



UNIVERSITAS INDONESIA

**SISTEM MONITORING DAN EVALUASI KINERJA PROGRAM
JAMINAN KESEHATAN MASYARAKAT (JAMKESMAS) BERBASIS
WEB DI PUSKESMAS DINAS KESEHATAN KABUPATEN CIREBON**

TESIS

NAMA : MEILA KUSHENDIATI

NPM : 0806443212

**FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
PROGRAM STUDI ILMU KESEHATAN MASYARAKAT
INFORMATIKA KESEHATAN
DEPOK
JULI 2010**



UNIVERSITAS INDONESIA

**SISTEM MONITORING DAN EVALUASI KINERJA PROGRAM
JAMINAN KESEHATAN MASYARAKAT (JAMKESMAS) BERBASIS
WEB DI PUSKESMAS DINAS KESEHATAN KABUPATEN CIREBON**

TESIS

Diajukan sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar
Magister Kesehatan Masyarakat

NAMA : MEILA KUSHENDIATI

NPM : 0806443212

**FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
PROGRAM STUDI ILMU KESEHATAN MASYARAKAT
INFORMATIKA KESEHATAN**

DEPOK

JULI 2010

SURAT PERNYATAAN TIDAK PLAGIAT

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Meila Kushendiati

NPM : 0806443212

Mahasiswa Program : S2 Ilmu Kesehatan Masyarakat (IKM)

Tahun Akademik : 2008/2010

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

“Sistem Monitoring dan Evaluasi Kinerja Program Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas) Berbasis Web di Puskesmas Dinas Kesehatan Kabupaten Cirebon”

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

Demikian surat pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya.

Depok, 13 Juli 2010



(Meila Kushendiati)

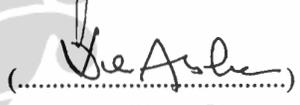
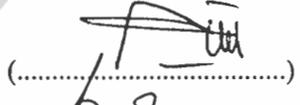
HALAMAN PENGESAHAN

Tesis ini diajukan oleh :

Nama : Meila Kushendiati
NPM : 0806443212
Program Studi : Ilmu Kesehatan Masyarakat
Peminatan : Informatika Kesehatan
Judul Tesis : Sistem Monitoring dan Evaluasi Kinerja Program Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas) Berbasis Web di Puskesmas Dinas Kesehatan Kabupaten Cirebon

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

DEWAN PENGUJI

1. ARTHA PRABAWA, SKM, S.KOM, M.Si  (.....)
2. BESRAL, SKM, M.Sc  (.....)
3. DIEN ANSHARI, S.Sos, M.Si  (.....)
4. DRG. DONI ARIANTO, MKM  (.....)
5. ENDANG SRI WIDYANINGSIH, SKM, M.Kes  (.....)

Ditetapkan di : Depok

Tanggal : 13 Juli 2010

HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

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

Nama : Meila Kushendiati

NPM : 0806443212

Tanda Tangan :



Tanggal : 13 Juli 2010

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan kepada Tuhan Yang Maha Esa atas rahmat dan hidayah-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan tesis yang berjudul “*Sistem Monitoring dan Evaluasi Kinerja Program Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas) di Puskesmas Dinas Kesehatan Kabupaten Cirebon*” ini.

Tesis ini disusun untuk memenuhi salah satu syarat dalam memperoleh gelar Magister Kesehatan Masyarakat di Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia Jurusan Informatika Kesehatan.

Dalam menyelesaikan perkuliahan dan penyusunan tesis ini penulis dibantu oleh banyak pihak. Oleh karena itu, penulis ingin menyampaikan penghargaan dan ucapan terima kasih kepada :

1. Bapak Artha Prabawa, S.Kom, SKM, M.Si selaku dosen pembimbing penulis, yang telah menyediakan waktu, tenaga dan pikiran untuk membimbing penulis dalam menyusun tesis ini.
2. Bapak Besral, SKM, M.Sc selaku dosen penguji dalam yang telah memberikan masukan dan arahan kepada penulis.
3. Bapak Dien Anshari, S.Sos, M.Si selaku dosen penguji dalam yang telah memberikan masukan dan arahan kepada penulis.
4. Bapak Drg. Doni Arianto, MKM selaku dosen penguji luar yang telah meluangkan waktu dan tenaga untuk memberikan masukan dan arahan kepada penulis.
5. Ibu Endang Sri Widyaningsih, SKM, M.Kes selaku dosen penguji luar yang telah meluangkan waktu dan tenaga untuk memberikan masukan dan arahan kepada penulis.
6. Ibu Hj. Rini R. Sechan, MARS selaku Dinas Kesehatan Kabupaten Cirebon yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk menganalisa pelaksanaan program Jamkesmas di Kabupaten Cirebon.

7. Dr. Hj. Triyani Judawinata, Bapak Mudiyono, Dr. Hj. Devistarina R. dan Bapak Deni Haripurwanto yang telah bersedia memberikan informasi mengenai pelaksanaan program Jamkesmas di Kabupaten Cirebon.
8. Keluargaku tersayang (Papa, Mama, Lia, Mas Farosa dan Raka). Terima kasih kasih atas kasih sayang, kesabaran dan dukungannya selama ini.
9. Mba Titien yang telah bersedia membantu penulis dalam mengumpulkan data program Jamkesmas di Kabupaten Cirebon.
10. Teman-teman seperjuangan di Informatika Kesehatan yaitu Pak Rano, Pak Daud, Mba Nurul dan Mas Eddy atas dukungan dan kerjasamanya.
11. Para sahabat yang telah bersedia mendengarkan suka dan duka penulis, yaitu Ijal, Fahri, Wawan, Ika, Babeth, Sisca, Lia dan Iva.
12. Semua pihak yang secara langsung maupun tidak langsung ikut membantu penulis dalam menyelesaikan skripsi ini.

Akhirnya, penulis berharap Tuhan Yang Maha Esa berkenan membalas segala kebaikan semua pihak yang telah membantu. Semoga tesis ini dapat memberikan manfaat bagi banyak pihak.

Segala usaha telah penulis lakukan dalam penyempurnaan tesis ini, namun penulis sadar bahwa tesis ini masih banyak kekurangannya. Oleh karena itu penulis sangat mengharapkan saran dan kritik yang sifatnya membangun dari pembaca.

Depok, 13 Juli 2010

Penulis

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

Sebagai sivitas akademik Universitas Indonesia, saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Meila Kushendiati
NPM : 0806443212
Peminatan : Informatika Kesehatan
Program Studi : Ilmu Kesehatan Masyarakat
Departemen : Biostatistik dan Informatika Kesehatan
Fakultas : Kesehatan Masyarakat

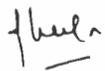
Demi pengembangan ilmu pengetahuan, menyetujui untuk memberikan kepada Universitas Indonesia **Hak Bebas Royalti Non-eksklusif (*Non-exclusive Royalty-Free Right*)** atas karya ilmiah saya yang berjudul :

**Sistem Monitoring dan Evaluasi Kinerja Program Jaminan
Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas) Berbasis Web di Puskesmas
Dinas Kesehatan Kabupaten Cirebon**

berserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan Hak Bebas Royalti Non-eksklusif ini Universitas Indonesia berhak menyimpan, mengalihmedia/formatkan, mengelola dalam bentuk pangkalan data (*database*), merawat, dan mempublikasikan tugas akhir saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis/pencipta dan sebagai pemilik Hak Cipta.

Demikian surat pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya.

Dibuat di : Depok
Pada tanggal : 13 Juli 2010
Yang menyatakan :



Meila Kushendiati

ABSTRAK

Nama : Meila Kushendiati
Program Studi : Ilmu Kesehatan Masyarakat
Peminatan : Informatika Kesehatan
Judul : Sistem Monitoring dan Evaluasi Kinerja Program Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas) Berbasis Web di Puskesmas Dinas Kesehatan Kabupaten Cirebon

Pada tahun 2008, atas pertimbangan pengendalian biaya kesehatan, peningkatan mutu, transparansi dan akuntabilitas dilakukan perubahan mekanisme pada program Asuransi Kesehatan Orang Miskin (Askeskin) dan diubah namanya menjadi Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas).

Dinas Kesehatan Kabupaten Cirebon telah melaksanakan mekanisme monitoring dan evaluasi pada program Jamkesmas di Puskesmas, walaupun terbatas pada pembuatan laporan bulanan program. Kadang kala Dinas Kesehatan Kabupaten terlambat memberikan laporan karena harus menginput dan merekap seluruh laporan Puskesmas yang sering kali terlambat diberikan.

Untuk mengukur kinerja program Jamkesmas di Puskesmas, Dinas Kesehatan Kabupaten Cirebon tidak menggunakan indikator keberhasilan yang telah ditetapkan oleh Departemen Kesehatan karena indikator tersebut lebih menekankan pada pelaksanaan program Jamkesmas di Rumah Sakit.

Sebagai solusi permasalahan yang ada di Dinas Kesehatan Kabupaten Cirebon, dikembangkan sistem monitoring dan evaluasi kinerja program Jamkesmas berbasis web di Puskesmas Dinas Kesehatan Kabupaten Cirebon. Sistem ini dapat menghasilkan informasi kinerja program Jamkesmas di Puskesmas berdasarkan indikator kunjungan dan pemeriksaan KIA yang ada pada Standar Pelayanan Minimum (SPM).

Untuk mengoptimalisasikan penggunaan sistem monitoring dan evaluasi kinerja program Jamkesmas berbasis web di Puskesmas, Dinas Kesehatan Kabupaten Cirebon diharapkan dapat melakukan sosialisasi manfaat dan tata cara penggunaan sistem kepada seluruh Puskesmas, serta melaksanakan pelatihan bagi petugas pencatatan dan pelaporan di Puskesmas dan Dinas Kesehatan mengenai teknik pengolahan data. Selain itu, diperlukan pula dukungan dana untuk pemeliharaan sistem tersebut.

Kata kunci :
Monitoring dan Evaluasi, Jamkesmas, Web

ABSTRACT

Name : Meila Kushendiati
Program Study : Public Health Sciences
Specialization : Health Information
Title : Web Based Monitoring and Evaluation Performance System of
Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas) Program in
Central Public Health at Cirebon District Health Department

In 2008, upon consideration of health care cost control, quality improvement, transparency and accountability changes made in mechanism of *Asuransi Kesehatan Orang Miskin (Askeskin)*, and changed its name to *Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas)*.

Cirebon District Health Department has carried out monitoring and evaluation mechanism in Jamkesmas program at Central Public Health, although it is limited in making monthly reports of the program. Sometimes, the Health Department late on providing the report because they have to input and merge all health centers reports that is often given too late.

To measure the performance of *Jamkesmas* program at Central Public Health, Cirebon District Health Department is not using the indicators that have been established by the Ministry of Health because the indicators are more emphasis on *Jamkesmas* program implementation at Hospital.

As the solution to existing problems in Cirebon District Health Department, we developed a web-based monitoring and evaluation performance system of *Jamkesmas* program in Central Public Health at Cirebon District Health Department. This system can yield information of *Jamkesmas* program performance based on indicators of visits and examination of child and mothers on *Standar Pelayanan Minimum (SPM)*.

To optimize the use of Web Based Monitoring and Evaluation Performance System of *Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas)* in Central Public Health, Cirebon District Health Department is expected to disseminate the benefits and using procedures of the system to all Central Public Health, as well as implementing training programs for recording and reporting officers in the Central Public Health and the Health Department about data processing techniques. Additionally, funding support is also necessary for the maintenance of the system.

Key words :
Monitoring and Evaluation, *Jamkesmas*, Web

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS	ii
HALAMAN PENGESAHAN	iii
KATA PENGANTAR	iv
HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI	vi
SURAT PERNYATAAN TIDAK PLAGIAT	vii
ABSTRAK	viii
DAFTAR ISI	x
DAFTAR TABEL	xiii
DAFTAR GAMBAR	xiv
DAFTAR LAMPIRAN	xvi
BAB 1 PENDAHULUAN	
1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Rumusan Masalah	7
1.3 Pertanyaan Penelitian	8
1.4 Tujuan	
1.4.1 Tujuan Umum.....	8
1.4.2 Tujuan Khusus	8
1.5 Ruang Lingkup Penelitian	9
1.6 Keterbatasan Penelitian	9
1.7 Manfaat Penelitian	
1.7.1 Bagi Dinas Kesehatan.....	9
1.7.2 Bagi Peneliti	9
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA	
2.1 Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas)	10
2.1.1 Kepesertaan Jamkesmas	10
2.1.2 Ruang Lingkup Program Jamkesmas ..	11
2.1.3 Pendanaan ..	13
2.1.4 Pencatatan ..	14
2.1.5 Pelaporan ..	14
2.1.6 Indikator Keberhasilan	15
2.1.7 Pemantauan dan Evaluasi ..	16
2.1.7.1 Ruang Lingkup Pemantauan dan Evaluasi.....	16
2.1.7.2 Mekanisme Pemantauan dan Evaluasi ..	16
2.2 Standar Pelayanan Minimal (SPM)	
2.2.1 Penertian SPM	17
2.2.2 Indikator SPM	17

2.3	Manajemen Proyek	21
2.3.1	Kinerja Proyek	21
2.3.2	Pengendalian Proyek	21
2.4	Logical Framework Approach	22
2.4.1	Logical Framework Matrix	22
2.5	Indikator	
2.5.1	Definisi Indikator	24
2.5.2	Persyaratan Indikator	25
2.5.3	Jenis Indikator	26
2.6	Monitoring dan Evaluasi	27
2.6.1	Monitoring	27
2.6.2	Evaluasi	28
2.6.3	Langkah-langkah Perencanaan Monitoring dan Evaluasi	29
2.7	Sistem Informasi.....	30
2.7.1	Sistem Informasi Berbasis Komputer	30
2.7.2	Sistem Management Database (DBMS)	31
2.8	Metode Pengembangan Sistem.....	32
2.8.1	Prototipe	35
2.9	Jaringan Komputer dan Internet	36
 BAB 3 KERANGKA KONSEP		
3.1	Kerangka Konsep	37
3.2	Kerangka Sistem.....	38
3.3	Definisi Operasional	38
 BAB 4 METODOLOGI PENELITIAN		
4.1	Metode Penelitian	43
4.2	Metode Pengumpulan Data	43
4.3	Metode Analisis Data	44
4.4	Tahapan Penelitian	44
4.5	Rencana Kerja	45
 BAB 5 HASIL		
5.1	Gambaran Umum Lokasi Penelitian	
5.1.1	Kabupaten Cirebon	47
5.1.2	Dinas Kesehatan Kabupaten Cirebon	
5.1.2.1	Visi dan Misi	50
5.1.2.2	Struktur Organisasi	51
5.2	Analisis Sistem Informasi Monitoring dan Evaluasi Kinerja Program Jamkesmas.....	52
5.2.1	Pengumpulan Informasi	52
5.2.2	Identifikasi Masalah	62

5.2.3	Peluang Pengembangan Sistem	64
5.2.4	Analisis Kebutuhan Sistem	66
5.3	Disain Sistem	
5.3.1	Diagram Arus Data (Data Flow Diagram)	70
5.3.2	Entity Relationship Diagram	74
5.3.3	Table Relationship Diagram	74
5.3.4	Algoritma Sistem Monitoring dan Evaluasi Kinerja Program Jamkesmas Berbasis Web di Puskesmas Dinas Kesehatan Kabupaten Cirebon	75
5.3.5	Kamus Data	77
5.3.6	Perancangan Interface	80
 BAB 6 PEMBAHASAN		
6.1	Pembahasan Analisa Sistem	89
6.1.1	Indikator Penilaian Kinerja Program Jamkesmas	89
6.1.2	Mekanisme dan Alur Pencatatan dan Pelaporan Program Jamkesmas	91
6.1.3	Monitoring dan Evaluasi Program Jamkesmas	92
6.2	Implementasi	93
6.3	Perbandingan Sistem	93
 BAB 7 KESIMPULAN DAN SARAN		
7.1	Kesimpulan	96
7.2	Saran	97
 DAFTAR PUSTAKA		98

DAFTAR TABEL

Tabel 3.1	Definisi Operasional	39
Tabel 4.1.	Jadwal Rencana Kerja	45
Tabel 5.1	Luas Wilayah, Jumlah Penduduk, Jumlah Rumah Tangga dan Kepadatan Penduduk per Kecamatan	49
Tabel 5.2	Deskripsi Sistem Berjalan	52
Tabel 5.3	Identifikasi Masalah	62
Tabel 5.4	Peluang Pengembangan Sistem	64
Tabel 5.5	Kebutuhan Sistem Monitoring dan Evaluasi Kinerja Program Jamkesmas Berbasis Web di Puskesmas Dinas Kesehatan Kabupaten Cirebon	66
Tabel 5.6	Tabel Puskesmas	78
Tabel 5.7	Tabel Kepesertaan	78
Tabel 5.8	Tabel Pelayanan	78
Tabel 5.9	Tabel Pendanaan	79
Tabel 5.10	Tabel Kode Penyakit	79
Tabel 5.11	Tabel Penyakit	79
Tabel 6.1	Indikator Penilaian Kinerja Program Jamkesmas	89
Tabel 6.2	Perbedaan Sistem Monitoring dan Evaluasi Kinerja Program Jamkesmas Berbasis Web di Puskesmas Dinas Kesehatan Kabupaten Cirebon	91

DAFTAR GAMBAR

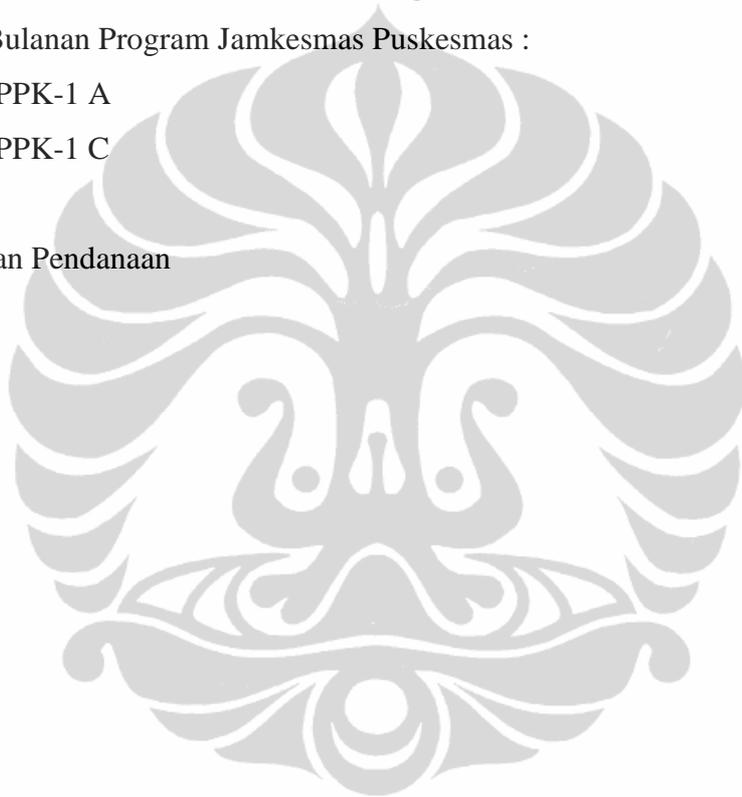
Gambar 1.1	Perkembangan Angka Kesakitan Kabupaten Cirebon Tahun 2006-2008	6
Gambar 2.1	Alur Registrasi dan Distribusi Kartu Peserta	11
Gambar 2.2	Matriks Logical Framework	24
Gambar 3.1	Kerangka Konsep.....	37
Gambar 3.2	Kerangka Sistem Monitoring dan Evaluasi Kinerja Program Jamkesmas Berbasis Web di Puskesmas Dinas Kesehatan Kabupaten Cirebon	38
Gambar 5.1	Peta Kabupaten Cirebon	47
Gambar 5.2	Diagram Nol Sistem Monitoring dan Evaluasi Kinerja Program Jamkesmas Berbasis Website di Puskesmas Dinas Kesehatan Kabupaten Cirebon	71
Gambar 5.3	Diagram Tingkat Satu Sistem Monitoring dan Evaluasi Kinerja Program Jamkesmas Berbasis Website di Puskesmas Dinas Kesehatan Kabupaten Cirebon	76
Gambar 5.4	Diagram Tingkat Dua Sistem Monitoring dan Evaluasi Kinerja Program Jamkesmas Berbasis Website di Puskesmas Dinas Kesehatan Kabupaten Cirebon	77
Gambar 5.5	Entity Relationship Diagram	74
Gambar 5.6	Table Relationship Diagram	75
Gambar 5.7	Algoritma Sistem Monitoring dan Evaluasi Kinerja Program Jamkesmas Berbasis Web di Puskesmas Dinas Kesehatan Kabupaten Cirebon (Pengguna: Puskesmas)	76
Gambar 5.8	Algoritma Sistem Monitoring dan Evaluasi Kinerja Program Jamkesmas Berbasis Web di Puskesmas Dinas Kesehatan Kabupaten Cirebon (Pengguna: Dinas Kesehatan)	77
Gambar 5.9	Login	80
Gambar 5.10	Input Data Kepesertaan	81

Gambar 5.11	Input Data Pelayanan	81
Gambar 5.12	Input Data Pendanaan	82
Gambar 5.13	Input Data Penyakit	82
Gambar 5.14	Input Pemilihan Data Puskesmas	83
Gambar 5.15	Rekap Data Kepesertaan	83
Gambar 5.16	Rekap Data Pelayanan Umum	84
Gambar 5.17	Rekap Data Pelayanan Maternal dan Neonatal	84
Gambar 5.18	Rekap Data Pendanaan	85
Gambar 5.19	Rekap Data Penyakit	85
Gambar 5.20	Grafik Cakupan Kepemilikan Kartu	86
Gambar 5.21	Grafik Cakupan Rawat Jalan Tingkat Pertama	86
Gambar 5.22	Grafik Cakupan Inap Jalan Tingkat Pertama	87
Gambar 5.23	Grafik Cakupan Pelayanan K4	87
Gambar 5.24	Grafik Perbandingan Anggaran dan Pengeluaran	88



DAFTAR LAMPIRAN

1. Pedoman Wawancara :
 - a. Kuesioner 1 (Tim Pengelola Program Jamkesmas Puskesmas/Jaringannya)
 - b. Kuesioner 2 (Tim Pengelola Program Jamkesmas Dinas Kesehatan)
 - c. Kuesioner 3 (Kepala Bidang Pelayanan Kesehatan dan Farmasi)
2. Pedoman Observasi Infrastruktur Teknologi Informasi dan Sumber Daya
3. Laporan Bulanan Program Jamkesmas Puskesmas :
 - a. Form PPK-1 A
 - b. Form PPK-1 C
 - c. LB 1
 - d. Laporan Pendanaan



BAB 1 PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Kemiskinan dan kesehatan merupakan permasalahan masyarakat yang terkait satu sama lain. Kemiskinan menyebabkan masyarakat miskin tidak memiliki akses terhadap pendidikan sehingga pengetahuan yang dimiliki masyarakat miskin sangat terbatas. Dengan pengetahuan yang terbatas, masyarakat miskin tidak mampu berperilaku sehat dan menciptakan lingkungan bersih. Tanpa perilaku sehat dan lingkungan yang bersih, tentunya masyarakat miskin akan rentan terhadap berbagai penyakit. Oleh karena itu, masyarakat miskin sangat membutuhkan akses terhadap pelayanan kesehatan.

Walaupun sangat membutuhkan, akses masyarakat miskin terhadap pelayanan kesehatan sangatlah terbatas. Hal ini dipengaruhi oleh berbagai faktor antara lain tidak adanya kemampuan ekonomi untuk membeli pelayanan kesehatan. Ruby (2009) mengatakan bahwa seperempat rumah tangga di Indonesia tidak mampu mendanai kebutuhan kesehatan dari dana yang tersedia dari rumah tangga tersebut. Sebagian besar rumah tangga (63%) yang mengeluh sakit, tidak menggunakan fasilitas apapun atau tidak berobat karena ketiadaan dana untuk berobat, tidak ingin menjual harta atau meminjam dari orang lain.

Untuk membantu masyarakat miskin mendapatkan akses pelayanan kesehatan berkualitas dalam situasi kritis, pada tahun 1998 Indonesia melaksanakan Program Jaring Pengaman Sosial Bidang Kesehatan (JPSBK) (Kosen, 2009).

Data BPS tahun 2004 menunjukkan bahwa dari 16,7% masyarakat tergolong miskin, hanya 8,6% yang berhasil dicakup oleh Program JPSBK. Data Susenas pada tahun yang sama menunjukkan bahwa 13,6% dari 20% penduduk miskin dicakup oleh program dan hanya 3,8% yang menggunakan program JPSBK ketika membutuhkan rawat jalan dan 41,1% menggunakannya ketika mereka memerlukan rawat inap (Kosen, 2009).

Pada akhir tahun 2004 hingga akhir tahun 2007, Departemen Kesehatan menugaskan PT Askes Indonesia untuk mengelola program pemeliharaan kesehatan masyarakat miskin dan kemudian diberi nama Asuransi Kesehatan Orang Miskin (Askeskin) (Kosen, 2009).

Dalam pelaksanaannya, program Askeskin juga mengalami kendala. Dari total anggaran tahun 2005 sebesar Rp. 2,32 triliun, terdapat sisa anggaran sebesar Rp. 1,112 triliun pada akhir tahun 2005 (Laporan PT Askes Indonesia, 2009). Sisa anggaran ini disebabkan karena :

1. Adanya sisa dana Program Kompensasi Pengalihan Subsidi Bahan Bakar Minyak (PKPS BBM) Bidang Kesehatan 2004 di Rumah Sakit dan Puskesmas. PT Askes dan Departemen Kesehatan membayar fasilitas kesehatan (Puskesmas, Rumah Sakit dan fasilitas lainnya) jika dana PKPS BBM sebelumnya sudah habis
2. Rendahnya sosialisasi
3. Pendataan peserta yang belum memadai (Ruby, 2009).

Atas pertimbangan pengendalian biaya kesehatan, peningkatan mutu, transparansi dan akuntabilitas dilakukan perubahan mekanisme pada tahun 2008. Perubahan mekanisme yang mendasar adalah :

1. Adanya pemisahan peran pembayar dengan verifikator melalui penyaluran dana langsung ke pemberi pelayanan kesehatan dari Kas Negara
2. Penggunaan tarif paket Jamkesmas di rumah sakit
3. Penempatan pelaksana verifikasi di setiap rumah sakit
4. Pembentukan tim pengelola dan tim koordinasi di tingkat Pusat, Propinsi dan Kabupaten/Kota
5. Penugasan PT Askes (Persero) dalam manajemen kepersertaan (Depkes, 2008).

Agar tidak terjadi kekeliruan dan kesalahpahaman dalam penjaminan masyarakat miskin yang meliputi sangat miskin, miskin dan mendekati miskin, maka mekanisme ini diberi nama dengan Jaminan Kesehatan Masyarakat atau Jamkesmas (Depkes, 2008).

Jumlah sasaran peserta program Jamkesmas tahun 2008 adalah sebesar 19,1 juta rumah tangga miskin atau sekitar 76,4 juta jiwa. Setiap peserta Jamkesmas mempunyai hak untuk mendapatkan pelayanan kesehatan dasar meliputi pelayanan kesehatan rawat jalan dan rawat inap, pelayanan kesehatan rujukan rawat jalan tingkat lanjutan, rawat inap tingkat lanjutan dan pelayanan gawat darurat (Depkes, 2008).

Dana program Jamkesmas di Puskesmas dan jaringannya bersumber dari DIPA Sekretariat Ditjen Bina kesehatan Masyarakat. Alokasi dana tiap Kabupaten/Kota dihitung berdasarkan jumlah masyarakat miskin dan tidak mampu yang ditetapkan oleh Menteri Kesehatan (Depkes, 2008).

