



UNIVERSITAS INDONESIA

**Perbandingan Pelaksanaan Kebijakan Pelayanan Kesehatan
Masyarakat Miskin di RSUD Kota Bekasi
Antara Program Askeskin dan Jamkesmas**

TESIS

**Diajukan sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar
Magister Administrasi Rumah Sakit**

**Dezi Syukrawati
NPM 0706189646**

**Fakultas Kesehatan Masyarakat
Program Studi Kajian Administrasi Rumah Sakit
Depok
Juli 2009**

HALAMAN PENGESAHAN

Tesis ini diajukan oleh :

Nama : Dezi Syukrawati
NPM : 0706189646
Program Studi : Kajian Administrasi Rumah Sakit
Judul Tesis : **Perbandingan Pelaksanaan Kebijakan Pelayanan Kesehatan Masyarakat Miskin di RSUD Bekasi Antara Program Askeskin dan Jamkesmas**

Telah berhasil dipertahankan di hadapan Dewan Penguji dan diterima sebagai bagian persyaratan yang diperlukan untuk memperoleh gelar Magister Administrasi Rumah Sakit pada Program Studi Kajian Administrasi Rumah Sakit, Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Indonesia.

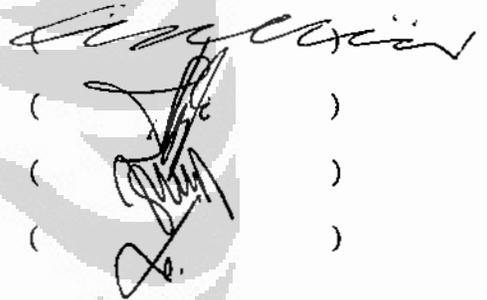
DEWAN PENGUJI

Pembimbing : Anhari Achadi, dr, S.K.M, DSc

Penguji : Pujiyanto, SKM, M.Kes

Penguji : Mieke Savitri, dr, M.Kes

Penguji : Wirda Saleh, dr, MARS, MHKes.



()
()
()

Ditetapkan di : Depok,

Tanggal : 1 Juli 2009

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur penulis panjatkan kehadirat Allah yang maha kuasa atas berkat dan rahmatNya saya dapat menyelesaikan tesis ini .

Penulisan tesis ini dilakukan dalam rangka memenuhi salah satu syarat untuk mencapai gelar Magister Administrasi Rumah Sakit dari Program KAJIAN Administrasi Rumah Sakit pada Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Indonesia

Saya menyadari bahwa tanpa bantuan dan bimbingan dari berbagai pihak , dari masa perkuliahan sampai penyusunan tesis ini , sangatlah sulit bagi saya untuk menyelesaikan tesis ini. Oleh Karena itu saya mengucapkan terima kasih kepada :

1. dr Anhari Achadi,SKM, DSc. yang telah menyediakan waktu, tenaga, dan fikiran untuk mengarahkan saya dalam penyusunan tesis ini ucapan terima kasih juga penulis sampaikan kepada :
2. Direktur RSUD Kota Bekasi beserta jajarannya yang telah banyak membantu saya untuk memperoleh data yang saya perlukan.
3. Direktur PT Askes Kota Bekasi dan jajarannya yang telah banyak membantu saya untuk memperoleh data yang saya perlukan.
4. Kepala Puskesmas Jatiluhur Drg Nana Dhujana dan seluruh teman teman dari Puskesmas Jati Luhur yang telah memberi izin dan pengertian selama penulis menempuh pendidikan di Program studi KARS UI ini.
5. My Lovely Endry suamiku tercinta dan anak anakku tersayang Ama, Ami dan Aini yang telah memberi support baik moril dan materil selama penulis menempuh pendidikan ini
6. Teman-teman seperjuangan di KARS 2007. Terima kasih telah membuka dan memberi semangat baru dibidang kesehatan dan yang selalu saling menyemangati dan berjanji lulus bersama

Akhir kata saya berharap Tuhan Yang Maha Esa berkenan membalas segala kebaikan semua pihak yang telah membantu. Semoga skripsi ini membawa manfaat bagi pengembangan ilmu.

Depok, . Juli 2009

Penulis

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

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

Nama : Dezi Syukrawati.
NPM : 0706189646
Program Studi : KAJIAN Administrasi Rumah Sakit.
Departemen : .AKK
Fakultas : Kesehatan Masyarakat
Jenis karya : Tesis

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 :

Perbandingan Pelaksanaan Kebijakan Pelayanan Kesehatan Masyarakat Miskin di RSUD Bekasi Antara Program Askeskin dan Jamkesmas

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 memublikasikan 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 : 1 Juli 2009
Yang menyatakan

(Dezi Syukrawati)

SURAT PERNYATAAN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Dezi Syukrawati
NPM : 0706189646
Mahasiswa Program : Kajian Administrasi Rumah Sakit
Tahun Akademik : 2007/2008

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

Perbandingan Pelaksanaan Kebijakan Pelayanan Masyarakat Miskin di RSUD Kota Bekasi Antara Program Askeskin dan Jamkesmas

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

Demikianlah surat pernyataan ini saya buat dengan sesungguhnya

Depok

15 Juli 2009



600
Rp. 2
METER STAMPEL

Dezi Syukrawati

Abstrak

Nama : Dezi Syukrawati
Program Studi : Kajian Administrasi Rumah Sakit
Judul Tesis : Perbandingan Pelaksanaan Kebijakan Pelayanan Kesehatan Bagi Masyarakat Miskin di RSUD Kota Bekasi Antara Program Askeskin dan Jamkesmas

Latar belakang dari penelitian ini adalah untuk mengetahui perbandingan pelaksanaan kebijakan dalam pelayanan kesehatan masyarakat miskin di RSUD Kota Bekasi melalui program Askeskin dan Jamkesmas.

Penelitian ini merupakan penelitian kualitatif dengan memilih RSUD sebagai tempat studi kasus. Data diperoleh dari dokumen, laporan pelaksanaan kegiatan dan wawancara mendalam dengan perugas rumah sakit, petugas PT Askes, petugas verifikasi independen. Dari hasil data diketahui bahwa pada kunjungan gakin RSUD untuk tahun 2008 turun dibandingkan tahun 2007 tetapi biaya pelayanan, meningkat. Ditinjau dari tujuan program dikaitkan dengan efektifitas pembiayaan, tujuan program Askeskin dan Jamkesmas tidak tercapai, untuk itu penulis menyarankan untuk kembali menata pelaksanaan program Askeskin dan Jamkesmas di RSUD kota Bekasi untuk pelaksanaan tahun 2009 mulai dari kebijakan kota dan kebijakan RS yang digunakan dalam penyelenggaraan kegiatan pelayanan kesehatan gakin, kepesertaan, penghitungan kembali unitcost masing masing jenis pelayanannya lengkap mulai dari biaya administrasi, biaya pelayanan, biaya tindakan, dan biaya obat.

Perlu dilakukan sosialisasi program baik pada masyarakat dan pelaksana kegiatan, meningkatkan fasilitas pelayanan yang khusus disediakan untuk gakin di RSUD sesuai dengan standar pelayanan minimal yang ditetapkan untuk perawatan di Rumah sakit, sehingga masyarakat miskin kota Bekasi Mendapat pelayanan kesehatan yang layak sebagai warga negara.

Kata kunci : kebijakan, Gakin, Pelayanan Kesehatan, Askeskin, Jamkesmas

Abstract

Name : Dezi Syukrawati
Study Program : Administration Research for the Hospital
The Title of Thesis : The Comparison of Health Service Implementing Policy for Poor Families in RSUD Kota Bekasi between of Askeskin Program and Jamkesmas

The background of this research is to know the comparison of health service implementation of government policy in public service for poor people/families that has been doing since 1998. According to its development, this activity has changed few times. In 2007 the activity was named Askeskin Program and 2008 became Jamkesmas Program. This activity constitutes the central government program and followed up by the local government including Kota Bekasi.

One of executors of this activity is RSUD Kota Bekasi. Based on the changes of this program, I wanted to exactly know the implementation of Askeskin and Jamkesmas in RSUD Kota Bekasi.

This research is qualitative research by choosing RSUD as the place of the case study. The data were compiled from documents, implementation reports, in-depth interviews with the hospital officers, PT Askes officers and independent verification officers. Based on the data, the number of visit from poor families in 2008 decreased compared with in 2007, but the cost of service increased. Looking at if from the aim of the program related to the effective cost, the goal of Askeskin and Jamkesmas were not achieved so that I suggest to rearrange or reorganize the implementation of Askeskin and Jamkesmas Program in RSUD Kota Bekasi for 2009 started from local government policy, RSUD policy used in implementing health service for poor people/families, membership to the recalculation of unit cost of each service complete with the cost of administration, service, treatment and medicine.

In addition, the socialization of the program not only for community but also for the executor should be done properly. Parallel with that, the facilities of the services specifically provided for poor people/families in RSUD should be improved accordance with the minimum service standard stipulated for the hospital with the intention that the poor people in Kota Bekasi can get the proper health service as human kind.

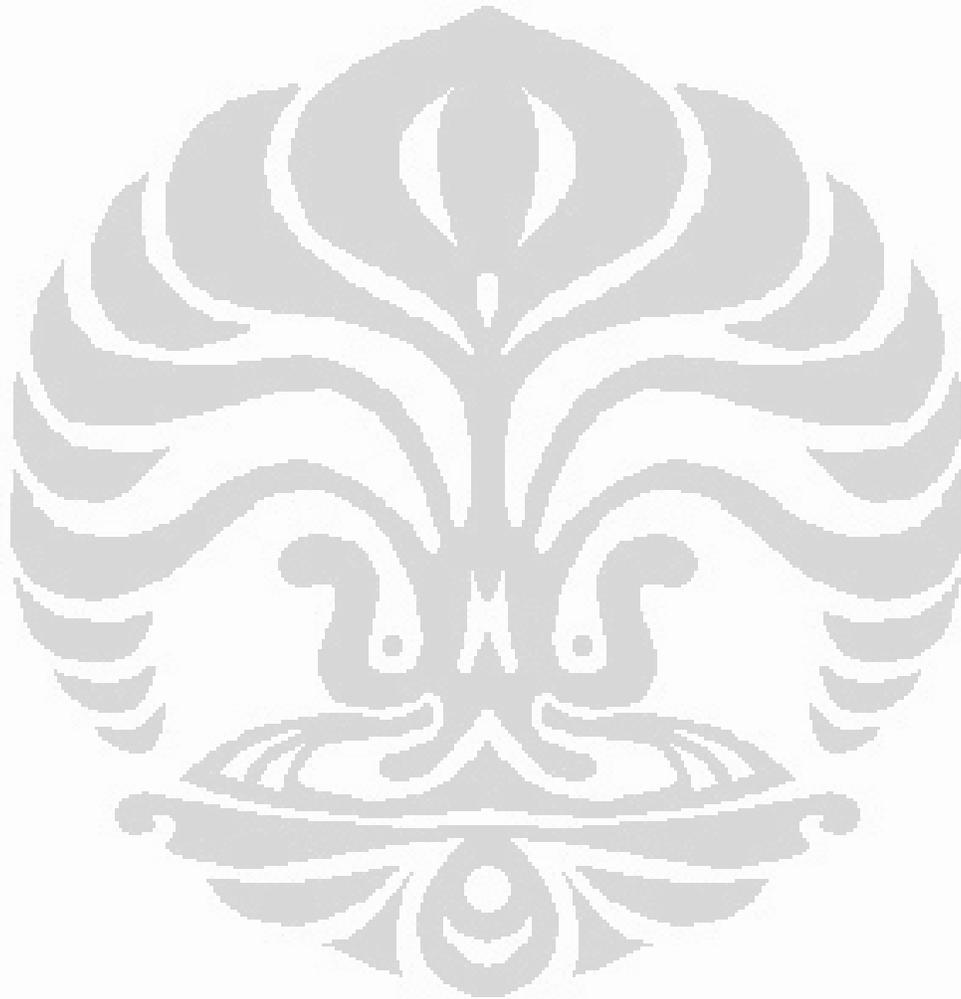
Key words: policy, poor families, service, Askeskin, Jamkesmas

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
LEMBAR PENGESAHAN	ii
KATA PENGANTAR	iii
LEMBAR PERSETUJUAN PUBLIKASI KARYA ILMIAH	iv
ABSTRAK	v
ABSTRACT	vi
DAFTAR ISI	vii
DAFTAR TABEL	x
DAFTAR LAMPIRAN	xi
1. PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Rumusan Masalah	4
1.3 Pertanyaan Penelitian	5
1.4 Tujuan Penelitian	5
1.4.1 Tujuan umum.....	5
1.4.2 Tujuan khusus.....	5
1.5 Manfaat Penelitian	5
1.5.1 Bagi Rumah Sakit	5
1.5.2 Bagi Peneliti.....	6
1.5.3 Manfaat bagi Akademik.....	6
1.6 Ruang Lingkup Penelitian.....	6
2. TINJAUAN PUSTAKA	7
2.1 Kebijakan	7
2.2 Pelayanan Kesehata.....	8
2.2.1 Cakupan	8
2.2.2 Utilisasi	9
2.3 Evaluasi	9
2.4 Program Kesehatan Masyarakat Miskin.....	11
2.5 Payung Hukum Pelaksanaan Program Kesehatan Gakin.....	22
2.6 Pembiayaan Gakin.....	23
2.6.1 Sumber Dana	23
2.6.2 Sistem Penyaluran Dana	24
2.7 Rumah Sakit	25
2.8 Evaluasi Kebijakan Pelayanan Kesehatan Gakin	27
2.8.1 Kepesertaan	28
2.8.2 Pelayanan Kesehatan	28
3. GAMBARAN UMUM RSUD KOTA BEKASI	31
3.1 Sejarah.....	31
3.2 Visi, Misi, Tujuan dan Motto.....	32
3.2.1 VISI.....	32

3.2.2 Misi	33
3.2.3 Tujuan	33
3.3 Struktur Organisasi.....	34
3.4 Fasilitas Pelayanan RSUD.....	34
3.5 Ketenagaan	36
3.6 Hasil Kegiatan.....	38
3.7 Program Pelayanan Kesehatan Gakin RSUD.....	38
3.8 Hasil Pelayanan Program Gakin RSUD.....	39
4. KERANGKA KONSEP.....	40
4.1 Kerangka Konsep.....	40
4.2 Definisi Istilah.....	42
5. METODE PENELITIAN.....	47
5.1 Jenis Penelitian	47
5.2 Lokasi dan Waktu Penelitian.....	47
5.3 Sumber Informasi.....	47
5.4 Metode pengumpulan data.....	48
5.5 Pengolahan Data.....	48
5.6 Analisa data	48
6. HASIL PENELITIAN.....	50
6.1 Kebijakan.....	50
6.1.1 Kepesertaan.....	50
6.1.2. Pelaksanaan Pelayanan.....	51
6.2 Hasil Pelayanan Kesehatan Gakin.....	51
6.2.1 Kunjungan.....	52
6.2.3 Cakupan.....	54
6.2.4 Utilisasi RSUD oleh Gakin.....	55
6.2.5 Tarif.....	56
6.2.6 Biaya Pelayanan Gakin RSUD.....	56
6.2. 7 Pendanaan.....	64
6.2.8 Pencairan Dana.....	64
6.2.9 Verifikasi Data	65
7.PEMBAHASAN.....	67
7.1 Indikator Input.....	67
7.2 Indikator Proses.....	68
7.2.1 Kepesertaan.....	69
7.2.2 Pendistribusian kartu gakin.....	69
7.3 Pelayanan Kesehatan Gakin.....	70
7.3.1 Berdasarkan Jumlah Kunjungan.....	71
7.3.2 Cakupan.....	71
7.3.3 Utilisasi.....	71
7.4 Biaya Pelayanan.....	72
7.5 Pendanaan	74
8. KESIMPULAN DAN SARAN.....	78
8.1 Kesimpulan.....	78

8.2 Saran.....	82
DAFTAR PUSTAKA.....	84



DAFTAR TABEL

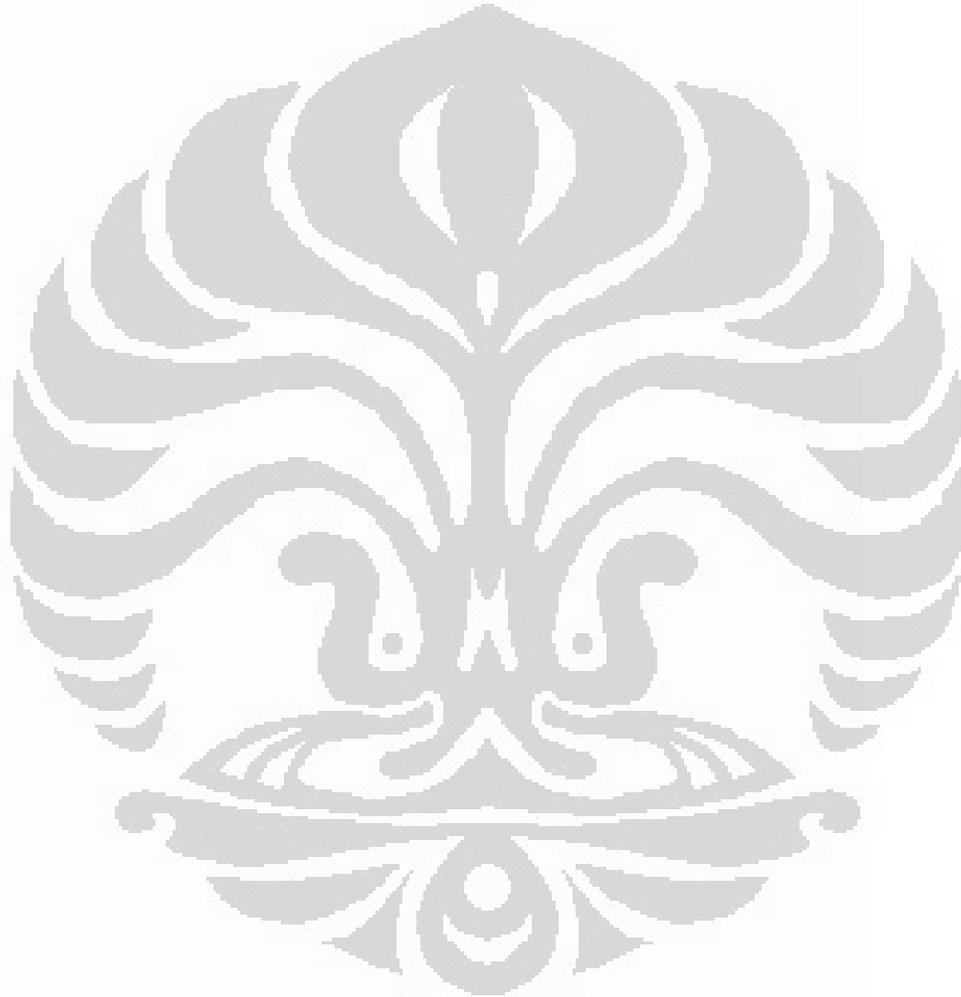
Tabel 1.1	: Utilisasi RS Pemerintah di Indonesia oleh Masyarakat Miskin.....	3
Tabel 2.1	: Perbandingan Manlak Askeskin dan Jamkesmas.....	15
Tabel 3.1	: Jumlah Ketenagaan Berdasarkan Pendidikan dan Status Tenaga Tahun 2008.....	36
Tabel 3.2	: Jumlah Kunjungan Rawat Jalan RSUD Pemerintah Kota Bekasi...37	
Tabel 3.3	: Indikator Pelayanan Rawat Inap RSUD Pemerintah Kota Bekasi....	38
Tabel 6.1	: Rekapitulasi Pasien Rawat Jalan Gakin.....	55
Tabel 6.2	: Rekapitulasi kunjungan pasien Gakin ke UGD.....	55
Tabel 6.3	: Rekapitulasi kunjungan Rawat Inap Pasien Gakin	56
Tabel 6.4	: Cakupan Pelayanan RSUD oleh gakin tahun 2007 dan 2008.....	57
Tabel 6.5	: Utilisasi RSUD oleh Gakin tahun 2007 dan 2008.....	58
Tabel 6.6	: Rekapitulasi Laporan Keuangan Pelayanan Jalan Gakin	60
Tabel 6.7	: Rekapitulasi Laporan Keuangan Pelayanan Inap Gakin	61
Tabel 6.8	: Rekapitulasi Biaya Pelayanan Gakin di UGD.....	62
Tabel 6.9	: Perbandingan kunjungan dan biaya pelayanan program askeskin dan Jamkesmas.....	62
Tabel 6.10	: Perbandingan Biaya Rata rata pelayanan Rawat Jalan pada Program Askeskin dengan Jamkesmas di RSUD Bekasi.....	63
Tabel 6.11	: Perbandingan Biaya Rata rata pelayanan Rawat Inap pada program Askeskin dengan Jamkesmas di RSUD Bekasi.....	63
Tabel 6.12	: Kunjungan Pasien yang Diverifikasi.....	65

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1: Pedoman Wawancara Dengan Petugas Rumah Sakit

Lampiran 2: Hasil Wawancara

Lampiran 3: Daftar Istilah



BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Kesehatan merupakan salah satu kebutuhan primer. Jika seseorang tidak sehat maka secara ekonomi dia tidak akan bisa memproduksi memenuhi kebutuhan hidupnya dan pada akhirnya akan menjadi beban khususnya bagi keluarga dan beban negara secara umum.

Untuk itu pemerintah berupaya memenuhi kebutuhan masyarakat bidang kesehatan karena pembangunan kesehatan merupakan bagian dari pembangunan nasional yang bertujuan meningkatkan kesadaran, kemauan dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang agar terwujud derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya.

Pelayanan kesehatan merupakan bagian dari hak asasi manusia yang harus dipenuhi sesuai dengan amandemen keempat UUD 1945 yang disetujui dalam Sidang Umum MPR Tanggal 11 Agustus 2002, menyatakan bahwa setiap penduduk berhak mendapat pelayanan kesehatan. Sejalan dengan pasal diatas disebutkan pada pasal 34 ayat 3 negara bertanggung jawab atas penyediaan fasilitas kesehatan yang layak dan pada pasal 34 ayat (2) yang berbunyi " Negara mengembangkan Sistem Jaminan Sosial bagi seluruh rakyat dan memberdayakan masyarakat yang lemah dan tidak mampu". Dua tahun kemudian, tepatnya Tanggal 19 Oktober 2004 disahkan Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN), yang memberi landasan hukum terhadap kepastian perlindungan dan kesejahteraan sosial bagi seluruh rakyat Indonesia.

Sistem jaminan sosial ini diharapkan untuk memberikan kontribusi pada pengembangan manusia Indonesia dan merupakan investasi untuk keberhasilan pembangunan bangsa dalam rangka meningkatkan taraf hidup dan memenuhi kebutuhan dasar hidup yang layak.

Berkelanjutannya krisis ekonomi di Indonesia meningkatkan jumlah penduduk yang berada di bawah garis kemiskinan. Menurut BPS tahun 2005 jumlah masyarakat miskin yang terdaftar adalah 36.14 juta, tahun 2006 sebanyak 60 juta,

dan tahun 2007 adalah 74.6 juta jiwa. Masyarakat miskin yang tidak tercover oleh program JPK-MM discover oleh Pemerintah daerah. (Mukti, 2009) Pemerintah melaksanakan program jaminan kesehatan bagi masyarakat miskin sebagai bagian dari pengembangan sistem jaminan secara menyeluruh. Berdasarkan pengalaman masa lalu dan belajar dari pengalaman berbagai negara lain yang telah lebih dahulu mengembangkan jaminan kesehatan, sistem ini merupakan suatu pilihan yang tepat untuk menata subsistem pelayanan kesehatan yang searah dengan subsistem pembiayaan kesehatan. Sistem jaminan kesehatan ini akan mendorong perubahan-perubahan mendasar seperti penataan untuk standarisasi pelayanan, standarisasi tarif, penataan formularium dan penggunaan obat rasional, yang berdampak pada kendali mutu dan kendali biaya.

Tujuan lainnya dari jaminan pemeliharaan kesehatan masyarakat adalah untuk meningkatkan akses atau pemerataan pelayanan kesehatan gakin agar terjangkau keseluruh pelosok tanah air yang diukur dengan kemudahan akses penduduk pada sarana pelayanan.

Program awal pemerintah bagi pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin yang pada saat ini dianggap sebagai rangkaian dari sistem jaminan sosial bagi masyarakat dikenal dengan nama program JPS-BK (tahun 1998-2002).

Program ini dilanjutkan dengan PDPSE Bidkes (Program Penanggulangan Dampak Pengurangan Subsidi Energi Bidang Kesehatan) untuk pelayanan rujukan /rumah sakit bagi gakin yang diberlakukan tahun 2001 dan 2003. Pada tahun 2003 pelayanan dasar dan rujukan gakin ini berubah menjadi PKPS BBM Bid Kes (Program kompensasi Pengurangan Subsidi Bahan Bakar Minyak Bidang Kesehatan) yang bertujuan mempertahankan dan meningkatkan derajat kesehatan dengan meningkatkan pelayanan kesehatan gakin.

