

Strategi Optimalisasi Implementasi Jaminan Kesehatan Nasional Untuk keluarga miskin di Puskesmas Kedamean

Optimalisation Strategy for implementation of the National Health Insurance Assistance Contribution Program or JKN-PBI on Kedamean's Community Healthcare Centre (CHC)

Yudiyanto Tri Kurniawan¹, Sanggar Kanto², Mardiyono³

¹Graduate Program in Sociology study of Poverty, University of Brawijaya, Indonesia

²Faculty of Social and Political Science, University of Brawijaya, Indonesia

³Faculty of Social and Political Science, University of Brawijaya, Indonesia

Abstrak

Banyak permasalahan muncul pada masa awal Pemerintah mengimplementasikan Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN), dimana yang paling merasakan dampaknya adalah Keluarga Miskin. Disisi lain disemua wilayah Jawa Timur tersebar Puskesmas hingga ke pelosok daerah, total ada 595 Unit. Yang diharapkan dapat membantu menyelesaikan masalah diatas. Sehingga kami perlu merumuskan Strategi Optimalisasi Implementasi JKN untuk keluarga miskin di Puskesmas. Penelitian ini merupakan penelitian Kualitatif dengan metode Studi Kasus, yang mengambil lokasi di wilayah kerja Puskesmas Kedamean. Informasi dan data dikumpulkan melalui *Deep Interview*, Foccus Group Discussion (FGD), Observasi dan Dokumentasi. Teknik penentuan Informan dengan Triangulasi, yaitu kombinasi teknik Purposive, Snow Ball dan Aksidensial. Selanjutnya data diolah dengan menggunakan metode analisa SWOT. Berdasarkan hasil analisa SWOT, pada Puskesmas Kedamean menunjukkan berada pada kondisi Paling kuat (Kwadran 1), sehingga strategi yang dapat digunakan adalah strategi Progresif atau strategi SO, dimana dapat memanfaatkan segala kekuatan/potensi untuk meraih peluang yang ada. Dimana Kita dapat memanfaatkan Tenaga Medis, Paramedis, Sarana-Prasarana, Peralatan, Perlengkapan, Pustu, Poskesdes, Posyandu dan Peran aparatur Desa serta kecamatan untuk meningkatkan pelayanan kesehatan bagi Keluarga Miskin dan Penyandang Masalah Kesejahteraan Sosial (PMKS) di wilayah ini.

Kata kunci: Strategi, Jaminan Kesehatan Nasional (JKN), Puskesmas, Keluarga Miskin and analisa SWOT

Abstract

Many problems arise when Government start implemented the National Health Insurance Scheme (NHIS or JKN), which the most affected are the poor families. On the other hand in all remote areas in East Java Provinces spread Community Healthcare Centers (CHC), that totally 595 units, which can be expected solve all the problems. So we necceserry to formulatted Optimalisation Strategy for implementation of the National Health Insurance Assistance Contribution Program or JKN-PBI on Community Health Care (CHC). This study is a qualitative research with Case Study methods on Kedamean's CHC work areas. The data sought through the Deep Interview, foccus Group Discussion (FGD), observation and documentation. Informant determination by triangulation technique, which is a combination of purposive, Snow Ball and Aksidensial techniques. Furthermore, the data processed using SWOT analysis methods. The results of a SWOT analysis on Kedamean's CHC, it shows at least strong condition (Quadrant 1), so that the strategies can be used is Progressive strategy or Sthrength-Opportunity (SO) strategies, which we can take advantage of all the power / potential to seize the opportunities that exist. Which we can use Medic, Paramedic, facilities and infrastructures, Equipment, Supplies, sub CHC, Village Health Stations (VHS), integrated service post (ISP) and the role of the village and sub-district officials to improve health services for poor families and Social Welfare Issues Sufferers (SWIS) in this region.

Keywords: Strategy, National Health Insurance (NHI), Community Healthcare Cetre (CHC), poor families and SWOT analisys

PENDAHULUAN

Mulai 01 Januari 2014 diberlakukan Program JKN-PBI yaitu perubahan dari JAMKESMAS, yaitu program jaminan kesehatan untuk keluarga miskin (GAKIN). Pada awal bergulirnya program ini beberapa permasalahan muncul mulai kepesertaan, banyak 'mantan'

Alamat Korespondensi Penulis:

Yudiyanto Tri kurniawan, ST, S.Mn, MM, M.Si

Email : yudi.balitbang@gmail.com

Alamat : Badan Penelitian dan Pengembangan Provinsi
Jawa Timur, Jl.Gayung Kebonsari No.56 Surabaya
kode pos

peserta Jamkesmas 2013 yang tidak masuk sebagai peserta JKN, termasuk JAMKESDA dan Penyandang Masalah Kesejahteraan Sosial (PMKS). Serta pengguna Surat Keterangan Tidak Mampu (SKTM) dan Surat Pernyataan Miskin (SPM). Juga pada pelayanan, sistem rujukan berjenjang mulai dari Pelayanan Kesehatan Tingkat (PKT) Pertama, Kedua dan Ketiga.

Scheil-Adlung (2004) dalam Suharto (2009:63)¹ menyatakan, "...user fees lead to an exclusion of the poor from any formal medical care and constitute a problem of equity. (biaya pengobatan menyebabkan pengecualian orang miskin dari setiap perawatan medis formal dan merupakan masalah keadilan) ." seperti yang disampaikan Edi Suharto jika isu eksklusi ini terjadi terutama pada orang miskin yang memerlukan rawat inap, seperti yang disampaikan Thabrany (2003) dalam Suharto (2009:63) yang menyatakan sekitar 10% orang termiskin dari populasi miskin mengeluarkan 2,3 kali dari total pendapatan bulanan keluarganya untuk mendapatkan pengobatan dengan rawat inap [1].

Peluang untuk mengatasi permasalahan tersebut dengan memanfaatkan fasilitas PUSKESMAS yang dimiliki pemerintah daerah dan tersebar diseluruh wilayah Provinsi Jawa Timur, tercatat memiliki 959 unit Puskesmas, yang terbagi menjadi 400 unit Puskesmas Perawatan dan 559 unit Non-Perawatan. Puskesmas juga memiliki UKBM (Upaya Kesehatan Berbasis Masyarakat) dengan Posyandunya. Serta memiliki jaringan pelayanan dan Tenaga kesehatan di tingkat desa dalam bentuk PUSTU (Puskesmas Pembantu), POLINDES (Poliklinik Desa), POSKESDES (Pos Kesehatan Desa) dan Praktek Bidan.