Walaupun telah mengalami perubahan, pelaksanaan program Jamkesmas masih mengalami beberapa kendala. Penelitian yang dilakukan oleh Indonesia Corruption Watch (ICW) pada 868 peserta Jamkesmas yang terdaftar di PT. Askes (Persero) di Bogor, Depok, Tangerang dan Bekasi menunjukkan bahwa :

1. Data peserta Jamkesmas masih belum akurat

Dari 868 peserta Jamkesmas yang diteliti, 12,4% tidak memiliki kartu, 3% telah meninggal dunia, 3,1% pindah alamat, 9,9% nama tidak dikenal dan 22,1% tidak dapat diverifikasi.

Di Kota Cirebon, dalam pelaksanaan kepesertaan Walikota menetapkan Surat Keputusan (SK) yang akan menjadi dasar terdaftarnya masyarakat miskin. Sebelum terbit SK tersebut, Walikota dengan bantuan Kelurahan terlebih dahulu mensensus masyarakat untuk menentukan kriteria miskin di wilayahnya masing sehingga setiap Kelurahan di Cirebon memiliki kriteria miskin yang berbeda-beda (Prabawa, 2008).

Kesalahan target dapat terjadi karena yang melakukan sensus adalah warga sendiri, sehingga kemungkinan terjadinya nepotisme atau mendahulukan keluarga/kerabat mereka untuk menjadi peserta Jamkesmas selalu ada (Prabawa, 2008).

2. Sosialisasi program Jamkesmas masih terbatas

Hal ini terlihat dengan adanya responden yang tidak mengetahui apa itu Jamkesmas (25,8%) dan tidak tahu manfaat dari kartu Jamkesmas (80%).

3. Ada pungutan biaya dalam mendapatkan kartu Jamkesmas

Untuk mendapat kartu, 7,5% responden diminta untuk membayar sebesar Rp. 10.000,- (sepuluh ribu rupiah).

4. Terdapat peserta yang tidak menggunakan kartu Jamkesmas ketika berobat

Dari 868 peserta Jamkesmas yang diteliti, 23% tidak menggunakan kartu ketika berobat.

Di Kota Cirebon, pelayanan kepada pasien Jamkesmas menjadi terhambat karena banyak pasien yang kartu sehatnya hilang atau tidak memiliki kartu sehat. Hal ini menyebabkan bidan praktek swasta tidak bisa mengklaim dana yang telah dikeluarkannya kepada Puskesmas (Prabawa, 2008).

5. Masih ada peserta Jamkesmas yang dikenai biaya

Biaya pemeriksaan seorang peserta Jamkesmas dapat mencapai Rp. 627 Ribu, biaya berobat Rp. 391 Ribu, biaya pendaftaran Rp. 172 Ribu dan biaya lainnya Rp. 184 Ribu.

6. Kualitas pelayanan pasien Jamkesmas kurang memuaskan, terlihat dari adanya antrian panjang pendaftaran, sempitnya ruang tunggu, rumitnya administrasi dan lamanya seorang pasien Jamkesmas menunggu dokter (Hendri, 2009).

Monitoring dan evaluasi merupakan alat manajemen yang sangat penting untuk melihat sejauh mana perkembangan yang sudah dilakukan dan untuk memfasilitasi pembuatan keputusan. Dengan melakukan pemeriksaan pekerjaan yang sudah dilakukan, suatu organisasi dapat mendisain program dan kegiatan yang efektif, efisien dan bermanfaat bagi masyarakat (Sera, 2007).

Monitoring dan evaluasi program Jamkesmas dilaksanakan agar pelaksanaan program berjalan secara efektif dan efisien sesuai dengan

prinsip-prinsip kendali mutu dan kendali biaya. Monitoring dilakukan untuk mendapatkan gambaran tentang kesesuaian antara rencana dengan pelaksanaan program Jamkesmas, sedangkan evaluasi dilakukan untuk melihat pencapaian program. Monitoring merupakan bagian program yang dilaksanakan oleh Dinas Kesehatan Propinsi dan Kabupaten/Kota (Depkes, 2008).

Saat ini monitoring dan evaluasi program Jamkesmas dilakukan secara berkala, baik bulanan, triwulan, semester maupun tahunan, melalui :

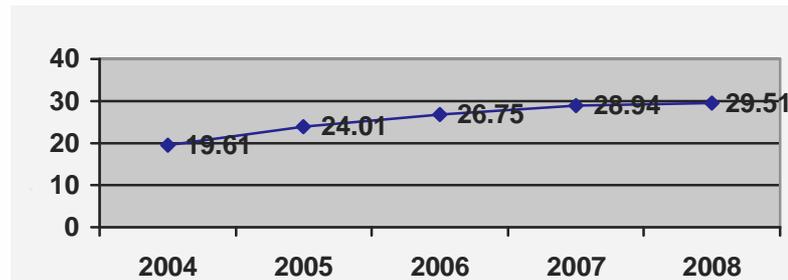
1. Pertemuan dan koordinasi
2. Pengelola pelaporan program (pengolahan dan analisis)
3. Kunjungan lapangan dan supervisi
4. Penelitian langsung (survei/kajian) (Depkes, 2008).

Ruang lingkup monitoring dan evaluasi antara lain :

- a. Pendataan masyarakat miskin meliputi data base kepesertaan, kepemilikan kartu Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas), dokumentasi dan penanganan keluhan.
- b. Pelaksanaan pelayanan kesehatan meliputi jumlah kunjungan masyarakat miskin ke Puskesmas dan Rumah Sakit, jumlah kasus rujukan, pola penyakit rawat jalan dan rawat inap.
- c. Pelaksanaan penyaluran dana meliputi pencairan dana ke Puskesmas, verifikasi klaim tagihan dan pencairan dana ke Rumah Sakit, pertanggungjawaban keuangan (Depkes, 2008).

Tahun 2008, jumlah penduduk miskin di Jawa Barat yang mendapatkan Jamkesmas adalah 122.296 jiwa. Jumlah ini sebagian besar terdapat di Kabupaten Cirebon yaitu 46.309 jiwa (Ririn, N.F., 2007).

Dengan kuota peserta terbesar, pelaksanaan Jamkesmas di Kabupaten Cirebon dinilai kurang efektif. Dari anggaran Jamkesmas yang telah ditetapkan pada tahun 2008 sebesar Rp. 2,3 Miliar, baru Rp. 600 Juta yang terserap hingga penghujung tahun 2008 (Habiba, 2007). Padahal jika dilihat dari Angka Kesakitan berdasarkan Survei Sosial Ekonomi Daerah, Angka Kesakitan di Kabupaten Cirebon dari tahun 2006 hingga 2008 terus meningkat (Dinkes Kab. Cirebon, 2009).



Gambar 1.1
Perkembangan Angka Kesakitan Kabupaten
Cirebon Tahun 2006-2008

Sumber : *Situasi SDM Kabupaten Cirebon 2008, Bapeda dalam Profil Kesehatan Kabupaten Cirebon Tahun 2009*

Sebagai patokan dalam menilai keberhasilan dan pencapaian dari pelaksanaan penyelenggaraan program Jamkesmas secara nasional, Departemen Kesehatan menetapkan indikator berdasarkan mekanisme input, proses dan output (Depkes, 2008). Beberapa indikator output yang ditetapkan, seperti pelaporan yang tepat waktu serta peningkatan transparansi dan akuntabilitas belum terjabarkan dengan jelas dan tidak terukur.

Dinas Kesehatan Kabupaten Cirebon telah melaksanakan mekanisme monitoring dan evaluasi program Jamkesmas. Mekanisme monitoring dan evaluasi yang dilaksanakan terbatas pada pembuatan laporan bulanan program, yaitu Kab I-A1 hingga Kab I-C. Laporan Kab I-A1 hingga Kab I-C hanya disajikan dalam bentuk matriks yang berisi angka-angka yang kurang informatif. Kabupaten Cirebon tidak melakukan analisa pada angka-angka tersebut sehingga tidak ada informasi yang dapat menggambarkan pencapaian kinerja program Jamkesmas khususnya pencapaian hasil.

Sumber data program Jamkesmas di Dinas Kesehatan Kabupaten Cirebon berasal dari Puskesmas. Setiap bulan sebelum tanggal 10 Puskesmas harus memberikan laporan PPK-I A, LB 1, PPK-I C dan laporan pendanaan. Walau demikian, kadang kala Puskesmas terlambat memberikan laporan sehingga Dinas Kesehatan Kabupaten terlambat menginput dan

rekapitulasi data serta memberikan laporan kepada Dinas Kesehatan Propinsi dan Departemen Kesehatan.

Aplikasi yang berjalan atau berbasis internet disebut dengan *Web Application* atau aplikasi berbasis internet. *Web Application* memungkinkan dilakukannya penyimpanan data secara langsung ke basis data untuk kemudian dianalisis dan dibuat laporannya (Sampurna, 2003). Dengan *Web Application*, Puskesmas dapat langsung menginput dan menyimpan laporan ke basis data program Jamkesmas di Dinas Kesehatan Kabupaten sehingga Dinas Kesehatan Kabupaten dapat langsung mengakses dan menganalisis laporan tersebut pada waktu yang bersamaan.

Berdasarkan hal tersebut di atas, penulis memandang perlu dikembangkan sistem monitoring dan evaluasi kinerja program Jamkesmas berbasis web di Puskesmas Dinas Kesehatan Kabupaten Cirebon yang dapat menghasilkan informasi pelaksanaan program yang cepat dan akurat sebagai dasar pengambilan keputusan.

1.2 Rumusan Masalah

Saat ini, program Jamkesmas di Dinas Kesehatan Kabupaten Cirebon tidak memiliki indikator keberhasilan yang dapat menggambarkan pencapaian kinerja program sehingga tidak dapat dilakukan monitoring dan evaluasi khususnya pada hasil pelaksanaan program.

Setiap bulan terdapat Puskesmas yang terlambat memberikan laporan sehingga Dinas Kesehatan Kabupaten terlambat menginput dan rekapitulasi data serta memberikan laporan kepada Dinas Kesehatan Propinsi dan Departemen Kesehatan.

Berdasarkan hal tersebut, perlu dikembangkan sistem monitoring dan evaluasi kinerja program Jamkesmas berbasis web di Puskesmas Dinas Kesehatan Kabupaten Cirebon yang dapat menghasilkan informasi yang cepat dan akurat sebagai dasar pengambilan keputusan.

1.3 Pertanyaan Penelitian

1. Sistem monitoring dan evaluasi apa yang dapat menilai kinerja program Jamkesmas di Puskesmas secara cepat dan akurat serta menghasilkan informasi yang dapat digunakan sebagai dasar pengambilan keputusan?
2. Indikator kinerja apa saja yang diperlukan untuk memonitor dan mengevaluasi kinerja program Jamkesmas di Puskesmas?
3. Apakah data yang diperlukan untuk membangun sistem monitoring dan evaluasi kinerja program tersebut?
4. Bagaimana sistem program Jamkesmas yang sedang berjalan di Puskesmas? Apa saja masalah dan hambatan yang terjadi?
5. Bagaimana rancangan sistem monitoring dan evaluasi kinerja program Jamkesmas berbasis web di Puskesmas Dinas Kesehatan Kabupaten Cirebon?

1.4 Tujuan

1.4.1 Tujuan Umum :

Tersedianya prototipe sistem monitoring dan evaluasi kinerja program Jamkesmas berbasis web di Puskesmas Dinas Kesehatan Kabupaten Cirebon yang aplikatif dan mudah digunakan sehingga didapatkan informasi yang cepat dan akurat mengenai kinerja program Jamkesmas yang dapat digunakan sebagai dasar pengambilan keputusan.

1.4.2 Tujuan Khusus

1. Menetapkan indikator kinerja yang didapat memonitor dan mengevaluasi kinerja program Jamkesmas di Puskesmas.
2. Mengumpulkan data yang diperlukan untuk membangun sistem monitoring dan evaluasi kinerja program Jamkesmas di Puskesmas.
3. Mendeskripsikan sistem program Jamkesmas yang sedang berjalan di Puskesmas dan hambatan yang terjadi pada pelaksanaan sistem tersebut.
4. Melakukan perancangan sistem monitoring dan evaluasi kinerja program Jamkesmas di Puskesmas Dinas Kesehatan Kabupaten Cirebon.

1.5 Ruang Lingkup

Penelitian dilakukan untuk membangun sistem monitoring dan evaluasi kinerja program Jamkesmas berbasis web di Puskesmas yang dapat menggambarkan pelaksanaan program Jamkesmas secara menyeluruh.

Pengembangan sistem ini dilaksanakan di Dinas Kesehatan Kabupaten Cirebon sejak April 2010 hingga Mei 2010. Sistem dibuat berdasarkan data-data program Jamkesmas yang diperoleh melalui wawancara mendalam terhadap penanggungjawab dan pengelola program di Puskesmas dan Dinas Kesehatan Kabupaten Cirebon serta observasi secara langsung terhadap infrastruktur dan sumber daya manusia.

1.6 Keterbatasan Penelitian

Oleh karena keterbatasan waktu dan sumber daya maka penelitian ini terbatas pada sistem monitoring dan evaluasi kinerja program Jamkesmas di Puskesmas, khususnya hasil pelaksanaan program.

1.7 Manfaat Penelitian

1.7.1 Manfaat Praktis

1. Dinas Kesehatan Kabupaten memiliki indikator keberhasilan yang dapat mengukur kinerja program Jamkesmas di Puskesmas.
2. Prototipe membantu Dinas Kesehatan dalam mengukur kinerja program Jamkesmas di Puskesmas.
3. Puskesmas dapat memberikan laporan pelaksanaan program Jamkesmas tepat waktu kepada Dinas Kesehatan Kabupaten.

1.7.2 Manfaat Akademis

1. Memberikan wawasan mengenai pelaksanaan program Jamkesmas khususnya di Puskesmas.
2. Menambah pengetahuan mengenai tata cara monitoring dan evaluasi program kesehatan.
3. Memberikan peluang pengembangan sistem monitoring dan evaluasi kinerja program Jamkesmas secara menyeluruh di Indonesia.

BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas)

Undang-undang Dasar 1945 yang telah disempurnakan mengamanatkan bahwa setiap penduduk, termasuk masyarakat miskin, berhak memperoleh pelayanan kesehatan (Kosen, 2009).

Untuk menjamin akses penduduk miskin terhadap pelayanan kesehatan sejak tahun 1998 pemerintah Indonesia melaksanakan berbagai upaya pemeliharaan kesehatan masyarakat miskin. Pada tahun 2005, pemeliharaan kesehatan bagi masyarakat miskin diselenggarakan dalam mekanisme asuransi kesehatan yang dikenal dengan Program Jaminan Pemeliharaan Kesehatan bagi Masyarakat Miskin atau Askeskin (Depkes, 2008).

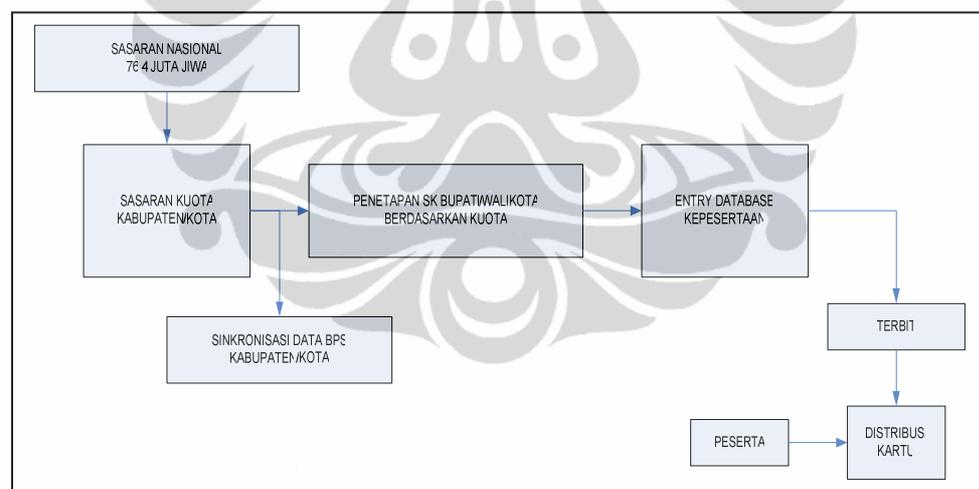
Untuk tahun 2008, program jaminan kesehatan penduduk miskin dan kurang mampu diberi nama Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas) (Thabrany, 2009). Program ini diselenggarakan oleh Departemen Kesehatan melalui penugasan kepada PT Askes (Persero) berdasarkan SK Nomor 1241/Menkes /SK/XI/2004, tentang penugasan PT Askes (Persero) dalam pengelolaan program pemeliharaan kesehatan bagi masyarakat miskin (Depkes, 2008).

2.1.1 Kepesertaan Jamkesmas

Bupati/Walikota menetapkan peserta Jamkesmas Kabupaten/Kota dalam satuan jiwa berisi nomor, nama dan alamat peserta dalam bentuk Keputusan Bupati/Walikota (SK) berdasarkan kuota yang telah ditetapkan oleh Badan Pusat Statistik (BPS). Apabila jumlah peserta Jamkesmas yang ditetapkan Bupati/Walikota melebihi dari jumlah kuota yang telah ditentukan, maka menjadi tanggung jawab Pemerintah Daerah setempat (Depkes, 2008).

Kabupaten/Kota yang telah menetapkan peserta Jamkesmas, lengkap dengan nama dan alamat peserta serta jumlah peserta Jamkesmas yang sesuai dengan kuota, segera mengirim daftar tersebut dalam bentuk dokumen elektronik (*soft copy*) dan dokumen cetak (*hard copy*) kepada PT Askes, Rumah Sakit setempat, Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota, Dinas Kesehatan Propinsi dan Departemen Kesehatan RI (Depkes, 2008).

Kartu peserta lama atau Surat Keterangan Tidak Mampu (SKTM) masih berlaku selama kartu Jamkesmas belum selesai didistribusikan, sepanjang yang bersangkutan ada dalam daftar masyarakat miskin yang ditetapkan oleh Bupati/Walikota. Setelah peserta menerima kartu baru maka kartu lama yang diterbitkan sebelum tahun 2008, dinyatakan tidak berlaku lagi meskipun tidak dilakukan penarikan kartu dari peserta. Apabila masih terdapat miskin yang berobat tetapi tidak masuk dalam keputusan Bupati/Walikota menjadi tanggung jawab Pemerintah Daerah (Depkes, 2008).



Gambar 2.1

Alur Registrasi dan Distribusi Kartu Peserta

2.1.2 Ruang Lingkup Program Jamkesmas

Ruang lingkup program Jamkesmas di Puskesmas dan jaringannya adalah :

- a. Pelayanan rawat jalan tingkat primer
Rawat jalan tingkat primer yang dimaksud adalah pelayanan kesehatan yang diberikan oleh Puskesmas dan jaringannya termasuk UKBM (Poskesdes, Posyandu, Pos UKK, dan lain-lain) di wilayah tersebut.
- b. Pelayanan kesehatan rawat inap tingkat primer
Pada kondisi pasien rawat jalan perlu dilakukan perawatan maka sebagai alternatif untuk perawatan lanjutan adalah dilakukan rawat inap di Puskesmas perawatan sesuai dengan kemampuan perawatan lanjutan atau harus dilakukan rujukan ke rumah sakit yang memberikan pelayanan program Jamkesmas.
- c. Pelayanan pertolongan persalinan
Pelayanan pertolongan persalinan dapat dilakukan di Puskesmas dan jaringannya termasuk Poskesdes/Polindes. Bidan praktek hanya memberikan pertolongan persalinan normal, kecuali Puskesmas dengan fasilitas Poned dapat melakukan pertolongan dengan penyulit per vaginam sesuai dengan kompetensinya.
- d. Pelayanan spesialistik
Apabila Puskesmas memiliki fasilitas pelayanan spesialistik baik berupa pelayanan dokter spesialis (rawat jalan, rawat inap, tindakan operatif) maupun pelayanan penunjang spesialistik (laboratorium, radiologi, dll) maka kegiatan tersebut dapat menjadi bagian kegiatan program Jamkesmas di Puskesmas dan jaringannya.
- e. Pelayanan rujukan
Rujukan pelayanan kesehatan dapat berasal dari Poskesdes, Pustu ke Puskesmas, atau antar Puskesmas dan dari Puskesmas ke Rumah Sakit atau sarana penunjang medis lainnya. Pelaksanaan rujukan harus didasarkan pada indikasi medis.
- f. Upaya kesehatan yang bersifat sekunder, yaitu upaya yang mendukung operasional kegiatan (Depkes, 2008).

2.1.3 Pendanaan

Dana program Jamkesmas di Puskesmas dan jaringannya bersumber dari DIPA Sekretariat Direktorat Jenderal Bina Kesehatan Masyarakat (Depkes, 2008).

Alokasi dana setiap Puskesmas ditetapkan berdasarkan SK Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota setelah mendapatkan ketetapan oleh Keputusan Menteri Kesehatan tentang alokasi dana per Kabupaten/Kota (Depkes, 2008).

Alokasi dana tiap Kabupaten/Kota dihitung berdasarkan jumlah masyarakat miskin dan tidak mampu yang ditetapkan oleh Menteri Kesehatan (kuota) dikalikan dengan Rp. 1.000,- dikalikan dengan 12 bulan. Dana tersebut disalurkan ke rekening Puskesmas melalui PT. Pos Indonesia (Persero) (Depkes, 2008).

Untuk mencairkan dana yang dikirimkan, Puskesmas harus membuat Plan of Action (POA) kegiatan dan pembiayaan yang telah disepakati dalam lokakarya setiap bulan atau tribulan sesuai dengan kondisi setempat yang dihadiri oleh tim pengelola Jamkesmas Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota. Berdasarkan POA tersebut Puskesmas mengusulkan pencairan dana sebagai uang muka kegiatan (POA bulan pertama) kepada Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota (Depkes, 2008).

Pencairan dana berikutnya dapat dilakukan dengan tetap membuat POA hasil mini lokakarya termasuk membuat laporan pemanfaatan dana sebelumnya dan laporan hasil kegiatan. Laporan diberikan secara periodik bulanan/tribulan sesuai kondisi setempat. Laporan-laporan tersebut akan diverifikasi oleh tim pengelola Jamkesmas Dinas Kesehatan Kabupaten Kota (Depkes, 2008).

Apabila kebutuhan dana untuk kegiatan sebelumnya mengalami kekurangan maka Puskesmas dapat mengajukan pengambilan dana tambahan dengan meminta persetujuan kepada Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota (Depkes, 2008).

Dana yang diterima oleh Puskesmas dapat dimanfaatkan sesuai dengan alokasi biaya setiap kegiatan yang ditetapkan, yaitu :

- a. Pembayaran retribusi
- b. Operasional pelayanan kesehatan
- c. Pelayanan rawat inap
- d. Pertolongan persalinan
- e. Pelayanan spesialis
- f. Transportasi rujukan (Depkes, 2008).

2.1.4 Pencatatan

Hasil kegiatan pelayanan program Jamkesmas yang dilaksanakan oleh Puskesmas dan jaringannya atau Rumah Sakit dicatat pada register pencatatan yang ada di Puskesmas atau Rumah Sakit dan diberikan tanda khusus. Apabila register tidak ada maka dicatat pada buku register tambahan untuk membedakan hasil kegiatan pelayanan kesehatan lainnya di Puskesmas atau Rumah Sakit (Depkes, 2008).

Pencatatan Jamkesmas merekam hasil kegiatan yang dilaksanakan oleh Puskesmas dan jaringannya atau Rumah Sakit baik berupa kegiatan dalam gedung maupun luar gedung, termasuk pelayanan yang diberikan sarana lainnya yang pembayarannya diklaim ke Puskesmas atau Rumah Sakit (Depkes, 2008).

2.1.5 Pelaporan

Puskesmas dan Rumah Sakit yang ikut serta pada Program Jamkesmas mengirimkan laporan ke Tim Pengelola Jamkesmas Kabupaten/Kota untuk direkap (diolah dan dianalisis) dan selanjutnya dikirim ke Tim Pengelola Jamkesmas Propinsi untuk direkap dan dilaporkan setiap bulan ke Tim Pengelola Jamkesmas Pusat.

Tim Pengelola Jamkesmas Kabupaten/Kota membuat dan mengirimkan umpan balik (*feedback*) pelaporan ke Puskesmas dan Rumah Sakit. Tim Pengelola Jamkesmas Propinsi membuat dan mengirimkan umpan balik ke Tim Pengelola Jamkesmas Kabupaten/Kota. Tim Pengelola Jamkesmas Pusat membuat dan mengirimkan umpan balik ke Tim Pengelola Jamkesmas Propinsi.

PT Askes (Persero) melakukan pelaporan seluruh kegiatan yang menjadi tugasnya kepada Tim Pengelola Jamkesmas Kabupaten/Kota/Propinsi dan Pusat.

Keseluruhan laporan dari Kabupaten/Kota/Propinsi yang berasal dari para pihak terkait dalam pengelolaan Jamkesmas ini termasuk keluhan dari berbagai sumber dilakukan secara berjenjang sesuai tugas dan fungsinya (Depkes, 2008).

2.1.6 Indikator Keberhasilan

Sebagai patokan dalam menilai keberhasilan dan pencapaian dari pelaksanaan penyelenggaraan program Jamkesmas secara nasional, diukur dengan indikator-indikator sebagai berikut :

1. Indikator Input

- a. Adanya Tim Koordinasi Jamkesmas di tingkat Pusat/Propinsi/Kabupaten/Kota
- b. Adanya Tim Pengelola Jamkesmas di tingkat Pusat/Propinsi/Kabupaten/Kota
- c. Adanya Pelaksana Verifikasi di semua rumah sakit
- d. Tersedianya anggaran untuk manajemen operasional
- e. Tersedianya APBD untuk masyarakat miskin di luar JAMKESMAS

2. Indikator Proses

- a. Adanya database kepesertaan 100% di Kabupaten/Kota
- b. Tercapainya distribusi Kartu Peserta Jamkesmas 100%
- c. Pelaksanaan Tarif Paket Jamkesmas di rumah sakit (INA-DRG)
- d. Penyampaian klaim yang tepat waktu
- e. Pelaporan yang tepat waktu

3. Indikator Output

- a. Peningkatan cakupan kepesertaan dengan indikator :
 - 1) 100% Kabupaten/Kota mempunyai database kepesertaan
 - 2) Cakupan pemilikan kartu 100%
- b. Peningkatan cakupan dan mutu pelayanan dengan indikator :

- 1) Kewajaran tingkat Rawat Jalan Tingkat Pertama (RJTP) dan Rawat Inap Tingkat Pertama (RITP)
 - 2) Kewajaran tingkat rujukan dari PPK I ke PPK II/III
 - 3) Kewajaran Kunjungan Rawat Jalan Tingkat Lanjut (RJTL)
 - 4) Kewajaran Kunjungan Rawat Inap Tingkat Lanjut (RITL)
 - 5) Ketepatan mekanisme pembayaran dengan penggunaan Tarif Paket Jamkesmas di rumah sakit (INA-DRG)
- c. Kecepatan pembayaran klaim dan minimalisasi penyimpanan dengan indikator :
- 1) Klaim diajukan setiap hari Jum'at
 - 2) Pembayaran klaim selambat-lambatnya 7 hari setelah tanggal berita acara Verifikasi di Departemen Kesehatan
 - 3) Peningkatan transparansi dan akuntabilitas

2.1.7 Pemantauan dan Evaluasi

Pemantauan dilakukan untuk mendapatkan gambaran tentang kesesuaian antara rencana dengan pelaksanaan program penyelenggaraan Jamkesmas, sedangkan evaluasi dilakukan untuk melihat pencapaian indikator keberhasilan.

