



UNIVERSITAS INDONESIA

**EVALUASI PELAKSANAAN PROGRAM JAMINAN KESEHATAN
BALI MANDARA (JKBM) DI UPT.PUSKESMAS ABIANSEMAL I
KABUPATEN BADUNG PROVINSI BALI
TAHUN 2012 (STUDI KUALITATIF)**

SKRIPSI

**NI KOMANG TRISNAWATI
NPM 1006820953**

**FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
PROGRAM SARJANA KESEHATAN MASYARAKAT
DEPOK
MEI 2012**



UNIVERSITAS INDONESIA

**EVALUASI PELAKSANAAN PROGRAM JAMINAN KESEHATAN
BALI MANDARA (JKBM) DI UPT.PUSKESMAS ABIANSEMAL I
KABUPATEN BADUNG PROVINSI BALI
TAHUN 2012 (STUDI KUALITATIF)**

SKRIPSI

**Diajukan sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar
Sarjana Kesehatan Masyarakat**

**NI KOMANG TRISNAWATI
NPM 1006820953**

**FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
PROGRAM SARJANA KESEHATAN MASYARAKAT
DEPOK
MEI 2012**

SURAT PERNYATAN

Yang bertanda tangan di bawah ini, saya :

Nama : Ni Komang Trisnawati

NPM : 1006820953

Program Studi : Sarjana Kesehatan Masyarakat

Peminatan : Kebidanan Komunitas

Angkatan : 2010

Jenjang : Sarjana

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

“Evaluasi Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Bali Mandara (JKBM) di UPT.Puskesmas Abiansemal I Kabupaten Badung Provinsi Bali Pada Tahun 2012”

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

Demikian surat ini saya buat dengan sebenar-benarnya.



1000, Mei 2012

(Ni Komang Trisnawati)

HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

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

Nama : Ni Komang Trisnawati

NPM : 1006820953

Tanggal : Mei 2012

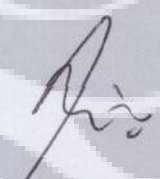
Tanda Tangan : 

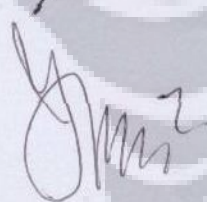
HALAMAN PENGESAHAN

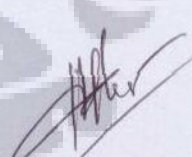
Skripsi ini diajukan oleh :
Nama : Ni Komang Trisnawati
NPM : 1006820953
Program Studi : Kebidanan Komunitas
Judul Skripsi : Evaluasi Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Bali Mandara (JKBM) Di UPT.Puskesmas Abiansemal I Kabupaten Badung Provinsi Bali Pada Tahun 2012 (Studi Kualitatif)

Telah berhasil dipertahankan di hadapan Dewan Penguji dan diterima sebagai bagian persyaratan yang diperlukan untuk memperoleh gelar Sarjana Kesehatan Masyarakat pada Program Studi Kebidanan Komunitas Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia

DEWAN PENGUJI

Pembimbing : Dra. Rina Artining anggorodi, MSi ()

Penguji : Dr. drh. Yvonne Magdalena Indrawani, SU ()

Penguji : Adhi Dharmawan Tato, SKM. MPH ()

Ditetapkan di : Depok

Tanggal : 31 Mei 2012

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan kehadapan Ida Sang Hyang Widhi Wasa, Tuhan Yang Maha Esa, karena atas berkat dan anugrah-Nyalah skripsi dengan judul “Evaluasi Pelaksanaan Jaminan Kesehatan Bali Mandara (JKBM) di UPT.Puskesmas Abiansemal I Kabupaten Badung Propinsi Bali Pada Tahun 2012” dapat terselesaikan. Skripsi ini disusun untuk memperoleh gelar sarjana kesehatan masyarakat.

Penulis menyadari bahwa tanpa dukungan dan dorongan dari berbagai pihak sulit rasanya skripsi ini dapat diselesaikan. Untuk itu, pada kesempatan ini perkenankan penulis menyampaikan rasa hormat dan terima kasih yang tidak terhingga kepada:

1. Ibu Dra. Rina Artining Anggorodi, MSi, selaku pembimbing akademik yang telah membimbing dan memberi masukan dalam penyelesaian skripsi ini.
2. Ibu Dr. drh. Yvonne Magdalena Indrawani, SU, dari Departemen Gizi FKM Universita Indonesia, selaku penguji yang telah berkenan menguji serta memberikan masukan untuk kesempurnaan skripsi ini.
3. Bapak Adhi Dharmawan Tato, SKM, MPH, dari Kementrian Kesehatan Republik Indonesia, selaku penguji yang telah berkenan menguji serta memberikan masukan untuk kesempurnaan skripsi ini.
4. Ibu Dr. Ratu Ayu Dewi Sartika, Apt, MSc, selaku pengajar mata kuliah metodologi penelitian yang telah memberikan pengetahuan, masukan serta bimbingan dalam penyusunan proposal penelitian sehingga penelitian ini dapat terlaksana.
5. Seluruh dosen dan staf FKM UI yang telah memberikan dukungan serta ilmu yang bermanfaat selama proses perkuliahan hingga tersusunnya skripsi ini.
6. Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Badung yang telah memberikan ijin untuk melaksanakan penelitian di wilayah kerja Dinas Kesehatan Kabupaten Badung khususnya di UPT.Puskesmas Abiansemal I.

7. Ibu dr. IGA Kunti Jayaningasih selaku mantan Kepala UPT.Puskesmas Abiansemal I dan Bapak dr. I Putu Milantika MPH, selaku Plt Kepala UPT.Puskesmas Abiansemal I atas dukungan serta ijin yang telah diberikan.
8. Keluarga besar UPT.Puskesmas Abiansemal I atas dukungan serta bantuan yang diberikan dari awal perkuliahan sampai penyusunan skripsi.
9. Bapak dan ibu tercinta (I Wayan Lagu dan Ni Wayan Dani), kakak tercinta (Ni Putu Juniari dan Ni Kadek Yuliani,ST), adik-adik tersayang (Ni Ketut Alit Aryanthi ST, I Made Agus Widyathanaya dan Ni Komang Hita Thanaya), atas dukungan moril, materiil, doa serta semangat tiada henti yang telah diberikan dalam mengikuti tugas belajar, sehingga dapat menyelesaikan perkuliahan serta skripsi dengan baik.
10. Eka Yuniari, teman yang selalu setia yang telah menemani selama 2 tahun perkuliahan.
11. Riris, Elida, Ayu Vira, Elvira, Christina, Dewi, serta seluruh teman-teman Kebidanan Komunitas Universitas Indonesia Angkatan 2010 atas segala dukungan dan bantuannya.
12. Seluruh pihak yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu yang telah membantu penyelesaian skripsi ini.

Penulis menyadari sepenuhnya akan keterbatasan kemampuan dan pengalaman, sehingga dalam penyusunan skripsi ini masih jauh dari kesempurnaan, oleh karena itu masukan dan saran yang membangun dari berbagai pihak sangat penulis diharapkan demi kesempurnaan skripsi ini dan semoga skripsi ini dapat memberikan manfaat bagi pembaca sekalian.

Depok, Mei 2012

Penulis

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

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

Nama : Ni Komang Trisnawati
NPM : 1006820953
Program Studi : Sarjana Kesehatan Masyarakat
Peminatan : Kebidanan Komunitas
Fakultas : Kesehatan Masyarakat
Jenis Karya : Skripsi

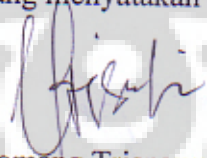
Demi pengembangan ilmu pengetahuan, menyetujui untuk memberikan kepada Universitas Indonesia **Hak Bebas Royalti Noneksklusif** (*Non-exclusive Royalty-Free Right*) atas karya ilmiah saya yang berjudul:

“Evaluasi Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Bali Mandara (JKBM) Di UPT Puskesmas Abiansemal I Kabupaten Badung Provinsi Bali Pada Tahun 2012 (Studi Kualitatif)”.

beserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan Hak Bebas Royalti Noneksklusif 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 pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya.

Dibuat di : Depok
Pada tanggal : 31 Mei 2012
Yang menyatakan


(Ni Komang Trisnawati)

DAFTAR RIWAYAT HIDUP

Nama : Ni Komang Trisnawati
Tempat/Tanggal Lahir : Badung, 31 Desember 1983
Jenis Kelamin : Perempuan
Agama : Hindu
Alamat : Banjar Tengah, Desa Punggul, Kecamatan
Abiansemal, Kabupaten Badung, Provinsi Bali
Email : komanktrisna@yahoo.com

Pendidikan

Tahun 1988-1995 : SD N 3 Blahkiuh
Tahun 1995-1998 : SLTP N 1 Abiansemal
Tahun 1998-2001 : SMU N 1 Abiansemal
Tahun 2001-2004 : Poltekkes Depkes Denpasar Jurusan Kebidanan

Pekerjaan

Tahun 2004-2006 : RSUD Bhakti Rahayu Denpasar
Tahun 2006-Sekarang : Staf UPT Puskesmas Abiansemal I, Kecamatan
Abiansemal, Kabupaten Badung, Provinsi Bali

ABTRAK

Nama : Ni Komang Trisnawati

NPM : 1006820953

Judul : Gambaran Evaluasi Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Bali Mandara (JKBM) Di UPT.Puskesmas Abiansemal I Kabupaten Badung Provinsi Bali Pada Tahun 2012 (Studi Kualitatif)

Penelitian ini merupakan penelitian kualitatif dengan desain deskriptif, membahas tentang evaluasi pelaksanaan program Jaminan Kesehatan Bali Mandara (JKBM) di UPT.Puskesmas Abiansemal I. Komponen yang di evaluasi meliputi : komponen input (ketenagaan, dana, sarana, pencatatan pelaporan), proses (sosialisasi program, pemanfaatan pelayanan kesehatan, manfaat/masalah dalam pelaksanaan JKBM) serta komponen output (meningkatnya cakupan dan mutu pelayanan kesehatan serta pengelolaan dana yang akuntabel). Hasil penelitian menyarankan bahwa tenaga pengelola JKBM puskesmas masih perlu dilakukan pelatihan atau dengan pendampingan tenaga IT terkait pelaksanaan sistem E-JKBM. Pendataan sasaran JKBM perlu pemutakhiran, dilakukan sesuai pedoman umum program JKBM dan perlu dilakukan *cross cek* tentang asuransi kesehatan yang telah dimiliki, sehingga kartu yang diterbitkan serta program yang dilaksanakan tepat sasaran.

Kata kunci: Evaluasi, program JKBM, puskesmas

Name : Ni Komang Trisnawati
Program Study : Bachelor Of Public Health
Title : Evaluation Of Implementation The Bali Mandara Health Insurance (Jaminan Kesehatan Bali Mandara/ JKBM) Program At Abiansemal I Public Health Center In the District of Badung , Bali Province ,2012.

ABSTRACT

This study is a qualitative research aimed to know the evaluation description of implementation the Bali Mandara Health Insurance (Jaminan Kesehatan Bali Mandara/ JKBM) program at Abiansemal I public health center. Components that are evaluated include: input component (human resources, funds, facilities, records and reporting), processes (socialization program, utilization of health care, benefits / problems in the conduct of JKBM) and output component (increasing the coverage and quality of health services and accountable management of funds). The results suggest that human resources managers of JKBM program at Abiansemal I public health center is still needs to be done with the assistance or training related IT to implementation E-JKBM system. JKBM need to update the data collection objectives, conducted according to general guidelines JKBM program and necessary cross checks on health insurance that has been owned, so the card is issued and implemented the program on target.

Key words : evaluation, JKBM Program, public health center

DAFTAR ISI

HALAMAN SAMPUL.....	i
HALAMAN JUDUL	ii
SURAT PERNYATAAN BEBAS PLAGIARISME.....	iii
HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS	iv
HALAMAN PENGESAHAN	v
KATA PENGANTAR	vi
HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI.....	viii
DAFTAR RIWAYAT HIDUP	ix
ABSTRAK.....	x
ABSTRACT.....	xi
DAFTAR ISI.....	xii
DAFTAR ISTILAH.....	xvi
DAFTAR GAMBAR.....	xvii
DAFTAR TABEL.....	xviii
DAFTAR LAMPIRAN.....	xix
1. PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Rumusan Masalah.....	4
1.3 Pertanyaan Penelitian.....	5
1.4 Tujuan Penelitian	5
1.4.1 Tujuan Umum	5
1.4.2 Tujuan Khusus	5
1.5 Manfaat Penelitian	6
1.5.1 Manfaat Aplikatif.....	6
1.5.2 Manfaat Metodologi.....	6
1.5.3 Manfaat Teoritis.....	6
1.6 Ruang Lingkup.....	6
2. TINJAUAN PUSTAKA.....	7
2.1 Pengertian Manajemen.....	7
2.2 Pendekatan Sistem	7
2.3 Sistem Kesehatan.....	11
2.4 Sistem Kesehatan Nasional.....	12
2.5 Desentralisasi Sektor Kesehatan	12
2.6 Hubungan Sistem Kesehatan Daerah Dengan SKN	14
2.7 Evaluasi.....	15
2.7.1 Pengertian	15
2.7.2 Peranan dan Manfaat.....	15

2.7.3	Evaluasi Program Kesehatan	16
2.8	Jaminan Kesehatan Bali Mandara.....	17
2.8.1	Pengertian	17
2.8.2	Tujuan	18
2.8.3	Sasaran	18
2.9	Tata Laksana Kebersertaan JKBM	18
2.9.1	Ketentuan Umum.....	18
2.9.2	Administrasi Kepesertaan	20
2.10	Tata Laksana Pelayanan Kesehatan Dengan JKBM.....	21
2.10.1	Ketentuan Umum.....	21
2.10.2	Prosedur Pelayanan.....	24
2.10.2.1	Pelayanan Kesehatan Dasar	24
2.10.2.2	Pelayanan Kesehatan Tingkat Lanjut.....	24
2.10.2.3	Pelayanan di Puskesmas dan Jaringannya	26
2.10.3	Pelayanan yang dibatasi (limitation).....	26
2.10.4	Pelayanan yang Tidak Dijamin (Exclusion)	27
3.	KERANGKA KONSEP DAN DEFINISI ISTILAH	28
3.1	Kerangka Teori	28
3.2	Kerangka Konsep.....	29
3.3	Definisi Istilah.....	30
4.	METODE PENELITIAN.....	32
4.1	Desain Penelitian	32
4.2	Lokasi dan Waktu Penelitian	32
4.3	Informa Penelitian.....	32
4.4	Teknik Pengumpulan Data.....	33
4.5	Instrumen Penelitian	33
4.6	Proses Pengumpulan Data.....	36
4.7	Validitas Data.....	37
4.8	Pengolahan dan Analisis Data	37
5.	GAMBARAN UMUM LOKASI PENELITIAN.....	38
5.1	Peta wilayah.....	38
5.2	Geografi dan Letak wilayah.....	39
5.3	Data Demografi.....	40
5.3.1	Data Kependudukan.....	40
5.3.2	Data Ekonomi	40
5.4	Sumber daya Kesehatan.....	41
5.4.1	Tenaga Kesehatan	41
5.4.2	Data Sarana dan Prasarana Kesehatan	43
5.4.3	Data Fasilitas Pelayanan Kesehatan.....	44
5.4.4	Upaya Kesehatan Bersumberdaya Masyarakat.....	44

6. HASIL PENELITIAN	45
6.1 Karakteristik Informan.....	45
6.2 Komponen Input	46
6.2.1 Ketenagaan.....	46
6.2.2 Dana	47
6.2.3 Sarana dan Prasarana	47
6.2.4 Pencatatan dan Pelaporan	48
6.2.5 Sasaran Kepesertaan	49
6.2.6 Pelayanan Kesehatan	50
6.3 Proses	51
6.3.1 Pensosialisasian Program JKBM.....	51
6.3.2 Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan.....	53
6.3.3 Pengelolaan dana JKBM.....	55
6.3.4 Pencatatan Pelaporan	56
6.3.5 Manfaat dan Kendala	56
6.4 Output.....	60
6.4.1 Meningkatnya Cakupan Pelayanan Kesehatan	60
6.4.2 Meningkatnya Kualitas/ Mutu Pelayanan Kesehatan	60
6.4.3 Pengelolaan Dana JKBM Yang Transparan dan Akuntabel.....	61
6.5 Telaah Dokumen.....	62
7. PEMBAHASAN	64
7.1 Keterbatasan Penelitian	64
7.2 Input	64
7.2.1 Ketenagaan.....	64
7.2.2 Dana	66
7.2.2 Sarana dan Prasarana	67
7.2.3 Pencatatan dan Pelaporan	68
7.2.4 Sasaran Kepesertaan	69
7.2.5 Pelayanan Kesehatan	72
7.3 Proses	72
7.3.1 Pensosialisasian Program JKBM.....	72
7.3.2 Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan.....	73
7.3.3 Pengelolaan dana JKBM.....	75
7.3.4 Pencatatan Pelaporan	75
7.3.5 Manfaat dan Kendala	76
7.4 Output.....	77
7.4.1 Meningkatnya Cakupan Pelayanan Kesehatan	77
7.4.2 Meningkatnya Kualitas/ Mutu Pelayanan Kesehatan	78
7.4.3 Pengelolaan Dana JKBM Yang Transparan dan Akuntabel.....	80

8. SIMPULAN DAN SARAN.....	81
8.1 Simpulan	81
8.2 Saran	82
8.2.1 Bagi Penentu Kebijakan.....	82
8.2.2 Bagi UPT.Puskesmas Abiansemal I	82
8.2.3 Bagi Peneliti Selanjutnya.....	82
DAFTAR PUSTAKA.....	83

LAMPIRAN



DAFTAR SINGKATAN DAN ISTILAH



PDB	: Produk Domestik Bruto
WHO	: World Health Organization
SKN	: Sistem Kesehatan Nasional
SJSN	: Sistem Jaminan Sosial Nasional
Askes	: Asuransi Kesehatan
Jamkesmas	: Jaminan Kesehatan Masyarakat
Jamsostek	: Jaminan Sosial Tenaga Kerja
BPS	: Badan Praktek Swasta
UPT	: Unit Pelaksana Teknis
UGD	: Unit Gawat darurat
VCT	: Voluntary Conculting Test
JKBM	: Jaminan Kesehatan Bali Mandara
SOP	: Standard Operating Procedures
PKMD	: Pembangunan Kesehatan Masyarakat Desa
SKD	: Sistem Kesehatan Daerah
IMR	: Infant Mortality Rate
TKPKD	: Tim Koordinasi Penanggulangan Kemiskinan Daerah
RITP	: Rawat inap Tingka Pertama
RJTL	: Rawat Jalan Tingkat Pertama
PPK	: Pemberi Pelayanan Kesehatan
DAU	: dana Alokasi Umum
CT Scan	: Computed Tomography Scan
MRI	: <i>Magnetic Resonance Imaging</i>
RSUD	: Rumah Sakit Umum daerah
PPATRS	: Pusat Pelayanan Administrasi Terpadu Rumah Sakit
SICS	: Small Incision Catarac Surgery
ARV	: Anti Retro Viral
FGD	: Focus Group Discussion
SPRG	: Sekolah Pengatur Rawat Gigi
SPRB	: Sekolah Pengatur Rawat B
SMF	: Sekolah Menengah Farmasi
SPK	: Sekolah Pendidikan Kesehatan
SPPH	: Sekolah Pembantu Penilik Hygiene
USG	: Ultrasonografi
EKG	: Elektrokardiogram
LCD	: Liquid Crystal Display
PKPR	: Pelayanan Kesehatan peduli Remaja
BOK	: Bantuan operasional Kesehatan
APBD	: Anggaran Pendapatan Belanja Dearah
PAD	: Pendapatan Asli Daerah
MOU	: Memorandum of Understanding
ANC	: Ante Natal Care

DAFTAR GAMBAR

	halaman
Gambar 2.1. Pemikiran Manajemen Sistem Terbuka pada Puskesmas	10
Gambar 3.1. Kerangka konsep	28
Gambar 3.2. Kerangka Teori	29
Gambar 5.1 Peta Wilayah Kerja UPT. Puskesmas Abiansemal I	38



DAFTAR TABEL

	Halaman
Tabel 4.1 Matrik Pengumpulan Data/ Informasi Evaluasi Pelaksanaan Jaminan Kesehatan Bali Mandara Di UPT Puskesmas Abiansemal I Kabupaten Badung Propinsi Bali Tahun 2012 ..	34
Tabel 5.1 Jumlah Desa dan Banjar di Wilayah Kerja UPT. Puskesmas Abiansemal I	39
Tabel 5.2 Jumlah Penduduk Per Desa di Wilayah UPT. Puskesmas Abiansemal I Tahun 2011	40
Tabel 5.3 Persentase Tingkat Pendidikan Usia 10 Tahun ke Atas di Kecamatan Abiansemal Tahun 2010	40
Tabel 5.4 Jumlah Penduduk menurut Sumber Mata Pencaharian Utama di Wilayah Kerja UPT. Puskesmas Abiansemal I Tahun 2010	41
Tabel 5.5 Jumlah dan Jenis Ketenagaan di UPT. Puskesmas Abiansemal I Tahun 2011	42
Tabel 5.6 Jumlah Sarana dan Prasarana di UPT. Puskesmas Abiansemal I Tahun 2011	43
Tabel 5.7 Sarana Pelayanan Kesehatan di Wilayah Kerja UPT. Pukesmas Abiansemal I Tahun 2011	44
Tabel 5.8 Jumlah UKBM di UPT. Puskesmas Abiansemal I Tahun 2011.....	44
Tabel 6.1 Karakteristik Peserta FGD Penelitian Evaluai Pelaksanaan JKBM di UPT Puskesmas Kabupaten Badung Propinsi Bali Pada Tahun 2012.....	45
Tabel 6.2 Karakteristik Informan Wawancara Mendalam Penelitian Evaluai Pelaksanaan JKBM di UPT Puskesmas Kabupaten Badung Propinsi Bali Pada Tahun 2012	45
Tabel 6.3 Kunjungan Pasien dan Jenis Pembiayaan Pasien di UPT Puskesmas Abiansemal I Pada Tahun 2010-2011	62
Tabel 6.4 Alokasi Dana Program JKBM UPT Pukesmas Abiansemal I Tahun 2010-2011	63

DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1. Surat Ijin Penelitian dari Kesbang Pol dan Linmas Provinsi Bali
- Lampiran 2. Surat Ijin Penelitian dari Kesbang Pol dan Linmas Kabupaten Badung
- Lampiran 3. Surat Ijin Penelitian dari Dinas Kesehatan Kabupaten Badung
- Lampiran 4. Pedoman Wawancara Mendalam Pada Tim Pengelola JKBM Kabupaten Badung
- Lampiran 5. Pedoman Wawancara Mendalam Pada Unit Pengelola JKBM UPT.Puskesmas Abiansemal I
- Lampiran 6. Pedoman Wawancara Mendalam Pada Petugas Kesehatan
- Lampiran 7. Pedoman FGD Pada Masyarakat
- Lampiran 8. Matrik Hasil Wawancara Mendalam
- Lampiran 9. Matrik Hasil FGD

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Kesehatan sangat mempengaruhi produktivitas, seluruh masyarakat mendambakan supaya selalu hidup sehat. Kesehatan adalah hak asasi dan juga sebagai tanggungjawab bersama dari setiap individu, keluarga, masyarakat, pemerintah dan swasta. Sedangkan risiko sakit tidak dapat dipastikan dan dapat menimpa setiap orang, yang selanjutnya juga berarti ada risiko biaya untuk membayar pelayanan kesehatan sebagai upaya pemulihan dari kondisi sakit tersebut. Risiko tersebut seharusnya dan dapat dikelola menjadi suatu bentuk kepastian dengan adanya asuransi kesehatan untuk memastikan adanya penggantian biaya pengobatan bagi yang mengalami sakit. Menurut Thabrany (2006), untuk memastikan bahwa kebutuhan pelayanan kesehatan dapat dibiayai secara memadai, maka seseorang atau kelompok kecil orang melakukan transfer risiko kepada pihak lain yang disebut *insurer* atau *asuradur*, ataupun badan penyelenggara jaminan.

Terwujudnya jaminan kesehatan bagi setiap penduduk atau "*universal coverage*" di tanah air menjadi topik penting dan merupakan harapan setiap masyarakat Indonesia. Jaminan atau dalam bahasa Inggris yaitu *insurance* (asuransi) adalah untuk memastikan yang menderita sakit akan mendapatkan pelayanan yang dibutuhkannya tanpa harus mempertimbangkan keadaan ekonominya, ada pihak yang menjamin atau menanggung biaya pengobatan atau biaya perawatannya.

Pembiayaan kesehatan sebagaimana yang dinyatakan dalam UU No 36 tahun 2009 bertujuan untuk penyediaan pembiayaan kesehatan yang berkesinambungan dengan jumlah yang mencukupi, teralokasi secara adil, dan termanfaatkan secara berhasil guna dan berdaya guna untuk menjamin terselenggaranya pembangunan kesehatan agar meningkatkan derajat kesehatan masyarakat setinggi-tingginya. Untuk mewujudkan dan meningkatkan derajat kesehatan masyarakat tersebut, maka dilaksanakan melalui berbagai upaya kesehatan. Melaksanakan upaya-upaya kesehatan tentunya memerlukan biaya yang besar, dalam hal pembiayaan kesehatan, sebagai salah satu subsistem dari Sistem Kesehatan Nasional (SKN) telah mengalami

peningkatan dari tahun ke tahun, yaitu sebesar 0,81% dari Produk Domestik Bruto (PDB) meningkat menjadi 1,09% dari PDB. Tetapi, ini masih jauh dari anjuran WHO yaitu sebesar 5% dari PDB.

Namun demikian, dengan adanya UU No 22 Tahun 1999 tentang Pemerintah Daerah dan UU No 25 Tahun 1999 tentang Perimbangan Keuangan antara Pusat dan Daerah sehingga pemerintahan Indonesia yang awalnya sentralistik menjadi desentralistik. Soekidjo (2007) menyatakan bahwa desentralisasi memberi jawaban yang lebih baik terhadap kebutuhan daerah akan kesehatan, yang memungkinkan pemerintah daerah dan wakil rakyat menyesuaikan pelayanan kesehatan yang sesuai dengan situasi setempat, dan sumber daya yang tersedia. Belanja kesehatan pemerintah selama era sentralistik belum pernah mencapai 5% dari seluruh belanja Negara. Namun dalam era desentralisasi beberapa kabupaten dan kota Madya sudah mengalokasikan lebih dari 5% anggarannya.

Trisnantoro (2005) menyatakan bahwa sumber pembiayaan kesehatan di Indonesia masih mengandalkan pada pembayaran "*out of pocket*" yang berasal dari masyarakat yang menunjukkan kecenderungan yang meningkat. Pada tahun 1995 sebesar 54,0%, tahun 1998 sebesar 72,8%, dan tahun 2000 sebesar 76,3%. Dan sebaliknya pembiayaan pemerintah mempunyai kecenderungan menurun, dari 46,0% pada tahun 1995 dan 23,7% pada tahun 2000.

Tanpa adanya suatu jaminan kesehatan, sehingga tiap keluarga harus mengeluarkan uang sendiri untuk biaya kesehatan yang harus ditanggungnya "*out of pocket*". Dengan sistem ini kebanyakan masyarakat tidak sanggup membayar ketika mereka jatuh sakit, terutama saat mengalami penyakit yang berat, menderita penyakit kronis atau komplikasi yang memerlukan perawatan jangka panjang seperti hemodialisa, diabetes, penyakit jantung, kanker, dan lain-lain. Jika hal ini dibiarkan terus menerus tentu akan berdampak pada penurunan derajat kesehatan masyarakat yang merupakan salah satu penentu indek pembangunan manusia (*human development index, HDI*)

Dalam hal pembiayaan kesehatan di era desentralisasi, dikatakan bahwa beberapa Pemda memilih memberikan subsidi melalui mekanisme asuransi kesehatan untuk memberikan jaminan dan akses pelayanan kesehatan pada penduduknya. Seperti Pemda Kabupaten Banyu Asin, Tarakan, DIY, Purbalingga, Kabupaten Singkawang dan lain-lain.

Selain dengan alasan untuk meringankan beban masyarakat dalam pembiayaan pelayanan kesehatan, bahwa dikembangkannya jaminan/asuransi kesehatan di daerah adalah sebagai amanat/ sesuai dengan beberapa UU yang telah ditetapkan. Dalam UU No 40/2004 tentang sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN), ditetapkan bahwa pembiayaan kesehatan di Indonesia dikembangkan ke arah Sistem Asuransi Kesehatan Sosial, kemudian dalam UU No.32/2004 tentang otonomi daerah disebutkan bahwa salah satu hak dan kewajiban daerah adalah mengembangkan sistem jaminan sosial. Selanjutnya pada tahun 2007 dikeluarkan PP No.38 tentang pembagian kewenangan serta tugas/fungsi antara pemerintah pusat, propinsi dan daerah. Dalam PP tersebut disebutkan tentang tugas fungsi daerah yaitu untuk menyelenggarakan pengelolaan/penyelenggaraan jaminan pemeliharaan kesehatan sesuai kondisi lokal (Gani, 2008)

Pada tahun 2010 Pemerintah Propinsi Bali telah melaksanakan Program Jaminan kesehatan yang disebut dengan Jaminan Kesehatan Bali Mandara (JKBM). Sasarannya adalah penduduk Bali yang tidak memiliki jaminan yang sudah terdaftar dan memiliki Kartu Tanda Penduduk (KTP) Bali dan anggota keluarganya, memiliki kartu keluarga dan Surat Keterangan belum memiliki Jaminan Kesehatan dari Kelurahan. Pembiayaan JKBM disubsidi oleh Pemerintah Daerah Propinsi dalam bentuk Bantuan Sosial ataupun hibah kepada RS dan Puskesmas serta dana *sharing* dari Kabupaten atau Kota. Dengan program JKBM memungkinkan bagi masyarakat Bali untuk pemanfaatan pelayanan kesehatan sampai pada tingkat provinsi.

Data Riskesdas Propinsi Bali Tahun 2007 menunjukkan bahwa persentase biaya untuk pasien rawat inap maupun rawat jalan sebagian besar berasal dari biaya sendiri yaitu sebanyak 81,9% untuk rawat inap dan 80% pada rawat jalan. Gambaran masyarakat Bali yang telah tercakup dengan Jaminan Kesehatan tahun 2008 adalah sebagai berikut : kelompok masyarakat yang tercakup Jaminan Kesehatan yaitu sejumlah 980.114 jiwa (27,88 %) yang terdiri dari peserta Askes PNS 332.708 jiwa, Askes komersial 11.274 jiwa, Jamkesmas 537.776 jiwa, ASABRI 9.401 jiwa dan jamsostek 88.954 jiwa. Kelompok masyarakat yang belum tercakup Jaminan Kesehatan sejumlah 2.535.886 jiwa (72,12 %). Jadi sekitar 72,12 % dari penduduk Bali belum memiliki Jaminan Pemeliharaan Kesehatan yang kemungkinan akan bermasalah ketika mereka sakit. Dengan adanya program JKBM ini, masyarakat Bali (kaya atau miskin tetapi belum memiliki Jaminan Kesehatan) dapat memanfaatkan JKBM di RSUD atau Puskesmas

seluruh Bali. Puskesmas sebagai sarana pelayanan kesehatan strata dasar merupakan fasilitas pelayanan kesehatan yang paling dekat dengan masyarakat. UPT Puskesmas Abiansemal I merupakan Puskesmas terbesar di Bali dengan Pelayanan Rawat inap, petolongan persalinan dan UGD 24 jam. Menyediakan pelayanan spesialis Kebidanan dan Kandungan serta penyakit Jiwa, klinik VCT dan Metadone. Berdasarkan hal tersebut diatas sehingga perlu di evaluasi pelaksanaan JKBM ini pada tingkat puskesmas, khususnya di UPT.Puskesmas Abiansemal I

1.2 Rumusan Masalah

Risiko sakit tidak dapat dipastikan dan tentunya akan menimbulkan risiko biaya pelayanan kesehatan, sehingga diperlukan asuransi atau jaminan untuk memastikan orang yang sakit mendapatkan pelayanan yang dibutuhkannya tanpa harus mempertimbangkan keadaan ekonominya. Pada tahun 2010 pemerintah provinsi Bali melaksanakan program Jaminan Kesehatan Bali Mandara (JKBM), yang mana sasarannya adalah seluruh masyarakat Bali yang tidak mempunyai jaminan kesehatan yang jumlahnya diperkirakan sekitar 2.535.886 jiwa (72,12% dari penduduk Bali). Tujuan program JKBM ini adalah untuk meningkatkan cakupan dan mutu pelayanan kesehatan bagi masyarakat Bali serta pengelolaan keuangan yang akuntabel. Program JKBM ini relatif baru, agar kedepan program JKBM ini dapat mencapai tujuannya secara maksimal, dan berkelanjutan, maka perlu diketahui bagaimanakah gambaran pelaksanaan program JKBM khususnya di UPT.Puskesmas Abiansemal I pada tahun 2012. Sampai sejauh ini belum ada penelitian yang dilakukan terhadap pelaksanaan program JKBM khususnya di UPT Puskesmas Abiansemal I.

1.3 Pertanyaan Penelitian

1. Bagaimanakah gambaran pelaksanaan program JKBM di UPT.Puskesmas Abiansemal I Kabupaten Badung Provinsi Bali tahun 2012?
2. Bagaimanakah gambaran input (*man, money, material, machine, dan method*) program JKBM di UPT.Puskesmas Abiansemal I Kabupaten Badung Provinsi Bali pada tahun 2012?
3. Bagaimanakah gambaran proses (sosialisasi, pelayanan kesehatan, pencatatan pelaporan, pengelolaan dana) program JKBM di UPT Puskesmas Abiansemal I Kabupaten Badung Provinsi Bali pada tahun 2012?
4. Bagaimanakah gambaran output (cakupan dan mutu pelayanan serta pengelolaan keuangan) program JKBM di UPT Puskesmas Abiansemal I Kabupaten Badung Provinsi Bali pada tahun 2012?
5. Bagaimanakah gambaran masalah/kendala yang ada dalam pelaksanaan program JKBM di UPT Puskesmas Abiansemal I Kabupaten Badung Provinsi Bali pada tahun 2012?

1.4 Tujuan

1.4.1 Tujuan Umum

Mengetahui gambaran pelaksanaan program Jaminan Kesehatan Bali Mandara di UPT.Puskesmas Abiansemal I Kabupaten Badung Provinsi Bali tahun 2012?

1.4.2 Tujuan Khusus

1. Diperoleh gambaran input pelaksanaan JKBM di UPT Puskesmas Abiansemal I Kabupaten Badung Provinsi Bali pada tahun 2012
2. Diperoleh gambaran proses pelaksanaan JKBM di UPT Puskesmas Abiansemal I Kabupaten Badung Provinsi Bali pada tahun 2012
3. Diperoleh gambaran output pelaksanaan JKBM di UPT Puskesmas Abiansemal I Kabupaten Badung Provinsi Bali pada tahun 2012
4. Diperoleh gambaran masalah/kendala yang ada dalam pelaksanaan program JKBM di UPT Puskesmas Abiansemal I Kabupaten Badung Provinsi Bali tahun 2012

1.5 Manfaat Penelitian

1.5.1 Manfaat Aplikatif

Diharapkan hasil penelitian dapat dipergunakan sebagai bahan masukan bagi pembuat kebijakan, pelaksana program JKBM, bagi pengelola program JKBM pada tingkat puskesmas maupun Kabupaten Badung.

1.5.2 Manfaat Metodologi

Diharapkan hasil penelitian dapat menjadi acuan atau dasar bagi penelitian kualitatif selanjutnya.

1.5.3 Manfaat Keilmuan

1. Hasil penelitian ini diharapkan dapat menambah wawasan ilmu pengetahuan tentang kesehatan masyarakat khususnya di bidang manajemen dan pembiayaan kesehatan.
2. Diharapkan hasil penelitian dapat dipergunakan oleh Fakultas Kesehatan masyarakat khususnya Peminatan Kebidanan Komunitas.

