



UNIVERSITAS INDONESIA

**ANALISIS IMPLEMENTASI PROGRAM JAMKESMAS
DI RUMAH SAKIT PMI BOGOR
TAHUN 2012**

SKRIPSI

**RINI ARDIANTY
NPM : 1006821584**

**FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
PROGRAM STUDI ILMU KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS INDONESIA
DEPOK
JULI 2012**



UNIVERSITAS INDONESIA

**ANALISIS IMPLEMENTASI PROGRAM JAMKESMAS
DI RUMAH SAKIT PMI BOGOR
TAHUN 2012**

SKRIPSI

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

**RINI ARDIANTY
NPM : 1006821584**

**FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
PROGRAM STUDI ILMU KESEHATAN MASYARAKAT
PEMINATAN MANAJEMEN RUMAH SAKIT
UNIVERSITAS INDONESIA
DEPOK
JULI 2012**

HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

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

Nama : Rini Ardianty

NPM : 1006821584

Tanda Tangan : 

Tanggal : 13 Juli 2012

SURAT PERNYATAAN

Yang bertanda tangan di bawah ini, saya :

Nama : Rini Ardianty

NPM : 1006821584

Mahasiswa Program : Sarjana Kesehatan Masyarakat

Tahun Akademik : 2011/2012

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

**ANALISIS IMPLEMENTASI PROGRAM JAMKESMAS
DI RUMAH SAKIT PMI BOGOR
TAHUN 2012**

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

Demikian surat pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya.

Depok, 13 Juli 2012



(Rini Ardianty)

HALAMAN PENGESAHAN

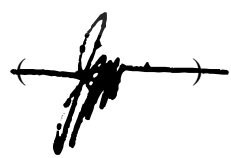
Skripsi ini diajukan oleh :
Nama : Rini Ardianty
NPM : 1006821584
Program Studi : Kesehatan Masyarakat
Judul Skripsi : Analisis Implementasi Program Jamkesmas di
Rumah Sakit PMI Bogor Tahun 2012

Telah berhasil dipertahankan di hadapan Dewan Penguji dan diterima sebagai bagian persyaratan yang diperlukan untuk memperoleh gelar Sarjana Kesehatan Masyarakat pada program Studi S1 Ekstensi, Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Indonesia.

DEWAN PENGUJI

Pembimbing : Prof. dr. Hasbullah Thabrany, MPH., Dr.PH ()

Penguji : Prof. dr. Purnawan Junadi, MPH., PhD ()

Penguji : Habib Priyono, SKM., M.Si ()

Ditetapkan di : Depok

Tanggal : 13 Juli 2012

DAFTAR RIWAYAT HIDUP

Nama : Rini Ardianty, Amd.
Jenis Kelamin : Perempuan
Tempat Tanggal Lahir : Banda Aceh, 10 Mei 1989
Agama : Islam
Alamat : Jl. Tgk. Chik Dipineung V No. 18A Kp. Pineung
Banda Aceh 23116
Telepon/HP : 085213132228
Email : rini.ardia@gmail.com

PENDIDIKAN FORMAL

1	FKM UI Peminatan Manajemen Rumah Sakit	2010 – 2012
2	D3 Perumahsakitan FK UI	2007 – 2010
3	SMAN 3 BOGOR	2005 – 2007
4	SMAN 4 Banda Aceh	2004
5	SMPN 6 Banda Aceh	2001 – 2004
6	SDN 24 Banda Aceh	1995 – 2001
7	TK Ikal Dolog Banda Aceh	1993 - 1995

KATA PENGANTAR

Dengan mengucapkan puji dan syukur kehadirat Allah SWT, serta limpahan rahmat dan karunia-NYA saya telah dapat menyelesaikan skripsi yang berjudul “**Analisis Implementasi Program Jamkesmas di RS PMI Bogor Tahun 2012**”, yang merupakan salah satu syarat untuk memperoleh gelar sarjana Kesehatan Masyarakat Jurusan Manajemen Rumah Sakit pada Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia, Depok. Saya menyadari bahwa, tanpa bantuan dan bimbingan dari berbagai pihak, dari awal perkuliahan sampai pada penyusunan skripsi ini, sangatlah sulit bagi saya untuk menyelesaikan skripsi ini. Oleh karena itu, pada kesempatan ini saya mengucapkan terima kasih kepada :

1. Bapak Prof. dr. Hasbullah Thabrany, MPH., DrPH selaku Pembimbing Akademik yang telah meluangkan waktu, kritik, dan saran yang membangun dalam penulisan skripsi ini;
2. Bapak Habib Priyono, SKM, M.Si., selaku pembimbing lapangan yang telah memberikan petunjuk dan bimbingan dalam penyusunan skripsi ini;
3. Bapak Prof. dr. Purnawan Junadi, MPH., PhD selaku dosen Penguji yang telah memberikan masukan yang membangun dalam skripsi ini;
4. Ayahanda Salahuddin, dan Ibunda Nurjannah Haitami yang selalu memberikan dukungan baik moriil maupun materiil. Mendo'akan tanpa lelah, dan membuatku untuk tidak putus asa. Tanpa kalian adek mungkin tidak bisa menjadi seperti sekarang.
5. Abang Rizki Ardiansyah, abangku satu-satunya dan abang yang terbaik yang tak pernah henti mengingatkan dan memberikan dukungan serta masukan dalam hidupku.
6. Ketua Departemen AKK Bapak dr. Adang Bachtiar, MPH., DSc dan seluruh staf pengajar pada Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia;
7. Mba Nevi dan Mba Dian di Departemen AKK yang telah membantu dan bersedia untuk direpotkan dalam mengurus surat menyurat;

8. Seluruh karyawan RS PMI Bogor yang membantu penulis untuk mendapatkan data dan informasi dalam menyusun skripsi ini;
9. Angga Setiawan, dan keluarga besarnya yang selalu mendukung, membantu, dan menyemangati saya dalam segala hal;
10. Frida Dini, dan Yovi Rinelza teman berbagi suka-duka yang selalu memberikan semangat, kangen untuk kumpul bersama lagi;
11. Geng *BB-ers* (Kak Dhika, Ririe, Chabul, Edhel, Tete, Gina, Sapi, Cici, Yoel, Mba Mega, Fretta) yang selalu mengingatkan dan mendukung saya dalam penulisan skripsi ini;
12. Mamih, Lya, Tya, Yudi yang selalu mau berbagi dan meluangkan waktu. Pasti kangen sama kalian.
13. August, Rokky, Ito, Nanarif, dan Ucil yang selalu menemani dalam kesendirian Rini di kampus. Keceriaan kalian selalu bikin kangen. Ngobrolan-ngobrolan ringan yang sangat menginspirasi;
14. Mba Elen (Ekst.2009) dan Putri (Reg.08), yang memberikan masukan dan arahan yang sangat membangun dalam penyusunan skripsi ini;
15. Teman-teman Ekstensi 2010 atas motivasi dan dukungannya sehingga saya dapat menyelesaikan skripsi ini;

Akhirnya, saya mengharapkan kritik dan saran yang membangun demi kesempurnaan skripsi ini, sehingga dapat bermanfaat bagi saya sendiri dan pihak-pihak lain yang memerlukannya. Semoga skripsi ini membawa manfaat bagi pengembangan ilmu pengetahuan. Dan semoga Allah SWT selalu melindungi kita. Amien.

Depok, Juli 2012

Penulis

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

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

Nama : Rini Ardianty

NPM : 1006821584

Program Studi : S1 Ekstensi

Departemen : Administrasi dan Kebijakan Kesehatan

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 :

“Analisis Implementasi Program Jamkesmas di RS PMI Bogor Tahun 2012”

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 : 13 Juli 2012

Yang Menyatakan,



(Rini Ardianty)

ABSTRAK

Nama : Rini Ardianty

Program Studi : Sarjana Kesehatan Masyarakat

Judul : “Analisis Implementasi Program Jamkesmas di RS PMI Bogor Tahun 2012.”

Rumah Sakit PMI Bogor telah menyelenggarakan Program Jamkesmas dari awal mula Program tersebut diberlakukan oleh Pemerintah. Pihak rumah sakit memiliki tim yang telah di perbaharui pada april 2012, karena kinerja tim sebelumnya berjalan lambat. Adapun tujuan dari skripsi ini yaitu diketahuinya implementasi Program Jamkesmas di Rumah Sakit PMI Bogor Tahun 2012. Penelitian ini dilakukan dengan menggunakan metode kualitatif deskriptif. Implementasi Program Jamkesmas di Rumah Sakit PMI Bogor sudah berjalan dengan baik sesuai Pedoman Pelaksanaan Jamkesmas. Terlihat dari komitmen, sarana dan prasarana, penanganan pasien dan pengolahan data hingga proses klaim sesuai standar yang ditentukan. Adanya peningkatan pasien Jamkesmas dari waktu ke waktu juga menandakan implementasi Program Jamkesmas berjalan dengan baik. Tidak dipungkiri dalam menyelenggarakan Program Jamkesmas di Rumah Sakit PMI Bogor mengalami kendala, diantaranya revisi koding, dan beberapa tarif INA-CBGs seperti tindakan operasi, perawatan intensif, dan persalinan perlu penyesuaian. Diharapkan pihak rumah sakit dapat melakukan pengajuan revisi tarif INA-CBGs (Advokasi) langsung kepada PPJK.

Kata kunci : Implementasi, Jamkesmas, RS PMI Bogor

xvi + 74 hlm, 2 gambar; 6 tabel; 11 lampiran

Daftar acuan : 27 (2003-2012)

ABSTRACT

Nama : Rini Ardianty

Program Studi : Public Health Program – Undergraduate Program

Judul : “Jamkesmas Program Implementation Analysis at PMI Hospital Bogor in 2012.”

PMI Bogor Hospital has hosted the program from the beginning Jamkesmas program was enacted by the Government. The hospital has a team that has been refurbished in April 2012, due to slow performance of the previous team. The purpose of this thesis is known implementations Jamkesmas Program at the PMI Bogor Hospital 2012. The research was conducted using descriptive qualitative method. Implementation of Jamkesmas Program at the PMI Bogor Hospital has been going well according to the Guidelines for Jamkesmas. Seen from the commitment, infrastructure, patient handling and processing of data to process claims according to the specified standard. An increase in Jamkesmas patients from time to time also marks the implementation of the Jamkesmas Program going well. No doubt in organizing Jamkesmas Program in PMI Bogor Hospital has constraints, including the revision of coding, and multiple rates INA-CBGs such as surgery, intensive care, and labor necessary adjustments. It is expected the hospital to do the filing revised tarif INA-CBGs (Advocacy) directly to PPJK.

Keywords: Implementation, Jamkesmas, RS PMI Bogor

xvi + 74 page, 2 drawings, 6 tables, 11 appendix

List of references: 27 (2003-2012)

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL.....	i
HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS.....	ii
SURAT PERNYATAAN.....	iii
HALAMAN PENGESAHAN.....	iv
DAFTAR RIWAYAT HIDUP.....	v
KATA PENGANTAR	vi
HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI.....	viii
ABSTRAK	ix
ABSTRACT.....	x
DAFTAR ISI.....	xi
DAFTAR GAMBAR	xiv
DAFTAR TABEL.....	xv
DAFTAR LAMPIRAN.....	xvi
1. PENDAHULUAN	1
1.1. Latar Belakang	1
1.2. Rumusan Masalah	6
1.3. Pertanyaan Penelitian	6
1.4. Tujuan Penelitian.....	6
1.4.1. Tujuan Umum	6
1.4.2. Tujuan Khusus	6
1.5. Manfaat Penelitian.....	7
1.6. Ruang Lingkup	7
2. TINJAUAN PUSTAKA.....	8
2.1. Implementasi	8
2.2. Pelayanan Kesehatan di Rumah Sakit	10
2.3. Jamkesmas.....	22
2.3.1. Tata Laksana Pelayanan Kesehatan Bagi Peserta Jamkesmas	22
2.3.2. Pelayanan Tingkat Lanjutan.....	23
2.3.3. Manfaat	26

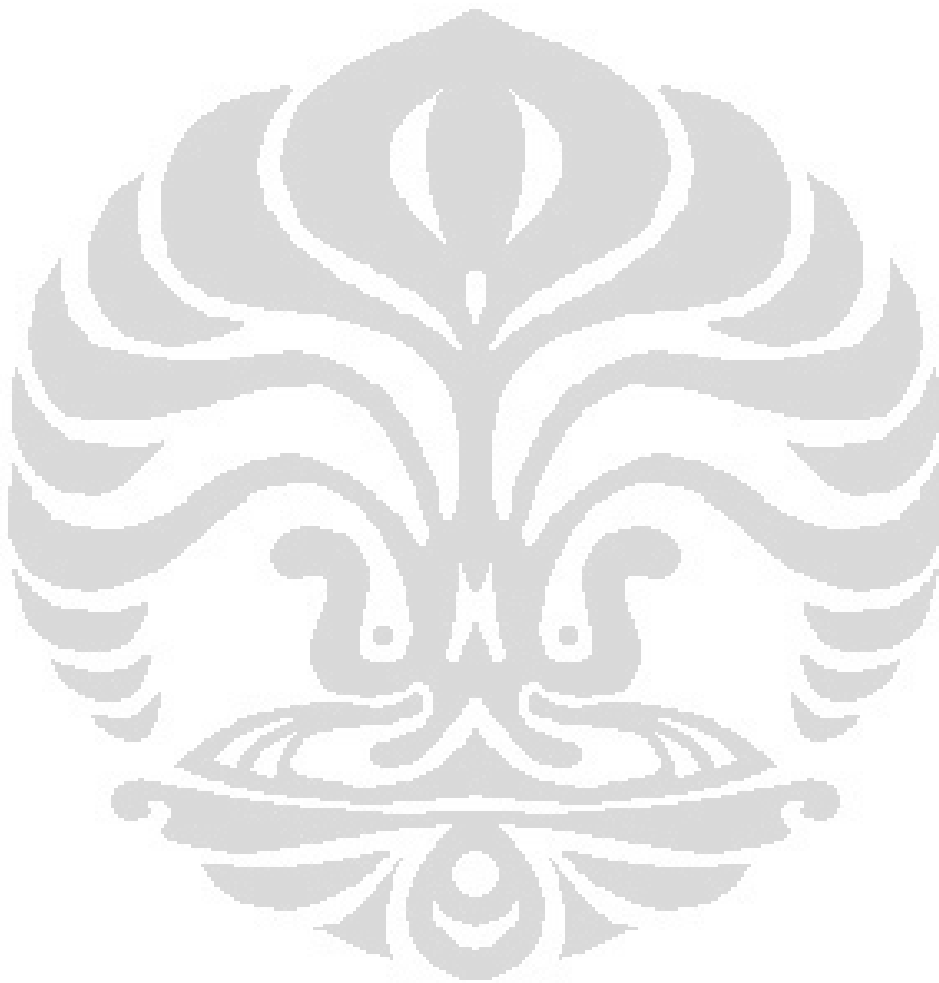
3. KERANGKA KONSEP.....	29
3.1. Kerangka Konsep	29
3.2. Istilah yang Didefinisikan	30
4. METODOLOGI PENELITIAN	32
4.1. Desain Penelitian	32
4.2. Tempat dan Waktu Penelitian	32
4.3. Data dan Sumber Data.....	32
4.4. Metode Pengumpulan Data	33
4.5. Instrumen Penelitian.....	33
4.6. Teknik Analisis Data	33
4.7. Kualitas Keabsahan Penelitian	34
5. GAMBARAN UMUM RS PMI BOGOR	35
5.1. Sejarah RS PMI Bogor	35
5.2. Profil RS PMI Bogor	37
5.3. Visi, Misi, dan Motto RS PMI Bogor	37
5.3.1. Visi RS PMI Bogor	37
5.3.2. Misi RS PMI Bogor	37
5.3.3. Motto RS PMI Bogor	38
5.4. Tujuan, Manfaat dan Fungsi RS PMI Bogor.....	38
5.4.1. Tujuan RS PMI Bogor	38
5.4.2. Manfaat RS PMI Bogor	38
5.4.3. Fungsi RS PMI Bogor.....	39
5.5. Struktur Organisasi RS PMI Bogor	39
5.6. Ketenagaan RS PMI Bogor	40
5.7. Fasilitas dan Pelayanan RS PMI Bogor	41
5.8. Kinerja RS PMI Bogor	44
6. HASIL PENELITIAN	46
6.1. Kerangka Penyajian.....	46
6.2. Karakteristik Informan	46
6.3. Hasil Penelitian.....	47
6.3.2. Sumber Daya.....	48
6.3.3. Karakteristik Organisasi Pelaksana.....	50
6.3.4. Komunikasi Antar Organisasi Terkait dan Kegiatan- Kegiatan Pelaksanaan	51

6.3.5. Sikap Para Pelaksana.....	52
6.3.6. Lingkungan Sosial, Ekonomi, dan Politik	53
6.4. Kendala yang Dihadapi RS PMI Bogor	53
6.5. Harapan dari Tim Pengelola Jamkesmas.....	62
7. PEMBAHASAN	64
7.1. Keterbatasan Penelitian	64
7.2. Implementasi Program Jamkesmas	64
8. KESIMPULAN DAN SARAN	70
8.1. Kesimpulan.....	70
8.2. Saran.....	70
DAFTAR PUSTAKA.....	72
LAMPIRAN	



DAFTAR GAMBAR

Gambar 2. 1 Alur Pelayanan Kesehatan	26
Gambar 3. 1 Bagan Kerangka Konsep.....	29

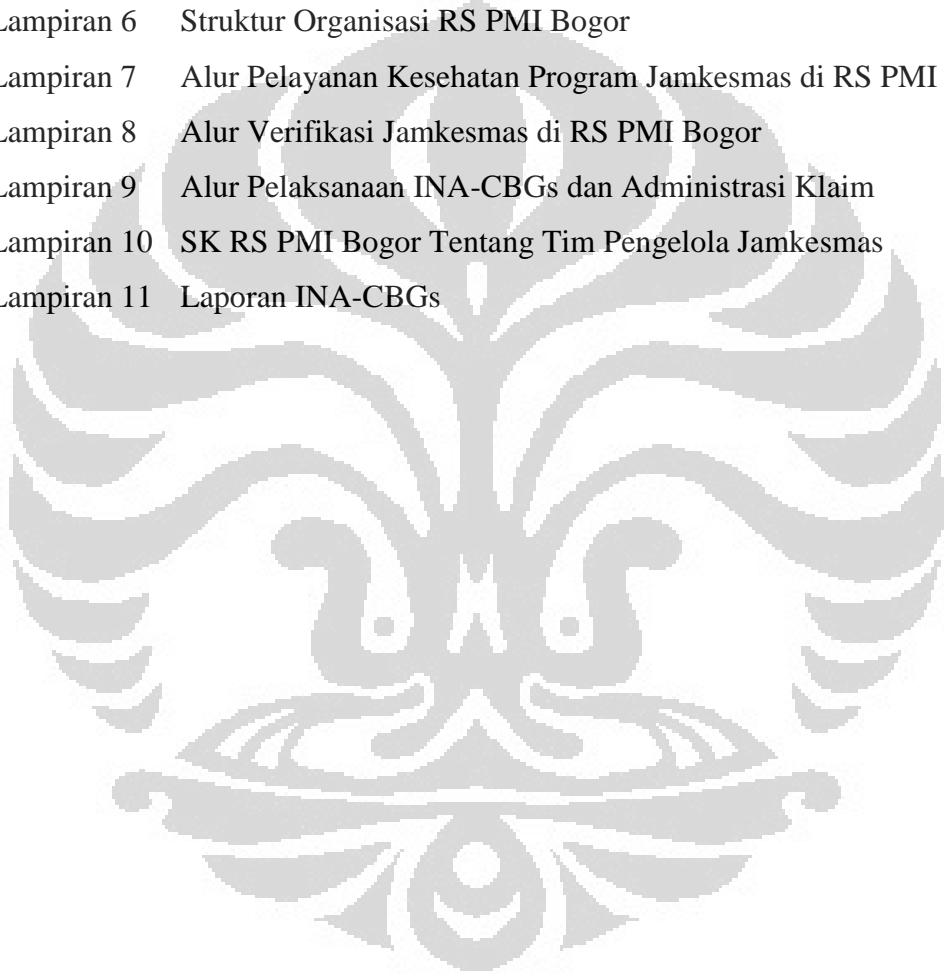


DAFTAR TABEL

Tabel 5. 1	Jumlah Ketenagaan RS PMI Bogor Berdasarkan Status Pegawai Tahun 2011.....	40
Tabel 5. 2	Jumlah Ketenagaan RS PMI Bogor Berdasarkan Status Jenis Pekerjaan Tahun 2011	41
Tabel 5. 3	Kinerja Pelayanan RS PMI Bogor Berdasarkan Indikator Pelayanan Rawat Inap Tahun 2008 – 2010	44
Tabel 6. 1	Jumlah Klaim Pelayanan Jamkesmas Tahun 2011	57
Tabel 6. 2	Jumlah Pelayanan Peserta Jamkesmas Tahun 2011.....	59
Tabel 6. 3	Jumlah Pelayanan Peserta Jamkesmas Tahun 2012.....	60

DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1 Surat Izin Penelitian di RS PMI Bogor
- Lampiran 2 Form Persetujuan Wawancara
- Lampiran 3 Pedoman Wawancara
- Lampiran 4 Pendapat Informan Tentang Jamkesmas
- Lampiran 5 Matriks Wawancara
- Lampiran 6 Struktur Organisasi RS PMI Bogor
- Lampiran 7 Alur Pelayanan Kesehatan Program Jamkesmas di RS PMI Bogor
- Lampiran 8 Alur Verifikasi Jamkesmas di RS PMI Bogor
- Lampiran 9 Alur Pelaksanaan INA-CBGs dan Administrasi Klaim
- Lampiran 10 SK RS PMI Bogor Tentang Tim Pengelola Jamkesmas
- Lampiran 11 Laporan INA-CBGs



BAB I

PENDAHULUAN

1.1. Latar Belakang

Kesehatan merupakan salah satu dari hak asasi manusia, seperti termaktub dalam UUD 1945 juga dinyatakan bahwa setiap orang berhak hidup sejahtera lahir dan bathin, bertempat tinggal dan mendapatkan lingkungan hidup yang baik dan sehat serta berhak memperoleh pelayanan kesehatan. Kesehatan sebagai hak asasi manusia, mengandung suatu kewajiban untuk menyetatkan yang sakit dan berupaya mempertahankan yang sehat untuk tetap sehat.

Derajat kesehatan masyarakat miskin masih sangat rendah berdasarkan indikator Angka Kematian Bayi (AKB) dan Angka Kematian Ibu (AKI) di Indonesia, masih cukup tinggi, yaitu AKB sebesar 26,9 per 1000 kelahiran hidup dan AKI sebesar 248 per 100.000 kelahiran hidup serta Umur Harapan Hidup 70,5 Tahun (BPS 2007). Kondisi ini diakibatkan oleh keterbatasan akses terhadap pelayanan kesehatan yang dipengaruhi oleh faktor kemampuan ekonomi. Seperti yang kita ketahui, biaya kesehatan yang meningkat dari waktu ke waktu menjadikan masyarakat miskin semakin jauh untuk mendapatkan pelayanan kesehatan. Kendala faktor sosial ekonomi ini memerlukan campur tangan pemerintah untuk melindungi masyarakat miskin melalui kebijakan kesehatan.

Menurut UU Kesehatan pasal 3 salah satunya bertujuan untuk meningkatkan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang agar terwujudnya derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya, sebagai investasi bagi pembangunan sumber daya manusia yang produktif secara sosial dan ekonomis. Kesehatan merupakan kebutuhan manusia yang utama dan menjadi prioritas yang mendasar bagi kehidupan. Hal ini tertuang dalam Konstitusi Negara dan Undang-Undang No.40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) yang mengamanatkan kepada pemerintah untuk memberikan perlindungan bagi fakir miskin, anak dan orang terlantar serta orang tidak mampu yang pembiayaan kesehatannya di jamin oleh pemerintah.

Untuk dapat meningkatkan derajat kesehatan masyarakat banyak hal yang dapat dilakukan, salah satu diantaranya yaitu menyelenggarakan pelayanan

kesehatan yang berkualitas. Pelayanan kesehatan adalah setiap upaya yang diselenggarakan secara bersama-sama dalam organisasi untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan perorangan ataupun masyarakat seperti penyelenggaraan Jamkesmas di rumah sakit. Jamkesmas adalah program bantuan sosial untuk pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin dan tidak mampu.

Jamkesmas adalah program bantuan sosial untuk pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin dan tidak mampu. Program ini diselenggarakan secara nasional agar terjadi subsidi silang dalam rangka mewujudkan pelayanan kesehatan yang menyeluruh bagi masyarakat miskin. (Tinarbuka, dkk:2011)

Menurut lampiran yang dikeluarkan dari Bappenas Surat No. 0030/M.PPN/02/2011 tanggal 2 Februari 2011 tentang penjelasan Data Penduduk Miskin dan Strategi Pemerintah Dalam Mengurangi Kemiskinan. Data jumlah penduduk miskin sebesar 31,023 juta dan data jumlah penduduk penerima bantuan sosial (Raskin dan Jamkesmas) merupakan dua jenis data yang berbeda yang disediakan BPS, masing-masing adalah data makro dan mikro kemiskinan. Jumlah penduduk miskin pada tahun 2010 adalah sebesar 13,33% atau sekitar 31 juta jiwa. Jumlah penduduk miskin penerima bantuan sosial seperti Jamkesmas tahun 2011, diberikan kepada 60,4 juta jiwa (data PPLS-08). Dalam PPLS-08 jumlah RTS (Rumah Tangga Sasaran) bervariasi, antara RTSM (Rumah Tangga Sangat Miskin), RTM (Rumah Tangga Miskin), maupun RTHM (Rumah Tangga Hampir Miskin). Penduduk miskin didefinisikan sebagai penduduk yang memiliki rata-rata pengeluaran per kapita per bulan di bawah garis kemiskinan.

Jumlah penduduk miskin sebesar 31,023 juta jiwa adalah *Data Makro Kemiskinan* yang diukur dengan menggunakan *garis kemiskinan*. Data ini dihasilkan dari Survey Sosial dan Ekonomi Nasional (Susenas). Sedangkan data yang digunakan untuk pemberian bantuan sosial adalah *Data Mikro Kemiskinan* yang dihasilkan melalui survey Pendataan Sosial Ekonomi tahun 2005 (PSE-05) dan telah diupdate dengan Survey Pendataan Program Perlindungan Sosial tahun 2008 (PPLS-08). Survey PSE-05 dan PPLS-08 mengidentifikasi keluarga miskin sampai pada identitas kepala rumah tangga dan alamat tempat tinggalnya.