2.1.7.1 Ruang Lingkup Pemantauan dan Evaluasi

Pendataan masyarakat miskin, meliputi database kepesertaan, kepemilikan kartu Jamkesmas, dokumentasi dan penanganan keluhan.

Pelaksanaan pelayanan kesehatan meliputi jumlah kunjungan masyarakat miskin ke Puskesmas dan Rumah Sakit, jumlah kasus rujukan, pola penyakit rawat jalan dan rawat inap.

Pelaksanaan penyaluran dana meliputi pencairan dana ke Puskesmas, verifikasi klaim tagihan dan pencairan dana ke Rumah Sakit, pertanggungjawabn keuangan.

2.1.7.2 Mekanisme Pemantauan dan Evaluasi

Pemantauan dan evaluasi diarahkan agar pelaksanaan program

berjalan secara efektif dan efisien sesuai prinsip-prinsip kendali mutu dan kendali biaya. Pemantauan merupakan bagian program yang dilaksanakan oleh Dinas Kesehatan Propinsi dan Kabupaten/Kota.

Pemantauan dan evaluasi dilakukan secara berkala, baik bulanan, triwulan, semester maupun tahunan, melalui:

1. Pertemuan dan koordinasi
2. Pengelolaan pelaporan program (pengolahan dan analisis)
3. Kunjungan lapangan dan supervisi
4. Penelitian langsung (survei/kajian)

(Depkes, 2008)

2.2 Standar Pelayanan Minimal (SPM)

2.2.1 Pengertian SPM

Berdasarkan dengan ketentuan Pasal 2 ayat (4) butir b Peraturan Pemerintah Nomor 25 Tahun 2000, Pemerintah mempunyai kewenangan untuk menetapkan pedoman standar pelayanan minimal yang wajib dilaksanakan oleh Kabupaten/Kota. Dalam rangka desentralisasi, Daerah diberi tugas, wewenang, kewajiban dan tanggung jawab menangani urusan pemerintahan tertentu. Berdasarkan Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 1457/MENKES/SK/X/2003, diberlakukan Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan di Kabupaten/Kota (Depkes, 2003).

Standar Pelayanan Minimal adalah ketentuan tentang jenis dan mutu pelayanan dasar yang merupakan urusan wajib daerah yang berhak diperoleh setiap warga negara secara minimal. Sedangkan yang dimaksud dengan pelayanan dasar adalah jenis pelayanan publik yang mendasar dan mutlak untuk memenuhi kebutuhan masyarakat dalam kehidupan sosial, ekonomi dan pemerintahan (Depkes, 2008).

2.2.2 Indikator SPM

Indikator SPM adalah tolak ukur prestasi kuantitatif dan kualitatif yang digunakan untuk menggambarkan besaran sasaran yang hendak dipenuhi dalam pencapaian suatu SPM tertentu, berupa masukan, proses,

hasil dan atau manfaat pelayanan.

SPM bidang kesehatan yang diselenggarakan Kabupaten/Kota dan ditetapkan dalam Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 1457/MENKES/SK/X/2003, berkaitan dengan pelayanan kesehatan yang meliputi jenis pelayanan beserta indikator kinerja dan target tahun 2010, adalah sebagai berikut :

1. Pelayanan Kesehatan Ibu dan Bayi
 - b. Cakupan kunjungan ibu hamil K4 95%
 - c. Cakupan pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan yang memiliki kompetensi kebidanan 90%
 - d. Ibu hamil risiko tinggi yang dirujuk 100%
 - e. Cakupan kunjungan neonatus 90%
 - f. Cakupan kunjungan bayi 90%
 - g. Cakupan berat bayi lahir rendah/BBLR yang ditangani 100%
2. Pelayanan Kesehatan Anak Pra Sekolah dan Usia Sekolah
 - a. Cakupan deteksi dini tumbuh kembang anak balita dan pra sekolah 90%
 - b. Cakupan pemeriksaan kesehatan siswa SD dan setingkat oleh tenaga kesehatan atau tenaga terlatih atau guru UKS atau dokter kecil 100%
 - c. Cakupan pelayanan kesehatan remaja 80%
3. Pelayanan Keluarga Berencana
 - a. Cakupan peserta KB aktif 70% Cakupan penemuan dan penanganan penderita penyakit 100% pada tahun 2010
4. Pelayanan Imunisasi
 - a. Desa/ Kelurahan Universal Child Immunization (UCI) 100%
5. Pelayanan Pengobatan / Perawatan
 - a. Cakupan rawat jalan 15 %
 - b. Cakupan rawat inap 1,5 %
6. Pelayanan Kesehatan Jiwa
 - a. Pelayanan gangguan jiwa di sarana pelayanan kesehatan umum 15%
7. Pemantauan Pertumbuhan Balita

- a. Balita yang naik berat badannya 80 %
 - b. Balita Bawah Garis Merah < 15 %
8. Pelayanan Gizi
- a. Cakupan balita mendapat kapsul vitamin A 2 kali per tahun 90%
 - b. Cakupan ibu hamil mendapat 90 tablet Fe 90%
 - c. Cakupan pemberian makanan pendamping ASI pada bayi Bawah Garis Merah dari keluarga miskin 100%
 - d. Balita gizi buruk mendapat perawatan 100%
9. Pelayanan Obstetrik dan Neonatal Emergensi Dasar dan Komprehensif
- a. Akses terhadap ketersediaan darah dan komponen yang aman untuk menangani rujukan ibu hamil dan neonatus 80%
 - b. Ibu hamil resiko tinggi / komplikasi yang ditangani 80%
 - c. Neonatal risiko tinggi / komplikasi yang ditangani 80%
10. Pelayanan gawat darurat
- a. Sarana kesehatan dengan kemampuan pelayanan gawat darurat yang dapat diakses masyarakat 90%
11. Penyelenggaraan penyelidikan epidemiologi dan penanggulangan Kejadian Luar Biasa (KLB) dan Gizi Buruk
- a. Desa/kelurahan mengalami KLB yang ditangani < 24 jam 100%
 - b. Kecamatan bebas rawan gizi 80%
12. Pencegahan dan Pemberantasan Penyakit Polio
- a. Acute Flacid Paralysis (AFP) rate per 100.000 penduduk < 15 tahun (≤ 1).
13. Pencegahan dan Pemberantasan Penyakit TB Paru
- a. Kesembuhan penderita TBC BTA positif > 85%
14. Pencegahan dan Pemberantasan Penyakit ISPA
- a. Cakupan balita dengan pneumonia yang ditangani 100%
15. Pencegahan dan Pemberantasan Penyakit HIV- AIDS
- a. Klien yang mendapatkan penanganan HIV-AIDS 100%
 - b. Infeksi menular seksual yang diobati 100%
16. Pencegahan dan Pemberantasan Penyakit Demam Berdarah Dengue (DBD)

- a. Penderita DBD yang ditangani 80%
17. Pencegahan dan Pemberantasan Penyakit Diare
 - a. Balita dengan diare yang ditangani 100%
18. Pelayanan kesehatan lingkungan
 - a. Institusi yang dibina 70%
19. Pelayanan pengendalian vektor
 - a. Rumah/bangunan bebas jentik nyamuk Aedes >95%
20. Pelayanan hygiene sanitasi di tempat umum
 - a. Tempat umum yang memenuhi syarat 80%
21. Penyuluhan perilaku sehat
 - a. Rumah tangga sehat 65%
 - b. Bayi yang mendapat ASI- eksklusif 80%
 - c. Desa dengan garam beryodium baik 90%
 - d. Posyandu Purnama 40%
22. Penyuluhan Pencegahan dan Penanggulangan Penyalahgunaan Narkotika, Psikotropika dan Zat Adiktif (P3 NAPZA) berbasis masyarakat
 - a. Upaya penyuluhan P3 NAPZA oleh petugas kesehatan 15%
23. Pelayanan penyediaan obat dan perbekalan kesehatan
 - a. Ketersediaan obat sesuai kebutuhan 90%
 - b. Pengadaan obat esensial 100%
 - c. Pengadaan obat generik 100%
24. Pelayanan penggunaan obat generik
 - a. Penulisan resep obat generik 90%
25. Penyelenggaraan pembiayaan untuk pelayanan kesehatan perorangan
 - a. Cakupan jaminan pemeliharaan kesehatan pra bayar 80%
26. Penyelenggaraan pembiayaan untuk Keluarga Miskin dan masyarakat rentan
 - a. Cakupan jaminan pemeliharaan kesehatan Keluarga Miskin dan masyarakat rentan 100%

(Depkes, 2003)

2.3 Manajemen Proyek

Manajemen proyek adalah proses pelingkupan, perencanaan, penyediaan staf, pengorganisasian, pengarahan, dan pengontrolan sebuah proyek untuk mengembangkan sebuah sistem informasi dengan biaya minimal, dalam kerangka waktu tertentu, dan dengan kualitas yang diterima (Whitten, 2004).

Proses manajemen proyek dimulai dari kegiatan perencanaan hingga pengendalian yang didasarkan atas input-input seperti tujuan dan sasaran proyek, informasi dan data yang digunakan, serta penggunaan sumber daya yang benar dan sesuai dengan kebutuhan yang diperlukan (Husen, 2009).

2.3.1 Kinerja Proyek

Kinerja proyek dapat diukur dengan indikator kinerja biaya, mutu, waktu serta keselamatan kerja dengan merencanakan secara cermat, teliti dan terpadu seluruh alokasi sumber daya manusia, peralatan, material serta biaya yang sesuai dengan kebutuhan yang diperlukan. Semua itu diselaraskan dengan sasaran dan tujuan proyek. Agar hasilnya optimal, standar kinerja proyek selama proses berlangsung harus ditetapkan secara terperinci dan seakurat mungkin untuk meminimalkan penyimpangan (Husen, 2009).

2.3.2 Pengendalian Proyek

Sebagai salah satu fungsi dan proses kegiatan dalam manajemen proyek yang sangat mempengaruhi hasil akhir proyek, pengendalian mempunyai tujuan utama meminimalisasi segala penyimpangan yang dapat terjadi selama proses berlangsung.

Menurut R.J Mockler, pengendalian didefinisikan sebagai usaha yang sistematis untuk menentukan standar yang sesuai dengan sasaran dan tujuan perencanaan, merancang sistem informasi, membandingkan pelaksanaan dengan standar, menganalisis kemungkinan penyimpangan, kemudian melakukan tindakan koreksi yang diperlukan agar sumber daya dapat digunakan secara efektif dan efisien dalam rangka mencapai sasaran dan

tujuan (Husen, 2009).

Untuk memudahkan pengendalian proyek, pengelola proyek seharusnya mempunyai acuan sebagai sasaran dan tujuan pengendalian. Oleh karena itu, indikator-indikator tujuan akhir pencapaian proyek haruslah ditampilkan dan dijadikan pegangan selama pelaksanaan proyek. Indikator-indikator yang biasanya menjadi sasaran pencapaian tujuan akhir proyek adalah kinerja biaya, mutu, waktu dan keselamatan kerja (Husen, 2009).

Langkah-langkah pengendalian proyek untuk mengukur dan mengevaluasi kinerja proyek :

1. Penetapan rencana baseline
2. Mengukur kemajuan dan kinerja
3. Membandingkan rencana versus kondisi aktual
4. Mengambil tindakan (Gray, 2006).

2.4 Logical Framework Approach

Logical Framework Approach adalah alat untuk membantu perencanaan dan implementasi program. Alat ini membantu pembuatan dan analisa tujuan dari pengembangan program serta asumsinya secara sistematis (Deplu, 2004).

Logical Framework Approach bersifat analitis bagi para perencana atau manajer dalam :

1. Melakukan analisis situasional pada tahap penyiapan program
2. Menetapkan suatu hirarki logis dari tujuan yang ingin dicapai
3. Mengidentifikasi potensi risiko upaya pencapaian tujuan dan hasil yang berkelanjutan
4. Menetapkan suatu cara agar keluaran dan hasil proyek dapat dimonitor dan dievaluasi dengan baik
5. Menyajikan rangkuman proyek dalam format yang standar, dan
6. Memonitor dan mengkaji ulang pelaksanaan proyek (AusAid, 2003).

Dengan kata lain, *Logical Framework Approach* mencakup analisis masalah (*problem analysis*), analisis pemangku kepentingan (*stakeholder analysis*), pengembangan suatu hirarki logis dari objektif (*objective*

analysis), identifikasi risiko yang mungkin terjadi, dan pemilihan strategi implementasi yang diunggulkan (AusAid, 2003).

Logical Framework Approach pada umumnya terdiri dari empat elemen utama, yaitu:

1. Masukan (*inputs*)
2. Keluaran (*outputs*)
3. Hasil (*outcomes*)
4. Dampak (*impact*)

Keuntungan menggunakan *Logical Framework Approach* :

1. Memastikan bahwa pembuat keputusan bertanya mengenai pertanyaan mendasar serta menganalisa asumsi dan resiko.
2. Membantu stakeholders dalam proses perencanaan dan monitoring.
3. Ketika digunakan secara dinamis, logframe merupakan alat manajemen yang efektif dalam membantu implementasi, monitoring dan evaluasi (World Bank, 2004).

2.4.1 Logical Framework Matrix

Hasil pendekatan analitis pada *Logical Framework Approach* berbentuk suatu matriks yang biasa disebut matriks kerangka kerja logis (*logical framework matrix-LFM*). Matriks ini merupakan rangkuman apa saja yang akan dilakukan dan bagaimana melakukannya, asumsi-asumsi yang digunakan, dan bagaimana keluaran dan hasil dari kegiatan-kegiatan akan dimonitor dan dievaluasi (AusAid, 2003).

Logical Framework Matrix memuat semua komponen *Logical Framework Approach* sehingga matriks tersebut juga dapat dikatakan sebagai rangkuman rancangan proyek. Dalam pengisian sel-sel matriks tersebut digunakan dua macam kerangka pikir logis, yaitu logika vertikal dan logika horisontal. Logika vertikal digunakan untuk mengidentifikasi proyek yang akan dijalankan, mengklarifikasi hubungan sebab akibat (*if-then causality*), serta menentukan asumsi-asumsi penting yang mendasari dan ketidakpastian/risiko yang mungkin terjadi di luar kontrol (*necessary-sufficient condition*).

Adapun logika horisontal mendefinisikan bagaimana tujuan/objektif yang ditetapkan dalam deskripsi proyek dapat diukur dan bagaimana ukuran tersebut diverifikasi. Di samping itu, logika horisontal juga membantu menentukan komponen pokok dalam monitoring dan evaluasi, seperti menentukan indikator yang digunakan untuk mengukur perkembangan pencapaian tujuan dan *means of verifications-MoV* yang mendeskripsikan dengan jelas sumber data/informasi yang dibutuhkan, metode, siapa yang bertanggungjawab, dan waktu (frekuensi dan periode) pengumpulan datanya (AusAid, 2003).

Tahapan Proses	Indikator	Alat Verifikasi	Asumsi
Tujuan Organisasi			
Tujuan Proyek			
Keluaran Proyek			
Masukan Proyek			

Gambar 2.2

Matriks Logical Framework

2.5 Indikator

2.5.1 Definisi Indikator

Indikator adalah variabel yang dapat digunakan untuk mengevaluasi keadaan atau status dan memungkinkan dilakukannya pengukuran terhadap perubahan-perubahan yang terjadi dari waktu ke waktu. Suatu indikator tidak selalu menjelaskan keadaan secara keseluruhan tetapi kerap kali hanya memberikan petunjuk (indikasi) tentang keadaan keseluruhan tersebut sebagai suatu pendugaan (proxy).

Indikator adalah ukuran yang bersifat kuantitatif dan umumnya terdiri atas pembilang (numerator) dan penyebut (denominator), walaupun dapat juga dibuat indikator yang hanya pembilang, khususnya untuk sesuatu yang sangat langka tetapi penting. Pembilang adalah jumlah kejadian yang sekarang sedang diukur, sedangkan penyebut yang umum digunakan adalah besarnya populasi sasaran berisiko dalam kejadian yang bersangkutan, misalnya anak balita, ibu hamil, bayi baru lahir, dan sebagainya. Indikator yang mencakup pembilang dan penyebut sangat tepat untuk memantau perubahan dari waktu ke waktu dan membandingkan satu wilayah dengan wilayah lain (Depkes, 2003).

2.5.2 Persyaratan Indikator

Persyaratan yang harus dipertimbangkan dalam menetapkan indikator disampaikan rumusan dalam istilah Inggris yang dapat disingkat menjadi “SMART”, yaitu :

- b. *Simple* yaitu sederhana, artinya indikator yang ditetapkan sedapat mungkin sederhana dalam pengumpulan data maupun dalam rumus penghitungan untuk mendapatkannya.
- c. *Measurable* yaitu dapat diukur, artinya indikator yang ditetapkan harus merepresentasikan informasinya dan jelas ukurannya. Dengan demikian dapat digunakan untuk perbandingan antara satu tempat dengan tempat lain atau antara satu waktu dengan waktu lain. Kejelasan pengukuran juga akan menunjukkan bagaimana cara mendapatkan datanya.
- d. *Attribute* yaitu bermanfaat, artinya indikator yang ditetapkan harus bermanfaat untuk kepentingan pengambilan keputusan. Ini berarti indikator tersebut harus merupakan pengejawantahan dari informasi yang memang dibutuhkan untuk pengambilan keputusan. Jadi harus spesifik untuk pengambilan keputusan tertentu.
- e. *Reliable* yaitu dapat dipercaya, artinya indikator yang ditetapkan harus dapat didukung oleh pengumpul data yang baik, benar dan teliti. Indikator yang tidak/belum bisa didukung oleh pengumpulan data yang baik, benar dan teliti, seyogyanya tidak digunakan dulu.

- f. *Timely* yaitu tepat waktu, artinya indikator yang ditetapkan harus dapat didukung oleh pengumpulan dan pengolahan data serta pengemasan informasi yang waktunya sesuai dengan saat pengambilan keputusan dilakukan.

2.5.3 Jenis Indikator

Sesuai dengan uraian dalam definisi indikator terdapat beberapa jenis indikator, yaitu :

- a. Indikator berbentuk absolut adalah indikator yang hanya berupa pembilang saja tanpa menyertakan penyebut (denominator). Biasanya digunakan untuk sesuatu yang sangat jarang. Misalnya kasus meningitis di Puskesmas.
- b. Indikator berbentuk proporsi adalah indikator yang nilai hasilnya dinyatakan dengan persentase karena pembilangnya merupakan bagian dari penyebut. Misalnya proporsi Puskesmas yang memiliki dokter terhadap seluruh Puskesmas yang ada.
- c. Indikator yang berbentuk angka atau rate adalah indikator yang menunjukkan frekuensi dari suatu kegiatan selama waktu (periode) tertentu. Biasanya dinyatakan dalam bentuk per 1.000 atau per 100.000 populasi. Angka atau rate adalah ukuran dasar yang digunakan untuk melihat kejadian penyakit karena angka merupakan ukuran yang paling jelas menunjukkan probabilitas atau resiko dari penyakit dalam suatu masyarakat tertentu selama periode tertentu. Misalnya angka malaria di kalangan balita.
- d. Indikator berbentuk rasio adalah indikator yang pembilangnya bukan merupakan bagian dari penyebut. Misalnya rasio bidan terhadap penduduk suatu Kabupaten.
- e. Indeks atau indikator komposit (*composite indices*) yaitu istilah yang digunakan untuk indikator yang lebih rumit (complex), memiliki ukuran-ukuran yang multi dimensional yang merupakan gabungan dari sejumlah indikator. Indikator ini biasanya dikembangkan melalui

penelitian khususnya karena penggunaannya secara praktis sangat terbatas (Depkes, 2003)

2.6 Monitoring dan Evaluasi

Monitoring dan evaluasi merupakan alat manajemen yang sangat penting untuk melihat sejauh mana perkembangan yang sudah dilakukan dan untuk memfasilitasi pembuatan keputusan. Dengan melakukan pemeriksaan pekerjaan yang sudah dilakukan, suatu organisasi dapat memdisain program dan kegiatan yang efektif, efisien dan bermanfaat bagi masyarakat (Sera, 2007).

2.6.1 Monitoring

Monitoring adalah proses pengumpulan dan analisis informasi (berdasarkan indikator yang ditetapkan) secara sistematis dan kontinu tentang kegiatan program sehingga dapat dilakukan tindakan koreksi untuk penyempurnaan program itu selanjutnya.

Tujuan dari monitoring antara lain:

1. Mengkaji apakah kegiatan-kegiatan yang dilaksanakan telah sesuai dengan rencana
2. Mengidentifikasi masalah yang timbul agar langsung dapat diatasi
3. Melakukan penilaian apakah pola kerja dan manajemen yang digunakan sudah tepat untuk tujuan program
4. Mengetahui kaitan antara kegiatan dengan tujuan untuk memperoleh ukuran kemajuan
5. Menyesuaikan kegiatan dengan lingkungan yang berubah, tanpa menyimpang dari tujuan.

Manfaat monitoring adalah :

1. Bagi pihak penanggungjawab program
 - g. Sebagai salah satu fungsi manajemen yaitu pengendalian atau supervisi
 - h. Sebagai bentuk pertanggungjawaban (akuntabilitas) kinerja
 - i. Untuk menyakinkan pihak-pihak yang berkepentingan

- j. Membantu penentuan langkah-langkah yang berkaitan dengan kegiatan program selanjutnya
 - k. Sebagai dasar untuk melakukan monitoring dan evaluasi selanjutnya
2. Bagi pihak pengelola program
 - a. Membantu untuk mempersiapkan laporan dalam waktu yang singkat
 - b. Mengetahui kekurangan-kekurangan yang perlu diperbaiki dan menjaga kinerja yang sudah baik
 - c. Sebagai dasar (informasi) yang penting untuk melakukan evaluasi program

Tipe dan jenis monitoring :

1. Aspek masukan (input) program, antara lain mencakup tenaga manusia, dana, bahan, peralatan, jam kerja, data, kebijakan, manajemen dan sebagainya yang dibutuhkan untuk melaksanakan kegiatan program.
 2. Aspek proses (aktivitas), yaitu aspek dari program yang mencerminkan suatu proses kegiatan seperti penelitian, pelatihan, proses produksi, pemberian bantuan dan sebagainya.
 3. Aspek keluaran (output), yaitu aspek program yang mencakup hasil dari proses yang terutama berkaitan dengan kuantitas (jumlah).
- (Hikmat, 2007)

2.6.2 Evaluasi

Evaluasi adalah proses penilaian pencapaian tujuan dan pengungkapan masalah kinerja program untuk memberikan umpan balik bagi peningkatan kualitas kinerja program.

Tujuan dilakukannya evaluasi pada suatu program adalah untuk mendapatkan informasi dan menarik pelajaran dari pengalaman mengenai pengelolaan program, keluaran, manfaat dan dampak dari program pembangunan yang baru selesai dilaksanakan maupun yang sudah berfungsi, sebagai umpan balik bagi pengambil keputusan dalam rangka

perencanaan, pelaksanaan, pemantauan dan pengendalian proyek selanjutnya.

Jenis-jenis evaluasi :

1. Evaluasi awal kegiatan, yaitu penilaian terhadap kesiapan program atau mendeteksi kelayakan program
2. Evaluasi formatif, yaitu penilaian terhadap hasil-hasil yang telah dicapai selama proses kegiatan program dilaksanakan. Waktu pelaksanaan dilakukan secara rutin (per bulan, triwulan, semester atau tahun) sesuai dengan kebutuhan informasi hasil penilaian
3. Evaluasi sumatif, yaitu penilaian hasil-hasil yang telah dicapai secara keseluruhan dari awal kegiatan sampai akhir kegiatan. Waktu pelaksanaan pada saat akhir program sesuai dengan jangka waktu program dilaksanakan. Untuk program yang memiliki jangka waktu enam bulan maka evaluasi sumatif dilaksanakan menjelang akhir bulan ke-enam. Untuk evaluasi yang menilai dampak program, dapat dilaksanakan setelah program berakhir dan diperhitungkan dampaknya sudah terlihat nyata (Hikmat, 2007).

2.6.3 Langkah-langkah Perencanaan Monitoring dan Evaluasi

Langkah-langkah dalam membuat sistem monitoring dan evaluasi tergantung pada apa yang akan dimonitor dan dievaluasi. Dibawah ini merupakan garis besar langkah-langkah yang diperlukan :

1. Mengidentifikasi stakeholders yang terlibat dalam perencanaan, pelaksanaan dan pelaporan. Mendeskripsikan stakeholders dapat menjelaskan tugas dan wewenang masing-masing serta alur pemberian umpan balik.
2. Mendeskripsikan cakupan, tujuan, pelaksana, pengguna dan anggaran evaluasi.
3. Mengembangkan kuesioner untuk menjawab apa yang akan diperoleh dalam proses monitoring dan evaluasi.
4. Menentukan indikator. Indikator bertujuan untuk menjelaskan acuan yang harus dicapai, untuk melihat performa, atau perubahan yang

terjadi, baik dalam bentuk kualitatif maupun kuantitatif. Indikator proses dapat menginformasikan bagaimana implementasi dari sebuah program.

5. Menjelaskan metode pengumpulan data. Contoh metode yang dapat dilakukan adalah telaah dokumen, kuesioner, survey dan wawancara.
6. Menganalisa dan menterjemahkan informasi yang didapat. Hal ini bertujuan untuk melihat apakah terjadi sebuah trend atau pola dalam proses tersebut.
7. Menginterpretasikan temuan, memberikan umpan balik, dan membuat rekomendasi. Proses menganalisa data dan menginterpretasikan temuan akan menghasilkan rekomendasi yang dapat memperkuat program atau perubahan yang diperlukan.
8. Mengkomunikasikan temuan dan pandangan kepada stakeholders serta memutuskan bagaimana menggunakan hasil tersebut untuk memperkuat program (Sera, 2007).

2.7 Sistem Informasi

Untuk memahami pengertian sistem informasi, perlu dilihat keterkaitan antara data dan informasi sebagai entitas penting pembentuk sistem informasi. Data merupakan nilai, keadaan, atau sifat yang berdiri sendiri lepas dari konteks apapun. Sedangkan informasi adalah data yang telah diolah menjadi sebuah bentuk yang berarti bagi penerimanya dan bermanfaat dalam pengambilan keputusan saat ini atau mendatang (Davis, 1995 dalam Al Fatta, 2007).

Sistem informasi adalah suatu sistem dalam suatu organisasi yang mempertemukan kebutuhan pengolahan transaksi harian yang mendukung fungsi operasi organisasi yang bersifat manajerial dengan kegiatan strategi dari suatu organisasi untuk dapat menyediakan kepada pihak luar tertentu dengan laporan-laporan yang diperlukan (Sutabri, 2005).

2.7.1 Sistem Informasi Berbasis Komputer

Berbasis komputer artinya perancang sistem informasi manajemen

harus mengerti komputer dan mampu menggunakannya untuk pengolahan informasi karena perancang akan merancang sebuah manajemen sistem informasi yang akan digunakan dengan menggunakan program komputer (Gaol, 2008).

Stair dalam Al Fatta, 2007 menjelaskan bahwa sistem informasi berbasis komputer (CBIS) dalam suatu organisasi terdiri dari komponen :

- a. Perangkat keras, yaitu perangkat keras komponen untuk melengkapi kegiatan memasukan data, memproses data dan keluaran data
- b. Perangkat lunak, yaitu kumpulan data dan informasi yang diorganisasikan sedemikian rupa sehingga mudah diakses pengguna sistem informasi
- c. Telekomunikasi, yaitu komunikasi yang menghubungkan antara pengguna sistem dengan sistem komputer secara bersama-sama ke dalam suatu jaringan kerja yang efektif
- d. Manusia, yaitu personel dari sistem informasi, meliputi manajer, analis, programer dan operator serta bertanggungjawab terhadap perawatan sistem.

