

**PENGEMBANGAN JAMINAN PEMELIHARAAN KESEHATAN  
MASYARAKAT (JPKM) DI KABUPATEN TEGAL  
(SUATU ANALISIS *BENCHMARKING*) PADA BADAN  
PENYELENGGARA (BAPEL) DAN BADAN PEMBINA (BAPIM)  
KABUPETEN PURBALINGGA TAHUN 2002 )**



**Tesis**

Untuk memenuhi sebagian persyaratan  
Mencapai derajat Sarjana S-2

**Magister Ilmu Kesehatan Masyarakat**

**AKHMAD BUKHORI**

NIM : E4A000063

**PROGRAM PASCA SARJANA  
UNIVERSITAS DIPONEGORO  
SEMARANG  
2002**

## HALAMAN PENGESAHAN

### TESIS

PENGEMBANGAN JAMINAN PEMELIHARAAN KESEHATAN  
MASYARAKAT (JKPM) DI KABUPATEN TEGAL  
( SUATU ANALISIS *BENCHMARKING* PADA BADAN  
PENYELENGGARA (BAPEL) DAN BADAN PEMBINA (BAPIM)  
KABUPATEN PURBALINGGA TAHUN 2002 )

Yang dipersiapkan dan disusun oleh

**Akhmad Bukhori**

E4A000063

telah dipertahankan dihadapan Tim Penguji  
pada tanggal 2 Desember 2002  
dan dinyatakan telah memenuhi syarat untuk diterima

Menyetujui  
Komisi Pembimbing

Pembimbing I

Dra. Chriswardani Suryawati, M.Kes

Pembimbing II

Dra. Ayun Sariatmi, M.Kes

Penguji I

dr. Anneke Suparwati, MPH

Penguji II

Ruwiyanto, SKM, MSc

Tesis ini telah diterima sebagai salah satu persyaratan  
Untuk memperoleh gelar Magister Kesehatan

Ketua, Program Studi  
Magister Kesehatan Masyarakat



Dr. Sudiro, MPH, Dr. PH

NIP. 131 252 965

## PERNYATAAN

*Dengan ini saya menyatakan bahwa tesis ini adalah hasil pekerjaan saya sendiri dan di dalamnya tidak terdapat karya yang pernah diajukan untuk memperoleh gelar kesarjanaan di suatu perguruan tinggi dan lembaga pendidikan lainnya. Pengetahuan yang diperoleh dari hasil penerbitan maupun yang belum/tidak diterbitkan, sumbernya dijelaskan di dalam tulisan dan daftar pustaka*

*Semarang. November 2002*

*( Akhmad Bukhori )*

## RIWAYAT HIDUP

**N a m a** : AKHMAD BUKHORI  
**Tempat / Tgl Lahir** : Tegal, 21 Oktober 1965  
**A g a m a** : I s l a m  
**Alamat** : Rumah Dinas Puskesmas Pembantu  
Wangandawa RT 16/ 04 Kec.Talang Kab.Tegal

### **Riwayat Pendidikan :**

- ★ Tamat SDN 39 Kademangaran Tegal tahun 1977
- ★ Tamat SMP Negeri VI Tegal tahun 1981
- ★ Tamat SMA Negeri I Tegal tahun 1984
- ★ Tamat Sekolah Pembantu Penilik Hygiene (SPPH) Purwokerto th 1985
- ★ Tamat Akademi Penilik Kesehatan (APK) Yogyakarta tahun 1994
- ★ Tamat Fakultas Kesehatan Masyarakat (FKM) UNDIP Semarang 2001

### **Riwayat Pekerjaan :**

- ☆ Pelaksana Hygiene Sanitasi (HS) Puskesmas Depok II Sleman Yogyakarta tahun 1986 – 1995
- ☆ Staf Seksi Penyuluhan Kesehatan Masyarakat (PKM) Dinas Kesehatan Kabupaten Tegal tahun 1995 – 1996
- ☆ Plh. Kasubsi Penyuluhan Langsung Seksi PKM Dinas Kesehatan Kabupaten Tegal tahun 1996 – 1997
- ☆ Kasubsi Peran Serta Masyarakat Seksi PKM Dinas Kesehatan Kabupaten Tegal tahun 1997 – 1999
- ☆ Tugas Belajar HP – V FKM UNDIP Semarang tahun 1999 – 2001
- ☆ Tugas Belajar HP – V MIKM UNDIP Semarang tahun 2001 – Sekarang

## KATA PENGANTAR

*Alhamdulillah Robbil 'Alamin*, puji syukur penulis panjatkan ke hadirat Allah SWT, Tuhan yang maha sempurna Dzat dan Ciptaannya atas segala karunia dan rahmat yang dilimpahkanNYA, penulis dapat menyelesaikan tesis ini tepat pada waktunya tanpa ada halangan yang berarti. Karya akhir berupa tesis ini disusun untuk memenuhi sebagian persyaratan dalam rangka mencapai derajat sarjana S-2 di bidang Ilmu Kesehatan Masyarakat Minat Utama Administrasi Kebijakan Kesehatan (AKK) / Budgeting Planning (BP) Universitas Diponegoro Semarang.

Dalam kesempatan ini penulis mengucapkan terima kasih yang tulus dan penghargaan yang setinggi-tingginya atas segala bimbingan, masukan dan bantuan yang telah diberikan dengan penuh kesabaran, kesungguhan, dan kepercayaan dari Pembimbing Tesis yang terhormat Ibu. Dra. Chriswardani Suryawati, M.Kes selaku Pembimbing I dan Ibu.Dra. Ayun Sriaatmi, M.Kes selaku Pembimbing II. Terima kasih dan penghargaan juga penulis sampaikan atas saran, masukan dan arahan dari Tim Penguji Tesis yaitu Ibu Dr.Anneke Suparwati, MPH dan Bp. Ruwiyanto, SKM, M Sc.

Ucapan terima kasih dan penghargaan yang tulus penulis sampaikan kepada yang terhormat Direktur Program Pascasarjana UNDIP, Dosen dan Pengelola program studi IKM, Ketua konsentrasi AKK/BP beserta Bapak/Ibu Dosen dan Staf, Mbak Nungki, Mbak Triana, Mbak Yuni dan Mas Bas, yang telah memberikan kesempatan, fasilitas dan bantuan kepada penulis untuk mengikuti

pendidikan di MIKM UNDIP tercinta. Atas segala bantuannya sangat membantu kelancaran studi dari penulis, untuk itu sekali lagi penulis mengucapkan terima kasih yang sebesar-besarnya.

Secara khusus ucapan terima kasih disampaikan pula kepada yang terhormat Kepala Dinas Kesehatan Propinsi Jawa Tengah, bersama Kepala Bidang Pendidikan Tenaga Kesehatan Bp.Dr.Hartanto, MSc bersama Staf yang telah membantu penulis untuk pembiayaan pendidikan dari Program HP-V Jawa Tengah. Ucapan terima kasih juga penulis sampaikan kepada Bupati Tegal beserta Staf, Kepala BKD dan Kepala Dinas Kesehatan Bp.dr..M.Abdul Djalil, Mkes, Ibu.dr.Sumaryati Bimo, dr.Moeljono Sadini,DTM&H yang telah memberikan ijin kepada penulis untuk mengikuti pendidikan jenjang S-2 di MIKM UNDIP Semarang.

Terima kasih dan penghargaan yang tulus kepada istriku tercinta Sairoh Sopari, Ananda : Rahmania Putri Maharjani, Rahmadita Putri Julianti dan Rahmansyah Putra Septiandaru, Ibu. Fatmah, Ibu.Sumidah dan Bp.Sopari Taslim atas segala doa, dorongan, dukungan, pengorbanan, kesetiaan dan kesabaran dalam suka dan duka. Curahan kasih sayang yang telah diberikannya kepada penulis amatlah berharga sebagai penyejuk hati di kala gundah, pendorong semangat di kala malas, penghibur rasa di kala menemui kegagalan dan teman yang manis di kala susah dan senang.

Ucapan terima kasih penulis sampaikan kepada Kasubdin Promkes Bp.Djuwani,EK,SH,Mkes beserta staf: Bp.Abdul Rachman, Bp.Gunawan BSc, Ibu.Rita Prasetyawati,SKM, Sdr.Edy Sucipto,SKM, Mas Hasto, Mba

Entis,Ibu.Basundari, Mba Hanifah, Mba Vivi, dan Mba Ipat. Terima kasih dan penghargaan pula kami sampaikan kepada segenap responden, terutama Ibu.dr.Dyah Retnani B, M.Kes (Ketua Bapim JPKM) Bp.Drs. Ichda Masrianto, M.Kes (Sekretaris Bapim JPKM), dr.Sutanto (Ketua Bapel JPKM) Kabupaten Purbalingga, Bp.dr.M.Abdul Djalil, MKes (Ketua Bapim JPKM), Bp. Djuwani EK,SH,MKes (sekretaris Bapim JPKM), dr.Joko Wantoro (Manajer Bapel JPKM) Kabupaten Tegal dan segenap peserta DKT, sehingga penulisan tesis ini dapat berjalan lancar.

Penulis menyadari bahwa penulisan tesis ini masih jauh dari sempurna, untuk itu segala kritik dan saran yang bersifat membangun sangat diharapkan. Namun demikian penulis berharap agar penulisan yang serba terbatas ini dapat bermanfaat bagi para pelaku JPKM dalam mengembangkan program JPKM Kabupaten Tegal di masa mendatang. Amiin.....

Semarang, November 2002

Penulis

## DAFTAR ISI

	<b>Halaman</b>
HALAMAN JUDUL .....	i
HALAMAN PENGESAHAN .....	ii
HALAMAN PERNYATAAN .....	iii
RIWAYAT HIDUP .....	iv
KATA PENGANTAR .....	v
DAFTAR ISI .....	vi
DAFTAR TABEL.....	vii
DAFTAR LAMPIRAN .....	viii
DAFTAR SINGKATAN .....	ix
ABSTRAK .....	x
<b>BAB I PENDAHULUAN</b>	
A. Latar Belakang .....	1
B. Rumusan Masalah .....	13
C. Tujuan Penelitian .....	15
D. Keaslian Penelitian .....	18
E. Ruang Lingkup Penelitian .....	20
<b>BAB II TINJAUAN PUSTAKA</b>	
A. Prinsip Asuransi Kesehatan .....	23
B. Konsep Managed Care.....	24
C. Perkembangan Managed Care di Dunia .....	28
D. Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat (JPKM) .....	32
E. <i>Benchmarking</i> .....	45
F. Desentralisasi Sistem Kesehatan .....	51
G. Kerangka Teori .....	54



### **BAB III METODE PENELITIAN**

A. Kerangka Konsep .....	55
B. Rancangan Penelitian .....	56
C. Alur Kegiatan Penelitian .....	56
D. Unit Analisis dan Subjek Penelitian .....	58
E. Definisi Operasional .....	59
F. Pengumpulan Data .....	61
G. Pengolahan Data .....	63
H. Jalannya Penelitian .....	64

### **BAB IV HASIL PENELITIAN**

A. Manajemen Kepesertaan.....	69
B. Manajemen Keuangan .....	75
C. Manajemen Pemeliharaan Kesehatan .....	81
D. Manajemen Institusi Bapel .....	86
E. Peran dan Fungsi Bapim JPKM (Tri Karya JPKM).....	93
F. Pengembangan JPKM di Kabupaten Tegal sebagai wujud kesiapan Bapel dan Bapim JPKM.....	105

### **BAB V PEMBAHASAN**

A. Manajemen Kepesertaan.....	120
B. Manajemen Keuangan .....	128
C. Manajemen Pemeliharaan Kesehatan .....	134
D. Manajemen Institusi Bapel .....	143
E. Peran dan Fungsi Bapim JPKM (Tri Karya JPKM).....	150
F. Pengembangan JPKM di Kabupaten Tegal sebagai wujud kesiapan Bapel dan Bapim JPKM.....	159

## **BAB VI KESIMPULAN DAN SARAN**

A. Kesimpulan .....	169
B. Saran .....	176
DAFTAR PUSTAKA .....	180
LAMPIRAN	

## DAFTAR TABEL

1. Tabel 1.1 : Hasil Penyelenggaraan JPKM Pada Kabupaten Tegal dan Kabupaten Purbalingga
2. Tabel 4.1 : Manajemen Kepesertaan pada Bapel JPKM Kabupaten Purbalingga dan Tegal
3. Tabel 4.2 : Manajemen Keuangan pada Bapel JPKM Kabupaten Purbalingga dan Tegal
4. Tabel 4.3 : Manajemen Pemeliharaan Kesehatan pada Bapel JPKM Kabupaten Purbalingga dan Tegal
5. Tabel 4.4 : Manajemen Institusi Bapel JPKM Kabupaten Purbalingga dan Tegal
6. Tabel 4.5 : Peningkatan Sosialisasi-edukasi guna perluasan kesadaran, partisipasi dan kepesertaan di Bapim Kabupaten Purbalingga dan Tegal
7. Tabel 4.6 : Upaya Pengembangan, pemantapan, dan penerapan perundang-undangan/regulasi dan Perda di Bapim Kabupaten Purbalingga dan Tegal.
8. Tabel 4.7 : Upaya Peningkatan Kinerja Para Pelaku JPKM dalam Melaksanakan manajemen dan Penerapan Teknologi Kendali Mutu dan Biaya di Bapim Kabupaten Purbalingga dan Tegal.
9. Tabel 5.1 : Kekuatan dan Keunggulan hasil *benchmarking* Penyelenggaraan JPKM di Kabupaten Purbalingga dibandingkan dengan Kabupaten Tegal

## DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1 : Kuesioner Wawancara Benchmarking Penyelenggaraan JPKM di Kabupaten Tegal
- Lampiran 2 : Kuesioner Wawancara Benchmarking Penyelenggaraan JPKM di Kabupaten Purbalingga.
- Lampiran 3 : Format Rekapitulasi Hasil Benchmarking di Kabupaten Tegal dan Purbalingga.
- Lampiran 4 : Panduan Diskusi Kelompok Terfokus (DKT)
- Lampiran 5 : Panduan Pelaksanaan DKT
- Lampiran 6 : Dokumentasi Penelitian
- Lampiran 7 : Surat Rekomendasi Penelitian

## DAFTAR SINGKATAN

1. JPKM : Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat
2. Bapel : Badan Penyelenggara
3. Bapim : Badan Pembina
4. PPK : Pemberi Pelayanan Kesehatan
5. KPRI : Koperasi Pegawai Republik Indonesia
6. RSUD : Rumah Sakit Umum Daerah
7. JPSBK : Jaring Perlindungan Sosial Bidang Kesehatan
8. Gakin : Keluarga Miskin
9. Permenkes : Peraturan Menteri Kesehatan
10. DKKS : Dinas Kesehatan dan Kesejahteraan Sosial
11. HMO : Health Maintenance Organization
12. PPO : Preferred Providers Organization
13. IPA : Independent Practice Association
14. MCO : Managed Care Organization
15. DKT : Diskusi Kelompok Terfokus
16. Perda : Peraturan Daerah
17. DKK : Dinas Kesehatan Kabupaten
18. KUD : Koperasi Unit Desa
19. BUMD : Badan Usaha Milik Daerah
20. QA : Quality Assurance
21. Harkes : Pemeliharaan Kesehatan.
22. Depkes : Departemen Kesehatan
23. PT : Perseroan Terbatas

PROGRAM PASCA SARJANA UNDIP SEMARANG  
PROGRAM MAGISTER IKM  
PEMINATAN AKK/ BP  
2002

**AKHMAD BUKHORI**

PENGEMBANGAN JAMINAN PEMELIHARAAN KESEHATAN  
MASYARAKAT (JPKM) DI KABUPATEN TEGAL  
(SUATU ANALISIS BENCHMARKING PADA BADAN PENYELENGGARA  
(BAPEL) DAN BADAN PEMBINA (BAPIM)  
KABUPATEN PURBALINGGA TAHUN 2002)

**ABSTRAK**

Kepesertaan JPKM di Kabupaten Purbalingga telah berhasil menjaring peserta lebih banyak dari kepesertaan JPKM di Kabupaten Tegal, yaitu sebanyak 67.560 peserta sementara di Kabupaten Tegal baru 299 peserta. Tujuan dari penelitian ini adalah untuk mengetahui kekuatan dan keunggulan dalam penyelenggaraan JPKM melalui *benchmarking* di Kabupaten Purbalingga, terutama dalam hal manajemen kepesertaan, keuangan, pemeliharaan kesehatan, institusi Bapel JPKM dan peran dan fungsi Bapim JPKM (Tri Karya JPKM). Diharapkan dari hasil *benchmarking* ini dapat disusun rekomendasi dalam mengembangkan JPKM di Kabupaten Tegal.

Penelitian ini merupakan penelitian non eksperimen dengan rancangan deskriptif eksploratif. Penelitian ini bersifat interpretatif dengan pendekatan kualitatif. Data diperoleh melalui wawancara dan Diskusi Kelompok Terfokus (DKT) selanjutnya dianalisa secara deskriptif kualitatif, tetapi tidak dilakukan uji hipotesis. *Benchmarking* adalah suatu sistem perbandingan dan perbedaan dari suatu proses pelayanan kesehatan, karena *benchmarking* tidak berhubungan dengan angka atau statistik, maka akan tepat melalui kajian deskripsi proses.

Hasil *benchmarking* penyelenggaraan JPKM di Kabupaten Purbalingga, diketahui bahwa JPKM dapat berkembang dengan baik karena mempunyai keunggulan dan kekuatan dari JPKM di Kabupaten Tegal, diantaranya mempunyai mekanisme perekrutan peserta, dukungan regulasi dari Pemda dan legislatif, status badan hukum Bapel JPKM berupa PT, dan adanya subsidi premi bagi keluarga miskin. Berdasarkan keunggulan dan kekuatan tersebut di atas, telah disusun rekomendasi dalam pengembangan JPKM di Kabupaten Tegal, yaitu: perbaikan pola rekrutmen peserta dengan menggalang kerjasama dengan LSM dan asosiasi pekerja, membuat aturan penyelenggaraan JPKM yang berupa SK Bupati atau Perda JPKM, penghitungan premi peserta yang lebih memperhatikan kemauan dan kemampuan masyarakat, perlunya pengalihan status badan hukum Bapel JPKM dari di bawah otonomi KPRI Bakti Husada ke bentuk PT untuk peningkatan JPKM mandiri, peningkatan dukungan, partisipasi dan komitmen dari Top leader dan pelaku JPKM, pembenahan SDM Bapel JPKM dan peningkatan cakupan kepesertaan JKM umpamanya untuk Keala Desa dan perangkatnya.

Kesimpulan : Bagi para pelaku JKM di Kabupaten Tegal dalam mengembangkan JPKM di masa mendatang agar lebih meningkatkan dukungan, komitmen, partisipasi dan kerja kerasnya. Pengalaman di Kabupaten Purbalingga menunjukkan dengan kerjasama dan partisipasi dari seluruh sektor yang ada pengembangan JPKM menjadi lebih mudah dan berjalan lebih baik.

Kata Kunci : JPKM, *benchmarking*, manajemen kepesertaan, manajemen keuangan, manajemen pemeliharaan kesehatan, manajemen institusi Bapel, Tri Karya Bapim JPKM.

Kepustakaan : 59 (1991 – 2001)

POSTGRADUATE PROGRAM DIPONEGORO UNIVERSITY  
IKM POSTGRADUATE PROGRAM  
MAJOR AKK/BP  
2002

**AKHMAD BUKHORI**

THE DEVELOPMENT OF THE PUBLIC HEALTH MAINTENANCE  
GUARANTEE (JPKM) IN TEGAL REGENCY  
(A BENCHMARKING ANALYSIS TO BADAN PENYELENGGARA  
(BAPEL) AND BADAN PEMBINA (BAPIM) PURBALINGGA REGENCY  
THE YEAR 2002)

**ABSTRACT**

The JPKM participation in Purbalingga Regency succeeded in recruiting more participants than the JPKM participation in Tegal Regency, which was 67,560 participants, while in Tegal Regency there were only 299 participants. The purpose of this research was to find out the strenghts and the superiorities of the JPKM implementation through benchmarking in Purbalingga Regency especially in the case of the participatory management, the financial management, the health maintenance management, the Bapel JPKM institution management, and the role and function of Bapim JPKM (Tri Karya JPKM). It was hoped that from the benchmarking result a recommendation can be arranged in order to develop the JPKM in Tegal Regency.

This research was a non-experimental research with a descriptive explorative scheme. This research was an interpretative research with a qualitative approach. The data was collected through interviews and Focused Group Discussions (FGDs) and then it was analysed descriptive qualitatively, and hypothesis test was not done. Benchmarking was a comparative and differential system of a health service process. Since benchmarking had nothing to do with figures and statistics, it was more proper done through a descriptive process study.

The benchmarking result of the JPKM implementation in Purbalingga Regency showed that the JPKM could develop well because compared with the one in Tegal Regency, it has several superiorities, among others things are it has a participant recruitment mechanism, a regulation support from the district government and the legislative, the legal status of incorporated (Inc) Badan Penyelenggara (Bapel) and has a premium subsidy for the poor family. Based on the strenghts and the superiorities above, a recommendation regarding the development of the JPKM in Tegal Regency had been arranged, those were : the improvement of the participant recruitment system by putting cooperation with NGO and labour association, making a regulation about the JPKM



implementation in the form of SK Bupati or Perda JPKM, the calculation of the participant premium which pay more attention to the will and the ability of the society, the need of the transferring of the Bapel JPKM legal status from under the KPRI Bakti Husada autonomy into incorporated (Inc.) for increasing the autonomous JPKM, the support, participation and commitment of the JPKM top leader and performers, the repairing of the Bapel JPKM human resources and for raising the JPKM participation scope for example for the village leader and its assistants.

Conclusion : The JPKM performers in Tegal Regency has to increase their support, commitment and hardwork to develop the JPKM in the future. An experience in Purbalingga Regency showed that through cooperation and participation from all sectors, the development of JPKM was going easier and better.

Key words : JPKM, *benchmarking*, participatory management, financial management, health maintenance management, the management of Bapel institution, Tri Karya Bapim JPKM.