Kecamatan Kedamean merupakan salah satu kecamatan di wilayah kabupaten Gresik yang berjarak 29 Km dari pusat kota kabupaten, berdasarkan data PPLS 2011 memiliki jumlah penduduk miskin terbanyak ke-2 setelah Kecamatan Wringin Anom. Namun dari jumlah total penduduk 99.436 jiwa (Anonymous 2012:14) Kecamatan ini secara prosentase memiliki jumlah Kepala Keluarga Miskin (Gakin) terbesar yaitu 53,96% atau 38,93% dari jumlah total penduduk, dan Penyandang Masalah Kesejahteraan Sosial (PMKS) terbesar yaitu 4,87% dari jumlah total penduduk [2]. Serta dari total penduduk miskin tersebut hanya 40,77% yang terdaftar sebagai peserta JAMKESMAS, 1,99% terdaftar sebagai peserta JAMKESDA dan SKTM/SPM (anonymous 2010:79) [3]. Disini terdapat 2 Puskesmas, dimana salah satunya Puskesmas Kedamean.

Di wilayah Kecamatan Kedamean belum ada Fasilitas Kesehatan (FASKES) lain yang melayani JKN-PBI, kecuali Puskesmas. Sedangkan Faskes swasta 24 jam yang melayani JKN-PBI berada diluar wilayah ini dan letaknya relatif jauh (lebih dari 10 km). RSUD Ibnu Sinna Gresik sebagai PKT kedua saat ini memiliki keterbatasan daya tampung, sedangkan RSUD Dr Soetomo sebagai PKT ketiga juga sama. Untuk itu kami akan mengembangkan penelitian "Strategi Optimalisasi Implementasi Jaminan Kesehatan Nasional untuk Keluarga Miskin di Puskesmas Kedamean", dengan menggunakan metode *SWOT Analisis*.

Berdasarkan permasalahan diatas muncul pertanyaan penelitian sebagai berikut :

1. Bagaimana Implementasi Program JKN untuk Keluarga Miskin di Puskesmas Kedamean?
2. Apa saja faktor-faktor yang mempengaruhi Implementasi Program JKN untuk Keluarga Miskin di Puskesmas Kedamean?
3. Apa Strategi untuk Optimalisasi Implementasi Jaminan Kesehatan Nasional untuk Keluarga Miskin di Puskesmas Kedamean ?

Konferensi Dunia untuk Pembangunan Sosial dalam Roebiyanto (2011:19), mendenisikan Kemiskinan sebagai:

"rendahnya tingkat pendapatan dan sumber daya produktif yang menjamin kehidupan berkesinambungan; kelaparan dan kekurangan gizi; rendahnya tingkat kesehatan; keterbatasan dan kurangnya akses pada pendidikan dan layanan-layanan pokok lainnya; kondisi tak wajar akibat penyakit yang terus meningkat; kehidupan bergelandang dan tempat tinggal yang tidak memadai; lingkungan yang tidak aman, serta diskriminasi dan keterasingan sosial; dan dicirikan juga oleh rendahnya tingkat partisipasi dalam proses pengambilan keputusan dan dalam kehidupan sipil, sosial dan budaya" [4].

Sedangkan *Robert Chambers* dalam Kaligis (2012:67) menyatakan, inti dari masalah kemiskinan terletak pada apa yang disebut sebagai deprivation trap atau jebakan kekurangan. Deprivation trap itu terdiri dari lima ketidakberuntungan yang melilit kehidupan keluarga miskin, yaitu (1) kemiskinan itu sendiri, (2) kelemahan fisik, (3) keterasingan, (4) kerentanan, dan (5) ketidakberdayaan. Dan menurutnya ada dua yang harus menjadi perhatian, yaitu kerentanan dan

ketidakberdayaan, karena keduanya sering menjadi sebab keluarga miskin (Gakin) menjadi lebih miskin [5].

Diantaranya pada saat keluarga miskin tersebut mengalami masalah masalah kesehatan seperti yang disampaikan Soendoro (1999) dalam Suryawati (2006:125) yang menyatakan :

...Dalam hal kesehatan...orang miskin cenderung menghindari fasilitas rawat jalan, menunda pelayanan RS, menghindari penggunaan jasa spesialis yang mahal, cenderung memperpendek rawat inap, membeli separo atau bahkan sepertiga obat yang diresepkan sehingga tidak menjalani pengobatan total, mencari pengobatan lokal yang kadang-kadang dapat menimbulkan efekberbahaya, para ibu cenderung melahirkan di rumah dengan bantuan dukun yang memperbesar risiko persalinan, penyakit menjadi kronis karena menghindari pengobatan yang mahal...pasien cenderung mengobati sendiri yang berakibat terjadi komplikasi, tingkat pengguguran kandungan meningkat karena biaya dan implikasi sosial ekonomi, pasien menolak atau menunda prosedur operasi karena ketiadaan biaya... [6].

Untuk melindungi Gakin tersebut per 1 januari 2014 dalam rangkaian Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) Pemerintah juga menggulirkan Program Bantuan Iuran (PBI), dimana iuran rutinnya dibayarkan oleh pemerintah.

Puskesmas adalah Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) yang dimiliki Pemerintah yang melayani JKN-PBI tersebut, Sedangkan definisi Puskesmas berdasarkan Surat Keputusan Menteri Kesehatan 128/MENKES/SK/II/2004 Tentang Kebijakan Dasar Pusat Kesehatan Masyarakat adalah unit pelaksana teknis dinas kesehatan kabupaten/kota yang bertanggungjawab menyelenggarakan pembangunan kesehatan di suatu wilayah kerja, sehingga disini sangat tergantung pada kebijakan Kepala daerah (Bupati/Walikota) masing-masing [7].

Penelitian ini bertujuan untuk mengidentifikasi faktor-faktor yang mempengaruhi Implementasi Program JKN-PBI di Puskesmas Kedamean dan selanjutnya digunakan untuk merumuskan Strategi Optimalisasi Implementasi Jaminan Kesehatan Nasional untuk Keluarga Miskin di Puskesmas Kedamean.