Pada akhir tahun 2005 diluncurkan Program Jaminan Pemeliharaan Kesehatan bagi Masyarakat Miskin (JPKMM) yang lebih dikenal dengan nama Askeskin diberlakukan dengan SK .Menkes RI No 1241/Menkes/SK/XI /2004 dan diperkuat oleh SK Menkes RI No 56 /Menkes/SK/2005 dimana pemerintah menunjuk PT Askes sebagai badan pelaksanaan (Bapel)

Setelah melalui evaluasi, tahun 2008 melalui SK Menteri kesehatan Nomor 125/Menkes/SK/II/2008 tentang Pedoman Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan masyarakat maka dilakukan perubahan sistem dalam rangka efisiensi dan efektifitas dengan cara memisahkan fungsi pengelola dan fungsi pembayaran dengan menempatkan tenaga verifikator disetiap rumah sakit. Nama program juga berubah menjadi Program Jaminan Pelayanan Kesehatan Masyarakat atau yang dikenal dengan nama Jamkesmas (Depkes, 2008)

Total dana jaminan pemeliharaan kesehatan gakin pada tahun 2005 adalah 2,23 triliun yaitu 2-3 kali lebih banyak dari anggaran 2004, yang diperoleh dari perhitungan premi Rp 5000 dikali 36,5 juta orang gakin yang terdaftar, tahun 2007 dana awal Askeskin adalah 1,826 Triliun dan meningkat mencapai 3,526 Triliun pada akhir tahun dan tahun 2008 mencapai 4,7 triliun. (Mukti,2008)

Adanya beberapa kali perubahan yang dilakukan pemerintah dalam pelaksanaan pelayanan program bidang kesehatan bagi gakin ini menandakan bahwa pembenahan masih terus dilakukan, baik dalam teknis pelaksanaan, maupun hal hal yang berkaitan dengan pendanaan.

Menurut Mukti (2008) pemanfaatan rumah sakit oleh gakin secara nasional berdasarkan BOR (Bed Occupancy Rate) mengalami peningkatan mencapai 90%. Peningkatan yang cukup dramatis ini digambarkan dalam tabel dibawah ini:

Tabel: 1.1

Utilisasi RS Pemerintah di Indonesia oleh Masyarakat Miskin

Jenis Pelayanan	2005	2006	%	2007	%
Rawat jalan	1.4 Jt	6.9Jt	↑92%	5.61Jt	↓13,83%
Rawat Inap	562.167	1.6 jt	↑84%	1.916.198	↓21,27%

Sumber : Depkes RI (2008)

Tapi dilihat dari jumlah masyarakat yang memiliki jaminan kesehatan masih terbatas, yakni kurang dari 20% penduduk dan dilihat dari sektor pendanaan, pengalokasian dana bersumber pemerintah yang dikelola oleh sektor kesehatan sampai saat ini belum begitu efektif. Pembelanjaan dana pemerintah belum cukup

adil untuk mengedepankan upaya kesehatan masyarakat dan bantuan untuk keluarga miskin.

Setelah kegiatan Jamkesmas berjalan selama satu tahun penulis merasa tertarik untuk melakukan evaluasi, berdasarkan informasi di RSUD kota Bekasi diketahui bahwa:

1. RSUD kewalahan melayani keluarga miskin karena jumlahnya yang tidak berimbang dengan kuota yang tersedia baik kuota yang ditetapkan Depkes sebanyak 155.146 KK maupun kuota 10.000 KK dari pemerintah daerah, dengan fasilitas rawat inap kelas III yang tersedia adalah 123 tempat tidur . Dari jumlah yang datang ke RSU untuk rawat inap hanya 30%-35% yang digratiskan penuh sedangkan sisanya menggunakan subsidi silang dengan total anggaran 3 M pertahun. (Koran PR 30 Januari 2009)
2. Jumlah pasien gakin yang terdaftar di Jamkesmas 2008 yang datang berobat ke RSUD Bekasi adalah 18.170 orang, tetapi yang diverifikasi hanya 17.656 (99,07%) sementara (0,03%)dianggap tidak layak untuk diverifikasi. Dibandingkan dengan jumlah gakin keseluruhan maka jumlah gakin yang memanfaatkan RSUD Bekasi hanya 11,68%. Menurut manlak jumlah gakin yang berobat ke RS harus bisa diverifikasi sebanyak 100% dari kunjungan gakin RS.
3. Dilihat dari segi biaya maka jumlah biaya yang layak bayar adalah 96,03% sedangkan yang tidak layak bayar adalah 2,97%. Sampai dengan Februari 2009 Jumlah klaim yang baru dibayarkan Depkes baru 76,06% masih kurang 23,94% lagi. (Data Verifikator independen RSUD Bekasi).

1.2 Rumusan Masalah

Belum diketahuinya pelaksanaan kebijakan pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin Kota Bekasi melalui program Askeskin dan Jamkesmas di RSUD kota Bekasi.

1.3 Pertanyaan Penelitian

1. Bagaimana pelaksanaan kebijakan pelayanan kesehatan di RSUD Kota Bekasi bagi kesehatan keluarga miskin kota Bekasi melalui program Askeskin dan Jamkesmas
2. Bagaimana hasil pelaksanaan pelayanan kesehatan keluarga miskin di rumah sakit umum daerah kota Bekasi melalui program Askeskin dan Jamkesmas dengan menggunakan indikator cakupan dan utilisasi

1.4 Tujuan Penelitian

1.4.1 Tujuan Umum

Diperoleh informasi tentang pelaksanaan kebijakan dan hasil pelaksanaan pelayanan kesehatan masyarakat miskin kota Bekasi melalui kegiatan Askeskin dan Jamkesmas di RSUD Kota Bekasi

1.4.2 Tujuan khusus

1. Diketuinya tentang pelaksanaan kebijakan pelayanan kesehatan masyarakat miskin di Kota Bekasi melalui kegiatan evaluasi program Askeskin dan Jamkesmas.
2. Diketuinya hasil kegiatan pelaksanaan pelayanan kesehatan bagi keluarga miskin di RSUD kota Bekasi dengan menghitung cakupan dan utilisasi

1.5 Manfaat Penelitian

1.5.1 Bagi Rumah sakit

1. Hasil penelitian ini dapat digunakan sebagai bahan evaluasi program dan masukan bagi RSUD dalam pelaksanaan pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin kota Bekasi sebagai salah satu upaya mengoptimalkan pelaksanaan fungsi dari rumah sakit pemerintah
2. Sebagai bahan pertimbangan dalam melaksanakan kebijakan pelayanan kesehatan masyarakat miskin kepada pemerintah kota Bekasi agar terjalin koordinasi yang lebih baik dan kelancaran dalam penyelenggaraan program ini

1.5.2 Manfaat Bagi Peneliti

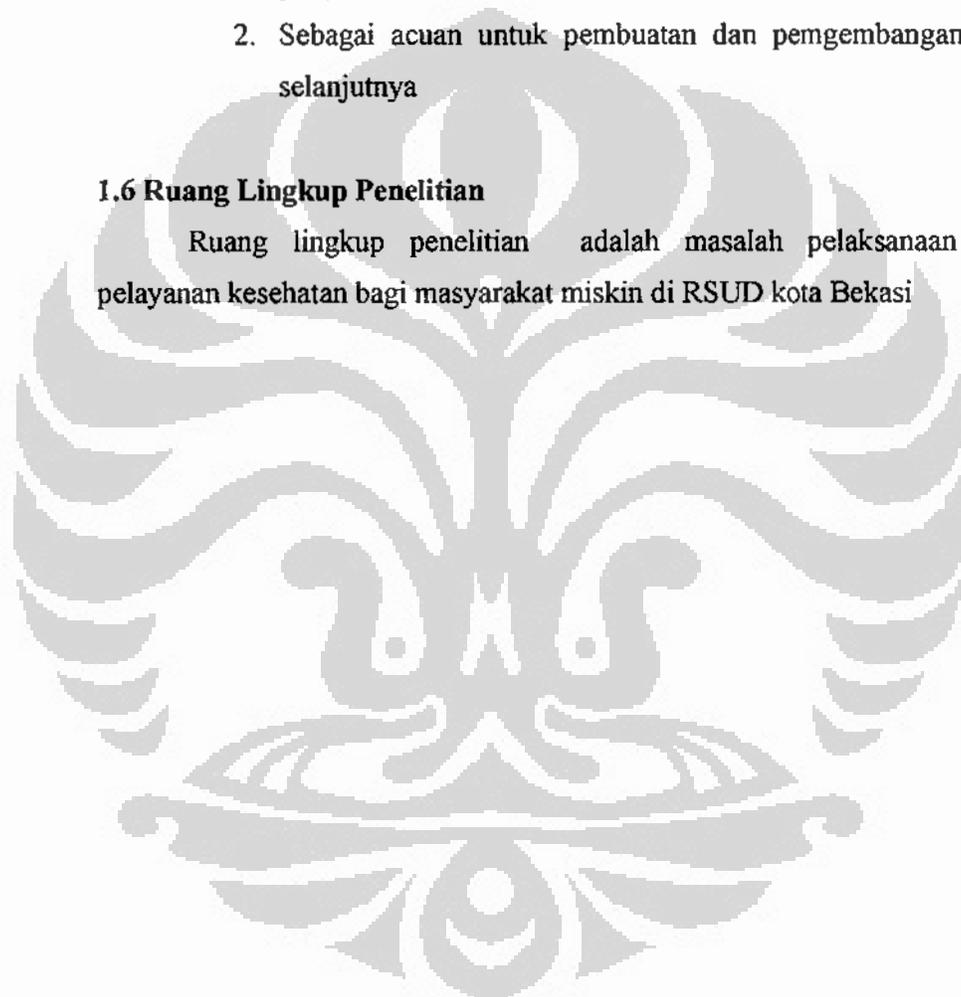
1. Memenuhi persyaratan akhir studi pada program Kajian Administrasi Rumah Sakit Universitas Indonesia
2. Menambah wawasan dan pengetahuan peneliti perihal pelayanan kesehatan masyarakat miskin di RSUD Kota Bekasi

1.5.3 Manfaat Bagi Akademik

1. Sebagai referensi bacaan mengenai analisa kebijakan sebuah program pelayanan rumah sakit terhadap masyarakat miskin.
2. Sebagai acuan untuk pembuatan dan pengembangan penelitian selanjutnya

1.6 Ruang Lingkup Penelitian

Ruang lingkup penelitian adalah masalah pelaksanaan kebijakan pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin di RSUD kota Bekasi



BAB II TINJAUAN PUSTAKA

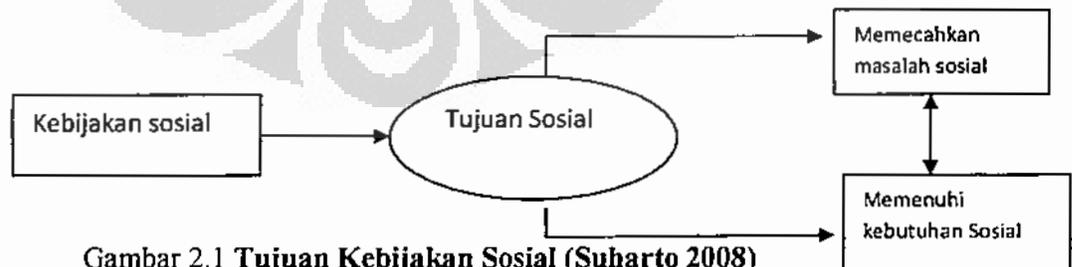
2.1 Kebijakan

Kebijakan adalah rangkaian konsep dan asas yang menjadi pedoman dan dasar rencana dalam pelaksanaan suatu pekerjaan, kepemimpinan, dan cara bertindak dan dengan kata lain kebijakan menjadi pedoman tindakan yang paling mungkin untuk memperoleh hasil yang diinginkan.

Kebijakan atau kajian kebijakan dapat pula merujuk pada proses pembuatan keputusan-keputusan penting organisasi, termasuk identifikasi berbagai alternatif seperti prioritas program atau pengeluaran, dan pemilihannya berdasarkan dampaknya. Kebijakan juga dapat diartikan sebagai mekanisme politis, manajemen, finansial, atau administratif untuk mencapai suatu tujuan eksplisit. (Wikipedia)

Kebijakan sosial adalah seperangkat tindakan (course of action) kerangka kerja (framework), petunjuk (guideline), rencana (plan), peta (map) atau strategi yang dirancang untuk menterjemahkan visi politis pemerintah atau lembaga pemerintah kedalam program dan tindakan untuk mencapai tujuan tertentu dalam bidang kesejahteraan sosial (social welfare) (Suharto 2008)

Tujuan kebijakan sosial ini mengandung dua pengertian terkait yaitu memecahkan masalah sosial dan memenuhi kebutuhan sosial. Tujuan pemecahan masalah mengandung arti pengusahaan atau mengadakan perbaikan karena suatu keadaan yang tidak diharapkan atau kejadian yang bersifat destruktif yang mengganggu atau merusak tatanan masyarakat



Gambar 2.1 Tujuan Kebijakan Sosial (Suharto 2008)

Secara rinci tujuan kebijakan sosial adalah :

1. Mengantisipasi, mengurangi atau mengatasi masalah masalah sosial yang terjadi di masyarakat
2. Memenuhi kebutuhan individu, keluarga dan kelompok atau masyarakat yang tidak dapat mereka penuhi secara sendiri-sendiri melainkan harus melalui tindakan kolektif
3. Meningkatkan hubungan intrasosial, manusia dengan mengurangi kedisfungsian sosial individu atau kelompok yang disebabkan faktor faktor internal personal maupun eksternal struktural
4. Meningkatkan situasi dan lingkungan sosial ekonomi yang kondusif bagi upaya pelaksanaan peranan sosial dan pencapaian kebutuhan masyarakat sesuai dengan hak harkat dan martabat kemanusiaan
5. Menggali, mengalokasikan dan mengembangkan sumber kemasyarakatan demi tercapai kesejahteraan dn keadilan sosial

Dalam pencapaian tujuan dari kebijakan sosial ini harus diperhatikan distribusi barang dan pelayanan, kesempatan dan kekuasaan yang lebih luas, adil dan merata bagi segenap warga masyarakat

Dalam melakukan evaluasi kebijakan ada beberapa hal yang harus diperhatikan yaitu :

1. Mengidentifikasi masalah kebijakan yang akan dibahas.
2. Menilai kelebihan dan kekurangan dari kebijakan ini dengan memperhatikan efektifitas, biaya dan penerimaan masyarakat pada program.
3. Dalam melaksanakan hasil evaluasi kebijakan ini kita harus mampu menentukan alternative terbaik apakah kebijakan itu akan terus dijalankan atau harus dirombak total.

2.2 Pelayanan Kesehatan

2.2.1 Cakupan

Cakupan dapat didefinisikan sebagai hasil dari pencapaian dari suatu kegiatan dengan membandingkan jumlah yang dicapai dengan keseluruhan yang terdaftar didalam program tersebut.

Universitas Indonesia

Dalam pelayanan kesehatan cakupan dan utilisasi digunakan sebagai indikator keberhasilan suatu program.

Cakupan sendiri memiliki indikator, (a). contact rate (b) Hospitalization rate (c) . out pasien rate dan (d).emergency out patient rate. Untuk menghitung indikator ini data yang digunakan adalah data kunjungan baik rawat jalan maupun rawat inap termasuk UGD.

2.2.2 Utilisasi

Berdasarkan arti kata utilisasi adalah pemanfaatan sesuatu baik berupa barang maupun jasa

Berdasarkan pendapat dari beberapa ahli seperti Andersen dan Zschock penulis menyimpulkan bahwa utilisasi didalam pemanfaatan pelayanan bidang kesehatan oleh masyarakat memiliki ciri berbeda pada setiap individu yang dipengaruhi oleh banyak hal antara lain demografi, status sosial seperti pendapatan, pendidikan, etnis, kepercayaan, psikologis dan pengasilan yang dikaitkan dengan kemampuan membayar serta, jumlah sarana dan prasarana yang tersedia.

2.3 Evaluasi

Chelinsky 1989 mendefinisikan evaluasi adalah suatu metode penelitian yang sistematis untuk menilai rancangan, implementasi dan efektifitas suatu program. Rutman and Mowbray 1983 mendefinisikan evaluasi adalah penggunaan metode ilmiah untuk menilai implementasi dan *outcomes* suatu program yang berguna untuk proses membuat keputusan.

Menurut Purwanto dan Atwi Suparman, 1999 evaluasi didefinisikan sebagai proses penerapan prosedur ilmiah untuk mengumpulkan data yang valid dan reliabel untuk membuat keputusan tentang suatu program.

Sedangkan menurut Riduwan (2006) evaluasi merupakan bagian dari proses pembuatan keputusan dengan membandingkan suatu kejadian, kegiatan, produk dengan standar dan program yang telah ditetapkan.

Dari beberapa definisi diatas penulis menarik kesimpulan bahwa evaluasi merupakan penerapan prosedur ilmiah yang sistematis untuk menilai rancangan, implementasi dan efektifitas suatu program dengan membandingkan dengan standar dan program yang telah ditetapkan.

Macam -macam evaluasi

A. Berdasarkan tujuannya

Menurut Muninjaya, (2004) evaluasi berdasarkan tujuannya ada tiga macam yaitu :

- 1) *Evaluasi terhadap input*, ini dilakukan sebelum sebuah program dilaksanakan ini bertujuan untuk mengetahui apakah sumber daya yang ada sudah sesuai dengan standard an kebutuhan yang ada
- 2) *Evaluasi Proses* ini dilaksanakan disaat suatu kegiatan sedang berlangsung tujuannya dalah untuk mengatahui apakah metode yang diplih sudah efektif.
- 3) *Evaluasi terhadap output (summative evaluation, impact evaluation.* dilaksanakan setelah pekerjaan selesai dilaksanakan untuk mengetahui output, efek atau outcome program yang telah ditetapkan sebelumnya.

B. Berdasarkan fungsi

Menurut Michel Scriven di dalam Suharsimi (2007) evaluasi berdasarkan fungsi yaitu :

- 1) Evaluasi formatif yang difungsikan sebagai pengumpul data pada saat program masih berlansung dimana data hasil evaluasi dapat digunakan untuk memodifikasi program jika ditengah tengah pelaksanaan kegiatan diketahui adanya hal hal negative dan para pengambil keputusan sudah dapat menentukan sikap tentang kegiatan yang sedang berlangsung
- 2) Evaluasi sumatif dfungsikan sebagai pengumpul data pada saat program sudah selesai dan untuk menentukan sejauh mana suatu program memberikan nilai manfaat terutama dibandingkan dengan program lain yang sejenis

C. Berdasarkan pelaksana

Berdasarkan pelaksana menurut Suharsimi (2008) evaluasi dibagi dua yaitu

1) Evaluator Internal

Pada evaluator internal pelaku penelitian adalah orang-orang yang langsung terlibat didalam program tersebut. Kebaikannya pelaku evaluasi memahami seluk beluk program yang akan dievaluasi dan akan memudahkan dalam memanfaatkan umpan balik dari hasil penelitian, tapi karena mereka bagian dari program tersebut unsur subjektivitas juga sulit untuk dihindari.

2) Evaluator eksternal

Pelaku akan lebih berhati-hati, cermat dan berpijak pada desain penelitian yang telah ditentukan terlebih dahulu dan dapat bersikap lebih objektif, tapi kelemahannya umpan balik yang diberikan seringkali tidak dapat dilaksanakan karena dianggap merugikan.

Berdasarkan uraian di atas maka penulis berkesimpulan bahwa evaluasi adalah penelitian yang ditujukan untuk mencari jawaban sampai seberapa jauh tujuan yang telah ditetapkan tercapai atau memiliki tanda-tanda akan tercapai dengan melakukan proses pengumpulan data, penentuan teknik yang tepat, teknik pengolahan data yang sesuai, dalam rangka menentukan kebijakan maupun memperbaiki kebijakan yang sedang dilaksanakan dengan terlebih dahulu mempertimbangkan nilai positif dan negatif (keuntungan maupun kerugian) dalam pelaksanaan suatu program.

2.4 Program Kesehatan Masyarakat Miskin

Kemiskinan dapat diartikan secara luas sebagai ketidakmampuan seseorang dalam memenuhi kebutuhannya yang mencakup kebutuhan ekonomi, sosial, politik, emosional maupun spiritual.

Secara sempit kemiskinan diartikan kemiskinan secara ekonomi dimana seseorang tidak mampu memenuhi kebutuhan dasarnya yang berkaitan dengan kebutuhan fisik.

Kemiskinan menurut tipologinya dapat dibagi atas empat (4) kategori yaitu

- a) Kemiskinan Absolut yaitu seseorang atau kelompok yang tidak mampu memenuhi kebutuhan pokok seperti makan, pakaian, pendidikan, kesehatan transportasi dll. Kemiskinan absolute biasanya diukur dengan menggunakan indikator yang sering dikonversi dalam bentuk uang
- b) Kemiskinan relative, yaitu kemiskinan disebabkan perbandingan dengan kondisi umum.
- c) Kemiskinan kulutral yaitu mengacu pada gaya hidup, orientasi sosial budaya
- d) Kemiskinan structural yaitu kemiskinan yang disebabkan karena ketidakberresan maupun ketidakadilan secara structural

(Suharto, 2008)

Dalam pengelompokan penduduk miskin juga sering dipakai kategori

1. Penduduk rentan yaitu penduduk yang tidak dikelompokkan pada penduduk miskin tapi dimasa mendatang cenderung untuk menjadi miskin (berdasarkan resiko) (*vulnerable people*)
2. Penduduk miskin menetap (*chronic poor*)
3. Penduduk miskin sementara (*transient poor*)

(Thabrani. Dkk ,2009)

Pelayanan kesehatan memiliki karakteristik yang berbeda dengan pelayanan lainnya karena :

1. Adanya ketidakpastian (*uncertainty*) termasuk jenis pelayanan juga biaya pelayanan kesehatan
2. Adanya asymentri information, dimana informasi yang dimiliki user tidak sebanding dengan informasi pelaku pelayanan

Universitas Indonesia

3. Ditentukan juga oleh kemampuan bayar (ability to pay)
4. Ditentukan oleh kemauan membayar (willingness to pay)

Seseorang yang tadinya secara ekonomi tidak dikelompokkan kedalam keluarga miskin bisa saja tiba-tiba menjadi miskin karena menderita suatu penyakit. Penyakit yang kompleks membutuhkan beberapa penanganan sekaligus, dan ini menyebabkan terjadi ketidakpastian dalam tindakan pelayanan kesehatan, apalagi jika tidak ada kesamaan informasi antara keluarga pasien dengan pihak rumah sakit dan ini tentu saja mempengaruhi kemampuan bayar dari pasien tersebut sehingga mereka akhirnya juga tidak mau membayar pelayanan yang mereka terima dan ini tentu saja akhirnya memerlukan subsidi bidang kesehatan

Pelaksanaan program pelayanan kesehatan bagi keluarga miskin dalam konteks pembangunan sosial merupakan bagian dari kebijakan sosial. Dikaitkan dengan kebijakan sosial, Depkes RI mengemukakan visinya dalam masalah pelayanan masyarakat bidang kesehatan adalah untuk menciptakan masyarakat yang mandiri dan hidup sehat yang dicapai dengan misi menggerakkan masyarakat menjadi fasilitator pembangunan bersama masyarakat dan swasta.

Pencapaian Visi dan misi ini dilakukan dengan menerapkan nilai-nilai :

1. Berpihak pada masyarakat
2. Bertindak cepat dan tepat
3. Kerjasama tim
4. Integritas yang tinggi transparan dan akuntabel

Munculnya kebutuhan masyarakat akan pelayanan kesehatan yang murah dan bermutu ditengah situasi ekonomi yang serba tidak menentu sejak terjadinya krisis ekonomi tahun 1998 yang diiringi krisis global saat ini merupakan salah satu alasan mengapa pemerintah harus terus menyelenggaraan pelayanan kesehatan gratis yang merupakan suatu kebijakan yang yang berkelanjutan untuk masyarakat di Indonesia dan juga dalam rangka memberikan pemerataan dan memenuhi asas keadilan bagi masyarakat .

Penyelenggaraan pelayanan kesehatan masyarakat miskin dilakukan dengan mengacu pada prinsip-prinsip asuransi :

1. Pengelolaan dana amanat dan nirlaba dengan pemanfaatan hanya untuk peningkatan kesehatan masyarakat miskin.
2. Pelayanan kesehatan bersifat menyeluruh (komprehensif) sesuai dengan standar pelayanan medik yang cost effective dan rasional.
3. Pelayanan kesehatan dilakukan dengan prinsip terstruktur dan berjenjang.
4. Pelayanan kesehatan diberikan dengan prinsip portabilitas dan ekuitas.
5. Pengelolaan program dilaksanakan secara transparan dan akuntabel.

Rianti,(2008)

Pada akhir tahun 2004 Program Jaminan Pemeliharaan Kesehatan bagi Masyarakat Miskin (JPKMM) diberlakukan dengan SK .Menkes RI No 1241/Menkes/SK/XI /2004 dimana pemerintah menunjuk PT Askes (persero) sebagai badan pelaksanan (Bapel). Penetapan ini juga kemudian dituangkan dalam perjanjian kerjasama antara PT ASKES dan DEPKES dan program ini yang dikenal dengan nama ASKESKIN.

Peranan PT Askes dalam pelaksanaan program ini mengalami beberapa kali perubahan sampai tahun 2008 .Jika pada awaln keterlibatannya PT Askes berperan dalam pelayanan dan pembiayaan maka semester II tahun 2005 pembayaran untuk Puskesmas diambil alih oleh Depkes, tahun 2006 pelayanan dan pembiayaan mulai dari puskesmas dan rumah sakit dikembalikan ke PT Askes . Tahun 2007 pembiayaan Puskesmas dikembalikan ke Depkes sementara untuk RS dikelola oleh PT Askes dan ditambah melakukan verifikasi pelayanan yang diberikan di Puskesmas dan akhirnya tahun 2008 peran PT Askes hanya medata pasien yang termasuk dalam kelompok gakin.

Perubahan ini membuat PT Askes tidak bisa melakukan tugasnya secara konsisten dalam menjalankan prosedur baku program pelayanan kesehatan bagi penduduk miskin.