Bibliography : 59 (1991 – 2001)

# BAB I

## PENDAHULUAN

### A. Latar Belakang

GBHN 1999-2004 menetapkan tujuan pembangunan nasional, yaitu terwujudnya masyarakat Indonesia yang damai, demokratis, berkeadilan, berdaya saing, maju dan sejahtera, dalam wadah Negara Kesatuan Republik Indonesia yang didukung oleh manusia Indonesia yang sehat, mandiri, beriman, bertakwa, berakhlak mulia, cinta tanah air, berkesadaran hukum dan lingkungan, menguasai ilmu pengetahuan dan teknologi, serta memiliki etos kerja yang tinggi dan berdisiplin. (Dep.Kes,2001)

Upaya untuk menetapkan kesehatan sebagai bagian integral Pembangunan nasional sangat arif, karena selain merupakan hak azasi yang fundamental, kesehatan yang merupakan pangkal kecerdasan, produktivitas, dan kesejahteraan manusia, merupakan penentu kualitas sumberdaya insani. Derajat kesehatan bersama-sama dengan taraf pendidikan dan daya beli masyarakat menjadi penentu index kualitas manusia (*human development index/HDI*). Indonesia termasuk yang terburuk di Asia Tenggara dalam hal mutu sumber daya manusia, pada tahun 2000 berada pada urutan ke 109 dari 174 negara (Depkes, 2000 b). Oleh karena itu, kesehatan harus dimiliki dan menjadi hak fundamental setiap individu. Pemenuhan hak itu harus diperjuangkan dan dilindungi oleh negara, karenanya pemeliharaan kesehatan juga menjadi kewajiban setiap warga negara. (Dep.Kes, 2001).

Saat ini pemerintah telah mencanangkan Gerakan Pembangunan Nasional Berwawasan Kesehatan yang berlandaskan paradigma sehat. Paradigma sehat merupakan cara pandang atau pola pikir yang melihat pentingnya menjaga kesehatan, dan mencegah penyakit, bukan hanya mengobati penyakit atau memulihkan kesehatan. Ini berarti perlu peningkatan upaya promotif-preventif agar seimbang dengan upaya kuratif rehabilitatif. Sejalan dengan ditetapkannya visi pembangunan kesehatan yaitu Indonesia Sehat 2010 dengan 4 (empat) pilar strategi yaitu: terinsersinya wawasan kesehatan dalam derap pembangunan nasional, profesionalisme, jaminan pemeliharaan kesehatan masyarakat (JPKM), dan desentralisasi. Hal ini berarti pada tahun 2010 diharapkan dan diupayakan seluruh wilayah Indonesia telah mencapai predikat sehat, ditempati oleh penduduk yang berperilaku hidup sehat dan dalam lingkungan yang sehat dan terlindung pemeliharaannya melalui Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat (JPKM). (Dep.Kes, 2001).

JPKM, seperti tercantum dalam pasal 1 ayat (15) dan pasal 66 ayat (1,2) UU No 23/1992 tentang Kesehatan, pada hakekatnya adalah upaya untuk mengatasi masalah pemeliharaan kesehatan yang berupa akses, pembiayaan, dan mutu pelayanan kesehatan, JPKM menjamin akses masyarakat terhadap kesehatan, mengefisienkan pengeluaran masyarakat untuk kesehatan dan mengefektifkan pelayanan kesehatan bagi masyarakat. Dalam UU No 25 tahun 2000 tentang Program Pembangunan Nasional (PROPENAS) pengembangan JPKM merupakan salah satu kegiatan dari program sumber daya kesehatan dalam lingkup pembangunan sosial dan budaya, yaitu upaya pengembangan sistem

pembiayaan praupaya dalam pemeliharaan kesehatan. (Dep.Kes, 2001). Dalam kerangka fikir inilah program JPKM yang bertujuan untuk memobilisasi dana dari masyarakat dalam rangka membiayai pelayanan kesehatan dikembangkan (Thabrany,2001).

Model pembiayaan kesehatan melalui mobilisasi dana masyarakat, apapun bentuknya dirasakan sebagai suatu kebutuhan bagi pembangunan kesehatan di Indonesia. WHO menganjurkan tiap negara anggotanya untuk dapat mengalokasikan minimal 5 % dari *product domestic bruto (PDB)* bagi kebutuhan pembangunan kesehatan. Realisasi dari hal ini biasanya dapat dilihat pada alokasi anggaran pembangunan kesehatan pada penyusunan RAPBN. Sejauh ini alokasi dana untuk pembangunan kesehatan di Indonesia baru berkisar antara 2,5 % sampai 3 % dari PDB saja, padahal pada negara maju sudah mencapai kisaran 7,9 %. Dewasa ini pembiayaan pemeliharaan kesehatan 30 % bersumber dari pemerintah dan 70 % bersumber dari masyarakat. Anggaran yang bersumber dari pemerintah digunakan untuk subsidi di semua lini pelayanan, sedang yang bersumber dari masyarakat, 75 % berupa pembayaran tunai individu terhadap jasa medik (*out of pocket, fee for service*), 16 % berupa jaminan kesehatan prabayar dan 9 % berupa pengeluaran perusahaan bagi pemeliharaan kesehatan karyawan (Dep.Kes,2001).

Keadaan tersebut di atas menunjukkan bahwa potensi masyarakat yang sudah cukup besar dalam pembiayaan kesehatan belum efektif karena mayoritas berupa pembayaran tunai individu yang tidak efisien karena pembiayaan tunai individu tidak dapat direncanakan dan diatur pembiayaannya dengan lebih baik.

Keadaan yang berlarut dari situasi di atas dapat mengakibatkan peningkatan biaya kesehatan yang kurang terkendali, mengikuti *law of medical money* dan *law of medical uncertainty*. Kedua istilah ini berarti bahwa berapapun biaya yang dibayarkan untuk pelayanan kesehatan akan habis dipakai, disamping rasa ketidakpastian dalam menghadapi penyakit yang menyebabkan orang cenderung mencari segala upaya untuk bisa sembuh, mengeluarkan biaya berapa saja yang dibutuhkan. Hal ini dapat mendorong terjadinya penggunaan pelayanan kesehatan yang tidak perlu sehingga merupakan pemborosan pembiayaan kesehatan, padahal dilain pihak masih ada masyarakat yang lebih memerlukan (Dep.Kes,1997).

Diberlakukannya Undang-undang Nomer 22 tahun 1999 tentang Pemerintahan Daerah merupakan peluang dan tantangan baru bagi upaya pemeliharaan kesehatan masyarakat, karena peraturan tersebut memungkinkan penanganan masalah pemeliharaan kesehatan masyarakat secara lebih terarah, spesifik sesuai kondisi dan kebutuhan daerah. Dalam Peraturan Pemerintah No 25 tahun 2000 tentang Kewenangan Pemerintah dan Kewenangan Provinsi sebagai Daerah Otonom, secara jelas menyebutkan kewenangan pemerintah pusat dalam pengembangan sistim pemeliharaan kesehatan masyarakat dan pembiayaan kesehatan. Pemerintah Pusat berwenang dalam menentukan arah kebijakan makro, sedang kewenangan daerah sesuai dengan kondisi daerah dapat mengembangkan kebijakan-kebijakan yang mendukung arah pengembangan dari kebijakan sistim jaminan pemeliharaan kesehatan masyarakat (Jacobalis 1999; Thabrany 1999; Dep.Kes 2000 b).

Desentralisasi dalam arti umum sebagai pemindahan kewenangan atau pembagian kekuasaan dalam perencanaan pemerintahan, manajemen dan pengambilan keputusan dari tingkat nasional ke tingkat daerah. Dalam praktek, desentralisasi sistem kesehatan mempunyai berbagai macam bentuk yang tidak hanya tergantung pada struktur politik pemerintahan dan administrasi, tetapi tergantung pula pada pola organisasi sistem kesehatan yang terdapat di masing-masing negara, dengan demikian desentralisasi tidak hanya merupakan konsep penting dalam manajemen kesehatan, tetapi juga suatu hal yang tidak mudah untuk dipahami. Dalam suatu negara yang mempunyai keanekaragaman daerah, yang terkadang timbul pertentangan antar berbagai kelompok penduduk, desentralisasi dianggap sebagai cara untuk memberi otonomi yang lebih besar tanpa meninggalkan kesatuan nasional (Mills, *et al*, 1991). Di Indonesia pada era reformasi, pada hakekatnya adalah *change, improvement* atau *modernization* tidak saja dipandang sebagai *inevitable* tetapi disadari sebagai *planned change*. Analisis dari wacana pemerintah daerah, sesungguhnya tuntutan yang mendesak di dalam formulasi dan implementasi otonomi adalah meliputi 3 (tiga) pokok permasalahan yaitu *sharing of power, distribution of income* dan *empowering of regional administration* atau kemandirian sistem manajemen daerah (Utomo, 1999).

Peraturan Pemerintah Nomor 84 tahun 2000 yang mengatur kewenangan kabupaten/kota dalam rangka otonomi daerah, Dan ditindaklanjuti dengan terbitnya Surat Edaran Menteri Kesehatan Nomor 1173 tahun 2000 yang memberikan 26 kewenangan yang wajib dilaksanakan kabupaten/kota dalam

rangka pelaksanaan otonomi daerah, juga memberikan peluang yang sangat besar untuk melaksanakan desentralisasi sistem kesehatan di daerah. Dengan pelimpahan wewenang dari pusat ke daerah, maka seharusnya daerah segera dapat menyusun sistem kesehatan daerah (SKD) sebagaimana halnya pusat dengan Sistem Kesehatan Nasional (SKN) yang memberikan landasan hukum antara lain untuk program Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat (JPKM). Dalam era desentralisasi sebenarnya daerah dapat bekerja dalam lingkup kewenangannya untuk dapat menggalang sistem pemeliharaan kesehatan/asuransi kesehatan sosial lokal sesuai dengan kondisi dan kemampuan daerah (Thabrany,2000).

Permasalahan yang timbul sekarang ini pengembangan program JPKM di daerah-daerah mengalami banyak kendala dan hambatan baik dari segi teknis penyelenggaraan ataupun *social support* yang kurang, sehingga pengembangan program JPKM kurang dapat berjalan dengan baik. Hendartini (2000) mengemukakan bahwa di lapangan banyak dijumpai permasalahan yang menunjukkan ketidakberhasilan program JPKM, yaitu : a) rendahnya minat masyarakat untuk menjadi peserta program JPKM, hal ini dapat dilihat dari *droup out* peserta JPKM yang relatif masih tinggi, budaya masyarakat yang belum bisa menerima konsep asuransi, pemahaman terhadap program JPKM yang masih rendah, tarif puskesmas dan rumah sakit relatif masih terjangkau sehingga masyarakat merasa tidak perlu ikut program JPKM, kecuali dengan regulasi dari pemerintah, b) tidak siapnya aparat yang menangani program JPKM, pada umumnya Bapel JPKM masih lemah/ belum mengetahui manajemen pengelolaan JPKM yang baik khususnya pemasaran, keuangan dan perencanaan sebagai

organisasi bisnis, c) penyelenggara pelayanan kesehatan (PPK) belum siap dengan konsep pembayaran kapitasi, perubahan dari sistem *fee for service* ke sistem kapitasi tidak mudah dilakukan mengingat sistem *fee for service* sudah membudaya di kalangan medis, sehingga banyak kritik dan keluhan menyangkut pembiayaan kapitasi ini antara lain nilai nominalnya dianggap terlalu kecil. Kendala lain yang dijumpai adanya ketidakpuasan peserta JPKM dengan kepuasan pelayanan oleh PPK (Kusumo,1998).

Hasil Pertemuan Nasional Evaluasi Akhir Program JPKM-JPSBK daerah khusus pengamatan *Asian Development Bank (ADB)* yang diadakan pada tanggal 20 sampai dengan 29 Juni 2000 di Ciloto Bogor dalam rangka menyusun langkah-langkah pengembangan program JPKM paska JPKM-JPSBK didapatkan masalah dan kendala sebagai berikut : (Dep.Kes 2000 b).

- a) Aspek peserta JPKM-JPSBK antara lain data KK yang tidak akurat, adanya *moral hazard* (mengalihkan/ menjual kartu sehat kepada yang tidak berhak), pemberian kartu sehat menyimpang, tidak bebas memilih PPK, belum *insurance minded*, banyaknya keluarga miskin, trauma terhadap asuransi dan pengumpulan dana masyarakat lainnya yang menyimpang, faktor ketidaktahuan masyarakat tentang JPKM, faktor geografis peserta JPKM, tingkat pendidikan, kartu JPKM tidak berlaku umum. (*universal*) serta sifat kepesertaan sukarela.
- b) Aspek Badan Penyelenggara JPKM (Bapel JPKM) antara lain, proses pembentukan dan penunjukkan terburu-buru karena menyangkut program krisis, SDM Bapel belum siap, dan tidak profesional dan belum terlatih,



semangat wirausaha (*entepreneur*) dan etos kerja rendah, terdapat kemungkinan indikasi “KKN” dalam perekrutan personil, tidak memahami visi, misi dan strategi tentang JPKM, sistem informasi manajemen belum berjalan dan organisasi berjalan tidak sesuai dengan petunjuk, dan petunjuk teknis maupun pelaksanaan kurang sesuai kebutuhan Bapel.

- c) Aspek Pemberi Pelayanan Kesehatan (PPK) antara lain, ketidaksiapan menyesuaikan dengan sistem baru (JPKM-JPSBK), kemampuan manajerial masih kurang (administrasi, keuangan dan perencanaan), jumlah serta kualitas SDM terbatas, sistem *reporting* dan *recording* (RR) tidak mudah digabungkan dengan RR yang sudah berlaku di puskesmas, prasarana dan sarana masih terbatas, tarif pelayanan masih rendah, perilaku PPK yang menomor duakan peserta dan kurangnya promosi JPKM di puskesmas.
- d) Aspek Badan Pembina Pembina (Bapim) antara lain masih didominasi oleh petugas kesehatan, belum banyak melibatkan lintas sektor terkait, kurang memahami fungsi bimbingan, pengembangan dan dorongan terhadap Bapel JPKM, biaya operasional tidak ada, dukungan pemerintah daerah yang kurang, JPKM dipandang belum sebagai program prioritas di Dati II dan terlalu birokratis/ kurang luwes.

Keadaan tersebut di atas juga dialami dalam penyelenggaraan JPKM di Kabupaten Tegal, yaitu JPKM kurang dapat berjalan dengan baik. JPKM di Kabupaten Tegal dimulai bersamaan dengan pelaksanaan Program Jaring Perlindungan Sosial di Bidang Kesehatan (JPSBK) pada tahun 1998. Diharapkan setelah selesainya program ini JPKM JPSBK dapat berkembang menjadi JPKM

yang mandiri dan profesional. Dalam kenyataannya JPKM di Kabupaten Tegal per 1 Januari 2002 baru dapat menjaring peserta sebanyak 299 peserta, padahal hasil studi kelayakan pada tahun 1998 menunjukkan bahwa di Kabupaten Tegal layak dikembangkan program JPKM mandiri dengan premi Rp 2.800,- /kapita/bulan. *Break event point* akan dicapai dengan jumlah peserta JPKM sebanyak 15.068 orang, sedangkan potensi penetrasi pasar (*penetrated market*) sebesar 1,7 % dari total populasi atau kurang lebih 22.100 orang (DKK Tegal, 1999).

Hasil Laporan Penyelenggaraan JPKM-JPSBK, kendala yang dihadapi dalam rangka pengembangan kepesertaan JPKM Mandiri di Kabupaten Tegal antara lain : a) perilaku masyarakat yang belum *health insurance minded*, b) citra yang kuat di lingkungan masyarakat peserta asuransi kesehatan belum mendapatkan pelayanan yang memuaskan, c) situasi krisis ekonomi yang menyebabkan menurunnya kemampuan daya beli masyarakat, d) dukungan politis maupun keuangan terhadap pengembangan JPKM di Kabupaten Tegal masih belum optimal, bahkan aparat pemerintah sendiri belum sepenuhnya memahami program JPKM, e) modal kerja Bapel JPKM KPRI Bakti Husada sangat terbatas sehingga operasionalisasi program penjangkaran calon peserta menjadi terhambat, f) kepesertaan bersifat sukarela sehingga kemajuan program JPKM tidak secepat seperti program JPK Jamsostek maupun program asuransi kesehatan bagi PNS melalui PT Askes yang bersifat wajib (Bapel JPKM Bakti Husada, 2000). Permasalahan lain yang dihadapi adalah belum maksimalnya peran Badan Pembina (Bapim) dalam membina dan mengembangkan JPKM yang disebabkan:

a) belum tersedia dana operasional dari Pemerintah Daerah Kabupaten Tegal yang memadai, b) belum ada persamaan persepsi tentang JPKM diantara anggota Bapim, c) belum ada petunjuk teknis maupun pelaksanaan tentang struktur organisasi dan tata laksana Bapim di daerah (DKK Tegal,2000).

Hasil kunjungan dan studi pendahuluan yang telah dilakukan oleh penulis pada Bapel JPKM KPRI Bakti Husada dan Bapim JPKM , diketahui bahwa penyelenggaraan JPKM di Kabupaten Tegal perlu mendapat perhatian. Dari hasil kunjungan tersebut diketahui bahwa Bapel JPKM KPRI Bakti Husada belum mempunyai rencana pengembangan usaha, kurang proaktif dalam memasarkan JPKM, sedangkan Bapim JPKM belum optimal dalam membina, mengembangkan dan mendorong dalam penyelenggaraan JPKM, yang ditandai dengan belum efektifnya organisasi Bapel, belum adanya rencana pembinaan, dan belum adanya petunjuk teknis/ operasioanl pelaksanaan fungsi Bimbingan dan pengendalian pada Bapel, PPK dan kepesertaan JPKM. (DKK Tegal, 2000)

Menindaklanjuti keadaan tersebut di atas penulis merasa tertarik untuk mengetahui lebih lanjut mengenai penyelenggaraan JPKM di Kabupaten Tegal. Sebagai perbandingan dalam penyelenggaraan program JPKM di Kabupaten Purbalingga yang sama-sama merintis dari program JPKM-JPSBK, telah menunjukkan hasil yang baik, diantaranya tingkat kepesertaan yang tinggi, peran dan fungsi Bapel / Bapim JPKM yang menonjol dan adanya peran Pemda dalam memberikan dukungan dana untuk pembayaran premi. Selain itu di Kabupaten Purbalingga telah dikembagkan konsep pengembangan program JPKM dengan memadukan antara JPKM bagi keluarga miskin (gakin) yang telah dirintis melalui

program JPKM JPSBK dengan JPKM mandiri yang merekrut peserta dari keluarga non gakin. Untuk itu penulis merencanakan mengadakan suatu *benchmarking* (kaji banding) tentang penyelenggaraan JPKM dengan Dinas Kesehatan dan Kesejahteraan Sosial Kabupaten Purbalingga. Secara ringkas hasil penyelenggaraan JPKM di dua daerah tersebut dapat digambarkan sebagai berikut

**Tabel 1.1 : HASIL PENYELENGGARAAN JPKM PADA KABUPATEN TEGAL DAN KABUPATEN PURBALINGGA**

Item	Kabupaten Tegal	Kabupaten Purbalingga
Badan Penyelenggara	KPRI Bakti Husada	Perseroan Terbatas (PT)
Jumlah dan Jenis Tenaga		
Badan Penyelenggara		
- Manajer	1 (dokter)	1 (dokter)
- Karyawan	1 (Sarjana)	4 ( 2 D III dan 2 SLTA)
Peserta :		
- Keluarga Miskin (Gakin)	-	36.732 KK
- Paska Gakin	-	22.657 KK
- Non Gakin	299 Orang	8.171 KK
Pelaksana Pelayanan Kesehatan (PPK)	Puskesmas,RSUD	Puskesmas,RSUD
Premi	Paket Mawar Rp 2800/bl Paket Melati Rp 4500/bl Pt. Anggrek Rp 7500/bl	Rp 25.000/ tahun
Kapitasi	Berdasarkan Jiwa	Keluarga / KK
Peranan Pemda dalam pembayaran premi	Belum mensubsidi	Mensubsidi premi Gakin dan Paska Gakin

Sumber : Data Sekunder yang telah diolah

Dari tabel di atas menunjukkan bahwa penyelenggaraan program JPKM di Kabupaten Purbalingga telah berjalan lebih baik bila dibandingkan dengan Kabupaten Tegal terutama bila dilihat dari tingkat kepesertaan dan peranan Pemda dalam mendukung pengembangan program JPKM melalui subsidi pada pembayaran premi keluarga miskin. Untuk itu melalui *benchmarking* yang akan

diadakan diharapkan dapat digali masukan yang lebih banyak lagi mengenai penyelenggaraan JPKM di Kabupaten Purbalingga sebagai bahan kajian dalam mengembangkan program JPKM di Kabupaten Tegal.

*Benchmarking* adalah suatu kesinambungan proses yang sistematis untuk membandingkan efisiensi produktivitas, kualitas dan praktek dalam kenyataannya dengan perusahaan atau organisasi lain yang sejenis yang jauh lebih baik. *Benchmarking* pada hakekatnya merupakan reorientasi budaya menuju pembelajaran, peningkatan *skill*, peningkatan efisiensi dan proses pengembangan (Karlof dan Ostblom,1993). *Benchmarking* dapat juga diartikan sebagai suatu proses yang kontinyu dan sistematis untuk mengevaluasi produk, pelayanan, dan proses-proses dari suatu organisasi kerja yang diakui sebagai perwakilan praktek kerja terbaik (*recognized as representing best practice*) bertujuan untuk peningkatan organisasi (Spendolini,1992). Dipilihnya DKKS Purbalingga sebagai institusi yang akan di "*benchmarking*" dikarenakan dalam penyelenggaraan JPKM telah menunjukkan hasil yang baik (sukses) dalam melakukan aktivitas operasi yang hampir sama (ekuivalen), yaitu dalam mengembangkan program JPKM paska JPKM-JPSBK ( Tjiptono dan Diana, 2001).

Penyelenggaraan JPKM di Kabupaten Tegal yang kurang dapat berjalan dengan baik perlu dicarikan solusinya melalui upaya yang sistematis. Dengan *benchmarking* pada daerah yang telah menunjukkan hasil yang baik dalam menyelenggarakan JPKM dalam hal ini Kabupaten Purbalingga diharapkan dapat menjawab upaya pemecahannya dalam mengembangkan JPKM di Kabupaten Tegal. Pengembangan JPKM di Kabupaten Tegal perlu perhatian yang serius

karena Kabupaten Tegal merupakan salah satu dari sepuluh Kabupaten/Kota di Indonesia yang dijadikan sebagai daerah pantauan khusus pelaksanaan JPKM oleh Departemen Kesehatan RI. Selain itu berdasarkan potensi wilayah, ketersediaan sumberdaya, dan sarana pendukung lain di Kabupaten Tegal mampu untuk dikembangkan program JPKM mandiri antara lain : a) Badan Penyelenggara (Bapel) JPKM yang berbadan hukum, permodalan yang cukup, tenaga yang terlatih, b) Badan Pembina (Bapim) yang telah mempunyai kekuatan hukum dengan Surat Keputusan Bupati Tegal No: 441.7/0583/2000 tertanggal 24 Mei 2000, c) Pemberi Pelayanan Kesehatan (PPK) yang meliputi 27 puskesmas, 4 buah rumah sakit, 53 dokter swasta, yang telah menyatakan dukungan dan kesanggupan untuk menjadi PPK program JPKM (DKK Tegal,2000).

