

PELAKSANAAN PROGRAM JAMINAN PEMELIHARAAN KESEHATAN DI PUSKESMAS KAB. JENEPONTO

A. Rizki Amelia. AP, Amran Razak, Indar
Adminstrasi dan Kebijakan Kesehatan

ABSTRACT

This research aims to obtain information on Health Care Guarantee Program viewed from input (Human Resources, target, fund and policy), Process (participation administration, fund management, and the implementation of program policy, and output (realization of the target of health guarantee service and achievement of the scope of health guarantee service). This research was carried out in two Health Centre namely Bontosunggu Kota Health Centre (located in the low land) of Jeneponto Regency. The data were obtained through observation, in-depth interview, and documentasi study. They were then analyzed qualitatively. The results show that at the input level, out of four indicators (human resources, target, fund and policy) target and human resources are the main problems. Meanwhile, target indicator show that there are still many populations who are categorized poor and they are not listed as the participants of Poor Health Insurance/Public Health Guarantee. For human resources indicators, it is found that the problem is the availability of Human Resources (quantity and quality) as the organizers and implementers in Health Centre level. At the process level, the activity of medical service in two Health Centre is already optimal and the implementation of program policy has been in line with guidelines of the implementation of Public Health Guarantee. At the output level, the implementation of the target of health guarantee service and the achievement of the scope of health guarantee service has been appointed through Decision Letter of Local Government and PT. Askes

Keywords : Health Care Guarantee, Input, Process, Output

PENDAHULUAN

Kesehatan adalah hak fundamental dari setiap orang. Hal ini telah ditetapkan oleh Konstitusi Organisasi Kesehatan Sedunia (WHO 1948), UUD 1945 Pasal 28 H Amandemen tahun 2000 dan Seperti yang dinyatakan dalam Undang-Undang (UU) No. 23 Tahun 1992 tentang kesehatan, pelayanan kesehatan harus memperhatikan hak yang sama dalam memperoleh derajat kesehatan yang optimal. Pemerintah memiliki peran dan tanggung jawab untuk mengelola sedemikian rupa, sehingga setiap penduduk memiliki kesempatan yang sama terhadap pelayanan kesehatan yang dibutuhkan tanpa memandang latar belakang agama, suku, jenis kelamin, dan tingkat sosial ekonomi.

Menjelang akhir tahun 2004, menteri kesehatan RI mengeluarkan surat keputusan Nomor : 124/Menkes/SK/XI/2004, tanggal 12 November 2004, PT. Askes (persero) telah diamanahkan untuk mengelola Program Jaminan Pemeliharaan

Kesehatan bagi masyarakat miskin penyelenggaraan jaminan pemeliharaan kesehatan bagi masyarakat miskin yang dikelola sepenuhnya oleh PT. Askes (persero) meliputi pelayanan kesehatan dasar di Puskesmas dan jarungannya serta pelayanan kesehatan rujukan di Rumah Sakit dengan sasaran sejumlah 36.146.700 jiwa sesuai data BPS tahun 2004 dan ingat saat ini ada sekitar 60.000.000 jiwa keluarga miskin di Indonesia di asuransikan pemerintah pusat (Departemen Kesehatan), Pemerintah Daerah, pengelola Jaminan Kesehatan PT. Askes (persero) dan pemberi pelayanan kesehatan (PPK) yaitu Puskesmas dan Rumah Sakit dimana masing-masing pihak memiliki peran dan fungsi yang berbeda dengan tujuan yang sama yaitu mewujudkan pelayanan kesehatan dengan biaya dan mutu terkendali.

Sistem pelayanan kesehatan di Indonesia didanai oleh pemerintah dan swasta. Secara garis besar pihak swasta membiayai sekitar 70% total

pendanaan⁵. Pendanaan dari swasta terutama diperuntukkan bagi system pelayanan kesehatan perorangan yang lebih bersifat *Privat Good*^{1,2}.

Perkembangan konsep JPKM ini sebetulnya tidak terlepas dari arus perkembangan system pembiayaan kesehatan didunia, baik dinegara berkembang maupun dinegara maju khususnya di Amerika Serikat. Pada masa pertengahan tahun 1970-an dan awal 1980-an, diUSA terjadi perkembangan pesat model HMO (*Health Maintenance Organisation*) yang disebut-sebut lebih baik daripada system asuransi pertanggung jawaban (*indemnity insurance*) yang sebelumnya telah lama berkembang. Disebutkan bahwa system asuransi pertanggung jawaban di USA adalah salah satu sebab utama terjadinya inflasi biaya kesehatan yang tidak terkendalikan. Sejak itu, model-model pembiayaan kesehatan yang lebih terkendali terus berkembang dan kini yang sangat terkenal adalah model "*Model Managed Care*" yang banyak mempengaruhi perkembangan JPKM di Indonesia.

