

## **BAB VI**

### **HASIL PENELITIAN**

#### **6.1. Pelaksanaan Penelitian**

Penelitian ini dilakukan di Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Daerah (Bapel Jamsosda) atau yang lebih dikenal dengan Jaminan Kesehatan Jembrana (JKJ) untuk memperoleh data yang diperlukan dalam mengevaluasi pelaksanaan program JKJ pada tahun 2008. Penelitian dilaksanakan selama 1 bulan mulai Mei-Juni 2008 dengan menggunakan desain penelitian deskriptif, dengan bentuk pelaksanaan penelitian evaluasi.

Data sekunder diperoleh dari dokumen-dokumen dalam bentuk laporan kegiatan program JKJ, profil kesehatan Kabupaten Jembrana, dokumen kontrak antara Bapel JKJ dengan PPK-1, serta dokumen kebijakan penyelenggaraan JKJ. Sedangkan data primer diperoleh melalui wawancara mendalam (*indepth interview*) dengan pejabat dan staf yang berhubungan dengan pelaksanaan program JKJ. Informan yang berhasil diwawancarai antara lain Direktur JKJ, Kepala Bidang Kepesertaan JKJ, dan Bendahara Pengeluaran Dinas Kesehatan dan Kesejahteraan Sosial.

#### **6.2. Keterbatasan Penelitian**

Dalam proses penyelesaian penelitian ini, ada beberapa hambatan dan keterbatasan penelitian yang ditemui, baik ketika melakukan pengumpulan data maupun pengolahan data. Hambatan dan keterbatasan penelitian yang ditemui, antara lain:

1. Pejabat penentu atau pengambil kebijakan mengenai program JKJ tidak berhasil diwawancarai mengingat kesibukan dan keterbatasan waktu yang dimiliki. Sehingga penulis mengambil data primer dari dua orang informan yang bekerja di Bapel JKJ yaitu Direktur JKJ dan Kepala Bidang Kepesertaan yang memahami program ini dengan baik, dan satu orang informan dari Dinas Kesehatan dan Kesejahteraan Sosial yang menjabat sebagai Bendahara Dinas sekaligus bendahara JKJ.
2. Karena keterbatasan waktu dan biaya yang dimiliki, maka penulis lebih memfokuskan untuk melakukan evaluasi terhadap program JKJ pada tahun 2007.
3. Penelitian ini hanya meninjau dan menganalisis pelaksanaan program yang dilakukan di tingkat Bapel JKJ, tanpa meninjau dan menganalisis di tingkat PPK dan masyarakat.

### **6.3. Kebijakan Pemerintah Daerah Kabupaten Jembrana**

#### **6.3.1. Kebijakan Pemerintah Daerah Kabupaten Jembrana tentang Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan Jembrana**

Kabupaten Jembrana merupakan salah satu kabupaten yang peduli terhadap kesejahteraan masyarakat. Sebagai wujud nyata akan kepedulian Pemerintah Kabupaten Jembrana terhadap kesejahteraan masyarakat, maka pada tanggal 4 Desember 2002 Bupati Jembrana mengambil langkah/kebijakan dengan membentuk suatu lembaga yang diberi nama Jaminan Kesehatan Jembrana yang disingkat JKJ. Pada tanggal 24 Mei 2006 kebijakan tersebut disempurnakan dengan Peraturan

Daerah Kabupaten Jembrana Nomor 7 Tahun 2006 tentang Pembentukan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Daerah Kabupaten Jembrana ( Jamsosda).

Adapun dasar pembentukan Jaminan Kesehatan Jembrana (JKJ) adalah:

1. Keputusan Bupati Jembrana Nomor 572 Tahun 2002 tanggal 12 Desember 2002 tentang Pembentukan Tim Persiapan Jaminan Kesehatan Jembrana
2. Keputusan Bupati Jembrana Nomor 31 Tahun 2003 tentang Pengalihan Subsidi Pelayanan Kesehatan dan Pembentukan Badan Penyelenggara Jaminan Kesehatan Jembrana.
3. Keputusan Bupati Jembrana Nomor 552 Tahun 2003 tanggal 14 Oktober 2003 tentang Perubahan Atas Keputusan Bupati Jembrana Nomor 572 tentang Pembentukan Tim Persiapan Jaminan Kesehatan Jembrana.
4. Keputusan Bupati Jembrana Nomor 1927 Tahun 2004 tanggal 1 Desember 2004 tentang Pembentukan Tim Pengelola Jaminan Kesehatan Jembrana.
5. Peraturan Daerah Kabupaten Jembrana Nomor 7 Tahun 2006 tentang Pembentukan Badan Penyelenggaraan Jaminan Sosial Daerah Kabupaten Jembrana

(Badan Penyelenggara Jaminan Kesehatan Jembrana, 2007).

### **6.3.2. Hasil Wawancara Mendalam tentang Kebijakan Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan Jembrana**

Kebijakan yang digunakan sebagai pedoman dalam pelaksanaan program JKJ dibuat oleh Bupati Jembrana disesuaikan dengan kepentingan dan kebutuhan daerah, dan selanjutnya disetujui oleh pihak eksekutif maupun legislatif menjadi suatu kebijakan.

*“Dalam penetapan kebijakan secara relevansi kita di JKJ tidak memiliki wewenang. Kebijakan itu dibuat oleh Bupati didasari Perda yang kemudian disetujui oleh pihak legislatif dan eksekutif menjadi suatu kebijakan... Kalau mengenai kebijakan yang dikeluarkan mengenai Tim Persiapan dan Tim Pengelola sebenarnya tugasnya sama hanya saja yang beda adalah anggotanya. Tapi semua anggota tim persiapan otomatis akan menjadi tim pengelola” (informan 1).*

*“Untuk saat ini kita belum diberikan wewenang untuk turut andil dalam penetapan kebijakan. Kebijakan ditetapkan oleh Bupati Jembrana yang disetujui oleh legislatif” (informan 2).*

Kebijakan yang telah ditetapkan telah disesuaikan dengan kebutuhan, sehingga penetapan kebijakan yang saat ini menjadi pedoman dalam pelaksanaan kegiatan JKJ yaitu Perda No.7 tahun 2006 sudah cukup baik untuk dijadikan landasan pelaksanaan kegiatan

*“Yang namanya kebijakan itu kan dibuat sesuai dengan daerah kita. Apa yang menjadi kepentingan dan kebutuhan menjadi cikal bakal suatu kebijakan...” (informan 1).*

*“Saya rasa kebijakan yang diambil selama ini sudah bagus, namanya juga kebijakan sudah pasti dipikirkan secara matang dan disesuaikan dengan kondisi daerah kita” (informan 3).*

Berbeda halnya dengan informan lain yang menyatakan bahwa kebijakan yang telah ditetapkan sebagai pedoman pelaksanaan program JKJ masih perlu dikaji ulang terutama masalah kewenangan dan tanggung jawab direktur dalam pengelolaan keuangan, karena Bapel JKJ belum diberikan wewenang penuh untuk mengelola keuangan yang akan digunakan dalam pelaksanaan kegiatan.

*“Kebijakan yang selama ini digunakan sebagai pedoman saya rasa sudah sesuai dengan keadaan daerah, tapi sesuai dengan hasil temuan Bawasda ada beberapa hal yang perlu dijabarkan misalnya masalah kewenangan direktur, tanggung jawab direktur dalam pengelolaan keuangan...” (informan 2).*

Berdasarkan hasil wawancara mendalam diatas dapat diketahui bahwa, kebijakan mengenai penyelenggaraan program JKJ ditetapkan oleh Bupati Jembrana selaku penggagas dan penanggungjawab program. Kebijakan yang ditetapkan disesuaikan dengan situasi dan kondisi wilayah Kabupaten Jembrana terutama dalam

hal keuangan. Walaupun demikian perlu dilakukan pengkajian lebih lanjut mengenai status badan hukum JKJ, sehingga Bapel JKJ diberikan kewenangan secara penuh dalam hal pengelolaan keuangan. Pada tahap awal pelaksanaan Bapel JKJ, dibentuk dua buah tim yang menjadi pelaksana kegiatan yaitu tim persiapan JKJ dan tim pengelola yang memiliki tugas yang sama.

#### 6.4. Sumber Daya Manusia

##### 6.4.1. Sumber Daya Manusia Badan Penyelenggara Jaminan Kesehatan Jembrana

Jumlah Sumber Daya Manusia (SDM) yang bekerja di Bapel JKJ berjumlah 12 orang pegawai yang terdiri dari:

- a. Direktur Bapel Jamsosda : 1 orang
- b. Kepala Bidang : 2 orang
- c. Staf : 9 orang

Tabel 8. Tingkat Pendidikan Pegawai Bapel Jamsosda Tahun 2007

No.	Nama Pegawai	Jabatan	Pendidikan Akhir
1.	I Gede Santabudi Samba, SKM, M.Kes.	Direktur	S-2
2.	I Gede Awanyudiarta, SH	Kabid Kepesertaan	S-1
3.	Drg. W. Widiarsana	Kabid Pelayanan	S-1
4.	I Gst. K. Mulyagus	Staf Perencanaan Administrasi&Keuangan	SLTA
5.	I. K. Adi Wismawan, SE	Staf Pembukuan&Pelaporan	S-1

No.	Nama Pegawai	Jabatan	Pendidikan Akhir
6.	Pt. Lia Christina Yanthi	Kasir	D-3 Pajak
7.	Ni Wyn. Kertasari	Staf Administrasi Kepesertaan	SLTA
8.	Agus Yuliantara, SH	Staf Sosialisasi&Promosi	S-1
9.	I Kt. Sudina	Staf Pengembangan Kepesertaan	SLTA
10.	Drg. L Gd. Anta Kusuma	Staf Pengendalian Mutu Pelayanan	S-1
11.	Made Awantini	Staf Penanganan Keluhan	SLTA
12.	I Komang Suriana	Staf Utilisasi&Verifikasi	SLTA

*Sumber: Badan Penyelenggara Jaminan Kesehatan Jemberana, Tahun 2007.*

Kualifikasi SDM yang bekerja di Bapel JKJ, didominasi oleh tingkat pendidikan S-1 dan SLTA yaitu masing-masing 41.7 persen. Jika dilihat dari segi kuantitas dan kualitas SDM dirasakan masih kurang karena Bapel JKJ merupakan institusi yang bergerak di bidang kesehatan terutama manajemen asuransi, akan tetapi jumlah tenaga yang memiliki latar belakang pendidikan kesehatan hanya 25 persen. Bahkan sampai laporan ini dibuat, Bapel JKJ belum memiliki Kepala Bidang Keuangan.

Dalam melaksanakan kegiatan, SDM yang bekerja di Bapel JKJ memiliki tugas pokok dan fungsi (Tupoksi) sebagaimana diatur dalam Perda Kabupaten Jemberana No. 7 Tahun 2006 sebagai berikut:

1. Menyelenggarakan pendaftaran kepesertaan dan sosialisasi upaya pelayanan pengobatan rawat jalan (PPK-1) dan upaya pelayanan

pengobatan ketindaklanjutan (PPK-3) kepada masyarakat dan mengenai keberadaan Jaminan Sosial Daerah Kabupaten Jembrana serta telah dicanangkan penggunaan kartu baru yaitu Jembrana Satu Identitas Kesehatan (J-SIDIK).

2. Menyelenggarakan kerjasama dengan Pemberi Pelayanan Kesehatan (PPK) swasta maupun pemerintah.
3. Melaksanakan penelitian dan pengembangan mengenai pelayanan kesehatan yang akan dilaksanakan oleh Jaminan Sosial Daerah Kabupaten Jembrana.
4. Melaksanakan pengawasan / pemantauan dan pembinaan serta evaluasi pelayanan kesehatan terhadap Pemberi Pelayanan kesehatan (PPK).
5. Menyelenggarakan pendataan dan perpanjangan kartu peserta Jaminan Sosial Daerah Kabupaten Jembrana secara berkelanjutan
6. Melaksanakan verifikasi terhadap kebenaran administrasi klaim yang dilakukan oleh Pemberi Pelayanan Kesehatan (PPK) untuk klaim pelayanan pengobatan rawat jalan (PPK-1) dan pelayanan pengobatan ketindaklanjutan (PPK-3) .