Data makro kemiskinan adalah data yang hanya menunjukkan jumlah agregat. Data ini dihasilkan dengan menggunakan *nilai garis kemiskinan*, dimana

penduduk miskin didefinisikan sebagai penduduk yang memiliki rata-rata pengeluaran per kapita per bulan di bawah garis kemiskinan. **Garis kemiskinan** dihitung berdasarkan *rata-rata pengeluaran makanan dan non makanan per kapita pada kelompok referensi yang telah ditetapkan*. Kelompok referensi ini didefinisikan sebagai penduduk kelas marjinal.

Komponen Garis Kemiskinan: $GK = GKM + GKNM$, dimana GKM adalah **Garis Kemiskinan Makanan** yaitu nilai pengeluaran kebutuhan minimum makanan yang disetarakan dengan *2100 kilo kalori per kapita per hari*. Paket komoditi kebutuhan dasar makanan 2 diwakili oleh *52 jenis komoditi*. Sedangkan GKNM adalah **Garis Kemiskinan Non Makanan**, yaitu kebutuhan minimum untuk perumahan, sandang, pendidikan, dan kesehatan. Paket komoditi kebutuhan dasar non-makanan diwakili oleh *51 jenis komoditi di perkotaan dan 47 jenis komoditi di perdesaan*.

Berdasarkan data kemiskinan yang bersifat makro ini, angka kemiskinan pada tahun 2010 adalah sebesar **31 juta jiwa** atau sekitar **13,33%** penduduk nasional. Data kemiskinan makro ini digunakan sebagai dasar untuk perencanaan, monitoring dan evaluasi pembangunan secara makro yang dapat digunakan antara lain untuk: 1) Mengetahui jumlah dan persentase penduduk miskin, *poverty gap*, dan *severity index (absolute)*; dan 2) Mengetahui ketimpangan/disparitas akses antar golongan masyarakat: urban/rural, kelompok pendapatan Quintile (*relative*).

Keunggulan data makro kemiskinan adalah dapat digunakan untuk melihat perkembangan jumlah penduduk dengan berbagai karakteristiknya dari waktu ke waktu berikutnya (*time series*). Dengan demikian, perencanaan penurunan tingkat kemiskinan dapat dikaitkan dengan perencanaan pembangunan dalam bidang lainnya seperti perencanaan tingkat pertumbuhan, investasi dan peningkatan kesempatan kerja.

Kelemahan data makro adalah **tidak dapat menunjukkan identitas individu dan keberadaan/alamat mereka**, sehingga tidak dapat digunakan sebagai dasar untuk melaksanakan program-program pembangunan yang bersifat langsung ditujukan kepada masyarakat miskin (*targeting*), terutama untuk program-program yang ditujukan untuk memenuhi akses terhadap pelayanan dasar (kemiskinan non pendapatan). Untuk tujuan tersebut, dan dalam rangka

meningkatkan efektivitas penanggulangan kemiskinan, pada tahun 2005 Pemerintah melengkapi data kemiskinan dengan **data mikro kemiskinan**.

Data mikro kemiskinan diperoleh melalui survey PSE-05 dan diperbaharui melalui PPLS-08 (sumber : BPS), yang dilakukan dengan menggunakan kriteria akses terhadap kebutuhan dasar yang tercermin dalam 16 Kriteria Rumah Tangga Miskin. Untuk mengetahui intensitas kemiskinan dari **Rumah Tangga Sasaran** (RTS), RTS dikelompokkan menjadi rumah tangga sangat miskin (RTSM), rumah tangga miskin (RTM) dan rumah tangga hampir miskin/*near poor* (RTHM). Dasar pengelompokkan tersebut adalah nilai Indeks skor RTS (IRM), yang dihitung dari bobot variabel dan nilai skor variabel terpilih. Dalam kategori diatas, penduduk dalam **Rumah Tangga Hampir Miskin** (RTHM) dapat diklasifikasikan sebagai *penduduk yang berada sedikit diatas garis kemiskinan namun sangat rentan terhadap guncangan ekonomi*.

Rumah sakit sebagai salah satu fasilitas pelayanan kesehatan memiliki peran yang sangat strategis dalam upaya mempercepat derajat kesehatan masyarakat Indonesia. Penyelenggaraan Jamkesmas di rumah sakit merupakan salah satu upaya untuk meningkatkan akses dan kualitas pelayanan kesehatan bagi seluruh masyarakat miskin dan tidak mampu agar tercapai derajat kesehatan masyarakat yang optimal.

Kementerian Kesehatan yang diwakili oleh Kepala Pusat Pembiayaan Jaminan Kesehatan (Kapus PJK) drg. Usman Sumantri, M.Sc. pada 25 Januari 2010 menerima penyerahan hasil Survey Citizen Report Card dari Indonesia Corruption Watch (ICW) di Jakarta. Menurut drg. Usman, Kementerian Kesehatan menerima dengan baik hasil survey tersebut sebagai masukan yang positif kepada Kementerian Kesehatan dan akan ditindaklanjuti untuk memperbaiki kekurangan-kekurangan yang ada. "Kita mengapresiasi kritik dari ICW yang merupakan masukan positif bagi pemerintah," kata (Kapus PJK) drg. Usman Sumantri, M.Sc. dalam keterangan pers, Sabtu (30/1/2010).

Sementara sebelumnya, ICW yang diwakili oleh Ade Irawan, Febri Hendri, dan Ratna Kusumaningsih dari Divisi Monitoring Pelayanan Publik menyebutkan latar belakang diadakannya survey ini adalah karena menurut

amanat Undang-undang, setiap warga negara berhak mendapatkan pelayanan kesehatan.

Survei pelayanan rumah sakit yang digelar Indonesia Corruption Watch (ICW), masih membukukan catatan yang sama dengan survei dua tahun lalu. Kementerian Kesehatan belum menunjukkan kinerjanya mengatasi beragam masalah yang dikeluhkan masyarakat pengguna layanan kesehatan publik.

"Bahkan indikatornya pun sama. Ada tujuh poin temuan survei mengenai keluhan utama rakyat miskin pengguna Jamkesmas, Jeymkeskin, Gakin dan SKTM," ujar Ratna Kusumaningsih, peneliti divisi Monitoring Pelayanan Publik ICW dalam jumpa pers di sekretariat ICW, Jalan Kalibata Timur, Jakarta Selatan, Rabu (22/12).

Ketujuh poin itu adalah, pasien masih mengeluhkan pelayanan rumah sakit, penolakan terhadap pasien miskin, uang muka yang masih harus dibayarkan sebelum pemeriksaan awal, pungutan dalam mendapatkan kartu jaminan berobat, kesulitan mengakses obat, fasilitas rumah sakit yang buruk, serta program berobat gratis yang belum sepenuhnya teralisasi.

Hasil temuan survei ICW yang dilakukan pada 13 oktober-13 November 2010 di 19 rumah sakit di Jabodetabek itu, kata Ratna, tidak jauh berbeda dengan temuan pada survei 2008 dan 2009. "Ini membuktikan Kemenkes belum berbuat banyak," tukas Ratna.

Dari pernyataan diatas peneliti tertarik untuk melihat penyelenggaraan program Jamkesmas di rumah sakit di salah satu daerah yang telah di survey oleh ICW. Bogor merupakan daerah yang termasuk dalam wilayah survey ICW, dan Rumah Sakit (RS) PMI Bogor merupakan salah satu rumah sakit yang ada di Bogor dan memiliki Program Jamkesmas.

Peneliti ingin mengetahui apakah di Rumah Sakit yang berada di Bogor memiliki permasalahan yang sama seperti yang dikemukakan oleh ICW. Untuk itu peneliti ingin melakukan penelusuran lebih lanjut terhadap implementasi program Jamkesmas di Rumah Sakit yang berada di wilayah Jabodetabek khususnya Bogor, tepatnya di RS PMI Bogor pada tahun 2012.

1.2. Rumusan Masalah

Berdasarkan pemaparan sebelumnya dimana hasil survei di rumah sakit pemerintah dan swasta di Jabodetabek menyatakan bahwa terdapat tujuh poin temuan survei mengenai keluhan utama rakyat miskin pengguna Jamkesmas, Jemkeskin, Gakin dan SKTM. Peneliti ingin membahas lebih dalam mengenai permasalahan yang terdapat di Jamkesmas dari tujuh poin tersebut. Apakah ada Pasien miskin yang menjadi pemegang kartu Jamkesmas masih mengeluhkan pelayanan rumah sakit, dimana ditemukan pasien miskin yang enggan menggunakan kartu Jamkesmas diawal pengobatan karena khawatir ditolak berobat secara halus oleh pihak rumah sakit. Penolakan tersebut disertai alasan seperti tempat tidur penuh, tidak memiliki peralatan kesehatan, tidak ada dokter atau obat yang memadai. Pengurusan administrasi yang rumit di rumah sakit merupakan pelayanan paling banyak dikeluhkan oleh pasien miskin.

Berkaitan dengan hal tersebut diatas, maka dilakukan penelitian mengenai Analisis Implementasi Program Jamkesmas di RS PMI Bogor Tahun 2012.

1.3. Pertanyaan Penelitian

- a. Bagaimanakah penyelenggaraan Jamkesmas di RS PMI Bogor?
- b. Faktor apa sajakah yang menjadi pendukung dan penghambat penyelenggaraan Jamkesmas di RS PMI Bogor ?
- c. Bagaimanakah *feedback* yang diberikan pihak RS PMI Bogor kepada PPJK mengenai Jamkesmas?

1.4. Tujuan Penelitian

1.4.1. Tujuan Umum

Diketuinya implementasi Program Jamkesmas di RS PMI Bogor Tahun 2012.

1.4.2. Tujuan Khusus

- a. Diketuinya penyelenggaraan Jamkesmas di RS PMI Bogor.
- b. Diketuinya faktor pendukung dan penghambat penyelenggaraan Jamkesmas di unit rawat inap RS PMI Bogor.

- c. Diketuainya *feedback* yang diberikan pihak RS PMI Bogor kepada PPJK mengenai Jamkesmas.

1.5. Manfaat Penelitian

1. Hasil penelitian ini dapat digunakan oleh pihak RS PMI Bogor dalam rangka meningkatkan penyelenggaraan Program Jamkesmas.
2. Bagi Kemenkes RI sebagai bahan masukan dan evaluasi untuk perbaikan program kesehatan di masa mendatang
3. Bagi FKM-UI sebagai bahan referensi untuk menambah khasanah ilmu pengetahuan dalam bidang administrasi kebijakan kesehatan.
4. Bagi peneliti bertujuan untuk menambah wawasan, pengetahuan dan pengalaman di bidang administrasi kebijakan kesehatan.

1.6. Ruang Lingkup

Penelitian ini mempelajari tentang analisis Implementasi Program Jamkesmas di RS PMI Bogor Tahun 2012. Peneliti memilih RS PMI Bogor sebagai tempat penelitian dikarenakan RS PMI Bogor merupakan salah satu rumah sakit swasta yang memberikan pelayanan kesehatan bagi masyarakat yang menjadi peserta Jamkesmas, dan merupakan rumah sakit rujukan penanganan keluarga miskin wilayah Bogor. Penelitian ini dilakukan dengan metode kualitatif deskriptif dengan menggunakan instrumen riset kepustakaan (*library research*), dan riset lapangan (*field research*) yang berupa observasi, pencatatan, dan wawancara. Penelitian ini dilakukan di RS PMI Bogor dari tanggal 11 Juni sampai dengan 10 Juli 2012.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1. Implementasi

Implementasi merupakan suatu proses untuk memastikan terlaksana dan tercapainya suatu kebijakan. Proses dalam implementasi tersebut dapat berupa pemantauan dan penilaian kegiatan.

Pengertian implementasi menurut Kamus Webster dikutip oleh Solichin Abdul Wahab berupa “konsep implementasi yang berasal dari bahasa Inggris yaitu *to implement*. Dalam kamus besar tersebut, *to implement* (mengimplementasikan) berarti *to provide the means for carrying out* (menyediakan sarana untuk melaksanakan sesuatu); dan *to give practical effect to* (untuk menimbulkan dampak atau akibat terhadap sesuatu)” (Webster dalam Wahab, 2004).

Implementasi merupakan suatu proses tindakan Administrasi dan Politik. Pandangan tersebut sejalan dengan pendapat Peter S. Cleaves dalam Solichin Abdul Wahab (2004) menyebutkan bahwa “implementasi itu mencakup *“a process of moving toward a policy objective by means of administrative and political steps”* (Cleaves, 1980). Secara garis besar beliau mengatakan bahwa fungsi implementasi itu ialah untuk membentuk suatu hubungan yang memungkinkan tujuan-tujuan ataupun sasaran-sasaran kebijakan publik diwujudkan sebagai outcome hasil akhir kegiatan yang dilakukan oleh pemerintah. Sebab itu fungsi implementasi mencakup pula penciptaan apa yang dalam ilmu kebijakan publik disebut *“policy delivery system”* (sistem penyampaian atau penerusan kebijakan publik) yang biasanya terdiri dari cara-cara atau sarana-sarana tertentu yang dirancang atau didesain secara khusus serta diarahkan menuju tercapainya tujuan-tujuan dan sasaran-sasaran yang dikehendaki.”

Menurut Van Meter dan Van Horn (1975) dalam Leo Agustino (2006) mendefinisikan implementasi sebagai “tindakan yang dilakukan oleh Pemerintah maupun swasta baik secara individu maupun kelompok yang dimaksudkan untuk mencapai tujuan dan sasaran yang menjadi prioritas kebijakan”. Van Meter dan Van Horn berpendapat bahwa implementasi tidak hanya dilakukan oleh individu,

tetapi juga dilakukan oleh pejabat, kelompok organisasi pemerintah maupun swasta yang diarahkan untuk mencapai tujuan yang telah ditargetkan dalam suatu keputusan.

Jadi secara etimologis implementasi sebagai suatu aktivitas yang berkaitan dengan penyelesaian suatu pekerjaan dengan penggunaan sarana (alat) untuk memperoleh hasil.

Dari beberapa definisi diatas, implementasi kebijakan menyangkut tiga hal, yaitu: (1) adanya tujuan atau sasaran kebijakan; (2) adanya aktivitas/kegiatan pencapaian tujuan; (3) adanya hasil kegiatan.

Riant Nugroho (2009) dalam bukunya yang berjudul *Public Policy* yang dikutip dari MCN Blog menyebutkan makna dari implementasi kebijakan adalah “cara agar sebuah kebijakan dapat mencapai tujuannya. Tidak lebih dan tidak kurang.”

Dimensi implementasi kebijakan yang paling inti yaitu terletak pada proses kebijakan tersebut. Ada dua pilihan langkah dalam implementasi kebijakan publik yaitu bentuk program langsung diimplementasikan atau melalui formulasi dari turunan kebijakan tersebut. Hal yang paling berat dilakukan adalah mengimplementasikan kebijakan karena pada saat implementasi kebijakan akan ditemukan masalah-masalah yang tidak dijumpai dalam konsep, tetapi muncul di lapangan. Selain itu, ancaman utama dalam implementasi kebijakan yaitu konsistensi kebijakan tersebut.

Kualitas merupakan kebutuhan yang didapatkan oleh konsumen atas harga yang telah ia bayarkan baik itu memenuhi harapan atau melebihi harapan yang berhubungan dengan produk, jasa, sumber daya manusia, proses, dan lingkungan. Kualitas pelayanan mengandung pengertian bahwa pelayanan yang didapatkan oleh konsumen sesuai dengan keinginan atau bahkan melebihi keinginan konsumen tersebut.

Kualitas pelayanan kesehatan bagi seorang pasien dapat diukur dari segi manfaat, ketepatan, ketersediaan, keterjangkauan, kenyamanan, hubungan interpersonal, waktu, kesinambungan, dan legitimasi. Manfaat menunjukkan hasil yang diinginkan seperti kesembuhan. Ketepatan dalam pelayanan yang diberikan rumah sakit sesuai dengan kebutuhan pasien dan standar profesional. Pelayanan

yang mereka butuhkan tersedia, dapat dicapai dan mampu dibiayai pasien. Rumah sakit juga harus dapat memberikan pelayanan yang nyaman, ramah, perhatian, rasa hormat, dan empati yang baik. Memperhatikan waktu tunggu pasien dan sesuai perjanjian. Serta pelayanan kesehatan yang diberikan dilaksanakan secara berkesinambungan, jika pasien memerlukan tindak lanjut perawatan perlu ditindaklanjuti dan dapat dipertanggungjawabkan baik dari segi medik maupun hukum.

Dapat disimpulkan bahwa kualitas pelayanan kesehatan merupakan derajat kesempurnaan pelayanan kesehatan yang sesuai standar profesi dan standar pelayanan dengan menggunakan potensi sumber daya yang tersedia di rumah sakit secara wajar, efisien, dan efektif serta diberikan secara aman dan memuaskan sesuai norma, etika, hukum, dan sosial budaya dengan memperhatikan keterbatasan dan kemampuan pemerintah, serta masyarakat sebagai konsumen.

Pelayanan kesehatan yang baik jika pelayanan kesehatan yang diberikann bermutu. Mutu disini dimaksud adalah tingkat kesempurnaan pelayanan kesehatan yang diselenggarakan. Kesempurnaan dari sudut pandang pihak yang memberikan pelayanan kesehatan dan pihak penerima jasa pelayanan kesehatan, dapat dilihat dari kode etik dan standar pelayanan kesehatan yang telah ditetapkan.

Pasien sebagai penerima jasa pelayanan dari rumah sakit pasti mempunyai harapan-harapan tertentu. Jika pelayanan kesehatan yang diberikan oleh pihak rumah sakit yang diterima dapat memenuhi bahkan melebihi dari apa yang diharapkan. Maka akan tumbuh pemikiran dalam diri pasien tersebut bahwa inilah suatu jasa pelayanan kesehatan rumah sakit yang berkualitas. Harapan pasien inilah yang sering dipakai sebagai standar dalam mengevaluasi kualitas pelayanan kesehatan rumah sakit di masa yang akan datang.

2.2. Pelayanan Kesehatan di Rumah Sakit

Menurut UU Rumah Sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat. Yang dimaksud dengan pelayanan kesehatan paripurna yaitu pelayanan kesehatan yang meliputi promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif.

Pelayanan kesehatan di rumah sakit merupakan bentuk pelayanan yang diberikan kepada pasien oleh suatu tim multi disiplin. Pelayanan kesehatan pada masa kini merupakan industri jasa kesehatan utama dimana setiap rumah sakit bertanggung gugat terhadap penerima jasa pelayanan kesehatan. Kualitas pelayanan kesehatan yang diberikan ditentukan oleh nilai-nilai dan harapan dari penerima jasa pelayanan tersebut.

Menurut UU Rumah Sakit, salah satu pengaturan penyelenggaraan rumah sakit bertujuan untuk meningkatkan kualitas dan mempertahankan standar pelayanan rumah sakit. Berdasarkan jenis pelayanan yang diberikan, rumah sakit dikategorikan dalam Rumah Sakit Umum dan Rumah Sakit Khusus. Rumah Sakit Umum memberikan pelayanan kesehatan untuk semua bidang dan jenis penyakit. Sedangkan Rumah Sakit Khusus memberikan pelayanan utama pada satu bidang/satu jenis penyakit tertentu.

Berdasarkan pengelolaannya Rumah Sakit dapat dibagi menjadi Rumah Sakit publik dan Rumah Sakit privat. Rumah Sakit publik merupakan rumah sakit yang dikelola oleh Pemerintah, Pemerintah Daerah, dan badan hukum yang bersifat nirlaba dimana penyelenggaraannya berdasarkan pengelolaan Badan Layanan Umum (BLU) dan Badan Layanan Umum Daerah (BLUD) sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan. Rumah Sakit privat dikelola oleh badan hukum dengan tujuan profit yang berbentuk Perseroan Terbatas atau Persero.

Dalam rangka penyelenggaraan pelayanan kesehatan secara berjenjang dan fungsi rujukan, rumah sakit umum dan rumah sakit khusus diklasifikasikan berdasarkan fasilitas dan kemampuan pelayanan Rumah Sakit. Klasifikasi Rumah Sakit Umum diantaranya :

- a. Rumah Sakit umum kelas A
- b. Rumah Sakit umum kelas B
- c. Rumah Sakit umum kelas C
- d. Rumah Sakit umum kelas D

Dan untuk Rumah Sakit Khusus diklasifikasikan menjadi Rumah Sakit Khusus kelas A, B, dan C. Klasifikasi Rumah Sakit Umum ditetapkan berdasarkan:

- a. Pelayanan
- b. Sumber Daya Manusia
- c. Peralatan
- d. Sarana dan Prasarana
- e. Administrasi dan Manajemen.

Klasifikasi Rumah Sakit :

1. Rumah Sakit Umum Kelas A

Rumah Sakit Umum Kelas A harus mempunyai fasilitas dan kemampuan pelayanan medik paling sedikit 4 (empat) Pelayanan Medik Spesialis Dasar, 5 (lima) Pelayanan Spesialis Penunjang Medik, 12 (dua belas) Pelayanan Medik Spesialis Lain dan 13 (tiga belas) Pelayanan Medik Sub Spesialis.

Kriteria, fasilitas dan kemampuan Rumah Sakit Umum Kelas A meliputi :

- a. Pelayanan Medik Umum, Pelayanan Medik Umum terdiri dari Pelayanan Medik Dasar, Pelayanan Medik Gigi Mulut dan Pelayanan Kesehatan Ibu Anak /Keluarga Berencana. Pada Pelayanan Medik Dasar minimal harus ada 18 (delapan belas) orang dokter umum dan 4 (empat) orang dokter gigi sebagai tenaga tetap.
- b. Pelayanan Gawat Darurat, Pelayanan Gawat Darurat harus dapat memberikan pelayanan gawat darurat 24 (dua puluh empat) jam dan 7 (tujuh) hari seminggu dengan kemampuan melakukan pemeriksaan awal kasus-kasus gawat darurat, melakukan resusitasi dan stabilisasi sesuai dengan standar.
- c. Pelayanan Medik Spesialis Dasar, Pelayanan Medik Spesialis Dasar terdiri dari Pelayanan Penyakit Dalam, Kesehatan Anak, Bedah, Obstetri dan Ginekologi. Pada Pelayanan Medik Spesialis Dasar harus ada masing-masing minimal 6 (enam) orang dokter spesialis dengan masing-masing 2 (dua) orang dokter spesialis sebagai tenaga tetap.

- d. Pelayanan Spesialis Penunjang Medik, Pelayanan Spesialis Penunjang Medik terdiri dari Pelayanan Anestesiologi, Radiologi, Rehabilitasi Medik, Patologi Klinik dan Patologi Anatomi. Pada Pelayanan Spesialis Penunjang Medik harus ada masing-masing minimal 3 (tiga) orang dokter spesialis dengan masing-masing 1 (satu) orang dokter spesialis sebagai tenaga tetap.
- e. Pelayanan Medik Spesialis Lain, Pelayanan Medik Spesialis Lain sekurang-kurangnya terdiri dari Pelayanan Mata, Telinga Hidung Tenggorokan, Syaraf, Jantung dan Pembuluh Darah, Kulit dan Kelamin, Kedokteran Jiwa, Paru, Orthopedi, Urologi, Bedah Syaraf, Bedah Plastik dan Kedokteran Forensik. Pada Pelayanan Medik Spesialis Lain harus ada masing-masing minimal 3 (tiga) orang dokter spesialis dengan masing-masing 1 (satu) orang dokter spesialis sebagai tenaga tetap.
- f. Pelayanan Medik Spesialis Gigi Mulut, Pelayanan Medik Spesialis Gigi Mulut terdiri dari Pelayanan Bedah Mulut, Konservasi/Endodonsi, Periodonti, Orthodonti, Prosthodonti, Pedodonti dan Penyakit Mulut. Untuk Pelayanan Medik Spesialis Gigi Mulut harus ada masing-masing minimal 1 (satu) orang dokter gigi spesialis sebagai tenaga tetap.
- g. Pelayanan Keperawatan dan Kebidanan, Pelayanan Keperawatan dan Kebidanan terdiri dari pelayanan asuhan keperawatan dan asuhan kebidanan.
- h. Pelayanan Medik Subspesialis, Pelayanan Medik Subspesialis terdiri dari Subspesialis Bedah, Penyakit Dalam, Kesehatan Anak, Obstetri dan Ginekologi, Mata, Telinga Hidung Tenggorokan, Syaraf, Jantung dan Pembuluh Darah, Kulit dan Kelamin, Jiwa, Paru, Orthopedi dan Gigi Mulut. Pada Pelayanan Medik Subspesialis harus ada masing-masing minimal 2 (dua) orang dokter subspesialis dengan masing-masing 1 (satu) orang dokter subspesialis sebagai tenaga tetap.

- i. Pelayanan Penunjang Klinik, Pelayanan Penunjang Klinik terdiri dari Perawatan Intensif, Pelayanan Darah, Gizi, Farmasi, Sterilisasi Instrumen dan Rekam Medik.
- j. Pelayanan Penunjang Non Klinik, Pelayanan Penunjang Non Klinik terdiri dari pelayanan *Laundry/Linen*, Jasa Boga/ Dapur, Teknik dan Pemeliharaan Fasilitas, Pengelolaan Limbah, Gudang, *Ambulance*, Komunikasi, Pemulasaraan Jenazah, Pemadam Kebakaran, Pengelolaan Gas Medik dan Penampungan Air Bersih.

Perbandingan tenaga keperawatan dan tempat tidur adalah 1:1 dengan kualifikasi tenaga keperawatan sesuai dengan pelayanan di Rumah Sakit. Tenaga penunjang berdasarkan kebutuhan Rumah Sakit. Sarana prasarana Rumah Sakit harus memenuhi standar yang ditetapkan oleh Menteri. Peralatan yang dimiliki Rumah Sakit harus memenuhi standar yang ditetapkan oleh Menteri. Peralatan radiologi dan kedokteran nuklir harus memenuhi standar sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan. Jumlah tempat tidur minimal 400 (empat ratus) buah.

