

IMPLEMENTASI KEBIJAKAN PENINGKATAN
PELAYANAN KESEHATAN
(Tentang Pelaksanaan Program Jaminan Mutu Pelayanan Kesehatan Dasar
Di Puskesmas Ngronggot Kabupaten Nganjuk)

YENIK PUJOWATI*

Abstract

Implementation of Quality Assurance and the Public Health Service especially basic health care is a must. Quality assurance is not only a humanitarian obligation, ethical, administrative solely, but it has been a legal obligation as what has been stipulated in Law no. 23 of 1992 on Health in the Ministry of Health Decree No. 125/Menkes/SK/II/2008. This study examines how to increase health care policy implementation in Ngronggot health center, Nganjuk. This study concluded that actors involved in the implementation of cross-cutting health services to perform its role in different way. Efforts to increase public awareness in order to create a healthy living behaviors are difficult to achieve, because it is not supported by socio-economic factors, which is still low. Contributing factor in the implementation of this policy is the availability of regulation as law. while the inhibiting factor is the lack of resources in policy implementation.

Keywords: implementation, health polic.,

Pendahuluan

Dalam Undang-Undang Dasar Negara RI 1945 diamanatkan bahwa pelayanan Kesehatan merupakan salah satu aspek dari hak asasi manusia, yaitu sebagaimana yang tercantum dalam pasal 28 H ayat (1) : “setiap orang berhak hidup sejahtera lahir dan batin, bertempat tinggal dan mendapat lingkungan hidup yang baik dan sehat, serta berhak memperoleh pelayanan kesehatan”

Pelayanan Kesehatan di Indonesia bertujuan untuk meningkatkan kesadaran, kemauan dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang agar dapat mewujudkan derajat kesehatan yang setinggi-tingginya sebagai perwujudan kesejahteraan umum sebagai yang dimaksud dalam Pembukaan Undang-Undang Dasar Republik Indonesia 1945. Pelayanan Kesehatan tersebut diselenggarakan dengan berdasarkan kepada Sistem Kesehatan Nasional (SKN) yaitu suatu tatanan yang menghimpun berbagai upaya Bangsa Indonesia secara

terpadu dan saling mendukung guna menjamin derajat kesehatan yang setinggi-tingginya. Sebagai pelaku dari pada penyelenggaraan pembangunan kesehatan adalah masyarakat, pemerintah (pusat, provinsi, kabupaten/kota). dengan demikian dalam lingkungan pemerintah baik Pemerintah Pusat dan Pemerintah Daerah harus saling bahu membahu secara sinergis melaksanakan pelayanan kesehatan yang terencana, terpadu dan berkesinambungan dalam upaya bersama-sama mencapai derajat kesehatan yang setinggi-tingginya.

Untuk meningkatkan kualitas sumber daya manusia antara lain dilakukan melalui kebijakan pembangunan kesehatan. Pembangunan kesehatan mempunyai hubungan yang positif dengan peningkatan kualitas sumberdaya manusia. Derajat kesehatan dan status gizi yang tinggi akan meningkatkan produktivitas yang pada gilirannya akan meningkatkan tingkat pendapatan masyarakat atau kesejahteraan masyarakat. Kebijakan Pelayanan

Kesehatan menjadi salah satu komponen yang utama. Peran penting pembangunan seperti sekarang dapat dilihat dari kontribusinya dalam meningkatkan produktivitas generasi sekarang dan produktivitas pelayanan kesehatan yang akan mendatang (Dwiyanto, 2000:6)

Di Indonesia, peran pemerintah dalam memberikan pelayanan publik (Pelayanan Kesehatan) disebutkan dalam UUD 1945 dan pasal 31 bahwa pendidikan dan kesehatan dijamin oleh Negara. Demikian halnya dalam GBHN dan UU No. 23 Tahun 1992 tentang Kesehatan dan Sistem Kesehatan Nasional, Hak Dasar Kesehatan di Indonesia dijamin oleh Negara.

Kebijakan kesehatan di Indonesia dirumuskan berdasarkan kerangka yang disebutkan di atas, tetapi dalam proses implementasinya akan dipengaruhi oleh bentuk ekonomi, politik dan struktur birokrasi yang berlaku. Oleh karena itu, seperti dikemukakan oleh: Winters (2004:7-3) pembangunan pelayanan kesehatan di suatu Negara tidak dapat dipisahkan dari struktur sosial, ekonomi dan politik yang ada di Negara tersebut, bahwa ada tidaknya hak dasar disetiap warga Negara dibidang kesehatan sangat dipengaruhi oleh struktur sosial, ekonomi Negara tersebut. Di samping itu faktor geografis suatu daerah juga cukup mempengaruhi kebutuhan masyarakat dalam mendapatkan pelayanan kesehatan. Penerapan strategi pembangunan ekonomi yang cenderung berarah kapitalistik, penerimaan pendapat negara yang tidak stabil, privatisasi kesehatan dan berkembang industri farmasi yang didominasi perusahaan asing, merupakan faktor yang berpengaruh kuat terhadap kesempatan masyarakat dalam mendapatkan pelayanan kesehatan, oleh karena itu, faktor-faktor tersebut, akan membawa pengaruh pada kesempatan masyarakat dalam memperoleh pelayanan kesehatan.

Penelitian ini ditujukan untuk menganalisis bagaimana implementasi Program Jaminan Kesehatan Masyarakat telah ditetapkan melalui Keputusan Menteri Kesehatan nomor 125/Menkes/SK/II/2008. Tentang Pedoman Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Masyarakat.

Implementasi kebijakan sebagai mana pendapat Howelett dan Rames (1960:45) adalah mentransfer kebijakan kedalam program dan tindakan aksi sehingga membutuhkan berbagai kondisi yang berkaitan dengan bentuk masalah yang hendak dipecahkan dengan implementasi kebijakan itu sendiri, kondisi lingkungan yang ikut mempengaruhi implementasi, organisasi pelaksanaan dan sumber daya pelaksanaan serta sumber daya yang teralokasi. Sementara Menurut Hufen dalam Paters dan Nispen (1998:34) melihat implementasi kebijakan mengandung unsur-unsur berdasarkan instrumen kebijakan yang meliputi antara lain adalah :

(1). sistem karir pegawai, teknik medis (dokter, bidan, perawat) atau memberikan sistem keyamanan dan keamanan pasien, dan memberikan pelayanan kesehatan yang lebih baik, lebih cepat dan lebih akurat, lebih baru, serta sesuai dengan harapan pelangga/pasien. Rakyat adalah pemilik atau sumber kekuatan dan lain-lain yang ditujukan pada seperangkat nilai yang menjadi dasar tindakan bagi para pihak yang terlibat dalam implementasi. (2). Jaringan kerja, baik secara personal maupun intitusi di dalam dan luar negeri. Guna memenuhi tuntutan reformasi pelayanan atau birokrasi menurut pandangan Islamy (2007:26) “dalam hal ini birokrasi tidak hanya bertanggung jawab yuridis Formal tetapi juga bertanggung jawab moral” dan sumber kekuatan dan lain-lain yang ditujukan pada seperangkat nilai yang menjadi dasar tindakan bagi para pihak yang terlibat dalam implementasi kebijakan.

Selain instrumen sebagaimana disebutkan di atas implementasi menurut

Lester dan Stewart (2000) juga membutuhkan kejelasan dari pihak yang akan melaksanakan kebijakan itu dan pilihan pada teknik implementasi. pedekatan pertama pada seputar siapa melaksanakan pelaksana atau para pihak yang terlibat dalam implementasi untuk menerapkan standar pelayanan kesehatan, sistem pengawasan, pemberian sanksi dan hukuman, berdasarkan pada upaya persuasif yang memberikan kebebasan kepada pelaksana atau para pihak yang terlibat untuk mengikuti atau tidak mengikuti mekanisme yang sudah digariskan disertai dengan konsekwensi logis atas pilihan mereka.

Menghadapi permasalahan kesehatan dengan Multi aspek sebagaimana telah dijelaskan di atas maka jelaslah bahwa secepat apapun sebuah implementasi kebijakan dirumuskan dan diimplementasikan, termasuk kebijakan sektor pelayanan kesehatan yang diharapkan berdampak pada kualitas hidup masyarakat, akan tidak semudah yang dibayangkan, hal ini karena beragamnya aspek kesehatan itu sendiri yang kemudian berhadapan dengan berbagai *publik interst* sejak *policy proces* berlangsung, tetapi juga perubahan arah kebijakan sering terjadi pada setiap periode pergantian kepemimpinan termasuk instabilitas politik pasca oder baru.