#### **6.4.2. Hasil Wawancara Mendalam tentang Sumber Daya Manusia Badan**

##### **Penyelenggara Jaminan Kesehatan Jembrana**

*“Kalau bicara tentang kualitas dan kuantitas itu relatif. Kita kan mengarah pada manajemen asuransi tapi kalau SDM yang sesuai dengan itu kita belum. Tapi walaupun demikian program-program kita tetap berjalan karena ada bintek-bintek yang dilakukan baik di tingkat daerah, propinsi maupun tingkat nasional... Mengenai tugas rangkap kita tidak ada yang namanya tugas rangkap karena mengenai tugas pokok dan fungsi kita sudah ditetapkan dalam Perda jadi yang namanya double job itu tidak ada” (informan 1).*

*“Kualitas SDM saya rasa cukup walaupun perlu ditingkatkan lagi, tapi kendalanya disini adalah bagian keuangan...Selain itu, karena SDM yang tersedia*

*sedikit jadi kita sering kewalahan kalau mau melakukan sosialisasi dan pengawasan kadang-kadang verifikasi klaim menjadi tertunda walaupun ga sampai lama, kadang-kadang kita juga pinjem orang dari gudang maupun Dinkes” (informan 2).*

*“Kalau kita bicara masalah kualitas di JKJ memang kurang tetapi melalui pelatihan-pelatihan dan pengalaman saya yakin mereka dapat meningkatkan pemahaman sehingga program tetap bisa berjalan...” (informan 3).*

. Berdasarkan hasil wawancara mendalam diatas dapat diketahui bahwa, jika dilihat dari segi kualitas SDM yang bekerja di Bapel JKJ perlu ditingkatkan lagi khususnya SDM yang memiliki latar belakang pendidikan manajemen asuransi dan keuangan. Begitu juga dengan kuantitas SDM perlu dilakukan penambahan jumlah orang yang bekerja di Bapel JKJ, mengingat Bapel JKJ harus melakukan sosialisasi dan pemantauan secara rutin, sehingga diperlukan tenaga yang cukup banyak. Tugas rangkap atau *double job* tidak terjadi di Bapel JKJ karena tupoksi sudah ditetapkan dalam Perda, akan tetapi karena keterbatasan sumber daya yang dimiliki tidak semua kegiatan dapat dilakukan sesuai dengan perencanaan seperti sosialisasi dan pengawasan.

## **6.5. Pembiayaan Kesehatan yang dikelola Badan Penyelenggara Jaminan Kesehatan Jembrana**

### **6.5.1. Dilihat dari Sumber Dana Badan Penyelenggara Jaminan Kesehatan Jembrana**

Sumber pembiayaan program Jaminan Kesehatan Jembrana (JKJ) besumber dari Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah (APBD). APBD diperoleh dari Dana Alokasi Khusus (DAK), Dana Alokasi Umum (DAU) dan Dana Perimbangan.



Tabel 9. Pembiayaan Kesehatan dilihat dari Sumber Dana

Sumber Dana	2006	2007
Saldo Kas Tahun Lalu	1.031.502.146,37	1.451.259.235,41
APBD	7.877.055.316,00	7.529.899.470,00
Pendaftaran Peserta ASKES		43.650.000,00
ASKES	171.020.000,00	
Penjualan Obat	462.752.240,18	495.053.955,06
Penjualan Blanko	75.317.745,00	
Jasa Giro JKJ	52.910.107,36	32.238.403,75
Pajak PPN dan PPh		11.209.364,00
Pengembalian Panjar Biaya Pengadaan Kartu		246.000.000,00
Lain-lain	1.503.360.013,00	
Jumlah	11.175.666.429,91	9.809.310.428,22
<b>Keadaan Keuangan JKJ Paripurna</b>		
Jumlah Premi Peserta JKJ Paripurna		274.550.000,00

Sumber: Badan Penyelenggara Jaminan Kesehatan Jemberana, Tahun 2007.

### 6.5.2. Dilihat dari Jenis Biaya dan Bagian Belanja

Berdasarkan klasifikasi jenis biaya dan bagian belanja, anggaran kesehatan yang dikelola Bapel JKJ sebagian besar digunakan untuk biaya jasa pelayanan. Proporsi biaya jasa pelayanan sebesar 94,93 persen dari total anggaran yang diterima Bapel JKJ untuk pelaksanaan kegiatan.

Distribusi pembiayaan kesehatan yang dikelola Lembaga JKJ berdasarkan bagian belanja dapat dilihat pada tabel di bawah ini:

Tabel 10. Pembiayaan Kesehatan dilihat dari Jenis Biaya dan Bagian Belanja  
Tahun 2007

Jenis Biaya dan Bagian Belanja	Jumlah Pengeluaran	Prosentase
1. Biaya Operasional	462.500,00	0.006
2. Biaya Non Operasional	11.209.364,00	0.147
3. Biaya Jasa Pelayanan		
a. Pembayaran Klaim PPK-1		
• Peserta Umum	6.472.870.958,00	84.99
• Peserta Gakin	189.841.761,00	2.49
• Peserta ASKES	566.328.294,00	7.44
b. Pembayaran Klaim PPK-2	-	-
c. Pembayaran Klaim PPK-3	-	-
4. Biaya Umum		
a. Belanja Pegawai	115.542.000,00	1.52
b. Belanja barang&jasa	172.250.000,00	2.26
d. Belanja Perawatan Peralatan	4.750.000,00	0.06
e. Belanja Modal	82.074.720,00	1.08
Total Pengeluaran 2007	7.615.329.597,00	100
Total Penerimaan 2007	9.809.310.428,22	
Sisa Anggaran	2.193.980.831,22	

Sumber: Badan Penyelenggara Jaminan Kesehatan Jemberana, Tahun 2007.

Sedangkan untuk program JKJ Paripurna, dari jumlah premi yang diterima dari peserta digunakan untuk pembayaran fee 5 persen Rp. 8.397.000,00 dan pembayaran klaim kepada RSUD Negara atas pemberian jasa pelayanan rawat inap sebesar Rp. 48.710.596,00. Sehingga total pengeluaran untuk program JKJ Paripurna sebesar Rp. 57.107.596,00 dan sisa anggaran sebesar Rp. 217.442.404,00.

### 6.5.3. Hasil Wawancara Mendalam tentang Pembiayaan Kesehatan yang Dikelola Badan Penyelenggara Jaminan Kesehatan Jembrana

Sumber pembiayaan kesehatan yang dikelola Bapel JKJ bersumber dari APBD Kabupaten Jembrana yang pengelolaannya disesuaikan dengan Kepmendagri No. 13 tahun 2006 tentang Pedoman Pengelolaan Keuangan Daerah.

*“Sumber pembiayaan kita hanya bersumber dari APBD” (informan 1).*

*“Sumber pembiayaan diambil dari APBD II” (informan 2).*

*“Sumber pembiayaannya diambil dari APBD Tahun 2007... Kalau keuangannya kan diambil dari APBD sesuai dengan apa yang direncanakan itu yang direalisasikan per tri wulan, termasuk juga operasional dan pembayaran klaim itu prosesnya mengacu pada kepmendagri 13....” (informan 3).*

Sumber pembiayaan kesehatan yang dianggarkan untuk pelaksanaan kegiatan JKJ sudah sesuai dengan kebutuhan. Hal ini terlihat dari hasil wawancara sebagai berikut:

*“Iya sudah sesuai karena kita memberikan pelayanan dasar kepada masyarakat jadi pembiayaan yang disediakan sudah cukup bahkan kita mengalami kelebihan yang kemudian digunakan untuk sumber dana tahun mendatang” (informan 1).*

*“Semenjak kita berdiri kita tidak mengalami hambatan. Sehingga saya rasa tidak ada masalah dengan pembiayaan kita” (informan 2).*

*“Jadi saya rasa sudah sesuai dengan kebutuhan. Bahkan kalau kita lihat tahun lalu JKJ mengalami surplus dana jadi saya rasa tidak ada masalah” (informan 3).*

Berdasarkan hasil wawancara mendalam diatas dapat diketahui bahwa sumber pembiayaan kesehatan yang dikelola JKJ diperoleh dari Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah (APBD) khususnya APBD II. Jumlah dana yang dianggarkan untuk membiayai kegiatan yang dilaksanakan Bapel JKJ sudah sesuai dengan kebutuhan, bahkan setiap tahunnya mengalami kelebihan anggaran (surplus).

## 6.6. Sarana dan Prasana

### 6.6.1. Sarana dan Prasarana Badan Penyelenggara Jaminan Kesehatan Jembrana

Sarana dan prasarana yang digunakan untuk mendukung pelaksanaan kegiatan JKJ adalah sebagai berikut:

- |                                               |           |
|-----------------------------------------------|-----------|
| a. Gedung Jaminan Sosial Daerah Kab. Jembrana | : 300 m2  |
| b. Mobil Operasional JKJ                      | : 1 unit  |
| c. Komputer                                   | : 7 unit  |
| d. Meja Kerja                                 | : 12 unit |
| e. Kursi panjang untuk ruang tunggu           | : 4 buah  |
| f. Meja pelayanan ( <i>front office</i> )     | : 1 buah  |
| g. Rak arsip                                  | : 7 buah  |
| h. <i>Modem server</i>                        | : 1 unit  |

### 6.6.2. Hasil Wawancara Mendalam tentang Sarana dan Prasarana di Badan Penyelenggara Jaminan Kesehatan Jembrana

*“Sarana dan prasarana yang kita miliki sangat mendukung dalam pelaksanaan kegiatan kita di JKJ, apalagi sekarang kita menggunakan sistem online...” (informan 1).*

*“Sarana dan prasarana yang kita punya sudah sesuai hanya saja untuk kegiatan operasional kendalanya adalah sepeda motor karena kita sering ke lapangan...line telepon yang masih perlu diperhatikan karena tidak semua PPK terjangkau line telepon yang memadai atau sinyalnya tidak baik terutama di pedesaan sehingga kurang memperlancar komunikasi kita dengan PPK (informan 2).*

Berdasarkan hasil wawancara mendalam diatas dapat diketahui bahwa Bapel JKJ telah memiliki sarana dan prasarana yang cukup memadai dalam membantu pelaksanaan kegiatan sehingga dapat berjalan dengan lancar. Akan tetapi, sarana berupa sepeda motor perlu disediakan mengingat salah satu tugas Bapel JKJ adalah

mengadakan sosialisasi ke desa-desa, sehingga dengan disediakannya sepeda motor dapat menjangkau pelosok pedesaan. Penyediaan sarana berupa saluran telepon yang memadai juga menjadi hambatan dalam memperlancar komunikasi dengan PPK.

## **6.7. Manajemen Pelayanan Program Jaminan Kesehatan Jembrana**

### **6.7.1. Perencanaan**

Perencanaan yang dibuat oleh Bapel JKJ berupa program upaya kesehatan masyarakat yang jenis kegiatannya memberikan pelayanan kesehatan perorangan kepada masyarakat. Sasaran yang ingin dicapai pada tahap perencanaan ini adalah meningkatnya jumlah kunjungan pasien baik ke dokter, bidan, puskesmas, maupun rumah sakit; terealisasinya pembayaran klaim kepada PPK; dan meningkatnya tingkat kepesertaan peserta JKJ. Pada tahun 2007, target yang ditetapkan oleh Bapel JKJ terhadap jumlah kunjungan pasien adalah sebagai berikut:

- a. Jumlah kunjungan pasien ke dokter : 386.600 orang
- b. Jumlah kunjungan pasien ke bidan : 107.210 orang
- c. Jumlah kunjungan pasien ke Puskesmas : 54.740 orang
- d. Jumlah kunjungan pasien ke RSUD Negara : 1.450 orang

Sedangkan target yang telah ditetapkan Bapel JKJ mengenai tingkat kepesertaan program JKJ adalah sebagai berikut:

- a. Jumlah peserta JKJ (PPK-1) : 50.725 orang
- b. Jumlah peserta JKJ Paripurna : 97.865 orang

Dalam mencapai tujuan yang telah ditetapkan, maka Bapel JKJ melakukan sosialisasi di 51 desa yang ada di wilayah Kabupaten Jembrana dan melakukan

pengawasan dan pemantauan kepada PPK yang ada di Kabupaten Jembrana dengan 240 kegiatan pengawasan.