Perbandingan keseluruhan dalam sistem pengelolaan program pelayanan kesehatan bagi keluarga miskin tahun 2007 dan 2008 dapat dilihat dari pedoman pelaksanaan masing masing program seperti dibawah ini

Universitas Indonesia

Tabel 2.1
Perbandingan Manlak Askeskin dan Jamkesmas

No	Uraian Program	Tahun	
		ASKESKIN (2005-2007)	JAMKESMAS (2008)
1	Sk Pelaksanaan Program	Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 1241/ Menkes / SK /XI/2004 _ Tentang : Penugasan Pemerintah kepada PT Askes (Persero) untuk mengelola Program Jaminan Pemeliharaan bagi Masyarakat Miskin / Askeskin.	SK Menkes RI Nomor : 125/Menkes/SK/II/2008 Tanggal 6 Februari 2008 Tentang : Pedoman penyelenggaraan rogram Jaminan Kesehatan Masyarakat Tahun 2008
2	Prinsip Pengelolaan	<ul style="list-style-type: none"> • Dilaksanakan serentak secara nasional diseluruh Indonesia • Program berdasarkan prinsip asuransi sosial yaitu kegotongroyongan antara yang sehat dan yang sakit • Bersifat nirlaba dimana dana dimanfaatkan sebesar besarnya untuk kepentingan peserta • Menjamin adanya akses ekuitas • Menjamin adanya portabilitas yaitu pelayanan yang tidak dibatasi • Pelayanan bersifat komprehensif sesuai dengan standar pelayanan medik • Pengelolaan bersifat tranparan 	<ul style="list-style-type: none"> • Nirlaba • Menyeluruh/komprehensif sesuai standar pelayanan yang cost efektif dan rasional • Terstruktur dan berjenjang • Transparan dan akuntabel
3	Sumber	APBN dan APBD	APBN dan APBD

Universitas Indonesia

	Dana		
4	Mekanisme pengelolaan	<p>Mekanisme pengelolaan Askeskin tahun 2007 mengalami perubahan _</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pembiayaan Pelayanan Kesehatan Dasar di Puskesmas dan jaringannya disalurkan langsung oleh Depkes melalui Pihak III. • Pembiayaan rumah sakit dibayarkan oleh PT Askes berdasarkan klaim rumah sakit yang telah diverifikasi oleh PT Askes. 	<ul style="list-style-type: none"> • Dana untuk tahun 2008 merupakan dana Bansos • yang dibayarkan ke RS dalam bentuk paket berdasarkan klaim • Pembayaran ke PPK disalurkan langsung melalui kas Negara melalui PT POS untuk Puskesmas dan melalui Bank untuk RS • Peserta tidak boleh dikenakan biaya dengan alasan apapun
5	Peran Depkes	Sebagai pembina monitoring, evaluasi, analisis Bapel laporan dan pengawasan	<ul style="list-style-type: none"> • Menetapkan arah kebijakan koordinasi dan sinkronisasi program Jamkesmas, • Pembinaan dan pengendalian program
6	Peran Askes	Sesuai dengan Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 1241/Menkes / SK /XI/2004 _ peran Askes adalah sebagai pengelola Program Jaminan Pemeliharaan bagi Masyarakat Miskin / Askeskin.	<p>Sesuai dengan SK Menkes No 213/MENKES/PKS/III/2008 DAN 41/KTR/0308 PT Askes bertanggung jawab dalam manajemen kepesertaan dalam Program Jamkesmas Rincian tugas yaitu :</p> <p>Melakukan</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. penatalaksanaan kepesertaan 2. penatalaksanaan pelayanan 3. penatalaksanaan organisasi dan

Universitas Indonesia

			menejemen
7	Tata Laksana Kepesertaan	<p>Tugas PT Askes :</p> <ul style="list-style-type: none"> Sejak pelaksanaan program Askeskin th 2005 peranan Askes mengalami perubahan beberapa kali dan pada th 2007 tugas Askes adalah sebagai pengelola peserta dan pengelola pelayanan Pendistribusian Kartu Askeskin diterbitkan berdasarkan nama nama penduduk yang telah ditetapkan oleh Bupati dan walikota, Nama diterbitkan berdasar data BKKBN. Sementara pemerintah pusat menetapkan jumlah berdasar sensus BPS tahun 2005. Sebelum ada data masyarakat masih bisa menggunkan SKTM yang diterbitkan aparat desa/kelurahan 	<p>Tugas PT Askes</p> <ol style="list-style-type: none"> Advokasi kepada Pemda untuk menetapkan sasaran bagi Pemda yang belum terbitkan SK Lakukan Up-dating data bagi yang sudah terbit SK, memberi penjelasan tentang resiko kelebihan kuota Sahkan gakin tanpa identitas (gepeng & antar) Membuat data base kepesertaan sesuai SK Bupati/Walikota Mendistribusikan data base kepesertaan kepada RS, Dinkes Propinsi/ Kab/Kota dan Depkes RI sesuai dgn wilayah kerja Melakukan Pencetakan blanko kartu, entry, penerbitan dan distribusi kartu baru Distribusi kartu 100% pada akhir Agustus, keabsahan sesuai SK Bupati/Walikota 100% akhir Juli Melakukan analisis kepesertaan

8	Tata Laksana dan jenis Pelayanan	Pelayanan yang diberikan berupa <ol style="list-style-type: none"> 1. pelayanan yang komprehensif meliputi promotif, preventive, kuratif dan rehabilitative 2. Perawatan rawat jalan dokter umum, dokter spesialis, rawat inap, persalinan, tindakan bedah, obat esensial dan transfuse darah 3. Obat disusun berdasarkan formularium obat dan daftar obat tambahan yang telah ditetapkan menkes 	Tatalaksana <ul style="list-style-type: none"> • Menetapkan keabsahan identitas peserta RJTL, IGD & RITL • Melaporkan per bulan data utilisasi kepesertaan kpd Dinkes Kab/Kota, • Prop, sesuai dgn wil. kerja menyusun laporan triwulanan telaah utilisasi kepesertaan Jenis pelayanan : <ol style="list-style-type: none"> 1. Perawatan rawat jalan dokter umum, dokter spesialis, rawat inap, persalinan, tindakan bedah, obat esensial dan transfusi darah 2. Perawatan emergency walaupun PPK tidak punya perjanjian kerjasama dengan Depkes melalui Dinkes tk II 3. Pelayanan obat mengacu pada formularium obat pelayanan program, Jamkesmas Apabila obat kurang dilakukan koordinasi dengan pihak terkait 4. Jika ada selisih obat maka RS wajib menanggung selisih obat 5. Semua tindakan,
---	----------------------------------	--	--

Universitas Indonesia

			<p>pelayanan obat, penunjang diagnostic dilakukan secara terpadu sehingga biaya pelayanan diklaim sebagai satu paket pelayanan</p> <p>6. Jika memerlukan pelayanan khusus yang tidak terdaftar dalam paket maka diperlukan pertimbangan dan saran komite medik dan dituangkan dalam keputusan tertulis direktur RS</p>
9	Tata laksana Menejemen dan organisasi	<ul style="list-style-type: none"> • Melakukan penanganan keluhan yang terkait dgn pesertaan • Melakukan Pengolahan dan analisis data kepesertaan • Menyusun laporan kepesertaan (triwulan & tahunan) 	<ul style="list-style-type: none"> • Melakukan penanganan keluhan yang terkait dgn kepesertaan • Melakukan Pengolahan dan analisis data kepesertaan • Menyusun laporan kepesertaan (triwulan & tahunan)
10	Pengelolaan dana	<p>Sebagai operator PT Askes (Persero) diberi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. biaya pengelolaan sebesar 5 % dari klaim pelayanan kesehatan langsung yang telah disetujui / dibayar 2. Biaya Pelkes langsung (pembayaran klaim RS, Apotek, PMI dll. 92 %, 3. Pelkes tidak langsung (Pendataan, Distribusi Kartu, Sosialisasi PPK 	<ul style="list-style-type: none"> • Dana untuk RS disalurkan langsung dari Depkes melalui kas Negara ke rekenong RS dimana dana [petama diluncurkan berdasarkan perhitungan jumlah klaim rata perbulan tahun sebelumnya • Tidak diuraikan

Universitas Indonesia

		dan Peserta, Tim) 4. Koordinasi dll. (3 %).	pembagian persentase pengelolaan dana program yang digunakan untuk operasional pengelolaan dana
11	Tarif Pelayanan	(Untuk Rumah Sakit) <ul style="list-style-type: none"> • Tarif paket mengacu pada jenis dan plafon tarif pelayanan bagi program Askeskin. • Besaran pembayaran riil pada masing masing RS sesuai kesepakatan berdasarkan negosiasi antara PT Askes dengan RS setempat yang tertuang dalam kesepakatan bersama, • Jika ada selisih antara askes dan RS maka tidak bias dibebankan ke Gakin tapi dibebankan ke Pemda setempat 	Untuk Rumah Sakit) <ul style="list-style-type: none"> • Belum berlaku efektif INA-DRG (dalam masa transisi) • Tarif pelayanan untuk mengacu pada jenis paket dan tarif pelayanan kesehatan peserta Jamkesmas Tahun 2008 • Pada saat pengajuan klaim kode diagnosa di cantumkan sebagai pembelajaran penerapan INA - DRG • Klim diajukan setelah data di verifikasi oleh tim verivikasi yang ada di RS
12	Pemantauan dan evaluasi	Ruang lingkup : <ol style="list-style-type: none"> a. data base kepesertaan kepemilikan kartu, dokumen penangan keluhan b. Pelaksanaan pelayanan meliputi jumlah kunjungan baik ke Puskesmas maupun ke RS , jumlah kasus 	Ruang lingkup : <ol style="list-style-type: none"> a. data base kepesertaan kepemilikan kartu, dokumen penangan keluhan b. Pelaksanaan pelayanan meliputi jumlah kunjungan baik ke Puskesmas

		<p>rujukan, pola penyakit rawat inap dan rawat jalan</p> <p>c. Pelaksanaan penyaluran adna meliputi pencairan dana ke Puskesmas verifikasi klaim tagihan dan pencairan dana RS, pertanggungjawaban keuangan</p> <p>Indikator keberhasilan</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kepastian ttg data masyarakat miskin BPS 2006 2. Angka utilisasi (Visite rate) minimal 15 % 3. Rujukan maksimal 12 % perbulan 4. Rata rata lama perawatan (LOS) 7 hari 5. Tingkat kepuasan konsumen min 70 % 6. Cakupan pemeriksaan kehamilan (90%) , persalinan (80%) Nifas (90%) dan perawatan bayi baru lahir (90%) oleh petugas kesehatan 	<p>maupun ke RS , jumlah kasus rujukan, pola penyakit rawat inap dan rawat jalan</p> <p>c. Pelaksanaan penyaluran adna meliputi pencairan dana ke Puskesmas verifikasi klaim tagihan dan pencairan dana RS, pertanggungjawaban keuangan</p> <p>Indikator keberhasilan</p> <p>Indikator input</p> <ul style="list-style-type: none"> • Adanya tim koordinasi Jamkesmas mulai tk Pusat sd tk kota • Ada tim pengelola dari TK pusat s/d tk kota • Ada pelaksana verivikasi di RS • Adanya anggaran untuk menejemen organisasi • Tersedianya APBD gakin diluar Jamkesmas <p>Indikator proses</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ada data base kepesertaan 100% 2. Tercapainya distribusi kartu Jamkesmas 100%
--	--	--	--

Universitas Indonesia

			<p>3. Pelaksanaan tariff paket Jamkesmas di RS (INA DRG)</p> <p>4. Penyampaian klaim tepat waktu</p> <p>5. Pelaporan tepat waktu</p> <p>Indikator Out put</p> <p>1. Peningkatan cakupan kepesertaan</p> <p>2. Peningkatan cakupan pelayanan dan mutu pelayanan</p> <p>3. Kecepatan pembayaran klaim dan meminimalisasi penyimpangan</p>
--	--	--	---

Sumber : Buku Pedoman Pelaksanaan Program Askeskin dan Jamkesmas

2.5. Payung Hukum Pelaksanaan Program Kesehatan untuk Gakin

Payung hukum pelaksanaan program pelayanan kesehatan keluarga miskin adalah:

1. UUD 45 Negara Republik Indonesia.
2. UU Nomor 23 Tahun 1992 Tentang Kesehatan
3. UUno 32 tahun 2004 tentang Pemerintahan daerah
4. UU no 33 tahun 2004 Tentang perimbangan Keuangan pusat dan daerah dan
5. Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional
6. Undang-Undang Nomor 1 Tahun 2004 tentang Perbendaharaan Negara
7. Peraturan Pemerintah Nomor 38 Tahun 2007 Tentang Pembagian Urusan Pemerintahan, Pemerintah Daerah Provinsi, Dan Pemerintahan Daerah Kabupaten/Kot 4.
8. UU no 17 Tahun 2007 tentang keuangan Negara
9. UU no 45 Tahun 2007 tentang APBN tahun 2008

Universitas Indonesia

Untuk pelaksanaan Jamkesmas payung hukum UU SJSN tidak lagi dipakai karena di dalam UU Nomor 45 tahun 2007 telah terdapat mata anggaran bantuan sosial.

2.6 Pembiayaan Pelayanan Kesehatan Gakin

Biaya kesehatan di Indonesia 2,5% dari GNP atau 18 \$ perorang pertahun. Sebagian besar berasal dari swasta (70%) dan 30 % berasal dari APBN, APBD propinsi dan APBD kab/kota. (Bastian , 2008)

2.6.1 Sumber Dana

Pada tahun 2005 (Program JPKMM/Askeskin) sumber dana yang digunakan untuk pembiayaan pelayanan kesehatan gakin digali dari beberapa sumber antara lain cukai rokok, Pos Bantuan Sosial DIPA Ditjen Bia Pelayanan Medik dan Ditjen Bina Kesehatan Masyarakat Depkes RI dengan jumlah Rp 2.256 T dan dari anggaran perubahan APBN sebesar Rp 1,619 T jadi total anggaran adalah Rp 3,875 T (Mardiati 2008)

Pada tahun 2007 jumlah kebutuhan anggaran gakin adalah 4,5 milyar. Untuk tahun 2008 jumlah hampir sama dengan tahun 2007 karena jumlah KK yang menjadi acuan dan hitungan perkapita sama.

Pada tahun 2008 dana yang digunakan untuk pendanaan program ini adalah APBN sektor kesehatan sebesar 4,6T dan APBD yang disesuaikan dengan kemampuan daerah mengalokasikan dana untuk pelayanan kesehatan gakin (Depkes, 2008)

Dilihat dari jumlah dana yang tersedia dengan jumlah gakin yang berhak mendapat pelayanan kesehatan maka Depkes sangat mengharapkan adanya kerjasama dan perhatian dari Pemda setempat untuk turut mengalokasikan dana bagi program ini

Tabel 2.2
Pendanaan Askeskin tahun 2006 dan 2007

No	Item	2005	2006	2007
1	Besaran iuran	5000/kapita/ bln	5000/kapit a/bln	5000/kapita/ bln
2	Jumlah Penduduk yang dijamin (jiwa)	36.146.700	60.000.00 0	76.400.000
3	Dianggarkan (Rp Miliar)	2,256	3,600	4,500
4	Total Seharusnya	2,168.8	3,600	4,584
5.	Selisih (4-3)Rp Miliar	(+)87,2	0	(-) 84
6	Penyerapan	1,134,9	3,474	5,670
7	Sisa (3-6)	1,210	(-) 125	(-) 1,170
8	Penyaluran dana	Askes langsung ke Puskesmas	PT Askes saja	Askes dan langsung ke Puskesmas

Sumber : Mardiaty (2008)

2.6.2 Sistem Penyaluran Dana

Semua rumah sakit yang memberikan pelayanan kesehatan gratis bagi peserta program Jaminan Kesehatan Masyarakat. (Jamkesmas) diharuskan sudah menerapkan tarif baku pelayanan rumah sakit dengan sistem paket (Indonesia Diagnosis Related Groups/ INA-DRG) pada Juli 2008

Pembayaran klaim pelayanan Jamkesmas bulan Juli di rumah sakit berdasarkan standar tarif baku INA-DRG. Bulan Januari-Maret merupakan masa penyesuaian dimana pembayaran klaim masih berdasarkan pedoman pelaksanaan Jamkesmas yang lama. Bulan April-Juni tagihan diharapkan mulai menggunakan INA-DRG ketentuan mengenai standar baku tarif pelayanan rumah sakit dalam bentuk paket yang disusun berdasarkan diagnosis penyakit, kelas perawatan dan tipe rumah sakit itu sudah

diberlakukan sejak September 2007 dan diintroduksi dalam penyelenggaraan program Jamkesmas pada awal 2008.

Namun pemerintah memberikan waktu tiga bulan kepada pengelola rumah sakit daerah yang menjadi rujukan pelayanan Program Jamkesmas untuk mempelajari dan melakukan sejumlah penyesuaian untuk menerapkan sistem INA-DRG pada unit pelayanan kelas tiga di rumah sakitnya.

INA-DRG merupakan sistem penetapan tarif yang berguna mendorong terciptanya transparansi pembiayaan pelayanan rumah sakit serta memacu rumah sakit melakukan efisiensi dan meningkatkan mutu pelayanan

Pada pelaksanaan penyaluran dana dilakukan secara bertahap yang terdiri dari dana awal yang langsung ditransfer ke rekening RS/ BKMM/BKPM/BP4 /BKIM) dengan besar biaya berdasarkan rata rata pembayaran perbulan di Rumah Sakit pada tahun sebelumnya. Dana kedua dibayarkan jika telah terbentuk tenaga pelaksana verifikasi dan telah dilakukan verifikasi dengan mengacu pada jenis paket dan tarif pelayanan kesehatan tahun 2008 dan pembayaran selanjutnya (periode klaim Juli-Desember) maka klaim RS sudah mengacu pada paket Jamkesmas yang sudah berlaku efektif di Rumah sakit (Depkes, 2008)

2.7 Rumah Sakit

Rumah sakit memiliki kedudukan penting dalam pelaksanaan program pelayanan kesehatan masyarakat miskin ini. Sesuai dengan teori utilisasi yang dikemukakan oleh Andersen yaitu berdasarkan karakteristik kemampuan (Enabling Characteristics), faktor yang sangat menentukan adalah keadaan atau kondisi yang membuat seseorang mampu untuk melakukan tindakan untuk memenuhi kebutuhannya terhadap pelayanan kesehatan.

Dalam melakukan pelayanan bagi masyarakat miskin semua rumah sakit yang terlibat dalam program Jaminan Kesehatan Masyarakat. (Jamkesmas) diharuskan sudah menerapkan tarif baku pelayanan rumah sakit dengan sistem paket (Indonesia Diagnosis Related Groups/ INA-

DRG) pada Juli 2008. Sebelum Juli 2008 pemerintah akan membayarkan klaim berdasarkan pedoman pelaksanaan Jamkesmas

INA-DRG adalah pengklasifikasian setiap tahapan pelayanan kesehatan sejenis kedalam kelompok yang mempunyai arti yang relative sama, setiap pasien yang dirawat di sebuah RS diklasifikasikan ke dalam kelompok yang sejenis dengan gejala klinis yang sama serta biaya perawatan yang relatif sama.

Sistem pembayaran pelayanan kesehatan berhubungan dengan mutu, pemerataan dan jangkauan menjadi salah satu unsur pembiayaan pasien berbasis kasus campuran dan merupakan suatu cara meningkatkan standar pelayanan kesehatan RS dan memantau pelaksanaan "Program Quality Assurance";

Tujuan Tarif INA-DRG meningkatkan akses dan mutu pelayanan kesehatan kepada seluruh masyarakat miskin dan tidak mampu dalam rangka mewujudkan

tercapainya pelayanan kesehatan di rumah sakit yang optimal secara efektif dan efisien.

INA-DRG terdiri 1.077 kode INA-DRG beserta tarifnya yang terbagi dalam 789 kode untuk rawat inap dan 288 untuk rawat jalan.

Tarif INA-DRG di bagi menjadi :

- Rumah Sakit Umum dan Khusus Kelas A
- Rumah Sakit Umum dan Khusus Kelas B
- Rumah Sakit Umum dan Khusus Kelas C & D
- RSUPN Dr. Cipto Mangunkusumo Jakarta
- RSAB Harapan Kita Jakarta
- RSJP Harapan Kita Jakarta
- RS Kanker Dharmais Jakarta

Tarif INA- DRG meliputi :

a. Pelayanan Rawat Inap yang merupakan paket jasa pelayanan, prosedur/tindakan, penggunaan alat, ruang perawatan, serta obat-obatan dan bahan habis pakai yang diperlukan

b. Pelayanan Rawat Jalan merupakan paket jasa pelayanan, kesehatan pasien rawat jalan sudah, termasuk Jasa pelayanan, pemeriksaan, penunjang Prosedur/ tindakan, Obatobatan, yang dibawa pulang, Bahan habis pakai lainnya. Pelaksanaan tugas dan tanggung jawab peaksanaan INA-DRG di RS dipegang oleh dokter dan tenaga pelaksana seperti perawat . yaitu dengan menegakkan & menulis agnosa primer dan sekunder menurut ICD-10, menulis seluruh prosedur/tindakan yang telah dilaksanakan, serta membuat resume lengkap selama pasien dirawat.

Keuntungan penggunaan INA-DRG antara lain tarif terstandarisasi dan lebih ransparan, penghitungan tarif pelayanan lebih objektif berdasarkan kepada biaya yang sebenarnya, RS mendapat pembiayaan berdasarkan kepada beban kerja sebenarnya, dapat meningkatkan mutu & efisiensi, pelayanan RS, salah satu cara untuk meningkatkan standar pelayanan kesehatan.

2.8 Evaluasi Kebijakan dan Pelaksanaan pelayanan Kesehatan Keluarga Miskin

Evaluasi kebijakan dan pelaksanaan pelayanan program dilaksanakan dalam rangka mendapatkan gambaran tentang kesesuai rencana pada pelaksanaan program dengan cara mengukur menggunakan indikator cakupan dan indikator pemanfaatan yang telah ditentukan.