1.6 Ruang Lingkup Penelitian

Penelitian ini merupakan penelitian kualitatif untuk melihat gambaran pelaksanaan program JKBM di UPT Puskesmas Abiansemal I Kabupaten Badung Provinsi Bali pada tahun 2012. Informan dalam penelitian ini adalah Pengelola JKBM Kabupaten Badung, Unit Pengelola JKBM UPT.Puskesmas Abiansemal I, Tenaga kesehatan yang memberikan pelayanan kesehatan serta masyarakat/peserta JKBM yang pernah menggunakan JKBM. Penelitian ini dilaksanakan di dari bulan Maret sampai dengan Mei 2012.

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Pengertian Manajemen

Manajemen menurut Terry (2009), adalah suatu proses atau kerangka kerja yang melibatkan bimbingan atau pengarahan suatu kelompok orang-orang kearah tujuan-tujuan organisasional atau maksud-maksud yang nyata. Manajemen adalah suatu kegiatan, pelaksanaannya adalah “*managing*” atau pengolahan, sedangkan pelaksanaannya disebut *manager* atau pengelola. Manager, dalam melakukan pekerjaannya harus melaksanakan kegiatan-kegiatan tertentu, yang dinamakan dengan fungsi-fungsi manajemen, yang terdiri dari :

1. Planning (perencanaan)

Menentukan tujuan-tujuan yang hendak dicapai selama suatu masa yang akan datang dan apa yang harus diperbuat agar dapat mencapai tujuan-tujuan tersebut.

2. Organizing

Mengelompokkan dan menentukan berbagai kegiatan penting dan memberikan kekuasaan untuk melaksanakan kegiatan-kegiatan itu.

3. Staffing

Menentukan keperluan sumber daya manusia, pengarahan, penyaringan latihan dan pengembangan tenaga kerja.

4. Motivating

Mengerahkan atau menyalurkan perilaku manusia kearah tujuan-tujuan

5. Controlling

Mengukur pelaksanaan dengan tujuan-tujuan, menentukan sebab-sebab penyimpangan-penyimpangan dan mengambil tindakan-tindakan korektif dimana perlu.

2.2 Pendekatan Sistem

Stoner (1996) menyampaikan definisi sistem sebagai berikut : sistem adalah kumpulan dari komponen- komponen yang saling berhubungan dan berinteraksi, yang menyelenggarakan fungsi-fungsi tertentu dan mempunyai sasaran sebagai satu unit terpadu.

Dalam Ilyas, 2006 , disebutkan bahwa adalah sekumpulan komponen atau subsistem yang terorganisir dan saling berkait satu sama lain, sesuai dengan rencana untuk mencapai tujuan. Model dasar sebuah sistem adalah masukan, pengolahan atau proses dan keluaran. Model system ini dapat dikembangkan dengan subsistem lain seperti control, umpan balik dan penyimpanan. Selanjutnya dikemukakan bahwa cirri-ciri pokok suatu sistem adalah sebagai berikut:

1. Sistem umumnya bersifat terbuka
2. Suatu system terdiri dari dua atau lebih sub-sistem, dan setiap sub-sistem terdiri dari sub-sistem yang lebih kecil yang tersusun secara hirarki.
3. Diantara sub-sistem-sub-sistem itu terdapat saling ketergantungan, dan satu sama lain saling membutuhkan, serta suatu sub-sistem memerlukan masukan dari sub-sistem lain.
4. Suatu sub-sistem mempunyai kemampuan untuk menyesuaikan diri dengan lingkungannya (*self adjustment*)
5. System mempunyai kemampuan untuk mengatur diri sendiri (*self regulation*)
6. Sisem mempunyai tujuan dan sasaran, pendekatan sistem dalam manajemen bermaksud untuk memnadang organisasi sebagai satu kesatuan.

Penyelenggaraan sistem kesehatan di Indonesia menerapkan pendekatan kesisteman. Sistem terbentuk dari elemen atau bagian yang saling berhubungan dan saling mempengaruhi. Apabila salah satu bagian atau subsistem tidak berjalan dengan baik maka akan mempengaruhi bagian yang lain. Secara garis besar elemen –elemen dari sistem adalah sebagai berikut (Soekidjo,2007)

1. Masukan (*Input*)
Sub elemen-sub elemen yang diperlukan sebagai masukan untuk berfungsinya sistem.
2. Proses
Ialah suatu kegiatan yang berfungsi untuk mengubah masukan sehingga menghasilkan sesuatu (keluaran) yang direncanakan
3. Keluaran (*outut*), ialah hal yang dihasilkan oleh proses
4. Dampak (*impact*), akibat yang dihasilkan oleh keluaran setelah beberapa waktu lamanya.
5. Umpan balik (*feed back*), juga merupakan hasil dari proses yang sekaligus sebagai masukan untuk system tersebut.
6. Lingkungan(*environment*), ialah dunia di luar sistem yang mempengaruhi sistem tersebut.

Sulaeman (2011) memandang Puskesmas sebagai organisasi sistem terbuka terdiri atas 7 komponen yaitu input (masukan sumber daya manajemen), proses (proses transformasi manajemen dan proses pelayanan kesehatan yang ditunjang oleh standar mutu serta SOP dan system pencatatan dan pelaporan), output (hasil antara), outcome (hasil akhir), impact (manfaat dan dampak efk, lingkungan) dan feed back (umpan balik)

1. Masukan

Berupa sumber-sumber daya manajemen Puskesmas, meliputi:

- a. *Man* (ketenagaan) berupa pegawai puskesmas, fasilitator kecamatan dan desa, kader kesehatan dan sebagainya
- b. *Money* (dana/biaya), berupa dana operasional program atau proyek puskesmas
- c. *Material* (bahan, sarana dan prasarana) berupa obat, alat kesehatan, alat administrasi, system informasi posyandu (SIP), pencatatan dan pelaporan sarana kesehatan swasta, sarana promosi kesehatan, sarana komunikasi dan transportasi dan lain-lain.
- d. *Machine* (mesin atau peralatan teknologi) Untuk merubah masukan menjadi keluaran berupa SOP baik pelayan kesehatan didalam gedung maupun diluar gedung puskesmas dan lain-lain.
- e. *Method* (metode) yaitu cara atau pendekatan yang digunakan untuk mengubah masukan menjadi keluaran, yakni berupa metode cara pelaksanaan tugas , metode penggerakkan dan pemberdayaan pegawai puskesmas, metode penggerakkan dan pemberdayaan masyarakat seperti metode Pembangunan Kesehatan Masyarakat Desa (PKMD), metode survey cepat kepuasan pelanggan dan lain-lain
- f. *Market dan marketing* (pasar dan pemasaran) yaitu pemasaran program dan kegiatan puskesmas yang dilakukan dengan pemasaran sosial yaitu menentukan kebutuhan, keinginan, dan minat dari pasar serta memberi kepuasan melalui pemeliharaan atau peningkatan kesehatan masyarakat dan pelanggan puskesmas.
- g. *Minute/time*-Waktu dihubungkan dengan jangka waktu pelaksanaan program dan kegiatan serta efektivitas, efisiensi dan produktivitas kerja.

2. Proses transformasi

Proses mengubah masukan menjadi keluaran dengan melaksanakan fungsi-fungsi manajemen dan pelayanan kesehatan puskesmas yang ditunjang oleh pelaksanaan standar mutu dan SOP

3. Hasil antara (*output*)

Berupa pencapaian cakupan indikator hasil antara yang terdiri atas 3 indikator pilar Indonesia sehat 2010, yaitu indikator keadaan lingkungan, indikator perilaku hidup masyarakat, indikator akses dan mutu pelayanan kesehatan

4. Hasil Akhir (*outcome*)

Hasil akhir yang dicapai dari suatu program berupa indikator mortalitas ibu, bayi, anak balita dan umum yang dipengaruhi oleh indikator morbiditas dan indikator status gizi

5. *Impact* (manfaat dan dampak)

Yaitu efek langsung dan tidak langsung atau konsekuensi yang diakibatkan dari pencapaian tujuan berupa benefit cost, kepuasan pelanggan dan masyarakat serta derajat kesehatan.

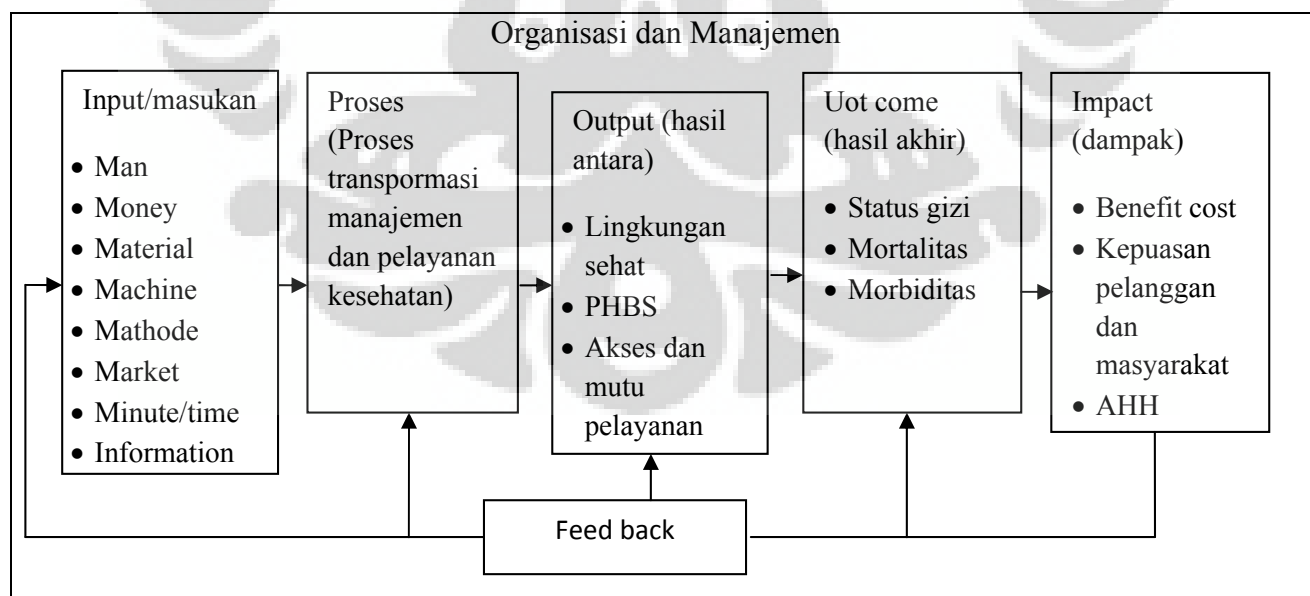
6. Lingkungan

Terdiri atas lingkungan dalam atau lingkungan khusus atau lingkungan tugas dan lingkungan luar atau lingkungan umum

7. Umpan balik (*feed back*)

Keluaran (hasil antara dan hasil akhir), kinerja puskesmas, informasi lingkungan yang berfungsi sebagai masukan bagi system puskesmas.

Lingkungan dan eksternal Organisasi



Gambar 2.1 Pemikiran Manajemen Sistem Terbuka Pada Puskesmas
Sumber : Sulaeman, Endang, Manajemen Kesehatan, Gajah Mada 2011

2.3 Sistem Kesehatan

WHO mendefinisikan bahwa sistem kesehatan (health System) merupakan semua aktifitas yang mempunyai tujuan utama meningkatkan, memperbaiki atau merawat kesehatan. Batasan sistem dalam definisi ini adalah semua jenis pelayanan kesehatan formal, professional di bidang kesehatan, ataupun personal yang berdedikasi terhadap pengobatan, baik dengan resep maupun tidak, termasuk sistem pendidikan yang mendukung system kesehatan.

Dalam perkembangannya, para ahli mengganti health system ini dengan health care system. Menurut Lassey dalam Ilyas 2006, *health care system* sebagai kombinasi antara institusi kesehatan, sumber daya manusia pendukung, mekanisme financial, system informasi, mekanisme jaringan organisasi, dan manajemen struktur termasuk administrasi, dalam upayanya penyediaan jasa pelayanan kesehatan bagi pasien. Terbentuknya sistem kesehatan pada dasarnya ditentukan oleh tiga unsur utama yakni :

1. Pemerintah

Yang dimaksud dengan pemerintah (*policy maker*) disini ialah yang bertanggung jawab dalam merumuskan berbagai kebijakan pemerintah, termasuk kebijakan kesehatan.

2. Masyarakat

Yang dimaksud dengan masyarakat (*health consumer*) di sini ialah mereka yang memanfaatkan jasa pelayanan kesehatan.

3. Penyedia pelayanan Kesehatan

Penyedia pelayanan kesehatan (*health provider*) di sini ialah yang bertanggung jawab secara langsung dalam menyelenggarakan berbagai upaya kesehatan.

Azrul,1996, juga menyebutkan bahwa sebenarnya terbentuknya suatu sistem kesehatan yang baik harus memenuhi tiga syarat pokok yakni :

1. Organisasi pelayanan

Suatu sistem kesehatan yang baik harus memiliki kejelasan dalam pengorganisasian upaya kesehatan (*organization of service*). Kejelasan yang dimaksud disini menunjuk kepada jenis, jumlah, penyebaran, jenjang serta hubungan antara satu upaya kesehatan

2. Organisasi Pembiayaan

Suatu sistem kesehatan yang baik haruslah memiliki kejelasan dalam pengorganisasian pembiayaan kesehatan (*organization of finance*). Kejelasan yang dimaksud disini

menunjuk pada jumlah penyebaran, pemanfaatan serta mekanisme pembiayaan upaya kesehatan yang berlaku. Sama halnya dengan organisasi pelayanan, jika organisasi pembiayaan ini tidak baik, maka sistem kesehatan tersebut termasuk dalam katagori tidak sempurna.

3. Mutu pelayanan dan pembiayaan

Syarat terakhir yang harus dipenuhi sistem kesehatan yang baik adalah terjaminnya mutu pelayanan dan pembiayaan kesehatan (*quality of service and finance*). Mutu yang dimaksud di sini ialah disatu pihak, yang sesuai dengan kebutuhan dan tuntutan masyarakat terhadap kesehatan, dan di pihak lain yang sesuai juga dengan situasi dan kondisi sosial ekonomi masyarakat.

2.4 Sistem Kesehatan Nasional

Sistem Kesehatan Nasional (SKN) adalah bentuk dan cara penyelenggaraan pembangunan kesehatan yang memadukan berbagai upaya bangsa Indonesia dalam satu derap langkah guna menjamin tercapainya tujuan pembangunan kesehatan dalam rangka mewujudkan kesejahteraan rakyat sebagaimana dimaksud dalam Undang-Undang Dasar 1945.

Sistem Kesehatan Nasional perlu dilaksanakan dalam konteks Pembangunan Kesehatan secara keseluruhan dengan mempertimbangkan determinan sosial, seperti : kondisi kehidupan sehari-hari, tingkat pendidikan, pendapatan keluarga, distribusi kewenangan, keamanan, sumber daya, keadaan masyarakat, serta kemampuan tenaga kesehatan dalam mengatasi masalah-masalah tersebut.

Sistem Kesehatan Nasional meliputi, upaya kesehatan, pembiayaan kesehatan, sumber daya manusia kesehatan, sediaan farmasi, alat kesehatan dan makanan, manajemen dan informasi kesehatan dan pemberdayaan masyarakat.

2.5 Desentralisasi Sektor Kesehatan

Dalam UU No.22 tahun 1999 desentralisasi adalah penyerahan wewenang pemerintah oleh pemerintah kepada daerah otonom dalam kerangka Negara Kesatuan Republik Indonesia. Dalam Soekidjo (2007) disebutkan kebijakan pengalokasian dana untuk kegiatan pembangunan yang pada masa sistem pemerintahan yang sentralistik adalah menjadi wewenang pemerintah

pusat maka dalam era desentralisasi, kebijakan tersebut diserahkan sepenuhnya kepada daerah otonom dan kebijakan ini membawa dampak terhadap pembiayaan kesehatan di Indonesia.

Menurut Azrul Azwar (1996) yang dimaksud dengan biaya kesehatan adalah besarnya dana yang harus disediakan untuk menyelenggarakan dan atau memanfaatkan berbagai upaya kesehatan yang diperlukan oleh perorangan, keluarga, kelompok, dan masyarakat. Dari batasan ini terlihat bahwa biaya kesehatan dapat ditinjau dari dua sudut, yaitu :

1. Penyedia pelayanan kesehatan

Yang dimaksud dengan biaya kesehatan dari sudut penyedia pelayanan kesehatan (*health provider*) adalah besarnya dana yang disediakan untuk dapat menyelenggarakan upaya kesehatan. Dengan pengertian yang seperti ini tampak bahwa biaya kesehatan dari sudut penyedia pelayanan adalah persoalan utama pemerintah dan ataupun pihak swasta yang akan menyelenggarakan upaya kesehatan

2. Pemakai jasa pelayanan kesehatan

Yang dimaksud dengan biaya kesehatan dari sudut pemakai jasa pelayanan (*health consumers*) adalah besarnya dana yang harus disediakan untuk dapat memanfaatkan jasa pelayanan. Biaya kesehatan disini menjadi persoalan utama para pemakai jasa pelayanan. Dalam batas-batas tertentu pemerintah juga turut mempersoalkannya, yakni dalam rangka terjaminnya pemenuhan kebutuhan pelayanan kesehatan bagi masyarakat yang membutuhkannya.

Menurut Soekidjo (2007) dalam bidang pembiayaan kesehatan, paling tidak ada tiga permasalahan utama yang dihadapi. Ketiga hal tersebut adalah masalah jumlah atau kecukupan, alokasi atau distribusi dan pemanfaatan dana kesehatan. Ketiga hal tersebut merupakan syarat dari pembiayaan kesehatan untuk dapat disebut sebagai pembiayaan yang ideal.

1. Sumber pembiayaan

Sumber pembiayaan kesehatan berbeda antara satu Negara dengan Negara lain. Sumber pembiayaan kesehatan bisa berasal dari anggaran pemerintah dapat pula berasal dari masyarakat (*out of pockets*), perusahaan atau tempat majikan bekerja, asuransi, amal (*charity*). Pada sumber pembiayaan kesehatan yang seluruhnya bersumber dari anggaran pemerintah, tidak ditemukan pelayanan kesehatan swasta. Seluruh pelayanan kesehatan diselenggarakan oleh pemerintah dan pelayanan kesehatan tersebut dilaksanakan secara

cuma-cuma. Di Indonesia selama ini porsi terbesar adalah yang bersumber dari masyarakat, yang mencapai 75%.

2. Alokasi pembiayaan kesehatan

Pembiayaan kesehatan dapat diartikan sebagai biaya yang dikeluarkan untuk memperbaiki status kesehatan, termasuk kegiatan-kegiatan yang ada dalam sector kesehatan (Depkes, 2001), yaitu :

- a. Pelayana kesehatan, jasa-jasa, sanitasi lingkungan (air, sanitasi, pengawasan polusi lingkungan, dan lainnya).
- b. Rumah sakit , institusi kesejahteraan social.
- c. Pendidikan, pelatihan, penelitian medis murni,
- d. Praktisi-praktisi yang mendapat pendidikan formal, penyedia pelayanan kesehatan tradisional dan sebagainya.

3. Pemanfaatan

Pembiayaan kesehatan yang baik haruslah tepat manfaat. Artinya dana yang dikeluarkan digunakan sesuai kebutuhan dan mencapai target yang dicanangkan. Atau dana tersebut dikelola dengan efektif dan efisien.

2.6 Hubungan Sistem Kesehatan Daerah dengan SKN

Sistem Kesehatan Daerah (SKD) disusun untuk menyesuaikan sistem kesehatan di daerah dengan berbagai perubahan dan tatanan eksternal dan internal sehingga dapat digunakan sebagai pedoman penyelenggaraan kesehatan di daerah sebagai bagian integral dari pembangunan kesehatan nasional. Menurut Wiludjeng dalam Ilyas ,2006, Sistem Kesehatan Daerah adalah suatu tatanan yang menghimpun berbagai upaya pemerintah, masyarakat, dan sektor swasta secara terpadu dan saling mendukung guna tercapainya derajat kesehatan yang setinggi-tingginya. Dengan adanya otonomi daerah, perlu dikembangkan Sistem Kesehatan Daerah (SKD), SKD menguraikan secara spesifik unsur-unsur upaya kesehatan, pembiayaan kesehatan, sumber daya kesehatan, pemberdayaan masyarakat, dan manajemen kesehatan sesuai dengan potensi dan kondisi daerah. Beberapa fungsi Sistem Kesehatan Daerah dapat digunakan untuk :

1. Sebagai acuan bagi setiap individu maupun kelompok atau lembaga yang terkait dengan kesehatan dan penyelenggaraan kebijakan, program maupun kegiatannya.

2. SKD sebagai pedoman dan arahan penyelenggara pembangunan kesehatan serta pembangunan berwawasa kesehatan.
3. SKD merupakan system terbuka dan berinteraksi dengan system lainnya, bersifat dinamis dan selalu mengikuti perkembangan.
4. Keberhasilan pelaksanaan SKD sangat tergantung pada semangat, dedikasi, ketekunan, kerja keras, kemampuan dan ketulusan para penyelenggara demikian pula diperlukan komitmen dan kemauan dari seluruh *stakeholder* dalam menyikapi SKD.

2.7 Evaluasi

Setiap program dan intervensi memerlukan suatu mekanisme untuk mengevaluasi efektivitas program yang dilaksanakan. Evaluasi memberikan informasi yang berguna untuk penyempurnaan strategi program dan menyampaikan laporan program kepada pihak lain seperti pemerintah, lembaga yang memberikan dana maupun kepada masyarakat. Evaluasi merupakan suatu usaha untuk mengukur dan memberi nilai secara objektif pencapaian hasil-hasil yang telah direncanakan sebelumnya. Hasil-hasil Evaluasi dimasukkan menjadi umpan balik untuk perencanaan kembali (FKM UI, Depkes RI 1987).

2.7.1 Definisi

Evaluasi adalah kegiatan untuk menilai hasil suatu program atau kegiatan. Menurut perhimpunan Ahli Kesehatan Masyarakat Amerika, evaluasi ialah suatu proses untuk menentukan nilai atau jumlah keberhasilan dan usaha pencapaian suatu tujuan yang telah ditetapkan.

2.7.2 Peranan Dan Manfaat

Penilaian adalah apakah tujuan sudah dicapai, apakah sumber daya telah dialokasikan sesuai dengan kebutuhan, apakah prioritas yang ditentukan sesuai dengan kebutuhan, dan apakah cara pengumpulan data memberi informasi yang berguna atau tidak. Peranan penilaian itu secara eksplisit tergambar dalam definisi penilaian yakni suatu usaha untuk mengukur pencapaian suatu tujuan atau keadaan tertentu dengan membandingkan terhadap standar nilai yang telah ditentukan sebelumnya (FKM UI, Depkes RI 1987)

Manfaat dari evaluasi berdasarkan dari Keputusan Menteri Kesehatan RI No.567/MENKES/SK/VIII/2006 dapat meliputi :

1. Menciptakan pendekatan kewilayahan dengan saling berbagi informasi dengan program-program lainnya di wilayah tersebut
2. Menyediakan sebuah kesempatan untuk membuat program menjadi dapat diterima secara budaya (daripada selalu mengadopsi strategi program-program yang berlangsung di Negara lain)
3. Mendirikan kelompok-kelompok yang mampu membantu diri sendiri dengan mengumpulkan stakeholder dan institusi berbeda yang terlibat dalam program.
4. Menyediakan penelitian sosial mengenai situasi tersebut
5. Menyediakan materi untuk diterbitkan
6. Menyediakan peluang-peluang untuk pembentukan jaringan dengan menggunakan informasi serta hasil dari Evaluasi yang diselenggarakan secara lokal maupun internasional

Dengan demikian maksud dan tujuan dari evaluasi pembangunan kesehatan adalah untuk memperbaiki program-program kesehatan dan pelayanan kesehatan, dan untuk mengarahkan alokasi sumber daya, tenaga, dan dana kepada program-program dan pelayanan kesehatan yang ada saat ini dan dimasa yang akan datang.

2.7.3 Evaluasi Program Kesehatan

Soekidjo (2007) juga mengatakan bahwa Evaluasi suatu program kesehatan masyarakat dilakukan terhadap tiga hal, yakni evaluasi terhadap proses pelaksanaan program, Evaluasi terhadap hasil program dan evaluasi terhadap dampak program.

1. Evaluasi proses ditujukan terhadap pelaksanaan program yang menyangkut sumber daya,, seperti tenaga, dana dan fasilitas yang lain.
2. Evaluasi hasil program ditujukan untuk menilai sejauh mana tujuan-tujuan yang telah ditetapkan tercapai. Misalnya, meningkatnya cakupan imunisasi, meningkatnya ibu-ibu hamil yang memeriksakan kehamilannya dan sebagainya.
3. Evaluasi dampak program ditujukan untuk menilai sejauh mana program ini mempunyai dampak terhadap peningkatan kesehatan masyarakat . Dampak program-program kesehatan ini tercermin dari meningkatnya atau membaiknya indicator-indikator kesehatan

masyarakat. Misalnya menurunnya angka kematian bayi (IMR), meningkatnya status gizi anak balita, menurunnya angka kematian ibu dan sebagainya.

Setelah Evaluasi program kita akan membuat suatu kesimpulan. Secara umum kesimpulan dapat dilakukan dengan lima cara yaitu (Azwar,1996) :

1. Membandingkan hasil yang diperoleh dengan data awal
Jika cara ini yang digunakan, harus diyakini bahwa data awal yakni data sebelum dilaksanakannya program, tersedia dengan lengkap.
2. Membandingkan data yang diperoleh dengan tujuan program
Kesimpulan dapat ditarik dengan membandingkan hasil yang diperoleh dengan tujuan yang ditetapkan. Cara ini dapat digunakan jika rumusan tujuan jelas dan lengkap.
3. Membandingkan hasil yang diperoleh dengan hasil program lain
Jika kesimpulan ditarik dengan membandingkan hasil yang diperoleh dengan hasil program lain, harus diupayakan program lain tersebut adalah program yang sesuai.
4. Membandingkan hasil yang diperoleh dengan suatu tolok ukur
Yaitu menarik kesimpulan dengan membandingkan hasil yang dicapai dengan suatu tolok ukur berupa indikator dan ataupun kriteria tertentu. Indikator dipergunakan jika yang ingin diukur adalah suatu perubahan, mudah dimengerti karena indikator mengandung tolok ukur berupa variabel.
5. Membandingkan hasil yang diperoleh dengan hasil dari kontrol
Jika cara ini yang ingin digunakan, haruslah diyakini bahwa program lain sebagai kontrol tersebut memang ada.

2.8 Jaminan Kesehatan Bali Mandara

2.8.1 Pengertian

Jaminan kesehatan Bali Mandara adalah suatu jaminan kesehatan yang mempunyai tujuan untuk meningkatkan cakupan dan mutu pelayanan kesehatan masyarakat serta dapat mengelola keuangan yang transparan dan akuntabel. Pembiayaan JKBM disubsidi oleh Pemerintah Daerah Propinsi dalam bentuk bantuan sosial ataupun hibah kepada RS dan Puskesmas serta dana sharing dari Kabupaten/Kota.

2.8.2 Tujuan

2.8.2.1 Tujuan Umum JKBM

Meningkatnya akses dan mutu pelayanan kesehatan terhadap seluruh masyarakat Bali agar tercapai derajat kesehatan masyarakat yang optimal secara efektif dan efisien.

2.8.2.2 Tujuan Khusus

1. Meningkatkan cakupan masyarakat Bali yang mendapat pelayanan kesehatan di Puskesmas serta jaringannya dan di rumah sakit.
2. Meningkatnya kualitas pelayanan kesehatan bagi seluruh masyarakat Bali.
3. Terselenggaranya pengelolaan keuangan yang transparan dan akuntabel.

2.8.3 Sasaran

Sasaran program adalah penduduk Bali yang sudah terdaftar dan memiliki Kartu Tanda Penduduk (KTP) Bali dan anggota keluarganya, memiliki kartu keluarga dan Surat Keterangan belum memiliki Jaminan Kesehatan atau dengan kartu JKBM, yang jumlahnya diperkirakan sekitar 2.535.886 jiwa.

2.9 Tata laksana kepesertaan

2.9.1 Ketentuan Umum

1. Peserta Jaminan Kesehatan Bali Mandara (JKBM) adalah setiap penduduk yang sudah terdaftar dan memiliki KTP Bali dan anggota keluarganya, memiliki Kartu Keluarga dan surat keterangan belum memiliki Jaminan Kesehatan atau dengan identitas Kartu JKBM.
2. Berdasarkan pendataan di masing-masing Banjar pada kabupaten/kota, Bupati/Walikota menetapkan jumlah peserta JKBM. Jumlah peserta Jaminan Kesehatan Bali Mandara tahun 2010 melalui SK Bupati/Walikota.
3. Terhadap SK Bupati/Walikota tentang penetapan peserta JKBM perlu dilakukan updating data secara berkala terkait dengan terjadinya mutasi peserta yang meninggal, lahir, pindah alamat, perubahan status dan lain-lain. Updating data yang dilakukan oleh Pemda (penanggung jawab adalah Komite Penanggulangan Kemiskinan Daerah kabupaten/kota) setempat untuk selanjutnya dibuatkan adendum kepesertaan JKBM.

4. Pemberlakuan mutasi tersebut menjadi sah setelah adanya addendum Surat Keputusan Bupati/Walikota tentang perubahan kepesertaan JKBM untuk dijadikan data base kepesertaan JKBM tahun 2010 dan untuk tahun selanjutnya akan digunakan juga sebagai dasar penerbitan kartu JKBM.
5. Bagi Kabupaten/Kota yang telah menetapkan peserta JKBM lengkap dengan nama dan alamat agar segera mengirim daftar tersebut dalam dokumen elektronik (*soft copy*) dan *hard copy* setiap tahun pada awal triwulan IV kepada :
 - a. Dinas Kesehatan kabupaten/kota atau Tim Pengelola JKBM kabupaten/kota, sebagai dasar penerbitan dan distribusi kartu peserta JKBM, pembinaan, monitoring dan evaluasi, pelaporan dan bahan analisis.
 - b. Rumah Sakit dan Puskesmas setempat digunakan sebagai dasar pelayanan dan pengklaiman peserta JKBM.
 - c. Dinas Kesehatan Provinsi atau Tim Pengelola JKBM Provinsi sebagai data base peserta JKBM, dasar pengadaan kartu JKBM, distribusi data base ke jejaring JKBM, pembinaan, monitoring dan evaluasi, pelaporan, analisis, pengawasan dan penyempurnaan pelaksanaan JKBM pada tahun-tahun berikutnya.
6. Pada masa transisi selama 3 (tiga) bulan (januari, Pebruari dan Maret 2009) Pemerintah Daerah Kabupaten/Kota yang telah menetapkan jumlah nama peserta JKBM namun belum memiliki KTP Bali maka identitas peserta dengan menggunakan surat keterangan sebagai penduduk Bali dan tidak memiliki Jaminan Kesehatan dari Kepala Desa/Lurah. Selanjutnya menggunakan KTP Bali. Selama proses penerbitan dan distribusi kartu JKBM belum selesai, peserta dapat menggunakan KTP Bali.
7. Pencetakan dan penggandaan blanko kartu peserta menjadi tanggung jawab Pemerintah Provinsi Bali, sedangkan penerbitan dan pendistribusian kartu JKBM menjadi tanggungjawab Pemerintah kabupaten/kota.
8. Bayi yang dilahirkan dari keluarga peserta JKBM langsung menjadi peserta baru dengan pembuatan kartu diusulkan setelah dilaporkan melalui mekanisme pendataan diatas. Sebaliknya bagi peserta yang meninggal dunia langsung hilang haknya sebagai peserta JKBM.

9. Bila terjadi kehilangan kartu JKBM peserta tetap dapat memperoleh pelayanan kesehatan dilakukan dengan menunjukkan KTP Bali dan pengecekan data base kepesertaan.
10. Bagi peserta yang pindah domisili minimal antar kab/kota, hak kepesertaannya masih dimiliki dengan melaporkan kepesertaannya kepada Tim Pengelola kab/kota daerah asal dan daerah yang dituju.

2.9.2 Administrasi kepesertaan

2.9.2.1 Registrasi peserta

1. Pendataan kepesertaan bagi penduduk yang belum memiliki Jaminan Kesehatan dilakukan oleh Kelian Banjar dengan menyerahkan kelengkapan KTP-Bali, Kartu KK dan surat keterangan tidak memiliki Jaminan Kesehatan, yang selanjutnya dilaporkan ke Kepala Desa, rekap jumlah peserta dari Desa dilaporkan ke tingkat kecamatan.
2. Pada Tingkat kecamatan data tersebut akan direkap dan dilaporkan ke Tim Koordinasi Penanggulangan Kemiskinan Daerah (TKPKD) Kabupaten/Kota yang ditugaskan dalam pendataan peserta JKBM di Kabupaten/Kota , untuk segera ditetapkan dengan Surat Keputusan Bupati/Walikota sebagai peserta JKBM.
3. Oleh TKPKD Kabupaten/kota akan dilakukan Entry database kepesertaan JKBM Kabupaten/Kota.
4. Entry data setiap peserta meliputi: nomor kartu, nama peserta, jenis kelamin, tempat dan tanggal lahir/umur, dan alamat. untuk kemudian kartu diterbitkan dan didistribusikan kepada peserta.
5. Pada tingkat Kabupaten/Kota TKPKD agar mengirim soft copy dan hard copy peserta JKBM ke Puskesmas dan RS di wilayah kabupaten/kota yang bersangkutan dan ke Tim Pengelola Jaminan Kesehatan Bali Mandara tingkat kabupaten/kota serta Propinsi, dan selanjutnya data tersebut dijadikan data base peserta JKBM yang akan didistribusikan ke jejaring JKBM.

2.10 Tata Laksana Pelayanan Kesehatan

2.10.1 Ketentuan Umum

1. Setiap peserta Jaminan Kesehatan Bali Mandara berhak mendapatkan pelayanan kesehatan dasar meliputi pelayanan kesehatan rawat jalan tingkat pertama (RJTP) dan rawat inap Tingkat Pertama (RITP), pelayanan kesehatan rawat jalan tingkat lanjut (RJTL), rawat inap tingkat lanjut (RITL) dan pelayanan gawat darurat
2. Manfaat yang diberikan kepada peserta JKBM adalah pelayanan kesehatan yang menyeluruh (komprehensif) berdasarkan kebutuhan medik sesuai dengan standar pelayanan medik.
3. Pelayanan kesehatan dalam program ini menerapkan pelayanan berjenjang berdasarkan mekanisme rujukan.
4. Pelayanan kesehatan dasar (rawat jalan tingkat pertama dan rawat inap tingkat pertama) diberikan di Puskesmas dan jaringannya. Khusus untuk persalinan normal dapat juga dilayani oleh tenaga kesehatan yang berkompeten (Bidan Swasta) dan biayanya diklaim ke Puskesmas asal pasien.
5. Pelayanan tingkat lanjutan (rawat jalan dan rawat inap) berdasarkan rujukan diberikan di rumah sakit kabupaten/kota, RS Jiwa dan RS Indera dan sebagai pusat rujukan di provinsi adalah di RS Sanglah Denpasar. Pelayanan rawat inap diberikan di ruang rawat inap kelas III.
6. Rumah Sakit yang melaksanakan pelayanan rujukan lintas wilayah antara Kabupaten/Kota di Provinsi Bali dari RS tipe C, sebelum dirujuk ke RS Pusat rujukan Provinsi sebaiknya dirujuk ke RS Tipe B (RS Sanjiwani/ RS Singaraja/ Badan RS Tabanan/RS Wangaya) kecuali kasus-kasus khusus kesehatan jiwa dan kesehatan indera ke RS Jiwa dan RS Indera, dan biayanya dapat diklaimkan ke Rumah Sakit yang merujuk, dan untuk pasien yang dirujuk langsung dari Puskesmas ke RS Jiwa dan RS Indera dapat diklaimkan melalui dana Bansos yang ada di rumah sakit yang bersangkutan.
7. Pemerintah provinsi Bali (Gubernur Bali) membuat Perjanjian Kerjasama dalam bentuk Naskah Perjanjian Hibah Daerah (NPHD) dengan Rumah Sakit Daerah

- kabupaten/kota dan Puskesmas sebagai penerima Hibah yang meliputi berbagai aspek pengaturan sesuai dengan Pergub tentang Pedoman Penyelenggaraan JKBM.
8. Pada kasus gawat darurat, semua Pemberi Pelayanan Kesehatan (PPK) yang berada dalam wilayah Propinsi Bali wajib memberikan pelayanan walaupun tidak (belum) memiliki perjanjian kerjasama. Selanjutnya PPK tersebut segera merujuk ke Rumah Sakit asal pasien untuk mendapatkan penanganan lebih lanjut dan pengklaiman ditagihkan pada Rumah Sakit asal Pasien.
 9. Untuk mendapat pelayanan, status kepesertaan harus ditetapkan sejak awal dengan menunjukkan KTP Bali di cocokkan dengan data base peserta (masyarakat yang terdaftar sebagai peserta JKBM dalam SK Bupati/Walikota).
 10. Pemberian pelayanan kesehatan kepada peserta oleh PPK harus dilakukan secara efisien dengan menerapkan prinsip kendali biaya dan kendali mutu.
 11. Ketentuan pelayanan obat di Puskesmas beserta jaringannya dan di Rumah Sakit sebagai berikut :
 - a. Untuk memenuhi kebutuhan obat di Puskesmas dan Jaringannya disediakan oleh Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota melalui dana DAU untuk pengadaan obat PKD. Apabila terjadi kekurangan obat maka Dinas Kesehatan kabupaten/kota mengusulkan melalui buffer stok obat di Provinsi dan bila dana di Puskesmas mencukupi dapat juga digunakan untuk pembelian obat.
 - b. Untuk memenuhi kebutuhan obat dan bahan habis pakai di rumah sakit dan Instalasi Farmasi, rumah sakit bertanggungjawab menyediakan semua obat dan bahan habis pakai untuk pelayanan kesehatan masyarakat yang diperlukan mengacu pada formularium obat (terlampir).
 - c. Apabila terjadi kekurangan atau ketiadaan obat sebagaimana butir b maka rumah sakit berkewajiban memenuhi obat tersebut melalui koordinasi dengan pihak-pihak terkait.
 - d. Pemberian obat untuk RJTP dan RJTL diberikan selama 3 (tiga) hari kecuali untuk penyakit kronis tertentu dapat diberikan lebih dari 3 (tiga) hari sesuai dengan kebutuhan medis.
 - e. Apabila terjadi persepean diluar ketentuan sebagaimana butir b diatas maka pihak rumah sakit menanggung selisih harga obat dimaksud.