Berbagai permasalahan di bidang kesehatan sebagaimana dipaparkan di atas adalah yang dialami baik oleh pihak dinas kesehatan maupun masyarakat Kabupaten nganjuk. Untuk itulah penulis tertarik melakukan penelitian tentang “implementasi kebijakan peningkatan pelayanan kesehatan (Studi Tentang Pelaksanaan Program Jaminan Mutu Pelayanan Dasar di puskesmas Ngronggot Kabupaten nganjuk)

Tujuan penelitian ini adalah untuk 1) mengetahui Implementasi kebijakan peningkatan pelayanan kesehatan melalui Program Jaminan Mutu Pelayanan Kesehatan Dasar di Puskesmas Ngronggot

Kabupaten Nganjuk. 2) menganalisis aktor-aktor yang berpartisipasi dalam program Jaminan Mutu pelayanan kesehatan Dasar di Puskesmas Ngronggot Kabupaten Nganjuk. 3) Mendeskripsikan perubahan apakah yang ditimbulkan dari implementasi kebijakan dalam Program Jaminan Mutu Pelayanan Kesehatan Dasar di Puskesmas Ngronggot Kabupaten Nganjuk.

Menurut United Nations dalam Abdul Wahab (2005:74) memberikan pengertian tentang kebijakan sebagai perilaku dari sejumlah aktor (penjabat, kelompok, instansi pemerintah) atau serangkaian aktor dalam suatu bidang kegiatan tertentu. Sedangkan Helco dan Jone (1991) mengemukakan pengertian kebijakan sebagai berikut : “*policy is a course of action intended to accomplish some end*”. Kebijakan adalah suatu arah kegiatan yang tertuju kepada tercapainya beberapa tujuan. Dari beberapa denifisi kebijakan tersebut di atas maka dapat disimpulkan bahwa yang dimaksud dengan kebijakan adalah suatu tindakan yang berpola yang diarahkan pada pencapaian tujuan tertentu sebagai pedoman untuk bertindak dan bukan hanya sekedar keputusan untuk melakukan sesuatu. Selanjutnya istilah kebijakan dikaitkan deangan kepetingan pemerintah atau Negara (public), sehingga akhirnya istilah kebijakan terkait erat dengan publik.

Ada 5 (lima) tahap proses pembuatan kebijakan Negara seperti yang dikemukakan oleh Dunn (2000:104) sebagai serangkaian tahap yang saling bergantung dan diatur menurut urutannya yaitu : 1) penyusunan agenda, 2) formulasi kebijakan, 3) adopsi kebijakan, 4) implementasi kebijakan, 5) penilaian kebijakan. Sedangkan Islamy (1992:23) menyebutkan bahwa ada 6 (enam) tahap proses pembuatan kebijakan Negara yaitu: 1) perumusan ,asalah kebijakan Negara, 2) penyusunan agenda pemerintah, 3) perumusan usulan kebijakan Negara, 4) pengesahan kebijakan, 5) pelaksanaan

kebijakan dan, 6) penilaian kebijakan Negara.

Implementasi kebijakan menurut Van Mater dan Van Horn dalam Abdul Wahab (2005) memberikan pernyataan bahwa “*policy implementation encompassed those actions by public and private individuals (and group) that are directed at the achievement of objectives set forth in prior policy decisions*”. Hal ini memberikan gambaran bahwa implementasi kebijakan merupakan tindakan yang dilaksanakan oleh individu-individu dan kelompok-kelompok, pemerintah dan swasta yang diarahkan pada pencapaian tujuan dan sasaran yang menjadi prioritas keputusan kebijakan. Proses implementasi setidaknya-tidaknya memiliki 4 (empat) elemen yaitu : 1). Pembentukan unit organisasi baru dan staf pelaksana, 2). Penjabaran tujuan kebijakan dalam berbagai aturan pelaksanaan dan pedoman pelaksanaan (*standard operating procedures/SOP*). 3) Koordinasi berbagai sumber dan pengeluaran kepada kelompok sasaran, pembagian tugas di antara dinas-dinas/badan pelaksana, 4). Pengalokasian sumber-sumber daya untuk mencapai tujuan. Dengan demikian, keempat elemen ini harus dicermati dalam memformulasikan kebijakan (*policy making*), karena proses kebijakan merupakan daur/sirkulus yang tidak akan pernah berakhir.

Menurut Abdul wahab (2005:78) bahwa dalam implementasi program yang melibatkan struktur organisasi atau berbagai struktur organisasi pemerintah dapat dilihat dari 3 (tiga) sudut pandang, yakni : 1) Pemrakarsa kebijaksanaan (*the center* atau pusat), 2) pejabat-pejabat pelaksana di lapangan (*the periphery*), 3) aktor-aktor perorangan di luar badan pemerintah kepada siapa program ditunjukkan, yakni kelompok sasaran (*target group*)

Selanjutnya Wahab (2005:70-81) menjelaskan model implementasi kebijakan, yaitu sebagai berikut: Model

yang dikembangkan oleh Brian W. Hogwood dan Lewis A. Gunn disebut sebagai “*the top down approach*” Menurut Hogwood dan Gunn, untuk dapat mengimplementasikan kebijakan Negara secara sempurna (*perfect implementation*) maka diperlukan beberapa persyaratan tertentu yaitu :

Kondisi eksternal yang dihadapi oleh badan pelaksana tidak akan menimbulkan gangguan yang serius. Beberapa kendala pada saat implementasi seringkali berada di luar kendali para administrator, sebab hambatan-hambatan itu memang diluar jangkauan wewenang kebijakan dan badan pelaksana. Untuk pelaksanaan program tersedia waktu dan sumber-sumber yang cukup memadai. Kebijakan yang memiliki tingkat kelayakan fisik dan politis tertentu bisa saja tidak berhasil mencapai tujuan yang diinginkan, dengan alasan waktu yang terlalu pendek atau kurangnya sarana untuk mencapai tujuan.

Perpaduan sumber-sumber yang diperlukan benar-benar tersedia, harus ada jaminan tidak terdapat kendala-kendala pada semua sumber-sumber yang diperlukan, dan pada setiap tahapan proses implementasinya perpaduan diantara sumber-sumber tersebut harus benar-benar dapat disediakan.

Kebijakan yang akan diimplementasikan didasari oleh suatu hubungan kausalitas yang handal. Menurut para pembuat kebijakan, setiap kebijakan pada dasarnya memuat suatu teori mengenai hubungan sebab-akibat (kaualitas). Oleh karena itu, apabila ternyata kelak kebijakan itu gagal, maka kemungkinan penyebabnya bersumber pada ketidak tepatan teori yang memadai landasan kebijakan tadi dan bukan karena implementasinya yang keliru.

Hubungan kausalitas bersifat langsung dan hanya sedikit mata rantai penghunbunnya, dengan perkataan lain, semakin banyak hubungan dalam mata rantai, semakin besar pula resiko bahwa

beberapa diantaranya kelak terbukti lemah atau tidak dapat dilaksanakan dengan baik.

Hubungan saling ketergantungan harus kecil. Implementasi yang sempurna menuntut adanya persyaratan bahwa hanya terdapat badan pelaksanaan tunggal (*single agency*), untuk keberhasilan misi yang diembannya, tidak perlu tergantung pada badan-badan lain atau kalaupun dalam pelaksanaannya harus melibatkan badan /intansi-intansi lainnya, maka hubungan ketergantungan dengan organisasi-organisasi ini haruslah pada tingkat yang minimal, baik dalam artian jumlah maupun kadar kepentingannya.

Van Meter dan Van Horn dalam teorinya ini beranjak dari suatu argument bahwa perbedaan-perbedaan dalam proses implementasi akan dipengaruhi oleh *sifat kebijakan* yang akan dilaksanakan. Hal ini yang dikemukakan oleh kedua ahli ini adalah bahwa jalan yang menghubungkan antara kebijakan dan prestasi kerja dipisahkan oleh sejumlah variable bebas (*independent variabel*) yang saling berkaitan, Variabel-variabel bebas itu ialah: Ukuran dan tujuan kebijakan, Sumber-sumber kebijakan, Ciri-ciri atau sifat badan/instansi pelaksana, Komunikasi antar organisasi terkait dan kegiatan-kegiatan pelaksanaan, Sikap para pelaksana, Lingkungan ekonomi, sosial dan politik.

Daniel Mazmanian dan Paul A. Sabatier dengan modelnya yang disebut *A Frame Work For Implementation Analysis*, berpendapat bahwa peran penting dari analisis implementasi kebijakan Negara ialah mengidentifikasi variabel-variabel yang mempengaruhi tercapainya tujuan-tujuan formal pada keseluruhan proses implementasi.