## **B. Rumusan Masalah**

Berdasarkan latar belakang yang telah penulis sampaikan di atas, diketahui bahwa penyelenggaraan JPKM di Kabupaten Tegal belum dapat berjalan sesuai dengan apa yang diharapkan, seperti kepesertaan yang rendah, peran dan fungsi Bapel JPKM dan Bapim JPKM yang kurang optimal dan dukungan dari Pemerintah Daerah Kabupaten Tegal yang masih perlu ditingkatkan. Mencermati keadaan tersebut penulis menduga hal ini berhubungan dengan belum adanya upaya terobosan dalam mengembangkan program JPKM di Kabupaten Tegal. Pengalaman di Kabupaten Purbalingga menunjukkan bahwa optimalnya fungsi Bapel dan Bapim JPKM serta peranan Pemerintah Daerah dalam mengembangkan program JPKM masih sangat dibutuhkan. Untuk itu

dalam rangka menggali informasi yang lebih banyak lagi perlu dilakukan *benchmarking* pada Kabupaten Purbalingga, agar dapat dijadikan bahan evaluasi dan pembandingan dalam mengembangkan program JPKM di Kabupaten Tegal. Atas dasar hal tersebut peneliti mengajukan pertanyaan dalam penelitian ini adalah sebagai berikut :

1. Mengapa penyelenggaraan JPKM di Kabupaten Tegal belum dapat berjalan dengan baik bila dibandingkan dengan penyelenggaraan JPKM di Kabupaten Purbalingga, terutama bila dilihat dari aspek manajemen dalam penyelenggaraan JPKM, yang terdiri dari manajemen kepesertaan, keuangan, pemeliharaan kesehatan dan intitusi Bapel ?
2. Bagaimana pelaksanaan proses manajemen kepesertaan di Bapel JPKM Kabupaten Tegal dan Purbalingga ?
3. Bagaimana pelaksanaan proses manajemen keuangan Bapel JPKM di Kabupaten Tegal dan Purbalingga ?
4. Bagaimana pelaksanaan proses manajemen pemeliharaan kesehatan Bapel JPKM di Kabupaten Tegal dan Purbalingga ?
5. Bagaimana pelaksanaan proses manajemen institusi Bapel JPKM di Kabupaten Tegal dan Purbalingga ?
6. Bagaimana pelaksanaan proses pembinaan yang dilakukan oleh Bapim JPKM yang dikenal dengan istilah Tri Karya JPKM di Kabupaten Tegal dan Purbalingga ?

7. Bagaimana rekomendasi dalam mengembangkan JPKM sebagai wujud kesiapan Bapel dan Bapim JPKM di Kabupaten Tegal dalam mengembangkan program JPKM sesuai dengan hasil *benchmarking* di Kabupaten Purbalingga ?

### **C. Tujuan Penelitian**

#### **1. Tujuan Umum**

Diketahuinya gambaran penyelenggaraan JPKM yang berkaitan dengan pelaksanaan manajemen kepesertaan, keuangan, pemeliharaan kesehatan dan intstitusi Bapel serta Tri Karya Bapim JPKM di Kabupaten Purbalingga sehingga dapat dijadikan bahan evaluasi dan pembanding dalam mengembangkan program JPKM di Kabupaten Tegal menuju JPKM yang mandiri dan profesional sesuai dengan tuntutan otonomi daerah.

#### **2. Tujuan Khusus**

- a. Mengetahui hasil-hasil yang dicapai dalam penyelenggaraan JPKM di Kabupaten Purbalingga sehingga dapat dijadikan bahan evaluasi dan pembanding dalam meningkatkan penyelenggaraan JPKM di Kabupaten Tegal, terutama kaitannya dengan manajemen kepesertaan, keuangan, pemeliharaan kesehatan dan institusi Bapel.
- b. Mengetahui pelaksanaan proses manajemen kepesertaan di Bapel JPKM Kabupaten Purbalingga sehingga dapat dijadikan bahan evaluasi dan pembanding dalam meningkatkan cakupan kepesertaan JPKM di Kabupaten Tegal.



- c. Mengetahui pelaksanaan proses manajemen keuangan di Bapel JPKM Kabupaten Purbalingga sehingga dapat dijadikan bahan evaluasi dan perbandingan dalam meningkatkan manajemen keuangan Bapel JPKM di Kabupaten Tegal.
- d. Mengetahui pelaksanaan proses manajemen pemeliharaan kesehatan Bapel JPKM di Kabupaten Purbalingga sehingga dapat dijadikan bahan evaluasi dan perbandingan dalam meningkatkan mutu pemeliharaan kesehatan di Kabupaten Tegal.
- e. Mengetahui pelaksanaan proses manajemen institusi Bapel JPKM di Kabupaten Purbalingga sehingga dapat dijadikan bahan evaluasi dan perbandingan dalam meningkatkan kemandirian Bapel JPKM di Kabupaten Tegal.
- f. Mengetahui pelaksanaan proses pembinaan Bapim JPKM yang dikenal dengan istilah Tri Karya JPKM di Kabupaten Purbalingga sehingga dapat dijadikan bahan evaluasi dan perbandingan dalam meningkatkan penyelenggaraan JPKM di Kabupaten Tegal.
- g. Menyusun rekomendasi dalam mengembangkan JPKM sebagai wujud kesiapan Bapel dan Bapim JPKM Kabupaten Tegal sesuai dengan hasil *benchmarking* di Kabupaten Purbalingga, yang diwujudkan dengan adanya peningkatan kinerja Bapel dan Bapim, komitmen dan dukungan Pemerintah Daerah dalam mengembangkan JPKM.

### **3. Manfaat Penelitian**

Secara umum penelitian ini diharapkan dapat dijadikan bahan masukan untuk memecahkan masalah serta memperkecil hambatan dalam penyelenggaraan program JPKM di Kabupaten Tegal. Sedangkan secara khusus diharapkan memberikan manfaat pada :

#### **1. Bapel JPKM KPRI Bakti Husada**

Sebagai Bapel JPKM adalah KPRI Bakti Husada, hasil penelitian ini dapat dijadikan evaluasi apakah telah melaksanakan fungsinya dalam mengelola program JPKM atau belum sehingga dapat diketahui posisi Bapel sekarang. Untuk selanjutnya dapat ditentukan langkah berikutnya dalam penyelenggaraan JPKM di Kabupaten Tegal.

#### **2. Bagi Pemerintah Daerah Kabupaten Tegal**

Dasil penelitian ini dapat digunakan sebagai masukan dalam membina dan mengembangkan program JPKM, apalagi dalam era desentralisasi ini peran Pemda menjadi sangat menentukan.

#### **3. Bagi Dinas Kesehatan Kabupaten Tegal**

Dinas Kesehatan Kabupaten Tegal merupakan dinas teknis yang bertanggung jawab dalam pelaksanaan program JPKM, hasil penelitian ini dapat dijadikan sebagai bahan evaluasi dan penyusunan strategi pengembangan JPKM baik jangka pendek atau jangka panjang.

#### 4. Bagi kajian penelitian di bidang JPKM

JPKM adalah salah satu strategi dalam pencapaian Indonesia Sehat 2010, hasil penelitian ini akan menambah wawasan dan kajian dalam memasarkan program JPKM di masa mendatang.

#### 5. Bagi Penulis

Terutama dikaitkan dengan studi penulis dalam bidang konsentrasi Administrasi Kebijakan Kesehatan / *Budgeting Planning*, diharapkan penelitian ini dapat memberikan pengalaman dalam bidang pembiayaan kesehatan dan peningkatan mutu pelayanan kesehatan.

### **E. Keaslian Penelitian**

Penelitian tentang JPKM dan *benchmarking* pernah dilakukan oleh peneliti lain, diantaranya adalah :

1. Sudjarwo (1998) yang mengadakan penelitian JPKM melalui koperasi atau KUD. Penelitian ini mempelajari tentang faktor-faktor yang mempengaruhi penggunaan kartu pelayanan kesehatan oleh peserta JPKM-KUD Sarimulyo di Puskesmas Nangulan Yogyakarta. Perbedaannya dengan penelitian ini obyek penelitian Sudjarwo mengenai faktor yang mempengaruhi penggunaan kartu, sedangkan penelitian ini mengambil obyek mengenai *benchmarking* dalam penyelenggaraan JPKM di Kabupaten Purbalingga dalam rangka pengembangan program JPKM di Kabupaten Tegal.
2. Roekmito (1998) meneliti tentang evaluasi mutu pelayanan kesehatan PPK I (Puskesmas) menurut persepsi peserta JPKM di Kabupaten Klaten. Penelitian

serupa juga dilakukan oleh Putra (1999) yang meneliti tentang mutu pelayanan puskesmas di kabupaten Kendal menurut persepsi peserta PT Askes. Perbedaannya dengan penelitian ini adalah pada penelitian yang dilakukan oleh Roekmito dan Putra penekanannya pada aspek kepuasan menurut persepsi peserta sedangkan penelitian ini penekanannya pada aspek *benchmarking* yang dilaksanakan dalam mengembangkan program JPKM sebagai wujud kesiapan Bapel dan Bapim JPKM dalam mengembangkan program JPKM di Kabupaten Tegal .

3. Listiani (1999) meneliti tentang minat masyarakat menjadi peserta JPKM dan kesiapan Bapel JPKM dan PPK dalam pengembangan program JPKM di Kabupaten Kudus. Perbedaannya dengan penelitian ini adalah pada subjek dan metode penelitian. Pada penelitian Listiani (1999) subjek penelitian adalah anggota masyarakat sedangkan penelitian ini sebagai subjeknya penyelenggaraan JPKM di Kabupaten Purbalingga dengan metode *benchmarking* yang selanjutnya dijadikan bahan evaluasi dan pembanding dalam mengembangkan program JPKM di Kabupaten Tegal.
4. Djuwani E.K (2001) yang meneliti tentang analisis minat masyarakat untuk menjadi peserta Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat (JPKM) di Kabupaten Tegal. Perbedaannya dengan penelitian ini adalah pada penelitian Djuwani (2001) subjek penelitian adalah calon peserta JPKM sedangkan pada penelitian ini adalah Petugas dari Dinas Kesehatan dan Kesejahteraan Sosial, Bapel dan Bapim JPKM di Kabupaten Purbalingga dan Tegal. Disamping itu penelitian Djuwani (2001) lebih menekankan pada aspek minat menjadi peserta

sedangkan penelitian ini pada aspek manajemen kepesertaan, keuangan, pemeliharaan kesehatan dan institusi Bapel serta kesiapan Bapel dan Bapim JPKM dalam mengembangkan JPKM melalui analisis *benchmarking* (perbedaan substansial).

5. Penelitian mengenai *benchmarking* dilaksanakan oleh Afifudin dan Trisnantoro (1999) yang meneliti tentang pelaksanaan rumah sakit swadana, yaitu *benchmarking* pada rumah sakit yang belum swadana dan akan menuju menjadi swadana dengan kajian keuangan dan *benchmarkernya* adalah rumah sakit pemerintah dalam hal ini Rumah Sakit Tidar Magelang. Perbedaannya dengan penelitian ini adalah mengenai obyek *benchmarkingnya*, yaitu pada penelitian Afifudin dan Trisnantoro tentang keuangan rumah sakit swadana sedangkan pada penelitian ini tentang penyelenggaraan JPKM.

## **F. Ruang Lingkup Penelitian**

Sebagai ruang lingkup dalam penelitian ini adalah :

### **1. Lingkup Keilmuan**

Penelitian ini termasuk kajian dalam ilmu kesehatan masyarakat dalam bidang Administrasi dan Kebijakan Kesehatan / *Budgeting Planning* (AKK/BP) dengan menitik beratkan pada aspek ekonomi pembiayaan kesehatan dan organisasi manajemen.

### **2. Lingkup Materi**

Materi dibatasi pada aspek manajemen kepesertaan, keuangan, pemeliharaan kesehatan, institusi Bapel JPKM, dan Peran Bapim JPKM dalam membina,

mengembangkan dan mendorong penyelenggaraan JPKM melalui upaya Tri Karya JPKM serta Kesiapan Bapel dan Bapim JPKM dalam mengembangkan program JPKM melalui *benchmarking* di DKKS Kabupaten Purbalingga untuk, dijadikan bahan evaluasi dan pembanding dalam pengembangan program JPKM di Kabupaten Tegal.

### 3. Lingkup Masalah

Pada penelitian ini masalah dibatasi pada kurang optimalnya pengembangan JPKM di Kabupaten Tegal dan bagaimana langkah selanjutnya dalam mengembangkan program JPKM di Kabupaten Tegal yang berkaitan dengan manajemen kepesertaan, keuangan, pemeliharaan kesehatan dan institusi Bapel serta peran Bapim JPKM dalam rangka kesiapan Bapel dan Bapim JPKM dalam mengembangkan program JPKM .

### 4. Lingkup Sasaran

Sebagai sasaran (Obyek) *benchmarking* dalam penelitian ini adalah Bapel JPKM, Bapim JPKM dan Dinas Kesehatan dan Kesejahteraan Sosial Kabupaten Purbalingga dan Kabupaten Tegal. Penyelenggaraan JPKM di Kabupaten Purbalingga dipilih sebagai sasaran karena dinilai telah menunjukkan hasil yang lebih baik dari Kabupaten Tegal bila dilihat dari segi kepesertaan dan peranan Pemda dalam mendukung pengembangan JPKM, padahal JPKM yang dikembangkan sama-sama berawal dari JPKM-JPSBK.

### 5. Lingkup Lokasi

Penelitian ini dilakukan di Kabupaten Tegal dan sebagai *benchmarkernya* adalah Kabupaten Purbalingga. Pemilihan lokasi penelitian ini didasarkan

pada penyelenggaraan JPKM di Kabupaten Tegal belum berkembang dengan baik dikarenakan : a) Tingkat kepesertaan JPKM masih rendah, b) Kab, Tegal merupakan salah satu dari sepuluh kabupaten yang dijadikan pantauan khusus pelaksanaan JPKM, c) Berdasarkan pantauan Depkes Kab. Tegal berpotensi untuk dikembangkan JPKM mandiri, d) Semua komponen yang ada siap untuk menyukseskan program JPKM. Sedangkan Kabupaten Purbalingga dipilih sebagai lokasi *benchmarking* karena pelaksanaan program JPKM telah menunjukkan hasil yang baik terutama bila dilihat dari tingginya tingkat kepesertaan dan adanya peranan Pemdanya dalam membayar premi bagi peserta JPKM keluarga miskin (Gakin).

6. Lingkup Waktu: Dilaksanakan pada bulan April – November 2002.

## BAB II

### TINJAUAN PUSTAKA

#### A. Prinsip Asuransi Kesehatan

Pengertian Asuransi Kesehatan menurut Undang-undang No. 2 tahun 1992 tentang Asuransi, menyebutkan bahwa asuransi adalah :

“.....Asuransi atau pertanggungan adalah perjanjian antara dua pihak atau lebih, dengan mana pihak penanggung mengikatkan diri kepada tertanggung, dengan menerima premi asuransi untuk memberikan penggantian kepada tertanggung karena kerugian, kerusakan, kehilangan keuntungan yang diharapkan, atau tanggungjawab hukum kepada pihak ketiga yang mungkin akan diderita tertanggung, yang timbul dari suatu peristiwa yang tidak pasti, atau memberikan suatu pembayaran uang yang didasarkan atas meninggal atau hidupnya seorang yang dipertanggungkan “. (Thabrany, 1998).

Lebih jauh dalam UU No. 2 tahun 1992 tersebut dirinci tentang obyek asuransi adalah benda dan jasa, jiwa dan raga, kesehatan manusia, tanggungjawab hukum, serta semua kepentingan lainnya yang dapat hilang, rusak, rugi dan atau berkurang nilainya dinilai dengan undang-undang ini lebih menekankan kata asuransi dalam kaitan dengan kontrak asuransi yang mengandung pengertian adanya transfer risiko dan tentu saja berarti *sharing* risiko. Akan tetapi secara tegas Undang-undang ini menyebutkan penggantian kepada tertanggung ini merupakan definisi secara tradisional (Thabrany, 1998). Pengertian lain mengenai asuransi adalah suatu kemampuan untuk menetapkan kerugian kecil (sedikit) yang sudah pasti sebagai pengganti (substitusi) kerugian-kerugian besar yang belum pasti (Salim,2000).



Dengan demikian pada prinsipnya pengertian asuransi kesehatan adalah asuransi dengan masalah kesehatan sebagai obyek pertanggung (Azwar, 1996). Dalam dunia asuransi kesehatan modern penggantian kepada tertanggung, umumnya, perusahaan asuransi kesehatan membayar langsung kepada provider dengan *provisi assignment of benefit* (Thabrany, 1998).

## **B. Konsep Managed Care**

Konsep *managed care* pada dasarnya bukan hal yang baru. Disamping itu juga tidak hanya terdapat di Amerika Serikat (AS), tetapi juga di negara lain, yang telah menyelenggarakan suatu program Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat. Di Indonesia sesungguhnya telah banyak dilakukan oleh berbagai perusahaan yang menyelenggarakan jaminan pemeliharaan kesehatan bagi karyawannya, melalui suatu kerjasama dengan para dokter umum dan spesialis dengan sarat-sarat tertentu yang disetujui oleh kedua belah pihak, baik yang menyangkut biaya pelayanan ataupun prosedur dan mutu pelayanan. Misalnya di lingkungan Yayasan Pemeliharaan Kesehatan (YPK) Bank Pembangunan Indonesia telah diberlakukan konsep dokter keluarga, konsep rujukan, serta pembayaran honorarium dokter keluarga berdasarkan kapitasi dengan menerapkan *sliding scale* untuk melayani para karyawan dan keluarga perusahaan yang tergabung dalam yayasan tersebut, sejak tahun 1976. Demikian juga di lingkungan Perusahaan Telkom dan Pertamina prinsip *managed care* sesungguhnya sudah lama dilaksanakan (Sulastomo, 2000).

Sejak awal 1990-an konsep *managed care* ini mendapat banyak perhatian ketika dunia khususnya negara maju/ *high income countries* dan negara *middle income countries* menghadapi masalah yang sama yaitu meningkatnya biaya pelayanan, kesehatan, yang selama sekitar dua dasawarsa khususnya di AS, melampaui angka inflasi atau kenaikan barang konsumsi lainnya. Konsep ini khususnya di AS telah berhasil menurunkan tingkat kenaikan biaya pelayanan kesehatan, bahkan di California telah terjadi penurunan biaya pelayanan kesehatan pada tahun 1995. Secara konseptual *managed care* merupakan suatu perkembangan baru dalam program asuransi kesehatan. Di AS sebagaimana diketahui program asuransi kesehatan memperoleh momentum perkembangan yang sangat cepat, ketika pada tahun 1965 Pemerintah Federal dan Negara Bagian memperkenalkan program jaminan pemeliharaan kesehatan bagi kelompok masyarakat yang tidak mampu (*Medicaid*) dan kelompok masyarakat usia lanjut (*medicare*). (Sulastomo,2000)

Disamping itu di lingkungan tempat kerja yang memberi jaminan pemeliharaan kesehatan, karyawannya diwajibkan untuk memilih salah satu dari dua perusahaan asuransi kesehatan yang dikehendakinya. Perusahaan tempat kerja diwajibkan untuk menawarkan dua perusahaan asuransi kesehatan bagi karyawannya, baik program *medicare*, *Medicaid* maupun jaminan pemeliharaan kesehatan bagi tenaga kerja, dilaksanakan melalui berbagai perusahaan asuransi kesehatan komersial, sistem berdasarkan pada *reimbursement*, *fee for service*. Kelahiran *managed care* di AS dimulai sejak 60 tahun yang lalu, tahun 1929 merupakan awal dari upaya adanya pelayanan kesehatan yang terorganisir, yang

dirintis oleh Dr. Michael Shadid melalui suatu usaha koperasi diantara petani di sebuah desa Elk-city, Oklahoma. Selain itu pada tahun itu juga merupakan tahun kelahiran dari suatu grup praktek di Los Angeles, yang dirintis oleh Dr. Donald Ross dan Dr. Clifford Loos, yang menawarkan suatu paket pemeliharaan kesehatan berdasarkan pembayaran praupaya pada 2000 karyawan suatu perusahaan air minum. Pada perkembangan selanjutnya menunjukkan bahwa managed care itu sendiri sangat dinamis, sesuai dengan perkembangan kondisi pasar, keseimbangan penawaran dan permintaan yang terjadi di masyarakat, antara konsumen dan *managed care organization (MCO)*, sehingga secara konseptual terus berkembang. (Sulastomo, 2000)

Konsep dasar bentuk *managed care organization* itu dapat dikenali sebagai berikut :

1. *Health Maintenance Organization (HMO)* adalah sistem pemeliharaan kesehatan yang terorganisir, yang bertanggung jawab atas pembiayaan kesehatan (*financing of health*) dan pemberian pelayanan kesehatan (*delivery of care*) yang komprehensif, terhadap sekelompok masyarakat yang menjadi pesertanya (*enrolled population*) dengan pembayaran perdana praupaya (*prepaid*) dalam jumlah yang tetap (*fixed area*). Adapun *prototype* dari HMO yang sering diperkenalkan adalah *Kaiser Permanente Health Plan*, dimana mereka memiliki jaringan pelayanan yang lengkap (RS, laboratorium, klinik, apotik, dan lain-lainya), dengan dokter yang bekerja penuh waktu (*staf model*) serta pembayaran berdasarkan kapitasi (*capitation basis*). Sekarang dikenal tujuh model HMO dengan berbagai variasi dengan karakteristik yang berbeda

terhadap kepemilikan serta hubungan dengan jaringan PPK (*health providers*), sistem pembiayaan (*finacing of healthcare*) dan pemberian pelayanan kesehatan (*the delivery care*). (Sulastomo, 2000).

2. *Prefered Providers Organization (PPO)* adalah sebuah lembaga/ organisasi dari sekelompok profesi/dokter dan institusi kesehatan yang menyelenggarakan perjanjian (*contrac arragement*) dengan perusahaan asuransi kesehatan/ HMO serta *third party administration* lainnya, pada sekelompok peserta sesuai dengan biaya yang disepakati bersama. Peranan PPO dalam hubungannya denga pihak ketiga, misalnya *managed care organization (MCO)* adalah menetapkan atau memilih PPK, negoisasi tarif pelayanan, melaksanakan program menjaga mutu dan pemanfaatan pelayanan (*utilization review*). Meskipun demikian dalam perkembangan PPO berikutnya, juga memungkinkan peserta untuk memilih PPK lain dengan menerapkan prinsip *cost sharing* (Sulastomo, 2000).
3. *Independent Practice Association (IPA)* juga sering dikenal sebagai *Individual Practice Association* adalah sekelompok dokter (yang jumlahnya tidak besar) yang menyetujui untuk melayani sekelompok peserta MCO. IPA dapat dalam bentuk *not for profit* maupun *for profit organization*, sekedar *partnership* dan lain sebagainya. Peranan IPA sering sangat penting dalam penyelenggaraan sebuah program MCO, baik dalam memberikan pelayanan kesehatan, misalnya konsep kapitasi pada dokter yang menjadi anggotanya. Selain itu dengan adanya IPA, MCO dapat juga memperoleh garansi dalam pengendalian mutu pelayanan kesehatan (*quality assurance programme*) melalui misalnya

program perreview dan bahkan penggunaan pelayanan kesehatan (*utilization review*) .(Sulastomo, 2000).