- f. Pemberian obat di RS menerapkan prinsip *one day dose dispensing*.
 - g. Instalasi Farmasi/Apotik Rumah Sakit dapat mengganti obat sebagaimana butir b diatas dengan obat-obat yang jenis dan harganya sepadan dengan sepengetahuan dokter penulis resep.
12. Pelayanan kesehatan RJTL di rumah sakit serta pelayanan rawat inap di rumah sakit yang mencakup tindakan, pelayanan obat, penunjang diagnostik, pelayanan darah serta pelayanan lainnya dilakukan secara terpadu sehingga biaya pelayanan kesehatan diklaimkan dan diperhitungkan menjadi satu kesatuan menurut jenis paket dan tarif pelayanan kesehatan peserta JKBM, sehingga dokter berkewajiban melakukan penegakan diagnosa sebagai dasar pengajuan klaim.
 13. Apabila dalam proses pelayanan memerlukan pelayanan khusus dengan diagnosa penyakit/prosedur yang belum tercantum dalam paket tarif sebagaimana butir 12, maka direktur rumah sakit memberi keputusan tertulis untuk sahnya penggunaan pelayanan tersebut setelah mendengarkan pertimbangan dan saran dari Komite Medik RS yang tarifnya sesuai dengan Jenis Paket dan tarif Pelayanan Kesehatan Peserta JKBM.
 14. Pada kasus-kasus dengan diagnosa sederhana, dokter yang memeriksa harus mencantumkan nama jelas.
 15. Pada kasus-kasus dengan diagnosa yang kompleks harus dicantumkan nama dokter yang memeriksa dengan diketahui oleh Komite Medik Rumah Sakit.
 16. Untuk pemeriksaan/pelayanan dengan menggunakan alat canggih (CT Scan, MRI, dll) , dokter yang menangani harus mencantumkan namanya dengan jelas dan menandatangani lembar pemeriksaan/ pelayanan serta mendapat persetujuan dari komite medik.
 17. Verifikasi pelayanan di Puskesmas (RJTP, RITP, persalinan dan pengiriman spesimen, transportasi dan lainnya) dilaksanakan oleh Verifikator Independen yang ditempatkan di Dinas Kesehatan kabupaten/kota dan ditetapkan oleh Gubernur.
 18. Verifikasi pelayanan di rumah sakit dilakukan oleh pelaksana verifikasi independen yang tempatkan di rumah sakit dan ditetapkan oleh Gubernur.

19. Sepanjang pelayanan sesuai dengan paket jaminan JKBM tidak kena iur biaya, apabila semenjak awal menginginkan diatas kelas III maka segala pembiayaan pelayanan kesehatan tidak dijamin dalam program ini.
20. Dalam hal terjadi sengketa terhadap hasil penilaian pelayanan di RS maka dilakukan langkah-langkah penyelesaian dengan meminta pertimbangan kepada Tim Ad-Hoc yang terdiri dari unsur-unsur Dinas Kesehatan, IDI Wilayah, ARSADA, dan MAB (Medical Advisor Board) dan keputusannya bersifat final.

2.10.2 Prosedur pelayanan

Prosedur untuk memperoleh pelayanan kesehatan bagi peserta Jaminan Kesehatan Bali Mandara, sebagai berikut:

2.10.2.1 Pelayanan Kesehatan Dasar

1. Peserta yang memerlukan pelayanan kesehatan dasar (non emergency) wajib berkunjung ke Puskesmas dan jaringannya. Dan apabila terjadi pada hari libur atau diluar jam dinas ternyata Puskesmas sudah tutup maka pelayanan kesehatan dasar dapat dilakukan di Puskesmas Perawatan atau Poliklinik umum RSUD asal pasien dan diklaimkan pada Puskesmas Perawatan atau RS asal pasien.
2. Untuk mendapatkan pelayanan kesehatan, peserta harus menunjukkan KTP (sesuai ketentuan kepesertaan).

2.10.2.2 Pelayanan Kesehatan Tingkat Lanjut

1. Apabila peserta JKBM memerlukan pelayanan kesehatan Tingkat Lanjut (RJTL dan RITL), dirujuk dari Puskesmas dan jaringannya ke fasilitas pelayanan kesehatan tingkat lanjut dengan disertai surat rujukan dan identitas kepesertaan Jaminan Kesehatan Bali Mandara yang ditunjukkan sejak awal sebelum mendapatkan pelayanan kesehatan, kecuali dalam keadaan emergency.
2. Pelayanan Tingkat Lanjut yang dimaksud meliputi:
 - a. Pelayanan rawat jalan spesialistik di rumah sakit.
 - b. Pelayanan rawat inap kelas III di rumah sakit dan tidak diperkenankan pindah kelas atas permintaannya.
 - c. Pelayanan obat-obatan
 - d. Pelayanan rujukan spesimen dan penunjang diagnostik lainnya.

3. Identitas kepesertaan JKBM tersebut diatas dan surat rujukan dari Puskesmas dibawa ke loket Pusat Pelayanan Administrasi Terpadu Rumah Sakit (PPATRS) untuk diverifikasi kebenaran dan kelengkapannya untuk selanjutnya dikeluarkan keabsahannya sebagai peserta JKBM untuk selanjutnya peserta mendapatkan pelayanan kesehatan.
4. Bila peserta tidak dapat menunjukkan Kartu Identitas peserta JKBM sejak awal sebelum mendapatkan pelayanan kesehatan, maka yang bersangkutan diberikan waktu maksimal 2 x 24 jam hari kerja untuk menunjukkan kartu tersebut atau dapat menunjukkan KTP Bali. Apabila terjadi penempatan pasien JKBM diluar kelas III oleh karena kelas III penuh, klaim akan tetap dibayarkan sesuai dengan kelas III.
5. Bayi-bayi yang terlahir dari peserta JKBM secara otomatis menjadi peserta JKBM dengan menunjukkan KTP orang tuanya. Bila bayi memerlukan pelayanan dapat langsung diberikan dengan menggunakan identitas kepesertaan orang tuanya dan dilampirkan surat kenal lahir atau Kartu Keluarga orang tuanya.
6. Untuk kasus khronis tertentu yang memerlukan perawatan berkelanjutan dalam waktu lama, surat rujukan dapat berlaku selama 1 bulan (seperti Diabetes Millitus). Untuk kasus khronis khusus seperti kasus gangguan jiwa dan kasus pengobatan paru, surat rujukan dapat berlaku sampai dengan 3 bulan.
7. Rujukan pasien antar RS termasuk rujukan antar daerah dilengkapi surat rujukan dari RS yang merujuk, copy identitas peserta JKBM. Pada kasus-kasus rujukan antar daerah, petugas yang memverifikasi kepesertaan pada RS rujukan dapat melakukan konfirmasi ke data base kepesertaan tempat asal pasien.
8. Agar pelayanan berjalan dengan lancar, RS bertanggungjawab untuk menjamin ketersediaan Alat Medis habis Pakai, obat dan darah

Pada kasus-kasus gawat darurat, bila peserta belum mampu menunjukkan identitas kepesertaannya diberikan kesempatan selama 2 x 24 jam hari kerja untuk melengkapi identitas kepesertaannya atau dengan merujuk data base kepesertaan yang ada. Selama tenggang waktu tersebut pasien boleh dibebankan biaya panjar sampai status kepesertaannya jelas dan diberikan pelayanan kesehatan yang sesuai dengan kebutuhan medisnya.

2.10.2.3 Pelayanan Kesehatan di Puskesmas dan jaringannya

1. Rawat Jalan Tingkat Pertama (RJTP), dilaksanakan pada Puskesmas dan jaringannya baik dalam maupun luar gedung meliputi pelayanan:
 - a. Konsultasi medis, pemeriksaan fisik dan penyuluhan kesehatan
 - b. Laboratorium sederhana (darah, urine, dan feses rutin)
 - c. Tindakan medis kecil
 - d. Pemeriksaan dan pengobatan gigi, termasuk cabut/tambal
 - e. Pemeriksaan ibu hamil/nifas/menyusui, bayi dan balita
 - f. Pelayanan KB dan penanganan efek samping (IUD, Pil dan Kondom disediakan oleh BKKBN).
 - g. Pemberian obat.
2. Rawat Inap Tingkat Pertama (RITP), dilaksanakan pada Puskesmas Perawatan, meliputi pelayanan:
 - a. Akomodasi rawat inap
 - b. Konsultasi medis, pemeriksaan fisik dan penyuluhan kesehatan
 - c. Laboratorium sederhana (darah, urine, dan feses rutin)
 - d. Tindakan medis kecil
 - e. Pemberian obat.
 - f. Persalinan normal dan dengan penyulit (PONED)
3. Persalinan normal yang dilakukan di Puskesmas non perawatan/bidan di desa/polindes/di rumah pasien/praktek bidan swasta.
4. Pelayanan gawat darurat (emergency).

2.10.3 Pelayanan Yang Dibatasi (Limitation)

1. Kacamata diberikan pada kasus gangguan refraksi dengan lensa koreksi minimal +1/-1 dengan nilai maksimal Rp. 200.000 berdasarkan resep dokter.
2. Intra Ocular Lens (IOL) diberi penggantian sesuai resep dari dokter spesialis mata, dengan nilai maksimal Rp. 300.000,- untuk operasi katarak SICS, maksimal Rp.

- 1.000.000,- untuk operasi katarak dengan metode Phaco dan bola mata palsu penggantian maksimal Rp. 400.000,-.
3. Pelayanan penunjang doagnostik canggih. Pelayanan ini diberikan hanya pada kasus-kasus life-saving dan kebutuhan penegakan diagnosa yang sangat diperlukan melalui pengkajian dan pengendalian oleh Komite medik.
 4. Terapi Hemodialisa diberikan maksimal sebanyak 6 kali untuk kasus baru.

2.10.4 Pelayanan yang tidak dijamin (Exclusion)

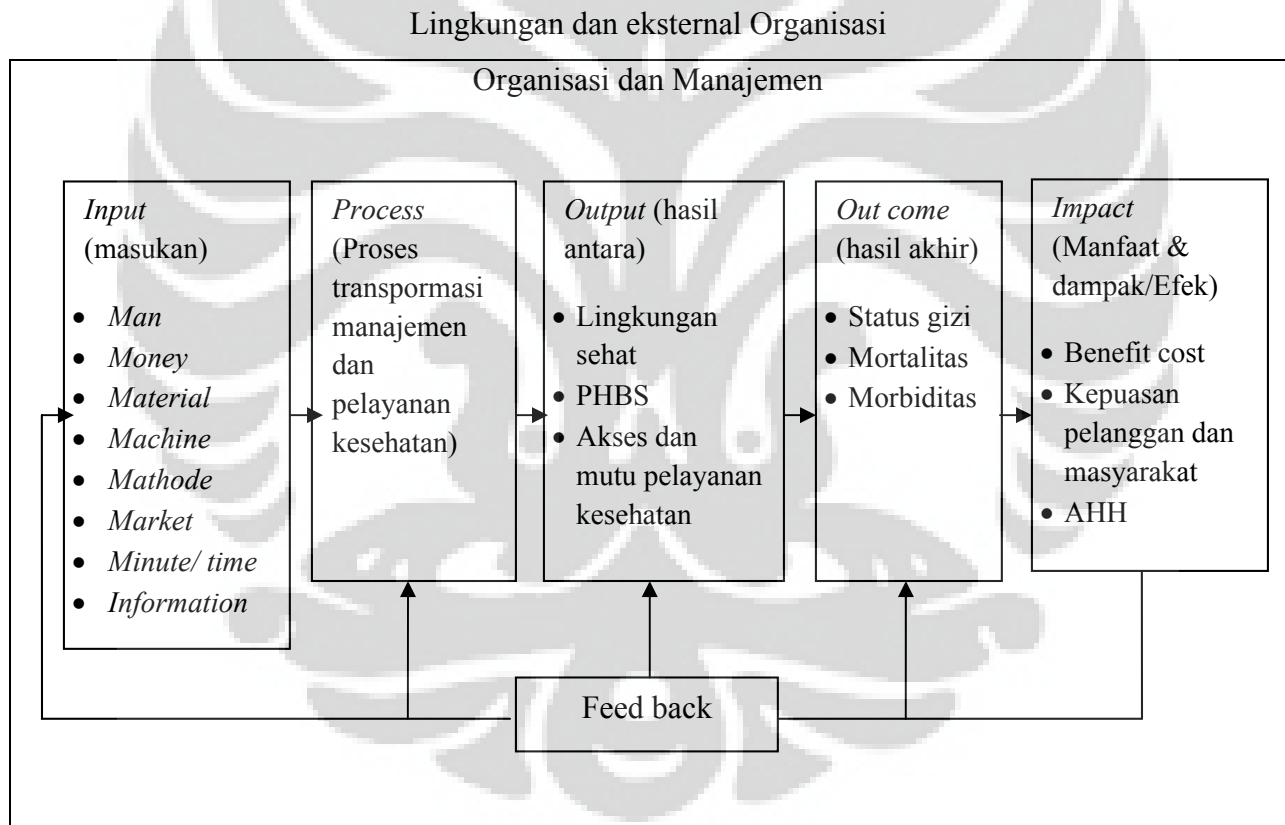
1. Pelayanan yang tidak sesuai prosedur dan ketentuan
2. Bahan, alat dan tindakan yang bertujuan untuk kosmetika
3. General check up
4. Prothesis gigi tiruan
5. Operasi jantung
6. Pengobatan alternatif (antara lain akupuntur, pengobatan tradisional) dan pengobatan lain yang belum terbukti secara ilmiah
7. Rangkaian pemeriksaan, pengobatan dan tindakan dalam upaya mendapatkan keturunan, termasuk bayi tabung dan pengobatan impotensi.
8. Pelayanan kesehatan pada masa tanggap darurat bencana alam
9. Pelayanan kesehatan yang diberikan pada kegiatan bakti sosial.
10. Pelayanan kesehatan canggih (kedokteran nuklir, transplantasi organ)
11. Pembersihan karang gigi dan usaha meratakan gigi
12. Ketergantungan obat-obatan
13. Obat di luar formularum obat program Jamkesmas tahun 2008.
14. Sirkumsisi
15. Anti Retro Viral (ARV)
16. Cacat bawaan
17. Biaya transportasi
18. Biaya autopsi atau biaya visum
19. Chemoterapi
20. Kecelakaan lalu lintas
21. Percobaan bunuh diri.

BAB III

KERANGKA KONSEP DAN DEFINISI ISTILAH

1.1 Kerangka Teori

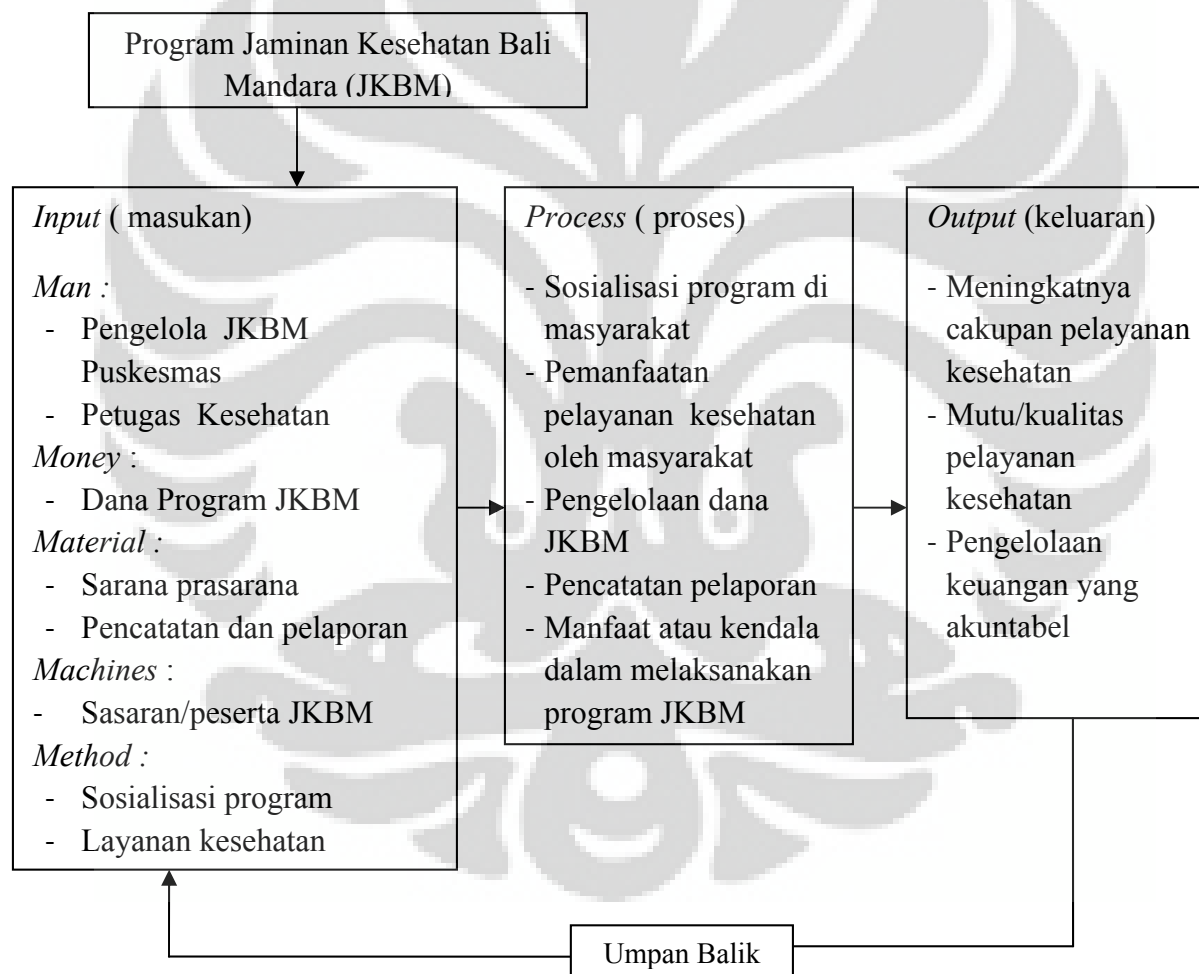
Berdasarkan kerangka teori menurut Sulaeman (2011), mengenai pemikiran manajemen sistem terbuka pada puskesmas terdapat tujuh komponen yang bisa diamati dan dievaluasi yaitu *input* (masukan sumber daya manajemen), *process* (proses transformasi manajemen dan proses pelayanan kesehatan yang ditunjang oleh standar mutu serta SOP dan sistem pencatatan dan pelaporan), *output* (hasil antara), *outcome* (hasil akhir), *impact* (manfaat dan dampak efek), lingkungan dan *feed back* (umpan balik).



Gambar 2.1 Pemikiran Manajemen Sistem Terbuka Pada Puskesmas
Sumber : Sulaeman, Endang. Manajemen Kesehatan. Gajah Mada.2011

3.2 Kerangka Konsep

Berdasarkan kerangka teori maka dapat dirancang kerangka konsep/ kerangka pikir untuk memudahkan pelaksanaan penelitian sesuai keinginan peneliti. Kerangka konsep penelitian ini mengacu pada teori pendekatan Manajemen Sistem Terbuka Pada Puskesmas dari Sulaeman (2011) yang akan menjadi pengarah dalam penelitian. Teori tersebut akan dikaitkan dengan ketentuan pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Bali Mandara (JKBM). Tidak semua variabel diadopsi dalam penelitian ini mengingat keterbatasan dari peneliti. Adapun kerangka konsep yang dibangun adalah sebagai berikut :



Gambar 3. 1 Kerangka Konsep

Sumber : Pemikiran Manajemen Sistem Terbuka Pada Puskesmas. Sulaeman Endang
Keterangan : Telah dimodifikasi

3.3 Definisi Istilah

1. Input adalah semua hal yang dibutuhkan untuk terselenggaranya program JKBM
 - a. *Man* (ketenagaan), antara lain Tim Pengelola Tingkat Kabupaten, Pengelola JKBM UPT.Puskesmas Abiansemal I dan Petugas Kesehatan
 - Jumlah : banyaknya orang yang bertugas untuk melaksanakan suatu pekerjaan
 - Kepengurusan : pembagian tugas sesuai fungsi masing-masing dalam suatu kegiatan dalam kelompok atau organisasi
 - Pelatihan : kegiatan/ pendidikan yang diberikan pada petugas untuk meningkatkan ketrampilan dan kemampuan sehingga memudahkan dalam pekerjaannya.
 - b. *Money* (dana JKBM) adalah sejumlah uang yang digunakan untuk melaksanakan program JKBM dilihat dari sumber, jenis dan mekanisme pengelolaan.
 - c. *Material*
 - Sarana dan prasarana ; ketersediaan obat, alat , fasilitas kesehatan, alat administrasi
 - Pencatatan : pengumpulan data dari sasaran peserta JKBM yang menjadi dasar laporan
 - Pelaporan : dokumen yang harus dapat dipertanggungjawabkan kebenarannya yang berisi informasi penting yang dapat memberikan gambaran tentang pelaksanaan program JKBM
 - d. *Machine*: (data sasaran) yaitu catatan yang menunjukkan masyarakat yang memenuhi syarat-syarat mejadi peserta JKBM
 - e. *Method*
 - Sosialisasi : penyebarluasan informasi pada masyarakat tentang program JKBM menyangkut orang, waktu dan tempat
 - Pelayanan kesehatan : pelayanan di puskesmas yang menyangkut jenis, alur dan pelaksanaan pelayanan serta mekanisme rujukan.
2. Proses
 - adalah semua tindakan atau kegiatan yang dilakukan oleh tenaga yang terlibat dalam program JKBM dalam hal sosialisasi, pelayanan kesehatan, pencatatan pelaporan serta pengelolaan dana JKBM.
3. Kendala adalah hambatan atau masalah yang dihadapi dalam melaksanakan atau memanfaatkan program JKBM

4. Output (keluaran) adalah hal yang dihasilkan dari proses pelaksanaan program JKBM yang memberikan gambaran tentang pelaksanaan program JKBM berupa :
- Cakupan pelayanan kesehatan : jumlah sasaran JKBM yang memanfaatkan pelayanan kesehatan (jumlah kunjungan pasien dengan JKBM dalam kurun waktu tertentu)
 - Mutu pelayanan : pelayanan yang sesuai dengan harapan masyarakat
 - Pengelolaan keuangan yang akuntabel: pengaturan dana JKBM sesuai dengan prosedurnya.



BAB 4

METODELOGI PENELITIAN

4.1 Desain Penelitian

Penelitian ini merupakan penelitian kualitatif dengan desain penelitian Rapid Assessment Procedures (RAP) yaitu penelitian yang berjangka waktu 1-2 bulan yang dimaksudkan untuk memperbaiki, memahami dan menilai keberhasilan serta masalah-masalah yang dihadapi dalam melaksanakan program-program kesehatan. Dalam penelitian ini dimaksudkan untuk memahami dan menilai dari segi input, proses dan output tentang pelaksanaan program JKBM yang sedang berjalan di UPT Puskesmas Abiansemal I.

4.2 Lokasi dan Waktu Penelitian

Penelitian ini dilakukan di UPT.Puskesmas Abiansemal I Kabupaten Badung, Propinsi Bali. Hal ini karena UPT Puskesmas Abiansemal I merupakan puskesmas terbesar di Bali dengan Pelayanan Rawat inap, petolongan persalinan dan UGD 24 jam. Menyediakan pelayanan spesialistik Kebidanan dan Kandungan, spesialis Jiwa, klinik VCT dan Medone dan tentunya juga melaksanakan program JKBM, dengan demikian sehingga data lebih mudah didapat dan mencakup semua variabel yang akan diteliti. Penelitian ini dilakukan selama 2 bulan yaitu pada bulan Maret sampai Mei 2012.

4.3 Informan Penelitian

Informan dalam penelitian ini ditentukan berdasarkan prinsip kesesuaian (*appropriateness*) dan kecukupan (*adequacy*). Prinsip kesesuaian adalah informan yang dipilih sesuai dengan informasi yang ingin diketahui tentang pelaksanaan program JKBM. Prinsip kecukupan adalah bahwa informan yang diambil dapat menggambarkan seluruh fenomena yang berkaitan dengan pelaksanaan program JKBM. Informan yang menjadi sumber informasi dalam penelitian ini antara lain :

a. Tim Pengelola JKBM Kabupaten

Yaitu ketua tim pengelola program JKBM Kabupaten Badung, yang dipilih sebagai informan karena terkait dan sebagai pembina untuk pelaksanaan program JKBM di tingkat Puskesmas

b. Unit Pengelola JKBM Puskesmas

Yaitu sebanyak 2 orang (1 orang pengelola administrasi dan 1 orang bendahara JKBM), dipilih sebagai informan karena sebagai pelaksana teknis dari pelaksanaan program JKBM, melaporkan dan mengklaim biaya dari pelaksanaan pelayanan dengan JKBM di Puskesmas.

c. Petugas Kesehatan

Seorang dokter yang bertugas jaga di UGD, dipilih sebagai informan karena sebagai petugas kesehatan secara langsung berhadapan dan memberikan pelayanan kesehatan kepada masyarakat dengan JKBM dan UGD melayani pasien 24 jam.

d. Masyarakat pengguna JKBM

Yaitu 6 orang masyarakat yang pernah memanfaatkan JKBM untuk berobat/pasien yang sering menggunakan JKBM sehingga informan mempunyai pengetahuan cukup tentang program JKBM. Masyarakat dipilih sebagai informan karena mengalami atau merasakan langsung pelayanan kesehatan dari program JKBM.

4.4 Instrumen Penelitian

Alat yang digunakan untuk membantu dalam pengumpulan data dalam penelitian ini adalah pedoman wawancara, alat pencatat dan alat perekam (*tape recorder*). Pedoman wawancara terdiri dari pedoman untuk FGD dan pedoman untuk wawancara mendalam.

4.5 Teknik Pengumpulan data

Pengumpulan data dalam penelitian ini dilakukan dengan :

- a. Pengumpulan data primer : melalui wawancara mendalam (*indepth interview*) dan *Focus group Discussion* (FGD). Wawancara mendalam dilakukan kepada Ketua Tim Pengelola JKBM Kabupaten Badung, 2 orang dari unit pengelola JKBM UPT Puskesmas Abiansemal I dan kepada petugas kesehatan yang berjaga di UGD. Sedangkan FGD dilakukan pada informan dari masyarakat. Pengumpulan data dilakukan oleh peneliti dibantu oleh seorang pencatat sebagai asisten penelitian. Selama wawancara mendalam dan FGD digunakan alat perekam.
- b. Pengumpulan data sekunder diperoleh dengan melakukan telaah dokumen terhadap hasil kegiatan terkait dengan program JKBM dan dokumen lainnya seperti laporan tahunan, profil kesehatan puskesmas.

Pengumpulan data dilakukan dengan mengikuti pedoman matrik pengumpulan data sebagai berikut :

Tabel 4.1
Matrik Pengumpulan Data/ Informasi Evaluasi Pelaksanaan Jaminan Kesehatan Bali Mandara Di UPT Puskesmas Abiansemal I Kabupaten Badung Propinsi Bali Tahun 2012

No	Teknik Pengumpulan Data	Sumber Data	Variabel/Cakupan Data
1.	<p>WM (Wawancara Mendalan)</p> <p>WK : WM Tim Pengelola JKBM Kabupaten</p> <p>WP : WM Tim Pengelola JKBM Puskesmas</p> <p>WY : WM Petugas Kesehatan</p>	<p>Tim Pengelola JKBM Kabupaten</p>	<p>I. Ketenagaan (WK 1-8)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pelatihan • Tim pengelola Puskesmas <p>II. Dana (WK 9-14)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pendanaan program JKBM • Mekanisme <p>III. Sarana prasarana (WK 15-16)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ketersediaan • Kerjasama dengan pihak swasta <p>IV. Pencatatan pelaporan (WK 17-20)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Jenis dan mekanisme • Kendala <p>V. Sasaran (WK 21-22)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mekanisme pendataan • Pemutakhiran data <p>VI. Sosialisai (WK 23)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ada/ tidaknya kegiatan sosialisasi • Pelaksana, tempat <p>VII. Penutup (WK 24-27)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dampak JKBM selama ± 2 tahun • Pencapaian tujuan JKBM
		<p>Unit Pengelola JKBM UPT Puskesmas Abiansemal I</p>	<p>I. Ketenagaan (WP 1-7)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Jumlah • Kepengurusan • Pelatihan <p>II. Dana (WP 6-13)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sumber dana. anggaran • Mekanisme pengelolaan dan klaim <p>III. Sarana dan prasarana (WP 14-16)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ketersediaan • Keterlibatan pihak swasta

			<ul style="list-style-type: none"> • Kendala <p>IV. Pencatatan pelaporan (17-19)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Jenis, pelaksana, mekanisme • Kendala <p>V. Sasaran (WP 20-21)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ada/tidak • Mekanisme <p>VI. Sosialisai (WP 22)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Berjalan/tidak • Pelaksana • Tempat <p>VII. Pelayanan Kesehatan (WP 23-28)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Jenis pelayanan kesehatan • Alur pelayanan • Kendala <p>VIII. Penutup (WP 29-33)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Manfaat program JKBM • Pecapaian tujuan JKBM
	Petugas Kesehatan		<p>I. Ketenagaan (WY 1-4)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ketersediaan tenaga kesehatan • Beban kerja • Kendala <p>II. Dana (WY 5-6)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sesuai prosedur/tidak <p>III. Sarana Prasarana (7)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ketersediaan • hambatan <p>IV. Pencatatan pelaporan (WY 8-10)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Jenis • Mekanisme <p>V. Sasaran (WY 11)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ada tidaknya data sasaran <p>VI. Sosialisai (WY12- 13)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ada/tidak • Respon masyarakat <p>VII. Pelayanan kesehatan (WY14-18)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ketersediaan sarana dan prasarana • Alur pasien • Respon masyarakat

			<ul style="list-style-type: none"> • Komplain pasien • Kendala <p>VIII. Penutup (WY 19-22)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Manfaat program JKBM selama lebih kurang 2 tahun • Pencapaian tujuan JKBM
2	FGD (<i>Focus Group Discussion</i>)	Pengguna JKBM (Masyarakat/ Pasien)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pengertian JKBM 2. Ada tidaknya Sosialisasi tentang JKBM (sumber, dimana, kapan) 3. Syarat JKBM 4. Kualitas pelayanan dengan JKBM 5. Hambatan dalam menggunakan JKBM 6. Manfaat dan Harapan
3.	Telaah dokumen	<ul style="list-style-type: none"> • Dokumen puskesmas Abiansemal I • Dokumen pengelola JKBM Kabupaten Badung 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Jumlah kunjungan pasien dengan JKBM 2. Jumlah sasaran 3. Format pencatatan dan pelaporan JKBM 4. Laporan keuangan 5. Kebijakan

4.6 Proses Pengumpulan Data

Langkah-langkah pengumpulan data mencakup tahap persiapan dengan mengajukan permohonan ijin pengumpulan data di lokasi penelitian, penyusunan dan kesepakatan jadwal pelaksanaan serta selanjutnya dilakukan wawancara mendalam serta FGD sesuai jadwal. Pengumpulan data dalam penelitian ini menggunakan tehnik wawancara mendalam (*indepth interview*), *Fokus Group Discussion* (FGD) dan telaah dokumen.

1. Wawancara mendalam

Sebelum melakukan wawancara mendalam peneliti melakukan pendekatan dengan informan yang akan digali informasinya dengan wawancara mendalam yaitu Tim Pengelola JKBM Kabupaten, Pengelola JKBM UPT.Puskesmas Abiansemal I dan Tenaga Pelaksana Pelayanan Kesehatan (dokter jaga UGD). Dalam hal ini peneliti menjelaskan tentang tujuan

penelitian terkait program JKBM di UPT.Puskesmas Abiansemal I serta dibicarakan tentang kesepakatan tempat dan waktu untuk melaksanakan wawancara mendalam.

Wawancara mendalam pada Kepala Pengelola JKBM Kabupaten dilakukan di ruangan pertemuan unit PKM Dinas Kesehatan Kabupaten Badung pada hari Kamis 19 Mei 2012 sore hari sekitar pukul 15.00 Wita selama lebih kurang 60 menit. Wawancara ini sedikit terganggu karena di ruangan tersebut pewawancara bersama dengan staf yang lain, dimana dalam satu ruangan terdapat lima orang serta saat wawancara berlangsung ada tamu yang datang.

Wawancara mendalam kepada Tim Pengelola JKBM Puskesmas Abiansemal I sebanyak 2 orang, dilakukan di ruangan administrasi setelah jam pelayanan pasien pada pukul 12.00 Wita selama lebih kurang 60 menit.

Wawancara mendalam kepada pelaksana pelayanan kesehatan yaitu seorang dokter yang bertugas jaga di UGD, dilakukan di ruangan aula puskesmas pada sore hari setelah pergantian sip jaga sore yaitu sekitar pukul 14.00 Wita sehingga tidak mengganggu pelayanan karena pasien masih jarang dan masih bisa ditangani oleh perawat atau bidan yang ikut tugas jaga sore di UGD. Wawancara dilakukan selama kurang lebih 60 menit.

2. FGD (Focus Group Discussion)

Pengumpulan data dengan teknik FGD dilakukan kepada informan masyarakat yang pernah menggunakan JKBM yaitu sebanyak 8 orang. Dalam menentukan informan, peneliti terlebih dahulu berkoordinasi dengan petugas kesehatan untuk menentukan masyarakat pernah menggunakan JKBM yang mencukupi prinsip kesesuaian dan kecukupan yaitu masyarakat yang dipilih hendaknya telah lama atau sering menggunakan JKBM sehingga informan mempunyai pengetahuan cukup tentang program JKBM sehingga informasi yang diperoleh memadai dan cukup kaya, meliputi semua variabel yang akan diteliti serta memberikan gambaran yang komprehensif mengenai pelaksanaan program JKBM di UPT.Puskesmas Abiansemal I.