Akhir tahun 2004, dengan dikeluarnya SK Menteri Kesehatan dengan Nomor:1241/Menkes/SK/XI/2004, tanggal 12 November 2004, PT. Askes (Persero) telah diamanahkan untuk mengelola Program Pemeliharaan Kesehatan Bagi Masyarakat Miskin. Pada tahun 2006-2007 program JPKMM berubah menjadi Askeskin (asuransi kesehatan masyarakat miskin). Selanjutnya pada tahun 2008 program Askeskin diganti dengan program Jaminan Kesehatan Masyarakat atau Jamkesmas.

Menurut laporan pencapaian pelaksanaan program Jamkesmas tahun 2008 jumlah masyarakat miskin mencapai 201.831 jiwa, jumlah rumah miskin sebesar 10.315, kunjungan dengan rumah sakit sebesar 117.730.

Khusus untuk kabupaten Jeneponto untuk jumlah peserta Program Jaminan Kesehatan (Jamkesmas dan Askeskin) adalah 201.831 jiwa, dan alokasi dana anggaran total 2008 : Rp 1.645.758.000³.

Saat ini Program Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat telah dilaksanakan selama dua tahun sehingga perlu dievaluasi dengan jalan mendapatkan informasi mengenai akar masalah, kemungkinan solusi dan penilaian responden terhadap program Jaminan pemeliharaan Kesehatan (Jamkesmas dan Askeskin) selama ini di daerah mereka, apakah pengelolaan program Jaminan

Pemeliharaan Kesehatan di kabupaten Jeneponto sudah berjalan sesuai dengan kebijakan pemerintahan.

BAHAN DAN METODE

Lokasi, Populasi, dan Sample Penelitian

Pemilihan lokasi studi kualitatif ini dilakukan pada wilayah kerja Kabupaten Jeneponto yang mempunyai Puskesmas sebanyak 11 buah dan dipusatkan pada 2 buah Puskesmas dengan pertimbangan Kab. Jeneponto dibagi atas wilayah yaitu dataran tinggi, dataran (pusat kota kabupaten) dan dataran rendah serta adanya perbedaan jumlah kunjungan di masing-masing wilayah dan tidak meratanya persebaran penduduk di tiga wilayah, tetapi kemudian hanya dua yang diambil sebagai sample karena sulitnya transportasi untuk menjangkau puskesmas lainnya.

Populasi dari studi ini terdiri atas unsur : kepala pemegang Program Jaminan Pemeliharaan Kesehatan. Pemilihan informan berdasarkan pertimbangan bahwa mereka yang bertanggung jawab dan lebih tahu tentang Program Jaminan Pemeliharaan Kesehatan dan dianggap mewakili dan kompeten untuk memberikan informasi dan dijadikan obyek penelitian.

Sampel penelitian ini meliputi penanggung jawab program ditingkat kabupaten dan puskesmas (kepala puskesmas), pelaksanaan program Jamkesmas ditingkat kabupaten dan puskesmas dan masing-masing informan yang berasal dari peserta Jamkesmas

Pengumpulan data

Metode pengumpulan data yang digunakan pada penelitian ini yang menyangkut metode evaluasi, yaitu wawancara mendalam bagi pengelola/pelaksana tingkat kabupaten Jeneponto dan dua Puskesmas serta peserta program Jaminan Pemeliharaan Kesehatan (Jamkesmas dan Askeskin), pemeriksaan dokumen / arsip yakni : buku pedoman pelaksanaan Jaminan Kesehatan Masyarakat (JAMKESMAS) tahun 2008 serta beberapa data sekunder tentang pelayanan kesehatan masyarakat Kab. Jeneponto dan Profil Kab. Jeneponto, dan pengamatan (observasi) terhadap jumlah informan yang menjadi sumber penggalan data penelitian ini meliputi penanggung jawab program ditingkat kabupaten dan puskesmas (kepala puskesmas), pelaksanaan program Jamkesmas ditingkat kabupaten dan

puskesmas dan masing-masing informan yang berasal dari peserta Jamkesmas

Analisis data

Teknik analisis data yang digunakan dalam penelitian ini yaitu : Reduksi data Analisis pada tahap ini merupakan proses pemilihan pemuatan, penyederhanaan, pengabstrakan dan transformasi data kasar yang ditemukan di lapangan. Dengan kata lain pada tahap ini dilakukan analisis untuk menggolong-golongkan, membuang data yang tidak perlu, dan mengarahkan dan mengorganisasikan data, Penyajian data (data *display*) Alur analisis yang kedua ini adalah menyajikan data yang telah dianalisis pada alur pertama dan kemudian disajikan dalam bentuk naratif, dan Penarikan kesimpulan adalah mencari makna benda-benda dan peristiwa pola-pola dan alur sebagai akibat untuk membangun proposisi.

HASIL

Penelitian ini dilaksanakan pada bulan April tahun 2009 di dua puskesmas, yaitu Puskesmas Arungkeke dan Puskesmas Bontosunggu yang bertujuan untuk memperoleh informasi tentang Program Jaminan Pemeliharaan Kesehatan ditinjau dari segi Input (SDM, Sasaran, Dana, Kebijakan), Proses (Administrasi kepesertaan, Pengelolaan dana, pelaksanaan kebijakan program), Output.