#### **6.7.2. Pengorganisasian**

Bapel JKJ dipimpin oleh seorang direktur yang membawahi tiga bidang yaitu bidang administrasi dan keuangan, bidang kepesertaan, dan bidang pelayanan. Perda Kabupaten Jembrana No. 7 Tahun 2006 memuat struktur organisasi serta penjelasan mengenai tanggung jawab direktur dan masing-masing kepala bidang. Akan tetapi, kriteria mengenai kualifikasi pendidikan minimal staf yang menempati setiap posisi dalam organisasi Bapel JKJ tidak diuraikan.

#### **6.7.3. Penggerakkan atau Pelaksanaan**

Penggerakan atau pelaksanaan kegiatan yang dilakukan Bapel JKJ disesuaikan dengan perencanaan yang telah dibuat seperti melakukan sosialisasi dan pemantauan kepada PPK yang ada di wilayah Kabupaten Jembrana. Sosialisasi dilakukan di 51 desa melalui tenaga-tenaga yang ada di Posdayandu yang bertujuan untuk meningkatkan tingkat kepesertaan peserta JKJ. Pemantauan kepada PPK dilakukan kepada PPK yang ada di wilayah Kabupaten Jembrana melalui 240 kegiatan untuk menghindari adanya *moral hazard* di kalangan PPK.

#### **6.7.4. Pengawasan**

Pengawasan mengenai kegiatan yang dilakukan oleh Bapel JKJ secara operasional dilakukan oleh Dewan Jamsosda sesuai dengan perda yang berlaku mengenai Bapel JKJ. Sedangkan pengawasan terhadap pelayanan kesehatan yang diberikan kepada masyarakat dilakukan oleh satu tim yang dibentuk Bapel dan Tim Pengelola JKJ, disebut tim utilisasi dan verifikasi. Tim ini bertugas untuk melakukan pengawasan mengenai pelayanan kesehatan yang diberikan PPK kepada masyarakat

apakah sudah memperoleh pelayanan sesuai dengan haknya. Akan tetapi, dalam melakukan pengawasan tim pengawas belum menggunakan standar prosedur pengendalian dan pengawasan formal kepada PPK-1. Pengawasan dilakukan hanya berpedoman pada standar pelayanan medis dan kontrak kerja..

#### **6.7.5. Hasil Wawancara Mendalam tentang Manajemen Pelayanan Kesehatan Badan Penyelenggara Jaminan Kesehatan Jembrana**

##### **a. Perencanaan**

*“Perencanaan mengenai kegiatan yang akan dilakukan dibuat oleh JKJ kemudian secara teknis diserahkan ke Dinas Kesehatan... Perencanaan anggaran menggunakan perencanaan tahun lalu ditambah 10 persen dalam perhitungan kita tidak menggunakan angka margin karena hitungan kita jumlah peserta akan meningkat dari tahun ke tahun sehingga angka utilisasi juga akan meningkat sehingga cost yang kita keluarkan juga semakin besar walaupun dalam praktek pengelolaannya kita menggunakan manajemen efisiensi jadi yang mana bisa dikurangi kita kurangi.” (informan 1).*

*“Perencanaan yang dilakukan oleh Bapel JKJ untuk keuangan sama seperti program-program lain dimulai dari penyusunan renja kemudian menjadi DPA, nanti realisasinya baru di keuangan. Sebagai umpan baliknya tetap di bagian PEP” (informan 3).*

Bapel JKJ ini belum diberikan wewenang untuk melakukan perencanaan terhadap Sumber Daya Manusia yang menjadi bagian dari lembaga ini. Hal ini sesuai dengan hasil wawancara mendalam dengan direktur JKJ

*“ JKJ belum diberikan kewenangan untuk melakukan perencanaan terhadap SDM apakah PNS atau nonPNS karena perencanaan langsung dilakukan Pemkab Kabupaten Jembrana. JKJ hanya diberikan wewenang untuk include di bidang keuangan seperti honor, tunjangan operasional pegawai” (informan 1).*

Berdasarkan hasil wawancara mendalam diatas dapat diketahui bahwa dalam melakukan perencanaan terhadap kegiatan dan anggaran yang diperlukan, Bapel JKJ terlebih dahulu mengajukan rencana anggaran ke bagian Perencanaan, Evaluasi dan Pelaporan Dinas Kesehatan dan Kesejahteraan Sosial Kabupaten Jembrana. Selanjutnya akan dimusyawarahkan dalam Musrenbang sampai akhirnya disetujui

menjadi DPA. Perencanaan terhadap anggaran dilakukan dengan menggunakan anggaran tahun lalu ditambah 10 persen dengan asumsi bahwa utilisasi pelayanan kesehatan akan mengalami peningkatan. Akan tetapi, Bapel JKJ belum diberikan kewenangan untuk melakukan perencanaan terhadap Sumber Daya Manusia.

#### b. Pengorganisasian

*“Pengorganisasian menggunakan mix PNS dan non PNS jadi kita belum ada ketentuan karena bentuk lembaga ini masih dalam pengkajian apakah nantinya dibawa kearah BLU... Pengorganisasian antara Bapel dengan PPK menggunakan konsep tripartite yaitu antara Bapel, PPK dan masyarakat.” (informan 1).*

Berdasarkan hasil wawancara mendalam dapat diketahui bahwa dalam pengelolaan JKJ pengorganisasian dilakukan secara internal dan eksternal. Pengorganisasian secara internal dilakukan dengan melakukan penggabungan terhadap PNS dengan non PNS yang belum didasari kebijakan yang jelas karena status lembaga ini karena masih dalam proses. Sedangkan pengorganisasian secara eksternal dilakukan dengan mengacu pada konsep *tripartite* antara bapel JKJ, PPK, dan masyarakat.

Sedangkan untuk bidang keuangan, sesuai dengan Kepmendagri No.13 Tahun 2006 pengorganisasian keuangan dilakukan oleh PPTK yang mengkoordinasikan kegiatan yang dilakukan dengan anggaran yang tersedia.

*“Dalam hal pengorganisasian atau pengelolaan keuangan, masing-masing SKPD menunjuk PPTK, kalau untuk JKJ yang berfungsi sebagai PPTK adalah Pak Mulyaagus. Beliau yang mengkoordinasikan kegiatan-kegiatan apa yang sudah direncanakan kemudian direalisasikan per tri wulan...” (informan 3).*

#### c. Penggerakkan atau Pelaksanaan

*“ ...Kita juga tetap melakukan sosialisasi, walaupun tingkat kepesertaan terus meningkat. Kita lakukan sosialisasi melalui perpanjangan informasi di tingkat desa adalah tenaga-tenaga kita di outdoor yaitu di posdayandu. Jadi kita dalam perebutan kepesertaan itu jemput bola...”(informan 1).*



*“Pelaksanaan kegiatan sudah sesuai dengan perencanaan, seperti kegiatan sosialisasi dan pengawasan kepada PPK....”(informan 2).*

*“Apa yang direncanakan mengenai program itu sudah ada ketentuan yang berlaku. Jadi dalam pelaksanaan tentunya selalu mengacu pada perencanaan yang sudah dibuat....”(informan 3).*

Berdasarkan hasil wawancara mendalam dapat diketahui bahwa Bapel JKJ telah melaksanakan kegiatan yang sesuai dengan perencanaan yang ditetapkan. seperti sosialisasi dan pengawasan. Sosialisasi dilakukan melalui tenaga-tenaga kesehatan yang berada di posdayandu masing-masing desa, sedangkan pengawasan dilakukan setiap bulan untuk memantau pelayanan yang diberikan PPK kepada pasien.

#### d. Pengawasan

*“Kalau dalam melakukan pengawasan kita dibantu oleh tim yang dibentuk Bapel dan Tim Pengelola JKJ. Biasanya semua anggota Bapel akan menjadi tim pengawas. Patokan yang digunakan dalam melakukan pengawasan hanya dengan melihat standar pelayanan medis dan kontrak kerja. Kalau dalam pengawasan yang dilakukan terjadi pelanggaran, maka JKJ akan memutuskan kontrak kerja dengan pihak PPK” (informan 1).*

*“Pengawasan secara periodik tetap kita lakukan dalam mempertahankan mutu dan kualitas pelayanan melalui tim yang sudah dibentuk Bapel JKJ... Mengingat keterbatasan SDM yang ada, maka kita agak sulit melakukan pengawasan secara rutin, tapi kita pasti melakukan pengawasan tiga bulan sekali baik itu ke dokter maupun bidan” (informan 2).*

Pengawasan terhadap anggaran yang digunakan dalam melaksanakan kegiatan dilakukan baik secara intern maupun ekstern

*“Pengawasan kita secara rutin lakukan baik itu pengawasan intern maupun ekstern. Pengawasan intern dilakukan oleh Bawasda, sedangkan pengawasan ekstern dilakukan oleh BPK...”(informan 3).*

Berdasarkan hasil wawancara mendalam diatas dapat diketahui bahwa pengawasan terhadap Bapel JKJ mengenai kegiatan operasional maupun anggaran dilakukan secara rutin untuk mempertahankan mutu dan kualitas pelayanan, akan tetapi karena keterbatasan SDM yang ada maka pengawasan tidak dapat dilakukan

secara menyeluruh. Pengawasan mengenai kegiatan operasional dilakukan oleh tim yang dibentuk oleh Bapel dan Tim Pengelola JKJ yang berpedoman pada standar pelayanan medis dan kontrak kerja. Sedangkan pengawasan terhadap anggaran yang digunakan oleh Bapel JKJ dilakukan secara intern oleh Bawasda dan secara ekstern oleh BPK.

## 6.8. Hasil Program Jaminan Kesehatan Jembrana

### 6.8.1 Distribusi Kepesertaan Program Jaminan Kesehatan Jembrana

Jumlah penduduk Kabupaten Jembrana yang mendaftarkan diri sebagai peserta program JKJ sampai tahun 2007 berjumlah 124.929 orang yang terdiri dari 110.914 orang peserta umum, 9.012 orang peserta gakin, dan 5.003 orang peserta ASKES. Jumlah peserta yang mendaftarkan diri sebagai peserta JKJ dapat dilihat pada tabel dibawah ini:

Tabel 11. Jumlah Peserta Jaminan Kesehatan Jembrana Tahun 2007

Tahun	Peserta			Jumlah
	Umum	Gakin	Askes	
2004 s/d 2005	86.296	4.717	1.542	92.555
2006	12.840	632	2.589	16.061
2007	11.778	3.663	872	16.313
Jumlah	110.914	9.012	5.003	124.929
Target	131.695	21.209	17.104	170.000
%	84,22	42,49	29,25	73,49

Sumber: Badan Penyelenggara Jaminan Kesehatan Jembrana, Tahun 2007.

### 6.8.2. Pembayaran Klaim Program Jaminan Kesehatan Jembrana

Realisasi Dana yang digunakan JKJ untuk pembayaran klaim kepada PPK-1 dapat dilihat pada tabel dibawah ini:

Tabel 12. Pembayaran Klaim Peserta Jaminan Kesehatan Jembrana kepada PPK-1

Pembayaran Klaim Peserta	Tahun		
	2005	2006	2007
GAKIN	395.825.401,00	364.195.064,50	191.367.051,00
ASKES	412.382.771,00	625.787.822,00	570.151.524,00
UMUM	6.111.861.851,00	6.494.758.093,00	6.467.522.438,00

Sumber: Badan Penyelenggara Jaminan Kesehatan Jembrana, Tahun 2007.

Keterangan:

1. Peserta Gakin adalah masyarakat Jembrana yang telah ditetapkan sebagai keluarga miskin yang ditetapkan dengan SK Bupati Jembrana.
2. Peserta ASKES adalah masyarakat yang berprofesi sebagai PNS, instansi vertikal, dan pensiunan yang saat ini sudah tertangani oleh pembiayaannya dari PT. ASKES Indonesia.
3. Peserta Umum adalah masyarakat biasa dan masyarakat berprofesi. Masyarakat biasa adalah masyarakat Jembrana yang sampai saat ini tidak terikat dengan suatu lembaga/badan asuransi atau badan lain yang bergerak di bidang kesehatan. Sedangkan masyarakat berprofesi adalah Pegawai Swasta yaitu masyarakat Jembrana yang telah terikat dengan asuransi tertentu seperti Jamsostek, asuransi swadana perusahaan dan lain sebagainya.