Para informan sebelumnya dihubungi oleh peneliti untuk kepastian dan dijelaskan maksud dan tujuan diadakannya FGD. Pada hari pelaksanaan, dari 8 peserta FGD yang telah dipersiapkan, yang hadir hanya 6 orang, 2 orang moho ijin tidak datang karena alasan ada upacara adat yang tidak bisa ditinggalkan. FGD dilaksanakan di Aula Puskesmas

Abiansemal I pada pukul 16,00 Wita sekitar 90 menit. Dalam pelaksanaan FGD peneliti memimpin sendiri jalannya diskusi dibantu oleh seorang pencatat dan menggunakan tape recorder. Dalam diskusi tidak ada yang dominan, partisipasi semuanya baik, semua peserta memberikan pendapat dalam diskusi.

3. Telaah Dokumen

Telaah dokumen dilakukan dengan melihat laporan Puskesmas Abiansemal I pada tahun 2010 sampai 2012, serta dokumen dari Pengelola JKBM Kabupaten Badung.

4.7 Validitas Data

Untuk mendapatkan data yang valid, maka dilakukan dengan triangulasi sumber dan triangulasi metode. Triangulasi sumber dalam penelitian ini adalah Ketua Tim Pengelola JKBM Kabupaten Badung, 2 orang pengelola dari unit pengelola JKBM UPT.Puskesmas Abiansemal I, petugas kesehatan dan 6 orang masyarakat. Sedangkan triangulasi metode dilakukan dengan cara wawancara mendalam, FGD dan telaah dokumen.

4.8 Pengolahan Dan Analisis Data

Informasi atau data yang dikumpulkan bersifat kualitatif, maka pengolahan data dilakukan dengan cara mencatat, membuat transkrip hasil wawancara dan menyusun hasil wawancara mendalam maupun FGD dalam matrik hasil wawancara. Jenis analisis yang dilakukan yaitu *content analysis* atau analisis isi, yaitu analisis sesuai topik atau masalah dan setiap hasil wawancara atau hasil FGD dibagi menjadi berbagai kategori topik. Peneliti membaca hasil wawancara atau hasil FGD dan mengidentifikasi beberapa topik. Selanjutnya dilakukan interpretasi data untuk memperoleh arti dan makna yang lebih mendalam dan luas terhadap hasil penelitian yang sedang dilakukan. Pembahasan hasil penelitian dilakukan dengan cara meninjau hasil penelitian secara kritis dengan teori yang relevan dan informasi akurat yang diperoleh dari lapangan.

BAB 5

GAMBARAN UMUM LOKASI PENELITIAN

5.1 Peta Wilayah

UPT.Puskesmas Abiansemal I berlokasi di Pulau Bali bagian selatan yaitu tepatnya di Jalan Ciung Wanara No.5, Banjar Delod Pasar Desa Blahkiuh Kecamatan Abiansemal Kabupaten Badung Propinsi Bali. Wilayah kerja UPT Puskesmas Abiansemal I meliputi 10 desa yaitu : Desa Abiansemal, Desa Blahkiuh, Desa Ayunan, Desa Sangeh, Desa Taman, Desa Bongkasa, Desa Punggul, Desa Selat, Desa Dauh Yeh Cani dan Desa Bongkasa Pertiwi. Peta Wilayah kerja UPT. Puskesmas Abiansemal I adalah sebagai berikut :



Gambar 5.1 Peta Wilayah Kerja UPT Puskesmas Abiansemal
Sumber : <http://maps.google.co.id/maps>

5.2 Geografi dan Luas Wilayah

Wilayah UPT puskesmas Abiansemal I merupakan daerah dataran rendah dengan luas wilayah kerja ± 35.76 Km². UPT. Puskesmas Abiansemal I berdiri diatas tanah seluas $\pm 1,5$ hektar dengan jarak dari Kota Kecamatan ± 500 m dan Jarak dari Ibu Kota Kabupaten: ± 20 Km. Baik puskesmas maupun puskesmas pembantu di wilayah kerja UPT Puskesmas Abiansemal I mudah dijangkau oleh masyarakat. Adapun batas-batas wilayah kerja UPT Puskesmas Abiansemal I adalah sebagai berikut :

Utara : Desa Carangsari (UPT Puskesmas Petang I)

Selatan : Desa Mambal (UPT Puskesmas Abiansemal II)

Barat : Desa Baha dan Penarungan (UPT Puskesmas Mengwi I dan III)

Timur : Kecamatan Ubud (Kabupaten Gianyar)

UPT. Puskesmas Abiansemal I terbagi menjadi 10 Desa/Kelurahan dan 65 Banjar/Dusun (setara RT). Keadaan masing-masing desa dapat dirinci sebagai berikut :

Tabel 5.1
Jumlah Desa dan Banjar di Wilayah Kerja UPT. Puskesmas Abiansemal I

No	Nama Desa/Kelurahan	Jumlah Banjar/Dusun
1.	Desa Abiansemal	8
2.	Desa Abiansemal Dauh Yeh Cani	6
3.	Desa Blahkiuh	7
4.	Desa Punggul	5
5.	Desa Bongkasa	10
6.	Desa Bongkasa Pertiwi	3
7.	Desa Ayunan	4
8.	Desa Sangeh	8
9.	Desa Selat	4
10.	Desa Taman	10
	Jumlah	65

Sumber data : Profil UPT. Puskesmas Abiansemal I Tahun 2011

5.3 Demografi

5.3.1 Data Kependudukan

Tabel 5.2
Jumlah Penduduk Per Desa di Wilayah UPT. Puskesmas Abiansemal I Tahun 2011

No	Desa	Jumlah penduduk	Jenis kelamin		Jumlah KK
			L	P	
1	Abiansemal	6507	3297	3210	1883
2	Dauh yeh cani	5526	2757	2769	1601
3	Blahkiuh	4916	2449	2467	1368
4	Ayunan	2274	1155	1119	625
5	Sangeh	4109	2073	2036	1257
6	Taman	5881	2880	3001	1774
7	Punggul	3128	1513	1615	858
8	Selat	2190	1078	1112	600
9	Bongkasa	5881	2883	2998	1528
10	Bongkasa pertiwi	2388	1261	1127	875
	Total	42800	21346	21454	12.369

Sumber : Profil UPT. Puskesmas Abiansemal I Tahun 2011

5.3.2 Data Sosial Ekonomi

a. Pendidikan

Tabel 5.3
Persentase Tingkat Pendidikan Usia 10 Tahun ke Atas
di Kecamatan Abiansemal Tahun 2010

No	Pendidikan yang ditamatkan	Absolut	Persentase
1	Belum/Tidak tamat SD	11.528	29,17
2	Tamat SD/MI	11.786	29,82
3	SLTP/Sederajat	5.548	14,04
4	SLTA/Sederajat	9.358	23,68
5	AK/Diploma	562	1,42
6	Sarjana	744	1,88
	Jumlah	39.526	100

Sumber : Kecamatan Abiansemal dalam Angka 2011

b. Sumber Mata Pencaharian

Jenis mata pencaharian mempengaruhi status ekonomi tiap keluarga karena berhubungan dengan jumlah penghasilan yang digunakan untuk pembiayaan kesehatan.

Tabel 5.4
Jumlah Penduduk menurut Sumber Mata Pencaharian Utama
di Wilayah Kerja UPT. Puskesmas Abiansemal I Tahun 2010

NO	Jenis Pekerjaan	Absolut	Persentase
1	Pertanian	17.387	47,52
2	Perikanan	257	0,7
3	Peternakan	2.698	7,37
4	Dagang/Wiraswasta	5.662	15,47
5	Perkebunan	3.922	10,72
6	Industri	6.665	18,21
JUMLAH		36.591	100

Sumber : Kecamatan Abiansemal dalam Angka 2011

c. Ekonomi

Jumlah penduduk miskin di Wilayah Kerja UPT. Puskesmas Abiansemal I sebanyak 3.316 orang (7,75%). Hal ini menunjukkan bahwa tingkat ekonomi masyarakat sudah cukup baik. Seluruh penduduk miskin di UPT. Puskesmas Abiansemal I mendapat jaminan pelayanan kesehatan dengan Jamkesmas (Jaminan Kesehatan Masyarakat).

5.4 Sumber Daya Kesehatan

5.4.1 Ketenagaan Kesehatan

Untuk mendukung tercapainya tujuan pembangunan kesehatan, perlu di dukung oleh sumber daya tenaga kesehatan yang cukup dan berkualitas. Jumlah karyawan di UPT puskesmas Abiansemal I seluruhnya pada 2011 sebanyak 101 orang. Jumlah dan jenis ketenagaan tersebut dapat dirinci sebagai berikut :

Tabel 5.5
Jumlah dan Jenis Ketenagaan di UPT. Puskesmas Abiansemal I Tahun 2011

NO	PENDIDIKAN	JENIS KETENAGAAN				JUMLAH
		PNS	PTT	HONDA	PENGABDI	
1	dr. Umum	6	0	0	0	6
2	dr.Gigi	3	0	0	0	3
3	SMF(Farmasi)	1	0	0	0	1
4	D-III Gizi	1	0	0	0	1
5	D-III Perawat	16	0	0	0	16
6	D-I Bidan	4	1	0	0	5
7	D-III Bidan	13	12	0	0	25
8	D-IV Bidan	1	0	0	0	1
9	D-III Gigi	0	0	1	0	1
10	SPPH	1	0	1	0	2
11	D-I Sanitasi	1	0	0	0	1
12	D-3 Sanitasi	0	0	1	0	1
13	S1 Tenik Lingkungan	1	0	0	0	1
14	D-III Analis Kesehatan	1	0	0	0	1
15	D-III Fisotherapy	1	0	0	0	1
16	SPK	5	0	0	1	6
17	SPRG	4	0	0	0	4
18	SPRB	1	0	0	0	1
19	D-II Akuntansi	0	0	1	0	1
20	SMA	7	0	11	0	18
21	SMP	1	0	3	0	4
22	SD	0	0	1	0	1
Jumlah		68	13	19	1	101

Sumber : Profil UPT. Puskesmas Abiansemal I Tahun 2011

5.4.2 Data Sarana dan Prasarana

UPT. Puskesmas Abiansemal I merupakan satu-satunya puskesmas di Kecamatan Abiansemal yang memiliki fasilitas rawat inap. Berikut ini merupakan tabel sarana dan prasarana yang dimiliki oleh UPT. Puskesmas Abiansemal I

Tabel 5.6
Jumlah Sarana dan Prasarana di UPT. Puskesmas Abiansemal I Tahun 2011

No	Jenis Sarana dan Prasarana	Jumlah
1	Puskesmas Induk	1 unit
2	Puskesmas Pembantu	8 Unit
3	Ruang Diklat	1 Unit
4	Ruang Rawat Inap	1 Unit dengan 10 tempat tidur
5	Poliklinik	9 Unit
6	Klinik VCT	1 unit
7	Ruang USG	1 unit
8	Ruang Persalinan	1 unit
9	Ruang Pojok Gizi	1 unit
10	Ruang PKPR	1 Unit
11	Ruang Fisioterapi	1 Unit
12	Apotek	1 Unit
13	Ambulance	2 Unit
14	<i>Dentist Chair</i>	2 Unit
15	Nebulizer	1 Unit
16	EKG	1 Unit
17	USG	1 Unit
18	Dopler	2 Unit
19	Cryoterapi	1 Unit
20	Laboratorium	1 Unit
22	Sepeda Motor	14 Unit
23	Telepon	2 Unit
24	Komputer	12 Unit
25	Laptop	1 Unit
26	LCD	1 Unit
27	Tempat Tinggal medis dan paramedis	4 Unit

Sumber : Profil UPT. Puskesmas Abiansemal 1 Tahun 2011

5.4.3 Data Sarana Pelayanan Kesehatan

Tabel 5.7

Sarana Pelayanan Kesehatan di Wilayah Kerja UPT. Puskesmas Abiansemal I Tahun 2011

No	Sarana Kesehatan	Jumlah
1.	Puskesmas + Rawat Inap	1
2.	Puskesmas Keliling	20
3.	Apotik/Toko Obat	4/1
4.	Dr Umum Praktek	8
5.	Bidan Praktek Swasta	10
6.	Dokter Gigi Praktek Swasta	2
7.	Poskesdes + Bidan	10
8.	Posyandu	65

Sumber : Profil UPT. Puskesmas Abiansemal I Tahun 2011

5.4.4 Upaya Kesehatan Bersumberdaya Masyarakat

Jumlah UKBM di UPT. Puskesmas Abiansemal I pada tahun 2011 terdiri dari Desa Siaga 10 Desa, Poskesdes 10, dan Posyandu 65. Data selengkapnya adalah sebagai berikut :

Tabel 5.8

Jumlah UKBM di UPT. Puskesmas Abiansemal I Tahun 2011

No	Desa	Jumlah				
		Desa Siaga	Poskesdes	Polindes	Posyandu	
					Balita	Lansia
1	Abiansemal	1	1	-	8	3
2	Dauh yeh cani	1	1	-	6	2
3	Blahkiuh	1	1	-	7	2
4	Punggul	1	1	-	5	3
5	Bongkasa	1	1	-	10	1
6	Taman	1	1	-	10	2
7	Bongkasa Pertiwi	1	1	-	3	2
8	Ayunan	1	1	-	4	2
9	Sangeh	1	1	-	8	1
10	Selat	1	1	-	4	1
	Jumlah	10	10	-	65	18

Sumber : Profil UPT. Puskesmas Abiansemal I Tahun 2011

BAB 6

HASIL PENELITIAN

6.1 Karakteristik Informan

Tabel 6.1
Karakteristik Peserta FGD Penelitian Evaluasi Pelaksanaan JKBM di UPT Puskesmas Kabupaten Badung Propinsi Bali Pada Tahun 2012

No	Nama	Umur	Jenis Kelamin	Pendidikan	Pekerjaan
1	KA	30 Tahun	Perempuan	Diploma III	Guru
2	NW	35 Tahun	Perempuan	SMA	Pedagang
3	WS	40 Tahun	Laki-laki	SMA	Ibu RT
4	NR	33 Tahun	Laki-laki	Diploma I	Karyawan swasta
5	MA	42 Tahun	Laki-laki	Diploma III	Karyawan Swasta
6	KA	31 Tahun	Laki-laki	SMA	Pedagang

Tabel 6.2
Karakteristik Informan Wawancara Mendalam
Penelitian Evaluasi Pelaksanaan JKBM di UPT Puskesmas Kabupaten Badung Propinsi Bali Pada Tahun 2012

No	Nama	Unit Kerja	Umur	Pendidikan	Jenis Kelamin	Jabatan	Masa Kerja
1	MY	Pengelola JKBM Kabupaten Badung	50 Thn	Sarjana	Laki-laki	Ketua	24tahun
2	IA	Unit Pengelola JKBM UPT Puskesmas Abiansemal I (1)	38 Thn	D III	Perempuan	Pembuat Dokumen JKBM	16 tahun
3	IB	Unit Pengelola JKBM UPT Puskesmas Abiansemal I (2)	42 Thn	SPRG	Perempuan	Bendahara JKBM	25tahun
4	PM	Petugas Kesehatan UPT Puskesmas Abiansemal I	34 Thn	S2	Laki-laki	Dokter	7 tahun

Satuan/unit Pengelola JKBM UPT Puskesmas Abiansemal I yang diwawancara sebanyak 2 orang yaitu pembuat dokumen dan bendahara JKBM. Untuk Pembuat Dokumen, selain mengelola JKBM petugas juga mengelola Jamkesmas dan Jampersal.

Informan dari petugas kesehatan yaitu seorang dokter umum, dalam struktur organisasi informan juga membidangi unit pendidikan karena UPT Puskesmas Abiansemal I

juga merupakan Puskesmas pendidikan yaitu sebagai lahan praktek dari mahasiswa kesehatan. Saat ini, informan ini juga sebagai PLT Kepala UPT Puskesmas Abiansemal I karena Kepala UPT Puskesmas Abiansemal I baru saja pensiun per Maret 2012.

6.2 Komponen Input

6.2.1 Ketenagaan

Dari hasil wawancara mendalam unit pengelola JKBM UPT Puskesmas Abiansemal I diketahui bahwa unit Pengelola JKBM puskesmas terdiri dari Kepala Puskesmas sebagai penanggungjawab, dan 2 orang pelaksana yaitu 1 orang di bidang Pembuatan Dokumen/administrasi. Sedangkan satu orang lagi sebagai bendahara di bidang keuangan yaitu untuk mengklaim dana JKBM. Pengelola puskesmas telah ditetapkan dari kabupaten sejak tahun 2010. Pengelola pernah mendapatkan pelatihan dari Propinsi tentang sosialisasi JKBM dan yang terakhir tentang E-JKBM. Kedua orang pengelola mempunyai latar belakang pendidikan di bidang kesehatan. Jumlah tim pengelola UPT Puskesmas abiansemal I masih kurang karena masih adanya tugas rangkap dan pelatihan juga masih dirasa kurang terutama dalam menggunakan komputer yang berkaitan dengan pelaksanaan E-JKBM. Sesuai dengan pernyataan pada saat wawancara mendalam dengan Pengelola JKBM UPT Puskesmas Abiansemal I yaitu :

“ Jadi pengelola JKBM Sejak tahun 2010, pernah ada pelatihan,,.... Masih sangat kurang sekali, dengan tenaga 2 orang saya kadang minta bantuan sama teman yang lain.....saya masih mengelola jamkesmas dan jampersal,, tidak sesuai ya, saya kan bidan megang JKBM, tapi kan masih bisa belajar untuk ini,...”

“Sejak tahun 2010, pernah ada pelatihan untuk operatornya untuk penggunaan perangkat untuk E-JKBM, pernah 2 kali,,...., masih kurang pelatihan,,, kita harus merekap dari poli-poli dan pustu yang rata-rata kunjungannya tinggi,,.....saya perawat gigi tapi mengelola keuangan,,selama ini kita otodidak belajarnya “

Dari hasil wawancara mendalam kepada petugas kesehatan diperoleh informasi bahwa tenaga yang memberikan pelayanan kesehatan sudah cukup. Informasi bagi petugas kesehatan tentang aturan pelaksanaan JKBM akan disampaikan oleh unit pengelola JKBM Puskesmas. Berikut petikan hasil wawancara mendalam dengan petugas kesehatan :

“ JKBM dalam arti disini saja tenaganya sudah cukup,, untuk di UGD ini sudah cukup mungkin untuk administrasi yang kurang....jika ada aturan baru tim pengelola akan memberi tahu kita petugas yang dilapangan..”

Wawancara mendalam kepada Tim Penglola JKBM Kabupaten Badung menyatakan bahwa pengelola JKBM Puskesmas berjumlah 3 orang yaitu kepala puskesmas sebagai penanggung jawab, 1 orang yang mengelola keuangan JKBM dan 1 orang sebagai mengurus

tentang administrasi/pembuat dokumen. Pelatihan kepada pengelola puskesmas lebih banyak dari propinsi sedangkan dari kabupaten hanya bimbingan teknis saja serta untuk mengetahui permasalahan yang dihadapi puskesmas di lapangan dalam pelaksanaan JKBM. Berikut petikan hasil wawancara mendalam dengan Tim Pengelola JKBM Kabupaten Badung :

“Untuk ketenagaan semua sudah dilatih.....Yang melatih dari propinsi. Pelatihan dari kabupaten ke Puskesmas tidak ada cuma sosialisasi saja ke bawah.....”

“Ke Puskesmas Kita Bintek,.....Juga untuk mengetahui permasalahan di puskesmas sebagai pelaksana pelayanan kesehatan pada masyarakat.....”

6.2.2 Dana

Dana JKBM berasal dari APBD Propinsi Bali dan APBD Kabupaten/kota yang ditetapkan berdasarkan jumlah penduduk yang belum memiliki jaminan kesehatan dan PAD kabupaten/kota. Pada tahun 2010-2011 untuk Puskesmas dan Rumah Sakit daerah kabupaten/ Kota pembiayaannya dalam bentuk hibah dan Rumah Sakit Indra serta Rumah Sakit Jiwa pembiayaannya dalam bentuk Bantuan Sosial. Tahun 2012 pembiayaan untuk Puskesmas juga dalam bentuk Bantuan sosial. Hal ini sesuai dengan hasil wawancara mendalam dengan tim pengelola JKBM Kabupaten Badung;

“Ini adalah dana shering antara kabupaten/kota dengan propinsi. dana shering ini tergantung jumlah penduduk.”

Sedikit berbeda dikemukakan oleh pengelola JKBM UPT Puskesmas Abiansemal I, yang mengungkapkan bahwa sumber dana program JKBM berasal dari APBD tingkat 1 yaitu dana dari Propinsi. Berikut petikan hasil wawancara mendalam tersebut :

“Dana hibah dari Gubernur propinsi dan tahun 2012 dari dana Bansos namanya. Dananya sama dari propinsi cuma cara mengamprahnya yang berbeda.”

“Dari APBD tingkat I dari propinsi. Tahun 2010-2011 namanya dana hibah dan tahun 2012 namanya dana Bansos sumber dananya sama,.....,”

6.2.3 Sarana dan Prasarana

Hasil wawancara mendalam dengan unit pengelola keuangan JKBM Puskesmas mengungkapkan bahwa tidak ada MOU (memorandum of understanding), atau tidak ada fasilitas pelayanan kesehatan dari pihak swasta yang ada di wilayah UPT puskesmas Abiansemal I yang ikut terlibat dalam pelaksanaan pelayanan JKBM. Beberapa sarana dan prasarana yang ada di UPT Puskesmas Abiansemal I dirasakan masih kurang untuk

pelaksanaan program JKBM terutama komputer. Berikut hasil wawancara mendalam dengan unit Pengelola JKBM UPT Puskesmas Abiansemal I:

“Tidak ada kerjasama dengan swasta.....Belum cukup, seperti pengetikan, pengklaiman kan banyak seperti ada pustu juga 8, komputernya dua, Bergilir jadinya menggunakan komputer”

“Selama ini ga ada ya BPS atau klinik yang lain ikut JKBM.....Masih kurang ya, terutama komputer..... alat habis pakai,,kadang kita memenuhi sendiri dulu”

Hasil wawancara mendalam dengan petugas pelaksana pelayanan kesehatan mengungkapkan bahwa secara keseluruhan beberapa peralatan yang di droping dari dinas kesehatan beberapa diantaranya masih kurang dan kadang diadakan sendiri oleh puskesmas. Berikut petikan hasil wawancara mendalam dengan petugas kesehatan :

“Sarana dalam arti, dari dinas yang mendroping, untuk pelayanan satu dua tidak banyak kadang kita mengadakan sendiri.....”

Hasil wawancara mendalam dengan Tim pengelola JKBM Kabupaten Badung mengungkapkan bahwa sekarang tidak ada kerjasama dengan pihak swasta dalam pelaksanaan JKBM setelah adanya program Jampersal. Sarana dan prasarana yang diberikan kepada Puskesmas terkadang tidak sesuai dengan kebutuhan di Puskesmas karena banyak permintaan yang berbeda-beda dari tiap puskesmas dan dengan sistem pelelangan sehingga menyulitkan membuat kontrak dengan banyaknya jenis barang. Hal tersebut terungkap dari petikan hasil wawancara mendalam berikut :

“Tiap Puskesmas itu tidak sama kebutuhannya. Kita disini sistem pelelangan kalau terlalu banyak membuat item, kontrak itu sulit sekali. Sehingga yang prioritas saja yang bisa dibikinkan kontrak.... yang sama bisa kita bikinkan kontrak,...misalnya reagen, tinta printer berbeda-beda antara puskesmas...”

“Dulu ada kita kerjasama dengan swasta, bidan swasta untuk ANC, persalinan, nifas termasuk neonatus dan ada MOU. Sekarang tidak ada setelah jampersal.....”

6.2.4 Pencatatan dan Pelaporan

Hasil wawancara mendalam dengan unit pengelola JKBM puskesmas mengungkapkan bahwa pencatatan dan pelaporan yang mereka kerjakan diantaranya yaitu pencatatan rutin dari data-data pasien dalam form Ic, kemudia rekapan klaim biaya dilaporkan perminggu serta laporan bulanan pelayanan JKBM.

“Ada harian di form Ic, ini merupakan rekapan dari hasil pelayanan di poli, UGD atau di Pustu,. Kemudian laporan bulanan tentang pelayanan JKBM”

“Rekapitulasi klaim biaya pelayanan kesehatan dengan JKBM tiap hari kita rekap, pelaporannya tiap minggu, laporan bulanan kita buat jenis tindakanya, jumlah pasiennya serta rekapian besarnya dana dari tindakan tersebut...”

Hasil wawancara mendalam dengan petugas kesehatan bahwa pencatatan yang dilakukan diantaranya kelengkapan/berkas-berkas dari pasien yang telah dilayani dicatat di blanko register. Data tersebut selanjutnya akan diambil atau diberikan kepada tim pengelola JKBM untuk diolah, dicatat dan dilaporkan lagi. Disamping pencatatan pada blanko register petugas kesehatan juga melengkapi dengan tanda tangan pasien serta surat rujukan jika perlu di rujuk, hal ini kadang yang membuat kewalahan dan kecolongan dengan data-data pasien yang tidak sesuai. Berikut petikan hasil wawancara mendalam dengan petugas kesehatan:

“.....diberi pelayanan, dicatat,diperiksa kelengkapannya,. Kalau perlu dirujuk dia harus melengkapi keterangan dari desa. surat keterangan untuk yang dirujuk..... berkas pasien dikumpulkan dicatat di blanko deregister, kemudian pasien juga menandatangani blanko tidakan,,, setelah pelayanan, itu akan diambil oleh tim pengelola ke masing-masing poli. Tim pengelola akan mengolah mencatat dan melaporkan lagi. Pencatatan banyak,,dari sekian itu mungkin ada yang kecolongan istilahnya, ada KTP yang mati, ada PNS atau guru yang masuk akan di cek lagi...”

Hasil wawancara mendalam dengan tim pengelola JKBM Kabupaten Badung mengungkapkan bahwa ada beberapa jenis pencatatan dan pelaporan yang dilakukan oleh puskesmas diantaranya yang dibuat harian form Ic disetor mingguan serta form 5. Berikut petikan wawancara mendalam dengan tim pegelola JKBM kabupaten Badung :

“membuat form F1c dibawa ke Dinas untuk diverifikasi..... Puskesmas Abiansemal 1 pasiennya banyak bisa tiap minggu kesini. disalin ke Form C kemudian dibuatkan F5 untuk pengamprahan uang ke propinsi..”

6.2.5 Sasaran Kepesertaan

Hasil wawancara mendalam dengan tim pengelola JKBM Puskesmas mengungkapkan bahwa sasaran peserta JKBM di wilayah kerja UPT Puskesmas Abiansemal I ada dalam bentuk *softcopy* pada komputer JKBM, namun tidak diketahui secara pasti jumlah dari sasarannya dan sebagian besar dari sasaran tersebut belum memiliki kartu sebagai peserta JKBM.

“Nah untuk sasaran kan rencananya dimasukkan ke komputer itu, kita juga belum sempat ngecek... dan berapa sasarannya.....Ada beberapa yang sudah punya kartu tapi tidak banyak.....”

“Katanya sudah masuk di JKBM center, setelah E-JKBM ini..... Saya rasa sudah, dan lebih banyak yang belum hanya sebagian kecil saja yang punya E-JKBM”

Petugas kesehatan yang memberikan pelayanan kesehatan tidak mengetahui tentang adanya data sasaran kepesertaan JKBM, petugas kesehatan hanya melayani semua pasien yang datang.

“Yang kita layani selama yang datang ke puskesmas atau ke pusling, saya tidak tahu persis dengan sasaran, mungkin pengelola yang tahu”

Hasil wawancara mendalam dengan tim pengelola JKBM Kabupaten Badung mengungkapkan bahwa pendataan sasaran peserta JKBM berdasarkan SK bupati dan data tersebut sudah ada di setiap puskesmas. Mekanismenya yaitu pendataan mulai dari kepala lingkungan ke desa, ke kecamatan, kemudian ke kabupaten yang selanjutnya dibuatkan penetapan masyarakat sebagai peserta JKBM, kemudian dikirim ke propinsi sebagai data untuk menetapkan pengeluaran/penerbitan kartu sebagai peserta JKBM.

Selama ini pelaksanaannya di kabupaten Badung menggunakan data yang didapat dari dinas catatan sipil dan berdasarkan penerbitan KTP kemudian di edit di Dinas Kesehatan Kabupaten Badung, ini dikarenakan terbatasnya waktu untuk mengumpulkan data serta data yang didapat dari bawah sangat lama sampai di dinas kesehatan. Hal ini juga menyebabkan beberapa masyarakat komplain karena kartu yang diterbitkan tidak sesuai dengan yang ada di masyarakat. Pada tahun 2012 ini akan dilakukan pendataan kembali untuk penerbitan kartu selanjutnya.

“Pendataan berdasarkan SK bupati, tiap Puskesmas ada. Tiap desa sudah tercantum. Mekanismenya dari kepala lingkungan ke desa ke camat trus ke kabupaten kita buat kan penetapan masyarakat yang mendapat jaminan JKBM kemudian ke propinsi untuk menetapkan pengeluaran Kartu.”

“...data dari desa lama sekali datangnya,,,,, sehingga kita disini menggunakan data dari “data catatan sipil, karena dasarnya ini kan KTP,,data itu yang kita edit, untuk yang PNS bisa masuk misal anaknya 4 tapi semuanya masuk...itulah sulitnya sehingga banyak komplain di masyarakat setelah kartu disebar tidak pas, harusnya dapat tidak dapat atau sebaliknya.”

“:Jadi Data yang digunakan semua dari data catatan sipil itu,...Saat ini beberapa yang belum punya kartu akan diinventaris lagi akan di data lagi tahun 2012 ini untuk penerbitan kartu”

6.2.6 Pelayanan Kesehatan

Hasil wawancara mendalam dengan pengelola JKBM dan petugas kesehatan UPT Puskesmas Abiansemal I mengungkapkan bahwa pelayanan kesehatan yang tersedia di UPT Puskesmas Abiansemal I yaitu rawat jalan yang dilayani pada poli umum, poli anak, poli KIA dan KB, poli gigi, poli jiwa , serta UGD 24 jam, pelayanan spesialistik kandungan dan jiwa

setiap hari Selasa, pelayanan rawat inap dan pertolongan persalinan serta pemeriksaan laboratorium. Berikut petikan hasil wawancara dengan pengelola JKBM Puskesmas :

“.....rawat jalan, rawat inap juga, pertolongan persalinan, di puskesmas kita ada poli umum, poli KIA dan KB, poli jiwa, poli anak, untuk pelayanan spesialis yaitu kandungan dan spesialis jiwa setiap hari Selasa saja. Kita juga ada laboratorium untuk pemeriksaan darah atau yang lain. Spesialis anak dan penyakit dalam sudah lama kita tidak melayani. Kita juga melayani UGD 24 jam.”

“Di puskesmas melayani pasien, untuk yang rawat jalan di poli-poli, dan UGD kita 24 jam, di poli KIA/KB, poli umum, poli jiwa, poli gigi, pelayanan spesialis kandungan dan jiwa seminggu sekali, setiap hari Selasa. Pertolongan persalinan juga dan rawat inap, tapi untuk persalinan sekarang per Juni 2011 ditanggung dengan Jampersal, Dan melayani methadone juga di klinik VCT cendana. pemeriksaan lab juga dilayani seperti HB, glukosa, golongan darah dan lain-lain.”

Menurut petugas kesehatan UPT puskesmas Abiansemal I :

“.....melayani UGD 24 jam, pertolongan persalinan dan rawat inap disamping melayani rawat jalan di poli umum, gigi, KIA/KB dan poli jiwa,..... pelayanan spesialisnya hanya kandungan dan jiwa saja setiap hari Selasa. Untuk pemeriksaan lab kita melayani pemeriksaan HB, golongan darah, glukosa, PPT, feses sepertinya bisa, untuk DL dan widal reagenya yang tidak ada”

6.3 Proses

6.3.1 Pensosialisasian program JKBM

Hasil wawancara mendalam tentang sosialisasi program JKBM dengan petugas kesehatan dan unit pengelola JKBM UPT Puskesmas Abiansemal I diketahui bahwa sosialisasi program JKBM pada puskesmas dilakukan oleh kabupaten maupun dari provinsi yaitu mengenai program JKBM pada awal mulainya program JKBM maupun tentang perubahan-perubahan aturan yang ada kemudian. Sosialisasi tersebut biasanya kepada unit Pengelola JKBM Puskesmas, selanjutnya pengelola puskesmas akan mensosialisasikan kepada petugas pelaksana yang lain. Sosialisasi JKBM dari puskesmas kepada masyarakat di wilayah kerja puskesmas yaitu dengan langsung turun ke desa tidak ada, sosialisasi dilakukan pada saat pasien datang ke puskesmas, ke puskesmas pembantu maupun pada saat pelaksanaan puskesmas keliling. Berikut petikan hasil wawancara tersebut :

“Untuk pensosialisasian ada dari kabupaten, provinsi, dari media juga. Tapi sambil berjalan juga sudah melengkapi. Sosialisasi dari atas turunnya ke tim pengelola, kemudian disosialisasikan pada semua staf yang lain”

“.....saat pasien datang kita beri KIE tentang aturan baru mungkin yang ada yang harus dilengkapi,. Untuk sosialisasi khusus ke lapangan tidak ada”

Hasil wawancara mendalam dengan Tim Pengelola JKBM Kabupaten Badung juga mengungkapkan bahwa sosialisasi dilakukan berjenjang. Dari kabupaten melakukan sosialisasi pada puskesmas, sosialisasi juga diberikan pada organisasi IDI termasuk bidan. Sosialisasi kepada masyarakat yaitu kepala desa atau tokoh-tokoh masyarakat yang dilakukan di kecamatan yaitu tentang kepesertaan, mekanisme penggunaan pelayanan dengan JKBM serta tentang hak yang ditanggung dan tidak ditanggung dengan JKBM/yang dibatasi. Sosialisasi dilakukan sekitar setahun sekali.

“Kita berjenjang, kita ke puskesmas sudah, kita ke masyarakat sudah. Kita kumpulkan di kantor desa, atau tokoh-tokoh di undang oleh camat diadakan di kantor camat..sosialisasi ke masyarakat biasanya per kecamatan, termasuk petugas kesehatan, bidan termasuk organisasi IDI kita melakukan sosialisasi mungkin hanya setahun sekali.....Sosialisasi ke masyarakat tentang kepesertaan, tentang mekanisme penggunaan pelayanan JKBM dan tentang hak-hak yang ditanggung dan tidak ditanggung oleh JKBM dan yang dibatasi”

Hasil FGD mengungkapkan bahwa semua peserta FGD pernah mendengar tentang JKBM namun sebagian besar tidak mengetahui kalau mereka berobat gratis ke puskesmas atau hanya dengan membawa KTP adalah karena adanya program JKBM, menurut mereka JKBM hanya digunakan di Rumah Sakit. Sebagian kecil mengatakan bahwa untuk berobat ke puskesmas dengan JKBM hanya perlu membawa fotocopi KTP atau Kartu Keluarga saja, surat keterangan dari desa hanya perlu dibawa jika berobat ke rumah sakit. Sebagian besar peserta FGD tidak mempunyai kartu JKBM. Berikut hasil FGD dengan masyarakat:

“Saya ga ada kartu JKBM,.... Cuma harus melengkapi KK, KTP dan surat keterangan dari kantor desa pas mendaftar di loket.... selain di puskesmas saya hanya sampai RSUD saja, tapi saya kurang tahu pemakaiannya bisa sampai tingkat mana, tapi kayaknya bisa seluruh Bali”

“kita tinggal nunjukin kartu JKBM..... Saya ada, 1 kartu untuk 1 keluarga, tapi saya kesini Cuma dimintain KTP, kartu belum bisa dipakai katanya..... , saya rasa bisa kemana saja seluruh Kabupaten”

“Saya gak tahu kartu JKBM..... Di puskesmas kita daftar di loket, serahin KTPnya,..... Kalau JKBM itu di pakai kalau berobat ke RS, di RS Kapal (RSUD), sampai RS Sanglah juga pakai JKBM katanya...kalau ke puskesmas pakai KTP”

“Saya gak punya,.... Kalau puskesmas daftarnya seperti biasa saja, hanya tambahannya harus bawa KTP atau fotokopi KK Tetangga saya opname di RS Sanggah (RSUP) katanya pakai JKBM....”

“Belum punya... Kita bawa KTP atau kartu KK kepuskesmas sama Kartu keterangan tidak mempunyai jaminan dari desa kalau berobat ke Rumah sakit...”