METODE PENELITIAN

Penelitian ini merupakan penelitian Kualitatif dengan metode Studi Kasus dimana menurut Stake (1995) dalam Creswell (2009:20) studi kasus merupakan penelitian dimana peneliti menggali suatu fenomena tertentu (kasus) dalam suatu waktu dan kegiatan (program, even, proses, institusi atau kelompok sosial) serta mengumpulkan informasi secara terinci dan mendalam dengan menggunakan berbagai prosedur pengumpulan data selama periode tertentu [8].

Metode Pengumpulan Data

Data dicari dengan metode pengambilan data melalui *Deep Interview* Aparatur di Puskesmas, kantor Kecamatan dan Desa, serta Keluarga miskin di lokasi penelitian, *Foccus Group Discussion (FGD)* Aparatur di Puskesmas dan kantor kepala Desa, Observasi lapangan dan dokumentasi. Teknik penentuan Informan dengan Triangulasi, yaitu kombinasi teknik *Purposive*, *Snow Ball* dan *Aksidensial* [9]. Selanjutnya data diolah dengan menggunakan metode analisa *SWOT*, yang dimulai dengan memilah data menjadi faktor-faktor internal dan eksternal Puskesmas yang mempengaruhi implementasi JKN untuk keluarga Miskin, dan dianalisa dampaknya pada implementasi tersebut.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Pada saat masa transisi saat ini pemerintah masih memberlakukan kepesertaan JAMKESMAS (Jaminan Kesehatan Masyarakat) secara otomatis dapat dilayani sebagai peserta Program JKN-PBI [10], dan di Puskesmas akan dilayani sepenuhnya gratis, Sedangkan untuk Keluarga miskin yang tak memiliki kartu Jamkesmas dan yang alamatnya di luar wilayah kerja Puskesmas Kedamean hanya diwajibkan membayar 3 ribu rupiah sebagai pengganti kartu kontrol, dan selanjutnya kartu tersebut dapat digunakan untuk sekeluarga berobat ke Puskesmas ini secara gratis (dicover Pemkab Gresik), kecuali untuk tindakan medis tertentu yang harus membayar sesuai Perda Kabupaten Gresik tentang Tarif Pelayanan Kesehatan di Puskesmas [11].

Pada saat ini berdasarkan aturan dalam JKN/BPJS ada 145 jenis penyakit yang tidak boleh langsung dirujuk ke Pelayanan Kesehatan Tingkat 2 (PKT)/ Rumah Sakit (RS) tapi harus ditangani di Puskesmas, namun masih ada beberapa hal yang kurang dan belum dimiliki, diantaranya beberapa

Peralatan dan pelatihan. Padahal komponen-komponen tersebut sangat dibutuhkan untuk melaksanakan tugas Puskesmas seperti yang tercantum pada Keputusan Menteri Kesehatan tentang Pedoman Penyelenggaraan Upaya Keperawatan Kesehatan Masyarakat di Puskesmas [12].

Sedangkan untuk persalinan saat ini pasien jamkesmas dapat ditolong di Bidan Desa setempat, untuk selanjutnya jasa pelayanannya akan ditagihkan melalui Puskesmas Induk.

Sedangkan untuk rujuk balik dari PKT 2 ke Puskesmas tempat asalnya masih menyisakan satu masalah, obat-obatan untuk terapi kelanjutan dari RS di Puskesmas tersedia relatif kurang lengkap, pasien harus mengambilnya di Apotik Mida Farma, yang letaknya tepat di depan RS Ibnu Sinna Bunder Gresik yang berjarak lebih dari 20 km dari kedamean, karena hanya apotik itu yang menjalin kerjasama dengan BPJS untuk melayani seluruh wilayah Kabupaten Gresik.

Berdasarkan hasil wawancara dengan anggota masyarakat (Aparat desa dan Keluarga Miskin) diketahui mereka lebih sering ke Tenakes Swasta, yaitu tempat praktek Dokter, Perawat, Bidan dan Mantri terdekat jika sewaktu-waktu sakit, terlebih bila di luar jam dinas, karena jam buka pelayanan di Puskesmas hanya pada pukul 08.00 – 14.00 WIB. Seperti yang disampaikan Kepala Dusun Bale Kambang Desa ngepung, menurut beliau, "... sebagian besar warga di wilayah ini suka periksa sore, karena pada pagi hingga sore hari mereka sibuk dengan pekerjaannya..". Bahkan mereka cenderung langsung pergi berobat ke RS atau pasien tetap ke Puskesmas, namun hanya untuk meminta rujukan, juga terpotret juga persepsi pada Gakin bahwa kualitas obat yang didapatkan dari Puskesmas/Pustu ataupun Poskesdes kurang bagus dibandingkan yang di dapatkan dari tempat praktek swasta.

Selain itu dari hasil wawancara mendalam didapatkan informasi Pemerintah desa dan aparaturnya secara umum senang dengan adanya program JKN untuk gakin, bahkan sebagian melakukan tindakan proaktif dengan memfasilitasinya untuk berobat. Namun peran serta dan dukungan aparat desa tersebut tak lepas dari kebijakan dan kepedulian kepala desa kepada anggota masyarakatnya yang relatif masih kental.

Permasalahan juga ditemukan dalam proses entri data pelayanan di situs BPJS yang harus dilakukan setiap hari setelah dilakukan

pelayanan, dalam mengakses situs ini sangat mudah, namun saat mengentri data seringkali terjadi "Trouble" atau Ngadat, atau tak diketemukannya kode entri yang sesuai dengan pelayanan yang diberikan.

Sedangkan sistem klaim jasa pelayanan dan dana kapitasi diatur dalam Peraturan Menteri Kesehatan tentang Penggunaan Dana Kapitasi JKN [13]. Untuk Jasa Pelayanan Kesehatan dan dukungan Biaya Operasional Pada FKTP Milik Pemerintah Daerah diatur dalam Peraturan Presiden tentang Pengelolaan dan Pemanfaatan Dana Kapitasi Jaminan Kesehatan Nasional Pada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama Milik Pemerintah Daerah [14], yang masih terkendala pada posisi Puskesmas sebagai salah satu UPT Dinkes Kabupaten yang anggarannya melekat pada SKPD (Satuan Kerja Perangkat Daerah) tersebut. Sehingga jasa pelayanan biaya operasional dalam dana kapitasi ditetapkan berdasarkan Surat Keputusan (SK) Bupati dari usulan SKPD tersebut yang penetapannya dilakukan setiap tahun.