4. *Independent Practice Organization (IPO)* adalah sebuah organisasi yang dibentuk oleh kalangan profesi dan masyarakat kedokteran untuk mengevaluasi kepesertaan mereka dalam program MCO. IPO tidak berperan dalam kepesertaan seorang dokter dalam program MCO, tetapi lebih berperan sebagai semacam *clearing house* bagi anggotanya untuk memperoleh informasi tentang perkembangan MCO dan lain-lainnya. Dengan perkembangan sebagaimana dikemukakan di atas, *managed care* sesungguhnya lebih merupakan suatu pendekatan untuk mengendalikan biaya pelayanan kesehatan, melalui berbagai upaya pengembangan sistem pelayanan dan pembiayaan yang efisien dan efektif untuk memperoleh pelayanan kesehatan yang optimal dan bermutu. (Sulastomo, 2000)

### **C. Perkembangan *Managed Care* di Dunia**

#### **1. Negeri Belanda**

Program askes di negeri Belanda merupakan bagian dari keseluruhan program jaringan sosial (*social security programme*) yang dirancang agar seluruh penduduk memperoleh jaminan untuk dapat memenuhi kebutuhan hidup minimumnya. Karena itu program asuransi kesehatan yang diterapkan bersifat sosial dengan kepesertaan wajib dan berlaku bagi seluruh penduduk yang termasuk dalam satu kriteria yang ditetapkan. Program asuransi sosial dikelompokkan ke dalam dua bentuk/ kelompok, pertama adalah berlaku bagi

seluruh penduduk tanpa kecuali yang dikenal sebagai *national scheme* dan kedua adalah yang diberlakukan bagi sekelompok tenaga kerja, yang membuka peluang jaminan sosial khusus sesuai dengan kebutuhan atau kemampuan tenaga kerja. Beberapa jaminan sosial yang berlaku bagi setiap warga negara (*national scheme*) misalnya adalah : pensiun bagi sekelompok manula, yang menjamin setiap warga negara yang berumur di atas 65 tahun mendapat pensiun tertentu (*the general old age pension act/ AOW*), jaminan sosial bagi janda berumur di atas 35 tahun yang mempunyai anak (*the general widows and orphans act/ AKBW*), jaminan sosial bagi pelayanan kesehatan khusus, yang memerlukan perawatan lebih dari satu tahun, misalnya perawatan di RS keterbelakangan mental atau mental retarded (*the exceptional medical expenses act /AWBZ*), jaminan sosial bagi penyandang cacat (*the general disablemen insurance act/ AAW*).

Bagi sekelompok tenaga kerja diberlakukan berbagai undang-undang yang memungkinkan tenaga kerja memperoleh berbagai jaminan sosial, misalnya *sickness benefit act (ziektewet)* yang menjamin setiap tenaga kerja yang sakit atas pendapatan tertentu dalam satu tahun. *Dissablement Insurance Act/ WAO*, yang menjamin setiap tenaga kerja yang mengalami kecacatan yang berkepanjangan maksimum sebesar 65 % pendapatan akhirnya, dan terakhir adalah *the health insurance act/ Ziekenfondswet* yaitu jaminan pemeliharaan kesehatan yang pada dasarnya menerapkan prinsip asuransi kesehatan sosial. Program ini wajib di seluruh tenaga kerja di Belanda dengan pendapatan / gaji sampai 58,950 gulden. Premium berdasar presentase gaji, yang sebagian

premium dibayar oleh perusahaan. Bagi yang berpenghasilan lebih dari 58,95 gulden dianjurkan untuk mengikuti program asuransi kesehatan swasta (Sulastomo, 2000).

## 2. Korea Selatan

Korea Selatan dapat dianggap sebagai sebuah negara dimana perkembangan program asuransi kesehatannya tumbuh dengan sangat pesat. Dalam kurun waktu kurang dari 20 tahun, seluruh penduduk negeri ini (100 %) telah tercakup dalam program asuransi kesehatan sosial. Meskipun demikian, Korea Selatan juga merupakan sebuah negara dimana pertumbuhan biaya pelayanan kesehatannya tumbuh dengan relatif cepat. Hal ini berkaitan dengan perkembangan sistem pelayanan kesehatan (*healthcare delivery system*) dan sistem pembayaran (*financing of healthcare*) yang masih bertumpu pada *fee for service*. (Sulastomo, 2000)

Korea Selatan mengenal program asuransi sejak tahun 1960. Pada saat itu tingkat pendapatan per kapita Korsel masih kurang dari 1.000 US \$ per kapita/ tahun . Program asuransi kesehatan yang diperkenalkan adalah program asuransi kesehatan dengan kepesertaan sukarela. Pada tahun 1973, ketika pendapatan per kapita mencapai US \$ 1.000 perkapita/ tahun, Korsel melangkah ke asuransi kesehatan sosial yang bersifat wajib, melalui dekrit presiden (Sulastomo, 2000). Pendekatan yang diperkenalkan adalah pelaksanaan program asuransi kesehatan secara bertahap, yang dimulai pada kelompok tempat kerja yang mempunyai jumlah tenaga kerja yang besar.

Sejak tahun itu telah dikembangkan program asuransi kesehatan dengan pentahapan pertahunnya sebagai berikut :

1976 : Pada industri dengan jumlah tenaga kerja lebih dari 500 orang

1977 : Seluruh pegawai negeri dan guru sekolah swasta

1979 : Pada industri dengan jumlah tenaga kerja lebih dari 300 orang

1980 : Pada industri dengan jumlah tenaga kerja lebih dari 100 orang

1982 : Pada industri dengan jumlah tenaga kerja lebih dari 16 orang

1988 : Pada industri dengan jumlah tenaga kerja lebih dari 5 orang

1988 : Pada kelompok *self employed*, wiraswasta.

Penyelenggaraan program asuransi kesehatan ditangani oleh *Medical Insurance Society*, yang jumlahnya cukup besar, lebih dari 200 buah. Namun MIS itu tergabung dalam sebuah federasi, yang dikenal sebagai *National Federation of Medical Insurance*, yang berdiri sejak tahun 1976. (Sulastomo, 2000)

### 3. Amerika Serikat

Amerika Serikat adalah satu-satunya negara yang menerapkan asuransi kesehatan komersial (*private voluntary health insurance*) bagi rakyatnya. Setiap negara bebas menentukan pilihan untuk mengikuti program asuransi kesehatan, meskipun untuk beberapa kalangan tenaga kerja program askes termasuk bagian dari program kesejahteraan tenaga kerja. Akibatnya jumlah perusahaan asuransi kesehatan di AS sangat banyak, dimana mereka juga menawarkan santunan atau *benefit package* yang bermacam-macam. Setiap orang bebas untuk mengikuti salah satu program yang ditawarkan oleh



perusahaan asuransi kesehatan tersebut atau bahkan bebas juga untuk tidak mengikuti program asuransi kesehatan.

Kenyataan seperti itu melahirkan suatu fenomena yang menarik, biaya operasional/ administrasi sangat besar, premi meningkat relatif tinggi setiap tahun, karena biaya pelayanan kesehatan yang meningkat sekitar 12 % per tahun, tingginya *unnecessary utilization* karena sistem pembayaran *fee for service*, maupun mutu pelayanan kesehatan yang diragukan, sesungguhnya penerapan teknologi canggih demikian meluas. Dampaknya sekitar 38 juta orang tidak mengikuti salah satu program asuransi kesehatan. Keadaan seperti ini telah mengundang masalah kesehatan menjadi isu politik yang menarik di tingkat nasional, bahkan dalam pemilihan presiden, karena masalah kesehatan ternyata telah menjadi isu ekonomi nasional. Tingginya biaya pelayanan kesehatan yang mencapai 12 % GNP telah menyebabkan biaya kesehatan menjadi beban berat secara ekonomis (Sulastomo, 2000).

#### **D. Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat (JPKM)**

##### **1. Hubungan JPKM dengan asuransi kesehatan**

Menurut Thabrany ciri-ciri utilisasi, pembayaran kapitasi, pengendalian mutu dan penanganan keluhan peserta dan jurus-jurus lain di JPKM bukan merupakan eksklusi asuransi. Program tersebut merupakan bentuk usaha pengendalian biaya dan pengamanan akibat sistem pembayaran kapitasi. Dasar kerja JPKM juga merupakan mekanisme asuransi, yaitu manajemen risiko dalam bentuk *transfer risiko* dan *sharing risiko* maka tidak bisa

dikatakan bahwa JPKM sama sekali bukan asuransi kesehatan. ( Thabrany, 1998).

Berdasarkan Buku Pedoman studi Kelayakan JPKM yang diterbitkan Depkes (1995) tampak bahwa salah satu indeksnya adalah *insurance health* . Ini berarti bahwa Depkes sebenarnya sudah secara resmi memasukkan JPKM sebagai salah satu komponen dari asuransi kesehatan. Masalahnya adalah apabila JPKM termasuk asuransi, maka JPKM harus tunduk pada UU No 2 tahun 1992 tentang Asuransi bukan tunduk pada aturan hukum UU No 23 tahun 1992 tentang Kesehatan. Di lain pihak Jaminan Pemeliharaan Kesehatan (JPK) Jamsostek tunduk pada UU nomor 3 tahun 1993 tentang Jamsostek. Menurut Thabrany (1998) yang penting bukan tunduk aturan mana, tetapi yang lebih penting adalah aspek substansinya yaitu perlindungan terhadap kesehatan masyarakat secara keseluruhan di Indonesia.

## 2. Pengertian Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat ( JPKM)

Pengertian JPKM menurut UU nomor 23 tahun 1992 pasal 66 ayat (2) tentang Kesehatan merupakan cara penyelenggaraan pemeliharaan kesehatan dan pembiayaannya, dikelola secara terpadu untuk tujuan meningkatkan derajat kesehatan, wajib dilaksanakan oleh setiap penyelenggara. Ayat (4) pasal tersebut menjelaskan mengenai ketentuan penyelenggaraan JPKM ditetapkan dengan Peraturan Pemerintah (PP) yang sampai dengan saat ini belum ada PP nya yang dapat digunakan sebagai acuan hukum. (Thabrany,2001)

Jika diamati Permenkes no 57I tahun 1993 maka disana dijelaskan bahwa JPKM adalah suatu cara penyelenggaraan pemeliharaan yang

paripurna berdasarkan asas usaha bersama dan kekeluargaan, yang berkesinambungan, dengan mutu yang terjamin serta pembiayaan yang dilaksanakan secara pra upaya. Selanjutnya pada butir b disebutkan prgram JPKM, ialah upaya pemeliharaan untuk para peserta suatu badan penyelenggara yang pembiayaannya dilakukan secara pra upaya dan dikelola berdasarkan jaminan pemeliharaan kesehatan masyarakat.

Menurut Kertonegoro (1992), Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat (JPKM) adalah suatu bentuk pemeliharaan kesehatan bagi peserta yang pembiayaannya dilakukan secara pra upaya. Ciri khas dalam upaya ini adanya keterpaduan antara pembiayaan dan pemberian pelayanan medis yang bersifat paripurna, terstruktur, bermutu serta berkesinambungan sehingga pelayanan kesehatan dapat dilakukan secara efektif dan efisien. Beberapa kata kunci dalam pengertian tersebut yang perlu diperhatikan agar mendapatkan pemahaman yang lebih mendalam tentang JPKM yaitu : Jaminan, cara penyelenggaraan, azas usaha bersama dan kekeluargaan, pemeliharaan kesehatan yang paripurna, dan pembiayaan secara pra upaya.(Dep.Kes RI, 1997 b).

### 3. Tujuan Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat ( JPKM )

Tujuan upaya JPKM adalah mewujudkan derajat kesehatan masyarakat yang optimal melalui pemeliharaan kesehatan paripurna yang bermutu dengan pengendalian biaya yang berasal pesertanya. Oleh karena itu fungsi pemeliharaan kesehatan dan fungsi pembiayaan kesehatan saling mempengaruhi. Untuk mencapai efisiensi dan efektivitas yang optimal hanya

dapat diperoleh dengan suatu keterpaduan dalam melaksanakan kedua fungsi tersebut ( Dep.Kes 2000 a).

#### 4. Pelaku Utama Dalam Penyelenggaraan JPKM

Upaya pemeliharaan kesehatan yang berdasarkan JPKM dapat digambarkan sebagai suatu tatanan dengan empat pelaku yaitu, a) masyarakat tertentu (*defined*) yang berminat meningkatkan derajat kesehatan masyarakat dengan membayar sejumlah iuran tertentu secara teratur, b) pemberi pelayanan kesehatan (PPK) sebagai suatu jaringan pelayanan kesehatan yang terorganisir, dan dapat memberikan pelayanan kesehatan secara efektif dan efisien berupa paket pemeliharaan kesehatan paripurna, c) lembaga/ badan yang bertanggungjawab atas penyelenggaraan upaya pemeliharaan kesehatan berdasar JPKM dan d) badan pembina dari pemerintah untuk membina program JPKM dan badan penyelenggara JPKM di wilayahnya agar menerapkan jurus- jurus JPKM dan bersaing secara sehat. (Dep.Kes, 1997 b)

#### 5. Landasan Hukum Penyelenggaraan JPKM

Pasal 1 No 15 dan pasal 66 dari UU No 23 tahun 1992 tentang Kesehatan, dalam pelaksanaannya telah diatur lebih lanjut oleh serangkaian keputusan Menteri Kesehatan RI, diantaranya : a) Permenkes No 571/ 1993 tentang penyelenggaraan JPKM, b) Permenkes No 527/ 1993 tentang Paket pemeliharaan kesehatan, c) SK Menkes No 595/ 1993 tentang standar pelayanan medis, d) SK Menkes NO 378/ 1995 tentang penunjukkan Ditjen Binkesmas sebagai penanggungjawab pengembangan JPKM, e) Permenkes No. 568/ 1996 tentang perubahan atas peraturan Menkes No 571/ 1993 dan

f) SK Menkes No 56/ 1996 tentang Pengembangan dokter keluarga dalam penyelenggaraan JPKM.(Dep.Kes RI,1997a)

#### 6. Jurusan-jurusan Dalam Penyelenggaraan JPKM

Sebagai suatu cara penyelenggaraan pemeliharaan kesehatan, JPKM mempunyai beberapa jurusan yang dapat menjamin pemeliharaan kesehatan paripurna dengan mutu yang terjaga dan biaya yang terkendali, sekaligus dapat menjamin terjadinya pemerataan pemeliharaan kesehatan. Jurusan-jurusan itu perlu diterapkan oleh semua badan penyelenggara JPKM secara menyeluruh dan terpadu, tidak secara terpisah-pisah, sedikitnya ada tujuh jurusan dalam pelaksanaan JPKM ini yang meliputi : (Dep.Kes RI, 1997 b)

- a. Adanya suatu ikatan ( kontrak ) antara Badan penyelenggara dengan Pemberi Pelayanan Kesehatan ( PPK ) dan antara badan penyelenggara dengan para peserta.
- b. Adanya pengendalian mutu agar dapat menjamin bahwa pelayanan kesehatan yang diberikan bermutu sesuai dengan standar yang telah disepakati.
- c. Adanya pemantauan pemanfaatan pelayanan kesehatan untuk menyesuaikannya dengan kebutuhan medis peserta dan mengendalikan penggunaan pelayanan yang berlebihan dan pemborosan yang tidak perlu.
- d. Adanya penanganan keluhan peserta maupun PPK , ketidakpuasan dan keluhan peserta maupun PPK harus dapat disalurkan lewat suatu mekanisme” penanganan keluhan “ yang tepat sehingga dapat menjamin stabilitas dalam menjalankan kegiatan JPKM.

- e. Pembayaran PPK oleh Bapel dilakukan dengan pembayaran pra upaya, dalam hal ini dengan sistim kapitasi yang dikaitkan dengan mekanisme bagi hasil ( *Risk Profit Sharing* ) atas keuntungan dan kerugian.
- f. Adanya strukturisasi pelayanan kesehatan yang mulai diterapkannya sistem insentif tertentu yang dapat menjamin penggunaan pelayanan yang wajar dan benar, tidak lebih dan kurang.
- g. Adanya mekanisme pemeliharaan kesehatan paripurna yang berbentuk suatu paket pemeliharaan kesehatan dasar yang disusun sesuai dengan kebutuhan medis dan wajib diselenggarakan oleh PPK.

#### 7. Tantangan dan Implikasi ke Depan dalam JPKM

Menurut Kosen ( 1997), dari sudut teori “*demand*” terhadap asuransi kesehatan, faktor yang menentukan apakah seseorang atau kelompok orang membeli produk asuransi adalah 1). Persepsi ada tidaknya risiko dan *magnitude* atau besarnya risiko, 2.) kemampuan dan kemauan membayar premi asuransi atau JPKM, hal ini tergantung pada pendapatan dan utilitas seseorang terhadap dana uang atau kekayaan dimilikinya, 3.) penawaran dari pihak asuransi dan JPKM disertai janji pelayanan yang sesuai dengan kebutuhan masyarakat.

Selanjutnya Sulastomo ( 1997 ) menyatakan ada tiga hal pokok yang perlu dipertimbangkan sebelum program asuransi kesehatan akan diluncurkan, yaitu : a) Kapan saat paling tepat program JPKM dimulai, JPKM ternyata tumbuh sejalan dengan tingkat kemajuan ekonomi, semakin tinggi tingkat pertumbuhan ekonomi, maka akan semakin luas cakupan program JPKM

tinggi, b) Lahirnya JPKM akan mendorong meningkatnya biaya pelayanan kesehatan dan utilisasi sarana kesehatan yang tidak rasional akibat moral hazard dan c) mutu pelayanan kesehatan sering terjadi peningkatan biaya pelayanan kesehatan tidak diimbangi dengan meningkatnya mutu pelayanan kesehatan yang semakin baik. Ketiga hal tersebut memerlukan pengawasan yang ketat dari pemerintah sebelum JPKM diluncurkan menjadi program kesehatan sosial secara nasional. Menurut Murti (1998) jika asuransi kesehatan dengan menggunakan pilihan penggalangan dana JPKM, maka beberapa implikasi yang perlu diantisipasi dan diatasi antara lain adalah hambatan *moral hazard*, yaitu penggunaan pelayanan medik yang berlebihan akibat berkurangnya biaya marginal pelayanan dan bergesernya risiko perorangan ke risiko kelompok. Pembiayaan dengan asuransi sesungguhnya berimplikasi pada meningkatnya biaya sosial, namun manfaat utama adalah adanya perlindungan.

#### 8. Arah Kebijakan Nasional tentang JPKM

Konstitusi WHO menetapkan bahwa kesehatan adalah hak fundamental setiap individu. Hak yang sama juga secara tegas dinyatakan dalam UU No 23 tahun 1992 tentang Kesehatan. Dalam kenyataannya komitmen global dan nasional tersebut belum mampu memberikan jaminan dan perlindungan kesehatan pada setiap penduduk Indonesia. Tidak kurang dari 84 % penduduk Indonesia tidak terlindungi kesehatannya, sementara 16 % penduduk yang memiliki jaminan kesehatan melalui PT Askes, PT Jamsostek, Dana Sehat seringkali kecewa dengan pelayanan yang diperolehnya ( Azwar, 1998, Gani, 1997 ).

Biaya pelayanan kesehatan yang secara kontinyu meningkat apabila tidak dikendalikan akan mengancam mutu pelayanan kesehatan. Dampak dari situasi ini dapat terlihat dari indikator kesehatan seperti angka kematian bayi, angka kematian ibu melahirkan, umur harapan hidup, dan lain-lain, Indonesia termasuk yang terburuk di Asia Tenggara. Mutu sumber daya manusia (*Human Development Index / HDI*) pada tahun 2000 secara drastis terpuruk diurutan ke 109 dari 174 negara. Seperti dimaklumi selain pendidikan, kesehatan merupakan penentu HDI (Dep.Kes, 2000 b)

Pengkajian bertahun-tahun terhadap berbagai bentuk pemeliharaan kesehatan baik di dalam negeri maupun luar negeri khususnya di Amerika Serikat, Kanada maupun Eropa yang telah mempunyai sistem pembiayaan kesehatan yang lebih baik dibandingkan dengan Indonesia ( Thabrany, 2000 ), disadari bahwa pembayaran tunai langsung dari konsumen (*out of pocket*) telah mendorong kenaikan biaya kesehatan. Dalam keadaan seperti ini maka mengembangkan sistem pemeliharaan berprinsip *Managed care* adalah pendekatan yang paling tepat untuk mengontrol biaya kesehatan (Suroso, 1998). Sebagai solusinya maka dirumuskanlah JPKM *managed care* model Indonesia sebagai upaya untuk mengatasi ancaman terhadap akses pelayanan kesehatan akibat kenaikan biaya kesehatan, yang juga dapat menyebabkan menurunnya kualitas pelayanan kesehatan (Sulastomo, 1998).

Undang- undang No. 22 tahun 1992 tentang Pemerintahan Daerah merupakan peluang dan tantangan baru bagi upaya pemeliharaan kesehatan masyarakat, karena peraturan tersebut memungkinkan penanganan masalah



pemeliharaan kesehatan masyarakat secara lebih terarah, spesifik sesuai dengan kondisi setiap daerah.