Berdasarkan tabel diatas terlihat bahwa sebagian besar dana yang dikelola JKJ didistribusikan untuk kelompok peserta umum dengan jumlah klaim Rp. 6.467.522.438,00 dengan jumlah kunjungan 491.994. Berdasarkan jumlah kunjungan tersebut maka dapat diketahui rata-rata biaya yang dikeluarkan untuk pengobatan

satu orang pasien. Rata-rata biaya yang diperlukan dapat dilihat pada tabel dibawah ini:

Tabel 13. Jumlah Kunjungan dan Rata-Rata Biaya yang Diperlukan untuk Pembayaran Klaim PPK-1

	ASKES		GAKIN		UMUM	
	Jml Kunjungan	Klaim	Jml Kunjungan	Klaim	Jml Kunjungan	Klaim
	38.565	570.151.524	20.011	191.367.051	491.994	6.467.552.438
Rata2/ Kunjungan	3.214		1.668		41.000	
Rata2 Rp Perbulan		47.512.627		15.947.254		538.960.203
Rata2 Rp./ Pasien		14.784		14.449		13.146

Sumber: Badan Penyelenggara Jaminan Kesehatan Jembrana, Tahun 2007.

### 6.8.3. Hasil Wawancara Mendalam tentang Output Program Jaminan Kesehatan Jembrana

#### a. Distribusi Kepesertaan

“Tingkat kepesertaan dari tahun ke tahun mengalami peningkatan bahkan sampai sekarang tingkat kepesertaan mencapai lebih dari 74% dari target kita adalah mencapai 80%. Jadi kita kurang 5% lagi untuk mencapai target...” (informan 1).

“Tingkat kepesertaan cukup ada peningkatan, Cuma peningkatan itu tidak begitu kelihatan karena lima tahun keberadaan kita tidak terlalu drastis peningkatannya, mungkin tahun 2 dan 3 baru kelihatan signifikan peningkatan kepesertaannya....” (informan 2).

“Kalau yang saya lihat tingkat kepesertaan mengalami peningkatan dari tahun ke tahun...” (informan 3).

Berdasarkan hasil wawancara mendalam bahwa tingkat kepesertaan program JKJ dari tahun ke tahun mengalami peningkatan, walaupun peningkatan yang ditunjukkan tidak signifikan, tetapi paling tidak target kepesertaan sebesar 80 persen sudah dapat dicapai sebesar 74 persen.

#### b. Pembayaran Klaim

“Pembayaran klaim didasarkan pada system praupaya dan fee for service. Karena kapitasi tidak akan bisa menjamin kepuasan pelanggan karena provider akan bisa berbuat semauanya. Untuk itu kita tidak menginginkan hal itu terjadi pada

*masyarakat apalagi dalam kebijakan publik dalam hal ini Pemda berkewajiban memberikan pelayanan yang bermutu dan berkualitas... Ada 2 substansi yang kita pegang yaitu kendali mutu dan kendali biaya” (informan 1).*

*“Sistem pembayaran yang dilakukan sudah baik, kita lakukan verifikasi oleh tim verifikasi, tapi tetap kendalanya di tenaga...” (informan 2).*

*“Sistem Pembayaran klaim yang dilakukan tidak ada masalah karena sudah sesuai dengan ketentuan yang diberlakukan” (informan 3).*

Berdasarkan hasil wawancara mendalam diatas dapat diketahui bahwa sistem pembayaran yang diterapkan Bapel JKJ adalah sistem pra upaya di tingkat Bapel JKJ dan *Fee For Service*. Sebelum melakukan pembayaran klaim, terlebih dahulu dilakukan verifikasi hanya saja dalam melakukan verifikasi terdapat kendala kurangnya tenaga yang tersedia di Bapel JKJ.

## **6.9. Hambatan**

### **6.9.1. Hambatan Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Jembrana**

Dalam pelaksanaan program JKJ ada beberapa hambatan yang ditemui antara lain, misalnya dari segi kualitas dan kuantitas sumber daya manusia dalam melaksanakan tugas dan penguasaan manajemen pengelolaan masih rendah, masih ditemukannya PPK yang memberikan pelayanan kesehatan yang tidak sesuai dengan standar pelayanan yang telah ditentukan, sarana yang tersedia dalam rangka menerapkan sistem *online* pada kantor Bapel Jamsosda dan PPK melalui J-Net masih belum memadai, dan tingkat kepesertaan JKJ Paripurna sebagai program lanjutan Bapel JKJ baru mencapai 2,3 persen dari target yang ditentukan karena kurangnya pemahaman, kemauan, dan kemampuan masyarakat (*sumber: Badan Penyelenggara Jaminan Kesehatan Jembrana Tahun 2007*).

### **6.9.2. Hasil Wawancara Mendalam tentang Hambatan Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Jembrana**

*“Hambatan yang ditemui dalam pelaksanaan kegiatan adalah resources. Kualitas dan kuantitas sumber daya manusia dirasa masih kurang karena mekanisme kita adalah jempot bola jadi perlu tenaga banyak. Dari segi kualitas, kita belum ada tenaga yang mengerti tentang pemasaran. Selain itu, untuk mempermudah Sistem Informasi dan modernisasi diperlukan tenaga IT, tetapi saat ini kita belum punya begitu juga dengan sarannya masih kurang memadai. Jadi bagaimana kita bisa menciptakan sesuatu yang berkualitas” (informan 1).*

*“kita masih mengalami hambatan dalam hal jumlah tenaga yang masih kurang”... Selain itu ketersediaan line telepon yang memadai dalam rangka mendukung sistem online masih perlu diperhatikan (informan 2).*

Berdasarkan hasil wawancara mendalam diatas dapat diketahui bahwa hambatan utama yang dihadapi Bapel JKJ adalah Sumber Daya Manusia baik dari segi kualitas maupun kuantitas. Begitu juga dengan ketersediaan sarana yang kurang memadai terutama dalam mendukung penerapan sistem *online*.

Selain hambatan diatas, hambatan lain yang ditemui dalam pelaksanaan program JKJ adalah program ini merupakan program baru yang merupakan inovasi yang dilakukan di era desentralisasi ini, sehingga beberapa staf mengalami sedikit kesulitan dalam hal penyesuaian terhadap program ini. Hal ini terlihat dari hasil wawancara berikut ini:

*“Sesuai dengan Kepmendagri No. 13 memang kita sebagai bendahara mengalami kesulitan apalagi ini termasuk program baru sehingga kita harus menyesuaikan diri dan belajar agar kita bisa menjalankan program ini dengan baik” (informan 3).*

### **6.9.3. Hasil Wawancara Mendalam tentang Upaya dalam Mengatasi Hambatan**

*“Kita sudah mengajukan usulan berupa resources dan sarana yang kurang memadai...Selain itu, kita juga sudah berusaha untuk meningkatkan pemahaman SDM kita melalui Bintek yang kita lakukan, memberikan referensi-referensi mengenai asuransi, dan pengiriman tenaga ke pusat seperti Depkes. Kalau mengenai*

*studi banding ke daerah lain belum pernah kita lakukan, karena kita belum melihat pelaksanaan asuransi yang sama atau yang lebih baik” (responden 1).*

*“Kita sudah melakukan upaya seperti mengusulkan ke bagian kepegawaian mengenai masalah ketenagaan yang bekerja di JKJ” (responden 2).*

*“Kita selalu melakukan pertemuan untuk meningkatkan tingkat pemahaman kita mengenai program ini. Dengan dilakukannya pertemuan-pertemuan ini akhirnya sedikit demi sedikit kita bisa jalan” (responden 3).*

Berdasarkan hasil wawancara mendalam diatas dapat diketahui bahwa dalam mengatasi hambatan-hambatan yang terjadi selama pelaksanaan program JKJ, upaya yang dilakukan Bapel JKJ adalah mengajukan usulan berupa sumber daya manusia yang sesuai dengan kebutuhan dan memiliki kualitas dan kuantitas yang baik. Selain itu usulan berupa penyediaan sarana yang memadai guna menunjang kegiatan yang dilakukan terutama penggunaan sistem *online* juga telah dilakukan.

Sedangkan untuk mengatasi permasalahan berupa program JKJ yang merupakan program baru, maka usaha yang dilakukan adalah dengan mengadakan pertemuan-pertemuan atau bintek-bintek untuk membahas program tersebut sehingga pemahaman menjadi semakin meningkat. Selain itu, untuk meningkatkan pemahaman mengenai asuransi juga diberikan buku-buku referensi dan pengiriman tenaga ke Depkes. Studi banding ke daerah lain belum bisa dilakukan karena daerah-daerah di Indonesia belum memiliki sistem asuransi yang dapat menjadi pembanding kegiatan di Bapel JKJ.

## **BAB VII**

### **PEMBAHASAN**

#### **7.1. Kebijakan Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan Jembrana (JKJ)**

Setiap manusia berhak memperoleh pelayanan kesehatan untuk menjamin hak-hak kesehatan yang fundamental. Dalam Undang-Undang Dasar 1945 yang diamandemen yaitu pasal 28H UUD 1945 Tahun 2000 dinyatakan bahwa "...setiap penduduk berhak atas pelayanan kesehatan. Pasal 28H ini menjadi landasan yang kuat bagi pengambil kebijakan kesehatan untuk bernegosiasi di tingkat pemerintah pusat maupun daerah. Pada tanggal 11 Agustus 2002 kembali dilakukan amandemen terhadap UUD 1945 dalam pasal 34 ayat 2, dimana MPR memberikan amanat agar "Negara mengembangkan jaminan sosial bagi seluruh rakyat", bahkan pasal 3 menyebutkan "Negara bertanggung jawab atas penyediaan fasilitas pelayanan kesehatan..."(Thabrany, 2005).

Berdasarkan amandemen tiga pasal diatas dapat diketahui bahwa Negara menempatkan kesehatan sebagai bagian dari kesejahteraan rakyat yang harus tersedia secara merata. Maka dari itu, daerah-daerah harus lebih memperhatikan kesejahteraan masyarakatnya dengan cara lebih memberikan perhatian pada sektor kesehatan. Apalagi, dalam rangka pelaksanaan kebijakan otonomi daerah tidak hanya dilakukan desentralisasi kewenangan kepada daerah, tetapi juga desentralisasi fiskal. Artinya, sebagian besar dana dialihkan ke daerah sehingga sumber dana untuk pelaksanaan pembangunan kesehatan bersumber dari APBD. Kebijakan otonomi daerah ini merupakan salah satu peluang bagi Pemerintah Kabupaten Jembrana



dalam rangka mengembangkan sistem asuransi kesehatan melalui program Jaminan Kesehatan Jembrana (JKJ).

Program Jaminan Kesehatan Jembrana (JKJ) merupakan salah satu bentuk reformasi pelayanan kesehatan yang dilakukan Pemerintah Kabupaten Jembrana untuk meningkatkan kesejahteraan masyarakat, melalui pengalihan subsidi kepada Rumah Sakit dan Puskesmas sebagai premi asuransi kesehatan kepada masyarakat.

Penyelenggaraan program JKJ didasarkan pada empat surat keputusan, yaitu:

1). SK Bupati Jembrana Nomor 572 Tahun 2002 tanggal 12 Desember 2002 tentang Pembentukan Tim Persiapan Jaminan Kesehatan Jembrana, 2). SK Bupati Jembrana Nomor 31 Tahun 2003 tentang Pengalihan Subsidi Pelayanan Kesehatan dan Pembentukan Badan Penyelenggara Jaminan Kesehatan Jembrana, 3). SK Bupati Jembrana Nomor 552 Tahun 2003 tanggal 14 Oktober 2003 tentang Perubahan Atas Keputusan Bupati Jembrana Nomor 572 tentang Pembentukan Tim Persiapan Jaminan Kesehatan Jembrana, dan 4). Keputusan Bupati Jembrana Nomor 1927 Tahun 2004 tanggal 1 Desember 2004 tentang Pembentukan Tim Pengelola Jaminan Kesehatan Jembrana.

Pada tahap awal pelaksanaan program JKJ, sesuai dengan SK Bupati Jembrana dibentuk dua tim yang menjadi pelaksana kegiatan yaitu tim persiapan JKJ dan tim pengelola JKJ yang memiliki tugas dan fungsi yang sama. Hal ini mengakibatkan terjadinya ketidakefektifan penyelenggaraan program JKJ karena kedua tim tersebut memiliki tugas yang serupa sehingga terjadi kesimpangsiuran wewenang dan tanggung jawab.