Variabel-Variabel yang dimaksud dapat diklasifikasikan menjadi tiga kategori besar yaitu : 1) Mudah tidaknya masalah yang akan digarap dikendalikan, yang meliputi: Kesukaran-kesukaran teknis keragaman perilaku kelompok sasaran, Ruang lingkup perubahan perilaku yang

diinginkan, 2) Kemampuan keputusan kebijakan untuk menstrukturkan secara tepat proses implementasinya, yang meliputi: Kejelasan dan konsistensi tujuan, Digunakannya teori kausal yang memadai, Ketepatan alokasi sumber dana, Keterpaduan hieraki dalam dan di antara lembaga pelaksana, Aturan-aturan keputusan dari badan pelaksana, Rekrutmen pejabat pelaksana, Akses formal pihak luar. 3) Pengaruh langsung berbagai variable politik terhadap keseimbangan dukungan bagi tujuan yang termuat dalam keputusan kebijakan tersebut, yang meliputi: Kondisi sosio-ekonomi dan teknologi, Dukungan publik, Sikap dan sumber-sumber yang dimiliki kelompok-kelompok, Dukungan dari pejabat atasan, Komitmen dan kemampuan kepemimpinan pejabat-pejabat pelaksana.

Model yang dikembangkan oleh Merillee S. Grindle (1980) berangkat dari ide dasarnya adalah bahwa setelah kebijakan ditransformasikan, dilakukan implementasi kebijakan, keberhasilan ditentukan oleh derajat implementability kebijakan tersebut, menyangkut isi dan konteks implementasinya (Nugroho: 2006:34).

Isi kebijakan itu mencakup : Kepentingan yang dipengaruhi oleh kebijakan, Jenis manfaat yang akan diinginkan, Derajat perubahan yang diinginkan, Kedudukan pembuat kebijakan, Siapa pelaksanaan program, Sumber daya yang dikerahkan. Sementara itu, konteks implementasinya adalah: Kekuasaan, kepentingan dan strategi aktor yang terlibat, Karakteristik lembaga penguasa, Kepatuhan dan daya tanggap.

Dari keseluruhan model di atas tidak ada model yang terbaik, ini sejalan dengan apa yang dikatakan Nugroho, (2006 : 45), bahwa setiap jenis kebijakan publik memerlukan model implementasi kebijakan yang berlainan, akan tetapi keefektifan implementasi kebijakan pada prinsipnya mengandung “empat” permasalahan adalah : 1) Apakah

kebijakannya sendiri sudah tepat? ini dinilai dari sejauhmana kebijakan yang ada telah bermuatan hal-hal yang memang memecahkan masalah yang hendak dipecahkan, apakah sudah dirumuskan sesuai karakter masalah yang hendak dipecahkan, dan apakah dibuat oleh lembaga yang mempunyai kewenangan (yang sesuai dengan karakter kebijakannya). 2) apakah sudah tepat pelaksanaannya? Disini pelaksana kebijakan tidak hanya pemerintah tetapi juga unsur diluar pemerintah. Bisa saja perpaduan dari berbagai unsur tergantung jenis kebijakannya.3) apakah sudah tepat target? Ini dilihat dari apakah target yang diintervensi sesuai dengan yang direncanakan, tidak tumpang tindih dengan intervensi lain atau bahkan bertentangan dengan intervensi lain, kemudia apakah targetnya siap diintervensi, siap disini tidak saja secara alami namun juga apakah kondisi target ada konflik harmoni, mendukung atau menolak dan yang terakhir adalah apakah intervensi implementasi kebijakan bersifat baru atau memperbaruhui implementasi kebijakan sebelumnya. 4) apakah tepat lingkungannya? Yaitu interaksi di antaranya lembaga perumus kebijakan dan pelaksanaan kebijakan dan lembaga lain yang terkait, disini mengadopsi pemikiran Donald J.Callitas tentang lingkungan Endogen, yaitu : *Authoritative arrangement* atau yang berkenaan dengan kekuatan sumber otoritas kebijakan Network composition atau komposisi jejaring dari berbagai organisasi yang terlibat, dan *implementation setting* atau yang berkaitan dengan posisi tawar menawar antara otoritas yang mengeluarkan kebijakan dengan jejaring yang berkenaan dengan implementasi kebijakan.

Lingkungan yang kedua adalah lingkungan eksogen, yang terdiri dari *interpretative institutions* atau berkenaan dengan interpretasi dari lembaga-lembaga strategis dalam masyarakat: media massa,

interest group, pressure group, individual yang mampu memainkan peran penting dalam menginterpretasikan kebijakan dan implementasinya.

Aktor kebijakan, Institusi kebijakan dan instrumen kebijakan memiliki keterkaitan yang erat terutama pada proses formulasi. Howlett dan Ramesh (1995:52) menyatakan, aktor dalam proses kebijakan dapat berarti individu-individu atau kelompok-kelompok dimana pola perilaku ini terlibat dalam kondisi tertentu sebagai subsistem kebijakan, keduanya membagi aktor-aktor kebijakan menjadi 5 kategori yaitu : Aparatur yang dipilih (*elected officials*) yang terdiri dari eksekutif dan legislatif; Aparatur yang ditunjuk (*Appointed officials*) yaitu birokrat yang menjadi figur sentral dalam proses implementasi kebijakan dalam subsistem kebijakan; Kelompok kepentingan (*interest group*); Organisasi penelitian (*research organization*) berupa universitas dan kelompok ahli atau konsultan kebijakan; Media massa (*mess Media*) sebagai jaringan hubungan yang krusial antara Negara dan masyarakat sebagai media sosialisasi dan komunikasi.

Peters dan Nispen (1998:153) melihat sukses dalam implementasi kebijakan publik dari pemilihan instrumen yang tepat. Meskipun hanya sebuah alat dimana keberhasilan dari alat ini sangat tergantung dari para pelaksanaannya, tetapi ia akan menjadi variabel yang juga menentukan berkerjanya sistem implementasi. Menurutny Peters dan Nispen, paling tidak terdapat 3 (tiga) macam instrumen yang dapat dipilih yakni: 1) Pengaturan (*regulatory instruments*) yang memberi garansi normalitas pada tindakan pemerintah dalam melakukan intervensi dan fungsi monitoring. 2) Mempengaruhi masyarakat melalui penerapan sistem keuangan yang tidak memiliki unsur paksaan, tetapi dengan pilihan ini terdapat konsekwensi yang akan diterima oleh aktor dan masyarakat. 3) Transfer informasi melalui perangkat lunak

yang dimaksudkan sebagai bagian dari membangun sistem teknologi informasi dalam era yang terkoneksi dalam sebuah jaringan, sehingga para pihak yang terlibat dapat dipersatukan dan mengatur sendiri sedemikian rupa agar bermanfaat bagi anggota jaringan.

Pengertian *senada* juga dikemukakan oleh Howlett dan Ramesh (1995:80) yang mengartikan *policy instruments* sebagai “*policy tools or governing instruments by Which government attempt to put policies into effect*”. Sebagai alat kebijakan atau instrumen diatur secara aktual guna mengimplementasikan kebijakan-Kebijakan.

Program Jaminan kesehatan masyarakat, sebagai salah satu program unggulan Departemen Kesehatan, Peningkatan pemanfaatan program Jamkesmas menunjukkan bahwa tujuan program tersebut telah tercapai. Sejarah Program Jaminan kesehatan masyarakat Penamaan program Jamkesmas mengalami berbagai bentuk perubahan. Awalnya, sebelum program ini menjadi regulasi yang diamanatkan dalam Undang-Undang Nomor 23 Tahun 1992 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Tahun 1992 Nomor 100, Tambahan Lembaran Negara Nomor 3495) bahwa implementasi kebijakan PP N0. 02 tahun 2009 tentang besarnya tarif retribusi pelayanan kesehatan di puskesmas dan jaringan, untuk meningkatkan pelayanan kesehatan dalam mewujudkan derajat kesehatan yang optimal bagi masyarakat, diselenggarakan upaya kesehatan dengan pendekatan pemeliharaan, peningkatan (promotif), pencegahan (preventif), penyembuhan (kuratif), dan pemulihan kesehatan (rehabilitasi) yang dilaksanakan secara menyeluruh, terpadu, dan berkesinambungan. Untuk meningkatkan mutu dan jangkauan pelayanan kesehatan, sasaran program, akuntabilitas, efektifitas dan efisiensi, pengelolaan keuangan maka dipandang perlu menetapkan petunjuk

teknis program jaminan kesehatan masyarakat.

Dasar Hukum Pelaksanaan program Jaminan kesehatan masyarakat dilaksanakan sebagai amanah Pasal 28 H ayat (1) Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia, yang menyatakan bahwa “Setiap orang berhak hidup sejahtera lahir dan batin, bertempat tinggal, dan mendapatkan lingkungan hidup yang baik dan sehat serta berhak memperoleh pelayanan kesehatan.” Selain itu berdasarkan Pasal 34 ayat (3) Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia dinyatakan bahwa “Negara bertanggung jawab atas penyediaan fasilitas pelayanan kesehatan dan fasilitas pelayanan umum yang layak.” Pemerintah menyadari bahwa masyarakat, terutama masyarakat miskin, sulit untuk mendapatkan akses pelayanan kesehatan. Kondisi tersebut semakin memburuk karena mahal biaya kesehatan, akibatnya pada kelompok masyarakat tertentu sulit mendapatkan akses pelayanan kesehatan.