Penggunaan komputer dalam sistem informasi manajemen sangat banyak membantu para manajer dalam proses pengambilan keputusan. Nilai informasi yang dihasilkan dari penggunaan komputer :

- a. Availability (dapat diperoleh), yaitu mendapat informasi yang semual atau sebelumnya tidak dapat diperoleh.
- b. Timelines (ketepatan waktu), yaitu informasi yang dihasilkan oleh komputer dapat diperoleh dalam waktu yang cepat dan tepat.
- c. Accuracy (ketelitian), yaitu informasi yang dihasilkan oleh komputer lebih lengkap dan jelas.
- d. Presentation (penyajian), yaitu informasi yang dihasilkan dari proses komputer dapat disajikan menurut selera pemakai informasi tersebut (Sutabri, 2005).

2.7.2 Sistem Management Database (DBMS)

Database Management System (DBMS) adalah suatu bentuk sistem

yang berguna untuk menyimpan data. Penggunaan cara yang tepat dapat mempercepat penyimpanan data, mempercepat dan mempermudah pemrosesan data, dan mempercepat pengambilan data. Oleh karena itu, dalam manajemen sistem informasi, DBMS dapat dijadikan alat penunjang yang andal.

Keuntungan DBMS dapat disarikan sebagai berikut :

1. Meningkatkan persentase kesiapan data (data availability), artinya tersedia sewaktu dibutuhkan.
2. Mempercepat penyimpanan dan pengambilan data karena data disimpan dengan lebih teratur.
3. Mempercepat dan mempermudah pemrosesan data karena yang diproses adalah data yang perlu saja.
4. Mengurangi penyimpanan data yang rangkap sehingga lebih hemat.
5. Mengatur integrasi sehingga data dapat diambil dengan benar.
6. Mempermudah pemrograman karena DBMS menjadi lebih fleksibel, perubahan program tidak memerlukan perubahan struktur data atau sebaliknya perubahan struktur tidak memerlukan perubahan pemrograman (Sutabri, 2005).

2.8 Metode Pengembangan Sistem

Beberapa ahli membagi proses-proses pengembangan sistem ke dalam sejumlah urutan yang berbeda-beda, tetapi mengacu pada proses standar :

1. Analisis
2. Desain
3. Implementasi
4. Pemeliharaan (Al Fatta, 2007)

Pada perkembangannya, proses-proses standar tersebut dituangkan ke dalam satu metode yaitu System Development Life Cycle (SDLC) yang meliputi fase-fase :

1. Identifikasi dan seleksi proyek
 - a. Mengidentifikasi proyek-proyek yang potensial

Potensi dari proyek yang dimaksud adalah seberapa besar keuntungan yang bisa diperoleh, durasi waktu yang tersedia apakah cukup untuk menyelesaikan proyek, dan apakah sumber daya yang dimiliki mampu untuk menyelesaikan proyek.

b. Melakukan klasifikasi dan pemeringkatan proyek

Jika pada saat yang bersamaan ada beberapa proyek yang harus dikerjakan sekaligus maka perlu dibuat klasifikasi dan peringkat proyek yang dirasa tidak menguntungkan jika dikerjakan.

c. Memilih proyek untuk dikembangkan

Jika klasifikasi dan ranking telah ditetapkan maka selanjutnya adalah menentukan proyek yang harus dikerjakan.

2. Inisiasi dan perencanaan proyek

Proyek SI yang potensial dijelaskan dan argumentasi untuk melanjutkan proyek dikemukakan. Pada tahap ini ditentukan secara detail rencana kerja yang harus dikerjakan, durasi yang diperlukan masing-masing tahap, sumber daya manusia, perangkat lunak, perangkat keras, maupun finansial diestimasikan, yang dituangkan dalam jadwal pelaksanaan proyek.

3. Analisis

Sistem yang sedang berjalan dipelajari dan sistem pengganti diusulkan. Dalam tahap ini dideskripsikan sistem yang sedang berjalan, masalah dan kesempatan serta rekomendasi umum untuk bagaimana memperbaiki, meningkatkan atau mengganti sistem yang sedang berjalan diusulkan.

Tujuannya adalah untuk memahami dan mendokumentasikan kebutuhan bisnis (business need) dan persyaratan proses dari sistem baru. Ada enam aktivitas utama, yaitu :

a. Pengumpulan informasi

Langkah awal pada tahap analisis adalah mengumpulkan informasi tentang bagaimana proses-proses bisnis yang ada pada sistem lama berjalan. Kemudian ditentukan pada titik-titik mana saja proses bisnis yang mengalami masalah yang diselesaikan dengan sistem informasi. Kelemahan-kelemahan dari sistem lama diidentifikasi dan diperbaiki dengan sistem baru.

b. Mendefinisikan kebutuhan sistem

Dari informasi kelemahan sistem yang didapat, analis sistem kemudian mendefinisikan apa saja yang sebenarnya dibutuhkan oleh sistem lama untuk mengatasi masalahnya.

c. Memprioritaskan kebutuhan

Dalam beberapa kasus, kebutuhan yang diperoleh sangat lengkap dan rumit. Ketersediaan waktu dan sumber daya lain untuk menyelesaikan keseluruhan kebutuhan bisa saja tidak mencukupi. Pada kondisi seperti ini maka analis akan memprioritaskan kebutuhan-kebutuhan yang dianggap kritis untuk diprioritaskan.

d. Menyusun dan mengevaluasi alternatif

Setelah menyusun dan memprioritaskan kebutuhan, analis harus menyiapkan alternatif jika seandainya susunan kebutuhan nantinya akan ditolak oleh klien.

e. Mengulas kebutuhan dengan pihak manajemen

Mengulas kebutuhan yang sudah ada dengan pihak klien, karena pihak klienlah yang paling tahu kebutuhan sistem mereka.

4. Desain

Tahapan mengubah kebutuhan yang masih berupa konsep menjadi spesifikasi sistem yang riil. Dibagi menjadi 2 tahap, yaitu :

a. Desain Logikal

Semua fitur-fitur fungsional dari sistem terpilih dari tahapan analisis dideskripsikan terpisah dari platform komputer yang nanti digunakan

b. Desain fisikal

Spesifikasi logis diubah ke dalam detail teknologi dimana pemrograman dan pengembangan sistem diselesaikan. Pada tahapan ini dilakukan aktifitas coding.

5. Implementasi

a. Testing

Menguji hasil kode program yang telah dihasilkan dari tahapan desain fisik

b. Instalasi

Perangkat lunak dan keras akan diinstal pada organisasi atau perusahaan klien dan secara resmi mulai digunakan untuk menggantikan sistem lama (Al Fatta, 2007).

2.8.1 Prototipe

Prototipe merupakan merupakan suatu teknik analisa dan rancangan yang memungkinkan pemakai ikut serta dalam menentukan kebutuhan dan pembentukan sistem apa yang akan dikerjakan untuk memenuhi kebutuhan tersebut. Dalam banyak hal, prototipe membantu menentukan kebutuhan pemakai yang belum ditentukan selama analisis sistem (Suryadi, 1995).

Pengguna maupun pengembang menyukai prototipe karena alasan-alasan dibawah ini :

1. Membaiknya komunikasi antara pengembang dan pengguna.
2. Pengembang dapat melakukan pekerjaan yang lebih baik dalam menentukan kebutuhan pengguna.
3. Pengguna memainkan peranan yang lebih aktif dalam pengembangan sistem.
4. Pengembang dan pengguna menghabiskan waktu dan usaha yang lebih sedikit dalam mengembangkan sistem.
5. Implementasi menjadi jauh lebih mudah karena pengguna tahu apa yang diharapkannya.

2.9 Jaringan Komputer dan Internet

Jaringan komputer merupakan sekelompok komputer otonom yang saling dihubungkan satu dengan lainnya menggunakan protokol komunikasi melalui media transmisi atau media komunikasi sehingga dapat saling berbagi data dan informasi, program dan penggunaan bersama perangkat keras seperti komputer atau hard disk (Oetomo, 2006).

Internet adalah suatu jaringan komputer besar, terdiri dari jutaan perangkat komputer yang terhubung melalui suatu protokol tertentu untuk pertukaran informasi antar komputer tersebut (Shahab, 2000). Kecepatan transmisi informasi melalui internet bervariasi, tergantung dari perangkat keras yang digunakan, jenis koneksi dan kapasitas informasi yang sedang ditransmisi saat itu (Supriatna, 2008).

Aplikasi yang berjalan atau berbasis internet disebut dengan *Web Application* atau aplikasi berbasis internet. *Web Application* memungkinkan dilakukannya penyimpanan data secara langsung ke basis data untuk kemudian dianalisis dan dibuat laporannya.

Perangkat lunak yang diperlukan untuk membuat aplikasi berbasis internet adalah *Server Web* yang berfungsi untuk mengolah permintaan perangkat lunak pembuka situs atau *Browser* dan *Server Application* yang berfungsi menerjemahkan kode-kode dinamis menjadi kode status HTML (*Hypertext Markup Language*). Perangkat lunak lainnya yang diperlukan adalah *Server Database* yang berfungsi mengolah data yang diminta *Server Application* dan *Driver Database* yang berfungsi menterjemahkan permintaan *Server Application* ke *Server Database*.

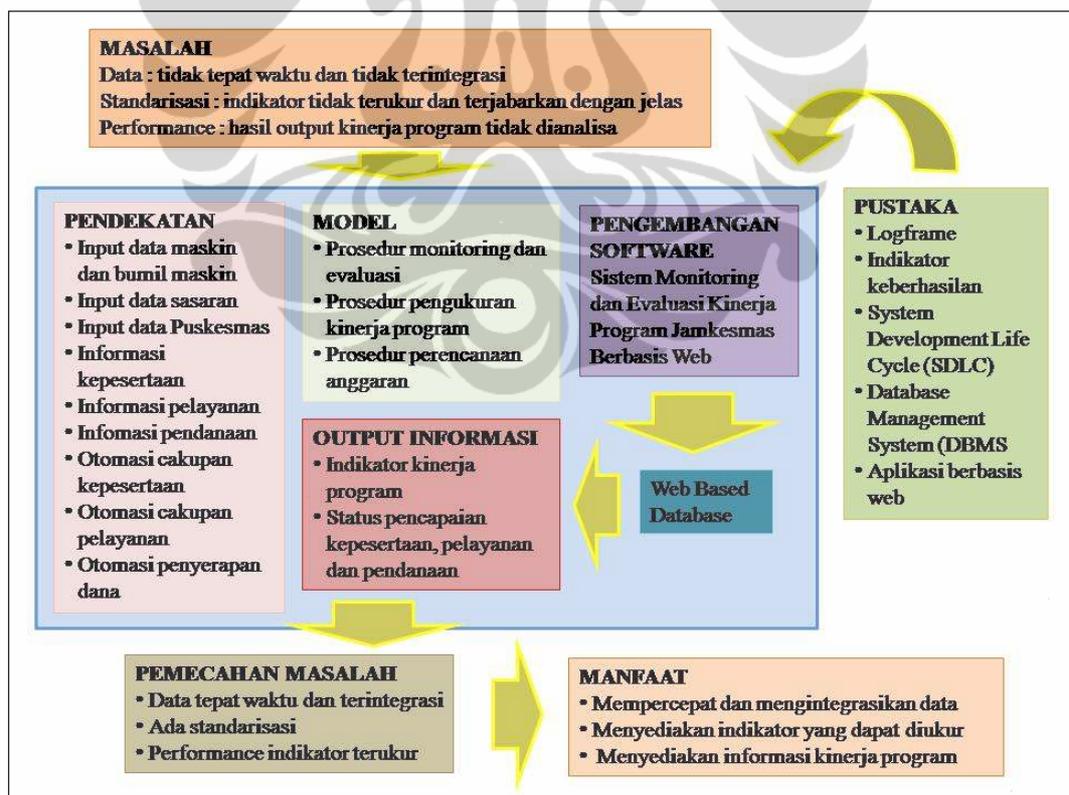
Beberapa *Sever Application* yang biasa digunakan adalah Macromedia ColdFusion, Macromedia JRun, Microsoft.NET Framework, PHP, IBM Websphere dan Jakarta Tomcat, IIS (Internet Information Server) dan PWS (Personal Web Server). Untuk *Server Database*, aplikasi berbasis internet yang biasa digunakan adalah Microsoft Access, SQL Server, Oracle dan MySQL (Sampurna, 2002).

BAB 3 KERANGKA KONSEP

3.1 Kerangka Konsep

Berdasarkan tinjauan pustaka, dibuat sebuah kerangka konsep yang memperlihatkan rencana pemecahan masalah melalui pengembangan sistem informasi berbasis web database. Pada kerangka konsep tersebut dapat dilihat permasalahan yang dapat dipecahkan, pendekatan dan model yang digunakan, serta hasil yang akan diperoleh dari pengembangan sistem tersebut.

Melalui database dan otomatisasi pemrosesan sistem dalam Sistem Monitoring dan Evaluasi Kinerja Program Jamkesmas Berbasis Web di Puskesmas Dinas Kesehatan Kabupaten Cirebon dapat memperoleh data pelaksanaan dan kinerja program Jamkesmas lebih cepat.

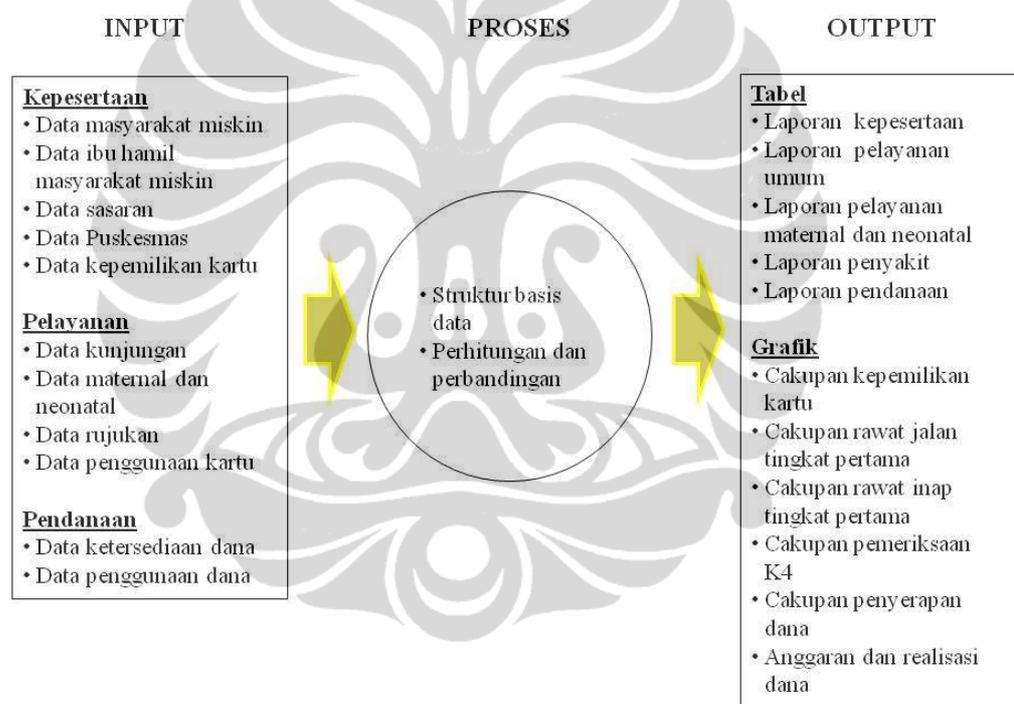


Gambar 3.1

Kerangka Konsep

3.2 Kerangka Alur Sistem

Sebagai dasar pembuatan sistem informasi, kerangka konsep tersebut diuraikan dengan pendekatan sistem, yaitu input, proses dan output. Dari kerangka alur sistem ini, dapat diketahui jenis data yang digunakan sebagai input, serta kegiatan dalam proses yaitu pembuatan struktur basis data, penghitungan dan perbandingan yang akan menghasilkan output dalam bentuk tabel dan grafik yang dapat memberikan informasi dalam memonitor dan mengevaluasi kinerja program Jamkesmas di Puskesmas Dinas Kesehatan Kabupaten Cirebon.



Gambar 3.2

Kerangka Sistem Monitoring dan Evaluasi Kinerja Program Jamkesmas Berbasis Web di Puskesmas Dinas Kesehatan Kabupaten Cirebon

3.3 Definisi Operasional

Untuk memudahkan pemahaman dalam sistem monitoring dan evaluasi kinerja program Jamkesmas berbasis web di Puskesmas Dinas

Kesehatan Kabupaten Cirebon, dikembangkan definisi operasional berdasarkan data, kegiatan dan informasi pada kerangka alur sistem.

Tabel 3.1 Definisi Operasional

No.	Variabel	Definisi
INPUT		
1.	Data masyarakat miskin	Merupakan data jumlah penduduk yang memiliki rata-rata pengeluaran per kapita per bulan di bawah garis kemiskinan yang dikeluarkan oleh BPPKB.
2.	Data ibu hamil masyarakat miskin	Merupakan data jumlah ibu hamil yang memiliki rata-rata pengeluaran per kapita per bulan di bawah garis kemiskinan yang dikeluarkan oleh BPPKB.
3.	Data sasaran	Merupakan data jumlah peserta Jamkesmas yang telah ditetapkan oleh Bupati Kabupaten Cirebon.
4.	Data Puskesmas	Merupakan data nama-nama Puskesmas yang dikelola oleh Dinas Kesehatan Kabupaten Cirebon.
5.	Data kepemilikan kartu	Merupakan data jumlah peserta Jamkesmas yang telah mendapatkan kartu Jamkesmas.
6.	Data kunjungan	Merupakan data jumlah kunjungan peserta Jamkesmas ke Puskesmas untuk mendapatkan pelayanan rawat jalan tingkat pertama atau rawat inap tingkat pertama.
7.	Data maternal dan neonatal	Merupakan data jumlah kunjungan ibu hamil untuk mendapatkan pemeriksaan K4, persalinan atau rujukan dan data jumlah kunjungan bayi untuk pemeriksaan.
8.	Data penggunaan kartu	Merupakan data jumlah peserta Jamkesmas yang menggunakan kartu Jamkesmas pada saat mendapatkan pelayanan kesehatan di Puskesmas.
9.	Data ketersediaan dana	Merupakan data jumlah dana yang tersedia di Puskesmas untuk membiayai pelayanan

		Jamkesmas.
10.	Data penggunaan dana	Merupakan data jumlah dana yang dipergunakan Puskesmas untuk pelayanan Jamkesmas, khususnya upaya kesehatan perorangan, upaya kesehatan masyarakat, jasa pelayanan kesehatan bagi petugas, cadangan obat dan bahan medis habis pakai, rujukan dengan emergency, rawat inap, dan persalinan.
PROSES		
11.	Struktur basis data	Merupakan susunan kumpulan file-file yang mempunyai kaitan satu sama lain sehingga membentuk satu basis data yang dapat menghasilkan informasi-informasi yang diperlukan oleh pengguna.
12.	Perhitungan dan perbandingan	Merupakan pengolahan data dengan cara menghitung dan membandingkan variabel penyebut dan pembilang.
OUTPUT TABEL		
13.	Laporan kepesertaan	Merupakan rekapitulasi informasi kepesertaan di setiap Puskesmas yang dikelola oleh Dinas Kesehatan Kabupaten Cirebon.
14.	Laporan pelayanan umum	Merupakan rekapitulasi informasi pelayanan umum yang diberikan oleh setiap Puskesmas yang dikelola oleh Dinas Kesehatan Kabupaten Cirebon kepada peserta Jamkesmas.
15.	Laporan pelayanan maternal dan neonatal	Merupakan rekapitulasi informasi pelayanan maternal dan neonatal diberikan oleh setiap Puskesmas yang dikelola oleh Dinas Kesehatan Kabupaten Cirebon kepada peserta Jamkesmas.
16.	Laporan penyakit	Merupakan rekapitulasi informasi penyakit yang diderita oleh peserta Jamkesmas di setiap

		Puskesmas yang dikelola oleh Dinas Kesehatan Kabupaten Cirebon.
16.	Laporan pendanaan	Merupakan rekapitulasi informasi dana yang tersedia dan dana yang dipergunakan oleh setiap Puskesmas yang dikelola oleh Dinas Kesehatan untuk program Jamkesmas.
OUTPUT GRAFIK		
17.	Cakupan kepemilikan kartu	Informasi perbandingan Puskesmas yang cakupan kepemilikan kartunya tinggi dan rendah. Tinggi : 100% Rendah : < 100% (Indikator Keberhasilan Program Jamkesmas, Dinkes 2008)
18.	Cakupan rawat jalan tingkat pertama	Informasi perbandingan Puskesmas yang cakupan kunjungan rawat jalan tingkat pertamanya tinggi dan rendah. Tinggi : $\geq 15\%$ Rendah : < 15% (Standar Pelayanan Minimal, Depkes 2003)
19.	Cakupan rawat inap tingkat pertama	Informasi perbandingan Puskesmas yang cakupan kunjungan rawat inap tingkat pertamanya tinggi dan rendah. Tinggi : $\geq 1,5\%$ Rendah : < 1,5% (Standar Pelayanan Minimal, Depkes 2003)
20.	Cakupan pemeriksaan K4	Informasi perbandingan Puskesmas yang cakupan pemeriksaan K4-nya tinggi dan rendah. Tinggi : $\geq 95\%$ Rendah : < 95% (Standar Pelayanan Minimal, Depkes 2003)
21.	Cakupan penyerapan dana	Informasi perbandingan Puskesmas yang cakupan

		penyerapan dananya tinggi dan rendah. Tinggi : = 100% Rendah : < 85% (Pedoman Pelaksanaan Program Jamkesmas, Dinkes 2008)
22.	Anggaran dan realisasi dana	Informasi perbandingan jumlah anggaran dana yang dibuat dengan jumlah dana yang digunakan untuk pelayanan Jamkesmas.



BAB 4 METODOLOGI PENELITIAN

4.1 Metode Penelitian

Metode yang dipergunakan dalam penelitian ini, khususnya dalam analisa sistem adalah **metode penelitian kualitatif** karena informasi diperoleh dengan wawancara mendalam dan observasi langsung, serta tidak dilakukan penghitungan data. Dengan adanya penelitian ini diharapkan dapat mengidentifikasi permasalahan dan kendala yang terjadi serta memonitor dan mengevaluasi pelaksanaan program Jamkesmas yang berjalan selama ini di Puskesmas. Dengan terungkapnya permasalahan yang terjadi maka dapat dikembangkan alternatif pemecahan masalah dengan pengembangan sistem.

4.2 Metode Pengumpulan Data

Pada penelitian ini data dan informasi dikumpulkan melalui metode wawancara mendalam (*in-depth interview*) kepada informan dan observasi langsung.

Peneliti ini tidak melaksanakan *Focus Group Discussion* (FGD) dalam pengambilan data dan informasi karena informan yang diwawancarai merupakan informan yang ahli di bidangnya. Mereka merupakan petugas yang berkecimpung langsung serta bertanggungjawab pada pelaksanaan program Jamkesmas di Dinas Kesehatan dan Puskesmas.

Sesuai dengan kaidah kesesuaian (*appropriateness*) dan kecukupan (*adequacy*) maka informan yang dipilih adalah :

1. Kepala Bidang Pelayanan Kesehatan dan Farmasi Dinas Kesehatan Kabupaten Cirebon, sebagai pemegang kuasa tertinggi program Jamkesmas di Dinas Kesehatan Kabupaten untuk mendapatkan informasi mengenai tata kerja, indikator kinerja, kebijakan yang diambil dalam pengembangan sistem dan sistem informasi yang diharapkan. Wawancara dilakukan dengan menggunakan kuesioner 3.

2. Kepala dan staf program Jamkesmas Puskesmas Sumber, sebagai penanggungjawab dan pelaksana program Jamkesmas di Puskesmas Sumber untuk mendapatkan informasi mengenai indikator kinerja, infrastruktur, kebijakan yang diambil dalam pengembangan sistem dan sistem informasi yang diharapkan. Wawancara dilakukan dengan menggunakan kuesioner 1.
3. Pelaksana Program Jamkesmas di Dinas Kesehatan untuk mendapatkan informasi prosedur pelaksanaan sistem serta masalah dan hambatan yang terjadi dalam bisnis proses yang ada selama ini, yaitu :
 1. Kepala Seksi Pelayanan Kesehatan Dasar Dinas Kesehatan Kabupaten Cirebon
 2. Staf Seksi Pelayanan Kesehatan DasarWawancara dilakukan dengan menggunakan kuesioner 2.

4.3 Metode Analisis Data

Data dan informasi yang telah dikumpulkan dianalisis dengan cara mengelompokkan data dan informasi yang memiliki karakteristik yang sama, untuk kemudian dilakukan interpretasi data.

Oleh karena, pengumpulan data tidak dilakukan melalui FGD dan informan yang dipilih merupakan informan yang ahli dibidangnya maka tidak dilakukan triangulasi data pada hasil wawancara mendalam.

4.4 Tahapan Penelitian

Pada pengembangan sistem informasi monitoring dan evaluasi kinerja pelayanan JamkesmAS ini peneliti menggunakan pendekatan SDLC (*System Development Life Cycle*) yang mempunyai tahapan pokok yaitu analisis sistem, desain sistem dan implementasi.

1. Analisis Sistem

Pada tahap analisis sistem dilakukan pendeskripsian sistem yang sedang berjalan, mengidentifikasi dan mengevaluasi permasalahan serta hambatan yang terjadi pada pelaksanaan sistem yang ada.

Tujuan dilakukannya analisis sistem adalah untuk memahami dan mendokumentasikan kebutuhan bisnis (*business need*) dan persyaratan proses dari sistem baru. Kegiatan yang dilakukan pada tahap ini antara lain :

- a. Pengumpulan informasi
Pengumpulkan informasi tentang bagaimana proses-proses bisnis yang ada pada sistem lama berjalan. Titik-titik mana saja pada proses bisnis yang mengalami masalah dan dapat diselesaikan dengan sistem informasi.
- b. Peluang pengembangan sistem
- c. Menetapkan sistem informasi yang dibutuhkan untuk memonitor dan mengevaluasi kinerja pelayanan program Jamkesmas

2. Disain Sistem

Berdasarkan hasil analisis sistem, dilakukan perancangan sistem atau disain sistem dengan langkah-langkah sebagai berikut :

- a. Membuat permodelan yang terdiri dari :
 - Pembuatan Diagram Flow Diagram (DFD)
- b. Merancang data base :
 - Pembuatan Entity Relationship Diagram (ERD)
 - Pembuatan Tabel Relationship Diagram (TRD)
 - Pembuatan Algoritma
- d. Perancangan interface

3. Implementasi

Mempresentasikan hasil disain sistem dan menguji sistem tersebut di laboratorium.

