

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1. Pengertian JPKM

Dalam UU No.23/92 pasal 1 butir 15 disebutkan bahwa JPKM adalah suatu cara penyelenggaraan pemeliharaan kesehatan yang paripurna berdasarkan asas usaha bersama dan kekeluargaan, yang berkesinambungan dan dengan mutu yang terjamin serta pembiayaan yang dilaksanakan secara praupaya. Azas usaha bersama dan kekeluargaan menunjukkan adanya kebersamaan dan upaya yang saling menguntungkan (*win-win*) antara pelaku JPKM berupa:

- a. Peserta yang membayar iuran di muka (prabayar) dan memperoleh pemeliharaan kesehatan.
- b. Badan Penyelenggara (Bapel) yang efisien dalam mengelola dana iuran untuk pemeliharaan kesehatan Peserta.
- c. Pemberi Pelayanan Kesehatan (PPK) yang memberi pelayanan bermutu sesuai dengan standar, dengan menerima pembayaran praupaya.
- d. Badan Pembina (Bapim) yang selalu berupaya untuk membina, mengembangkan dan mendorong terselenggaranya JPKM yang efektif dalam rangka pemberian perlindungan kesehatan pada masyarakat (Depkes RI, 2005).

Dengan demikian dalam penyelenggaraannya, JPKM harus bersifat menyeluruh (*comprehensive*) yang mencakup upaya promotif (peningkatan kesehatan), preventif (pencegahan penyakit), kuratif (pengobatan) dan rehabilitatif (pemulihan) untuk meningkatkan derajat kesehatan Pesertanya (Depkes RI, 2001).

Sehubungan dengan hal itu, secara operasional dalam manajemen JPKM terdapat empat pelaku yang terdiri dari Bapel, PPK, Peserta dan Bapim. Untuk mewujudkan JPKM secara paripurna, baik Badan Penyelenggara (Bapel) maupun Pemberi Pelayanan Kesehatan (PPK) harus menerapkan 7 jurus JPK, yaitu:

- Adanya satu ikatan (kontrak) antara Badan Penyelenggara (Bapel) dengan Pemberi Pelayanan Kesehatan (PPK) dan antara Badan Penyelenggara dengan para Peserta.
- Adanya jurus pengendalian mutu yang dilakukan oleh Bapel, agar dapat menjamin bahwa pelayanan kesehatan yang diberikan benar-benar diperlukan dan bermutu, sesuai standar yang telah disepakati.
- Adanya pemantauan pemanfaatan pelayanan kesehatan untuk menyesuaikannya dengan kebutuhan medis Peserta dan mengendalikan penggunaan pelayanan yang berlebihan dan pemborosan yang tidak perlu.
- Adanya penanganan keluhan Peserta maupun PPK.
- Pembayaran oleh Bapel dilakukan dengan pembayaran praupaya (*pre-paid*) dengan sistem kapitasi.
- Adanya mekanisme bagi hasil (*risk profit sharing*).
- Adanya mekanisme pemeliharaan kesehatan paripurna yang berbentuk suatu paripurna yang berbentuk suatu paket pemeliharaan kesehatan dasar (Depkes RI, 2001).

2.2. Asuransi Kesehatan

Menurut UU No. 2/1992 tentang asuransi, asuransi atau pertanggungan adalah perjanjian antara dua pihak atau lebih, dengan mana pihak penanggung

mengikatkan diri kepada tertanggung, dengan menerima premi asuransi, untuk memberikan penggantian kepada tertanggung karena kerugian, kerusakan, kehilangan keuntungan yang diharapkan, atau tanggung jawab hukum kepada pihak ketiga yang mungkin akan diderita tertanggung, yang timbul dari suatu peristiwa yang tidak pasti, atau untuk memberikan suatu pembayaran yang didasarkan atas meninggal atau hidupnya seseorang yang dipertanggungkan.

Menurut pasal 246 Kitab Undang-undang Hukum Dagang (dalam Azwar, 1996), asuransi adalah suatu perjanjian dimana si penanggung mengikatkan diri pada tertanggung dengan menerima suatu premi untuk memberi penggantian kepadanya karena suatu kerugian, kerusakan, atau kehilangan keuntungan yang diharapkan, yang mungkin akan dideritanya karena suatu peristiwa yang tak tertentu.

Sementara itu, Thabrany (2001) mengemukakan beberapa pengertian dan konsep asuransi yaitu adanya transfer risiko, adanya pembayaran premi atau iuran, adanya jaminan benefit atau paket, terjadinya *risk pooling* dan *risk sharing*, adanya ikatan kontrak, dan adanya perlindungan terhadap hazard. Asuransi merupakan cara manajemen risiko dimana seseorang (*insured* atau tertanggung) atau sekelompok kecil orang melakukan transfer risiko yang dihadapinya (di masa datang) dengan membayar premi (iuran atau kontribusi) kepada pihak lain, yang disebut asuradur atau *insurer*, yang akan menanggung risiko orang tersebut (tertanggung).

Sedangkan yang dimaksud dengan asuransi kesehatan yaitu, asuransi kesehatan merupakan cara untuk mengatasi risiko dan ketidakpastian peristiwa sakit serta implikasi biaya-biaya yang diakibatkannya. Asuransi kesehatan mengubah peristiwa tak pasti dan sulit diramalkan menjadi peristiwa yang pasti dan terencana. Asuransi membantu mengurangi risiko perorangan ke risiko sekelompok orang

dengan cara perangkuman risiko (*risk pooling*). Untuk mengubah peristiwa yang tak dapat diprediksi menjadi terprediksi, anggota membayar sejumlah uang yang relatif kecil namun teratur (disebut premi) kepada lembaga asuransi (Murti, 2000).

Dalam Ilyas (2003), seperti dikemukakan oleh Black dan Skipper (1994), menyebutkan bahwa dimana pada asuransi kesehatan ada dua komponen penting yaitu transfer risiko dari individu kepada kelompok dan berbagi kerugian (*sharing of losses*) di antara anggota kelompok. Berdasarkan pengertian tersebut, mereka mendefinisikan asuransi kesehatan sebagai berikut:

“...a social insurance where by individuals transfer the financial risks associated with loss of health to group of individuals and which involves the accumulation of funds by the group from these individuals to meet the uncertain financial losses from an illness or prevention of an illness...”.

2.3. Masyarakat miskin

Dalam Kamus Besar Bahasa Indonesia (1994), miskin adalah tidak berharta benda, atau serba kekurangan (berpenghasilan rendah). Sedangkan kemiskinan adalah keadaan miskin absolut, situasi penduduk atau sebagian penduduk yang tidak dapat memenuhi kebutuhan makanan, pakaian, dan perumahan yang sangat diperlukan.