Metode Penelitian

Penelitian ini mendeskripsikan tentang Fenomena yang terjadi dalam Implementasi kebijakan Peningkatan Pelayanan kesehatan, dalam hal ini dititik beratkan pada Pelaksanaan program jaminan mutu pelayanan dasar di puskesmas Ngronggot Kabupaten nganjuk, maka dalam penelitian ini digunakan jenis penelitian kualitatif. Adapun fokus penelitian meliputi: 1) Kesesuaian antara aturan dan Pelaksanaan program jaminan mutu pelayanan kesehatan dasar dipuskesmas Ngronggot antara lain : Aktor yang terlibat dalam pelaksanaan Program lintas sektoral pelayanan kesehatan, Perilaku kerja tenaga medis pada proses pemberian pelayanan kesehatan pada pasien, Instrument yang dipilih dalam implementasi kebijakan peningkatan pelayanan kesehatan. 2) Jenis-Jenis Pelayanan kesehatan yang termasuk

Pelaksanaan Program jaminan mutu pelayanan kesehatan dasar antara lain : Pelayanan Imunisasi, Pelayanan kesehatan ibu dan anak, Pelayanan keluarga berencana (KB), Pelayanan perbaikan Gizi, Pelayanan penanggulangan penyakit TBC. Paru, Penyuluhan kesehatan masyarakat / Lingkungan, Pelayanan Gigi dan Mulut. 3) Faktor pendukung dan penghambat Implementasi kebijakan Peningkatan Pelayanan kesehatan melalui pelaksanaan Program Jaminan Mutu.

Berdasarkan pada rumusan permasalahan dan fokus penelitian, sumber data dalam penelitian adalah: Informan, peristiwa, dan dokumen. Informan awal dipilih secara purposive (*purposive dan Sampling*), diantara para informan itu adalah : Petugas Puskesmas pada Unit Pelayanan, Masyarakat Pemakai jasa pelayanan. Sedangkan peristiwa dan dokumen digunakan sebagai sumber data dilakukan untuk mendapatkan data tentang peristiwa yang terkait dengan subjek penelitian.

Proses pengumpulan data dalam penelitian ini melalui tiga tahap kegiatan yang akan dilakukan oleh penelitian sendiri, yaitu sebagai berikut: observasi (*pengamatan*), wawancara secara mendalam (*indepth interview*). Sedangkan analisis data dalam penelitian ini digunakan analisis kualitatif dengan langkah-langkah model analisis interaktif (*interactive model of analysis*) seperti yang dikembangkan oleh Miles dan Huberman (1992) yang terdiri dari tiga komponen: Reduksi Data, Penyajian Data, Menarik Kesimpulan/Verifikasi. adapun untuk melihat derajat kepercayaan atau kebenaran atas hasil penelitian dilakukan teknik keabsahan data. Moleong (2000) menetapkan keabsahan data dengan menggunakan empat teknik pemeriksaan, Yaitu : Derajat Kepercayaan (*credibility*), Keteralihan (*Transferability*), Ketergantungan (*Dependability*), Kepastian (*Comfirmability*).

Hasil Dan Pembahasan

a) Implementasi Kebijakan Pelayanan Kesehatan Di Puskesmas Ngronggot

Pelayanan kesehatan dasar pada dinas kesehatan di Puskesmas Ngronggot, berdasarkan pada keputusan Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Nganjuk tentang pembentukan Tim Teknis Jaminan Mutu/ *Quality Assurance* pelayanan kesehatan di Puskesmas Ngronggot Kabupaten Nganjuk. Keputusan ini didasarkan pada : a) UU No. 23 tahun 1992, tentang Kesehatan, menyatakan bahwa pelayanan kesehatan yang memenuhi standar mutu akan memberikan dampak nyata terhadap peningkatan derajat kesehatan; b) Undang-Undang Nomor. 29 Tahun 2004. Tentang Praktik Kedokteran (Lembar Negara Tahun 2004 Nomor 116, Tambahan Lembaran Negara Nomor 4431; c) Undang-undang No. 23 Tahun 2002 tentang Perlindungan Anak; Undang-undang No. 23 Tahun 2004 tentang Pemerintah Daerah; d) Undang-undang No. 33 Tahun 2004 tentang Perimbangan Keuangan antara Pemerintahan Pusat dan Daerah. f) Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 631/Menkes/SK/IV/2005 tentang Pendoman Peraturan Internal Staf Medis, g) Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 125/ Menkes/ SK/II/ 2008 tentang Pelaksanaan Program Jaminan Mutu Pelayanan Kesehatan Dasar. h) Peraturan Pemerintah Daerah Kabupaten Nganjuk Nomor 04 Tahun 2007 tentang Tarif Retribusi pelayanan Kesehatan Puskesmas Keliling. i) Peraturan Pemerintah Daerah Kabupaten Nganjuk Nomor 02 Tahun 2009 tentang Retribusi Pelayanan Kesehatan di Puskesmas dan Jaringan.

b) Aktor-aktor yang terlibat dalam pelaksanaan program lintas sektoral pelayanan kesehatan

Isu strategis bidang kesehatan Indonesia sehat 2010 adalah kerjasama

lintas sektoral, pemberdayaan masyarakat, mutu dan keterjangkauan pelayanan kesehatan, sumberdaya pembiayaan kesehatan. Beberapa kebijakan strategis yang ditempuh untuk dapat mencapai tujuan pembangunan kesehatan menuju Indonesia Sehat 2010, antara lain adalah peningkatan kerja sama lintas sektoral peningkatan perilaku, pemberdayaan masyarakat dan kemitraan swasta, peningkatan upaya kesehatan dan peningkatan sumberdaya kesehatan. (DepKes).

Untuk itulah hubungan antara pusat dan daerah diarahkan menuju implementasi kebijakan pelayanan kesehatan dalam hal ini Dinas kesehatan/ Puskesmas dengan aktor-aktor lain yang meliputi *profit businesses, Non Government Organizations (NGOs) dan Community Group (Public-private partnership, collective action and synergy)* ke dalam sistem pelayanan kesehatan. Dinas kesehatan/ puskesmas bukan lagi sebagai satu-satunya pemeran tunggal tanpa memperhatikan peran-peran yang lain. Demikian pula secara internal diperlukan adanya koordinasi dan kerja sama dengan baik dalam bentuk kelompok kerja (*team work*).

c) Perilaku Kerja Tenaga Medis

Dari hasil penelitian diketahui bahwa rumah sakit pemerintah yang lebih dikenal dengan rumah sakit umum daerah di tiap daerah memiliki tugas khusus membantu pemerintah daerah dalam memberikan pelayanan kepada masyarakat di bidang kesehatan. Demikian pula dengan keberadaan Puskesmas Ngronggot di Kabupaten Nganjuk yang membantu Pemerintah Kabupaten Nganjuk dalam memberikan pelayanan kesehatan bagi masyarakat di wilayahnya. Keberhasilan Puskesmas Ngronggot Kabupaten Nganjuk dalam memberikan pelayanan kesehatan serta meningkatkan derajat kesehatan masyarakat sangat tergantung pada tenaga

medis sebagai “birokrat garis depan” yang berinteraksi langsung dengan masyarakat.

Puskesmas Ngronggot mempunyai peranan agar pelayanan kesehatan kepada masyarakat Kabupaten Nganjuk dapat memberikan keyamanan terhadap pasien puskesmas yang ada pada masing-masing kecamatan. Untuk menunjukkan fungsi-fungsi yang optimal secara institusional diperlukan perilaku kerja yang baik, karyawan (dokter, bidan, perawat) dalam memberikan pelayanan pada pasien dalam arti mempunyai komitmen yang tinggi, peka terhadap situasi yang dialami oleh pasien melalui pelayanan medis dan mengerti akan tugas dan fungsi.

d) Instrument yang dipilih dalam implementasi kebijakan peningkatan pelayanan kesehatan

Berdasarkan data yang diperoleh dari beberapa sumber di Puskesmas Ngronggot diketahui bahwa untuk mendapatkan pengobatan dan perawatan pasien biasanya diatur oleh peraturan-peraturan, pengumuman yang sifatnya pemberitahuan sementara dan ditempelkan pada tempat-tempat umum. Pasien dalam persoalan ini terposisikan menuju kepatuhan terhadap kewajiban, seperti harus membayar untuk mendapatkan kartu berobat, membayar obat atau suntikan, antri untuk menerima obat, cukup melaporkan riwayat penyakit. Dalam “Jaringan pengaman Kesehatan Masyarakat” atau yang lazim disingkat (JPKM) sebagai mana diselenggarakan oleh puskesmas maupun rumah sakit Umum Daerah (RSUD), petugas pelayanan kesehatan merasa bahwa pelayanan yang mereka berikan sudah sesuai dengan petunjuk teknis operasional yang berlaku. Namun menurut petugas yang terlibat dalam pelaksanaan JPKM tidak dapat memastikan apakah kelompok sasaran yang dihayatkan dalam program ini benar-benar sudah sesuai atau tidak. Mereka juga belum bisa memastikan bahwa seluruh

anggota masyarakat yang memanfaatkan jasa pelayanan program JPKM seluruhnya adalah masyarakat miskin dan penghasilan rendah atau tidak mampu.

