aja ... kecuali oksigen kali ya bu ya ... belum ada yang ngasih ... kalo bidan desa. Mahal juga kan Rp. 600.000,-“ (P7)*

*“ Kalo ada persalinann kan suka bareng gitu ya, bantu-bantu ..kalo alat alat mah kalo ga ada, kayak cocor bebek....rusak ya paling kita beli sendiri ... ngelengkapi” (P8)*

Ketersediaan bahan penunjang seperti Tablet FE, vaksin TT, alat kontrasepsi, obat-obatan persalinan selalu tersedia. Hanya saja ada beberapa jenis obat seperti Neo Ca, Vit Ca . Untuk pihak dinas kesehatan menganjurkan untuk mengelola klaim jasa persalinan untuk membeli bahan habis pakai dan obat-obatan emergensi yang sangat dibutuhkan dalam pelayanan persalinan yang tidak disediakan oleh kabupaten.

*”Kalo obat penunjang misalkan pasca persalinan kayak anti biotik, bahan habis pakai saya kira cukup ya, yang agak kurang kayak Vit Ca, Neo K, kalo tablet Fe cukup itu mah, untuk TT cukup, kalo untuk program saya rasa cukup ya..... ketersediaan Neo Ca mungkin masih kurang tapi kami mengajarkan dengan uang sisa.... dari 350rb dimanfaatkan untuk membeli barang habis pakai dan obat-obatan emergency yang tidak disediakan dari dinas” (P2)*

*” Kalo obat-obatan saya rasa cukup , kalo alat-alat kontrasepsi kan kita bekerja sama dengan BKKBN...iya ada terus” (P3)*

*” Kemaren evaluasi ke bidan, bagaimanamengenai ketersediaan obat, Insya Allah nggak pak”(P6)*

*” Cukup sih...malah ada terus” (P12)*

*” Masalah obat-obatannya bu ...bahan penunjang misalnya Fe cukup, Cuma untuk alat kontrasepsi sementara ini belum ya bu... kita masih beli, kita belum dapet subsidi alat KB” ( P15)*

Pada awal pelaksanaan program Jampersal banyak terjadi penyimpangan dalam masalah rujukan, penyimpangan tersebut bukan berasal dari pelaksana program/bidan tapi penyimpangan tersebut dilakukan oleh masyarakat hal ini disebabkan kurangnya sosialisasi. Masyarakat hanya tahu bahwa persalinan gratis bisa dilakukan dimana saja, padahal pada pelaksanaannya persalinan itu dilakukan di fasilitas tingkat pertama, selanjutnya jika ada penyulit baru dilakukan rujukan di tingkat lanjut.

*” .....Cuma April-Mei, mungkin karena kurangnya sosialisasi ya masyarakat taunya melahirkan gratis di rumah sakit asal kelas 3 gitu jadi mereka datang ke rumah sakit” (P3)*

*”..kan kayak kampungnya dekat dengan Ajidarmo, datang sendiri, dia merasa aksesnya dekat dengan rumah sakit trus mereka langsung datang aja ke Ajidarmo.....yah karena dekat saya langsung aja ke Ajidarmo..” (P5)*

Tabel 6.9 Rujukan Persalinan di Tingkat Lanjut Program Jampersal  
RSUD Ajidarmo Tahun 2011

No	Bulan	Abortus dan bayi	Normal	SC	Jumlah
1	Mei	17	8	12	37
2	Juni	95	35	78	208
3	Juli	111	29	74	214
4	Agustus	99	39	75	213

5	September	124	57	78	259
6	Oktober	130	78	58	266
7	November	28	6	68	102
8	Desember	56	5	88	149
	Jumlah	660	257	531	1448

Tabel. 6.10 Persalinan Rujukan dan Non rujukan  
RSUD Ajidarmo tahun 2010

No.	Keterangan	Rujukan	Non Rujukan
1	Persalinan Normal	45	159
2	Persalinan dengan komplikasi	122	168
3	SC	455	290
4	Abortus	109	152
	Jumlah	731	769

Sejak ada program Jampersal rujukan ke rumah sakit Ajidarmo meningkat hal ini terkait dengan gratisnya pelayanan persalinan sehingga meningkatkan cakupan persalinan di tenaga kesehatan. Dari 37 tempat tidur yang tersedia dalam ruang perawatan pihak rumah sakit terkadang harus menambah 10-15 tempat tidur tambahan.

*” Rujukan lumayan banyak, bisa naik 50% sekarang pasien bisa sampai 40-45 pasien kalo dulu sebelumnya 37 tempat tidur paling hanya 20 - 22 tempat tidur. Kita sampai nambah 10-15 tempat tidur ” (P3)*

Prosedur rujukan sudah sesuai dengan juknis, karena apabila rujukan tidak sesuai maka pasien dikenakan biaya.

*“Ya kalo partus normal gak bisa....ya dilayani sih tapi dengan administrasi berbeda...jadi bayar...ya kalo sesuai partograf dia partus normal...ya konskuensi harus bayar...”(P5)*

Berdasarkan paparan diatas dapat disimpulkan bahwa instrumen kebijakan yang menunjang implementasi program Jampersal ini saling mendukung dan melengkapi. Dari semua informan khususnya pelaksana dilapangan ada beberapa yang belum mengetahui mengenai adanya instrumen kebijakan yang lain selain juknis. Rendahnya tarif yang ditetapkan oleh pemerintah, rendahnya jumlah BPS yang melakukan perjanjian kerjasama dalam program Jampersal ini mungkin menjadi penyebab rendahnya cakupan Jampersal. Struktur pembiayaan dalam hal ini tidak menjadi hambatan, sistem klain tidak menjadi kendala, hanya saja kelengkapan berkas klaim berupa kartu identitas pasien sulit didapatkan. Hal ini disebabkan karena sebagian besar pasien tidak memiliki kartu identitas. Standar pendidikan para pelaksana baik, karena seluruh bidan di kabupaten lebak pendidikannya minimal diploma III. Jumlah Bidan juga sudah cukup, karena setiap desa memiliki 1-2 bidan yang bertanggung jawab di wilayah masing-masing. Ketersediaan jumlah sarana kesehatan menjadi hambatan, karena dari 345 desa yang ada hanya terdapat 50 desa yang memiliki poskesdes. Bagi desa yang tidak memiliki poskesdes, rumah tempat tinggal bidan desa dijadikan sarana untuk melakukan pelayanan. Walaupun semua bidan desa memiliki bidan kit, akan tetapi fasilitas lain seperti tempat tidur khusus untuk melahirkan tidak tersedia, tabung oksigen juga tidak diberikan oleh dinas kesehatan sehingga bidan desa menyiapkan sendiri. Sistem rujukan tidak mengalami hambatan, dalam arti berjalan sesuai dengan prosedur.

Dalam menghadapi kendala tarif, seharusnya pemerintah pusat sebagai pemegang kebijakan melakukan pendataan terlebih dahulu standar tarif yang berlaku di masyarakat khususnya BPS/Klinik. Karena jika standar tarif sesuai atau sedikit dibawah standar tarif yang berlaku besar kemungkinan banyak BPS/Klinik yang bersedia melakukan perjanjian kerjasama.

Pemerintah Pusat maupun Pemerintah Daerah harus bersinergi dalam melaksanakan program-program pemerintah, seperti jika sarana kesehatan di



desa seperti poskesdes kurang harusnya dibangun banyak sarana kesehatan atau dengan memperbaiki infra struktur jalan, sehingga masyarakat dapat mengakses program Jampersal.

## 6.6 Disposisi

Komitmen pelaksana program Jampersal ini sangat baik, hal ini terlihat dari kuatnya keinginan untuk mensukseskan program ini dari jajaran pengambil kebijakan sampai dengan pelaksana kegiatan. Kepala Dinas kesehatan memotivasi supaya apapun kendalanya masyarakat tertolong persalinannya oleh petugas kesehatan, walaupun harus ada kebijakan dari Kementerian kesehatan mengenai keadaan geografis di kabupaten Lebak. Sementara pada tingkat pelaksana mengakui bahwa tidak ada perlakuan yang berbeda terhadap pasien menggunakan Jampersal dengan yang tidak menggunakan.

*”Ya harus berhasil, komitmennya harus berhasil bagaimanapun caranya... tetep kebijakan kita harus bagaimana caranya. masyarakat tertolong persalinannya. oleh petugas kesehatan gitu aja .. intinya ... walaupun geografisnya ... bagaimanapun caranya .. walaupun sampai ... kita sdh nego dengan Kementrian Kesehatan ” (P1)*

*” Ya... kalo kami kan bahwa ini program yang harus didukung, makanya segala bentuk temuan kita ataupun masukan dari LSM , DPR kemudian wartawan juga selalu kita tindak lanjuti, artinya .. ayo dong .. kita sama sama .. contohnya seperti ini ... kita menghimbau seluruh puskesmas .. kan ada spanduk ... artinya .. dia harus ... gitu .. kemudian puskesmas bukan DP, tapi kita mengarahkan dia untuk menjadi buka 24 jam untuk pelayanan persalinan .. karena .. sudah ada dokter, sudah ada bidan .. ” (P2)*

*” ...saya rasa kalo komitmen cukup bagus ya, mereka yah...artinya ..ya memang perlakuan sama ya ke pasien juga sama dan kayaknya memang bidan –*

*bidan ini juga yang di rumah sakit khususnya..... artinya memang mendukung program ini ..... gak membedakan ” (P3)*

*” Enjoy aja , karena tidak ada masalah menurut saya. Kita menjalankan tugas.....secara finansial kita tidak merasa rugi” (P5)*

*” Bagus sekali ... karena .. apa lagi kami bidan ya.. sangat mendukung pencapaian target ..” (P10)*

*“ Yang penting mereka mau datang dulu ke kita, selalu di tangani.. malah di tawarin ... kita ... setiap posyandu kan .. di tawarin .. bu ... kalo mau ditolong sama saya tanpa biaya ...dateng ke rumah .. atau ke puskesmas .. kalo ke rumah .. sama saya juga dilayani ... di puskesmas juga . kalo saya piket sama saya ... kalo ngg aya sama temen ... kita gak narif... yang penting mau dateng aja nanti. dilayani , kadang mah kalo abis lahiran rumahnya jauh kita antar pake motor apa ojek” (P14)..*

*“Sama aja .... gak di bedain... sama pasien yang bayar.” (P17)*

*“sama aja .. nanti kalo kita marah marah .. ntar pasiennya pada kabur” (P15)*

Berdasarkan hasil observasi, pelaksana program atau bidan di cisimeut rela mengunjungi pasien warga baduy yang habis melahirkan hanya untuk memandikan bayi. Padahal jaraknya jauh dan kondisi jalan menuju rumah pasien tergolong sulit, karena harus melewati perbukitan dan hanya bisa diakses dengan berjalan kaki. Hal ini dilakukan bidan tersebut karena ingin merubah cara pandang masyarakat terhadap bidan. Bidan tersebut juga ingin melakukan pendekatan secara personal ke masyarakat seperti yang dilakukan oleh paraji pada umumnya. Begitu juga hasil pengamatan di rumah sakit, sikap para pelaksana terlihat tidak membedakan pasien yang menggunakan Jampersal maupun pasien yang tidak menggunakan Jampersal, sama halnya hasil pengamatan di bidan praktek swasta.

Menurut Edward III dalam Nawawi (2009) Suatu disposisi dalam implementasi dan karakteristik, sikap yang dimiliki oleh implementor kebijakan, seperti komitmen, kejujuran, komunikatif, cerdas dan bersifat demokratis. Sedangkan menurut Van Meter dan Van Horn dalam Nawawi (2009) disposisi implementor dibedakan menjadi 3 hal: (a) respons implementor terhadap kebijakan, (b) kondisi, (c) intensitas disposisi implementor.

Dari hasil penelitian yang dilakukan, Komitmen sebagian besar pelaksana program Jampersal adalah Faktor penunjang keberhasilan meningkatnya cakupan persalinan oleh tenaga kesehatan, walaupun masih sedikit terkandala, khususnya keberadaan bidan yang berasal dari luar daerah.