Namun karena masih harus menunggu SK dari Bupati, menyebabkan relatif lamanya pencairan Jasa pelayanan ke puskesmas, Poskesdes, Polindes dan Bidan Desa, sedangkan mereka sangat membutuhkan dana tersebut untuk operasional, sehingga mereka untuk sementara menarik biaya pada pasien seperti yang disampaikan H (Inisial) tenaga kesehatan di lokasi penelitian berikut ini ;

"Jasa pelayanan itu belum turun *sampek* sekarang, *gak tau* itu *nyantolnya* (nyangkut) dimana, sudah turun Insya Allah, mungkin ke kasda, saya juga tak tau, akhirnya kata bu bidan karena mulai bulan satu sampai sembilan belum turun, harap dimaafkan bila bu bidannya narik, *mengko nek medhun yo dibalekno* (nanti jika turun ya dikembalikan)"

Berbagai permasalahan masih muncul di dalam implementasi Program JKN ini di tambah lagi permasalahan lokal yang memang sebelumnya sudah ada yang semakin memperberat implementasi Program JKN. Seperti yang tampak pada tabel 1 di bawah ini, dimana tampak pada masa sebelum diberlakukan JKN, pada tahun 2012 cenderung terjadi penurunan kunjungan baik pada pasien umum maupun jamkesmas, selanjutnya terjadi kenaikan kunjungan pada keduanya, namun pada tahun 2014 semenjak diberlakukan JKN terjadi penurunan kunjungan pasien umum, tetapi terjadi kenaikan kunjungan pasien jamkesmas.

Tabel 1. Jumlah kunjungan pasien total dan Jamkesmas dari tahun 2012 hingga 2014.

Tahun	Total Pasien		Jamkesmas	
	Rata-rata penambahan kunjungan pasien perbulan (%)	Rata-rata penambahan kunjungan pasien pertahun (%)	Rata-rata penambahan kunjungan pasien perbulan (%)	Rata-rata penambahan kunjungan pasien pertahun (%)
2012	-0.85	-10.24	-2.36	-28.29
2013	1.43	17.20	10.03	120.36
2014	-2.02	-24.21	7.41	88.87
Rata-rata	-0.48	-5.75	5.03	60.31

Sumber : Dokumentasi Puskesmas Kedamean diolah

Selanjutnya kita rancang strategi optimalisasi Implementasi Jaminan kesehatan Nasional (JKN) untuk gakin di Puskesmas Kedamean harus kita sesuaikan dengan kondisi “realistis”, sehingga dapat segera di implementasikan pada Puskesmas yang bersangkutan atau Puskesmas lain yang mempunyai karakteristik serupa. Berdasarkan kebutuhan yang paling utama untuk Puskesmas yaitu Peningkatan Kualitas Layanan Puskesmas, dengan mengedepankan potensi yang dimiliki Puskesmas, sehingga ada 4 program yang memungkinkan dilaksanakan :

- 1) Pemanfaatan Kader-kader Posyandu sebagai bagian dari Upaya Kesehatan Berbasis Masyarakat (UKBM) dari Puskesmas sebagai anggota tim sosialisasi JKN untuk gakin dan identifikasi Gakin di wilayah masing-masing. Hal tersebut dapat dilakukan karena potensi yang dimilikinya seperti yang disampaikan Muninjaya (2004) dalam Djuhaeni dan Gondodiputro (2010:141) yang menyatakan “...Posyandu merupakan ujung tombak pelayanan kesehatan yang bersumber dari, oleh, dan untuk masyarakat...”[15].
- 2) Peningkatan Kualitas layanan di Puskesmas dengan berbasis Standarisasi ISO 9001:2008. Dimana salah satu prinsipnya yaitu fokus pada konsumen, seperti yang disampaikan Yeni (2012) dalam efendi (2014:6) tentang hubungan mutu/kualitas pelayanan dengan kepuasan pasien rawat inap dimana terdapat hubungan yang signifikan antara kenyamanan dengan kepuasan pasien [16]. Dan Imballo (2007) dalam efendi (2014:7) yang menyatakan pengalaman menunjukkan bahwa pasien yang diberlakukan kurang baik cenderung akan mengabaikan nasihat dan

tidak akan mau melakukan kunjungan ulang [16].

- 3) Revitalisasi sistem Administrasi dan Jaringan berbasis IT yang mengkoneksikan Puskesmas dengan RS Rujukan Tk pertama (RS Kabupaten dan Swasta) dan SKPD terkait seperti Sistem Informasi Manajemen Puskesmas (SIMPUS) yang sebelumnya telah dikembangkan, hanya perlu penambahan fungsinya saja. Dimana SIMPUS tersebut menurut Wijaya, ifada dan jauhari (2009:94) menyatakan merupakan perangkat lunak yang digunakan Puskesmas untuk merekam data kunjungan pasien rawat jalan. Data kunjungan pasien disimpan dan digunakan untuk membuat data pelaporan pada periode waktu tertentu yang selanjutnya data tersebut dikirimkan ke Dinas Kesehatan [17].

Standarisasi ISO 9001:2008 disini fokus pada efektifitas proses perbaikan berkelanjutan [18], dimana dalam setiap proses senantiasa melakukan perencanaan yang matang, implementasi yang terukur dengan jelas, dilakukan evaluasi dan analisis data yang akurat serta tindakan perbaikan yang sesuai dan monitoring pelaksanaannya agar benar-benar bisa menuntaskan masalah yang terjadi di Puskesmas. maka ditetapkanlah 8 prinsip manajemen mutu yang bertujuan untuk mengimprovisasi kinerja sistem agar proses yang berlangsung sesuai dengan fokus utama yaitu perbaikan berkelanjutan yang efektif, antara lain:

1. *Customer Focus* (fokus pada pelanggan)
2. *Leadership* (Kepemimpinan)
3. Keterlibatan semua orang/element dalam Puskesmas.
4. Pendekatan Proses.