Maka dari itu, tahun 2006 tepatnya pada tanggal 24 Mei 2006 Pemerintah Kabupaten Jembrana mengeluarkan Peraturan Daerah No.7 tahun 2006 tentang

Pembentukan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Daerah Kabupaten Jembrana ( JAMSOSDA). Dengan dikeluarkannya Perda, maka keberadaan Bapel JKJ sebagai badan penyelenggara pelayanan kesehatan semakin kuat secara hukum. Bapel JKJ telah memiliki dasar yang dapat digunakan sebagai pedoman penyelenggaraan program JKJ. Kebijakan ini ditetapkan oleh Bupati Jembrana sebagai penanggung jawab dan penggagas program JKJ yang sebelumnya telah disetujui oleh pihak legislatif dan eksekutif menjadi suatu kebijakan. Dengan disetujuinya suatu kebijakan, maka sudah dapat dipastikan bahwa kebijakan yang diambil telah dipikirkan secara matang dan disesuaikan dengan keadaan daerah.

Perda ini memuat ketentuan, kedudukan, tugas pokok dan fungsi, susunan organisasi, asas, tujuan dan prinsip Bapel JKJ, program Bapel JKJ, dan pengelolaan dana jaminan sosial sehingga tidak terjadi kesimpangsiuran tugas dan wewenang diantara petugas pelaksana kegiatan. Walaupun perda telah ditetapkan, akan tetapi dalam perda tersebut belum mencantumkan mengenai pengelolaan keuangan JKJ yang seharusnya menjadi wewenang dan tanggung jawab Bapel JKJ secara lebih mendetail. Sampai saat ini, Bapel JKJ belum diberikan kewenangan untuk mengelola keuangan yang akan digunakan dalam pelaksanaan kegiatan terutama untuk pembayaran klaim. Upaya yang ditempuh Bapel JKJ yaitu dengan mengadakan pertemuan antara direktur dan instansi terkait untuk membahas mengenai bentuk Bapel JKJ apakah menjadi sebuah Badan Layanan Umum (BLU) atau UPTD, sehingga Bapel JKJ diberikan kewenangan untuk melakukan pengelolaan keuangan. Selain itu, Perda yang telah ditetapkan belum dapat dilaksanakan sebagaimana yang diharapkan karena keterbatasan sumber daya baik tenaga pengelola maupun peralatan. Namun upaya untuk mengatasinya mulai dilakukan, yaitu dengan

melengkapi sarana berupa komputer sehingga dapat menerapkan sistem *online* dalam pelaksanaan kegiatan JKJ.

## **7.2. Sumber Daya Manusia**

Sumber Daya Manusia (SDM) merupakan aspek penting bagi keberhasilan penyelenggaraan pemerintahan, pelaksanaan pembangunan, dan peningkatan pelayanan kepada masyarakat (Widjaja, 1998). Selain itu, sumber daya manusia merupakan aset yang memiliki nilai paling tinggi dibandingkan sumber daya lainnya dalam organisasi, sehingga semakin tinggi kualitas dan manajemen sumber daya manusia maka semakin tinggi hasil guna sumber daya lainnya. Apalagi dalam pelaksanaan otonomi daerah, sumber daya manusia harus sesuai dengan asas pemerataan, kualitas, relevansi, dan efisiensi.

Sumber daya manusia yang menjadi pelaksana Program JKJ berjumlah 12 orang yang terdiri dari 1 orang Direktur Bapel Jamsosda, 2 orang kepala bidang, dan 9 orang staf. Jika dilihat dari tingkat pendidikan pegawai yang bekerja di Bapel JKJ, masih banyak staf yang memiliki tingkat pendidikan setingkat SLTA. Apabila dibandingkan dengan tugas pokok dan fungsi yang menjadi tugas dan kewajiban staf JKJ, maka beban kerja yang harus dilaksanakan pegawai cukup berat karena selain dipengaruhi oleh tingkat pendidikan, latar belakang pendidikan yang dimiliki pegawai juga tidak sesuai dengan kerja yang dilakukan. Apalagi salah satu tugas pokok Bapel JKJ adalah melakukan sosialisasi untuk meningkatkan tingkat kepesertaan. Dalam mensosialisasikan program, tentu saja diperlukan petugas yang memiliki latar belakang pendidikan di bidang pemasaran, akan tetapi sampai saat ini Bapel JKJ belum memiliki petugas yang menguasai bidang pemasaran. Selain itu, dalam

melakukan sosialisasi dan promosi Bapel JKJ mengalami keterbatasan sumber daya manusia, sehingga pihak Bapel meminta tambahan tenaga dari Dinas Kesehatan dan Kesejahteraan Sosial.

Pada era kemajuan teknologi, dituntut ketersediaan sumber daya manusia yang dapat berkompetensi dan dapat mengikuti perkembangan teknologi. Apalagi, dengan diterapkannya sistem *online* oleh Pemerintah Kabupaten Jembrana yang menghubungkan antara Bapel JKJ, PPK, dan masyarakat dibutuhkan tenaga yang benar-benar memiliki kompetensi di bidang teknologi, sehingga Bapel JKJ dapat memberikan pelayanan kesehatan yang optimal bagi masyarakat.

Untuk mengantisipasi tuntutan masyarakat dalam memberikan pelayanan kesehatan, maka peningkatan kualitas sumber daya manusia merupakan suatu keharusan penetapan otonomi daerah baik dari segi administratif maupun kelembagaan (Widjaja, 1998). Pemerintah Kabupaten Jembrana telah melakukan peningkatan kualitas SDM dengan melakukan bintek/pelatihan, sehingga pelaksanaan kegiatan JKJ yang berlandaskan pada manajemen asuransi dapat berjalan dengan baik. Akan tetapi, menurut peneliti, akan lebih baik apabila staf yang bekerja disesuaikan dengan latar belakang pendidikan yang dimiliki sehingga pekerjaan yang dilakukan lebih optimal dan apabila pegawai telah memiliki latar belakang pendidikan yang sesuai, maka pemahaman terhadap tugas yang dilakukan semakin cepat. Apalagi JKJ merupakan program baru hasil inovasi Pemerintah Kabupaten Jembrana pasca desentralisasi tentunya pegawai harus beradaptasi dan melakukan pertemuan-pertemuan untuk membahas dan meningkatkan pemahaman mengenai program ini.

Berdasarkan informasi dari salah satu informan menyebutkan bahwa dalam pelaksanaan tugas Bapel JKJ selalu berpedoman pada Peraturan Daerah mengenai tugas pokok dan fungsi masing-masing tenaga pelaksana. Akan tetapi, dalam pelaksanaan tidak semua kegiatan yang telah direncanakan dapat dilakukan dengan baik seperti sosialisasi dan promosi. Ketidaksiuaian antara apa yang diharapkan dengan yang direncanakan dikarenakan karena keterbatasan sumber daya manusia yang dimiliki. Hal ini tentu saja akan membawa pengaruh yang negatif bagi pelaksanaan desentralisasi di Kabupaten Jember karena dalam pelaksanaan desentralisasi SDM yang tersedia harus memadai untuk memikul tanggungjawab yang semakin besar.

### **7.3. Pembiayaan Kesehatan yang dikelola Badan Penyelenggara Jaminan Kesehatan Jember (JKJ).**

#### **7.3.1. Dilihat dari Sumber Dana Badan Penyelenggara Jaminan Kesehatan Jember (JKJ)**

Pembiayaan kesehatan merupakan faktor penting dalam penyelenggaraan sistem kesehatan. Sistem pembiayaan kesehatan yang adil mengandung pengertian bahwa beban biaya kesehatan yang harus dibayarkan tidak membebani penduduk yang berobat di suatu pelayanan kesehatan sesuai dengan kebutuhan medisnya.

Sistem pembiayaan kesehatan yang digunakan di Indonesia adalah sistem pembiayaan campuran, dimana sumber pembiayaan selain dari biaya sendiri juga bersumber dari pemerintah. Sebelum tahun 2000, pembiayaan kesehatan di sektor publik tidak mengalami penambahan yang cukup berarti dari tahun ke tahun yaitu masih di bawah 4 persen dari total APBN. Hal ini tentu saja berakibat pada

menurunnya Indeks Pembangunan Manusia (*Health Development Index*) (Thabrany, 2005).

Sistem pembiayaan kesehatan yang baik tentu saja akan meningkatkan Umur Harapan Hidup (UHH), sehingga secara tidak langsung akan meningkatkan IPM atau HDI penduduk Kabupaten Jembrana. Menurut Gani (1999) HDI suatu wilayah dapat dihitung berdasarkan tiga variabel yaitu: 1). Usia Harapan Hidup, 2). pendidikan penduduk, dan 3). pendapatan penduduk. Berdasarkan hal tersebut maka, sektor kesehatan memegang peran yang sangat penting dalam meningkatkan HDI, sehingga komitmen pemerintah terhadap bidang kesehatan perlu terus ditingkatkan tidak hanya dukungan dalam bentuk kebijakan-kebijakan, tetapi juga anggaran kesehatan yang memadai.

Dengan diberlakukannya otonomi daerah, maka pemerintah daerah mempunyai empat sumber pendapatan yang digunakan untuk membiayai kegiatan yang dilakukan yang tergabung dalam Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah (APBD), terdiri dari alokasi anggaran pusat dalam bentuk DAU dan DAK; anggaran perimbangan; pendapatan dari pajak dan retribusi; dan pinjaman dalam dan luar negeri. Anggaran kesehatan yang dianggarkan Pemerintah Kabupaten Jembrana pada tahun 2006 sebesar 7.9 persen dari total APBD Kabupaten Jembrana. Hal ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan FK Udayana tahun 2005 yang menyebutkan bahwa anggaran Dinkesos Jembrana tahun 2002-2005 sebesar 4-8 persen dari total APBD Jembrana. Anggaran ini tentu saja masih belum sesuai dengan komitmen para bupati untuk mengalokasikan anggaran kesehatan sebesar 15 persen dari APBD. Walaupun sampai saat ini, alokasi dana kesehatan sebesar 15 persen dari APBD belum dapat teralisasi terutama di Kabupaten Jembrana mengingat PAD yang dimiliki sangat

kecil, akan tetapi Kabupaten Jembrana berusaha untuk memberikan yang terbaik bagi masyarakatnya melalui Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Daerah atau yang lebih dikenal dengan JKJ. Melalui program ini, Pemerintah Kabupaten Jembrana berusaha untuk membiayai penyelenggaraan pelayanan kesehatan yang dibutuhkan dan tidak menyulitkan masyarakat yang ingin memanfaatkan pelayanan kesehatan. Sehingga salah satu syarat pokok dalam pembiayaan kesehatan yaitu jumlah dana yang tersedia mencukupi untuk penyelenggaraan pelayanan kesehatan dapat tercapai.

Sumber dana terbesar yang digunakan untuk pelaksanaan program dan kegiatan JKJ bersumber dari Anggaran Penerimaan dan Belanja Daerah (APBD) karena program ini merupakan inovasi Pemerintah Kabupaten Jembrana dalam memberikan pelayanan kesehatan dasar bagi penduduknya, sehingga anggaran yang dibutuhkan disediakan oleh Pemkab Jembrana. Sumber dana tersebut dihimpun dan disalurkan melalui Dinas Kesehatan dan Kesejahteraan Sosial Kabupaten Jembrana per tri wulan sesuai dengan kebutuhan anggaran yang sudah direncanakan. Khusus untuk peserta gakin dan Pegawai Negeri Sipil (PNS), sesuai dengan kebijakan nasional mulai tahun 2005 pembiayaannya sudah tidak dikelola Bapel JKJ, tetapi mereka tetap dapat memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan dasar di PPK pemerintah ataupun swasta.