Administrasi dan manajemen terdiri dari struktur organisasi dan tata laksana. Struktur organisasi paling sedikit terdiri atas Kepala Rumah Sakit atau Direktur Rumah Sakit, unsur pelayanan medis, unsur keperawatan, unsur penunjang medis, komite medis, satuan pemeriksaan internal, serta administrasi umum dan keuangan. Tata laksana meliputi tatalaksana organisasi, standar pelayanan, standar operasional prosedur (SPO), Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit (SIMRS), *hospital by laws* dan *Medical Staff by laws*.

2. Rumah Sakit Umum Kelas B

Rumah Sakit Umum Kelas B harus mempunyai fasilitas dan kemampuan pelayanan medik paling sedikit 4 (empat) Pelayanan Medik Spesialis Dasar, 4 (empat) Pelayanan Spesialis Penunjang Medik, 8 (delapan) Pelayanan Medik Spesialis Lain dan 2 (dua) Pelayanan Medik Sub Spesialis.

Kriteria, fasilitas dan kemampuan Rumah Sakit Umum Kelas A meliputi :

- a. Pelayanan Medik Umum, Pelayanan Medik Umum terdiri dari Pelayanan Medik Dasar, Pelayanan Medik Gigi Mulut dan Pelayanan Kesehatan Ibu Anak /Keluarga Berencana. Pada Pelayanan Medik Dasar minimal harus ada 12 (dua belas) orang dokter umum dan 3 (tiga) orang dokter gigi sebagai tenaga tetap.
- b. Pelayanan Gawat Darurat, Pelayanan Gawat Darurat harus dapat memberikan pelayanan gawat darurat 24 (dua puluh empat) jam dan 7 (tujuh) hari seminggu dengan kemampuan melakukan pemeriksaan awal kasus-kasus gawat darurat, melakukan resusitasi dan stabilisasi sesuai dengan standar.
- c. Pelayanan Medik Spesialis Dasar, Pelayanan Medik Spesialis Dasar terdiri dari Pelayanan Penyakit Dalam, Kesehatan Anak, Bedah, Obstetri dan Ginekologi. Pada Pelayanan Medik Spesialis Dasar harus ada masing-masing minimal 3 (tiga) orang dokter spesialis dengan masing-masing 1 (satu) orang dokter spesialis sebagai tenaga tetap.
- d. Pelayanan Spesialis Penunjang Medik, Pelayanan Spesialis Penunjang Medik terdiri dari Pelayanan Anestesiologi, Radiologi, Rehabilitasi Medik, Patologi Klinik. Pada Pelayanan Spesialis Penunjang Medik harus ada masing-masing minimal 2 (dua) orang dokter spesialis dengan masing-masing 1 (satu) orang dokter spesialis sebagai tenaga tetap.
- e. Pelayanan Medik Spesialis Lain, Pelayanan Medik Spesialis Lain sekurang-kurangnya terdiri dari Pelayanan Mata, Telinga Hidung Tenggorokan, Syaraf, Jantung dan Pembuluh Darah, Kulit dan Kelamin, Kedokteran Jiwa, Paru, Orthopedi, Urologi, Bedah Syaraf. Pada Pelayanan Medik Spesialis Lain harus ada masing-masing minimal 1 (satu) orang dokter spesialis dengan masing-masing 4 (empat) orang dokter spesialis sebagai tenaga tetap.
- f. Pelayanan Medik Spesialis Gigi Mulut, Pelayanan Medik Spesialis Gigi Mulut terdiri dari Pelayanan Bedah Mulut,

Konservasi/Endodonsi, Periodonti. Untuk Pelayanan Medik Spesialis Gigi Mulut harus ada masing-masing minimal 1 (satu) orang dokter gigi spesialis sebagai tenaga tetap.

- g. Pelayanan Keperawatan dan Kebidanan, Pelayanan Keperawatan dan Kebidanan terdiri dari pelayanan asuhan keperawatan dan asuhan kebidanan.
- h. Pelayanan Medik Subspesialis, Pelayanan Medik Subspesialis 2 (dua) dari 4 (empat) subspesialis dasar yang meliputi, Subspesialis Bedah, Penyakit Dalam, Kesehatan Anak, Obstetri dan Ginekologi. Pada Pelayanan Medik Subspesialis harus ada masing-masing minimal 1 (satu) orang dokter subspesialis dengan masing-masing 1 (satu) orang dokter subspesialis sebagai tenaga tetap.
- i. Pelayanan Penunjang Klinik, Pelayanan Penunjang Klinik terdiri dari Perawatan Intensif, Pelayanan Darah, Gizi, Farmasi, Sterilisasi Instrumen dan Rekam Medik.
- j. Pelayanan Penunjang Non Klinik, Pelayanan Penunjang Non Klinik terdiri dari pelayanan *Laundry/Linen*, Jasa Boga/ Dapur, Teknik dan Pemeliharaan Fasilitas, Pengelolaan Limbah, Gudang, *Ambulance*, Komunikasi, Pemulasaraan Jenazah, Pemadam Kebakaran, Pengelolaan Gas Medik dan Penampungan Air Bersih.

Perbandingan tenaga keperawatan dan tempat tidur adalah 1:1 dengan kualifikasi tenaga keperawatan sesuai dengan pelayanan di Rumah Sakit. Tenaga penunjang berdasarkan kebutuhan Rumah Sakit. Sarana prasarana Rumah Sakit harus memenuhi standar yang ditetapkan oleh Menteri. Peralatan yang dimiliki Rumah Sakit harus memenuhi standar yang ditetapkan oleh Menteri. Peralatan radiologi dan kedokteran nuklir harus memenuhi standar sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan. Jumlah tempat tidur minimal 200 (dua ratus) buah.

Administrasi dan manajemen terdiri dari struktur organisasi dan tata laksana. Struktur organisasi paling sedikit terdiri atas Kepala Rumah Sakit atau Direktur Rumah Sakit, unsur pelayanan medis, unsur

keperawatan, unsur penunjang medis, komite medis, satuan pemeriksaan internal, serta administrasi umum dan keuangan. Tata laksana meliputi tatalaksana organisasi, standar pelayanan, standar operasional prosedur (SPO), Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit (SIMRS), *hospital by laws* dan *Medical Staff by laws*.

3. Rumah Sakit Umum Kelas C

Rumah Sakit Umum Kelas C harus mempunyai fasilitas dan kemampuan pelayanan medik paling sedikit 4 (empat) Pelayanan Medik Spesialis Dasar, 4 (empat) Pelayanan Spesialis Penunjang Medik.

Kriteria, fasilitas dan kemampuan Rumah Sakit Umum Kelas C meliputi :

- a. Pelayanan Medik Umum, Pelayanan Medik Umum terdiri dari Pelayanan Medik Dasar, Pelayanan Medik Gigi Mulut dan Pelayanan Kesehatan Ibu Anak /Keluarga Berencana. Pada Pelayanan Medik Dasar minimal harus ada 9 (sembilan) orang dokter umum dan 2 (dua) orang dokter gigi sebagai tenaga tetap.
- b. Pelayanan Gawat Darurat, Pelayanan Gawat Darurat harus dapat memberikan pelayanan gawat darurat 24 (dua puluh empat) jam dan 7 (tujuh) hari seminggu dengan kemampuan melakukan pemeriksaan awal kasus-kasus gawat darurat, melakukan resusitasi dan stabilisasi sesuai dengan standar.
- c. Pelayanan Medik Spesialis Dasar, Pelayanan Medik Spesialis Dasar terdiri dari Pelayanan Penyakit Dalam, Kesehatan Anak, Bedah, Obstetri dan Ginekologi. Pada Pelayanan Medik Spesialis Dasar harus ada masing-masing minimal 2 (dua) orang dokter spesialis dengan masing-masing 2 (dua) orang dokter spesialis sebagai tenaga tetap.
- d. Pelayanan Spesialis Penunjang Medik, Pelayanan Spesialis Penunjang Medik terdiri dari Pelayanan Anestesiologi, Radiologi, Rehabilitasi Medik, Patologi Klinik. Pada Pelayanan Spesialis Penunjang Medik harus ada masing-masing minimal 1 (satu) orang dokter spesialis dengan masing-masing 2 (dua) orang dokter spesialis sebagai tenaga tetap pada pelayanan yang berbeda.

- e. Pelayanan Medik Spesialis Gigi Mulut, minimal 1 (satu) pelayanan. Untuk Pelayanan Medik Spesialis Gigi Mulut harus ada masing-masing minimal 1 (satu) orang dokter gigi spesialis sebagai tenaga tetap.
- f. Pelayanan Keperawatan dan Kebidanan, Pelayanan Keperawatan dan Kebidanan terdiri dari pelayanan asuhan keperawatan dan asuhan kebidanan.
- g. Pelayanan Penunjang Klinik, Pelayanan Penunjang Klinik terdiri dari Perawatan Intensif, Pelayanan Darah, Gizi, Farmasi, Sterilisasi Instrumen dan Rekam Medik.
- h. Pelayanan Penunjang Non Klinik, Pelayanan Penunjang Non Klinik terdiri dari pelayanan *Laundry/Linen*, Jasa Boga/ Dapur, Teknik dan Pemeliharaan Fasilitas, Pengelolaan Limbah, Gudang, *Ambulance*, Komunikasi, Pemulasaraan Jenazah, Pemadam Kebakaran, Pengelolaan Gas Medik dan Penampungan Air Bersih.

Perbandingan tenaga keperawatan dan tempat tidur adalah 2:3 dengan kualifikasi tenaga keperawatan sesuai dengan pelayanan di Rumah Sakit. Tenaga penunjang berdasarkan kebutuhan Rumah Sakit. Sarana prasarana Rumah Sakit harus memenuhi standar yang ditetapkan oleh Menteri. Peralatan yang dimiliki Rumah Sakit harus memenuhi standar yang ditetapkan oleh Menteri. Peralatan radiologi dan kedokteran nuklir harus memenuhi standar sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan. Jumlah tempat tidur minimal 100 (seratus) buah.

Administrasi dan manajemen terdiri dari struktur organisasi dan tata laksana. Struktur organisasi paling sedikit terdiri atas Kepala Rumah Sakit atau Direktur Rumah Sakit, unsur pelayanan medis, unsur keperawatan, unsur penunjang medis, komite medis, satuan pemeriksaan internal, serta administrasi umum dan keuangan. Tata laksana meliputi tatalaksana organisasi, standar pelayanan, standar operasional prosedur (SPO), Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit (SIMRS), *hospital by laws* dan *Medical Staff by laws*.

4. Rumah Sakit Umum Kelas D

Rumah Sakit Umum Kelas D harus mempunyai fasilitas dan kemampuan pelayanan medik paling sedikit 2 (dua) Pelayanan Medik Spesialis Dasar.

Kriteria, fasilitas dan kemampuan Rumah Sakit Umum Kelas D meliputi :

- a. Pelayanan Medik Umum, Pelayanan Medik Umum terdiri dari Pelayanan Medik Dasar, Pelayanan Medik Gigi Mulut dan Pelayanan Kesehatan Ibu Anak /Keluarga Berencana. Pada Pelayanan Medik Dasar minimal harus ada 4 (empat) orang dokter umum dan 1 (satu) orang dokter gigi sebagai tenaga tetap.
- b. Pelayanan Gawat Darurat, Pelayanan Gawat Darurat harus dapat memberikan pelayanan gawat darurat 24 (dua puluh empat) jam dan 7 (tujuh) hari seminggu dengan kemampuan melakukan pemeriksaan awal kasus-kasus gawat darurat, melakukan resusitasi dan stabilisasi sesuai dengan standar.
- c. Pelayanan Medik Spesialis Dasar, Pelayanan Medik Spesialis Dasar sekurang-kurangnya 2 (dua) dari Pelayanan Penyakit Dalam, Kesehatan Anak, Bedah, Obstetri dan Ginekologi. Pada Pelayanan Medik Spesialis Dasar harus ada masing-masing minimal 1 (satu) orang dokter spesialis dari 2 (dua) jenis pelayanan spesialis dasar dengan masing-masing 1 (satu) orang dokter spesialis sebagai tenaga tetap.
- d. Pelayanan Spesialis Penunjang Medik, Pelayanan Spesialis Penunjang Medik terdiri dari laboratorium dan radiologi.
- e. Pelayanan Keperawatan dan Kebidanan, Pelayanan Keperawatan dan Kebidanan terdiri dari pelayanan asuhan keperawatan dan asuhan kebidanan.
- f. Pelayanan Penunjang Klinik, Pelayanan Penunjang Klinik terdiri dari Perawatan Intensif, Pelayanan Darah, Gizi, Farmasi, Sterilisasi Instrumen dan Rekam Medik.

- g. Pelayanan Penunjang Non Klinik, Pelayanan Penunjang Non Klinik terdiri dari pelayanan *Laundry/Linen*, Jasa Boga/ Dapur, Teknik dan Pemeliharaan Fasilitas, Pengelolaan Limbah, Gudang, *Ambulance*, Komunikasi, Pemulasaraan Jenazah, Pemadam Kebakaran, Pengelolaan Gas Medik dan Penampungan Air Bersih.

Perbandingan tenaga keperawatan dan tempat tidur adalah 2:3 dengan kualifikasi tenaga keperawatan sesuai dengan pelayanan di Rumah Sakit. Tenaga penunjang berdasarkan kebutuhan Rumah Sakit. Sarana prasarana Rumah Sakit harus memenuhi standar yang ditetapkan oleh Menteri. Peralatan yang dimiliki Rumah Sakit harus memenuhi standar yang ditetapkan oleh Menteri. Jumlah tempat tidur minimal 50 (lima puluh) buah.

Administrasi dan manajemen terdiri dari struktur organisasi dan tata laksana. Struktur organisasi paling sedikit terdiri atas Kepala Rumah Sakit atau Direktur Rumah Sakit, unsur pelayanan medis, unsur keperawatan, unsur penunjang medis, komite medis, satuan pemeriksaan internal, serta administrasi umum dan keuangan. Tata laksana meliputi tatalaksana organisasi, standar pelayanan, standar operasional prosedur (SPO), Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit (SIMRS), *hospital by laws* dan *Medical Staff by laws*.

Dari setiap tipe rumah sakit diatas, tiap-tiap tipe memiliki perbedaan, akan tetapi keempat tipe tersebut juga memiliki pelayanan yang sama salah satu pelayanannya adalah pelayanan rawat inap. Rawat inap dapat diartikan suatu pelayanan kesehatan yang diberikan kepada pasien meliputi pelayanan observasi, diagnosa, pengobatan, keperawatan, rehabilitasi medik dimana karena penyakitnya pasien harus menginap di rumah sakit sedikitnya satu hari. Ruang rawat inap di setiap rumah sakit pada umumnya dibagi menjadi beberapa kelas (Kelas I, Kelas II, dan Kelas III) dengan fasilitas yang disediakan pada tiap kelas berbeda-beda tergantung kebijakan atau kemampuan rumah sakit.

Menurut Anderson (1968) dalam Notoatmodjo (2007) menjelaskan bahwa ada beberapa faktor yang mempengaruhi pemanfaatan pelayanan kesehatan yaitu :

1. Komponen yang mempengaruhi (*Predisposisi*)

Karakteristik dari komponen ini yaitu demografi, struktur sosial, dan variabel-variabel keyakinan. Karakteristik demografi dan struktur sosial juga terkait dengan sub komponen ketiga yang mempengaruhi sikap atau keyakinan mengenai perawatan kesehatan, dokter, dan penyakit. Apa yang individu pikirkan tentang kesehatannya dapat mempengaruhi kesehatan dan perilaku kesakitannya.

2. Komponen pemungkin (*Enabling*)

Walaupun individu lebih cenderung memanfaatkan layanan kesehatan, tetapi mereka butuh banyak perangkat yang harus tersedia. Kondisi pemungkin menyebabkan sumber daya pelayanan kesehatan tersedia wajib bagi individu. Kondisi pemungkin dapat diukur dari sumber daya keluarga seperti pendapatan, tingkatan pencakupan asuransi kesehatan atau sumber lain dari pembayaran pihak ketiga. Dari sudut pandang ekonomi, orang bisa berharap bahwa orang-orang yang mengalami pendapatan rendah dapat menggunakan lebih banyak layanan kesehatan medis.

3. Komponen tingkatan kesakitan (*Illness Level*)

Dalam komponen ini terdapat faktor mempengaruhi dan pemungkin. Tingkat kesakitan memperlihatkan penyebab paling langsung dalam pemanfaatan pelayanan kesehatan.

Menurut Depkes RI, rendahnya pemanfaatan fasilitas kesehatan disebabkan oleh :

- a. Jarak yang jauh (faktor geografis)
- b. Tidak tahu adanya suatu kemampuan fasilitas (faktor informasi)
- c. Biaya yang tidak terjangkau (faktor ekonomi)
- d. Tradisi yang menghambat pemanfaatan fasilitas (faktor budaya)

Di lain sisi, Depkes RI menyebutkan pemanfaatan pelayanan kesehatan dapat dipengaruhi oleh :

a. Keterjangkauan lokasi dan tempat pelayanan

Tempat pelayanan yang tidak strategis sangat sulit untuk dicapai dapat menyebabkan berkurangnya akses masyarakat terhadap pelayanan kesehatan, terutama masyarakat miskin.

b. Jenis dan kualitas pelayanan yang tersedia

Jenis dan kualitas pelayanan yang kurang memadai menyebabkan rendahnya akses masyarakat terhadap pelayanan kesehatan, apalagi untuk masyarakat miskin.

c. Keterjangkauan informasi

Informasi yang kurang menyebabkan rendahnya penggunaan pelayanan kesehatan yang ada.

2.3. Jamkesmas Berdasarkan Pedoman Pelaksanaan Jamkesmas

Dalam rangka memenuhi hak masyarakat miskin, Departemen Kesehatan menetapkan kebijakan untuk pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin. Salah satu program pelayanan kesehatan yang dicanangkan oleh Departemen Kesehatan adalah program Jamkesmas.

2.3.1. Tata Laksana Pelayanan Kesehatan Bagi Peserta Jamkesmas

1. Setiap peserta Jamkesmas mempunyai hak mendapatkan pelayanan kesehatan dasar meliputi pelayanan kesehatan rawat jalan (RJ) dan rawat inap (RI), serta pelayanan kesehatan rujukan rawat jalan tingkat lanjutan (RJTL), rawat inap tingkat lanjutan (RITL) kelas III dan pelayanan gawat darurat.
2. Manfaat jaminan kesehatan yang diberikan bersifat menyeluruh (komprehensif) berdasarkan kebutuhan medik dan standar pelayanan medik.
3. Untuk kasus emergency (gawat darurat) seluruh Fasilitas Kesehatan (Faskes) wajib memberikan pelayanan penanganan pertama bagi peserta.
4. Faskes lanjutan harus memberikan pelayanan secara efisien dan efektif dengan prinsip kendali mutu dan kendali biaya.

5. Pelayanan kesehatan dalam program Jamkesmas menerapkan pelayanan terstruktur dan berjenjang berdasarkan rujukan.
6. Pelayanan kesehatan dasar (RJTP dan RITP) diberikan di Puskesmas.
7. Pelayanan kesehatan lanjutan (RJTL dan RJTP) diberikan di Rumah Sakit berdasarkan rujukan.
8. Untuk dapat mengoperasikan software INA-CBGs maka Faskes Lanjutan harus mempunyai nomor registrasi.
9. Pelayanan RITL diberikan di ruang rawat inap kelas III (tiga). Apabila kelas III penuh, maka peserta terpaksa dirawat di kelas yang lebih tinggi dari kelas III, biaya pelayanan tetap diklaim menurut biaya kelas III.
10. Pada RS Khusus (RS Jiwa, RS Kusta, RS Paru, dll) yang juga melayani pasien umum, klaim pelayanan dilakukan secara terpisah.
11. Bagi pengguna jaminan persalinan manfaat yang diberikan berupa; pemeriksaan kehamilan, persalinan, pelayanan nifas, dan pelayanan bayi baru lahir serta pelayanan KB pasca persalinan.
12. Bagi penderita Thalassaemia Mayor mendapatkan manfaat pelayanan sesuai standar terapi Thalassaemia.

2.3.2. Pelayanan Tingkat Lanjutan

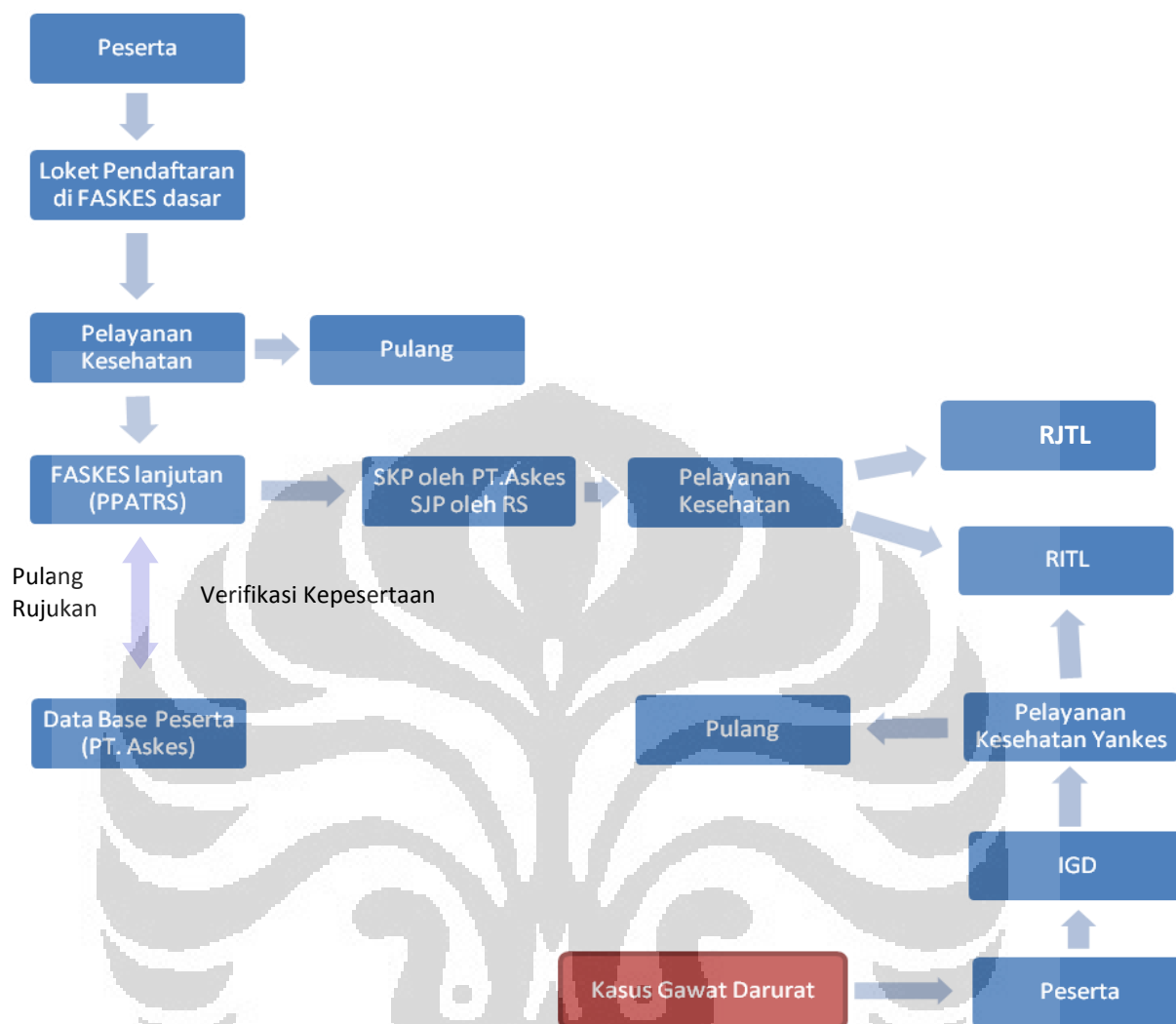
- A. Peserta yang memerlukan pelayanan kesehatan (RJTL dan RITL), dirujuk dari Puskesmas dengan membawa kartu peserta/identitas lainnya/surat rekomendasi dan surat rujukan yang ditunjukkan sejak awal. Untuk kasus emergency tidak memerlukan surat rujukan.
- B. Kartu peserta/identitas lainnya/surat rekomendasi dan surat rujukan dibawa ke loket Pusat Pelayanan Administrasi Terpadu Rumah Sakit (PPATRS) untuk diverifikasi kebenaran dan kelengkapannya, selanjutnya dikeluarkan Surat Keabsahan Peserta (SKP) oleh petugas. Selanjutnya peserta memperoleh pelayanan kesehatan.
- C. Bayi dan anak dari pasangan peserta Jamkesmas apabila memerlukan pelayanan kesehatan memakai identitas kepesertaan orang tuanya, dan dilampirkan surat keterangan lahir serta Kartu Keluarga

- D. Pelayanan tingkat lanjutan, meliputi:
1. Pelayanan rawat jalan lanjutan (spesialistik) di rumah sakit
 2. Pelayanan rawat jalan lanjutan bersifat pasif dilakukan di dalam gedung sebagai penerima rujukan serta merupakan upaya kesehatan perorangan.
 3. Pelayanan rawat inap dilakukan di kelas III di rumah sakit
 4. Pelayanan obat-obatan, alat dan bahan medis habis pakai serta pelayanan rujukan spesimen dan penunjang diagnostik lainnya.
- E. Untuk kasus kronis seperti Diabetes Mellitus, Gagal Ginjal, dll surat rujukan berlaku 1 (satu) bulan. Sedangkan untuk kasus kronis komplikasi seperti Kusta, Paru, dll surat rujukan berlaku 3 (tiga) bulan.
- F. Rujukan pasien antar RS termasuk rujukan RS antar daerah harus dilengkapi dengan surat rujukan dari RS asal pasien, identitas kepesertaan, dan SKP untuk tempat tujuan rujukan.
- G. Gawat darurat meliputi:
1. Pelayanan diberikan segera tanpa perlu rujukan.
 2. Jika dalam penanganan gawat darurat peserta tidak dilengkapi identitas kepesertaan, maka diberi waktu 2 x 24 jam untuk melengkapinya.
- H. Untuk pelayanan obat mengacu pada Formularium Jamkesmas, dan bagi Faskes milik Pemerintah wajib menggunakan obat generik. Dalam keadaan tertentu, RS dapat menggunakan Formularium RS.
- I. Bahan habis pakai, darah, dan pemeriksaan penunjang diagnostik lainnya diklaim dalam INA-CBGs dan merupakan satu kesatuan.
- J. Alat Medis Habis Pakai (AMHP) dapat diklaim terpisah hanya:
1. IOL
 2. J Stent (Urologi)
 3. Stent Arteri (Jantung)
 4. VP Shunt (Neurologi)
 5. Mini Plate (Gigi)
 6. Implant Spine dan Non Spine (Orthopedi)
 7. Prothesa (Kusta)

8. Alat Vitrektomi (MATA)
9. Pompa Kelasi (Thalassaemia)
10. Kateter Double Lumen (Hemodialisa)
11. Implant (Rekonstruksi kosmetik)
12. Stent (Bedah, THT, Kebidanan)

Pilihan penggunaan AMHP mengacu pada ketersediaan dengan mempertimbangkan efisiensi, efektivitas, dan harga tanpa mengorbankan mutu.