Ruang lingkup penelitian evaluasi program meliputi

- a. Data base kepesertaan kepemilikan kartu, dokumen penanganan keluhan
- b. Pelaksanaan pelayanan meliputi jumlah kunjungan baik ke Puskesmas maupun ke RS , jumlah kasus rujukan, pola penyakit rawat inap dan rawat jalan
- c. Pelaksanaan penyaluran adna meliputi pencairan dana ke Puskesmas verivikasi klaim tagihan dan pencairan dana RS, pertanggungjawaban keuangan

Dalam melakukan evaluasi digunakan beberapa indikator keberhasilan yang tidak banyak berbeda untuk tahun 2007 dan 2008 seperti yang terlihat di tabel 2.1

Indikator input

- Adanya tim koordinasi Jamkesmas mulai tk Pusat sd tk kota
- Ada tim pengelola dari TK pusat s/d tk kota
- Ada pelaksana verifikasi di RS
- Adanya anggaran untuk manajemen organisasi
- Tersedianya APBD gakin diluar Jamkesmas

Indikator proses

- Ada data base kepesertaan 100%
- Tercapainya distribusi kartu jamkesmas 100%
- Pelaksanaan tariff paket Jamkesmas di RS (INA DRG)
- Penyampaian klaim tepat waktu
- Pelaporan tepat waktu

Indikator Out put

- Peningkatan cakupan kepesertaan
- Peningkatan cakupan pelayanan dan mutu pelayanan
- Kecepatan pembayaran klaim dan meminimalisasi penyimpangan

Hasil evaluasi Depkes dalam pelaksanaan Askeskin ditemukan beberapa masalah yaitu :

2.8.1 Kepesertaan

- Ketidakteraturan kriteria untuk menetapkan masyarakat miskin sehingga masih banyak warga yang menggunakan SKTM
- Pendataan, verifikasi dan pendistribusi kartu Askeskin belum memiliki kejelasan tugas antara Puskesmas dan PT Askes
- Data sasaran masyarakat miskin belum tuntas

2.8.1 Pelayanan Kesehatan

- *Dilihat dari Paket manfaat (benefit)*
 1. Prosedur dan protokol obat berubah ubah sering menyulitkan petugas dilapangan

2. Penulisan rekam medis dan dokter kurang jelas sehingga diagnosis sulit untuk diverifikasi
3. Pelayanan maupun biaya pelayanan belum standar sehingga terjadi perbedaan tarif tiap rumah sakit
4. Kurangnya pengendalian biaya pelayanan kesehatan termasuk adanya tindakan yang tidak dapat diklaim

- *Dilihat dari manajemen*

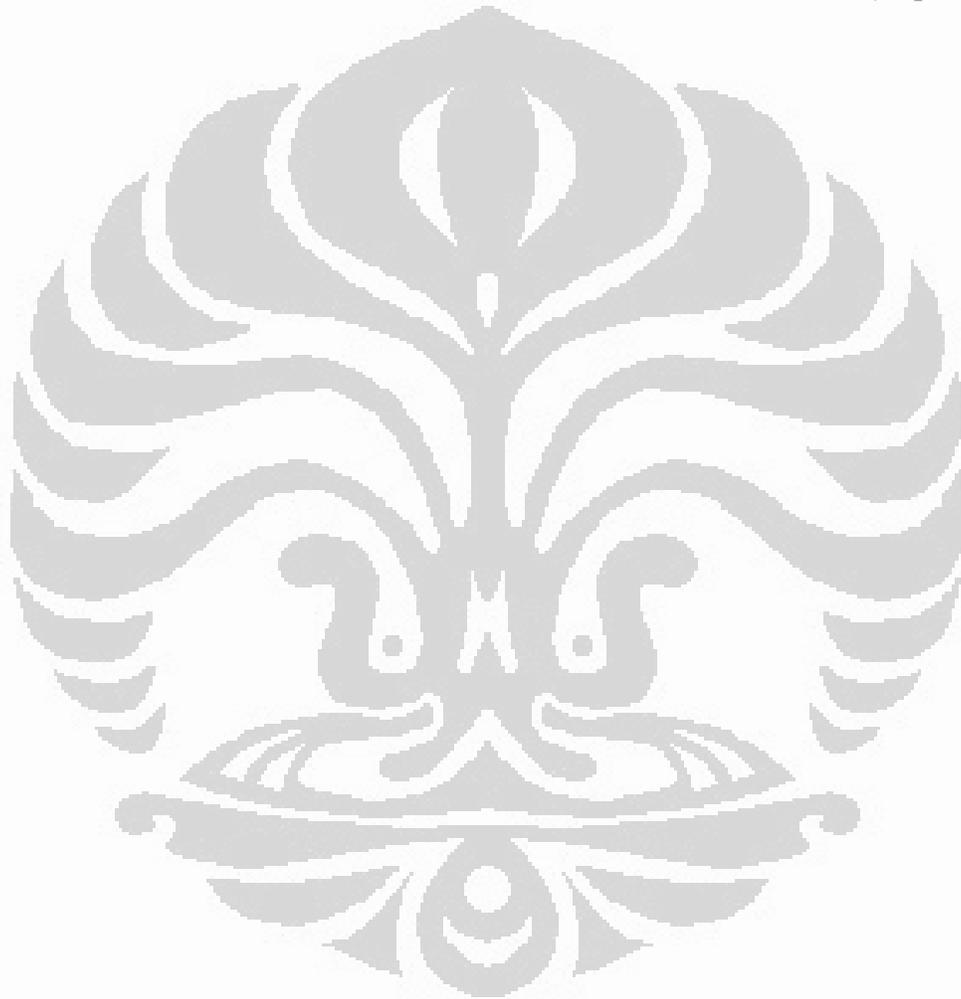
1. Kebijakan program jaminan pemeliharaan kesehatan keluarga miskin masih dapat berubah
2. Administrasi dan system pembayaran klaim antara RS dan PT Askes belum berjalan baik (pengajuan atau pembayaran klaim terlambat)
3. Peran dan fungsi ganda dari penyelenggara, sebagai pengelola sekaligus pembayar
4. RS belum melakukan kendali biaya dan kendali mutu
5. Verifikasi tidak berjalan optimal
6. Paket pelayanan kesehatan belum diimbangi kebutuhan dana yang memadai
7. Penyelenggara tidak menanggung resiko
8. Masalah evaluasi berjalan tidak baik, sehingga moral hazard dan fraud mudah terjadi sehingga biaya pelayanan jadi naik

Dalam rangka melakukan program perbaikan terhadap pelayanan kesehatan masyarakat miskin maka dilakukan beberapa perbaikan yang bertujuan untuk mengatasi masalah diatas dalam rangka peningkatan mutu, pengendalian biaya pelayanan, transparansi dan akuntabilitas maka dilakukan perubahan pengelolaan Jaminan Kesehatan Masyarakat miskin untuk tahun 2008 dimana perubahan mendasar adalah pemisahan peran pembayar dengan verifikator melalui penyaluran dana langsung ke Pemberi Pelayanan Kesehatan (PPK) dari Kas Negara menggunakan tarif paket jaminan kesehatan di rumah sakit, penempatan pelaksana verifikasi

disetiap rumah sakit, Pembentukan Tim pengelola dan Tim koordinasi ditingkat Pusat, Propinsi dan kabupaten kota serta penugasan Askes dalam manajemen kepesertaan.

Dilakukannya perubahan nama menjadi JAMKESMAS ditujukan untuk menghindari kesalah pahaman dalam penjaminan terhadap masyarakat miskin dengan tidak merubah jumlah sasaran dan dalam pelaksanaannya diterbitkan buku Pedoman Pelaksanaan Jamkesmas Tahun 2008

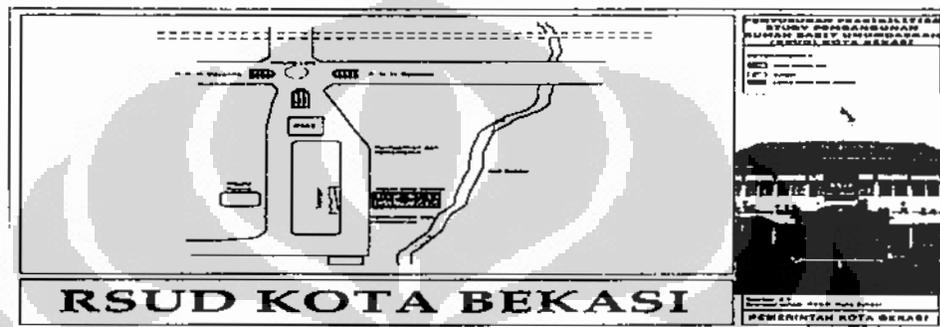
(Depkes RI 2008)



Universitas Indonesia

BAB III
GAMBARAN UMUM
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH KOTA BEKASI

Rumah Sakit Umum Daerah Pemerintah Kota Bekasi terletak di pusat Wilayah kota Bekasi dan berada di jalan Pramuka No 55 Bekasi. RSUD Pemerintah Kota Bekasi ini mempunyai luas area kurang lebih 13.100 meter persegi dan luas bangunan 7.515,51 meter persegi .



Gambar 3.1 Peta RSUD Pemerintah Kota Bekasi (Sekilas Pandang RSUD Pemerintah Kota Bekasi, 2007)

Fasilitas rawat inap RSUD Kota Bekasi memiliki kapasitas berubah-ubah dari tahun ke tahun. Hal ini disebabkan adanya renovasi bangunan serta pendirian bangunan baru. Dimana pada tahun 2005 RSUD Kota Bekasi memiliki kapasitas 182 tempat tidur, tahun 2006 bertambah menjadi 261 tempat dur dan sampai saat ini belum berubah. Sedangkan untuk sarana fisik yang lain RSUD Kota Bekasi telah berkembang baik fasilitas penunjang medik maupun fasilitas pelayanan medik sesuai dengan jumlah spesialisik yang ada saat ini yaitu 22 jenis spesialisik.

3.1 Sejarah Berdirinya Rumah Sakit Umum Daerah Kota Bekasi

Pada Tahun 1939 cikal bakal RSUD Kota Bekasi adalah balai kesehatan berukuran 6x18 m di atas tanah seluas 400 m persegi. Tahun 1942 saat pendudukan Jepang balai kesehatan dikembangkan menjadi Poliklinik Bekasi dengan perluasan bangunan untuk perawatan, gudang dan dapur. Tahun 1945 poliklinik tersebut dijadikan basis perlengkapan P3K. Setelah proklamasi

kemerdekaan Republik Indonesia, berubah status menjadi Rumah Sakit Pembantu, tepatnya pada tanggal 24 Juli 1946.

Pada tahun 1956 saat kepemimpinan Bapak S Wijaya, seorang juru rawat dari Rumah Sakit Pembantu Banjaran, balai kesehatan tersebut berubah menjadi Rumah Sakit Umum Kab. Bekasi dengan kapasitas 10 tempat tidur dan penambahan bangunan untuk perawat dan bidan.

Selanjutnya dalam perkembangannya Rumah Sakit ditetapkan sebagai Rumah Sakit Kelas C, berdasarkan SK Menkes Republik Indonesia Nomor 051/Menkes/SK/II/1979 tentang Pengelolaan Rumah Sakit Umum Pemerintah. Pada 1 April 1999 RSUD diserahkan oleh pemda Kabupaten Bekasi kepada Pemda Kotamadya Daerah Tingkat II Bekasi.

Pada tanggal 30 November 2000 ditetapkan Peraturan Daerah Kota Bekasi Nomor 12 Tahun 2000 tentang Pembentukan Rumah Sakit Umum Daerah Pemerintah Kota Bekasi (RSUD Pemerintah Kota Bekasi) sekaligus dengan peningkatan status menjadi RSUD Kelas B Non Pendidikan Pemerintah Kota Bekasi oleh Walikota.

Pada Tahun 2001 dikeluarkan Peraturan Daerah Nomor 20 Tahun 2001 tentang Penetapan RSUD Kota Bekasi menjadi Unit Swadana dan untuk melengkapi dasar hukum dalam operasional rumah sakit ditetapkanlah Perda Nomor 21 Tahun 2001 tentang Retribusi Pelayanan Kesehatan RSUD Kota Bekasi. Kemudian berdasarkan Surat Keputusan Walikota Bekasi No. 060/Kep.332.Org/X/2008 tanggal 13 Oktober 2008 status RSUD Kota Bekasi berubah dari Rumah Sakit Umum Swadana sebagai perangkat daerah yang merupakan Lembaga Teknis Daerah menjadi Bentuk Badan yaitu PPK BLUD bertahap dimana RSUD Kota Bekasi Sebagai Satuan Kerja Perangkat Daerah yang menerapkan Pola Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah.

3.2 Visi, Misi, Tujuan dan Motto RSUD Pemerintah Kota Bekasi

3.2.1 Visi RSUD Pemerintah Kota Bekasi

Visi RSUD Kota Bekasi adalah “ Menjadi Rumah Sakit Pilihan dan Kebanggaan Masyarakat”.

3.2.2 Misi RSUD Pemerintah Kota Bekasi

RSUD Kota Bekasi merumuskan misi yang sesuai dengan tugas pokok dan fungsinya sebagai berikut :

1. Meningkatkan pelayanan kesehatan yang prima, merata dan terjangkau oleh masyarakat
2. Meningkatkan profesionalisme SDM dan kesejahteraan karyawan RSUD Kota Bekasi.
3. Mengembangkan pusat-pusat pelayanan kesehatan spesialisik
4. Membangun komitmen bersama di antara stake holder RSUD Kota Bekasi.

3.2.3 Tujuan RSUD Pemerintah Kota Bekasi

3.2.3.1. Tujuan Umum

Tersedianya informasi yang akurat dan lengkap dengan memperhatikan aspek kecepatan, ketepatan, keakuratan dengan pembiayaan yang terjangkau yang berorientasi kepada kepuasan pelanggan.

3.2.3.2. Tujuan khusus

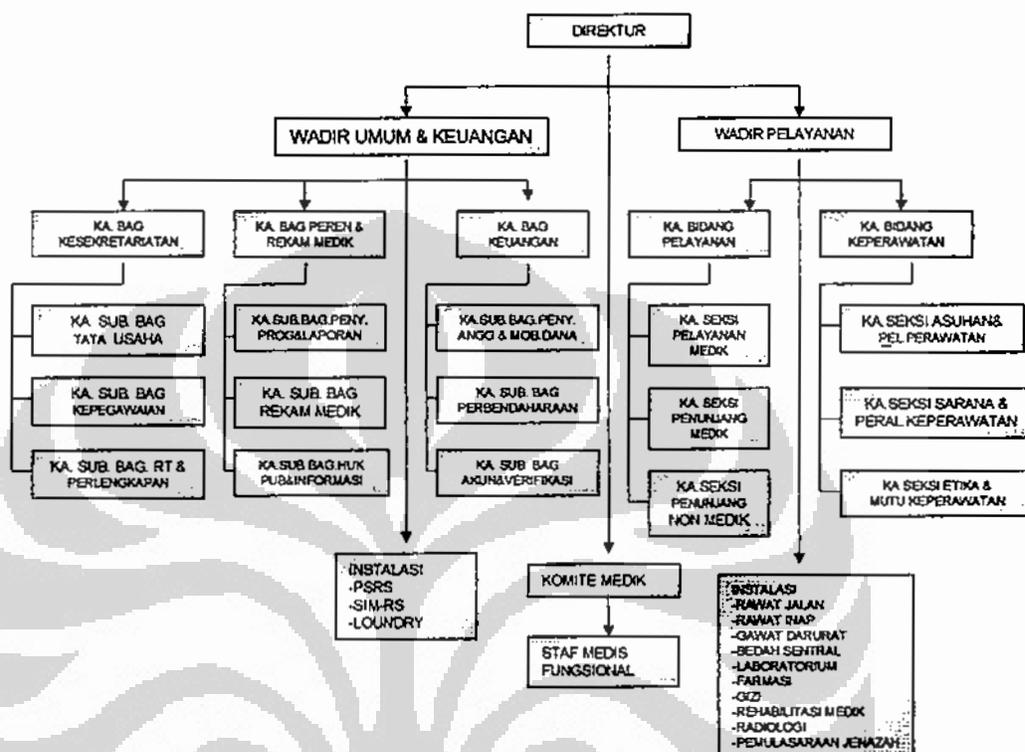
- Terwujudnya sumber daya manusia yang berkualitas dan berkomitmen tinggi.
- Tersedianya bahan untuk pembinaan unit-unit di rumah sakit yang memadai dalam upaya meningkatkan mutu pelayanan kesehatan di RSUD Unit Swadana Kota Bekasi.
- Terwujudnya kemandirian pengelolaan keuangan.
- Terciptanya budaya organisasi yang bisa memuaskan pelanggan.
- Tersedianya pelayanan unggulan.
- Pengembangan sistem informasi manajemen Sistem Informasi Daerah (SIMDA) Kota Bekasi.

3.3 Struktur Organisasi RSUD Pemerintah Kota Bekasi

Dasar pembentukan dan struktur organisasi RSUD Pemerintah Kota Bekasi adalah surat Keputusan Menteri Kesehatan No. 134/Men.SK/IV/1978 dan Surat Keputusan Gubernur Jawa Barat No.060/SK-1978-Ortak/P2. Selanjutnya pedoman yang saat ini digunakan adalah berdasarkan Peraturan Daerah Kota Bekasi nomor 12

Universitas Indonesia

tahun 2000 tentang Pembentukan Rumah Sakit Umum Daerah Pemerintah Kota Bekasi dan Keputusan Walikota Bekasi nomor 06 tahun 2001 tentang Organisasi dan Tata Kerja Rumah Skit Umum Daerah Pemerintah Kota Bekasi. Dengan struktur organisasi sebagai berikut:



Gambar 3. 2. Struktur Organisasi RSUD Pemerintah Kota Bekasi (Bussines Plan RSUD Pemerintah Kota Bekasi, 2006)

3.4 Fasilitas Pelayanan RSUD Pemerintah Kota Bekasi

Jumlah Tempat Tidur di RSUD Bekasi berfluktuasi dari tahun 2003 sampai dengan 2006. Hal ini disebabkan oleh berbagai hal dan yang paling utama adalah karena renovasi. Adapun perubahan jumlah tempat tidur adalah sebagai berikut : pada tahun 2003 sebanyak 233 tempat tidur, berkurang menjadi 231 pada tahun 2004, kemudian berkurang lagi pada tahun 2005 menjadi 182, dan pada tahun 2006 sampai dengan sekarang berjumlah 261 tempat tidur.

Adapun rincian jumlah tempat tidur di RSUD Kota Bekasi adalah sebagai berikut:

Ruang Bougenvile I (6 TT), Ruang Bougenvile II (14 TT), Ruang WK Atas IA (4 TT), Ruang WK Atas IIA (16 TT), Ruang WK Atas III (13 TT), Ruang Nusa Indah IIB (4 TT), Ruang Nusa Indah III (20 TT), Ruang Teratai II B (4 TT), Ruang Teratai III (20 TT), Ruang Dahlia Executif (1 TT), Ruang Dahlia Utama (2 TT), Ruang Dahlia I (12 TT), Ruang Dahlia II A (16 TT), Ruang Dahlia III (19 TT), Ruang ICU VIP (5 TT), Ruang Melati II A (8 TT), Ruang Melati II B (8 TT), Ruang Melati III (22 TT), Ruang Mawar II B (13 TT), Ruang Anggrek Executif (4 TT), Ruang Anggrek Utama (8 TT), Ruang Anggrek I (18 TT), Ruang Anggrek II A (16 TT), Ruang Perinatologi IIA (8 TT).

1. Produk jasa yang ditawarkan adalah :

a. Rawat Jalan : Klinik Penyakit Dalam, Klinik Bedah Umum Klinik Bedah Orthopedi Klinik Bedah Urologi Klinik Bedah Syaraf Klinik Penyakit Syaraf Klinik Penyakit Jantung Klinik Kebidanan dan Kandungan Klinik Penyakit THT Klinik Penyakit Jiwa/Psikiatri Klinik Penyakit Mata Klinik Penyakit Paru Klinik Penyakit Gigi dan Mulut Klinik Penyakit Anak Klinik Penyakit Kulit dan Kelamin Klinik Konsultasi Gizi.

b. Rawat Inap :

- 1) Kelas Eksekutif : Penyakit Dalam, Penyakit Syaraf, Penyakit Jantung, Penyakit Paru, Penyakit Anak, Kebidanan dan Kandungan.
- 2) Kelas Utama : Penyakit Dalam, Penyakit Syaraf, Penyakit Jantung, Penyakit Paru, Penyakit Anak, Kebidanan dan Kandungan.
- 3) Kelas I : Penyakit Dalam, Penyakit Syaraf, Penyakit Jantung, Penyakit Paru, Penyakit Anak, Kebidanan dan Kandungan.
- 4) Kelas II : Penyakit Dalam, Penyakit Bedah, Penyakit Syaraf, Penyakit Jantung, Penyakit THT, Penyakit Psikiatri, Penyakit Mata, Penyakit Paru.
- 5) Kelas III : Penyakit Dalam, Penyakit Bedah, Penyakit Syaraf, Penyakit Jantung, Penyakit THT, Penyakit Psikiatri, Penyakit Mata, Penyakit Paru.
- 6) Perinatologi.
- 7) ICU.

c. Pelayanan Gawat Darurat.

- d. Pelayanan Obat/Farmasi.
- e. Pelayanan Penunjang : Lab Patologi Klinik, Lab Patologi Anatomi, Radiologi, Pemulasaraan Jenazah, Ambulance/Kereta Jenazah, Rehabilitasi Medik, Bedah Sentral, Bedah One Day Care.
- f. Sterilisasi (CSSD).
- g. Service : Laundry, Generator Set, IPSRS, Work Shop, Boiler, Central Air Bersih, Musala, Pengelolaan Air Limbah.

3.5 Ketenagaan RSUD Pemerintah Kota Bekasi

Ketenagaan di RSUD Pemerintah Kota Bekasi Tahun 2007 dapat dilihat pada tabel berikut ini:

Tabel 3.1

Jumlah Ketenagaan Berdasarkan Pendidikan dan Status Tenaga Tahun 2008

NO	JENIS KETENAGAAN	STATUS TENAGA		JUMLAH
		PNS	TKK	
1	Dokter Spesialis	43	1	44
2	Dokter umum/Dokter Gigi + S2 KARS	5	0	5
3	Dokter umum/Dokter Gigi + S2 Kesmas	4	0	4
4	Dokter Umum	18	0	18
5	Dokter Gigi	5	0	5
6	S2 Keperawatan/S2 Keperawatan/S2 Gizi/S2 Kesmas	4	0	4
7	Sarjana Keperawatan	6	0	6
8	Sarjana Kesehatan Masyarakat	2	0	2
9	D3 Keperawatan	137	0	137
10	SPK / C / E	60	0	60
11	D3 Kebidanan	14	0	14
12	Bidan	11	0	11
13	Perawat Gigi	5	0	5

Universitas Indonesia

14	Pelaksana Anestesi	4	0	4
15	Apoteker/Sarjana Farmasi	7	0	7
16	AKFAR/SAA / SMF	13	0	13
17	Radiologi	5	0	5
18	Analisis Kesehatan	16	0	16
19	Rehabilitasi Medik	9	0	9
20	D3 Rekmed	1	0	
21	D3 Gizi	7	0	8
22	D1 Gizi / SPAG	3	0	3
23	D3 Kesehatan Lingkungan/DI Kesling	5	0	5
24	Teknik Elektromedik	2	1	3
25	S2 Administrasi	6	0	6
26	S1-Sarjana	20	7	27
27	D3 Administrasi	4	0	4
28	SMA	65	17	82
29	SMEA	21	0	21
30	STM	12	4	16
31	SMK/SMKK	7	5	12
32	SMP	36	1	16
33	SD	14	2	16
	JUMLAH	571	38	609

Sumber : *Bussiness Plan RSUD Pemerintah Kota Bekasi Tahun 2008*

3.6 Hasil Kegiatan RSUD Pemerintah Kota Bekasi

1. Kunjungan Rawat Jalan

Tabel 3.2

Jumlah Kunjungan Rawat Jalan RSUD Pemerintah Kota Bekasi

Tahun	2004	2005	2006	2007
Jumlah Kunjungan Rajal	163.697	198.661	189.975	249.962

Sumber : *PPL RSUD Pemerintah Kota Bekasi, 2008*

2. BOR,ALOS, TOI, & BTO RSUD Pemerintah Kota Bekasi

Tabel 3.3

Indikator Pelayanan Rawat Inap RSUD Pemerintah Kota Bekasi

URAIAN	2003	2004	2005	2006	2007
BOR	66,7	71,6	139,9	67,1	78,3
ALOS	3,7	3,6	3,9	3,7	3,48
TOI	1,84	1,44	0,85	1,83	0,86
BTO	64,91	35,81	75,25	65,54	92,3

Sumber : PPL RSUD Pemerintah Kota Bekasi, 2008)

3.7 Program pelayanan keluarga miskin RSUD Pemerintah Kota Bekasi

Pelaksanaan pelayanan kesehatan pada masyarakat miskin di RSUD kota Bekasi sudah dilaksanakan sejak program diluncurkan oleh pemerintah pusat pada tahun 1998. Perubahan system pelayanan masyarakat miskin di RSUD Bekasi mengikuti kebijaksanaan dari Pemerintah pusat.

Pengelola pelayanan kesehatan keluarga miskin ini didalam struktur RSUD Kota Bekasi tidak dipegang oleh seksi khusus tapi tetap dibagian pelayanan dengan menugaskan beberapa orang staf pelaksana dan ini sama saja dengan keberadaannya dengan pelayanan askes sosial, askes pegawai maupun jamsostek, hanya saja sumber dana yang berbeda

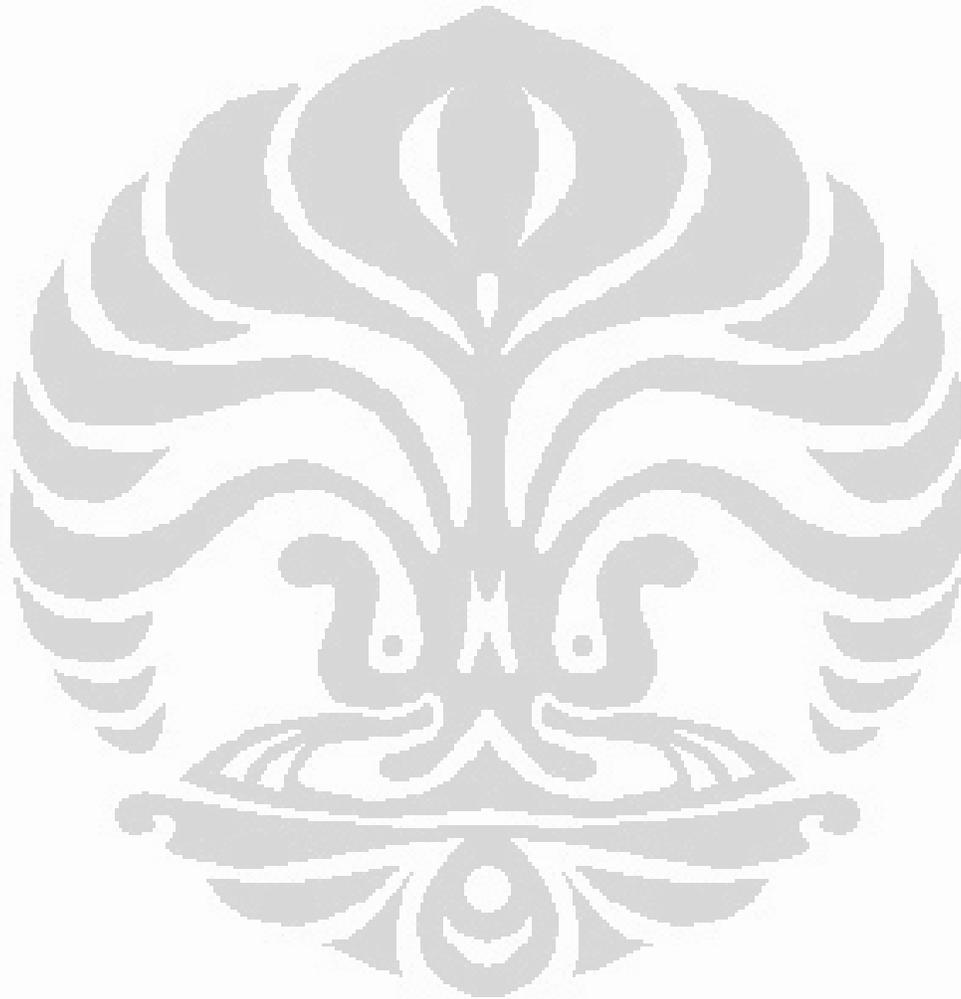
Dilihat dari segi pemasaran rumah sakit maka pelayanan gakin merupakan salah satu pasar RSUD dimana sumber dana bagi pelayanan dibayarkan oleh pemerintah.

Fasilitas rawat inap untuk RSUD Kota Bekasi adalah rawat inap kelas III dengan jenis perawatan Penyakit Dalam, Penyakit Bedah, Penyakit Syaraf, Penyakit Jantung, Penyakit THT, Penyakit Psikiatri, Penyakit Mata, Penyakit Paru.