*“Banyak bidan yang pendaatang, bukan anak daerah artinya kepedualian dia sedikit berkurang dalam tanda kutip artinya ini bukan daerahnya makanya kadang-kadang hari Sabtu udah ga ada, hari Jumat sudah tidak ada, masih banyak ditemukan seperti itu .... nah itu menjadi kendala bagi kita “ (P2)*

Untuk itu sebagai bahan evaluasi maka pemerintah daerah memberikan insentif bagi bidan yang bertugas di daerah terpencil yaitu sebesar Rp. 1.700.000,-, hal ini dilakukan supaya mengikat bidan.

*“ evaluasi kita ada pertimbangan nah kenapa begitu? kaya dokter aja atau bidan lah jangan bicara dokter nah kita coba lakukan advokasi dengan pemerintah daerah .. ayo ... dong gimana sih ... supaya bisa mengikat bidan ini betah .... kemudian supaya mau tinggal di desa..Nah makanya pemerintah daerah punya suatu reward kepada mereka memberikan insentif daciil walaupun tidak . seberapa . jadi gitu loh . adalah suatu uang yang diberika sebagai suatu insentif mereka untuk bidan yang daerah terpencil saja gitu kalo kota tidak terlalu karena otomatis dengan gaji dari pemerintah aja. sudah besar kan. nah ini kalo dia daerah terpencil bidan PTT itu ada selain gaji Rp 1,7jt kemudian dari pusat ada insentif Rp. 1,7jt diberikan” .(P2)*

*“ Rewardnya adalah mereka ikut pelatihan APN bagi yang belum. Karena APN adalah salah satunya adalah..... sertifikat APN yang menyatakan dia boleh BPS ...menjadi mendapatkan BPS .. SIB nya berlaku ...” (P2)*

Menurut Kristanti ( 2011) mengatakan bahwa retensi dan keinginan untuk memperpanjang masa penugasan khusus para perawat di puskesmas daerah terpencil, perbatasan dan kepulauan, tidak hanya didasarkan kepada besaran insentif financial saja, tetapi juga karena berharap untuk bisa diangkat menjadi CPNS daerah, tempat tinggal yang dekat dengan lokasi puskesmas DTPK, keinginan untuk mengabdikan demi rasa kemanusiaan dan adanya keinginan untuk bekerja daripada tidak bekerja.

Selain *reward* ada juga *punishment* yang diberikan apabila ada bidan yang melanggar, misalnya telat memberikan laporan kegiatan yang harus dilaporkan ke dinas kesehatan setiap bulannya

*“Pra PTT kita buat pada saat waktu itu lagi 2 tahun ini dari tahun 2011 kami melakukan testing seleksi PTT dengan tahapan yang benar artinya dari mulai seleksi administrasi kelengkapan administrasi kemudian dia boleh ikut ujian kemudian dia wawancara jadi setiap tahapan itu kita pasti ada yang gugur sampe pada saat wawancara dia gugur. Di kontrak. sebelum dia diumumkan lulus, kita ada perjanjian pra PTT. Kemudian diumumkan lulus kemudian dilakukan bimbingan. Kemudian kontrak pra tugas selalu kita buat 3 tahun kontraknya, tapi kita evaluasi contohnya apa, pada saat dia mau mengambil uang gaji, dia harus membuat laporan kinerja kan. Nah itu yang kita evaluasi, kadang kalo diatas tgl 15 baru buat laporan, krn dibawah tanggal 10 harusnya buat laporan. Nah itu kita tahan uangnya .... begitu. Terus kita panggil, bikin perjanjian tertulis, tulisan tangan mereka. Kita seperti itu, tapi selama ini sih.. kapok juga .. ya ... begitu dapat teguran ....” (P2)*

Seleksi penerimaan bidan desa ada yang statusnya sebagai bidan PTT pusat dan ada yang statusnya bidan PTT daerah. Dalam proses seleksi dilakukan dalam beberapa tahap, yaitu tahap administrasi, tes potensi akademik dan interview. Dari setiap tahapan diberlakukan sistem gugur. Selain memiliki pengalaman magang, domisili calon bidan juga diperhatikan. Bidan yang berasal dari Kabupaten Lebak memiliki prioritas disbanding bidan yang berasal dari daerah lain.

*“ Iya .. itu satu ... dalam uji wawancara .. dalam wilayah yang dikeluarkan ... dalam wawancara terakhir itu ada point .... misalnya dia sudah melakukan pengalaman magang di puskesmas . kita punya ... pointnya lebih besar ... kemudian dia putra daerah ... KTP kita lihat .. kemudian kita pancing sampai ... ini bener ga ? jangan sekedar bikin KTP saja ... itu ada pointnya dlam wawancara ... iya .. setelah penugasan baru kita bisa ... setelah dia lulus ... setelah penugasan ..baru bisa.” (P2)*

Menurut Edward III dalam Nawawi (2009), salah satu cara untuk memotivasi para pelaksana untuk melaksanakan kebijakan adalah dengan memberikan insentif, baik berupa keuntungan maupun biaya tertentu. Sementara Subarsono (2005) mengatakan bahwa dalam proses implementasi sering ada mekanisme insentif dan sanksi agar implementasi suatu kebijakan berjalan dengan baik.

Honor yang diberikan untuk bidan desa yang bertugas di daerah terpencil sebesar Rp. 1.700.000,-, sedangkan *reward* lain yang diberikan oleh dinas kesehatan adalah dengan memberikan pelatihan APN bagi bidan desa yang belum pernah mendapatkan pelatihan tersebut, karena syarat izin APN (Asuhan Persalinan Normal ) adalah salah satu syarat yang harus dipenuhi untuk mendapatkan izin membuka praktek. Sedangkan *punishment* sudah dilakukan berupa teguran, pernyataan tertulis untuk tidak melakukan kesalahan lagi sampai dengan sanksi gaji yang tidak diberikan. Kualitas pemimpin sebagai pemegang kebijakan dan komitmen petugas pelaksana mempengaruhi implementasi suatu program

## 6.7 Struktur Birokrasi

### a. Koordinasi Berjenjang

Dalam suatu program kegiatan Monitoring, Evaluasi dan Pelaporan penting dilakukan sebagai bahan evaluasi apakah program tersebut sudah berjalan dengan baik sesuai dengan target yang ditentukan dan terarah. Begitu juga pelaksanaan program Jampersal di kabupaten Lebak koordinasi berjenjang dilakukan dalam proses monitoring. Monitoring dan pelaporan selalu dilakukan.

*“P2JK udah dalam 2011 kalo tidak salah udah 2 kali .. kemudian .. 2 kali di sana, malahdenger TNP2K dari sekretariat wakil presiden .. waktu itu .. kita koordinasi nya di sana ... karena jaminan sosial, kita tiap bulan .. tiap bulan .. mengirim laporan “(P1)*

*“Kalo monitoring program kan kita .. rutin .. 4 kali .. dari program ... ada bintek .. kemudian .. kolaborasi anggaran .. kita dari pusat ... sudah dua kali ... tapi khususnya yang dilakukan oleh tim, kalo untuk program .. dia ... 4 kali ... rata rata dari masing masing program ... nah biasanya program itu .... kita gabung ... bukan dari dinkes saja .... P2M nya masuk ... dari segi imunisasi” (P2)*

*“ Tim Jampersal ini kalo secara khusus kan ga ada tim, tapi itu masuk ke jamkesmas ... yah ... di jamkesmas memang ada .. .tim koordinasi ... dari tingkat Propinsi ada, tingkat Kabupaten ada, jadi kita koordinasi nya sama dinas kesehatan dengan As Da IV, tapi kita biasa dipanggil ke Pemda, evaluasinya di sana sama sama dengan dinas” (P4)*

*“ koordinasinya kita tiap bulan bikin laporan dari pelayanan Jampersal, karena kan menyatu dengan program jamkesmas jadi otomatis, tiap bulan dari Jamkesmas/Jampersal, itu masuk dari bidan desa di puskesmas dari puskesmas sampe tuh ke dinas” (P10)*

*“ iya ... tiap bulan biasanya ... dari puskesmas dan dari bidkor nya sendiri” (P12)*

Menurut Winarno, Birokrasi merupakan salah satu badan yang paling sering bahkan secara keseluruhan menjadi pelaksana kebijakan. Birokrasi secara sadar atau tidak memilih bentuk-bentuk organisasi untuk kesepakatan kolektif dalam rangka memecahkan masalah-masalah sosial dalam kehidupan modern.

Dalam Implementasi kebijakan struktur organisasi mempunyai peranan yang penting. Aspek-aspek dalam struktur organisasi adalah prosedur pelaksanaan yang standar atau tata laksana kebijakan yang jelas dan koordinasi antar instansi yang baik sehingga kebijakan dapat dilaksanakan dengan benar. Struktur birokrasi yang panjang akan cenderung melemahkan pengawasan dan menimbulkan *red-tape* yakni prosedur birokrasi yang rumit dan kompleks. (Nawawi, 2009)

Pelaporan dari pelaksana di desa sampai ke dinas tidak mengalami hambatan, akan tetapi dinas kesehatan kabupaten jarang mengirim laporan ke dinas kesehatan propinsi.

*“P2JK ... Online ... kenapa provinsi ... kalo kita memberikan ... padahal hari yang mungkin lebih lambat ya ... mungkin kadang kadang ... gini .. kita mau kirim fax nya ngga ada .. fax nya ga buka propinsi .. kemudian kita email sama juga .. akhirnya ... gimana .. ya udah pusat .... makanya kadang kadang tidak sama antara laporan .... di Pusat sama di Propinsi biasanya suka beda ... di sana 6 kali di sini 4 kali ... gitu .. ke Propinsi nya ... mengirim .. tapi kan kalo ke pusat kan online .. hm mm ... by email .. kalo yang ke propinsi .. kadang kadang ... masuk masuk gitu, kadang gak jadi siapa yang berangkat ke propinsi kita titipin.”*  
(P2)

Salah satu hambatan untuk menjalankan program-program pemerintah antara lain karena kurangnya koordinasi antar instansi. Koordinasi antara pemerintah pusat, pemerintah propinsi dan pemerintah kota/kabupaten.

Hasil Penelitian menunjukkan koordinasi belum dilakukan dengan baik, koordinasi sudah dilakukan secara berjenjang, hanya saja Dinas

Kesehatan Kabupaten terkadang terhambat pengiriman ke Dinas Kesehatan Propinsi . Seharusnya Dinas Kesehatan Kabupaten juga harus melaporkan laporan program kegiatan ke Dinas Kesehatan Propinsi. Menurut informasi yang didapat, terlambatnya pengiriman disebabkan tidak aktifnya mesin fax yang ada di Dinas Kesehatan Propinsi. Penulis berpendapat bahwa hambatan tersebut jangan dijadikan kendala untuk mengirim laporan, karena kemudahan teknologi seperti pengiriman laporan lewat email bisa dilakukan.

Seharusnya laporan pelaksanaan program Jampersal dibuat berjenjang mulai dari bidan desa ke bidan coordinator lalu diteruskan ke puskesmas selanjutnya ke Dinas Kesehatan Kabupaten, Dinas Kesehatan Propinsi dan yang terakhir Pusat Pembiayaan dan Jaminan Kesehatan. Sehingga tidak ada “*missing link*” dalam pelaksanaan kebijakan ini.

Laporan berjenjang dan dengan menggunakan teknologi informasi seperti email, dapat menghemat anggaran pengawasan/supervise dari pusat yang berupa perjalanan dinas untuk melaksanakan fungsi pengawasan. Hal ini juga meningkatkan peran serta daerah dalam implementasi kebijakan program Jampersal. Kemampuan mengkoordinasi, mengontrol dan mengintegrasikan sebuah keputusan memegang peranan penting dalam keberhasilan suatu program.

#### b. SOP Kebijakan

Dalam Implementasi Jampersal terdapat penyesuaian-penyesuaian dalam pelaksanaan Jampersal di lapangan. Dalam Juknis dijelaskan bahwa persalinan harus dilakukan oleh tenaga kesehatan di sarana kesehatan, akan tetapi karena kondisi geografis yang sulit, infrastruktur jalan yang kurang baik apalagi saat musim penghujan.