- K. Obat hemophilia, onkologi (kanker) dan thalassaemia (HOT) dapat diklaim terpisah.
- L. Untuk memenuhi kesesuaian INA-CBGs, dokter wajib melakukan penegakan diagnosa yang tepat dan jelas sesuai ICD-10 dan ICD-9 CM.
- M. Pada kasus-kasus diagnosis kompleks dengan *severity level 3* menurut kode INA-CBGs harus mendapat pengesahan Komite Medik.
- N. Pasien yang masuk instalasi rawat inap sebagai kelanjutan proses perawatan di instalasi rawat jalan hanya dikenakan 1 (satu) kode INA-CBGs dengan jenis pelayanan rawat inap.
- O. Pasien yang datang pada dua atau lebih instalasi rawat jalan dengan diagnosis dua atau lebih tetapi diagnosis tersebut merupakan diagnosis sekunder maka klaimnya menggunakan 1 (satu) kode INA-CBGs.
- P. Faskes lanjutan melakukan pelayanan dengan efisien dan efektif agar biaya pelayanan seimbang dengan tarif.



Gambar 2.1 Alur Pelayanan Kesehatan

Sumber : Pedoman Pelaksanaan JAMKESMAS 2011

2.3.3. Manfaat

Pelayanan kesehatan di rumah sakit yang dijamin oleh Pemerintah bagi peserta Jamkesmas seperti gawat darurat, rawat jalan, dan rawat inap. Pelayanan komprehensif di rumah sakit meliputi:

1. Pelayanan RJTL meliputi:
 - a. Konsultasi medis, pemeriksaan fisik, dan penyuluhan kesehatan oleh dokter umum/spesialis
 - b. Rehabilitasi medik
 - c. Penunjang diagnostik, laboratorium klinik, radiologi, dan elektromedik

- d. Tindakan medis
 - e. Pemeriksaan dan pengobatan gigi tingkat lanjut
 - f. Pelayanan KB, termasuk kontak efektif, kontak pasca persalinan/keguguran, penyembuhan efek samping dan komplikasinya
 - g. Pemberian obat mengacu pada Formularium
 - h. Pelayanan darah
 - i. Pemeriksaan kehamilan dengan risiko tinggi dan penyulit.
2. Khusus untuk rawat inap (RITL), dilaksanakan pada ruang perawatan kelas III RS Pemerintah, meliputi :
 - a. Akomodasi rawat inap pada kelas III
 - b. Konsultasi medis, pemeriksaan fisik, dan penyuluhan kesehatan
 - c. Penunjang diagnostik: patologi klinik, patologi anatomi, laboratorium mikro patologi, patologi radiologi, dan elektromedik.
 - d. Tindakan medis
 - e. Operasi sedang, besar, dan khusus
 - f. Pelayanan rehabilitasi medis
 - g. Perawatan intensif (ICU, ICCU, PICU, NICU, PACU)
 - h. Pemberian obat mengacu pada Formularium
 - i. Pelayanan darah
 - j. Bahan dan alat kesehatan habis pakai
 - k. Persalinan dengan risiko tinggi dan penyulit (PONEK)
 3. Pelayanan gawat darurat (*emergency*), kriteria gawat darurat sebagaimana tercantum dalam Kepmenkes No.856/Menkes/SK/IX/2009 tentang Standar Instalasi Gawat Darurat (IGD) RS, terlampir
 4. Seluruh peserta Thalassaemia dijamin, termasuk bukan peserta Jamkesmas.
 5. Pelayanan yang dibatasi meliputi:
 - a. Kacamata diberikan pada kasus gangguan refraksi dengan lensa koreksi +1 / -1, atau lebih sama dengan +0,50 cylindris karena kelainan cylindris (astigmat sudah mengganggu penglihatan), dengan nilai maksimal Rp. 150.000 berdasarkan resep dokter.

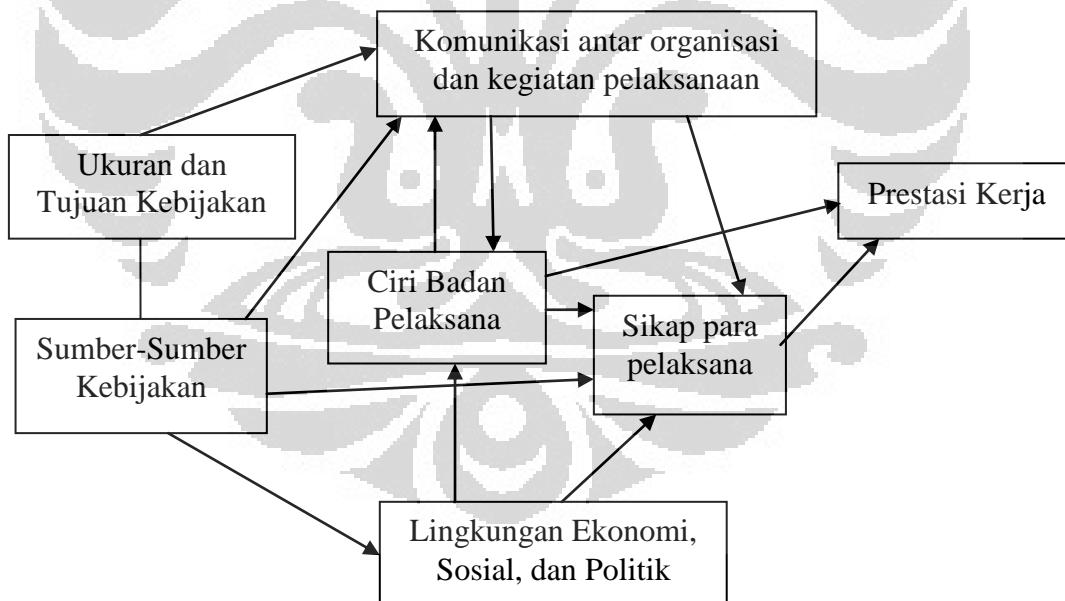
- b. Alat bantu dengan diberi penggantian sesuai resep dari dokter THT, pemilihan alat bantu dengar berdasarkan harga yang paling efisien sesuai kebutuhan medis pasien dan ketersediaan alat di daerah.
 - c. Alat bantu gerak (tongkat penyangga, kursi roda, dan korset) diberikan berdasarkan resep dokter dan disetujui Komite Medik atau pejabat yang ditunjuk dengan mempertimbangkan alat tersebut memang dibutuhkan untuk mengembalikan fungsi sosial peserta tersebut. Pemilihan alat bantu gerak didasarkan pada harga dan ketersediaan alat yang paling efisien di daerah tersebut.
 - d. Kacamata, alat bantu dengar, alat bantu gerak tersebut diatas disediakan oleh RS bekerja sama dengan pihak – pihak lain dan diklaimkan terpisah dari paket INA – CBGs.
6. Pelayanan Yang Tidak Dijamin (*Exclusion*)
- a. Pelayanan yang tidak sesuai prosedur dan ketentuan
 - b. Bahan, alat dan tindakan yang bertujuan untuk kosmetika
 - c. *General check up*
 - d. Prothesis gigi tiruan
 - e. Pengobatan alternatif (antara lain akupunktur, pengobatan tradisional) dan pengobatan lain yang belum terbukti secara ilmiah.
 - f. Rangkaian pemeriksaan, pengobatan dan tindakan dalam upaya mendapat keturunan, termasuk bayi tabung dan pengobatan impotensi
 - g. Pelayanan kesehatan pada masa tanggap darurat bencana alam, kecuali memang yang bersangkutan sebagai peserta Jamkesmas
 - h. Pelayanan kesehatan yang diberikan pada kegiatan bakti sosial, baik dalam gedung maupun luar gedung.

BAB III

KERANGKA KONSEP

3.1. Kerangka Konsep

Model pendekatan implementasi kebijakan yang dirumuskan Van Meter dan Van Horn disebut dengan *A Model of the Policy Implementation* (Kertya Witaradya, 2010). Proses implementasi ini merupakan sebuah kinerja suatu kebijakan yang secara sengaja dilakukan untuk meraih peningkatan kinerja melalui variabel-variabel yang saling berkaitan. Ada 6 (enam) variabel yang saling berkaitan dan mempengaruhi kinerja kebijakan, yaitu: (1) standar dan sasaran kebijakan/ukuran dan tujuan kebijakan; (2) sumber daya; (3) karakteristik organisasi pelaksana; (4) sikap para pelaksana; (5) komunikasi antar organisasi terkait dan kegiatan-kegiatan pelaksanaan; dan (6) lingkungan sosial, ekonomi, dan politik.



Gambar 3. 1 Bagan Kerangka Konsep

Model A Policy Implementation Process Van Meter Van Horn

Sumber : Agustino, 2006

Peneliti akan melakukan penelitian tentang implementasi program Jamkesmas di RS PMI Bogor Tahun 2012. Kerangka konsep yang peneliti gunakan mengacu pada model Van Meter Van Horn yang dikenal dengan *A Model of the Policy Implementation*. secara sederhana kerangka konsep diatas menjelaskan tentang keterkaitan keenam variabel untuk dapat meningkatkan prestasi kerja berupa peningkatan pelayanan. Ukuran dan tujuan kebijakan yaitu Undang-undang, kebijakan, dan komitmen rumah sakit merupakan tujuan dan standar dalam pencapaian implementasi kebijakan. Sumber-sumber kebijakan berasal dari sumber daya rumah sakit seperti karyawan, sarana dan prasana sangat bergantung dengan kemampuan untuk memanfaatkannya. Ciri badan pelaksana dapat dilihat dari karakteristik rumah sakit tersebut seperti wewenang, dan fungsi rumah sakit. Komunikasi antar organisasi terkait dan kegiatan pelaksanaan sebagai kualitas hubungan pelaksanaan kebijakan. Lingkungan ekonomi dan sosial masyarakat yang menjadi target wilayah pelayanan rumah sakit. Dan yang terakhir yaitu sikap penerimaan dan penolakan dari RS sangatlah mempengaruhi peningkatan pelayanan.

3.2. Istilah yang Didefinisikan

1. Ukuran dan tujuan kebijakan berupa Undang-Undang, kebijakan, komitmen merupakan standar dan sasaran kebijakan atau suatu ukuran dan tujuan dari kebijakan.
2. Sumber-sumber kebijakan dalam hal ini berupa sumber daya yang tersedia di RS merupakan sumber daya manusia/karyawan, sumber daya finansial, dan waktu sangat bergantung dari kemampuan memanfaatkannya.
3. Ciri badan pelaksanaan atau karakteristik RS dapat berupa prosedur-prosedur kerja yang ketat dan disiplin.
4. Komunikasi antar organisasi terkait dan kegiatan pelaksanaan merupakan komunikasi dalam penyampaian informasi kepada para pelaksana kegiatan tentang apa yang menjadi standar dan tujuan harus konsisten dan seragam.
5. Sikap para pelaksana atau disposisi berupa penerimaan atau penolakan dari para pelaksana kegiatan sangat mempengaruhi keberhasilan atau kegagalan dalam implementasi kebijakan.

6. Lingkungan ekonomi, sosial dan politik sebagai kondisi sosial ekonomi masyarakat dalam wilayah rumah sakit.



BAB IV

METODOLOGI PENELITIAN

4.1. Desain Penelitian

Penelitian ini merupakan penelitian kualitatif deskriptif yaitu prosedur penelitian yang menghasilkan data deskriptif berupa gambaran dan kata-kata tertulis atau lisan dari informan serta perilaku yang diamati. Penelitian ini bertujuan untuk melihat bagaimana implementasi Program Jamkesmas di RS PMI Bogor Tahun 2012.

Dari definisi penelitian kualitatif, dapat disimpulkan bahwa penelitian kualitatif berupaya untuk mengungkapkan fenomena-fenomena atau keunikan yang dialami oleh subjek penelitian seperti perilaku, persepsi, motivasi dan tindakan.

4.2. Tempat dan Waktu Penelitian

Penelitian ini dilakukan di RS PMI Bogor yang terletak di Kota Bogor tepatnya di Jalan Raya Padjajaran No.80 Bogor-Jawa Barat. Penelitian ini dilakukan selama 4 (empat) minggu dari tanggal 11 Juni sampai dengan 10 Juli 2012.

4.3. Data dan Sumber Data

Adapun sumber data yang peneliti gunakan untuk mendapatkan informasi yang dibutuhkan yaitu :

- a. Data primer, adalah data yang didapatkan langsung dari lapangan pada objek penelitian atau *field research*. Data primer berupa observasi dan wawancara.
- b. Data sekunder merupakan data yang diperoleh dari data yang dimiliki oleh RS PMI Bogor yaitu dengan membuka, mencatat, dan mengutip data yang berkaitan dengan masalah penelitian dan mendukung terlaksananya penelitian ini.

4.4. Metode Pengumpulan Data

Metode pengumpulan data yang peneliti lakukan dalam penelitian ini berupa:

1. Pengamatan atau observasi (Notoatmodjo, 2010) merupakan suatu prosedur yang berencana, yang antara lain meliputi melihat, mendengar, dan mencatat sejumlah dan taraf aktivitas tertentu atau situasi tertentu yang ada hubungannya dengan masalah yang diteliti.

Pada penelitian ini, peneliti akan melakukan pengamatan kepada pihak rumah sakit yang bertanggung jawab terhadap program Jamkesmas.

2. Wawancara Mendalam adalah salah satu metode yang dipergunakan dalam penelitian ini, dimana peneliti mendapatkan keterangan atau informasi secara lisan dari informan, atau bercakap-cakap berhadapan muka dengan orang tersebut (*face to face*).

Wawancara yang peneliti lakukan kepada pasien yang berobat menggunakan kartu Jamkesmas dan pihak RS yang bertanggung jawab dalam program Jamkesmas. Validitas wawancara ini dilakukan dengan *check, recheck, dan crosscheck*.

4.5. Instrumen Penelitian

Didalam penelitian ini, peneliti menjadi instrumen kunci (*key instrument*) sekaligus sebagai pengumpul data. Dengan demikian penulis secara langsung turun ke lapangan guna memperoleh data dari informan. Pemilihan informan dilakukan dengan metode purposive sampling dengan pendekatan snowball sampling. Pengambilan informan berdasarkan pertimbangan tertentu, misalnya orang yang paling mengetahui atau mempunyai otoritas pada objek atau situasi yang akan diteliti. Sehingga informan tersebut mampu memberikan petunjuk kemana saja peneliti dapat melakukan pengumpulan data (Sugiyono, 2008).

4.6. Teknik Analisis Data

Teknik analisis data yang digunakan dalam penelitian ini adalah analisis data kualitatif dengan pendekatan interaktif. Menurut pendapat Mathew B. Miles

dan A. Michael Huberman (1992) dalam Sugiyono (2008) menyebutkan ada 4 komponen analisis data kualitatif, yaitu :

- a. Pengumpulan data berupa data penelitian dan data mentah dikumpulkan menjadi dalam penelitian;
- b. Penyajian data berupa pemantauan untuk memahami peristiwa yang terjadi dan mengarah pada tindakan lanjutan berdasarkan pemahaman;
- c. Reduksi atau penyederhanaan data berupa proses pemilihan dan pemusatan perhatian, membuang yang tidak perlu, dan mengorganisasikan data sehingga dapat ditarik kesimpulan akhir;
- d. Penarikan kesimpulan atau verifikasi yaitu langkah akhir dalam teknik analisis data kualitatif untuk memperoleh hubungan sebab akibat.

4.7. **Kualitas Keabsahan Penelitian**

Keabsahan penelitian kualitatif dilakukan dengan cara melihat reliabilitas dan validitas data yang diperoleh. Pembuktian validitas data ditentukan oleh kredibilitas temuan dan interpretasi yang dilakukan sesuai dengan kondisi yang ada di lapangan dan disetujui oleh subjek penelitian atau informan. Pengambilan data penelitian dilakukan secara terus-menerus baik melalui pengamatan maupun wawancara. Pengamatan dilakukan secara berulang-ulang, selain untuk menemukan hal-hal yang konsisten, juga dilakukan sebagai upaya untuk memenuhi kriteria reliabilitas data (triangulasi data). Model triangulasi data yang dapat dilakukan, meliputi cek, cek ulang, dan cek silang.

Ceck, adalah upaya mencari validitas data dengan menggunakan metode yang berlainan. *Receck*, adalah upaya untuk mendapatkan data yang valid dengan bertanya kembali pada subjek atau informan yang sama, tetapi pada waktu yang berbeda. Valid disini dinyatakan apabila jawaban yang didapat dari informan untuk pertanyaan pertama dan pertanyaan kedua yang dilakukan pada waktu berbeda sama, maka data tersebut valid. *Crosscek*, adalah upaya mendapatkan data yang valid dengan cara menanyakan kepada informan yang berbeda pada waktu yang berbeda. Apabila jawaban antara informan pertama dan kedua sama, maka data yang diperoleh valid.

BAB V

GAMBARAN UMUM RS PMI BOGOR

5.1. Sejarah RS PMI Bogor

Rumah Sakit Palang Merah Indonesia (RS PMI) Bogor didirikan di kota Bogor (Buitenzorg) pada tahun 1931 oleh kelompok sosial orang-orang Belanda. Tahun 1938, RS PMI Bogor dikelola oleh NERKAI (*Nederlands Rode Kruis Afdeling*) atau Perwakilan Palang Merah Belanda di Indonesia. Diantara tahun 1942-1945, RS PMI Bogor diambil alih oleh penguasa Jepang karena pada saat itu Jepang berhasil mengalahkan kekuasaan Belanda di Indonesia. Ketika Jepang kalah dalam Perang Dunia II, Jepang akhirnya meninggalkan Indonesia dan RS PMI Bogor kembali dikuasai oleh NERKAI. Tahun 1948 RS PMI Bogor dihibahkan kepada pengurus Palang Merah Indonesia yang berada di Bogor dan diberi nama RS Kedung Halang yang dipimpin oleh Dokter Respondek, kemudian diserahkan kepada Markas Besar PMI Bogor tahun 1951.

Pada tahun 1964, dibentuklah Yayasan RS PMI Bogor yang diketuai oleh Ibu Hartini Soeharto untuk mengelola RS PMI Bogor. RS PMI Bogor berinduk di markas RS PMI. Tahun 1965, RS PMI Bogor melakukan kerja sama dengan RS Cipto Mangunkusumo (RSCM) dengan cara memperbantukan tenaga medis dan para medis RSCM di RS PMI Bogor.

Pada tahun 1966, Yayasan RS PMI Bogor dibubarkan, tetapi sebelum dibubarkan Yayasan RS PMI Bogor telah melakukan restorasi bangunannya. Tahun 1970, RS PMI Bogor mendapatkan status RS Tipe C berdasarkan standar dari Departemen Kesehatan saat itu. Semenjak saat itu, RS PMI Bogor menjadi lebih maju dan terkenal. Hal tersebut dapat dilihat pada tahun 1972 Poliklinik Kebidanan RS PMI Bogor ditunjuk sebagai Poliklinik Keluarga Berencana di wilayah Bogor. Tahun 1980 RS PMI Bogor melayani peserta ASKES dengan mengadakan ikatan kerja sama dengan BPDPK (sekarang menjadi PT ASKES Indonesia).

Pada tahun 1988 RS PMI Bogor ditunjuk sebagai RS Pendidikan bagi mahasiswa Fakultas Kedokteran Universitas Tarumanegara (UNTAR), dan ditahun 1988 juga meraih Juara I sebagai RS Swasta Tipe C tingkat Jawa Barat.

Pada tahun 1989, RS PMI Bogor ditunjuk sebagai pengelola bank darah dan sekretariat bank mata. Setahun kemudian (1990) RS PMI Bogor mendirikan koperasi karyawan Mitra Melati untuk memajukan kesejahteraan karyawannya. Di tahun 1991, RS PMI Bogor mendirikan Yayasan Dana Pensiun PMI.

Sejak tahun 1991, RS PMI Bogor dinyatakan sebagai RS Tipe B dan sebagai Juara II lomba penampilan RS Swasta Tipe B tingkat Provinsi Jawa Barat. Di tahun 1992, RS PMI Bogor telah mendapatkan izin tetap tentang penyelenggaraan rumah sakit (SIUP). Pada tanggal 1 Juni 1999 dibuka ruang perawatan Kelas I dan II Mawar di sayap kanan depan yang menghadap ke Kebun Raya Bogor. Pada bulan Oktober 1999, RS PMI Bogor berhasil meraih Juara II lomba penampilan kerja RS Swasta Tingkat Propinsi Jawa Barat. Di tahun 2000 dibuka Paviliun Anggrek Kelas I dan II di gedung yang dahulunya kamar bedah.

Menyadari akan keberadaan RS PMI yang berpengalaman dengan ditunjang oleh tenaga medis dokter spesialis yang lengkap serta dengan peralatan diagnostik yang modern dan lengkap di wilayah Bogor, maka sejak awal tahun 2002 RS PMI Bogor melakukan beberapa renovasi gedung antara lain pada tanggal 14 Juli 2002 dimulai renovasi gedung yang dahulunya ruang perawatan Paviliun Mawar menjadi Poliklinik Afiat yang mulai beroperasi pada bulan April 2003. Pada bulan Agustus 2002 dilakukan renovasi gedung Unit Gawat Darurat (*emergency*), dan pemindahan ruang perawatan Paviliun Melati (VIP) ke lantai IV dan Paviliun Mawar ke lantai III gedung Melati. Pada bulan Mei 2004 *Trauma Centre* dibuka.

Pada bulan Mei 2009, RS PMI Bogor meluncurkan paviliun eksekutif Afiat yang berlantai 3 dan memiliki 17 paviliun dengan 2 dari 3 lantai sebagai ruang rawat inap VVIP. Ruang rawat inap VVIP ini didirikan dengan tujuan untuk mengakomodir keinginan pasien yang mengutamakan pelayanan kesehatan prima dan kenyamanan dengan konsep *home luxurious atmosphere*. Tahun 2011 dilakukan perombakan gedung poliklinik reguler RS PMI Bogor. Pada hari selasa tanggal 21 Februari 2012 Gedung Gardenia RS PMI Bogor diresmikan oleh Ketua Umum PMI yaitu M.Jusuf Kalla. Gedung Gardenia ini terdiri dari poliklinik reguler, ICU/ICCU, NICU, dan layanan Hemodialisa.

5.2. Profil RS PMI Bogor

Nama	: Rumah Sakit Palang Merah Indonesia (RS PMI) Bogor
Tahun Berdiri	: 1931
Pemilik	: Perhimpunan Palang Merah Indonesia
Tipe	: Swasta Madya / B (+) dengan status Terakreditasi Lulus Tingkat Lanjut dengan 12 Pelayanan
Legalitas Pendirian	: Kepres RI No.25 Tahun 1950
NPWP	: 01.254.264.3-404.001
No.Izin Penyelenggaraan RS	: 02.04.2.2.539
No.Akte Tanggal Notaris	: Kepres RI No.246 Tanggal 29-11-1963
Lokasi	: Jl. Padjajaran No.80 Bogor
Telepon	: (0251) 8324080 (Hunting)
Faximile	: (0251) 8324709
e-mail	: rspmibogor@yahoo.com
Homepage	: http://www.rspmibogor.or.id

5.3. Visi, Misi, dan Motto RS PMI Bogor

5.3.1. Visi RS PMI Bogor

Adapun visi dari RS PMI Bogor yaitu menjadi rumah sakit yang memberikan pelayanan terbaik dengan unggulan dibidang kegawatdaruratan.

5.3.2. Misi RS PMI Bogor

Misi RS PMI Bogor, antara lain :

- Memberikan pelayanan terbaik dengan berorientasi pada kepuasan pasien
- Mengembangkan layanan unggulan dibidang kegawatdaruratan
- Melakukan upaya menjadi rumah sakit rujukan medis melalui peningkatan sistem rujukan medis di wilayah Bogor.

5.3.3. Motto RS PMI Bogor

Adapun motto dari RS PMI Bogor yakni : “**HUMAN**” (*Hospitality, Universality, Man Power, Activity, Need*). Motto tersebut bermakna bahwa pelayanan kesehatan yang diberikan oleh RS PMI Bogor dengan keramah tamahan tanpa membedakan status sosial ekonomi pasien, melalui Sumber Daya Manusia yang bermutu dan berdedikasi tinggi dalam melaksanakan tugas sesuai dengan kebutuhan masyarakat.

5.4. Tujuan, Manfaat dan Fungsi RS PMI Bogor

5.4.1. Tujuan RS PMI Bogor

Adapun tujuan dari RS PMI Bogor, yaitu :

- a. Mampu memberikan pelayanan yang bermutu dengan (Sumber Daya Manusia) SDM yang berkualitas dan profesional dibidangnya serta memegang penuh etika profesi;
- b. Mewujudkan pelayanan unggulan dibidang kegawatdaruratan melalui peningkatan mutu sarana, prasaran, peralatan dan SDM secara berkelanjutan;
- c. Menjadi rumah sakit rujukan medis di wilayah Bogor melalui sistem rujukan medis sesuai kebutuhan medis pasien.

5.4.2. Manfaat RS PMI Bogor

Adapun manfaat dari RS PMI Bogor, yaitu :

- a. Sebagai kegiatan jasa pelayanan kesehatan untuk merealisasikan penyediaan fasilitas kesehatan Kementerian Kesehatan bagi masyarakat yang memerlukan pelayanan kesehatan penyakit umum dengan unggulan penyakit traumatik dan kegawatdaruratan;
- b. Ditinjau dari kebijakan nasional, kebersihan RS PMI Bogor berguna menunjang Program Kesehatan Nasional yang dirumuskan Kementerian Kesehatan dalam rangka menurunkan angka kesakitan dan angka kematian masyarakat khususnya pada pelayanan secara cepat kasus kegawatdaruratan, melalui penyediaan jasa pelayanan kesehatan rumah sakit.