Berdasarkan yang diperoleh peneliti dari beberapa sumber di Puskesmas Ngronggot diketahui bahwa Pelaksanaan di bidang pengembangan dan promosi kesehatan mempunyai tugas merencanakan melaksanakan pembinaan dan koordinasi serta pengawasan dan pengendalian program pengembangan sistem informasi kesehatan, pengembangan sumber daya kesehatan dan manajemen data kesehatan. Program ini ditujukan untuk memberdayakan individu, keluarga, dan masyarakat agar mampu menumbuhkan perilaku hidup sehat dan mengembangkan upaya kesehatan berbasis masyarakat.

Kegiatan pokok yang dilaksanakan dalam program ini antara lain meliputi: 1) Pengembangan media promosi kesehatan dan teknologi komunikasi informasi dan edukasi (KIE); 2) Pengembangan upaya kesehatan bersumber dari masyarakat seperti pos pelayanan terpadu, pondok bersalin desa, dan usaha kesehatan sekolah ; 3) Peningkatan pendidikan kesehatan kepada masyarakat; 4) Peningkatan jaminan pemeliharaan kesehatan masyarakat (JKPM) secara kapitasi dan pra upaya terutama bagi keluarga miskin. 5) Peningkatan pendanaan operasional Puskesmas dan revitalisasi Puskesmas sebagai Pusat *Promotive* dan *Preventive* bidang kesehatan;

Jenis-Jenis Pelayanan Kesehatan Yang Termasuk Pelaksanaan Program Jaminan Mutu Pelayanan Kesehatan Dasar antara lain adalah pelayanan imunisasi. upaya pemberian imunisasi diperluas program pengembangan imunisasi dalam rangka pencegahan penularan terhadap penyakit yang dapat dicegah dengan Imunisasi (PD31) yaitu salah satu cara perlindungan terhadap penyakit Polio, Deftteri, TBC, Campak, Hipatitis B, Pertusis, dan

Tetanus, Tuberculosis, yang sangat banyak menimbulkan permasalahan dalam bidang kesehatan, menurut bidan puskesmas Ngronggot kabupaten Nganjuk.

Kegiatan imunisasi rutin adalah kegiatan imunisasi yang secara rutin dan terus menerus harus dilaksanakan pada periode waktu yang telah ditetapkan. Berdasarkan kelompok usia sasaran, imunisasi rutin dibagi menjadi: Imunisasi rutin pada bayi, Imunisasi rutin pada wanita usia subur, Imunisasi rutin pada anak sekolah. Pada kegiatan imunisasi rutin terdapat kegiatan-kegiatan yang bertujuan untuk melengkapi imunisasi rutin pada bayi dan wanita usia subur (WUS) seperti kegiatan *sweeping* pada bayi dan kegiatan akselerasi *Maternal Neonatal Tetanus Elimination* (MNTE) pada (WUS). Pelayanan imunisasi di dalam gedung (komponen statis) dilaksanakan di puskesmas, Puskesmas pembantu, rumah sakit, rumah bersalin dan polindes. Pelayanan imunisasi rutin dapat juga diselenggarakan oleh swasta seperti: Rumah sakit swasta, Dokter praktik, Bidan praktik.

Kegiatan pelayanan imunisasi terdiri dari kegiatan imunisasi rutin dan tambahan. Dengan semakin mantapnya unit pelayanan imunisasi, maka proporsi kegiatan imunisasi tambahan semakin kecil. Vaksin yang diberikan pada imunisasi rutin meliputi : Pada bayi : Hepatitis B, BCG, Polio, DPT dan Campak; Pada Anak Sekolah ; DT, Campak dan TT; Pada WUS : TT

Pelayanan Kesehatan Ibu Dan Anak

Bentuk pelayanan kesehatan ibu dan anak meliputi: pelayanan Antenatal (Pelayanan selama kehamilan). Pelayanan ini dimulai dari kontak ibu hamil (KI) sampai dengan K4, Imunisasi TT2. Bentuk pelayanan dimaksud merupakan upaya untuk mewujudkan secara nyata kehamilan ibu dan memastikan bahwa setiap ibu di Indonesia mendapatkan kesempatan untuk

melahirkan bayi dalam lingkungan yang aman dan sehat.

Pelayanan di posyandu terdapat jalur yang sangat erat antara petugas dengan pasien, pimpinan puskesmas Ngronggot kabupaten nganjuk dalam hal ini menyatakan bahwa selain K1-K4 dikenal juga dalam pelayanan selama kehamilan dengan istilah "5T" yaitu yang terdiri dari : Timbangan berat badan dan ukuran tinggi badan, Ukuran tekanan darah, Pemberian suntikan TT2, Ukuran tinggi pendek uterus, Pemberian tablet zat besi minimal 90 tablet selama kehamilan.

Pelayanan Keluarga Berencana (KB)

Dalam Undang-undang Republik Indonesia Nomor 10 tahun 1992 tentang perkembangan kependudukan dan pembangunan keluarga sejahtera disebutkan bahwa : "keluarga berencana adalah upaya peningkatan kepedulian dan peranserta masyarakat melalui pendewasaan usia perkawinan, penganturan kelahiran, pembinaan ketahanan keluarga, peningkatan kesejahteraan keluarga untuk mewujudkan keluarga kecil bahagia dan sejahtera".

Menurut WHO (*World Health Organisation*) *expert commice* 1970. adalah: Tindakan yang membantu individu atau pasangan suami istri untuk mendapatkan objek-objek tertentu; menghindari kelahiran yang tidak diinginkan; mendapatkan kelahiran yang memang diinginkan; mengatur interval diantara kehamilan; mengontrol waktu saat kelahiran dalam hubungan dengan umur suami isteri; menentukan jumlah anak dalam keluarganya.

Pelayanan Perbaikan Gizi

Pemberian makanan yang sebaik-baiknya harus memperhatikan kemampuan tubuh seseorang mencerna makanan, unsur, jenis kelamin, jenis aktifitas dan kondisi lain seperti sakit, hamil dan menyusui. Untuk meningkatkan kualitas hidup, setiap orang memerlukan 5 Zat

(karbohidrat, protein, lemak, Vitamin dan mineral) dalam jumlah yang cukup disamping itu juga air dan serat.

Untuk peningkatan Gizi oleh tenaga medis yaitu dokter dan bidan diadakan penyuluhan di posyandu dalam rangka menanggulangi masalah gizi ganda yakni gizi kurang dan gizi lebih dengan cara membiasakan mengkonsumsi hidangan sehari-hari dengan susunan zat gizi yang seimbang. Untuk

Pelayanan Penanggulangan Penyakit TBC

Pelayanan yang diberikan yakni Pencegahan sekunder adalah upaya untuk menemukan penyakit TBC sedini mungkin mencegah meluasnya penyakit, mengurangi bertambah beratnya penyakit dan strategi penanggulangan TBC adalah: a) Meningkatkan penyuluhan untuk menemukan penderita TBC sedini mungkin, serta meningkatkan cakupan. b) Promosi kesehatan dalam rangka meningkatkan perilaku hidup sehat c) Perbaikan perumahan serta peningkatan status gizi.

Penyuluhan Kesehatan Lingkungan / Masyarakat.

Bentuk pelayanan kesehatan dalam rangka kesehatan lingkungan antara lain : penyuluhan tentang kebersihan lingkungan, penyediaan air bersih, memeriksa sampel air bersih, memeriksa pencermaran sarana air bersih, penyuluhan dan pembuatan jamban keluarga, penyuluhan tentang sampah, pengawasan dan penyehatan tempat pengelolaan makanan dan minuman, penyehatan tempat-tempat umum, pengawasan TP3 peptisida, dan pembinaan dan pengawasan industri kecil. Kegiatan ini dilakukan dengan membentuk UKS di sekolah dari tingkat SD, SLTP dan SMU, di pondok Pesantren, melalui ceramah pengajian, begitu juga keselamatan olah raga biasa dilakukan dengan adanya kegiatan olah raga.