*“Kan kalo saya kan modelnya .. masih bisa terjangkau ... yah . paling yah ... lewat dua jembatan .. gitu yah ,.. naik ojeg atau motor ... model geografis yang model bu ros (baduy) itu kan naik gunung .. turun gunung ... yah .. mungkin itu kan .. di juknis kan harusdi fasilitas kesehatan.. kalo misalkan untuk bidan ros (baduy) di daerah sana ... jadi dateng ...*



*kemungkinan gak ke fasilitas kesehatan ... akhirnya kan kita yang jemput bola ...” (P14)*

Hal ini diperkuat dengan Petunjuk Teknis Khusus Jamkesmas/Jampersal dan BOK Kabupaten Lebak tahun 2011 seperti yang tertuang dalam point H no.6 yang berbunyi, “ *Puskesmas bertanggung jawab atas pelayanan persalinan yang dilakukan di rumah pasien bila keadaan untuk membawa ke sarana pelayanan kesehatan tidak memungkinkan oleh karena berbagai faktor*”. Dinas Kesehatan Kabupaten Lebak menganggap perlu ada penyesuaian juknis terkait masalah geografis.

Menurut Edward III dalam Agustino (2006) menyatakan dalam pelaksanaan kebijakan perlu dilakukan pembagian tanggung jawab kegiatan kepada masing-masing pihak dan juga ketersediaan SOP atau *Standard Operating Procedures*. Tata laksana pemerintahan yang baik merupakan proses yang diberlakukan dalam organisasi pemerintah dalam melaksanakan kebijakan. Tata laksana pemerintah yang baik ini walaupun tidak dapat menjamin pelaksanaan kebijakan berjalan dengan menjadi tepat, namun apabila dipatuhi jelas dapat mengurangi penyalahgunaan kekuasaan.

Menurut hasil penelitian tata laksana kebijakan Program Jampersal ini sudah berjalan dengan baik, hanya saja tata laksana terkait kendala geografis sedikit menyimpang dari SOP yang ada. Jadi masih ada persalinan yang dilakukan di rumah tetapi yang menangani tenaga kesehatan, Dinas Kesehatan mengambil kebijakan tersebut hanya untuk daerah terpencil. Kebijakan ini diambil untuk mengatasi 3T yaitu terlambat dalam pemeriksaan kehamilan, terlambat dalam memperoleh pelayanan persalinan oleh tenaga kesehatan dan terlambat sampai di fasilitas kesehatan.

## **6.8 Kondisi Geografis, Sosial/kultur dan ekonomi**

### **a. Geografis**

Kabupaten Lebak dengan luas wilayah 304.472 Ha (3.044,72 Km<sup>2</sup>) yang terdiri dari 28 kecamatan dengan 340 desa dan 5 kelurahan. Kondisi geografis

yang berbukit terkadang menyulitkan masyarakat yang tinggal di daerah pedesaan agak sulit menjangkau sarana kesehatan.

*” iya, makanya kata saya itu kan .. di cisemet .. atau di manapun ... di cisungsang .. kemudian di cigemblong .. yang nun jauh di sana .. yang memang masih .. masih kita kena hambatan. walaupun akhirnya kita jemput bola. kalo musim kemarau kan masih bisa jemput bola pake kendaraan puskesmas keliling gitukan, tapi kalo misalkan musim hujan dan sebagainya ya.. akhirnya kita mohon maaf .. ya .. menutup mata ... dalam artian .. ya pasti ada .. persalinan yang dilakukan di rumah penduduk, bukan di paraji .. di rumah penduduk tapi oleh bidan juga walaupun aturannya misalkan tidak boleh ... dilakukan “ (P1)*

*“geografis menjadi kendala kita, lokasi yang jauh yang kadang kadang melelahkan dan yang mungkin merasa cape , ngga bisa naik motor kalo ke sana. jalannya itu 15 kilo, 8 kilo” (P6)*

*“jauh sekali aya 2 jam an .. jalan kaki naik ... turun, naik lagi ,, turun lagi ,baru nyampe” (P20)*

*“Alhamdulillah dengan .. dengan .. kabupaten yang sekarang .. sekarang .. sedang .. giat membangun .. infrasturktur .. ke arah .. e .. transportasi jalan .. iya .. alhamdulillah sih .. kita tapi kan kedalem dalem ... geografis kita masih membutuhkan .. sarana dan prasarana khususnya .. pos pos .. kesehatan ..” (P1)*

Berdasarkan hasil pengamatan dan informasi yang didapat dari informan, kendala geografis Kabupaten Lebak berbukit, ada daerah daerah tertentu seperti, cigemblong, cisimeut dan cisungsang sulit dijangkau apalagi bila kondisi musim penghujan. Pemerintah Daerah sangat berperan dalam implementasi kebijakan Jampersal khususnya dalam perbaikan infrastruktur jalan. Karena dengan kondisi jalan yang bagus membuat masyarakat menjadi mudah menjangkau sarana kesehatan.

Masyarakat perkotaan lebih banyak memanfaatkan program Jampersal, karena jarak antara sarana kesehatan dekat dengan tempat tinggal mereka, hal ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan Nurzaman (2007) yang menyatakan bahwa Kelompok ibu dari perkotaan mempunyai kecenderungan sebesar 2,638 kali untuk memilih persalinan nakes disbanding dengan kelompok ibu yang berasal dari pedesaan.

Hal ini dikarenakan tingkat pendidikan dan pengetahuan ibu di perkotaan umumnya lebih baik dibandingkan dengan ibu yang dari pedesaan, selain itu akses untuk mencapai tempat pelayanan persalinan di perkotaan relatif lebih mudah dan lebih cepat jika disbanding dengan pedesaan.

#### b. Sosial/kultur

Kultur/ Budaya masyarakat Lebak yang masih percaya dengan dukun/paraji menjadi kendala dalam pelaksanaan program Jampersal ini, akan tetapi melalui pendekatan dengan Toga, Toma, Kepala kampung dan Kepala adat memberikan *effort* yang baik bagi terlaksananya program ini.

*“Makanya kita menyikapi itu kan , kita pendekatan dengan kokolot atau dengan di dalem badui itu kan puun, puun itu kepala kampung atau kokolot, kepala adat ...alhamdulillah kita kesehatan yang paling duluan yang bisa masuk ... ke dalam perkampungan badui gitu kan yang penting ditempat lain alhamdulillah kita bisa”(P1)*

*“itu tadi budaya makanya kenapa pada tahun 2010 ke bawah kita pendampingan masih tinggi, belum menjadi nakes murni ... iya ... itu mengapa kita coba mendampingi kadang dengan cara bermitra dengan dukun. Okelah setelah persalinan kita tolong ada bidan yang mendampingi setelah itu ... kemudian disuntiknya oleh bidan “ (P2)*

*“Untuk awal awal sih susahya .. karena terbentur adat” (P12)*

*“Pernah ada .. dia udah KPD udah 3 hari, mau dibawa ke rumah sakit tapi keluarganya keukeuh aja gak mau jadi lahir ngga lahir mau disini aja .. jadi*

*kita paling konsul ke puskesmas sama kepala desa ..kaya gitu .. jadi kepala desanya langsung turun “ (P13)*

Untuk memberi pembelajaran kepada masyarakat baduy terkait kultur mereka yang sulit menerima keberadaan tenaga kesehatan, maka Dinas Kesehatan kabupaten Lebak mencoba melakukan kebijakan dengan istilah menjemput bola. Masyarakat Baduy juga menolak adanya infrastruktur dari luar maka Dinas Kesehatan kabupaten Lebak mencoba mensiasati dengan melakukan negosiasi dengan kepala adat supaya diizinkan untuk membangun sebuah rumah rumah singgah.

*“Saya juga dengan Jaronya udah pernah ngobrol ... ingin kita buat rumah singgah di dalam jadi kalo petugas kesehatan itu ke sana punya rumah di sana . Tapi belum di ijinan , tapi kita membangun pun sama dengan masyarakat badui bangunannya seperti itu, hanya kalo kita kesana, kita ada tempat tinggal gitu . Saya sedang sedang ke jaro dalamnya ,tapi ...sampe sekarang ..belum terjadi ... belum ada ..padahal itu udah kita .. itu . tercetus sejak tahun ...2007 ...” (P1)*

*“Kalo masyarakat badui itu memang masyarakat yang belum hampir belum tersentuh seluruhnya mereka mengerti tentang artinya kesehatan sekarang yang bisa masuk baru badui luar dan ada satu bidan yang bisa masuk ke sana, tapi sekarang sudah mulai kita sosialisasikan bahwa minimal badui luar saja sudah bisa “melek” tentang kesehatan nah itu sudah selama laporan tahun 2011 kemaren jadi istilahnya puskesmas jemput bola..... yang pasti kalo sarkes nya belum bisa yang penting nakesnya aja dulu .... tapi tetap kalo memang di nakes .. gitu ... dilakukan di rumah sasaran. Jadi kalo di badui itu ... kita memberikan 3B .. nya ... 3 bersihnya itu ..... Bersih penolong, Bersih tempat dan Bersih alat” (P2)*

*“ nah puskesdes di desa nayagati, desa margawangi, dan satu lagi desa kanekes (badui), supaya ibu tau di desa kanekes tidak boleh buat bangunan ....*

*jadi kita buatnya di perbatasan desa .. di daerah orang di kecamatan orang, hanya dekat dengan badui .. gitu .. jadi kita dipinggirnya kita ... jadi kita ga di dalem tanah itu .. nah dalam pelaksanaanya pasti sulit walaupun di sana ada puskesmas.” (P6)*

Dari data yang diambil dari Dinas Kesehatan Kabupaten Lebak tercatat ada 1043 dukun tetapi hanya 543 dukun yang bermitra dengan bidan, sedangkan dari data laporan persalinan ada 4845 persalinan yang ditolong oleh dukun (....%). Hal ini disebabkan karena masih kuatnya kultur masyarakat Lebak masih percaya mitos. Selain itu meskipun program Jampersal ini sudah disosialisasikan bahwa semua pelayanannya gratis tetapi tetap saja merasa sungkan untuk datang ke bidan untu melakukan persalinan.

*“ Ngasih ke dukun kan seadanya , kalo ke bidan kan di tarif padahal kalo di itung itung .. mah sama aja .. ke dukun ... kalo kasih segitu .. kan ngasihnya nyicil kan ... satu dua ... gitu . Nanti di itung itung ... 7 hari kan datang ya .. ngurut ya ... dia dateng ngurut trus biasa mungkin doain bayinya, makein gelang dr benang di kakinya jimat itu nanti dikasih lagi .. entah ... lima puluh .. atau berapa . semampuny a... kalo di itung itung .. yah ... kita persalinan . plus .. itu ... lima ratus ribu juga ... padahal nanti pas ada .. istilahny a... seminggu ... boleh keluar ... trus nanti 40 hari di mandiin .. mandi apa gitu .. mandi nifas lagi ... nanti dapet lagi .. nanti di amplopin lagi .. gitu ... jadi gitu, apalagi udah ada berasnya, kelapa ... ayam ... kalo di itung itung mah .. sama ... “ (P9)*

*“di sini mah bu .. kalo misalnya ... ibu mau ... kontrak persalinan ... mau lahir dimana? kumaha nanti ... gimana nanti aja ... yang penting selamat .. “ (P7)*

*“Ada lagi ... nanti kalo misalnya .. pengen lahir sama ibu.. ga taunya nanti pas lahir ga sama ibu ,... nanti ga lahir lahir ... jadi gitu ...ada mitos .. gitu ...” (P11)*

*“Jadi ada sebagian masyarakat ... ngga boleh .. apa ya ... ngga boleh memastikan .. merencanakan .. kan kita maunya merencanakan .. ibu ini rencana aja ... nggak*

*tau jawabnya..... mitosnya ..... takutnya nanti kebebelan .. katanya gitu ... umpama mau lahir di ibu .. suatu saat dia ada dimana ... trus lahir takutnya nanti kebebelan .. katanya gitu ... “ (P9)*

c. Ekonomi

Kondisi ekonomi dan latar belakang pendidikan masyarakat lenak masih rendah. Pekerjaan mereka rata-rata adalah buruh tani, buruh perkebunan, supir atau buruh pabrik. Sedangkan latar belakang pendidikan mereka rata-rata hanya lulus SD dan tidak tamat SMP.