Input

Hasil penelitian menunjukkan bahwa informan memberikan informasi mengenai SDM yang menghasilkan reduksi kesimpulan bahwa tenaga pengelola dan pelaksana program Jamkesmas yang ada di dua PKM masih sangat minim ini dapat dilihat dari jumlah tenaga pengelola di Puskesmas hanya ada dua orang di tiap Puskesmas, sedangkan adapun mengenai kualifikasi pendidikan di PKM Arungkeke yaitu sarjana dan di Puskesmas Bontosunggu kota untuk pelaksana hanya setingkat SMA (pekerja). Hasil reduksi kesimpulan ini menghasilkan konsep emik yang menyatakan tenaga pengelola dan pelaksana sudah memahami dan mengetahui jelas mengenai konsep Jamkesmas karena sosialisasi yang dilakukan sangat baik di Kab. Jeneponto.

Konsep emik ini sesuai dengan pernyataan responden sebagai berikut :

“adapun kualifikasi pendidikannya Ka. PKM Pendidikan terakhir SKM dan adapun pengelola dalam hal ini saya (Ka. PKM) melihat sendiri bahwa yang kita mau pake sebagai bendahara ini dilihat bahwa staf ini yang mampu dipake sebagai bendahara selain itu dilihat juga dair latar belakang pendidikannya juga kinerja sehari-hari dan diusulkan pada Lokmin di PKM kalau Bendahara saya berasal dari SI kesmas.” (Kk, 39 thn)

Sedangkan Informasi yang didapatkan melalui informan menghasilkan reduksi kesimpulan yang menyatakan sasaran keluarga miskin dan hampir miskin di Kab. Jeneponto sudah hampir keseluruhan tercakup namun karena adanya sistem kekeluargaan yang sangat kental di daerah tersebut maka kadangkala ada sedikit terjadi penyimpangan (keluarga yang mampu dapat terdaftar sebagai peserta Jamkesmas hanya karena mempunyai hubungan kekerabatan). Reduksi kesimpulan ini menghasilkan konsep emik yang menyatakan bahwa sasaran program Jamkesmas sudah mencakup seluruh keluarga miskin dan hampir miskin di Kab. Jeneponto.

Hal ini sesuai dengan pernyataan informan sebagai berikut :

“Sebenarnya kalau diamati masih ada masyarakat miskin yang sebenarnya mereka tidak termasuk dalam kategori miskin tapi karena keluarga tersebut mempunyai hubungan yang dekat dengan pemerintah setempat seperti kepala desa maka dia mendapatkan kartu Jamkesmas dan secara otomatis mendapatkan fasilitas dan pelayanan secara gratis dan pada kenyataannya ada juga masyarakat yang betul-betul kesian miskin tapi tidak mendapatkan kartu Jamkesmas itu mungkin karena pendataan hanya dilakukan oleh pihak pemerintah setempat dan tidak melibatkan Puskesmas”(Abd,55 thn)

Selanjutnya, hasil penelitian menunjukkan bahwa informan memberikan informasi mengenai dana yang menghasilkan reduksi kesimpulan bahwa dana yang akan diterima dipuskesmas diserahkan apabila pkm tersebut telah memasukkan POA dan pencairan dana sesuai dengan jumlah dana yang tertera didalam matriks POA dan disalurkan langsung oleh Depkes dan pencairan dana tersebut dilakukan pada PT Pos Indonesia. Hasil reduksi kesimpulan ini mengha-

silkan konsep emik yang menyatakan dana dapat dicairkan apabila puskesmas telah memasukkan POA dan pencairan dana dapat dilakukan pada PT. Pos Indonesia.

Konsep emik ini sesuai dengan pernyataan responden sebagai berikut :

“dana yang akan diterima dipuskesmas dan masuk kekantor pos itu harus sesuai dengan POA yang disepakati oleh seluruh staf melalui lokmin yang dilaksanakan setiap bulan di Puskesmas kemudian dilaporkan dan POA tersebut diserahkan ketiga tempat yaitu : Bupati, Dinkes dan PT. Pos kemudian PT. Pos melakukan pencairan dana sesuai dengan jumlah dana yang diajukan Puskesmas tersebut” (Kk, 34 thn)

Terakhir, Informasi kebijakan yang didapatkan melalui informan menghasilkan reduksi kesimpulan yang menyatakan dalam menjalankan program Jamkesmas sudah sesuai dengan pedoman pelaksanaan Jamkesmas dan adapun aturan yang dibuat yaitu aturan tertulis dan aturan tidak tertulis berupa kebijakan dari kepala puskesmas terhadap pasien yang tidak mempunyai kartu jamkesmas. Reduksi kesimpulan ini menghasilkan konsep emik yang menyatakan bahwa aturan yang dipakai dapat berupa aturan tertulis dan aturan tidak tertulis berupa kebijakan kepala puskesmas terhadap pasien yang tidak mempunyai kartu Jamkesmas.