5. Pendekatan Sistem ke Manajemen.
6. Improvement (Perbaikan berkelanjutan).
7. Pendekatan Fakta (bukti implementasi/ dokumentasi) sebagai dasar pengambilan keputusan.
8. Kerjasama yang saling menguntungkan dengan pemasok (Dinas Kesehatan Kabupaten Gresik).

Faktor-Faktor Internal

Berdasarkan informasi dan data pada penelitian ini diketahui faktor-faktor Internal yang dimiliki Puskesmas Kedamean antara lain :

1. Sistem Manajemen Puskesmas, yaitu sistem yang mengatur semua aktifitas di Puskesmas, mulai perencanaan hingga monitoring dan evaluasi. Termasuk di dalamnya Sistem Dokumentasi.
2. *Leadership*, yang dimaksud disini adalah dokter yang saat ini menjadi "*Leader*" (pemimpin) pada institusi Puskesmas,
3. Tenaga Medis (dokter), yaitu kebutuhan Dokter sebagai penatalaksana tindakan medis, yang meliputi dokter umum dan dokter gigi.
4. Tenaga Paramedis, meliputi Bidan, Perawat, Apoteker/Asisten Apoteker, Analis (Laborat), Ahli Gizi, Sanitarian dan tenaga paramedis lainnya.
5. Tenaga Administrasi dan IT, untuk kebutuhan proses perencanaan, penganggaran, administrasi dan pelayanan, Tata usaha dan Kepegawaian, Monitoring dan evaluasi.
6. Tenaga Non Medis (Pekarya).
7. Sarana dan Prasarana Puskesmas (Sarpras), meliputi Lahan/tanah, Ruang Tindakan medis, Loker Pendaftaran dan Rekam Medis, Apotik dan Gudang obat, Laboratorium dan Ambulan,
8. Peralatan, meliputi Peralatan Medis dan Non Medis, termasuk peralatan administrasi dan IT.
9. Perlengkapan, meliputi Perlengkapan Medis dan Non Medis (Bahan habis Pakai dan ATK).
10. Obat-obatan yaitu semua jenis obat-obatan yang dibutuhkan puskesmas untuk tindakan preventif, kuratif, promotif dan rehabilitatif.
11. Pelatihan, meliputi Pelatihan Medis, Pelatihan Administratif dan Pelatihan Program (IT).

Selanjutnya dapat kita estimasikan bobot berdasarkan kontribusinya terhadap 8 prinsip manajemen mutu pada ISO 9001:2008 diatas. Sedangkan ratingnya dapat kita estimasikan

berdasarkan kondisi nyata faktor-faktor internal yang dimiliki Puskesmas Kedamean, dengan berpedoman pada antara lain :

- 1). Jika faktor tersebut menjadi Kekuatan bernilai positif (+) dan kelemahan bernilai negatif (-)
- 2). Jika faktor tersebut menjadi Kekuatan dan sudah memenuhi standar ISO 9001:2008 bernilai maksimal 4, namun jika masih ada kekurangan, kita tinggal mengestimasi nilainya (1 sampai 4)
- 3). Jika faktor tersebut menjadi kelemahan dan belum ada sama sekali bernilai minimal -4, namun jika sudah dimiliki tetapi masih relatif kurang, kita tinggal mengestimasi nilainya (-4 sampai -1)

Faktor-faktor Eksternal

Berdasarkan informasi dan data pada penelitian ini diketahui faktor-faktor Eksternal yang mempengaruhi implementasi JKN untuk gakin di Puskesmas Kedamean antara lain :

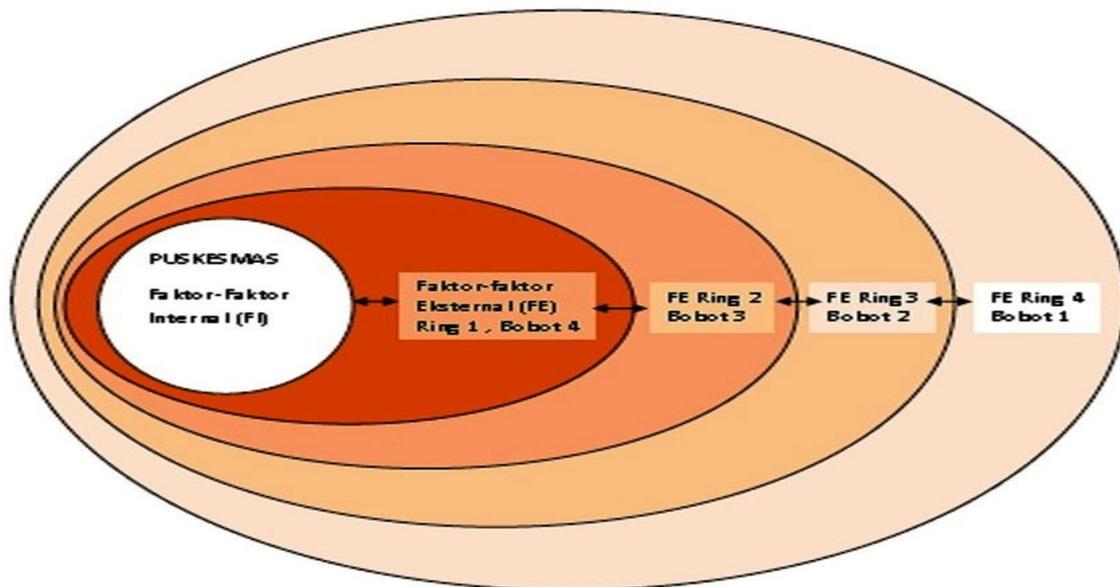
1. Keadaan Penduduk, yaitu kondisi penduduk miskin dan PMKS di wilayah kerja PKM Kedamean .
2. Kondisi Puskesmas Pembantu (Pustu) pada JKN untuk gakin, yang meliputi kualitas dan kuantitas Pelayanan pada gakin.
3. Kondisi Pos Kesehatan Desa (Poskesdes) pada JKN untuk gakin, yang meliputi kualitas dan kuantitas Pelayanan pada gakin.
4. Peran Tenaga Kesehatan (Tenakes) Swasta pada JKN untuk gakin, yang terdiri dari Dokter, Mantri, Perawat dan Bidan Desa.
5. Peran Fasilitas Kesehatan (Faskes) Swasta pada JKN untuk gakin, yang terdiri dari Poliklinik umum dan apotik swasta.
6. Peran Rumah Sakit (RS) pada JKN untuk gakin, yaitu RSUD Ibnu Sinna di Bunder Gresik dan RS Swasta di sekitar wilayah ini.
7. Peran Aparatur Desa pada JKN untuk gakin hingga tingkat dusun. Peranan dan dukungan terhadap pelayanan kesehatan bagi gakin.
8. Peran Aparatur Kecamatan pada JKN untuk gakin, dimana aparaturnya kecamatan menjembatani setiap program Pemerintah Kabupaten dengan Pemerintah Desa di semua sektor, termasuk didalamnya revitalisasi infrastruktur dan Sarpras di wilayahnya yang sangat penting bagi warga, termasuk gakin. serta Program lain untuk gakin di wilayahnya.
9. Peran Posyandu pada JKN untuk gakin, yang tersebar hingga di tingkat dusun dan