*“Buruh..... banyaknya buruh tani , buruh sadap gitu lah kan , tuan tuan tanahnya kan ada di Jakarta ..... di kota gitu kan, rata rata pendidikan itu kan 6,3 berarti baru lulusan SD , rata ratanya kan karena 6,3 tahun, kemudain mungkin di daerah perkotaan sudah 9 tahun “ (P1)*

*“yah .. kalo masyarakat lebak itu masyarakat yang termasuk daerahnya kabupaten tertinggal .....48 persenan kita adalah gakin “ (P2)*

*“pekerjaannya kalo disini rata rata ya kayaknya ya ga .....buruh ya rata rata begitu”(P3)*

*“kaya buruh buruh gitu ... kan banyak pabrik kayu ... trus pendidikannya SD .. SMP” (P12)*

*“selain tani ..nenun, paling ke ladang ... “ (P16)*

*“Kerja di lokasi...pasir...itu penggalian pasir” (P21)*

*“konveksi di Angke...Jakarta” (P17)*

*“di priuk...Jakarta, supir kontainer... “(P18)*

Karena Cakupan Jampersal luas, dalam arti semua masyarakat yang tidak memiliki Jaminan dapat menggunakan Jampersal. Selain masyarakat ekonomi menengah ke bawah, masyarakat menengah keatas, ada juga PNS yang menikmati program jampersal, karena Askes tidak menanggung persalinan anak ketiga,. Sehingga banyak PNS yang menggunakan Jampersal.

*“meskipun tidak tertutup kemungkinan .. ada PNS mau .. silahkan aja .. asalkan mengikuti prosedur ... kan gitu ... iya .. sampe sekarang ... artinya ... kan ketika anak ketiga kan ga di tanggung askes ... tapi kalo mereka mau pake jampersal ... silahkan aja ... asal mengikuti prosedur .. dan mau di tempatkan di kelas 3 kayaknya ... ada ya ... tapi ga terlalu banyak ... karena mungkin liat kondisi .. di kelas 3 ya ... ruangnya mungkin ...” (P3)*

*“ Malah ada kemaren yang lahiran pake jampersal, padahal mah punya vios. Nah makanya pemerintah harusnya bikin kebijakan tuh gini, misalnya Cuma buat orang miskin” (P11)*

Menurut hasil pengamatan dan informasi yang didapat dari informan sebagian besar pekerjaan masyarakat Lebak adalah buruh tani, buruh perkebunan, atau buruh yang bekerja di Jakarta. Kondisi ekonomi yang rendah membuat pemilihan persalinan ke bidan rendah. Hal ini disebabkan karena menurut mereka tarif persalinan di bidan terlalu mahal. Akan tetapi dengan adanya Program Jampersal, dengan pelayanan persalinan secara gratis disambut baik oleh sebagian besar masyarakat Lebak, khususnya yang berada di pedesaan dan perkotaan yang dekat dengan pelayanan kesehatan . Karena masyarakat perkotaan memang sudah mengakses pelayanan kesehatan dengan baik. Sedangkan ada sebagian masyarakat yang tinggal di daerah terpencil masih rendah cakupan persalinan oleh tenaga kesehatan, hal ini disebabkan karena sulit mengakses menuju sarana kesehatan dan masih tingginya persepsi masyarakat untuk melakukan persalinan di dukun/paraji serta masih percaya dengan mitos. Penelitian ini sesuai dengan penelitian Alisyahbana (1985) dalam Nurzaman (2007) yang menyatakan bahwa ibu dengan tingkat sosial ekonomi rendah akan memanfaatkan tenaga penolong

persalinan non nakes, hal ini disebabkan antara lain karena biaya pertolongan persalinan oleh dukun paraji dapat diangsur, mulai dari perawatan selama kehamilan samapai dengan 40 hari setelah melahirkan, sehingga dirasakannya sangat ringan. Lain halnya dengan biaya pertolongan persalinan oleh bidan, biasanya dibayar sekaligus oleh masyarakat setelah selesai persalinan (puput tali pusat), sehingga dirasakan mahal walaupun masih dalam batas jangkauan.

Bedasarkan informasi yang didapat bahwa keadaan geografis, sosial/budaya masyarakat menjadi penghambat pelaksanaan program Jampersal. Geografis yang sulit dijangkau dengan kendaraan, apalagi pada saat musin penghujan membuat pelaksana sulit menjangkau ke masyarakat begitu pula masyarakat sulit mengakses sarana kesehatan. Kultur masyarakat lebak yang masih menerima keberadaan paraji dan latar belakang pendidikan yang rendah juga menjadi kendala dalam palaksanaan program jampersal ini.

Untuk mengatasi Pemerintah Daerah memang sedang gencar memperbaiki infrastruktur jalan, supaya akses ke sarana kesehatan lebih mudah. Pemerintah Pusat seharusnya melakukan koordinasi lintas sector dan mensinkronkan kebijakan-kebijakan program pemerintah di semua departemen supaya saling bersinergi. Sebagai contoh dengan program Jampersal ini, seharusnya ada program dari Kementerian PU yang mendukung program ini.

Mengenai kepesertaannya, seharusnya PNS tidak boleh menggunakan Jampersal. Karena pada dasarnya mereka sudah memiliki jaminan kesehatan, hanya saja paket manfaat yang diterima hanya berlaku untuk melakukan persalinan sampai anak kedua. Hal ini jelas menyimpang dari sasaran program jampersal yaitu semua ibu hamil yang tidak memiliki jaminan persalinan. Mengenai kepesertaan seharusnya dibatasi hanya untuk ibu hamil dengan tingkat ekonomi menengah kebawah. Seperti penelitian-penelitian sebelumnya mengenai persepsi pemilihan tempat persalinan, bahwa tingkat pengetahuan yang tinggi dan kondisi ekonomi yang baik mempengaruhi pemilihan tempat persalinan. Dari hasil wawancara dan observasi diketahui bahwa ibu hamil yang pada persalinan sebelumnya bisa membayar tetapi sejak ada program Jampersal mereka juga ikut menikmati.



Seperti yang kita ketahui berdasarkan penelitian-penelitian sebelumnya, bahwa penyumbang terbesar tingginya AKI/AKB adalah masyarakat yang tingkat ekonomi menengah kebawah dan masyarakat yang tinggalnya jauh dari sarana kesehatan. Untuk itu perlu dikaji ulang mengenai kepesertaan program Jampersal ini. Karena Menurut Analisa penulis pelayanan maternity termasuk dalam *Merit good* bukan masuk dalam *Public good*, dimana memang memiliki eksternalitas yang tinggi, tetapi juga ada marginal cost dan excludable nya. Jadi untuk masyarakat miskin memang pemerintah harus menanggung tetapi untuk masyarakat yang mampu membayar pemerintah tidak menanggung jaminan tersebut.

Tabel 6.11 Matrik Klasifikasi Jenis Komoditas

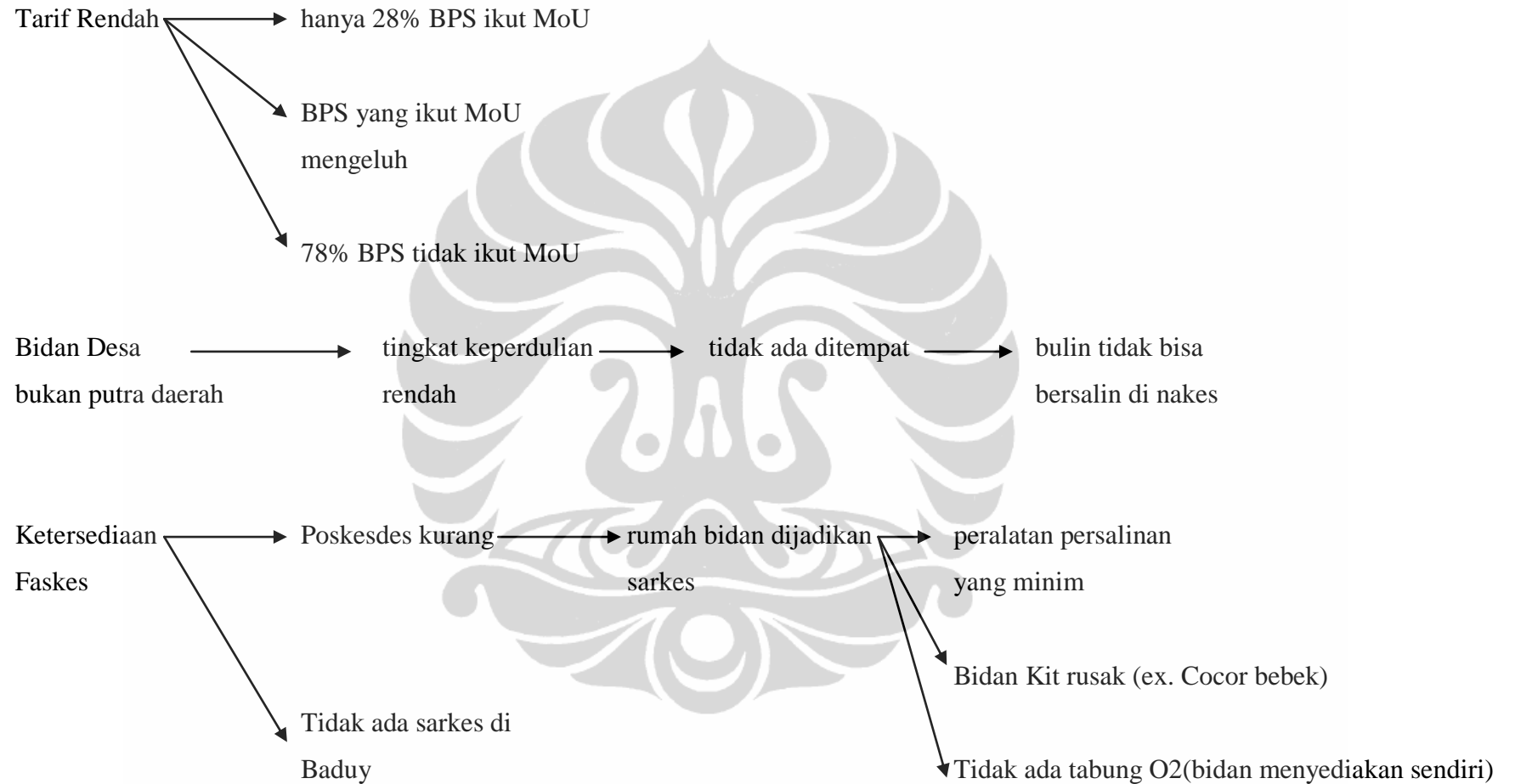
	Eksternalitas	Marginal Cost	Excludability
Public Goods	X	-	-
Merit Goods	X	X	X
Private Goods	- Small or none	-	X