Hal ini sesuai dengan pernyataan informan sebagai berikut :

“menurut aturan, penggunaan obat itu yang dilakukan biasanya kalau diluarobat generic/DPHO bagi pasien sah2 saja atau diperbolehkan asal sesuai dengan indikasi medis yang disetujui oleh Kepala Puskesmas” (Ra,39 thn)

Proses

Administrasi (Terlaksananya sasaran pelayanan jaminan kesehatan, tercapainya cakupan pelayanan jaminan kesehatan). Pelayanan dalam hal ini administrasi kepesertaan masyarakat miskin tentunya diawali dengan registrasi peserta dan apabila sudah rampung maka dilakukan penerbitan dan pendistribusian kartu sampai kepeserta itu sepenuhnya menjadi tanggung jawab PT. Askes (Persero). Data peserta yang ditetapkan Pemda, kemudian dilakukan entry oleh PT. Askes (persero) untuk menjadi data base kepesertaan di Kabupaten/Kota, setelah entry data kepesertaan memenuhi standar kualifikasi, maka

diterbitkanlah kartu Jamkesmas kemudian didistribusikan kepada masyarakat miskin yang berhak mendapatkan kartu tersebut, kadangkala data masyarakat miskin juga diambil dari BPS dan dalam melakukan pendataan pihak BPS tidak mengikutkan pemerintah setempat maupun petugas kesehatan. Dalam menyerahkan kartu peserta kepada yang berhak, mangacu kepada penetapan Bupati/Walikota dengan tanda terima yang ditanda tangani/cap jempol peserta atau anggota keluarga, kemudian melaporkan hasil pendistribusian kartu peserta kepada Bupati/Walikota, Gubernur, Departemen Kesehatan RI, Dinas Kesehatan Provinsi , dan Kabupaten/Kota serta Rumah Sakit setempat.

Berdasarkan telaah dokumen mekanisme penentuan dan penetapan peserta askeskin melalui dua periode. Periode I sasaran berdasarkan data BPS tahun 2006 yang ditetapkan oleh pemerintah dan didistribusikan masing-masing kabupaten, sedangkan periode II realokasi antar kabupaten kota atas persetujuan Gubernur. Mekanisme penetapan sasaran berdasarkan hasil pendataan yang dilakukan BPS kemudian data jumlah masyarakat miskin yang menjadi sasaran program Askeskin ditetapkan oleh menteri Kesehatan.

Sedangkan Hasil penelitian menunjukkan bahwa informan memberikan informasi mengenai pengelolaan dana yang menghasilkan reduksi kesimpulan bahwa untuk perencanaan anggaran dana pada tiap PKM dilakukan rapat pada tiap bulan kemudian hasil dari rapat bulanan tersebut diserahkan pada Dinkes, PT.Pos dan Bupati tetapi kemudian dilakukan verifikasi oleh Dinas kesehatan. Hasil reduksi kesimpulan ini menghasilkan konsep emik yang menyatakan Pencairan dana yang dilakukan dipuskesmas menurut POA yang disusun dan di serahkan ke PT.Pos.

Konsep emik ini sesuai dengan pernyataan responden sebagai berikut :

“oh, iya disini itu masing2 penanggung jawab kegiatan pelayanan memasukkan data kegiatan yang akan dilakukan kemudian kegiatan itu semua kami rapatkan di Lokmin kemudian setelah terinput semua barulah diserahkan kebagian pengelola Jamkesmas yang kemudian diverifikasi oleh Dinas Kesehatan untuk bahan pertanggung jawaban.” (Ra, 41 thn)

Terakhir, informasi yang didapatkan melalui informan mengenai pelaksanaan kebijakan prog-

ram menghasilkan reduksi kesimpulan yang menyatakan pelayanan tetap dilakukan dengan baik walaupun pasien tersebut belum mempunyai kartu Jamkesmas namun sebagai syarat untuk menetapkan kalau keluarga tersebut masuk dalam kategori miskin sebaiknya mengurus keterangan tidak mampu dalam kurun waktu 2 hari jam kerja. Reduksi kesimpulan ini menghasilkan konsep emik yang menyatakan bahwa pemberian kebijakan terhadap program Jamkesmas sudah berjalan sesuai dengan perturan yang telah ada dan seluruh masyarakat difasilitasi atau dipermudah dalam mendapatkan kartu Jamkesmas.

Hal ini sesuai dengan pernyataan informan sebagai berikut :

“semua orang yang dating berobat secara gratis disini yang tidak mempunyai kartu Jamkesmas tetap dilayani dengan baik dan ramah tapi kemudian kita disuruh mengurus kartu tidak mampu dari kelurahan dan waktunya 2 hari jam kerja” (Ww, 55 thn).

Output

Hasil penelitian menunjukkan bahwa informan memberikan informasi mengenai SDM yang menghasilkan reduksi kesimpulan bahwa menurut masyarakat pengguna Jamkesmas mereka tidak merasa mengalami kesulitan dalam menjangkau pelayanan kesehatan gratis mereka menyambut baik adanya pelayanan kesehatan gratis baik berupa Jamkesmas/Askeskin. Hasil reduksi kesimpulan ini menghasilkan konsep emik yang menyatakan Dalam pengurusan kartu Jamkesmas pengelola dan pelaksana program telah memfasilitasi masyarakat dengan baik dengan cara mengadakan kerja sama dengan aparat kelurahan dan parat desa.