Alokasi anggaran yang dikelola Bapel JKJ selama ini dilakukan secara *top down* oleh Bupati Jembrana selaku penanggungjawab program yang didasarkan pada jumlah klaim yang harus dibayarkan kepada PPK-1. Alokasi anggaran yang digunakan oleh Bapel JKJ diperoleh dari APBD II, pada tahun 2007 alokasi anggaran yang diberikan sebesar Rp. 7.529.899.470,00. Selain dari APBD, sumber penerimaan Bapel JKJ juga diperoleh dari pendaftaran peserta ASKES, penjualan obat-obatan,

jasa giro JKJ, pajak, pengembalian panjar biaya pengadaan kartu dan sisa saldo tahun 2006 dengan total penerimaan Rp. 9.809.310.428,22. Penerimaan anggaran yang bersumber dari penjualan obat-obatan hanya 5.05 persen, hal ini dikarenakan PPK-1 diperbolehkan memberikan obat sesuai dengan standar terapi tanpa harus membeli di Bapel JKJ. Sampai saat ini, menurut informan, dana yang disediakan untuk pelayanan kesehatan sudah mencukupi bahkan setiap tahunnya mengalami surplus, sehingga sisa dana yang diberikan dapat digunakan untuk kegiatan pada tahun berikutnya. Berdasarkan hasil telaah dokumen, dapat dilihat bahwa sisa anggaran yang terjadi di Bapel JKJ dikarenakan adanya program yang tidak dapat dilaksanakan sesuai dengan perencanaan yang telah diajukan seperti belanja kursus, pelatihan, sosialisasi dan bimbingan teknis Dewan Jamsosda yang terealisasi sebesar 35 persen dari anggaran yang disediakan. Selain itu, belanja modal pengadaan alat-alat komunikasi pada tahun 2007 tidak direalisasikan sesuai dengan anggaran yang disediakan.

Pada prinsipnya, pendanaan Bapel JKJ bersumber dari pengalihan dana yang sebelumnya diterima sepenuhnya oleh Rumah Sakit dan Puskesmas Pemerintah. Pemkab Jembrana menilai bahwa subsidi untuk Rumah Sakit dan Puskesmas Pemerintah ini tidak berjalan dengan optimal dikarenakan rendahnya utilisasi oleh masyarakat.

### **7.3.2. Dilihat dari Jenis Biaya dan Bagian Belanja**

Penggunaan dana yang digunakan dalam rangka memberikan pelayanan kesehatan kepada masyarakat pada umumnya memiliki prinsip yang sama dengan manajemen keuangan, yaitu aliran keuangan dimulai dari sumber dana yang kemudian dipergunakan untuk membiayai pemeliharaan dan pelayanan kesehatan.



Apabila dilihat pada hasil penelitian, maka sumber dana yang dikeluarkan Bapel JKJ digunakan untuk biaya jasa pelayanan (94.9 persen) dan biaya umum (4.92 persen). Biaya jasa pelayanan mendominasi pengeluaran anggaran Bapel JKJ karena biaya jasa pelayanan terkait dengan pembayaran klaim kepada PPK-1. Pembayaran klaim merupakan salah satu program utama yang dilakukan Bapel JKJ. Sebelum pembayaran klaim direalisasikan kepada PPK-1, maka Bapel JKJ terlebih dahulu melakukan verifikasi terhadap klaim yang diajukan. Apabila ketika melakukan verifikasi ditemukan PPK yang mengajukan klaim melebihi standar yang telah ditetapkan, maka tim verifikasi tidak akan mengabulkan klaim yang diajukan dan menggantinya dengan standar yang sesuai.

Hal ini tentu saja sesuai dengan visi Pembangunan Kesehatan Indonesia, yaitu Indonesia Sehat 2010 yang lebih mengutamakan upaya kesehatan promotif dan preventif. Menurut Poulir dan Hernandez yang dikutip dari Thabrany, 2005 menyatakan bahwa pengeluaran yang digunakan untuk membiayai pelayanan kesehatan akan lebih bermanfaat dan berhasil guna apabila memenuhi enam kriteria yang penting, yaitu *policy sensitivity, comprehensiveness, consistency, standardization, accuracy, dan timeliness*. Aliran keuangan dari sumber-sumber pembiayaan yang digunakan untuk mendorong lajunya tingkat kesehatan dapat digambarkan menjadi *sources, financing agent, dan uses*.

*Sources* adalah sumber keuangan yang ditujukan untuk kegiatan kesehatan, yang dapat ditelusuri sebagai pengeluaran rumah tangga dan individu, firma dan *external sources* (donor). *Financing agent* menggambarkan entities yang mengumpulkan dan mengorganisasi keuangan dari sumber-sumber yang berkontribusi dalam pembiayaan kesehatan dan mengalokasikan untuk

*payment/purchase health care*. Sedangkan *uses* digambarkan sebagai tujuan akhir dari pembiayaan kesehatan (Thabrany, 2005). Dalam pengelolaan Bapel JKJ, Pemerintah Kabupaten Jembrana bertindak sebagai *sources* karena sumber dana berasal dari Pemkab Jembrana, dan Bapel JKJ berfungsi sebagai *financing agent* yang menghimpun dan mengorganisasikan keuangan yang telah dialokasikan untuk pelayanan kesehatan, sehingga penyebaran dan pemanfaatan biaya kesehatan sesuai dengan kebutuhan. Sedangkan masyarakat peserta JKJ berfungsi sebagai *uses* karena tujuan akhir dari program ini adalah masyarakat dapat menikmati pelayanan kesehatan yang dibutuhkan sehingga derajat kesehatan masyarakat dapat mengalami peningkatan.

#### **7.4. Sarana dan Prasarana**

Sarana dan prasarana merupakan salah satu pendukung dalam penyelenggaraan suatu kegiatan. Jika dilihat dari jumlah sarana dan prasarana yang tersedia di Bapel JKJ sangat mendukung dalam pelaksanaan kegiatan yang dilakukan. Apalagi saat ini Pemerintah Kabupaten Jembrana telah menerapkan sistem *online*, sehingga semua pelayanan dapat diakses oleh semua PPK. Akan tetapi, dalam penerapan sistem *online* diperlukan sarana yang memadai sehingga akses dapat dilakukan dengan baik. Berdasarkan laporan Bapel JKJ, sarana yang digunakan untuk menerapkan sistem *online* yaitu *software* (SDM dan program) dan *hardware* (perangkat komputer) belum memadai khususnya SDM. Ketersediaan SDM yang sesuai dan memiliki pemahaman yang baik mengenai teknologi komputer sangat diperlukan, sehingga diharapkan untuk kedepannya penerapan sistem *online*

dapat berjalan dengan lancar karena pelaksanaan program kesehatan akan berjalan dengan baik.

Sedangkan dalam melakukan upaya sosialisasi kepada masyarakat mengenai program JKJ, diperlukan sarana yang dapat memobilisasi pelaksanaan kegiatan salah satunya sepeda motor. Ketersediaan sepeda motor sangat diperlukan karena jumlah desa yang harus dijangkau sebagai upaya sosialisasi cukup banyak yaitu 51 desa, sehingga apabila pemerintah daerah menyediakan sepeda motor sebagai sarana, maka upaya sosialisasi akan berjalan lebih lancar dan dapat menjangkau daerah-daerah di pelosok pedesaan, sehingga penduduk miskin yang kebanyakan bertempat tinggal di pedesaan dapat memperoleh informasi mengenai program JKJ. Selain itu, penyediaan sarana berupa saluran telepon perlu mendapat perhatian dari Pemerintah Kabupaten Jembrana, karena beberapa PPK terutama yang bertempat tinggal di pelosok pedesaan belum terjangkau saluran telepon. Hal ini tentu saja mengakibatkan semakin sulitnya komunikasi yang dilakukan antara Bapel JKJ dengan PPK.

## **7.5. Manajemen Pelayanan Program JKJ**

### **7.5.1. Perencanaan**

Perencanaan secara sederhana dapat diartikan menentukan terlebih dahulu apa yang akan dilakukan dan bagaimana cara melakukannya, sehingga tujuan yang ingin dicapai organisasi dapat terwujud. Dalam melakukan perencanaan, seorang manajer harus mampu membuat strategi dan mengidentifikasi tugas-tugas pokok yang diperlukan dalam pencapaian tujuan. Seorang perencana harus memperhatikan *skill* serta kelemahan-kelemahan orang-orang yang akan melaksanakan rencana yang telah dibuat.

Perencanaan merupakan bagian yang paling fundamental sebelum suatu kegiatan dilaksanakan. Kegiatan yang dilakukan tanpa perencanaan tidak akan terarah pada sasaran yang sehingga mengakibatkan tujuan yang telah disepakati tidak akan tercapai. Sebagaimana yang dikutip Azwar (1996) dari Breton bahwa perencanaan adalah pekerjaan yang menyangkut penyusunan konsep serta kegiatan yang akan dilaksanakan untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan.

Perencanaan yang dibuat oleh lembaga JKJ berupa program upaya kesehatan masyarakat yang jenis kegiatannya memberikan pelayanan kesehatan perorangan kepada masyarakat. Sasaran yang ingin dicapai pada tahap perencanaan ini adalah tercapainya jumlah target yang telah ditetapkan menyangkut jumlah kunjungan pasien baik ke dokter, bidan, puskesmas, maupun rumah sakit; terealisasinya pembayaran klaim kepada PPK; dan tingkat kepesertaan peserta JKJ. Dalam mencapai tujuan ini, maka Bapel JKJ melakukan perencanaan untuk mengadakan sosialisasi di 51 desa yang ada di wilayah Kabupaten Jembrana dan melakukan pengawasan serta pemantauan kepada PPK yang ada di Kabupaten Jembrana melalui 240 kegiatan yang dilakukan.

Perencanaan yang telah dibuat kemudian diserahkan kepada Dinas Kesehatan dan Kesejahteraan Sosial untuk kemudian dibahas dalam Musrenbang. Dalam Musrenbang, program yang diajukan akan dibahas dan apabila tidak sesuai akan dikembalikan kepada Bapel JKJ untuk kemudian dilakukan perbaikan. Selama ini, perencanaan yang diajukan oleh Bapel JKJ selalu disetujui untuk direalisasikan baik untuk perencanaan program maupun anggaran. Perencanaan terhadap anggaran menggunakan metode perencanaan berbasis kinerja yaitu anggaran tahun sebelumnya ditambah dengan 10 persen. Penambahan anggaran 10 persen

dimaksudkan karena dalam penggunaan fasilitas pelayanan oleh masyarakat dari tahun ke tahun pasti mengalami peningkatan. Akan tetapi, perencanaan anggaran seperti ini membawa konsekuensi bahwa Pemerintah Kabupaten Jember harus siap dalam penyediaan dana yang mengalami peningkatan di setiap tahunnya.

Seperti yang kita ketahui bahwa perencanaan merupakan bagian dari fungsi administrasi yang memiliki peran yang sangat penting, hal ini dikarenakan semua fungsi administrasi akan dapat terlaksana apabila perencanaan selesai dibuat. Menurut Azwar, 1988 perencanaan sangat penting untuk dikembangkan, khususnya dalam pelaksanaan program kesehatan yang menyangkut masyarakat banyak. Berdasarkan hasil wawancara mendalam mengenai perencanaan program oleh Bapel JKJ, sudah terlihat tujuan program yang hendak dicapai sehingga informan sudah mengetahui kemana arah yang akan dituju, akan tetapi menurut peneliti indikator keberhasilan yang menjadi standar kerja untuk program Bapel JKJ belum spesifik dijabarkan, sehingga pencapaian hasil yang diperoleh baru bisa dilihat secara kasar. Oleh karena itu, perlu dibuat indikator keberhasilan dengan melihat kondisi Kabupaten Jember.

Dalam era reformasi, pengembangan dan pemberdayaan sumber daya manusia kesehatan mencakup tiga unsur utama yaitu perencanaan, pengadaan, dan pendayagunaan SDM Kesehatan. Perencanaan SDM kesehatan meliputi perencanaan kebutuhan SDM kesehatan, perencanaan program SDM kesehatan, analisa dan desain pekerjaan serta sistem informasi SDM kesehatan. Perencanaan SDM kesehatan selama ini masih dilakukan berdasarkan kebutuhan pemerintah dan kurang memperhatikan kebutuhan dan potensi masyarakat (Thabrany, 2005). Perencanaan SDM kesehatan yang masih bergantung pada pemerintah juga terjadi pada Bapel

JKJ, dimana Bapel JKJ tidak diberikan kewenangan untuk melakukan perencanaan terhadap SDM yang bekerja di Bapel JKJ. Hal ini mengakibatkan masih banyaknya tenaga yang bekerja di Bapel JKJ tidak sesuai dengan latar belakang pendidikan yang dimiliki.