Ruangan untuk kelas III adalah Wijaya Kesuma Atas III (13 TT), Ruang Nusa Indah IIB (4 TT), Ruang Nusa Indah III (20 TT), Ruang Teratai III (20 TT), Ruang Dahlia III (19 TT), Ruang Melati III (22 TT), Ruang Teratai II B (4 TT),

Ruang Melati II B (8 TT), Ruang Mawar II B (13 TT), jadi total jumlah tempat tidur tersedia adalah 123 bh.

Ruangan Ruang Teratai II B (4 TT), Ruang Melati II B (8 TT), Ruang Mawar II B (13 TT) sebenarnya bukan ruangan untuk perawatan gakin , tapi pada saat pasien kelas III penuh, pasien gakin sering dititipkan pada ruangan kelas II ini.



Universitas Indonesia

BAB IV

KERANGKA KONSEP

4.1 Kerangka Konsep

Penelitian ini merupakan penelitian evaluasi dengan metode kualitatif terhadap pelaksanaan kebijakan pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin di Kota Bekasi

Penelitian kualitatif disini dilakukan dengan tiga (3) tahapan yaitu

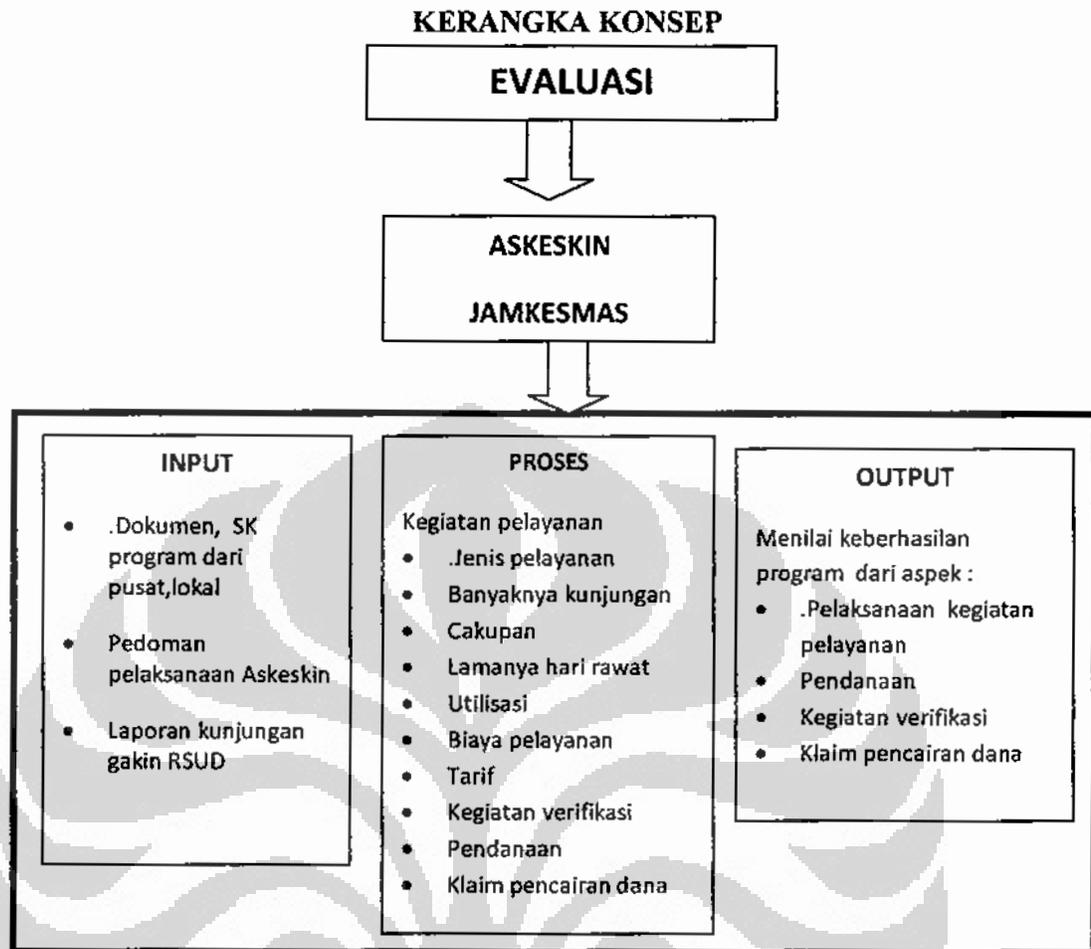
1. Tahapan deskripsi, pada tahapan ini semua informasi diterima sebagai data umum
2. Tahapan reduksi, pada tahapan ini informasi umum mulai dipilah dan mulai menfokuskan pada masalah tertentu. Pada penelitian ini fokus didapat melalui data sekunder yang berasal dari surat surat keputusan, dokumen rekapan laporan kepesertaan, kegiatan pelayanan pasien miskin rumah sakit berupa kunjungan, cakupan, utilisasi biaya, termasuk hari rawat dan jenis penyakit
3. Tahap seleksi, disini dilakukan penguraian fokus yang ditetapkan pada tahap dua dengan cara melakukan analisa dari hasil wawancara mendalam pada petugas RSUD dan PT Askes sehingga menjadi lebih bermakna dalam rangka mengatasi masalah yang muncul.

Konsekwensi dari hasil penelitian bisa menilai apakah kebijakan ini bisa bersifat positif (manfaat) maupun negative (biaya)

Dalam penelitian ini adalah mengukur tiga variable yaitu variabel input, variabel proses dan variable hasil (out put) pada masing masing program yaitu Askeskin dan Jamkesmas dibandingkan dan digunakan untuk mencapai tujuan penelitian yang telah disebutkan pada BAB I.

Pembuatan kerangka konsep digambarkan dalam bentuk diagram skematis sehingga pembaca dapat melihat hubungan antara variabel

Pada penelitian ini skema dari kerangka konsep adalah seperti berikut :



Gambar : 4.1 Kerangka Konsep

Varibel yang dilihat dalam analisa ini adalah variabel input, proses dan output yang telah ditentukan dalam rangka melakukan evaluasi program Askeskin 2007 dan Jamkesmas 2008 .

Yang menjadi variabel input adalah kebijakan pemerintah baik pusat maupun lokal tentang pelaksanaan program melalui Surat Keputusan menteri kesehatan , surat keputusan Walikota Bekasi dan dokumen resmi tentang pelaksanaan program terkait

Untuk variabel proses yang menjadi materi adalah kegiatan mulai dari masalah kepesertaan , kegiatan pelayanan yang meliputi jenis pelayanan, banyaknya kunjungan, cakupan, lamanya hari rawat, utilisasi, biaya pelayanan, tarif, kegiatan

verifikasi, pendanaan, klaim pencairan dana melalui program Askeskin dan Jamkesmas, kemudian hasil program dibandingkan. Dalam proses ini juga dilihat masalah administrasi pelayanan, dan administrasi keuangan.

Pada output evaluasi ini kita akan mengetahui berapa besar tingkat keberhasilan program dan sejauh mana perbaikan yang terjadi pada pelaksanaan program pelayanan kesehatan keluarga miskin dari aspek kebijakan, kepesertaan, pelaksanaan pelayanan, pendanaan, kegiatan verifikasi, klaim pencairan dana dibandingkan program sejenis pada tahun sebelumnya.

4.2 Definisi Istilah

1	Askeskin	Program yang memberikan jaminan Pemeliharaan kesehatan bagi masyarakat miskin dengan PT Askes sebagai badan pelaksana.
2	Jamkesmas	program bantuan sosial untuk pelayanan kesehatan masyarakat miskin, yang diselenggarakan secara nasional dalam rangka mewujudkan pelayanan kesehatan menyeluruh bagi masyarakat miskin.
3	Dokumen	Catatan resmi yang berkaitan dengan pelayanan dalam bentuk tulisan baik yang dikeluarkan oleh pemerintah pusat, pemerintah daerah maupun yang dibuat oleh rumah sakit.
4	Pelayanan Kesehatan	Kegiatan yang dilakukan untuk membantu gakin yang mengalami masalah kesehatan.
5	Jenis Pelayanan	Bentuk pelayanan yang diberikan pada Gakin berupa rawat jalan, rawat inap, UGD, dan One day care.
6	Rawat Jalan	Pelayanan RSUD untuk gakin yang tidak memerlukan rawat inap di RS, sudah melalui

		tahap rujukan dari PPK yang memberikan pelayanan dasar.
7	Rawat Inap	Pelayanan kesehatan rawat inap yang diberikan RSUD berdasarkan rujukan dari unit pelayanan kesehatan secara berjenjang.
8	Gakin	kelompok masyarakat yang dianggap tidak memiliki kemampuan untuk memenuhi kebutuhannya disini khususnya bidang kesehatan.
9	Kunjungan Gakin	Gakin yang datang dan mendapatkan pelayanan kesehatan di RSUD kota Bekasi.
10	Hari rawat	Lamanya pasien mendapat perawatan pada pelayanan rawat inap di RS.
11	Kebijakan	Kebijakan adalah pedoman dan acuan dalam pelaksanaan program Askeskin dan Jamkesmas untuk memperoleh hasil yang diinginkan sesuai standar.
12	Evaluasi	Evaluasi adalah kegiatan untuk menilai keberhasilan program sesuai standar keberhasilan dari program yang telah ditetapkan terlebih dahulu.
13	Cakupan	Hasil pencapaian kegiatan pelayanan dengan membandingkan jumlah yang dicapai dengan angka yang terdaftar dalam program tersebut dengan menggunakan indikator cakupan.
14	Indikator	Angka yang dihitung berdasarkan rumus tertentu yang menunjukkan penilaian terhadap suatu program.
15	Hari rawat	Jumlah hari yang diperlukan oleh pasien untuk mendapatkan pelayanan kesehatan

Universitas Indonesia

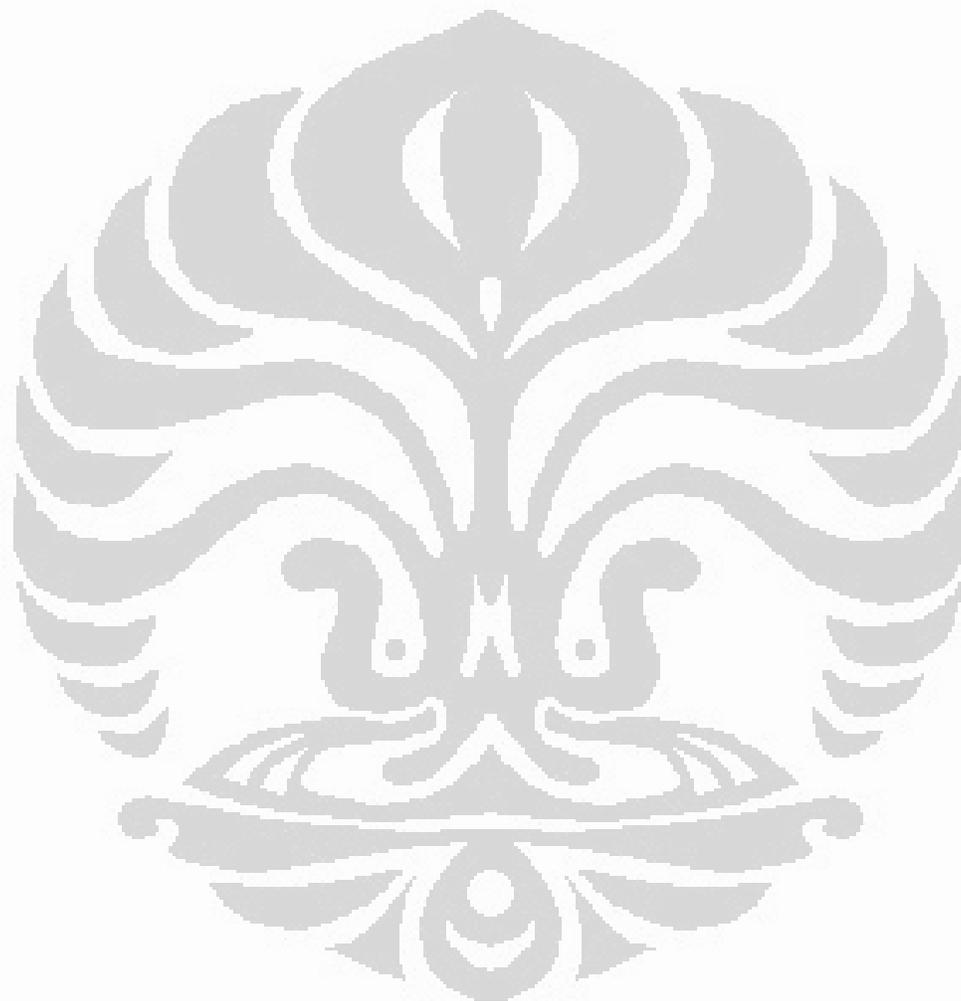
		dirumah sakit
16	Buku Pedoman	Buku pedomanan yang digunakan sebagai acuan dalam pelaksanaan pelayanan kesehatan gakin di RSUD.
17	<i>Contact rate</i>	Angka persentase total pasien keluar hidup dan mati yang datang ke RSUD dibandingkan dengan jumlah populasi yang ditetapkan program dan mengalikan dengan 100 persen.
18	<i>Hospitalzation rate</i>	adalah angka total hari perawatan dibagi jumlah populasi yang ditetapkan program dikalikan dengan 100 persen.
19	<i>Out patient rate</i>	Total kunjungan baru lama dibagi jumlah populasi kali 1000/mil.
20	<i>Emergency out pasien rate</i>	Total kunjungan pasien gawat darurat dibagi jumlah polpulasi dikali 100 persen.
21	Utilisasi	Penghitungan pemanfaatan pelayanan rumah sakit oleh gakin dengan menggunakan rumus yang sesuai dengan indikator pemanfaatan RS.
22	BOR	Persentase pemakain tempat tidur pada satu satuan waktu tertentu. Indikator ini memberi gambaran tentang tinggi rendahnya pemanfaatan tempat tidur rumah sakit. Angka standar nasional untuk BOR adalah 75%-85%.
23	ALOS	Rata-rata lamanya perawatan seorang pasien dimana jumlah hari perawatan pasien keluar rumah sakit dibandingkan dengan jumlah pasien yang keluar rumah sakit hidup dan mati. Angka sandr adalah 7-10 hari.

Universitas Indonesia

24	TOI	Angka rata rata tempat tidur tidak ditempati dari saat sampai terisi berikutnya . Rumus yang digunakan adalah : jumlah tempat tidur kali hari kurang hari perawatan RS dibagi jumlah pasien keluar hidup dan mati. Angka standar 1-3 hari.
25	BTO	Frekwensi pemakaian tempat tidur pada satu satuan waktu diman jumlah pasien keluar RS hidup dan mati dibandingkan dengan jumlah tempat tidur, disini khusus dihitung pada perawatan kelas III yang memng disediakan bagi pelayanan gakin. Angka standar untuk BTO adalah :5-45 hari.
26	Biaya pelayanan	Harga yang harus dibayarkan setelah mendapatkan pelayanan di RSUD Bekasi.
27	Tarif	Biaya yang ditetapkan sesuai dengan jenis pelayanan tertentu di RSUD yang telah dihitung sesuai dengan kebutuhan pelayanan.
28	Kegiatan verifikasi	Kegiatan yang dilakukan untuk melakukan mengecek administrasi dan penghitungan kembali klaim yang diajukan PPK (di sini rumah sakit) dengan mengacu pada standar penilaian klaim dan memproses klaim sesuai dengan hak dan tanggung jawabnya.
29	Tim Verifikator	Tim yang bertugas melakukan verifikasi terhadap gakin yang berobat di RSUD.
30	Pendanaan	Sumber dana yang digunakan untuk pembiayaan program Askeskin dan Jamkesmas.
31	Klaim pencairan dana	Suatu cara/ mekanisme proses penagihan dana ke pihak pengelola dana program sesudah kegiatan dilakukan dalam bentuk laporan kegiatan.
32	Software program	Seperangkat alat dan system yang tersedia dan digunakan dalam pelaksanaan pelayanan gakin di

Universitas Indonesia

		RSUD.
33	Administrasi pelayanan	Administrasi yang digunakan dalam melakukan pelayanan gakin di RSUD.
34	Administrasi dan keuangan	Administrasi yang digunakan dalam pengelolaan administrasi dan keuangan program gakin di RSUD



Universitas Indonesia

BAB V

METODE PENELITIAN

5.1 Jenis Penelitian

Penelitian ini merupakan penelitian evaluasi dengan metoda kualitatif berdasarkan studi kasus di Rumah Sakit Umum Daerah Bekasi . Penelitian ini termasuk kedalam penelitian evaluasi yang menekankan pada efektifitas pencapaian program melalui program Askeskin 2007 dan Jamkesmas 2008 , dimana masing-masing akan dinilai dengan standar program yang telah ditetapkan untuk membantu proses pengambilan keputusan dengan mempertimbangkan nilai positif dan keuntungan dalam pelaksanaan program tersebut

5.2 Lokasi dan Waktu Penelitian

Penelitian ini dilakukan di RSUD Bekasi Di RSUD Bekasi, , dan waktu penelitiannya adalah Februari – Mei 2009

Waktu pengambilan data dan wawancara mendalam dengan pelaksana program Jamkesmas RSUD, PT Askes dan petugas verifikasi mulai bulan Maret sampai Mei 2009 .

5.3 Sumber Informasi

Sumber Informasi untuk penelitian ini ada dua macam yaitu :

1. Dokumen berupa kebijakan pusat, kebijakan lokal kota , lokal RSUD dan laporan hasil kegiatan pada pelaksanaan program Askeskin (2007) dan Jamkesmas (2008)
2. Informan yang berasal dari RSUD kota Bekasi , PT Askes dan Verifikator independen rumah sakit dengan kriteria informan sbb:
 - Merupakan pejabat/petugas/karyawan tetap di RSUD, PT Askes dan verifikator independen
 - Sudah terlibat di pelayanan kesehatan gakin di RSUD minimal satu tahun kegiatan

- Sudah pernah mendapat sosialisasi program dan membaca serta memahami manlak program Askeskin dan Jamkesmas

5.4 Metode pengumpulan data

1. Data dikumpulkan secara sistematis melalui pengkajian buku laporan, Surat keputusan /Kebijakan program baik dari tingkat pusat maupun lokal, serta data sekunder dari internal rumah sakit dan data dari PT Askes
2. Wawancara mendalam dengan informan yang berasal pihak RSUD kota Bekasi , PT Askes dan tim verifikator independen yang ada di RSUD

5.5 Pengolahan data

5.5.1 Data yang diperoleh dari telaah dokumen maupun dari laporan kegiatan pelayanan kemudian diolah dengan cara

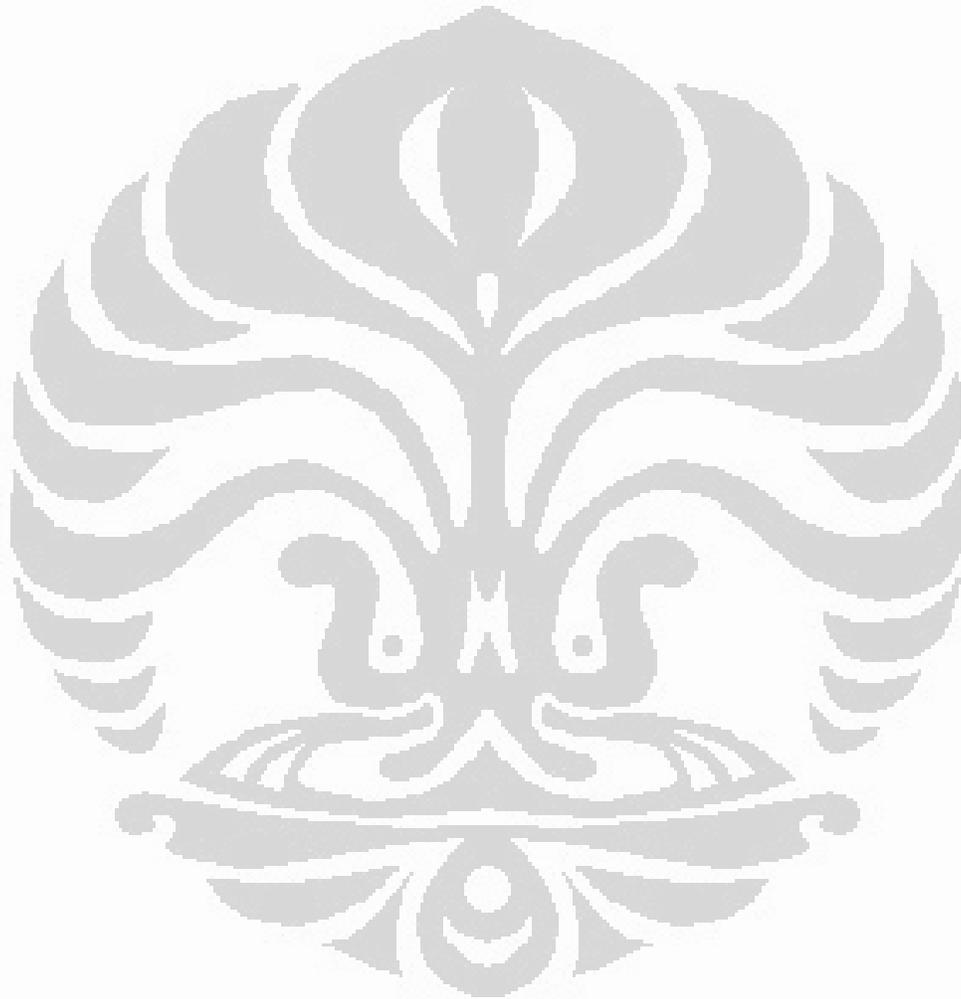
- Menghitung jumlah kunjungan.
- Menghitung cakupan menggunakan indikator cakupan,
- Menghitung utilisasi dengan menggunakan indikator utilisasi,
- Menganalisa penggunaan biaya pada pelayanan kesehatan gakin melalui program tahun 2007 dan program Jamkesmas 2008. Semua hasil perhitungan itu kemudian dibandingkan

5.5.2 Data yang didapat kemudian dijadikan bahan untuk melakukan triangulasi. Triangulasi disini adalah triangulasi dengan sumber berupa teknik wawancara mendalam dengan cara *cross-check* data. Topik dari wawancara mendalam digali dari data yang sama sehingga data dapat saling memperkuat dan tidak kontradiksi

5.6 Analisa Data

- a. Analisa data lapangan dilakukan dengan menggunakan model Miles dan Huberman yaitu pada tahap awal data yang dianalisa adalah hasil studi pendahuluan berupa dokumen. Hasil ini kemudian digunakan untuk menentukan fokus penelitian yang masih bersifat sementara.

- b. Setelah memasuki lapangan, data yang dikumpulkan makin banyak maka dilakukan reduksi data dengan cara merangkum, memilih hal hal pokok kemudian dicari tema dan polanya. Data kemudian disajikan dalam bentuk teks yang bersifat naratif
- c. Tahap akhir adalah dengan menarik kesimpulan dan verifikasi



BAB VI

HASIL PENELITIAN

Dilihat dari aspek pemantauan dan evaluasi yang ditetapkan pada program Askeskin dan Jamkesmas sebenarnya data yang penulis dapat pada proses pengumpulan data hanya sebagian data yang diperlukan untuk melakukan evaluasi program secara menyeluruh, tapi walaupun demikian penulis merasa data ini sudah cukup mewakili untuk mencari jawaban sesuai pertanyaan penelitian yang penulis susun di bab awal.

Data awal pada penelitian ini didapat dari telaah dokumen, laporan, Sk tentang pelaksanaan kebijakan pelayanan kesehatan gakin baik tingkat pusat maupun tingkat lokal. Selanjutnya hasil telaah ini digunakan sebagai materi untuk wawancara mendalam dengan informan yang berasal dari RSUD kota Bekasi, PT Askes dan verifikator dan diperoleh hasil sebagai berikut:

6.1 Kegiatan Pelayanan Gakin

6.1.1 Kepesertaan

Berdasarkan informasi yang peneliti dapatkan pada tahun 2007 dan 2008 dalam pelaksanaan pelayanan kesehatan bagi keluarga miskin di kota Bekasi ada beberapa kebijakan yang di buat dalam rangka menjabarkan petunjuk yang telah disusun oleh Depkes RI antara lain :

- a. Sesuai dengan variabel kepesertaan, dari semua informasi dapat disimpulkan bahwa petugas RSUD, PT Askes dan Verifikator sudah tahu dan paham bahwa masalah pengelolaan kepesertaan sepenuhnya adalah tanggungjawab PT Askes.
- b. Kepesertaan gakin untuk kota Bekasi tahun 2007 dan 2008 mengalami peningkatan yaitu dari jumlah 147.982 menjadi 155.488 jiwa sebanyak 2,4 %. Jumlah ini berbeda dengan angka yang ditetapkan oleh BPS yaitu 130.000. Selisih jumlah ini kemudian dikelola oleh Pemda kota Bekasi
- c. Pada awal ditetapkan kuota kota Bekasi, tidak dicantumkan nama peserta, yang memperoleh jaminan pelayanan kesehatan.

Pemda hanya mengetahui jumlah KK dalam satu RT yang menerima pelayanan adalah 3 dengan 8 anggota keluarganya. Kemudian kota Bekasi membuat kebijakan untuk membagi rata peserta dengan cara anggota per kk dibagikan dengan menambah jumlah kk yang dapat menerima pelayanan gakin dan mengurungi jumlah anggota masing masing KK

- d. Dalam penetapan jumlah sasaran keluarga miskin digunakan kriteria BPS sedangkan kriteria BKKBN digunakan pihak kelurahan dalam penentuan keluarga yang mendapat kartu miskin kesehatan ini.
- e. Masalah kriteria ini menurut perwakilan PT Askes sejak tahun 2007 sampai 2008 masih ditemukan ketidaksamaan kriteria dari penduduk miskin yang berhak mendapatkan pelayanan kesehatan gratis ini.