Pelayanan Gigi / Mulut

Kesehatan gigi tercantum pada UU Kesehatan yang telah disahkan DPR pada 14 September 2009. UU Kesehatan tersebut menggantikan UU No. 23 tahun 1992 tentang Kesehatan yang sudah tidak sesuai lagi dengan perkembangan masyarakat dan dunia kesehatan. Pada UU Kesehatan yang baru, kesehatan gigi dimasukkan sebagai salah satu kegiatan penyelenggaraan upaya kesehatan, bahkan terdapat bagian khusus mengenai kesehatan gigi yang dicantumkan pada pasal-pasal UU tersebut. Di Puskesmas Ngronggot diketahui bahwa UU Kesehatan yang baru, kesehatan gigi dicantumkan pada pasal 48 sebagai salah satu dari kegiatan penyelenggaraan upaya kesehatan. Kemudian dalam UU Kesehatan yang baru, pada Bab VI bagian kedua belas, seluruh bagian tersebut yang terdiri atas 2 pasal yaitu pasal 93 dan pasal 94, khusus berisi tentang kesehatan gigi dan mulut.

e) Implementasi Kebijakan Peningkatan Pelayanan Kesehatan

Posisi aktor-aktor lain dalam pengimplementasian program lintas sektoral pelayanan kesehatan adalah pada tataran implementasi yang berhadapan langsung dengan kelompok sasaran, dengan mendominasi panduan implementasi sebagaimana ditetapkan oleh kepala Dinas Kesehatan mengingat dinas kesehatan adalah *leading sector* yang berhadapan langsung dengan legislatif pada saat pengusulan sampai kepada saat pertanggung jawaban.

Dinas kesehatan kabupaten nganjuk lebih memilih untuk melaksanakan kebijakan pemerintah pusat yang panduan implementasinya juga ditetapkan oleh pemerintah pusat, dengan alasan bahwa sesuatu yang disebut sebagai panduan implementasi dalam hal ini adalah yang berlaku umum. Setelah ditelusuri lebih

jauh, ternyata salah satu yang dimaksud adalah “standar pelayanan minimum” di bidang pelayanan kesehatan, yang diterima dan ditafsirkan oleh dinas kesehatan kabupaten nganjuk sebagai “kewenangan wajib” yang dalam pelaksanaannya mengacu pada panduan implementasi yaitu “standar pelayanan minimum”.

Dalam melaksanakan kewenangan wajib di bidang pelayanan kesehatan inilah melalui program lintas sektoral pelayanan kesehatan, dinas kesehatan kabupaten nganjuk menetapkan standar pelayanan kesehatan yang dipandang baik dan sesuai untuk kabupaten nganjuk, dan standar ini harus dipedomani oleh aktor-aktor lain dalam pengimplementasian program lintas sektoral pelayanan kesehatan. Hal ini ditunjukkan melalui fleksibilitas dinas kesehatan untuk memberikan porsi yang berbeda bagi masing-masing aktor, sesuai dengan latar belakang profesi dan keahlian mereka. Aktor-aktor yang terlibat secara aktif dengan disertai kesempatan untuk menginterpretasikan karakteristik kelompok sasaran misalnya Ikatan Dokter Indonesia (IDI), Ikatan Bidan Indonesia (IBI), Ikatan Perawat Nasional Indonesia (IPNI) dan perdami. Hal ini didasarkan pada kepercayaan dinas kesehatan kepada organisasi profesi tersebut bahwa tidak akan terjadi *implementations gap* seperti yang dikemukakan oleh Dunsire (1987:97) dalam Abdul Wahab (1997:61) yang disebabkan oleh ketidakmampuan organisasi atau aktor pelaksana (*implementation capacities*) seperti yang dikemukakan oleh William (1971 dan 1975). Artinya adalah bawah dinas kesehatan percaya akan kemampuan aktor-aktor tersebut berdasarkan keahlian profesi mereka, dengan pertimbangan bahwa mereka dipandang memiliki komitmen dan keahlian ketika aktor-aktor tersebut terlibat secara langsung atau berhadapan langsung dalam pengimplementasian kebijakan pelayanan kesehatan seperti yang dikemukakan oleh Lipsky (1980) dalam Howlett dan Ramesh (1995:157).

Keterlibatan secara langsung aktor-aktor di luar dinas kesehatan yang dimaksud adalah ketika PERDAMI menangani langsung pengobatan atau operasi katarak bagi masyarakat kurang mampu, program Pekan Imunisasi Nasional (PIN) yang dilaksanakan oleh Fakultas kedokteran, kampanye dan aktor-aktor lain seperti ini dilaksanakan melalui hubungan langsung secara formal dan informal dalam membentuk jaringan implementasi kebijakan yang mencakup aktor-aktor kunci, baik publik maupun privat mengingat mereka memang memainkan peran krusial dalam implementasi kebijakan sehubungan dengan profesi dan keahlian mereka masing-masing.

Meskipun kebijakan pembangunan kesehatan telah diarahkan dan diprioritaskan pada upaya pelayanan kesehatan dasar, yang lebih menitik beratkan pada upaya pencegahan dan penyuluhan kesehatan, akan tetapi persepsi masyarakat cenderung masih tetap berorientasi pada upaya penyembuhan penyakit dan pemulihan kesehatan. Upaya meningkatkan kesadaran masyarakat untuk dapat menciptakan perilaku hidup sehat (Paradigma Sehat) sulit dicapai, karena tidak ditunjang oleh faktor sosial ekonomi, tingkat pendidikan dan kebudayaan masyarakat. Prilaku hidup bersih dan sehat yang belum tercipta dengan baik, seperti disinggung di atas diperburuk oleh sangat mahalnya biaya yang dikeluarkan oleh pasien untuk memperoleh upaya penyembuhan dan pemulihan pada obat-obatan dan fasilitas pelayanan kesehatan seperti puskesmas atau rumah sakit.

Sesuai dengan informasi yang diperoleh dari seorang pasien bahwa pelayanan yang diterima ketika berobat ke puskesmas adalah pelayanan yang prosedur pelaksanaannya sudah ditetapkan melalui peraturan-peraturan dan pengumuman yang ditempelkan di tempat-tempat umum. Dari informan tersebut menunjukkan bahwa dinas kesehatan kabupaten nganjuk melalui puskesmas

selaku UPTD telah menunjukkan kemampuan dalam melakukan penyesuaian-penyesuaian terhadap peraturan yang ditetapkan secara nasional untuk kemudian direformulasikan kembali ke dalam bentuk aturan pelaksanaan sesuai dengan kondisi dan kebutuhan masyarakat. Kemampuan inilah yang diistilahkan dengan *self modifying power* yang berasal dari kemampuannya untuk mengatur dan melaksanakan berbagai kewenangan dalam posisi sebagai unsur pelaksanaan pemerintahan daerah dalam bidang pelayanan kesehatan (Syamsuddin dalam Nugroho, 2000:13-14).

Namun demikian, pasien yang lain mengisyaratkan bahwa program pengobatan dan perawatan kesehatan sebenarnya adalah program pelayanan yang bersifat kuratif, yang ditujukan oleh serangkaian kepatuhan yang harus ditunjukkan oleh pasien, dengan cukup melaporkan riwayat penyakit, membayar untuk mendapatkan kartu berobat, membayar obat atau suntikan dan tidak cukup waktu untuk bertanya tentang hasil diagnosa dokter, dengan demikian terlihat jelas logika model implementasi *top-down* seperti yang dikemukakan oleh Howlett dan Rames (1995:156) dan Hogwood dan Gunn (1978,1986) dalam Abdul Wahab (1997 : 71-79)

Proses implementasi berbagai kebijakan pelayanan kesehatan termasuk dalam hal ini adalah program pelaksanaan jaminan mutu pelayanan kesehatan dalam pengobatan dan perawatan, tetap harus mengacu pada misi pembangunan kesehatan yaitu menggerakkan pembangunan nasional berwawasan kesehatan, mendorong kemandirian masyarakat untuk hidup sehat, memelihara dan meningkatkan kesehatan individu, keluarga dan masyarakat berserta lingkungannya.

f) Pelaksanaan Di Bidang Pengembangan dan Promosi Kesehatan

Dewasa ini promosi kesehatan (*health promotion*) telah menjadi bidang yang semakin penting dari tahun ke tahun. Dalam tiga dekade terakhir, telah terjadi perkembangan yang signifikan dalam hal perhatian dunia mengenai masalah promosi kesehatan. Pada 21 November 1986, *World Health Organization* (WHO) menyelenggarakan Konferensi Internasional Pertama bidang Promosi Kesehatan yang diadakan di Ottawa, Kanada. Konferensi ini dihadiri oleh para ahli kesehatan seluruh dunia, dan menghasilkan sebuah dokumen penting yang disebut *Ottawa Charter* (Piagam Ottawa). Piagam ini menjadi rujukan bagi program promosi kesehatan di tiap negara, termasuk Indonesia. Dalam Piagam Ottawa disebutkan bahwa promosi kesehatan adalah proses yang memungkinkan orang-orang untuk mengontrol dan meningkatkan kesehatan mereka (*Health promotion is the process of enabling people to increase control over, and to improve, their health*, WHO, 1986). Jadi, tujuan akhir promosi kesehatan adalah kesadaran di dalam diri orang-orang tentang pentingnya kesehatan bagi mereka sehingga mereka sendirilah yang akan melakukan usaha-usaha untuk menyetatkan diri mereka.