Konsep emik ini sesuai dengan pernyataan responden sebagai berikut :

”tidak susahji mengurus kartu Jamkesmas disini, karena setelah didata ki dirumah biasaya pihak kelurahan yang mengantarkan kartunya atau biasa juga kita diantarkan kerumah kalau dikenalki orang yang urus kartu Jamkesmas” (Km, 43 thn)

Tabel 1. Cakupan Pelayanan Jaminan Kesehatan di Kabupaten Jeneponto

Puskesmas	Indikator	%	Pencapaian	%
Puskesmas Bontosunggu Kota	7322	100	7322	100
Puskesmas Arungkeke	10824	100	10824	100

Sedangkan Hasil penelitian mengenai tercapainya cakupan pelayanan jaminan kesehatan diperoleh berdasarkan telaah dokumen yang telah dibandingkan dengan indicator tercapainya cakupan program Jamkesmas dapat dilihat pada Tabel 1. Berdasarkan indikator cakupan dapat dilihat bahwa tidak ada perbedaan yang signifikan antara kedua Puskesmas hal ini dikarenakan adanya tingkat perekonomian dan pendidikan yang sangat minim di Kabupaten tersebut, sumber mata pencaharian masyarakat rata-rata di Kabupaten Jeneponto yaitu tukang ojek dan berkebun (berdasarkan informan local), ketika kita melihat tidak ada perbedaan maka dapat dikatakan bahwa pelayanan Jamkesmas di Kabupaten Jeneponto mendapat respon yang sangat besar oleh masyarakat setempat.

PEMBAHASAN

Input

Jantung dari suatu organisasi adalah sumber daya manusia. Manusia merupakan kekayaan utama suatu organisasi, karena adanya keikutsertaan mereka aktifitas organisasi tidak akan berjalan dengan baik. Manusia dalam hal ini petugas pelayanan kesehatan adalah suatu ujung tombak dalam pelaksanaan kegiatan Jamkesmas.

Hasil penelitian ini menunjukkan konsep emik yang menyatakan tenaga pengelola dan pelaksana sudah memahami dan mengetahui jelas mengenai konsep Jamkesmas karena sosialisasi yang dilakukan sangat baik di Kab. Jeneponto. Konsep emik ini sejalan dengan data etik yang menunjukkan bahwa adapun faktor yang terpenting dalam pengelolaan dan pelaksanaan Jamkesmas adalah SDM yang memadai dan mempunyai kompetensi dan pengalaman yang banyak sehingga dapat memahami program tersebut dengan baik, baik

itu didapatkan melalui sosialisasi dan informasi publik (manlak Jamkesmas 2008). Hal ini disebabkan karena puskesmas sebelum melaksanakan program terlebih dahulu memberikan pelatihan yang menunjang pekerjaan mereka. Pelatihan ini menambah pengetahuan dan kompetensi mereka dalam melaksanakan program Jamkesmas.

Sasaran program yang dimaksudkan disini adalah seluruh masyarakat miskin yang tidak mampu untuk mengakses pelayanan kesehatan di Puskesmas maupun pelayanan kesehatan lainnya serta rujukan medis dirumah sakit pemerintah dan swasta yang ditunjuk.

Hasil penelitian ini menunjukkan konsep emik yang menyatakan sasaran program Jamkesmas sudah mencakup seluruh keluarga miskin dan hampir miskin di Kab. Jeneponto. Konsep emik ini sejalan dengan data etik yang menunjukkan bahwa penetapan sasaran berdasarkan hasil pendataan yang dilakukan BPS kemudian data jumlah masyarakat miskin yang menjadi sasaran program Jamkesmas/Askeskin ditetapkan oleh Menteri Kesehatan (Manlak Jamkesmas tahun 2008). Hal ini disebabkan petugas kesehatan telah mengetahui sasaran Jamkesmas dengan baik, meskipun demikian masih terdapat penetapan sasaran yang tidak sesuai hanya karena ada kedekatan kekeluargaan dengan petugas sehingga petugas tersebut memberikan Jamkesmas kepada mereka meskipun mereka tidak termasuk keluarga miskin.

Penetapan sasaran berdasarkan hasil pendataan yang dilakukan BPS kemudian data jumlah masyarakat miskin yang menjadi sasaran program Jamkesmas/Askeskin ditetapkan oleh Menteri Kesehatan (Manlak Jamkesmas tahun 2008).