5.4.3. Fungsi RS PMI Bogor

Fungsi dari RS PMI Bogor yaitu memberikan pelayanan kesehatan bagi masyarakat umum tanpa memandang status sosial pasien. Pelayanan kesehatan yang diberikan dalam bentuk :

- a. Pelayanan medis
- b. Pelayanan penunjang medis
- c. Pelayanan asuhan keperawatan
- d. Pelayanan rujukan medis
- e. Pelayanan pendidikan dan pelatihan
- f. Pengelolaan administrasi dan keuangan RS
- g. Pelayanan non medis untuk mendukung pelayanan RS

5.5. Struktur Organisasi RS PMI Bogor

RS PMI Bogor berkedudukan sebagai Unit Pelaksana Teknis (UPT) PMI yang menyelenggarakan pelayanan rumah sakit umum milik badan hukum Perhimpunan PMI. RS PMI Bogor dipimpin oleh seorang Direktur yang bertanggung jawab kepada Pengurus Pusat PMI melalui Badan Pengawas RS PMI Bogor.

Berdasarkan Surat Keputusan (SK) Pengurus Pusat Palang Merah Indonesia (PP. PMI) Nomor 0466/Kep/PP.PMI/IV/2012 Tanggal 13 April 2012 Tentang Organisasi dan Tata Laksana RS PMI Bogor adalah sebagai berikut :

1. Direktur RS dibantu oleh:
 - a. Wakil Direktur Bidang Pelayanan Medik dan Keperawatan :
 - (1) Instalasi-instalasi
 - (2) Bidang Keperawatan
 - (3) Bidang Rekam Medis
 - b. Wakil Direktur Bidang Sarana dan Prasarana :
 - (1) Bidang Sekretariat
 - (2) Bidang Sumber Daya Manusia (SDM)
 - (3) Bidang Pemeliharaan Sarana, Prasarana, dan Peralatan Rumah Sakit (PS PP RS)

- c. Wakil Direktur Bidang Keuangan :
- (1) Bidang Anggaran RS
 - (2) Bidang Akuntansi dan Perpajakan
2. Badan Pengawas RS PMI Bogor merupakan badan yang mewakili Pengurus Pusat PMI dalam mengawasi penyelenggaraan operasional RS PMI Bogor.
 3. Komite Medis merupakan wadah non struktural terdiri dari ketua-ketua Satuan Medis Fungsional (SMF) yang dibentuk dengan SK Direktur dan bertanggung jawab kepada Direktur.
 4. Satuan Pengawas Internal merupakan satuan tugas khusus yang bertanggung jawab langsung kepada Direktur.

5.6. Ketenagaan RS PMI Bogor

Rumah sakit dalam melayani kebutuhan pasien akan pelayanan kesehatan membutuhkan sumber daya manusia yang berkualitas dan profesional dibidangnya. Oleh karena itu, sumber daya manusia di rumah sakit merupakan aset yang harus dijaga dan dipertahankan untuk meningkatkan pelayanan kesehatan yang diberikan.

Berikut jumlah ketenagaan RS PMI Bogor berdasarkan status pegawai dan jenis pekerjaan.

Tabel 5.1 Jumlah Ketenagaan RS PMI Bogor Berdasarkan Status Pegawai Tahun 2011

No.	Status Pegawai	Jumlah	Persentase (%)
1.	Calon Pegawai	29	3,55
2.	Depkes	7	0,86
3.	Honorer	18	2
4.	Kontrak	36	4,41
5.	Tetap	727	88,98
Total		817	100

Sumber : *Bidang SDM RS PMI Bogor, 2011*

Berdasarkan tabel di atas, dapat dilihat jumlah ketenagaan RS PMI Bogor berdasarkan status pegawai yang paling tinggi adalah tenaga tetap yang berjumlah 727 dengan persentase 88,98 %, dan tenaga yang terendah adalah status pegawai depkes yang berjumlah 7 tenaga dengan 0,86%.

Tabel 5.2 Jumlah Ketenagaan RS PMI Bogor Berdasarkan Status Jenis Pekerjaan Tahun 2011

No.	Jenis Pekerjaan	Jumlah	Persentase (%)
1.	Medik	62	7,6
2.	Paramedik	384	47
3.	Penunjang Medik	35	4,3
4.	Non Medik	336	41,1
Total		817	100

Sumber : *Bidang SDM RS PMI Bogor, 2011*

Berdasarkan tabel di atas, dapat dilihat jumlah ketenagaan RS PMI Bogor berdasarkan jenis pekerjaan yang paling banyak jumlahnya yaitu tenaga paramedik berjumlah 384 atau 47 %, dan yang paling sedikit jumlah tenaganya itu penunjang medik yang berjumlah 35 atau 4,3 %.

5.7. Fasilitas dan Pelayanan RS PMI Bogor

Fasilitas dan Pelayanan di RS PMI Bogor berdasarkan SK Direktur I.0093/KPTS/IV/2011 Tentang Penetapan Jenis Pelayanan dan Tata Cara Memperoleh Layanan. Adapun pelayanan kesehatan yang diberikan RS PMI Bogor anatar lain :

1. Pelayanan medis:

a. Pelayanan Rawat Jalan

Pelayanan Rawat Jalan dilaksanakan oleh Instalasi Rawat Jalan, terdiri dari :

- Poliklinik Reguler, dengan waktu pendaftaran pukul 07.30 – 12.00 WIB dan waktu pelayanan 08.00 – 14.30 WIB. Buka setiap hari kerja (Senin – Sabtu). Poliklinik Reguler diantaranya bedah umum, bedah spesialis dan subspecialis, penyakit dalam, anak,

rehabilitasi medik, paru, mata, saraf, THT, gigi dan mulut, kulit dan kelamin, kesehatan jiwa, dan konsultasi gizi.

- Poliklinik Eksekutif/Poliklinik Afiat, waktu pendaftaran 07.30 – 20.00 WIB dengan waktu pelayanan 08.00 – 21.00 WIB. Buka setiap hari kerja (Senin – Sabtu). Pelayanan yang diberikan oleh Poliklinik Afiat sama dengan Poliklinik Reguler ditambah dengan poliklinik jantung dan pembuluh darah, laboratorium, treadmill, USG, ekokardiografi, radiologi, alat bantu dengar, ginjal, psikologi, panoramic, sephalometri, optik, serta jasa perbankan dan ATM.
- b. Pelayanan Rawat Inap. Pelayanan ini terdiri dari Rawat inap VVIP Paviliun Prof. Dr. Sujudi (Platinum, Gold, dan Silver); Rawat Inap VIP Paviliun Melati; Rawat Inap Kelas I Paviliun Anggrek I, Paviliun Mawar, dan Seruni I; Rawat Inap Kelas II Paviliun Anggrek II, Seruni II, Soka II, Cempaka II, Kenanga II, Dahlia II, dan Aster II; Rawat Inap Kelas III Soka, Dahlia, Kenanga, Cempaka, Aster, dan Seruni; Pelayanan Persalinan; Kamar Bersalin; Ruang Perinatologi; NICU (Alamanda) dan Rawat Gabung.
- c. Pelayanan Gawat Darurat. Pelayanan dibuka 24 jam setiap hari termasuk hari minggu dan hari libur. Pelayanan terdiri dari Pelayanan Kegawatdaruratan Medik dan Pelayanan Evakuasi Medik.
- d. Pelayanan Perawatan Intensif. Pelayanan dibuka 24 jam setiap hari termasuk hari minggu dan hari libur. Pelayanan terdiri dari *Intensif Care Unit (ICU)* dan *High Care Unit (HCU)*.
- e. Pelayanan Rehabilitasi Medik. Pelayanan dibuka setiap hari kerja (Senin – Sabtu) dengan waktu pendaftaram pukul 07.30 – 20.00 WIB dan waktu pelayanan 08.00 – 21.00 WIB. Pelayanan ini terdiri dari fisioterapi, terapi bicara, terapi okupasi, termasuk klinik tumbuh kembang, *Orthose Prothese* dan Senam Terapi (Senam Osteoporosis, Senam hamil, dan senam terapi lainnya).
- f. Pelayanan Bedah Sentral. Pelayanan dibuka 24 jam setiap hari termasuk hari minggu dan hari libur. Pelayanan ini terdiri dari 6

(enam) Kamar Operasi, Kamar Pemulihan, dan Terminal Sterilisasi Unit.

- g. *Medical Check Up* (MCU), dengan waktu pendaftaran pukul 07.30 – 12.00 WIB dan waktu pelayanan 08.00 – 14.30 WIB. Buka setiap hari kerja (Senin – Sabtu). Pelayanan ini dilaksanakan terintegrasi di Poliklinik Afiat. Pelayanan MCU terdiri dari paket pemeriksaan pribadi, paket pemeriksaan RS PMI, dan paket pemeriksaan perusahaan/asuransi.

2. Pelayanan Penunjang Medis terdiri dari :

- a. Pelayanan Radiologi. Dibuka 24 jam setiap hari termasuk hari minggu dan hari libur. Pelayanan ini terdiri dari Elektromedik Diagnostik (USG), dan Radiologi Diagnostik (X – Ray dan CT Scan).
- b. Pelayanan Laboratorium. Dibuka 24 jam setiap hari termasuk hari minggu dan hari libur. Pelayanan ini terdiri dari Kimia Klinik, Serologi, Mikrobiologi, Patologi Anatomi, Hematologi Rutin, Immunoassy ELISA, Tes Narkoba, Analisa Urine, Feces, Sperma, dan LCS.
- c. Pelayanan Farmasi. Dibuka 24 jam setiap hari termasuk hari minggu dan hari libur. Pelayanan ini terdiri dari Pelayanan Farmasi Reguler untuk Poliklinik, dan Farmasi Keperawatan untuk pasien Rawat Inap.
- d. Pelayanan Gizi Klinik. Dibuka 24 jam setiap hari termasuk hari minggu dan hari libur. Pelayanan mendukung Terapi Dietetik Pasien Rawat Inap dan Konsultasi Gizi.
- e. Forensik Kedokteran dan Pemulasaran Jenazah. Dibuka 24 jam setiap hari termasuk hari minggu dan hari libur. Pelayanan diperuntukkan untuk jenazah yang dikenal dari Visum et Repertum (VER), Otopsi, dan Pemulasaran Jenazah. Untuk pasien yang tidak dikenal dirujuk ke RS Kepolisian Kramat Jati Jakarta.
- f. Hemodialisa dan Bank Darah, dilaksanakan oleh Instalasi Bank Darah dan Hemodialisa. Bank Darah dibuka 24 jam setiap hari termasuk hari minggu dan hari libur. Sedangkan Hemodialisa dibuka setiap hari

kerja dan waktu pelayanan mulai pukul 07.30 WIB. Maksimal 1 mesin untuk 2 hingga 3 kali tindakan.

3. Pelayanan non medis lain yang terkait dengan pelayanan rumah sakit

5.8. Kinerja RS PMI Bogor

Keberhasilan rumah sakit dalam pelayanan dapat dilihat dari kinerja rumah sakit tersebut. Untuk menilai keberhasilan pelayanan di rumah sakit biasanya memakai parameter/indikator kinerja seperti BOR (*Bed Occupancy Rate*), ALOS (*Average Length of Stay*), BTO (*Bed Turn Over*), TOI (*Turn Over Interval*), NDR (*Net Death Rate*), GDR (*Gross Death Rate*).

Tabel 5.3 Kinerja Pelayanan RS PMI Bogor Berdasarkan Indikator Pelayanan Rawat Inap Tahun 2008 – 2010

Indikator	Tahun		
	2008	2009	2010
BOR	69,56 %	69 %	64,94 %
ALOS	4,21 hari	4,11 hari	3,89 hari
TOI	1,68 hari	1,64 hari	1,93 hari
BTO	66,30 kali	68,5 kali	68,08 kali
NDR	2,22 ‰	1,96 ‰	1,82 ‰
GDR	4,06 ‰	3,38 ‰	3,50 ‰
Jumlah TT	283	283	247

Sumber : *Bagian Rekam Medis RS PMI Bogor, 2011*

BOR (*Bed Occupancy Rate*) yaitu prosentase pemakaian tempat tidur pada satu satuan waktu. Data BOR memberikan gambaran tinggi rendahnya tingkat pemanfaatan tempat tidur rumah sakit. Nilai parameter BOR yang ideal adalah antara 60-85% (Depkes RI, 2005). Dari tabel 5.3 diatas dapat diketahui bahwa dalam kurun waktu 3 (tiga) tahun terakhir nilai BOR untuk pelayanan rawat inap RS PMI Bogor selalu memenuhi standar yang ditetapkan. Dengan membandingkan nilai BOR dalam 3 (tiga) tahun terakhir, dapat diketahui bahwa nilai BOR tertinggi terjadi pada tahun 2008 dengan nilai 69,56%. Peningkatan nilai BOR di tahun 2008 tidak terlepas dari peningkatan kinerja dan produktivitas

seluruh pegawai RS PMI Bogor. Sehingga pada tahun ini kepercayaan masyarakat telah meningkat.

ALOS (*Average Length of Stay*) yaitu rata-rata lama rawat seorang pasien, disamping memberikan gambaran tingkat efisiensi juga dapat memberikan gambaran mutu pelayanan. Secara umum nilai ALOS yang ideal antara 6-9 hari. Semakin rendah nilai ALOS suatu rumah sakit maka akan menunjukkan semakin baiknya kinerja rumah sakit.

TOI (*Turn of Interval*) yaitu rata-rata hari dimana tempat tidur tidak ditempati dari telah diisi ke saat terisi berikutnya. TOI digunakan untuk mengukur efisiensi penggunaan tempat tidur dalam pelayanan rumah sakit. Idealnya tempat tidur kosong/tidak terisi ada pada kisaran 1-3 hari. Sehingga dapat disimpulkan bahwa dalam kurun waktu 3 (tiga) tahun terakhir, nilai TOI RS PMI Bogor sudah ideal.

BTO (*Bed Turn Over*) yaitu frekuensi pemakaian tempat tidur pada satu periode, berapa kali tempat tidur dipakai dalam satu satuan waktu (biasanya dalam periode 1 tahun). Data BTO ini memberikan gambaran tingkat efisiensi pemakaian tempat tidur. Idealnya dalam 1 (satu) tahun tempat tidur rata-rata dipakai 40-50 kali. BTO RS PMI Bogor dalam 3 (tiga) tahun terakhir bervariasi.

NDR (*Net Death Rate*) yaitu angka kematian 48 jam setelah di rawat untuk tiap-tiap 1000 penderita keluar. Nilai NDR yang dianggap masih dapat ditolerir adalah kurang dari 25 per 1000.

GDR (*Gross Death Rate*) yaitu angka kematian umum setiap 1000 penderita keluar. Nilai GDR idealnya tidak lebih dari 45 per 1000 penderita keluar. NDR dan GDR digunakan untuk mengetahui mutu pelayanan dan perawatan rumah sakit.

BAB VI

HASIL PENELITIAN

6.1. Kerangka Penyajian

Hasil penelitian ini disajikan dalam bentuk narasi dari hasil observasi dan wawancara mendalam kepada informan yang dilakukan di RS PMI Bogor. Penyajian juga didukung dari hasil telaah berbagai dokumen yang berkaitan dengan sistem jaminan kesehatan di rumah sakit dan telaah laporan-laporan di rumah sakit.

6.2. Karakteristik Informan

Informan dalam penelitian ini berjumlah 6 (enam) orang yang terdiri dari 3 (tiga) orang petugas Jamkesmas di rumah sakit, dan 3 (tiga) orang pasien Jamkesmas. Karakteristik informan dalam penelitian ini yaitu umur, jenis kelamin, pendidikan terakhir, dan pekerjaan.

1. Umur

Karakteristik informan berdasarkan umur yaitu informan dengan usia 19-29 tahun sebanyak 2 orang, 30-40 tahun 2 orang, usia 41-51 tahun sebanyak 1 orang, dan 1 informan dengan usia diatas 51 tahun.

2. Jenis Kelamin

Karakteristik informan berdasarkan jenis kelamin yaitu 4 orang informan berjenis kelamin laki-laki, dan 2 orang lainnya perempuan.

3. Pendidikan Terakhir

Karakteristik informan berdasarkan pendidikan terakhir yaitu sebanyak 4 orang informan lulusan Strata 1, 1 orang informan lulusan SMK, dan 1 orang informan lulusan SMP.

4. Pekerjaan

Karakteristik informan berdasarkan pekerjaan yaitu sebanyak 3 orang karyawan rumah sakit, 2 orang lainnya tidak bekerja, dan 1 informan bekerja sebagai buruh.

6.3. Hasil Penelitian

RS PMI Bogor telah lama memberikan pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin. Hal ini tercermin dalam motto RS PMI Bogor yaitu pelayanan kesehatan yang diberikan dengan keramahan tanpa membedakan status sosial ekonomi pasien, melalui Sumber Daya Manusia yang bermutu dan berdedikasi tinggi dalam melaksanakan tugas sesuai dengan kebutuhan masyarakat.

Implementasi Program Jamkesmas di rumah sakit juga dapat dilihat dari komitmen pihak rumah sakit untuk melaksanakan Program Jamkesmas. sehingga dalam penelitian ini akan membahas mengenai Implementasi Program Jamkesmas di RS PMI Bogor.

Adapun Aspek-aspek yang dapat dilihat dalam implementasi Program Jamkesmas berupa standar dan sasaran kebijakan atau ukuran dan tujuan kebijakan, sumber daya, karakteristik organisasi pelaksana, sikap para pelaksana, komunikasi antar organisasi terkait dan kegiatan-kegiatan pelaksana, serta lingkungan sosial, ekonomi, dan politik.

Berdasarkan wawancara mendalam dan observasi serta telaah dokumen selama melakukan penelitian di RS PMI Bogor pada bulan Juni Tahun 2012 diperoleh hasil sebagai berikut :

6.3.1. Standar dan Sasaran Kebijakan

Standar dan sasaran kebijakan mengenai Program Jamkesmas yang ada di RS PMI Bogor. Berikut kutipan wawancara mengenai standar Program Jamkesmas berupa :

“Untuk standar pelayanan tidak ditetapkan oleh rumah sakit, kami melayani semua pasien Jamkesmas yang berobat” (Informan 1)

“Tidak ada standar khusus untuk Program Jamkesmas yang ditetapkan oleh rumah sakit, mengikuti standar dari Pemerintah” (Informan 3)

Ketika peneliti bertanya kepada informan kedua, informan tersebut bertanya kembali kepada peneliti maksud standar Program Jamkesmas seperti apa.

“Maksudnya? Standar yang seperti apa ?” (Informan 2)

Standar dalam menentukan jumlah kunjungan pasien, ada pembatasan kunjungan pasien untuk pasien Jamkesmas baik Rawat Jalan maupun Rawat Inap. Berikut yang diutarakan oleh informan :

“Oh,, standar yang seperti itu mengenai jumlah pasien tidak ada pembatasan, rumah sakit menerima semua pasien sejauh dapat melayani.” (Informan 2)

Pada dasarnya rumah sakit tidak menetapkan standar khusus dalam melayani pasien Jamkesmas. RS PMI Bogor hanya mengikuti standar yang ditetapkan oleh Depkes. Selama pasien yang berobat di rumah sakit dapat dilayani, tentu akan dilayani baik itu untuk Rawat Jalan, Rawat Inap, IGD, Jampersal, dan lainnya.

Sasaran dari Program Jamkesmas yang ditetapkan oleh RS PMI Bogor yaitu :

“Tidak ada sasaran khusus, semua pasien Jamkesmas yang datang berobat pasti dilayani” (Informan 3)

“Sasaran Program Jamkesmas masyarakat yang memiliki kartu Jamkesmas” (Informan 1)

“Untuk sasaran program tidak ada, hanya saja semua pasien Jamkesmas yang berobat pasti diterima sejauh dapat melayani” (Informan 2)

Dari hasil wawancara diatas, dapat disimpulkan bahwa RS PMI Bogor tidak mempunyai standar dan sasaran khusus mengenai Program Jamkesmas. Sejahter pasien tersebut memiliki kartu Jamkesmas pastilah rumah sakit memberikan pelayanan kesehatan yang dibutuhkan.

6.3.2. Sumber Daya

6.3.2.1 Sumber Daya Manusia

Manusia merupakan sumber daya yang terpenting yang harus dimiliki oleh organisasi dan merupakan *asset* yang harus dijaga. Adapun sumber daya manusia yang terlibat dalam implementasi Program Jamkesmas di RS PMI Bogor yaitu :

“Tim Pengelola Jamkesmas terdiri dari ketua, wakil ketua merangkap sekretaris, dan 2 orang anggota yang bertugas sebagai koding dan entry data, serta 2 orang dari Depkes sebagai verifikator. Dan tenaga kesehatan pada unit lainnya yang terkait dalam pengelolaan Jamkesmas” (Informan 2)

“Tim Pengelola Jamkesmas dan unit lain yang terkait dalam membantu pengelolaan Jamkesmas” (Informan 1)

Dari hasil wawancara diatas, dapat diketahui bahwa sumber daya manusia yang dimiliki RS PMI Bogor sudah mencukupi dalam menjalankan Program Jamkesmas ini.

6.3.2.2 Sumber Daya Finansial

Dari hasil observasi yang dilakukan didapatkan bahwa untuk pelaksanaan Jamkesmas di RS PMI Bogor secara finansial tidak memiliki masalah, dapat dilihat dari sarana dan prasarana yang tersedia sudah lengkap untuk melayani pasien Jamkesmas. RS PMI Bogor juga merupakan rumah sakit swasta tipe B.

6.3.2.3 Sumber Daya Waktu

Hasil observasi dan wawancara mendalam menunjukkan bahwa RS PMI Bogor tidak memiliki masalah mengenai sumber daya waktu untuk Program Jamkesmas ini.

“RS PMI Bogor sudah lama menjalankan Program Jamkesmas, dari awal dikeluarkan kebijakan mengenai pelayanan masyarakat miskin yang dicanangkan oleh Pemerintah” (Informan 1)

“Sudah lama, tapi saya lupa tahunnya, dari awal mula ada Program untuk melayani masyarakat miskin” (Informan 3)

Dari hasil wawancara diatas dapat diketahui bahwa RS PMI Bogor sudah lama dan mempunyai pengalaman dalam menjalankan Program Jamkesmas ini. Sehingga sumber daya waktu sudah tidak ada kendala lagi.

6.3.3. Karakteristik Organisasi Pelaksana

Karakteristik utama dari organisasi dapat berupa prosedur-prosedur kerja standar. Dalam wawancara mendalam ini, peneliti menanyakan mengenai SK Direktur mengenai karyawan yang bertanggung jawab mengenai Jamkesmas seperti yang diungkapkan informan sebagai berikut :

“Ehmmm... Menurut Surat Keputusan (SK) Direktur Tim Pengelola per 1 April 2012, tetapi menurut kata orang yang saya dengar, tim pengelola diganti menjadi Pokja dari April sampai saat ini. Itu yang masih menjadi pertanyaan saya, untuk rumah sakit swasta tipe B sebaiknya Tim Pengelola Jamkesmas di bawah siapa? Non struktural atau struktural.”
(Informan 1)

Namun disisi lain informan mengungkapkan bahwa SK Tim Pengelola Jamkesmas ada, yang dikeluarkan per April 2012, seperti yang diutarakan berikut ini :

“SK Direktur per 1 April 2012 tertulis Tim Pengelola Pelayanan Kesehatan Jamkesmas” (Informan 2)

“SK Direktur masih berlaku sebelum dikeluarkannya SK yang baru, Tim Pengelola Jamkesmas” (Informan 3)

Dari hasil wawancara diatas, dapat disimpulkan bahwa SK Direktur per 1 April 2012 masih berlaku dan dinamakan Tim Pengelola Pelayanan Kesehatan Jamkesmas.

Peneliti juga menanyakan mengenai tugas pokok dan fungsi dari tim Jamkesmas di RS PMI Bogor, seperti yang diungkapkan informan sebagai berikut:

“Ketua, Wakil Ketua merangkap Sekretaris, Koding, dan Entry Data”
(Informan 2)

“Tiga orang cowok dan satu orang cewek. Ada Ketua, Sekretaris, bagian koding, dan entry data” (Informan 1)

Hasil wawancara menunjukkan bahwa informan tidak menyebutkan secara lengkap dan rinci mengenai tugas pokok dan fungsi dari masing-masing Tim

Jamkesmas. Tim Jamkesmas tidak menyimpan arsip mengenai tugas pokok dan fungsi dari masing-masing karyawan.

Peneliti juga menanyakan mengenai Standar Operasional Prosedur (SOP) apakah Tim Jamkesmas memiliki SOP, berikut kutipan hasil wawancaranya :

“SOP ada, tetapi saya tidak menyimpannya” (Informan 1)

“SOPnya ada, tetapi ada di Sekretariat.” (Informan 2)

Dalam menjalankan pekerjaan, SOP sangat penting sebagai standar dari pekerjaan yang dilakukan. Tetapi Tim Jamkesmas tidak memiliki pertinggal SOP di bagian tersebut. Sehingga peneliti tidak dapat melihat SOP dari Tim Jamkesmas tersebut.

6.3.4. Komunikasi Antar Organisasi Terkait dan Kegiatan- Kegiatan Pelaksanaan

Agar kebijakan dapat dilaksanakan dengan efektif maka perlu adanya standar tujuan yang dipahami oleh individu yang terlibat dalam kebijakan tersebut. Standar dan tujuan harus dikomunikasikan kepada pihak-pihak yang terlibat serta harus konsisten dan seragam. Berikut kutipan wawancara yang dilakukan peneliti kepada informan :

“Dari awal Program Jamkesmas ini sudah dikomunikasikan kepada seluruh unit terkait.” (Informan 1)

“Semua unit yang terlibat disosialisasikan mengenai Program Jamkesmas ini.” (Informan 2)

Berdasarkan hasil wawancara diatas, dapat disimpulkan bahwa penyelenggaraan Program Jamkesmas telah dikomunikasikan kepada unit-unit yang terkait. Tetapi berdasarkan hasil pengamatan, masih ada petugas di Instalasi Rawat Inap yang tidak mengetahui dengan jelas perbedaan pasien Jamkesmas dan Jamkesda.