Menurut BPS (Badan Pusat Statistik), yang dikutip oleh Dinas Kesehatan Jawa Barat (2004), definisi masyarakat miskin adalah seseorang yang hanya dapat memenuhi makanannya kurang dari 2100 kalori perkapita perhari.

Sedangkan definisi keluarga miskin menurut BKKBN (2003), adalah keluarga yang tidak dapat memenuhi salah satu atau lebih dari enam indikator

penentu kemiskinan alasan ekonomi. Enam indikator penentu kemiskinan tersebut adalah:

- a. Pada umumnya seluruh anggota keluarga makan dua kali sehari.
- b. Anggota keluarga memiliki pakaian berbeda untuk di rumah, bekerja atau sekolah, dan bepergian.
- c. Bagian lantai yang terluas bukan dari tanah.
- d. Paling kurang sekali seminggu keluarga makan daging, ikan, telur.
- e. Setahun terakhir seluruh anggota keluarga memperoleh paling kurang satu stel pakaian baru.
- f. Luas lantai rumah paling kurang delapan meter persegi untuk tiap penghuni.

2.4. Program JPKMM-Askeskin

2.4.1. Latar Belakang Program

Diawali suatu upaya pemenuhan hak yang fundamental bagi warga negara atas kesehatan, sebagaimana diatur dalam Undang-undang Dasar 1945 pasal 28H dan Undang-Undang Nomor 23 Tahun 1992, maka pemerintah Indonesia telah merintis program pembiayaan layanan kesehatan bagi masyarakat miskin. Pada 1998, pemerintah memperkenalkan program Jaring Pengaman Sosial Bidang Kesehatan (JPS-BK) untuk menyediakan layanan kesehatan bagi masyarakat miskin melalui puskesmas dan bidan desa (bides). Pada 2001, pemerintah juga memperkenalkan program Penanggulangan Dampak Pengurangan Subsidi Energi-Bidang Kesehatan (PDPSE-BK). Pada 2002, program ini berganti nama menjadi Program Kompensasi Pengurangan Subsidi Bahan Bakar Minyak (PKPS-BBM) bidang Kesehatan. Perkembangannya ternyata diperlukan suatu mekanisme pembiayaan

yang lebih efektif, efisien dan berkelanjutan, maka program pemeliharaan kesehatan masyarakat miskin dengan penunjukan pihak ketiga sebagai pengelola (*third party administrator*) diperkenalkan melalui program Jaminan Pelayanan Kesehatan Masyarakat Miskin (JPKMM) pada tahun 2005. Program ini dilaksanakan setelah melalui uji coba jaminan pemeliharaan kesehatan keluarga miskin (JPK Gakin) pada empat propinsi dan 25 kabupaten/kota dengan pengelolanya Badan Penyelenggara (Bapel) daerah sejak tahun 2003.

Menyadari pentingnya penanganan berlanjut terhadap kesehatan masyarakat miskin, Menteri Kesehatan dengan Surat Keputusan No.1241/Menkes/XI/2004 telah menunjuk PT Askes (Persero) sebagai penyelenggara pemeliharaan kesehatan masyarakat miskin untuk bekerjasama dengan pihak terkait (rumah sakit, puskesmas, Balai Kesehatan Mata Masyarakat (BKMM), Balai Pengobatan Penyakit Paru-paru (BP4)) dalam program jaminan pemeliharaan kesehatan masyarakat miskin (JPKMM) dengan sasaran awal mengacu pada data BPS 2004 sebesar 36.146.700 jiwa masyarakat miskin (www.bpk.go.id).

Program ini telah memberikan pencapaian yang bermakna antara lain: terjadinya peningkatan cakupan atau akses pelayanan kesehatan masyarakat miskin. Namun demikian masih ditemukan beberapa permasalahan antara lain, penggunaan data masyarakat miskin yang masih menggunakan berbagai kriteria sehingga menyebabkan distribusi kartu peserta belum selesai. Karena kondisi tersebut kebijakan berbagai identitas miskin termasuk SKTM masih diberlakukan. Permasalahan lain masih kurangnya kesadaran dari berbagai pihak akan pentingnya kendali biaya dan kendali mutu pelayanan kesehatan dan masih terbatasnya sumber daya manusia Pengelola Program.

Untuk mengatasi permasalahan di atas, pada tahun 2007 sasaran masyarakat menggunakan data BPS tahun 2006 sebesar 19,1 juta Rumah Tangga Miskin (RTM) atau sekitar 76,4 juta jiwa sehingga diharapkan masalah kepesertaan dalam program ini dapat diselesaikan. Hal lain yang penting untuk dilakukan adalah membuat standarisasi obat diluar obat generik, alat-alat kesehatan, tarif, serta peningkatan sosialisasi pelaksanaan program kepada semua pihak terkait.

Pada tahun 2007 pelayanan terhadap masyarakat miskin terjadi sedikit perubahan dalam penyaluran dana, namun demikian masih dalam kerangka sistem Jaminan Kesehatan Sosial Nasional. Pembiayaan pelayanan kesehatan dasar di Puskesmas dan jaringannya disalurkan langsung ke Puskemas melalui pihak ke tiga, sedangkan pelayanan kesehatan rujukan tetap dikelola melalui PT Askes (Persero). Penyaluran dana yang langsung ke Puskesmas dikelola oleh Puskesmas tetapi verifikasi pelayanan dilaksanakan oleh PT Askes (Persero).

2.4.2. Tujuan dan Sasaran Program

Tujuan Umum program JPKMM-Askeskin adalah meningkatnya akses dan mutu pelayanan kesehatan kepada seluruh masyarakat miskin dan tidak mampu agar tercapai derajat kesehatan masyarakat yang optimal secara efektif dan efisien. Tujuan tersebut dijabarkan ke dalam tujuan khusus yang meliputi: (i) meningkatnya jumlah masyarakat miskin yang mendapatkan pelayanan kesehatan dasar di Puskesmas dan jaringannya; (ii) meningkatnya jumlah masyarakat miskin yang mendapatkan pelayanan kesehatan rujukan di Rumah Sakit, BP4 dan BKMM/BKIM; (iii) terselenggaranya pelayanan kesehatan masyarakat miskin sesuai standar; (iv) meningkatnya kepuasan masyarakat miskin terhadap pelayanan kesehatan; (v)

terlaksananya pengelolaan keuangan yang akuntabel; (vi) terselenggaranya kegiatan *Safeguarding*; dan (vii) terselenggaranya kegiatan pendukung pelayanan kesehatan

Sasaran program ini adalah masyarakat miskin dan tidak mampu di seluruh Indonesia yang diperkirakan berjumlah 76,4 juta jiwa berdasarkan data BPS tahun 2006, tidak termasuk yang sudah mempunyai jaminan kesehatan lainnya (Depkes RI, 2007).