memiliki kader-kader hingga tingkat RT, sangat berpotensi untuk mendukung rancangan sistem updating data gakin di Puskesmas dan sosialisasi setiap program puskesmas ke masyarakat, termasuk untuk turut merubah persepsi masyarakat pada Puskesmas.

10. Kondisi Infrastruktur/jalan, Kondisi fisik jalan dan jarak relatif antara Puskesmas dengan desa-desa di wilayah ini.
11. Peran Kearifan Lokal. Yang meliputi kultur dan budaya di wilayah ini.
12. Sistem JKN untuk gakin, yang terdiri dari Sistem pendataan dan verifikasi, Sistem Sosialisasi, sistem rujukan, sistem klaim, Sistem IT JKN/BPJS dan Sistem Komunikasi/koordinasi antar Institusi/ lembaga terkait.
13. Kondisi Keluarga Miskin (Gakin) yang terdiri dari kondisi ekonomi, Persepsi dan Perilaku Gakin terhadap Puskesmas Kedamean.
14. Kebijakan Pemerintah daerah, yang terdiri dari kebijakan/regulasi daerah dan Alokasi anggaran untuk kesehatan gakin, dalam hal ini Pemerintah Kabupaten (Pekab) dan Dinas Kesehatan Kabupaten.
15. Regulasi atau Tata Peraturan Perundang-undangan yang memayungi implementasi Program JKN untuk gakin di PKM Kedamean.

Sedangkan untuk faktor-faktor eksternal yang didapatkan dari penelitian ini dapat dikelompokkan menjadi 4 kelompok sesuai hubungannya dengan puskesmas dalam implementasi Program JKN untuk Gakin, yang dapat membentuk suatu pola hubungan seperti gambar 1 di bawah ini. Dimana :

1. Faktor-faktor di ring 1 berinteraksi langsung dengan Puskesmas terdiri dari Keadaan Penduduk, Peran RS, Sistem JKN-PBI, Kondisi Infrastruktur, Kondisi Gakin, Kebijakan Pemerintah daerah dan Regulasi
2. Faktor-faktor di ring 2 tidak berinteraksi langsung dengan Puskesmas, namun dengan Faktor-faktor di ring 1, terdiri dari Peran Pustu, Poskesdes, Tenakes swasta dan Faskes swasta.
3. Faktor-faktor di ring 3 tidak berinteraksi langsung dengan Puskesmas, namun dengan Faktor-faktor di ring 2, terdiri dari peran aparaturnya desa, kearifan lokal dan Posyandu.
4. Faktor-faktor di ring 4 tidak berinteraksi langsung dengan Puskesmas, namun dengan Faktor-faktor di ring 3, terdiri dari peran Aparatur Kecamatan.



Keterangan :

↔ Hubungan dan interaksi antar Faktor-faktor yang mempengaruhi implementasi JKN

Gambar 1 Bagan pola hubungan yang antar faktor-faktor internal dan Eksternal yang terbentuk dalam Implementasi JKN untuk gakin di Kecamatan Kedamean

Sumber : Analisa Hasil wawancara, Dokumentasi dan Observasi Lapangan

Berdasarkan gambar tersebut maka penentuan bobot dari faktor-faktor eksternal dapat berdasarkan letaknya pada “ring-ring” tersebut. Semakin jauh dari “ring inti” (Puskesmas), semakin kecil bobotnya, karena semakin kurang dampaknya secara langsung terhadap Implementasi JKN pada Puskesmas.

Sedangkan ratingnya dapat kita estimasikan berdasarkan kondisi nyata faktor-faktor Eksternal Puskesmas Kedamean seperti dalam Rangkuti [19], dengan berpedoman pada antara lain:

- 1). Jika faktor tersebut menjadi Peluang bernilai positif (+) dan Hambatan bernilai negatif (-)
- 2). Jika faktor tersebut menjadi Peluang dan sangat baik kondisinya bernilai maksimal 4, jika baik 3, cukup 2 dan kurang baik 1.
- 3). Sebaliknya jika faktor tersebut menjadi Hambatan dan sangat baik kondisinya bernilai -1, jika baik -2, cukup -3 dan kurang baik -4.

Berdasarkan Faktor-faktor internal dan eksternal beserta bobot dan ratingnya tersebut diatas. Selanjutnya kita tabulasikan dan gabungkan dalam tabel perhitungan SWOT untuk Puskesmas Kedamean.

Tabel 2. Perhitungan Faktor-faktor Internal (IFAS) Puskesmas Kedamean

NO	FAKTOR	Bobot	Rating	B x R
KEKUATAN				
1	Perencanaan	0.083	3	0.25
2	Obat-obatan	0.083	3	0.25
3	Sistem Manajemen Puskesmas	0.111	2	0.222
4	Leadership	0.111	2	0.222
5	Tenaga Medis (dokter)	0.097	2	0.194
6	Tenaga Paramedis	0.097	1	0.097
7	Sarana dan Prasarana Puskesmas	0.097	2	0.194
8	Tenaga Non Medis (Pelkaya)	0.028	2	0.056
9	Peralatan.	0.083	1	0.083
KELEMAHAN				
10	Pelatihan	0.111	-2	-0.222
11	Tenaga Administrasi dan IT	0.097	-2	-0.194
		1.000		1.153