Penyelenggaraan promosi kesehatan dilakukan dengan mengombinasikan berbagai strategi yang tidak hanya melibatkan sektor kesehatan belaka, melainkan lewat kerjasama dan koordinasi segenap unsur dalam masyarakat. Hal ini didasari pemikiran bahwa promosi kesehatan adalah suatu filosofi umum yang menitikberatkan pada gagasan bahwa kesehatan yang baik merupakan usaha individu sekaligus kolektif (Taylor, 2003:12-13). Promosi kesehatan mencakup baik kegiatan promosi (promotif), pencegahan penyakit (preventif), pengobatan (kuratif), maupun rehabilitasi. Dalam hal ini, orang-orang yang sehat maupun mereka yang terkena penyakit, semuanya merupakan sasaran kegiatan promosi kesehatan. Kemudian, promosi

kesehatan dapat dilakukan di berbagai ruang kehidupan, dalam keluarga, sekolah, tempat kerja, tempat-tempat umum, dan tentu saja kantor-kantor pelayanan kesehatan.

Menurut peraturan pemerintah Nomor 7 tahun 1987, urusan atau saranan kesehatan secara nyata telah dilaksanakan dan dimiliki oleh daerah sebagai urusan rumah tangga sendiri dinyatakan telah diserahkan menjadi urusan daerah. Kepada daerah diserahkan urusan upaya pelayanan kesehatan dasar dan pelayanan rujukan. Urusan yang diserahkan sebagaimana dimaksud diselenggarakan melalui kegiatan yang meliputi : kesejahteraan Ibu dan anak serta keluarga Berencana, Perbaikan Gizi, Hygiene dan sanitasi, penyehatan lingkungan pemukiman, pencegahan penyakit dan pembrantasan penyakit, penyuluhan kesehatan masyarakat, pengobatan termasuk pelayanan kesehatan karenan kecelakaan, kesehatan sekolah, perawatan kesehatan masyarakat, kesehatan gigi dan mulut, laboratorium sederhana, pengamatan penyakit, pembinaan dan pengembangan peran serta masyarakat, pelayanan medis, Rehabilitasi medis, perawatan, kesehatan rujukan, pengadaan obat dan alat kesehatan.

Dalam buku petunjuk evaluasi pelayanan kesehatan yang dikeluarkan oleh Dinas Kesehatan Kabupaten Nganjuk dimana disebutkan bahwa mutu pelayanan kesehatan merupakan fenomena yang komprehensif dan multi dimensi dalam hal ini ada 8 (delapan) dimensi kualitas pelayanan kesehatan yang dapat dijadikan kebijakan dalam mengevaluasi pelayanan kesehatan yaitu: Kompetensi Teknis (*Technical Competence*); Keterjangkauan atau Akses terhadap pelayanan (*Acces to service*); Efektivitas (*Effectiveness*); Efisiensi (*Efficiency*); Kontinuitas (*Continuity*); Keamanan (*Safety*); Hubungan antar Manusia (*Interpersonal Relation*); Keyamanan (*Amenities*)

Kesimpulan dan Saran

Implementasi kebijakan peningkatan pelayanan kesehatan dasar di puskesmas ngronggot kabupaten nganjuk sesuai dengan Keputusan Menteri Nomor 125/ MenKes/ SK/II/ 2008 tentang Pelaksanaan Program Jaminan Mutu Pelayanan Kesehatan Dasar antara lain:

Aktor-aktor yang terlibat dalam pelaksanaan Program lintas sektoral pelayanan kesehatan menjalankan perannya dengan cara yang berbeda-beda, dalam keterlibatan aktor-aktor lain dalam berbagai kebijakan atau program pelayanan kesehatan yang dapat memberikan gambaran adanya *coordination* sebagai bagian dari *flexibility* dalam proses implementasi kebijakan. Selain kontribusinya untuk pelayanan masyarakat mereka bergerak dalam aspek profesionalisme untuk meningkatkan kualitas tenaga kesehatan, baik LSM maupun organisasi profesi dalam perumusan kebijakan.

Aktor-aktor yang terlibat dalam pelaksanaan program lintas Sektoral pelayanan kesehatan juga melibatkan jaringan kerja sama antara dinas kesehatan dengan instansi-instansi yang bertanggung jawab antara lain seperti BAPPEDA dan perkerjaan Umum/ KIMPRASWIL, instansi lainnya seperti DPRD dan organisasi lainnya seperti organisasi profesi dan organisasi swadaya masyarakat termasuk pondok pesantren, Polides. Posyandu. Prilaku Kerja Tenaga Medis Proses Pemberian Pelayanan Kesehatan Pada Pasien.

Proses peningkatan kualitas tenaga medis pada prinsipnya bukan hanya meningkatkan kemampuan dalam bidang yang menjadi spesialisasinya tetapi memberikan peningkatan pada pengetahuan dan kemampuan dalam menjalankan profesionalisme, pelaksanaan norma yang berlaku dalam bidangnya akan mengarah pada pembentukan perilaku kerja yang baik.

Upaya meningkatkan kesadaran masyarakat untuk dapat menciptakan prilaku hidup sehat (paradigma sehat) sulit dicapai, karena tidak ditunjang oleh faktor sosial ekonomi, yang masih rendah. Seperti mahalnya biaya yang dikeluarkan oleh pasien atau keluarga untuk memperoleh upaya penyembuhan dan pemulihan pada obat-obatan dan fasilitas pelayanan kesehatan seperti dipuskesmas atau rumah sakit serta tingkat pendidikan dan kebudayaan masyarakat yang juga masih rendah.

Sedangkan prilaku tenaga medis dalam pemberian pelayanan pasien, petugas dinilai cukup ramah, adil dan sopan sehingga membuat pasien merasa tenang dan nyaman.

Instrumen yang dipilih dalam implementasi kebijakan peningkatan pelayanan kesehatan. adalah instrumen pelaksanaan program pelayanan pengobatan dan perawatan kesehatan di Puskesmas Ngronggot Kabupaten Nganjuk, sesuai penerimaan pelayanan yang menurut petugas puskesmas adalah pelayanan yang sudah sesuai dengan prosedur dan aturan.

Kebijakan pelayanan kesehatan dasar (pengobatan dan perawatan kesehatan) diarahkan juga untuk mendorong kemandirian masyarakat dalam mengobati dan merawat dirinya sendiri artinya adalah upaya kearah pengobatan dan perawatan preventif yang mengarah pada pola prilaku hidup sehat.

Instrumen pelaksanaan di bidang pengembangan dan promosi kesehatan adalah kebijakan pelayanan kesehatan dasar pada promosi kesehatan mencakup baik kegiatan promosi (Promotif), pencegahan penyakit (Preventif), pengobatan (kuratif), maupun rehabilitasi.

Menurut Ketentuan pelaksanaan Nomor 125 / Menkes / SK / II / 2008. Tentang pelaksanaan program jaminan mutu pelayanan kesehatan dasar di Puskesmas Ngronggot Kabupaten Nganjuk, sudah sesuai dengan kebijakan

dan Peraturan UU No. 23 Tahun 1992 Tentang Kesehatan yang ada di Puskesmas Ngronggot Kabupaten Nganjuk. Kebijakan prosedur pelayanan di Puskesmas Ngronggot sesuai dengan peraturan yang berlaku pada pelayanan jasa kesehatan, seperti terciptanya suatu keadaan yang lebih tertib, teratur, aman dan lancar, serta mampu memberikan kepuasan kepada jasa klien.

Faktor pendukung yang menjadi sumber kekuatan (*strengths*) yang sangat mendukung dalam Implementasi Kebijakan PP Nomor 02 tahun 2009 dan UU No. 23 tahun 1992 Tentang Kesehatan dalam Ketentuan pelaksanaan Nomor 125/MENKES/ SK/II/2008 di Kabupaten Nganjuk adalah adanya dukungan regulasi yang merupakan payung hukum dan legalitas formal dalam pelaksanaan kebijakan. Dukungan regulasi tersebut selanjutnya bersinergi dengan kemampuan sumber daya (*resources*) yang dimiliki oleh dinas kesehatan maupun di puskesmas, baik kemampuan sumber daya manusia, dukungan anggaran yang bersumber dari APBD, sarana dan prasarana, maupun struktur organisasi pelaksanaan kebijakan yang cukup baik.

Namun disisi lain terdapat berbagai kelemahan (*weakness*), baik kelemahan pada aspek regulasinya maupun kelemahan pada aktor-aktor pelaksana kebijakannya, sehingga dapat disimpulkan bahwa kegagalan dalam pelaksanaan kebijakan, bukan hanya disebabkan oleh kelemahan atau ketidak mampuan pelaksana atau administrator, melainkan pula disebabkan oleh pembuatan kebijakan yang kurang sempurna.