2.4.3. Penyelenggaraan Askeskin

2.4.3.1.Landasan Hukum

Peraturan perundang-undangan yang menjadi landasan hukum penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan Masyarakat Miskin atau Askeskin, adalah:

1. Undang - Undang Dasar 1945 yang tercantum pada:

Pasal 28 H angka (1) menyatakan bahwa: "Setiap orang berhak hidup sejahtera lahir dan bathin, bertempat tinggal, dan mendapat lingkungan hidup yang baik dan sehat serta berhak memperoleh pelayanan kesehatan".

Pasal 34 angka (1) menyatakan bahwa: "Fakir miskin dan anak-anak terlantar dipelihara oleh Negara.

Pasal 34 angka (2) menyatakan bahwa: "Negara mengembangkan sistem jaminan sosial bagi seluruh rakyat dan memberdayakan masyarakat yang lemah dan tidak mampu sesuai dengan martabat kemanusiaan".

Pasal 34 angka (3) menyatakan bahwa: "Negara bertanggung jawab atas penyediaan fasilitas pelayanan kesehatan dan fasilitas pelayanan umum yang layak.

2. UU No.23 tahun 1992 tentang kesehatan pasal 4,5,65, dan 66 menyatakan sebagai berikut :

Pasal 4: "Setiap orang mempunyai hak yang sama dalam memperoleh derajat kesehatan yang optimal".

Pasal 5: "Setiap orang berkewajiban untuk ikut serta dalam memelihara dan meningkatkan derajat kesehatan personalnya, keluarga dan lingkungannya".

Pasal 65: "Penyelenggaraan upaya kesehatan dibiayai oleh pemerintah dan atau masyarakat" (ayat 1); "Pemerintah membantu upaya kesehatan yang diselenggarakan oleh masyarakat sesuai dengan peraturan perundang-undangan yang berlaku, terutama upaya kesehatan bagi masyarakat rentan" (ayat 2).

Pasal 66: "Pemerintah mengembangkan, membina, dan mendorong jaminan pemeliharaan kesehatan masyarakat sebagai cara yang dijadikan landasan setiap penyelenggaraan pemeliharaan kesehatan yang pembiayaannya dilaksanakan secara praupaya, berazaskan usaha bersama dan kekeluargaan".

3. UU No.40 tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional.

Pasal 2 dan 3 Undang Undang ini menyatakan bahwa tujuan penjaminan agar peserta memperoleh manfaat pemeliharaan kesehatan dan perlindungan dalam memenuhi kebutuhan dasar kesehatan.

Pasal 17 Undang Undang ini mengatur sumber pembiayaan Program Askeskin sebagaimana dinyatakan dalam butir 4: "iuran program jaminan sosial bagi fakir miskin dan orang yang tidak mampu dibayar oleh Pemerintah"

Pasal 19 menyatakan bahwa jaminan kesehatan diselenggarakan secara nasional berdasarkan prinsip asuransi sosial dan prinsip ekuitas.

4. Keputusan Menkes Nomor 1241/Menkes/SK/XI/2004 tanggal 12 Nopember 2004 tentang Penugasan PT Askes (Persero) dalam Pengelolaan Program Pemeliharaan Kesehatan Bagi Masyarakat Miskin
5. Surat persetujuan dari Menteri BUMN No. S-697/MBU/2004 tanggal 31 Desember 2004 perihal Penugasan kepada PT Asuransi Kesehatan Indonesia (Persero) dalam rangka Pengelolaan Program Pemeliharaan Kesehatan bagi Masyarakat Miskin.

2.4.3.2.Prinsip Penyelenggaraan

Program ini diselenggarakan secara nasional agar terjadi subsidi silang dalam rangka mewujudkan jaminan pemeliharaan kesehatan yang menyeluruh bagi penduduk Indonesia, yang saat ini dimulai dengan sasaran pada masyarakat miskin. Pada hakekatnya pelayanan kesehatan terhadap masyarakat miskin menjadi tanggung jawab bersama antara Pemerintah Pusat dan Pemerintah Daerah. Diharapkan masing-masing pihak memberikan kontribusi sehingga menghasilkan pelayanan yang optimal.

Penyelenggaraan Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat Miskin mengacu pada prinsip-prinsip:

1. Pengelolaan dana amanat dan nirlaba dengan pemanfaatan untuk semata-mata peningkatan kesehatan masyarakat miskin.
2. Pelayanan kesehatan bersifat menyeluruh (komprehensif) sesuai standar pelayanan medik yang *cost effective* dan rasional.

3. Pelayanan kesehatan dilakukan dengan prinsip terstruktur dan berjenjang.
4. Portabilitas dan ekuitas.
5. Mekanisme asuransi kesehatan sosial dengan iuran peserta dibayar oleh Pemerintah.
6. Transparansi dan akuntabilitas.
7. Dana yang dikelola oleh PT Askes (Persero) disalurkan dari kantor Pusat PT Askes (Persero) langsung ke Rumah Sakit dan Pemberi Pelayanan Kesehatan (PPK) lainnya kecuali Puskesmas dan jaringannya (Depkes, 2007).

2.4.4. Kegiatan Penunjang

2.4.4.1. Pelayanan Kesehatan Tidak Langsung

Pelayanan kesehatan tidak langsung adalah kegiatan yang dilakukan dalam rangka menunjang kegiatan pelayanan kesehatan langsung. Kegiatan ini dibiayai dari APBN yang disalurkan melalui PT Askes (Persero) yang penggunaannya direncanakan dan dirumuskan bersama antara Departemen Kesehatan/Dinkes Prop/Dinkes Kab Kota dengan PT Askes (Persero) mengacu pada RAB, yang kegiatannya meliputi:

1. Sosialisasi dan penyuluhan program, sosialisasi program dilakukan di berbagai tingkat: tingkat desa, kecamatan, kabupaten/kota, propinsi dan pusat, melalui penyuluhan langsung dan tidak langsung (media cetak, media elektronik, dll.)
2. Koordinasi pelaksanaan dan pembinaan program, kegiatan ini dilaksanakan ditingkat pusat, propinsi, kabupaten/kota melalui Tim Koordinasi.