#### 9. Visi dan Misi Pembangunan JPKM

Rencana pengembangan JPKM dinyatakan dalam penetapan visi dan misinya, berkaitan dengan visi dan misi pembangunan kesehatan yang menetapkan JPKM sebagai salah satu pilar strategi menuju Indonesia Sehat 2010. Visi pengembangan JPKM adalah kepesertaan semesta 2010, hal ini berarti bahwa 80 % penduduk sudah terlindungi kesehatannya karena telah menjadi peserta JPKM pada 2010 (Depkes, 2000 b)

Untuk mewujudkan visi tersebut ditetapkan misi pengembangan JPKM sebagai berikut : a) Memantapkan institusi pembinaan JPKM di tingkat pusat, propinsi dan kabupaten/ kota, b) mendorong profesionalisme badan penyelenggara, c) mendorong pembentukan jaringan pelayanan kesehatan yang sadar biaya dan sadar mutu, d) meningkatkan kepesertaan masyarakat dalam JPKM, dan e) menghimpun dukungan asosiasi profesi dan pihak terkait terhadap penyelenggaraan JPKM (Depkes, 2000 b)

#### 10. Badan Penyelenggara ( Bapel ) JPKM

Dana premi yang dikumpulkan dari peserta JPKM dipakai untuk membiayai pelayanan kesehatan dengan pengelolaan oleh Bapel JPKM, yang dipilih secara kompetitif untuk suatu wilayah atau kelompok penduduk tertentu. Bapel JPKM sebagai badan hukum harus memenuhi persyaratan permodalan dan ketenagaan serta jaringan pelayanan tertentu sebelum memperoleh izin operasional JPKM. Setelah memperoleh izin , Bapel

melaksanakan trias manajemen, yaitu manajemen kepesertaan, pemeliharaan kesehatan dan pengelolaan keuangan. Semua ini dilakukan dengan menerapkan sejumlah metode/ jurus untuk kendali dana, kendali mutu dan kendali atas pemenuhan kebutuhan kesehatan peserta. (Dep.Kes RI, 1997 b)

#### 11. Pemberi Pelayanan Kesehatan ( PPK )

Pelayanan kesehatan diselenggarakan oleh berbagai sarana pelayanan kesehatan yang dinamai Pemberi Pelayanan Kesehatan (PPK), yang dikontrak oleh Bapel serta dibayar secara pra upaya. Melalui pembayaran secara pra upaya, PPK didorong untuk merencanakan pelayanan berdasarkan profil peserta dan efisiensi (*cost effectiveness*). (Dep.Kes RI, 1997 b).

Hal ini akan mendorong penerapan standar pelayanan dan upaya jaga mutu yang akan memelihara dan meningkatkan taraf kesehatan peserta. Profesionalisme para penyelenggara pemeliharaan kesehatan akan dapat dijalankan secara penuh dengan kesadaran yang tinggi atas biaya dan manfaatnya. Dalam JPKM terkandung pula keharusan menerapkan jurus-jurus jaga mutu, seperti pengobatan tradisional standar pelayanan medik dan telaah utilisasi dan siklus jaga mutu. Dalam kaitan ini jaringan pelayanan kesehatan yang 85 % nya milik pemerintah belum terbudayakan dengan kesadaran akan mutu dan biaya dan belum melakukan tindakan efektif untuk jaga mutu dan pengendalian biaya.

Pengembangan dokter keluarga sebagai ujung tombak pelayanan tingkat pertama yang bermutu dan standar biaya, sekaligus akan mengisi porsi pelayanan kesehatan sector swasta secara bermakna dengan dilakukannya

konversi dokter ex PTT menjadi dokter keluarga, sesuai Permenkes 916/ 1996. Kelembagaan tripartite ( Depkes/ IDI/KDI/ Fakultas Kedokteran ) dalam pembangunan dokter keluarga pada pendidikan kedokteran maupun pelatihan praktek telah berfungsi di pusat dan daerah.(Dep.Kes RI, 2000 b)

## 12. Paket Pemeliharaan Kesehatan

Untuk menjamin aspek efektifitas dan efisiensi program, terutama yang terkait dengan prinsip-prinsip program kendali biaya (*cost containment program* ), maka pelayanan kesehatan yang ditanggung dalam JPKM adalah paket pelayanan standar, yakni paket pelayanan kesehatan yang sesuai dengan kebutuhan kesehatan (*health needs*) dan kedaruratan medis peserta. Paket pelayanan kesehatan standar mencakup tidak hanya pelayanan rawat jalan tetapi juga pelayanan rawat inap lengkap dengan berbagai pelayanan penunjang yang dibutuhkannya. Jika ditemukan peserta yang ingin memperoleh pelayanan kesehatan lebih dari pelayanan kesehatan standar yang telah ditetapkan, maka peserta tersebut dapat membeli paket tambahan atau mengikuti pelbagai program asuransi kesehatan tambahan. (Dep.Kes RI, 1997b)

## 13. Badan Pembina JPKM

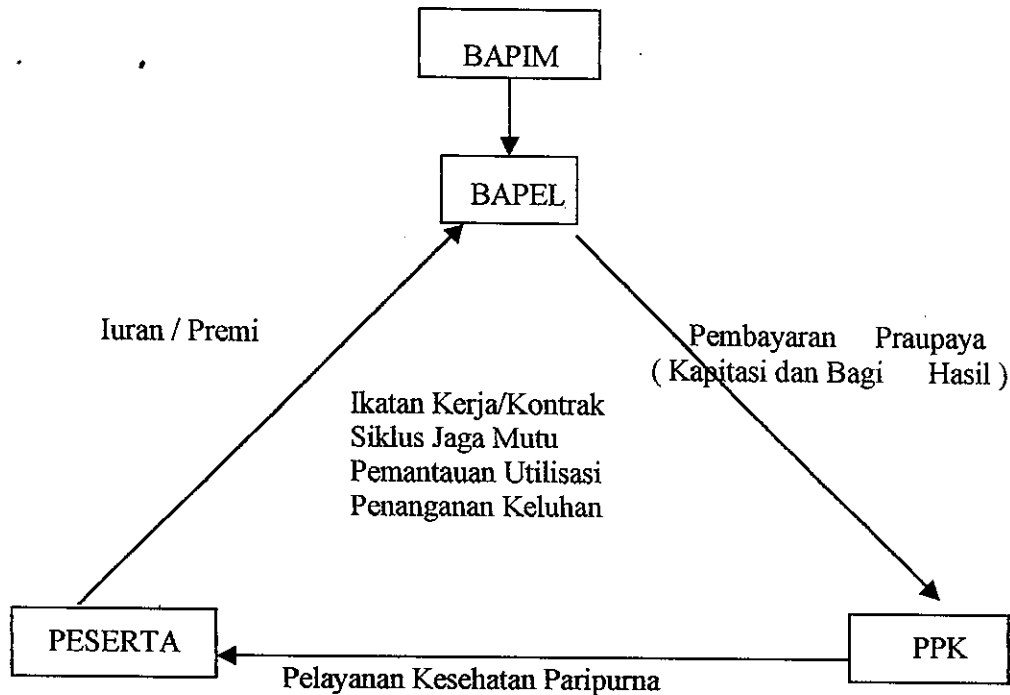
Pemerintah, khususnya jajaran kesehatan (Dinas Kesehatan) selaku Badan Pembina berperan penting dalam mengembangkan iklim yang kondusif bagi penyelenggaraan JPKM. Dalam kaitan ini fungsi pemerintah khususnya Dinas Kesehatan selaku badan pembina adalah melakukan pembinaan teknis terhadap penyelenggaraan JPKM sebagai berikut : a) pengembangan intensif-

disinfentif untuk kepesertaan semesta JPKM, b) pemantauan cakupan kepesertaan, kepuasan peserta, kepedulian Bapel atau PPK terhadap peserta, serta derajat kesehatan peserta, c) pengaturan jaminan perlindungan kesehatan keluarga/ fakir miskin, d) penetapan mekanisme penentuan besarnya iuran, e) pengawasan pemanfaatan iuran untuk sebesar-besarnya pemeliharaan kesehatan masyarakat, f) akreditasi Bapel dan audit terhadap efisiensi kinerja Bapel dalam melakukan trias manajemen, g) audit terhadap mutu jaringan pelayanan kesehatan dan akreditasi PPK, tingkat satu, dua dan tiga termasuk dokter keluarga dan sebagainya, h) JPKM diarahkan untuk menjangkau sebanyak-banyaknya penduduk sehingga tercapai pemerataan, peningkatan mutu pelayanan kesehatan dan pengendalian biaya kesehatan yang dikembangkan berdasarkan prinsip kemandirian atas usaha bersama dan kekeluargaan dan l) JPKM dijalankan dengan kerjasama lintas sector dan lintas program guna penciptaan suasana iklim yang menunjang peran aktif masyarakat dan keterlibatan dunia usaha dalam pemeliharaan kesehatan, peningkatan SDM dan desentralisasi bidang kesehatan khususnya otonomi daerah (Sampoerna, 1999).

#### 14. Operasionalisasi JPKM

JPKM dilaksanakan dengan keterikatan dan keterkaitan antara pelaku JPKM, dimana para pelakunya adalah Badan Pembina (Bapim), Badan Penyelenggara (Bapel), Pemberi Pelayanan Kesehatan (PPK), dan peserta JPKM. Dengan demikian pola operasionalisasi JPKM akan melibatkan seluruh unsur tersebut dengan setiap unsur mempunyai peran dan fungsi yang saling

terkait satu sama lain . Secara garis besar operasionalisasi JPKM dapat digambarkan sebagai berikut : (Dep.Kes, 2000 c)



#### 15. Tata Hubungan Kerja Antar Pelaku JPKM

Dalam bagan di atas dapat dicermati dengan jelas bahwa tata hubungan antar pelaku JPKM merupakan suatu jalinan kerjasama antar ke empat pelaku JPKM. Jalinan kerja keempat pelaku JPKM ini dimotori oleh Badan Pembina JPKM. Jalinan kerja keempat pelaku JPKM ini dimotori oleh Badan Pembina (Bapim). Dengan demikian Bapim harus mampu memberikan pembinaan, pembimbingan dan pendorongan terhadap Bapel, PPK dan peserta sehingga pada akhirnya dapat mendorong pelaksanaan sesuai prinsip-prinsip JPKM.

Jalinan Kerjasama adalah sebagai berikut : (Dep.Kes, 2000 c)

a. Hubungan Kerja Bapim dengan Bapel

Hubungan kerja antara Bapim dan Bapel ditekankan pada pembinaan fungsi Bapel hingga dapat memenuhi segala peraturan yang telah ditetapkan sebagai Bapel professional.

b. Hubungan Kerja Bapim dengan PPK.

Hubungan kerja antara Bapim dengan PPK ditekankan pada pembinaan fungsi PPK agar dapat memenuhi segala peraturan (legalitas) dan standar pelayanan medis termasuk pengobatan rasional, serta meningkatkan efisiensi dan efektivitas pelayanan agar menjadi PPK professional dan bermutu yang dikontrak oleh Bapel.

c. Hubungan kerja Bapim dengan peserta

Hubungan kerja antara Bapim dan peserta ditekankan pada pembinaan fungsi peserta, agar dapat mematuhi segala peraturan sebagai peserta JPKM dan memantau pelaksanaan hak dan kewajiban peserta.

Dengan demikian, jelas bahwa Bapim merupakan sumber keberhasilan dan sekaligus sebagai sumber ketidak berhasilan pelaksanaan JPKM secara keseluruhan. Peranan yang sangat besar pada Bapim, memaksa Bapim harus bekerja keras dalam membina integritas tim Bapim itu sendiri, agar mampu melaksanakan fungsi dan tugas dengan baik. (Dep.Kes, 2000)

### **E. Benchmarking**

*Benchmarking* adalah suatu kesinambungan proses yang sistematis untuk membandingkan efisiensi produktivitas, kualitas dan praktek dalam kenyataannya dengan perusahaan atau organisasi lain yang sejenis yang jauh lebih baik.

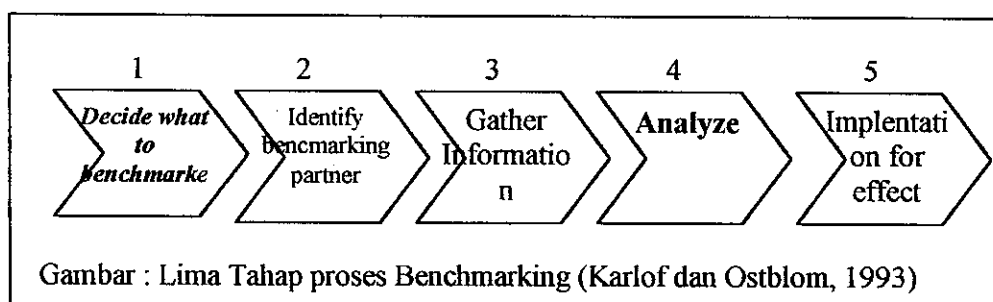
*Benchmarking* pada dasarnya merupakan reorientasi budaya menuju pembelajaran, peningkatan *skill*, peningkatan efisiensi dan proses pengembangan (Karlof dan Ostblom, 1993).

Ada lima tahapan pada *benchmarking* yaitu :

- a) Menentukan apa yang akan di *benchmark* (*Decide what to benchmark*). Langkah pertama ini adalah merupakan kelanjutan dari keinginan pelanggan untuk informasi *benchmarking*. Kajian difokuskan pada pengertian pelanggan tentang kualitas pelayanan atau produktivitas organisasi dan faktor-faktor kritis atas kesuksesan kinerja organisasi yang akan dibandingkan, banyak aspek sebuah perilaku organisasi dan kinerjanya dapat di *benchmarked* antara lain : barang, proses operasional, sistem pendukung, staf, biaya-biaya, modal, pengertian pelanggan tentang nilai dan sebagainya.
- b) Mengidentifikasi *benchmarking partner* (*identify benchmarking partner*). Pada tahap ini organisasi atau perusahaan yang menjadi *benchmarker partner* berupa keunggulan-keunggulan dalam praktek maupun kerjasama dalam lapangan kerja organisasi tersebut tetapi juga dibandingkan dengan perusahaan atau organisasi yang kita kelola sedapat mungkin untuk ditingkatkan pada tingkat yang tertinggi.
- c) Mengumpulkan informasi (*Gather information*). Tahap ke tiga ini hal penting yang perlu diperhatikan adalah informasi bukan hanya mengenai data finansial semata tetapi juga identifikasi dan dokumen operasional, proses dan sebagainya. Phase ini disebut sebagai suatu kesungguhan, upaya yang sistematis dapat dipercaya dan digunakan sepenuhnya untuk *benchmarking*.

- d) Menganalisa (*Analyze*). Tahap ke empat adalah menganalisa bukan hanya mengidentifikasi persamaan dan perbedaan semata, tetapi juga pengertian terhadap faktor-faktor yang berhubungan dengan operasional yang dapat dibandingkan, yang tidak dapat dipengaruhi.
- e) Implementasi (*implementation for effect*). Tahap ke lima yang penting disini adalah tidak hanya peningkatan dalam praktek atau pelaksanaannya, tetapi juga pengembangan organisasi dan perubahan atas hal tersebut pada fokus tujuan yaitu perilaku yang berorientasi kinerja. Organisasi harus mempunyai orientasi yang nyata berdasarkan potensi yang ada untuk ditingkatkan secara nyata dengan *benchmarking* kesenjangan (*benchmarking gap*). Tujuan organisasi harus di jabarkan ke lapisan sampai dengan terbawah sesuai tingkatannya (*break down*) serta dikomunikasikan pada semua orang yang terlibat. Dalam implementasi hasil *benchmarking* harus pula ditetapkan target waktu, menata tujuan organisasi kembali, sebab *benchmarking* tidak sepenuhnya dapat menjamin suksesnya tujuan secara cepat dan menyeluruh, tetapi dibutuhkan tahapan pelaksanaan dalam implementasinya.

Lima tahapan tersebut di atas dapat digambarkan sebagai berikut :





Pengertian *benchmarking* menurut Spendolini (1992) adalah suatu proses yang kontinyu dan sistematis untuk mengevaluasi produk, pelayanan, dan proses-proses dari suatu organisasi kerja yang diakui sebagai perwakilan praktek kerja terbaik (*recognized as representing best practice*) bertujuan untuk peningkatan organisasional. Tipe *benchmarking* digolongkan ke dalam tiga besar golongan yaitu: (a) *benchmarking* internal, (b) *benchmarking* kompetitif, dan (c) *benchmarking* fungsional atau *benchmarking* umum.

*Benchmarking* Internal adalah *benchmarking* yang dilakukan terhadap kegiatan yang sama pada lokasi berbeda, antar bagian, antar unit operasi, antar negara dan seterusnya masih dalam satu perusahaan atau organisasi. Keuntungan dari tipe ini adalah data mudah diperoleh, hasilnya baik untuk diversifikasi, maupun peningkatan perusahaan yang lebih prima. Adapun kerugiannya adalah fokus terbatas dan seringkali bias internal.

*Benchmarking* Kompetitif adalah diarahkan langsung pada kompetitor sejenis yang menjual produk sejenis pada konsumen yang sama, misalnya perusahaan elektronik antara *Sharp, Cannon, Ricoh dan Kodak*. Keuntungan dari tipe ini adalah informasi yang diperoleh relevan dengan tujuan atau hasil bisnis, sedangkan kerugiannya adalah data sangat sulit diperoleh, isu-isu etika, sikap antagonis dan lain-lain.

*Benchmarking* Fungsional (umum) adalah organisasi yang dibutuhkan untuk menghasilkan bentuk atau tataran seni dalam produksi, pelayanan maupun proses-proses misalnya perusahaan pergudangan, perkapalan, program pelayanan pelanggan dan sebagainya. Keuntungan tipe ini adalah mempunyai potensi yang

tinggi untuk menghasilkan inovasi-inovasi baru dalam praktek, siap menerima transfer teknologi maupun praktek, tetapi juga mempunyai kerugian yaitu kesulitan mentransfer praktek-praktek ke dalam lingkungan yang berbeda, beberapa informasi tidak dapat ditransfer dan membutuhkan waktu yang lama (Spendolini, 1992).

Konsepsi Spendolini (1992) ini hampir sama dengan konsepsi Karlof dan Ostblom (1993), perbedaan hanya terletak pada siklus. Spendolini memberikan ilustrasi seperti berikut : (a) menentukan apa yang akan *benchmark*, (b) membentuk tim *benchmark*, (c) identifikasi terhadap *benchmarking partner*, (d) pengumpulan dan analisa informasi *benchmarking*, dan (e) pelaksanaan hasil.

Dalam rangka melakukan *benchmarking* hal-hal yang paling krusial adalah kebutuhan terhadap informasi, baik kualitas, sumber maupun ragam informasi serta kemudahan dalam memperolehnya dari *benchmarking partner*. Tujuh katagori berikut dapat dijadikan rujukan sumber yang *valid* dan *reliable* untuk memudahkan identifikasi dan menghubungi *benchmarking partner* yang potensial yaitu : (a) Pemerintah, baik Pemerintah Pusat, Provinsi maupun Daerah, (b) para pakar (*experts* termasuk konsultan, akademisi, pengamat maupun analisator, (c) pengamat-pengamat khusus (*special interest group*), termasuk asosiasi, organisasi profesi, jaringan kerja atau aliansi, (d) Media publikasi, termasuk layanan informasi bisnis, pusat-pusat informasi, hasil studi dan penelitian, *on-line database*, internet, penerbit-penerbit bisnis swasta, publikasi daftar indeks dan direktori, (e) karyawan, pelanggan dan pemasok termasuk distributor, staf riset internal, staf ahli, pengusaha pabrikan, pengecer, maupun

pemasok, (f) *benchmark partner* termasuk *benchmarking databases*, organisasi-organisasi terbaik, referensi maupun pengantar/manual, dan (h) sumber data asing misalnya perbankan, konsulat, perwakilan organisasi perdagangan asing, perpustakaan asing, komisi/asosiasi perdagangan asing, pedagang saham, *database* khusus, asosiasi perdagangan.

Konsep *benchmarking* menurut Tjiptono & Diana (2001) adalah : (a) mengenai asas *Benchmarking* merupakan kiat untuk mengetahui tentang bagaimana dan mengapa suatu perusahaan yang memimpin dalam suatu industri dapat melaksanakan tugas-tugasnya secara lebih baik dibandingkan dengan yang lainnya, (b) fokus dari kegiatan *Benchmarking* diarahkan pada praktek terbaik dari perusahaan lainnya. Ruang lingkupnya makin diperluas yakni dari produk dan jasa menjalar kearah proses, fungsi, kinerja organisasi, logistik, pemasaran dan *benchmarking* berwujud perbandingan yang terus menerus, jangka panjang dan siklikal tentang praktek dan hasil dari perusahaan yang terbaik dimanapun perusahaan itu berada.

Praktek *Benchmarking* berlangsung secara sistematis dan terpadu dengan praktek manajemen lainnya, misalnya *TQM*, *corporate reengineering*, analisis pesaing. Kegiatan *Benchmarking* perlu keterlibatan dari semua pihak yang berkepentingan, pemilihan yang tepat tentang apa yang akan *dibenchmarking*, pemahaman dari organisasi itu sendiri, pemilihan mitra yang cocok dan kemampuan untuk melaksanakan apa yang ditemukan dalam praktek bisnis.

Dasar pemikiran untuk melakukan *benchmarking* adalah banyak dipengaruhi oleh faktor kepuasan pelanggan. Adanya perusahaan sejenis

(pemasok pasar) yang semakin kompetitif telah membuat pelanggan mengetahui dan meminta standar produk dan pelayanan yang berbeda dan lebih baik. Kepuasan pelanggan semakin lama semakin sulit dipenuhi oleh karena adanya keinginan dan kebutuhan yang semakin meningkat, oleh karena itu upaya untuk memuaskan pelanggan menjadi suatu upaya yang semakin kompleks. Ciri khas *benchmarking* antara lain : (a) melihat pada proses, (b) memeriksa bagaimana sesuatu terjadi, (c) membandingkan dengan perusahaan lain, (d) penelitian untuk manfaat bersama *benchmarking partner*, (e) tidak kompetitif, membagi informasi, bersifat kemitraan dan kerja sama, (f) tujuan berupa pengetahuan proses serta perbaikan kinerja, dan (g) fokus kepada kebutuhan pelanggan (Tjiptono dan Diana, 2001). Sedangkan salah satu syarat yang dapat dijadikan pedoman dalam menentukan suatu institusi yang dapat dijadikan *benchmarking partner* adalah institusi tersebut telah sukses dalam melakukan aktivitas operasi yang hampir sama dengan institusi yang akan melakukan *benchmarking*. (Tjiptono dan Diana, 2001)

#### **F. Desentralisasi Sistem Kesehatan.**

Desentralisasi dalam arti umum sebagai pemindahan kewenangan atau pembagian kekuasaan dalam perencanaan pemerintahan, manajemen dan pengambilan keputusan dari tingkat nasional ke tingkat daerah. Dalam praktek, desentralisasi sistem kesehatan mempunyai berbagai macam bentuk yang tidak hanya tergantung pada struktur politik pemerintahan dan administrasi, tetapi tergantung pula pada pola organisasi sistem kesehatan yang terdapat di masing-

masing negara, dengan demikian desentralisasi tidak hanya merupakan konsep penting dalam manajemen kesehatan, tetapi juga suatu hal yang tidak mudah untuk dipahami. Dalam suatu negara yang mempunyai keanekaragaman daerah, yang terkadang timbul pertentangan antar berbagai kelompok penduduk, desentralisasi dianggap sebagai cara untuk memberi otonomi yang lebih besar tanpa meninggalkan kesatuan nasional (Mills, *et al*, 1991). Di Indonesia pada era reformasi, pada hakekatnya adalah *change, improvement* atau *modernization* tidak saja dipandang sebagai *inevitable* tetapi disadari sebagai *planned change*. Analisis dari wacana pemerintah daerah, sesungguhnya tuntutan yang mendesak di dalam formulasi dan implementasi otonomi adalah meliputi 3 (tiga) pokok permasalahan yaitu *sharing of power, distribution of income* dan *empowering of Regional Administration* atau kemandirian sistem manajemen daerah (Utomo, 1999).