“tidak ada kartu JKBM,,Saya pernah berobat sampai di RSUD selain puskesmas, tapi sampai RSUP Sanggah pun bisa menggunakan JKBM”

“Kalau pakai JKBM ke RS bawa surat dari desa, trus ada yang bilang ngurus di dinas sosial juga ya... JKBM ada kartunya ya?... Kalau ke RS baru pakai JKBM, puskesmas biasanya bawa KTP atau KK biar gak bayar,... Di RS Kapal, di RS Sangglah juga pake JKBM,.....”

Hasil FGD mengungkapkan bahwa sebagian besar peserta FGD mengetahui tentang JKBM dari petugas kesehatan saat datang untuk berobat ke puskesmas, sebagian dari informan masyarakat mengetahui JKBM dari warga masyarakat yang lain yang telah menggunakan JKBM dan sebagian mengetahui dari pengarahan/ sosialisasi yang pernah dilakukan oleh kelian banjar (ketua RT) setempat.

“.....dikasi rujukan sama dokter ke RSUD dan disaranin untuk mencari JKBM ke kantor desa. Dari situlah saya tahu tentang JKBM”

“Dari tetangga di depan rumah.....”

“Dari kepala lingkungan banjar yang mengadakan sosialisasi untuk masyarakat,,,,, katanya ke RS pakai JKBM”

“Pertama sih dari dokter di puskesmas yang ngasi tahu.....”

‘Dari puskesmas.. tetangga juga opname di RS pakai JKBM, tapi saya belum begitu tahu,

“Saya tahu dari keluarga,,,,,”

6.3.2 Pemanfaat Pelayanan Kesehatan oleh Masyarakat

Hasil wawancara mendalam dengan unit pengelola JKBM Puskesmas Abiansemal I mengungkapkan bahwa dengan adanya JKBM jumlah kunjungan ke puskesmas meningkat dan dengan berlakunya perda mulai tahun 2011 masyarakat semakin banyak yang memanfaatkan/ menggunakan JKBM untuk berobat atau mendapatkan pelayanan kesehatan di UPT puskesmas Abiansemal I. berikut petikan hasil wawancara mendalam dengan tim penglola JKBM UPT Puskesmas Abianasemal I :

“kunjungan sangat meningkat, dan yang menggunakan JKBM juga meningkat dan yang terakhir ini kita kan Badung dulu gratis perdanya, akhir 2011 ini ada perda baru, lumayan perdanya naiknya, jika tidak menggunakan JKBM lumayan biayanya, jadi masyarakat makin banyak yang menggunakan JKBM”

“Apalagi sekarang dengan berlakunya perda daerah jika meraka bawa KTP dan kelengkapannya mereka tidak kena biaya sesuai Perda. Jadi pasien makin banyak, makin banyak yang pake JKBM”

Hasil wawancara mendalam dengan petugas kesehatan juga mengungkapkan hal yang sama bahwa dengan adanya program JKBM kunjungan ke puskesmas meningkat dan

semakin banyak yang menggunakan JKBM setelah diberlakukannya Perda di kabupaten Badung. Berikut petikan hasil wawancara mendalam dengan petugas kesehatan di UPT Puskesmas Abiansemal I :

“Dengan adanya pembiayaan dari program JKBM ini jumlah kunjungan ke puskesmas meningkat. Dan apalagi sekarang Kabupaten Badung itu sudah ada Perda ya yang lumayan,,,pasien umum tidak membawa kelengkapan JKBM kena Perdanya ya lumayan itu”

Hasil wawancara mendalam dengan Tim Pengelola JKBM Kabupaten Badung mengungkapkan bahwa masyarakat menyambut baik adanya program JKBM yaitu dilihat dari kunjungan penggunaan JKBM oleh masyarakat yang meningkat.

“Masyarakat sangat antusias dan menyambut dengan baik, kunjungan puskesmas meningkat walau sebageian dulu ada yang enggan karena kesulitan mengurus seperti KTP atau fotokopy”

Hasil FGD mengungkapkan sebagian besar peserta FGD tidak mengetahui jika mereka berobat ke puskesmas pembiayaannya ditanggung oleh program JKBM. Dari FGD ini juga terungkap bahwa mereka belum tahu pasti tentang fasilitas pelayanan kesehatan yang dapat dan yang tidak dapat ditanggung dengan JKBM, mereka hanya mengetahui bahwa pelayanan kesehatan yang dapat ditanggung oleh JKBM adalah pelayanan kelas tiga. Masyarakat memilih untuk berobat ke UPT puskesmas Abiansemal I dengan alasan pelayanan di puskesmas gratis hanya dengan membawa KTP, puskesmas selalu buka, selalu ada dokter jaga, dan puskesmas, dekat dengan rumah serta penyakit yang mereka alami masih ringan sehingga berobat ke puskesmas. Mereka juga mengatakan bahwa berobat di puskesmas gratis jika sudah membawa KTP, kecuali jika obatnya tidak ada/tidak ditanggung, baru membayar atau obat tersebut dibeli sendiri. Berikut petikan hasil FGD dengan informan masyarakat :

“Setahu saya yang ditanggung pelayanan kelas tiga, yang tidak ditanggung untuk kecantikan,,, kalau penyakit ringan, di puskesmas saja cukup,.....”

“Kurang tahu kalau di puskesmas bagaimana, yang jelas kalau pakai JKBM yang ditanggung kelas III.... Saya biasa berobat ke puskesmas, apalagi disini selalu ada dokternya, puskesmasnya terus buka dan gratis, gak perlu bayar kalau bawa KTP”

“Kurang tahu saya kalau JKBM tapi kalau berobat ke puskesmas selalu dilayani, kalau obatnya tidak ditanggung baru kita bayar..... Puskesmasnya dekat dari rumah saya, bukannya 24 jam, disini juga ada dokter spesialis dan ke puskesmas bawa KTP saja gratis, gak perlu bayar”

“Karena gratis yang ditanggung di kelas III... Karena bawa KTP saja di puskesmas bisa gratis, pertama saya pasti ke puskesmas, kalau memang perlu ke RS kan nanti dirujuk dokternya.....”

“Saya kurang tahu, selama ini di puskesmas selalu dilayani, yang jelas kalau opname di RS pasti di kelas III.....Sejak JKBM ini saya sering ke puskesmas, saya sebenarnya ada tanggungan dari Jamsostek tapi tempatnya jauh..., kalau penyakitnya ringan saya di puskesmas saja, kalau sampai opname saya gunakan tanggungan dari perusahaan....”

“Saya memang dari dulu sering ke puskesmas kalau berobat, apalagi sekarang bawa KTP aja gak bayar, dulu kalau berobat sore masih sepi, sekarang sore juga ngantre Kalau obatnya gak ada baru bayar, atau kita beli sendiri”

6.3.3 Pengelolaan Dana JKBM

Proses pengklaiman dana JKBM yaitu dari data-data pasien yang telah dilayani akan diperiksa kelengkapannya dan direkap dalam form F 1c, data ini kemudian akan di setor ke Dinas oleh masing-masing puskesmas yang mana selanjutnya akan diverifikasi oleh tim verifikator. Jika data-data tersebut telah benar akan dibuatkan Form 5 untuk pengamprahan uang ke propinsi. Setelah uang turun ke rekening puskesmas uang tersebut selanjutnya di setor ke Kas Daerah. Sejumlah uang ini juga dicatat dalam buku kas Puskesmas. Besarnya biaya klaim yaitu sesuai dengan Perda dan pada tahun 2012 berdasarkan Peraturan Gubernur. Setelah pengklaiman, pengelolaannya diatur oleh masing-masing daerah. Untuk Kabupaten Badung yaitu 40% untuk jasa pelayan dengan rincian :10% untuk pengelola JKBM Puskesmas, 55% untuk paramedis dan 30% non medis serta 5% untuk pembinaan dari Dinas. Sedangkan 60% lagi untuk jasa sarana. UPT puskesmas Abiansemal I juga mempunyai aturan sendiri tentang pembagian ini, karena UPT puskesmas Abiansemal I mempunyai 20 CS yang juga ikut serta dalam membantu pelayanan di UPT puskesmas Abiansemal I.

Menurut Pengelola JKBM Kabupaten Badung :

“Mereka melayani pasien di puskesmas, data dibawa ke Dinas untuk diverifikasi..., dibuatkan Form C kemudian jika dianggap sudah benar disalin Form 5 untuk pengamprahan uang ke propinsi....., begitu uang diambil oleh puskesmas kemudian di setor ke kas daerah 1 x 24 jam..... Mekanismenya berdasarkan SK bupati uang itu : 40% untuk jaspel (10% untuk pengelola JKBM puskesmas, 55% untuk paramedic dan 30% non medis dan 5 % untuk pembinaan dari dinas) 60% jasa sarana.....”

Menurut Unit Pengelola JKBM UPT Puskesmas Abiansemal I :

“Pasien berkunjung kita kumpulkan data-datanya, kemudian disetor, diperiksa oleh tim perivikator, jika salah kita perbaiki.setelah di acc tim verifikator baru kita bisa mengklaim dana yang di BPD....dananya itu turun dulu ke BPD atas nama kelapa Puskesmas, kemudian kita setor ke Kabupaten ke kas daerah semua,,kemudian baru kita klaim untuk jasa layanan saja. Untuk Puskesmas hanya mendapatkan jasa layanannya saja,, Biaya klaim berdasarkan perda, tahun 2012 ada pergub...”

“.....data pasien dengan bukti yang lengkap kita direkap setelah itu diverifikasi oleh tim verifikator di kabupaten..... setelah itu di buat form 5, baru bisa di ambil uangnya di BPD dan di setor lagi di Kas daerah..... Yang diampurah untuk jasa pelayanan, jasa sarana tetap di kas daerah”

Menurut petugas kesehatan di UPT Puskesmas Abiansemal I :

“Untuk jasa pelayanan kita punya aturan di puskesmas, dari JKBM sendiri juga ada aturan seperti 30% untuk non medis 55% medis 10 % pengelola dan 5% untuk dinas. Di Puskesmas kalau aturan seperti itu akan ada kesenjangan,,,,,,sehingga kita buat aturan biar semua yang lain juga dapat karena kita punya 20 CS yang juga ikut berperan membantu,,,,”

6.3.4 Pencatatan dan Pelaporan

Hasil wawancara mendalam dengan tim pengelola JKBM Kabupaten Badung bahwa selama ini pelaporan dari puskesmas dapat berjalan lancar walaupun terkadang ada sedikit data yang tidak sinkron/ tidak sesuai. Berikut hasil wawancara mendalam dengan Tim Pengelola JKBM kabupaten Badung:

“.....Jadi ini kadang tidak sinkron antara yang diklaim dan yang dilaporkan kadang ada misnya sedikit tapi selama ini dapat berjalan lancar”

Hasil wawancara mendalam dengan unit pengelola JKBM UPT Puskesmas Abiansemal I mengungkapkan bahwa mekanisme pencatatan dan pelaporan untuk program JKBM yaitu dari hasil pelayanan data-data pasien beserta kelengkapannya akan direkap setiap hari, kemudian dilaporkan ke dinas setiap minggu untuk diverifikasi oleh tim verifikator Kabupaten, berdasarkan data tersebut kemudian direkap biaya klaim pelayanan kesehatan JKBM. Berdasarkan pelayanan JKBM di puskesmas juga akan dibuat laporan pelayanan JKBM setiap bulan yang akan dilaporkan ke dinas. Berikut petikan hasil wawancara mendalam dengan unit pengelola JKBM UPT.Puskesmas Abiansemal I :

“Pertamakan kita mengumpulkan dulu pasien dengan bukti yang lengkap kita rekap setelah itu diverifikasi oleh tim veripikator di kabupaten setelah itu direkap lagi mana yang benar dan dihitung berapa uangnya untuk klaim.”

“Pelaporanya ada, ada laporan bulanan, jumlah kunjungannya, juga data dari pustupustunya, kita cek, kadang dibawa tiap minggu kita bawa ke dinas, disini kemudian jadi laporan bulanan. Formatnya semua sudah ada.....pertamakan itu dari Form Ic namanya, tindakan, besar tindakan dan sebagainya, kemudian laporan keuangannya trus Form 5 pengamprahan keuangannya trus ada pengamprahan dana hibah, untuk klaim”

6.3.5 Manfaat dan kendala pelaksanaan program JKBM

6.3.5.1 Manfaat

Hasil wawancara mendalam dengan unit pengelola JKBM puskesmas mengungkapkan bahwa walaupun masih ada beberapa kendala yang dihadapi dalam pelaksanaan program JKBM ini tetapi secara keseluruhan program JKBM ini sangat bermanfaat dan masyarakatlah yang paling merasakan manfaat dari program JKBM ini. Program JKBM juga meningkatkan kunjungan puskesmas serta bagi petugas puskesmas yaitu menambah insentif dengan adanya jasa pelayanan untuk petugas di puskesmas. Berikut hasil wawancara mendalam dengan unit pengelola JKBM puskesmas :

“Masyarakat paling merasakan, lumayan membantu pengobatan pasien..... dan manfaatnya kita dapat jaspelnya itu yang lumayan dan dapat ilmu baru....”

“Tidak memberatkan, kita memberikan pelayanan ke masyarakat, masyarakat tidak ribet tidak bawa uang bisa berobat. Yang pertama paling merasakan ya masyarakat.....pasien bertambah, income kita juga bertambah dengan JKBM ini..... karena dari jasa pelayanan. Semua merasakan mafaatnya dari dokter, bidan, perawat sampai cs”

Hasil wawancara mendalam dengan tim pengelola JKBM Kabupaten Badung juga mengungkapkan hal yang sama bahwa program JKBM sangat bermanfaat membantu masyarakat, masyarakat menyambut baik adanya program JKBM dan hanya sebagian kecil saja masyarakat yang tidak memanfaatkan JKBM karena gratis kemungkinan dianggap kualitas pelayanannya kurang baik dan dulu mengalami kesulitan mengurus kelengkapan untuk JKBM (KTP, surat keterangan dari desa). Berikut hasil wawancara mendalam dengan tim penngelola JKBM Kabupaten Badung :

“Secara keseluruhan sangat bermanfaat sangat membantu masyarakat kita,.....Masyarakat sangat antusias dan menyambut dengan baik, kunjungan puskesmas meningkat walau sebagaian dulu ada yang engggan karena kesulitan mengurus seperti KTP atau fotokopy”

Hasil wawancara mendalam dengan petugas kesehatan mengungkapkan bahwa masyarakat terbantu dan sangat merasakan manfaat program JKBM ini. Dengan program JKBM semua masyarakat yang tidak memiliki jaminan kesehatan dapat teransuransi. Berikut hasil wawancara mendalam dengan petugas kesehatan :

“Masyarakat sangat merasakan manfaat dari program ini....kunjungan puskesmas semakin banyak...”

Hasil FGD mengungkapkan bahwa masyarakat menyambut baik adanya program JKBM ini sangat membantu masyarakat, manfaat yang dirasakan masyarakat dengan adanya

program ini yaitu masyarakat menjadi lebih sadar dengan kesehatan, tidak menunda-nunda/segera berobat jika sakit, tidak perlu memikirkan biaya saat sakit serta bisa berobat dinama saja di fasilitas pelayanan kesehatan pemerintah. Berikut petikan hasil FGD dengan informan masyarakat :

“Orangnya lebih sadar kesehatan,, dulu biasanya ditunda, tapi sekarang segera berobat karena biayanya ditanggung apalagi untuk masyarakat menengah ke bawah”

“Dengan JKBM yang bagus sekali, jadi dengan kartu ini saja kita bisa berobat kemana-mana, tidak hanya di satu kabupaten saja”

“Bagus kalau berobat dibayari, jadi udah sakit gak perlu pusing lagi mikirin biaya.”

“Kalau ke RS pakai JKBM sangat membantu meringankan biaya walau kelas III”

“Program JKBM ini program dari gubernur program yang sangat mulia sekali. Sangat membantu masyarakat, untuk masyarakat yang tidak mampu atau tidak mempunyai jaminan”

“Ya bagus, kalau ada yang bayarin, terutama kalau sampai opname”

6.3.5.2 Kendala

Hasil wawancara mendalam dengan tim pengelola JKBM puskesmas mengungkapkan bahwa program JKBM Elektronik (E-JKBM) belum dapat berjalan dengan baik dikarenakan SDM yang belum memadai, tidak adanya tenaga IT serta pelatihan penggunaan komputer untuk sistem E-JKBM masih kurang. Masalah lain yang dihadapi yaitu kurangnya tenaga untuk dokumen/mengetik, terbatasnya jumlah komputer untuk administrasi atau pencatatan data-data pasien JKBM. Sarana dan prasarana yang diamprah turunnya dari kabupaten kadang terlambat. Dari pasien yaitu masih ada pasien belum membawa atau kelengkapan yang dibawa sebagai syarat untuk mendapatkan pelayanan dengan JKBM masih kurang/belum sesuai, hal ini kadang kurang diperhatikan saat memberikan pelayanan pada pasien sehingga menyulitkan dalam pelaporan untuk pengklaimannya. Berikut hasil wawancara mendalam dengan unit pengelola JKBM puskesmas:

“E- JKBM belum maksimal jalannya,,... Pelatihan masih kurang... ..karena kita basiknya juga bukan IT kita belum bisa, jadi pelatihan sekali udah gak ingat lagi.. kelengkapan dari pasien juga kadang-kadang kendalanya. Orang-orang tua itu biasanya jarang mereka bawa KTP.. Kadang kita tidak terlalu teliti pas melayani pasien kan banyak, setelah direkap, verifikasi baru ketahuan”

“Hambatan tenaganya itu, kadang-kadang kita kerepotan selain itu juga kita sekarang di anjurkan make komputer, sistem E-JKBM...Untuk mengoperasikanya itu masih belum bisa., pernah dilatih tapi belum bisa”

“Yang masalah pengetikannya itu kita kewalahan, Kalau kedepannya Tenaga kita ditambah lagi, sarana ditambah seperti komputer, kita maunya ada pemdampingan untuk mempelajari penggunaan computer....”

“Selain itu Sarana dan prasarana lebih dipercepat turunnya dan jumlahnya juga di tambah,... pelatihan petugas juga ditambah....”

Hasil wawancara mendalam dengan tenaga kesehatan mengenai kendala dalam pelaksanaan program JKBM mengungkapkan bahwa belum ada suatu sistem atau standar yang baku, adanya birokrasi dan administrasi yang bertambah banyak sehingga memerlukan sarana dan tenaga serta menimbulkan tugas yang bertambah. Belum adanya tenaga IT di puskesmas untuk pelaksanaan sistem online (E-JKBM). Beberapa pasien ingin mendapatkan pelayanan gratis dengan JKBM tetapi kelengkapannya kurang atau tidak sesuai. Pasien yang tidak berobat ke puskesmas dan sudah beberapa hari di rawat di rumah sakit kemudian tiba-tiba keluarganya datang untuk meminta surat rujukan dari puskesmas. Hal tersebut kemungkinan karena kurangnya informasi pada pasien. Berikut hasil wawancara mendalam dengan petugas kesehatan:

“Memperbaiki istilahnya nanti ada suatu sistem atau standar yang baku, mungkin sudah mengarah kesana, sistem online seperti yang diharapkan sekarang ini terbengkalai, harus ada tenaga IT disana.....Administrasi itu dan birokrasi juga agar bisa diminimalisir..... Dulunya tidak ada, harus ada pasien tanda tangan bahkan kadang sampai 5x... selain pelayanan kita juga mengurus administrasinya....”

“Kalau dari petugas sendiri yaitu yang pertama kelengkapan pasien kurang mungkin karena tidak tahu atau kurang informasi,,,Kedua pasien kadang yang sudah dirumah sakit baru mencari rujukan ke puskesmas...Solusinya pasien mencari surat keterangan dari RS kemudian kita buat rujukan disini....”

Hasil wawancara mendalam dengan tim pengelola JKBM kabupaten Badung mengungkapkan bahwa masalah yang muncul yaitu karena puskesmas tidak boleh mengelola uang sementara kebutuhan puskesmas banyak. Berikut petikan hasil wawancara mendalam dengan tim pengelola JKBM kabupaten Badung:

“.... yang masalah kan puskesmas itu tidak boleh mengelola dana sedangkan kebutuhannya banyak tidak hanya ATK, barang habis pakai, seperti kadang fotocopy. Ini yang menjadi kendala, walupun kita memberikan dana untuk fotocopy tapi jumlahnya tidak seberapa”

Hasil FGD mengungkapkan kendala yang dihadapi masyarakat saat berobat dengan JKBM diantaranya saat mencari kartu keterangan tidak mempunyai jaminan Kesehatan di kantor kelurahan, lama dan tidak dilayani dengan baik,kamar penuh, menunggu sangat lama, baik menunggu dokter, menunggu di apotik maupun menunggu jadwal tindakan hal ini terutama dirasakan jika berobat ke rumah sakit. Untuk di Puskesmas kendala yang dihadapi

diantaranya harus selalu menyediakan fotokopi KTP/KK karena kartu JKBM belum bisa dipakai, pada saat berobat sore hari tidak ada sistem antrian sehingga pasien sering langsung ke ruangan untuk diperiksa mendahului pasien yang datang duluan. Berikut hasil FGD dengan masyarakat :

“Pas nyari JKBM di kantor desa, pelayanannya agak lama mungkin karena mereka sudah punya tugas masing-masing... Di RS juga lama sekali, nunggu dokternya lama, katanya sih dokter spesialisnya belum datang, dan ngantre di apotik juga lam, ...”

“Belum pernah ya, tapi kita harus fotokopi terus kalau berobat, kadang kita lupa jadi harus balik lagi, kartu JKBM gak di pakai”

“Apa ya, gak ada kendala saya berobat ke puskesmas. Katanya kalau JKBM itu di RS kamarnya selalu penuh”

“Untuk di Puskesmas tidak ada ya, tapi selama di rumah sakit itu nunggunya lama sekali, dari daftar sampai mendapatkan pelayanan..... Mungkin dokternya perlu ditambah. Satu lagi, untuk mendapatkan jadwal itu juga lama, sampai 1 minggu baru dapat jadwal....”

“...pas berobat sore karena gak ada antrian jadi gak teratur, yang duluan bisa dapat belakangan,,,”

6.4 Output

6.4.1 Meningkatnya Cakupan Pelayanan Kesehatan

Dari hasil wawancara mendalam dengan unit pengelola JKBM Puskesmas, petugas kesehatan UPT puskesmas Abiansemal I serta tim pengelola JKBM kabupaten Badung mengungkapkan bahwa dengan adanya program JKBM terjadi peningkatan jumlah kunjungan dan terjadi peningkatan pasien yang menggunakan JKBM untuk pembiayaan pelayanan kesehatan ke UPT Puskesmas Abiansemal I. Berikut petikan hasil wawancara tersebut :

Menuru Pengelola JKBM Kabupaten Badung :

“Cakupan pelayanan sudah tercukupi, kunjungannya puskesmas meningkat”

Menurut Petugas kesehatan UPT Puskesmas Abiansemal I :

“Bermanfaat sekali, karena dilihat dari kunjungan sangat meningkat, dan yang menggunakan JKBM juga meningkat dan yang terakhir ini kita kan Badung dulu gratis perdanya, akhir 2011 ini ada perda baru, jika tidak menggunakan JKBM lumayan biayanya, jadi masyarakat makin banyak yang menggunakan JKBM”

Menurut unit Pengelola JKBM UPT Puskesmas Abiansemal I :

“.....Jadi kunjungan pasien makin banyak, makin banyak yang pakai JKBM”

“Dengan adanya pembiayaan dari program JKBM ini jumlah kunjungan ke puskesmas meningkat. Dan apalagi sekarang Kabupaten Badung itu sudah ada Perda yang lumayan.”

6.4.2 Meningkatkan Kualitas Pelayanan Kesehatan

Hasil FGD mengungkapkan sebagian besar peserta FGD puas dengan pelayanan yang didapat di UPT Puskesmas Abiansemal I, pelayanan yang diberikan baik dan tidak ada perbedaan pelayanan antara pasien umum maupun dengan JKBM. Mereka berharap agar program ini tetap berlanjut, lebih disosialisasikan dan kartu JKBM bisa digunakan, untuk di RS agar tenaganya ditambah sehingga pelayanan lebih cepat tanpa harus menunggu. Berikut hasil FGD dengan masyarakat yang menggunakan JKBM:

“Ya pelayanannya baik sama saja pelayanan dengan JKBM dan yang tidak JKBM.....cukup puas..... Lebih disosialisasikan. Trus dokternya ditambah biar tidak lama pelayanannya lebih lancar di RS”

“....pelayanannya bagus, biarpun malam selalu dilayani, selalu ada yang jaga....ya puas... Sama saja, kita selalu dilayani...Untuk kartu JKBMnya biar bisa dipakai dinamakan saja.....”

“.....sebagian besar sih baik tapi ada juga yang ngasi tahunya gak ramah...Pelayanannya puas, Cuma kalau pagi, kadang lama nunggu dokter...Sama saja, bedanya harus bawa KTP biar ga bayar, ...Walau pemerintahnya ganti, ya semoga programnya tetap berjalan”

“Kalau di puskesmas sama saja..... Biasa saja ya, saya tidak ada masalah... Mudah-mudahan JKBM ini tidak berhenti dan semua bisa ditanggung.....”

“Saya rasa pelayanannya bagus kalau dibandingkan yang dulu, sekarang petugasnya sudah lebih ramah melayani.....ya cukup puas.... Kalau di puskesmas tidak dibedakan, sama saja... supaya JKBM ini tetap berlanjut dan di puskesmas ini ada dokter spesialisnya,, jadi masyarakat sangat terbantu, tidak perlu ke RS lagi dan menunggu giliran lama”

“Di puskesmas pelayanannya biasa saja, sama saja, mau bawa KTP/tidak mau bayar atau tidak selalu dilayani, tapi disarankan bawa KTP biar gak bayar..... Sekarang sudah lebih baik ya, daripada yang dulu,... Tetap berlanjut dan biar lebih bagus ajalah”

6.4.3 Pengelolaan Keuangan Yang Transparan

Hasil wawancara mendalam dengan tim pengelola JKBM puskesmas, petugas kesehatan UPT puskesmas Abiansemal I mengungkapkan bahwa penggunaan/ pengelolaan keuangan atau dana JKBM sudah transparan karena ada aturan yang jelas, ada pelaporannya dan puskesmas tidak ada membawa atau mengelola uang untuk pelaksanaan program JKBM, puskesmas hanya mengklaim dan mendapatkan jasa pelayanan yang menjadi hak dari pengelola/petugas di puskesmas. Berikut hasil wawancara tersebut :

“Ada aturannya dari Propinsi, kita tidak mengelola uang, kita dapat jasa pelayanan saja, , semua ada laporan dan petanggungjawabannya.”

“Ada aturanya,,Pertahun kita ada laporan ke propinsi, tentang penggunaan anggaran itu semuanya jelas, ada tim verifikator yang memverifikasi laporan kita di kabupaten”

Hasil wawancara mendalam dengan tim pengelola JKBM kabupaten Badung mengungkapkan hal yang sama bahwa penggunaan/ pengelolaan dana dari JKBM sudah transparan terbukti dari hasil temuan pemeriksaan BPK penggunaan dana untuk keperluan untuk keperluan sendiri tidak ada, hanya saja penyetorannya yang kadang terlambat dan tidak menutup buku kas. Berikut hasil wawancara mendalam dengan tim pengelola JKBM kabupaten:

“...sudah transparan karena diperiksa BPK, hasil penemuan BPK hanya penyetorannya yang kadang terlambat,..... Untuk hal-hal lain, atau keperluan sendiri tidak ada temuan dan tidak ada masalah.....”

6.5 Telaah Dokumen

6.5.1 Sasaran Kepesertaan

Dari laporan bulanan pelayanan JKBM di UPT puskesmas Abiansemal I di ketahui bahwa sasaran peserta JKBM pada tahun 2010 yaitu 37353 orang dan sasaran pada tahun 2011 sampai bulan Maret 2012 adalah 50010 orang.

Dari hasil telaah dokumen pada laporan tahunan UPT Puskesmas Abiansemal I dari tahun 2010 sampai tahun 2011 terjadi peningkatan kunjungan dan jumlah pasien yang memanfaatkan JKBM untuk mendapatkan pelayanan kesehatan juga mengalami peningkatan. Jumlah kunjungan pasien dan jenis pembiayaan pasien di UPT Puskesmas Abiansemal I dapat dilihat pada tabel berikut:

Tabel 6.3
Kunjungan Pasien dan Jenis Pembiayaan Pasien di
UPT Puskesmas Abiansemal I Pada Tahun 2010-2011

Jenis Pembiayaan	Th 2010	%	Th 2011	%
JKBM	16530	35%	26010	54,5%
Kunjungan ASKES	4104	8,7%	4378	9.20%
Kunjungan Jamkesmas	2073	4.40%	2214	4.64%
Kunjungan Pasien Umum	24269	51,66%	15121	31.68%
Kunjungan Puskesmas	46976	100%	47723	100%

Sumber data : Profil UPT. Puskesmas Abiansemal I Tahun 2011

Dari data diatas dapat diketahui bahwa persentase cakupan Kunjungan peserta JKBM di UPT Puskesmas Abiansemal I pada tahun 2010 yaitu 35% dan pada tahun 2011 sebesar 54.5%. Jika melihat data sasaran JKBM maka dapat dihitung persentase kunjungan pasien dengan JKBM ke UP.Puskesmas Abiansemal I pada tahun 2010 yaitu 44,25% dan pada tahun 2011 yaitu 52%.

6.5.2 Alokasi Dana Hibah

Sumber dana berasal dari APBD Propinsi Bali dan APBD Kabupaten, untuk puskesmas pembiayaan pada tahun 2010 dan tahun 2011 dalam bentuk hibah dan pada tahun 2012 dalam bentuk Bantuan Sosial (Bansos). Untuk anggaran tahun 2010 UPT Puskesmas Abiansemal I dialokasikan dana hibah sebesar Rp 812.076.000, dana yang terealisasi/terserap yaitu Rp 267.594.000, dan pada tahun 2011 sebesar Rp 530.090.800 dan yang terealisasi sebesar Rp 461.779.500. Alokasi dana tersebut dapat dilihat pada tabel berikut :

Tabel 6.4
Alokasi Dana Program JKBM UPT Pukesmas Abiansemal I Tahun 2010-2011

No	Tahun	Jumlah dana	Realisasi dana	% Realisasi
1	Tahun 2010	Rp 812.076.000,-	Rp 267.594.000	33%
2	Tahun 2011	Rp 530.090.800,-	Rp 461.779.500	87%

Sumber : Profil UPT. Puskesmas Abiansemal I Tahun 2010-2011

BAB 7

PEMBAHASAN

7.1 Keterbatasan Penelitian

Dalam proses penyelesaian penelitian ini, ada beberapa hambatan dan keterbatasan penelitian yang ditemui dalam melakukan pengumpulan data. Hambatan dan keterbatasan penelitian yang ditemui yaitu :

1. Pada saat wawancara mendalam yang dilakukan kepada Pengelola JKBM Kabupaten Badung, wawancara berlangsung agak sedikit terganggu karena wawancara dilakukan di ruangan dimana informan dan pewawancara bersama dengan staf yang lain. Dalam satu ruangan terdapat lima orang dan saat wawancara berlangsung ada tamu yang datang sehingga wawancara sedikit terganggu.
2. Peserta FGD tidak homogen dikarenakan keterbatasan waktu dan banyaknya upacara adat dan upacara agama di Bali maka sulit mendapatkan kesepakatan waktu yang sama untuk melakukan FGD, sehingga peserta FGD sebanyak 6 orang terdiri dari laki-laki dan perempuan dengan tingkat pendidikan SMA sampai Perguruan tinggi (Diploma).

7.2 Input

7.2.1 Ketenagaan

Dari hasil penelitian dapat diketahui bahwa ketenagaan satuan/unit pengelola JKBM UPT.Puskesmas Abiansemal I yaitu Kepala Puskesmas sebagai penanggungjawab, satu orang pelaksana dibagian administrasi/pembuat dokumen JKBM, yang juga merangkap sebagai pengelola Jampersal dan Jamkesmas yaitu dengan pendidikan DIII kebidanan, dan satu orang pelaksana dibagian keuangan yaitu seorang perawat gigi dengan pendidikan SPRG. Pengalaman kerja yang mereka miliki yaitu diatas 15 tahun.

Apabila dibandingkan dengan tugas pokok dan fungsi yang menjadi tugas dan kewajiban pengelola JKBM puskesmas, maka beban kerja yang harus dilaksanakan cukup berat karena selain dipengaruhi oleh tingkat pendidikan, latar belakang pendidikan yang dimiliki pegawai tidak sesuai dengan pekerjaan yang dilakukan, disamping juga dengan adanya tugas rangkap terutama bagi pengelola dibagian pelaksana administrasi menunjukkan bahwa ketenagaan untuk satuan pengelola JKBM UPT. Puskesmas Abiansemal I masih kurang.

Siagian (1998) dalam Sulistyarini (2008) menyatakan bahwa pelatihan adalah proses belajar dengan menggunakan teknik dan metode tertentu. Secara konseptual dapat dikatakan bahwa latihan yang dimaksud untuk meningkatkan kemampuan dan ketrampilan seseorang atau kelompok orang. Biasanya sasarannya adalah seseorang atau sekelompok orang yang sudah bekerja pada suatu organisasi yang efisiensi, afektivitas dan produktivitas kerjanya dirasakan perlu untuk dapat ditingkatkan secara terarah.

Satuan/unit pengelola JKBM puskesmas telah ditetapkan sejak tahun 2010 dan telah mendapat pelatihan untuk pelaksanaan JKBM dari pemerintah propinsi Bali. Dengan adanya pelatihan tersebut, pengelola puskesmas mendapatkan pengetahuan tentang pelaksanaan JKBM, sehingga dengan pelatihan dan pengalaman kerja yang dimiliki, pelaksanaan program JKBM yang berlandaskan pada manajemen asuransi dapat berjalan dengan baik.

Namun demikian, pada era kemajuan teknologi, dituntut ketersediaan tenaga yang berkompetensi dan mampu mengikuti perkembangan teknologi. Apalagi saat ini dengan diterapkannya sistem *online* (JKBM elektronik/E-JKBM) oleh pemerintah provinsi Bali yang menghubungkan antara pemerintah penyelenggara JKBM, PPK dan masyarakat, dibutuhkan tenaga yang benar-benar memiliki kompetensi di bidang teknologi sehingga memudahkan dalam pelaksanaannya dan dapat memberikan pelayanan yang optimal bagi masyarakat.

Untuk pelaksanaan sistem E-JKBM yang baru diperkenalkan dan dimulai pada awal tahun 2012, belum dapat terlaksana dengan baik di UPT Puskesmas Abiansemal I. Disamping karena ini merupakan sistem yang baru, juga terkait karena kurangnya pelatihan bagi tenaga pengelola JKBM puskesmas yang tidak mempunyai *basic* tentang IT untuk pelaksanaan E-JKBM, dan tidak adanya tenaga IT di puskesmas sehingga pengelola JKBM puskesmas belum dapat menerapkan sistem E-JKBM. Sistem E-JKBM yang telah dipersiapkan menjadi terbengkalai. Pasien yang datang masih harus membawa fotokopi KTP/ Kartu Keluarga karena belum dapat menggunakan kartu JKBM (walaupun baru sebagian kecil masyarakat yang membawa kartu JKBM).

Justine T (2007) menyatakan tentang pengembangan SDM bahwa pengembangan meliputi baik pelatihan untuk meningkatkan ketrampilan dalam melaksanakan pekerjaan tertentu maupun pendidikan untuk meningkatkan pengetahuan umum dan pemahaman atas keseluruhan lingkungan. Pelatihan dan pengembangan diperlukan karena adanya perubahan-perubahan dalam teknik penyelesaian tugas yaitu dengan adanya cara penyelesaian tugas baru, ketidakmampuan akan meningkat sehingga orang perlu dilatih. Dalam hal ini sistem E-JKBM dapat dianggap sebagai tehnik penyelesaian tugas (pelaksanaan JKBM) dengan sistem komputerisasi yang baru diperkenalkan dari program JKBM, sistem ini belum mampu

dilaksanakan oleh unit pengelola JKBM UPT Puskesmas Abiansemal I sehingga masih perlu dilatih.