Informasi yang didapatkan mengenai data telah di konstruksi dalam konsep emik yang menyatakan dana dapat dicairkan apabila puskesmas telah memasukkan POA dan pencairan dana dapat dilakukan pada PT. Pos Indonesia. Konsep emik ini sejalan dengan data etik yang menunjukkan bahwa pencairan dana untuk program Jamkesmas/Askeskin mengacu pada jenis plafon tarif pelayanan kesehatan dan pembayaran dana untuk Puskesmas dilaksanakan berdasarkan atas sistem POA yang telah diverifikasi dan disetujui oleh pengelola

ditingkat Kab. Jeneponto (Manlak Jamkesmas tahun 2008). Hal ini disebabkan oleh dana yang dialirkan untuk pelayanan pasien Jamkesmas harus mengacu pada aturan pedoman pelaksanaan Jamkesmas 2008, pembayaran menurut tarif paket mengacu pada jenis plafon pelayanan kesehatan bagi program Jamkesmas termasuk tarif perawatan sama halnya dengan pelayanan pasien Askeskin harus mengacu kepada aturan pedoman pelaksanaan JPKMM 2007.

Kebijakan adalah suatu kesepakatan atau ketentuan yang menyangkut tentang program Jamkesmas di Puskesmas baik secara tertulis maupun tidak tertulis, adapun kebijakan tertulis bahwa pelayanan bagi peserta Jamkesmas tidak dikenakan iuran atau gratis. Sesuai dengan kebijakan tertulis seharusnya hal ini dilaksanakan oleh Puskesmas sesuai dengan fungsinya sebagai pemberi pelayanan kesehatan yang berfungsi social dengan memberikan keuntungan bagi pasien miskin untuk memperoleh pelayanan kesehatan yang optimal dengan kebijakan pemberian pelayanan satu hari (*one day care*) pada pasien yang tidak mempunyai kartu Jamkesmas atau semacamnya dengan syarat bahwa mereka terbukti sebagai keluarga miskin dan disetujui oleh Kepala Puskesmas.

Hasil penelitian ini menunjukkan konsep emik yang menyatakan aturan yang dipakai dapat berupa aturan tertulis dan aturan tidak tertulis berupa kebijakan kepala puskesmas terhadap pasien yang tidak mempunyai kartu Jamkesmas. Konsep emik ini sejalan dengan data etik yang menunjukkan bahwa kebijakan yang dilaksanakan di Puskesmas sesuai dengan kebijakan tertulis yang diatur dalam pedoman pelaksanaan Jamkesmas adapun kebijakan yang tidak tertulis dapat dibuat langsung oleh kepala PKM dengan melihat langsung kondisi ekonomi keluarga tersebut. (Manlak Jamkesmas tahun 2008). Hal ini disebabkan kepala puskesmas memberikan kebijakan berdasarkan acuan yang ada sedangkan jika kebijakan yang tidak terdapat dalam pedoman pelaksanaan, kepala puskesmas memberikan kebijakan sesuai dengan kondisi ekonomi keluarga tersebut, misalnya meskipun keluarga tersebut tinggal di rumah yang baik namun masih menumpang dan kepala keluarga

tidak mempunyai penghasilan, keluarga tersebut dikategorikan keluarga miskin.

Berdasarkan konsep emik diperoleh proposisi dimensi input yang menyatakan untuk indikator SDM, sasaran, dana dan kebijakan telah sesuai dengan pedoman pelaksanaan Jamkesmas yang dikeluarkan oleh menteri kesehatan.

Proses

Pelaksanaan kegiatan yang merupakan bagian dari manajemen kepersertaan adalah verifikasi dimana nama dan alamat peserta Jamkesmas sudah divalidasi, pembuatan dan distribusi kartu baik yang bersifat perorangan maupun keluarga. Dengan adanya distribusi kartu Jamkesmas daerah sudah mampu mengantisipasi dan memanfaatkan perangkat desa dan staf puskesmas walaupun prosesnya kadang kala tidak sesuai dengan yang diinginkan.

Berdasarkan telaah dokumen mekanisme penentuan dan penetapan peserta Askeskin melalui dua periode :periode I sasaran berdasarkan data BPS tahun 2006 yang ditetapkan oleh pemerintah dan didistribusikan kemasing-masing kabupaten. Sedangkan periode II realokasi antar kabupaten/kota atas persetujuan Gubernur. Alur registrasi peserta idealnya berawal dari data keluarga miskin yang dikeluarkan oleh BPS selanjutnya disetujui oleh Menkes dan kemudian diserahkan ke Bipati untuk dikeluarkan surat keputusannya. PT. Askes (Persero) ditugaskan mengelola program Askeskin maupun Puskesmas sebagai pemberi pelayanan kesehatan tidak mempunyai hak untuk menyeleksi sasaran peserta Askeskin.

Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan Kabupaten Bone Bolango dimana sedikitnya 200 ribu keluarga miskin belum terdaftar menjadi peserta Asuransi Kesehatan Keluarga Miskin. Hal ini disebabkan terbatasnya kuota Askeskin yang diberikan Departemen Kesehatan.

Dana yang dikelola PT. Askes (Persero) berasal dari dana yang dicairkan oleh Departemen Kesehatan. PT. Askes (Persero) sebagai badan penyelenggara (BAPEL) melakukan administrasi pengelolaan dana program secara efektif dan efisien dengan menerapkan prinsip-prinsip kendali biaya dan

kendali mutu (*managed care*) untuk pelayanan pasien Askeskin nantinya akan diterapkan pola serupa.