Sumber : Hasil Olah Data Primer dan sekunder

Tabel 3. Perhitungan Faktor-faktor Eksternal (EFAS) Puskesmas Kedamean

No	FAKTOR	Bobot	Rating	B x R
PELUANG				
1	Kesediaan Penduduk (Gakin dan PMKS)	0.098	4	0.390
2	Peran Rumah Sakit (RS) pada JKN untuk gakin	0.098	4	0.390
3	Peran Aparatur Desa pada JKN untuk gakin	0.049	4	0.195
4	Peran Kearifan Lokal	0.049	4	0.195
5	Peran Aparatur Kecamatan pada JKN untuk gakin	0.024	2	0.048
6	Peran Pustu pada JKN untuk gakin	0.073	1	0.073
7	Peran Poskesdes pada JKN untuk gakin	0.073	1	0.073
8	Peran Posyandu pada JKN untuk gakin	0.049	1	0.049
HAMBATAN				
9	Sistem JKN untuk gakin	0.098	-1	-0.098
10	Kondisi Infrastruktur (Jalan)	0.098	-2	-0.195
11	Kondisi Gakin.	0.098	-2	-0.195
12	Kebijakan Pemerintah daerah	0.098	-2	-0.195
13	Regulasi atau PerUU	0.098	-2	-0.195
14	Peran Tenaga Kesehatan (Tenakes) Swasta pada JKN untuk gakin	0.073	-2	-0.146
15	Peran Fasilitas Kesehatan (Faskes) Swasta pada JKN untuk gakin	0.073	-4	-0.293
		1.000		0.098

Sumber : Hasil Olah Data Primer dan sekunder

sehingga dapat diketahui posisi dari obyek yang dijadikan dasar dalam rancangan tersebut (dalam diagram Cartesius), seperti tampak pada gambar 4 berikut ini :



Gambar 2. Sistem Kuadran Analisa SWOT puskesmas Kedamean

Sumber : Hasil Olah data

Pada Gambar 2 diatas tampak jika Puskesmas Kedamean terletak pada posisi kwadran I (pertama), dimana menurut *Piarce* dan *Robinson* [20] dalam *Muyasara* (2010:40) menyatakan pada kwadran tersebut yang menandakan Puskesmas mempunyai situasi kuat dan berpeluang. Rekomendasi strategi untuk kondisi ini adalah progresif, yang berarti situasi Puskesmas dalam kondisi prima dan mantap sehingga sangat memungkinkan untuk terus melakukan peningkatan status menjadi Puskesmas ISO 9001:2008 dan mencapai kemajuan secara maksimal.

Jika kita mengadopsi pada kombinasi dan strategi Matrik SWOT Kearns dalam *Muyasara* (2010:36) menyatakan untuk kondisi Puskesmas pada kuadran 1 maka perlu menerapkan strategi SO [20], dimana strategi dibuat dengan memanfaatkan seluruh kekuatan untuk merebut dan memanfaatkan peluang sebesar-besarnya.

Sehingga Puskesmas dapat memanfaatkan segenap Tenaga Medis, Paramedis, Sarana dan Prasarana, Peralatan, Perlengkapan dan obat-obatan untuk merebut peluang potensi Gakin dan PMKS di wilayah ini. Penerapan standarisasi ISO 9001:2008 akan meningkatkan tingkat kompetitif dengan jasa Tenakes dan Faskes swasta.

Serta dapat memanfaatkan peluang dengan peningkatan kualitas pelayanan di Pustu dan Poskesdes, memanfaatkan Posyandu sebagai unit sosialisasi program JKN dan updating data Gakin, memanfaatkan kepedulian aparat Desa, Kecamatan serta Kearifan lokal di masyarakat untuk memfasilitasi Pengobatan Gakin, seperti yang disampaikan dalam *Kurniawan* [21].

KESIMPULAN

Berdasarkan hasil penelitian dalam pembahasan dapat di tarik kesimpulan, yaitu :

1. Pada masa transisi Gakin Pemegang Kartu Jamkesmas otomatis dilayani sebagai JKN untuk gakin, masih banyak masalah yang terjadi pada tahap awal implementasi program ini baik karena faktor internal Puskesmas maupun Faktor eksternal dari lingkungan dan sistem JKN untuk gakin itu sendiri.
2. Faktor-faktor internal (kekuatan dan kelemahan) pada Puskesmas di Kecamatan Kedamean, antara lain : Sistem Manajemen Puskesmas, *Leadership*, Tenaga Medis (dokter), Tenaga Paramedis, Tenaga Administrasi dan IT, Tenaga Non Medis

(Pekarya), Sarana dan Prasarana Puskesmas, Peralatan, Perlengkapan, Obat-obatan dan Pelatihan. Sedangkan faktor-faktor eksternal (peluang dan hambatan) mempengaruhi implementasi JKN untuk gakin di Puskesmas antara lain : Keadaan Penduduk, Peran Pustu, Peran Poskesdes, Peran Tenaga Kesehatan (Tenakes) Swasta, Peran Fasilitas Kesehatan (Faskes) Swasta, Peran Rumah Sakit (RS), Peran Aparatur Desa, Peran Aparatur Kecamatan, Peran Posyandu, Kondisi Infrastruktur (Jalan), Peran Kearifan Lokal, Sistem JKN untuk gakin, Kondisi gakin, Kebijakan Pemerintah daerah dan Regulasi atau Perundang-Undangan.

3. Strategi alternatif yang dapat digunakan untuk optimalisasi implementasi JKN-PBI di Puskesmas Kedamean adalah strategi Progresif (Strategi SO), yaitu memanfaatkan segenap potensi yang dimiliki untuk mencapai peluang yang ada.

SARAN/REKOMENDASI

1. Pemerintah pusat perlu untuk mempertimbangkan untuk memanfaatkan Kader-kader Posyandu, sebagai bagian dari Upaya Kesehatan Berbasis Masyarakat (UKBM) dari Puskesmas sebagai anggota tim sosialisasi JKN dan identifikasi Gakin di wilayah masing-masing.
2. Pemerintah Provinsi Jawa Timur perlu mengevaluasi layanan kesehatan bagi keluarga miskin di Pustu, Poskesdes dan Bidan desa.
3. Pemerintah Kabupaten Gresik perlu meningkatkan kualitas layanan di Puskesmas dengan berbasis Standarisasi ISO 9001:2008.
4. Pemerintah Kabupaten Gresik perlu revitalisasi sistem Administrasi dan Jaringan berbasis IT yang mengkoneksikan Puskesmas dengan RS Rujukan Tk pertama (RS Kabupaten dan Swasta) dan SKPD terkait.