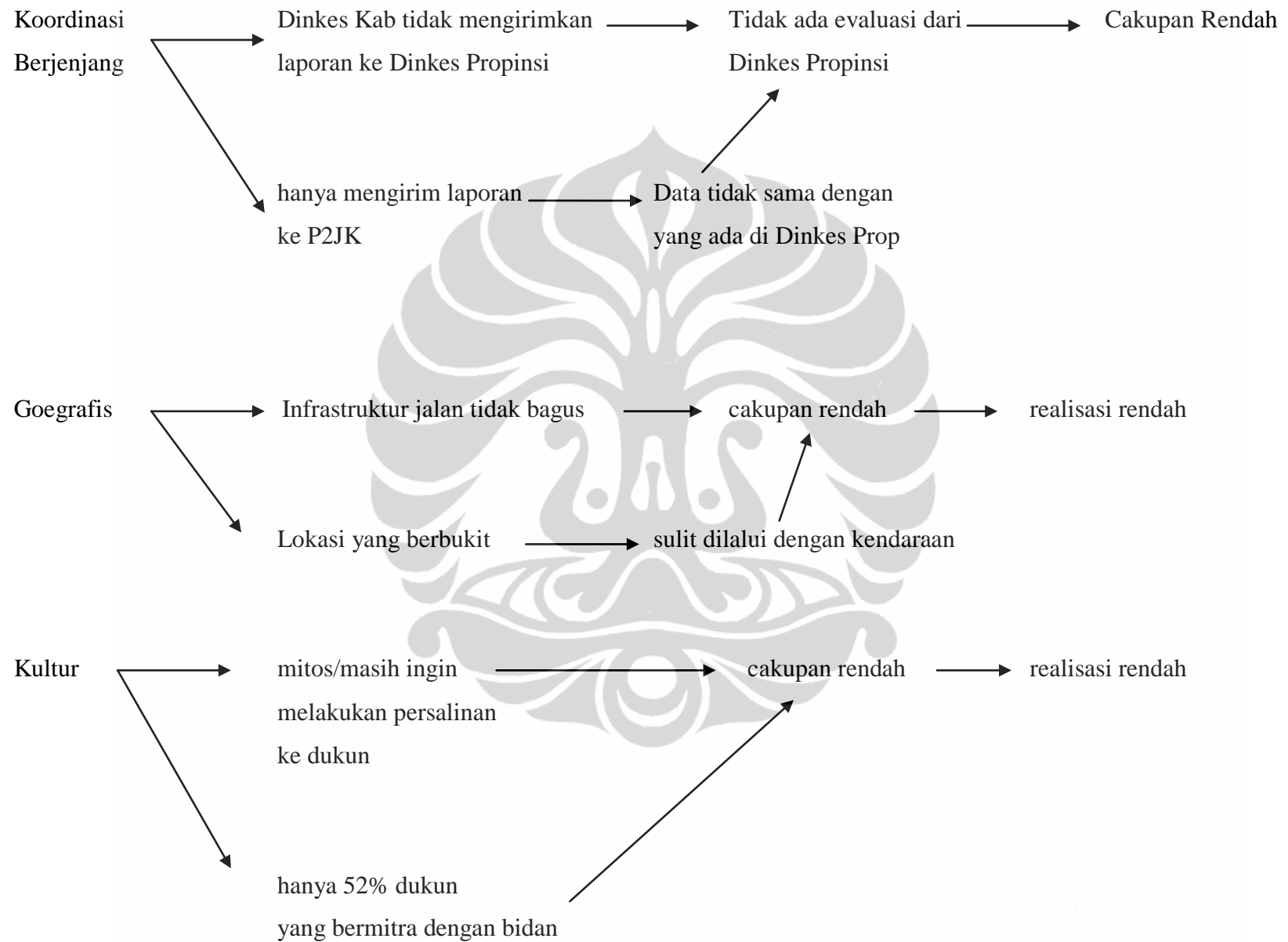
(Gani,2011)

## 6.9 Analisis Hambatan

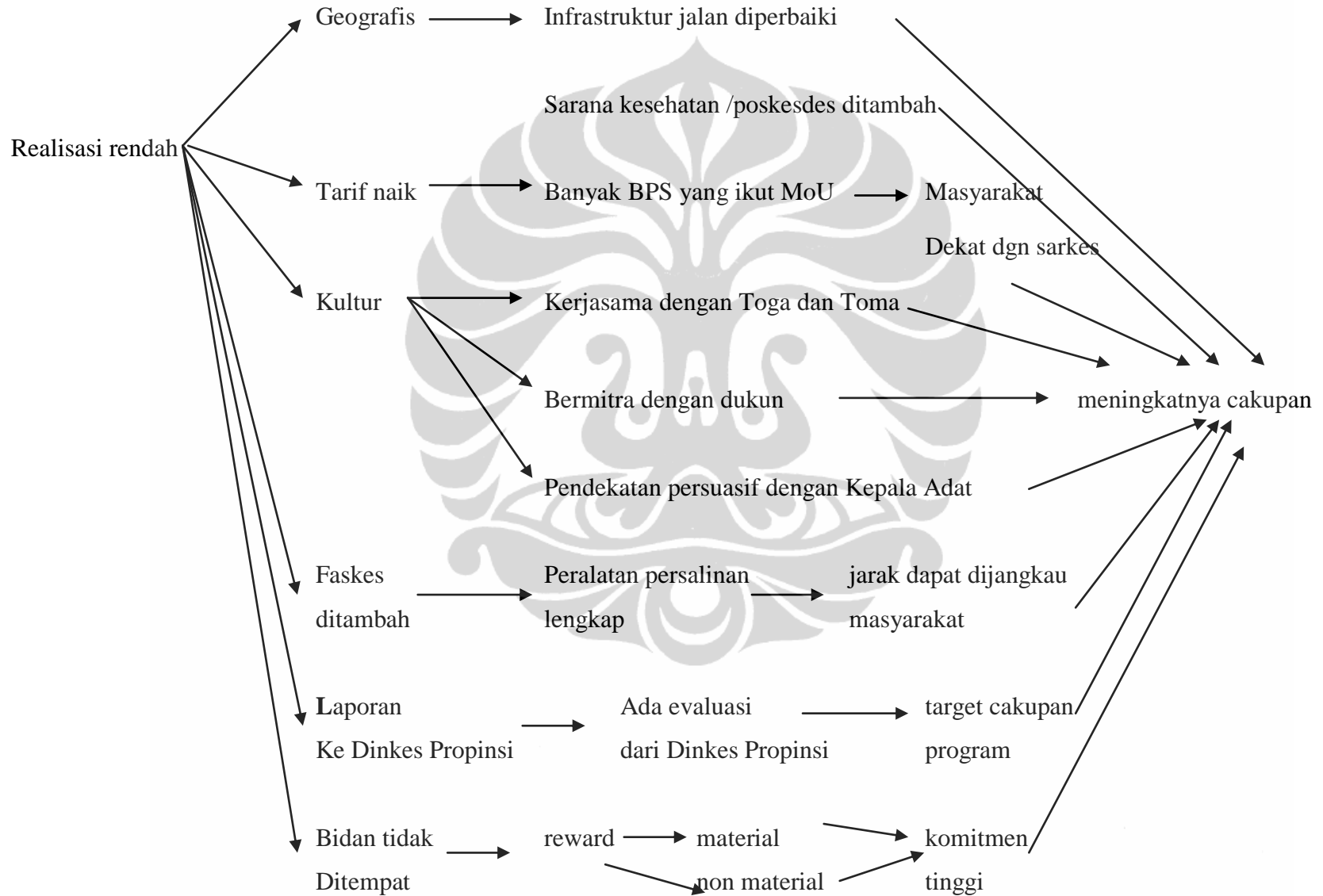
Dalam mengatasi hambatan-hambatan dalam Implementasi Program Jampersal telah diidentifikasi hambatan apa saja yang menjadi kendala. Rendahnya besaran tarif, ketiadaan bidan desa di wilayah kerjanya, Ketersediaan faskes yang kurang, koordinasi dengan Dinkes Propinsi yang tidak berjalan dengan baik serta kondisi geografis dan sosial masyarakat Lebak. Adapun Analisis kendala tersebut digambarkan dalam simplifikasi berikut ini:

### 6.9.1 Identifikasi hambatan





6.9.2 Eksploitasi hambatan



### 6.9.3 Evaluasi Hambatan

No.	Variabel	Keadaan sekarang	Kebutuhan	Usaha untuk mengatasinya
1	Sumber Daya	Besaran tarif rendah	peningkatan besaran tarif layanan	Evaluasi dari P2Jk mengenai besaran tarif yang ssesuai di pelayan kesehatan swasta.
		Ketersediaan fasilitas kesehatan dipedesaan/ poskesdes kurang	Perlu dibangun banyak poskesdes, supaya masyarakat pedesaan dapat menjangkau sarana kesehatan	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Membangun sarkes yang dapat dijangkau masyarakat.</li> <li>- Melengkapi Bidan desa dengan peralatan persalinan yang lengkap</li> <li>- Membangun rumah singgah bagi masyarakat yang tepencil.</li> <li>- Perlu ada Kebijakan dan komitmen yang tinggi dari pemerintah daerah untuk membangun sarana kesehatan yang dapat dijangkau oleh masyarakat.</li> </ul>
2	Disposisi	Bidan desa tidak ditempatkan	Bidan desa yang selalu stand by di wilayah kerjanya	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Dipilih putra daerah, agar memiliki kepedulian yang tinggi terhadap daerahnya</li> <li>- Diberikan <i>reward</i> material berupa Insentif dan non material berupa pelatihan APN bagi yang belum.</li> </ul>
3	Koordinasi berjenjang	Terlambatnya pengiriman laporan kegiatan Jampersal ke Dinkes Propinsi	Laporan Kegiatan yang kontinyu sehingga bisa dilakukan evaluasi terhadap target cakupan	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Adanya SK Kepala Dinkes Propinsi tentang kewajiban pengiriman laporan kegiatan Jampersal.</li> <li>- Adanya pemantauan yang lebih Intensif dari Dinkes Propinsi</li> <li>- Dinkes Propinsi menyediakan kotak surat elektronik khusus untuk</li> </ul>

				<p>pengiriman laporan Jampersal.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Adanya petugas yang khusus membina setiap Dinkes Kabupaten/Kota</li> </ul>
4	Geografis	Infrastruktur jalan yang belum memadai	Perlu adanya perbaikan infrastruktur jalan	Perlu adanya perbaikan infrastruktur jalan dipedesaan, sehingga akses masyarakat ke sarana kesehatan tidak terganggu
	Kultur	Masih banyak masyarakat yang masih percaya untuk melakukan persalinan di dukun	Mengajak masyarakat untuk melakukan persalinan oleh tenaga kesehatan di sarana kesehatan	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Bekerjasama dengan tokoh agama, tokoh masyarakat dan kepala adat untuk mensosialisasikan persalinan yang aman oleh tenaga kesehatan di fasilitas kesehatan.</li> <li>- Melakukan kemitraan dengan dukun/paraji</li> <li>- Menyediakan dana khusus untuk insentif/jasa para dukun yang bermitra dengan bidan sehingga membuat dukun/paraji menjadi termotivasi untuk membantu bidan dalam melakukan persalinan.</li> <li>- Melakukan pendekatan dengan persuasif dengan tokoh adat khususnya warga baduy supaya mau melakukan persalinan yang aman di fasilitas kesehatan oleh tenaga kesehatan.</li> </ul>

## BAB VII

### KESIMPULAN DAN SARAN

#### 7.1 Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian dapat disimpulkan bahwa:

1. Komunikasi sudah berjalan dengan baik hal ini terlihat dari hasil wawancara bahwa seluruh pelaksana program Jampersal sudah mendapatkan sosialisasi baik di jajaran Dinas Kesehatan, Rumah Sakit, Puskesmas, Pelaksana di Puskesmas sampai dengan bidan desa, Bidan Praktek Swasta. Sosialisasi pun sudah sampai ke masyarakat, dari tokoh agama, tokoh masyarakat, kepala desa, sampai ibu hamil. Sedangkan konsistensi antara juknis dan peraturan-peraturan lain seperti Perbup dan Perda konsisten dan saling melengkapi, hanya saja terkait dengan kondisi geografis dan kultur masyarakat Lebak maka ada penyesuaian dalam juknis . Dan kejelasan dari juknis, Perda dan Perbup dapat dipahami oleh pelaksana program.
2. Instrumen kebijakan yang mendasari program jampersal ini Permenkes, Perbup, Perda, Perdirjen Anggaran. Sedangkan alokasi Anggaran yang diberikan oleh pemerintah tidak bisa diukur cukup atau tidak karena sistem yang digunakan klaim, akan tetapi besaran tarif yang ditetapkan dirasa kurang karena dibawah tarif yang berlaku di BPS dan Rumah Sakit. Ketersediaan tenaga kesehatan dirasa cukup karena Kabupaten Lebak sudah memiliki lebih dari 400 bidan dengan 340 desa, jadi dapat diasumsikan setiap desa memiliki 1-2 bidan. Untuk ketersediaan fasilitas dirasa sangat kurang karena dengan 340 desa yang ada di Kabupaten Lebak tetapi hanya memiliki 50 poskesdes. Ketersediaan bahan penunjang seperti obat-obatan persalinan, Tablet Fe, alat kontrasepsi persediaannya cukup, akan tetapi ada beberapa jenis obat seperti Vit. K tidak tersedia.
3. Komitmen pelaksana program jampersal dari jajaran pemegang kebijakan di Kabupaten Lebak sampai dengan pelaksana di lapangan

sangat tinggi. Hal ini terlihat dari hasil wawancara dengan informan bahwa kendala geografis, kendala rendahnya besaran tarif tidak menyurutkan pelaksana program untuk ikut mensukseskan program Jampersal. Menurut pelaksana kegiatan program Jampersal ini sebagai pelengkap keberhasilan program yang lain seperti: Program Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi (P4K), Menurunkan AKI dan AKB. Bidan desa yang bukan berasal dari daerah Lebak jarang berada di tempat karena mereka kurang memiliki kepedulian terhadap wilayah kerja mereka.