3. Administrasi kartu peserta, meliputi pengumpulan, validasi dan legalisasi data, pencetakan blanko kartu, *entry* data, penerbitan dan distribusi kartu sampai kepada peserta.
4. Pelayanan tidak langsung lainnya

2.4.4.2. Pelaksanaan *Safeguarding*

Safeguarding adalah kegiatan yang bertujuan untuk menjamin dan mengamankan kegiatan-kegiatan tersebut diatas agar tepat sasaran, berhasil guna dan berdaya guna. Kegiatan tersebut meliputi:

1. *Safeguarding* tingkat Pusat
 - a. Sosialisasi langsung (tatap muka) dan tidak langsung (media cetak nasional, media elektronik, dll,)
 - b. Perencanaan, operasional kegiatan, pemantauan dan evaluasi.
 - c. Pencatatan dan pelaporan
 - d. Penanganan pengaduan masyarakat.
 - e. Kajian/studi Program Askeskin.
2. *Safeguarding* tingkat Propinsi
 - a. Sosialisasi langsung (tatap muka) dan tidak langsung (media cetak, media elektronik, dll)
 - b. Perencanaan, operasional kegiatan, pemantauan dan evaluasi
 - c. Pencatatan dan pelaporan
 - d. Penanganan pengaduan masyarakat.
 - e. Kajian/studi Program Askeskin.

3. *Safeguarding* tingkat Kab/Kota

- a. Sosialisasi langsung (tatap muka) dan tidak langsung (media cetak, media elektronik, dll.)
- b. Pencatatan dan pelaporan
- c. Perencanaan, operasional kegiatan, pemantauan dan evaluasi.
- d. Penanganan pengaduan masyarakat (Depkes RI, 2007).

2.4.4.3 Kegiatan Lainnya

Untuk melengkapi pelayanan kesehatan masyarakat miskin diperlukan kegiatan pendukung yang berbasis Upaya Kesehatan Masyarakat (UKM) diluar Program Askeskin, meliputi:

1. Operasional dan Manajemen Puskesmas.
2. Revitalisasi Posyandu dan perbaikan gizi. (dialokasikan dalam dana dekonstrasi)
3. Pelayanan kesehatan daerah kepulauan dan terpencil. (dialokasikan dalam dana dekonstrasi)
4. Penyediaan obat generik di Puskesmas (Depkes RI, 2007).

2.4.5. Pengorganisasian

Pengorganisasian dalam penyelenggaraan jaminan kesehatan bagi masyarakat miskin terdiri dari Tim *Safeguarding* dan Tim Koordinasi yang dibentuk di Pusat, Propinsi, dan Kabupaten/Kota. Tim *Safeguarding* berfungsi untuk menjaga dan menjamin kelancaran pelaksanaan jaminan kesehatan masyarakat miskin dan bersifat internal lintas program di Departemen Kesehatan dan Dinas Kesehatan

Propinsi/Kabupaten/Kota. Tim Koordinasi berfungsi untuk melaksanakan tugas koordinasi penyelenggaraan Jaminan Kesehatan masyarakat miskin yang melibatkan lintas sektor dan *stakeholders* terkait dalam berbagai kegiatan seperti pertemuan konsultasi, pembinaan, sosialisasi dan lain-lain.

2.4.5.1. Tim Safeguarding

1. Pusat

Menteri Kesehatan membentuk Tim *Safeguarding* Pusat yang terdiri dari Pengarah, Pelaksana Teknis dan Sekretariat *Safeguarding* sebagai berikut:

a. Pengarah

Diketahui oleh Sekretaris Jenderal dengan anggota pejabat eselon I dan II terkait.

Tugas dan fungsi Pengarah:

- 1) Menentukan arah, strategi, dan kebijakan pelaksanaan program Jaminan kesehatan masyarakat miskin
- 2) Melakukan pengendalian dan penilaian pelaksanaan program
- 3) Menjadi fasilitator antar lintas program dan lintas sektoral
- 4) Melakukan tindak lanjut penyelesaian temuan, masalah dan keluhan di lapangan (UPM) dalam lingkup nasional.

b. Pelaksana Teknis

Diketahui oleh Kepala Pusat Pembiayaan dan Jaminan Kesehatan dengan anggota eselon III dan IV dari unit terkait.

Tugas dan fungsi Pelaksana Teknis adalah:

- 1) Merumuskan dan menjabarkan kebijakan teknis operasional berdasarkan kebijakan yang telah ditetapkan
- 2) Menyusun, menyempurnakan dan mensosialisasikan pedoman pelaksanaan dan petunjuk teknis yang berhubungan dengan pelaksanaan Program Askeskin
- 3) Melaksanakan pemantauan dan evaluasi Program Askeskin
- 4) Membuat laporan hasil pemantauan dan telaah laporan untuk disampaikan kepada Pengarah.

c. Sekretariat *Safeguarding*

Diketahui oleh Kepala Bidang Kepesertaan Pusat Pembiayaan dan Jaminan Kesehatan dengan anggotanya terdiri dari lintas program terkait. Fungsi Sekretariat untuk membantu kelancaran pelaksanaan program Jaminan kesehatan masyarakat miskin yang meliputi dari unit:

- 1) Sosialisasi;
- 2) Perencanaan;
- 3) Monitoring dan Evaluasi (Renmonev);
- 4) Pengaduan Masyarakat (UPM).

Tugas dan fungsi Sekretariat *Safeguarding*:

- 1) Membantu secara administratif Pelaksana teknis dalam penyusunan kebijakan dan pengelolaan sesuai dengan petunjuk operasional yang telah ditetapkan.
- 2) Melaksanakan kegiatan dan pengelolaan secara administratif Program Askeskin

- 3) Membantu secara administrasi kegiatan sosialisasi, perencanaan, UPM, pemantauan dan evaluasi pelaksanaan pelayanan kesehatan masyarakat miskin dan membuat laporan perkembangan kegiatan yang telah dilaksanakan.
- 4) Mengumpulkan, mengkompilasi dan menganalisa data laporan yang berasal dari Tim *Safeguarding* daerah.

Dalam pelaksanaannya sekretariat membantu administratif pelaksanaan sehari-hari dan bertanggungjawab kepada Pelaksana Teknis dalam penyelenggaraan Program Askeskin. Kegiatan Tim *Safeguarding* dibiayai dari dana yang bersumber dari DIPA Pusat Pembiayaan dan Jaminan Kesehatan, Departemen Kesehatan dan sumber-sumber lain yang tidak mengikat.