Hasil penelitian ini menunjukkan konsep emik yang menyatakan Pencairan dana yang dilakukan di puskesmas menurut POA yang disusun dan di serahkan ke PT.Pos. Konsep emik ini sejalan dengan data etik yang menunjukkan bahwa pencairan dana seharusnya dilakukan pada awal bulan untuk mencukupi seluruh kegiatan yang direncanakan sesuai dengan POA (Manlak Jamkesmas tahun 2008). Hal ini disebabkan oleh adanya kepedulian pemerintah Kab. Jenepoto terhadap pemberian pelayanan Kesehatan gratis (Askeskin/Jamkesmas) sangat baik ini dibuktikan pada adanya program pemberian Jaminan Kesehatan Daerah (JAMKESDA) yang dilaksanakan didaerah tersebut untuk seluruh penduduknya.

Hasil ini sejalan dengan penelitian di Kab. Buton menyatakan penyelenggaraan pembiayaan kesehatan bagi keluarga miskin menjadi lebih baik dengan adanya pihak ketiga sebagai pengelola. Hal ini disebabkan oleh penggunaan dana lebih efisien dan efektif, sehingga menjamin kualitas pelayanan dan berkesinambungan pembiayaan kesehatan masyarakat miskin. Beberapa keuntungan dengan melibatkan pihak ketiga dalam pengelolaan dana yaitu pengeluaran biaya dapat diperkirakan sehingga efisiensi biaya dapat dilakukan, serta mutu pelayanan kesehatan bisa lebih baik⁴.

Puskesmas merupakan salah satu fasilitas pelayanan kesehatan terpadu dan terdepan yang memiliki peran strategis dalam mempercepat peningkatan derajat kesehatan masyarakat. Adapun fungsi utamanya adalah melaksanakan upaya kesehatan secara berdaya guna dengan mengutamakan upaya penyembuhan dan pemulihan yang dilaksanakan secara relasi dan terpadu.

Hasil penelitian ini menunjukkan konsep emik yang menyatakan pemberian kebijakan terhadap program Jamkesmas sudah berjalan sesuai dengan perturan yang telah ada dan sulurh masyarakat difasilitasi atau dipermudah dalam mendapatkan kartu Jamkesmas. Konsep emik ini sejalan dengan data etik yang menunjukkan bahwa kebijakan yang dibuat melalui kesepakatan antara puskesmas dan PT. Askes

adalah sebuah modal untuk menerapkan aturan yang telah ada dengan mempertimbangkan hal-hal yang biasa dilakukan dalam bentuk kesepakatan-kesepakatan baik secara tertulis maupun tidak tertulis (Manlak Jamkesmas tahun 2008). Hal ini disebabkan oleh pelaksanaan kebijakan baik itu tertulis ataupun tidak tertulis yang diterapkan oleh kepala puskesmas sebagai penanggung jawab program Jamkesmas dapat dijadikan sebagai masukan atau keberhasilan puskesmas dalam melaksanakan fungsinya dengan mempertimbangkan hal-hal yang bisa merugikan puskesmas.

Berdasarkan konsep emik diperoleh proposisi dimensi proses yang menyatakan untuk administrasi kepesertaan, pengelolaan dana dan pelaksanaan kebijakan program telah sesuai dengan pedoman pelaksanaan Jamkesmas yang dikeluarkan oleh menteri kesehatan.

Output

Sasaran utama peserta Askeskin/Jamkesmas tentunya diperuntukkan untuk masyarakat yang tidak mampu yang tentunya membutuhkan pelayanan kesehatan dari tenaga kesehatan yang professional dimana lebih ditekankan pada promotif dan preventif tetapi tidak mengenyampingkan pengobatan terhadap penyakit yang diderita.

Hasil penelitian ini menunjukkan konsep emik yang menyatakan dalam pengurusan kartu Jamkesmas pengelola dan pelaksana program telah memfasilitasi masyarakat dengan baik dengan cara mengadakan kerja sama dengan aparat kelurahan dan aparat desa. Konsep emik ini sejalan dengan data etik yang menunjukkan bahwa pelayanan kesehatan diberikan secara komprehensif sesuai dengan kebutuhan medis peserta yang berbasis *Managed Care Concept* yaitu *jaminan pemeliharaan kesehatan kendali mutu dan biaya* (Manlak Jamkesmas tahun 2008). Hal ini disebabkan oleh keinginan pihak puskesmas memberikan pelayanan yang sebaik-baiknya sehingga pasien yang datang berkunjung ke puskesmas merasa puas akan pelayanan yang diberikan oleh petugas kesehatan.

Pencapaian program Jamkesmas sudah sesuai dengan indikator yang ditetapkan puskesmas. Walaupun penetapan jumlah masyarakat tidak sesuai dengan pengguna kartu Jamkesmas, namun hal ini dapat menjadi suatu

bahan pertimbangan dan masukan kepada pemerintah maupun BPS untuk lebih memperhatikan mana masyarakat yang betul-betul membutuhkan kartu Jamkesmas dan pelayanan kesehatan gratis dan mana masyarakat yang hanya memanfaatkan program kesehatan gratis (siapa yang berhak dan siapa yang tidak berhak).