Era reformasi di Indonesia telah melahirkan UU No 22 tentang Pemerintahan Daerah yang menggantikan UU No 5 tahun 1974 yang memberikan ruang gerak yang lebih banyak untuk proses demokratisasi pemerintahan serta desentralisasi. Berkaitan dengan hal tersebut, telah memunculkan perubahan sikap baik di dalam penyelenggaraan pemerintahan maupun di dalam sikap aktifitas kemasyarakatan. Di dalam penyelenggaraan pemerintahan, perubahan tersebut ditunjukkan oleh sikap pemerintah yang semakin transparan, akuntabel kepada publik dan keputusan-keputusan yang bersifat *ruled base*. Implementasi dalam rangka otonomi di bidang kesehatan di Jawa Tengah antara lain akan diwujudkan melalui pengembangan dan penetapan ilmu pengetahuan dan teknologi bidang

kesehatan dan kedokteran untuk mendukung terselenggaranya jaminan pelayanan kesehatan yang profesional, bermutu, mengembangkan sumber daya manusia kesehatan, kebijakan kesehatan serta meningkatkan manajemen kesehatan (Bappeda, Jawa Tengah, 2000).

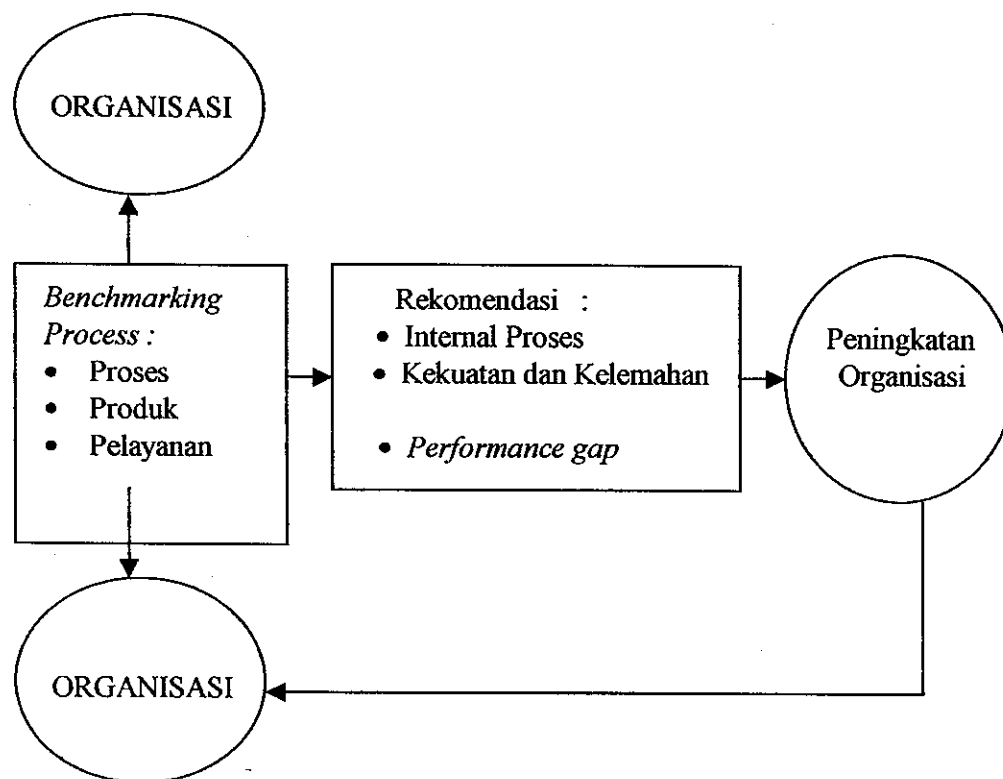
Berdasarkan Surat Keputusan Bupati Tegal Nomor 19 tahun 1999 tanggal 9 Juni 1999 tentang Pokok-pokok Reformasi Pembangunan Daerah Kabupaten Tegal, kebijakan yang harus ditempuh dalam meningkatkan status kesehatan masyarakat antara lain dengan meningkatkan pelayanan serta kemudahan sistem rujukan. Demikian pula dalam Rencana Umum Pembangunan Tahunan Daerah (RUPTD) tahun 2000-2001 disebutkan bahwa salah satu program pokok kesehatan adalah program JPKM. (Bappeda Kab.Tegal, 2000)

Berdasarkan Peraturan Pemerintah Nomor 84 tahun 2000 yang mengatur kewenangan kabupaten/kota dalam rangka otonomi daerah, demikian dengan terbitnya Surat Edaran Menteri Kesehatan Nomor 1173 tahun 2000 yang memberikan 26 kewenangan yang wajib dilaksanakan kabupaten/kota dalam rangka pelaksanaan otonomi daerah, juga memberikan peluang yang sangat besar untuk melaksanakan desentralisasi sistem kesehatan di daerah. Dengan pelimpahan wewenang dari pusat ke daerah, maka seharusnya daerah segera dapat menyusun sistem kesehatan daerah (SKD) sebagaimana halnya pusat dengan Sistem Kesehatan Nasional (SKN) yang memberikan landasan hukum antara lain untuk program jaminan pemeliharaan kesehatan masyarakat.

### G. Kerangka Teori

Menurut Karlof dan Ostblom (1993) dan Spendolini (1992), *benchmarking* sebagai upaya meningkatkan kinerja suatu organisasi dengan cara membandingkan dengan organisasi yang setingkat/setara baik dalam sumber dana, tenaga, sarana maupun kebijakan yang mendukung untuk diadopsi kemungkinan-kemungkinan yang dapat diterapkan pada organisasi yang melakukan *benchmarking*.

Atas dasar landasan teori tersebut, maka disusun kerangka teori dalam penelitian ini sebagai berikut :

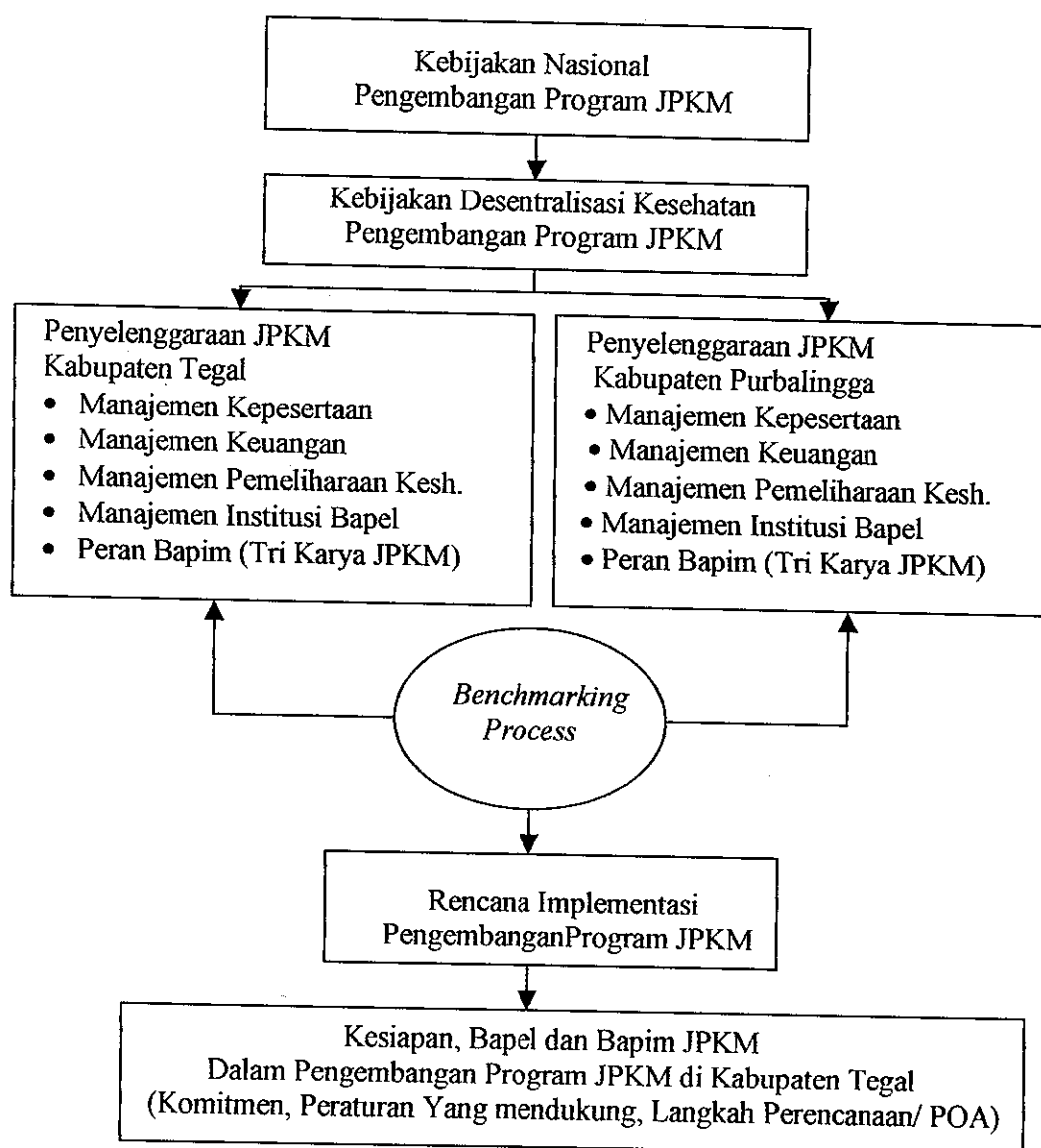


Sumber : Lima Tahapan Proses *Benchmarking* dari Karlof Dan Ostblom, 1993 dan Spendolini, 1992

### BAB III METODE PENELITIAN

#### A. Kerangka Konsep

Berdasarkan tujuan dan kerangka teori yang telah disusun pada penelitian ini, maka kerangka konsep dalam penelitian ini dapat digambarkan sebagai berikut :





## B. Rancangan Penelitian

Penelitian ini merupakan penelitian non eksperimen, dengan rancangan *deskriptif eksploratif*. Data dianalisis dengan metode pendekatan kualitatif. Salah satu ciri, khas penelitian kualitatif adalah penelitian bersifat deskriptif dan manusia sebagai alat/ instrumen (Moleong, 2000). Penelitian ini bersifat interpretatif dengan pendekatan kualitatif. Alasan dipilihnya penelitian kualitatif adalah : (Debus dan Novelli, 1994) :

1. Penelitian kualitatif memungkinkan pengelola program memperoleh pemahaman mendalam tentang sikap, kepercayaan, motif dan perilaku sasaran.
2. Penelitian kualitatif dapat menjawab pertanyaan mengapa ?
3. Penelitian kualitatif dipakai sebagai cara untuk memahami hasil penelitian kualitatif, diantaranya adalah mampu untuk memahami penyebab suatu kecenderungan.

## C. Alur Kegiatan Penelitian

Alur kegiatan penelitian yaitu *benchmarking* pada penyelenggaraan JPKM di Kabupaten Purbalingga, sesuai dengan tahapan proses *benchmarking* dari Karlof dan Ostblom, 1993 dapat digambarkan sebagai berikut :

Decide What To Benchmark (Menentukan Apa yang akan Di benchmark)  ( 1 )	Identify Benchmarking Partner (Mengidentifikasi benchmarking partner)  ( 2 )	Gather Information (Mengumpulkan informasi)  ( 3 )	Analyze (Menganalisa)  ( 4 )	Implementation for effect ( Implementasi hasil )  ( 5 )
--	---	---	---------------------------------------	--

1. Menentukan apa yang akan di benchmark (*Decide what to benchmark*)

Dalam penelitian ini yang akan di *benchmarking* adalah tentang proses penyelenggaraan JPKM di Kabupaten Purbalingga, yang meliputi manajemen kepesertaan, keuangan, pemeliharaan kesehatan, institusi Bapel dan peran dari Bapim JPKM yaitu Tri Karya JPKM.

2. Mengidentifikasi benchmarking partner (*Identify benchmarking partner*)

Kabupaten Purbalingga dijadikan *benchmarking partner* karena memiliki keunggulan dalam penyelenggaraan JPKM, yaitu tingkat kepesertaan yang tinggi (baik gakin atau mandiri), adanya subsidi pembayaran premi oleh Penda dan optimalnya peran dan fungsi Bapel dan Bapim JPKM.

3. Mengumpulkan informasi (*Gather Information*)

Untuk mengumpulkan informasi dilakukan pengumpulan data dengan melakukan kunjungan ke Kabupaten Tegal dan Purbalingga dan melakukan wawancara dengan Bapel dan Bapim JPKM.

4. Menganalisa (*Analyze*)

Menurut Spendolini (1992) ada tiga (3) hal yang dapat dilakukan dalam menganalisa *benchmarking process* yang dapat dikategorikan dalam :

- a) Mendokumentasikan internal proses yang terjadi dalam organisasi yang melakukan benchmarking (*Documenting your own internal process*),
- b) Mengetahui kekuatan dan kelemahan (*Knowing your strenghts and weaknesses*),
- c) faktor yang mempengaruhi kesenjangan kinerja (*Determining the performance gap*).

#### 5. Implementasi hasil (*Implementation for effect*)

Dari hasil *benchmarking* penyelenggaraan JPKM di Kabupaten Purbalingga akan diimplementasikan dalam mengembangkan program JPKM di Kabupaten Tegal, yaitu adanya kesiapan dari Bapel dan Bapim JPKM dalam mengembangkan program JPKM, yang ditandai dengan adanya komitmen, aturan yang mendukung dan langkah-langkah perencanaan (POA).

#### D. Unit Analisis dan Subjek Penelitian

Unit analisis dalam penelitian ini adalah Dinas Kesehatan Kabupaten Tegal sebagai organisasi yang akan melakukan *benchmarking* dan Dinas Kesehatan dan Kesejahteraan Sosial Kabupaten Purbalingga sebagai *benchmarking partner*. Sedangkan sebagai subjek penelitian ini adalah mengenai manajemen, yang meliputi : Subjek materi, mengenai manajemen penyelenggaraan JPKM, (kepesertaan, keuangan, pemeliharaan kesehatan, institusi Bapel) dan peran Bapim JPKM (Tri Karya JPKM) dan subjek pelaksana, meliputi Bapel JPKM, Bapim JPKM dan Dinas Kesehatan di Kabupaten Tegal dan Purbalingga. Adapun alasan memilih Kabupaten Purbalingga sebagai *benchmarking partner* dikarenakan Kabupaten Purbalingga telah menunjukkan hasil yang baik dalam melakukan suatu aktivitas operasi yang hampir sama (ekuivalen) yaitu mengembangkan program JPKM paska program JPKM –JPSBK. Hasil yang baik ini dapat dilihat pada tingkat kepesertaan JPKM Mandiri yang tinggi dan adanya dukungan Pemda dalam pembiayaan premi bagi gakin.

## E. Definisi Operasional

1. *Benchmarking*: suatu kegiatan kaji banding yang dilaksanakan dengan sasaran untuk meningkatkan proses menjadi lebih baik melalui suatu tahapan-tahapan, yaitu ; keputusan mengenai apa yang akan dikaji banding (patok duga), identifikasi mitra, pengumpulan informasi, analisis, dan implementasi .
2. Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat (JPKM) adalah suatu cara dalam menyelenggarakan pemeliharaan kesehatan yang paripurna di suatu daerah yang dilaksanakan dengan memperhatikan azas usaha bersama dan kekeluargaan, yang berkesinambungan dan dengan mutu yang terjamin serta pembiayaannya dilaksanakan secara pra upaya (dibayar di muka). Dalam penyelenggaraan JPKM terutama yang berhubungan dengan fungsi empat pelaku utama dalam JPKM yaitu : Peserta, Badan Penyelenggara (Bapel), Pemberi Pelayanan Kesehatan (PPK) dan Badan Pembina (Bapim) JPKM.
3. Peserta JPKM adalah anggota masyarakat tertentu baik perorangan atau kelompok yang berminat menjadi peserta dengan cara mendaftarkan diri dan membayar sejumlah iuran tertentu secara pra upaya dan sebagai imbalannya mendapatkan pemeliharaan kesehatan sesuai dengan apa yang telah disepakati.
4. Pemberi Pelayanan Kesehatan (PPK) adalah suatu jaringan pelayanan kesehatan yang terorganisir yang ditetapkan sebagai tempat pemberi pelayanan kesehatan bagi peserta JPKM yang memberikan pelayanan secara efektif dan efisien berupa paket pemeliharaan kesehatan paripurna.
5. Badan Penyelenggara (Bapel) JPKM adalah suatu badan atau lembaga yang bertanggungjawab atas penyelenggaraan upaya pemeliharaan kesehatan

berdasarkan JPKM. Sedangkan penyelenggaraan mencakup kegiatan merencanakan, mengatur, melaksanakan, memantau, dan menilai serta melaksanakan manajemen kepesertaan, keuangan pemeliharaan kesehatan dan institusi Bapel.

6. Badan Pembina (Bapim) adalah suatu badan pembina yang dibentuk oleh pemerintah daerah untuk mengembangkan, membina, dan mendorong program JPKM dan badan penyelenggara JPKM yang berada di wilayah kerjanya agar dapat menerapkan jurus-jurus JPKM dan bersaing secara sehat, dengan menerapkan Tri Karya JPKM yang berupa: sosialisasi dan edukasi JPKM, legislasi dan regulasi serta peningkatan kinerja para pelaku JPKM.
7. Pemerintah Daerah Kabupaten adalah : Suatu lembaga/organisasi yang bertanggung jawab dalam penyelenggaraan pembangunan di tingkat Kabupaten dimana sesuai dengan UU dan peraturan memiliki sejumlah kewenangan untuk mengambil kebijakan dalam pelaksanaan pembangunan. Dalam menjalankan kewenangannya dipimpin oleh seorang Bupati dan DPRD sebagai lembaga legislatif serta dibantu oleh dinas teknis.
8. Kesiapan adalah : suatu kesanggupan, kemauan, dan kemampuan dari suatu institusi/ organisasi dalam hal ini adalah Bapel JPKM dan Bapim JPKM untuk melaksanakan suatu kegiatan yang diwujudkan dengan adanya suatu komitmen, aturan yang mendukung dan disusun dalam suatu rencana kegiatan (POA) yang disusun dengan penuh rasa tanggungjawab untuk merealisasikan dalam kegiatan yang nyata.

## F. Pengumpulan Data

### 1. Instrumen Penelitian

Sebagai alat pengumpulan data primer digunakan kuesioner yang berisi daftar pertanyaan. Kuesioner ditujukan kepada responden tentang aspek manajemen dalam penyelenggaraan JPKM yang meliputi manajemen kepesertaan, keuangan, pemeliharaan kesehatan, institusi Bapel dengan responden Bapel JPKM (manager dan karyawan) dan peran Bapim dalam mengembangkan, membina dan mendorong JPKM yang dikenal dengan istilah Tri Karya JPKM dengan responden Bapim JPKM (ketua dan sekretaris). Untuk memandu jalannya Diskusi Kelompok Terfokus (DKT) digunakan pedoman panduan DKT dan *tape recorder* sebagai alat perekam.

### 2. Cara pengumpulan data

Untuk mengumpulkan data dalam penelitian ini dilakukan melalui wawancara pada responden dengan menggunakan kuesioner yang telah dibuat, diskusi kelompok terfokus (DKT) dan wawancara mendalam. Wawancara dengan menggunakan kuesioner untuk mengumpulkan data pada Bapel JPKM, Bapim JPKM dan Dinas Kesehatan Kabupaten Tegal sebagai institusi yang melakukan *benchmarking* dan Bapel JPKM, Bapim JPKM dan Dinas Kesehatan dan Kesejahteraan Sosial Kabupaten Purbalingga sebagai *benchmarking partner*. Materi wawancara difokuskan mengenai manajemen kepesertaan, keuangan, pemeliharaan kesehatan, institusi Bapel dan mengenai peran Bapim yang dikenal dengan istilah Tri Karya JPKM. Selanjutnya dari hasil *benchmarking* akan dilaksanakan diskusi kelompok terfokus (DKT) dan wawancara mendalam. DKT

dan wawancara mendalam digunakan untuk menindaklanjuti hasil *benchmarking* dan menentukan langkah dalam pengembangan JPKM. Secara garis besar ada tiga hal yang akan dibahas dalam DKT dan wawancara mendalam yaitu mengenai Kekuatan, dan kelemahan, *benchmarking gap (performance gap)* dan Kesiapan Bapel dan Bapim JPKM Kabupaten Tegal dalam mengembangkan JPKM. Untuk mempermudah dalam memberikan gambaran pada pengumpulan data, dibuat matrik sebagai berikut :

No	Sumber Data	Informasi Yang Ingin Diperoleh	Responden	Metode Pengumpulan Data	Analisa Data
1.	Kab.Pur-balingga	Manajemen Kepesertaan	Bapel JPKM (Manajer, karyawan)	Wawancara	Deskriptif / naratif content analysis
		Manajemen Keuangan	Bapel JPKM (manager, karyawan)	Wawancara	Deskriptif / naratif content analysis
		Manajemen Pemeliharaan Kesehatan	Bapel JPKM (Manajer, karyawan)	Wawancara	Deskriptif / naratif content analysis
		Manajemen Institusi Bapel	Bapel JPKM (Manager, karyawan)	Wawancara	Deskriptif / naratif content analysis
		Peran Bapim (Tri Karya JPKM)	Bapim JPKM (Ketua dan Sekretaris)	Wawancara	Deskriptif / naratif content analysis
2.	Kab. Tegal	Manajemen Kepesertaan	Bapel JPKM (Manager, karyawan)	Wawancara	Deskriptif / naratif content analysis

		Manajemen Keuangan	Bapel JPKM (Manager, karyawan)	Wawancara	Deskriptif / naratif content analysis
		Manajemen Pemeliharaan Kesehatan	Bapel JPKM (Manager, karyawan)	Wawancara	Deskriptif / naratif content analysis
		Manajemen Institusi Bapel	Bapel JPKM (Manager, karyawan)	Wawancara	Deskriptif / naratif content analysis
		Peran Bapim (Tri Karya JPKM)	Bapim JPKM (Ketua dan Sekretaris)	Wawancara	Deskriptif / naratif content analysis
		Kesiapan Bapel dan Bapim dalam mengembangkan JPKM	PPK, Bapel, Bapim, DKK dan Pemda ( 8-12 Orang)	Diskusi Kelompok Terfokus (DKT) dan Wawancara mendalam	Deskriptif / naratif content analysis

### G. Pengolahan Data

Data yang telah diperoleh melalui wawancara , DKT dan wawancara mendalam dianalisa secara deskriptif kualitatif, tidak dilakukan uji hipotesis. *Benchmarking* adalah suatu sistem perbandingan dan perbedaan dari suatu proses pelayanan kesehatan, karena *benchmarking* tidak berhubungan dengan angka atau statistik, maka akan lebih tepat melalui kajian deskripsi proses (Kazandjian,cit Afifudin dan Trisnantoro, 1999).