Gani, dkk (2008) dalam Laporan Kajian Sistem Pembiayaan Kesehatan Tahun 2008 menyatakan bahwa sistem informasi manajemen (SIM) berbasis teknologi informasi terkomputerisasi, sistem ini sebenarnya berguna bukan saja dalam mengelola data kepesertaan tetapi juga melakukan proses verifikasi dan program utilisasi review (UR), biaya pengadaan sistem ini sangat mahal sehingga tidak terbeli oleh Bapel-Bapel Jamkesda yang hanya mengelola dana Rp5-8 miliar setahun. Terkait hal tersebut, untuk penerapan sistem E-JKBM dengan baik, perlu dipersiapkan tenaga tentang IT, melaksanakan pelatihan dan/pendampingan bagi staf puskesmas sampai mereka mampu dan siap melaksanakan sistem E-JKBM. Pelatihan akan memberikan ketrampilan yang mereka butuhkan untuk melaksanakan pekerjaan, sehingga program E-JKBM dapat berjalan dengan baik, sistem yang telah dipersiapkan dengan dana yang besar tidak terbengkalai dan dapat membantu pelaksanaan program JKBM jika SDM yang memadai telah tersedia.

Tenaga untuk pelaksanaan pelayanan kesehatan, berdasarkan informasi dari petugas kesehatan dan dari hasil telaah dokumen diketahui bahwa ketenagaan untuk melaksanakan pelayanan kesehatan di UPT Puskesmas Abiansemal I sudah cukup. Dalam satu hari dibagi mejadi 3 sip jaga dimana dalam satu kali sip jaga petugas yang terlibat yaitu 1 orang dokter, 2 orang bidan (1 orang jaga di UGD dan 1 orang jaga di rawat inap) 1 orang perawat, 1 orang CS dan 1 orang sopir.

7.2.2 Dana

Pemerintah tidak memungut premi kepada peserta/masyarakat, dan pembiayaan sepenuhnya berasal dari pemerintah. Dana program JKBM merupakan dana shering dari APBD Propinsi Bali dan APBD Kabupaten/kota yang ditetapkan berdasarkan jumlah penduduk yang belum memiliki jaminan kesehatan dan berdasarkan PAD masing-masing kabupaten/kota. Pada tahun 2010-2011 untuk Puskesmas dan Rumah Sakit daerah kabupaten/kota pembiayaannya dalam bentuk hibah, mulai tahun 2012 pembiayaan untuk Puskesmas dalam bentuk Bantuan sosial.

Setelah perhitungan jumlah *sharing* pembiayaan dari masing-masing kabupaten dan kotamadya, keseluruhan dana disatukan di tingkat Provinsi dengan dana kesehatan yang bersumber dari APBD Provinsi dalam Kas Umum di Biro Keuangan Setda Provinsi Bali. Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten merencanakan dan mengalokasikan besaran dana hibah

yang diterima oleh masing-masing puskesmas dan ditetapkan dalam bentuk Keputusan Bupati/Walikota.

Untuk anggaran tahun 2010 UPT Puskesmas Abiansemal I dialokasikan dana hibah sebesar Rp 812.076.000, dana yang terealisasi/terserap yaitu Rp 267.594.000, dan pada tahun 2011 sebesar Rp 530.090.800 dan yang terealisasi sebesar 461.779.500. Dari data tersebut dapat diketahui bahwa pemanfaatan dana hibah program JKBM di UPT Puskesmas Abiansemal I (yang diserap) pada tahun 2010 masih rendah (32,9% dari total dana yang dialokasikan). Pada tahun 2011 pemanfaatannya telah meningkat (87,1% dari total dana yang dialokasikan) namun dana yang dianggarkan menurun, kemungkinan dikarenakan kabupaten Jembrana yang telah mempunyai jaminan kesehatan yaitu JKJ (Jaminan Kesehatan Jembrana) pada awalnya tidak ikut melaksanakan program JKBM, kemudian pada tahun 2011 Kabupaten Jembrana ikut melaksanakan program ini. Jadi pada tahun 2011 semua kabupaten di Bali ikut melaksanakan program JKBM, sehingga dana *shering* dari Propinsi Bali yang awalnya dibagi tujuh kabupaten kemudian dibagi delapan kabupaten yang ada di Bali.

Dilihat dari dana yang dialokasikan tersebut bahwa dana yang telah dialokasikan sudah cukup bahkan melebihi/masih tersisa dan penyerapan/pemanfaatannya masih rendah. Rendahnya pemanfaatan dana hibah JKBM (pada tahun 2010) berhubungan bahwa program ini baru dimulai, masih banyak harus melakukan sosialisasi kepada masyarakat. Pada awal program, belum banyak masyarakat yang mengetahui tentang JKBM, pasien tidak mempunyai KTP/Kartu Keluarga atau KTPnya sudah tidak berlaku, terutama dari masyarakat/pasien yang tua-tua yang sering berkunjung ke puskesmas, sehingga berpengaruh pada pemanfaatan pelayanan kesehatan oleh masyarakat juga masih kurang. Kunjungan masyarakat dengan JKBM ke UPT puskesmas Abiansemal I hanya mencapai 35% pada tahun 2010, sehingga dana hibah yang telah dianggarkan masih banyak yang tersisa.

7.2.3 Sarana dan Prasarana

Sarana dan prasarana yang tersedia di UPT Puskesmas Abiansemal I beberapa diantaranya dirasakan masih kurang. Sarana yang dirasakan kurang khususnya dalam pelaksanaan program JKBM terutama seperti komputer untuk pembuatan dokumen jumlahnya masih terbatas yaitu hanya 2 unit. Komputer tersebut tidak hanya digunakan oleh UPT.Puskesmas Abiansemal I tetapi juga oleh beberapa pustu, bukan hanya untuk dokumen terkait JKBM, tetapi juga untuk pembuatan surat-surat atau dokumen lain yang berhubungan dengan puskesmas, sehingga dalam menggunakan komputer harus bergilir. Untuk hal ini,

beberapa petugas yang mempunyai laptop, mereka membawa dan menggunakan laptop milik pribadi.

Berdasarkan informasi dari unit pengelola JKBM puskesmas, kurangnya sarana juga terkadang terjadi karena ketidaksesuaian dan keterlambatan dari dinas dalam memberikan barang-barang yang diamprah oleh puskesmas. Untuk memenuhi kebutuhan bagi barang-barang amprahan yang datangnya terlambat, terkadang puskesmas harus memenuhi sendiri sehingga tidak menghambat dalam memberikan pelayanan kesehatan kepada masyarakat.

Hasil penelitian mengungkapkan bahwa tidak ada fasilitas pelayanan dari pihak swasta (BPS) yang ada di wilayah kerja UPT.Puskesmas Abiansemal I yang ikut terlibat dalam pelaksanaan JKBM.

Kemitraan adalah hubungan (kerjasama) antara dua pihak atau lebih, berdasarkan kesetaraan, keterbukaan dan saling menguntungkan (memberikan manfaat). Kemitraan di bidang kesehatan adalah kemitraan yang dikembangkan dalam rangka pemeliharaan dan peningkatan kesehatan.

Program JKBM adalah program pemerintah untuk meningkatkan kesehatan masyarakat dengan pembiayaan kesehatan bagi masyarakat yang tidak memiliki jaminan kesehatan dan yang ditanggung yaitu pelayanan kelas III. Menurut Azwar (1996) bahwa pelayanan swasta lebih mengutamakan kualitas berdasarkan kemampuan masyarakat. Sehingga biaya klaim dari ketentuan JKBM tidak sesuai dengan yang diharapkan oleh swasta. Selain itu sulitnya birokrasi untuk mendapatkan klaim dana JKBM juga merupakan pertimbangan bagi BPS tidak menjalin bekerjasama dalam program JKBM disamping telah adanya program Jampersal.

7.2.4 Pencatatan dan Pelaporan

Dari hasil penelitian diketahui bahwa pencatatan untuk program JKBM cukup banyak sehingga tim pengelola JKBM UPT Puskesmas Abiansemal I terkadang tidak dapat melakukan tugasnya sendiri dan meminta bantuan pada staf yang lain terutama dalam pengetikan. Bagi petugas kesehatan, dengan adanya administrasi yang banyak dan masih dengan sistem manual terkadang ada persyaratan dari pasien yang kurang diteliti sehingga tidak sesuai dan terlupakan.

Namun demikian, pencatatan dan pelaporan dari pukesmas ke kabupaten dapat dilaksanakan dengan baik, sesuai dengan informasi yang didapat dari pengelola JKBM Kabupaten Badung bahwa selama ini puskesmas selalu mengirim laporan tepat waktu, walaupun terkadang masih ada beberapa yang tidak sesuai seperti jumlah pasien dengan

jumlah uang yang diklaim tetapi bukan merupakan kendala bagi Kabupaten karena memang merupakan tugas dari verifikator di kabupaten yaitu melaksanakan verifikasi administrasi kepesertaan, pelayanan kesehatan serta melaksanakan verifikasi administrasi pembiayaan.

7.2.5 Sasaran Kepesertaan

Berdasarkan ketentuan umum tata laksana kepesertaan JKBM tahun 2011, diketahui bahwa sasaran program JKBM adalah penduduk Bali yang sudah terdaftar dan memiliki kartu tanda penduduk (KTP) Bali dan anggota keluarganya, memiliki kartu keluarga dan Surat Keterangan belum memiliki Jaminan Kesehatan dari kepala desa, atau dengan kartu JKBM dan jumlahnya diperkirakan 2.535.886 jiwa atau sekitar 72,12% dari penduduk Bali.

Data kepesertaan tersebut berdasarkan pendataan di masing-masing banjar pada kabupaten/kota, kemudian Bupati/Walikota menetapkan jumlah peserta JKBM. Bagi kabupaten/kota yang telah menetapkan peserta JKBM dengan lengkap segera mengirim data tersebut dalam bentuk dokumen elektronik (*soft copy*) dan *hard copy* setiap tahun, data ini akan digunakan sebagai dasar pelayanan dan pengklaiman peserta JKBM oleh PPK. Jadi untuk pendataan kepesertaan JKBM dilakukan oleh kelian banjar selanjutnya dilaporkan ke kepala desa, rekapan dari desa dilaporkan ke tingkat kecamatan kemudian ke Kabupaten/Kota yaitu pada Tim koordinasi Penanggulangan Kemiskinan Daerah (TKPKD) untuk segera ditetapkan dengan SK Bupati/Walikota sebagai peserta JKBM. Selanjutnya data tersebut akan digunakan sebagai dasar penerbitan kartu JKBM oleh provinsi.

Berdasarkan hasil penelitian di UPT Puskesmas Abiansemal I, data kepesertaan JKBM yaitu dalam bentuk *soft copy* pada komputer untuk pelaksanaan E-JKBM yang ada di loket. Data tersebut tidak diketahui dan belum pernah dilihat jumlahnya oleh pengelola JKBM maupun petugas kesehatan. Data dalam bentuk *hard Copy* tidak ada di UPT.Puskesmas Abiansemal I. Dari telaah dokumen diketahui bahwa sasaran peserta JKBM untuk UPT.Puskesmas Abiansemal I pada tahun 2010 yaitu 37353 orang dan tahun 2011 sampai laporan bulan Maret 2012 yaitu 50010 orang.

Berdasarkan informasi dari tim pengelola JKBM kabupaten Badung dapat diketahui bahwa data kepesertaan JKBM telah ada di masing-masing pukesmas namun dalam pendataannya tidak sesuai dengan Pedoman Umum Program JKBM yaitu mengenai Ketentuan Umum Tata Laksana Kepesertaan JKBM. Dalam menetapkan peserta JKBM Kabupaten Badung menggunakan data dari Dinas Catatan Sipil yaitu berdasarkan penerbitan KTP kemudian di-*edit*, sehingga beberapa data yang diterbitkan tidak sesuai dengan keadaan

dilapangan. Hal tersebut dilakukan dikarenakan keterbatasan waktu yang disediakan untuk pendataan.

Jika data sasaran tahun 2011 yang ditetapkan dari kabupaten Badung untuk UPT.Puskesmas Abiansemal I, dibandingkan dengan jumlah penduduk di wilayah kerja UPT.Puskesmas Abiansemal I pada tahun 2011, dapat dilihat bahwa ada ketidaksesuaian data antara jumlah penduduk dan sasaran. Dimana sasaran yang ditetapkan melebihi dari jumlah penduduk di wilayah kerja UPT.Puskesmas Abiansemal I. Jumlah penduduk tahun 2011 yaitu 42.800 jiwa, sedangkan sasaran yang ditetapkan yaitu 50.010 orang. Sasaran JKBM adalah penduduk yang tidak memiliki jaminan kesehatan, jadi sasaran tersebut tidak mungkin melebihi jumlah penduduk. Jika kita membuat perhitungan kasar berdasarkan data-data dasar terkait yang diketahui atau telah ada di UPT.Puskesmas Abiansemal I tahun 2011, yaitu:

Jumlah penduduk : 42.800 orang

Jumlah masyarakat miskin yang tertanggung Jamkesmas : 3.316 orang

Sasaran JKBM tahun 2011 yang ditetapkan Kabupaten Badung : 50010 orang.

Sasaran JKBM = seluruh penduduk yang tidak mempunyai jaminan kesehatan

Sasaran JKBM = Jumlah penduduk **dikurangi** jumlah masyarakat memiliki jaminan kesehatan (Jamkesmas + Askes +Jamsostek+ Asabri dll)

Sasaran JKBM = 42.800 **dikurangi** (3.316 +Askes+Jamsostek+Asabri)

Sasaran JKBM = 39.484 **dikurangi** (Askes+Asabri +Jamsostek)

Selisih = 50.010 **dikurangi** 39.484 dikurangi (Askes+ Asabri + Jamsostek)

Selisih = 10.526 **dikurangi** (Askes+ Asabri + Jamsostek)

Jika kita menggunakan perhitungan dengan estimasi bahwa 72% penduduk Bali tidak memiliki jaminan kesehatan, perhitungan sasaran JKBM UPT.Puskesmas Abiansemal I berdasarkan estimasi tersebut, adalah : 72,12% dikalikan jumlah penduduk wilayah kerja UPT.Puskesmas Abiansemal I (42.800 jiwa), yaitu sekitar 30.868 orang.

Dari perhitungan kasar tersebut di atas, sasaran JKBM untuk UPT.Puskesmas Abiansemal I pada tahun 2011 kemungkinan sekitar 30.816 orang dan sepertinya tidak akan mungkin melebihi atau bahkan seharusnya kurang dari 39.484 orang.

Disebutkan bahwa sasaran yang telah ditetapkan dari kabupaten akan digunakan sebagai dasar dalam penerbitan kartu JKBM oleh provinsi. Dengan demikian, saat semua kartu telah diterbitkan, sangat besar kemungkinannya terjadi kelebihan kartu JKBM (paling sedikit sekitar 10.526 kartu untuk wilayah kerja UPT.Puskesmas Abiansemal I saja). Disamping kartu yang tidak sesuai sasaran, tentunya sekitar 10.526 kartu tersebut akan sia-sia yang hanya menghabiskan biaya untuk pencetakan saja. Disamping itu, kemungkinan besar

masyarakat yang telah memiliki jaminan kesehatan juga dapat menggunakan JKBM, sehingga dalam hal ini juga akan berpengaruh pada pembiayaan program JKBM yang tidak dapat dikendalikan. Selain biaya pencetakan kartu terutama biaya yang dikeluarkan pemerintah untuk pembiayaan pelayanan kesehatan juga akan meningkat karena tidak hanya membiayai masyarakat yang tidak memiliki jaminan kesehatan.

Gani, dkk (2008) menyatakan bahwa manajemen kepesertaan sangat penting, dalam mengelola data peserta secara mutakhir (*up to date*) dimulai dari pendataan kepesertaan pendaftaran, pemberian kartu peserta yang mencakup informasi masa berlaku jaminan dan manfaat yang menjadi hak peserta, mutasi peserta dan terminasi. Data kepesertaan yang dikumpulkan juga mencakup jaminan/asuransi kesehatan lain yang dimiliki oleh peserta.

Gani, dkk (2008) juga menyatakan, dalam pelaksanaannya sulit dibedakan antara masyarakat yang sebenarnya sudah mempunyai jaminan kesehatan dengan penduduk yang belum memiliki jaminan kesehatan, jika persyaratannya hanya memiliki KTP/KK saja. Mungkin saja penduduk yang sebenarnya sudah tercakup Askeskin tapi tidak menggunakannya, misalnya karena malu menggunakannya. Jika hal ini terjadi maka pemanfaatan sarana kesehatan hanya terlihat untuk peserta/pasien umum saja, sehingga berpengaruh pada sistem pencatatan dan pelaporan.

Data pasien yang berkunjung ke puskesmas tidak di-cross cek dengan data sasaran yang ada, dan dengan melihat sistem pendataan kepesertaan tersebut di atas, bahwa data sasaran yang ada juga tidak dapat digunakan secara tepat untuk meng-*cross cek* data pasien yang datang ke puskesmas untuk berobat dengan JKBM. Semua orang atau setiap pasien yang datang ke puskesmas, yang dapat menunjukkan KTP Bali dapat menggunakan JKBM. Seperti misalnya salah satu peserta FGD yang berkunjung ke UPT.Puskesmas Abiansemal I, yang menyatakan ikut menggunakan JKBM padahal telah mempunyai jaminan kesehatan yaitu Jamsotek. Untuk itu maka perlu pendataan kepesertaan JKBM dengan baik sehingga program JKBM tidak salah sasaran, yang mana data sasaran ini akan digunakan sebagai dasar penerbitan kartu JKBM.

Syarat pemanfaatan JKBM (fotokopi KTP/KK, surat keterangan), tentunya lebih mudah disediakan oleh masyarakat golongan muda, yang berpendidikan, modern, di daerah perkotaan dibandingkan masyarakat yang sudah tua, status ekonomi rendah yang tinggal di pedesaan. Melihat hal tersebut, yang dikhawatirkan, semua masyarakat dapat memanfaatkan JKBM atau justru masyarakat dengan sosial ekonomi rendah dan tidak memiliki jaminan kesehatan tidak bisa memanfaatkannya. Pemanfaatan JKBM yang tidak sesuai-adanya penyebaran dana yang tidak sesuai dengan sasaran tentunya juga akan dapat menimbulkan

masalah dalam pembiayaan kesehatan, sehingga pendataan serta penerbitan kartu yang sesuai sasaran perlu terealisasi dengan baik. Sistem E-JKBM yang baru dimulai dan belum sepenuhnya dapat berjalan tentunya diarahkan untuk hal tersebut, sehingga perlu dipersiapkan dengan matang, mulai dari pendataan kepesertaan/sasaran JKBM dengan baik.

Data sasaran juga penting untuk mengetahui keadaan di wilayah, data sasaran juga diperlukan oleh petugas kesehatan untuk menentukan cakupan pelayanan kesehatan dalam rangka evaluasi program. Jadi apabila data dasar tidak diketahui atau data yang dikumpulkan tidak lengkap maka akan mempengaruhi cakupan tiap wilayah. Cakupan yang seharusnya tinggi menjadi rendah begitu pula sebaliknya sehingga dengan data yang tidak tepat dikhawatirkan informasi yang ada tidak akan menggambarkan keadaan sebenarnya yang ada di wilayah.

7.2.6 Pelayanan Kesehatan

Pelayanan kesehatan yang bisa dilayani di UPT Puskesmas Abiansemal I diantaranya pelayanan rawat jalan, rawat inap tingkat pertama, pertolongan persalinan dan UGD 24 jam. Pelayanan rawat jalan dilaksanakan di UGD dan pelayanan pada poliklinik-poliklinik yang tersedia di UPT puskesmas Abiansemal I, diantaranya poliklinik Umum, poliklinik KIA dan KB, poliklinik Gigi dan poliklinik Jiwa. Di UPT Puskesmas Abiansemal I juga menyediakan pelayanan spesialisik yaitu spesialis kandungan dan jiwa setiap hari Selasa. Untuk pemeriksaan laboratorium yang dapat dilakukan di UPT puskesmas Abiansemal I antara lain HIV, TBC (spuum BTA), UL, PP Test, Gula Darah, Hb, Darah Lengkap, Widal, Golongan Darah, FL, Protein Urine, Cholesterol, Trigliserida, darah Malaria. Reagen untuk pemeriksaan UL, Widal dan Golongan darah diadakan sendiri oleh puskesmas sehingga pasien yang melakukan pemeriksaan tersebut di puskesmas harus membayar.

7.3 Proses

7.3.1 Pensosialisasian Program JKBM

Dari hasil penelitian terungkap bahwa pensosialisasian program JKBM dilakukan berjenjang yaitu dari pemerintah provinsi maupun dari kabupaten. Sosialisasi ke puskesmas diberikan kepada unit pengelola JKBM puskesmas dan selanjutnya pengelola JKBM puskesmas yang akan mensosialisasikan kepada petugas puskesmas yang terkait dengan pelaksanaan JKBM. Sosialisasi kepada masyarakat dilakukan oleh pengelola kabupaten yaitu melalui kepala desa/tokoh masyarakat yang dilakukan di kecamatan. Masyarakat juga

mendapat informasi dari petugas kesehatan pada saat datang berobat ke puskesmas, pustu atau pada saat puskesmas keliling.

Hasil wawancara pada peserta FGD diketahui bahwa semua peserta FGD pernah mendengar tentang JKBM, dan mereka tidak tahu pasti sampai dimana pemanfaatan pelayanan kesehatan dengan JKBM dapat digunakan, pelayanan yang ditanggung/tidak ditanggung JKBM. Sebagian besar mengetahui JKBM dari petugas kesehatan, kemudian dari tetangga atau dari kelian banjar yang mengadakan sosialisasi di masyarakat. Walaupun semua pernah mendengar JKBM namun sebagian besar tidak mengetahui kalau mereka berobat gratis ke puskesmas atau hanya dengan membawa KTP adalah karena adanya program JKBM, sebagian besar menyatakan bahwa JKBM hanya digunakan di Rumah Sakit. Sebagian besar peserta FGD tidak mempunyai kartu JKBM dan mereka menyatakan bahwa sosialisasi masih perlu dilakukan.

Dengan demikian, penyebarluasan informasi kepada masyarakat masih perlu ditingkatkan terutama mengenai ketentuan/syarat dan aturan-aturan baru mengenai pelaksanaan JKBM sehingga pada saat datang ke fasilitas pelayanan kesehatan, syarat yang diperlukan (seperti fotokopi KTP/KK atau surat keterangan dari desa jika akan berobat/dirujuk ke rumah sakit) telah dipersiapkan oleh pasien/masyarakat. Penyebarluasan informasi tidak hanya secara lisan, tetapi dapat juga dilakukan dengan pemasangan poster di setiap posyandu/balai banjar, mengingat kegiatan warga di masyarakat lebih banyak di balai banjar.

7.3.2 Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan oleh Masyarakat

Berdasarkan hasil penelitian menunjukkan, dengan adanya program JKBM terjadi peningkatan kunjungan pasien di UPT Puskesmas Abiansemal I, disamping itu masyarakat yang menggunakan JKBM untuk berobat ke puskesmas juga meningkat. Pasien yang berobat ke UPT Puskesmas Abiansemal I tidak hanya dari wilayah kerja tetapi juga dari luar wilayah kerja UPT Puskesmas abiansemal I.

Berdasarkan hasil telaah dokumen diketahui bahwa pada tahun 2010 jumlah kunjungan dengan JKBM yaitu 16530 kunjungan dari 46976 total kunjungan puskesmas (35%) dan pada tahun 2011 sebanyak 26010 kunjungan dari 47725 total kunjungan puskesmas (54,5%).

Walaupun sebagian besar dari informan masyarakat tidak mengetahui jika mereka berobat ke puskesmas pembiayaannya ditanggung oleh program JKBM, mereka belum tahu pasti tentang fasilitas pelayanan kesehatan yang dapat dan yang tidak dapat ditanggung

dengan JKBM dan hanya mengetahui bahwa pelayanan kesehatan yang dapat ditanggung oleh JKBM adalah pelayanan kelas tiga namun kunjungan masyarakat ke puskesmas dengan JKBM mengalami peningkatan. Masyarakat memilih untuk berobat ke UPT. Puskesmas Abiansemal I dikarenakan pelayanan di puskesmas gratis hanya dengan membawa KTP, puskesmas selalu buka 24 jam, selalu ada dokter, lokasi puskesmas dekat dan mudah dijangkau serta penyakit yang mereka alami masih ringan sehingga mereka berobat ke puskesmas.

Hal ini tentunya dikarenakan UPT. Puskesmas Abiansemal I selain melayani pelayanan kesehatan melalui poliklinik yang tersedia, juga merupakan puskesmas dengan pertolongan persalinan, rawat inap dan UGD 24 jam, sehingga pasien bisa datang kapan saja untuk mendapatkan pelayanan dengan JKBM. Selain itu, syarat yang harus dilengkapi oleh pasien agar dapat memanfaatkan JKBM di puskesmas juga sudah dipermudah, yaitu hanya dengan membawa fotokopi KTP/KK saja tanpa harus melengkapi dengan surat keterangan tidak memiliki jaminan kesehatan dari kantor desa. Mencari surat keterangan inilah yang kadang menjadi hambatan bagi pasien/masyarakat yang akan menggunakan JKBM. Adanya tarip/ berlakunya Perda bagi pasien umum yang berobat ke puskesmas (pasien tanpa jaminan dan tidak membawa fotokopi KTP/KK sebagai kelengkapan untuk JKBM), juga sebagai salah satu penyebab tingginya respon masyarakat terhadap program JKBM ini.

Jika melihat dari persyaratan sasaran kepesertaan JKBM bahwa persyaratan tersebut tidak memperhatikan tingkat penghasilan penduduk, penduduk diberikan pelayanan gratis tanpa memungut premi. Walaupun demikian, dapat diasumsikan bahwa meskipun penduduk berpenghasilan tinggi atau yang tergolong mampu dan memenuhi syarat sebagai peserta Program JKBM, mereka tidak akan menggunakan jaminan tersebut untuk mendapat pelayanan kesehatan karena melihat dari tanggungan untuk peserta JKBM yaitu ditanggung untuk pelayanan di kelas III. Namun pelaksanaannya di puskesmas sebagai unit pelayanan kesehatan dasar, kunjungan pasien tidak hanya dari masyarakat dengan sosial ekonomi rendah yang memanfaatkan JKBM. Kunjungan pasien ke puskesmas menggunakan JKBM semakin meningkat, pada tahun 2011 sebagian besar pasien menggunakan JKBM (54.50%). Mereka sebenarnya mampu membayar kalau hanya untuk pelayanan dasar, namun mereka memanfaatkan pelayanan yang ditanggung oleh pemerintah (JKBM), dari hal tersebut tentunya untuk pelayanan di puskesmas mereka menganggap pelayanan yang diberikan tidak ada perbedaan antara yang menggunakan JKBM ataupun tidak.

7.3.3 Pengelolaan dana JKBM

Dana JKBM di puskesmas dimanfaatkan untuk membayar jasa pelayanan rawat jalan termasuk penunjang pelayanan yang diselenggarakan oleh puskesmas di dalam gedung maupun di luar gedung yaitu melalui puskesmas keliling, untuk membayar biaya rawat inap pertolongan persalinan dan pelayanan spesialistik (rawat jalan). Pada tahun 2010-2011, besarnya biaya pelayanan kesehatan untuk JKBM disesuaikan dengan Perda masing-masing daerah, untuk kabupaten Badung yaitu Perda Nomor 21 tahun 2010. Mulai Tahun 2012 berdasarkan Peraturan Gubernur Bali yaitu Pergub Nomor 21 tahun 2011.

Pada tahun 2012, pendanaan JKBM untuk puskesmas pembiayaannya juga dalam bentuk bantuan sosial (Bansos). Proses pengklaiman dana JKBM yaitu dari data-data pasien yang telah dilayani (Penerima bansos) direkap termasuk jumlah biaya klaim, data ini kemudian akan di setor ke kabupaten, yang mana selanjutnya akan diverifikasi oleh tim verifikator. Data-data tersebut yang telah diverifikasi akan digunakan sebagai dasar pengajuan klaim ke Propinsi (Tahun 2012 telah dibentuk UPT Jaminan Kesehatan Masyarakat Bali/JKMB, yang tidak hanya menangani JKBM namun juga pelayanan kesehatan lainnya seperti Jamkesmas dan Jampersal). Setelah uang turun ke rekening atas nama Kepala Puskesmas uang tersebut selanjutnya di setor ke Kas Daerah. Sejumlah uang ini juga dicatat dalam buku kas Puskesmas. Setelah pencairan klaim, penerimaan, pengelolaan dan pemanfaatan dana diserahkan kembali kepada mekanisme daerah.

Pengelolaan dana tersebut berdasarkan SK bupati, untuk kabupaten Badung yaitu 40% untuk jasa pelayanan, dengan rincian :10% untuk pengelola JKBM Puskesmas, 55% untuk paramedis dan 30% non medis serta 5% untuk pembinaan dari Dinas. Sedangkan 60% lagi untuk jasa sarana, bahan habis pakai dan obat yang dikelola oleh dinas. Selain berdasarkan pedoman dari kabupaten, UPT puskesmas Abiansemal I juga mempunyai aturan sendiri tentang pengelolaan dana tersebut, karena UPT puskesmas Abiansemal I mempunyai 20 CS yang juga ikut serta dalam membantu pelayanan. Untuk pertimbangan pembagian bagi CS, dana yang dialokasikan dari jasa paramedis dan non medis.

7.3.4 Pencatatan dan Pelaporan

Pencatatan dan pelaporan program JKBM di UPT.Puskesmas Abiansemal I dapat berjalan dengan lancar dan tidak pernah ada keterlambatan dalam mengirim laporan tersebut. walaupun terkadang ada sedikit data yang tidak sinkron/ tidak sesuai.

Mekanisme pencatatan dan pelaporan untuk program JKBM yaitu dari hasil pelayanan data-data pasien beserta kelengkapannya akan direkap setiap hari, kemudian

dilaporkan ke dinas setiap minggu untuk diverifikasi oleh tim verifikator Kabupaten, berdasarkan data tersebut kemudian direkap biaya klaim pelayanan kesehatan JKBM. Besaran biaya klaim, untuk penyelenggaraan pelayanan dihitung berdasarkan jumlah kunjungan dikalikan dengan tarif yang telah ditentukan oleh Pedoman JKBM Tahun 2010. Pada tahun 2010 dan 2011, tarif pada PPK Tingkat I yaitu Puskesmas berbeda-beda di tiap kabupaten dan kota karena berdasarkan Perda masing-masing daerah, pada tahun 2012 yaitu berdasarkan Peraturan Gubernur. Pelayanan JKBM di puskesmas juga akan dibuat laporan pelayanan JKBM setiap bulan yang akan dilaporkan ke Dinas Kesehatan.

7.3.5 Manfaat dan Kendala Pelaksanaan Program JKBM

Manfaat program JKBM terutama dirasakan oleh pengguna pelayanan kesehatan yaitu masyarakat terutama yang tidak memiliki jaminan kesehatan. Dengan program JKBM masyarakat dapat menikmati pelayanan kesehatan secara gratis baik di puskesmas maupun di rumah sakit, walaupun masih ada beberapa yang tidak ditanggung atau pembiayaannya dibatasi.

Ada juga masyarakat yang telah mendapat tanggungan dari tempat kerjanya (Jamsostek) tetapi untuk pelayanan kesehatan dasar tetap menggunakan JKBM untuk berobat ke Puskesmas, karena fasilitas pelayanan kesehatan yang bekerjasama dengan tempat kerja/perusahaan sangat jauh dari tempat tinggalnya, sehingga memerlukan waktu, sarana transportasi dan biaya yang lebih, sedangkan letak UPT Puskesmas Abiansemal I, strategis dan mudah dijangkau oleh masyarakat sehingga untuk penyakit ringan/rawat jalan mereka memilih UPT Puskesmas Abiansemal I. Hal ini juga dikarenakan syarat untuk dapat menggunakan JKBM pada tingkat pelayanan dasar bagi mereka sangat mudah yaitu hanya dengan menunjukkan fotokopi KTP/KK saja.

Menurut unit pengelola JKBM UPT Puskesmas Abiansemal I, dengan adanya jasa pelayanan kesehatan untuk puskesmas yaitu sebesar 55% dari dana JKBM, manfaat program JKBM juga dirasakan oleh seluruh staf puskesmas termasuk CS. Khusus bagi unit pengelola JKBM puskesmas, program JKBM ini menambah pendapatan bagi mereka, dimana mereka mendapatkan insentif/honor tambahan setiap 3 bulan dari propinsi, hal ini karena unit pengelola JKBM di puskesmas mempunyai kontribusi beban kerja/tugas yang lebih dalam pelaksanaan program JKBM ini.

Kendala yang dihadapi di UPT puskesmas Abiansemal I dalam melaksanakan program JKBM diantaranya, bahwa program JKBM Elektronik (E-JKBM) yang diharapkan dapat membantu dalam pelaksanaan program JKBM namun dalam pelaksanaannya belum

dapat berjalan dengan baik, dikarenakan SDM yang belum memadai serta pelatihan penggunaan komputer untuk sistem E-JKBM masih kurang, sehingga unit pengelola JKBM UPT Puskesmas Abiansemal I yang mendapat pelatihan ini, yang mempunyai latar belakang pendidikan dibidang kesehatan belum begitu paham dan belum dapat melaksanakan sistem E-JKBM ini.

Kendala yang juga dihadapi UPT puskesmas Abiansemal I yaitu kurangnya tenaga dari unit pengelola keuangan JKBM puskesmas untuk pembuat dokumen/mengetik dan jumlah komputer untuk administrasi atau pencatatan data-data pasien JKBM juga masih kurang. Selama ini yang ikut membantu bagian dokumen/untuk mengetik data-data terkait JKBM adalah beberapa CS yang mempunyai kemampuan mengetik yang tentunya juga diberikan pembagian dari jasa pelayanan yang berimbang.

Kendala yang dihadapi masyarakat dalam menggunakan JKBM lebih banyak dirasakan saat berobat ke Rumah Sakit. Sebagian besar peserta FGD tidak ada kendala yang dihadapi untuk menggunakan JKBM di puskesmas, sebagian kecil mengatakan bahwa kendala yang dirasakan yaitu saat berobat pada sore hari tidak ada sistem antrean sehingga tidak teratur. Dengan belum berjalannya E-JKBM setiap berobat harus selalu membawa fotokopi KTP juga dirasakan oleh sebagian kecil peserta FGD.

7.4 Output

7.4.1 Meningkatkan cakupan pelayanan kesehatan

Jumlah kunjungan di UPT puskesmas Abiansemal I mengalami peningkatan dari mulainya program JKBM pada tahun 2010. Pemanfaatan pelayanan kesehatan dengan JKBM di UPT puskesmas Abiansemal I juga mengalami peningkatan dari tahun 2010 yaitu sebanyak 16530 menjadi 26010 pada tahun 2011. Jika dibandingkan dengan data sasaran juga terjadi peningkatan cakupan JKBM yaitu pada tahun 2010 sebesar 44,25% dan cakupan pada tahun 2011 sebesar 52%

Peningkatan terjadi karena program sudah mulai berjalan 2 tahun jadi kemungkinan semakin banyak masyarakat telah mengetahui/ penyebaran informasi mengenai JKBM kepada masyarakat semakin luas dan adanya kepercayaan masyarakat untuk mendapatkan pelayanan kesehatan di UPT puskesmas Abiansemal I dengan menggunakan JKBM.

Namun demikian, jika kita melihat dari data sasaran kepesertaan JKBM bahwa pendataanya dilakukan tidak sesuai dengan ketentuan umum dalam pedoman program JKBM, kemungkinan besar data sasaran tersebut tidak tepat. Data sasaran JKBM yang diberikan dari kabupaten melebihi dari jumlah penduduk di wilayah kerja UPT.Puskesmas

Abiansemal I sehingga belum dapat dipastikan tentang seberapa besar peningkatan cakupan pelayanan JKBM.

7.4.2 Meningkatkan Kualitas/Mutu Pelayanan

Secara umum bahwa pengembangan pelayanan kesehatan di sebuah negara ditentukan oleh tiga kelompok utama yaitu lembaga penyedia jasa pelayanan kesehatan (*health provider*), masyarakat pengguna jasa pelayanan kesehatan dan pihak lembaga asuransi. Menurut Muninjaya (2004), ketiga *stake holder* tersebut mempunyai perbedaan pandangan yang cukup prinsipil tentang mutu pelayanan, konsumen melihat pelayanan kesehatan yang bermutu adalah pelayanan yang manusiawi, cepat tanggap, penuh empati, ramah dan komunikatif. Sementara pihak jaminan/asuransi kesehatan hanya melihat dari aspek biaya yang murah dan pemberi jasa pelayanan beranggapan, mutu pelayanan kesehatan sudah diatur sesuai ilmu dan teknologi kedokteran dan tertuang dalam prosedur tetap atau SOP.