Untuk mencapai tujuan tersebut diperlukan control dan kerjasama yang baik dari pihak kelurahan. Begitu pula yang dilaksanakan oleh PT. Askes (persero). Mengenai registrasi dan pendistribusian kartu Jamkesmas/Askeskin dan pengelolaan dana sudah sesuai indicator yang telah ada.

Berdasarkan konsep emik diperoleh proposisi dimensi output yang menyatakan untuk terlaksananya sasaran pelayanan jaminan kesehatan dan tercapainya cakupan pelayanan jaminan kesehatan telah sesuai dengan pedoman pelaksanaan Jamkesmas yang dikeluarkan oleh menteri kesehatan.

KESIMPULAN

Sumber Daya Manusia dilihat dari segi kualitas dalam hal ini tingkat pendidikan dan pengalaman kerja untuk program pelayanan Kesehatan Gratis baik tenaga pengelola maupun tenaga pelaksana di puskesmas Bontosunggu Kota dan Puskesmas Arungkeke masih sangat minim, sedangkan sasaran semua masyarakat miskin dan hampir miskin sudah tercover dalam pelayanan Jamkesmas adapun kemudian masyarakat yang belum mendapat kartu Jamkesmas tetap dapat menggunakan pelayanan kesehatan secara gratis dengan program Jamkesda yang ada di Kabupaten Jeneponto. Dan dana dapat disimpulkan bahwa adanya keterlambatan dan ketidaksesuaian dana yang diperoleh pada masing-masing puskesmas tidak sesuai dengan POA yang mereka ajukan, dan adanya banyak masyarakat yang tergolong mampu yang juga dapat memanfaatkan pelayanan Jamkesmas ini diakibatkan pendataan yang dilakukan kurang akurat. Serta kebijakan yang dikeluarkan pemerintah sudah sesuai dengan pedoman pelaksanaan Jamkesmas tahun 2008. Administrasi kepesertaan dalam hal ini alur yang dipergunakan sudah sesuai dengan ketentuan yang ada (tertuang dalam Manlak Jamkesmas 2008) dalam hal ini administrasi

kesehatan, penetapan dan penentuan sasaran yang tidak jelas menghambat proses registrasi dan penerbitana kartu Askeskin/ Jamkesmas. Sedangkan untuk pengeloaan dana terdapat ketidaksesuaian dana yang diperoleh pada masing-masing puskesmas dalam arti kata dana yang mereka terima tidak sesuai dengan POA yang mereka ajukan, adapun aktifitas pelayanan kesehatan yang diebrikan sudah sangat maksimal. Dan pelaksanaan kebijakan program telah disesuaikan dengan pedoman pelaksanaan Jamkesmas 2008 dengan ketentuan bahwa pasien yang datang berobat di Puskesmas dan tidak membawa kartu Jamkesmas diberi kesempatan untuk menunjukkan identitas miskin dalam waktu 2 x 24 jam hari kerja

Terlaksananya sasaran pelayanan Jaminan Kesehatan masyarakat yang diperuntukkan bagi

masyarakat miskin yang tidak mampu masih tidak sesuai ini diakibatkan karena masih banyak masyarakat yang menyalahgunakan kartu Jamkesmas yang seharusnya kartu Jamkesmas tersebut diperuntukkan untuk masyarakat miskin tetapi tetap ada masyarakat mampu yang mempergunakannya dan tercapainya cakupan pelayanan jaminan kesehatan di dua Puskesmas sudah dapat dikatakan berhasil ditunjukkan dengan pencapaian yang sudah sesuai dengan indikator. Disarankan agar pihak yang terkait utamanya Dinas Kesehatan kab. Jeneponto beserta seluruh staf didua Puskesmas lebih pro aktif dalam melakukan sosialisasi program Askeskin/Jamkesmas. Selain itu perlu penambahan SDM untuk pengelolaan dan pelaksanaan program Askeskin/Jamkesmas agar optimal.

DAFTAR PUSTAKA

1. Thabrany, Hasbullah, 2005., *Pendanaan Kesehatan dan Alternatif Mobilisasi Dana Kesehatan di Indonesia*, PT Rajagrafindo Persada, Jakarta.
2. Thabrany, Hasbullah, 2001., *Asuransi Kesehatan di Indonesia*, Edisi Pertama, Pusat Kajian Ekonomi Kesehatan, Jakarta.
3. Dinas Kesehatan Kab. Jeneponto. 2008. *Profil Kesehatan Kab. Jeneponto*
4. Razak Amran. 2008. *Kesehatan Gratis sebagai komoditi politik : Suatu tinjauan Prospektif Pembiayaan Kesehatan (Penerimaan Jabatan Guru Besar Tetap)*. Universitas Hasanuddin.
5. *Biro Keuangan Depkes*, 2001