Kepesertaan tidak punya data valid, kriteria berbeda beda, data Bapeda dari BPS dan data yang ada pada program Jamkesmas tidak sama walau dicoba menyamakan data tapi susah. BPS mendata cuma 130 ribu jiwa sementara Pemda 150 ribu jiwa nah untuk selisih ini siapa yang berani mengurangi jumlah peserta keangka BPS pasti tidak ada, misalnya pihak kelurahan tidak berani mengurangi, tapi untuk menambah pihak lapangan akan sangat mudah melakukannya. Kriteria penentuan keluarga miskin perlu disamakan. Karena pada kenyataannya miskin pasti tidak mampu, tapi tidak mampu belum tentu miskin, jika dikaitkan dengan program masyarakat miskin lainnya masyarakat penerima beras miskin harusnya juga berhak untuk mendapat Jamkesmas, dan lanjut ke pendidikan, anak keluarga miskin yang dapat raskin dan jamkesmas harusnya mendapat dana BOS sehingga terlihat ada koordinasi program dari pemerintah.

- f. Masalah distribusi kartu, pada tahun 2007 PT Askes sebagai penanggung jawab mendapatkan data kepesertaan yang sangat

kacau, sehingga PT Askes Cab Bekasi berinisiatif untuk menunda pembagian kartu Askeskin dan menyalurkan pasien gakin melalui mekanisme SKTM sampai data dianggap cukup untuk dapat mendistribusikan kartu gakin.

- g. Untuk kepesertaan 2008 dihitung mulai 30 November 2008 tidak ada lagi perubahan, dan jika ada usulan baru dimasukkan kedalam pelayanan dengan menggunakan SKTM

6.1.2 Pelaksanaan Pelayanan Kesehatan

- a. Penurunan jumlah kunjungan terjadi karena memang data program Askeskin 2007 merupakan data gabungan kunjungan masyarakat yang terdaftar pada program Askeskin dengan data SKTM sedangkan data Jamkesmas 2008 sudah dipisah dengan SKTM.
- b. Kebijakan pelayanan gratis di Puskesmas sebagai ujung tombak pelayanan rujukan tidak berpengaruh pada kunjungan gakin RSUD. Bahkan jumlah kunjungan terutama SKTM meningkat.

Menurut informasi dari Kabid pelayanan RSUD

Kunjungan gakin akibat rujukan Puskesmas meningkat sejak diberlakukannya pelayanan gratis, hal ini karena Puskesmas juga cenderung merujuk beberapa tindakan sederhana yg seharusnya bisa di Puskesmas tapi akhirnya dikerjakan di RS, kadang dokter spesialis tidak mau memperlmasalahkannya itu, jadi dr spesialis tetap melayani pasien yang seharusnya hanya perlu pelayanan dasar di Puskesmas tapi terpaksa harus dikerjakan karena pasien sudah terlanjur ke RS ini tentu saja meningkatkan biaya pelayanan

- c. Masalah lain dalam pelayanan anatara lain adalah karena adanya probahan misalnya harga obat.

Pada harga obat, tetapi sebagai acuan menurut beberapa informan buku ini belum memenuhi kebutuhan karena dari pengalaman di lapangan diketahui bahwa isi buku pedoman ternyata masih ada beberapa hal yang tidak cocok dengan situasi saat ini misalnya formularium obat didalam buku pedoman tidak sama dengan harga obat pada kenyataan lapangan

6.1.3. Pembiayaan

Untuk pertanyaan yang masih berkaitan dengan biaya semua informan menyatakan tingginya biaya Jamkesmas mungkin disebabkan volume tindakan yang berbiaya mahal lebih banyak pada Jamkesmas dibandingkan pada saat Askeskin 2007. Penghitungan biaya pada tahun 2007 dan 2008 belum menggunakan INA DRG hanya pada tahun 2008 pada diagnosa sudah mulai dicantumkan kode dengan harapan pada tahun 2009 pada saat INA- DRG diterapkan pengelola program sudah memahaminya (tapi data pasti tidak ada hanya asumsi dari informan).

Menurut Petugas Pelaksana dari RSUD :

Untuk beberapa hal tarif yang ditetapkan dalam program Jamkesmas tidak sesuai dengan perda. Untuk beberapa kasus tarif perda lebih tinggi dari tarif Jamkesmas tapi ada juga tarif yang lebih rendah . Untuk tarif perda yang lebih tinggi selisih biaya merupakan resiko RS, sedangkan untuk tarif yang lebih rendah merupakan keuntungan rumah sakit dan inilah yang dimanfaatkan sebagai subsidi silang program pelayanan gakin di RSUD. Untuk menutupi beban RS akibat adanya selisih tarif ini pembiayaan diajukan ke Pemda melalui dana APBD II (selama dana masih tersedia)

- a. Pada tahun 2007 ditunjuk Rumah Sakit Medika sebagai Rumah sakit rujukan untuk pelayanan kesehatan gakin disamping RSUD kota Bekasi
- b. Pada tahun 2008 rumah sakit swasta yang menjadi jejaring bagi pelayanan kesehatan gakin Kota Bekasi ada lima (5) yaitu : RS Rawa Lumbu, RS Bakti Kartini, RS Mekar Sari, RS Bani Saleh dan RS Jati Sampurna.
- c. SK Walikota Bekasi tentang pelayanan gratis di puskesmas No 440/334/Kes/IV/2008
- d. Penerbitan SK ini membuat pendataan penduduk miskin agak terganggu karena banyak yang berobat tapi tidak lagi

Universitas Indonesia

- menggunakan kartu gakin sehingga tidak diketahui jumlah gakin yang sesungguhnya memanfaatkan pelayanan kesehatan
- e. Masyarakat miskin yang tidak termasuk dalam data BPS untuk tahun 2007 dan 2008 dilayani dengan menggunakan dana APBD Kota Bekasi
 - f. Kurangnya informasi juga menjadi alasan mengapa masyarakat masih mencoba mengurus kepesertaannya walaupun kepesertaan sudah ditetapkan
 - g. Peran lintas sektor belum terlalu jelas sehingga lapangan masih ditemukan masalah masalah di lapangan baik pihak pemerintah daerah maupun penyelenggara pelayanan seperti RS dan Puskesmas

6.2 Hasil Pelayanan Kesehatan Gakin di RSUD Kota Bekasi

6.2.1 Kunjungan

Kunjungan disini dihitung secara keseluruhan dengan menggabungkan peserta Jamkesmas dengan SKTM sebagai penyeimbang karena data Askeskin juga tidak dipisah antara peserta Askeskin dengan SKTM.

Sampai Akhir tahun 2008 total jumlah masyarakat miskin yang memanfaatkan RSUD untuk pelayanan kesehatan adalah 18.062 jiwa Jenis Pelayanan yang digunakan oleh masyarakat gakin adalah rawat jalan tingkat lanjut, rawat inap tingkat lanjut, *emergency dan one day care* . (Data Tim Verifikator Independen RSUD Bekasi, 2008).

a. Rawat Jalan

Kunjungan rawat jalan gakin pada tahun 2007 dan tahun 2008 dapat dilihat pada tabel 6.1 .

Tabel 6.1
Rekapitulasi Pasien Rawat Jalan Gakin

Bulan	ASKESKIN	JAMKESMAS
1	2	3
Januari	2431	2792
Februari	2124	2085
Maret	2526	1562
April	2478	2276
Mei	2573	2199
Juni	2287	2087
Juli	2355	2079
Agustus	2334	1711
September	2089	1689
October	2009	1732
November	2453	2127
Desember	2045	2187
JUMLAH	27704	24526

Sumber : RSUD kota Bekasi dan PT Askes Cab Bekasi

Pada tabel 6.1 terlihat jumlah kunjungan untuk rawat jalan yang datang ke RSUD melalui program Askeskin dan Jamkesmas mengalami penurunan jumlah kunjungan Jamkesmas yaitu sebanyak 3178 atau sebanyak 6,08%

b. Untuk kunjungan UGD gakin di RSUD dapat dilihat dalam tabel :

Tabel 6.2
Rekapitulasi kunjungan pasien Gakin ke UGD

Bulan	UGD 2007	UGD 2008
Januari	296	164
Februari	248	53
Maret	325	63
April	256	72

Universitas Indonesia

Mei	266	76
Juni	215	58
Juli	201	39
Agustus	161	50
September	134	1
October	152	91
November	229	103
Desember	254	2
JUMLAH	2737	772

Sumber : RSUD kota Bekasi dan PT Askes Cab Bekasi

Untuk pelayanan UGD jumlah gakin yang datang ke RSUD juga menurun pada program jamkesmas sebanyak 55,99 %

c. Kunjungan rawat inap Gakin di RSUD tahun 2007 dan 2008 dapat dilihat ditabel dibawah ini

Tabel 6.3
Rekapitulasi kunjungan Rawat Inap Pasien Gakin

Bulan	ASKESKIN	JAMKESMAS
1	2	3
Januari	390	496
Februari	437	323
Maret	480	292
April	444	307
Mei	487	314
Juni	379	265
Juli	399	289
Agustus	305	296
September	286	324
October	207	327
November	204	369

Universitas Indonesia

Desember	355	359
JUMLAH	4373	3955

Sumber : RSUD kota Bekasi dan PT Askes Cab Bekasi

Pada tabel diatas terlihat jumlah kunjungan untuk rawat inap, yang datang ke RSUD melalui program Askeskin dan Jamkesmas mengalami penurunan jumlah kunjungan Jamkesmas yaitu sebanyak 418 atau sebanyak 5,01%

6.2.3 Cakupan RSUD Oleh Gakin

Berdasarkan kunjungan ini maka dilakukan penghitungan cakupan pelayanan gakin di RSUD kota Bekasi dan didapat hasil sbb:

Tabel 6.4
Cakupan Pelayanan RSUD oleh gakin tahun 2007 dan 2008

Indikator	Cakupan		Standar
	2007	2008	
<i>Contact rate</i>	21,76%	18,80%	-
<i>Hospitalization rate</i>	14,97%	11,4%	-
<i>Out Patient rate</i>	127,7/mil	188,09/mil	-
<i>Emergency out patient rate</i>	0,13%	0,5%	-

Dilihat dari indikator cakupan jumlah gakin yang berkunjung dbandingkan jumlah sasaran tahun 2007 menurun dibanding tahun 2008. yaitu sebanyak 2,14%, dilihat dari hospitalization rate terjadi penurunan dari tahun 2007 ke tahun 2008. Dilihat dari out pasien rate diketahui wilayah kerja rumah sakit maka cakupan wilayah pelayanan gakin RSUD pada tahun 2007 lebih kecil dibanding 2008.

6.2.4 Utilisasi RSUD oleh Gakin

Berdasarkan kunjungan rawat inap di RSUD dengan hari rawat tahun 2007 sebanyak 22156 dan hari rawat tahun 2008 sebanyak 11434 maka diapat angka utilisasi RSUD untuk tahun 2007 dan 2008 sbb :

Tabel 6.5
Utilisasi RSUD oleh Gakin tahun 2007 dan 2008

Indikator	2007	2008	Standar
BOR	180.13	92.95	75-85%
LOS	4.92	5.70	7-10hr
TOI	5.05	16,69	1-13 hr
BTO	36.59	16.29	5-45 hr

- Dilihat dari indikator diatas dapat diketahui tingkat pemanfaatan RSUD oleh gakin diatas standar fasilitas yang disediakan untuk kelas III
- Untuk LOS baik pada pasien Askeskin maupun Jamkesmas yang memberikan gambaran mutu pelayanan dalam ketepatan diagnosa maka hari rawat pasien berada diposisi dibawah standar artinya dokter dapat menetapkan diagnose dengan cepat dan merencana perawatan yang sesuai
- Dilihat dari TOI maka pada tahun 2007 efektifitas penggunaan tempat tidur sesuai dengan standar yaitu 5 hari, sedangkan untuk tahun 2008 berada diatas standar yang artinya tempat tidur pasien di perawatan rata – rata kosong lebh lama.
- Dilihat dari BTO frekwensi pemanfaaatn tempat tidur pada 2007 dan 2008 oleh gakin dalam satu tahun berada dalam posisi standar karena yang artinya jumlah kali pemakaian satu tempat tidur dalam perioede satu tahun masih dianggap baik .

6.2.5 Tarif

Banyak tarif yang tidak ada di manlak RS perlu kerja tambahan untuk menyetarakan tarif yang tidak ada di manlak didalam manlak disebutkan jika ada dua tindakan sekaligus maka yang dibayar adalah biaya satu setengah tindakan atau bahkan satu tindakan jika dua tindakn dilakukan pada satu bukaan, dan ini menimbulkan masalah karena sulit menentukan tindakan utama dan tindakan tambahan , dan ini juga berkaitan dengan kolegium masing masing pelayanan.

Menurut penanggung jawab pelaksana Jamkesmas dari RSUD

Kesalahan yang sering adalah masalah pencatatan dan pelaporan sehingga tim verifikasi sulit untuk melakukan tugasnya. Contoh untuk pasien rawat inap tidak dibuatkan resume ketika pulang. Pencatatan nomor rekam medik serta nama dokter tidak dilakukan oleh petugas ruangan dan ini menyebabkan proses pelacakan terhambat dan mengganggu pembuatan laporan, dan ini tentu saja berpengaruh pada proses pengajuan klaim. Klaim yang terlambat akan menyebabkan keterlambatan pencairan dana.

Pada Dalam sistem penghitungan tarif pelayanan baik tahun 2007 maupun tahun 2008 RSUD kota Bekasi belum menerapkan INA – DRG Untuk tahun 2007 tarif ditetapkan berdasarkan kesepakatan antara PT Askes dengan RSUD dimana PT Askes langsung sebagai pengelola program . Semua data diinput langsung kedalam sistem yang telah disiapkan oleh PT Askes. Untuk tahun 2008 yang diberlakukan adalah tarif paket pelayanan yang telah ditetapkan oleh Depkes dimana penghitungan dilakukan dengan cara memasukan data kedalam software yang telah dipersiapkan sesuai dengan paket pelayanan yang telah ditetapkan pada pedoman pelaksanaan kegiatan Jamkesmas yang dikeluarkan Depkes. Pada saat melakukan input data ini mulai dicantumkan kode diagnose dalam rangka persiapan penggunaan INA – DRG pada program lanjutan Jamkesmas tahun berikutnya (2009).

Didalam pelaksanaan lapangan masalah tarif cukup mengganggu karena

- 1) Ada perbedaan antara tarif manlak dengan tarif perda, ada selisih yang sering kali merugikan rumah sakit.
- 2) Perbedaan pada formularium obat, dilapangan ternyata ada dokter yang tidak menggunakan formularium obat yang telah ditetapkan, atau ada perbedaan biaya dari obat yang telah ditetapkan dalam formularium dengan harga obat dilapangan
- 3) Terjadi peningkatan biaya pelayanan Gakin karena sering terjadi perubahan status dari pasien umum menjadi pasien dengan SKTM,
- 4) Pada biaya tidak ada perubahan pola tarif antara program Askeskin 2007 dengan Jamkesmas 2008 hanya dilihat dari jenis tindakan pada pelayanan

Jamkesmas 2008 volume dari tindakan untuk jenis tertentu seperti operasi yang memang memiliki unit cost cukup besar atau pasien yang ditindak

6.2.6 Biaya Pelayanan Kesehatan Gakin di RSUD Kota Bekasi

a. Untuk Pelayanan Rawat Jalan

Tabel 6.6

Rekapitulasi Laporan Keuangan Pelayanan Jalan Gakin

Bln	Askeskin	Jamkesmas
1	2	3
Jan	77,915,000	76,053,526
Feb	65,661,000	55,506,000
Mar	84,613,000	50,958,977
April	80,640,000	67,673,809
Mei	90,037,000	68,055,92
Juni	73,507,000	61,609,186
Juli	79,735,000	62,671,772
Agus	75,397,000	79,545,034
Sept	65,016,000	70,811,878
Okt	61,013,000	99,217,252
Nov	81,079,000	124,889,051
Des	67,297,000	128,257,068
JML	901,910,000	936,247,471

Sumber data : PT Askes dan Verifikator RSUD

Dilihat dari jumlah biaya yang diperlukan untuk pelayanan rawat jalan gakin , maka pada program Jamkesmas terjadi peningkatan sebanyak 34,337,471 Atau sebesar 1,86%

Jika dibandingkan dengan penurunan jumlah kunjungan maka pasien maka angka ini bisa dikatakan tidak sebanding

b. Biaya untuk pelayanan rawat inap

Tabel 6.7

Rekapitulasi Laporan Keuangan Pelayanan Inap Gakin

Bulan	Askeskin	Jamkesmas
Jan	525,352,500	522,781,377
Feb	558,148,000	428,841,500
Mar	570,807,000	324,875,562
April	565,179,000	389,893,873
Mai	605,831,000	444,001,816
Juni	494,309,000	312,074,868
Juli	477,102,500	410,141,826
Agus	397,900,000	504,634,463
Sept	349,826,000	537,437,697
Oct	252,229,000	498,006,219
Nov	425,640,000	667,964,056
Des	426,215,500	644,575,253
JML	5,648,539,500	5,685,228,328

Sumber data : PT Askes dan Verifikator RSUD

Dilihat dari jumlah biaya yang diperlukan untuk pelayanan rawat inap gakin , maka pada program Jamkesmas terjadi peningkatan walaupun kunjungannya turun yaitu sebanyak yaitu 36,688,826 atau 0,32%

c. Untuk Pelayanan UGD

Tabel 6.8
Rekapitulasi Biaya Pelayanan Gakin di UGD

Bulan	UGD 2007	UGD 2008
Januari	7,925,000	8,794,229.88
Februari	6,620,000	2,435,000.00
Maret	8,610,000	3,578,755.83
April	6,840,000	3,526,946.64
Mei	6,380,000	4,114,595.20
Juni	5,560,000	2,277,875.11
Juli	5,165,000	1,093,242.50
Agustus	4,065,000	1,359,192.50
September	3,865,000	125,066.71
October	3,705,000	2,879,871.38
November	6,225,000	4,433,195.25
Desember	7,065,000	130,000.00
JUMLAH	72,025,000	34,747,971.00

Sumber data : PT Askes dan Verifikator RSUD

Dilihat dari jumlah biaya yang diperlukan untuk pelayanan UGD gakin , maka pada program Jamkesmas terjadi penurunan jumlah yaitu 35%

Jika dibandingkan dengan penurunan jumlah pasien maka angka ini bisa dikatakan tidak sebanding

Tabel 6.9
Perbandingan kunjungan dan biaya pelayanan program askeskin dan Jamkesmas

Jenis Perawatan	Penurunan Jml Kunjungan	Jml biaya Pelayanan
Rawat Jalan	29,5%	↑ 1,86%
Rawat Inap	39,98%	↑ 0,32%
UGD	55,99 %	↓ 35%

Universitas Indonesia

Contoh perbandingan biaya pelayanan pada program Askeskin dan Jamkesmas

a. Rawat Jalan

Tabel 6.10

Perbandingan Biaya Rata rata pelayanan Rawat Jalan pada Program Askeskin dengan Jamkesmas di RSUD Bekasi

Diagnosa	RJ Jamkesmas			RJ Askeskin		
	Jml Kasus	Biaya	Biaya Rata rata /kasus	Jml Kasus	Biaya	Biaya Rata rata /kasus
TBC	7	128,000	18,285	200	3,716,000	18,580
scizoprenia	11	132,000	12,000	72	1,350,000	18,750
Katarak	2	201,000	100,500	85	4,756,000	55,952

Sumber data : PT Askes dan Verifikator RSUD

b. Untuk rawat inap :

Tabel : 6.11

Perbandingan Biaya Rata rata pelayanan Rawat Inap pada program Askeskin dengan Jamkesmas di RSUD Bekasi

Jenis Tindakan	RI Jamkesmas			RI Askeskin		
	Jml Kasus	Biaya	Biaya Rata rata /kasus	Jml Kasus	Biaya	Biaya Rata rata /kasus
DHF	9	4,799,000	533,222	24	16,871,000	702,958.33
Febris	12	7,784,000	648,666	57	38,098,000	668,386

Sumber data : PT Askes dan Verifikator RSUD

6.2.6 Pendanaan

- Dana yang digunakan dalam pelaksanaan program Askeskin dan Jamkesmas berasal dari APBN dan APBD dengan jumlah yang telah ditetapkan berdasarkan perhitungan kapitasi
- Sistem pencairan dana Jamkesmas sesuai dengan yang telah ditetapkan dalam manlak program baik manlak askeskin maupun

manak Jamkesmas dimana dana akan dikucurkan setelah tim verifikasi menyampaikan laporan verifikasi

- Pemda Bekasi bagi SKTM mengikuti mekanisme di Pemda Kota Bekasi, yang diajukan tiap bulan sesuai dengan pencatatan yang dilakukan khusus untuk pasien dengan SKTM

6.2.7 Pencairan Dana

Untuk sistem pendanaan pada program Jamkesmas menurut informan proses pencairan dana berjalan cukup lancar bahkan informasi dari kabid pelayanan RSUD:

1. Untuk tahap awal diberikan luncuran dana walaupun RS belum mengajukan klaim biaya pelaksanaan kegiatan. Luncuran berikutnya juga tidak bermasalah, walaupun sedikit terlambat akibat proses verifikasi yang terlambat.
2. Pendanaan untuk gakin yang tidak terdaftar di program Jamkesmas tapi menggunakan SKTM juga meningkat dengan sumber dana dari APBD II, dan ini menunjukkan komitmen kota yang cukup tinggi untuk pelayanan kesehatan Gakin
3. Keterlambatan pencairan dana cukup berpengaruh pada pelayanan terutama pada penyediaan bahan habis pakai, tapi masih dapat diatasi oleh RS dengan harapan selama sisa dana masih dapat dicairkan seperti dana Jamkesmas 2008, tapi yang menjadi masalah sisa dana Askeskin yang sampai saat ini tidak jelas siapa yang harus bertanggungjawab.

- Berdasarkan informasi dari tim verifikator RSUD dari keseluruhan dana pelayanan baik tahun 2007 (Askeskin) maupun dana 2008 (Jamkesmas) belum semuanya dibayarkan oleh pemerintah.
- Untuk anggaran Tahun 2007 Jumlah biaya pelayanan adalah Rp Rp 8,898,233,250 dan sampai akhir Desember 2007 masih terdapat kekurangan anggaran gakin RSUD sebesar Rp 1,738,945.550, pada bulan Agustus 2008 dibayar sebesar

1,229,933,050 dan , sisa yang belum dibayar sampai dengan Mei 2009 adalah Rp 509,012,500,-

- Untuk anggaran Tahun 2008 Jumlah biaya pelayanan adalah Rp 3,649,426,844 dan yang baru dibayarkan adalah : 2,734,633,603 (SKTM) sisa yang belum dibayar sampai dengan Mei 2009 adalah Rp 914,793,241
- Diluar anggaran program Askeskin tahun 2007 sumber pembiayaan keluarga miskin baik yang menggunakan kartu Askeskin maupun surat keterangan tidak mampu juga di Bantu oleh Pemda Kota Bekasi sebesar 2,33 milyar rupiah dan untuk tahun 2008 Pagu anggaran untuk keluarga miskin dari APBD kota Bekasi adalah : 2,250,000,000 dan pada ABT (anggaran perubahan) ada penambahan sebanyak 1,000,000,000 (total pagu menjadi Rp 3,250,000,000) . Sampai November 2008 pada pelaksanaan program pelayanan gakin yang ditanggung oleh Pemda Bekasi telah terealisasi sebayak : 3,237,092,366

6.2.8 Verifikasi data

Pada tahun 2007 jumlah pasien yang dilayani sama dengan jumlah lolos yang diverifikasi sementara untuk tahun 2008 jumlah pasien yang dilayani tidak sama dengan jumlah pasien yang lolos verifikasi

Tabel 6.12

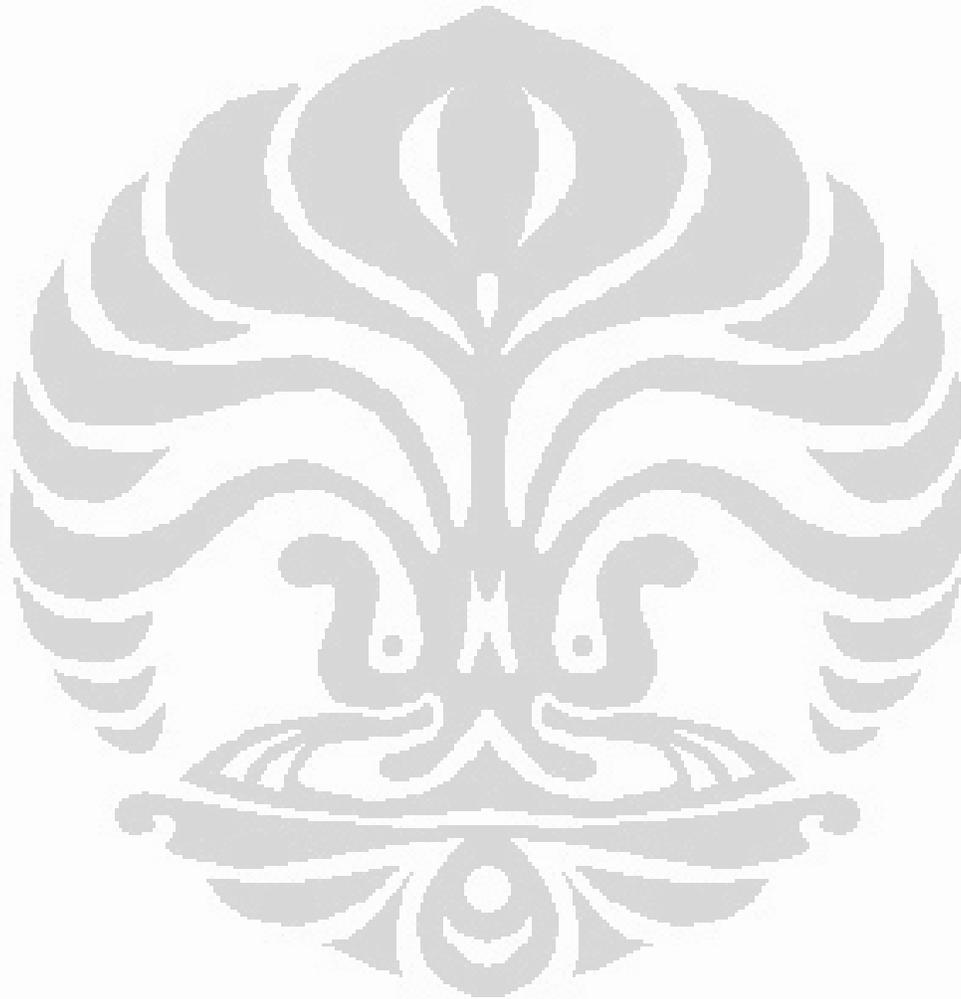
Kunjungan Pasien yang Diverifikasi

Kunjungan	Verifikasi RS		Verifikator Independen	
	2007	2008	2007	2008
Rawat Jalan	27.704	15,310	Tidak ada	15,077
UGD	2737	848		772
Rawat Inap	4373	2,004		1,875

Sumber data : PT Askes dan Verifikator RSUD

Pada program Jamkesmas software yang digunakan dalam penghitungan biaya adalah software yang telah disediakan oleh Depkes, petugas hanya

menginput data sesuai dengan diagnose penyakit. Masalah yang sering muncul adalah beberapa tindakan yang dilakukan tidak sesuai dengan diagnose atau tidak sesuai dengan paket yang ada dalam manlak, sehingga tidak bisa dibayarkan.