Struktur Tim *Safeguarding* Pusat sebagai berikut:

Pengarah

- | | |
|------------|---|
| Penasehat | : Menteri Kesehatan |
| Ketua | : Sekretaris Jenderal Departemen Kesehatan RI |
| Sekretaris | : Kepala Pusat Pembiayaan dan Jaminan Kesehatan |
| Anggota | : Pejabat Eselon I dan II terkait |

Pelaksana Teknis

- | | |
|-----------------|---|
| Ketua Pelaksana | : Kepala Pusat Pembiayaan dan Jaminan Kesehatan |
| Sekretaris | : Kepala Bidang Kepesertaan Pusat Pembiayaan dan Jaminan Kesehatan. |
| Anggota | : Pejabat Eselon II, III dan IV terkait. |

Sekretariat *Safeguarding*

- | | |
|-------------------|--|
| Ketua Koordinator | : Kepala Bidang Kepesertaan Pusat Pembiayaan dan |
|-------------------|--|

Jaminan Kesehatan.

Sekretaris	: Staf Pusat Pembiayaan dan Jaminan Kesehatan
Koord. Monev & UPM	: Kasubid Kepesertaan Sektor Informal PPJK
Koord. Sos. & Umum	: Kasubid Kepesertaan Sektor Formal PPJK
Anggota	: Eselon IV dan Staf terkait Program JPK MM

2. Propinsi

Gubernur membentuk Tim *Safeguarding* Propinsi yang terdiri dari Pengarah, Pelaksana Teknis dan Sekretariat *Safeguarding* sebagai berikut:

a. Pengarah

Diketahui oleh Sekretaris Daerah dengan anggota antara lain: Asisten Gubernur yang membidangi kesehatan, Ketua Bapeda, Kepala Dinas Kesehatan, Direktur Rumah Sakit Propinsi.

Tugas dan fungsi Pengarah:

- 1) Menentukan arah, strategi, dan kebijakan pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan masyarakat miskin sesuai dengan kebijakan pusat.
- 2) Melakukan pengendalian dan penilaian pelaksanaan program
- 3) Menjadi fasilitator antar lintas program dan lintas sektoral
- 4) Melakukan tindak lanjut penyelesaian temuan, masalah dan keluhan di lapangan (UPM) dalam lingkup propinsi.

b. Pelaksana Teknis

Diketahui oleh Kepala Dinas Kesehatan dengan anggota antara lain eselon III dan IV dari unit terkait.

Tugas dan fungsi Pelaksana Teknis adalah:

- 1) Merumuskan dan menjabarkan kebijakan teknis operasional berdasarkan kebijakan yang telah ditetapkan.
- 2) Menyusun, menyempurnakan dan mensosialisasikan pedoman penyelenggaraan dan petunjuk teknis yang berhubungan dengan pelaksanaan Program Askeskin.
- 3) Melaksanakan pembinaan, pemantauan dan evaluasi Program Askeskin.
- 4) Membuat laporan hasil pemantauan dan evaluasi penyelenggaraan Askeskin kepada Pengarah Propinsi dan Pusat.

b. Sekretariat *Safeguarding*

Diketahui oleh Kepala Subdin/Bidang Dinkes Propinsi yang membidangi jaminan kesehatan dengan anggotanya terdiri dari lintas program terkait di Dinas Kesehatan Propinsi. Fungsi Sekretariat untuk membantu kelancaran pelaksanaan program jaminan kesehatan masyarakat miskin yang meliputi:

- 1) Sosialisasi;
- 2) Perencanaan
- 3) Monitoring dan Evaluasi (Renmonev);
- 4) Pengaduan Masyarakat (UPM);

Tugas dan fungsi Sekretariat *Safeguarding*:

- 1) Membantu secara administratif pelaksana teknis dalam penyusunan kebijakan dan pengelolaan sesuai dengan petunjuk operasional yang telah ditetapkan.
- 2) Melaksanakan kegiatan dan pengelolaan secara administratif Program Askeskin

- 3) Membantu secara administrasi kegiatan sosialisasi, perencanaan, UPM, pemantauan dan evaluasi pelaksanaan pelayanan kesehatan masyarakat miskin dan membuat laporan perkembangan kegiatan yang telah dilaksanakan.
- 4) Mengumpulkan, mengkompilasi dan menganalisa data laporan yang berasal dari Tim *Safeguarding* Kabupaten/Kota.

Dalam pelaksanaan tugas dan fungsi sekretariat *safeguarding* membantu administratif sehari-hari dan bertanggungjawab kepada Pelaksana Teknis dalam penyelenggaraan Program Askeskin. Kegiatan Tim *Safeguarding* propinsi dibiayai dari dana yang bersumber APBN Pusat yang didaerahkan dan dialokasikan dalam DIPA kebijakan dan Manajemen Pembangunan Kesehatan propinsi, APBD propinsi dan sumber-sumber lain yang tidak mengikat.

Struktur Tim *Safeguarding* Propinsi sebagai berikut:

Pelindung : Gubernur

Pengarah

Ketua : Sekretaris Daerah Propinsi

Anggota : Asisten Gubernur yang membidangi kesehatan,
Kepala Bapeda, Kepala Dinas Kesehatan, Direktur
Rumah Sakit Propinsi.

Pelaksana Teknis

Ketua Pelaksana : Kepala Dinas Kesehatan Propinsi

Sekretaris : Kepala Subdin/Bidang Dinkes Propinsi yang membidangi
Jaminan Kesehatan

Anggota : Ka Subdin/Bidang yang membidangi Yankes,

Ka Subdin/Bidang yang membidangi Perencanaan dan Program, Ka Subdin/Bidang yang membidangi Promosi Kesehatan, Ka Subdin/Bidang yang membidangi PP-PL.

Sekretariat *Safeguarding*

Ketua : Kepala Subdin/Bidang Dinkes Propinsi yang membidangi Jaminan Kesehatan

Anggota : Eselon IV dan staf pengelola lintas program terkait serta Pengelola Askeskin di RS.

3. Kabupaten/Kota

Bupati/Walikota membentuk Tim *Safeguarding* Kabupaten/Kota yang terdiri dari Pengarah, Pelaksana Teknis dan Sekretariat *Safeguarding* sebagai berikut:

a. Pengarah

Diketahui oleh Sekretaris Daerah Kabupaten/Kota dengan anggota antara lain Asisten Bupati yang membidangi kesehatan, Ketua Bapeda Kabupaten/Kota, Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota, Direktur Rumah Sakit Kabupaten/Kota.

Tugas dan fungsi Pengarah:

- 1) Menentukan arah, strategi, dan kebijakan pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan masyarakat miskin sesuai dengan kebijakan pusat.
- 2) Melakukan pengendalian dan penilaian pelaksanaan program.
- 3) Menjadi fasilitator antar lintas program dan lintas sektoral.
- 4) Melakukan tindak lanjut penyelesaian temuan, masalah dan keluhan di lapangan (UPM) dalam lingkup propinsi.

b. Pelaksana Teknis

Diketahui oleh Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten/ Kota dengan anggota antara lain eselon III dan IV dari unit terkait.