### **7.5.2. Pengorganisasian**

Pengorganisasian dilakukan untuk mempersatukan sumber daya yang ada dalam suatu organisasi sehingga dapat melakukan aktivitas dengan baik dalam rangka mencapai tujuan yang telah direncanakan sebelumnya. Pengorganisasian dilakukan dengan mengatur orang-orang yang bekerja dengan tetap memperhatikan *skill* serta kelemahan-kelemahan orang-orang yang akan bekerja, sehingga menganut asas kesesuaian.

Proses pengorganisasian yang dilakukan dalam pelaksanaan program JKJ yaitu dengan melakukan pembagian pekerjaan seperti yang telah tercantum dalam Perda No.7 Tahun 2006 yang telah memuat semua tugas yang harus dilaksanakan dalam rangka mencapai tujuan. Pengorganisasian akan menghasilkan struktur organisasi yang dapat digunakan sebagai acuan dalam melaksanakan kegiatan, sehingga timbul suatu keharmonisan yang mempertemukan bermacam-macam kepentingan dan memanfaatkan kemampuan-kemampuan yang mengarah ke satu tujuan. Melalui struktur organisasi ini, setiap orang akan mengetahui tugas dan wewenang dalam pelaksanaan kegiatan, serta mempermudah melakukan pengawasan terhadap kegiatan yang dilaksanakan.

Pengorganisasian yang dilakukan dalam penyelenggaraan program JKJ disesuaikan dengan Perda Kabupaten Jembrana No. 7 Tahun 2006. Dalam Perda tersebut telah diatur mengenai kedudukan, tugas pokok dan fungsi masing-masing

staf yang bekerja di Bapel JKJ. Namun, kriteria mengenai kualifikasi minimal staf yang menempati setiap posisi tidak diuraikan dalam Perda tersebut. Menurut peneliti, sebaiknya dibuatkan kebijakan yang konsisten mengenai tenaga pengelola Bapel JKJ, sehingga terjadi kesinambungan mengenai kualifikasi serta pembagian kerja yang jelas menurut tugas pokok masing-masing pengelola program.

Bapel JKJ dipimpin oleh seorang Direktur yang membawahi tiga bidang yaitu: 1) Bidang Administrasi dan Keuangan, 2) Bidang Kepesertaan, dan 3) Bidang Pelayanan. Hal ini sesuai dengan Perda yang memuat struktur organisasi Bapel JKJ yang didasarkan pada Surat Keputusan Bupati No. 1454/Dinkesos/ 2006. Jika dilihat dari bentuk struktur organisasi yang dimiliki Bapel JKJ, maka struktur organisasi Bapel JKJ tergolong organisasi lini dan staf (*line and staff organization*). Hal ini dapat dilihat dari adanya satuan organisasi pimpinan dan satuan organisasi staf. Adanya satuan organisasi staf dapat membantu pimpinan dalam pelaksanaan tugas sehingga tanggung jawab pimpinan berkurang, sehingga pimpinan dapat lebih memusatkan pikiran pada masalah yang lebih penting.

Dalam melakukan pembagian tugas seperti yang tertuang dalam struktur organisasi, perlu dilakukan pemilihan karyawan yang mempunyai kompetensi yang sesuai dengan tugas yang akan dikerjakan. Hal ini dilakukan karena pembagian tugas yang sesuai akan menentukan dan mengarahkan prestasi kinerja organisasi pada kelompok profesional dan meminimalkan ketergantungan pada individu-individu tertentu. Pembagian tugas yang sesuai dengan kompetensi pegawai menjadi salah satu hambatan dalam pelaksanaan program JKJ, terutama untuk bidang sosialisasi. Dalam melakukan sosialisasi Bapel JKJ berusaha menarik minat masyarakat untuk menjadi peserta JKJ, sehingga diperlukan tenaga yang memahami tentang

pemasaran. Sampai saat ini, Bapel JKJ belum memiliki tenaga yang memiliki kompetensi di bidang pemasaran, sehingga menghambat pelaksanaan sosialisasi. Hal yang sama juga terjadi pada bidang keuangan, Bapel JKJ belum memiliki kepala bidang yang memiliki kompetensi di bidang keuangan, sehingga menghambat pengelolaan keuangan Bapel JKJ terutama dalam menciptakan pengelolaan keuangan yang transparansi dan akuntabilitas.

Untuk pengorganisasian eksternal, Bapel JKJ menggunakan konsep dalam manajemen asuransi yaitu konsep *tripartite* antara Bapel JKJ, PPK-1, dan Masyarakat. Pola *tripartite* merupakan bentuk asuransi, dimana perusahaan asuransi sebagai pihak ketiga tidak memiliki kewenangan langsung terhadap kedua pihak lainnya yaitu pemberi pelayanan kesehatan dan masyarakat (Murti, 2000). Dalam penyelenggaraan program JKJ, walaupun Bapel JKJ menggunakan pola *tripartite*, tetapi Bapel JKJ tetap melakukan pengawasan dan pemantauan terhadap pelaksanaan program. Dan untuk menghindari terjadinya peningkatan biaya kesehatan maka Bapel JKJ mengadakan kontrak kerja dengan PPK-1 dalam hal pemberian pelayanan kesehatan kepada pemegang kartu dalam hal ini masyarakat.

Ikatan kerja antara Direktur JKJ dengan Pemberi Pelayanan Kesehatan yang didasari pada:

1) Keputusan Bupati Jembrana Nomor 31 tahun 2003 Tentang Pengalihan Subsidi Pelayanan Kesehatan dan Pembentukan Badan Penyelenggara Jaminan Kesehatan Jembrana ( Bapel JKJ ) tanggal 24 Januari 2003,

2) Surat Perjanjian Kerja ( Kontrak ) antara Bapel JKJ dengan Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Jembrana Nomor : 445/273/Dinkes Tanggal 30 Januari 2003,

Nomor : 001/SPK/JKJ/2003



3) Peraturan Daerah Kabupaten Jembrana Nomor 7 Tahun 2006 Tentang Pembentukan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Daerah Kabupaten Jembrana.

Hal ini sesuai dengan sistem asuransi sosial atau *managed care*, dimana antara asuradur dan PPK terikat satu dengan lainnya melalui hubungan kontrak. PPK menyediakan pelayanan kepada pasien sesuai dengan tarif kesepakatan, maka dari itu PPK dituntut berperan tidak hanya pada aspek pelayanan medis tetapi juga aspek manajemen pelayanan dan pembiayaan kesehatan seperti bersedia melakukan sharing risiko finansial dalam pelayanan kesehatan yang mereka berikan, bekerja sama dengan asuradur melakukan *quality assurance* dan *utilization review*, serta kesiapan PPK untuk mengurangi otonominya (Ilyas, 2003).

### **7.5.3. Penggerakkan atau pelaksanaan**

Setelah perencanaan dan pengorganisasian dilakukan, maka langkah selanjutnya yang harus ditempuh adalah mewujudkan rencana dengan mepergunakan organisasi yang telah dibentuk. Dalam melaksanakan suatu rencana, seorang manajer harus mampu mengkoordinasikan bawahannya dengan baik, sehingga memberikan motivasi dan tanggung jawab dalam melaksanakan berbagai kegiatan yang telah disusun. Menurut Azwar, 1988 seorang manajer harus memiliki *skill* yaitu mampu memotivasi, mengkomunikasikan, memimpin, mengarahkan, dan mengawasi kegiatan-kegiatan yang dilaksanakan dalam rangka mencapai tujuan yang telah direncanakan.

Dalam pelaksanaan kegiatan yang dilakukan Bapel JKJ, lembaga ini selalu berpedoman pada peraturan yang telah ditetapkan. Peraturan yang menjadi acuan dalam pelaksanaan kegiatan adalah Perda Kabupaten Jembrana No. 7 Tahun 2006 yang memuat tentang tugas pokok dan fungsi (TUPOKSI) Bapel JKJ sebagai

lembaga yang bergerak dibidang pelayanan kesehatan perorangan bagi penduduk Kabupaten Jembrana. Selain itu, pelaksanaan kegiatan juga disesuaikan dengan perencanaan yang telah dibuat seperti sosialisasi mengenai program JKJ dan pemantauan yang secara rutin dilakukan kepada PPK-1.

Berdasarkan hasil wawancara mendalam dengan informan diketahui bahwa Bapel JKJ melakukan kegiatan sosialisasi dalam rangka meningkatkan distribusi kepesertaan melalui tenaga-tenaga yang ada di posdayandu. Hal ini juga dapat dilihat pada laporan kegiatan Bapel JKJ, dimana dalam laporan tersebut anggaran yang digunakan untuk membiayai kegiatan sosialisasi tidak dialokasikan. Menurut peneliti, tidak dilakukannya sosialisasi oleh Bapel JKJ secara langsung dikarenakan keterbatasan SDM yang tersedia, sehingga sosialisasi dilakukan oleh petugas-petugas yang berada di posdayandu. Meskipun demikian JKJ, jumlah kunjungan pasien ke pelayanan kesehatan baik ke dokter dan klinik swasta, bidan swasta, puskesmas, dan RSUD Negara melebihi target yang telah ditetapkan pada perencanaan yaitu mencapai 100.10 persen. Tingkat kepesertaan Bapel JKJ mencapai 32.16 persen untuk peserta baru dan 87.25 persen untuk perpanjangan kepesertaan. Dengan demikian jumlah peserta JKJ sampai dengan tahun 2007 mencapai 73.49 persen dari target yang telah ditetapkan. Berbeda dengan tingkat kepesertaan JKJ-Paripurna sampai tahun 2007 baru mencapai 4.73 persen. Hal ini dikarenakan JKJ-Paripurna merupakan program baru, sehingga masyarakat belum memahami dengan baik mengenai program ini. Selain itu, belum tercapainya tingkat kepesertaan seperti yang telah ditargetkan karena banyak penduduk yang belum memiliki kartu keluarga sehingga tidak bisa mendaftarkan diri sebagai peserta JKJ.

Selain sosialisasi, Bapel JKJ juga melaksanakan pengawasan kepada PPK-1 untuk mencegah terjadinya *moral hazard* sehingga mutu dan kualitas pelayanan tetap terjaga. Walaupun ketersediaan SDM terbatas, Bapel JKJ tetap melakukan pengawasan kepada PPK-1 minimal tiga bulan sekali untuk tetap mempertahankan kualitas pelayanan kepada masyarakat. Selain itu, melalui staf penanganan keluhan, masyarakat juga ikut serta dalam pengawasan PPK-1 dengan melaporkan tindakan PPK-1 kepada Bapel JKJ apabila tidak memberikan pelayanan yang semestinya, sehingga Bapel dapat mengambil suatu tindakan seperti yang tercantum dalam kontrak kerja. Berdasarkan hasil wawancara mendalam, diketahui bahwa dalam pelaksanaan kegiatan Bapel JKJ melakukan berbagai macam cara yang bertujuan untuk meningkatkan kinerja petugas. Cara yang ditempuh untuk meningkatkan kinerja petugas dalam melaksanakan program adalah dengan memberikan motivasi kepada petugas, memberikan bintek atau pelatihan, dan memberikan referensi-referensi yang berhubungan dengan kegiatan JKJ.

Dalam pelaksanaan kegiatan, tentu saja diperlukan anggaran baik untuk kegiatan operasional maupun pembayaran klaim kepada PPK-1. Anggaran yang digunakan oleh Bapel JKJ disesuaikan dengan kerja anggaran, hal ini dibuktikan dengan tidak adanya anggaran perubahan yang tercantum dalam laporan pertanggungjawaban keuangan Bapel JKJ.

Untuk memperlancar pelaksanaan kegiatan JKJ, maka ditetapkan Pejabat Pelaksana Teknis Kegiatan (PPTK) sesuai dengan keputusan Kepala Dinas Kesehatan dan Kesos Nomor 4a / Diskes.Kesos / 2007. PPTK yang ditunjuk bertugas untuk mengendalikan pelaksanaan kegiatan, melaporkan perkembangan kegiatan,

dan menyiapkan dokumen anggaran atas beban pengeluaran pelaksanaan kegiatan pada Bapel JKJ.