Dilain sisi, peneliti juga menanyakan mengenai kegiatan-kegiatan atau pelatihan yang diikuti. Seperti yang dikutip dalam wawancara berikut ini :

“Pelatihan untuk menggunakan INA-CBGs ada, diadakan oleh Depkes dengan biaya Depkes. Yaa.. kemudian saya sosialisasikan kepada teman-teman.” (Informan 2)

“Pelatihan yang diadakan Depkes setahun sekitar 3 kali, biasanya mengenai pengoperasian software INA-CBGs, setelah itu langsung disosialisasikan kepada teman-teman” (Informan 1)

Dari wawancara diatas dapat disimpulkan bahwa pelatihan penggunaan *software* INA-CBGs yang diadakan oleh Depkes RI diikuti oleh karyawan Tim Pengelola Jamkesmas. Pelatihan ini disosialisasikan kepada Tim Pengelola Jamkesmas lainnya.

6.3.5. Sikap Para Pelaksana

Dari hasil wawancara mendalam yang dilakukan oleh peneliti terhadap beberapa informan mengenai sikap para pelaksana seperti yang diutarakan sebagai berikut :

“Susternya baik-baik, ramah, perhatian, tadi juga suster nanyain keadaan saya udah makan belum. Dokternya juga baik.” (Informan 4)

“Selama beberapa kali berobat disini, orang-orangnya ramah-ramah, murah senyum, suka menyapa saya.” (Informan 6)

Dari wawancara diatas dapat diketahui bahwa sikap penyedia pelayanan seperti dokter dan perawat baik, ramah, dan perhatian. Tetapi, dilain sisi ada juga informan yang mengatakan bahwa sikap dokter dan perawat cukup ramah seperti yang diutarakan informan berikut :

“Suster yang kemaren ambil darah saya suster yang praktek, sampe 2 kali darah saya diambil, over all sech cukup ramah tapi kurang care (perhatian).” (Informan 5)

Walaupun ada informan yang mengatakan bahwa sikap perawat dan dokter cukup ramah dan kurang perhatian, tetapi secara keseluruhan sikap para penyedia pelayanan di RS PMI Bogor baik, ramah, dan perhatian.

Dari hasil wawancara mendalam, ada beberapa alasan yang menyebabkan informan berobat ke RS PMI Bogor, seperti yang diutarakan sebagai berikut :

“Awalnya di bawa ke RS Marzoeki Mahdi, tetapi disana penuh. Jadi anak bawa saya ke RS PMI Bogor. Saya udah pernah berobat disini, tapi udah lama.” (Informan 6)

“Karena dekat dari rumah, biasanya berobat cuma di Puskesmas aja.”
(Informan 4)

“Dekat dari rumah, pelayanan untuk Jamkesmas taunya yaa cuma di rumah sakit ini.” (Informan 5)

Dari beberapa kutipan diatas dapat diketahui bahwa alasan pasien berobat ke RS PMI Bogor yaitu dekat dari rumah, dan hanya mengetahui RS PMI Bogor yang melayani Jamkesmas.

6.3.6. Lingkungan Sosial, Ekonomi, dan Politik

Lingkungan sosial, ekonomi, dan politik mempengaruhi implementasi dari Program Jamkesmas. Tetapi dalam hal ini, peneliti tidak menggali lebih mendalam mengenai lingkungan ini.

6.4. Kendala yang Dihadapi RS PMI Bogor

Dalam menjalankan suatu program, tidaklah terlepas dari masalah-masalah atau kendala-kendala yang dihadapi. Adapun beberapa masalah yang dihadapi oleh RS PMI Bogor dalam menjalankan Program Jamkesmas, yaitu perubahan status pasien dari pasien umum menjadi pasien Jamkesmas, seperti yang diutarakan informan berikut :

“Adanya perubahan status pasien umum menjadi pasien Jamkesmas. Padahal pihak RS sudah memberikan kelonggaran waktu 3 x 24 jam untuk pasien dalam memenuhi persyaratan kepesertaan. Terutama terjadi untuk pasien di Rawat Inap.” (Informan 2)

“Pasien awalnya mendaftar dengan jaminan umum tetapi besoknya pasien datang ke Tim Pengelola Jamkesmas untuk menyerahkan kartu kepesertaan Jamkesmas. Bahkan ada yang setelah 3 hari melapor bahwa ia pasien Jamkesmas.” (Informan 1)

Dari hasil wawancara diatas, dapat disimpulkan bahwa masih adanya pasien umum yang datang ke Tim Pengelola Jamkesmas untuk mengubah statusnya dari pasien umum menjadi pasien Jamkesmas. Padahal pihak RS telah memberikan kelonggaran 3 x 24 jam untuk melengkapi persyaratan kepesertaan.

Selain itu, informan juga menegaskan alasan mengapa mereka telat mengajukan persyaratan kepesertaan Jamkesmas. Seperti yang diungkapkan informan berikut :

“Saya baru mengajukan persyaratan kepesertaan Jamkesmas karena waktu awal berobat lupa membawa kartu Jamkesmas.” (Informan 4)

“Baru menyadari waktu adanya tagihan untuk biaya rawat inap, dan saya baru mengajukan persyaratan sehari setelah saya dirawat.”
(Informan 5)

Kendala lain yang dihadapi yaitu mengenai kasus Jampersal. Masih ada kasus Jampersal yang sebetulnya masih bisa ditangani di pelayanan dasar seperti Puskesmas atau Bidan. Hal tersebut seperti yang diutarakan informan berikut ini :

“Ada pasien Jampersal yang langsung datang ke IGD untuk mendapatkan pelayanan, padahal kasus tersebut masih bisa ditangani di Puskesmas atau Bidan. Pihak IGD mau berkata apa, mereka ditugaskan untuk memberikan pelayanan kepada pasien. Kasian kalau pasiennya disuruh pulang lagi, takut melahirkan dijalan. Apalagi anak pertama, pasiennya panik.” (Informan 2)

“Rujukan tidak jalan untuk pasien Jampersal.” (Informan 3)

Dapat disimpulkan bahwa untuk pasien Jampersal, masih ada kasus yang sebetulnya dapat ditangani di pelayanan dasar seperti Puskesmas dan Bidan. Tetapi dilain sisi informan juga mengutarakan bahwa rumah sakit yang mereka datangi tidak memiliki peralatan yang memadai, seperti hasil wawancara berikut :

“Saya sudah datang ke RSUD Leuwiliang tetapi ditolak oleh pihak rumah sakit, dan dirujuk ke RS PMI Bogor.” (Informan 5)

“Saya datang ke rumah sakit terdekat, akan tetapi pihak rumah sakit menolak memberikan pelayanan dikarenakan dari informasi yang dikatakan petugas bahwa alasan mereka tidak memiliki peralatan yang memadai.” (Informan 4)

Dari hasil wawancara mendalam adanya kendala yang dihadapi terkait jumlah tarif pelayanan yang disesuaikan dengan INA-CBGs sehingga secara kumulatif klaim tagihan Jamkesmas bagi RS merugi hingga 25persen sampai 30 persen sehingga menjadi beban RS, seperti yang diungkapkan beberapa informan berikut:

“Tarif yang tidak sesuai dengan rumah sakit karena RS ini RS swasta, apalagi untuk persalinan, bedah, Ok, dan pelayanan intensif. Efek dari software enggak semua tindakan pelayanan ditanggung. Jadi, rumah sakit rugi.” (Informan 2)

“Rumah sakit swasta, jumlah tagihan yang dibayarkan sesuai tarif INA-CBGs. Kalau untuk bedah rugi karena biaya operasional meningkat, biaya di software INA-CBGs standar rumah sakit negeri.” (Informan 1)

Dari hasil wawancara mendalam yang dilakukan, salah satu kendala yang ditemukan yaitu jumlah tarif yang dibayarkan sesuai dengan INA-CBGs sehingga rumah sakit secara finansial kumulatif merugi. Software INA-CBGs tidak menanggung semua biaya pelayanan karena sudah menjadi satu kesatuan yang dikelompokkan berdasarkan kode.

Disisi lain informan juga mengungkapkan bahwa tidak semua tarif INA-CBGs merugi bagi pihak RS. Ada beberapa tarif di INA-CBGs lebih tinggi dibandingkan biaya riil yang dikeluarkan oleh pihak RS seperti di Rawat Jalan. Hal ini sesuai dengan informasi yang didapatkan dari informan, yaitu :

“Untuk rawat jalan tidak rugi, karena ada tarif di INA-CBGs yang lebih tinggi dibandingkan biaya riil RS. Hanya untuk Jampersal, Bedah, dan

pelayanan intensif lainnya pihak RS merasa rugi. Karena tidak persatuan kasus dibayarkan.” (Informan 2)

“Tarif tindakan operasi tidak sesuai dengan tarif RS.” (Informan 3)

Hasil wawancara mendalam dan observasi menunjukkan bahwa tarif INA-CBGs tidak semuanya merugi, untuk Rawat Jalan pihak RS tidak merugi karena biaya riil yang dikeluarkan RS lebih rendah dibandingkan biaya INA-CBGs, dan biaya yang di klaimkan sesuai dengan tarif INA-CBGs. Untuk pelayanan Jampersal, bedah, operasi, intensif, dan rawat inap pihak RS merugi karena jumlah biaya riil yang dikeluarkan pihak RS lebih tinggi dibandingkan jumlah tarif INA-CBGs.

Dari hasil observasi mengenai jumlah klaim pelayanan Jamkesmas di RS PMI Bogor yang peneliti dapatkan hanya untuk tahun 2011 saja karena untuk tahun 2012 jumlah klaim yang ditagihkan belum lengkap, dan klaim tersebut hanya klaim yang diajukan ke PPJK tanpa adanya biaya riil pelayanan yang dikeluarkan oleh RS.

Tabel 6. 1 Jumlah Klaim Pelayanan Jamkesmas Tahun 2011

No.	Bulan	Jenis Pelayanan	
		Rawat Jalan	Rawat Inap
1.	Januari	254.575.019,07	453.324.952,87
2.	Februari	230.962.756,82	457.223.327,50
3.	Maret	260.661.740,54	475.689.332,31
4.	April	226.325.374,95	482.679.917,29
5.	Mei	235.288.542,94	550.456.992,38
6.	Juni	238.901.580,86	592.339.530,09
7.	Juli	247.745.976,85	856.497.694,31
8.	Agustus	221.023.541,70	523.992.562,87
9.	September	236.589.813,44	478.431.547,70
10.	Oktober	256.720.517,71	396.661.041,13
11.	November	262.647.399,41	345.752.292,55
12.	Desember	266.484.595,17	286.706.417,69
Total		2.937.926.859,46	5.900.003.316,14

Sumber: *Tim Pengelola Pelayanan Kesehatan Jamkesmas RS PMI Bogor, 2012*

Dari tabel diatas dapat dilihat bahwa klaim pelayanan Jamkesmas di Tahun 2011 meningkat secara fluktuatif. Hal tersebut dapat dilihat pada jenis pelayanan Rawat Jalan yang mencapai Rp 2.937.926.859,46 dan untuk Rawat Inap mencapai Rp 5.900.003.316,14. Klaim pelayanan Jamkesmas untuk Rawat Jalan yang tertinggi terjadi pada bulan Desember dan yang terendah terjadi pada bulan Agustus. Sedangkan untuk klaim pelayanan Jamkesmas di Rawat Inap yang tertinggi di bulan Juli dan terendah di bulan Desember.

Informan juga menyebutkan bahwa beberapa tarif INA-CBGs bagi RS merugi sehingga menjadi beban RS. Beban RS tersebut ditanggung dari hasil pelayanan Jamkesmas yang mereka berikan. Seperti yang diutarakan informan berikut :

“Kerugian finansial klaim Jamkesmas yang menjadi beban RS dibebankan dari biaya jasa medis atau jasa pelayanan yang dilakukan.”

(Informan 2)

Disamping itu, informan juga mengungkapkan bahwa ada dokter yang memberikan tarif untuk pengobatan pasien Jamkesmas yang terlalu tinggi. Dokter tersebut juga mengetahui bahwa pasien adalah peserta Jamkesmas. hal tersebut terjadi pada pasien Rawat Jalan. Seperti yang diungkapkan informan berikut :

“Dokter masih menetapkan jumlah tagihan sampai delapan ratus ribu untuk pasien rawat jalan, padahal dokter mengetahui pasien itu peserta Jamkesmas.” (Informan 2)

“Di unit rawat jalan masih ditemukan dokter yang menetapkan jumlah tagihan terlalu tinggi. Dokter tersebut mengetahui bahwa pasien peserta Jamkesmas.” (Informan 3)

Hasil wawancara diatas dapat disimpulkan bahwa masih ada dokter yang menetapkan jumlah tagihan lebih tinggi dari Tarif INA-CBGs untuk pasien rawat inap, dan dokter tersebut mengetahui pasien adalah peserta Jamkesmas. Jumlah tagihan tersebut terlalu tinggi dikarenakan adanya biaya yang tidak perlu dikeluarkan oleh pasien. Tim Pengelola Jamkesmas menemukan kejanggalan tersebut dari tindakan yang dilakukan. Sehingga Tim Pengelola Jamkesmas melaporkan hal tersebut kepada Direktur. Seperti yang diungkapkan informan berikut :

“Hasil temuan tersebut kami laporkan kepada Direktur untuk menegur dokter yang melakukan hal tersebut. Kemudian Direktur melalui Komite Medik menegur dokter tersebut agar tidak melakukan tindakan pelayanan yang tidak dibutuhkan oleh pasien.” (Informan 2)

Dilain sisi, walaupun pihak rumah sakit merasa merugi secara finansial kumulatif tetapi dalam perkembangannya pasien Jamkesmas di RS PMI Bogor meningkat secara fluktuatif baik itu pasien Rawat Jalan maupun Rawat Inap, seperti yang diutarakan informan berikut :

“Pasien Jamkesmas meningkat, padahal ini rumah sakit swasta dan rumah sakit paling banyak menerima pasien Jamkesmas kedua setelah RS Marzoeki Mahdi.” (Informan 2)

“Pasien Jamkesmas meningkat setiap harinya.” (Informan 3)

Dari hasil wawancara mendalam diatas, dapat disimpulkan bahwa jumlah pasien Jamkesmas meningkat. Terlihat pada tabel 6.2 bahwa pasien Jamkesmas relatif stabil setiap bulannya.

Tabel 6. 2 Jumlah Pelayanan Peserta Jamkesmas Tahun 2011

No.	Bulan	Pelayanan Kesehatan	
		Rajal	Ranap
1.	Januari	961	188
2.	Februari	909	209
3.	Maret	1.043	227
4.	April	884	229
5.	Mei	941	286
6.	Juni	926	289
7.	Juli	971	334
8.	Agustus	814	293
9.	September	877	269
10.	Oktober	963	116
11.	November	972	121
12.	Desember	929	102
Jumlah		11.190	2.663

Sumber: *Tim Pengelola Pelayanan Kesehatan Jamkesmas RS PMI Bogor, 2012*

Dapat dilihat dari tabel 6.2, bahwa jumlah kunjungan pasien Jamkesmas di RS PMI Bogor relatif stabil baik di Rawat Jalan maupun Rawat Inap. Pasien Jamkesmas Rawat Jalan paling tinggi terdapat pada bulan Maret dengan jumlah kunjungan 1.043 pasien, dan yang paling rendah pada bulan Agustus yaitu 814 pasien. Untuk pasien Rawat Inap yang tertinggi pada bulan Juli berjumlah 334 pasien, dan yang terendah pada bulan Desember yaitu 102 pasien.

Tabel 6. 3 Jumlah Pelayanan Peserta Jamkesmas Tahun 2012

No.	Bulan	Pelayanan Kesehatan	
		Rajal	Ranap
1.	Januari	996	114
2.	Februari	1.064	80
3.	Maret	1.117	86
4.	April	1.057	97
Jumlah		4.234	377

Sumber: *Tim Pengelola Pelayanan Kesehatan Jamkesmas RS PMI Bogor, 2012*

Tabel diatas dapat menjelaskan bahwa pada tahun 2012 jumlah kunjungan pasien Jamkesmas untuk rawat jalan dan rawat inap relatif stabil. Jumlah kunjungan di Rawat Jalan paling tinggi terdapat pada bulan Maret yaitu 1.117 pasien, dan yang paling rendah pada bulan Januari sebanyak 996 pasien. Untuk Rawat Inap jumlah kunjungan yang tertinggi pada bulan Januari sekitar 114 pasien, dan terendah pada bulan Februari yaitu 80 pasien.

Jumlah rekapitulasi pelayanan untuk peserta Jamkesmas di tahun 2012 baru selesai hingga bulan April. Padahal tahun 2012 sudah memasuki bulan Juli. Seharusnya rekapitulasi klaim Jamkesmas sudah sampai bulan Mei atau Juni. Keterlambatan pengajuan klaim dikarenakan, seperti yang diungkapkan informan berikut :

“Sebelum dibentuk Tim Pengelola Jamkesmas, petugas yang bertanggung jawab mengurus Jamkesmas hanya 1 orang pelaksana yang dibantu oleh 12 orang yang menduduki jabatan struktural. Sehingga klaim tagihan mengalami keterlambatan karena petugas harus menyelesaikan terlebih dahulu pekerjaan utama baru kemudian mengurus klaim Jamkesmas.” (Informan 2)

“Tim Pengelola Jamkesmas ini baru dibentuk sekitar 3 bulan, dan harus mengejar ketertinggalan klaim dari bulan November 2011. Sehingga saat ini baru menyelesaikan klaim sampai bulan April. Disamping itu kita juga harus merekap klaim untuk Jamkesda.” (Informan 1)

Dari hasil wawancara diatas, dapat disimpulkan bahwa keterlambatan pengajuan klaim dikarenakan Tim Pengelola Jamkesmas baru dibentuk 3 bulan yang lalu, dan mereka harus mengejar ketertinggalan pengajuan klaim dari bulan November 2011.

Disamping itu, keterlambatan juga diakibatkan oleh revisi mengenai salah koding, dan persyaratan pasien tidak lengkap. Seperti yang diungkapkan informan berikut :

“Untuk bulan Mei sekarang lagi tahap revisi, biasanya adanya revisi diakibatkan oleh salah koding, dan adanya persyaratan yang tidak lengkap. Ketidakesesuaian tanggal lahir antara KTP-KK-Kartu Jamkesmas. Sehingga menghambat pengajuan klaim.” (Informan 2)

Keterlambatan pengajuan klaim juga akibat adanya revisi mengenai salah koding, dan ketidaklengkapan persyaratan karena tidak sesuai tanggal lahir atau nama antara KK-KTP-Kartu Jamkesmas.

RS PMI Bogor telah lama memberikan pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin. Tetapi pada kenyataannya Tim khusus yang mengurus mengenai Jamkesmas baru dibentuk sekitar 3 bulan. Hal ini terjadi dikarenakan :

“Direktur melihat banyaknya utang atau klaim yang belum dilaporkan kepada PPJK” (Informan 3)

“Pada bulan Februari saya sudah ditugaskan untuk mengurus mengenai Jamkesmas, tetapi saya tidak dapat bekerja sendiri. Sehingga, saya mengusulkan kepada Direktur untuk menambah karyawan. Lalu, pada bulan April dibentuklah Tim Pengelola Jamkesmas yang merupakan unit kerja non struktural. Awalnya saya dibagian mutu” (Informan 2)

Dari hasil wawancara diatas dapat disimpulkan bahwa Tim Pengelola Jamkesmas baru dibentuk mengingat banyaknya utang atau klaim yang belum ditagihkan kepada PPJK. Sehingga pada bulan April 2012 terbentuklah Tim Pengelola Jamkesmas yang langsung bertanggung jawab kepada Direktur.

6.5. Harapan dari Tim Pengelola Jamkesmas

Disamping melihat adanya kendala yang dihadapi oleh Tim Pengelola Jamkesmas mengenai Program Jamkesmas, mereka juga memiliki harapan yang nantinya dapat meminimalisir kendala yang dihadapi. Seperti kutipan wawancara berikut :

“Adanya sistem pengendalian dari manajemen rumah sakit mengenai masih adanya dokter yang menetapkan jumlah biaya pelayanan yang terlalu tinggi. Kalau banyak dokter yang begitu, rumah sakit bisa rugi karena biayanya enggak sepenuhnya ditanggung INA-CBGs.”

(Informan 2)

“Kalau untuk pengelolaan Program Jamkesmas di rumah sakit sudah bagus, tetapi untuk pengendaliannya masih kurang. Pengendalian biaya tindakan yang diberikan dokter.” (Informan 3)

Informan menyebutkan bahwa di RS PMI Bogor untuk pengelolaan Jamkesmas sudah bagus, hanya saja untuk sistem pengendalian masih kurang. Hal ini terlihat dari masih adanya dokter yang menetapkan tarif yang terlalu tinggi, akan berdampak pada klaim tagihan Jamkesmas, dan RS dapat mengalami kerugian.

Di lain pihak, Tim Pengelola Jamkesmas mengharapkan adanya penyesuaian tarif INA-CBGs untuk tindakan operasi, perawatan intensif, dan persalinan agar tarif tersebut tidak terlalu jauh berbeda dari biaya riil rumah sakit. Hal tersebut seperti yang diutarakan informan berikut :

“Adanya kesesuaian untuk tarif tindakan operasi, karena rumah sakit ini adalah RS Swasta.” (Informan 1)

“Mengenai tarif untuk tindakan operasi, menurut saya kalau tarifnya sesuai yaa enggak masalah, mungkin semua rumah sakit siap melayani pasien sehingga tidak terjadi lagi penolakan pasien. Menurut saya, banyak RS yang menolak pasien karena tarif yang dirasakan tidak sesuai.” (Informan 2)

Dari hasil wawancara diatas, dapat disimpulkan bahwa pihak rumah sakit mengharapkan adanya kesesuaian tarif untuk tindakan operasi, perawatan intensif, dan persalinan terlebih untuk rumah sakit swasta. Hal ini diharapkan agar nantinya tidak ada lagi penolakan pasien di rumah sakit.



BAB VII

PEMBAHASAN

Peneliti menggunakan triangulasi sebagai teknik untuk mengecek validitas atau keabsahan data. Menurut (Moleong, 2006) menjelaskan pengertian triangulasi yaitu merupakan teknik pemeriksaan keabsahan data yang memanfaatkan sesuatu yang lain dalam membandingkan hasil wawancara terhadap objek penelitian. Dalam penelitian ini, peneliti menggunakan triangulasi data dengan teknik pemeriksaan *check* (dengan mencari bukti dari pernyataan informan contohnya bukti pembayaran), *recheck* (menanyakan pertanyaan yang sama ketika wawancara di waktu yang berdeda pada orang yang sama), dan *crosscheck* (menanyakan hal/pertanyaan yang sama pada informan yang berdeda di waktu yang berdeda).

Menurut tujuan dari penelitian ini yaitu untuk mengetahui informasi mengenai analisis implementasi Program Jamkesmas di RS PMI Bogor Tahun 2012. Maka, yang akan dibahas dalam pembahasan penelitian ini yaitu hasil dari wawancara mendalam, dan observasi dengan merujuk dari berbagai sumber referensi.

7.1. Keterbatasan Penelitian

Dalam kegiatan penulisan ini, peneliti menemukan hambatan yang menjadi keterbatasan dalam penelitian ini, yaitu informan yang ditunjuk pada pelayanan Rawat Inap adalah pasien Jamkesda sehingga informasi yang didapat tidak valid.

7.2. Implementasi Program Jamkesmas

RS PMI Bogor telah menyelenggarakan pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin dari awal mulai diberlakukannya program jaminan kesehatan sosial sekitar tahun 2005. Program Jamkesmas memiliki tim pengelola yang terdiri dari 1 orang pelaksana dan 12 anggota lainnya dari unit terkait. Tim yang dibentuk ini kurang optimal dalam pengelolaan jamkesmas hal ini disebabkan karena seluruh anggota tim memiliki tugas pokok/utama pada jabatan struktural

sehingg pengelolaan terutama pengurusan klaim Jamkesmas cenderung menjadi pekerjaan kedua.

Pada April 2012 pihak RS PMI Bogor merevisi dan membentuk tim baru untuk tim pengelola Jamkesmas. Terdiri dari empat orang, dimana satu orang bertindak sebagai ketua, satu orang menjadi sekertaris yang merangkap juga sebagai wakil ketua, satu orang menjadi koder dan yang terakhir sebagai entry data dan verifikator.

Dari hasil penelitian yang dilakukan kepada pihak rumah sakit atau Tim Pengelola Jamkesmas dan pasien Jamkesmas di RS PMI Bogor menunjukkan bahwa RS PMI Bogor telah melaksanakan Program Jamkesmas. Implementasi program Jamkesmas di RS PMI Bogor sudah 100 persen dilihat dari beberapa hal seperti kebijakan yang dibentuk oleh rumah sakit, pelayanan yang tersedia, pengolahan data Jamkesmas hingga proses klaim tagihan Jamkesmas yang sesuai INA-CBGs.

Demikian yang diutarakan oleh Riant Nugroho (2009) dalam bukunya *Public Policy* yang dikutip dari MCN Blog bahwa makna implementasi kebijakan adalah “cara agar suatu kebijakan dapat mencapai tujuannya. Tidak lebih dan tidak kurang.” Implementasi kebijakan mempunyai dua langkah yaitu langsung mengimplementasi dalam bentuk program atau melalui formulasi kebijakan turunan dari kebijakan publik tersebut.

Implementasi kebijakan merupakan hal yang paling sulit karena masalah-masalah yang tidak dijumpai dalam konsep, biasanya muncul di lapangan. Tetapi kendala yang dihadapi oleh pihak RS lebih kepada pelaksanaan dan proses dalam pengajuan klaim kepada pihak PPJK.

Informan juga menyebutkan banyak kendala yang dihadapi dalam pelaksanaan Jamkesmas seperti adanya perubahan status dari pasien umum menjadi pasien Jamkesmas, jumlah klaim tagihan pelayanan Jamkesmas secara finansial kumulatif merugi bagi pihak RS dan menjadi beban RS, untuk kasus Jampersal masih ada kasus yang sebetulnya masih bisa ditangani oleh Puskesmas serta adanya keterlambatan klaim tagihan Jamkesmas.