Tugas dan fungsi Teknis adalah:

- 1) Merumuskan dan menjabarkan kebijakan teknis operasional berdasarkan kebijakan yang telah ditetapkan.
- 2) Menyusun, menyempurnakan dan mensosialisasikan pedoman penyelenggaraan dan petunjuk teknis yang berhubungan dengan pelaksanaan Program Askeskin.
- 3) Melaksanakan pembinaan, pemantauan dan evaluasi Program Askeskin.
- 4) Membuat laporan hasil pemantauan dan evaluasi penyelenggaraan Askeskin kepada Pengarah Kabupaten/Kota dan Propinsi.

c. Sekretariat *Safeguarding*

Diketahui oleh Kepala Subdin/Bidang Dinkes Kabupaten/Kota yang membidangi jaminan kesehatan dengan anggotanya terdiri dari lintas program terkait di Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota. Fungsi Sekretariat untuk membantu kelancaran pelaksanaan program jaminan kesehatan masyarakat miskin yang meliputi:

- 1) Sosialisasi;
- 2) Perencanaan
- 3) Monitoring dan Evaluasi (Renmonev);
- 4) Pengaduan Masyarakat (UPM);

Tugas dan fungsi Sekretariat *Safeguarding*:

- 1) Membantu secara administratif pelaksana teknis dalam penyusunan kebijakan dan pengelolaan sesuai dengan petunjuk operasional yang telah ditetapkan.
- 2) Melaksanakan kegiatan dan pengelolaan secara administratif Program Askeskin
- 3) Membantu secara administrasi kegiatan sosialisasi, perencanaan, UPM, pemantauan dan evaluasi pelaksanaan pelayanan kesehatan masyarakat miskin dan membuat laporan perkembangan kegiatan yang telah dilaksanakan.
- 4) Mengumpulkan, mengkompilasi dan menganalisa data laporan yang berasal dari Puskesmas dan RSUD.

Dalam pelaksanaan tugas dan fungsi sekretariat *safeguarding* membantu administratif sehari-hari dan bertanggungjawab kepada Pelaksana Teknis dalam penyelenggaraan Program Askeskin. Kegiatan Tim *Safeguarding* kabupaten/kota dibiayai dari dana yang bersumber APBN Pusat yang didaerahkan dan dialokasikan dalam DIPA kebijakan dan Manajemen Pembangunan Kesehatan propinsi, APBD prop/kab/kota dan sumber-sumber lain yang tidak mengikat.

Struktur Tim *Safeguarding* Kabupaten/ Kota sebagai berikut:

Pelindung : Bupati/Walikota

Pengarah

Ketua : Sekretaris Daerah Kabupaten/Kota

Anggota : Asisten Bupati/Walikota yang membidangi kesehatan,

Kabupaten/Kota, Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota,
Direktur Rumah Sakit Kabupaten/Kota.

Pelaksana Teknis

- Ketua Pelaksana : Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota
- Sekretaris : Kepala Subdin/Bidang Dinkes Kabupaten/Kota yang membidangi Jaminan Kesehatan
- Anggota : Ka Subdin/Bidang yang membidangi Yankes, Ka Subdin/Bidang yang membidangi Perencanaan dan Program, Ka Subdin/Bidang yang membidangi Promosi Kesehatan, Ka Subdin/Bidang yang membidangi PP-PL.

Sekretariat *Safeguarding*

- Ketua : Kepala Subdin/Bidang Dinkes Kabupaten/ Kota yang membidangi Jaminan Kesehatan
- Anggota : Eselon IV dan staf pengelola lintas program terkait serta Pengelola Askeskin di RSUD.

(*Pedoman Pelaksanaan JPKMM-Askeskin tahun 2007*, Depkes RI: 2007)

2.5. Manajemen

2.5.1. Pengertian Manajemen

Menurut George R. Terry (1986) dalam Sarwoto (1991), pengertian manajemen adalah proses yang khas yang terdiri dari tindakan-tindakan perencanaan, pengorganisasian, penggerakkan, dan pengawasan dimana pada masing-masing bidang digunakan baik ilmu pengetahuan maupun keahlian dan yang diikuti secara berurutan dalam rangka usaha mencapai sasaran yang telah ditetapkan semula.

Menurut Stoner (1996) dalam Ilyas (2003), manajemen adalah proses perencanaan, pengorganisasian, kepemimpinan, dan pengendalian upaya anggota organisasi, dan penggunaan semua sumber daya organisasi untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan.

2.5.2. Fungsi Manajemen

Menurut Terry, terdapat empat fungsi pokok manajemen, yaitu perencanaan, pengorganisasian, penggerakkan, dan pengawasan.

a. Perencanaan

Menurut Stoner (1996) dalam Ilyas (2003), perencanaan adalah suatu proses menetapkan sasaran dan memilih cara untuk mencapai sasaran tersebut. Sasaran diperlukan karena sasaran dapat memberikan arah, memfokuskan usaha, menjadi pedoman rencana dan keputusan, dan membantu kita mengevaluasi kemajuan yang kita capai.

Selain itu, menurut Bintoro Tjokroamidjojo yang dikutip dalam Djoko Wijono (1997), perencanaan adalah proses mempersiapkan secara sistematis kegiatan-kegiatan yang akan dilakukan untuk mencapai suatu tujuan tertentu.

Perencanaan adalah alat untuk mencapai suatu tujuan. Dengan adanya perencanaan, diharapkan tercapainya suatu pengarahan kegiatan, adanya pedoman bagi pelaksanaan kegiatan-kegiatan yang dilakukan pada pencapaian tujuan.

b. Pengorganisasian

Menurut Terry (1986), pengorganisasian adalah tindakan mengusahakan hubungan-hubungan perilaku yang efektif antara masing-masing orang, sehingga mereka dapat bekerjasama secara efisien dan memperoleh kepuasan diri dalam

melaksanakan tugas-tugas terpilih di dalam kondisi yang ada untuk mencapai tujuan dan sasaran.