4.5 Rencana Kerja

Tabel 4.1 Jadwal Rencana Kerja

No.	Tahap Kegiatan Penelitian	Bulan 1				Bulan 2				Bulan 3			
		1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
1.	Studi literatur												

2.	Survei bisnis proses kegiatan																			
3.	Analisis sistem																			
4.	Pembuatan pemodelan																			
5.	Pembuatan database																			
6.	Pembuatan interface																			
7.	Uji coba																			
8.	Perbaikan sistem																			

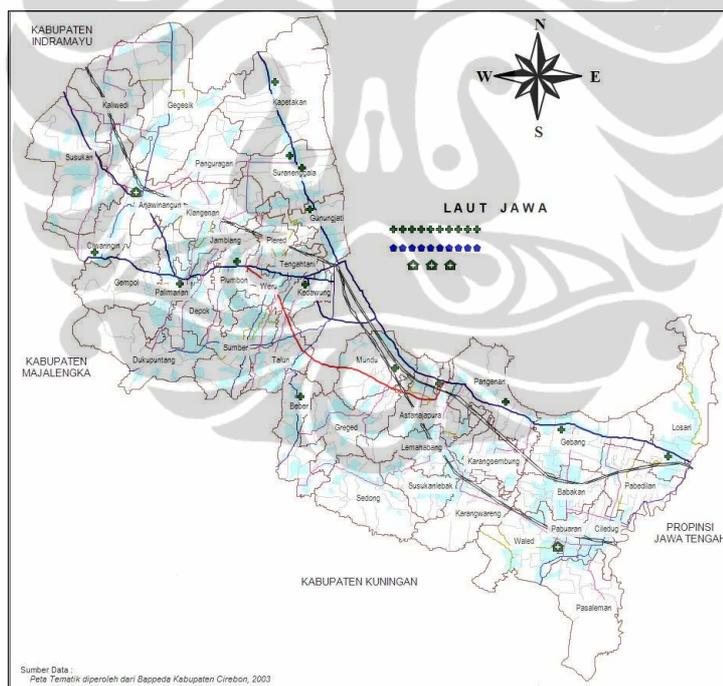


BAB 5 HASIL

5.1 Gambaran Umum Lokasi Penelitian

5.1.1 Kabupaten Cirebon

Kabupaten Cirebon terletak di sebelah Timur Jawa Barat berbatasan dengan Propinsi Jawa Tengah. Secara administratif, terletak di wilayah tiga Cirebon (Kabupaten Cirebon, Kota Cirebon, Kabupaten Indramayu, Kabupaten Majalengka, dan Kabupaten Kuningan). Luas wilayah Kabupaten Cirebon adalah 990,36 km². Secara geografis terletak antara 108⁰40'-108⁰48' Bujur Timur dan 6⁰30'-7⁰00' Lintang Selatan, dengan jarak terjauh Barat-Timur 54 km² dan Utara-Selatan 39 km².



Gambar 5.1

Peta Kabupaten Cirebon

Disamping berbatasan dengan Kabupaten Brebes Propinsi Jawa Tengah, Kabupaten Cirebon berbatasan dengan beberapa kabupaten, yaitu:

1. Sebelah Utara berbatasan dengan wilayah Kabupaten Indramayu

2. Sebelah Barat Laut berbatasan dengan wilayah Kabupaten Majalengka
3. Sebelah Selatan berbatasan dengan wilayah Kabupaten Kuningan
4. Sebelah Timur berbatasan dengan Kab. Brebes (Jawa Tengah)

Pada tahun 2006 berdasarkan Peraturan Daerah Nomor 17 Tahun 2006 tentang Pembentukan dan Penataan Kecamatan, Kabupaten Cirebon mengalami pemekaran wilayah dari 37 kecamatan menjadi 40 kecamatan. Wilayah kecamatan sepanjang jalur Pantai Utara merupakan daerah pantai dengan ketinggian antara 0–10 meter DPL (Di Atas Permukaan Laut), sedangkan wilayah kecamatan yang terletak di bagian Selatan merupakan daerah perbukitan dengan ketinggian antara 11 – 130 meter DPL.

Berdasarkan tipologi desa, dari 424 desa/kelurahan (diantaranya terdapat 12 kelurahan) mayoritas merupakan desa persawahan (179 desa), desa perdagangan dan jasa (188 desa), desa nelayan (15 desa), desa perkebunan (4 desa), dan desa industri (32 desa).

Kabupaten Cirebon bercuaca panas, kondisi ini dipengaruhi oleh keadaan alamnya yang sebagian besar merupakan daerah pantai, hanya sebagian kecil di bagian Selatan merupakan daerah perbukitan.

Keadaan hidrografi, dilalui 18 aliran sungai, semuanya berhulu di bagian Selatan dan bermuara ke Laut Jawa. Sebagian besar sungai–sungai ini dipergunakan masyarakat untuk keperluan pengairan, persawahan dan sebagian kecil untuk keperluan MCK.

Sejak tahun 2006 sesuai dengan Peraturan Daerah Kabupaten Cirebon Nomor 17 Tahun 2006 tentang Pembentukan dan Penataan Kecamatan, terjadi pemekaran wilayah di Kabupaten Cirebon dari 37 Kecamatan menjadi 40 Kecamatan.

Menurut Badan Pusat Statistik (BPS) Provinsi Jawa Barat, jumlah penduduk Kabupaten Cirebon tahun 2009 adalah sebesar 2.211.186 jiwa, dengan komposisi laki-laki sebanyak 1.102.099 jiwa dan perempuan sebanyak 1.109.087 jiwa.

Tabel 5.1
Luas Wilayah, Jumlah Penduduk, Jumlah Rumah Tangga dan Kepadatan
Penduduk per Kecamatan

NO	KECAMATAN	LUAS	JUMLAH	JUMLAH	RATA-RATA	KEPADATAN
		WILAYAH	PENDUDUK	RUMAH	JIWA/RUMAH	PENDUDUK
1	2	3	4	6	7	8
		(km ²)		TANGGA	TANGGA	/km ²
1	Waled	28.46	56,767	14,753	3.8	1,995
2	Pasaleman	32.11	28,356	7,123	4.0	883
3	Ciledug	13.25	46,048	12,054	3.8	3,475
4	Pabuaran	8.95	37,759	9,691	3.9	4,219
5	Losari	39.07	59,102	14,023	4.2	1,513
6	Pabedilan	24.08	68,556	17,830	3.8	2,847
7	Babakan	21.93	72,034	18,811	3.8	3,285
8	Gebang	31.68	64,105	16,222	4.0	2,024
9	Karangsembung	15.14	40,048	9,945	4.0	2,645
10	Karangwareng	23.12	27,635	8,637	3.2	1,195
11	Lemah Abang	21.49	50,199	13,540	3.7	2,336
12	Susukanlebak	18.74	41,872	10,608	3.9	2,234
13	Sedong	31.02	40,946	10,359	4.0	1,320
14	Astanajapura	25.47	76,224	21,227	3.6	2,993
15	Pangenan	30.54	47,406	9,708	4.9	1,552
16	Mundu	25.58	68,112	16,221	4.2	2,663
17	Beber	23.25	40,547	9,628	4.2	1,744
18	Greged	29.92	52,697	13,298	4.0	1,761
19	Sumber	25.65	81,065	16,187	5.0	3,160
20	Dukupuntang	36.40	61,019	21,687	2.8	1,676
21	Palimanan	17.18	59,294	14,400	4.1	3,451
22	Plumbon	18.19	75,008	13,694	5.5	4,124
23	Depok	15.55	58,860	18,473	3.2	3,785
24	Weru	9.19	61,970	13,621	4.5	6,743
25	Plered	11.34	52,359	14,742	3.6	4,617
26	Tengagtani	8.97	41,135	13,054	3.2	4,586
27	Kedawung	9.58	58,819	9,366	6.3	6,140
28	Kapetakan	60.20	58,786	14,179	4.1	977
29	Suranenggala	22.98	51,586	18,773	2.7	2,245
30	Klangenan	20.57	56,212	13,407	4.2	2,733
31	Jamblang	17.76	40,710	14,882	2.7	2,292
32	Arjawinangun	24.11	65,279	14,109	4.6	2,708
33	Panguragan	20.31	50,320	10,371	4.9	2,478
34	Ciwaringin	17.79	39,858	16,378	2.4	2,240
35	Gempol	30.73	47,531	11,352	4.2	1,547
36	Susukan	50.1	71,061	10,512	6.8	1,418
37	Gegesik	60.38	84,705	12,453	6.8	1,403
38	Kaliwedi	27.82	43,389	18,912	2.3	1,560
39	Talun	21.21	62,077	21,733	2.9	2,927
40	Gunungjati	20.55	71,730	11,029	7	3,491
JUMLAH (KAB/KOTA)		990.36	2,211,186	556,992	4.0	2,233

Jumlah penduduk miskin di Kabupaten Cirebon tahun 2008 menurut sumber Dinas Kependudukan, Catatan Sipil dan KB tercatat 1.263.756 jiwa (57,64%).

5.1.2 Dinas Kesehatan Kabupaten Cirebon

5.1.2.1 Visi dan Misi

Berdasarkan rencana Strategis Dinas Kesehatan Kabupaten Cirebon tahun 2006 – 2010 visi dan Dinas Kesehatan Kabupaten Cirebon adalah :

a. Visi Dinas Kesehatan Kabupaten Cirebon

Visi Dinas Kesehatan Kabupaten Cirebon adalah terwujudnya pelayanan kesehatan secara paripurna dengan didukung oleh aparatur kesehatan yang profesional serta pelayanan berkualitas yang berorientasi kepada kepentingan umum dalam mewujudkan masyarakat sehat dan sejahtera.

b. Misi Dinas Kesehatan Kabupaten Cirebon

Misi pada suatu organisasi pada prinsipnya lebih bersifat jangka panjang dan berfungsi memberikan tuntutan yang teguh dalam pengambilan keputusan manajemen. Dengan dasar pemikiran tersebut, maka Dinas Kesehatan Kabupaten Cirebon merumuskan misi yang sesuai dengan tugas pokok dan fungsinya, yaitu :

1. Meningkatkan tanggungjawab, kemampuan, kualitas dan profesionalisme aparatur kesehatan
2. Mengoptimalkan pelayanan kesehatan kepada masyarakat dengan tersedianya sarana pelayanan kesehatan yang terjangkau oleh masyarakat
3. Meningkatkan partisipasi masyarakat dalam pelayanan kesehatan pada masyarakat
4. Mewujudkan masyarakat yang sehat

Dari visi dan misi tersebut, ditetapkan tujuan pembangunan kesehatan, yaitu :

1. Meningkatkan perencanaan dan Sistem Informasi Kesehatan
2. Meningkatkan sarana dan prasarana
3. Meningkatkan pelayanan Dinas Kesehatan
4. Meningkatkan upaya kesehatan keluarga dan masyarakat
5. Meningkatkan penanggulangan penyakit menular
6. Meningkatkan pengawasan gizi masyarakat
7. Meningkatkan upaya promosi kesehatan

8. Meningkatkan upaya penyehatan lingkungan

5.1.2.2 Struktur Organisasi

Berdasarkan Peraturan Bupati Kabupaten Cirebon Nomor 47 tahun 2008 tanggal 17 Desember 2008 mengenai tugas, fungsi dan tata kerja serta rincian tugas jabatan pada Dinas Kesehatan Kabupaten Cirebon, struktur organisasi Dinas Kesehatan Kabupaten Cirebon adalah :

1. Kepala Dinas
2. Sekretariat
 - a. Sub Bagian Umum
 - b. Sub Bagian Keuangan
 - c. Sub Bagian Program
3. Bidang Bina Perilaku dan Penyehatan Lingkungan
 - a. Seksi Perilaku Kesehatan
 - b. Seksi Penyehatan Lingkungan Pemukiman
 - c. Seksi Penyehatan Tempat-tempat Umum dan Industri
4. Bidang Pelayanan Kesehatan dan Farmasi
 - a. Seksi Pelayanan Kesehatan Dasar
 - b. Seksi Pelayanan Kesehatan Rujukan dan Pelayanan Kesehatan Swasta
 - c. Seksi Farmasi
5. Bidang Kesehatan Keluarga
 - a. Seksi Kesehatan Ibu dan Usia Lanjut
 - b. Seksi Kesehatan Anak
 - c. Seksi Gizi
6. Bidang Pencegahan dan Pemberantasan Penyakit
 - a. Seksi Pencegahan Penyakit
 - b. Seksi Pemberantasan Penyakit
 - c. Seksi Pengawasan Penyakit
7. Jabatan Fungsional
8. UPTD

5.2 Analisis Sistem Informasi Monitoring dan Evaluasi Kinerja Program Jamkesmas

Analisa sistem informasi monitoring dan evaluasi kinerja program Jamkesmas di Kabupaten Cirebon dilakukan dengan cara menganalisis sistem yang telah berjalan, mengidentifikasi permasalahan pada sistem yang berjalan, serta menggali kebutuhan informasi dan peluang pengembangan sistem.

Untuk mendapatkan data yang diperlukan dalam menganalisa sistem informasi monitoring dan evaluasi kinerja program Jamkesmas di Kabupaten Cirebon, telah dilakukan wawancara terhadap penanggungjawab dan pengelola program Jamkesmas, yaitu :

1. Kepala Bidang Pelayanan Kesehatan dan Farmasi Dinas Kesehatan Kabupaten Cirebon
2. Kepala Seksi Pelayanan Kesehatan Dasar Dinas Kesehatan Kabupaten Cirebon
3. Staf Seksi Pelayanan Kesehatan Dasar
4. Kepala UPT Puskesmas Sumber
5. Staf Pengelola Program Jamkesmas Puskesmas Sumber

5.2.1 Pengumpulan Informasi

Berdasarkan hasil wawancara yang dilakukan kepada penanggungjawab dan pengelola program Jamkesmas di Dinas Kesehatan dan Puskesmas di Kabupaten Cirebon dikumpulkan informasi tentang bagaimana proses bisnis pada sistem lama berjalan.

Tabel 5.2
Deskripsi Sistem Berjalan

No.	Uraian	Temuan
1.	Entitas sistem	Struktur pelaksana program Jamkesmas terdiri dari tim koordinasi dan tim pengelola. Tim koordinasi terdiri dari : Pelindung : Bupati Kab. Cirebon

		<p>Ketua : Sekretaris Daerah</p> <p>Anggota : Kepala Dinas Kesehatan, BAPEDA, DPRD Komisi IV, BPPKB (Badan Pemberdayaan Perempuan dan Keluarga Berencana) dan PT. Askes</p> <p>Tim pengelola terdiri dari :</p> <p>Penanggungjawab : Kepala Dinas Kesehatan</p> <p>Koordinator Operasional : Kepala Bid. Yankes dan Farmasi</p> <p>Pelaksana kepesertaan, pelayanan dan keuangan.</p>
2.	Regulasi dan kebijakan	<p>Pelaksanaan program Jamkesmas didasarkan pada Pedoman Pelaksanaan Jamkesmas (Kepmenkes No. 316/Menkes/SK/V/2009) dan Petunjuk Teknik Pelaksanaan Jamkesmas (Dirjen Binkesmas No. HK.02.04/BI.1/2708/09).</p> <p>Pedoman Pelaksanaan mengatur secara garis besar pelaksanaan pelayanan di Puskesmas dan Rumah Sakit, sedangkan Petunjuk Teknis lebih banyak mengatur pelayanan kesehatan tingkat dasar di Puskesmas, khususnya upaya-upaya pemberdayaan masyarakat (Upaya Kesehatan Primer dan Upaya Kesehatan Masyarakat).</p> <p><i>“Hampir setiap tahun terjadi perubahan yang mendasar pada Pedoman Pelaksanaan sehingga sulit untuk mengaplikasikannya dan perubahan terjadi pada pertengahan program” (Informan 2)</i></p>
3.	Sasaran	<p>Jumlah sasaran ditetapkan oleh Bupati berdasarkan data nama dan alamat masyarakat miskin yang diberikan oleh BPPKB. Kriteria masyarakat miskin yang digunakan oleh BPPKB adalah kriteria pendataan keluarga pra-kurang sejahtera oleh petugas lapangan KB dan perangkat desa.</p> <p><i>“Data masyarakat miskin tidak diperoleh dari BPS, tetapi dari BPPKB karena BPS hanya mempunyai data umum berdasarkan survei sesuai KK, tidak ada data berdasarkan nama dan alamat. BPS hanya menyediakan data apabila ada perintah dari BPS pusat” (Informan 2)</i></p> <p><i>“Kesalahan atau penyimpangan pengambilan data kemungkinan</i></p>

		<p>terjadi sebesar < 5%. Ada kemungkinan keluarga aparat yang cukup mampu masuk dalam sasaran” (Informan 2).</p> <p>Data sasaran peserta Jamkesmas tidak dapat diperbaharui sesuai dengan keadaan lapangan.</p> <p>“Sejak Februari 2009, PT Askes tidak memperbolehkan pembaruan data kepersertaan secara langsung sehingga sejak Februari 2009 hingga saat ini belum pernah dilakukan pembaruan data kepersertaan” (Informan 2).</p>
4.	Sumber dana	<p>Dana program Jamkesmas berasal dari dana Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara (APBN) serta Bantuan Gubernur (Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah - APBD I).</p> <p>“APBN digunakan untuk membiayai peserta Jamkesmas yang termasuk dalam kouta yang telah ditetapkan oleh Departemen Kesehatan, yaitu 816.993 orang, sedangkan Bantuan Gubernur digunakan untuk membiayai masyarakat miskin yang tidak termasuk dalam kuota Departemen Kesehatan” (Informan 2)</p>
5.	Permohonan dana	<p>Sesuai dengan jumlah kuota yang ditetapkan, Departemen Kesehatan mengirimkan dana program Jamkesmas ke PT Pos dan Giro. Total dana yang dikirimkan oleh Departemen Kesehatan adalah jumlah kuota x Rp. 1.000,- x 12 bulan</p> <p>Setelah dana dikirimkan dan diterima oleh PT Pos dan Giro, Departemen Kesehatan dan PT Pos dan Giro mengirimkan surat pemberitahuan tentang pengiriman dana tersebut. Berdasarkan data total jumlah dana yang dikirimkan, Dinas Kesehatan mengalokasikan dana tersebut per Puskesmas berdasarkan jumlah kuota peserta Jamkesmas yang dicakup oleh Puskesmas tersebut serta layanan yang diberikannya.</p> <p>Untuk pencairan dana, setiap bulan Puskesmas mengajukan Plan</p>

	<p>of Action (POA) kepada Dinas Kesehatan. POA ini dibuat melalui mini lokakarya Puskesmas.</p> <p>Dinas Kesehatan memverifikasi POA tersebut berdasarkan laporan penggunaan dana program Jamkesmas Puskesmas bulan sebelumnya, yaitu pengeluaran untuk rawat inap, pengeluaran untuk persalinan dan pengeluaran untuk pelayanan dasar. Berdasarkan verifikasi POA ini, Puskesmas mencairkan dananya ke PT Pos dan Giro.</p> <p><i>“Puskesmas harus memberikan POA dari tanggal 1 hingga tanggal 7 setiap bulan, agar tidak terjadi kemunduran pelaksanaan kegiatan dan penyerapan dana. Hingga saat ini masih ada Puskesmas yang terlambat memberikan POA karena banyak kegiatan sehingga tidak bisa melaksanakan mini lokakarya” (Informan 2).</i></p> <p>Dalam pencairan dana, Dinas Kesehatan Kabupaten Cirebon tidak selalu mengikuti Pedoman Pelaksanaan yang dikeluarkan Direktorat Jenderal Bina Kesehatan Masyarakat Departemen Kesehatan, yaitu membagi dana tersebut berdasarkan jumlah kuota peserta Jamkesmas yang dicakup.</p> <p><i>“Pada awalnya, Dinas Kesehatan membagi dana tersebut berdasarkan estimasi pelayanan rawat inap, kemudian estimasi pelayanan persalinan. Terakhir, Dinas Kesehatan membaginya secara merata di setiap Puskesmas untuk pelayanan kesehatan dasar dengan rumus jumlah masyarakat miskin di Puskesmas yang bersangkutan dibagi jumlah masyarakat miskin di Kabupaten Cirebon dikali anggaran yang telah dikurangi estimasi rawat inap dan persalinan” (Informan 2).</i></p> <p>Tidak ada hambatan yang berarti dalam pendanaan jika dana yang diturunkan oleh Departemen Kesehatan sesuai dengan perhitungan kuota yang telah ditetapkan.</p>
--	--

		<p><i>“Pada tahun 2008, dana yang dikirimkan oleh Pusat tidak sesuai dengan perhitungan jumlah kuota sehingga anggaran Puskesmas dikurangi sedemikian rupa dan terjadi kekurangan pada dana rawat inap. Kekurangan tersebut diganti oleh dana APBD, walaupun sebenarnya APBD diperuntukan untuk membiayai pelayanan bagi masyarakat miskin di luar kuota Jamkesmas” (Informan 2).</i></p>
6.	Pembiayaan pelayanan	<p>Setiap Puskesmas memiliki informasi peserta Jamkesmas yang akan dibiayai oleh Puskesmas tersebut. Setiap peserta akan mengakses pelayanan kesehatan pada Puskesmas yang telah ditunjuk.</p> <p><i>“Pada beberapa kasus, oleh karena jarak peserta Jamkesmas mengakses pelayanan kesehatan di Puskesmas yang tidak ditunjuk. Untuk pelayanan dasar, hal ini tidak menimbulkan permasalahan yang signifikan karena anggaran yang tersedia di Puskesmas biasanya masih mencukupi. Untuk biaya persalinan, biaya yang telah dikeluarkan oleh Puskesmas yang tidak ditunjuk akan diganti oleh Puskesmas yang ditunjuk” (Informan 2).</i></p> <p>Dinas Kesehatan tidak dapat membuat perencanaan anggaran dan kegiatan pada awal tahun karena dana program Jamkesmas dicairkan pada pertengahan tahun.</p> <p><i>“Perbedaan waktu antara pencairan dana dari Pusat dengan pelaksanaan kegiatan di Dinas Kesehatan dan Puskesmas menyulitkan pelaksanaan kegiatan program Jamkesmas” (Informan 2)</i></p>
7.	Pelaksanaan pelayanan	<p>Untuk mendapatkan pelayanan dasar, peserta Jamkesmas datang ke Puskesmas dengan membawa kartu peserta. Apabila pasien tersebut perlu tindak lanjut, maka Puskesmas akan memberikan surat rujukan ke Rumah Sakit terdekat. Pasien yang kondisinya tidak memungkinkan untuk pergi ke Rumah Sakit sendiri, akan diberikan pelayanan ambulance.</p>

		<p>Apabila pasien di Rumah Sakit perlu penanganan lebih lanjut maka pasien akan dirujuk ke Rumah Sakit dengan pelayanan lebih lengkap. Di Kabupaten Cirebon terdapat 4 (empat) Rumah Sakit rujukan.</p> <p><i>“Hambatan pada pelaksanaan pelayanan terjadi ketika pasien datang langsung ke Rumah Sakit untuk mendapatkan pelayanan, sehingga terkesan bahwa Rumah Sakit adalah Puskesmas besar dan terjadi peningkatan pembiayaan” (Informan 2).</i></p>
8.	Pelaporan program	<p>Setiap bulan Puskesmas memberikan laporan pelaksanaan program Jamkesmas ke Dinas Kesehatan Kabupaten. Puskesmas memberikan laporan dalam bentuk <i>print out</i>, yaitu data mengenai masyarakat miskin, pelayanan, laporan keuangan, dan 10 penyakit terbesar.</p> <p>Puskesmas diharapkan memberikan laporan sebelum tanggal 10 agar tanggal 20-an Dinas Kesehatan Kabupaten telah selesai merekapitulasi data tersebut dan dapat menyerahkannya pada Pusat. Walaupun demikian, ada beberapa Puskesmas yang terlambat memberikan laporan.</p> <p><i>“Kadang-kadang ada saja yang terlambat, kalau dibel baru, oh iya maaf” (Informan 2)</i></p> <p>Setelah menerima laporan dari Puskesmas, Dinas Kesehatan Kabupaten kemudian melakukan rekapitulasi dan melaporkan ke Dinas Kesehatan Propinsi dan Pusat (Departemen Kesehatan).</p> <p>Untuk Dinas Kesehatan Propinsi, Dinas Kesehatan Kabupaten memberikan laporan dalam bentuk <i>print out</i>, sedangkan untuk Pusat diberikan Dinas Kesehatan Kabupaten memberikan dalam bentuk <i>print out</i> dan melalui website.</p>

		<p><i>“Oleh karena perbedaan antara laporan pada Pedoman Pelaksanaan (print out) yang harus dilaporkan oleh Dinas Kesehatan Kabupaten ke Dinas Kesehatan Propinsi dan laporan melalui website untuk Pusat, maka Dinas Kesehatan melakukan dua kali rekapitulasi sehingga sering terjadi keterlambatan pelaporan melalui website” (Informan 2).</i></p> <p><i>“Sejak tahun 2009, pelaporan ke Pusat melalui website lebih diutamakan daripada pelaporan yang bersifat print out. Untuk pelaporan ke Provinsi lebih diutamakan pelaporan dalam bentuk print out” (Informan 2).</i></p> <p><i>“Pelaporan melalui website khususnya dalam hal penyakit agak berbeda dengan yang tertera pada Pedoman Pelaksanaan. Pada Pedoman Pelaksanaan laporan penyakit berdasarkan ICD 10, sedangkan pada website masih berdasarkan LB1” (Informan 3).</i></p>
9.	Pemanfaatan data	Hingga saat ini, data yang diberikan oleh Puskesmas hanya dimanfaatkan oleh Dinas Kesehatan Kabupaten, khususnya Bidang Pelayanan Kesehatan dan Farmasi sebagai bahan dasar penghitungan kebutuhan obat.
10.	Monitoring	<p>Dinas Kesehatan Kabupaten akan melakukan monitoring dan evaluasi program Jamkesmas apabila dana tersedia. Dana yang dipergunakan untuk membiayai kegiatan ini adalah APBD II. Kegiatan monitoring dan evaluasi tidak dilakukan Dinas Kesehatan secara teratur dan terjadwal.</p> <p><i>“Tahun 2010, Dinas Kesehatan hanya melaksanakan monitoring satu kali di setiap Puskesmas. Seringkali dana untuk kegiatan monitoring dan evaluasi diturunkan akhir tahun sehingga seringkali kegiatan ini terhambat” (Informan 2)</i></p> <p>Dinas Kesehatan Kabupaten melaksanakan monitoring dengan mengunjungi Puskesmas, melihat kesesuaian antara POA dengan kegiatan yang dilaksanakan serta kesesuaian jumlah pelayanan</p>

		<p>yang diberikan kepada masyarakat dengan laporan yang diberikan.</p> <p><i>“Dinas Kesehatan tidak memiliki form khusus dalam melakukan monitoring, laporan diberikan dalam bentuk laporan perjalanan. Petugas hanya diberikan penjelasan poin-poin yang perlu diperiksa” (Informan 2)</i></p>
11.	Evaluasi	<p>Evaluasi dilaksanakan dengan mengundang Kepala Puskesmas dan pengelola setiap Puskesmas ke pertemuan di Dinas Kesehatan Kabupaten. Pada pertemuan tersebut, tim Puskesmas akan memberikan penjelasan mengenai kegiatan program Jamkesmas selama setahun dan permasalahan yang timbul.</p> <p>Evaluasi dilaksanakan hanya satu kali dalam setahun, dan dana yang digunakan untuk kegiatan ini berasal dari APBD Kabupaten Cirebon.</p> <p>Tujuan Dinas Kesehatan Kabupaten Cirebon mengadakan evaluasi adalah agar Kepala Puskesmas dan pengelola program Jamkesmas di Puskesmas memiliki pandangan yang sama dengan Dinas Kesehatan Kabupaten dalam pelaksanaan program Jamkesmas.</p> <p>Hasil laporan evaluasi di Dinas Kesehatan tidak dilaporkan secara tertulis oleh Dinas Kesehatan ke Dinas Kesehatan Provinsi dan Pusat. Dinas Kesehatan hanya menyampaikan hasil tersebut secara lisan pada pertemuan di Dinas Kesehatan Provinsi atau Pusat.</p>
12.	Indikator dan pengukuran kinerja	<p>Dinas Kesehatan Kabupaten Cirebon tidak mempergunakan indikator yang telah ditetapkan oleh Departemen Kesehatan pada Pedoman Pelaksanaan program.</p>