4. Koordinasi secara berjenjang cukup dilakukan dengan baik. Setiap puskesmas mendapatkan bimbingan dari pelaksana program yang ada di Dinas Kesehatan Kabupaten Lebak. Setiap ada kendala di lapangan selalu dikoordinasikan secara berjenjang untuk ditindak lanjuti. Hanya saja koordinasi pada tingkat propinsi mengalami hambatan.
5. Kondisi geografis dan sosial/ budaya masyarakat Lebak menjadi penyebab langsung rendahnya cakupan program Jampersal. Kondisi Geografis Kabupaten Lebak adalah berbukit dengan demografi penduduk yang tidak merata. Ada daerah-daerah tertentu yang sulit dijangkau dengan kendaraan. Sebagian besar tinggal di pedesaan dengan strata ekonomi menengah kebawah, 48% masyarakatnya adalah keluarga miskin dengan latar belakang pendidikan sebagian besar tidak lulus SMP.

## 7.2 Saran

### 7.2.1. Bagi Kementerian Kesehatan

1. Besaran tarif yang ditetapkan disetiap daerah harusnya berbeda, karena harus dilihat dari tingkat ekonomi daerah tersebut, letak geografis.
2. Untuk daerah terpencil dan sulit terjangkau, seharusnya ada insentif tambahan untuk petugas/bidan PNS yang melakukan pelayanan.
3. Sebaiknya Kementerian Kesehatan lebih mempertegas sasaran dari program Jampersal ini, yaitu khusus bagi ibu bersalin yang tidak



mampu. Karena apabila program jampersal ini gratis bagi seluruh ibu hamil asal mau dilayani di kelas III, maka hal ini akan memperbesar beban Negara. Sasaran Ibu hamil dikelompokkan berdasarkan strata ekonomi/ tingkat pendapatan.

4. Sebaiknya Kemenkes membuat kebijakan bahwa PNS yang melakukan persalinan anak ketiga tidak boleh menggunakan Jaminan Persalinan ini, karena pada dasarnya PNS sudah memiliki jaminan kesehatan walaupun yang ditanggung oleh pemerintah hanya sampai anak kedua.
5. Ketersediaan bahan penunjang seperti obat-obatan persalinan, tablet Fe, vaksin TT khusus untuk program jampersal seharusnya dipasok khusus dari pemerintah pusat bukan membebankan daerah untuk pengadaan obat – obatan untuk persalinan begitu juga dengan alat kontrasepsi, seharusnya Kemenkes bekerjasama dengan BKKBN menyediakan Alat Kontrasepsi Mantap untuk program KB jangka panjang.

#### 7.2.2. Bagi Pemerintah Daerah

1. Administrasi Kependudukan harus dibenahi seperti KTP dan KK yang diperlukan untuk kelengkapan berkas klaim dapat terpenuhi
2. Lebih fokus untuk memperbaiki infrastruktur jalan, khususnya untuk daerah terpencil, hal ini terkait dengan kemudahan akses ke sarana kesehatan.
3. Menyediakan lebih banyak poskesdes beserta kelengkapan alat persalinana supaya persalinan dilakukan bukan di rumah bidan desa.
4. Menyediakan sarana kesehatan khususnya didaerah yang sulit dijangkau supaya masyarakat dapat mengakses pelayanan Jampersal.

#### 7.2.3. Bagi Peneliti Lain

Perlu melakukan penggalan informasi yang lebih mendalam atau kajian ulang atas hasil dari implementasi kebijakan program Jampersal khususnya di daerah rural/perkotaan atau masyarakat yang taraf perekonomiannya tinggi. Hal

ini terkait dengan besaran tarif yang ditetapkan untuk melakukan pelayanan, persepsi pemilihan tempat persalinan dan banyak tidaknya masyarakat yang memiliki asuransi kesehatan.



## DAFTAR PUSTAKA

Alisyabana, A (1985), *Pelayanan Kesehatan Perinatal di Daerah Pedesaan Ujung Berung*, Buletin Penelitian Kesehatan Vol. 13, No.2, 1985:hal 1-2

Anggorodi, Rina (2009), *Dukun Bayi Dalam Persalinan oleh Masyarakat Indonesia*, *Jurnal Makara Kesehatan*, Vol. 13, No.1, Juni 2009:9-14

Azwar, Azrul (1996), *Pengantar Administrasi Kesehatan Edisi 3*, PT Bina Rupa Aksara, Jakarta

Bappenas (2009), *Penanggulangan Kemiskinan di Indonesia*, [www.bappenas.go.id](http://www.bappenas.go.id).

Bappenas (2009), *Meningkatkan kesehatan Ibu*, [www.bappenas.go.id](http://www.bappenas.go.id)

Bungin, B. (2003), *Analisis Data Penelitian Kualitatif : Pemahaman Filosofi dan Metodologis Ke Arah Penguasaan Model Aplikasi*. Jakarta: PT. Raja Grafindo Persada

Depkes, 2008, *Profil Kesehatan Indonesia, 2007*

Dinas Kesehatan Prov. Banten, *Laporan Angka kematian Ibu dan Angka Kematian Bayi /Kab/Kota Se-Prov. Banten*

Gani, Ascobat, 2011, Materi Kuliah, *Kebijakan dan Strategi Pmbiayaan Kesehatan*, FKM-UI, Depok

Handoko, T. Hani (1998) *Manajemen*, BPFE-UGM, Yogyakarta

<http://www.radarbanten.com>, *Komisi B: Belum banyak yang tahu (didownload 20 Juni 2012)*

<http://www.unmillenniumproject.org/goals/gti.htm>, 2006

Indiahono, Dwiyanto (2009) , *Kebijakan Publik: Berbasis Dynamic Policy Analisis*, Yogyakarta: Gaya Media

Kemenkes, 2011 ,*lampiran Juknis Jaminan Persalinan*

Kemenkes, 2011, *SK dan Lampiran Menkes 515/Menkes/SK/III/2011 tentang Penerima Dana Jamkesmas dan Jampersal di Pelayanan Dasar untuk tiap Kab/Kota Tahun Anggaran 2011*

Kemenkes, 2011,*Juknis Jaminan Persalinan*

Kementerian Kesehatan RI (2009), *Profil Kesehatan Indonesia 2008*, Jakarta.

Kementerian Pemberdayaan Perempuan (2002), *Upaya Penanggulangan Angka Kematian Ibu: Agenda Mendesak bagi Pemerintah Pusat dan Daerah MDG's target indicator*

Mediakom, Kemenkes (2012), *Angka kematian Ibu di Indonesia; "Lampu Merah di Lima Propinsi", edisi 34/ Februari 2012*

Nugroho, Rian, 2008, *Public Policy*, PT.Elex Media Komputindo, Jakarta

Nurzaman, Lutfi (2007), *Pemanfaatan Penolong Persalinan di Indonesia ( Analisis Data SDKI 2002 - 2003 )*, Tesis, FKM UI, Depok

SDKI, 2007 ,*Survei Demografi Kesehatan Indonesia, Maternal Mortality Rate*

SDKI, 2007,*Survei Demografi Kesehatan Indonesia, Infant Mortality Rate*

Setyawati, Gita dan Alam, Meridian (2010),*Modal Sosial dan Pemilihan Dukun Dalam Proses Persalinan: Apakah Relevan?*, *Jurnal Makara Kesehatan Vol. 14, No.1, Juni 2010:11-16*

SKRT, 2001,*Survei Kesehatan Rumah Tangga, Penyebab Kematian Langsung Ibu*

Subarsono, AG (2005), *Analisis Kebijakan Publik: Konsep, Teori dan Aplikasi*,  
Yogyakarta: Pustaka Pelajar

Suharto, Edi ( 2008), *Analisis Kebijakan Publik*

WHO (1966), *The Midwife in Maternity Care*

WHO, 1994 , *Maternal health and safe motherhood programe, Devition of family health, WHO*

WHO, 1994, *Multicentre study on low birth weigth and infant mortality in India,Nepal, Srilangka. Regional office for South-East Asia: 1-44*

WHO, 1996, *Maternal and Newborn Health/ Safe motherhood unit, family and reproductive health. Report of a technical working group. WHO,Geneva*

WHO, 2000, *Women South East Asia, A Health Profile. WHO*

Wijayanti, Endah K.W, 2011, Tesis, *Analisis Implementasi Kebijakan Pemberian Insentif Bagi Perawat Dalam Rangka Penugasan Khusus di Puskesmas Daerah Tepencil, Perbatasan dan Kepulauan.*

[www.datastatistik-indonesia.com](http://www.datastatistik-indonesia.com);, *CBR 2010*

[www.lebakkab.go.id](http://www.lebakkab.go.id), *Kondisi geografis Kab. Lebak*

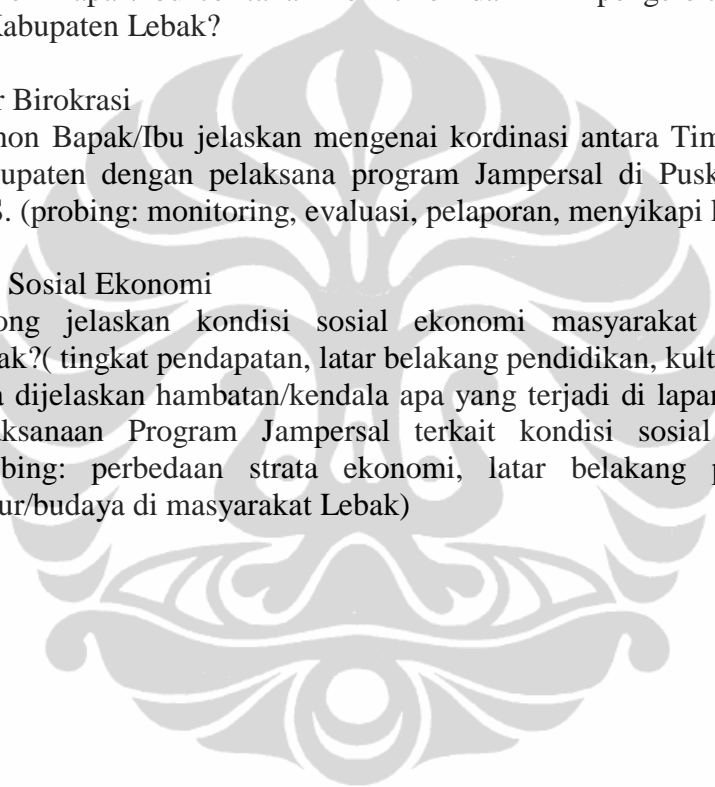
[www.menkokesra.go.id](http://www.menkokesra.go.id), *Alasan Biaya, 59% Wanita Melahirkan di Rumah*  
(didownload 30 Maret 2012)

## PEDOMAN WAWANCARA MENDALAM

1. Memperkenalkan diri kepada informan dan menjelaskan latar belakang penelitian
2. Menanyakan karakteristik informan:
  - a. Nama :
  - b. Pekerjaan/ Jabatan :
  - c. Lama Bekerja/Bertugas :
  - d. Menduduki jabatan terakhir selama :
  - e. Pendidikan :
  - f. Alamat/ No. Telp/HP :
3. Melakukan wawancara mendalam
4. Penutup dan ucapan terima kasih

### **Ka Dinkes Kab & Ketua Tim Pengelola Jampersal**

1. Komunikasi
  - a. Mohon Bapak/Ibu jelaskan mengenai sosialisasi program Jampersal ini? (probing: kapan, dimana, siapa yang menyampaikan, siapa pesertanya, berapa kali diadakan)
  - b. Apa saja yang disampaikan dalam sosialisasi tersebut?
  - c. Bagaimana konsistensinya? (probing: antara juknis dan instrumen yang ada)
  - d. Bagaimana Menurut Bapak/Ibu kejelasan dari tiap informasi yang diberikan? (probing: juknis, peraturan-peraturan)
2. Sumber Daya
  - a. Mohon dijelaskan instrumen kebijakan apa saja yang mendasari program ini? (probing: Peraturan-peraturan, SK, Perpres, dll)
  - b. Mohon dijelaskan SOP atau instrumen selain juknis yang dikembangkan oleh Dinas Kesehatan
  - c. Selain juknis adakah SOP lain yang disesuaikan dengan kondisi di Kabupaten Lebak?
  - d. Menurut Bapak/Ibu alokasi yang diberikan oleh Pemerintah Pusat bisa memenuhi kebutuhan program ini?
  - e. Menurut bapak/Ibu, bagaimana besaran tarif yang sesuai? (probing: dilihat dari faktor geografis, demografi dan sosial ekonomi)
  - f. Berapa besaran tarif di BPS?