Dalam Ensiklopedi Administrasi (Wijono, 1997), pengorganisasian adalah rangkaian aktivitas menyusun suatu kerangka yang menjadi wadah bagi setiap kegiatan usaha kerjasama dengan jalan membagi dan mengelompokkan pekerjaan yang harus dilakukan serta menetapkan dan menyusun jalinan hubungan kerja di antara satuan organisasi atau perantara pejabatnya.

c. Penggerakkan

Penggerakkan merupakan kegiatan yang dilakukan oleh pimpinan untuk mengatur, membimbing, mengarahkan bawahan agar melaksanakan kegiatannya untuk mencapai tujuan organisasi. Penggerakkan merupakan kegiatan yang dilakukan oleh pimpinan untuk mengatur, membimbing, mengarahkan bawahan agar melaksanakan kegiatannya untuk mencapai tujuan organisasi. Fungsi penggerakkan ini berkaitan dengan kepemimpinan, motivasi, hubungan antar manusia, dan komunikasi (Wijono, 1997).

Menurut Terry (1986), penggerakkan adalah membuat semua anggota kelompok agar mau bekerja sama dan bekerja secara ikhlas, secara bergairah untuk mencapai tujuan sesuai dengan perencanaan dan usaha-usaha pengorganisasian.

d. Pengawasan

Pengawasan adalah kegiatan manajer yang mengusahakan agar pekerjaan-pekerjaan terlaksana dengan rencana yang ditetapkan dan atau hasil yang dikehendaki. Pengawasan dilakukan dengan mengamati pelaksanaan seluruh aspek upaya kesehatan untuk menjamin semua kegiatan yang sedang dilaksanakan berjalan sesuai dengan rencana (Sarwoto, 1991).

2.6. Sistem

2.6.1. Pengertian Sistem

Dalam bukunya yaitu Pengantar Administrasi Kesehatan, Azwar (1996) mengemukakan berbagai macam definisi sistem. Menurutnya, sistem adalah suatu kesatuan yang utuh dan terpadu dari berbagai elemen yang berhubungan serta saling mempengaruhi yang dengan sadar dipersiapkan untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan. Selain itu, sistem adalah kumpulan dari bagian-bagian yang berhubungan dan membentuk satu kesatuan majemuk, dimana masing-masing bagian bekerja sama secara bebas dan terkait untuk mencapai sasaran kesatuan dalam suatu situasi yang majemuk pula.

Sistem adalah sekumpulan komponen atau subsistem yang terorganisasi dan saling berkaitan satu sama lain, sesuai dengan rencana, untuk mencapai tujuan (Ilyas, 2003).

Menurut Waters (1979), sistem adalah sekumpulan elemen yang dikoordinasikan untuk membentuk kesatuan hasil, dimana manusia, aktivitas, perlengkapan, material, perencanaan, dan control bekerja bersama untuk mencapai kesatuan tujuan.

Pendekatan sistem dalam manajemen berarti bahwa manajemen atau organisasi pada hakekatnya dipandang sebagai suatu sistem yang terdiri dari unsur-unsur, komponen-komponen, elemen-elemen, atau unit-unit yang saling berhubungan, saling memerlukan, saling berinteraksi, saling bergantung dalam mencapai tujuan dan sasaran organisasi (Wijono, 1997).

2.6.2. Ciri-ciri Sistem

Dalam Azwar (1996), yang dimaksud dengan sistem adalah apabila memiliki beberapa ciri pokok antara lain:

- a. Terdapat elemen atau bagian yang satu sama lain saling berhubungan dan mempengaruhi yang semuanya membentuk satu kesatuan dalam arti semuanya berfungsi untuk mencapai tujuan yang sama yang telah ditetapkan.
- b. Sekalipun sistem merupakan suatu kesatuan yang terpadu, bukan berarti ia tertutup terhadap lingkungan.
- c. Fungsi yang diperankan oleh masing-masing elemen atau bagian yang membentuk satu kesatuan tersebut dalam rangka mengubah masukan menjadi keluaran yang direncanakan.
- d. Dalam melaksanakan fungsi ini semuanya bekerja sama secara bebas, namun terkait dalam arti terdapat mekanisme pengendalian yang mengarahkannya agar tetap berfungsi sebagaimana yang telah direncanakan.

2.6.3. Unsur-unsur sistem

Sistem terbentuk dari elemen-elemen atau bagian yang saling berhubungan dan mempengaruhi. Adapun yang dimaksud dengan elemen atau bagian tersebut adalah sesuatu yang mutlak harus ditemukan, yang jika tidak demikian, maka tidak ada yang disebut dengan sistem tersebut. Elemen atau bagian tersebut banyak macamnya, yang jika disederhanakan dapat dikelompokkan dalam enam unsur, yaitu:

- a. Masukan (*Input*)

Masukan adalah kumpulan elemen yang terdapat dalam sistem untuk berfungsinya sistem tersebut.

b. Proses

Proses adalah kumpulan elemen yang terdapat dalam sistem untuk mengubah masukan menjadi keluaran yang direncanakan.

c. Keluaran (*Output*)

Keluaran adalah kumpulan elemen atau bagian yang dihasilkan dan berlangsungnya proses dalam sistem.

d. Umpan Balik (*Feed back*)

Umpan balik merupakan kumpulan elemen yang menghasilkan keluaran dari sistem dan sekaligus sebagai masukan bagi sistem tersebut.

e. Dampak (*Impact*)

Dampak adalah akibat yang dihasilkan oleh keluaran suatu sistem.

f. Lingkungan (*Environment*)

Lingkungan adalah dunia di luar sistem yang tidak dikelola sistem tetapi mempunyai pengaruh besar terhadap sistem.

BAB III

KERANGKA KONSEP

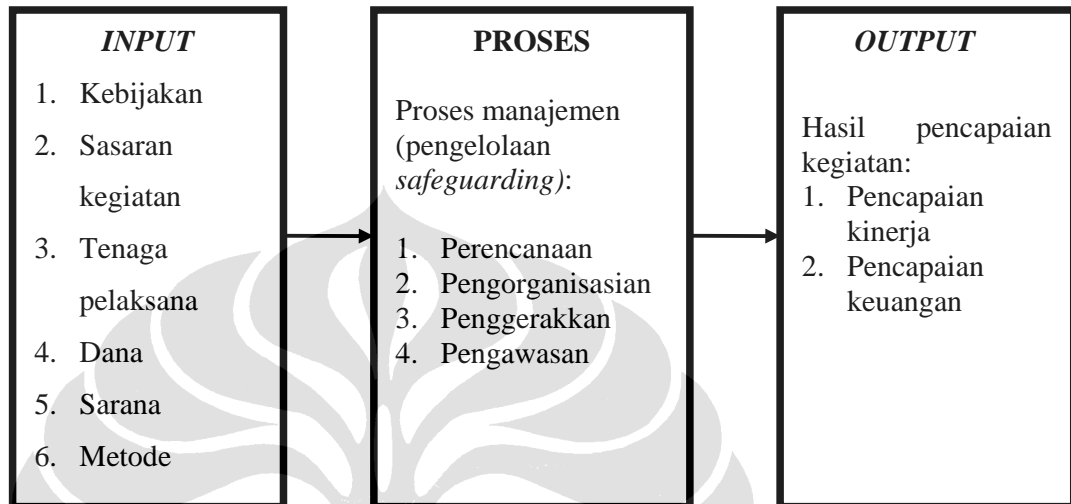
3.1. Kerangka Konsep

Kerangka konsep dari penelitian ini menggunakan pendekatan sistem. Pendekatan sistem adalah suatu strategi yang menggunakan metoda analisa, desain dan manajemen untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan secara efektif dan efisien. Menurut L. James Harvey, pendekatan sistem adalah penerapan suatu prosedur yang logis dan rasional dalam merancang suatu rangkaian komponen-komponen yang berhubungan sehingga dapat berfungsi sebagai satu kesatuan mencapai tujuan yang telah ditetapkan (Azwar, 1996).