Hal ini sejalan dengan model implementasi kebijakan publik yang dikemukakan oleh Donald Van Meter dan Carl Van Horn yang dikenal dengan

The Policy Implementation Process yang digunakan dalam penelitian ini. Model tersebut menyatakan bahwa ada beberapa variabel yang mempengaruhi kebijakan antara lain: (a) standar dan sasaran kebijakan, (b) sumber daya, (c) karakteristik organisasi pelaksana, (d) sikap para pelaksana, (e) komunikasi antar organisasi terkait dan kegiatan-kegiatan pelaksanaan, serta (f) lingkungan sosial, ekonomi, dan politik.

Salah satu alasan pasien Jamkesmas berobat ke RS PMI Bogor adalah karena letak rumah sakit dekat dari rumah, dan sikap dari para pelaksana di rumah sakit yang ramah. “Hal tersebut sesuai yang dinyatakan oleh Moison, Walter dan White dalam Haryanti (2000), menyebutkan bahwa faktor-faktor yang mempengaruhi kepuasan konsumen antara lain; (a) karakteristik produk, (b) harga, (c) pelayanan, (d) lokasi, (e) fasilitas, (f) *image*, (g) desain visual, (h) suasana, dan (i) komunikasi” (Setiyo Purwanto, 2007).

Banyak faktor yang menjadi alasan mengapa pasien kembali datang berobat ke rumah sakit seperti lokasi rumah sakit yang strategis, mudah dijangkau, dan lingkungan yang mendukung.

Demikian juga sesuai yang dikemukakan oleh Azwar (1996) dalam Suparyanto (2011) yang menyatakan bahwa syarat pokok pelayanan kesehatan yaitu; (a) tersedia dan berkesinambungan, (b) dapat diterima dan wajar, (c) mudah dicapai, (d) mudah dijangkau, dan (e) bermutu.

Pasien datang ke rumah sakit karena pelayanan yang dibutuhkan pasien tersedia, dan lokasi rumah sakit mudah dicapai atau dekat dari rumah. Lokasi RS PMI Bogor yang terletak di Jalan Padjajaran No.80 dan merupakan jalan utama Kota Bogor yang dapat dengan mudah dijangkau oleh masyarakat Bogor, dan RS PMI Bogor merupakan salah satu rumah sakit swasta yang melayani pasien Jamkesmas selain RS Karya Bakti, dan RS Azra.

Menurut Anderson (1968) dalam Notoatmodjo (2007) kategori utama dalam pelayanan kesehatan digabungkan oleh faktor pendorong (*predisposisi*), faktor pemungkin (*enabling*), dan faktor tingkat kesakitan (*illness level*). Faktor pendorong terdiri dari 3 (tiga) komponen yaitu; (a) faktor demografi seperti umur, jenis kelamin, status perkawinan, besar keluarga. (b) faktor struktural sosial

seperti suku bangsa, pendidikan, pekerjaan. (c) faktor keyakinan/kepercayaan seperti pengetahuan, sikap, persepsi.

Dari hasil penelitian, dapat diketahui bahwa tingkat pendidikan sangat mempengaruhi pasien dalam pelayanan kesehatan. Tingkat pendidikan yang tinggi akan membuat pasien lebih bertanggung jawab atas kesehatannya, keingintahuan pasien akan pelayanan kesehatan yang diberikan sangat mempengaruhi penyembuhan pasien. Pasien peserta Jamkesmas adalah penduduk miskin yang rata-rata berpendidikan rendah, sehingga menyebabkan mereka sulit memahami pelayanan kesehatan apa saja yang akan mereka dapatkan di rumah sakit.

Ada beberapa kendala yang dihadapi RS PMI Bogor terkait dengan Program Jamkesmas. Peneliti lebih memfokuskan pada masalah yang dianggap krusial bagi implementasi Program Jamkesmas di RS PMI Bogor yaitu pada proses pengolahan data Jamkesmas yang berujung pada keterlambatan pengajuan klaim tagihan. Keterlambatan pengajuan klaim menurut informan dikarenakan Tim Pengelola sebelumnya menduduki jabatan struktural sehingga pengelolaan Jamkesmas bukan merupakan pekerjaan utamanya. Tim Pengelola Jamkesmas saat ini telah di perbaharui dan dibentuk pada April 2012 dimana mereka dibebaskan dari jabatan struktural dan hanya bertanggungjawab untuk pengelolaan Jamkesmas. Sedangkan data yang harus diolah untuk pengajuan klaim mulai November 2011 hingga Maret 2012 (akibat pengelolaan yang kurang optimal dari tim sebelumnya).

Tim Pengelola Jamkesmas yang dibentuk terdiri dari 4 orang dimana 1 orang bertindak melakukan coding, 1 orang melakukan pelayanan (acc tindakan), 1 orang bagian verifikasi data, dan 1 orang sebagai *entry data* (walaupun pada kenyataannya semua anggota Tim Pengelola Jamkesmas dapat melakukan *entry data*).

Kondisi saat ini menunjukkan bahwa Tim Pengelola Jamkesmas berjalan lebih baik dari sebelumnya terbukti klaim Jamkesmas telah dilakukan hingga bulan April 2012, dan tinggal mengejar keteringgalannya untuk mengajukan klaim bulan Mei dan Juni 2012. Dengan kata lain keterlambatan tim sebelumnya mencapai 4 – 5 bulan dan sekarang hanya berjarak 2 – 3 bulan dan terus membaik,

dengan harapan tidak terjadi keterlambatan agar proses klaim dapat berjalan secara kontinyu setiap bulan.

Selain itu, keterlambatan pengajuan klaim menurut informan dan hasil observasi yang dilakukan oleh peneliti terjadi dikarenakan adanya revisi koding atau koder salah dalam memasukkan koding menurut ICD-10 dan atau ICD-9 CM.

Agar proses pengajuan klaim dapat berjalan lancar dan tidak mengalami keterlambatan pihak RS PMI Bogor dapat melakukan beberapa upaya seperti memberdayakan SDM yang dimiliki dalam hal ini dokter yang memberikan diagnosis terhadap pasien (langsung memberikan koding). Diagnosis dan tindakan yang dilakukan dokter harus lengkap dan sesuai menurut ICD-10 dan atau ICD-9 CM, dan dokter juga bertindak sebagai koder yang menerjemahkan diagnosis dan tindakan (menuliskan kode tindakan).

Sehingga Tim Pengelola Jamkesmas dapat berkonsentrasi untuk mengejar keterlambatan klaim. Ketika proses pengolahan dan pengajuan klaim tidak mengalami lagi keterlambatan, Tim Pengelola Jamkesmas yang sudah dibantu oleh dokter dapat berkonsentrasi untuk melakukan verifikasi koding, dan *entry data*. Karena selain mengelola pasien Jamkesmas mereka juga melakukan pengolahan data untuk pengajuan klaim pasien Jamkesda.

Selain kendala diatas, tarif merupakan salah satu topik yang ingin diangkat oleh peneliti. Dari informasi yang didapatkan oleh peneliti, informan mengutarakan bahwa beberapa tarif INA-CBGs seperti tindakan operasi, perawatan intensif, dan persalinan perlu penyesuaian. Tarif INA-CBGs dengan tarif rumah sakit untuk tindakan-tindakan tersebut terdapat kesenjangan sebesar 25 sampai 30 persen sehingga pihak RS merugi.

Tidak semua jumlah tagihan melebihi INA-CBGs, banyak tagihan (biaya riil) rumah sakit dibawah INA-CBGs seperti di pelayanan rawat jalan. Dari situlah pihak RS menutupi kerugian tersebut.

Dari permasalahan diatas, peneliti menemukan adanya gap (kesenjangan) antara biaya tindakan rumah sakit (dalam hal ini RS PMI Bogor) dengan tarif INA-CBGs. Pihak rumah sakit mengharapkan adanya revisi tarif INA-CBGs untuk menyesuaikan (setidaknya mendekati) biaya riil rumah sakit seperti tarif tindakan operasi, perawatan intensif, dan persalinan. Untuk merealisasikan

harapan tersebut, pihak rumah sakit dapat melakukan pengajuan revisi tarif INA-CBGs (Advokasi) langsung kepada PPJK.

Adanya harapan tersebut tidak lain bertujuan untuk meningkatkan kualitas pelayanan di rumah sakit yang menyelenggarakan Program Jamkesmas, dalam hal ini di RS PMI Bogor.

BAB VIII

KESIMPULAN DAN SARAN

8.1. Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian dan pembahasan pada bab sebelumnya, maka dapat dikatakan bahwa implementasi Program Jamkesmas di RS PMI Bogor sudah berjalan dengan baik sesuai Pedoman Pelaksanaan Jamkesmas. Terlihat dari adanya kebijakan atau komitmen dari rumah sakit, sarana dan prasarana yang mendukung, penanganan pasien dan pengolahan data hingga proses klaim. Faktor pendukung lainnya adalah sumber daya yang dimiliki rumah sakit sudah mencukupi, adanya perubahan atau penyesuaian menjadi lebih baik seperti dibentuknya Tim Pengelola Jamkesmas yang baru, dimana mereka dibebaskan dari jabatan struktural, dan hanya mengerjakan pengelolaan Jamkesmas.

Tidak dipungkiri dalam penyelenggaraan Program Jamkesmas di RS PMI Bogor mengalami kendala, diantaranya :

1. Pada proses pengolahan data Jamkesmas yang berujung pada keterlambatan pengajuan klaim tagihan, yang disebabkan oleh adanya revisi kode atau koder salah memasukkan kode tindakan dan diagnosis menurut ICD-10 dan ICD-9 CM;
2. *Feedback* yang diberikan oleh pihak RS kepada PPJK adalah tarif INA-CBGs seperti tindakan operasi, perawatan intensif, dan persalinan perlu penyesuaian. Tarif INA-CBGs dengan tarif rumah sakit untuk tindakan-tindakan tersebut terdapat kesenjangan sebesar 25 sampai 30 persen sehingga pihak RS merugi.

8.2. Saran

Adapun saran yang diberikan oleh peneliti terkait dalam penyelenggaraan Program Jamkesmas, yaitu sebagai berikut :

1. Dalam hal proses pengolahan data Jamkesmas yang berujung pada keterlambatan klaim tagihan, pihak RS PMI Bogor dapat memberdayakan SDM yang dimiliki dalam hal ini Dokter yang memberikan diagnosis terhadap pasien Jamkesmas. Diagnosis dan

tindakan yang dilakukan dokter harus lengkap dan sesuai menurut ICD-10 dan atau ICD-9 CM, dan dokter juga bertindak sebagai koder yang menerjemahkan diagnosis dan tindakan (menuliskan kode tindakan). Sehingga Tim Pengelola Jamkesmas yang sudah dibantu oleh dokter dapat berkonsentrasi untuk melakukan verifikasi koding, dan *entry data*.

2. Pihak rumah sakit dapat melakukan penyuluhan kepada masyarakat miskin yang berobat ke RS PMI Bogor. Penyuluhan dapat dilaksanakan secara berkala. Penyuluhan tersebut dapat berupa informasi mengenai Jamkesmas.
3. Membuat poster terkait Jamkesmas seperti alur pelayanan pasien Jamkesmas, dan persyaratan administrasi yang harus dibawa ketika berobat. Poster tersebut diharapkan dapat memperjelas dan dimengerti oleh pasien Jamkesmas.
4. Pihak rumah sakit (Komite Medik) dapat membuat kebijakan mengenai pengendalian tindakan dokter untuk tindakan yang tidak perlu.
5. Adanya revisi tarif INA-CBGs untuk menyesuaikan (setidaknya mendekati) biaya riil rumah sakit seperti tarif tindakan operasi, perawatan intensif, dan persalinan. Untuk merealisasikan harapan tersebut, pihak rumah sakit dapat melakukan pengajuan revisi tarif INA-CBGs (Advokasi) langsung kepada PPJK.

DAFTAR PUSTAKA

- Abdul W. Solichin. 2004. *Analisis Kebijakan dari Formulasi ke Implementasi Kebijakan Negara. Edisi Kedua*. Jakarta : PT Bumi Aksara
- Agustino, Leo. 2006. *Politik dan Kebijakan Publik*. Bandung : AIPI
- Basrowi, Suwandi. 2008. *Memahami Penelitian Kualitatif*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Departemen Kesehatan RI. 2004. *Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No.128/MENKES/SK/II/2004 Tentang Kebijakan Dasar Pusat Kesehatan Masyarakat*. Jakarta
- . 2004. *Undang-Undang No. 40 Tahun 2004 Tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional*. Jakarta
- . 2009. *Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan*. Jakarta
- . 2009. *Undang-Undang No.44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit*. Jakarta.
- . 2010. *Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 340/MENKES/PER/III/2010 tentang Klasifikasi Rumah Sakit*. Jakarta
- . 2012. *Tentang Jaminan Kesehatan Masyarakat*. Diakses di http://www.ppjk.depkes.go.id/index.php?option=com_content&task=view&id=53&Itemid=89 pada tanggal 13 Juli 2012, pukul 22.15 WIB.
- Farodlilah. 2010. *Survei ICW 2010: Pelayanan Rumah Sakit di Jakarta, Tidak Pro Orang Miskin*. Diakses dari <http://www.antikorupsi.org/antikorupsi/?q=comment/reply/19010> pada tanggal 13 Juli 2012, pukul 23.15 WIB.
- Kementerian Kesehatan RI. 2011. *Pedoman Pelaksanaan Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas)*. Jakarta
- Lampiran: Surat No.: 0030/M.PPN/02/2011 tanggal 2 Februari 2011. 2011. *Penjelasan Data Penduduk Miskin Dan Strategi Pemerintah Dalam Mengurangi Kemiskinan*. Diunduh di www.bappenas.go.id/get-file-server/node/10491/ pada tanggal 14 Juli 2012, pukul 02.00 WIB.

- Moleong, Dr. Lexy J. 2006. *Metode Penelitian Kualitatif. Edisi Revisi*. Jakarta : PT Remaja Rosdakarya.
- Notoatmodjo, S. 2007. *Promosi Kesehatan & Ilmu Perilaku*. Jakarta : Rineka Cipta
- , 2010. *Metodologi Penelitian Kesehatan Edisi Revisi*. Jakarta: Rineka Cipta
- RS PMI Bogor. 2010. *Company Profile RS PMI Bogor*. Bogor: RS PMI Bogor
- , 2010. *Data Statistik RS PMI Bogor*. Bogor: RS PMI Bogor.
- , 2012. *Jumlah Klaim Pelayanan Jamkesmas Tahun 2011*. Tim Pengelola Jamkesmas RS PMI Bogor.
- , 2012. *Jumlah Pelayanan Peserta Jamkesmas*. Tim Pengelola Jamkesmas RS PMI Bogor.
- Purwanto, S. 2007. *Kepuasan Pasien Terhadap Pelayanan Rumah Sakit*. Diakses dari <http://klinis.wordpress.com/2007/12/28/kepuasan-pasien-terhadap-pelayanan-rumah-sakit/> pada tanggal 21 Juni 2012, pukul 00.23 WIB.
- Sugiyono, Prof. Dr. 2008. *Metode Penelitian Kualitatif. Edisi Revisi*. Bandung : Alfabeta
- Suparyanto. 2011. *Pelayanan Kesehatan (Health Service)*. Diakses dari <http://dr-suparyanto.blogspot.com/2011/04/mutu-pelayanan-kesehatan.html> Pada tanggal 21 Juni 2012, Pukul 01.10 WIB.
- Tinarbuka, Aw. dkk. 2011. *Jamkesmas (Jaminan Kesehatan Masyarakat)*. Semarang : Bagian Administrasi dan Kebijakan Kesehatan FKM Undip. Diakses di <http://tinarbuka-aw.students-blog.undip.ac.id/2011/07/jamkesmas/> pada tanggal 13 Juli 2012, pukul 22.03 Wib
- Universitas Indonesia. 2008. *Pedoman Teknis Penulisan Tugas Akhir Mahasiswa Universitas Indonesia*. Depok: Universitas Indonesia.
- Witaradya, K. 2010. *Implementasi Kebijakan Publik Model Van Meter Van Horn: The Policy Implementation Process*. Diakses di <http://kertyawitaradya.wordpress.com/2010/04/13/implementasi-kebijakan-publik-model-van-meter-van-horn-the-policy-implementation-process/> Pada tanggal 20 Mei 2012, Pukul 20.00 WIB.

Wuryaningsih, E. Caroline. 2009. *Bahan Kuliah Metodologi Penelitian Kualitatif*.
Depok: Departemen PKIP FKM UI

Zaenuri, M. 2011. *Tugas Makalah Mata Kuliah Implementasi Kebijakan*. Diakses
dari [http://muslimpoliticians.blogspot.com/2011/01/model-model-
implementasi-kebijakan.html](http://muslimpoliticians.blogspot.com/2011/01/model-model-
implementasi-kebijakan.html), Pada tanggal 21 Juni 2012, Pukul 14.05
WIB.

Lampiran 1 Surat Izin Penelitian di RS PMI Bogor



UNIVERSITAS INDONESIA
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
KAMPUS BARU UNIVERSITAS INDONESIA DEPOK 16424, TELP. (021) 7864975, FAX. (021) 7863472

No : 4720 /H2.F10/PPM.00.00/2012
Lamp. : ---
Hal : *Ijin penelitian dan menggunakan data*

31 Mei 2012

Kepada Yth.
Kepala Bagian Diklat
RS. PMI Bogor
Jl. Raya Pajajaran, No.80
Bogor – Jawa Barat

Sehubungan dengan penulisan skripsi mahasiswa Program Studi Sarjana Kesehatan Masyarakat Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia mohon diberikan ijin kepada mahasiswa kami:

Nama : Rini Ardianty
NPM : 1006821584
Thn. Angkatan : 2010/2011
Peminatan : Manajemen Rumah Sakit

Untuk melakukan penelitian dan menggunakan data, yang kemudian data tersebut akan dianalisis kembali dalam penulisan skripsi dengan judul *"Analisis Implementasi Program JAMKESMAS di RS. PMI Bogor Tahun 2012"*

Selanjutnya Unit Akademik terkait atau mahasiswa yang bersangkutan akan menghubungi Institusi Bapak/Ibu. Namun, jika ada informasi yang dibutuhkan dapat menghubungi sekretariat Departemen Administrasi dan Kebijakan Kesehatan dinomor telp. (021) 7864974.

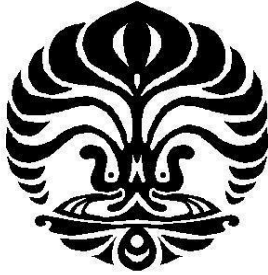
Atas perhatian dan kerjasama yang baik, kami haturkan terima kasih.

a.n. Dekan FKM UI
Wakil Dekan

Dr. Dian Aysibi, SKM, MOIH
NIP. 19720825 199702 1 002

Tembusan:
- Pembimbing skripsi
- Arsip

Lampiran 2 Form Persetujuan Wawancara



Persetujuan Wawancara Analisis Implementasi Program Jamkesmas di RS PMI Bogor Tahun 2012

Bapak/Ibu/Sdr yang saya hormati,

Saya Rini Ardianty, mahasiswi Program Sarjana Ekstensi Kesehatan Masyarakat Peminatan Manajemen Rumah Sakit Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia (FKM UI), saat ini saya sedang melakukan penelitian sebagai tugas akhir dengan judul “Analisis Implementasi Program Jamkesmas di RS PMI Bogor Tahun 2012.”

Pertama ijinkan saya untuk mengucapkan terima kasih atas kesediaan Bapak/Ibu/Sdr untuk menjadi informan dan memberikan keterangan secara luas, bebas, mendalam, benar, dan jujur. Hasil informasi dan keterangan ini akan digunakan sebagai masukan untuk Implementasi Program Jamkesmas yang diharapkan akan berdampak pada peningkatan pelayanan kesehatan yang berkualitas di rumah sakit khususnya dan Departemen Kesehatan umumnya. Peneliti memohon izin untuk merekam pembicaraan selama proses wawancara berlangsung dan peneliti menjamin kerahasiaan isi informasi yang diberikan dan hanya akan digunakan untuk kepentingan penelitian.

Demikian atas segala perhatian dan bantuan Bapak/Ibu/Sdr terima kasih atas kesediaan Bapak/Ibu/Sdr berpartisipasi dalam penelitian ini.

Hormat saya,

Rini Ardianty

Universitas Indonesia

**FORM IDENTITAS INFORMAN
(RJTL/RITL/IGD)***

Kode Informan :
Nama :
Jenis Kelamin :
Umur :
Pendidikan :
Jabatan :
Lama Kerja :
Hari/Tanggal Wawancara :

Dengan ini saya bersedia menjadi informan untuk penelitian mengenai “Analisis Implementasi Program Jamkesmas di RS PMI Bogor Tahun 2012”.

Bogor,

(_____)

*Coret yang tidak perlu

Lampiran 3 Pedoman Wawancara

PEDOMAN WAWANCARA

Manajemen

1. Bagaimana pendapat anda mengenai kecukupan sarana dan prasarana untuk menyelenggarakan kebijakan jamkesmas di RS ini?
2. Bagaimana perkembangan pasien Jamkesmas (meningkat/menurun)?
3. Adakah keluhan dari pasien mengenai pelayanan Jamkesmas di RS ini?
4. Bagaimana tindak lanjut yang dilakukan mengenai keluhan tersebut?
5. Apakah kendala dalam menjalankan Jamkesmas dari pihak RS?
6. Bagaimana pendapat anda terhadap program Jamkesmas?
7. SDM yang bertanggung jawab di RS apakah sudah memenuhi standar jamkesmas?

Pasien

1. Apakah anda mengetahui RS apa saja yang melayani peserta Jamkesmas di Bogor?
2. Apa alasan anda berobat di RS ini?
3. Sudah berapa lama anda berobat di RS ini?
4. Darimanakah anda mengetahui jika RS ini memberikan pelkes bagi peserta Jamkesmas?
5. Apakah ketika dokter memeriksa anda, dokter tersebut menjelaskan dengan rinci penyakit yang anda alami?
6. Bagaimana sikap dokter dan perawat terhadap anda?
7. Menurut anda, bagaimana pengobatan di RS ini? (sembuh/tidak sembuh)
8. Apakah pelayanan kesehatan yang diberikan sudah maksimal?
9. Adakah hal-hal yang mengganggu/menghambat kelancaran pelayanan?

Lampiran 4 Pendapat Informan Tentang Jamkesmas

Pendapat Informan dan peneliti tentang JAMKESMAS

Pelayanan Kesehatan	Kondisi Terkini		Keterangan
	Sesuai	Tidak Sesuai	
<p>I. RJTL di RS</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pelayanan umum <ol style="list-style-type: none"> a. Konsultasi medis oleh dr. Spesialis/umum b. Pemeriksaan fisik oleh dr. Spesialis/umum c. Penyuluhan kesehatan oleh dr. Spesialis/umum 2. Rehabilitasi medik 3. Penunjang diagnostik <ol style="list-style-type: none"> a. Laboratorium klinik b. Radiologi c. elektromedik 4. Tindakan medis 5. Pemeriksaan dan pengobatan gigi tingkat lanjut 6. Pelayanan KB <ol style="list-style-type: none"> a. Kontap efektif b. Kontap pasca persalinan/keguguran c. Penyembuhan efek samping d. komplikasi 7. Pemberian obat mengacu obar formularium 8. Pelayanan darah 9. Pemeriksaan kehamilan, risiko tinggi dan penyakit kulit 			
<p>II. RITL Kelas III di RS</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Akomodasi ranap kelas III 2. Pelayanan umum <ol style="list-style-type: none"> a. Konsultasi medis b. Pemeriksaan fisik c. Penyuluhan kesehatan 3. Penunjang diagnostik <ol style="list-style-type: none"> a. Patologi klinik b. Patologi anatomi c. Laboratorium mikro patologi d. Patologi radiologi e. elektromedik 4. Tindakan medis 			

Pelayanan Kesehatan	Kondisi Terkini		Keterangan
	Sesuai	Tidak Sesuai	
5. Operasi <ul style="list-style-type: none"> a. Sedang b. Besar c. khusus 6. Pelayanan rehabilitasi medis 7. Perawatan intensif <ul style="list-style-type: none"> a. ICU b. ICCU c. PICU d. NICU e. PACU 8. Pemberian obat mengacu formularium 9. Pelayanan darah 10. Bahan dan alat habis pakai 11. Persalinan dengan risiko tinggi dan penyakit kulit			
III. Instalasi Gawat Darurat <ul style="list-style-type: none"> 1. Jenis pelayanan 2. SDM 3. Persyaratan sarana <ul style="list-style-type: none"> a. Fisik bangunan b. Kelas/ruang c. Fasilitas medis 			
IV. Penderita Thalassemia dijamin, termasuk bukan anggota Jamkesmas.			
V. Pelayanan Tidak Dijamin <ul style="list-style-type: none"> 1. Bahan, alat dan tindakan untuk kosmetika 2. General check up 3. Prothesis gigi tiruan 4. Pengobatan alternatif 5. Untuk mendapatkan keturunan 6. Pelayanan kesehatan pada masa tanggap darurat bencana alam kec. Memang peserta Jamkesmas 7. Pelayanan pada kegiatan bakti “sosial”, baik hati dalam gedung maupun luar gedung 			

Lampiran 5 Matriks Wawancara

MATRIKS WAWANCARA

No.	Pertanyaan Wawancara	Jawaban		
		INFORMAN 1	INFORMAN 2	INFORMAN 3
Manajemen RS				
1	Bagaimana pendapat anda mengenai kecukupan sarana dan prasarana untuk menyelenggarakan kebijakan Jamkesmas di RS ini?	Cukup, apalagi status RS PMI merupakan RS swasta tipe B	Cukup memenuhi, akan tetapi dananya masih kurang	Cukup memenuhi
2	Bagaimana perkembangan pasien Jamkesmas (meningkat/menurun)?	Meningkat.	RS swasta paling banyak pasien Jamkesmas di RS PMI kedua setelah RS Marzoeki Mahdi	Meningkat secara fluktuatif
3	Adakah keluhan dari pasien mengenai pelayanan Jamkesmas di RS ini?	Tidak ada	Tidak ada, hanya masalah tempat yang terkadang penuh. Ketika penuh pasien akan dirujuk ke RS lain. Terdapat ruang transit untuk	Sejauh ini tidak ada dan kita juga tidak membedakan pelayanan antara pasien umum & pasien Jamkesmas

No.	Pertanyaan Wawancara	Jawaban		
		INFORMAN 1	INFORMAN 2	INFORMAN 3
			kasus darurat letaknya di IGD	
4	Bagaimana tindak lanjut yang dilakukan mengenai keluhan tersebut?	Karena tidak ada yang mengeluh kita belum berbuat apa-apa	Biasanya karena dokter yang datang terlambat akan tetapi semua pasien terlayani sesuai jadwalnya	Jika ada yang mengeluh kita langsung menyelesaikannya
5	Apakah kendala dalam menjalankan Jamkesmas dari pihak RS?	Tarif yang tidak sesuai. Terutama untuk bedah, OK, perawatan intensif. Mengenai persyaratan administrasi yang tidak lengkap dari pasien RS sudah memberikan waktu 3 hari agar pasien melengkapi persyaratannya	Mengenai tarif yang tidak sesuai, karena RS swasta apalagi untuk persalinan, bedah, OK, intensif. 25 sampai 30 persen secara finansial kumulatif RS merugi sehingga menjadi beban RS. Persentase pelayanan berkurang. Untuk rajal tidak rugi, ada tarif INA-CBGs dibawah tarif RS. RS juga telat mengerjakan klaim karena adanya revisi koding dan persyaratan administrasi. Terkadang tidak adanya kesesuaian	Salah koding jadi ada revisi untuk pengajuan klaim. Tarif juga tidak sesuai untuk operasi karena tarif INA-CNGs tidak per tindakan.