Dalam pelaksanaan kegiatan, Bapel JKJ perlu memberi program promotif dan preventif kepada masyarakat karena hal ini merupakan bagian penting dalam pelayanan kesehatan, sehingga dapat mengurangi risiko sakit dikemudian hari. Apabila risiko sakit dapat dikurangi, maka biaya yang dialokasikan untuk pengobatan menjadi lebih rendah, sehingga mendorong tercapainya efisiensi alokatif. Akan tetapi, mengingat keterbatasan sumber daya yang ada, Bapel JKJ baru dapat memberikan pelayanan kuratif kepada masyarakat. Pemberian pelayanan kesehatan secara fragmenter, misalnya hanya pelayanan kuratif saja tidak akan meningkatkan derajat kesehatan dan cenderung akan menimbulkan inefisiensi dalam pengelolaan dana (Kosen, 1997).

#### **7.5.4. Pengawasan**

Pengawasan merupakan suatu proses untuk melakukan penilaian terhadap program yang dilakukan serta terhadap karyawan yang bertugas melaksanakan kegiatan tersebut untuk selanjutnya diarahkan sedemikian rupa, sehingga tujuan yang telah direncanakan dapat tercapai. Secara operasional pengawasan terhadap program JKJ dilakukan melalui Dewan Jamsoda sesuai dengan Perda Kabupaten Jembrana No. 7 Tahun 2006 Pasal 15 yang menyatakan bahwa Dewan Jaminan Sosial Daerah berwenang melakukan monitoring dan evaluasi penyelenggaraan program jaminan sosial daerah. Dewan Jamsoda diangkat oleh Bupati, diketuai oleh Wakil Bupati Jembrana dan keanggotannya terdiri dari unsur pemerintah, tokoh/ahli yang memahami bidang jaminan sosial, organisasi pemberi kerja, dan organisasi pekerja.

Sedangkan pengawasan terhadap pelaksanaan pelayanan yang diterima oleh masyarakat dilakukan oleh tim yang dibentuk Bapel yaitu tim utilisasi dan verifikasi. Tim ini bertugas untuk melakukan pengawasan terhadap pelayanan kesehatan yang diberikan oleh PPK-1 kepada masyarakat apakah sudah sesuai dengan standar terapi dan prosedur yang telah dibuat oleh Bapel JKJ. Tahun 2007, tim ini melakukan pengawasan secara rutin setiap bulan kepada PPK-1, akan tetapi karena keterbatasan SDM yang tersedia, maka pengawasan tidak dapat dilakukan secara menyeluruh. Selain melakukan pengawasan secara langsung, Bapel JKJ juga menindaklanjuti laporan dari masyarakat apabila terdapat PPK yang memberikan pelayanan kesehatan tidak sesuai dengan kebutuhan pasien. Apabila ketika melakukan pengawasan terdapat PPK-1 yang melanggar ketentuan yang dimaksud, maka Bapel JKJ dapat memutuskan kontrak kerja secara sepihak.

Pada tahun 2007, perilaku *moral hazard* masih terjadi, hal ini dapat dilihat dari tingginya pembayaran klaim yang harus dibayar oleh Bapel JKJ kepada, yaitu mencapai 98 persen. Realisasi pembayaran klaim lebih besar diberikan kepada PPK-1 swasta baik bidan maupun dokter, hal ini dikarenakan utilisasi pelayanan kesehatan kepada PPK-1 swasta lebih besar dibandingkan PPK-1 pemerintah. Ada dua kemungkinan yang menyebabkan tingginya tingkat utilisasi ke PPK-1 swasta yaitu pasien yang lebih memilih PPK-1 swasta atau pihak PPK-1 swasta yang menganjurkan pasien melakukan kunjungan ulang.

Dalam melakukan pengawasan, Bapel JKJ perlu mengembangkan sistem informasi manajemen untuk membantu melakukan review utilisasi pelayanan kesehatan, manajemen klaim dan mencegah terjadinya kecurangan asuransi kesehatan. Sistem informasi manajemen yang baik akan menghasilkan informasi

untuk melakukan pemantauan, kontrol dan intervensi manajemen sehingga pengambilan keputusan dapat dilakukan secara efektif, efisien dan rasional. Sampai saat ini, penerapan sistem informasi manajemen belum dapat dilakukan karena keterbatasan sarana yang dimiliki terutama tenaga yang mengerti tentang teknologi informasi. Hal ini tentu saja sangat menghambat pelaksanaan program JKJ dalam rangka menciptakan sistem pelayanan kesehatan yang bermutu dan berkualitas.

## **7.6. Hasil Program Jaminan Kesehatan Jembrana**

### **7.6.1. Distribusi Kepesertaan Program Jaminan Kesehatan Jembrana**

Berdasarkan data yang diperoleh dari Bapel JKJ, jumlah pendaftaran peserta JKJ sampai tahun 2007 berjumlah 124.929 orang, dimana target pendaftaran peserta yang ditetapkan Bapel JKJ adalah sebesar 170.000 orang yang terdiri dari 131.695 peserta umum, 21.209 peserta gakin, dan 17.104 peserta ASKES sehingga tingkat kepesertaan sampai tahun 2007 mencapai 73.49 persen. Peserta JKJ sebagian besar adalah kelompok umum yaitu 110.914 orang dari total jumlah penduduk 260.791 jiwa, sedangkan jumlah peserta gakin yang telah menjadi peserta JKJ adalah sebanyak 9.012 dan peserta ASKES berjumlah 5.003 jiwa.

Berdasarkan informasi yang diperoleh dari salah seorang staf yang bekerja di Bapel JKJ pencapaian jumlah peserta yang tidak sesuai dengan target dikarenakan masih banyak penduduk tidak memiliki kartu keluarga sehingga tidak dapat memiliki kartu kepesertaan. Selain itu, calon peserta yang harus datang sendiri ke kantor JKJ yang terletak di pusat kota Negara juga dapat mempengaruhi tingkat kepesertaan program. Kendala berupa jarak yang jauh dan biaya transportasi juga turut

mempengaruhi rendahnya cakupan kepesertaan JKJ selain karena alasan biaya administrasi bagi penduduk yang tinggal di pelosok pedesaan.

Untuk program JKJ Paripurna, tingkat kepesertaan masih jauh dari target, yaitu mencapai 4.73 persen dari target yang ingin dicapai. Selain karena kepemilikan KK, program ini merupakan program baru, sehingga pemahaman masyarakat masih rendah. Hal ini tentu saja berakibat pada rendahnya keinginan masyarakat untuk menjadi peserta. Selain itu, berdasarkan Instruksi Bupati No. 6 Tahun 2007 mengatur bahwa peserta JKJ Paripurna harus membayar iuran peserta sebesar Rp. 60.000,00 (50 persen dapat dibayar awal, sisanya dilunasi maksimal sampai bulan ketiga setelah kartu diterima dan biaya cetak kartu Rp. 10.000,00 per-orang per-tahun) diduga turut mempengaruhi tingkat kepesertaan JKJ Paripurna terutama bagi penduduk miskin.

#### **7.6.2. Pembayaran Klaim Program JKJ**

Realisasi dana untuk program JKJ sebagian besar digunakan untuk pembayaran klaim kepada PPK-1 baik swasta maupun pemerintah telah mengadakan kontrak dengan Lembaga JKJ. PPK yang merupakan lembaga pemerintah adalah Puskesmas Pembantu Pembina (Pustu Pembina), Puskesmas, dan Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD). Sedangkan PPK yang merupakan lembaga swasta adalah praktek dokter swasta, Praktek Bidan Swasta, Praktek Dokter Spesialis, Klinik Swasta dan Rumah Sakit Swasta.

Dalam melakukan pembayaran klaim, manajemen keuangan JKJ menggunakan sistem pra-upaya seperti pada JPKM, akan tetapi sistem ini dilakukan di tingkat Bapel dan bukan di tingkat PPK-1. Subsidi dari Pemerintah Kabupaten Jembrana yang bersumber dari APBD II yang akan disalurkan dan diterima Bapel

JKJ kemudian Bapel JKJ membayar kepada PPK-1 sesuai dengan klaim yang diajukan.

Semua pembayaran dilakukan kepada PPK-1 sebagai pemberi pelayanan menggunakan dasar hitungan pelayanan (*service-based remuneration*) dengan sistem pembayaran *Fee For Service* (FFS). Bapel JKJ tidak menggunakan sistem pembayaran kapitasi seperti pada JPKM, karena sistem kapitasi ini diperkirakan tidak dapat memberikan pelayanan yang berkualitas. Melalui sistem pembayaran FFS ini diharapkan PPK akan bersaing dalam memperoleh pasien, sehingga dapat mengontrol kualitas pelayanan. Berbeda dengan pendapat Thabrany yang menyatakan bahwa sistem pembayaran FFS kepada pemberi pelayanan dipandang tidak efisien dan dapat menjauhkan masyarakat dari pelayanan yang dibutuhkan. Selain itu, FFS juga dapat menimbulkan adanya pemberian pelayanan yang berlebihan kepada pasien atau yang lebih dikenal dengan *supply induce demand*.

Untuk menghindari terjadinya *supply induce demand* dimana PPK-1 merekomendasikan pasien untuk melakukan kunjungan untuk penyakit yang sama, maka Pemerintah Kabupaten Jember melalui Bapel JKJ melakukan review utilisasi terhadap klaim yang diajukan oleh PPK. Review utilisasi merupakan kiat manajemen yang dikembangkan oleh organisasi *managed care* dengan tujuan mengontrol pelayanan dan biaya kesehatan (Ilyas, 2003). Hal yang sama juga dinyatakan oleh Feldstein (1998) seperti yang dikutip dari Ilyas, bahwa dengan mengerti tentang utilisasi pelayanan kesehatan maka akan memungkinkan semakin akuratnya upaya peningkatan pelayanan kesehatan di masa depan. Selain melakukan review utilisasi, Bapel JKJ juga membatasi penerimaan klaim dari PPK dan jasa biaya pemeriksaan



atau pengobatan pada pasien yang sama dengan diagnose sama berturut – turut setiap hari setelah hari ke 5 (lima) seperti yang tercantum dalam kontrak kerja.

Review utilisasi memungkinkan pelayanan kesehatan yang diberikan benar-benar sesuai dan mengurangi berbagai pelayanan yang beraneka ragam dan tidak sesuai dengan indikasi medis. Dengan dilakukannya review utilisasi, maka dapat dilakukan penekanan biaya (*cost containment*) dan pemeliharaan serta peningkatan mutu (*quality control and improvement*). Apalagi program ini merupakan kebijakan publik, sehingga Pemda berkewajiban memberikan pelayanan yang berkualitas. Kendali mutu dilakukan dengan melakukan pengawasan secara rutin kepada PPK, sedangkan kendali biaya dilakukan dengan penetapan harga obat yang ditetapkan dalam standar terapi. Standar terapi memuat daftar penyakit, jenis obat yang dapat diberikan, harga obat, dan jumlah obat maksimal yang diberikan kepada pasien. Standar terapi ini selalu mengikuti standar obat yang ditetapkan oleh pemerintah pusat dalam hal ini Departemen Kesehatan.

Pembayaran klaim yang paling banyak adalah dari peserta umum yaitu mencapai 6 milyar rupiah. Hal ini dikarenakan karena yang tergolong peserta umum adalah masyarakat biasa dan masyarakat berprofesi. Masyarakat biasa adalah masyarakat Jembrana yang sampai saat ini tidak terikat dengan suatu lembaga/badan asuransi atau badan lain yang bergerak di bidang kesehatan. Sedangkan masyarakat berprofesi adalah Pegawai Swasta yaitu masyarakat Jembrana yang telah terikat dengan asuransi tertentu seperti Jamsostek, asuransi swadana perusahaan dan lain sebagainya.

Besaran klaim untuk sekali kunjungan bagi masyarakat yang memanfaatkan jasa PPK yaitu dokter maksimal Rp. 27.000,00 dengan rincian: jasa Rp 8.000,00 dan

obat-obatan maksimal Rp. 19.000,00 dan bidan maksimal Rp. 15.000,00 dengan rincian: jasa Rp. 4.000,00 dan obat-obatan maksimal Rp. 11.000,00. Pada tahun 2007, pembayaran klaim rata-rata untuk setiap pasien peserta JKJ berkisar antara 14.784 rupiah untuk peserta ASKES, 14.449 rupiah untuk peserta Gakin, dan 13.146 rupiah untuk peserta umum. Hal ini menunjukkan bahwa, walaupun telah ditetapkan batas maksimal biaya pengobatan oleh Pemerintah Kabupaten Jembrana, tetapi biaya rata-rata yang dikeluarkan masih jauh dari biaya maksimal yang ditentukan.