Komponen-komponen dasar (unsur) sistem yaitu masukan (*input*), proses (*process*), dan keluaran (*output*). Untuk sistem yang berupaya menghasilkan pelayanan kesehatan, maka yang dimaksud dengan masukan adalah perangkat administrasi, yakni tenaga, dana, sarana, dan metoda. Untuk proses adalah fungsi administrasi, yakni perencanaan, pengorganisasian, pelaksanaan dan penilaian. Untuk keluaran adalah pelayanan kesehatan yang akan dimanfaatkan oleh masyarakat (Azwar, 1996). Untuk komponen proses, fungsi dasar manajemen yang digunakan adalah perencanaan, pengorganisasian, penggerakkan, dan pengawasan.

Berdasarkan hal tersebut di atas yang dijadikan kerangka acuan, maka dibuat kerangka konsep yang disesuaikan sebagai berikut:

Gambar 3.1.
Kerangka Konsep



Untuk komponen *input* akan dibahas dan diteliti dari unsur perangkat administrasi yang sudah disesuaikan, yaitu kebijakan, sasaran kegiatan, tenaga pelaksana, dana, sarana, dan metode. Untuk komponen proses akan dikaji proses manajemennya yang terdiri dari perencanaan, pengorganisasian, penggerakkan, dan pengawasan. Sedangkan untuk komponen *output* akan dikaji tingkat pencapaian kegiatan, yaitu pencapaian kinerja yang dilihat dari kegiatan yang dilaksanakan dan pencapaian keuangan yang dilihat dari tingkat penyerapan dana dari kegiatan *safeguarding* yang dilakukan oleh sekretariat *safeguarding* pusat tahun 2007.

3.2. Definisi Operasional

Tabel 3.1.
Definisi Operasional

No.	Item	Definisi Operasional	Cara Ukur	Alat Ukur
I.	<i>Input</i>			
	1. Kebijakan	Semua undang-undang, peraturan, pedoman, keputusan yang ditetapkan oleh pemerintah pusat untuk dijadikan pedoman untuk melaksanakan kegiatan <i>safeguarding</i> di tingkat pusat.	Wawancara mendalam dan data sekunder	Pedoman wawancara mendalam
	2. Sasaran Kegiatan	Semua unit atau bidang yang menjadi target dari kegiatan <i>safeguarding</i> yang diselenggarakan oleh Sekretariat <i>Safeguarding</i> Pusat tahun 2007.	Wawancara mendalam dan data sekunder	Pedoman wawancara mendalam
	3. Tenaga Pelaksana	Jumlah, kecukupan, dan kualitas tenaga pelaksana yang terlibat pada kegiatan <i>safeguarding</i> Program Askeskin di Sekretariat <i>Safeguarding</i> Pusat pada tahun 2007.	Wawancara mendalam dan data sekunder	Pedoman wawancara mendalam
	4. Dana	Jumlah, kecukupan, dan kesesuaian mengenai penyerapan dana yang dilakukan dalam penyelenggaraan kegiatan <i>safeguarding</i> oleh Sekretariat <i>Safeguarding</i> Pusat tahun 2007.	Wawancara mendalam dan data sekunder	Pedoman wawancara mendalam
	5. Sarana	Kecukupan, kesesuaian, kualitas, dan kelengkapan peralatan yang digunakan untuk menunjang penyelenggaraan kegiatan <i>safeguarding</i> di sekretariat <i>safeguarding</i> pusat tahun 2007.	Wawancara mendalam	Pedoman wawancara mendalam

No.	Item	Definisi Operasional	Cara Ukur	Alat Ukur
	6. Metode	Pedoman dan pendekatan yang digunakan dalam menyelenggarakan kegiatan <i>safeguarding</i> di tingkat pusat untuk mendukung keberhasilan Program JPKMM-Askeskin.	Wawancara mendalam dan data sekunder	Pedoman wawancara mendalam
II.	Proses			
	1. Perencanaan	Rancangan berbagai tindakan yang telah dibuat oleh sekretariat <i>safeguarding</i> pusat sebelum melaksanakan kegiatan <i>safeguarding</i> oleh Sekretariat <i>Safeguarding</i> Pusat Program JPKMM-Askeskin tahun 2007.	Wawancara mendalam	Pedoman wawancara mendalam
	2. Pengorganisasian	Penyusunan tenaga pelaksana, pembagian wewenang dan uraian kerja yang dibuat dalam penyelenggaraan kegiatan <i>safeguarding</i> pusat oleh Sekretariat <i>safeguarding</i> pusat tahun 2007.	Wawancara mendalam	Pedoman wawancara mendalam
	3. Penggerakkan	Usaha dan tindakan yang dilakukan untuk mendorong dan menggerakkan pelaksana kegiatan <i>safeguarding</i> pusat agar dapat menjalankan kegiatan sesuai dengan pedoman dan dapat mencapai tujuan.	Wawancara mendalam	Pedoman wawancara mendalam
	4. Pengawasan	Tindakan yang dilakukan untuk menemukan, mengoreksi, dan mengurangi penyimpangan (masalah) terhadap hasil yang didapat dari kegiatan <i>safeguarding</i> pusat.	Wawancara mendalam	Pedoman wawancara mendalam

No.	Item	Definisi Operasional	Cara ukur	Alat ukur
III.	<i>Output</i>			
	1. Tingkat pencapaian kegiatan	Pencapaian kegiatan yang telah dilakukan oleh sekretariat <i>safeguarding</i> pusat, yaitu pencapaian kinerja yang dilihat dari keberhasilan kegiatan yang dilaksanakan dan pencapaian keuangan yang dilihat dari penyerapan dana kegiatan.	Data sekunder	Laporan pelaksanaan kegiatan