Universitas Indonesia

BAB VII

PEMBAHASAN

Berdasarkan aspek pemantauan dan evaluasi yang ditetapkan dalam manlak maka indikator keberhasilan adalah yang berkaitan dengan :

1. Data base kepesertaan kepemilikan kartu, dokumen penanganan keluhan
2. Pelaksanaan pelayanan meliputi jumlah kunjungan baik ke Puskesmas maupun ke RS , jumlah kasus rujukan, pola penyakit rawat inap dan rawat jalan
3. Pelaksanaan penyaluran dana meliputi pencairan dana ke Puskesmas verifikasi klaim tagihan dan pencairan dana RS, pertanggungjawaban keuangan

Pada indikator keberhasilan analisa dilakukan dengan memperhatikan indikator input, proses dan indikator out put.

7.1 Indikator input

Masalah kepemilikan kartu ditentukan oleh kebijakan pelaksanaan program Askeskin dan Jamkesmas. Dimana hal ini juga ditentukan oleh kelengkapan administrasi yang sesuai dengan surat keputusan maupun manlak yang telah disusun oleh Depkes sebagai koordinasi tertinggi pelaksanaan program . yang berkenaan dengan kepemilikan kartu, dilihat dari dokumen.

Masalah seperti meningkatnya jumlah pengguna SKTM, peningkatan jumlah masyarakat dengan pendapatan rendah serta meningkatnya angka pengangguran dan putus sekolah harusnya menjadi bahan pertimbangan untuk melakukan validasi data pada penentuan program lanjutan untuk masyarakat miskin.

7.2 Indikator proses

Yang termasuk indikator proses yaitu

- a. Ada data base kepesertaan 100%
- b. Tercapainya distribusi kartu jamkesmas 100%
- c. Pelaksanaan tarif paket Jamkesmas di RS (INA DRG)

- d. Penyampaian klaim tepat waktu
- e. Pelaporan tepat waktu

Dilihat dari indikator diatas beberapa indikator masih belum tercapai .

Jika pada indikator ini data base kepesertaan pada tahun 2008 harus mencapai 100% maka di RSUD kota Bekasi kondisi kepesertaan dapat dijelaskan sebagai berikut :

7.2.1 Kepesertaan

Hasil pendataan yang digunakan untuk pelayanan Jamkesmas 2008 mengalami perubahan berupa peningkatan jumlah gakin kota Bekasi untuk pelayanan dibandingkan tahun 2007 tapi penambahan ini belum menyelesaikan persoalan gakin di kota Bekasi karena angka awal sudah tidak sesuai dengan kenyataan yang seharusnya karena data sudah kacau.

Di kota Bekasi Kepesertaan pada program Askeskin dan Jamkesmas dikelola oleh Askes cabang kota Bekasi sesuai dengan manlak. Dalam pengelolaan kepesertaan ini diharapkan koordinasi antara instansi terkait mulai dari tingkat desa sampai kota bisa dilakukan, dan koordinasi lintas sektor antara pimpinan wilayah dengan pelaksana pelayanan seperti RS dan Puskesmas juga terlaksana sehingga gakin benar benar mendapat pelayanan yang layak bidang kesehatan. Tetapi pada kenyataannya informasi yang kurang serta kriteria yang tidak pas menyebabkan masalah kepesertaan di Kota Bekasi selalu menjadi masalah. Maka untuk itu perlu dibentuk tim koordinasi yang benar benar bisa menagani masalah kepesertaan agar dapat sejalan dengan program gakin lainnya di Kota Bekasi

Hal hal seperti meningkatnya jumlah pengguna SKTM, peningkatan jumlah masyarakat dengan pendapatan rendah serta meningkatnya angka penganguran dan pustus sekolah harusnya menjadi bahan

pertimbangan untuk melakukan validasi data pada penentuan program lanjutan untuk masyarakat miskin.

7.2.2 Pendistribusian kartu gakin

Dari sistem pendataan, tahun 2007 PT Askes menggunakan data BPS, tapi ternyata di lapangan tidak didapat keseragaman dengan data lain seperti data BKKBN terutama dalam hal penggunaan kriteria, sehingga muncul masalah dalam pendistribusian kartu akhirnya kartu Askeskin tidak terdistribusi dengan optimal. Pada tahun 2008 masalah distribusi kartu kembali muncul Kartu Jamkesmas (kartu untuk pelayanan kesehatan gakin 2008) baru dilakukan setelah bulan Maret 2008 karena pendataan yang masih membingungkan para pelaksana lapangan.

BPS hanya mendata 130,000 sementara kuota gakin dari Depkes 155,488, tentu saja selisih angka ini menimbulkan masalah karena pengalaman lapangan tidak ada daerah yang melakukan pengurangan jumlah gakin, tapi menambah jumlah gakin sering dilakukan.

Dalam menetapkan jumlah kepala keluarga yang masuk dalam kepesertaan gakin BPS juga tidak merinci nama anggota keluarga yang termasuk didalamnya. Setiap RT di kota Bekasi hanya mendapat jatah 3 KK dengan delapan anggota keluarga, jika ini diterapkan langsung di masyarakat maka akan timbul masalah sehingga Pemda Bekasi mengambil langkah antisipasi dengan mendistribusikan kepesertaan bukan berdasarkan jumlah kk tapi berdasarkan jumlah orang

Menurut Depkes masalah kepesertaan, validasi data untuk tahun 2008 paling lambat Juni 2008 tapi pada kenyataannya di Kota Bekasi baru ditutup pada November 2008.

1. Pada pelaksanaan pelayanan kesehatan gakin tahun 2007 dan 2008 informasi tentang pelaksanaan pelayanan kesehatan gakin mulai dari tingkat desa masih kurang, menyebabkan

Universitas Indonesia

masih ada masyarakat mencoba mengurus kepesertaannya ditengah program, padahal pemerintah sudah menetapkan tidak ada penambahan kuota.

2. Sosialisasi manlak untuk jajaran pelaksana pelayanan kesehatan juga masih kurang sehingga sering kali masyarakat mendapatkan informasi yang berbeda dari petugas kesehatan yang tentu saja menimbulkan permasalahan di lapangan

Dengan uraian diatas, diketahui bahwa tujuan dari kebijakan sosial bidang pelayanan kesehatan gakin sampai tahun 2008 masih belum tercapai seperti yang telah diuraikan oleh Suharto (2008) bahwa tujuan kebijakan sosial antara lain adalah untuk :

1. Mengantisipasi, mengurangi atau mengatasi masalah masalah sosial yang terjadi di masyarakat
2. Memenuhi kebutuhan individu , keluarga dan kelompok atau masyarakat yang tidak dapat mereka penuhi secara sendiri sendiri melainkan harus melalui tindakan kolektif
3. Meningkatkan situasi dan lingkungan sosial ekonomi yang kondusif bagi upaya pelaksanaan peranan sosial dan pencapaian kebutuhan masyarakat sesuai dengan hak harkat dan martabat kemanusiaan

7.3 Pelayanan Kesehatan Gakin

Pada evaluasi pelayanan kesehatan gakin disini hal yang diperhatikan adalah pelaksanaan pelayanan meliputi jumlah kunjungan ke rumah sakit, jumlah kasus rujukan, pola penyakit rawat inap dan rawat jalan.

7.3.1 Berdasarkan Jumlah Kunjungan

Berdasarkan hasil penelitian yang telah dilakukan terlihat adanya penurunan jumlah kunjungan pasien gakin yang memanfaatkan pelayanan kesehatan di RSUD Kota Bekasi. Penurunan jumlah kunjungan pasien tahun 2008 ini adalah 11,49% untuk rawat jalan, 9,56% untuk rawat inap dan 28,20% untuk UGD dibandingkan tahun 2007.

Universitas Indonesia

Berdasarkan analisa penulis hal ini disebabkan oleh beberapa faktor yaitu :

1. Pada awal tahun 2008 (pada bulan Januari, Februari dan Maret) jumlah kunjungan pasien masih tinggi karena kartu Jamkesmas sebagai tanda kepesertaan belum terdistribusi dan pelayanan masih dilakukan mengikuti pola 2007. Pada saat kartu Jamkesmas sudah terdistribusi terjadi penurunan jumlah kunjungan karena pengobatan dengan kartu miskin sekarang dibatasi hanya pada pemilik kartu dan tidak dilakukan penambahan kepesertaan diluar jatah yang telah ditetapkan Depkes.
2. Kemungkinan adanya data pasien yang tidak di input karena awalnya data ini ditunda disebabkan karena data tidak lengkap tapi akhirnya terlewatkan

7.3.2 Berdasarkan hasil cakupan

Dilihat dari indikator cakupan jumlah gakin yang berkunjung (*contact rate*) tahun 2008 menurun dibanding tahun 2007 yaitu sebanyak 2,96%, dilihat dari *hospitalization rate* terjadi runan dari tahun 2007 ke tahun 2008 sebanyak 3,57%

Dilihat dari *out patient rate* diketahui wilayah kerja rumah sakit maka cakupan wilayah pelayanan gakin RSUD pada tahun 2007 lebih kecil dibanding 2008

7.3.3. Berdasarkan hasil utilisasi RSUD oleh Gakin

Dilihat dari indikator diatas dapat diketahui tingkat pemanfaatan RSUD oleh gakin diatas standar fasilitas yang disediakan untuk kelas III

Untuk LOS baik pada pasien Askeskin maupun Jamkesmas yang memberikan gambaran mutu pelayanan dalam ketepatan diagnosa maka hari rawat pasien berada diposisi dibawah standar artinya

dokter dapat menetapkan diagnose dengan cepat dan merencana perawatan yang sesuai

Dilihat dari TOI maka pada tahun 2007 efektifitas penggunaan tempat tidur sesuai dengan standar yaitu 5 hari, sedangkan untuk tahun 2008 berada diatas standar yang artinya tempat tidur pasien di perawatan rata – rata kosong lebih lama.

Dilihat dari BTO frekwensi pemanfaatn tempat tidur pada 2007 dan 2008 oleh gakin dalam satu tahun berada dalam posisi standar yang artinya jumlah kali pemakaian satu tempat tidur dalam perioede satu tahun masih dianggap baik .

7.4 Biaya Pelayanan

- a. Penghitungan biaya pelayanan di RSUD Kota Bekasi tahun 2008 belum menggunakan standar INA- DRG, untuk tahun 2008 sesuai dengan petunjuk Depkes pada pelaksanaan program Jamkesmas. Penggunaan INA- DRG belum diwajibkan, tapi pada pencatatan dan pelaporan sudah harus dicantumkan kode diagnosa sebagai bahan persiapan pada saat pelaksanaan wajib tahun 2009.
- b. Untuk tahun 2008 penghitungan biaya menggunakan standar program yang dibuat dalam bentuk software siap pakai yang disediakan Depkes dan ini tentu saja berbeda dalam penghitungan dengan tarif rumah sakit yang ditetapkan berdasarkan Perda
- c. Walaupun jumlah kunjungan tahun 2008 menurun, tapi biaya pelayanan gakin di RSUD Kota Bekasi meningkat. Kenaikan biaya pelayanan yang dibayarkan Pemda Kota Bekasi melalui Jamkesmas dan SKTM meningkat 1,86% dibanding tahun 2007. Jika pada tahu 2007 jumlah pasien rawat jalan adalah 22,704 maka biaya yang diperlukan adalah Rp 901,910,000
 Pada tahun 2008 jmlah pasien rawat jalan lebih rendah yaitu 24519 biaya yang diperlukan adalah Rp 936,247,471.68

d. Untuk rawat inap juga terjadi hal yang sama dengan rawat jalan dimana jumlah kunjungan 2008 berkurang tetapi biaya yang harus dibayarkan meningkat sebanyak 0,3%, ini belum lagi memperhitungkan cosharing pasien artinya dengan jumlah kunjungan yang berkurang biaya yang harus dibayarkan untuk pelayanan pasien sangat tinggi

Perbedaan penurunan jumlah kunjungan dengan penurunan jumlah biaya bisa disebabkan oleh beberapa faktor antara lain :

- a) Ada perbedaan antara tarif manlak dengan tarif perda, ada selisih yang sering kali merugikan rumah sakit.
- b) Perbedaan jenis dan jumlah tindakan yang dilakukan , dan ini dilihat dari unit cost tentu saja ini berbeda.
- c) Ada kebijakan jika tindakan pelayanan diberikan lebih dari satu maka yang dibayarkan adalah tindakan dengan biaya terbesar, dan ini seringkali menimbulkan permasalahan dilapangan untuk memilih tindakan apa yang dianggap prioritas karena bisa saja tindakan itu dilakukan oleh tenaga yang berbeda.
- d) Perbedaan pada formularium obat, dilapangan ternyata ada dokter yang tidak menggunakan formularium obat yang telah ditetapkan, atau ada perbedaan biaya dari obat yang telah ditetapkan dalam formularium dengan harga obat dilapangan
- e) Terjadi peningkatan biaya pelayanan Gakin karena sering terjadi perubahan status dari pasien umum menjadi pasien dengan SKTM,

7.5 Pendanaan

- Dilihat dari besarnya anggaran yang disediakan oleh Pemda Bekasi untuk pelayanan masyarakat miskin bisa dikatakan Pemerintah daerah cukup memberi perhatian kepada masyarakat miskin yang memerlukan pelayanan kesehatan . terbukti dari jumlah menjadi 3,250,000,000
- Adanya kendala lapangan sering memperlambat kerja tim verifikasi yang tentu saja akan mempengaruhi waktu pencairan dana . padahal telah diuraikan dalam manlak penyampaian klaim tepat waktu mempengaruhi kegiatan verifikasi karena dalam menjalankan fungsinya tim verifikasi harus melakukan :
 1. Pengecekan kebenaran dokumen dan identitas peserta program Jamkesmas
 2. Memastikan adanya kelengkapan berupa surat rujukan, surat keabsahan peserta,
 3. Memastikan dikeluarkan data entery rekap pengajuan klaim oleh petugas RS, kebenaran penulisan paket/diagnose, prosedur dan no kode serta kebenaran besar tariff sesuai paket/diagnose, prosedur dan kode
 4. Memastikan formulir pengajuan klaim disetujui penanggung jawab PPK
 5. Membuat laporan rekapitulasi pengajuan klaim dan realisasi pembayaran klaim RS

Contoh kasus

Dokter pelaksana pelayanan,

Diagnosa dengan jelas dan memberikode seperti yang di tetapkan . Dokter tidak memberikan formulatium obat yang telah ditetapkan untuk pasien Jam,kesmas sehingga pada saat

Universitas Indonesia

verifikasi harus dilakukan pengecekan ulang ke bagian pelayanan , dan ini tentu saja memerlukan waktu.

- Berdasarkan data yang terlihat pada table 2.1 tahun 2007 pelaksana verifikasi adalah PT Askes. Semua penghitungan dan penilaian tentang pelaksanaan program semuanya dipegang PT Askes termasuk kepesertaan dan penghitungan biaya . Pada tahun 2007 jumlah kunjungan dengan jumlah pasien yang verifikasi adalah 100%, sedangkan pada tahun 2008 :

1. Jumlah kunjungan berbeda dengan jumlah kunjungan yang telah diverifikasi. Jumlah pasien yang tidak dapat diverifikasi berjumlah 432 orang (2,3 %). dari total pasien gakin
2. Dilihat dari segi biaya, jumlah biaya yang tidak dapat diverifikasi adalah : Rp 138,339,824.

Dilihat dari hasil dari tim verifikasi, terjadinya masalah pada kunjungan dan biaya pelaksanaan pelayanan gakin menurut penulis karena :

- 1) Masih adanya adminitrasi yang kurang lengkap berkaitan dengan kepesertaan antara lain hal – hal yang berkaitan dengan nomor kartu, nama peserta yang tidak sesuai dengan nama yang tercantum di kartu, jenis kelamin tempat dan tanggal lahir serta alamat sehingga pada saat tim melakukan verifikasi, tim tidak mendapat informasi tentang pasien yang bersangkutan sehingga akhirnya data tidak dapat diverifikasi
- 2) Penulisan paket/diagnose, prosedur dan no kode tidak yang sesuai dengan yang telah ditetapkan.

Menurut staf Jankesmas RSUD, seringkali tenaga pelayanan pelaksana seperti dokter dan paramedis tidak mencatat dengan lengkap dan jelas tentang tindakan dan pelayanan yang diberikan sehingga pada saat verifikasi terpaksa dilakukan penelusuran ulang tindakan dan

Universitas Indonesia

- pelayanan yang telah diberikan pada pasien sementara pasien telah selesai dirawat di RSUD
- 3) Ketidak sesuaian penulisan paket/ diagnosa tentu saja berpengaruh pada biaya karena setiap paket sudah memiliki unit cost masing masing.
 - 4) Masih kurangnya sosialisasi pada tenaga pelaksana pelayanan sehingga dalam penentuan tindakan medik tim verifikator tidak bisa mengelompokkan dalam satu kelompok yang ada dalam pedoman pelaksanaan
 - 5) Peran komite medik belum optimal dalam pelaksanaan pelayanan terutama dalam memberi pertimbangan dan saran termasuk dalam penggunaan alat alat canggih dan ini menimbulkan munculnya konflik dilapangan

c . Indikator output

Indikator output merupakan indikator terakhir pada indikator keberhasilan berupa pemantauan dan evaluasi yang meliputi pelaksanaan penyaluran dana , pencairan dana verifikasi klaim tagihan serta pencairan dana RS, pertanggungjawaban keuangan.

a. Pada penyaluran dana gakin kota Bekasi

Sesudah tim verifikasi melaksanakan tugasnya maka RSUD akan mengajukan klaim sesuai dengan hasil verifikasi.

Sistem peluncuran pada tahun Askeskin di RSUD Bekasi berbeda dengan peluncuran dana Jamkesmas, dimana PT Askes langsung mencairkan setelah data di verifikasi, sedangkan untuk anggaran 2008 pada awal tahun diberi uang muka sebagai lunuran pertama melalui Bank BRI walaupun data verifikasi belum masuk , lunuran dana berikutnya diberikan setelah tim verifikator independen melakukan verifikasi data yng telah di input oleh petugas Jamkesmas RSUD kota Bekasi

Pada proses penyalangan dana gakin pada program Askeskin dan Jamkesmas masih ditemukan permasalahan antara lain sampai dengan Mei 2009 masih ada Askeskin dan Jamkesmas yang belum cair.

Dalam menyikapi persoalan ini antara pihak RSUD dan PT Askes tidak satu suara. Menurut pihak RSUD untuk Askeskin 2007 semua kelengkapan yang diperlukan untuk pencairan dana sudah dipenuhi, sedangkan menurut PT Askes karena klaim diajukan sudah melewati batas waktu yang ditetapkan maka pencairan tidak bisa dilakukan. sehingga sampai saat ini dana Askeskin yang belum cair adalah Rp 509,012,500,- dan tidak ada kepastian apakah dana tersebut akan cair atau tidak .

Untuk dana Jamkesmas 2008 jumlah yang belum cair adalah 914,793,241.

Adanya biaya - biaya yang belum dibayarkan oleh pengelola biaya program gakin baik melalui PT Askes maupun Depkes pasti akan mempengaruhi pelaksanaan program selanjutnya karena ini merupakan program berkelanjutan.

- b. Sistem pertanggungjawaban pelaksanaan program ini dilakukan dengan mekanisme pencatatan dan pelaporan kegiatan . yang dibuat melalui hasil kegiatan di lapangan dan menganalisa tingkat keberhasilan sesuai indikator kegiatan/indikator keberhasilan program.

BAB VIII

KESIMPULAN DAN SARAN

8.1 KESIMPULAN

a. Pelaksanaan Pelayanan

1. Peningkatan pengguna SKTM merupakan salah satu bukti bahwa data gakin Kota Bekasi belum sesuai dengan kebutuhan. Seharusnya data masyarakat pengguna SKTM digunakan dalam melakukan validasi data terbaru dengan memperhatikan jumlah dan tingkat pertumbuhan penduduk .
2. Pada pelaksanaan pelayanan kesehatan gakin tahun 2007 dan 2008 informasi tentang pelaksanaan pelayanan kesehatan gakin mulai dari tingkat desa masih kurang, menyebabkan masih ada masyarakat mencoba mengurus kepesertaannya ditengah program, padahal pemerintah sudah menetapkan tidak ada penambahan kuota.
3. Sosialisasi manlak untuk jajaran pelaksana pelayanan kesehatan juga masih kurang sehingga sering kali masyarakat mendapatkan informasi yang berbeda dari petugas kesehatan yang tentu saja menimbulkan permasalahan di lapangan
4. Dilihat dari jumlah kunjungan tujuan perubahan program dari Askeskin ke Jamkesmas dalam pelayanan kesehatan Gakin belum tercapai tapi ini disebabkan masih kacaunya criteria pendataan dan tidak samanya sistem pencatatan yang dilakukan pada kedua program.
5. Peran dan fungsi Askes dalam pengelolaan kepesertaan masih belum tersosialisasi kepada seluruh stakeholder maupun masyarakat dan perlu penegasan kembali mekanisme pendistribusian, yaitu mendistribusikan kartu gakin sesuai data yang ditetapkan kota

b. Hasil Kegiatan Pelayanan

Berdasarkan hasil pembahasan penulis menyimpulkan:

1) Jumlah kunjungan berkurang karena beberapa faktor yaitu:

- i. Penurunan jumlah kunjungan pada tahun 2008 karena sudah ada pembatasan bahwa gakin yang boleh berobat ke RSUD hanya yang sudah punya kartu Jamkesmas saja. Pada bulan Januari- Maret kunjungan tinggi karena pembatasan belum diberlakukan karena kartu belum didistribusikan
- ii. Penurunan jumlah mungkin karena data tidak diinput misalnya petugas menunda untuk menginput data yang kurang lengkap isinya sehingga akhirnya terlewatkan.
- iii. Pencatatan kunjungan pasien tahun 2008 telah dipisah antara pasien yang terdaftar di BPS (kuota yang ditetapkan Depkes) dengan pasien yang menggunakan SKTM, sedangkan sepanjang tahun 2007 kepesertaan pasien gakin masih berubah karena adanya penambahan kepesertaan selama tim verifikasi askes menganggap masyarakat tersebut layak mendapatkan pelayanan gratis
- iv. Sistem kontrol yang lebih ketat pada waktu pemberian rujukan di Puskesmas menyebabkan masyarakat tidak jadi ke RS tapi hanya sampai tingkat Puskesmas

b) Berdasarkan Hasil Cakupan

Cakupan 2008 turun menurut kesimpulan penulis karena karena :

- i. Jumlah kunjungan gakin yang datang ke RSUD memang turun
- ii. Adanya lima RS swasta lain di Kota Bekasi yang dijadikan tempat rujukan gakin sehingga pasien terdistribusi tidak hanya di RSUD
- iii. Perbaikan sistem administrasi pelayanan RS sehingga pasien lebih terkontrol ketiga mengurus SKTM

c). Berdasarkan Pemanfaatan Layanan Kesehatan

Penurunan jumlah gakin yang memanfaatkan RSUD kota Bekasi penulis menarik kesimpulan:

- i. Dokter sudah memberikan diagnosa yang tepat sehingga hari rawat bisa lebih efektif
- ii. Penurunan jumlah kunjungan juga mempengaruhi angka utilisasi RSUD kota Bekasi terutama pada pelayanan kelas III
- iii. Kurangnya sosialisasi program membuat masyarakat tidak melanjutkan pengobatan ke RS walaupun Puskesmas sudah memberi rujukan untuk perawatan tingkat lanjut
- iv. Prosedur yang cukup panjang dalam mengurus surat rujukan juga mempengaruhi masyarakat untuk melanjutkan perawatan ke RSUD.

d). Berdasarkan Biaya Pelayanan

1. Penghitungan biaya pelayanan di RSUD Kota Bekasi tahun 2008 belum menggunakan standar INA- DRG,
2. Berdasarkan hasil penelitian biaya yang diperlukan untuk melakukan pelayanan kesehatan ini naik .