Dalam program JKBM ini, pengguna jasa layanan kesehatannya adalah masyarakat/peserta JKBM yaitu masyarakat Bali yang mempunyai KTP/KK Bali dan tidak mempunyai jaminan kesehatan. Sedangkan pemerintah sepenuhnya sebagai penyedia jasa pelayanan kesehatan yaitu melalui puskesmas/RS pemerintah dan juga sebagai penanggung biaya jaminan/asuransi kesehatan melalui program JKBM tanpa memungut premi dari masyarakat. Dalam Azwar (1996) dikatakan dalam asuransi kesehatan pemerintah bahwa dengan ikut sertanya pemerintah dalam upaya pembiayaan kesehatan akan diperoleh keuntungan seperti biaya kesehatan yang dapat diawasi dan pelayanan kesehatan yang dapat distandarisasi.

Dari hasil FGD dengan masyarakat sebagai pemakai jasa pelayanan kesehatan dengan JKBM, didapatkan bahwa sebagian besar peserta FGD puas dengan pelayanan kesehatan di UPT Puskesmas Abiansemal I, dari pendapat tersebut pelayanan kesehatan di Puskesmas Abiansemal I bisa dikatakan bermutu, dimana sebagian besar peserta FGD yang dimintai informasi menyatakan pelayanan kesehatan di UPT puskesmas Abiansemal I baik, petugasnya ramah, dapat melayani pasien dengan baik walaupun berobat malam hari dan mereka puas dengan pelayanan kesehatan yang didapat. Hanya sebagian kecil informan yang menyatakan bahwa beberapa petugas kurang ramah saat memberikan informasi.

Dalam Anzwar (1996), disebutkan bahwa pelayanan kesehatan dikatakan baik harus memenuhi berbagai syarat pokok, diantaranya : tersedia dan berkesinambungan, dapat diterima dan wajar, mudah dicapai, mudah dijangkau dan bermutu.

Tersedia dan berkesinambungan dimaksudkan jenis pelayanan kesehatan yang dibutuhkan masyarakat tidak sulit ditemukan, serta keberadaannya di masyarakat ada setiap

saat dibutuhkan. UPT puskesmas Abiansemal I menyediakan pelayanan rawat inap, pertolongan persalinan dan UGD 24 jam, pelayanan spesialisik kandungan dan spesialis jiwa (pada hari-hari tertentu), selalu ada dokter jaga, termasuk perawat dan bidan serta sopir untuk rujukan kasus kegawatdaruratan yang tidak dapat ditangani oleh petugas. Dari sudut lokasi, UPT Puskesmas Abiansemal I mudah dicapai oleh masyarakat, berada di pusat kecamatan. UPT Puskesmas Abiansemal I juga mempunyai 8 unit puskesmas pembantu tersebar dimasing-masing desa yang mudah dicapai oleh masyarakat. Pelayanan kesehatan juga mudah dijangkau (*affordable*), keterjangkauan yang dimaksud yaitu dari sudut biaya, dimana program JKBM telah menjamin pembiayaan kesehatan bagi masyarakat yang tidak mempunyai jaminan kesehatan.

Azwar (1996) menyebutkan bahwa pedoman yang dipakai dalam masalah mutu pelayanan kesehatan adalah hakekat dasar dari diselenggarakannya pelayanan kesehatan, yang dimaksud dari hakekat dasar tersebut adalah untuk memenuhi kebutuhan dan tuntutan para pemakai jasa pelayanan kesehatan (*health needs and demands*), yang apabila berhasil dipenuhi akan dapat menimbulkan rasa puas (*client satisfaction*) terhadap pelayanan kesehatan yang diselenggarakan. Jadi yang dimaksud dengan mutu pelayanan kesehatan disini merujuk pada tingkat kesempurnaan pelayanan kesehatan dalam menimbulkan rasa puas pada diri setiap pasien. Kepuasan disini bersifat subyektif, masing-masing orang tergantung dari latarbelakang yang dimiliki kemungkinan dapat memiliki tingkat kepuasan yang berbeda-beda untuk satu pelayanan kesehatan yang sama.

Jika dilihat dari hasil FGD, sebagian besar peserta FGD menyatakan bahwa mereka puas dengan pelayanan yang diberikan di UPT puskesmas Abiansemal I, dapat dikatakan bahwa pelayanan kesehatan di UPT puskesmas Abiansemal I telah bermutu. Namun demikian, sekalipun pengertian mutu yang terkait dengan kepuasan ini telah diterima secara luas, penerapannya tidaklah semudah yang diperkirakan karena kepuasan tersebut bersifat subyektif. Dengan demikian, sangat besar kemungkinannya bila pelayanan kesehatan yang sekalipun dinilai telah memuaskan pasien, namun jika ditinjau dari kode etik serta standar pelayanan profesi, tidaklah terpenuhi.

Walaupun demikian, pelayanan kesehatan di UPT puskesmas Abiansemal I masih bisa dioptimalkan lagi dengan memanfaatkan dan meningkatkan sumber daya yang telah ada. Hal ini tentunya perlu dukungan dari berbagai pihak, khususnya dari dinas kesehatan baik Propinsi maupun Kabupaten untuk peningkatan SDM dari petugas. Peningkatan SDM juga penting dalam pelaksanaan E-JKBM, sehingga sistem tersebut dapat berjalan dengan baik yang akan membantu mempermudah pelaksanaan program JKBM baik bagi pelaksana,

penyelenggara program maupun pasien, dimana pasien yang datang dengan kartu JKBM bisa dilayani tanpa harus membawa fotokopi KTP/KK.

7.4.3 Pengelolaan Keuangan JKBM yang Transparan dan Akuntabel

Informasi dari tim pengelola JKBM puskesmas dan petugas kesehatan UPT puskesmas Abiansemal I mengungkapkan bahwa penggunaan/ pengelolaan keuangan atau dana JKBM sudah transparan karena ada aturan yang jelas, data-data sudah diverifikasi, ada pelaporannya dan puskesmas tidak ada membawa atau mengelola uang untuk pelaksanaan program JKBM, puskesmas hanya mengklaim dan mendapatkan jasa pelayanan yang menjadi hak dari pengelola/petugas di puskesmas. Dari laporan keuangan dan administrasi pengelola JKBM diketahui setiap pengklaiman dana selalu ada surat pernyataan dan pertanggungjawaban penggunaan dana, daftar rekapitulasi penerima Jaminan Kesehatan Bali Mandara dan berita acara pembayaran dan kuitansi bermaterai.

Hasil wawancara mendalam dengan tim pengelola JKBM kabupaten Badung mengungkapkan hal yang sama bahwa penggunaan/ pengelolaan dana dari JKBM sudah transparan terbukti dari hasil temuan pemeriksaan BPK bahwa penggunaan dana tidak ada masalah, tidak ada untuk keperluan sendiri.

Berdasarkan pedoman pelaksanaan program JKBM bahwa tugas dari pelaksana verifikasi adalah melaksanakan verifikasi administrasi kepesertaan, administrasi pelayanan kesehatan dan melaksanakan verifikasi administrasi pembiayaan. Namun demikian, Gani,dkk (2008) menyebutkan bahwa keandalan verifikasi dalam program jaminan/asuransi kesehatan sangat vital dalam upaya pengendalian klaim/biaya pelayanan kesehatan peserta. Meskipun semua Badan Penyelenggara atau Dinas Kesehatan yang menyelenggarakan jaminan/asuransi kesehatan telah melakukan verifikasi pembayaran klaim PPK, namun metode yang digunakan masih sangat longgar/lemah, yaitu baru sebatas administrasi/ verifikasi keabsahan dari penerima manfaat, dan verifikasi medis belum dilakukan dengan baik karena keterbatasan SDM masing-masing. Untuk hal tersebut hendaknya dipertimbangkan agar sistem verifikasi diperkuat dan agar kemampuan verifikasi tersebut juga meliputi verifikasi medis dan verifikasi finansial, tidak hanya verifikasi administrasi.

BAB 8

SIMPULAN DAN SARAN

8.1 Simpulan

Berdasarkan hasil penelitian dan pembahasan maka dapat dibuat kesimpulan yang merupakan jawaban atas pertanyaan dan tujuan dari penelitian ini, yaitu sebagai berikut :

1. Program JKBM dapat berjalan dan dilaksanakan cukup baik, namun sistem E-JKBM (sistem *online*) yang baru dimulai dan diharapkan dapat membantu pelaksanaan program JKBM belum dapat terlaksana di UPT.Puskesmas Abiansemal I.
2. Gambaran input untuk pelaksanaan program JKBM di UPT.Puskesmas Abiansemal I yaitu , ketenagaan untuk unit pengelola JKBM UPT Puskesmas Abiansemal I masih kurang, masih perlu pelatihan terkait pelaksanaan E-JKBM. Tenaga kesehatan sudah mencukupi. Dana program JKBM pada tahun 2010-2011 yang dialokasikan telah melebihi. Sarana dan prasarana yang kurang terutama komputer, tidak ada pihak swasta (BPS) ikut terlibat dalam pelaksanaan program JKBM. Data sasaran JKBM telah ada, namun dalam pendataan yang dilakukan tidak sesuai ketentuan Umum Program JKBM sehingga data kurang tepat (sasaran melebihi jumlah penduduk).
3. Gambaran proses pelaksanaan program JKBM yaitu; untuk sosialisasi dilakukan berjenjang, semua peserta FGD pernah mendengar JKBM, namun mereka tidak tahu pasti sampai di tingkat mana pemanfaatan JKBM, pelayanan yang dapat ditanggung/tidak ditanggung dan sebagian besar menyatakan sosialisasi masih perlu dilakukan. Terjadi peningkatan kunjungan dan peningkatan pasien yang memanfaatkan JKBM. Pencatatan cukup banyak, pelaporan dapat berjalan lancar. Pengamprahan biaya klaim ke provinsi berdasarkan data pasien yang telah diverifikasi, setelah biaya klaim turun selanjutnya diatur mekanisme daerah, di kabupaten Badung yaitu 40% untuk jasa pelayanan dan 60% lagi untuk sarana.
4. Manfaat JKBM terutama dirasakan oleh masyarakat, kunjungan puskesmas mengalami peningkatan. Kendala yang dihadapi dalam pelaksanaan sistem E-JKBM, dikarenakan SDM yang belum memadai, tidak adanya tenaga IT serta pelatihan penggunaan komputer untuk sistem E-JKBM masih kurang.
5. Gambaran output dari pelaksanaan program JKBM yaitu terjadi peningkatan cakupan kunjungan, pelayanan kesehatan dari penilain subjektif sebagian besar peserta FGD puas

dengan pelayanan kesehatan di UPT Puskesmas Abiansemal I, hanya sebagian kecil menyatakan bahwa beberapa petugas kurang ramah dalam memberikan informasi. Pengelolaan dana JKBM ada aturan, data pasien telah diverifikasi, ada surat pernyataan, laporan pertanggungjawaban penggunaan dana, berita acara pembayaran. Namun demikian, sesuai pernyataan Gani,dkk (2008), untuk pengendalian dana jaminan perlu adanya verifikasi yang handal, sehingga perlu dilaksanakan tidak hanya verifikasi administrasi tetapi juga verifikasi medis dan finansial.

8.2 Saran

8.2.1 Bagi Pembuat Kebijakan

1. Menambah tenaga IT, mengadakan pelatihan kembali tentang sistem E-JKBM atau pendampingan dengan tenaga IT selama beberapa bulan untuk petugas puskesmas terkait dengan pelaksanaan E-JKBM sehingga sistem E-JKBM yang telah dipersiapkan dapat berjalan.
2. Sarana berupa komputer khususnya di UPT.Puskesmas Abiansemal I perlu ditambah terkait dengan adminitrasi JKBM.
3. Pendataan kepesertaan JKBM perlu pemutakhiran, dilakukan dengan baik sesuai tata laksana kepesertaan dalam pedoman umum program JKBM dan dilakukan *cross cek* jaminan kesehatan yang telah dimiliki, sehingga kartu yang diterbitkan serta program yang dilaksanakan benar-banar tepat sasaran.

8.2.2 Bagi UPT Puskesmas Abiansemal I

Selalu berupaya untuk melaksanakan sistem E-JKBM, meningkatkan dan memanfaatkan potensi yang ada serta melihat puskesmas lain yang mulai dapat melaksanakan sistem E-JKBM.

8.2.3 Bagi Peneliti Selanjutnya

Perlu adanya penelitian lebih lanjut tentang pelaksanaan JKBM pada tingkat rumah sakit sehingga didapat cakupan informasi mengenai pelaksanaan JKBM yang lebih luas.

DAFTAR PUSTAKA

- Adisasmito, W. 2007. *Sistem Kesehatan*. PT Raja Grafindo Persada. Jakarta.
- Anwar, A, 1996. *Pengantar Administrasi Kesehatan*. Binarupa Aksara. Jakarta.
- Azmi, 2006. *Evaluasi Program Pelayanan Kesehatan Masyarakat Miskin : Studi Kasus Puskesmas Di Kecamatan Tebet, Kota Madya Jakarta Selatan*. Tesis Program Studi Sosiologi Kekhususan Manajemen Pembangunan Sosial, Universitas Indonesia
- Anggorodi, R, 2012. *Bahan Kuliah Metodologi Penelitian Kualitatif*. Departemen Promosi Kesehatan dan Ilmu Perilaku. Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia
- Depkes RI, 2003. *Indikator Indonesia Sehat 2010 dan Pedoman Penerapan Indikator Provinsi Sehat dan Kabupaten/Kota Sehat*. Jakarta
- , *Sistem Kesehatan Nasional*. Jakarta. 2009
- , *Riskesdas Propinsi Bali Tahun 2007*. Jakarta. 2007
- Dinas Kesehatan Kabupaten Badung, 2011. *Profil Dinas Kesehatan Kabupaten Badung Tahun 2010*. Dinas Kesehatan Kabupaten Badung. Mangupura
- , 2011. *Pedoman Program Jaminan Kesehatan Bali Mandara (JKBM) Tahun 2011*. Dinkes Kabupaten Badung, Mangupura
- Effendy, Nasrul, 1998. *Dasar-dasar Keperawatan Kesehatan Masyarakat*. EGC. Jakarta
- Gani, Ascobat, dkk 2008. *Laporan Kajian Sistem Pembiayaan Kesehatan Tahun 2008*. Kemitraan Australia Indonesia
- Iskandar (2004). *Evaluasi Pelaksanaan Klinik Sanitasi Pada Beberapa Puskesmas di Kabupaten Pandeglang Tahun 2004*. Tesis Program Pasca sarjana Fakultas Kesehatan Masyarakat. Universitas Indonesia
- Justine, T, 2006. *Memahami Aspek-Aspek Pengelolaan SDM Dalam Organisasi*. Grasindo. Jakarta
- Muninjaya, 2004. *Manajemen Kesehatan*, EGC, Jakarta
- Notoatmodjo, S, 2007. *Kesehatan Masyarakat Ilmu dan Seni*, Penerbit Rineka Cipta, Jakarta
- , 2005. *Promosi Kesehatan; teori dan Aplikasi*, Penerbit PT Rineka Cipta, Jakarta

-----, 2003. *Ilmu Kesehatan Masyarakat; Prinsip-prinsip Dasar*, Penerbit Rineka Cipta, Jakarta.

Stoner, James A.F, Freeman, ER.Edward, 1992. *Manajemen* ; edisi keempat, Intermedia, Jakarta.

Siagian, S.P, 1997. *Filsafat Administrasi*, Penebit PT Toko Gunung Agung, Jakarta

Sulaeman, E.S, 2011. *Manajemen Kesehatan Teori dan Praktek di Puskesmas*, Edisi Kedua, Gajah Mada Univ Press, Yogyakarta.

Thabrany, H, 2006. *Pendanaan Kesehatan dan Alternatif Mobilisasi Dana Kesehatan Di Indonesia*. PT Rajagrafindo Persada. Jakarta

Trisnantoro, Laksono, 2005. *Desentralisasi Kesehatan di Indonesia dan Perubahan Fungsi Pemerintah :2001-2003*, Gajah Mada Univercity Press, Yogyakarta.

Tentiyadi, 1998. *Evaluasi Program Desa Siaga Di Puskesmas Sukmajaya Kota Depok Tahun 2008*. Skripsi Sarjana Fakultas Kesehatan Masyarakat. Universitas Indonesia

Terry, G. T, 2009. *Dasar-Dasar Manajemen*, PT Bumi Aksara, Jakarta

Universitas Inonesia, 2008. *Pedoman Teknis Penulisan Tugas Akhir Mahasiswa Universitas Indonesia*. Jakarta

UPT.Puskesmas Abiansemal I, 2011. *Profil UPT.Puskesmas Abiansemal I Tahun 2010*. Mangupura

-----, 2012. *Profil UPT.Puskesmas Abiansemal I Tahun 2011*. Mangupura

-----, 2011. *Laporan Tahunan UPT.Puskesmas Abiansemal I Tahun 2010*. Mangupura

-----, 2012. *Laporan Tahunan UPT.Puskesmas Abiansemal I Tahun 2011*. Mangupura

Yaslis, Ilyas, 2006. *Mengenal Asuransi Kesehatan*, FKM UI, Depok

www.litbang.depkes.go.id di unduh tanggal 16 September 2011 jam 14.20 wib

<http://maps.google.co.id/maps?client=firefox-a&rls=org.mozilla:id:official&hl=id&tab=wl>

diunduh tanggal 22 April 2012 jam 16.00 Wib



PEMERINTAH KABUPATEN BADUNG
DINAS KESEHATAN
PUSAT PEMERINTAHAN KABUPATEN BADUNG
MANGUPRAJA MANDALA

Jalan Raya Sempidi Unit XII LT2, Mengwi-Badung, ☎ (0361) 9009421

Nomor : 070/694/Dikes
Lamp : -
Perihal : Ijin Penelitian

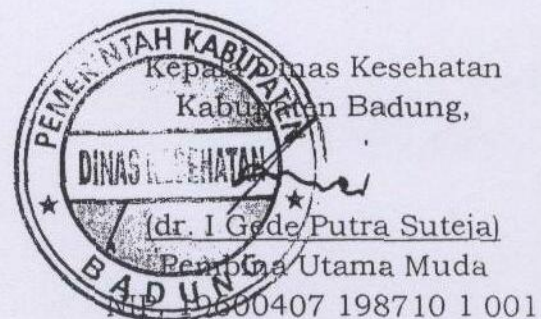
Mangupura, 15 Maret 2012
Kepada Yth :
Kepala UPT.Puskesmas Abiansemal I
di-
Tempat

Menindaklanjuti surat dari Kepala Badan Kesatuan Bangsa, Politik dan perlindungan Masyarakat Kabupaten Badung Nomor 070/110/KESBANG/tanggal 5 Maret 2012, perihal tersebut diatas : maka kami mengizinkan mahasiswa atas nama :

Nama : Ni Komang Trisnawati
Jabatan : Mahasiswa
Alamat : Universitas Indonesia, Depok, Jawa Barat
Tempat Tinggal : Br.Tengah Punggul, Abiansemal Badung
Bidang/Judul : "EVALUASI PELAKSANAAN JAMINAN KESEHATAN BALI MANDARA (JKBM) DI UPT.PUSKESMAS ABIANSEMAL I KABUPATEN BADUNG PROVINSI BALI TAHUN 2012 (STUDI KUALITATIF)
Lokasi : UPT. Puskesmas Abiansemal I
Jumlah Peserta : 1 (satu) orang
Tujuan : Penyusunan skripsi
Lama Penelitian : 3 (tiga) bulan, Maret s/d Mei 2012

Untuk mengadakan penelitian pada wilayah kerja saudara, dengan mengikuti ketentuan yang berlaku.

Demikian surat ini kami sampaikan, atas perhatian dan kerjasamanya kami ucapkan terima kasih.



Tembusan disampaikan kepada:

1. Yang bersangkutan, Evaluasi pelaksanaan..., Ni Komang Trisnawati, FKM UI, 2012



**PEMERINTAH PROVINSI BALI
BADAN KESATUAN BANGSA DAN POLITIK**

Jln. Kapten Tantular No. 1 Niti Mandala telp/Fax. (0361) 231788
DENPASAR 80235

Nomor : 070/ 278 /Bid.I/KBP
Lampiran : -
Hal : Ijin Rekomendasi

Kepada
Yth. **BUPATI BADUNG.**
Cq. Kepala Badan Kesbang dan Pol.
Di - **MANGUPURA**

I. Dasar :

1. Peraturan Gubernur Bali Nomor 10 Tahun 2005 tanggal 9 Mei 2005 tentang Rekomendasi/Ijin Penelitian, Survey KKL/KN Study Banding, Kerbaksos, PKL, Pengabdian Masyarakat bagi Mahasiswa/Dosen, Instansi Pemerintah/Swasta dan Orang Asing.
2. **Surat dari Fak. Kesehatan Masyarakat UI Tanggal 24 Pebruari 2012 Nomor 7209/H2.F10/PPM.00.00/2012, Tentang Ijin Penelitian.**

II. Setelah mempelajari dan meneliti rencana kegiatan yang diajukan, maka dapat diberikan Rekomendasi/Ijin kepada

Nama : **NI KOMANG TRISNAWATI.**
Pekerjaan : **Mahasiswi**
Alamat : **Br. Tengah Panggul Abianselman Badung**
Bidang/Judul : **Studi Kualitatif Evaluasi Pelaksanaan Program JKBM di Puskesmas Abianselman Badung.**
Lokasi : **Puskesmas Abianselman I Badung**
Jml. Peserta : **1 (satu) orang**
Berlaku : **3 (tiga) Bulan (Maret s/d Mei 2012)**

III. Dalam melakukan kegiatan agar yang bersangkutan mematuhi ketentuan sebagai berikut :

1. Sebelum melakukan kegiatan agar melaporkan kedatangannya kepada Bupati/ Walikota setempat atau pejabat yang ditunjuk.
2. Tidak dibenarkan melakukan kegiatan yang tidak ada kaitannya dengan bidang/ judul dimaksud, apabila melanggar ketentuan akan dicabut Rekomendasi/ Ijin dan menghentikan segala kegiatannya.
3. Mentaati sesuai ketentuan yang berlaku serta mengindahkan adat istiadat setempat.
4. Apabila masa berlaku Rekomendasi/Ijin ini telah berakhir, sedangkan pelaksanaan kegiatan belum selesai maka perpanjangan Rekomendasi/Ijin agar ditujukan kepada instansi pemohon.
5. Menyerahkan 1 (satu) buah hasil kegiatan kepada Pemerintah Provinsi Bali, melalui Kepala Badan Kesatuan Bangsa dan Politik Provinsi Bali.

Denpasar, 2 Maret 2012.

Kepala Badan Kesatuan Bangsa dan
Politik Provinsi Bali
Kantor Kewaspadaan Dini
Dr. Nyoman Subrata, MM
Pembina Tk. I
NIP. 19581231 198303 1 280

Tembusan disampaikan Kepada Yth.:

1. **Dekan FKM IU Universitas Indonesia**
2. **Yang bersangkutan**

PEDOMAN WAWANCARA MENDALAM
PETUGAS TIM PENGELOLA JKBM KABUPATEN (WK)

Nama informan dan jabatan :

Tanggal :

Jam mulai/ akhir wawancara :

Petunjuk umum

Disampaikan ucapan terima kasih kepada Kepala Tim Pengelola JKBM Kabupaten Badung karena bersedia meluangkan waktu untuk diwawancarai. Hal ini penting untuk memulai suatu hubungan baik.

Petunjuk Wawancara Mendalam

1. Pembukaan

- Wawancara dilakukan oleh peneliti dengan menggunakan alat bantu pedoman wawancara, alat pencatat dan perekam (*tape recorder*)
- Informan bebas untuk menyatakan pendapat, pengalaman, saran dan komentar.
- Pendapat, pengalaman, saran, dan komentar informan sangat bernilai
- Jawaban tidak ada yang benar atau salah , karena wawancara ini untuk kepentingan penelitian dan tidak ada penilaian.
- Semua pendapat, saran, pengalaman dan komentar akan dijamin kerahasiaannya.
- Wawancara ini akan direkam dengan *tape recorder* untuk membantu pencatatan.

2. Penutup

- Memberitahu bahwa wawancara telah selesai.
- Mengucapkan terimakasih atas kesediaannya memberikan informasi yang dibutuhkan.
- Menyatakan maaf apabila ada hal-hal tidak menyenangkan.

Pemanasan

1. Apakah tugas Dinas Kesehatan dalam hal ini petugas Tim Pengelola JKBM?
2. Adakah Evaluasi tentang JKBM di Dinas Kesehatan atau khususnya dari Tim Pengelola JKBM?

3. Berapa kali dalam setahun/ sebulan Dinas khususnya Tim Pengelola JKBM mengadakan Evaluasi terhadap program JKBM?
4. Menurut pendapat Bapak/ Ibu apakah program JKBM di Kabupaten Badung Sudah berjalan dengan baik?

Pertanyaan:

I. Ketenagaan

1. Pernahkah ada pelatihan bagi pengelola JKBM di puskesmas?
2. Berapa jumlah dari tim tersebut dan apakah ada kepengurusan dari tim tersebut?
3. Pelatihan apa saja yang telah diberikan Dinas Kesehatan untuk pengembangan ketenagaan pengelola JKBM puskesmas? (kapan? dimana, oleh siapa?)
4. Jelaskan tentang pelaksanaan pelatihan tersebut?
5. Bagaimana menurut Anda tentang ketenagaan yang sudah ada?
6. Bagaimana dengan tugas Tim pengelola Puskesmas? Apakah berjalan dengan baik? Menurut bapak/ibu apa kendala tim Pengelola puskesmas?

II. Dana

7. Jelaskan tentang pendanaan yang dialokasikan untuk pelaksanaan kegiatan program JKBM?
8. Bagaimana tentang sumber dana penyelenggaraan JKBM?
9. Bagaimana proses pengklaiman dana JKBM?
10. Apakah ada insentif khusus bagi pelaksana di puskesmas?
11. Apakah selama ini ada kendala atau keluhan dalam melaksanakan program JKBM?

III. Sarana Prasarana

12. Apakah ada prosedur tetap untuk pelaksanaan program JKBM?
13. Apakah sarana dan prasarana yang tersedia selama ini telah sesuai untuk melaksanakan program JKBM?
14. Adakah pihak swasta ikut terlibat? Bagaimana kerjasama tersebut? (Apakah ada MOU?)

IV. Pencatatan dan pelaporan

15. Apa saja pencatatan pelaporan yang dilakukan mengenai program JKBM dari puskesmas sampai kabupaten?
16. Bagaimana mekanisme pencatatan dan pelaporan program JKBM tersebut?

17. Apakah pencatatan dan pelaporan berjalan dengan baik?apa saja hambatannya?

V. Sasaran

18. Bagaimana dengan data sasaran peserta JKBM, apakah pendataan berjalan? Darimana?

VI. Sosialisai

19. Bagaimana pensosialisasian program JKBM?(kapan dilaksanakan, siapa? Berapa kali?)

20. Apakah pernah ada supervise dan atau Evaluasi dari Dinkes ke puskesmas?

VII. Penutup

21. Bagaimana pendapat Bapak/ Ibu tentang program JKBM ini?

22. Apakah ada manfaat dari program JKBM?

(siapa yang paling merasakan manfaatnya? seberapa besar dapat membantu masyarakat?

23. Apa harapan bapak/ Ibu bagi program JKBM ini kedepannya?

24. Seberapa jauh tujuan JKBM telah tercapai?



PEDOMAN WAWANCARA MENDALAM
PETUGAS TIM PENGELOLA JKBM PUSKESMAS (WP)

Nama informan dan jabatan :
Tanggal :
Jam mulai/ akhir wawancara :

Petunjuk umum

Disampaikan ucapan terima kasih kepada Kepala Tim Pengelola JKBM Kabupaten Badung karena bersedia meluangkan waktu untuk diwawancarai. Hal ini penting untuk memulai suatu hubungan baik.

Petunjuk Wawancara Mendalam

1. Pembukaan

- Wawancara dilakukan oleh peneliti dengan menggunakan alat bantu pedoman wawancara, alat pencatat dan perekam (*tape recorder*)
- Informan bebas untuk menyatakan pendapat, pengalaman, saran dan komentar.
- Pendapat, pengalaman, saran, dan komentar informan sangat bernilai
- Jawaban tidak ada yang benar atau salah , karena wawancara ini untuk kepentingan penelitian dan tidak ada penilaian.
- Semua pendapat, saran, pengalaman dan komentar akan dijamin kerahasiaannya.
- Wawancara ini akan direkam dengan *tape recorder* untuk membantu pencatatan.

2. Penutup

- Memberitahu bahwa wawancara telah selesai.
- Mengucapkan terimakasih atas kesediaannya memberikan informasi yang dibutuhkan.
- Menyatakan maaf apabila ada hal-hal tidak menyenangkan.

Pertanyaan

I. Ketenagaan

1. Berapa jumlah tim pengelola seluruhnya?Apakah ada kepengurusan?
2. Bagaimana pembagian tugasnya?

3. Berapa lama Anda telah menjadi pengelola JKBM di Puskesmas? Apakah ada pelatihan bagi tim pengelola? (kapan? dimana, oleh siapa?)
4. Bagaimana menurut Anda tentang ketenagaan yang sudah ada?
5. Bagaimana dengan beban kerja? (sesuai bidang? Ada tugas rangkap?)

II. Dana

6. Bagaimana tentang sumber dana penyelenggaraan JKBM?
7. Bagaimana proses pengklaiman dana JKBM?
8. Bagaimana pengelolaan dana tersebut? Apakah ada petunjuk pelaksanaan dan petunjuk teknis tentang penggunaan dana dan pertanggungjawabannya? bila ada darimana saja?
9. Besarnya dana yang diklaim? Dari tindakan apa saja? (apa terbanyak?, lab, gigi, umum, KIA, dll)
10. Apakah ada pengklaiman untuk pasien di luar wilayah kerja puskesmas Anda? Bagaimana prosedurnya?
11. Apakah dana/ anggaran yang turun tepat waktu dan apakah lancar dalam penerimaannya?
12. Apakah ada jasa medis/insentif kepada anda dalam pelayanan JKBM? Berapa besar? Diambil darimana?
13. Apakah selama ini ada hambatan atau kendala dalam pengelolaan dana tersebut?

III. Sarana Prasarana

14. Apakah ada prosedur tetap untuk pelaksanaan program JKBM?
15. Apakah sarana dan prasarana yang tersedia di Puskesmas telah sesuai untuk melaksanakan program JKBM?
16. Apakah ada pihak swasta yang ikut terlibat?
17. Apakah ada MOU?

IV. Pencatatan dan pelaporan

18. Bagaimana dengan jenis dan mekanisme pencatatan dan pelaporan program JKBM?
19. Bagaimana system pencatatan dan pelaporan ke Dinas Kabupaten? Adakah mengalami kendala? Bila ada dalam hal apa?

V. Sasaran

20. Bagaimana dengan data sasaran peserta JKBM? Apakah ada data sasaran (dari mana?)
21. Apakah peserta JKBM telah mempunyai kartu peserta?

VI. Sosialisai

22. Pernahkah Anda mendapat informasi/sosialisasi tentang pelaksanaan program JKBM?
23. Pernahkah dilakukan Evaluasi dan supervise/ pembinaan oleh Dinas Kesehatan ke puskesmas anda khususnya tentang program JKBM?
24. Bagaimana pelaksanaannya dan berapa kali dilaksanakan?

VII. Pelayanan Kesehatan

25. Menurut Bapak/Ibu bagaimanakah pemanfaatan pelayanan kesehatan di puskesmas oleh masyarakat setelah adanya JKBM?

VIII. Penutup

26. Bagaimana pendapat Bapak/ Ibu tentang program JKBM ini? Apakah memberatkan Puskesmas? Bila memberatkan, dalam hal apa?
27. Apakah ada manfaat dari program JKBM? (siapa yang paling merasakan manfaatnya? seberapa besar dapat membantu masyarakat?)
28. Dampak program JKBM selama lebih kurang 2 tahun? (bagi puskesmas, tenaga kesehatan)
29. Menurut Bapak/Ibu Seberapa jauh tujuan JKBM telah tercapai?
30. Apa harapan bapak/ Ibu bagi program JKBM ini di masa datang?

PEDOMAN WAWANCARA MENDALAM
PETUGAS KESEHATAN (WY)

Nama informan dan jabatan :
Tanggal :
Jam mulai/ akhir wawancara :

Petunjuk umum

Disampaikan ucapan terima kasih kepada Kepala Tim Pengelola JKBM Kabupaten Badung karena bersedia meluangkan waktu untuk diwawancarai. Hal ini penting untuk memulai suatu hubungan baik.

Petunjuk Wawancara Mendalam

1. Pembukaan

- Wawancara dilakukan oleh peneliti dengan menggunakan alat bantu pedoman wawancara, alat pencatat dan perekam (*tape recorder*)
- Informan bebas untuk menyatakan pendapat, pengalaman, saran dan komentar.
- Pendapat, pengalaman, saran, dan komentar informan sangat bernilai
- Jawaban tidak ada yang benar atau salah , karena wawancara ini untuk kepentingan penelitian dan tidak ada penilaian.
- Semua pendapat, saran, pengalaman dan komentar akan dijamin kerahasiaannya.
- Wawancara ini akan direkam dengan *tape recorder* untuk membantu pencatatan.

2. Penutup

- Memberitahu bahwa wawancara telah selesai.
- Mengucapkan terimakasih atas kesediaannya memberikan informasi yang dibutuhkan.
- Menyatakan maaf apabila ada hal-hal tidak menyenangkan.

Pertanyaan

I. Ketenagaan

1. Bagaimana menurut Anda tentang ketenagaan yang sudah ada untuk pelaksanaan program JKBM?

2. Bagaimana sistem kerja dengan adanya program JKBM? Bagaimana beban kerjanya? Apakah ada tugas rangkap?)

3. Adakah pembagian tugas/ kepengurusan khususnya dalam bidang JKBM?

II. Dana

4. Bagaimana tentang pengelolaan dana JKBM menurut Anda?

5. Apakah ada jasa medis/ insentif kepada Anda dalam pelaksanaan pelayanan program JKBM?

III. Sarana Prasarana

6. Apakah sarana dan prasarana (obat, bahan, alat) yang tersedia telah sesuai untuk melaksanakan pelayanan kesehatan?

7. Apakah ada prosedur tetap dalam pelayanan program JKBM?

IV. Pencatatan dan pelaporan

8. Bagaimana dengan jenis dan mekanisme pencatatan dan pelaporan program JKBM?

V. Sasaran

9. Bagaimana dengan data sasaran peserta JKBM? Apakah ada di ruangan?

VI. Sosialisai

10. Apakah anda pernah mendapat informasi / sosialisasi tentang program JKBM? Darimana?

11. Bagaimana pensosialisasian program JKBM kepada masyarakat? Adakah informasi/sosialisasi kepada masyarakat/ pasien? Seperti apa bentuknya?

12. Menurut Anda bagaimana respon masyarakat tentang program JKBM?

VII. Pelayanan Kesehatan

13. Bagaimana pemanfaatan pelayanan kesehatan di puskesmas oleh masyarakat dengan adanya JKBM?

14. Bagaimana alur pasien dengan JKBM?

15. Bagaimana mekanisme rujukannya?

16. Apakah pernah ada keluhan dari masyarakat/pasien tentang pelaksanaan program JKBM ini ke Puskesmas? Dalam hal apa?

17. Apa upaya yang dilakukan terhadap keluhan tersebut?

18. Apakah ada kendala yang anda hadapi dalam program JKBM ini?

VIII. Penutup

19. Bagaimana pendapat Bapak/ Ibu tentang program JKBM ini? Apakah dapat membantu atau memberatkan anda? Dalam hal apa?
20. Apakah ada manfaat dari program JKBM?
(siapa yang paling merasakan manfaatnya? seberapa besar dapat membantu masyarakat?)
21. Menurut Bapak/Ibu seberapa jauh tujuan JKBM telah tercapai?
22. Apa harapan bapak/ Ibu bagi program JKBM ini kedepannya?