		<p>Untuk mengukur kinerja program, Dinas Kesehatan Kabupaten Cirebon masih melihat pada :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Hasil laporan kegiatan Jamkesmas 2. Jumlah penyerapan dana Jamkesmas 3. Utilisasi (jumlah pemakaian atau pemanfaatan kartu Jamkesmas oleh peserta Jamkesmas) <p><i>“Indikator yang digunakan oleh Dinas Kesehatan Kabupaten Cirebon untuk mengukur kinerja program Jamkesmas adalah :</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. <i>Kunjungan pasien :</i> <ol style="list-style-type: none"> a. <i>Rawat jalan = 15%</i> b. <i>Rawat inap = 1,5%</i> 2. <i>Pemeriksaan KIA :</i> <ol style="list-style-type: none"> a. <i>K1 = 95%</i> b. <i>K4 = 95%</i> c. <i>KN1 = 90%</i> d. <i>KN2 = 90%</i> e. <i>KN8 = 90%</i> f. <i>Kunjungan neonatal = 80%</i> g. <i>Kunjungan bayi = 90%</i> 3. <i>Pelayanan ibu hamil resiko tinggi :</i> <ol style="list-style-type: none"> a. <i>Persalinan dengan tenaga kesehatan = 87%</i> b. <i>Ibu hamil resiko tinggi yang dilayani = 58,6%” (Informan 1)</i>
13.	Infrastruktur hardware	<p>Dinas Kesehatan Kabupaten hanya memperoleh satu perangkat komputer untuk menunjang program Jamkesmas. Komputer ini digunakan untuk merekapitulasi laporan Puskesmas dan memberikan laporan ke Dinas Kesehatan Provinsi serta Pusat.</p> <p>Komputer penunjang pelaksanaan program Jamkesmas telah didukung dengan fasilitas internet melalui modem eksternal.</p> <p><i>“Kecepatan internet yang tersedia lambat sehingga menghambat pengiriman laporan melalui website” (Informan 4)</i></p>

14.	Infrastruktur software	<p>Pelaporan melalui website (<i>software</i>) di input berdasarkan Puskesmas.</p> <p><i>“Pelaporan tersebut kadang kala mengalami kendala, yaitu saat program hang atau server Pusat rusak. Hal ini menyebabkan laporan yang telah dimasukan hilang dan perlu di input kembali” (Informan 2)</i></p> <p>Selain pembuatan laporan melalui website, laporan juga dibuat dalam program Microsoft Excel dan Word.</p>
15.	Sumber daya manusia	<p>Sumber daya manusia pelaksana program Jamkesmas di Dinas Kesehatan Kabupaten Cirebon masih terbatas karena adanya pelaksanaan mutasi.</p> <p><i>“Adanya mutasi tersebut menyebabkan hambatan dalam pelaksanaan teknis sehingga perlu dilaksanakan pembinaan secara berkesinambungan” (Informan 2)</i></p> <p>Untuk pelaporan melalui website, pelaksana pelaporan telah diberikan pelatihan khusus mengenai tata cara penggunaan software tersebut. Jumlah pelaksana pelaporan program Jamkesmas di Dinas Kesehatan Kabupaten Cirebon hanya satu orang.</p> <p>Terdapat sistem reward dan punishment bagi petugas program Jamkesmas.</p> <p><i>“Reward tidak selalu diberikan dalam bentuk materi, tetapi juga dalam bentuk penghargaan. Bagi petugas yang melakukan kesalahan, diselesaikan secara kekeluargaan melalui pemberian pengertian” (Informan 2)</i></p>

5.2.2 Identifikasi Masalah

Berdasarkan wawancara mendalam kepada penanggungjawab dan pengelola program Jamkesmas di Puskesmas dan Dinas Kesehatan Kabupaten Cirebon, diketahui bahwa dalam pelaksanaan program Jamkesmas di Dinas Kesehatan Cirebon mengalami beberapa hambatan atau masalah, yaitu :

Tabel 5.3
Identifikasi Masalah

No.	Kegiatan	Permasalahan
1.	Input	<ul style="list-style-type: none"> a. Pedoman Pelaksanaan program Jamkesmas sering mengalami perubahan b. Data sasaran berdasarkan nama dan alamat tidak berasal dari BPS, melainkan BPPKB c. Keluarga aparat yang cukup mampu masuk dalam daftar sasaran (< 5%) dan tidak ada pembaharuan sasaran kepesertaan program Jamkesmas d. Puskesmas terlambat memberikan POA sehingga dana pelayanan Jamkesmas di Puskesmas terlambat turun e. Terdapat perbedaan waktu antara pencairan dana dan pelaksanaan program f. Infrastruktur komputer untuk pencatatan dan pelaporan terbatas g. Fasilitas jaringan internet di Dinas Kesehatan terbatas, sedangkan di Puskesmas tidak ada h. Sumber daya manusia pengelola program Jamkesmas khususnya dalam pelaporan terbatas i. Puskesmas terlambat memberikan laporan PPK I-A, PPK I-C, Laporan pendanaan dan LB1 ke Dinas Kesehatan Kabupaten, sehingga Dinas Kesehatan Kabupaten terlambat memberikan

		laporan ke Dinas Kesehatan Provinsi dan Departemen Kesehatan (Pusat)
2.	Proses	<p>a. Pengalokasian dana ke Puskesmas tidak sesuai dengan Pedoman Pelaksanaan (berdasarkan asumsi rawat inap, persalinan dan pelayanan dasar)</p> <p>b. Proses rujukan kadang tidak berjalan, pasien langsung ke Rumah Sakit untuk mendapatkan pelayanan</p> <p>c. Dinas Kesehatan Kabupaten melakukan dua kali rekapitulasi akibat perbedaan format laporan pada website dan Pedoman Pelaksanaan</p> <p>d. Monitoring dan evaluasi tidak dilakukan Puskesmas dan Dinas Kesehatan secara teratur dan terjadwal</p> <p>e. Laporan melalui website di input berdasarkan Puskesmas, jika sistem bermasalah harus di input kembali keseluruhan data Puskesmas</p> <p>f. Dinas Kesehatan Kabupaten Cirebon tidak menggunakan indikator keberhasilan yang ditetapkan pada Pedoman Pelaksanaan karena menekankan pelayanan di Rumah Sakit. Untuk mengukur kinerja program Jamkesmas, Dinas Kesehatan Kabupaten menggunakan indikator kunjungan pasien, pemeriksaan KIA dan penanganan ibu hamil berisiko tinggi</p> <p>g. Tidak ada indikator penyerapan dana</p> <p>h. Analisa data penghitungan indikator tidak dilakukan secara berkesinambungan</p> <p>i. Analisa data penghitungan indikator dilakukan secara manual dengan program Microsoft Excel</p> <p>j. Laporan <i>print out</i> untuk Dinas Kesehatan Provinsi direkapitulasi dan dilaporkan secara manual oleh Dinas Kesehatan Kabupaten dengan program Microsoft Excel</p>
3.	Output	<p>a. Hasil monitoring dan evaluasi hanya berupa notulensi pertemuan dan mini lokakarya</p>

		<p>b. Hasil monitoring dan evaluasi tidak dilaporkan secara tertulis dan teratur</p> <p>c. Puskesmas memberikan laporan ke Dinas Kesehatan Kabupaten dalam bentuk <i>print out</i>, sehingga perlu di input kembali</p> <p>d. Penyajian output hanya dalam bentuk tabel rekapitulasi (jumlah), tidak ada dalam bentuk grafik</p> <p>e. Tidak ada output yang menggambarkan penghitungan indikator sehingga tidak menggambarkan kinerja program</p> <p>f. Di Dinas Kesehatan Kabupaten, hanya tersedia output penggunaan dana secara keseluruhan, tidak dapat melihat penggunaan dana sesuai kegiatan program Jamkesmas</p>
--	--	--

5.2.3 Peluang Pengembangan Sistem

Berdasarkan uraian permasalahan yang terjadi pada sistem monitoring dan evaluasi kinerja program Jamkesmas yang berjalan, maka peluang pengembangan sistem monitoring dan evaluasi kinerja program Jamkesmas adalah sebagai berikut :

Tabel 5.4

Peluang Pengembangan Sistem

No.	Unsur	Ketersediaan	Peluang Pengembangan
1.	Man	<p>a. 1 orang penanggungjawab, yaitu Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Cirebon</p> <p>b. 1 orang koordinator operasional, yaitu Kepala Bidang Pelayanan Kesehatan dan Farmasi</p> <p>c. 3 orang staf, antara lain :</p> <ul style="list-style-type: none"> • 1 orang penanggungjawab harian program, yaitu 	<ul style="list-style-type: none"> • Penambahan sumber daya manusia atau tenaga dalam pencatatan, pelaporan dan pengolahan data • Peningkatan kompetensi staf di bidang teknologi komputer, khususnya staf pencatatan, pelaporan dan pengolahan data

		<p>Kepala Seksi Pelayanan Kesehatan</p> <ul style="list-style-type: none"> • 1 orang staf pengelola keuangan • 1 orang staf pencatatan dan pelaporan 	
2.	Material	<p>a. Instrumen pengumpulan data b. 1 unit komputer c. 1 unit modem eksternal</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Penambahan komputer untuk pencatatan, pelaporan dan pengolahan data • Penambahan modem eksternal untuk pelaporan secara online (website)
3.	Money	APBD Kabupaten Cirebon	<ul style="list-style-type: none"> • Dana khusus untuk pemeliharaan sistem dan internet
4.	Manajemen	Struktur organisasi	<ul style="list-style-type: none"> • Dukungan dari pengelola program Jamkesmas di Dinas Kesehatan Kabupaten, yaitu Kepala Bidang Pelayanan Kesehatan dan Farmasi serta staf dalam mengembangkan sistem online yang dapat membantu Puskesmas dalam memberikan laporan ke Dinas Kesehatan Kabupaten
5.	Teknologi	Belum dikembangkan sistem online yang membantu pelaporan Puskesmas ke Dinas Kesehatan	<ul style="list-style-type: none"> • Pengembangan sistem online yang dapat membantu pelaporan Puskesmas ke Dinas Kesehatan Kabupaten sehingga tidak terlambat

			<ul style="list-style-type: none"> • Pengembangan sistem yang dapat mengukur kinerja program Jamkesmas di Dinas Kesehatan Kabupaten
--	--	--	--

5.2.4 Analisis Kebutuhan Sistem

Berdasarkan hasil observasi dan wawancara mendalam kepada penanggungjawab dan pelaksana program Jamkesmas di Kabupaten Cirebon, khususnya Dinas Kesehatan Kabupaten dan Puskesmas, diketahui bahwa terdapat permasalahan dalam pelaksanaan program Jamkesmas di Kabupaten Cirebon baik dalam sisi input, proses maupun output.

Oleh karena keterbatasan penelitian, maka masalah yang akan dicarikan penyelesaian atau kebutuhannya adalah masalah pada sistem pencatatan dan pelaporan program Jamkesmas dari Puskesmas ke Dinas Kesehatan serta monitoring dan evaluasi kinerja program Jamkesmas di Dinas Kesehatan.

Tabel 5.5

Kebutuhan Sistem Monitoring dan Evaluasi Kinerja Program Jamkesmas Berbasis Web di Puskesmas Dinas Kesehatan Kabupaten Cirebon

Sudut Pandang	Permasalahan	Kebutuhan Sistem
Input	<ol style="list-style-type: none"> 1. Puskesmas terlambat memberikan <i>Plan of Action</i> (POA) sebagai syarat pencairan dana pelayanan Puskesmas per bulan 2. Perbedaan waktu antara pencairan dana dan pelaksanaan program 	<ul style="list-style-type: none"> • Pengembangan komunikasi data secara online yang dapat membantu pembuatan <i>Plan of Action</i> (POA) • Pengembangan komunikasi data secara online yang dapat membantu pemberian laporan dan rencana program

	<p>3. Infrastruktur komputer untuk pencatatan dan pelaporan terbatas</p> <p>4. Keterbatasan fasilitas jaringan internet untuk pelaporan</p> <p>5. Sumber daya manusia khususnya dalam pembuatan laporan terbatas</p> <p>6. Puskesmas terlambat memberikan laporan bulanan, berupa PPK-IA, LB1, PPK-IC dan Laporan Pendanaan ke Dinas Kesehatan Kabupaten</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Penambahan fasilitas berupa perangkat komputer untuk pencatatan dan pelaporan • Penyediaan fasilitas jaringan internet yang memadai di setiap Puskesmas dan Dinas Kesehatan Kabupaten • Penambahan sumber daya manusia • Pengembangan komunikasi data online yang dapat membantu Puskesmas dalam memberikan laporan bulanan kepada Dinas Kesehatan Kabupaten
Proses	<p>1. Pengalokasian dana ke Puskesmas berdasarkan asumsi rawat inap, persalinan dan pelayanan dasar</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Pengembangan format pelaporan berdasarkan pelayanan yang diberikan Puskesmas: <ol style="list-style-type: none"> 1. Upaya kesehatan perorangan 2. Upaya kesehatan masyarakat 3. Pelayanan rujukan dengan emergency 4. Rawat inap 5. Persalinan

	<p>2. Dinas Kesehatan melakukan dua kali rekapitulasi untuk memenuhi kewajiban laporan, yaitu melalui website dan <i>print out</i></p> <p>3. Puskesmas dan Dinas Kesehatan Kabupaten tidak melakukan monitoring dan evaluasi secara teratur dan terjadwal</p> <p>4. Penginputan data secara keseluruhan apabila terjadi masalah pada program online (website)</p> <p>5. Indikator pada Pedoman Pelaksanaan tidak dapat dihitung dan diaplikasikan di Puskesmas</p> <p>6. Tidak ada indikator penyerapan dana</p> <p>7. Analisa data penghitungan indikator tidak dilakukan secara berkesinambungan</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Pengembangan program berbasis website yang dapat memenuhi laporan website dan <i>print out</i> • Pengembangan program yang dapat menilai kinerja program Jamkesmas secara teratur • Pengembangan program berbasis website dengan penyimpanan secara parsial • Pengembangan indikator pengukuran kinerja program yang aplikatif di Puskesmas berdasarkan : <ol style="list-style-type: none"> 1. Kunjungan pasien 2. Pelayanan maternal dan neonatal • Pengembangan indikator penyerapan dana per Puskesmas • Pengembangan program analisa yang dapat membantu pengolahan dan analisa data indikator secara
--	--	--

	8. Analisa data penghitungan indikator dilakukan secara manual dengan program Microsoft Excel	berkesinambungan <ul style="list-style-type: none"> • Pengembangan program analisa yang dapat membantu pengolahan data secara otomasi
Output	<ol style="list-style-type: none"> 1. Hasil monitoring dan evaluasi hanya dalam bentuk notulensi pertemuan dan mini lokakarya 2. Hasil monitoring dan evaluasi tidak dilaporkan secara tertulis dan teratur 3. Puskesmas memberikan laporan ke Dinas Kesehatan Kabupaten dalam bentuk <i>print out</i> sehingga perlu dilakukan penginputan kembali 4. Penyajian output hanya dalam bentuk tabel rekapitulasi (jumlah) 5. Tidak ada output berdasarkan hasil penghitungan indikator yang dapat menggambarkan kinerja 	<ul style="list-style-type: none"> • Pengembangan sistem monitoring dan evaluasi yang menghasilkan informasi dalam bentuk angka • Pengembangan sistem monitoring dan evaluasi dengan hasil yang berkesinambungan dan tertulis (<i>print out</i>) • Pengembangan program komunikasi online yang dapat diakses Puskesmas dan Dinas Kesehatan Kabupaten • Pengembangan program yang dapat membantu proses pengolahan dan analisa data dengan output tabel dan grafik • Pengembangan program yang membantu pengolahan dan analisa data berdasarkan indikator sehingga

	<p>6. Dinas Kesehatan hanya memiliki output penggunaan dana secara keseluruhan</p>	<p>menggambarkan kinerja program Jamkesmas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pengembangan program yang membagi penggunaan dana sesuai dengan kegiatan program Jamkesmas
--	--	---

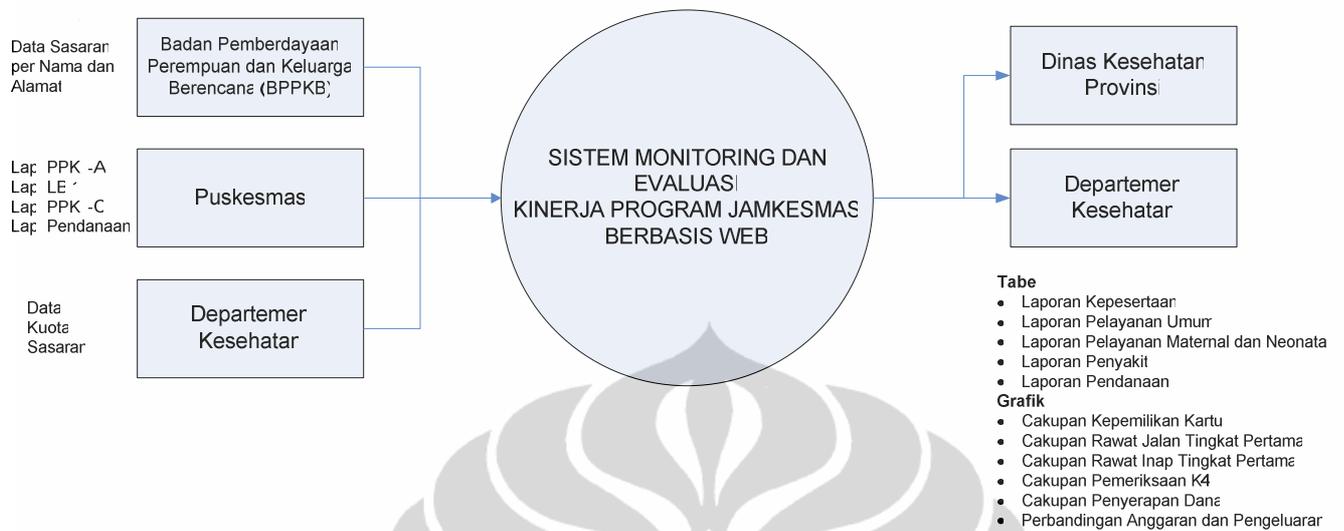
5.3 Disain Sistem

5.3.1 Diagram Arus Data (Data Flow Diagram)

Untuk menggambarkan entitas pada sistem monitoring dan evaluasi kinerja program Jamkesmas berbasis web di Dinas Kesehatan Kabupaten Cirebon, khususnya arus data masuk dan informasi yang dihasilkan oleh sistem, dibuatkan diagram arus data (data flow diagram).

Diagram arus data sistem monitoring dan evaluasi kinerja program Jamkesmas berbasis web di Dinas Kesehatan Kabupaten Cirebon ini dibagi beberapa tahap, yaitu diagram nol, diagram tingkat satu dan diagram tingkat dua.

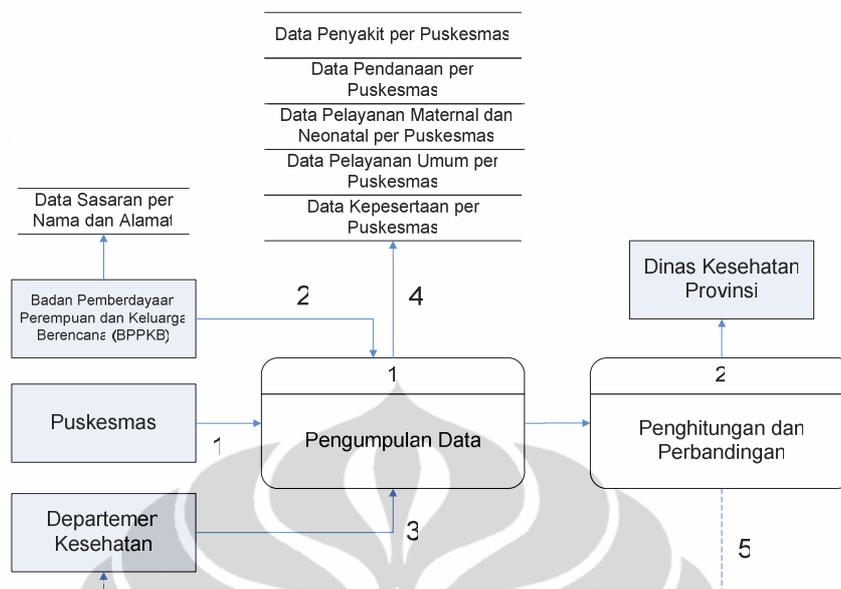
a. Tahap 1 : diagram nol



Gambar 5.2

Diagram Nol Sistem Monitoring dan Evaluasi Kinerja Program Jamkesmas Berbasis Website di Puskesmas Dinas Kesehatan Kabupaten Cirebon

b. Tahap 2 : diagram tingkat satu



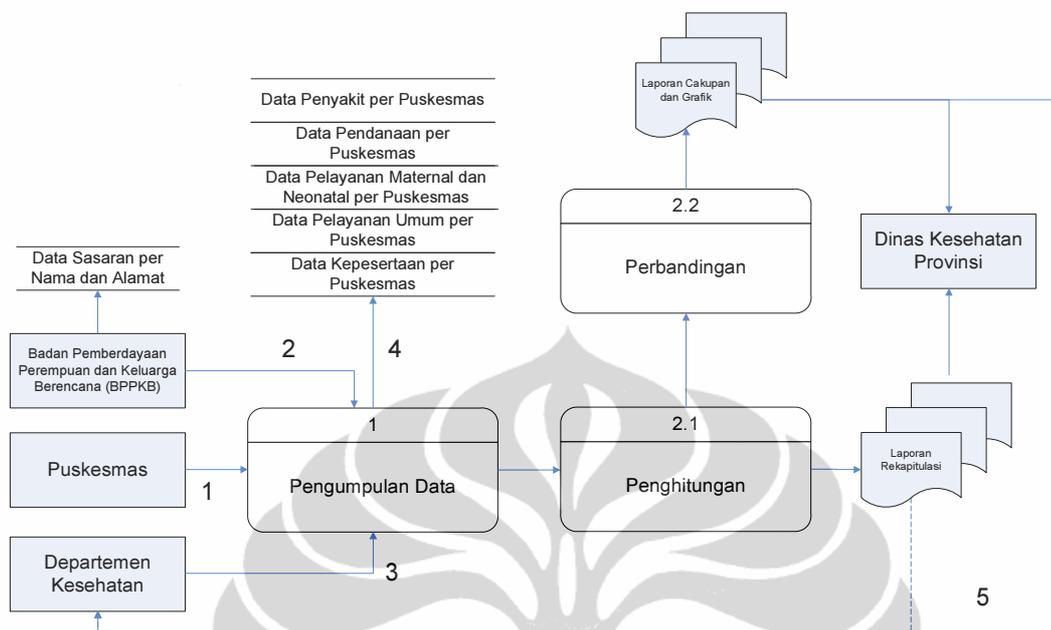
Gambar 5.3

Diagram Tingkat Satu Sistem Monitoring dan Evaluasi Kinerja Program Jamkesmas Berbasis Website di Puskesmas Dinas Kesehatan Kabupaten Cirebon

Keterangan :

1. Departemen Kesehatan menetapkan jumlah kuota sasaran
2. Badan Pemberdayaan Perempuan dan Keluarga Berencana (BPPKB) memberikan data sasaran berdasarkan nama dan alamat
3. Puskesmas memberikan laporan PPK I-A, LB1, PPK I-B, PPK I-C dan Laporan Pendanaan kepada Dinas Kesehatan
4. Data yang sudah dikumpulkan disimpan dalam database program Jamkesmas di Bidang Pelayanan Kesehatan dan Farmasi Dinas Kesehatan
5. Hasil pengolahan dan analisis dikirimkan bulanan ke Dinas Kesehatan Provinsi dan Pusat

c. Tahap 3 : diagram tingkat dua



Gambar 5.4

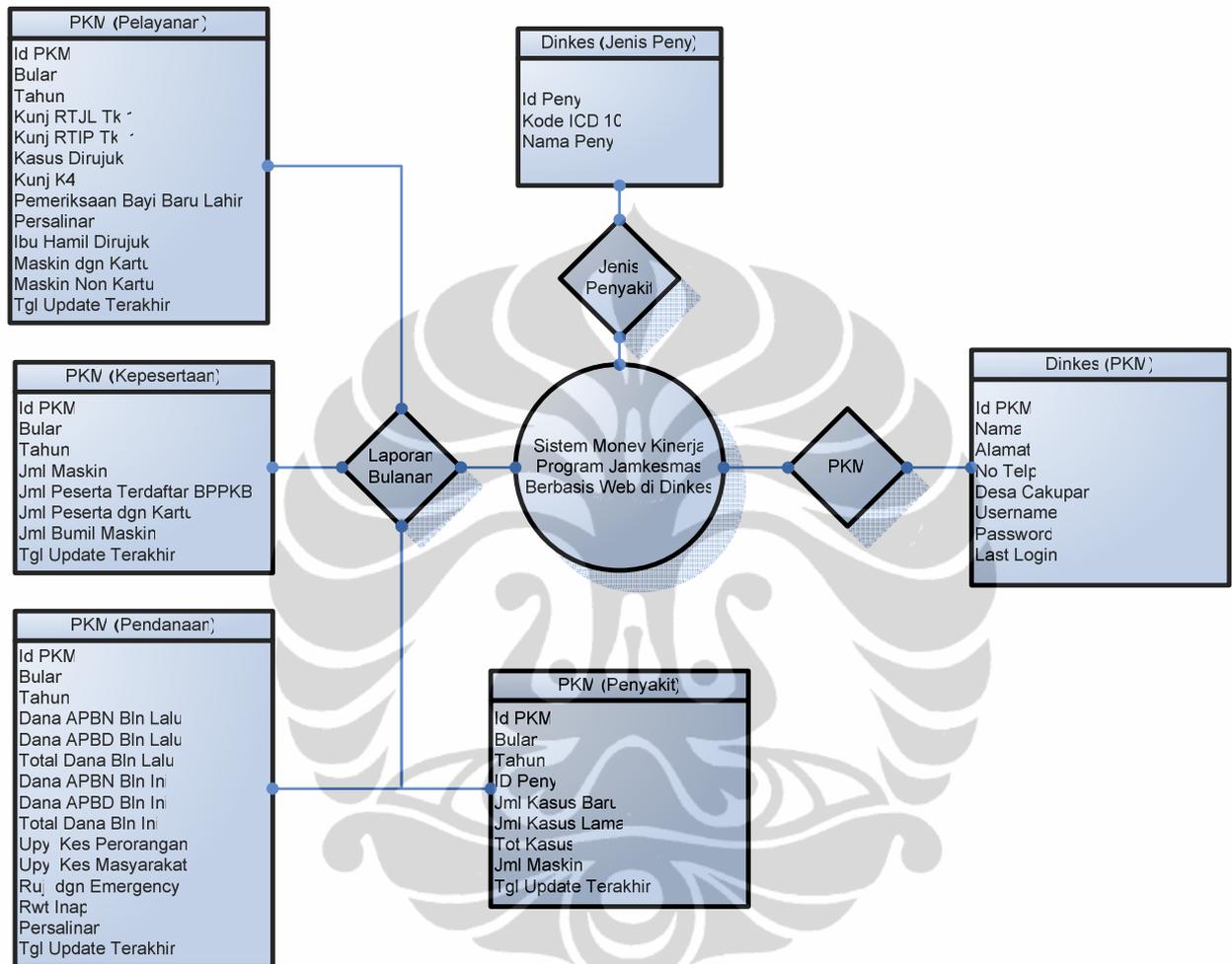
Diagram Tingkat Dua Sistem Monitoring dan Evaluasi Kinerja Program Jamkesmas Berbasis Website di Puskesmas Dinas Kesehatan Kabupaten Cirebon