## H. Jalannya Penelitian

### 1. Tahap Persiapan Penelitian

Sebelum dilakukan penelitian terlebih dahulu dilakukan studi pendahuluan, penulis melaksanakan orientasi untuk mendapatkan informasi dan gambaran manajemen pada Bapel JPKM KPRI Bakti Husada dan Subdin PKM DKK Tegal dan Purbalingga mengidentifikasi masalah serta memberikan informasi kepada manajer Bapel, DKK Tegal mengenai pentingnya, tujuan dan kegunaan dari kaji banding (*benchmarking*). Setelah terjadi kesepakatan dengan pihak manajemen Bapel JPKM dan DKK Tegal kemudian dilakukan pengumpulan data sekunder untuk bahan penelitian. Tahap berikutnya dilakukan penyusunan kuesioner penelitian berupa kuesioner panduan wawancara, diskusi kelompok terfokus (DKT) dan wawancara mendalam, untuk dikonsultasikan dengan pembimbing.

### 2. Tahap Pelaksanaan Penelitian

Pada tahap pelaksanaan penelitian dilakukan langkah-langkah sebagai berikut :

#### a. Kabupaten Tegal

- 1) Mengirimkan kuesioner pada Bapel JPKM KPRI Bakti Husada untuk menggali informasi yang dibutuhkan mengenai manajemen penyelenggaraan JPKM yang meliputi manajemen kepesertaan, keuangan, pemeliharaan kesehatan, institusi Bapel dan kepada Bapim JPKM Kabupaten Tegal mengenai peran Bapim sebagai pengembang, pembina dan pendorong JPKM (Tri Karya JPKM). (Kuesioner terlampir pada lampiran 1)

- 2) Melakukan kunjungan untuk melakukan wawancara sesuai dengan kuesioner yang telah dikirimkan dengan Manajer dan karyawan Bapel JPKM KPRI Bakti Husada mengenai manajemen kepesertaan, keuangan, pemeliharaan kesehatan dan institusi Bapel serta dengan Ketua dan Sekretaris Bapim JPKM Kabupaten Tegal, mengenai peran Bapim sebagai pengembang, pembina dan pendorong JPKM (Tri Karya JPKM).

b. Kabupaten Purbalingga

- 1) Mengirimkan kuesioner pada Bapel JPKM untuk menggali informasi yang dibutuhkan mengenai manajemen penyelenggaraan JPKM yang meliputi manajemen kepesertaan, keuangan, pemeliharaan kesehatan, institusi Bapel dan kepada Bapim JPKM Kabupaten Purbalingga mengenai peran Bapim sebagai pengembang, pembina dan pendorong JPKM (Tri Karya JPKM)..

(Kuesioner terlampir pada lampiran 2)

- 2) Melakukan kunjungan untuk melakukan wawancara sesuai dengan kuesioner yang telah dikirimkan dengan Manajer dan karyawan Bapel JPKM mengenai manajemen kepesertaan, keuangan, pemeliharaan kesehatan dan institusi Bapel serta dengan Ketua dan Sekretaris Bapim JPKM Kabupaten Purbalingga, mengenai peran Bapim sebagai pengembang, pembina dan pendorong JPKM (Tri Karya JPKM).

Data yang telah terkumpul dari dua daerah yaitu Kabupaten Tegal dan Purbalingga selanjutnya dimasukkan dalam daftar rekapitulasi data seperti pada lampiran 3. Hasil rekapitulasi data ini selanjutnya akan digunakan sebagai bahan kajian dan evaluasi dalam pelaksanaan Diskusi Kelompok Terfokus

(DKT) yaitu untuk menilai sejauh mana kesiapan Bapel dan Bapim JPKM Kabupaten Tegal dan langkah-langkah apa yang harus dilakukan dalam mengembangkan JPKM. DKT diikuti oleh 8 – 12 orang yang terlibat dalam penyelenggaraan JPKM di Kabupaten Tegal yaitu dari unsur PPK, Bapel, Bapim JPKM, DKK dan Pemerintah Daerah Kabupaten Tegal. Panduan DKT sebagaimana dalam lampiran 4. Bila dalam pelaksanaan DKT ada yang belum tuntas pembahasannya, dikarenakan adanya rasa enggan, kurang bebas dalam penyampaian akan dilakukan wawancara mendalam.

Untuk mengetahui keabsahan data yang diperoleh digunakan teknik triangulasi. Triangulasi adalah teknik pemeriksaan keabsahan data yang memanfaatkan sesuatu yang lain di luar data itu untuk keperluan pengecekan atau perbandingan terhadap data yang diperoleh (Moleong,2001). Denzin (1978) membedakan empat macam triangulasi sebagai teknik pemeriksaan keabsahan data, yaitu dengan cara memanfaatkan sumber, metode, penyidik dan teori. Triangulasi dengan sumber berarti membandingkan dan mengecek balik derajat kepercayaan suatu informasi yang diperoleh melalui waktu dan alat yang berbeda dengan metode kualitatif (Patton,1987). Dalam penelitian ini teknik yang digunakan peneliti adalah dengan cara membandingkan data hasil pengamatan dan membandingkannya dengan hasil wawancara dan isi suatu dokumen yang berkaitan, serta mengadakan pengecekan dengan sumber yang berlainan. Misalnya data yang diperoleh dari Bapel JPKM akan diklarifikasikan keabsahannya dengan data yang diperoleh dari Bapim JPKM dan PPK.

## BAB IV

### HASIL PENELITIAN

Untuk menyajikan hasil penelitian ini, dimulai dari proses pengumpulan data melalui wawancara dengan responden yang telah ditetapkan, sebagaimana telah dijelaskan pada Bab III. Pada *benchmarking* penyelenggaraan JPKM di Kabupaten Purbalingga dan Tegal, penelitian difokuskan pada peran dan fungsi Bapel JPKM yang meliputi manajemen kepesertaan, manajemen keuangan, manajemen pemeliharaan kesehatan, manajemen institusi Bapel dan Peran dan fungsi Bapim JPKM yang dikenal dengan istilah Tri Karya JPKM. Untuk fungsi Bapel JPKM pengambilan data dilakukan dengan wawancara dengan manajer Bapel dan karyawan Bapel sedangkan peran dan fungsi Bapim JPKM dengan melakukan wawancara dengan ketua dan sekretaris Bapim JPKM. Sebelum disajikan hasil penelitian ini, sebelumnya penulis sampaikan kesulitan dan kelemahan yang dialami oleh penulis. Beberapa kesulitan yang dihadapi selama penelitian berlangsung adalah :

1. Faktor lokasi penelitian : Kabupaten Purbalingga lokasinya relatif cukup jauh dari lokasi peneliti. Untuk memperoleh data selama penelitian baik data primer atau sekunder, yaitu *benchmarking* pada penyelenggaraan JPKM membutuhkan pertemuan dengan nara sumber. Dalam usaha menemui nara sumber seringkali menemui kesulitan, misalnya nara sumber tidak di tempat, nara sumber ada acara yang tidak bisa ditinggalkan. Dengan lokasi yang cukup jauh ini bila penulis tidak bertemu dengan nara sumber yang dimaksud

cukup merepotkan. Untuk mengatasi kesulitan ini dengan bantuan alat komunikasi dan dibantu oleh teman dalam mengatur perjanjian dengan nara sumber, kesulitan ini dapat diatasi dengan baik.

2. Pada waktu pengambilan data di Kabupaten Tegal, nara sumber penelitian mempunyai kegiatan (menyelesaikan penelitian tesis di UGM) yang membutuhkan konsentrasi dan perhatian dari nara sumber tersebut, sehingga penulis diberi kesempatan untuk wawancara setelah beliau menyelesaikan ujiannya. Terhadap kesulitan ini, untuk memperoleh data yang dimaksud penulis dengan sabar menunggunya.
3. Dalam melaksanakan kegiatan Diskusi Kelompok Terfokus (DKT), karena membutuhkan kesepakatan waktu dan melibatkan orang banyak, kesulitan yang dihadapi adalah menentukan waktu yang tepat agar semua peserta dapat hadir. Dengan melakukan pendekatan dan mengungkapkan betapa pentingnya kegiatan DKT, dilaksanakan, kesepakatan waktu penyelenggaraan dapat dicapai.
4. Pada saat pelaksanaan DKT dari 13 orang yang menyatakan kesanggupannya untuk hadir, ternyata ada dua orang yang berhalangan hadir. Untuk mengatasi ini, bagi peserta DKT yang tidak hadir penulis melakukan wawancara mendalam guna menyatakan pendapatnya tentang hasil *benchmarking*.

Sedangkan yang menjadi kelemahan dalam penelitian ini menurut penulis adalah, pada saat DKT dilaksanakan, kemungkinan masih ada rasa enggan atau tidak enak pada peserta untuk mengungkapkan pendapatnya yang sebenarnya, karena rasa "pekewuh". Untuk mengatasi ini penulis berusaha meyakinkan bahwa

pendapat peserta adalah bukan benar atau salah, tapi semuanya benar. Bagi peserta yang penulis nilai masih ingin menyampaikan pendapatnya tapi enggan menyampaikannya pada saat DKT, penulis datang untuk melakukan wawancara mendalam.

Hasil *benchmarking* penyelenggaraan JPKM di Kabupaten Purbalingga dan Tegal selengkapnya penulis sajikan dalam Bab IV ini, yang meliputi manajemen kepesertaan, manajemen keuangan, manajemen pemeliharaan kesehatan, manajemen institusi bapel, peran dan fungsi Bapim (Tri Karya JPKM). Selanjutnya dari hasil *benchmarking* tersebut kemudian dilaksanakan DKT untuk menentukan langkah pengembangan JPKM di Kabupaten Tegal sebagai wujud kesiapan Bapel dan Bapim Kabupaten Tegal .

#### **A. Manajemen Kepesertaan**

Pada dasarnya kegiatan dalam manajemen kepesertaan Bapel JPKM meliputi upaya menambah jumlah peserta dan mempertahankan peserta yang sudah terdaftar menjadi anggota JPKM agar tetap menjadi peserta dan tidak keluar (*droup out*). Dari hasil wawancara diketahui perbedaan dan persamaan manajemen kepesertaan antara Bapel JPKM Kabupaten Purbalingga dan Tegal dapat digambarkan sebagaimana tabel berikut ini :

Tabel 4.1 : Manajemen Kepesertaan pada Bapel JPKM Kabupaten Purbalingga dan Tegal

Kabupaten Purbalingga	Kabupaten Tegal
<p><b>1. Penentuan peserta</b> Sifat Kepesertaan Wajib (peserta dari keluarga miskin dan paska gakin) dan Sukarela (peserta mandiri)</p> <p>Syarat menjadi peserta sukarela Tidak ada syarat khusus, dan pembatasan umur, pekerjaan.</p> <p>Segmen pasar Masyarakat umum baik perorangan atau kelompok</p>	<p><b>1. Penentuan peserta</b> Sifat Kepesertaan Sukarela (peserta mandiri)</p> <p>Syarat menjadi peserta sukarela Sama</p> <p>Segmen pasar sama</p>
<p><b>2. Proses Perekrutan Peserta</b> Kerjasama dg Koordinator Kecamatan (Petugas PKM Puskesmas) dan Kader Kesehatan.</p>	<p><b>2. Proses Perekrutan Peserta</b> Tanpa melalui perantara atau kerjasama dengan pihak lain. Bagi kelompok yang berminat mendatangi atau didatangi petugas dari Bapel</p>
<p><b>3. Dukungan regulasi dari Pemda</b> SK Penyelenggaraan dari Bupati, Surat Edaran dan rencana Perda</p>	<p><b>3. Dukungan regulasi dari Pemda</b> Belum ada SK penyelenggaraan dari Bupati baru SK Bapim.</p>
<p><b>4. Penanganan keluhan peserta</b> Keluhan pelayanan Dilakukan dengan pemasangan kotak saran pada PPK I dan II. Keluhan Finansial Disampaikan oleh koordinator kecamatan ke Bapel</p>	<p><b>4. Penanganan keluhan peserta</b> Keluhan pelayanan Belum memasang kotak saran.</p> <p>Keluhan Finansial Disampaikan pada saat petugas Bapel mendatangi peserta untuk menarik premi.</p>
<p><b>5. Jumlah Peserta</b> Wajib : 59.389 KK Sukarela : 8.171 KK</p>	<p><b>5. Jumlah Peserta</b> Sukarela : 299</p>
<p><b>6. % Peserta JPKM yang keluar</b> Selama kurun - waktu satu tahun belum ada peserta JPKM yang keluar</p>	<p><b>6. % Peserta JPKM yang keluar</b> Peserta JPKM yang keluar sekitar 25 - 30 %</p>

Sumber : Data primer yang telah diolah

Pada tabel 4.2 dapat diketahui bahwa pada proses manajemen kepesertaan antara Kabupaten Purbalingga dan Tegal ada beberapa perbedaan dan persamaannya. Untuk penentuan peserta di Kabupaten Purbalingga bersifat wajib dan sukarela, sedangkan di Kabupaten Tegal hanya bersifat sukarela. Kepesertaan wajib di Kabupaten Purbalingga berasal dari peserta keluarga miskin (gakin) dan paska keluarga miskin (paska gakin) dan kepesertaan sukarela berasal dari masyarakat umum yang berminat menjadi peserta JPKM dan bersedia membayar premi sesuai dengan ketentuan yang ada, baik di Kabupaten Purbalingga maupun di Kabupaten Tegal.

Untuk persyaratan menjadi peserta antara Kabupaten Purbalingga dan Kabupaten Tegal mempunyai persamaan yaitu, tidak menerapkan aturan khusus dalam arti tidak ada pembatasan baik dari segi pekerjaan, maupun umur peserta. Persamaan berikutnya pada segmentasi pasar yang akan direkrut menjadi peserta, antara Kabupaten Purbalingga dan Tegal mempunyai segmentasi pasar yang sama yaitu dari masyarakat umum baik secara perorangan atau kelompok.

Proses perekrutan peserta JPKM antara Kabupaten Purbalingga dan Tegal ada perbedaannya. Peserta JPKM di Kabupaten Purbalingga dibedakan dalam 3 strata, yaitu strata 1 : peserta JPKM yang berasal dari keluarga miskin (gakin), strata 2 : peserta JPKM yang berasal dari keluarga paska gakin dan strata 3 : peserta JPKM yang berasal dari keluarga non gakin (mandiri). Penetapan kriteria keluarga miskin digunakan data JPSBK setelah melalui proses validasi data pada akhir program JPKM-JPSBK.



Kepesertaan JPKM di Kabupaten Tegal, terutama dikembangkan pada kepesertaan mandiri saja, yaitu merekrut peserta dari masyarakat yang mampu membayar preminya. Perbedaan proses perekrutan peserta JPKM antara Kabupaten Purbalingga dan Tegal adalah di Kabupaten Purbalingga telah bekerja sama dengan mereka yang dekat dengan masyarakat, dalam hal ini adalah kader kesehatan dan petugas PKM Puskesmas (koordinator JPKM), Waktu pendaftaran yang telah dibatasi, dan adanya imbalan bagi kader kesehatan dan petugas PKM Puskesmas yang telah berhasil merekrut peserta. Untuk Kabupaten Tegal proses perekrutan peserta belum bekerjasama dengan pihak lain, atau istilah yang dipakai oleh manager Bapel JPKM, yaitu dengan menggunakan prinsip pemasaran murni.

Dukungan regulasi / peraturan dari Pemerintah Daerah dalam mengembangkan kepesertaan JPKM di Kabupaten Purbalingga dan Tegal, juga ada beberapa persamaan dan perbedaannya. Persamaannya antara Kabupaten Purbalingga dan Tegal dalam mengembangkan kepesertaan masih mengandalkan dukungan dari Pemdanya, sedangkan perbedaannya terletak pada produk peraturan yang telah dikeluarkannya.

Peran Pemda Kabupaten Purbalingga dalam memberikan dukungan regulasi antara lain : SE Bupati tanggal 13 Agustus 2001 No 441/2737 yang ditujukan kepada semua Camat agar mendukung sekaligus menjadi peserta JPKM, SK Bupati Purbalingga No 34 tahun 2001 tentang Petunjuk Pelaksanaan Penyelenggaraan JPKM, SK Bupati No 440/ 167 tahun 2001 tentang Pembentukan Bapim JPKM serta sedang direncanakan Peraturan Daerah tentang JPKM antara lain berisi rencana perekrutan peserta bagi pelanggan listrik.

Dukungan peraturan oleh Pemda Kabupaten Tegal dirasakan masih perlu dorongan, sementara ini baru ada satu peraturan yaitu : SK Bupati No 441.7/0583/2000 tentang Pembentukan Badan Pembina JPKM . Sebenarnya dalam Peraturan Daerah tentang Retribusi Pelayanan Kesehatan tahun 1998, pada salah satu pasalnya yaitu pada pasal 47 telah ada tentang pentingnya pengembangan JPKM, tapi sampai sekarang belum ada tindak lanjutnya akan Perda tersebut.

Satu hal lain yang penting dalam manajemen kepesertaan JPKM adalah tentang upaya menangani keluhan peserta. Pada penyelenggaraan JPKM di Kabupaten Purbalingga upaya menangani keluhan peserta dalam hal pelayanan kesehatan oleh PPK dilaksanakan melalui pemasangan kotak pengaduan peserta dengan membuat dan memasang kotak saran yang ditempatkan pada masing-masing PPK I dan II. Kotak saran ini akan dibuka dan dievaluasi oleh Bapel sebulan sekali.

Dari kotak saran yang telah dibuka di tiap-tiap PPK I dan II, keluhan peserta dirasakan sangat sedikit. Keluhan yang masuk antara lain tentang keterlambatan pembagian kartu tanda peserta dan kurang komplitnya persyaratan rujukan pelayanan ke PPK II. Terhadap adanya keluhan ini Bapel langsung mengadakan upaya tindak lanjut dengan mengadakan klarifikasi pada permasalahan tersebut apakah permasalahan itu dari pihak PPK, Bapel atau dari ketidaktahuan peserta itu sendiri. Umumnya permasalahan yang ada dapat diselesaikan dengan baik. Keluhan peserta JPKM di Kabupaten Tegal dirasakan juga relatif kecil, tapi mekanisme menjangar keluhan peserta dilaksanakan dengan

mendengar langsung pengaduan peserta ke Bapel JPKM belum melalui kotak saran yang dipasang di PPK I dan PPK II. Hal inilah yang menyebabkan peserta kurang dapat dengan cepat menyampaikan keluhannya, karena harus datang langsung ke Bapel yang jaraknya relatif cukup jauh.

Sedangkan keluhan peserta dalam hal keuangan (finansial) di Kabupaten Purbalingga ditampung oleh masing-masing koordinator kecamatan (Petugas PKM Puskesmas) kemudian disampaikan kepada Bapel JPKM. Perbedaannya di Kabupaten Tegal keluhan mengenai keuangan disampaikan langsung oleh peserta pada petugas Bapel yang berkunjung ke peserta pada saat menagih preminya atau kalau sifatnya mendadak peserta dapat menyampaikannya langsung pada Bapel JPKM KPRI Bakti Husada.

Perbedaan yang sangat mencolok antara JPKM Kabupaten Purbalingga dan Tegal adalah dalam hal jumlah peserta. Peserta JPKM di Kabupaten Purbalingga untuk kepesertaan wajib (Gakin dan paska gakin) ada 59.389 KK sedangkan pada kepesertaan sukarela (mandiri) ada 8.171 KK. Kepesertaan JPKM di Kabupaten Tegal hanya pada kepesertaan sukarela (mandiri) saja yaitu ada peserta sebanyak 299 jiwa. Dari jumlah peserta yang ada, dapat dikatakan bahwa JPKM di Kabupaten Purbalingga dapat merekrut peserta yang lebih banyak dari kepesertaan JPKM di Kabupaten Tegal.

Dalam kurun waktu satu tahun semenjak calon peserta terdaftar sebagai peserta JPKM di Kabupaten Purbalingga dan Tegal, dari hasil wawancara dengan manajer Bapel JPKM di Kabupaten Purbalingga belum ada peserta JPKM yang keluar (*droup out*), sedangkan di Kabupaten Tegal peserta JPKM paket mawar

yang keluar cukup besar yaitu antar 25 – 30 %. Alasan peserta JPKM keluar menurut informasi dari manajer Bapel disebabkan mereka merasa kesulitan dalam membayar premi, karena mereka tidak bekerja lagi dalam kelompoknya atau tidak mampu membayar premi yang menjadi tanggungannya.