No.	Pertanyaan Wawancara	Jawaban		
		INFORMAN 1	INFORMAN 2	INFORMAN 3
			data pasien antara kartu Jamkesmas-KK-KTP. Kita juga sudah memberikan tenggat waktu 3 hari agar pasien dapat memenuhi kelengkapan administrasi.	
6	Bagaimana pendapat anda terhadap program Jamkesmas?	Untuk pelayanan kesehatan di RS sudah bagus, tetapi untuk di tingkat dasar seperti administrasi masih belum baik. Adanya data pasien yang tidak sesuai antara kartu Jamkesmas dengan KK/KTP	Sudah bagus untuk pengelolaanya tapi untuk pengendalian masih kurang. Mulai dari manajemennya, dokter masih menetapkan jumlah tagihan hingga Rp. 800.000,- untuk rajal padahal dokter mengetahui pasien tersebut pasien Jamkesmas	Sudah baik hanya untuk memasukkan koding masih bingung dan membuat pusing, terutama jika terdapat revisi
7	SDM yang bertanggung jawab di RS apakah sudah memenuhi standar?	Sudah memenuhi standar. Ada 4 orang dari RS dan 2 orang dari Depkes.	Tim Jamkesmas baru dibentuk per 1 April 2012, yang terdiri dari 1 orang ketua, 1 orang sekretaris merangkap wakil, 1 orang koding dan 1 orang entry data. Tim ini juga harus mengejar ketertinggalan pengajuan klaim bulan november 2011 karena tim	SDM pasti sudah memenuhi standar.

No.	Pertanyaan Wawancara	Jawaban		
		INFORMAN 1	INFORMAN 2	INFORMAN 3
			dahulu hanya terdiri dari 1 orang pelaksana dibantu 12 orang yang terpencar dan menduduki jabatan struktural sehingga mereka menyelesaikan pekerjaan pokok terlebih dahulu baru mengerjakan Jamkesmas. SOP-nya ada	
8	Harapan terhadap program Jamkesmas	Tarif tindakan operasi, perawatan intensif, dan persalinan diadakan penyesuaian terlebih untuk RS swasta. Tidak ada lagi revisi mengenai data pasien yang tidak sesuai antara kartu peserta jamkesmas, KK, dan KTP.	Tarif untuk tindakan operasi dapat disesuaikan/ mendekati dengan tarif RS, apalagi untuk RS swasta. Adanya sistem pengendalian dari manajemen RS mengenai dokter yang menetapkan tarif terlalu tinggi padahal dokter mengetahui bahwa pasien tersebut adalah peserta Jamkesmas	Tidak ada lagi perubahan status dari pasien umum menjadi pasien Jamkesmas. tarif INA-CBs dapat disesuaikan dengan tarif RS
Pasien				
1	Apakah anda mengetahui RS apa saja yang melayani peserta Jamkesmas di Bogor?	Pertama udah ke RS Marzoeki tapi tempatnya penuh, jadi anak saya	Biasanya saya berobat di Puskesmas karena panik langsung naik angkot aja ke	Yang saya tau yaa...cuma RS PMI aja.

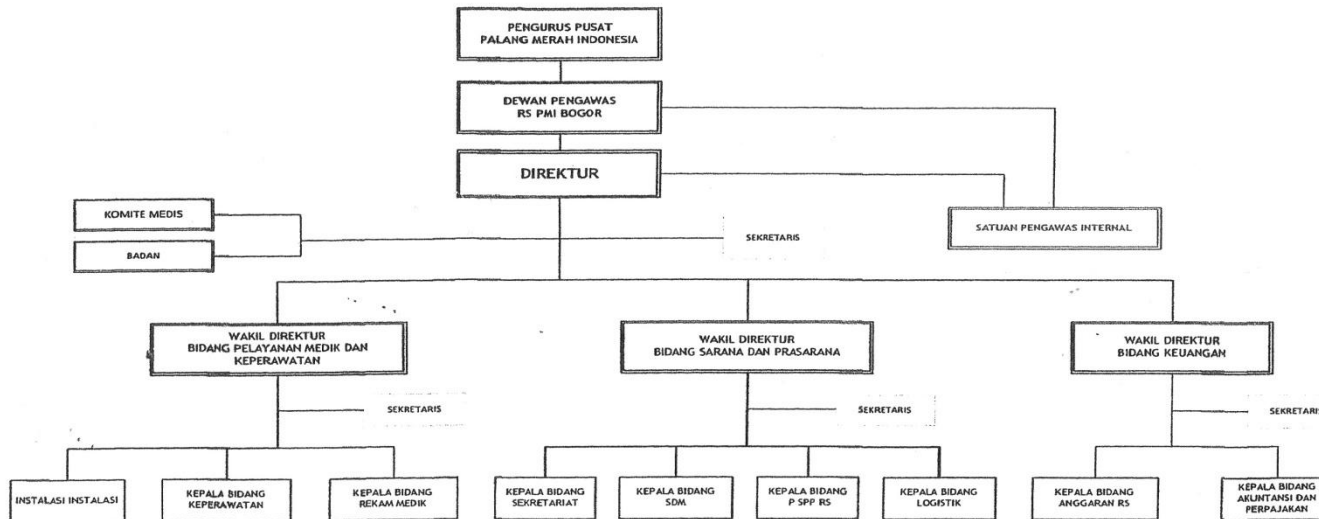
No.	Pertanyaan Wawancara	Jawaban		
		INFORMAN 1	INFORMAN 2	INFORMAN 3
		langsung membawa saya ke RS PMI Bogor.	PMI. Saya gak tau RS mana aja yang melayani Jamkesmas.	
2	Apa alasan anda berobat di RS ini?	Anak saya yang bawa saya berobat ke PMI.	Dekat dari rumah cuma satu kali naik angkot.	Karena orang bogor, dan yang saya tau cuma RS ini yang melayani Jamkesmas.
3	Sudah berapa lama anda berobat di RS ini?	Dirawat sudah 12 hari, dari IGD langsung rawat inap.	Di rawatnya sudah satu minggu.	Sudah tiga hari di rawat inap, sebelumnya saya berobat jalan karena harus cuci darah.
4	Darimakah anda mengetahui jika RS ini memberikan pelayanan kesehatan bagi peserta Jamkesmas?	Dulu pernah berobat di RS ini sekali.	Tetangga yang saranin ke RS PMI Bogor.	Orang tua.
5	Apakah ketika dokter memeriksa anda, dokter tersebut menjelaskan dengan rinci penyakit yang anda alami?	Dokter menjelaskan penyakit yang saya alami, sejauh saya mengerti, kyk nama penyakitnya.	Dokter tidak menjelaskan dengan rinci penyakitnya, saya aja yang inisiatif bertanya.	Harus ditanya dulu, baru dokternya jelasin penyakit yang saya alami.
6	Bagaimana sikap dokter dan perawat terhadap anda?	Ramah dan perhatian	Sikapnya baik-baik saja, ramah. Dokter datangnya gak tentu.	Sikapnya agak ramah. Kemaren perawat ngambil darah saya sampe dua kali. Mungkin perawatnya mahasiswa praktek.
7	Menurut anda, bagaimana pengobatan di RS ini? (sembuh/tidak sembuh)	Sudah kunjung membaik	Ada perubahan selama di rawat dan berobat disini	Karena obatnya generik jadi sembuhnya lambat

No.	Pertanyaan Wawancara	Jawaban		
		INFORMAN 1	INFORMAN 2	INFORMAN 3
8	Apakah pelayanan kesehatan yang diberikan sudah maksimal?	Sudah baik	Sudah cukup bagus	Lumayan bagus untuk Kelas III nya, apalagi untuk ukuran RS Pemerintah
9	Adakah hal-hal yang mengganggu/ menghambat kelancaran pelayanan?	Tidak ada	Sejauh ini tidak ada	Kamarnya susah

Lampiran 6 Struktur Organisasi RS PMI Bogor

STRUKTUR ORGANISASI RS PMI BOGOR

Lampiran Keputusan PP PMI :
 Nomor : 044/KEP/PP.PMI/IV/2012
 Tanggal : 13 April 2012
 Tentang : Organisasi dan Tata Laksana RS PMI Bogor



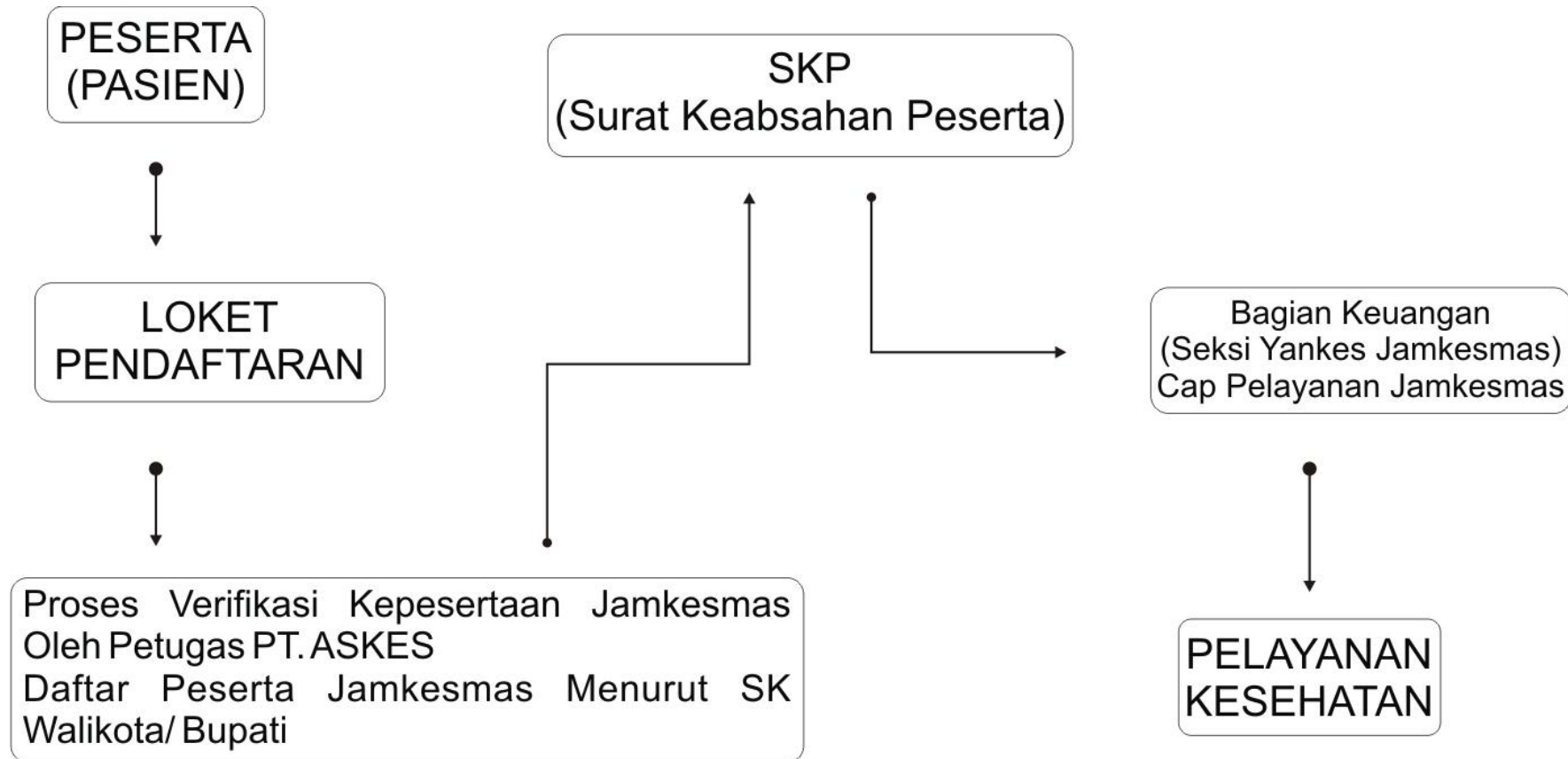
Ditetapkan di Jakarta,
 Pada tanggal 13 April 2012

Pengurus Pusat
 PALANG MERAH INDONESIA
 Ketua Umum

 M. Jusuf Kalla

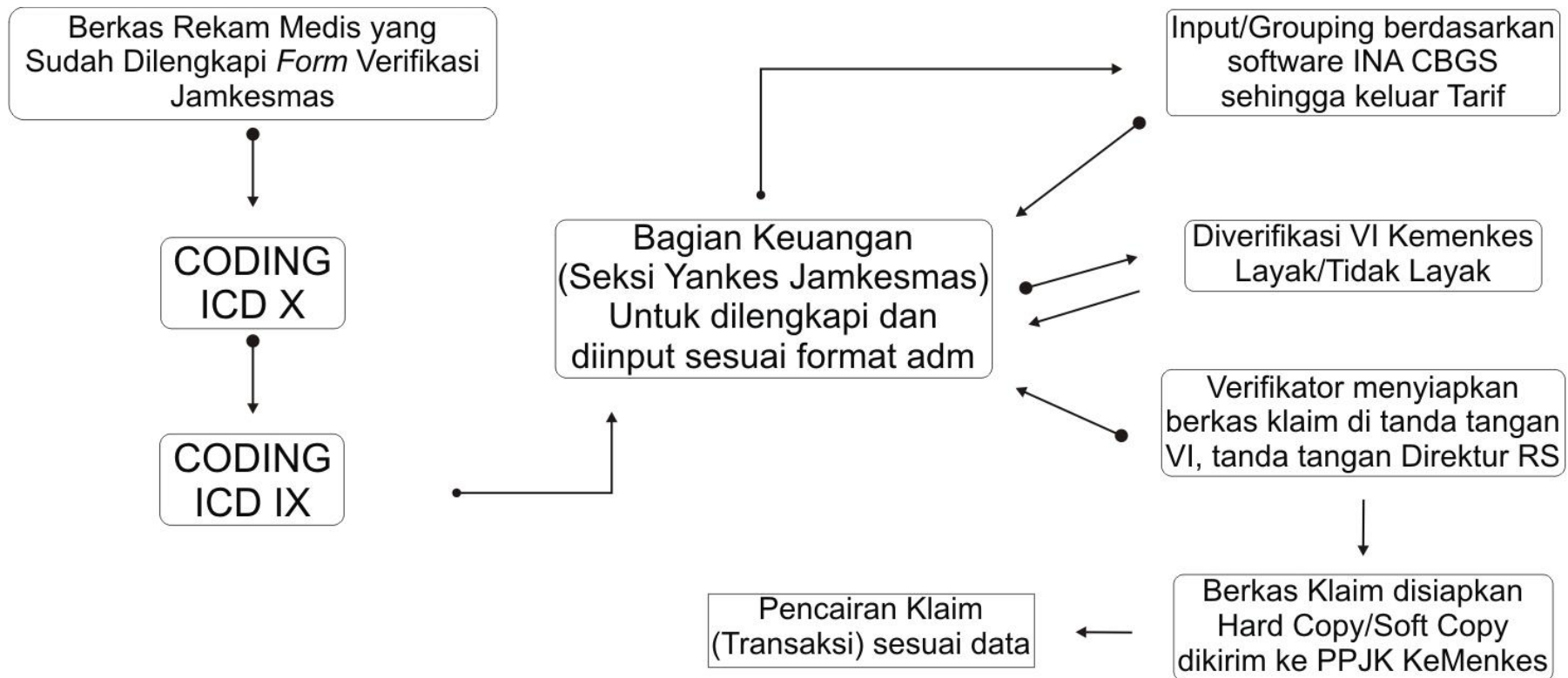
Lampiran 7 Alur Pelayanan Kesehatan Program Jamkesmas di RS PMI Bogor

ALUR PELAYANAN KESEHATAN PROGRAM JAMKESMAS DI RS PMI BOGOR



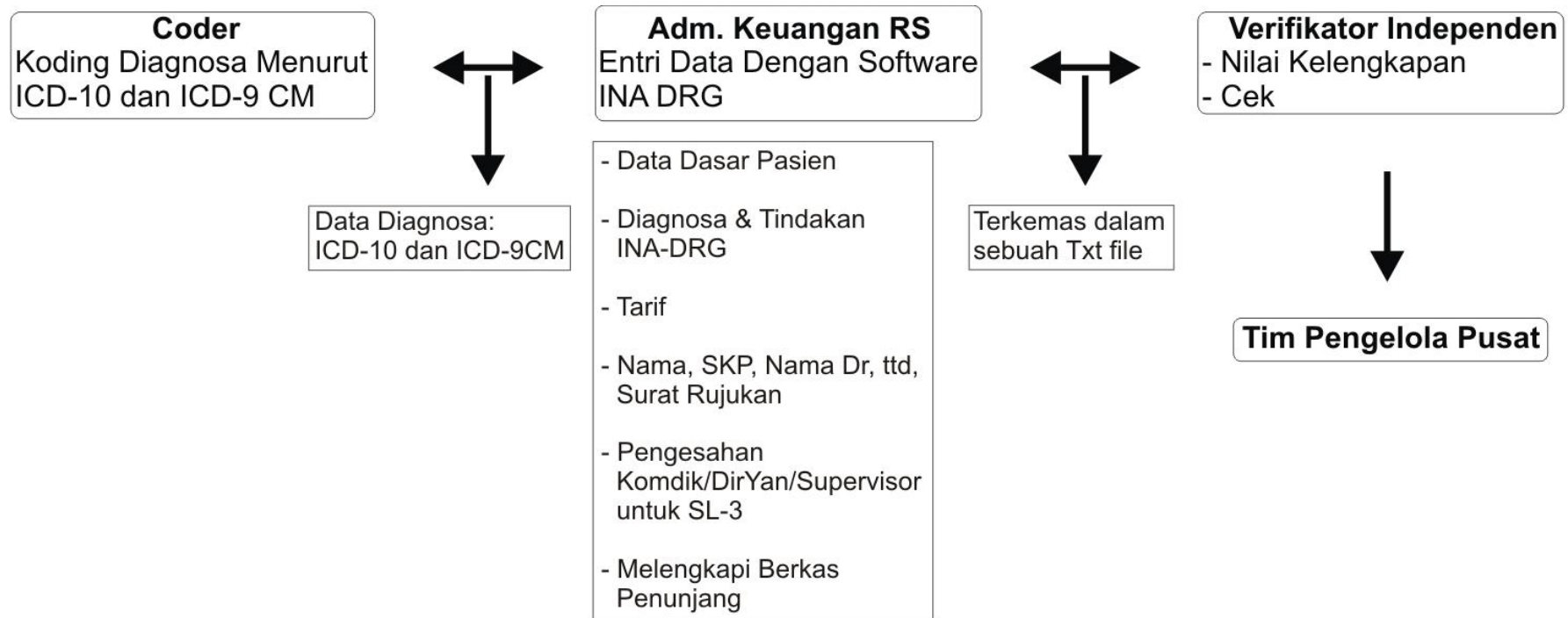
Lampiran 8 Alur Verifikasi Jamkesmas di RS PMI Bogor

ALUR VERIFIKASI JAMKESMAS DI RS PMI BOGOR



Lampiran 9 Alur Pelaksanaan INA-CBGs dan Administrasi Klaim

ALUR INA-CBGs dan ADMINISTRASI KLAIM



Lampiran 10 SK RS PMI Bogor Tentang Tim Pengelola Jamkesmas

SURAT KEPUTUSAN DIREKTUR RS PMI BOGOR




SURAT KEPUTUSAN DIREKTUR RS PMI BOGOR
Nomor : I.0083/KPTS/III/2012
TENTANG
TIM PENGELOLA PELAYANAN KESEHATAN MASYARAKAT RS PMI BOGOR

DIREKTUR RUMAH SAKIT PMI BOGOR

- Menimbang : a. Bahwa dalam rangka meningkatkan derajat kesehatan masyarakat khususnya masyarakat miskin, telah diselenggarakan Program Jaminan Kesehatan Masyarakat;
- b. Bahwa Rumah Sakit PMI Bogor mempunyai misi sebagai rumah sakit rujukan medis untuk daerah Bogor dan sekitarnya;
- c. Bahwa untuk kelancaran tugas perlu dibentuk Tim Pengelola Kesehatan Masyarakat RS PMI Bogor dan ditetapkan dengan keputusan Direktur Rumah Sakit PMI Bogor.
- Mengingat : a. Surat Keputusan Menteri Kesehatan RI No. 903/MENKES/SK/V/2011 tentang Pedoman Pelaksanaan Jaminan Kesehatan Masyarakat;
- b. Surat Keputusan PP PMI No. 020/KEP/PP-PMI/II/2011 tentang Statuta Korporate Rumah Sakit PMI Bogor;
- c. Surat Keputusan Direktur No. I.0101/KPTS/XII/2009 tentang Struktur Organisasi Rumah Sakit PMI Bogor.
- Memperhatikan : Rapat Direksi dan disposisi Direktur Rumah Sakit PMI Bogor No. I.0052/SEKR/III/2012 tertanggal 20 Maret 2012.
- MEMUTUSKAN**
- Menetapkan
Pertama : Mengangkat nama-nama yang tercantum dalam lampiran surat keputusan ini sebagai Tim Pengelola Pelayanan Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas) Rumah Sakit PMI Bogor.
- Kedua : Mencabut SK. Direktur No. I.0021/KPTS/V/2011 tentang Pengangkatan Tim Pengelola Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas) dengan ucapan terima kasih.
- Ketiga : Surat Keputusan ini berlaku terhitung mulai tanggal 01 April 2012 sampai dengan 31 Maret 2013 dan akan dirubah apabila dibutuhkan untuk itu.

Ditetapkan di Bogor
Pada tanggal : 30 Maret 2012

Rumah Sakit
PALANG MERAH INDONESIA
Direktur,


Dr. Andi Wisnubaroto, SPOT, FICS.

- Tembusan disampaikan kepada Yth. ;
1. Para Wakil Direktur
 2. Ketua Komite Medik
 3. Para Kepala Bidang
 4. Arsip.-

Lampiran Surat Keputusan Direktur
Nomor : I. 0083/KPTS/III/2012
Tentang : Tim Pengelola Pelayanan Kesehatan Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas)
Rumah Sakit PMI Bogor.

**SUSUNAN TIM PENGELOLA PELAYANAN KESEHATAN
JAMINAN KESEHATAN MASYARAKAT (JAMKESMAS) RUMAH SAKIT PMI BOGOR**

Ketua : Djatongan Sinaga, SKM.

Wakil Ketua merangkap Sekretaris : Ahmad Hamami, SE.

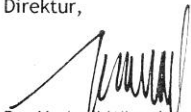
Anggota : 1. Heri Hartono
2. Nuraeni Nawawi

TUGAS POKOK :

- KETUA : 1. Mengkoordinasikan seluruh pelayanan Jamkesmas / Jamkesda baik proses internal maupun proses dengan pihak eksternal.
2. Bertanggung jawab untuk laporan penggunaan dana luncaan Jakesmas / Jamkesda yang dipergunakan di Rumah Sakit PMI Bogor.
- SEKRETARIS : Mengkoordinasikan sistem pendataan administrasi penyiapan data base, analisa klaim tawahan dan pendampingan dengan pihak verifikator.
- ANGGOTA : 1. Menyiapkan dan memantau seluruh pelaksanaan Jamkesmas / Jamkesda di seluruh unit pelayanan sesuai SPO Jamkesmas Jamkeda.
2. Mengumpulkan penataan pemberkasan Jamkesmas / Jamkesda diseluruh unit pelayanan, melakukan data base pasien Jamkesmas / Jamkesda serta menyiapkan data klaim yang akan diajukan ke Verifikator.

Ditetapkan di : Bogor
Pada tanggal : 30 Maret 2012

Rumah Sakit
PALANG MERAH INDONESIA
Direktur,



Dr. H. Andi Wisnubaroto, SpOT.FICS.

Lampiran 11 Laporan INA-CBGs

CONTOH LAPORAN INA-CBGs

Software INA-CBG's

http://server/inacbg/index.php?XP_drgresult_menu=0&menuid=5&m...

Login: hamami | Group: Petugas Coding | Logout

Grouper	Impor Data	Laporan	Ubah Password								
LAPORAN INA-CBG'S											
Nama RS	: RSU PMI BOGOR	Kode RS	: 3271013 Kelas RS : B								
Tanggal Pasien Pulang : 18 Juni 2012 s/d 18 Juni 2012											
Jaminan : JAMKESMAS											
Kelas Perawatan : <input checked="" type="radio"/> Kelas 3											
Rawat : <input type="radio"/> Inap <input type="radio"/> Jalan <input type="radio"/> Semua											
Waktu Grouping : 2 Juli 2012 00:00 s/d 2 Juli 2012 23:59											
<input type="button" value="Tampilkan"/>											
No.	Tgl. Pulang	Jam	No. RM	Nama Pasien	Kode INACBGs	Tarif INACBGs	Kelas RS	Biaya Riil	BHP Khusus	Rawat	Operator
1	2012-06-18	13:51	0449933	MUNAWAROH, BY NY	P-8-14-I	2.876.345,26	B	23.895.168,00	0,00	Inap	hamami
				<input type="button" value="Klaim Per Pasien (POP)"/> <input type="button" value="Rekap TXT"/> <input type="button" value="Rekap PDF"/>							

© 2010 Kementerian Kesehatan Republik Indonesia / Team Software / Update v2.0.0