Faktor Penghambat (Eksternal) dalam mengimplementasikan kebijakan PP No. 02 Tahun 2009 di Kabupaten Nganjuk dalam Ketentuan pelaksanaan Nomor 125/MENKES/SK/II/2008. Kebijakan pelayanan kesehatan bisa disebabkan oleh Faktor lain, dan dapat dipengaruhi oleh tingkat pendidikan, tingkat status sosial dan budaya, ekonomi, yang masih rendah.

Berdasarkan kesimpulan dari hasil penelitian yang diuraikan di atas, maka dapat diberikan saran-saran sebagai berikut : Perlunya peningkatan pemahaman terhadap kebijakan tentang masalah pelaksanaan program jaminan mutu pelayanan kesehatan dasar, yang merupakan permasalahan yang harus diperhatikan di dinas kesehatan; Prosedur pelayanan kesehatan di puskesmas Ngronggot diatur sesuai dengan kebijakan dan peraturan yang berlaku, sehingga mudah difahami atau dimengerti oleh petugas pelaksana maupun pemakai jasa.

Di puskesmas Ngronggot terlihat jelas bawah program lintas sektoral pelayanan kesehatan melalui terjalinnya kerjasama antara dinas kesehatan dengan lembaga atau aktor lain namun perlu ditingkatkan dalam hubungan kerjasama.

Puskesmas Ngronggot juga memberikan Pelatihan dan pendidikan pada tenaga medis maupun perawat, bidan, sesuai dengan bidangnya maupun masing-masing dalam profesi kerjanya, dalam melaksanakan kerja diharapkan mempunyai perilaku yang lebih baik untuk melayani pasien.

DAFTAR PUSTAKA

Abdul Wahab, Sholichin, 2005. *Analisis Kebijakan dari Formulasi ke Implementasi Kebijakan Negara*. Jakarta : Bumi Aksara.

_____, 1997. *Evaluasi Kebijakan publik*, penerbit FIA Unibraw, dan IKIP Malang

Anderson, James. E., 1975. *Public policy making*, Thomas Nelson and sons Ltd., Great Britain.

_____, 1979. *Publik policy Making*, Holt, Rinehart and Winston, New York.

Brown LD et al. 1992. www.goole.PelayananKesehatan.Com

- Bagason, Peter. 2000. *Public Policy and local Governance : Institution in postmodern Society*. Edward Elga. Cheltenham, UK dan Northampton, MA, USA
- Caiden, Gerald, 2005. An Anatomy of Official Corruption, in Frederickson, Georgen. H, and Ghere K. Richard (editors), *Ethics in public Management*, M.E, Sharpe, New York.
- Dunn N, William, 2000. *Pengantar Analisis Kebijakan Publik Edisi Kedua*, Universitas Gadjah Mada
- Denhardt & Denhardt, 2003. *The New Public Service*. M.E Sharpe: New York.
- Dwiyanto, Agus. 2006. *Reformasi Birokrasi Publik di Indonesia pusat Studi Kependudukan dan kebijakan*. Universitas Gadjah Mada Yogyakarta.
- Edwards III. George C. 1980. *Implementing Public Policy, Congressional Quarterly Inc. Wanshington Dc*.
- Flordeliz Serpa & Lizzette Rojas 2002. *dalam penelitiannya yang berjudul "Quality of Services: Important Aspects to be Considered"*. Thesis Fakultas Ilmu administrasi. Universitas Brawijaya Malang tidak dipublikasikan
- Grindle, Merilee S and Thomes, John W., 19991. *Public Choices and Policy Change : Political Economy of Review in Developing Countries* Baltimore and London. The John Hopkins University Press.
- Grindle, 1972, *Pelaksanaan Kebijakan Publik*, Bumi Aksara. Jakarta.
- Hogwood, Brian W., and Gunn, Lewis A., 1986. *Policy Analysis For the Real World*, Oxford University Press.
- Howlett, Michael and M. Ramesh, 1995. *Stuying Public Policy: Policy Cycles and Policy Subsystem*. Oxford University Press. Toronto-Newyork-Oxford
- Islamy, M. Irfan, 2000. *Prinsip-Prinsip Perumusan Kebijaksanaan Negara*, Bumi Aksara. Jakarta.
- _____, 2001. *Seri Policy Analiysis*. Program Pasca Sarjana Universitas Brawijaya Malang.
- _____, 20006b. *Mengapai Pelayanan yang bermutu*. Program Doktor Ilmu Administrasi, FIA Universitas Brawijaya. Malang.
- _____, 2007. *Prinsip-Prinsip Perumusan Kebijaksanaan Negara*. Cetakan Ke-18. Bumi Aksara, Edisi Revisi, Jakarta.
- Jenkins Smith, Hc, 1990, *Democratic Politics and Policy Analysis*. Brooks/Code Publishing Company, Pacific Grove.
- Lester, James P. dan Joseph Stewart, Jr. 2000. *Public policy : An Evolutionary Approach*. Second Edition Wadsworth. London.
- Lane, Jan Erick, 1995. *The Public Sector. Concept, Models and Approaches*, London: Sage Publications
- Miles, M.B dan Huberman, A.M, 1992. *Analisa Data Kualitatif*, Jakarta, Universitas Indonesia Press.
- Moleong, Lexy J. 2005. *Metode Penelitian Kualitatif*. Bandung : PT. Remaja Rosdakarya.

- Nugroho D, Riant, 2006. *Kebijakan Publik untuk Negara-negara Berkembang*, Penerbit PT Elex Media Komputido Kelompok Gramedia-Jakarta.
- Nispen, Frans K.M. Van and. Peters. B Guy, 1998. *Public Policy Instruments: Evaluating the tools of public Administration* Edward Elgar, Cheltenham.
- Parsons Wayne, 2005. *Public Policy : Pengantar Teori &Praktik Analisis Kebijakan*. 2001 Edward Elgar Publishing, Ltd, Edisi Pertama, Cetakan Ke-1
- Republik Indonesia, UU Nomor 28 Tahun. 1999. tentang *Penyelenggaraan Negara yang Bersih dan Bebas KKN beserta peraturan pelaksanaannya* diterbitkan Sinar Grafika, Jakarta
- Rest, James, 1999. The Major Components of Morality, in Kurtinez, William M. & Jacob L.Gewirtz, 1994. *Moral Behavior and Moral Development*. John Wiley & sons
- Sabatier, P.A., and Mazmanian, D. 1979. "The Conditiong of effective Implementation" dalam *policy Analysis*. 5,481-504.
- Syayid MN Fadli, 2002. *Upaya peningkatan kualitas pelayanan publik melalui sistem pelayanan satu atap (Studi kasus di kantor unit pelaksana daerah pelayanan perijinan terpadu (UP2T) kota Balikpapan Kalimantan Timur*. Thesis Fakultas Ilmu administrasi. Universitas Brawijaya Malang tidak dipublikasikan.
- Tjiptono, Fandy, 2001. *Prinsip-Prinsip Total Quality Service*, Penerbit Andi Offset. Yogyakarta.
- Taylor, Shelley E., 2003. *Health Psychology*, 5th edition, New York: McGraw Hill.
- Tibamdebage, Paula, 1999. "Charging For Health Care in Tanzania : Official Pricing in A Lliberalized Environment, Dalam Mackintosh. Maureen and Roy, Rathin, 1999, *Economic Decentralization and Public Management Reform* Cheltenham: Edward Elgar.
- Iqi, Iqbal, 2008. *Promosi Kesehatan*, dalam <http://iqbal-iqi.blogspot.com>, diakses tanggal 15 Oktober 2008.
- Winters, A Jeffrey, 2004. *Orban Jatuh, Orban Bertahan: Analisis Ekonomi-Politik 1998-2004*, Djambatan, Jakarta.
- WHO, 1986. *The Ottawa Charter for Health Promotion*, Geneva: WHO, dari http://www.who.int/health_promotio_conferences/previous/ottawa/en/, diakses tanggal 25 September 2008.
- WHO, 1998. *Health Promotion Glossary*, Geneva: WHO.
- Van meter dan Van Horn, 1978. *Developing Performance Monitoring in public sector Organization*, new York.
- Valdmanis, Vivian, et. Al. 2004. "Capacity in Thai Public Hospitals and the Production of Care for Poor and NonPoor Patients". *HSR: Health Services Research* vol. 39 No.6 December.
- Zauhar, Soesilo. 2001. *Administrasi Peayanan Publik*, Sebuah Perbincangan Awal. *Jurnal Administrasi Negara*. 2;1-12
- Zeithaml, V.A.,A. Parasuraman dan L.LLeonard, Berry. 1990. *Delivering Quality Service: Balancing Customer Perceptions and Expectation*. NewYork: The Free Press. <Http://www.jstor.org/about/terms.html> Website :