Kenaikan jumlah biaya disebabkan oleh beberapa faktor antara lain :

- a. Adanya human error, atau kesalahan dalam pemasukan kode pelayanan sehingga yang keluar adalah jumlah biaya yang lebih tinggi dari biaya yang seharusnya
- b. Penggunaan pemeriksaan penunjang yang tidak tepat sehingga muncul biaya biaya yang sebenarnya tiak perlu
- c. Peningkatan harga obat dan pemberian obat yang berlebihan, tidak sesuai dengan manlak
- d. Keterbatasan persediaan obat sehingga dicarikan obat obat pengganti dengan tujuan yang sama tapi harga berbeda.
- e. Dilakukannya beberapa tindakan dengan biaya tinggi pada pelayanan yang mungkin tidak diperlukan

e) Pendanaan

- 1) Masalah ketersediaan dana pelayanan kesehatan bagi gakin ditentukan oleh kemampuan anggaran yang dimiliki Depkes dan Pemda Kota Bekasi

- 2) Besarnya alokasi dana dari Depkes dan Pemda Kota Bekasi juga menunjukkan tingkat kepedulian terhadap pelayanan kesehatan bagi keluarga miskin di Kota Bekasi
- 3) Kelancaran pencairan dana dipengaruhi oleh kinerja tim verifikasi yang ada di RSUD kota Bekasi
- 4) Masih kurangnya kesadaran para pelaksana lapangan seperti dokter dan perawat ruangan menyebabkan kegiatan verifikasi berjalan lambat sekali dan ini tentu mempengaruhi waktu dalam penyampaian laporan, dan selanjutnya mempengaruhi waktu pencairan dana.
- 5) Tidak rapinya pencatatan, penyimpanan kelengkapan rekam medik membuat tim verifikasi melakukan kegiatan penelusuran ulang untuk melengkapi data pasien
- 6) Adanya adminitrasi yang kurang lengkap berkaitan dengan kepesertaan. antara lain berkaitan dengan nomor kartu, nama peserta yang tidak sesuai dengan nama yang tercantum di kartu, jenis kelamin tempat dan tanggal lahir serta alamat sehingga pada saat tim verifikasi tidak dapat informasi , ybs akhirnya tidak dapat dimasukkan kedalam verifikasi.
- 7) Ketidak sesuaian penulisan paket/ diagnosa tentu saja berpengaruh pada biaya karena setiap paket sudah memiliki tarif masing masing.
- 8) Masih kurangnya sosialisasi pada tenaga pelaksana pelayanan sehingga dalam penentuan tindakan medik tim verifikator tidak bisa mengelompokan dalam satu kelompok yang ada dalam pedolaman pelaksanaan
- 9) Peran komite medik belum optimal dalam pelaksanaan pelayanan terutama dalam memberi pertimbangan dan saran termasuk dalam penggunaan alat alat canggih dan ini menimbulkan munculnya konflik dilapangan

8.2 SARAN

8.2.1 Kepesertaan

- a. Pemda melalui instansi terkait seperti Bappedda, Dinas Kesehatan, Rumah Sakit menentukan keseragaman kriteria penduduk miskin dan diselaraskan dengan program lain untuk Gakin seperti BLT maupun BOS kota Bekasi
- b. Pemda menetapkan pembatasan jumlah anggota keluarga penerima pelayanan kesehatan gratis perlu dilakukan sehingga keluarga lain dapat terlindungi dalam program ini,
- c. PT Askes mempercepat pendistribusian kartu peserta pelayanan kesehatan gakin sehingga tidak mengganggu pelayanan dilapangan
- d. Pemda menetapkan ketegasan tentang sistem penambahan kuota untuk kota Bekasi yang bisa mengakomodasi masyarakat yang menggunakan SKTM
- e. Pemda mempertegas peran dan fungsi PT Askes dalam pelaksanaan program gakin kota Bekasi
- f. RSUD dengan persetujuan Pemda membuat mekanisme pelayanan tersendiri sistem penanganan pasien untuk masyarakat rentan terutama yang berkaitan dengan sistem pelayanan dan pembiayaan
- g. Jika RSUD masih melayani kesehatan dengan menggunakan SKTM maka mekanisme pengelolaan harus jelas dikaitkan dengan pembiayaan dan pelayanan.
- h. Pemda membuat sistem koordinasi sektor kesehatan kota Bekasi yaitu antara Dinas kesehatan kota Bekasi dan RSUD

8.2.2 Pelayanan Kesehatan

- a. Membuat mekanisme pengendalian dalam pemanfaatan pelayanan yang digunakan oleh gakin tidak menimbulkan konflik kepentingan baik dari pasien, pelaksana pelayanan
- b. Menetapkan standar pelayanan gakin mengikuti SOP

- c. Meningkatkan sarana yang di sediakan bagi gakin yang berkunjung ke RSUD
- d. Menetapkan standar dan jenis harga alat kesehatan yang dapat digunakan dalam program pelayanan kesehatan gakin

8.2.3 Biaya Pelayanan

Berkaitan dengan biaya penulis menyarankan :

- a. Melakukan penghitungan anggaran yang memang disesuaikan dengan kebutuhan pelayanan
- b. Membuat acuan pelayanan mengikuti standar pelayanan minimal yang telah ditetapkan oleh Departemen Kesehatan RI yang rinci akan memudahkan tim verifikasi untuk melakukan tugasnya sehingga semua pihak merasa tidak ada yang dirugikan baik masyarakat pengguna, petugas pelaksana dan RS sebagai penyelenggara pelayanan
- c. Sebelum menggunakan standar INA DRG sebaiknya RSUD sudah menghitung dengan rinci unit cost masing masing jenis pelayanan yang diberikan di RSUD kota Bekasi
- d. Mengevaluasi kinerja tim verifikasi baik verifikator RS maupun Verifikator Independen

8.2.4 Pendanaan

- i. Memastikan kembali jumlah dan yang tersedia baik dari pemerintah pusat maupun pemerintah daerah
- ii. Menilai kembali kinerja tim verifikasi melalui evaluasi program dan mencari solusi untuk perbaikan dimasa mendatang
- iii. Mengevaluasi kembali sistem pencairan dana sehingga tidak mengalami keterlambatan yang dapat mengganggu kelancaran kinerja pelayanan

Daftar Pustaka

- Arikunto, S. (2007). *Menejemen Penelitian*, Reneka Cipta, Jakarta
- Bungin, B. (2008). *Metode Penelitian Kualitatif*, edisi 1 Kencana,, Jakarta
- Bungin, B. (2009). *Metode Penelitian Kuantitatif*, edisi 1 cetakan ke 4, Kencana, Jakarta
- Bastian, I. (2009). *Akuntansi Kesehatan*, Penerbit Erlangga, Surabaya
- Depkes,RI.(2008). *Pedoman Pelaksanaan Jaminan Kesehatan Masyarakat (JAMKESMAS)*
- Departemen Kesehatan RI, (2008). *Surat Keputusan Menteri Kesehatan RI No 741/Menkes/Per/VII/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal di Kabupaten kota.*
- Departemen Kesehatan RI, (2008). *Pedoman Penyelenggaraan Program Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Bagi Masyarakat Miskin tahun 2008*, Jakarta
- Departemen Kesehatan RI, (2006). *Pedoman Penyelenggaraan Program Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Bagi Masyarakat Miskin*, Jakarta
- Departemen Kesehatan RI, (2005) *Strategi Pembangunan*, Jakarta
- Departemen Kesehatan RI, (1992) *UU Kesehatan no 23 tahun*
- Kresno,S. dkk (1999) *Aplikasi Penelitian Kualitatif dalam Pemantauan dan Evaluasi Program Kesehatan*,FKM UI bekerjasama Pusdakes Depkes dan Kesos RI
- Mukti, Ali Ghufro. (2006). *Pembiayaan dan Strategi Mutu Pelayanan Masyarakat Miskin*, Makalah pada Seminar Nasional Reformasi Sektor Kesehatan dalam Desentralisasi Kesehatan di Bandung
- Morse, J.M , Field P.A.(1995) *Qualitative Research Methode go Helath Professional*, 2th, SAGE Publ, Int'l Educational Professional Publisers, Thousand Oaks, London New Delhi
- Miles, MS. (1994), *Qualitative Data Analysis An Expeded Source Book* SAGE Publ, Int'l Educational Professional Publisers, Thousand Oaks, London New Delhi

- Muninjaya, AA Gede. (2004), *Menjemen Kesehatan*, edisi 2, Penerbit Buku Kedokteran EGC
- Pemerintah Daerah Kota Bekasi, (2008), *Bekasi dalam Angka tahun 2007*
- Pujiyanto, (2005) *Kontroversi Kebijakan Depkes Soal JPKMM*, *Jurnal Menejemen Admisitrasi Rumah Sakit Indonesia* ,Vol VI No 1
- Ruby, Mahlil,(2005) *Perbaikan kebijakan Pelayanan Kesehatan Penduduk Miskin*, *Jurnal Menejemen Admisitrasi Rumah Sakit Indonesia* ,Vol VI No 1 Februari 2005
- Suharto, E, (2008) *Analisa Kebijakan Publik*, CV Alfabeta, Bandung
- SK Menti Kesehatan RI (2008) Nomor : 274/Menkes/SK/III/2008 *Tentang Pedoman Rekrutmen Tenaga Pelaksana Verifikasi Program Jaminan Kesehatan Masyarakat (JAMKESMAS)*
- Sugiono, *Metode Penelitian Kuantitatif dan kualitatif dan R&D*, CV Alfabeta, Bandung 2008
- Sorkin, A.L (1975), *Health Economic: An Introduction 2th and Revised Ed*, Massachussed
- Susilowati, Baskara, Imam (1999), *Tantangan Pendataan Sasaran Dalam Program JPS BK di Indonesia dan alternative pemecahan Masalahnya*, Medika, Ed Khusus, September 20-23
- Thabrani H dkk, (2009) *Sakit Pemiskinan dan MDGs*, Kompas, Jakarta
- Wibawa (1994,) *Samudra Kebijakan Publik, proses dan analisa intermedia*, Jakarta
- Yaslis I, (2006), *Mengenal Asuransi Kesehatan*, FKM UI, 2006

Perbandingan Pelaksanaan Kebijakan Pelayanan Kesehatan Masyarakat Miskin di Rumah Sakit Umum Daerah Kota Bekasi Antara Program Askeskin dan Jamkesmas

PEDOMAN WAWANCARA UNTUK PETUGAS RUMAH SAKIT

A. I. Perkenalan dan penjelasan

1. Perkenalan diri anda ,nama,pekerjaan dll
2. Ucapkan terima kasih atas kehadiran informan
3. Jelaskan tentang pentingnya keberadaan informan

II. Tujuan Pertemuan

1. Tidak ada jawaban yang benar dan jawaban yang salah
2. Menggali informasi langsung tentang pelaksanaan program pelayanan dan informasi lain yang diperlukan untuk penelitian ini
3. Karena pengalaman anda berbeda maka anda bebas untuk tidak setuju dengan orang lain karena kami ingin pendapat yang beragam

III. Prosedur Pertemuan

1. Mintalah informan untuk mengisi data diri nama, jabatan , dll
2. Jelaskan tentang penggunaan tape recorder,
3. Saya punya berbagai masalah yang harus dibicarakan , jika anda ingin menambahkan sesuatu silahkan hentikan saya dan jika tidak maka saya akan mengajukan masalah lain

B. Bahan diskusi

i. Dari hasil data pelayanan kesehatan untuk keluarga miskin 2007 dan 2008 di RSUD terlihat bahwa terjadi penurunan jumlah kunjungan pada tahun 2008

1. Menurut bapak / ibu ini terjadi karena apa?
2. Apakah adanya perubahan kebijakan dalam pelaksanaan pelayanan kesehatan Gakin di RSUD Bekasi sehingga masalah diatas terjadi? (Jika ya tolong dijelaskan.)

3. Apakah ada kebijakan Pemda Kota Bekasi yang mempengaruhi penurunan jumlah kunjungan ini ? (Jika ya tolong di jelaskan)
4. Apakah Pedoman pelayanan gakin yang dikeluarkan Depkes tahun 2007 dan tahun 2008 sudah cukup dalam melaksanakan pelayanan kesehatan gakin di RSUD
5. Apa masalah yang dihadapi dilapangan ketika menerapkan pedoman pelaksanaan kegiatan jamkesmas
6. Setelelah beberapa tahun dilaksanakan pelayanan Gakin di RSUD Bekasi apa saja masalah apa saja yang masih muncul selama melakukan pelayanan ?
7. Bagaimana masalah pencatatan dan pelaporan program,.

II. Dilihat dari Biaya Pelayanan Berdasarkan data 2007 dan 2008 terlihat terjadi peningkatan biaya pelayanan kesehatan keluarga gakin di RSUD

1. Menurut bapak ibu faktor apa yang menyebabkan ini terjadi?
2. Apakah adanya perubahan kebijakan penghitungan biaya dalam pelaksanaan pelayanan kan kesehatan Gakin di RSUD Bekasi sehingga masalah diatas terjadi? (Jika ya tolong dijelaskan.)
3. Dalam penghitungan biaya sistem apa yang digunakan ? dan apa perbedaan anantara tahun 2007 dan tahun 2008
4. Software yang digunakan apakah cukup aplikatif (mudah dan mewakili kebutuhan Pelayanan ?
5. Apakah ada kesulitan dalam penggunaan software yang telah disediakan ? (jika ya tolong di jelaskan)
6. Jika dibandingkan sistem penghitungan biaya yang mana lebih efektif ? (Jelaskan mengapa)
7. Dalam hal droping dana pelayanan apakah ada perubahan sistem? Jika ya jelaskan bentuk perubahannya.
8. Bagaimana peranan Pemda dalam pembiayaan pelayanan kesehatan gakin ini?
9. Berdasarkan data masih ada biaya pelayanan kesehatan gakin tahun 2007 dan 2008 yang belum di bayarkan (Data sampai Mei 2009) apa yang menjadi penyebab terjadinya hal ini ?
10. Apakah ada pengaruh tunggakan program ini terhadap pelayanan kesehatan gakin ini terhadap kinerja rumah sakit ?

Hasil Wawancara Mendalam

<p>(Kasi pelayanan RSUD)</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kepesertaan 2008 dikelola oleh PT Askes dimana jumlah kepesertaan dan keanggoaan di kepesertaan di tentukan oleh Pemda. 2. Tindakan sederhana yg seharusnya bisa di Puskesmas dikerjakan di RS, kadang dokter spesialis ngak ini mau memperlmasalahkan itu jdi dr spesialis tetap melayani pasien yang seharusnya hanya perlu pelayanan dasar di Puskemsa tapi terpaksa harus dikerjakan ini tentu saja meningkatkan biaya pelayanan 3. Manlak : <ul style="list-style-type: none"> • Banyak tarif yang tidak ada di manlak • RS perlu kerja tambahan untuk menyetarakan tarif yang tidak ada di manlak • Ada kebijakan jika ada 2 tindakan maka yang dibayar adalah satu tetengah tindakan atau bahkan satu tindakan, dan ini menimbulkan masalah karena sulit menentukan tindakan utama dan tindakan tambhan , dan ini juga berkaitan dengan kolegium masing masing pelayanan • Pedoman ada masalah karena kurang rinci • Untuk manlak yang 2007 sebenarnya sama manlak 2008 <p>Masalah gakin dari tahun ketahun</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ketidak tepatan sasaran , keterlabatan data, pokoknya masalh kepesertaan <p>Kelengkapan pencatatan pelaporan</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Dana : Kunjungan turun, dana besar karena jenis dan volume tindakan terutama tindakan yang kompleks meningkat. 3. Tidak ada penambahan kartu Jamkesmas.
------------------------------	--

	<p>4. Piutang ke RSUD belum jelas siapa yang bertanggung jawab, .</p>
<p>(Penanggung jawab Jamkesmas RSUD untuk rawat Jalan)</p>	<p>1. Kepesertaan : Yang menentukan adalah kota dan Askes yang berperan dalam pengelolaan Kepesertaan Tahun 2007 : Askes berperan dalam pengelolaan kepesertaan dan pelayanan Tahun 2008 : Askes hanya sebagai pengelola kepesertaan</p> <p>2. Kunjungan : Data tahun 2007 data merupakan data gabungan dari peserta Askeskn bergabung dengan SKTM Data 2008 data sudah terpisah dimana Jamkesmas di kelola oleh Askes sedangkan SKTM langsung dikelola oleh RS dimana sistem pendanaan langsung dari APBD 2</p> <p>3. Kebijakan pemda pengobatan gratis di level puskesmas sebagai penyelenggaraan rujukan paling depan tidak berpengaruh terhadap kunjungan gakin RSUD malah makin bertambah.</p> <p>4. Manlak : Isi manlak 2008 Sebenarnya tidak banyak berubah karena memang mengacu pada manlak 2007 hanya saja ada beberapa hal yang disesuaikan terutama masalah harga obat . Tapi dilapangan tetap saja formularium obat didalam buku pedoman tidak sama dengan harga obat pada kenyataan lapangan</p> <p>5. Tarif RSUD</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pola tariff 2007 dan 2008 sama saja Cuma pada tahun 2007 dilakukan oleh askes dan tahun 2008 oleh tim RS • Untuk beberapa hal tarif yang ditetapkan dengan perda tidak sesuai dengan tarif yang ditetapkan oleh program Jamkesmas. Untuk beberapa kasus

	<p>tarif perda lebih tinggi dari tarif Jamkesmas tapi ada juga tariff yang lebih rendah . Untuk tarif perda yang lebih tinggi selisih biaya merupakan resiko RS, sedangkan untuk tariff yang lebih rendah merupakan keuntungan rumah sakit dan inilah yang dimanfaatkan sebagai subsidi silang program pelayanan gakin di RSUD.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Th 2007 dan 2008 pelayana gakin RSUD belum opakai INA DRG • Untuk menutupi beban RS akibat adanya selisih tariff ini pembiayaan diajukan ke Pemda melalui dana APBD II (selama dana masih tersedia) <p>6. Keluhan pendanaan</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Dana tidak cukup b. Pencairan tidak lancer, terbukti masih adana 2007 dan 2008 yang tidak cair yang pasti dapat mengganggu pelayanan gakin <p>7. Kurang sosialisasi program kepada pelaksana sehingga masih ada masalah terhadap pengetahuan petugas sendiri pada program tentang hal hal yang perlu dilaksanakan dilapangan</p> <p>8. Penggunaan software 2008 gampang tidak ada masalah</p>
<p>KASI Pel. Gakin PT Askes</p>	<p>Kepesertaan tidak punya data valid, kriteria berbeda beda, data Bapeda dari BPS dan data yang ada pada program Jamkesmas tidak sama walau dicoba menyamakan data tapi susah. BPS mendata cuma 130 ribu sementara Pemda 150 ribu nah untuk selisih ini siapa yang berani mengurangi jumlah peserta keangka BPS pasti ngak ada misalnya pihak kelurahan tidak berani mengurangi, tapi untuk menambah pihak lapangan mulai dari kelurahan sering melakukannya untuk itu kriteria harus</p>

disamakan. Karena pada kenyataannya miskin pasti tidak mampu, tapi tidak mampu belum tentu miskin, jika dikaitkan dengan program masyarakat miskin lainnya masyarakat penerima beras miskin harusnya juga berhak untuk mendapat Jamkesmas, dan lanjut ke pendidikan, anak keluarga miskin yang dapat raskin dan jamkesmas harusnya mendapat dana BOS sehingga terlihat ada koordinasi program dari pemerintah.

Pada saat BPS menyerahkan data ke PT Askes data sangat kacau karena cuma ada nama KK dengan anak 8...tidak ada nama peserta..akhirnya jumlah pakai dari BPS, nama ditentukan oleh Pemda. Kebijakan /rt 3 KK dengan 8 anggota akhirnya dibagi ke lebih 3 KK .masalah ini salah satu alasan kartu askeskin tidak karena tidak tepat saran.

Awalnya Cuma pakai data kartu sehat program sebelumnya, masalah politis misalnya karena kampanye juga mempengaruhi pelaksanaan pelayanan

Informasi kurang ke masyarakat juga kurang, hal ini terbukti masih ada masyarakat yang mengurus kepesertaan, padahal untuk Bekasi sudah ditutup /30 Nov 2008

Pedoman Askeskin : sama dengan 2008 perbedaan kepesertaan dan pelayanan di Askes, isi penghitungan cost sama Cuma berbeda diaplikasi di ASKES sudah sistem, sedangkan dengan 2008 pakai manual

Tindakan tidak dibayarkan pengaruhnya terhadap pelayanan

Untuk kata yang tidak dibayarkan karena RS telat mengajukan, Data diminta 31 Januari 2008 sedangkan data masuk akhir Feb 2008 padahal yang diakui adalah data sampai tanggal 31 Jan 2008, untuk Bekasi tagihan yang belum terbayar 4,5 M

Mitra Askeskin adalah RS Medika , RS swasta boleh klaim jika emergency dengan konfirmasi by phone

<p>Penanggung jawab Jamkesmas RSUD untuk rawat Inap)</p>	<p>Kunjungan 2008 turun karena 2008 Karena data 2008 murni data Jamkesmas tidak digabung dengan data SKTM, SKTM dikelola tersendiri dan pencatatannya terpisah</p> <p>Perubahan kebijakan : Perubahan kebijakan Pemda tentang pengobatan gratis di Puskesmas tidak berpengaruh pada jumlah kunjungan RS</p> <p>Pedoman Pelaksanaan Buku pedoman yang ada belum cukup untuk menjadi pedoman teknis lapangan karena ternyata :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. banyak kode kode yang tidak ada , sehingga masih membingungkan membingungkan disalamnya sudah ada uraian, langsung ada format pelayanannya. 2. Masalah pencatatan, misalnya dari pihak medis al : pencatatan yang kurang jelas berkenanan tindakan yang diberikan, penggunaan obat yang tidak sesuai dengan formularium 3. Dana : Biaya unit cost tindakan tahun 2007 sama dengan 2008 <p>Tagihan 2007 masih ada yang belum tertagih, tapi tidak diketahui mekanisme pembayaran baik dari depkes maupun dari Askes Tagihan 2008 masih bisa ditagih, yang memperlama prosesa adalah proses verifikasi karena data yang tidak lengkap membuat klaim jadi terhambat</p>
<p>Anggota verifikator Independen)</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pada kegiatan verifikasi sering kali terjadi selisih dalam penghitungan karena adanya perbedaan tarif jamkesmas dengan tarif RSUD sendiri. 2. Dalam menginput data pasien dilakukan oleh pihak rumah sakit, untuk obat langsung diinput oleh bagian obat, untuk biaya bagian keuangan kemudian tim

	<p>verifikasi akan melakukan verifikasi dengan cara melakukan cross cek terhadap bagian keuangan dan obat. Jika ditemukan perbedaan dengan manlak maka yang dipakai adalah harga manlak, kekurangan Untuk Obat jika tidak sesuai dengan formularium, obat yang dibayarkan adalah obat yang ada di program. merupakan resiko rumah sakit</p> <p>3. Dilihat dignosa,, untuk pemeriksaan penunjang tergantung nota yang dibuat oleh dokter sesuai dengan tahapan pelayanan, Jika nota tidak sesuai dengan manlak baik untuk pemeriksaan Rongen, maupn Lab atau penunjang lainnya maka maka itu tidak bisa dibayarkan , jadi itu menjadi resiko RS.</p> <p>Contoh tarif untuk pelayan: Untuk SC komponennya adalah : Jasa dan bhp , sementara untuk ruangan dibayarkan perhari dan untuk obat sesuai dengan paket. Dari jasa duketahui selisih tariff dan Jamkesmas adalah 2jt sedangkan program hanya membayar 1750,000</p> <p>4. Untuk pola tarif anantara 2007 hampir sama dengan 2008 yang berbeda untuk harga obat</p> <p>5. Untuk menilai harga tindakan jika dilakukan2 tindakan sekaligus maka dilihat tindakan utama, jika satu bukaan, jika ada dua bukaan maka dibayar satu setengah .</p> <p>6. Untuk sosialisasi sudah dilakukan berkali kali bahkan sangat sering, tapi karena masih kurang pemahaman tentang program, kerjasama dan kepedulian membuat situasi dilapangan pada saat pelayanan tidak mendukung program yang telah ditetapkan</p> <p>7. Kerjasama lintas sektor termasuk dengan Dinas Kesehatan kota Bekasi dirasa masih kurang padahal Dinas kesehatan adalah Koord. kesehatan tingkat kota.</p>
--	--

DAFTAR ISTILAH

BPS	: Badan Pusat Statisti
JPK-MM	: Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat Miskin
JPS-BK	: Jaring Pengaman Sosial Bidang Kesehatan
PDPSE	: Program Penanggulangan Dampak Pengurangan Subsidi Energi
PKPS BBM	: Program Kompensasi Pengurangan Subsidi Bahan Bakar Minyak
Akeskin	: Asuransi Kesehatan Masyarakat Miskin
KK	: Kepala Keluarga
RSUD	: Rumah Sakit Umum daerah
RSU	: Rumah Sakit Umum
INA-DRG	: Indonesian Diagnosis Related Group
SKTM	: Surat Keterangan Tidak Mampu
Jamkesmas	: Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat