

**BAB III**  
**IMPLEMENTASI PROGRAM JAMINAN KESEHATAN MASYARAKAT**  
**(JAMKESMAS) DI KABUPATEN SLEMAN**  
**(Studi Kasus di Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Sleman**  
**Tahun 2012)**

Untuk menilai sejauhmana implementasi program Jamkesmas di Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Sleman, peneliti menggunakan pengukuran variabel yang digunakan oleh Van Meter dan Van Horn, variabel tersebut antara lain : ukuran-ukuran dasar dan tujuan-tujuan kebijakan, sumber-sumber kebijakan, komunikasi antar organisasi dan kegiatan-kegiatan pelaksanaan, karakteristik badan-badan pelaksana, kondisi ekonomi, sosial dan politik dan kecenderungan pelaksana. Dari beberapa variabel di atas akan dijelaskan dan dianalisa variabel-variabel yang terkait dengan pelaksanaan Jamkesmas di RSUD Kabupaten Sleman.

**A. Ukuran-ukuran dasar dan tujuan-tujuan kebijakan**

Untuk melihat ukuran dan tujuan Jamkesmas berdasarkan kepada ukuran dan tujuan yang dicantumkan dalam Keputusan Menteri Kesehatan No.125/Menkes/SK/II/2008. Tujuan dari pelaksanaan program Jamkesmas secara umum adalah meningkatnya akses dan mutu pelayanan kesehatan terhadap seluruh masyarakat miskin dan tidak mampu agar tercapai derajat kesehatan

Tujuan Khusus dari pelaksanaan Jamkesmas adalah :

a. Meningkatnya cakupan masyarakat miskin dan tidak mampu yang mendapat pelayanan kesehatan di Puskesmas serta jaringannya dan di Rumah Sakit

b. Meningkatnya kualitas pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin

Sasaran program Jamkesmas adalah masyarakat miskin dan tidak mampu di seluruh Kabupaten Sleman dengan quota sejumlah 168.158 jiwa, tidak termasuk yang sudah mempunyai jaminan kesehatan lainnya.

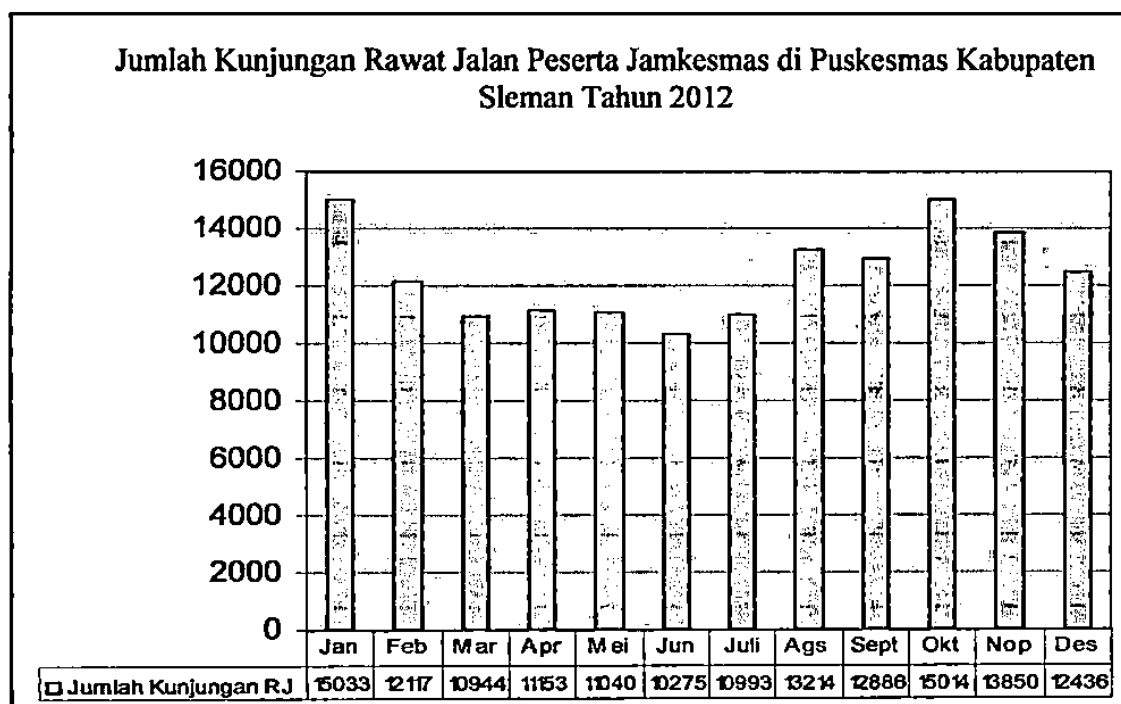
a.b. Meningkatnya cakupan masyarakat miskin dan tidak mampu yang mendapat pelayanan kesehatan di Puskesmas serta jaringannya dan di Rumah Sakit

Puskesmas memberi pelayanan kesehatan dasar pada setiap peserta Jamkesmas meliputi pelayanan kesehatan rawat jalan (RJ), Rawat Inap (RI) dan membuat rujukan ke rumah sakit atas indikasi medis. Puskesmas diharapkan menerapkan sistem rujukan berjenjang sehingga dapat menekan pengeluaran anggaran karena. Pemda harus menjamin masyarakat miskin yang tidak dijamin Jamkesmas. Jumlah pelayanan kesehatan di Puskesmas bisa di lihat pada tabel dan grafik berikut ini

**Tabel 3.1**  
**Jumlah Kunjungan Rawat Jalan Peserta Jamkesmas di Puskesmas**  
**Kabupaten Sleman Tahun 2012**

No	Bulan	Jumlah
1	Januari	15.033
2	Februari	12.117
3	Maret	10.944
4	April	11.153
5	Mei	11.040
6	Juni	10.275
7	Juli	10.993
8	Agustus	13.214
9	September	12.886
10	Oktober	15.014
11	November	13.850
12	Desember	12.436
	<b>Jumlah</b>	<b>148.955</b>

**Gambar 3.1**  
**Grafik Kunjungan Rawat Jalan Peserta Jamkesmas di Puskesmas**  
**Kabupaten Sleman Tahun 2012**



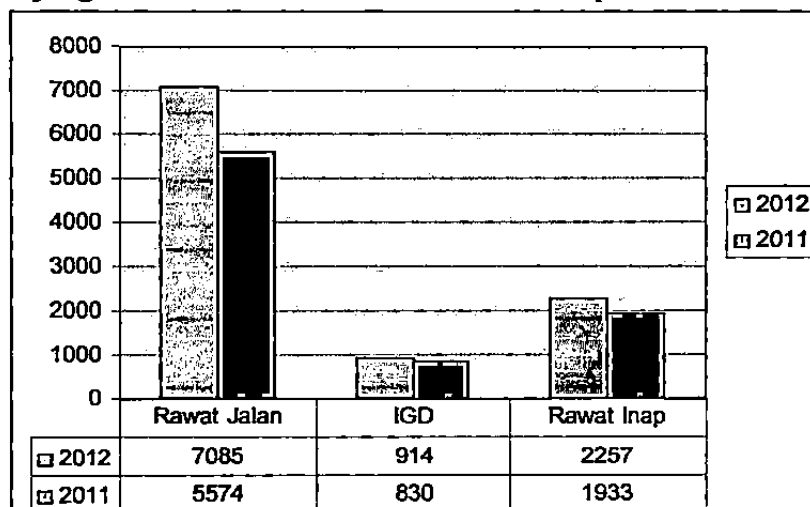
Pelaksanaan program Jamkesmas di RSUD dapat dilihat dari adanya peningkatan masyarakat yang mendapat pelayanan kesehatan di RSUD Kabupaten Sleman sebagai berikut:

**Tabel 3.2**  
**Rekapitulasi Pelayanan Pasien Jamkesmas di RSUD**  
**Kabupaten Sleman Tahun 2012**

No	Bulan	2011				2012			
		Rawat Jalan	IGD	Rawat Inap	Jumlah	Rawat Jalan	IGD	Rawat Inap	Jumlah
1	Januari	942	123	312	1.377	1.342	80	425	1.847
2	Februari	312	23	121	476	525	38	141	704
3	Maret	314	22	109	452	399	14	116	529
4	April	623	35	171	812	435	26	154	615
5	Mei	533	36	131	721	413	21	152	586
6	Juni	212	43	151	387	351	20	132	503
7	Juli	346	35	143	511	365	35	130	530
8	Agustus	346	78	139	577	526	78	153	757
9	September	642	88	157	940	707	145	210	1.062
10	Oktober	423	92	132	711	647	135	196	978
11	November	536	124	214	885	692	161	225	1.078
12	Desember	345	131	153	699	683	161	223	1.067
	Jumlah	5.574	830	1.933	8.548	7.085	914	2.257	10.256

Sumber : RSUD Kabupaten Sleman tahun 2011-2012

**Gambar 3.2**  
**Grafik Kunjungan Peserta Jamkesmas di RSUD Kabupaten Sleman Tahun 2012**



Dari tabel di atas dapat diketahui bahwa kunjungan rawat jalan peserta Jamkesmas di RSUD Kabupaten Sleman apabila dibandingkan antara tahun 2011-2012 terjadi peningkatan jumlah pasien baik rawat jalan yaitu pada tahun 2011 5.574 pasien meningkat menjadi 7.085 pasien atau 21%, sedangkan rawap inap dari 2.144 pasien menjadi 2.257 pasien atau meningkat 14%.

Apabila dikaitkan dengan tujuan umum pelaksanaan Jamkesmas yaitu untuk meningkatnya cakupan masyarakat miskin dan tidak mampu yang mendapat pelayanan kesehatan di Puskesmas serta jaringannya dan di Rumah Sakit dapat dikatakan bahwa pelaksanaan Jamkesmas terjadi fluktuasi atau peningkatan dan penurunan hal ini menurut keterangan Ibu Ria Setiawan karena status kesehatan yang sudah cukup baik pada pemegang kartu Jamkesmas.<sup>1</sup>

Tabel 3.3

Kunjungan Rawat Inap Peserta Jamkesmas di RSUD Kabupaten Sleman  
Tahun 2011-2012

No	Bulan	Tahun 2011	Tahun 2012	%
1	Januari	312	425	Naik 27%
2	Februari	121	141	Naik 14%
3	Maret	109	116	Naik 6%
4	April	171	154	Turun -11%
5	Mei	131	152	Naik 14%
6	Juni	151	132	Turun-14%
7	Juli	143	130	Turun-10%
8	Agustus	139	153	Naik 9 %
9	September	157	210	Naik 25%
10	Oktober	132	196	Naik 33%
11	November	214	225	Naik 5%
12	Desember	153	223	Naik31%
	Jumlah	1.947	2.257	Naik 14%

Sumber : RSUD Kabupaten Sleman

<sup>1</sup> Wawancara dengan Ibu Ria Setiawan selaku Kepala Sub bagian keuangan RSUD Kabupaten

Dari tabel di atas dapat diketahui bahwa kunjungan rawat inap peserta Jamkesmas di RSUD Kabupaten Sleman tahun 2012 paling banyak terjadi di bulan Januari yaitu 425 pasien dan paling sedikit adalah bulan Maret yaitu 116 pasien, apabila dibandingkan dengan tahun 2011 terjadi peningkatan maupun penurunan jumlah pasien yang dirawat inap. Apabila dikaitkan dengan tujuan umum pelaksanaan Jamkesmas yaitu untuk meningkatnya cakupan masyarakat miskin dan tidak mampu yang mendapat pelayanan kesehatan di Puskesmas serta jaringannya dan di Rumah Sakit dapat dikatakan bahwa pelaksanaan Jamkesmas telah berhasil hal ini dapat dilihat dari rapat inap tiap bulannya yang paling rendah pada bulan Maret dan terus mengalami kenaikan.

Hal ini didukung pernyataan Ibu Ani Nurhayati. SST, selaku Seksi Kesehatan Dasar Dan Rujukan Dinas Kesehatan Kabupaten Sleman yang menyatakan bahwa:

Perbedaan sebelum adanya jamkesmas dan setelah adanya program jamkesmas terhadap masyarakat miskin yang sakit dan dirawat di rumah sakit sangat jelas terasa, karena setelah adanya program Jamkesmas kesehatan masyarakat miskin yang ada di kabupaten ini lebih terjamin, masyarakat tidak lagi takut untuk berobat ke rumah sakit atau puskesmas, karena selama adanya program Jamkesmas masyarakat miskin Kabupaten Sleman lebih mudah untuk berobat ke rumah sakit ataupun Puskesmas tanpa takut dengan tanggungan biaya yang mahal. Masyarakat miskin di Kabupaten Sleman yang memiliki kartu kepersertaan Jamkesmas sudah langsung dapat berobat ke setiap rumah sakit yang bekerja sama dengan jamkesmas yang ada di Kabupaten Sleman tanpa perlu memikirkan biaya yang mahal. Karena sebelumnya banyak masyarakat yang tidak mau atau tidak berani berobat ke rumah sakit karena takut akan biaya yang mahal. Dengan mudahnya masyarakat Kabupaten Sleman untuk memperoleh pelayanan

kesehatan setelah adanya program Jamkesmas maka tingkat kesehatan masyarakatpun lebih meningkat dari sebelumnya.<sup>2</sup>

**b. Meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin**

Kualitas pelayanan kesehatan masyarakat tak terlepas dari komitmen Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Sleman dalam memberikan pelayanan sesuai standar pelayanan yang telah ditetapkan dalam peraturan dan ketetapan yang berlaku. Begitu juga pelayanan kesehatan kepada masyarakat miskin sebagai peserta Jamkesmas. Untuk mengukur tingkat kepuasan masyarakat miskin dalam memperoleh pelayanan kesehatan di RSUD Kabupaten Sleman, sebaiknya dilakukan secara berkala baik itu triwulan atau enam bulan. Survei ini bertujuan untuk mengetahui kepuasan pelanggan dalam hal ini adalah masyarakat miskin memperoleh pelayanan kesehatan di rumah sakit, hasil survei akan menjadi bahan evaluasi kegiatan pelayanan yang telah dijalankan oleh rumah sakit. Berkaitan dengan survey kepuasan peserta Jamkesmas, RSUD Kabupaten Sleman belum pernah melakukan survey kepuasan pelanggan.

Namun dari hasil wawancara yang dilakukan dengan beberapa pasien peserta Jamkesmas baik rawat jalan, rawat inap menunjukkan adanya kepuasan peserta Jamkesmas dalam memperoleh pelayanan kesehatan yang diberikan RSUD Kabupaten Sleman.

<sup>2</sup> Wawancara dengan Ibu Ani Nurhasni selaku Seksi Kesehatan Dasar dan Pribadi Dinas

Mengenai pelayanan kesehatan khususnya pelayanan tindakan medis pemeriksaan dan perawatan baik itu rawat jalan, rawat inap dan unit gawat darurat. Petugas pelaksana yaitu dokter, perawat atau staf medis lainnya tidak membedakan dalam hal pelayanan medis kepada pasien baik itu pasien umum atau pasien peserta Jamkesmas. Semua pelayanan kesehatan mengacu kepada prosedur standar pelayanan yang telah ditetapkan oleh RSUD Kabupaten Sleman.

Seperti pendapat istri pasien rawat inap di RSUD Kabupaten Sleman.

Suami saya sudah dirawat 2 kali di RSUD Sleman dan pelayanan dan tindakan medis di Rumah Sakit cukup cepat, saat rawat inap perawat atau dokter dapat melayani dengan baik dan pembayaran selama ini gratis.<sup>3</sup>

Pendapat lain di ungkapkan oleh Ibu Maryam

Pelayanan di perawat atau dokter cukup baik dan cepat dalam melayani pasien dan adanya jamkesmas ini sangat membantu perekonomian keluarga, saya dan keluarga terbantu dalam memeriksakan ibu saya ke RSUD Sleman karena seluruh biayanya gratis.<sup>4</sup>

Pendapat lainnya diungkapkan oleh Ibu Saryanti pasien rawat jalan di RSUD Sleman yaitu kemudahan dalam pengurusan administrasi tetapi petugasnya yang melayani belum mencukupi dibanding peserta jamkesmas sehingga saya harus menunggu antrian cukup lama<sup>5</sup>

Menganalisa pendapat beberapa pasien dan pengantar pasien yang telah diwawancara, mengatakan kemudahan dalam hal pengurusan

<sup>3</sup> Wawancara dengan Ny. Hindun warga Karangwuni Kecamatan Turi Sleman, tanggal 17 Februari 2014

<sup>4</sup> Wawancara dengan Ny. Suwarni Wariano warga Gawar, Pandoharjo Kec. Sleman, tanggal 17 Februari 2014

<sup>5</sup> Wawancara dengan Ibu T. Liman warga Candibinangun Kecamatan Pakem, tanggal 17 Februari 2014



administrasi dan prosedur pelayanan, selain itu juga sebagian pasien mengatakan kepuasannya terhadap pelayanan yang diberikan walaupun masih ada yang harus dibenahi oleh petugas pelayanan, namun hal ini mengartikan bahwa pelayanan medis, tindakan medis dan pemeriksaan kesehatan yang telah dijalankan oleh RSUD Kabupaten Sleman sudah cukup berhasil.

Selain itu upaya RSUD Kabupaten Sleman dalam meningkatkan kualitas pelayanan kepada masyarakat diwujudkan dengan beberapa kegiatan sebagai berikut:

1. Meningkatkan kualitas proses layanan kepada pasien
2. Meningkatkan kapabilitas dan komitmen petugas
3. Mempercepat proses pelaporan dan akses informasi
4. Meningkatkan kepercayaan dan kepuasan kepada pasien

Hal ini dibuktikan dengan diterimanya ISO 9001:2000 pada tahun 2008 sebagai bukti bahwa kualitas pelayanan RSUD Kabupaten Sleman sudah baik.

## **B. Sumber-sumber kebijakan**

Sumber kebijakan dalam implementasi kebijakan Jamkesmas di RSUD Kabupaten Sleman adalah dana yang digunakan oleh RSUD Kabupaten Sleman dalam melaksanakan Jamkesmas. Sumber dana yang digunakan adalah dari APBN sektor Kesehatan Tahun Anggaran 2012 untuk

Program Jamkesmas merupakan program pemerintah pusat dalam hal ini Departemen Kesehatan di bawah pimpinan Menteri Kesehatan, seluruh pembiayaan program seluruhnya menjadi tanggungjawab dari pemerintah pusat melalui pembiayaan APBN, sehingga menyangkut ketersediaan dana cukup mendukung dalam pelaksanaan program Jamkesmas di RSUD Sleman. Berdasarkan data dari RSUD Sleman anggaran Jamkesmas Tahun 2012 untuk RSUD Sleman adalah sebesar Rp. 3.893.037.207 dengan jumlah klaim pelayanan Jamkesmas sebesar Rp. 3.644.142.171. sehingga masih terdapat sisa dana Jamkesmas tahun 2012 sebesar Rp. 248.895.036

Pemerintah daerah berkontribusi dalam menunjang dan melengkapi pembiayaan pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin di daerah masing-masing meliputi antara lain :

1. Masyarakat miskin yang tidak masuk dalam pertanggung jawaban kepesertaan Jaminan Kesehatan Masyarakat (JAMKESMAS).
2. Selisih harga diluar jenis paket dan tarif pelayanan kesehatan tahun 2008
3. Biaya transportasi rujukan dan rujukan balik pasien miskin dari RS Kabupaten/Kota ke RS yang dirujuk. Sedangkan biaya transportasi rujukan dari puskesmas ke RS/BKMM/BBKPM/BKPM/BP4/BKIM ditanggung oleh biaya operasional Puskesmas.
4. Penanggung biaya transportasi pendamping pasien rujukan.
5. Pendamping pasien rawat inap.
6. Menanggung biaya operasional Puskesmas

Dana program dialokasikan untuk membiayai kegiatan pelayanan kesehatan dan manajemen operasional program JAMKESMAS dengan rincian sebagai berikut :

1. Dana Pelayanan Kesehatan masyarakat miskin di:

- a. Puskesmas dan jaringannya,
- b. Rumah Sakit,
- c. Rumah Sakit Khusus
- d. Balai Kesehatan Mata Masyarakat (BKMM),
- e. Balai Besar Kesehatan Paru Masyarakat (BBKPM),
- f. Balai Kesehatan Paru Masyarakat (BKPM),
- g. Balai Pengobatan Penyakit Paru (BP4),
- h. Balai Kesehatan Indra Masyarakat (BKIM).

2. Dana manajemen operasional:

- a. Administrasi kepesertaan,
- b. Koordinasi Pelaksanaan dan Pembinaan program,
- c. Advokasi, Sosialisasi,
- d. Rekrutmen dan Pelatihan,
- e. Monitoring dan Evaluasi Kabupaten/Kota, Propinsi dan Pusat,
- f. Kajian dan survey,
- g. Pembayaran honor, investasi dan operasional,

h. Perencanaan dan pengembangan program

Pembayaran pelayanan kesehatan dalam masa transisi sebelum pola Tarif Paket JAMKESMAS tahun 2008 (INA DRG) sebagaimana butir 8 diatas berlaku efektif (transisi) dilakukan pengaturan sebagai berikut:

a. Luncuran Dana pertama (awal)

Sebelum berlakunya Tarif Paket JAMKESMAS tahun 2012 (INA DRG) secara efektif maka akan diberikan dana luncuran pertama untuk penggantian biaya pelayanan peserta, dengan pengaturan sebagai berikut:

- 1) Pembayaran RS dan BKMM/BBKPM/BKPM/ BP4/BKIM mengacu pada Jenis paket dan tarif pelayanan kesehatan peserta Jamkesmas
- 2) Penulisan kode diagnosa ICD X
- 3) Membuat laporan rekapitulasi pertanggungjawaban
- 4) Akan dilakukan audit oleh Aparat Pengawas Fungsional yang ditunjuk

b. Luncuran dana kedua dengan dasar perhitungan:

- 1) Bila sudah ada pelaksana verifikasi dan kesiapan pembayaran paket, maka akan dilakukan verifikasi dengan menggunakan pola pembayaran mengacu pada Jenis paket dan tarif pelayanan kesehatan peserta Jamkesmas

2) Rumah Sakit mencantumkan diagnosa pada setiap klaim dengan kewajiban menambahkan kode diagnosa yang tercantum dalam Tarif Paket JAMKESMAS TAHUN (INA-DRG) meskipun kode tersebut belum menjadi dasar pembayaran.

3) Bila belum ada pelaksana verifikasi, akan diluncurkan pembiayaan dengan mengikuti ketentuan seperti luncuran pertama

4) Membuat laporan rekapitulasi pertanggungjawaban

5) Akan dilakukan oleh Aparat Pengawas Fungsional yang ditunjuk.

Anggaran pelayanan masyarakat miskin di PPK II dan III berasal dari Departemen Kesehatan didistribusikan melalui rekening PPK II dan III. Dapat dapat digunakan setelah mendapat persetujuan dari verifikator.

Dana untuk Pelayanan Kesehatan masyarakat miskin di Rumah Sakit disalurkan langsung dari Departemen Kesehatan melalui Kas Negara (KPPN) ke rekening Bank Rumah Sakit. Pada tahap pertama diluncurkan dana awal sebesar 2 (dua) bulan dana pelayanan kesehatan yang diperhitungkan berdasarkan jumlah klaim rata-rata perbulan tahun sebelumnya.

**Tabel 3.4.**  
**Laporan Rekapitulasi Pelayanan Pasien Jamkesmas Tahun 2012**  
**Instansi : RSUD Sleman**

No	Bulan	Pasien Rawat Jalan	Jumlah Klaim (Rp)	%	Pasien IGD	Jumlah Klaim (Rp)	%	Paien Rawat Inap	Jumlah Klaim (Rp)	%	Jumlah total
1	Januari	1.342	61.828.743,00	2%	80	6.490.839.00	18%	425	714.784.322.00	20%	783.103.904.00
2	Februari	525	28,537,300,00	1%	38	3.425.600.00	9%	141	200.013.950.00	5%	231.977.850.00
3	Maret	399	19,492,890,00	1%	14	1.921.850.00	5%	116	131.414.652.00	4%	152.829.392.00
4	April	435	20,940,534,91	1%	26	1.451.126.26	4%	154	237.023.102.00	7%	259.414.765.42
5	Mei	413	19,168,578,37	1%	21	1.452.293.04	4%	152	198.933.353.96	5%	219.554.225.37
6	Juni	351	17.836.069,85	0%	20	1.125.461.05	3%	132	207.248.729.23	6%	226.210.260.13
7	Juli	365	17.973.312.14	0%	35	2.568.872.86	7%	130	184.193.028.34	5%	204.735.213.34
8	Agustus	526	28.375,643,92	1%	78	5.592.063.07	15%	153	223.927.064.58	6%	257.894.772.57
9	September	707	35,263,548,16	1%	145	5.009.612.61	0%	210	287.891.761.51	8%	328.164.922.28
10	Oktober	647	38,385,680,93	1%	135	5.214.333.34	0%	196	237.249.857.82	7%	280.849.872.09
11	November	692	36.928,981,38	1%	161	5.884.765.68	0%	225	323.173.122.65	9%	365.986.859.71
12	Desember	683	33,592,362,29	1%	161	6.559.394.48	0%	223	293.268.377.35	8%	333.420.134.12
	Jumlah	7.085	358.324.644,85	10%	914	46.696.214.39	1%	2.257	3.239.121.321.79	89%	3.644.142.171.03

Sumber : RSUD Kabupaten Sleman

Dari data di atas dapat diketahui bahwa jumlah dana yang digunakan dalam program Jamkesmas di RSUD Kabupaten Sleman pada tahun 2012 adalah sebesar Rp. 3.644.142.171.03 dan yang paling banyak adalah untuk pasien rawat inap yaitu sebesar Rp. 3.239.121.321.79. Pada tahun 2012 seluruh biaya program Jamkesmas sudah dibayarkan melalui rekening RSUD Sleman. Permasalahan yang muncul terkait dana Jamkesmas adalah rumah sakit harus menyesuaikan tarif rumah sakit dengan tarif pelayanan yang dikeluarkan oleh menteri Kesehatan sehingga terkadang rumah sakit harus menanggung biaya operasional pelayanan kesehatan apabila tarif rumah sakit lebih tinggi daripada tarif yang sudah ditentukan maka RSUD harus menggunakan strategi yang tepat agar RSUD tidak mengalami kerugian.

Prosedur pembayaran pelayanan kesehatan di Rumah Sakit Umum Daerah Sleman dilakukan secara bertahap. Tahapan pembayaran pelayanan kesehatan ke Rumah Sakit adalah sebagai berikut:

**a. Pembayaran Dana luncuran Pertama (awal) tahun 2012.**

1)Departemen Kesehatan mengucurkan dana awal pada bulan Februari 2012 ke rekening RS/BKMM/BBKPM/BKPM/BP4/BKIM. Besarnya jumlah dana yang dibayarkan dipehitungkan berdasarkan rata-rata pembayaran per bulan di Rumah Sakit pada tahun sebelumnya. Dana luncuran tersebut langsung disalurkan dari Departemen Kesehatan melalui KPPN Pusat ke Rekening RSUD.

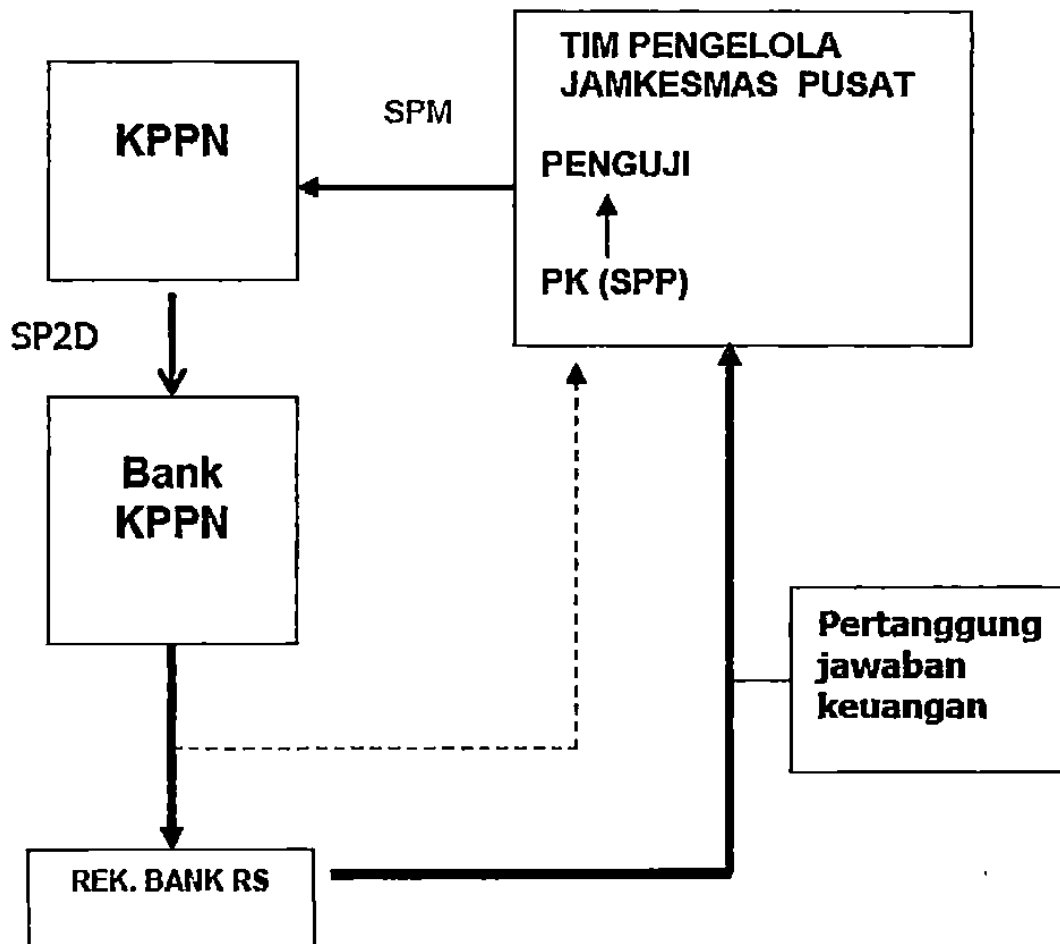
2)RSUD Sleman dapat langsung mengambil dan menggunakan dana tersebut

untuk pelayanan kesehatan peserta

- 3) Pertanggung jawaban dana awal tersebut berupa klaim pelayanan RSUD Sleman yang besarnya mengacu pada Jenis paket dan tarif pelayanan kesehatan
- 4) Sebelum terbentuknya Pelaksana Verifikasi, klaim pertanggung jawaban dana awal tersebut langsung dikirim ke Tim Pengelola JAMKESMAS Pusat, dengan menggunakan format rekapitulasi klaim biaya bulana seperti yang terlampir untuk RJTL, IGD, ODC, dan RITL
- 5) Dana luncturan berikutnya dapat disalurkan bila dana luncturan awal telah dipertanggungjawabkan.
- 6) Penerimaan klaim bagi RS Daerah, pertanggungjawaban, pengelolaan dan pemanfaatannya diserahkan pada mekanisme Daerah. Khusus untuk RS Vertikal/ BKMM/BBKPM /BKPM/BP4/BKIM disesuaikan dengan peraturan yang berlaku.
- 7) Rumah Sakit dapat memanfaatkan dana tersebut sesuai kebutuhan dan ketentuan masing-masing antara lain: jasa medik/pelayanan, jasa sarana, pemenuhan kebutuhan bahan medis habis pakai, dana operasional, pemeliharaan, obat, darah dan kebutuhan administrasi pendukung lainnya. Khusus untuk belanja investasi untuk Rumah Sakit daerah harus mendapat persetujuan Kepala Dinas Kesehatan Propinsi dan untuk Rumah Sakit Vertikal persetujuan dari Dirjen Bina Yanmed.
- 8) Seluruh berkas dokumen pertanggung jawaban disimpan oleh RS, dan akan



- 9) Rumah Sakit mengirimkan laporan realisasi klaim kepada Tim Pengelola JAMKESMAS Kabupaten/Kota.
  - 10) Tim Pengelola JAMKESMAS Kabupaten/Kota melakukan rekapitulasi realisasi klaim dan mengirimkan ke Tim Pengelola Propinsi
  - 11) Tim Pengelola JAMKESMAS Propinsi melakukan rekapitulasi
- Berikut ini adalah bagan alur penyaluran dana awal Jamkesmas



Gambar 3.3. Bagan Alur Penyaluran Dana Awal

Sumber : Dinas Kesehatan Kabupaten Sleman

**b. Pembayaran Dana Luncuran ke dua**

Apabila telah terbentuk tenaga pelaksana verifikasi, maka akan dilakukan verifikasi dengan mengacu pada Jenis paket dan tarif pelayanan kesehatan tahun 2008, dengan demikian pembayaran dilakukan berdasarkan klaim RS yang sudah di verifikasi.

- 1) Rumah Sakit mengajukan klaim (setiap bulan), sedangkan verifikasinya dilakukan setiap hari oleh tenaga verifikasi
- 2) Rekapitulasi Klaim yang telah diverifikasi dikirimkan ke Tim Pengelola JAMKESMAS Pusat yang ditanda tangani direktur Rumah Sakit dan diketahui oleh pelaksana Verifikasi
- 3) Terhadap Klaim tersebut dilakukan telaah dan otorisasi oleh Tim Pengelola Pusat untuk selanjutnya dilakukan pembayaran melalui KPPN.
- 4) Dasar besaran klaim mengacu sampai dengan bulan Juni 2012 tetap mengacu pada jenis paket dan tarif pelayanan kesehatan tahun 2011 dengan kewajiban Rumah Sakit mencantumkan diagnosa pada setiap klaim dengan ditambahkan kode diagnosa, meskipun kode tersebut belum dijadikan dasar pembayaran.
- 5) Apabila belum ada tenaga pelaksana verifikasi pengaturan penggunaannya seperti luncuran tahap pertama

**c. Periode klaim Juli-Desember 2012 dasar besaran klaim RS mengacu pada**

**Tarif Paket JAMKESMAS di RS (INA-DRG) yang berlaku efektif.**

- 1) Dasar besaran klaim Rumah Sakit mengacu pada Tarif Paket Pelayanan Kesehatan Masyarakat Miskin di Rumah Sakit (INA-DRG) sesuai dengan kode dan diagnosa penyakit.

- 2) Penerimaan klaim bagi RS Daerah, pengelolaan dan pemanfaatannya diserahkan pada mekanisme Daerah. Khusus untuk RS disesuaikan dengan peraturan yang berlaku.
- 3) Rumah Sakit dapat memanfaatkan dana tersebut sesuai kebutuhan dan ketentuan masing-masing RS antara lain: jasa medik/pelayanan, jasa sarana, pemenuhan kebutuhan bahan medis habis pakai, dana operasional, pemeliharaan, obat, darah dan kebutuhan administrasi pendukung lainnya. Khusus untuk belanja investasi bagi Rumah Sakit daerah harus mendapat persetujuan Kepala Dinas Kesehatan Propinsi dan untuk Rumah Sakit Vertikal harus mendapatkan persetujuan Dirjen Bina Yanmed, departemen kesehatan.
- 4) Seluruh berkas dokumen pertanggung jawaban disimpan oleh RS, dan akan diaudit kemudian oleh Aparat Pengawas Fungsional (APF).
- 5) RS mengirimkan laporan realisasi klaim kepada Tim Pengelola JAMKESMAS Kabupaten/Kota.
- 6) Tim Pengelola JAMKESMAS Kabupaten/Kota melakukan rekapitulasi realisasi klaim dan mengirimkan ke Tim Pengelola Propinsi
- 7) Tim Pengelola JAMKESMAS Propinsi melakukan rekapitulasi realisasi klaim dan mengirimkan ke Tim Pengelola JAMKESMAS Pusat

Apabila pengajuan klaim oleh Rumah Sakit melebihi 30 hari kalendar sejak pasien pulang, maka klaim tersebut tidak akan dibayarkan. Kekurangan ataupun kelebihan pembayaran pada bulan Januari sampai dengan Maret akan diperhitungkan pada pembayaran berikutnya. Klaim Paket Jamkesmas di

rekapitulasi mingguan oleh RS dan di verifikasi oleh Pelaksana Verifikasi dan diajukan oleh RS ke Depkes untuk pembayaran. Depkes membayar klaim paling lama 7 (tujuh) hari kalender setelah tanggal Berita Acara Verifikasi oleh Tim Pengelola Pusat.

### **C. Komunikasi Antar Organisasi dan Kegiatan-Kegiatan Pelaksanaan**

Implementasi sebuah program akan berjalan efektif dan efisien apabila adanya komunikasi yang selaras dan sejalan antara stakeholder atau pihak-pihak selaku pelaksana program. Komunikasi ini dapat diwujudkan dengan adanya sebuah koordinasi atau sistem kerjasama dalam pelaksanaan kegiatan-kegiatan dalam pencapaian kebijakan. Dengan adanya koordinasi dan kerjasama dalam pelaksanaan program maka tujuan dan pedoman-pedoman pelaksanaan kebijakan dapat disampaikan dengan baik oleh penyusun kebijakan kepada para pelaksana ditingkat teknis.

Dalam implementasi program Jamkesmas, komunikasi antar organisasi diukur dengan koordinasi antara pihak-pihak yang terkait dengan pelaksanaan program Jamkesmas dan ada tidaknya konflik serta perbedaan diantara pelaku pelaksana program dalam melaksanakan program yang telah ditetapkan.

Pemerintah dalam hal ini Departemen Kesehatan selaku penyusun kebijakan dalam menyusun dan merumuskan kebijakan jamkesmas terlebih

terkait dengan program Jamkesmas, seperti Dinas Kesehatan selaku perwakilan departemen kesehatan di tingkatan provinsi atau kabupaten, PT. Askes selaku manajemen kepesertaan Jamkesmas dan PPK (Pemberi Pelayanan Kesehatan) yaitu rumah sakit, Puskesmas dan Polindes dll.

Dalam implementasi program Jamkesmas di RSUD Sleman, pihak-pihak yang terkait dalam pelaksanaan Jamkesmas adalah Dinas Kesehatan, PT. Askes dan verifikator independen dan pihak RSUD Sleman. Pihak pelaksana yang terkait dengan pelaksanaan program Jamkesmas mempunyai tugas dalam hal memberi jaminan kepada masyarakat miskin yang ada di Kabupaten Sleman, sedangkan rumah sakit bertugas sebagai pemberi pelayanan kesehatan kepada peserta Jamkesmas. Dinas Kesehatan Kabupaten Sleman bertugas dalam hal sosialisasi program dan evaluasi program. Sedangkan dalam hal pendataan menjadi tugas PT. Askes dan Pemda Sleman. Berdasarkan keterangan Staff PT askes (persero) Kabupaten Sleman.

Peran PT ASKES dalam pelaksanaan program Jamkesmas di Kabupaten Sleman sepanjang tahun 2013 itu adalah PT ASKES hanya membuatkan SKP (Surat Keabsahan Peserta) bagi peserta program Jamkesmas, yang artinya PT.ASKES pada tahun 2013 itu tidak melayani klaim maupun pelayanan ataupun verifikasi dan yang lainnya. PT.ASKES di tahun 2013 hanya melakukan keabsahan peserta program jamkesmas dengan melihat di data kepesertaan Jamkesmas atau mikrofile Jamkesmas tahun 2013. Apabila pasien tersebut ada di dalam data, maka PT.ASKES sudah sah untuk membuatkan pasien surat SKP, setelah dibuatkan surat SKP selanjutnya peserta program Jamkesmas menjadi kewenangan pihak rumah sakit.<sup>6</sup>

<sup>6</sup> Wawancara dengan Bapak Asto Riyono, SE selaku Kepala Ops BPJS Kesehatan Kabupaten

Terkait komunikasi dengan semua *stakeholder* dalam implementasi program jamkesma petugas PT. ASKES menyatakan bahwa:

PT. ASKES selalu melakukan sosialisasi dan komunikasi kepada *stakeholder* yaitu kepada Rumah Sakit dan Pemda. Komunikasi terkait Jamkesmas tersebut dilakukan kepada rumah sakit, Dinas Kesehatan dan juga kepada puskesmas. Sosialisasi dan komunikasi yang dilakukan oleh PT.ASKES kepada *stakeholder* tersebut terkait dengan pemindahan program jamkesmas ke program BPJS yang ada di 2014 yang namanya adalah program PBI (Penerima Bantuan Iyuran).<sup>7</sup>

Selain melaksanakan tugas dan fungsinya masing-masing, dalam pelaksanaan program Jamkesmas dibutuhkan sebuah koordinasi dan komunikasi antar pihak pelaksana agar nantinya program dapat berjalan dengan maksimal dan menekan terjadinya konflik atau perbedaan kepentingan dalam pelaksanaan program. Wujud dari koordinasi tersebut adalah adanya Keputusan Bupati Nomor 32/Kep/KDH. A/2012 tentang Tim Koordinasi Jaminan Kesehatan Masyarakat yang terdiri dari:

Tabel 3.5.  
Susunan Tim Koordinasi Jaminan Kesehatan Masyarakat

No	Jabatan/Instansi	Kedudukan dalam Tim
1	Bupati	Pelindung
2	Sekretaris Daerah	Ketua
3	Kepala Bidang Linkesmas Dinas Kesehatan	Sekretaris
4	Asisten Sekda Bidang Pembangunan	Anggota
5	Kepala BAPPEDA	Anggota
6	Kepala Dinas Kesehatan	Anggota
7	Kepala Dinas Tenaga Kerja, Sosial dan KB	Anggota
8	Direktur RSUD Sleman	Anggota
9	Ketua Komisi D DPRD Kab Sleman	Anggota
10	Kepala Area Asisten Manajer PT. Askes Kabupaten Sleman	Anggota
11	Staf Dinas Kesehatan	Staf Sekretaris

Sumber : Lampiran Keputusan Bupati Nomor 32/Kep/KDH. A/2012

Tugas dari tim tersebut di atas adalah menetapkan arah kebijakan koordinasi dan sinkronisasi program jaminan kesehatan masyarakat serta melakukan pembinaan dan pengendalian program jaminan kesehatan masyarakat di tingkat Kabupaten.

Menindaklanjuti keputusan tersebut di atas maka Dinas Kesehatan mengeluarkan Keputusan Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Sleman Nomor 441 / 069 tentang Tim Pengelolaan Jaminan Kesehatan Masyarakat.

Tugas dari Tim Pengelola Jaminan Kesehatan Masyarakat adalah :

- a. Melakukan manajemen kepesertaan, manajemen pelayanan kesehatan dan manajemen keuangan
- b. Mengkoordinasikan pelaksanaan verifikasi di pemberi pelayanan kesehatan
- c. Menyusun dan menyampaikan laporan pelaksanaan tugas kepada Menteri Kesehatan Melalui Dinas Kesehatan DIY.

Berikut ini adalah susunan Tim Personalia Tim Pengelola Jaminan Kesehatan Masyarakat Dinas Kesehatan Kabupaten Sleman Tahun 2012

Tabel. 3 6  
Tim Pengelola Jaminan Kesehatan Masyarakat Kabupaten Sleman  
Tahun 2012

No	Nama	Jabatan	Jabatan dalam Tim
1	Dr. Novita Krisnaeni, MPH	Kepala Dinas Kesehatan	Penanggungjawab
2	Dr. Joko Hastaryo, M.Kes	Kabid. Yanmed	Koordinator operasional
3	Hardiyanta	Staf/Sie Linmaswankes	Koordinator verifikator
4	Dr. Alex Prasudi, M.Kes	PLH.Ka.Sie Linmaswankes	Pelaksana Teknis
5	Sukartini	Staf Keuangan	Pelaksana Keuangan dan Adm
6	Maryati	Star Sie Linmaswankes	Pembantu pelaksana teknis
7.	Sugeng Budi SP, ST	Staf Linmaswankes	Pembantu pelaksana teknis
8	Agus Triono, ST	Ka. UPTD JPKM	Pembantu pelaksana teknis

Menurut keterangan Ibu Ani Nurhayati. SST Seksi Kesehatan Dasar dan Rujukan Dinas Kesehatan Kabupaten Sleman,

Peran yang dilakukan Dinas Kesehatan dalam pelaksanaan program Jamkesmas di Kabupaten Sleman adalah melakukan pengawalan terhadap rumah sakit dan di pelayanan dasar atau disebut juga BPK 1. tugas dari BPK satu adalah verifikasi klaim, yaitu dana yang dari kementerian untuk program Jamkesmas sudah langsung diserahkan ke rumah sakit. Dinas Kesehatan Kab, Sleman hanya mengawasi, karena rumah sakit sudah langsung dikirim verifikatornya. Verifikator yang dari pusat dibagi dari semua rumah sakit yang "MOU" dengan jamkesmas. Untuk rumah sakit umum Kab. Sleman memiliki 3 verifikator. Dan dinas kesehatan Kab. Sleman selalu menerima laporan dari setiap rumah sakit terkait pelayanan dan prosedur program Jamkesmas yang sudah dijalankan. Pasien yang memiliki kartu peserta jamkesmas juga dapat melapor langsung keluhannya kepada Dinas Kesehatan, baik melalui surat ataupun datang langsung ke Dinkes Kabupaten Sleman dan bisa melalui web Pemkab Sleman. Rumah sakit juga dapat melapor ke dinkes atas masalah kururan dana yang harus ada tembusan dari DIY dan dilanjutkan ke Kabupaten Sleman.<sup>8</sup>

Sumber daya yang digunakan dalam program jaminan pemeliharaan kesehatan bagi masyarakat miskin (Jamkesmas) adalah dana, manusia, dan teknologi kedokteran. Pemerintah Pusat sebagai pencetus program ini mengalokasikan dana yang digunakan untuk penyelenggaraan program ini dari dana APBN.

Masyarakat miskin sebagai peserta program bisa memeriksakan kesehatannya di puskesmas untuk mendapatkan pelayanan kesehatan dasar, tanpa membayar (gratis). Apabila penyakit yang diderita masyarakat miskin peserta program tersebut tidak dapat ditangani oleh Puskesmas, maka pasien tersebut dibawa/dirujuk ke rumah sakit dengan membawa surat rujukan dari puskesmas. Pelayanan lanjutan yang diberikan oleh rumah sakit, dalam hal ini

<sup>8</sup> Wawancara dengan Ibu Ani Nurhayati selaku Seksi Kesehatan Dasar dan Rujukan Dinas Kesehatan Kabupaten Sleman, tanggal 23 Februari 2014.



sebagai pemberi pelayanan kesehatan kepada pasien miskin tersebut juga tidak dipungut biaya apapun. Masyarakat miskin sebagai peserta program ditetapkan oleh pemerintah setelah melalui pendataan yang dilakukan oleh petugas, dengan menerapkan kriteria masyarakat miskin yang sudah ditetapkan sebelumnya oleh pemerintah.

Selain melaksanakan tugas dan fungsinya, RSUD Sleman dengan tenaga verifikator yang telah ditunjuk oleh Dinas Kesehatan Kabupaten Sleman dengan mengacu Pedoman Pelaksanaan Jamkesmas yang dibuat oleh Departemen Kesehatan membuat prosedur pelayanan kesehatan dan tata laksana pelayanan kesehatan yang di jalankan di Rumah Sakit Umum Daerah Sleman dalam melayani kebutuhan pasien masyarakat miskin. Prosedur pelayanan kesehatan yang harus di taati oleh pasien masyarakat pengguna Jamkesmas untuk memperoleh pelayanan kesehatan di RSUD Sleman adalah sebagai berikut :

a. Pelayanan Rawat Jalan

Syarat kepengurusan administrasi sebagai berikut :

- 1) Menyerahkan Kartu Jamkesmas/SKM
- 2) Menyerahkan Surat Rujukan dari Puskesmas (masa berlaku 1 bulan)

b. Pelayanan Gawat Darurat

Syarat kepengurusan administrasi adalah menyerahkan Kartu Jamkesmas atau Surat Keterangan Miskin lainnya.

c. Pelayanan Rawat Inap

Syarat kepengurusan administrasi adalah sebagai berikut:

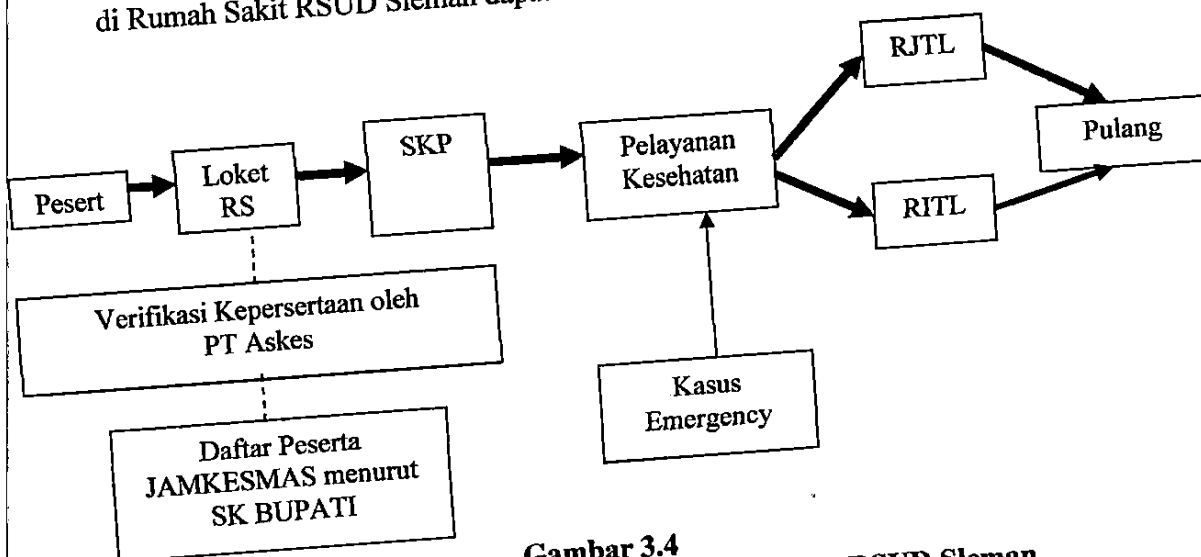
Pasien yang dinyatakan mondok oleh dokter poliklinik, menyerahkan:

- 1) Fotocopi Kartu Jamkesmas 2 lembar
- 2) Surat Keterangan dirawat dari bangsal
- 3) Fotocopi Surat Pernyataan mondok dari poliklinik 1 lembar
- 4) Ketiga persyaratan diatas diserahkan kebagian Jamkesmas Rumah Sakit paling lambat 3 x 24 jam.

Pasien yang dinyatakan mondok oleh dokter IGD, menyerahkan :

- 1) Fotocopi Kartu Jamkesmas 2 lembar
- 2) Surat Keterangan gawat Darurat dari IGD
- 3) Surat Keterangan dirawat dari bangsal
- 4) Fotocopi Surat Pernyataan mondok dari IGD 1 lembar
- 5) Ketiga persyaratan diatas diserahkan kebagian Jamkesmas Rumah Sakit paling lambat 3 x 24 jam.

Untuk lebih jelasnya dalam hal alur prosedur pelayanan Jamkesmas di Rumah Sakit RSUD Sleman dapat dilihat dalam gambar



**Gambar 3.4**  
**Alur Pelayanan Pasien Jamkesmas di Rumah Sakit RSUD Sleman**  
 Sumber : RSUD Kabupaten Sleman

Dalam prosedur pelayanan Rumah Sakit diatas dapat dijelaskan bahwa alur pelayanan dari pasien masuk Rumah Sakit sampai pasien pulang, pasien harus melalui beberapa tahap, mulai dari tempat pendaftaran pasien, disana pasien akan di data atau di identifikasi apakah pasien tersebut memenuhi persyaratn yang telah ditentukan rumah sakit sebagai pasien peserta Jamkesmas sekaligus sebagai data rekam medis di Rumah Sakit, persyaratan tersebut seperti yang tercantum dalam persyaratan administrasi di atas yaitu berupa penunjukan kartu peserta Jamkesmas, dan surat rujukan dari Puskesmas, kedua syarat tersebut harus di penuhi karena tanpa kedua syarat tersebut Rumah Sakit RSUD Sleman tidak akan melayani pasien sebagai peserta Jamkesmas, hal tersebut kecuali bagi pasien Gawat Darurat, hal ini harus dipenuhi karena sejak awal masuk Rumah Sakit pasien harus jelas statusnya, apakah sebagai pasien umum atau pasien Jamkesmas, karena apabila pasien sejak awal mengaku sebagai pasien umum (bukan keluarga miskin) dan di waktu tengah rawat inap baru mengurus Surat Keterangan Tidak Mampu (SKTM) atau surat Keterangan Miskin (SKM) maka akan menghambat pelayanan Rumah Sakit, karena sejak awal masuk pasien yang mengaku sebagai pasien umum maka tarif nya akan diberlakuakn dengan tarif pasien umum Rumah Sakit di tengah waktu rawat tidak otomatis berubah dengan tarif Jamkesmas yang ditetapkan.

Setelah melalui tahap pendaftaran, barulah pasien diarahkan ke loket Askes Center yang ada di rumah sakit, letak loket Askes Center di Rumah

tidak menjadi masalah bagi pasien, di loket Askes Center pasien akan diverifikasi dengan adanya kartu Jamkesmas.

Berdasarkan wawancara dengan staff di Rumah Sakit RSUD Sleman mengatakan bahwa:

Pelayanan di Rumah Sakit RSUD Sleman tidaklah begitu rumit bagi peserta Jamkesmas yang ingin mendapatkan layanan kesehatan di Rumah Sakit, asalkan peserta memenuhi prasyarat administrasi yang telah ditetapkan oleh Rumah Sakit yaitu membawa kartu Jamkesmas atau Surat Keterangan Miskin yang sudah mendapat persetujuan dari kelurahan dan surat rujukan dari Puskesmas atau PKK I (Puskesmas Pembantu, Puskesmas Keliling atau Polindes) maka Rumah Sakit akan melayani kesehatan peserta Jamkesmas secara standar prosedur pelayanan sampai pasien pulang.<sup>9</sup>

Ada beberapa kendala permasalahan yang dihadapi di tahap Verifikasi Jamkesmas menurut wawancara bapak Hardiyanta permasalahan tersebut diantaranya adalah :<sup>10</sup>

1. Sering muncul kasus bahwa peserta Jamkesmas tidak membawa surat rujukan dari Puskesmas atau PPK I (Puskesmas Pembantu, Puskesmas Keliling, atau Polindes) sehingga pembuatan surat jaminan tidak dapat dijalankan.
2. Minimnya jumlah petugas dalam melayani Peserta Jamkesmas terkadang pasien peserta Jamkesmas harus menunggu lama dalam memperoleh surat jaminan peserta Jamkesmas. Menurut hasil wawancara dengan pengantar pasien rawat jalan di Rumah Sakit “ Jumlah petugas tidak mencukupi dalam melayani peserta Jamkesmas sehingga pasien harus menunggu antrian cukup lama
3. Waktu pelayanan yang hanya sampai jam 12.00 siang, sehingga banyak peserta yang tidak dapat mengurus jaminan Kesehatan apabila melebihi jam yang sudah ditentukan.

<sup>9</sup> Wawancara dengan Staf Bagian Pelayanan Jamkesmas RSUD Sleman, tanggal 19 Februari 2014.

<sup>10</sup> Wawancara dengan Bapak Hardiyanta selaku Staf Koordinator Verifikator Jamkesmas di RSUD

Sedangkan menurut keterangan Ibu Ani Nurhayati. SST faktor yang mendukung dan menghambat dalam pelaksanaan program Jamkesmas di kabupaten sleman adalah:

Faktor yang menghambat dalam pelaksanaan program Jamkesmas di Kabupaten Sleman diantaranya adalah adanya beberapa pasien peserta jamkesmas yang tidak mengikuti prosedur yang telah ada dan di tetapkan untuk setiap pasien Jamkesmas, masih kurangnya pemahaman masyarakat terhadap prosedur-prosedur pelayanan pasien Jamkesmas dan beberapa pasien Jamkesmas yang tidak melaporkan dirinya sebagai pasien Jamkesmas ketika berobat ke rumah sakit, dikarenakan takut tidak dilayani dengan baik, dan tidak mau antri dalam mendapatkan pelayanan. Sementara faktor pendukungnya adalah, untuk meningkatkan kesehatan dan kesejahteraan masyarakat di Kabupaten Sleman. Untuk menjamin kesehatan masyarakat miskin yang ada di Kabupaten Sleman.<sup>11</sup>

Menurut petugas PT. ASKES terkait faktor faktor yang menghambat dan mendukung dalam pelaksanaan program jamkesmas di RSUD kabupaten sleman adalah sebagai berikut:

Adanya masyarakat miskin yang masih belum masuk atau belum mendaftar sebagai pasien peserta program jamkesmas ke PT. ASKES, yang mengakibatkan sulit untuk di data apabila ada keluhan di RS. Masih kurangnya pemahaman masyarakat terkait dengan program jamkesmas dan pemindahan program tersebut ke BPJS. Mendapatkan informasi yang tidak pas terkait peserta jamkesmas. Banyaknya masyarakat yang mendapatkan informasi tidak pas terkait pemindahan program jamkesmas ke BPJS dikarenakan kurangnya sosialisasi terkait hal tersebut.<sup>12</sup>

Menurut peneliti poin di atas muncul karena masih kurangnya komunikasi yang efektif yang dilakukan pihak-pihak pelaksana yang terkait dengan pengimplementasian program jamkesmas. Dalam hal ini peran Dinas Kesehatan, Rumah Sakit, dan Pemerintah daerah belum sepenuhnya Optimal

<sup>11</sup> Wawancara dengan Ibu Ani Nurhayati selaku Seksi Kesehatan Dasar dan Rujukan Dinas Kesehatan Kabupaten Sleman, tanggal 23 Februari 2014.

<sup>12</sup> Wawancara dengan Bapak Asti Ramono, SE selaku Kepala Seksi DPIS, Kesehatan Kabupaten Sleman, tanggal 23 Februari 2014.

dalam sosialisasi program di tingkatkan masyarakat sehingga masih banyak masyarakat miskin yang belum tahu hak dan kewajiban sebagai peserta Jamkesmas.

Pemerintah pusat dan pemerintah daerah dalam program Jamkesmas ini berperan sebagai *regulator*, yang bertugas mengatur agar program jaminan pemeliharaan Jamkesmas ini berjalan sesuai dengan rencana program yang sudah ditetapkan sebelumnya dan dapat mencapai tujuan program. Masyarakat miskin dalam program Jamkesmas ini berkedudukan sebagai penerima program. Sebagai penerima program, masyarakat miskin ini berhak untuk mendapatkan pelayanan kesehatan baik dasar maupun lanjutan secara gratis atau tanpa mengeluarkan uang apapun dari puskesmas maupun rumah sakit.

#### **D. Karakteristik badan-badan pelaksana .**

Dalam melihat karakteristik badan-badan pelaksana, seperti yang dinyatakan oleh Van Meter Van Horn, maka pembahasan mengenai karakteristik badan-badan pelaksana tidak terlepas dari struktur birokrasi. Struktur birokrasi diartikan sebagai karakteristik-karakteristik, norma-norma dan pola hubungan yang terjadi berulang-ulang dalam badan eksekutif yang mempunyai hubungan dalam pelaksanaan program.

Program Jamkesmas ini tidak hanya menuntut peran serta dari Rumah Sakit Umum Daerah Sleman dan masyarakat peserta Jamkesmas, tetapi juga

keif pemerintah dan aparat birokrasinya dalam pelaksanaan program

Jamkesmas sangat dibutuhkan. Konsistensi sikap pemerintah dan aparat birokrasinya dalam pelaksanaan program penting artinya dalam mencapai keberhasilan program. Karena sebuah program tidak akan mencapai tujuannya dengan baik tanpa kerjasama antar instansi birokrasi, sehingga dapat dikatakan kemampuan badan-badan pelaksana akan sangat mempengaruhi hasil akhir sebuah kebijakan atau program. Dalam pelaksanaan program Jamkesmas di Kabupaten Sleman, khususnya di RSUD Sleman, peran aktif masing-masing lembaga pelaksana sangatlah dibutuhkan, dalam hal ini pemerintah daerah Kabupaten Sleman sebagai sub unit dari pemerintah pusat berperan sebagai lembaga pengawas pelaksanaan program di daerah.

### **1. Dinas Kesehatan Kabupaten Sleman**

Setiap laporan hasil pelaksanaan program rumah sakit disampaikan kepada pemerintah daerah melalui Dinas Kesehatan Kabupaten Sleman. Peran pemerintah melalui Dinas Kesehatan yaitu dalam hal sosialisasi program kepada masyarakat.

Berdasarkan wawancara dengan Bapak Hardiyanta

Kami menempatkan pegawai dalam pelayanan Jamkesmas di RS yang terdaftar untuk melakukan kegiatan jamkesmas yang hasilnya akan di serahkan ke Rumah Sakit masing-masing dan Dinas Kesehatan serbagai Laporan adapun Rumah Sakit yang kami tempatkan tenaga Verivikatornya yaitu, RSUD dr Sardjito 7 orang, RSUD Sleman 1 orang, RS Jiwa Grhasia 2 orang, RS Panti Nugroho 1 orang, RS Puri Husada 1 orang, Rs Panti Rini 1 orang. RS Panti Rapih 1 orang, dan RSI PDHI 1 orang.<sup>13</sup>

Dengan membentuk tim koordinasi yang di dalamnya terdiri dari jajaran Pemerintah Daerah, Direktur Rumah Sakit, Pimpinan PT. Askes, Perwakilan masyarakat sebagai peserta, pertemuan rutin dilakukan 1 tahun 2 kali atau pertemuan dapat bersifat tergantung dari kesepakatan bersama. Selain membahas mengenai program dan sosialisasi program, koordinasi antar institusi ini juga bertujuan untuk membahas permasalahan yang terjadi di lapangan misalnya keluhan yang dialami peserta Jamkesmas dan mengevaluasi program Jamkesmas.

Sosialisasi ditingkatkan masyarakat mengenai program Jamkesmas di Kabupaten Sleman dilakukan di tiap dusun yang ada di Kabupaten Sleman. Waktu pelaksanaannya pada bulan September, Oktober, November dan Desember. Bentuk sosialisasi yang dilakukan adalah dengan dialog publik di tingkat Kecamatan, Desa, Puskesmas ataupun dengan dialog publik melalui siaran radio atau televisi. Selain dengan metode dialog dan workshop sosialisasi juga dilakukan dengan pamlet yang diberikan kepada msyarakat dan tokoh masyarakat.<sup>14</sup>

Sosialisasi program Jamkesmas memang sudah sepenuhnya dilakukan oleh pemerintah daerah. Namun masih terdapat permasalahan yang dihadapi oleh lembaga pelaksana yaitu tersebut dalam mensosialisasikan program kepada masyarakat. Respon masyarakat yang kurang tanggap dengan adanya program Jamkesmas menjadi kendala utama yang dihadapi lembaga pelaksana dalam menyampaikan informasi kepada masyarakat.



Ketidakaktifan atau masih pasifnya masyarakat dalam menanggapi program menjadi kendala dalam pelaksanaan program Jamkesmas di Kabupaten Sleman.

Peran lain yang dilakukan Dinas Kesehatan dalam pelaksanaan program Jamkesmas di Kabupaten Sleman adalah melakukan pengawasan terhadap rumah sakit dan di pelayanan dasar. Dinas Kesehatan Kabupaten Sleman hanya mengawasi pelaksanaan program, karena rumah sakit sudah langsung dikirim verifikatornya. Dinas Kesehatan Kabupaten Sleman selalu menerima laporan dari setiap rumah sakit terkait pelayanan dan prosedur program Jamkesmas yang sudah dijalankan. Pasien yang memiliki kartu peserta jamkesmas juga dapat melapor langsung keluhannya kepada Dinas Kesehatan, baik melalui surat ataupun datang langsung ke Dinkes Kabupaten Sleman dan bisa melalui web Pemkab Sleman.

## **2. Rumah Sakit Daerah Kabupaten Sleman**

Tugas RSUD Kabupaten Sleman dalam implementasi program Jamkesmas adalah sebagai pemberi pelayanan kesehatan kepada peserta Jamkesmas. Selain melaksanakan tugas dan fungsinya, RSUD Sleman dengan tenaga verifikator yang telah ditunjuk oleh Dinas Kesehatan Kabupaten Sleman dengan mengacu Pedoman Pelaksanaan Jamkesmas yang dibuat oleh Departemen Kesehatan membuat prosedur pelayanan kesehatan dan tata laksana pelayanan kesehatan yang di jalankan di Rumah Sakit Umum Daerah Sleman dalam melayani kebutuhan pasien masyarakat miskin. Prosedur

pelayanan kesehatan yang harus di taati oleh pasien masyarakat pengguna Jamkesmas untuk memperoleh pelayanan kesehatan di RSUD Sleman adalah sebagai berikut :

- a. Pelayanan Rawat Jalan
- b. Pelayanan Gawat Darurat
- c. Pelayanan Rawat Inap

Rumah Sakit mengajukan klaim (setiap bulan) terhadap pelaksanaan program Jamkesmas, sedangkan verifikasinya dilakukan setiap hari oleh tenaga verifikasi. Penerimaan klaim bagi RS Daerah, pengelolaan dan pemanfaatannya diserahkan pada mekanisme Daerah. Khusus untuk RS disesuaikan dengan peraturan yang berlaku. RSUD Kabupaten Sleman dapat memanfaatkan dana tersebut sesuai kebutuhan dan ketentuan masing-masing RS antara lain: jasa medik/pelayanan, jasa sarana, pemenuhan kebutuhan bahan medis habis pakai, dana operasional, pemeliharaan, obat, darah dan kebutuhan administrasi pendukung lainnya. Seluruh berkas dokumen pertanggung jawaban disimpan oleh RS, dan akan diaudit kemudian oleh Aparat Pengawas Fungsional (APF). RS mengirimkan laporan realisasi klaim kepada Tim Pengelola JAMKESMAS Kabupaten Sleman.

### **3. PT. Askes Persero**

Peran PT ASKES dalam pelaksanaan program Jamkesmas di Kabupaten Sleman adalah hanya membuat SKP (Surat Keabsahan

Peran PT ASKES dalam pelaksanaan program Jamkesmas di Kabupaten Sleman adalah hanya membuat SKP (Surat Keabsahan

tahun 2013 itu tidak melayani klaim maupun pelayanan ataupun verifikasi dan yang lainnya. PT.ASKES di tahun 2013 hanya melakukan keabsahan peserta program jamkesmas dengan melihat di data kepesertaan Jamkesmas atau mikrofile Jamkesmas tahun 2013. Apabila pasien tersebut ada di dalam data, maka PT.ASKES sudah sah untuk membuatkan pasien surat SKP, setelah dibuatkan surat SKP selanjutnya peserta program Jamkesmas menjadi kewenangan pihak rumah sakit.

Tugas PT. Askes ( Persero ) sebagai berikut :

a). Melakukan penatalaksanaan kepesertaan meliputi :

1). Melakukan penatalaksanaan kepesertaan meliputi :

- a. Menetapkan sasaran bagi daerah yang belum menetapkan SK Bupati/Walikota dengan identitas peserta
- b. Melakukan updating data sebagai sumber data tahun selanjutnya bagi daerah yang sudah menetapkan SK Bupati/Walikota.
- c. Memberikan penjelasan tentang resiko kelebihan jumlah dari kuota yang telah ditetapkan oleh Departemen Kesehatan Propinsi/Kabupaten/Kota dan Departemen kesehatan.

2). Membuat data base kepesertaan sesuai SK Bupati/Walikota terbaru.

3). Mendistribusikan data base kepesertaan kepada Rumah Sakit / BP4, Dinas Kesehatan Propinsi/Kabupaten dan Departemen Kesehatan. Pencetakan blanko kartu, entry, penerbitan dan distribusi kartu sampai kepada peserta.

4). Melakukan analisis kepesertaan berdasarkan aspek demografi (umur

b) Melakukan penatalaksanaan pelayanan meliputi :

- 1). Melakukan verifikasi kepersertaan untuk RJTL,IGD, dan RITL.
- 2). Melakukan telaah utilisasi kepersertaan
- 3). Melakukan Penatalaksanaan organisasi dan manajemen kepersertaan meliputi :
  - a. Melakukan penanganan keluhan yang berkaitan dengan kepersertaan
  - b. Melakukan pengolahan dan analisis data kepersertaan
  - c. Melakukan pelaporan manajemen kepersertaan dan lainnya yang menjadi beban tugasnya.

PT. ASKES bertugas melakukan sosialisasi dan komunikasi yang dilakukan oleh PT.ASKES kepada stakeholder terkait dengan pemindahan program jamkesmas ke program BPJS yang ada di 2014 yang namanya adalah program PBI (Penerima Bantuan Iyuran).

## **E. Kondisi Ekonomi, Sosial Dan Politik**

Kondisi ekonomi, sosial dan politik juga berpengaruh dalam implementasi sebuah program kebijakan.

### **1. Kondisi Ekonomi**

Kondisi ekonomi dalam hal ini berkaitan dengan kondisi lingkungan eksternal pihak pelaksana kegiatan. Kondisi ini berkaitan dengan ketersediaan dana dalam pelaksanaan program implementasi program

Jamkesmas di RSUD Kabupaten Sleman. Sedangkan kondisi internal

berkaitan dengan sejauhmana pengaruh implementasi program Jamkesmas terhadap kondisi ekonomi lingkungan masyarakat.

Dengan adanya program Jamkesmas secara langsung juga membawa dampak positif bagi kondisi ekonomi masyarakat Sleman. Program Jamkesmas dinilai sungguh membantu masyarakat miskin dalam memenuhi kebutuhan pelayanan kesehatan. Dengan program Jamkesmas ini sangat membantu perekonomian keluarga karena saya memeriksakan kesehatan saya ke rumah sakit tanpa dipungut biaya<sup>15</sup>

Dari penjelasan di atas dapat diketahui bahwa implementasi program Jamkesmas di Kabupaten Sleman dapat membantu masyarakat yang mempunyai tingkat ekonomi rendah yang bisa mendapatkan pelayanan kesehatan di Rumah Sakit yang semua biaya ditanggung oleh Jamkesmas. Dengan kondisi kesehatan masyarakat Sleman yang semakin baik maka masyarakat dapat melakukan aktifitasnya untuk meningkatkan perekonomian masyarakat.

## **2. Kondisi Sosial**

Kondisi sosial terkait dengan kondisi sosial masyarakat selaku peserta program Jamkesmas. Apabila program ini dapat dijalankan dengan maksimal atau melenceng dari sasaran program akan berpengaruh pada kondisi sosial masyarakat di tingkat bawah, konflik sering muncul seiring dengan pelaksanaan program. Konflik yang muncul adalah penyalahgunaan dalam pendataan peserta Jamkesmas, siapa yang berhak

mendapatkan kartu peserta Jamkesmas terkadang menjadi sebuah pertentangan ditingkat masyarakat. Masyarakat yang mampu terkadang mendapatkan kartu Jamkesmas sedangkan masyarakat yang miskin tidak memperoleh Jamkesmas kondisi tersebut dapat menimbulkan kecemburuan sosial yang dapat menyebabkan gangguan sosial masyarakat yang terlibat konflik akibat pendataan kepesertaan Jamkesmas yang tidak tepat sasaran.

Selain itu konflik sosial juga muncul terkait ditunjuknya Askes sebagai penyelenggara Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas), suatu program pemerintah melalui Departemen Kesehatan, pada 2013. Penunjukan ini terkait dengan peran Askes sebagai operator BPJS Kesehatan pada 2014. Selama ini Askes menetapkan rata-rata premi sebesar Rp39.000 kepada peserta Askes sedangkan rata-rata premi Jamkesmas Rp6.000 per orang. Peserta jaminan kesehatan masyarakat (Jamkesmas) yang bakal diikutkan menjadi peserta Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS), tidak semuanya senang. Ada sebagian kalangan yang mengkhawatirkan jika pelayanan terhadap peserta BPJS eks Jamkesmas ini setengah hati. Oleh karenanya, timbul kekhawatiran jika penerima program BPJS dari eks peserta Jamkesmas nantinya, juga mendapatkan perlakuan yang dibedakan. Untuk peserta BPJS eks peserta Jamkesmas, premi yang dibayarkan pemerintah kepada BPJS kesehatan hanya Rp19 ribuan per bulan per orang, berbeda dengan premi umum yang minimal membayar premi Rp25 ribuan per bulan per orang. Dengan

besaran premi peserta BPJS eks Jamkesmas yang relatif kecil ini, jangan sampai tidak bisa memenuhi angka ideal tarif pelayanan kesehatan di rumah sakit maupun puskesmas.

Pemerintah menggunakan dana yang berasal dari APBN untuk membayar premi peserta. Jika melihat sejarahnya asuransi dapat dipakai pemerintah suatu negara untuk memberikan jaminan sosial (*social security*) bagi rakyatnya. Pemerintah berperan sebagai penanggung anggota masyarakat, dan anggota masyarakat berkedudukan sebagai tertanggung. Anggota masyarakat diwajibkan membayar iuran yang berfungsi sebagai premi. Dalam program Jamkesmas tersebut, peserta yang merupakan penduduk miskin dan hampir miskin dibayarkan preminya oleh negara.

### **3. Kondisi Politik**

Selain kondisi ekonomi dan sosial, kondisi politik juga berpengaruh dalam pelaksanaan program Jamkesmas. Dukungan elit politik, baik itu elit politik lokal ataupun elit nasional dalam pelaksanaan program Jamkesmas akan mempengaruhi keberhasilan program Jamkesmas. Setiap produk politik yang dihasilkan oleh lembaga eksekutif akan mendukung pelaksanaan program Jamkesmas. Di Kabupaten Sleman sendiri dukungan eksekutif yaitu pemerintah Daerah Kabupaten Sleman dalam implementasi program Jamkesmas diwujudkan dengan ditetapkan Surat Keputusan Bupati Nomor 321/Kep/KDH.A/2008 tentang Tim Koordinasi Jaminan Kesehatan Masyarakat serta Peraturan Bupati Sleman

Nomor 18 Tahun 2008 tentang Perubahan Keputusan Bupati Nomor 26/Kep.KDH/A/2008 tentang Besaran tarif Hasil Perhitungan Unit Cost Jenis Pelayanan Kesehatan Pada Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Sleman.

Selain itu kalangan legislatif Kabupaten Sleman melakukan pengawasan terhadap implementasi program Jamkesmas yang ditunjukkan dengan meminta laporan pertanggungjawab kepada pemerintah Kabupaten Sleman khususnya Dinas Kesehatan terkait dengan kondisi kesehatan masyarakat di Kabupaten Sleman.

#### **F. Kecenderungan Pelaksana**

Dalam implementasi kebijakan program Jamkesmas di Kabupaten Sleman studi kasus di RSUD Kabupaten Sleman, kemampuan masing-masing pihak dalam pelaksanaan implementasi program sangat mempengaruhi proses dan hasil implementasi yang diperoleh. Oleh karena itu proses implementasi tersebut harus dilaksanakan dengan sebaik-baiknya agar hasil yang akan diperoleh dapat sesuai dengan tujuan yang akan dicapai. Kemampuan pelaksana ini berkaitan dengan kemauan dan motivasi pihak-pihak pelaksana dalam melaksanakan program Jamkesmas. Motivasi yang tinggi untuk melaksanakan program secara maksimal dan optimal akan mempengaruhi tingkat keberhasilan program. Begitu juga sebaliknya ketidakpercayaan atau penolakan terhadap pelaksanaan program mengakibatkan implementasi tidak



Dalam pelaksanaan program Jamkesmas di RSUD Kabupaten Sleman, semua pihak yang terlibat dalam pelaksanaan program baik itu pemerintah daerah, tim verifikator, PT. Askes maupun RSUD Sleman sebagai pemberi pelayanan kepada masyarakat peserta Jamkesmas telah menjalankan kewajiban sesuai dengan apa yang telah disepakati bersama dalam Keputusan Menteri Kesehatan No.125/Menkes/SK/II/2008. Sikap seperti ini yang mendorong terciptanya pelayanan kesehatan kepada masyarakat peserta Jamkesmas di RSUD Kabupaten Sleman. Setiap keluhan dan perbedaan pendapat dapat dibahas dan di musyawarahkan bersama dalam evaluasi ataupun rapat-rapat koordinasi. Pelaksanaannya dilakukan setiap akhir tahun dan juga secara insidental apabila terjadi sebuah kasus yang harus dibahas bersama.

Tujuan dari program ini yaitu untuk meningkatkan akses dan mutu pelayanan kesehatan kepada seluruh masyarakat miskin dan tidak mampu agar tercapai derajat kesehatan masyarakat yang optimal secara efektif dan efisien, memang dapat dimanfaatkan betul dan dirasakan manfaatnya oleh masyarakat miskin. Proses penentuan tujuan ini dilakukan oleh pemerintah pusat yaitu Departemen Kesehatan Republik Indonesia.

Pada intinya sasaran program ini adalah masyarakat miskin dan tidak mampu. Kebijakan program kesehatan terhadap masyarakat miskin ini merupakan kebijakan *substantive policies* yaitu kebijakan tentang apa yang

Sedangkan sasarannya yang hanya masyarakat miskin berarti kebijakan pemerintah ini termasuk *distributive policies*.

Ketidakmampuan masyarakat miskin untuk memanfaatkan pelayanan kesehatan dari pemerintah karena terbatasnya akses dan adanya indikasi salah sasaran dapat menunjukkan bahwa tujuan dari pemerintah untuk meningkatkan akses masyarakat miskin untuk mendapatkan pelayanan kesehatan dan meningkatkan derajat kesehatannya tidak sepenuhnya tercapai. Karena walaupun banyak masyarakat miskin yang merasakan manfaatnya program ini, namun masih banyak juga masyarakat miskin yang tidak bisa memanfaatkannya, bahkan malah dimanfaatkan oleh masyarakat yang sebenarnya tidak berhak.