Keterangan :

1. Departemen Kesehatan menetapkan jumlah kuota sasaran
2. Badan Pemberdayaan Perempuan dan Keluarga Berencana (BPPKB) memberikan data sasaran berdasarkan nama dan alamat
3. Puskesmas memberikan laporan PPK I-A, LB1, PPK I-B, PPK I-C dan Laporan Pendanaan kepada Dinas Kesehatan
4. Data yang sudah dikumpulkan disimpan dalam database program Jamkesmas di Bidang Pelayanan Kesehatan dan Farmasi Dinas Kesehatan
5. Hasil pengumpulan data per Puskesmas di rekapitulasi untuk dibuat laporan rekapitulasi program Jamkesmas di Kabupaten Cirebon
6. Hasil rekapitulasi dianalisis berdasarkan indikator untuk mendapatkan cakupan dan status kinerja program

5.3.2 Entity Relationship Diagram

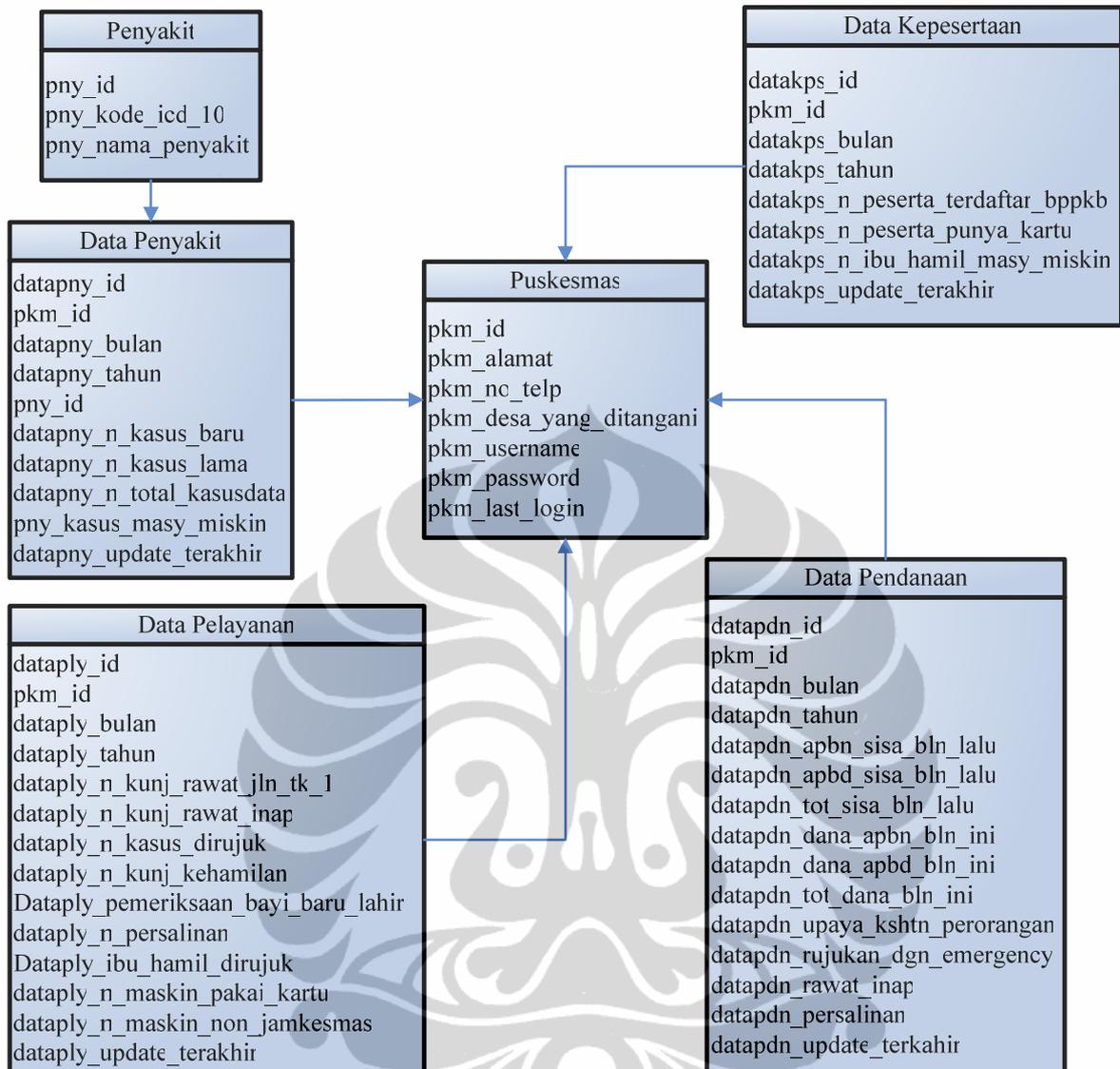
Hubungan antar entitas pada data input dapat dilihat pada gambar di bawah ini :



Gambar 5.5
Entity Relationship Diagram

5.3.3 Table Relationship Diagram

Hubungan antar table pada sistem monitoring dan evaluasi kinerja program Jamkesmas berbasis web di Puskesmas Dinas Kesehatan Kabupaten Cirebon dapat dilihat pada gambar di bawah ini :

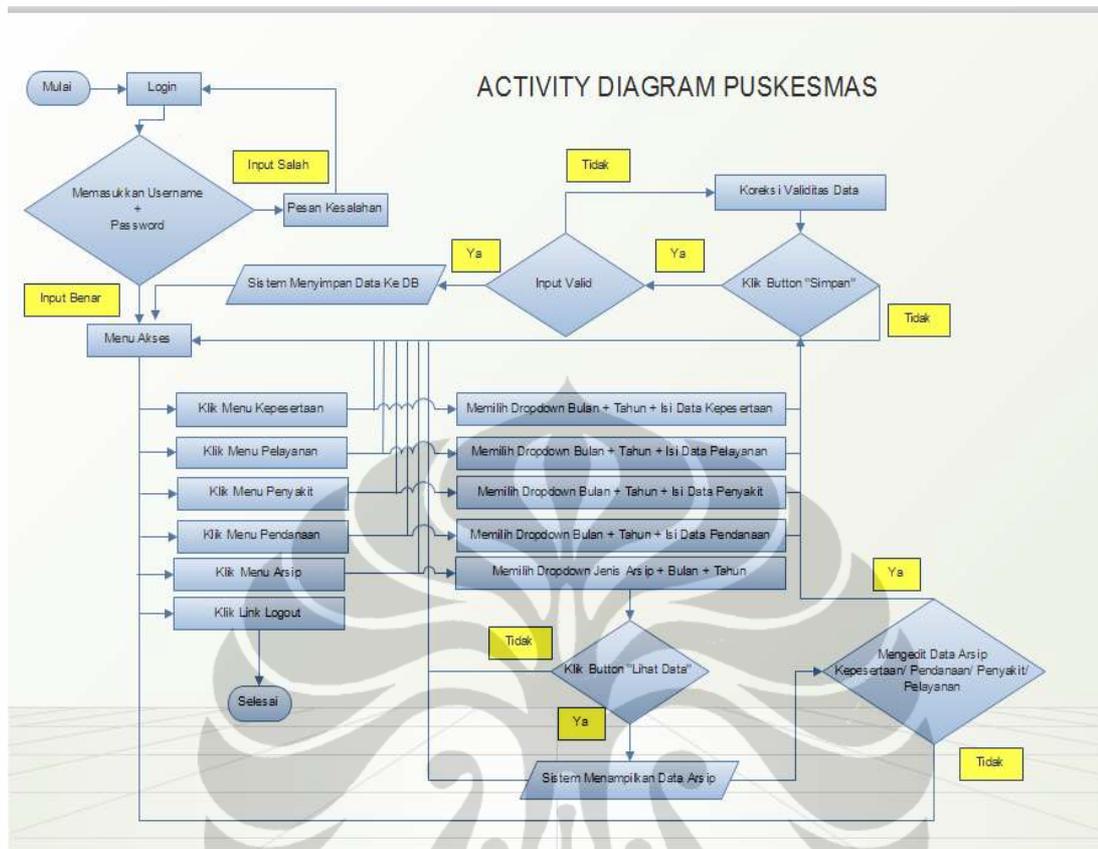


Gambar 5.6

Table Relationship Diagram

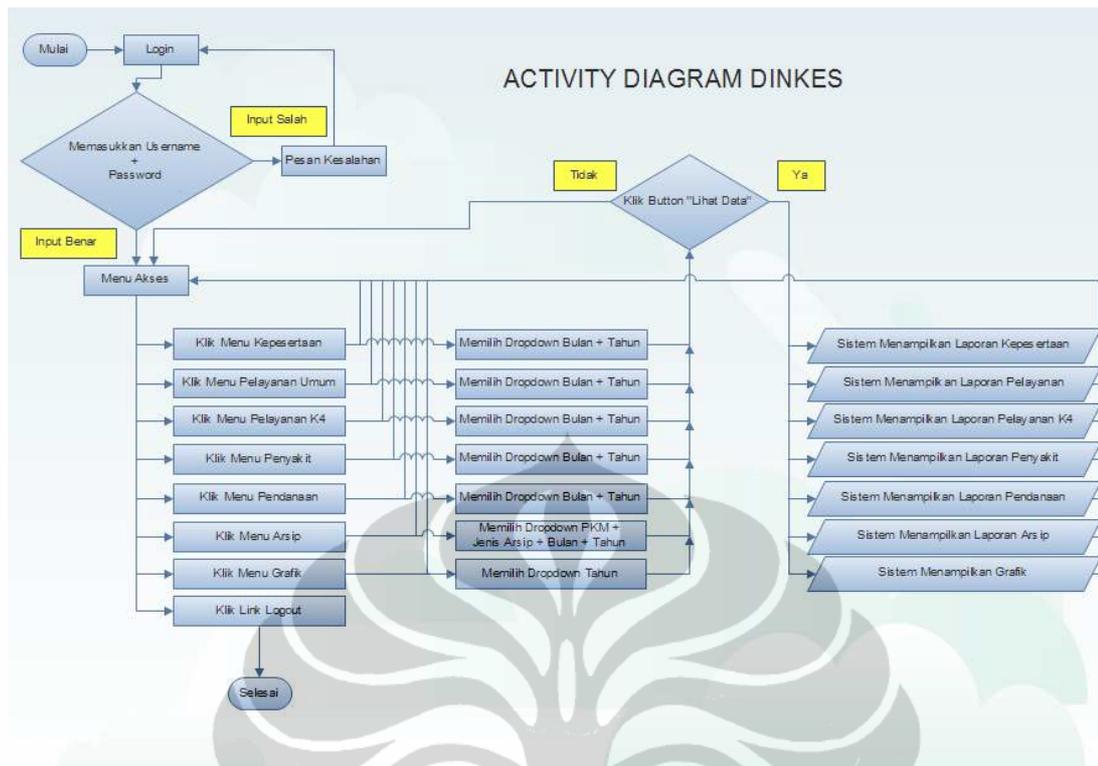
5.3.4 Algoritma Sistem Monitoring dan Evaluasi Kinerja Program Jamkesmas Berbasis Web di Puskesmas Dinas Kesehatan Kabupaten Cirebon

Untuk mengetahui proses kerja dari sistem monitoring dan evaluasi kinerja program Jamkesmas berbasis web di Puskesmas Dinas Kesehatan Kabupaten Cirebon dibuat algoritma sesuai dengan penggunaannya, yaitu :



Gambar 5.7

Algoritma Sistem Monitoring dan Evaluasi Kinerja Program Jamkesmas
Berbasis Web di Puskesmas Dinas Kesehatan Kabupaten Cirebon
(Pengguna: Puskesmas)



Gambar 5.8

Algoritma Sistem Monitoring dan Evaluasi Kinerja Program Jamkesmas
Berbasis Web di Puskesmas Dinas Kesehatan Kabupaten Cirebon
(Pengguna: Dinas Kesehatan)

5.3.5 Kamus Data

Pada tahap perancangan sistem, kamus data digunakan sebagai alat komunikasi antar analisis sistem dengan pengguna sistem, khususnya informasi yang dibutuhkan dalam mengembangkan input, basis data dan output. Di bawah ini kamus data yang dipergunakan dalam perancangan sistem monitoring dan evaluasi kinerja program Jamkesmas berbasis web di Puskesmas Dinas Kesehatan Cirebon.

Tabel 5.6
Tabel Puskesmas

No.	Field Name	Data Type	Description	Field Size
1	pkm_id	Number	Nomor ID Puskesmas	2
2	pkm_alamat	String	Alamat Puskesmas	50
3	pkm_no_telp	String	Nomor telepon Puskesmas	20
4	pkm_desa_yang_ditangani	String	Nama Desa wilayah kerja Puskesmas	300
5	pkm_username	String	Username Puskesmas	12
6	pkm_password	Number	Password Puskesmas	32
7	pkm_last_login	String	Tanggal terakhir Puskesmas login	20

Tabel 5.7
Tabel Kepesertaan

No.	Field Name	Data Type	Description	Field Size
1	datakps_id	Number	Nomor ID data kepesertaan	5
2	pkm_id	Number	Nomor ID Puskesmas	2
3	datakps_bulan	Strings	Bulan data kepesertaan	2
4	datakps_tahun	Strings	Tahun data kepesertaan	4
5	datakps_n_peserta_terdaftar_bppkb	Number	Jumlah peserta terdaftar BPPKB	4
6	datakps_n_peserta_punya_kartu	Number	Jumlah peserta yang memiliki kartu	4
7	datakps_n_ibu_hamil_masy_miskin	Number	Jumlah ibu hamil masyarakat miskin	4
8	datakps_update_terakhir	Strings	Tanggal update terakhir data kepesertaan	20

Tabel 5.8
Tabel Pelayanan

No.	Field Name	Data Type	Description	Field Size
1	dataply_id	Number	Nomor ID data pelayanan	5
2	pkm_id	Number	Nomor ID Puskesmas	2
3	dataply_bulan	Strings	Bulan data pelayanan	2
4	dataply_tahun	Strings	Tahun data pelayanan	4
5	dataply_n_kunj_rawat_jln_tk_1	Number	Jumlah kunjungan rawat inap tk 1	4
6	dataply_n_kunj_rawat_inap	Number	Jumlah kunjungan rawat inap tk 1	4
7	dataply_n_kasus_dirujuk	Number	Jumlah kasus yang dirujuk	4
8	dataply_n_kunj_kehamilan	Number	Jumlah pemeriksaan K4	4
9	dataply_pemeriksaan_bayi_baru_lahir	Number	Jumlah pemeriksaan bayi baru lahir	4
10	dataply_n_persalinan	Number	Jumlah persalinan ditolong tenaga kesehatan	4
11	dataply_ibu_hamil_dirujuk	Number	Jumlah ibu hamil yang dirujuk	4
12	dataply_n_maskin_pakai_kartu	Number	Jumlah maskin yang menggunakan kartu	4
13	dataply_n_maskin_non_jamkesmas	Number	Jumlah maskin yang tidak menggunakan kartu	4
14	dataply_update_terakhir	Strings	Tanggal update terakhir data pelayanan	20

Tabel 5.9
Tabel Pendanaan

No.	Field Name	Data Type	Description	Field Size
1	datapdn_id	Number	Nomor ID data pendanaan	2
2	pkm_id	Number	Nomor ID Puskesmas	2
3	datapdn_bulan	Strings	Bulan data pendanaan	2
4	datapdn_tahun	Strings	Tahun data pendanaan	4
5	datapdn_sisa_bln_lalu	Number	Sisa dana bulan lalu	10
6	datapdn_dana_bln_ini	Number	Total dana bulan ini	10
7	datapdn_upaya_kshtn_perorangan	Number	Dana untuk upaya kesehatan perorangan	10
8	datapdn_upaya_kshtn_petugas	Number	Dana untuk upaya kesehatan petugas	10
9	datapdn_dana_cadangan_obat	Number	Dana untuk cadangan obat dan bahan obat habis pakai	10
10	datapdn_pelayanan_rujukan_dgn_emergency	Number	Dana untuk pelayanan rujukan dengan emergency	10
11	datapdn_rawat_inap	Number	Dana untuk rawat inap	10
12	datapdn_persalinan	Number	Data untuk persalinan	10
13	Datapdn_update_terakhir	Strings	Tanggal update terakhir data pendanaan	20

Tabel 5.10
Tabel Kode Penyakit

No.	Field Name	Data Type	Description	Field Size
1	pny_id	Number	Nomor ID penyakit	3
2	pny_kode_icd_10	String	Kode ICD 10	10
3	pny_nama_penyakit	String	Nama penyakit	50

Tabel 5.11
Tabel Penyakit

No.	Field Name	Data Type	Description	Field Size
1	datapny_id	Number	Nomor ID data penyakit	5
2	pkm_id	Number	Nomor ID Puskesmas	2
3	datapny_bulan	Strings	Bulan data penyakit	2
4	datapny_tahun	Strings	Tahun data penyakit	4
5	pny_id	Number	Nomor ID penyakit	3
6	datapny_n_kasus_baru	Number	Jumlah kasus baru	4
7	datapny_n_kasus_lama	Number	Jumlah kasus lama	4
8	datapny_n_total_kasus	Number	Jumlah total kasus	4
9	datapny_kasus_masy_miskin	Number	Jumlah kasus masyarakat miskin	4
10	datapny_update_terakhir	Strings	Tanggal update terakhir data penyakit	20

5.3.5 Perancangan Interface

Perancangan interface adalah merancang tampilan yang akan dilihat oleh pengguna.

1. Rancangan Form Kata Kunci



Gambar 5.9

Login

Layar login diisi dengan username dan password. Puskesmas akan mendapatkan akses ke seluruh form unit, sedangkan Dinas Kesehatan terbatas pada form data Puskesmas

2. Rancangan Form Input

Form input dibagi berdasarkan pengguna, yaitu :

a. Puskesmas

- Form input data kepesertaan

Gambar 5.10
Input Data Kepesertaan

- Form input data pelayanan

Gambar 5.11
Input Data Pelayanan

- Form input data pendanaan

Gambar 5.12
Input Data Pendanaan

- Form input data penyakit

Gambar 5.13
Input Data Penyakit

b. Dinas Kesehatan



Gambar 5.14
Input Pemilihan Data Puskesmas

3. Rancangan Output

Untuk hasil output terdapat beberapa pilihan, antara lain :

a. Output rekap data kepesertaan

No.	Puskesmas	Masyrakat Miskin	Tendaftar Sesuai BPJS	Ibu Hamil	Masyrakat Miskin	Memiliki Kartu	Cakupan Kepesertaan
1.	Waled	269	315	263	386	81%	(RENDAH)
2.	Cibogo	325	404	450	417	111%	(TINGGI)
3.	Cibadug	187	380	374	236	99%	(RENDAH)
4.	Lojot	288	284	426	242	111%	(TINGGI)
5.	Astambulaggar	228	365	234	436	54%	(RENDAH)
6.	Tenara	402	434	170	417	34%	(RENDAH)
7.	Kalibunta	415	391	264	185	88%	(RENDAH)
8.	Tabanan	268	174	464	141	202%	(TINGGI)
9.	Gembongan	354	276	405	264	147%	(TINGGI)
10.	Karangsembung	279	294	492	215	118%	(TINGGI)
11.	Sidanglulut	443	141	316	334	234%	(TINGGI)
12.	Sialanketeki	443	305	277	240	91%	(RENDAH)
13.	Sidang	281	386	376	334	104%	(TINGGI)
14.	Astambajupa	387	265	213	215	72%	(RENDAH)
15.	Sidamulya	270	121	186	283	154%	(TINGGI)
16.	Endar	421	228	268	136	127%	(TINGGI)
17.	Mandu	406	236	147	183	62%	(RENDAH)
18.	Rebur	234	126	133	414	144%	(TINGGI)
19.	Kamasing	267	302	258	433	85%	(RENDAH)
20.	Pulutan	167	100	165	100	100%	(RENDAH)

Gambar 5.15
Rekap Data Kepesertaan

b. Output rekap data pelayanan umum

LAPORAN PELAYANAN
 Puskesmas: Semua Puskesmas
 Bulan: Januari
 Tahun: 2008
 (Lihat Data)

LAPORAN PELAKSANAAN PROGRAM JAMKESMAS
REKAPITULASI LAPORAN PELAYANAN KESEHATAN UMUM
 Bulan: Januari
 Tahun: 2008

No.	Puskesmas	Kuatanya Jamkesmas	Rawat Jalan Tk. Pertama			Rawat Inap Tk. Pertama			Persalinan Nakes	Jumlah Rawat Dirujuk	Identitas	
			Jml.	Cakupan	Ket.	Jml.	Cakupan	Ket.			Jamkesmas	Non Jamkesmas
1.	Waled	3,25	40	99%	(TINGGI)	30	24%	(RENDAH)	33	222	50	45
2.	Gibogo	3,25	38	50%	(TINGGI)	40	34%	(TINGGI)	38	222	38	50
3.	Gledug	3,25	32	26%	(TINGGI)	50	40%	(TINGGI)	50	222	30	34
4.	Loran	3,25	49	34%	(TINGGI)	37	30%	(TINGGI)	30	222	32	45
5.	Astamanlanggar	3,25	33	25%	(TINGGI)	38	30%	(TINGGI)	49	222	48	44
6.	Tersana	3,25	46	37%	(TINGGI)	35	28%	(TINGGI)	48	222	44	38
7.	Kalibuntu	3,25	57	30%	(TINGGI)	35	28%	(TINGGI)	33	222	43	33
8.	Babakan	3,25	50	40%	(TINGGI)	43	34%	(TINGGI)	49	222	31	33
9.	Gembongan	3,25	50	40%	(TINGGI)	43	34%	(TINGGI)	41	222	34	40
10.	Karangsembung	3,25	41	33%	(TINGGI)	40	32%	(TINGGI)	34	222	36	44
11.	Sindanglaut	3,25	40	36%	(TINGGI)	30	24%	(TINGGI)	34	222	43	48
12.	Surakanlebak	3,25	30	24%	(TINGGI)	44	35%	(TINGGI)	40	222	28	34
13.	Sedong	3,25	35	28%	(TINGGI)	40	30%	(TINGGI)	31	222	40	34
14.	Astamanpura	3,25	44	35%	(TINGGI)	41	33%	(TINGGI)	30	222	37	47

Gambar 5.16
Rekap Data Pelayanan Umum

c. Output rekap data pelayanan maternal dan neonatal

LAPORAN PELAYANAN MATERNAL DAN NEONATAL
 Puskesmas: Semua Puskesmas
 Bulan: Januari
 Tahun: 2008
 (Lihat Data)

LAPORAN PELAKSANAAN PROGRAM JAMKESMAS
REKAPITULASI LAPORAN PELAYANAN MATERNAL DAN NEONATAL
 Bulan: Januari
 Tahun: 2008

No.	Puskesmas	Ibu Hamil Masyarakat Miskin	Maternal dan Neonatal				Jumlah Bunil Dirujuk
			Jumlah Pemeriksaan K4	Cakupan Persentase	Keterangan	Persalinan oleh Nakes	
1.	Waled	386	47	12%	(RENDAH)	33	222
2.	Gibogo	417	50	12%	(RENDAH)	38	222
3.	Gledug	236	48	20%	(RENDAH)	50	222
4.	Loran	242	47	19%	(RENDAH)	30	222
5.	Astamanlanggar	436	30	7%	(RENDAH)	49	222
6.	Tersana	417	46	11%	(RENDAH)	48	222
7.	Kalibuntu	185	36	19%	(RENDAH)	32	222
8.	Babakan	141	47	33%	(RENDAH)	49	222
9.	Gembongan	284	43	15%	(RENDAH)	41	222
10.	Karangsembung	215	50	23%	(RENDAH)	34	222
11.	Sindanglaut	334	31	9%	(RENDAH)	34	222
12.	Surakanlebak	240	33	14%	(RENDAH)	45	222
13.	Sedong	334	42	13%	(RENDAH)	31	222

Gambar 5.17
Rekap Data Pelayanan Maternal dan Neonatal

d. Output rekap data pendanaan

Home | Laporan Pendanaan | Pie Chart dan Grafik | Logout

LAPORAN PELAKSANAAN PROGRAM JAMKESMAS
REKAPITULASI LAPORAN PENDANAAN PELAYANAN KESEHATAN

Bulan : Januari
Tahun : 2008

Puskesmas	Terdaftar Sesuai BPPK	Sisa Dana Jamkesmas Bulan Lalu	Total Dana Jamkesmas Bulan Ini	Sisa dana Jamkesmas dari APBN bulan lalu	Sisa dana Jamkesmas dari APBD bulan lalu	Dana Jamkesmas dari APBN bulan ini yang diterima	Dana Jamkesmas dari APBD bulan ini yang diterima	Biaya Pelayanan	
								UKP	UP
Waled	315	45,911,866	40,053,101	300	400	500	600	33,635,254	42,52
Cibogo	404	45,489,502	40,265,503	300	400	500	600	38,037,109	38,57
Ciledug	380	30,809,326	46,376,343	300	400	500	600	45,368,653	33,96
Losari	244	33,746,338	32,760,620	300	400	500	600	42,504,883	38,06
Astanalanggar	395	36,175,537	43,793,335	300	400	500	600	46,320,801	30,25
Tersana	434	49,971,924	33,849,487	300	400	500	600	43,691,406	39,89
Kalibuntu	361	37,010,498	47,304,078	300	400	500	600	31,491,699	46,38
Babakan	174	49,166,260	38,532,104	300	400	500	600	36,596,680	39,07
Gembongan	276	48,314,209	31,908,569	300	400	500	600	35,881,347	37,35
Karangsembung	264	46,329,346	41,808,472	300	400	500	600	36,220,703	30,59
Sindanglaut	141	45,086,670	32,606,811	300	400	500	600	34,489,746	38,16
Susukan lebak	305	36,461,181	36,678,589	300	400	500	600	37,563,476	49,45
Sedong	356	42,327,881	44,398,804	300	400	500	600	42,316,895	43,82
Astanajapura	295	34,561,767	44,142,456	300	400	500	600	35,625,000	30,65
Sidamulya	121	35,037,842	42,284,546	300	400	500	600	34,362,793	49,32
Ender	235	35,631,103	33,200,073	300	400	500	600	45,405,274	49,20

Gambar 5.18
Rekap Data Pendanaan

e. Output rekap data penyakit

Sistem Informasi Monitoring dan Evaluasi Kinerja Program Jamkesmas | DIKRES Kabupaten Cirebon - Mozilla Firefox

File Edit View History Bookmarks Tools Help

http://localhost/jamkesmas/index.php?lap=penyakit

Most Visited Getting Started Latest Headlines

Sistem Informasi Monitoring dan Ev...