UCAPAN TERIMA KASIH

Ucapan terima kasih kami haturkan untuk Bapak Dr. H. Soekarwo, SH, H. Hum, Gubernur Jawa Timur, Dekan Fakultas Ilmu Sosial dan Ilmu Politik Universitas Brawijaya Prof.Dr.Ir.Darsono Wisadirana, M.S Ketua Program Magister Ilmu Sosial dan Ilmu Politik Prof.Dr.Ir.Sanggar Kanto, M.Si, yang juga selaku pembimbing Utama, Dr.Mardiyono, MPA selaku pembimbing kedua.

DAFTAR PUSTAKA

- (1) Suharto, Edi, 2009, *Kemiskinan dan Perlindungan Sosial di Indonesia, Menggagas Model Jaminan Sosial Universal Bidang Kesehatan*, Penerbit Alfabeta, Bandung.
- (2) Anonimous, 2012, Kecamatan Kedamean dalam angka 2012, BPS Kabupaten Gresik.
- (3) Anonimous , 2010, Profil Dinas Kesehatan Kabupaten Gresik 2010, Dinas Kesehatan Kabupaten Gresik, Gresik
- (4) Roebyantho, Haryati, 2011, *Dampak Sosial Ekonomi Program Penanganan Kemiskinan Melalui KUBE, P3KS*, Jakarta, diunduh dari <http://puslit.kemsos.go.id/upload/post/files/5759ec2db9fce7066b26ca9967003d17e3.pdf> pada 23-05-2013 pukul 14.05 WIB
- (5) Kaligis, Retor AW, 2012, *Analisis Dampak Sosial (Andasos) Untuk Ukuran Kinerja Pemerintah*. Jakarta, diunduh dari <http://stisipwiduri.ac.id/File/N/Full/2430-JURNAL%20INSANI%20TISIP%20Widuri%20Juni%202012-Retor.pdf> pada 18-11-2014 pukul 13.48 WIB
- (6) Suryawati, Chriswardani, 2006, *Memahami Kemiskinan Secara Multidimensional*, Semarang, diunduh dari <http://jurnal.ugm.ac.id/index.php/jmpk/article/viewFile/2927/2646> pada 17-11-2014 pukul 04.32 WIB
- (7) Surat Keputusan Menteri Kesehatan 128/MENKES/SK/II/2004 Tentang Kebijakan Dasar Pusat Kesehatan Masyarakat.
- (8) Creswell, John W, 2009, *Research Design Pendekatan Kualitatif, Kuantitatif dan Mixed*, Pustaka Pelajar, Yogyakarta
- (9) Sugiyono. 2011. *Metode Penelitian Kuantitatif, kualitatif dan R&D*, Penerbit Alfabeta, Bandung
- (10) Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 28 tentang Pedoman Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Nasional.
- (11) Peraturan Daerah Kabupaten Gresik Nomor 5 Tahun 2009 tentang Retribusi Pelayanan Kesehatan pada Pusat Kesehatan Masyarakat
- (12) Keputusan Menteri Kesehatan No. 279 tentang Pedoman Penyelenggaraan Upaya Keperawatan Kesehatan Masyarakat di Puskesmas
- (13) Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 19 tahun 2014 tentang Penggunaan Dana Kapitasi JKN
- (14) Peraturan Presiden RI No. 32 Tahun 2014 tentang Pengelolaan dan Pemanfaatan Dana Kapitasi Jaminan Kesehatan Nasional pada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama Milik Pemerintah Daerah
- (15) Djuhaeni, Heni dan Gondodiputro, 2010, *Motivasi Kader Meningkatkan Keberhasilan Kegiatan POSYANDU*, Bandung, diunduh dari <http://journal.fk.unpad.ac.id/index.php/mkb/article/view/26> pada 18-11-2014 pukul 03.02 WIB
- (16) Efendi, Rustam, Alwy Arifin dan Darmawansyah, 2014, *Hubungan Mutu Pelayanan Kesehatan dengan Kepuasan Pasien Rawat Jalan di Puskesmas Aeng Towa Kabupaten Takalar*, M akasar, diunduh dari <http://repository.unhas.ac.id/handle/123456789/8617> pada 17-11-2014 pukul 04.20 WIB
- (17) Wijaya, Roy Rendra Noor Ifada dan Achmad Jauhari, 2009, *Perancangan Dan Pengembangan Sistem Pelaporan Terpadu Sistem Informasi Puskesmas (SPT SIMPUS) dengan Metode BPR*, Bangkalan, diunduh dari [jurnal.ilmiah.kursor-kursor.trunojoyo.ac.id, kursor.trunojoyo.ac.id/wp-content/uploads/2012/02/vol5_no2_p3.pdf](http://jurnal.ilmiah.kursor-kursor.trunojoyo.ac.id/kursor.trunojoyo.ac.id/wp-content/uploads/2012/02/vol5_no2_p3.pdf) pada 20-02-2014 pukul 24.03 WIB
- (18) Anonimous, 2008, *Sistem Manajemen Mutu-Persyaratan ISO 9001:2008*, Badan Standarisasi Nasional (BSN), Jakarta.
- (19) Rangkuti, Freddy, 2002, *Analisis SWOT Teknik Membedah Kasus Bisnis, Reorientasi Konsep Perencanaan Strategis untuk menghadapi Abad 21*, Penerbit PT Gramedia Pustaka Utama, Jakarta.
- (20) Muyasarah, Siti, 2010, *Analisa SWOT terhadap Produk Asuransi Unit Link*, Jakarta, diunduh dari <http://repository.uinjkt.ac.id/dspace/handle/123456789/2468> pada 26-06-2014 pukul 14.17 WIB
- (21) Kurniawan, Yudiyanto T, 2014, *Rancangan Model Sistem Pelayanan Terpadu Program Jaminan Kesehatan Nasional untuk Keluarga Miskin di Puskesmas (Suatu Studi di Kecamatan Kedamean, Gresik)*, Universitas Brawijaya, Malang