**PEDOMAN FGD TENTANG PROGRAM JKBM
INFORMAN MASYARAKAT /PASIEN (FM)**

Perkenalan

Selamat pagi/ siang / sore, ibu-ibu, Nama Saya..... dan teman saya..... Bernama..... kami berkunjung kesini untuk menjumpai ibu-ibu dan kami ucapkan terima kasih atas kedatangan ibu semua.

Penjelasan Tujuan Diskusi

Kami datang kesini ingin belajar bersama ibu-ibu, ingin tahu pendapat dan pengalaman ibu-ibu saat berobat dengan Jaminan Kesehatan Bali Mandara (JKBM). Kami tidak akan menilai jawaban ibu-ibu, tidak ada jawaban yang benar atau salah. Ibu-ibu bisa berbeda pendapat, ibu bebas mengatakan apa yang benar-benar ibu rasakan.

Prosedur:

Kami mohon ijin untuk menggunakan perekam supaya pencatat kami dapat mencatat semua yang ibu katakan dan kami akan merahasiakan semua penjelasan dan informasi yang kami peroleh. Jangan segan-segan mengemukakan pendapat atau menanggapi saya atau teman-teman lain dari kelompok ini. Meskipun demikian, kita tetap bicara bergiliran. Diskusi atau ngobrol-ngobrol kita ini akan berlangsung kurang lebih selama 1,5-2 jam.

Perkenalan peserta

Kami telah memperkenalkan diri, bagaimana kalau sekarang dari Bapak/Ibu-ibu yang memperkenalkan diri supaya kita saling mengenal. Misalnya tentang namanya, tempat tinggalnya, keadaan keluarga dan sebagainya.

Pemanasan

Ibu/ Bapak sering tidak berobat ke puskesmas?

Kapan terakhir? Karena apa bu?

Pertanyaan

1. Apakah Anda tahu tentang Jaminan Kesehatan Bali Mandara (JKBM)?
2. Dari mana Anda pertama kali mendengar tentang JKBM?
3. Pernahkah Anda mendapat pengarahan/sosialisasi tentang program JKBM? Dari mana Anda mengetahui informasi tentang JKBM?
4. Tahukah Anda tentang kriteria atau syarat-syarat untuk dapat menggunakan JKBM?
5. Apakah Anda memiliki kartu sebagai Peserta JKBM?
6. Bagaimana alur pasien dengan menggunakan JKBM?
7. Bagaimana pendapat Anda tentang program JKBM di Puskesmas?
8. Bagaimana menurut Anda tentang sosialisasi (penyampaian informasi) mengenai program JKBM di Puskesmas selama ini kepada masyarakat?
9. Menurut Anda bagaimana sebaiknya pemberian informasi tersebut?
10. Apakah Anda tahu tentang fasilitas atau pelayanan kesehatan apa saja yang ditanggung dengan menggunakan JKBM jika berobat ke puskesmas?
11. Apa saja fasilitas dan pelayanan kesehatan yang tidak ditanggung dengan JKBM?
12. Apakah Anda diminta biaya tambahan bila menggunakan JKBM?
13. Bagaimana pelayanan yang Anda dapat dengan menggunakan JKBM? Apakah Anda mendapat pelayanan yang baik dari petugas kesehatan ?
14. Bila Anda menggunakan JKBM, apakah anda merasa dibedakan pelayanan kesehatannya umum yang bukan pengguna JKBM?
15. Apakah anda merasa puas dengan pelayanan tersebut?
16. Pernahkah anda mempunyai keluhan tentang selama menggunakan JKBM? Apa keluhan tersebut?
17. Apakah anda mendapat kesulitan dalam menggunakan JKBM? saja hambatan yang ditemui dalam menggunakan JKBM saat berobat? (di kantor desa, Puskesmas dll)
18. Bagaimana pandangan pendapat Anda tentang program ini, apakah dapat membantu? Apa manfaat yang didapat dengan adanya program ini?
19. Apa harapan Anda dari program JKBM agar di masa mendatang menjadi lebih baik?

**PEDOMAN FOKUS GROUP DISKUSI (FGD)
PADA MASYARAKAT/PASIEN (FM)**

Nama fasilitator/moderator : _____
Nama pencatat : _____
Tanggal : _____ mulai jam : _____ selesai jam : _____
Jumlah Peserta FGD : _____
Kelurahan : _____ Kecamatan : _____

Informasi umum :

- Peserta diskusi ada yang diminan : 1. Ya 2. Tidak
- Mempengaruhi kelompok : 1. Banyak 2. Sedikit
- Partisipasi peserta FGD selama diskusi :

Partisipasi peserta FGD	Sebagian besar	Sebagian	Sebagian Kecil
Cukup			
Terus menerus			
Sangat berfluktuasi/ naik turun			

Matrik Wawancara Mendalam

VARIABEL	PENGELOLA KABUPATEN	PENGELOLA PUSKESMAS 1	PENGELOLA PUSKESMAS 2	PETUGAS KESEHATAN
Ketenagaan	Pengelola puskesmas ada yang mengurus administrasi dan satu lagi keuangan, ya kepala puskesmas sebagai penanggungjawabnya.	Penanggungjawab Kepala Puskesmas, Pengelola 2 orang yaitu sebagai administrasi saya dan 1 pengelola keuangan. Ada SK dari kepala Puskesmas dan dari kabupaten	Tiga orang, ada kepengurusan, yang pertama kepala puskesmas sebagai penanggungjawab, trus 2 orang lagi yaitu 1 orang sebagai bendahara dan satu lagi sebagai operatornya	Yang saya tahu, untuk JKBM dari mulai tahun 2010 ini ada SK yang namanya untuk tim pengelola ada bendahara termasuk Kepala puskesmas juga ikut di tim pengelola.
	Kketenagaan semua sudah dilatih Yang melatih dari propinsi. Pelatihan dari kabupaten ke Puskesmas tidak ada Cuma sosialisasi saja ke bawah, ke masyarakat biasanya per kecamatan, termasuk petugas kesehatan, bidan termasuk organisasi IDI kita melakukan sosialisasi mungkin setahun sekali. Ke Puskesmas Cuma bimbingan teknis saja, Juga untuk mengetahui permasalahan yang ada di puskesmas	Jadi pengelola sejak adanya JKBM dari tahun 2010, pernah ada pelatihan Masih kurang sekali, dengan tenaga 2 orang saya kadang minta bantuan teman yang lain. Ada tugas rangkap, saya masih mengelola jamkesmas dan jampersal, saya kan bidan megang JKBM, tapi kan masih bisa belajar untuk ini, program ini juga baru.	Sejak tahun 2010, pernah ada pelatihan untuk operatornya untuk penggunaan perangkat untuk E-JKBM, pernah2 kali, dari biro tata pemerintahan dari Propinsi Menurut saya masih kurang Sebenarnya tidak sesuai bidang, saya kan perawat gigi tapi mengelola keuangan, selama ini kita otodidak belajarnya	Untuk pelaksanaan JKBM dalam arti disini saja sudah cukup, Cuma mungkin ini kan program pemerintah, setiap waktu mungkin ada perubahan, untuk di UGD ini sudah cukup mungkin untuk administrasi yang kurang
Dana	Ini adalah dana shering antara Kabupaten/Kota dengan Propinsi.	Dana hibah dari Gubernur propinsi dan tahun 2012 dari dana Bansos namanya.	Dari APBD tingkat I dari propinsi. tahun 2010-2011 dana hibah dan tahun 2012 namanya dana Bansos sumber dananya sama	Sumber dananya istilahnya dana shering, jadi dananya dari pemerintah propinsi dan masing-masing kabupaten kabupaten/kota di Bali
Pengelolaan Dana	Mereka melayani pasien di puskesmas mereka membuat form F1c dibawa ke Dinas untuk diverifikasi bisa tiap 1 minggu,	Pasien berkunjung kita kumpulkan datanya, klaim tindakannya pasien sesuai perda sekarang sesuai Perda.	Pertamakan kita mengumpulkan dulu pasien dengan bukti yang lengkap kita rekap setelah itu	Untuk jasa pelayanan kita punya aturan di puskesmas, dari JKBM sendiri juga ada aturan seperti 30% untuk non

	<p>tiap 2minggu tergantung jumlah pasien. Form 1A diverifikasi oleh petugas tim verifikasi, jika dianggap sudah benar disalin ke Form C kemudian dibuatkan F5 untuk pengamprahan uang ke propinsi. Puskesmas mengklaim ke propinsi, begitu uang diambil oleh puskesmas kemudian di setor ke kas daerah 1 x 24 jam. Mekanisme untuk penarikan Berdasarkan SK bupati menarik uang itu : 40% untuk jaspel (10% untuk pengelola JKBM puskesmas, 55% untuk paramedic dan non medis dan 5 % untuk pembinaan dari dinas) 60% jasa sarana</p>	<p>Tahun 2012 berdasarkan Pergub. Data pasien kita ketik diperiksa kelengkapannya, kemudian kita setor diperiksa oleh tim perivikator, jika salah kita perbaiki. Ada lagi blanko untuk laporan berapa jumlah keuangan yang kita klaim, setelah di acc tim verifikator baru kita bisa mengklaim dana yang di BPD itu. Dananya itu turun dulu ke BPD atas nama kelapa Puskesmas, kita keluarkan dulu uangnya itu kemudian kita setor ke Kabupaten ke kas daerah semua jumlah uang yang kita klaim termasuk jasa sarana dan layanan, kemudian baru kita klaim untuk jasa layanan saja sesuai aturan</p>	<p>diverifikasi oleh tim veripikator di kabupaten setelah itu direkap lagi mana yang benar dan dihitung berapa uangnya setelah itu di buat form 5, baru bisa di ambil uangnya di BPD dan di setor lagi di Kas daerah. Di puskesmas kita sudah memilah berapa jasa pelayanan dan jasa sarana. Yang diamprah untuk jasa pelayanan yang jasa sarana tetap di kas daerah Ada aturanya Pertahun kita ada laporan ke propinsi, tentang penggunaan anggaran itu semuanya jelas, ada tim verifikator yang memverifikasi laporan kita di kabupaten</p>	<p>medis 55% medis 10 % pengelola dan 5% untuk dinas. Di Puskesmas kalau aturan seperti itu akan ada kesenjangan, sehingga kita buat aturan biar semua yang lain juga dapat karena kita punya 20 CS yang juga ikut berperan membantu Ada aturan , ada SK, pergub, berapa yang harus diklaim, untuk tindakan memang ada</p>
	<p>Dari dinas kabupaten tidak ada</p>	<p>Di luar ketentuan jaspelnya itu ada lagi SK tentang pengamprahan jaspelnya itu, seperti untuk pengelola JKBM ada 10% itu istilahnya, untuk medis lain sesuai dengan SK gubernur. Di puskesmas untuk jasa medis dan non medis untuk staf termasuk CS</p>	<p>Ada „itu dari propinsi, itu namanya honor, honor khusus untuk pengelola JKBM.keluar per tiga bulan sekali. Untuk jasa medis ada aturannya, 10% pengelola, 55% medis, 30% untuk petugas pelayanan dan 5% untuk dinas kesehatan untuk pembinaan</p>	<p>Sesuai jasa pelayanan yang dklaim itu, yang dibagikan sesuai proporsi dengan perimbangan CS tadi</p>
<p>Sarana Prasarana</p>	<p>Tiap Puskesmas itu tidak sama kebutuhannya. Kita disini sistem pelelangan kalau terlalu banyak membuat item, kontrak itu sulit</p>	<p>Belum, seperti pengetikannya, pengklaiman kan banyak seperti ada pustu juga 8, komputernya dua, printernya</p>	<p>Masih kurang, alat habis pakai itu kadang kita kurang, seperti hanscoon, betadine, klorotil. Kadang kita memenuhi sendiri</p>	<p>Sarana dalam arti, dari dinas yang mendroping, untuk pelayanan satu dua tidak sih banyak kadang kita</p>

	<p>sekali. Sehingga apa yang menjadi kebutuhan puskesmas yang prioritas itu saja yang bisa dibuatkan kontrak, Untuk ATK misalnya tinta printer mereka menggunakan yang berbeda-beda antara puskesmas. Misalnya Epson belum tentu yang lain Epson.</p>	<p>juga sering dipakai. Bergilir jadinya make komputernya.</p>	<p>dulu</p>	<p>mengadakan sendiri, Tidak banyak sih, kadang jarum heating, dari anggaran yang dikelola puskesmas</p>
	<p>Dulu ada . dulu sebelum persalihan ditanggung oleh jampersal. Sekarang dari 2011 setelah ada program jampersal untuk persalihan neonatus dan nifas itu tidak ditanggung JKBM tetapi dengan jampersal. Dulu ada kita kerjasama denganswasta, bidan swasta untuk ANC, persalinan, nifas termasuk neonatus dan ada MOU. Sekarang tidak ada,</p>	<p>Tidak ada pihak swasta yang terlibat</p>	<p>Tidak ada. Selama ini ga ada ya BPS atau klinik yang lain ikut JKBM</p>	
<p>Pencatatan Pelaporan</p>	<p>Meraka melayani pasien di puskesmas mereka membuat form F1c dibawa ke Dinas untuk diverifikasi bisa tiap 1 minggu, tiap 2minggu tergantung jumlah pasien seperti Puskesmas Abiansemal 1 pasiennya banyak bisa tiap minggu kesini. disalin ke Form C kemudian dibuatkan F5 untuk pengamprahan uang ke propinsi.</p>	<p>Ada harian, ini merupakan rekapan dari hasil pelayanan di poli, UGD atau di Pustu, yang ini dibawa ke dinas setiap minggu untuk diverifikasi oleh tim verifikator. Kemudian laporan bulanan tentang pelayanan JKBM</p> <p>Pelaporannya ada, ada laporan bulanan, jumlah kunjungannya, juga data dari pustu-pustunya, kita cek</p>	<p>Rekapitulasi klaim biaya pelayanan kesehatan dengan JKBM tiap hari kita rekap, pelaporannya tiap bulan kita buat jenis tindakanya, jumlah pasiennya serta rekapan besarnya dana dari tindakan tersebut yang dikelompokkan berdasarkan alamat pasien per kabupaten.</p> <p>Pertamakan itu direkap dari Form A namanya, tindakan,</p>	<p>Pasien datang ke loket ia mendaftar,, istilahnya sistem computer, istilahnya SIK untuk JKBM, nah ini yang yang belum bisa. Jadi untuk sekarang pasien mendaftar diloket dengan kelengkapan kemudian diberi pelayanan, dicatat diperiksa kelengkapan, apakah sesuai. Kalau perlu dirujuk pasien harus melengkapi keterangan dari desa. Setelah dilayani, berkas</p>

			besar tindakan dan sebagainya, kemudian laporan keuangannya trus Form 5 pengamprahan keuangannya trus pengamprahan dana hibah, hibah perdana habis yang perbulan form 5	pasien dikumpulkan dicatat di blanko diregister ada disana kemudian pasien juga menandatangani. Data pasien akan diambil oleh tim pengelola ke masing-masing poli. Tim pengelola akan mengolah mencatat dan melaporkan lagi.
Sasaran	Pendataan berdasarkan SK bupati, tiap Puskesmas ada. Tiap desa sudah tercantum. Mekanismenya dari kepala lingkungan ke desa ke camat trus ke kabupaten dibuatkan penetapan masyarakat yang mendapat jaminan JKBM kemudian ke propinsi untuk menetapkan pengeluaran Kartu. Disini pada awal JKBM karena minta data dari desa lama sekali sehingga menggunakan data dari catatan Sipil, karena dasarnya penerbitan KTP. Data itu yang diedit. Karena sulit itulah sehingga mungkin setelah kartu disebar tidak pas sekali	Kita juga belum sempat ngecek apakah semua sarannya sudah masuk ke komputer JKBM yang ada di loket	Katanya masuk di JKBM center, setelah E-JKBM	Setahu saya sasaran khusus itu tidak ada, tidak spesifik sekali. Yang kita layani selama yang datang ke puskesmas atau ke pusling, saya tidak tahu persis. Mungkin tim pengelola yang lebih tahu.
	Belum banyak kartu yang beredar, saat ini beberapa yang belum punya kartu akan diinventaris lagi akan di data lagi tahun 2012 ini untuk penerbitan kartu.	Ada beberapa yang sudah punya kartu tapi karena komputernya itu juga belum bisa dipakai, sepertinya tidak banyak yang sudah punya kartu yang dibagikan di kantor desa.	Saya rasa sudah, dan lebih banyak yang belum hanya sebagian kecil saja yang punya E JKBM	

Soialisasi	Kita berjenjang, kita ke puskesmas sudah, kita ke masyarakat sudah. Kita kumpulkan di kantor desa, atau tokoh-tokoh di undang oleh camat diadakan di kantor camat. Nanti dari puskesmas yang akan melanjutkan ke bawah.	Setiap ada perubahan, SK gubernur, bupati selalu disosialisasikan. Yang terakhir tentang pengoperasian komputer ini, E-JKBM, ada juga untuk pengelolaan keuangan, tentang perubahan dari dari dana hibah ke bansos, untuk kepala puskesmas tentang keluhan-keluhan tentang JKBM.	Setiap ada perubahan kita dirapatkan, dari dinas propinsi. Yang saya ingat 2 kali pertama baru ada JKBM, yang kedua sekitar sebelum lalu bahwa sekarang JKBM dikelola oleh sebuah UPT dan disananya namanya dana hibah Pernah supervise tentang keuangan tentang kendala di bawah dan apa yang kurang.	Sosialisasi dari atas turunnya ke tim pengelola, kemudian disosialisasikan pada semua staf yang lain Dari desa mungkin juga sudah mengetahui, dan sambil berjalan juga saat pasien datang kita beri KIE tentang aturan baru mungkin yang ada yang harus dilengkapi. Untuk sosialisasi khusus ke lapangan tidak ada
Pelayanan Kesehatan		Yang bisa dilayani itu rawat jalan, rawat inap juga, pertolongan persalinan, di puskesmas kita ada poli umum, poli KIA dan KB, poli jiwa, poli anak, untuk pelayanan spesialis yaitu kandungan dan spesialis jiwa setiap hari Selasa saja. Kita juga ada laboratorium untuk pemeriksaan darah atau yang lain. Spesialis anak dan penyakit dalam sudah lama kita tidak melayani. Kita juga melayani UGD 24 jam. Kita ada VCT juga untuk metadone	Di puskesmas melayani pasien, untuk yang rawat jalan di poli-poli, dan UGD kita 24 jam, di poli KIA/KB, poli umum, poli jiwa, poli gigi, pelayanan spesialis kandungan dan jiwa seminggu sekali, setiap hari Selasa. Pertolongan persalinan juga dan rawat inap, tapi untuk persalinan sekarang per Juni 2011 ditanggung dengan Jampersal, Dan melayani methadone juga di klinik VCT cedana. pemeriksaan lab juga dilayani seperti HB, glukosa, golongan darah dan lain-lain.	Dari dulu sebelum ada JKBM puskesmas Abiansemal I melayani UGD 24 jam, pertolongan persalinan dan rawat inap disamping melayani rawat jalan di poli umum, gigi, KIA/KB dan poli jiwa, kalau dulu kita juga ada pelayanan spesialis penyakit dalam dan anak selain spesialis kandungan dan jiwa. Sekarang untuk pelayanan spesialisnya hanya kandungan dan jiwa saja setiap hari Selasa. Untuk pemeriksaan lab kita melayani pemeriksaan HB, golongan darah, glukosa, PPT, feses seperti bisa, untuk DL dan widal reagenya yang tidak ada
	Kunjungannya puskesmas meningkat, Kalau di PPK pertama mungkin bisa teratasi,	Bermanfaat sekali, karena dilihat dari kunjungan sangat meningkat, dan yang	Animo masyarakat tinggi sekali sekarang apalagi sekarang dengan berlakunya	Dengan adanya program JKBM jelas mendukung, merespon positif istilahnya,.

	<p>pelayanan dapat dilakukan dengan baik</p>	<p>menggunakan JKBM juga meningkat dan yang terakhir ini kita kan Badung dulu gratis perdanya, akhir 2011 ini ada perda baru, , jika tidak menggunakan JKBM masyarakat baya sesuai perda, jadi masyarakat makin banyak yang menggunakan JKBM.</p>	<p>perda daerah jika mereka bawa KTP dan kelengkapannya mereka tidak kena biaya sesuai Perda. Jadi pasien makin banyak, makin banyak yang menggunakan JKBM</p>	<p>Dulunya ia harus membayar sekarang dengan adanya JKBM ya lumayan bisa membantu. Keluhan pasien tidak begitu berarti , tidak ada</p>
Manfaat	<p>Secara keseluruhan sangat bermanfaat sangat membantu masyarakat kita,</p>	<p>Kalau dibilang memberatkan sih mungkin karena programnya masih baru kita masih bingung gitu dan juga menggunakan komputer, tapi kalau sudah berjalan lancar-lancar saja, dan manfaatnya kita dapat jaspelnya itu yang lumayan.</p>	<p>Tidak memberatkan, kita memberikan pelayanan ke masyarakat, masyarakat tidak ribet tidak bawa uang bisa berobat Bermanfaat bagi puskesmas, pasien bertambah, income kita juga bertambah dengan JKBM ini. Pemambahan pendapatan puskesmas karena dari jasa pelayanan. Semua merasakan mafaatnya.</p>	<p>Banyak jadinya kunjungannya, berbondong-bondong mereka datang istilahnya, jadi diharapkan semua masyarakat itu teransuransi masyarakat yang tidak memiliki jaminan kesehatan.</p>
	<p>Masyarakat sangat antusias dan menyambut dengan baik, kunjungan puskesmas meningkat walau sebagian dulu ada yang enggan karena kesulitan mengurus seperti KTP atau fotokopy</p>	<p>Masyarakat paling merasakan, lumayan membantu pengobatan pasien, kunjungan meningkat.</p>	<p>Yang pertama paling merasakan ya masyarakat</p>	<p>Masyarakat sangat merasakan manfaat dari program ini</p>
Kedala	<p>Keluhannya banyak.. yang masalah kan puskesmas itu tidak boleh mengelola dana sedangkan kebutuhannya banyak tidak hanya ATK, barang habis pakai,</p>	<p>Hambatannya tenaganya itu, kadang-kadang kita kerepotan, sekarang di anjurkan menggunakan komputer, system E-JKBM masih belum</p>	<p>Yang masalah kelengkapan dari pasien saja kadang-kadang kendalanya. Orang-orang tua itu biasanya jarang mereka bawa KTP.</p>	<p>Kalau dari petugas sendiri yaitu yang pertama kelengkapan pasien kurang, mungkin karena tidak tahu atau kurang informasi,</p>

	<p>seperti kadang-kadang fotocopy. walaupun kita memberikan dana untuk fotocopy tapi jumlahnya tidak seberapa</p> <p>Kadang-kadang tidak sinkron antara tim pengelola, antara yang diklaim dan yang dilaporkan kadang ada misnya sedikit tapi selama ini dapat berjalan lancar</p>	<p>paham kita. Kita juga belum paham, pernah dilatih tapi belum bisa.</p>	<p>Pelatihan masih kurang seperti kemarin dilatih komputerisasi kita basiknya bukan IT</p> <p>E JKBM belum maksimal jalannya karena kartunya baru 2011 akhir ya baru keluar, Kendalanya karena kita basiknya bukan IT kita belum bisa, jadi pelatihan sekali sudah tidak ingat</p>	<p>Kedua pasien kadang yang sudah dirumah sakit baru mencari rujukan ke puskesmas Solusinya pasien mencari surat keterangan dari pihak RS</p> <p>Kita terbentur dengan suatu standar yang harus kita turuti tapi tidak apa-apa, tidak masalah kita jalani</p>
<p>Pendapat/ Harapan</p>	<p>Cakupan pelayanan sudah tercukupi, kunjungannya puskesmas meningkat. Penggunaan dana sudah transparan karena diperiksa BPK, penemuan BPK hanya penyeterannya yang kadang terlambat mungkin untuk alokasi keperluan lain sebelum dananya datang. Untuk hal-hal lain, atau keperluan sendiri tidak ada temuan karena tidak ada. Harapan mungkin untuk pengobatan yang dibatasi seperti anggaplah cuci darah yang hanya ditanggung 6 kali saja bisa ditanggung semua karena seumur hidupnya kan perlu cuci darah. Juga kecelakaan lalu lintas.</p>	<p>Kalau kedepannya Tenaga kita ditambah lagi, sarana ditambah seperti komputer, kita sih maunya ada pemdampingan untuk mempelajari penggunaan computer mungkin beberapa bulan untuk E-JKBM ini Sarana dan prasarana lebih dipercepat turunnya dan jumlahnya juga di tambah</p>	<p>Kunjungan pasien setelah adanya JKBM ini sudah pasti bertambah, kualitas pelayanan ke masyarakat juga, jadi semua masyarakat dapat kita layani, tidak perlu bawa uang misalnya jika perlu tindakan lanjut seperti perawatan luka atau tindakan lain bias kita layani, Pengelolaan keuangannya transparan, sebelumnya data telah diverifikasi, kita juga sudah tahu berapa jasa pelayanan pasien. semua tidak ada ditutupi. Harapannya pelatihan petugas juga ditambah minimal</p>	<p>Memperbaiki dengan ada suatu sistem atau standar yang baku, mungkin sudah mengarah kesana Mudahan sistem online bisa terlaksana, sistem online seperti yang diharapkan sekarang ini terbengkalai, harus ada tenaga IT disana Admistrasi itu dan birokrasi juga agar bisa diminimalisir Dulunya tidak ada, harus ada pasien tanda tangan bahkan kadang sampai 5x jadi itu memerlukan tenaga selain pelayanan kita juga mengurus administrasinya.</p>

**MATRIK HASIL FOCUS GROUP DISSCUSSION (FGD)
MASYARAKAT PENGGUNA JKBM**

Variabel	Masyarakat 1	Masyarakat 2	Masyarakat 3	Masyarakat 4	Masyarakat 5	Masyarakat 6
Sosialisasi	Dikasi rujukan sama dokter ke RSUD dan disaranin untuk mencari JKBM ke kantor desa. Dari situlah saya tahu tentang JKBM	Saya tahu dari keluarga.	Dari tetangga di depan rumah,	Dari kepala lingkungan banjar yang mengadakan sosialisasi, katanya ke RS pakai JKBM	Pertama sih dari dokter di puskesmas yang ngasi tahu. Tapi pengarahannya pas rapat di banjar di balai banjar juga ada	Dari puskesmas Dengar dari tetangga juga opname di RS pake JKBM, tapi saya belum begitu tahu,
	Belum pernah, tahu JKBM dari dokter pas berobat ke Puskesmas	Belum, kalau berobat hanya dimintain KTP saja, Saya sering berobat kesini tapi belum pernah menggunakan JKBM.	Belum pernah, katanya kalau ke RS biar tidak bayar bisa pakai JKBM	Belum Pernah, sekarang setiap berobat ke kesini selalu dimintain KTP dan surat dari desa	Ya di sosialisasikan di balai banjar	Belum pernah, kalau ke puskesmas hanya bawa KTP saja dan gak bayar
	Sosialisasi masih kurang.. Melalui TV, Radio, poster lebih diperjelas. Tetapi lebih baik langsung ke kantor desa, ke banjar-banjar seperti PKK, posyandu	Saya sering dengar orang pakai JKBM, jadi sudah disosialisasikan tapi sepertinya banyak juga yang belum tahu, Sebaiknya sih disiarkan di TV, atau di banjar juga bisa pas ada posyandu itu, biar semua masyarakat tahu.	Masyarakat perlu disampaikan lagi tentang JKBM, selama ini hanya Informasinya dari mulut ke mulut	Kalau di puskesmas juga pakai JKBM, kita perlu diinformasikan juga.	Sudah disosialisasikan, tapi sepertinya belum semua masyarakat yang tahu JKBM, Di puskesmas juga dapat melihat poster JKBM, selain itu kita juga bisa tanya langsung ke petugas	Pernah dengar tapi belum mengerti, menurut saya kalau mau pakai JKBM langsung saja tanya ke petugas
Kepesertaan	Mempunyai KTP Bali, Kartu KK, bersedia mendapat pelayanan kelas tiga, dan belum mempunyai jaminan kesehatan	Kalau menurut saya kita tinggal nunjukin kartu JKBM. Tapi saya belum begitu tahu tentang JKBM.	Waktu itu anak saya ngurus suratnya didesa, saya cuma dimintai KTP aja, saya kurang tahu persyaratannya	KTP, dan kartu KK	KTP bagi yang punya KTP, yang belum punya cukup dengan kartu KK saja, dulu ibu saya opname di RS dimintain surat dari desa juga	Kalau pakai JKBM ke RS bawa surat dari desa, trus ada yang bilang ngurus di dinas sosial juga

	Saya gak ada kartu JKBM, saya juga gak tahu , JKBM itu ada kartunya ya	Saya ada, 1 kartu untuk 1 keluarga, tapi saya kesini dimintain KTP, kartu belum bisa dipakai katanya	Saya gak tahu kartu JKBM	Saya gak punya, emangnya ada kartu JKBM	Belum, belum punya	JKBM ada kartunya ya
	Sama saja dengan pasien biasa, Cuma harus melengkapi KK, KTP dan surat keterangan dari kantor desa pas mendaftar di loket.	Pertama daftar dulu di loket, pas itu tunjukin, kita serahkan KTP saja, trus nunggu di tempat berobat sampai dipanggil	Di puskesmas kita daftar di loket, serahin KTPnya, trus tunggu sampai di panggil	Kalau puskesmas daftarnya seperti biasa saja, hanya tambahannya harus bawa KTP atau fotokopi KK	Kita bawa KTP atau kartu KK ke puskesmas sama Kartu keterangan tidak mempunyai jaminan dari desa kalau berobat ke Rumah sakit	Kalau ke RS baru pakai JKBM, puskesmas biasanya bawa KTP atau KK biar gak bayar,
	Saya sampai RSUD saja, kurang tahu ya pemakaiannya bisa sampai tingkat mana, kayaknya seluruh Bali, kan namanya Bali Mandara.	Kalau JKJ kan hanya di Jembrana, ya lebih bagus JKBM ya, saya rasa bisa kemana saja seluruh Kabupaten	Kalau JKBM itu di pakai kalau berobat ke RS, di RS Kapal (RSUD), sampai RS Sanglah juga pakai JKBM katanya	Tetangga saya opname di RS Sanglah (RSUP) katanya pakai JKBM	Saya pernah berobat sampai di RSUD selain puskesmas, tapi sampai RSUP Sanglah pun bisa menggunakan JKBM	Di RS Kapal, di RS Sanglah juga pakai JKBM, kalau puskesmas pakai KTP saja
Pelayanan Kesehatan	Setahu saya yang ditanggung pelayanan kelas tiga saja Dan yang tidak ditanggung untuk kecantikan	Kurang tahu kalau di puskesmas bagaimana, yang jelas kalau pakai JKBM yang ditanggung kelas III	Kurang tahu kalau JKBM tapi berobat ke puskesmas selalu dilayani, kalau obatn tidak ditanggung baru kita bayar	Karena gratis yang ditanggung di kelas III	Saya kurang tahu, selama ini di puskesmas selalu dilayani, yang jelas kalau opname di RS pasti di kelas III	Yang ditanggung JKBM kalau berobat ke RS kelas III
	Penyakit ringan, di puskesmas saja cukup, yang penting kita sembuh, kalau harus ke RS nanti juga dikasi rujukan	Saya biasa berobat ke puskesmas, apalagi disini selalu ada dokternya, puskesmasnya terus buka dan gratis, gak perlu bayar kalau udah	Puskesmasnya dekat dari rumah saya, bukanya 24 jam, disini juga ada dokter spesialis dan ke puskesmas bawa KTP saja gratis, gak	Karena bawa KTP saja di puskesmas bisa gratis, pertama saya pasti ke puskesmas, kalau memang perlu ke RS nanti disuruh	Sejak JKBM ini saya sering ke puskesmas, saya sebenarnya ada tanggungan dari Jamsostek perusahaan tapi tempatnya sangat jauh kalau saya kesana.	Saya memang dari dulu sering ke puskesmas kalau berobat, apalagi sekarang bawa KTP aja gak bayar, dulu

		bawa KTP.	perlu bayar.	sama dokternya	Kalau penyakitnya ringan saya di puskesmas saja, kalau sampai opname saya gunakan tanggungan dari perusahaan.	kalau berobat sore masih sepi, sekarang sore juga ngantre pasiennya.
	Biasanya gratis, kecuali obatnya tidak ditanggung	Katanya ada beberapa yang tidak ditanggung dengan JKBM, kalau saya berobat kesini juga kadang bayar katanya obatnya diluar tanggungan.	Kalau sudah bawa KTP, berobat ke Puskesmas Saya tidak pernah bayar	Saya selalu bawa KTP, jadi gak pernah bayar	Ya pernah diminta biaya tambahan, waktu itu anak saya gendongan (Parotitis), obatnya tidak ditanggung JKBM	Kalau obatnya gak ada baru bayar, atau kita beli sendiri
Kualitas Pelayanan	Ya pelayanannya baik sama saja pelayanan dengan JKBM dan yang tidak JKBM	Saya rasa pelayanannya bagus, saya sering berobat kesini, biarpun malam2, selalu dilayani, selalu ada yang jaga	Tergantung petugas yang jaga ya, sebagian besar sih baik tapi ada juga yang tidak bagus melayani, ngasi tahunya tidak ramah	Kalau di puskesmas sama saja,	Saya rasa pelayanannya bagus kalau dibandingkan pelayann yang dulu, sekarang petugasnya sudah lebih ramah melayani	Di puskesmas pelayanannya sama saja, bawa KTP/tidak selalu dilayani, tapi disarankan bawa KTP biar gak bayar
	Cukup puas	Ya puas	Pelayanannya puas, Cuma kalau pagi, kadang lama nunggu dokter	Biasa saja ya, saya tidak ada masalah	Ya, cukup puas	Sekarang sudah lebih baik ya, daripada yang dulu,
	Tidak ada perbedaan sama saja	Sama saja disini kita selalu dilayani	Sama saja, bedanya sekarang bawa KTP biar ga bayar	Sama saja	Kalau di puskesmas tidak dibedakan, sama saja	Sama saja, gak bawa KTP karena lupa bawa KTP
Harapan	Lebih disosialisasikan lagi Trus dokternya	Untuk kartu JKBMnya biar bisa dipakai dinama saja	Walau pemerintahnya ganti, ya semoga	Mudah-mudahan JKBM ini tidak berhenti dan semua	Supaya JKBM ini tetap berlanjut dan di puskesmas ini ada	Tetap berlanjut dan biar lebih bagus ajalah

	ditambah biar tidak lama pelayanannya lebih lancar di RS.		programnya tetap berjalan	bisa ditanggung	dokter spesialisnya tidak perlu ke RS dan menunggu giliran lama.	
Kendala	Pas nyari JKBM di desa, agak lama Di RS juga lama, nunggu dokter, ngantre diapotik juga lama, gak tau kenapa, mungkin petugasnya perlu ditambah.	Belum pernah ya, tapi kita harus fotokopi terus kalau berobat, kadang kita lupa jadi harus balik lagi, kartu JKBM gak di pakai	Di puskesmas pernah saya nunggu dokter lama sekali. Kalau pake JKBM saya gak tahu apa kendalanya	Tidak ada kendala saya berobat ke puskesmas. Katanya JKBM itu kamarnya selalu penuh.	Untuk di Puskesmas tidak ada ya, di rumah sakit itu nunggunya lama sekali	Gak ada masalah ya, Cuma pas berobat sore karena tidak ada antrian, yang duluan bisa dapat belakangan
Manfaat	Orang lebih sadar kesehatan, lebih mau berobat, dulu ditunda, sekarang segera berobat karena biayanya ditanggung apalagi masyarakat menengah ke bawah.	Dengan JKBM bagus sekali, jadi dengan kartu ini saja kita bisa berobat kemana-mana, tidak hanya di satu kabupaten saja	Bagus kalau berobat dibayari, jadi udah sakit gak perlu pusing lagi mikirin biaya.	Kalau ke RS pakai JKBM sangat membantu meringankan biaya berobat walau kelas III	JKBM ini program dari gubernur program yang sangat mulia. Sangat membantu masyarakat, untuk masyarakat yang tidak mampu atau tidak mempunyai jaminan	Ya bagus, kalau ada yang bayarin, terutama kalau sampai opname