- 
- g. Tindak lanjut seperti apa yang dilakukan dalam menyikapi permasalahan tarif terutama di BPS?
  - h. Mohon Bapak/Ibu jelaskan mengenai ketersediaan tenaga kesehatan dalam melaksanakan program Jampersal tsb? (probing: jumlah, kompetensi, kecukupan)
  - i. Bisakah Bapak/Ibu jelaskan mengenai ketersediaan fasilitas kesehatan dalam menunjang program Jampersal? (probing: jumlah, kondisi fisik, jenis faskes, kecukupan)
  - j. Kendala Apa yang dihadapi dalam pelaksanaan program Jampersal
3. Disposisi:
    - a. Mohon Bapak/Ibu ceritakan komitmen dari Tim pengelola Jampersal di Kabupaten Lebak?
  4. Struktur Birokrasi
    - a. Mohon Bapak/Ibu jelaskan mengenai kordinasi antara Tim Pengelola Kabupaten dengan pelaksana program Jampersal di Puskesmas dan BPS. (probing: monitoring, evaluasi, pelaporan, menyikapi kendala)
  5. Kondisi Sosial Ekonomi
    - a. Tolong jelaskan kondisi sosial ekonomi masyarakat Kabupaten Lebak?( tingkat pendapatan, latar belakang pendidikan, kultur)
    - b. Bisa dijelaskan hambatan/kendala apa yang terjadi di lapangan dalam pelaksanaan Program Jampersal terkait kondisi sosial ekonomi? (probing: perbedaan strata ekonomi, latar belakang pendidikan, kultur/budaya di masyarakat Lebak)

## PEDOMAN WAWANCARA MENDALAM

1. Memperkenalkan diri kepada informan dan menjelaskan latar belakang penelitian
2. Menanyakan karakteristik informan:
  - a. Nama :
  - b. Pekerjaan/ Jabatan :
  - c. Lama Bekerja/Bertugas :
  - d. Menduduki jabatan terakhir selama :
  - e. Pendidikan :
  - f. Alamat/ No. Telp/HP :
3. Melakukan wawancara mendalam
4. Penutup dan ucapan terima kasih

### **Pengelola Program Jampersal di RS (Wadir Keuangan)**

1. Komunikasi
  - a. Mohon Bapak/Ibu jelaskan mengenai sosialisasi program Jampersal ini? (probing: kapan, dimana, siapa yang menyampaikan, siapa pesertanya, berapa kali diadakan)
  - b. Apa saja yang disampaikan dalam sosialisasi tersebut?
  - c. Bagaimana konsistensinya? (probing: antara juknis dan instrumen yang ada)
  - d. Bagaimana Menurut Bapak/Ibu kejelasan dari tiap informasi yang diberikan? (probing: juknis, peraturan-peraturan)
2. Sumber Daya
  - a. Mohon dijelaskan instrumen kebijakan apa saja yang mendasari program ini? (probing: Peraturan-peraturan, SK, Perpres, dll)
  - b. Menurut Bapak/Ibu alokasi yang diberikan oleh Pemerintah Pusat bisa memenuhi kebutuhan program ini?
  - c. Menurut bapak/Ibu, bagaimana besaran tarif yang sesuai? (probing: dilihat dari jasa medis, tindakan yang diberikan)
  - d. Tindak lanjut seperti apa yang dilakukan dalam menyikapi permasalahan tarif?
  - e. Kendala Apa yang dihadapi dalam pelaksanaan program Jampersal? (probing: klaim, rujukan, tindakan, jasa medis dll)



3. Disposisi:
  - a. Mohon Bapak/Ibu ceritakan komitmen dari Tim pengelola Jampersal di Kabupaten Lebak?
  
4. Struktur Birokrasi
  - a. Mohon Bapak/Ibu jelaskan mengenai kordinasi antara Tim Pengelola Kabupaten dengan pelaksana program Jampersal di RSUD Ajidarmo. (probing: monitoring, evaluasi, pelaporan, menyikapi kendala)
  
5. Kondisi Sosial Ekonomi
  - a. Tolong jelaskan kondisi sosial ekonomi masyarakat Kabupaten yang dirujuk ?( tingkat pendapatan, latar belakang pendidikan, kultur)
  - b. Bisa dijelaskan hambatan/kendala apa yang terjadi di lapangan dalam pelaksanaan Program Jampersal terkait kondisi sosial ekonomi? (probing: perbedaan strata ekonomi, latar belakang pendidikan, kultur/budaya di masyarakat Lebak)



## PEDOMAN WAWANCARA MENDALAM

1. Memperkenalkan diri kepada informan dan menjelaskan latar belakang penelitian
2. Menanyakan karakteristik informan:
  - a. Nama :
  - b. Pekerjaan/ Jabatan :
  - c. Lama Bekerja/Bertugas :
  - d. Menduduki jabatan terakhir selama :
  - e. Pendidikan :
  - f. Alamat/ No. Telp/HP :
3. Melakukan wawancara mendalam
4. Penutup dan ucapan terima kasih

### **Pengelola Program Jampersal di RS (Wadir Medik & Bidan)**

1. Komunikasi
  - a. Mohon Bapak/Ibu jelaskan mengenai sosialisasi program Jampersal ini? (probing: kapan, dimana, siapa yang menyampaikan, siapa pesertanya, berapa kali diadakan)
  - b. Apa saja yang disampaikan dalam sosialisasi tersebut?
  - c. Bagaimana konsistensinya? (probing: antara juknis dan instrumen yang ada)
  - d. Bagaimana Menurut Bapak/Ibu kejelasan dari tiap informasi yang diberikan? (probing: juknis, peraturan-peraturan)
2. Sumber Daya
  - a. Mohon dijelaskan instrumen kebijakan apa saja yang mendasari program ini? (probing: Peraturan-peraturan, SK, Perpres, dll)
  - b. Selain Juknis adakah SOP lain yang disesuaikan dengan kondisi di Lebak?
  - c. Mohon dijelaskan mengenai ketersediaan tenaga kesehatan dalam pelaksanaan program Jampersal tersebut? (probing: jumlah, kompetensi)
  - d. Mohon dijelaskan mengenai ketersediaan fasilitas kesehatan dalam menunjang program Jampersal?(probing: ketersediaan inkubator, alat obgyn, dll)

- e. Mohon dijelaskan seberapa besar rujukan ke RS. Ajidarmo dan tindakan medis apa yang diberikan?
  - f. Adakah penyimpangan dari sistem rujukan dari pelayanan tingkat pertama ke pelayanan tingkat lanjut?
  - g. Kendala Apa yang dihadapi dalam pelaksanaan program Jampersal? (probing: rujukan, tindakan, jasa medis dll)
3. Disposisi:
- a. Mohon Bapak/Ibu ceritakan komitmen dari Tim pengelola Jampersal di RSUD Ajidarmo?
4. Struktur Birokrasi
- b. Mohon Bapak/Ibu jelaskan mengenai kordinasi antara Tim Pengelola Kabupaten dengan pelaksana program Jampersal di Rumah Sakit. (probing: monitoring, evaluasi, pelaporan, menyikapi kendala)
5. Kondisi Sosial Ekonomi
- a. Tolong jelaskan kondisi sosial ekonomi masyarakat Kabupaten yang dirujuk ?( tingkat pendapatan, latar belakang pendidikan, kultur)
  - b. Bisa dijelaskan hambatan/kendala apa yang terjadi di lapangan dalam pelaksanaan Program Jampersal terkait kondisi sosial ekonomi? (probing: perbedaan strata ekonomi, latar belakang pendidikan, kultur/budaya di masyarakat Lebak)

## PEDOMAN WAWANCARA MENDALAM

1. Memperkenalkan diri kepada informan dan menjelaskan latar belakang penelitian
2. Menanyakan karakteristik informan:
  - a. Nama :
  - b. Pekerjaan/ Jabatan :
  - c. Lama Bekerja/Bertugas :
  - d. Menduduki jabatan terakhir selama :
  - e. Pendidikan :
  - f. Alamat/ No. Telp/HP :
3. Melakukan wawancara mendalam
4. Penutup dan ucapan terima kasih

### **Kepala Puskesmas**

1. Komunikasi
  - a. Mohon Bapak/Ibu jelaskan mengenai sosialisasi program Jampersal ini? (probing: kapan, dimana, siapa yang menyampaikan, siapa pesertanya, berapa kali diadakan)
  - b. Apa saja yang disampaikan dalam sosialisasi tersebut?
  - c. Bagaimana konsistensinya? (probing: antara juknis dan instrumen yang ada)
  - d. Bagaimana Menurut Bapak/Ibu kejelasan dari tiap informasi yang diberikan? (probing: juknis, peraturan-peraturan)
2. Sumber Daya
  - a. Mohon dijelaskan instrumen kebijakan apa saja yang mendasari program ini? (probing: Peraturan-peraturan, SK, Perpres, dll)
  - b. Selain juknis adakah SOP lain yang disesuaikan dengan kondisi di Kabupaten Lebak?
  - c. Menurut Bapak/Ibu alokasi yang diberikan oleh Pemerintah Pusat bisa memenuhi kebutuhan program ini?
  - d. Menurut bapak/Ibu, bagaimana besaran tarif yang sesuai? (probing: dilihat dari jasa medis, tindakan yang diberikan)
  - e. Tindak lanjut seperti apa yang dilakukan dalam menyikapi permasalahan tarif?