LAPORAN PENYAKIT

Puskesmas: Semua Puskesmas
Bulan: Januari
Tahun: 2008
Lihat Data

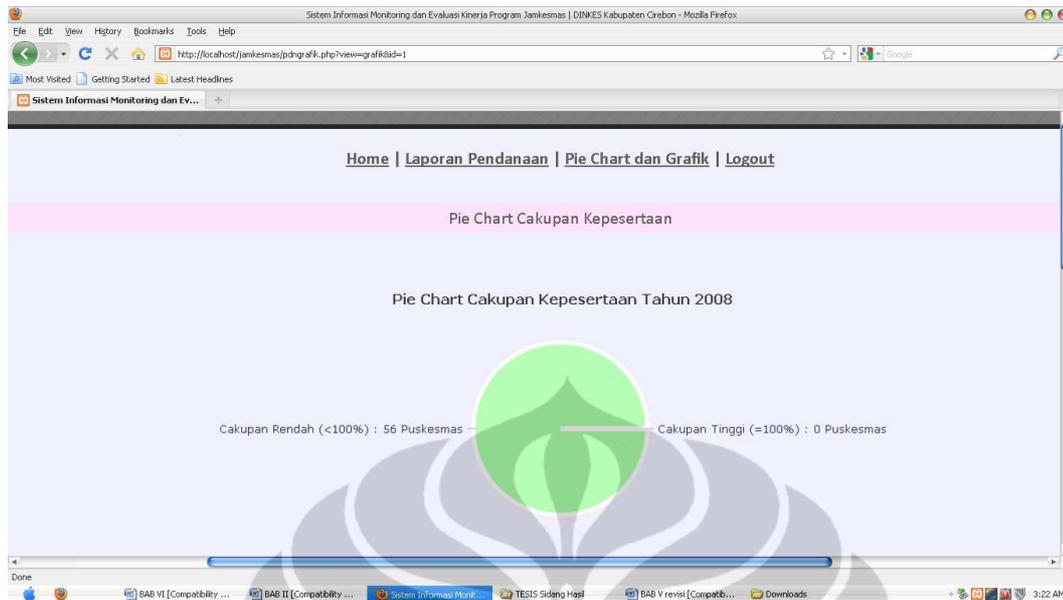
LAPORAN PELAKSANAAN PROGRAM JAMKESMAS
REKAPITULASI LAPORAN PENYAKIT

Bulan : Januari
Tahun : 2008

No.	Puskesmas	Penyakit	Jumlah Kasus			
			Kasus Baru	Kasus Lama	Total Kasus	Jumlah Kasus Masyarakat Miskin
1.	Waled	Demam tifoid	50	33	83	47
2.	Waled	Demam tifoid, tidak spesifik	36	39	75	44
3.	Waled	Infeksi salmonela lainnya	32	30	62	48
4.	Cibogo	Infeksi salmonela lainnya	31	32	63	48
5.	Cibogo	Demam tifoid, tidak spesifik	47	37	84	45
6.	Cibogo	Demam tifoid	33	37	70	48
7.	Ciledug	Demam tifoid	40	37	77	50
8.	Ciledug	Demam tifoid, tidak spesifik	35	38	73	30
9.	Ciledug	Infeksi salmonela lainnya	50	39	89	26
10.	Losari	Infeksi salmonela lainnya	45	43	88	50
11.	Losari	Demam tifoid, tidak spesifik	44	46	90	49
12.	Losari	Demam tifoid	44	40	84	46
13.	Astanalanggar	Demam tifoid	30	43	73	37

Gambar 5.19
Rekap Data Penyakit

f. Grafik cakupan kepemilikan kartu



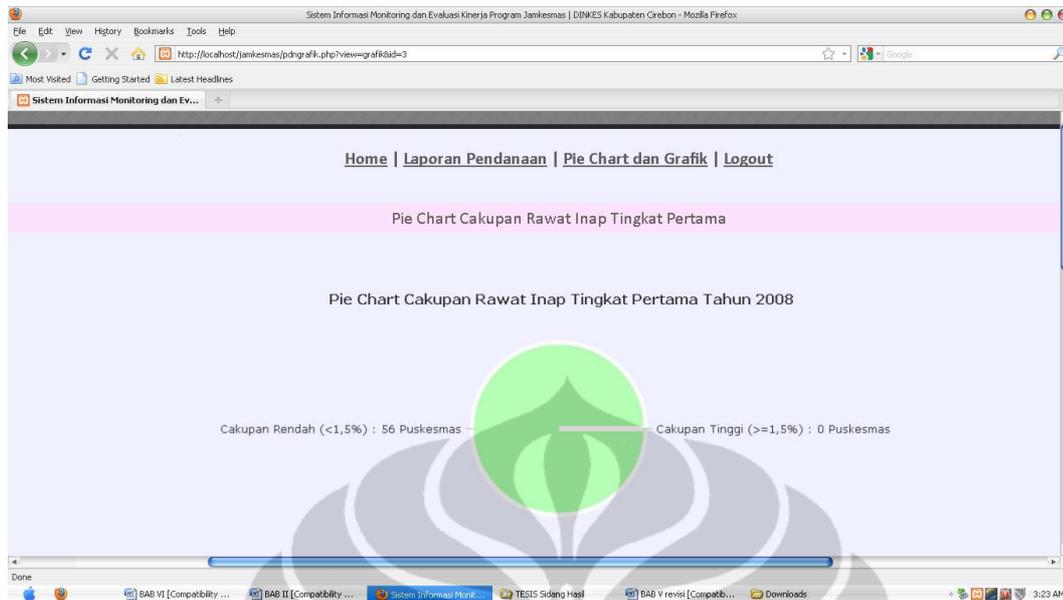
Gambar 5.20
Grafik Cakupan Kepemilikan Kartu

g. Grafik cakupan rawat jalan tingkat pertama



Gambar 5.21
Grafik Cakupan Rawat Jalan Tingkat Pertama

h. Grafik cakupan rawat inap tingkat pertama



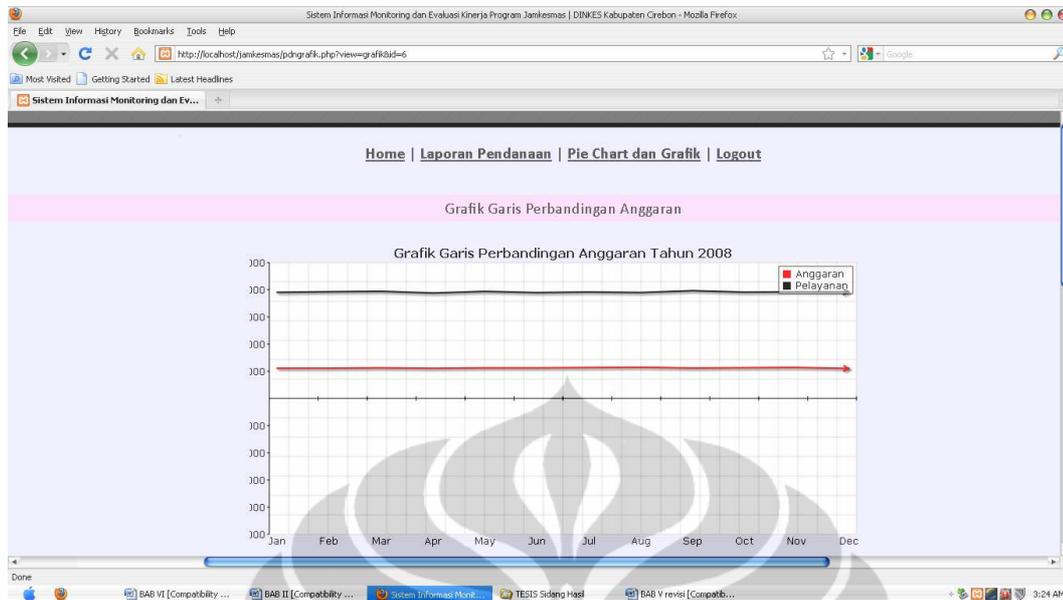
Gambar 5.22
Grafik Cakupan Rawat Inap Tingkat Pertama

i. Grafik cakupan pelayanan K4



Gambar 5.23
Grafik Cakupan Pelayanan K4

j. Grafik perbandingan anggaran dan pengeluaran



Gambar 5.24
Grafik Perbandingan Anggaran dan Pengeluaran

BAB 6 PEMBAHASAN

6.1 Pembahasan Analisa Sistem

Oleh karena keterbatasan penelitian, maka pembahasan pada sistem monitoring dan evaluasi kinerja program Jamkesmas berbasis web di Puskesmas Dinas Kesehatan Kabupaten Cirebon terbatas pada indikator, sistem pencatatan dan pelaporan program Jamkesmas dari Puskesmas ke Dinas Kesehatan serta monitoring dan evaluasi kinerja program Jamkesmas di Dinas Kesehatan.

6.1.1 Indikator Penilaian Kinerja Program Jamkesmas

Jika dilihat dari persyaratan sebuah indikator, yaitu “SMART” (*simple, measurable, attribute, reliable, dan timely*), indikator keberhasilan program Jamkesmas yang tertera pada Pedoman Pelaksanaan Program Jamkesmas sebagian besar tidak memenuhi persyaratan tersebut. Selain itu, indikator tersebut lebih menekankan penilaian pada pelayanan di Rumah Sakit, bukan Puskesmas.

Tabel 6.1
Indikator Penilaian Kinerja Program Jamkesmas

No.	Indikator	Syarat Indikator Tidak Terpenuhi	Kegiatan
1.	INPUT :		
	a. Adanya Tim Koordinasi Jamkesmas di tingkat Pusat/Propinsi/Kabupaten/Kota	<i>Measurable</i> dan <i>attribute</i>	Kabupaten
	b. Adanya Tim Pengelola Jamkesmas di tingkat Pusat/Propinsi/Kabupaten/Kota	<i>Measurable</i> dan <i>attribute</i>	Kabupaten
	c. Adanya Pelaksana Verifikasi di semua rumah sakit	<i>Measurable</i> dan <i>attribute</i>	RS
	d. Tersedianya anggaran untuk manajemen operasional	<i>Measurable</i> dan <i>attribute</i>	Dinkes dan RS

	e. Tersedianya APBD untuk masyarakat miskin di luar JAMKESMAS	<i>Measurable</i> dan <i>attribute</i>	Kabupaten
2.	PROSES : a. Adanya database kepesertaan 100% di Kabupaten/Kota b. Tercapainya distribusi Kartu Peserta Jamkesmas 100% c. Pelaksanaan Tarif Paket Jamkesmas di rumah sakit (INA-DRG) d. Penyampaian klaim yang tepat waktu e. Pelaporan yang tepat waktu	<i>Attribute</i> - <i>Measurable</i> dan <i>attribute</i> <i>Measurable</i> <i>Measurable</i>	Kabupaten PKM dan RS RS RS PKM dan RS
3.	OUTPUT : a. Peningkatan cakupan kepesertaan dengan indikator : 1) 100% Kabupaten/Kota mempunyai database kepesertaan 2) Cakupan pemilikan kartu 100% b. Peningkatan cakupan dan mutu pelayanan dengan indikator : 1) Kewajaran tingkat Rawat Jalan Tingkat Pertama (RJTP) dan Rawat Inap Tingkat Pertama (RITP) 2) Kewajaran tingkat rujukan dari PPK I ke PPK II/III 3) Kewajaran Kunjungan Rawat Jalan Tingkat Lanjut (RJTL) 4) Kewajaran Kunjungan Rawat Inap Tingkat Lanjut (RITL) 5) Ketepatan mekanisme pembayaran dengan penggunaan Tarif Paket Jamkesmas di rumah sakit (INA-DRG)	<i>Measurable</i> dan <i>attribute</i> - <i>Measurable</i> <i>Measurable</i> <i>Measurable</i> <i>Measurable</i> <i>Measurable</i>	Kabupaten PKM dan RS PKM PKM RS RS RS

	<p>c. Kecepatan pembayaran klaim dan minimalisasi penyimpangan dengan indikator :</p> <p>1) Klaim diajukan setiap hari Jum'at</p> <p>2) Pembayaran klaim selambat-lambatnya 7 hari setelah tanggal berita acara Verifikasi di Departemen Kesehatan</p> <p>3) Peningkatan transparansi dan akuntabilitas</p>	<p>-</p> <p>-</p> <p><i>Measurable</i></p>	<p>RS</p> <p>RS</p> <p>PKM dan RS</p>
--	---	--	---------------------------------------

Berdasarkan hal tersebut, untuk mengukur kinerja program Jamkesmas di Puskesmas binaannya, Dinas Kesehatan Kabupaten Cirebon menggunakan indikator kunjungan dan pemeriksaan KIA berdasarkan Standar Pelayanan Minimum yang ditetapkan oleh Menteri Kesehatan berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 1457/MENKES/SK/X/2003, mengenai pelayanan kesehatan yang meliputi jenis pelayanan beserta indikator kinerja dan target tahun 2010.

6.1.2 Mekanisme dan Alur Pencatatan dan Pelaporan Program Jamkesmas

Sebagai pemberi layanan tingkat pertama bagi peserta program Jamkesmas, setiap bulanannya Puskesmas memiliki kewajiban untuk memberikan laporan kepada Dinas Kesehatan Kabupaten, yaitu laporan kepesertaan, pelayanan dan pendanaan, serta 10 penyakit terbanyak.

Sampai saat ini, Puskesmas memberikan laporan kepada Dinas Kesehatan Kabupaten dalam bentuk *print out*. Untuk melakukan rekapitulasi dan membuat laporan untuk Dinas Kesehatan Propinsi, Dinas Kesehatan Kabupaten harus menginput setiap laporan yang diberikan oleh Puskesmas tersebut pada program Microsoft Excel.

Selain itu, untuk memenuhi kewajiban pemberian laporan ke Departemen Kesehatan (Pusat), Dinas Kesehatan Kabupaten juga harus menginput laporan yang diberikan oleh Puskesmas ke dalam website yang

telah ditentukan oleh Departemen Kesehatan. Perbedaan format laporan ini menyebabkan Dinas Kesehatan Kabupaten melakukan penginputan data dua kali. Dan dengan keterbatasan sumber daya manusia dan fasilitas pendukung, seperti komputer dan internet, hal ini membuat Dinas Kesehatan Kabupaten terlambat memberikan laporan. Keterlambatan laporan Dinas Kesehatan Kabupaten kadang kala juga disebabkan oleh keterlambatan Puskesmas dalam memberikan laporan.

Untuk mengatasi permasalahan tersebut, peneliti mengembangkan sebuah sistem online yang menghubungkan antara Puskesmas dengan Dinas Kesehatan Kabupaten sehingga Puskesmas dapat menginput laporan secara online dan laporan tersebut dapat diakses langsung oleh Dinas Kesehatan Kabupaten.

Untuk keamanan dan validitas data, dikembangkan pembatasan akses pada sistem dengan membuat username dan password tersendiri bagi setiap Puskesmas dan Dinas Kesehatan Kabupaten Cirebon. Puskesmas hanya dapat mengedit dan menyimpan yang telah diinputnya, sedangkan Dinas Kesehatan Kabupaten hanya dapat melihat rekapitulasi data yang diberikan oleh setiap Puskesmas.

6.1.3 Monitoring dan Evaluasi Program Jamkesmas

Menurut Sera (2007), monitoring dan evaluasi merupakan alat manajemen yang sangat penting untuk melihat sejauh mana perkembangan yang sudah dilakukan serta untuk memfasilitasi pembuatan keputusan.

Sejauh ini, monitoring dan evaluasi yang dilakukan oleh Dinas Kesehatan Kabupaten terbatas pada pertemuan yang dilaksanakan satu tahun sekali serta kunjungan ke Puskesmas yang tidak terjadwal. Format laporan monitoring dan evaluasi Dinas Kesehatan Kabupaten Cirebon juga terbatas pada notulensi hasil pertemuan atau kunjungan ke lapangan.

Demikian pula di Puskesmas, evaluasi hanya dilakukan satu bulan sekali saat membuat Plan of action (POA), dengan hasil evaluasi berupa notulensi rapat. Untuk monitoring, hingga saat ini Puskesmas belum

melaksanakan monitoring terhadap kegiatan yang dilakukannya sehubungan dengan program Jamkesmas.

Untuk membantu Dinas Kesehatan Kabupaten dalam memonitor dan mengevaluasi kinerja program Jamkesmas di Puskesmas, peneliti mengembangkan sistem yang dapat menganalisis data secara berkesinambungan berdasarkan indikator kinerja yang digunakan oleh Dinas Kesehatan Kabupaten berdasarkan Standar Pelayanan Minimal yang berhubungan dengan laporan Jamkesmas yang telah ditetapkan Departemen Kesehatan dalam buku Pedoman Pelaksanaan, yaitu cakupan kepemilikan kartu, cakupan rawat jalan tingkat pertama, cakupan rawat inap tingkat pertama dan pelayanan K4.

6.2 Implementasi

Implementasi sistem monitoring dan evaluasi kinerja program Jamkesmas berbasis web di Puskesmas Dinas Kesehatan Kabupaten Cirebon ini terbatas pada pengujian sistem di Laboratorium Komputer Departemen Biostatistik dan Kependudukan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia.

6.3 Perbandingan Sistem

Berdasarkan hasil perbandingan antara sistem yang sudah berjalan dengan sistem yang dikembangkan, terdapat beberapa kelebihan dan kekurangan pada sistem informasi monitoring dan evaluasi kinerja program Jamkesmas berbasis web di Dinas Kesehatan Kabupaten Cirebon. Kekurangan dan kelebihan tersebut dapat di lihat pada tabel di bawah ini.

Tabel 6.2

Perbedaan Sistem Monitoring dan Evaluasi Kinerja Program Jamkesmas Berbasis Web di Puskesmas Dinas Kesehatan Kabupaten Cirebon

Sudut Pandang	Sistem Berjalan	Sistem Pengembangan
Input	<ul style="list-style-type: none"> Laporan dibuat berdasarkan format Pedoman 	<ul style="list-style-type: none"> Program yang dikembangkan bisa

	<p>Pelaksanaan dan website</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dinas Kesehatan harus memasukan data per Puskesmas 	<p>mengakomodasi laporan Pedoman Pelaksanaan dan website</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dinas Kesehatan hanya melihat laporan yang telah dimasukan oleh Puskesmas
Proses	<ul style="list-style-type: none"> • Rekapitulasi data seluruh Puskesmas masih diolah secara manual dengan program excel • Analisa dan pembuatan informasi dalam bentuk grafik dilakukan secara manual 	<ul style="list-style-type: none"> • Hasil output program yang dikembangkan mengotomasi proses rekapitulasi • Hasil output yang dikembangkan mengotomasi pembuatan grafik yang dapat menggambarkan kinerja program sesuai indikator
Output	<ul style="list-style-type: none"> • Informasi yang dihasilkan secara berkesinambungan hanya berbentuk tabel rekapitulasi kegiatan • Monitoring dan evaluasi berdasarkan hasil pertemuan atau mini 	<ul style="list-style-type: none"> • Hasil output program yang dikembangkan berbentuk tabel rekapitulasi kegiatan, penghitungan cakupan dan status kegiatan berdasarkan indikator kinerja program • Monitoring dan evaluasi menggunakan informasi hasil perhitungan

	lokakarya	berdasarkan indikator kinerja program
--	-----------	---------------------------------------



BAB 7

KESIMPULAN DAN SARAN

7.1 Kesimpulan

Berdasarkan penelitian yang telah dilakukan mengenai sistem monitoring dan evaluasi kinerja program Jamkesmas di Puskesmas Dinas Kesehatan Kabupaten Cirebon, dapat disimpulkan bahwa:

1. Indikator kinerja yang dapat memonitor dan mengevaluasi kinerja program Jamkesmas di Puskesmas Dinas Kesehatan Kabupaten Cirebon adalah :
 - a. Cakupan distribusi kartu peserta Jamkesmas 100%
 - b. Cakupan rawat jalan tingkat pertama 15%
 - c. Cakupan rawat inap tingkat pertama 1,5%
 - d. Pemeriksaan K4 95%
 - e. Persalinan dengan tenaga kesehatan 87%
2. Data yang diperlukan untuk membangun sistem monitoring dan evaluasi kinerja program Jamkesmas di Puskesmas Dinas Kesehatan Kabupaten Cirebon adalah :
 - a. Data kuota sasaran peserta Jamkesmas di Kabupaten Cirebon
 - b. Data sasaran peserta Jamkesmas di Kabupaten Cirebon dengan keterangan nama dan alamat
 - c. Laporan Puskesmas, yaitu PPK I-A, LB 1, PPK I-C dan pendanaan
3. Dideskripsikan sistem program Jamkesmas yang sedang berjalan di Puskesmas Dinas Kesehatan Kabupaten Cirebon dan hambatan yang terjadi pada pelaksanaan sistem tersebut, antara lain :
 - a. Adanya perbedaan format laporan untuk Dinas Kesehatan Provinsi dan Departemen Kesehatan menyebabkan keterlambatan pelaporan.
 - b. Indikator keberhasilan yang ditetapkan oleh Departemen Kesehatan dalam buku Pedoman Pelaksanaan Jamkesmas tidak dapat diaplikasikan seluruhnya di Dinas Kesehatan karena lebih menekankan pada pelayanan di Rumah Sakit.

- c. Dinas Kesehatan belum melakukan monitoring dan evaluasi program Jamkesmas secara rutin dan belum memiliki format laporan khusus.
4. Dirancang sistem monitoring dan evaluasi kinerja program Jamkesmas berbasis web di Puskesmas Dinas Kesehatan Kabupaten Cirebon.

7.2 Saran

Hasil analisis pada sistem yang berjalan diketahui permasalahan yang terjadi pada sistem monitoring dan evaluasi kinerja program Jamkesmas di Puskesmas Dinas Kesehatan Kabupaten Cirebon. Permasalahan tersebut akan dapat diatasi dengan sistem yang dikembangkan dengan hasil output informasi yang dibutuhkan.

Untuk mengoptimalkan penggunaan sistem yang telah dikembangkan, disarankan untuk melakukan beberapa hal sebagai berikut :

1. Dinas Kesehatan diharapkan dapat melakukan sosialisasi manfaat dan tata cara penggunaan sistem monitoring dan evaluasi kinerja program berbasis web kepada seluruh Puskesmas.
2. Perlu dilakukannya pelatihan bagi petugas pencatatan dan pelaporan di Puskesmas dan Dinas Kesehatan mengenai teknik pengelolaan data, khususnya pengumpulan, analisis dan penyajian data.
3. Perlu adanya dukungan dana untuk pemeliharaan sistem monitoring dan evaluasi kinerja program berbasis web di Puskesmas Dinas Kesehatan Kabupaten Cirebon.

DAFTAR PUSTAKA

Al-Fatta, Hanif. (2007). *Analisis dan Perancangan Sistem Informasi: Untuk Keunggulan Bersaing Perusahaan dan Organisasi Modern*. Yogyakarta: Penerbit Andi.

AusAID. (2003). *AusGUIDELines: The Logical Framework Approach*. AusAID.

Departemen Luar Negeri. (2004). *Guidelines for Program Design, Monitoring and Evaluations*. Ministry of Foreign Affairs Department for Development Policy. Finland.

Departemen Kesehatan RI. (2008). *Pedoman Pelaksanaan Jaminan Kesehatan Masyarakat (JAMKESMAS)*. Jakarta: Departemen Kesehatan RI.

Departemen Kesehatan RI Direktorat Jenderal Bina Kesehatan Masyarakat. (2008). *Petunjuk Teknik Jaminan Kesehatan Masyarakat (JAMKESMAS) di Puskesmas dan Jaringannya Tahun 2008*. Jakarta: Departemen Kesehatan RI Direktorat Jenderal Bina Kesehatan Masyarakat.

Departemen Kesehatan RI. (2008). *Peraturan Menteri Kesehatan RI No. 741/Menkes/PER/VII/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan di Kabupaten/Kota*. Jakarta: Biro Hukum dan Organisasi Setjen Depkes RI.

Departemen Kesehatan RI. (2003). *Keputusan Menteri Kesehatan RI No. 1202/Menkes/SK/VIII/2003 tentang Indikator Indonesia Sehat 2010 dan Pedoman Penetapan Indikator Provinsi Sehat dan Kabupaten/Kota Sehat*. Jakarta: Departemen Kesehatan.

Departemen Kesehatan RI. (2003). *Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan di Kabupaten/Kota Keputusan Menteri Kesehatan No. 1457/Menkes/SK/X/2003*. Jakarta: Departemen Kesehatan RI.

Dinas Kesehatan Kabupaten Cirebon (2009). *Profil Kesehatan Dinas Kesehatan Kabupaten Cirebon*. Kabupaten Cirebon: Dinas Kesehatan Kabupaten Cirebon.

Gaol, Chr. Jimmy L. (2008). *Sistem Informasi Manajemen: Pemahaman dan Aplikasi*. Jakarta: PT Gramedia Widiasarana Indonesia.

Gray, Clifford F. dkk. (2006). *Manajemen Proyek Proses Manajerial*. Yogyakarta: Penerbit Andi.

Habiba, Khairul. (2007). *Anggaran Tahun 2008 Masih Tersisa Rp. 1,7 Miliar*. 14 Maret 2010. <http://www.hupelita.com/baca.php?id=67929>.

Hendri, Febri, dkk. (2009). *JAMKESMAS: Hak Sehat Warga Miskin Masih Terabaikan*. 14 Maret 2010. <http://antikorupsi.org/indo/content/view/14201/8/>.

Hikmat, Harry, Dr.Ir. (2007). *Monitoring dan Evaluasi Proyek*. 11 Juli 2010. <http://perencanaan.depsos.go.id/index.php?mod=news&id=44&t=p>.

Husen, Abrar, MT Ir. (2009). *Manajemen Proyek: Perencanaan, Penjadwalan dan Pengendalian Proyek*. Yogyakarta: Penerbit Andi.

Kosen, Soewarta. (2009). *Dari JPSBK, Askeskin, Sampai JAMKESMAS dalam Hasbullah Tabrany pada Sakit, Pemiskinan, dan MDGs*. Jakarta: Buku Kompas.

Tabrany, Hasbullah. (2009). *Kinerja Program Askeskin Tahun 2005 – 2007. Sakit, Pemiskinan, dan MDGs*. Jakarta: Buku Kompas.

Nazeni, Iman, Drs. M.Sc. (2010). *Manajemen Proyek*. Jakarta: Penerbit Universitas Indonesia (UI Press).

Prabawa, Artha. (2008). *Studi Pemanfaatan Program Jamkesmas di Kabupaten Ciamis dan Kota Cirebon Provinsi Jawa Barat Tahun 2008*. Jakarta: The Ford Foundation.

Ririn, N.F. (2007). *Warga Miskin yang Sakit Meningkat*. 14 Maret 2010. www.pikiran-rakyat.com/prprint.php?mib=beritadetail&id=30754.

Ruby, Mahlil. (2009). *Jaminan Kesehatan Bagi Semua Mencegah Rakyat Jatuh Miskin dalam Hasbullah Tabrany pada Sakit, Pemiskinan, dan MDGs*. Jakarta: Buku Kompas.

Sampurna (2002). *Menguasai Aplikasi Web Tanpa Pemrograman*. Jakarta : Elex Media Komputindo.

Sera, Yumi dan Susan Beaudry. (2007). *Monitoring and Evaluation: Tips for Strengthening Organizational Capacity*. World Bank.

Shahab, Alwi. (2000). *Internet Bagi Profesi Kedokteran*. Jakarta : EGC.

Supriatna, Haris (2008). *Buku Pintar Surfing Internet*. Bandung : Oase Media.

Suryadi, H.S, D. (1995). *Pengantar Metodologi Pengembangan Sistem Informasi*. Jakarta: Universitas Gunadarma.

Sutabri, Tata, S.Kom, MM. (2005). *Sistem Informasi Manajemen*. Yogyakarta: Penerbit Andi.

Oetomo, Budi Sutedjo Dharma. (2006). *Konsep dan Perancangan Jaringan Komputer Bangunan Satu Lantai, Gedung Bertingkat dan Kawasan*. Yogyakarta: Penerbit Andi.

Whitten, Jeffery L. dkk. (2004). *Metode Desain dan Analisis Sistem Edisi 6 Internasional Terjemahan*. Yogyakarta: Penerbit Andi.

World Bank. (2004). *Monitoring and Evaluations: Some Tools, Method and Approaches*. Washington D.C: World Bank Operations evaluations Department.