- f. Mohon dijelaskan mengenai ketersediaan tenaga kesehatan dalam pelaksanaan program Jampersal tersebut? (probing: jumlah, kompetensi)
  - g. Mohon dijelaskan mengenai ketersediaan fasilitas kesehatan dalam menunjang program Jampersal?(probing: alat obgyn, dll)
  - h. Mohon dijelaskan seberapa besar rujukan ke Rumah Sakit?
  - i. Adakah penyimpangan dari sistem rujukan dari pelayanan tingkat pertama ke pelayanan tingkat lanjut?
  - j. Kendala Apa yang dihadapi dalam pelaksanaan program Jampersal? (probing: klaim, rujukan, tindakan, jasa medis dll)
3. Disposisi:
    - a. Mohon Bapak/Ibu ceritakan komitmen dari Tim pengelola Jampersal di Puskesmas?
  4. Struktur Birokrasi
    - a. Mohon Bapak/Ibu jelaskan mengenai kordinasi antara Tim Pengelola Kabupaten dengan pelaksana program Jampersal di Puskesmas. (probing: monitoring, evaluasi, pelaporan, menyikapi kendala)
  5. Kondisi Sosial Ekonomi
    - a. Tolong jelaskan kondisi sosial ekonomi masyarakat Kabupaten yang dirujuk ?( tingkat pendapatan, latar belakang pendidikan, kultur)
    - b. Hambatan/kendala apa saja yang terjadi di lapangan dalam pelaksanaan Program Jampersal terkait kondisi sosial ekonomi? (probing: perbedaan strata ekonomi, latar belakang pendidikan, kultur/budaya di masyarakat Lebak)

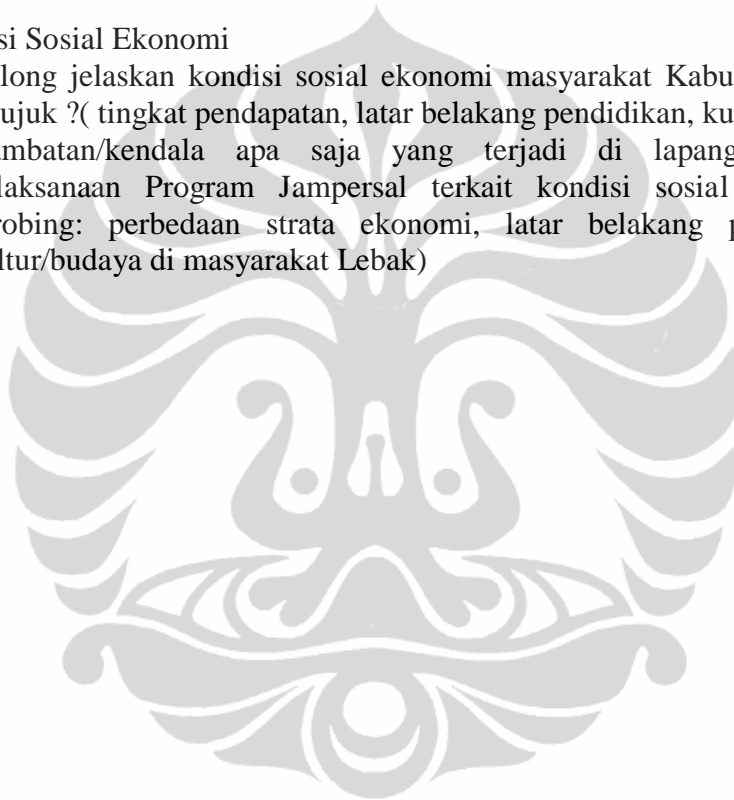
## PEDOMAN WAWANCARA MENDALAM

1. Memperkenalkan diri kepada informan dan menjelaskan latar belakang penelitian
2. Menanyakan karakteristik informan:
  - a. Nama :
  - b. Pekerjaan/ Jabatan :
  - c. Lama Bekerja/Bertugas :
  - d. Menduduki jabatan terakhir selama :
  - e. Pendidikan :
  - f. Alamat/ No. Telp/HP :
3. Melakukan wawancara mendalam
4. Penutup dan ucapan terima kasih

### **Bendahara Jampersal di Puskesmas**

1. Komunikasi
  - a. Mohon Bapak/Ibu jelaskan mengenai sosialisasi program Jampersal ini? (probing: kapan, dimana, siapa yang menyampaikan, siapa pesertanya, berapa kali diadakan)
  - b. Apa saja yang disampaikan dalam sosialisasi tersebut?
  - c. Bagaimana konsistensinya? (probing: antara juknis dan instrumen yang ada)
  - d. Bagaimana Menurut Bapak/Ibu kejelasan dari tiap informasi yang diberikan? (probing: juknis, peraturan-peraturan)
2. Sumber Daya
  - a. Mohon dijelaskan instrumen kebijakan apa saja yang mendasari program ini? (probing: Peraturan-peraturan, SK, Perpres, dll)
  - b. Menurut Bapak/Ibu alokasi yang diberikan oleh Pemerintah Pusat bisa memenuhi kebutuhan program ini?
  - c. Menurut bapak/Ibu, bagaimana besaran tarif yang sesuai? (probing: dilihat dari jasa medis, tindakan yang diberikan)
  - d. Tindak lanjut seperti apa yang dilakukan dalam menyikapi permasalahan tarif?
  - e. Mohon dijelaskan seberapa besar rujukan ke Rumah Sakit?

- f. Kendala Apa yang dihadapi dalam pelaksanaan program Jampersal?  
(probing: klaim, rujukan, tindakan, jasa medis dll)
3. Disposisi:
  - a. Mohon Bapak/Ibu ceritakan komitmen dari Tim pengelola Jampersal di Puskesmas ini?
4. Struktur Birokrasi
  - a. Mohon Bapak/Ibu jelaskan mengenai kordinasi antara Tim Pengelola Kabupaten dengan pelaksana program Jampersal di Puskesmas ini.  
(probing: monitoring, evaluasi, pelaporan, menyikapi kendala)
5. Kondisi Sosial Ekonomi
  - a. Tolong jelaskan kondisi sosial ekonomi masyarakat Kabupaten yang dirujuk ?( tingkat pendapatan, latar belakang pendidikan, kultur)
  - b. Hambatan/kendala apa saja yang terjadi di lapangan dalam pelaksanaan Program Jampersal terkait kondisi sosial ekonomi?  
(probing: perbedaan strata ekonomi, latar belakang pendidikan, kultur/budaya di masyarakat Lebak)



## PEDOMAN WAWANCARA MENDALAM

1. Memperkenalkan diri kepada informan dan menjelaskan latar belakang penelitian
2. Menanyakan karakteristik informan:
  - a. Nama :
  - b. Pekerjaan/ Jabatan :
  - c. Lama Bekerja/Bertugas :
  - d. Menduduki jabatan terakhir selama :
  - e. Pendidikan :
  - f. Alamat/ No. Telp/HP :
3. Melakukan wawancara mendalam
4. Penutup dan ucapan terima kasih

### **Bidan Puskesmas**

1. Komunikasi
  - a. Mohon Ibu jelaskan mengenai sosialisasi program Jampersal ini? (probing: kapan, dimana, siapa yang menyampaikan, siapa pesertanya, berapa kali diadakan)
  - b. Apa saja yang disampaikan dalam sosialisasi tersebut?
  - c. Bagaimana konsistensinya? (probing: antara juknis dan instrumen yang ada)
  - d. Bagaimana Menurut Bapak/Ibu kejelasan dari tiap informasi yang diberikan? (probing: juknis, peraturan-peraturan)
2. Sumber Daya
  - a. Mohon dijelaskan instrumen kebijakan apa saja yang mendasari program ini? (probing: Peraturan-peraturan, SK, Perpres, dll)
  - b. Selain juknis adakah SOP lain yang disesuaikan dengan kondisi di Kabupaten Lebak?
  - c. Mohon dijelaskan mengenai ketersediaan tenaga kesehatan dalam pelaksanaan program Jampersal tersebut? (probing: jumlah, kompetensi)
  - d. Mohon dijelaskan mengenai ketersediaan fasilitas kesehatan dalam menunjang program Jampersal?(probing: alat obgyn, dll)
  - e. Mohon dijelaskan seberapa besar rujukan ke Rumah Sakit?



- f. Adakah penyimpangan dari sistem rujukan dari pelayanan tingkat pertama ke pelayanan tingkat lanjut?
  - g. Kendala Apa yang dihadapi dalam pelaksanaan program Jampersal? (probing: klaim, rujukan, tindakan, jasa medis dll)
3. Disposisi:
    - a. Mohon Bapak/Ibu ceritakan komitmen dari Tim pengelola Jampersal di Puskesmas ini?
  4. Struktur Birokrasi
    - a. Mohon Bapak/Ibu jelaskan mengenai kordinasi antara Tim Pengelola Kabupaten dengan pelaksana program Jampersal di RSUD Ajidarmo. (probing: monitoring, evaluasi, pelaporan, menyikapi kendala)
  5. Kondisi Sosial Ekonomi
    - a. Tolong jelaskan kondisi sosial ekonomi masyarakat Kabupaten yang dirujuk ?( tingkat pendapatan, latar belakang pendidikan, kultur)
    - b. Hambatan/kendala apa saja yang terjadi di lapangan dalam pelaksanaan Program Jampersal terkait kondisi sosial ekonomi? (probing: perbedaan strata ekonomi, latar belakang pendidikan, kultur/budaya di masyarakat Lebak)

## PEDOMAN WAWANCARA MENDALAM

1. Memperkenalkan diri kepada informan dan menjelaskan latar belakang penelitian
2. Menanyakan karakteristik informan:
  - a. Nama :
  - b. Pekerjaan/ Jabatan :
  - c. Lama Bekerja/Membuka praktek :
  - d. Pendidikan :
  - e. Alamat/ No. Telp/HP :
3. Melakukan wawancara mendalam
4. Penutup dan ucapan terima kasih

### Klinik Swasta/BPS

1. Komunikasi
  - a. Dapatkah Bapak/Ibu jelaskan mengenai sosialisasi program Jampersal ini ? (probing: kapan, dimana, siapa yang menyampaikan, siapa pesertanya, berapa kali diadakan)
  - b. Apa saja yang disampaikan dalam sosialisasi tersebut?
  - c. Menurut bapak/ibu, apakah juknis sudah menjelaskan secara rinci mengenai pelaksanaan jampersal?
2. Sumber Daya
  - a. Selain juknis adakah SOP lain yang disesuaikan dengan kondisi di Kabupaten Lebak?
  - b. Menurut bapak/Ibu, besaran tarif yang sesuai seperti apa? (probing: dilihat dari faktor geografis, demografi dan sosial ekonomi)
  - c. Tindak lanjut seperti apa yang dilakukan pemerintah daerah dalam menyikapi permasalahan tersebut?
  - d. Kendala Apa yang dihadapi dalam pelaksanaan program Jampersal? (probing: Klaim, sistem rujukan, tarif)
3. Disposisi:
  - a. Bagaimana Komitmen Ibu dalam melaksanakan program Jampersal?

4. Struktur Birokrasi
  - a. Bisa Ibu jelaskan mengenai kordinasi antara Tim Pengelola Kabupaten dengan BPS. (probing: monitoring, evaluasi, pelaporan, menyikapi kendala)
  
5. Kondisi Sosial Ekonomi
  - a. Tolong jelaskan kondisi sosial ekonomi masyarakat sekitar?( tingkat pendapatan, latar belakang pendidikan)
  - b. Bisa dijelaskan hambatan/kendala apa yang terjadi di lapangan dalam pelaksanaan Program Jampersal terkait kondisi sosial ekonomi? (probing: perbedaan strata ekonomi, latar belakang pendidikan, kultur/budaya di masyarakat Lebak)



## PEDOMAN WAWANCARA MENDALAM

1. Memperkenalkan diri kepada informan dan menjelaskan latar belakang penelitian
2. Menanyakan karakteristik informan:
  - a. Nama :
  - b. Usia :
  - c. Pekerjaan :
  - d. Jumlah anak :
  - e. Pendidikan :
  - f. Alamat :
3. Melakukan wawancara mendalam
4. Penutup dan ucapan terima kasih

### **Masyarakat (Bumil yang pakai Jampersal)**

1. Komunikasi
  - a. Darimana Ibu mengetahui Program Jampersal?
  - b. Apa alasan Ibu menggunakan Jaminan Persalinan ini?
  - c. Apa bumil lain juga ingin menggunakan Jaminan Persalinan ini?
2. Sumber Daya
  - a. Tolong ibu jelaskan sarana kesehatan yang ada disekitar ibu? (probing: jenis, kondisi, jarak)

### **Masyarakat (Bumil yang tidak pakai Jampersal)**

1. Komunikasi
  - a. Apa alasan Ibu tidak menggunakan Jaminan Persalinan ini?
2. Sumber Daya
  - a. Tolong ibu jelaskan sarana kesehatan yang ada disekitar ibu? (probing: jenis, kondisi, jarak)

## **Masyarakat (Ibu yang akan melahirkan)**

1. Komunikasi
  - a. Apa yang Ibu ketahui tentang Program Jampersal?
  - b. Akankah Ibu menggunakan Jaminan Persalinan tersebut? Sebutkan alasannya!
  
2. Sumber Daya
  - a. Tolong ibu jelaskan sarana kesehatan yang ada disekitar ibu? (probing: jenis, kondisi, jarak)