## **B. Manajemen Keuangan**

Managemen keuangan yang dilakukan oleh Bapel JPKM meliputi : proses manajemen keuangan, penyediaan permodalan, perhitungan premi (besar premi dan cara pengumpulan), pembayaran dana ke PPK, manajemen keuangan dari sisi operasional Bapel, posisi keuanga / neraca Bapel, reasuransi dan investasi. Pada dasarnya manajemen keuangan Bapel JPKM telah dilakukan oleh Bapel JPKM Purbalingga dan Tegal, namun dalam realisasinya antara keduanya terdapat beberapa persamaan dan perbedaan, diantaranya seperti nampak pada tabel berikut ini :

Tabel 4.2 : Manajemen Keuangan pada Bapel JPKM Purbalingga dan Tegal

Kabupaten Purbalingga	Kabupaten Tegal
<p><b>1. Proses manajemen keuangan</b> Sudah dilakukan mulai dari perencanaan, penganggaran, pelaksanaan anggaran, pencatatan/laporan, evaluasi dan penganggaran kembali.</p>	<p><b>1. Proses manajemen keuangan</b> Sama</p>
<p><b>2. Penyediaan Permodalan</b> Berasal dari dana sisa JPKM-JPSBK dan dari premi peserta.</p>	<p><b>2. Penyediaan Permodalan</b> Sama</p>
<p><b>3. Perhitungan premi peseta</b> Besar Premi : Premi dihitung berdasarkan KK, Rp 25.000,-/ tahun Cara Pengumpulan : Lewat kader kesehatan dan kordinator kecamatan Cara penetapan : Berdasarkan pengalaman dan perkiraan (probabilitas sakit dan utilisasi pelayanan)</p>	<p><b>3. Perhitungan premi peserta</b> Besar Premi Premi dihitung berdasarkan jiwa, Rp 2800,-/ bulan atau Rp 33.600,-/ tahun Cara pengumpulan Petugas Bapel datang langsung ke peserta. Cara penetapan : Berdasarkan perhitungan (probabilitas sakit dan utilisasi pelayanan)</p>
<p><b>4. Pembayaran dana ke PPK</b> Secara kapitasi</p>	<p><b>4. Pembayaran dana ke PPK</b> Secara klaim (<i>fee for service</i>)</p>
<p><b>5. Manajemen keuangan dari sisi operasional Bapel</b> Dibayarkan secara pra upaya kepada PPK I dan II serta untuk operasionalisasi Bapel dan Bapim sekitar 10 %</p>	<p><b>5. Manajemen keuangan dari sisi operasional Bapel</b> Dibayarkan secara <i>fee for service</i> kepada PPK I dan II serta sisanya untuk operasionalisasi Bapel</p>
<p><b>6. Posisi keuangan/ neraca Bapel</b> Per Mei 2002 posisi kas sebesar Rp 137.000.000,- yang terdiri dari kas di Bank Rp 135.000.000 dan kas tunai Rp 2.000.000,-</p>	<p><b>6. Posisi keuangan/ neraca Bapel</b> Per Mei 2002 posisi kas sebesar Rp 6.367.322,- yang terdiri dari kas di Bank Rp 5.050.231,- dan kas tunai Rp 1.317.091,-</p>

Sumber : Data primer yang telah diolah

Dari tabel 4.2 menunjukkan bahwa terdapat perbedaan dan persamaan dalam pelaksanaan manajemen keuangan Bapel JPKM di Kabupaten Purbalingga dan Tegal yaitu : Pada proses manajemen keuangan pada prinsipnya antara Bapel JPKM Kabupaten Purbalingga dan Tegal telah melaksanakannya yang melalui tahapan perencanaan, penganggaran, pelaksanaan anggaran, pencatatan/ laporan, evaluasi dan penganggaran kembali. Perbedaannya terletak pada dana yang direncanakan, di Kabupaten Purbalingga dana yang direncanakan lebih besar bila dibandingkan dengan Kabupaten Tegal.

Dalam hal penyediaan permodalan untuk kegiatan penyelenggaraan JPKM, antara Bapel JPKM Kabupaten Purbalingga dan Tegal masih sama-sama mengandalkan dana sisa JPKM-JPSBK dan premi dari peserta JPKM. Sisa dana JPKM-JPSBK di Kabupaten Tegal sebesar Rp 45 juta, sebenarnya lebih besar bila dibandingkan dengan sisa dana JPKM-JPSBK di Kabupaten Purbalingga yaitu sebesar Rp 30 juta. Keadaan demikian ternyata tidak ditunjang oleh penggalian peserta JPKM yang lebih banyak, dimana kalau diamati lebih dalam Bapel JPKM Kabupaten Purbalingga lebih banyak dalam menggali kepesertaan sehingga memasukkan dana untuk Bapel juga lebih besar.

Dalam hal perhitungan premi peserta, terlihat ada beberapa perbedaan antara Kabupaten Purbalingga dan Tegal. Di Kabupaten Purbalingga penetapan premi peserta dibayarkan berdasarkan KK/ tahun sebesar Rp 25.000,-, sedangkan di Kabupaten Tegal penetapan premi peserta berdasarkan jiwa/ bulan sebesar Rp 2800,-. Di Kabupaten Purbalingga pada tahun 1999 sebenarnya pernah dilakukan perhitungan premi yang berdasarkan perhitungan jiwa, yaitu dilakukan oleh

drg.Hanung, MPPM dan ditemukan premi peserta JPKM sebesar Rp 8.000,-/ jiwa/ bulan.

Dalam perkembangan berikutnya premi sebesar Rp 8.000,-/ jiwa/ bulan dirasakan sangat berat dan tidak memungkinkan untuk dilaksanakan di Kabupaten Purbalingga mengingat kondisi dan situasi pada saat itu. Melalui suatu pertemuan antara pihak-pihak yang berperan dalam penyelenggaraan JPKM yaitu Bapel JPKM, Bapim JPKM dan PPK, akhirnya disepakati pengembangan JPKM di Kabupaten Purbalingga terutama pembayaran preminya dihitung berdasarkan KK, yaitu sebesar Rp 25.000,-/ KK/ tahun.

Dalam hal penetapan premi antara Kabupaten Purbalingga dan Tegal juga ada perbedaannya, di Kabupaten Purbalingga penetapan premi didasarkan pada pengalaman dan perkiraan, sedangkan di Kabupaten Tegal didasarkan pada perhitungan premi, dimana pada keduanya telah memperhatikan probabilitas sakit dan utilisasi pelayanan. Di Kabupaten Purbalingga perkiraan sebesar Rp 25.000,- /KK/ tahun didasarkan pada pertimbangan-pertimbangan, a) pengalaman waktu program JPSBK dan JPKM-JPSBK menerima dana sekitar Rp 20.000,- dan Rp 5.000,- untuk operasional pelayanan kesehatan di Rumah sakit pada program JPSBK. Dana sejumlah ini yaitu Rp 25.000,- dirasakan cukup untuk membiayai pelayanan kesehatan di puskesmas, bahkan ada sisa, namun untuk pelayanan di RS mengalami kekurangan. b) Perkiraan premi sebesar Rp 25.000,- juga didasarkan pada perkiraan tarif pelayanan puskesmas di Kabupaten Purbalingga sebesar Rp 2.100,- , dimana kalau dikalikan 12 bulan (1 tahun) menjadi sekitar Rp 25.000,-.

Atas dasar inilah pada program JPKM di Kabupaten Purbalingga ditetapkan premi sebesar Rp 25.000,- dengan catatan untuk kapitasi ke RS ditingkatkan nominalnya, yaitu dari Rp 5.000,- menjadi Rp 11.000,- pada saat awal pengembangan program JPKM paska JPKM-JPSBK. Dalam perjalanan berikutnya kapitasi sebesar Rp 11.000,- untuk RS juga dirasakan masih kurang sekitar Rp 150.000.000,- , sebagai jalan keluarnya diambilkan dari dana subsidi kompensasi BBM atau “menyeplit” dana anggaran yang akan datang (Bon pada anggaran tahun yang akan datang pada sektor kesehatan) .

Untuk Kabupaten Tegal penetapan premi sudah dilakukan berdasarkan perhitungan per jiwa, yaitu sebesar Rp 2.800,- / jiwa/ bulan, yang didasarkan pada hasil perhitungan study kelayakan oleh Bapel pada tahun 1999 dan juga dengan memperhatikan hasil studi kelayakan yang dilaksanakan oleh konsultan UNDIP bekerja sama dengan Kanwil Dep.Kes Propinsi Jawa Tengah. Permasalahan berikutnya muncul karena kepesertaan JPKM di Kabupaten Tegal sangat sedikit, yaitu hanya 299 peserta sedangkan hasil studi kelayakan untuk terjadinya BEP minimal dapat terekrut peserta 15.068 peserta.

Untuk cara mengumpulkan premi peserta antara Kabupaten Purbalingga dan Tegal ada perbedaan. Di Kabupaten Purbalingga premi peserta dikumpulkan oleh kader kesehatan, kemudian disetorkan ke Bapel JPKM lewat koordinator JPKM kecamatan. Di Kabupaten Tegal premi peserta dikumpulkan oleh petugas dari Bapel yang mendatangi peserta tanpa melalui suatu perantara. Peranan kader kesehatan dan koordinator kecamatan di Kabupaten Purbalingga sebagai kolektor pengumpul premi, mendapatkan *fee* dari Bapel JPKM, yaitu untuk kader



kesehatan mendapat Rp 500,- / peserta sedangkan koordinator kecamatan mendapat *fee* sebesar Rp 200,- / peserta.

Perbedaan yang sangat berarti terletak pada cara pembayaran ke PPK I dan PPK II, dalam membayar dana pelayanan kesehatan ke PPK di Kabupaten Purbalingga sudah dilakukan berdasarkan kapitasi, sedangkan di Kabupaten Tegal masih secara klaim / *fee for service*. Pembayaran dana di Kabupaten Purbalingga dilaksanakan setiap awal bulan dan disesuaikan dengan jumlah peserta yang terdaftar di tiap PPK, untuk PPK I (Puskesmas) sebesar Rp 9.000,-/ peserta dan puskesmas rawat inap ditambah Rp 1.500,-/ peserta ke PPK II (RSUD) sebesar Rp 11.000,-/ peserta. Untuk Kabupaten Tegal pembayaran oleh Bapel sesuai dengan ajuan masing-masing PPK dengan tarif sesuai dengan tarif pada PPK yang berlaku saat itu.

Manajemen keuangan dari sisi operasional Bapel antara Bapel JPKM Kabupaten Purbalingga dan Tegal terdapat perbedaan yang sangat berarti. Pada Bapel JPKM di Kabupaten Purbalingga, dana premi peserta diperuntukkan untuk pembayaran klaim ke PPK I dan II sudah dilakukan secara kapitasi, untuk operasional Bapel Rp 2.000,-, untuk operasional Bapim Rp 500,- dan insentif bagi kader kesehatan Rp 500,-. Dari pembagian premi seperti di atas Bapel JPKM untuk operasionalnya mendapatkan dana sekitar Rp 130.000.000,- yang digunakan untuk administrasi, gaji karyawan, sosialisasi, cetak kartu transport petugas PKM Puskesmas dll. Untuk operasional Bapel juga berasal dari Bunga Bank. Penggunaan dana pada Bapel JPKM Kabupaten Tegal belum didasarkan pada pembagian seperti di Kabupaten Purbalingga, tetapi dilakukan secara fleksibel

dalam arti biaya digunakan yang paling utama adalah untuk membayar klaim ke PPK I dan II, baru untuk keperluan yang lain, seperti : kegiatan kantor, promosi, gaji karyawan dll.

Posisi keuangan/ neraca Bapel JPKM di Kabupaten Purbalingga dan Tegal nampak ada perbedaan yang cukup berarti. Pada Bapel JPKM Kabupaten Purbalingga per Mei 2002 terdapat saldo yang cukup banyak sekitar Rp 137.000.000,-, sedangkan di Kabupaten Tegal dalam bulan yang sama posisi saldo hanya sekitar Rp 6.000.000,-. Bila melihat posisi keuangan yang demikian berdasarkan wawancara yang dilakukan memang mempengaruhi aktivitas pada kegiatan Bapel JPKM. Di Kabupaten Purbalingga aktivitas Bapel nampak dinamis, bergairah dan terlihat banyak kegiatan seperti sosialisasi yang terus menerus dan lancarnya pemberian gaji kepada karyawan. Sementara aktivitas di Bapel JPKM Kabupaten Tegal nampak tidak bergairah, lesu dan kurang banyak kegiatan, bahkan manajer Bapel JPKM mengaku sudah dua bulan ini belum menerima gaji/ insentif.

### **C. Manajemen Pemeliharaan Kesehatan**

Manajemen pemeliharaan kesehatan pada Bapel JPKM di Kabupaten Purbalingga dan Tegal meliputi proses penyediaan paket pemeliharaan kesehatan, proses kerjasama dengan PPK I dan II, Jenis pelayanan yang dicakup dan tak dicakup, sarana pelayanan kesehatan, jaringan yang menyangkut rujukan, pelaksanaan pemantauan utilisasi (*utilization review*) dan cara menjaga pemeliharaan kesehatan yang efektif dan efisien. Berdasarkan hasil wawancara

dengan Bapel JPKM Kabupaten Purbalingga dan Tegal, hasil pelaksanaan manajemen pemeliharaan kesehatan selengkapnya seperti nampak pada tabel berikut ini :

Tabel 4.3 : Manajemen Pemeliharaan Kesehatan pada Bapel JPKM Kabupaten Purbalingga dan Tegal

Kabupaten Purbalingga	Kabupaten Tegal
<p><b>1. Proses penyediaan paket pemeliharaan kesehatan</b> Dilakukan melalui musyawarah antara Bapel dan PPK I dan II, Bapel membuat usulan paket harkes kemudian diajukan ke PPK I dan II</p>	<p><b>1. Proses penyediaan paket pemeliharaan kesehatan</b> Sama</p>
<p><b>2. Proses Kerjasama dengan PPK I dan II</b> Dilakukan dengan ikatan kerjasama yang dituangkan dalam surat perjanjian kontrak.</p>	<p><b>2. Proses Kerjasama dengan PPK I dan II</b> Sama</p>
<p><b>3. Jenis Pelayanan</b> Yang dicakup: Rawat jalan di Puskesmas, rawat inap di Puskesmas, pemeriksaan kesehatan oleh tenaga kesehatan, pemeriksaan penunjang diagnostik sederhana, pemberian obat, tindakan medis kecil, pemeriksaan kesehatan gigi, pemberian rujukan ke RSUD, Pelayanan di Polindes (pemeriksaan kehamilan, persalinan normal tanpa penyulit dan rujukan kebidanan ke RSUD).</p> <p>Yang tak dicakup : Haemodialisa, kacamata, prothesa gigi, AIDS, pelayanan ambulan, jenazah, visum, kursi roda, transfusi darah, infertilitas, pelayanan kosmetika, general chek up, pengobatan luar wilayah, pelayanan khusus (kasus jantung, operasi paru-paru, ginjal, radio terapi, CT Scanning, alat bantu dengar, prothesa alat gerak,</p>	<p><b>3. Jenis Pelayanan</b> Yang dicakup : Rawat jalan Tk I, Pelayanan KIA, Pelayanan medis (dokter, diagnostik, obat, tindakan medis sederhana), rujukan, preventif, promotif dan penyuluhan, Pelayanan rawat jalan tk. lanjutan, rawat inap, pemeriksaan kehamilan dan persalinan, pelayanan penunjang medik, pelayanan emergency</p> <p>Yang tak dicakup : Penyakit akibat alkohol, narkotik, penyakit kelamin/ AIDS, kosmetika, transpalansi organ tubuh, kanker, haemodialisa, tindakan medik operatif, obat-obatan kosmetika, vitamin yg tidak berhubungan dg terapi, obat gosok, susu dan obat kanker.</p>

<p>implant, alat kontrasepsi</p> <p><b>4.Sarana Pelayanan Kesehatan</b> Puskesmas Pembantu, Puskesmas, Polindes, Puskesmas rawat inap, Rumah sakit. Pembatasan rawat inap : Maximal 30 hari/orang/tahun, standar kl III,</p> <p><b>5.Pelayanan kesehatan rujukan</b> Telah dibuat semacam protap yaitu prosedur pelayanan kesehatan peserta JPKM, untuk SOP obat-obatan belum dibuat.</p> <p><b>6.Pelaksanaan pemantauan utilisasi (<i>utilization review</i>)</b> Dengan cara evaluasi laporan, penerapan standar pelayanan, supervisi</p> <p><b>7.Cara menjaga pemeliharaan kesehatan yang efektif dan efisien</b> Sementara ini harkes baru ditunjukkan pada upaya kuratif dan rehabilitatif belum pada upaya promotif dan preventif. Untuk upaya promotif dan preventif dilaksanakan dengan integrasi dengan bidang lain.</p>	<p><b>4.Sarana Pelayanan Kesehatan Sama</b></p> <p>Pembatasan rawat inap : Maximal 60 hr/orang.tahun, standar kelas III.</p> <p><b>5.Pelayanan kesehatan rujukan Sama.</b></p> <p><b>6.Pelaksanaan pemantauan utilisasi (<i>utilization review</i>) Sama</b></p> <p><b>7.Cara menjaga pemeliharaan kesehatan yang efektif dan efisien</b> Mestinya dapat memberikan pelayanan kesehatan paripurna, tapi Bapel tidak dapat memberi penjelasan karena itu menjadi wewenang PPK, sementara Bapel lebih banyak memperhatikan manajemen kepesertaan.</p>
---	---

Sumber : Data primer yang telah diolah

Dari tabel 4.3 dapat diketahui bahwa pelaksanaan manajemen pemeliharaan kesehatan antara Bapel JPKM Kabupaten Purbalingga dan Tegal ada beberapa persamaan dan perbedaannya. Dalam proses penyediaan paket pemeliharaan kesehatan (harkes) antara Kabupaten Purbalingga dan Tegal, sama-sama dilakukan dengan melaksanakan negoisasi (musyawarah) antara Bapel JPKM dengan PPK I dan II. Dalam proses negoisasi antar Bapel JPKM dan PPK I dan II di Kabupaten Purbalingga, secara umum paket pemeliharaan kesehatan untuk PPK I (puskesmas) tidak ada masalah dalam arti dapat diterima oleh kedua

belah pihak. Sedangkan untuk paket harkes dengan PPK II (RSUD) agak rumit karena ada beberapa paket yang kurang dapat disepakati, misal pada paket persalinan. Kekurang kesepakatan ini dapat diselesaikan melalui pendekatan terus menerus diantara kedua belah pihak sehingga akhirnya dapat disepakati paket harkes yang ditawarkan. Posisi ketua Bapel JPKM Kabupaten Purbalingga yang kebetulan sebagai karyawan RSUD Kabupaten Purbalingga sangat membantu dalam negoisasi. Untuk Kabupaten Tegal proses negoisasi, semula juga berlangsung alot, dikarenakan pihak RS merasa keberatan dengan jumlah peserta yang sedikit dan pembayaran klaim yang dilaksanakan secara *fee for service*, caranya dari pihak RS setiap awal bulan mengajukan klaim ke Bapel sejumlah tagihan perawatan yang telah dikeluarkan oleh pihak RS sesuai dengan tarif yang ada pada Perda, kemudian menagihnya/ klaim ke Bapel JPKM. Pada akhirnya proses negoisasi inipun dapat dicapai kesepakatan dan dituangkan dalam kontrak kerja sama.

Proses kerjasama dengan PPK I dan II untuk Kabupaten Purbalingga dan Tegal dilaksanakan dengan membuat ikatan kerjasama berupa surat perjanjian (kontrak). Untuk Kabupaten Purbalingga surat perjanjian dengan PPK I (puskesmas) tertuang dalam surat perjanjian No : 03/JPKM/PBG/VII/01 tertanggal 25 Juli 2001, sedangkan dengan RSUD Kabupaten Purbalingga tertuang dalam surat perjanjian No :02/JPKM/PBG/VII/01 tertanggal 25 Juli 2001. Untuk Kabupaten Tegal perjanjian kerjasama dengan PPK I (puskesmas) tertuang dalam surat perjanjian No : 01/BPL/Sp-2/I/01 tertanggal 21 Desember

2001. Sedangkan dengan PPK II (RSUD) dr.Soeselo Slawi tertuang dalam surat perjanjian kontrak No : 01/ BPL/ SP-02/ II/2001 tertanggal 1 Maret 2001.

Mengenai jenis pelayanan yang diberikan oleh Bapel kepada peserta antara Kabupaten Purbalingga dan Tegal juga ada beberapa persamaan dan perbedaannya sebagaimana telah dicantumkan dalam tabel di atas. Untuk jenis pelayanannya antara Kabupaten Purbalingga dan Tegal memiliki tempat pelayanan yang sama yaitu meliputi : Puskesmas pembantu, puskesmas, puskesmas rawat inap, polindes dan rumah sakit. Perbedaannya terletak pada waktu perawatan yang ditanggung, untuk Kabupaten Purbalingga maksimal 30 hari/ orang/ tahun, sedangkan di Kabupaten Tegal maksimal 60 hari/ orang/ tahun. Standar perawatan yang digunakan antara Kabupaten Purbalingga dan Tegal adalah sama yaitu di kelas III.

Dalam hal pelayanan kesehatan rujukan, antara Bapel JPKM Kabupaten Purbalingga dan Tegal sudah menerapkan pelayanan kesehatan secara berjenjang, yaitu apabila PPK I (puskesmas) sudah tidak bisa menangani lagi, maka akan dirujuk pada PPK II (RSUD). Mekanisme yang menyangkut rujukan baik di Kabupaten Purbalingga maupun Kabupaten Tegal, sudah membuat protap mengenai tatacara rujukan, sedangkan pada SOP Obat-obatan baik di Kabupaten Purbalingga maupun Kabupaten Tegal, belum membuatnya, dengan alasan masalah obat-obatan yang lebih tahu adalah pihak PPK, sedang pihak Bapel hanya mengikuti saja.

Pelaksanaan pemantauan utilisasi (*utilization review*) dilakukan oleh Bapel agar dapat memantau pelayanan yang diberikan agar sesuai dengan standar

kualitas pelayanan sehingga mutu pelayanan tetap dapat terjaga. Secara prinsip apa yang dilakukan antara Kabupaten Purbalingga dan Tegal dalam melakukan *utilization review* hampir sama. Di Kabupaten Purbalingga hal ini dilakukan melalui evaluasi laporan, penerapan standar pelayanan dan supervisi yang dilakukan oleh Bapel ke PPK.

Untuk dapat menjaga agar pemeliharaan kesehatan dapat berlangsung secara efektif dan efisien harus memperhatikan upaya kesehatan paripurna yaitu melaksanakan upaya kuratif dan rehabilitatif tanpa mengesampingkan upaya preventif dan promotif. Di Kabupaten Purbalingga dan Tegal upaya pemeliharaan kesehatan baru dilaksanakan sebatas pada upaya kuratif dan rehabilitatif saja, sedangkan upaya promotif dan preventif secara khusus belum dapat dilaksanakan. Di Kabupaten Purbalingga upaya promotif dan preventif biasanya tidak secara khusus dilaksanakan tetapi dilaksanakan secara integrasi dengan bidang lain. Sedangkan di Kabupaten Tegal dari hasil wawancara diketahui bahwa upaya pemeliharaan kesehatan secara paripurna menjadi wewenang PPK, Bapel kurang dapat memberikan penjelasan.

#### **D. Manajemen Institusi Bapel**

Dalam penyelenggaraan JPKM, peranan Bapel JPKM sangat penting terutama kaitannya dengan fungsi Bapel sebagai badan penyelenggara JPKM. Untuk mengetahui manajemen institusi Bapel di Kabupaten Purbalingga dan Tegal, ada beberapa hal yang dijadikan sebagai parameter diantaranya adalah : keadaan institusi Bapel, institusi Bapel dilihat dari Sumberdaya manusia (SDM),

dan keadaan sarana lainnya. Untuk memberikan gambaran yang lebih lengkap mengenai manajemen institusi Bapel di Kabupaten Purbalingga dan Tegal, berikut ini penulis sampaikan profil Bapel JPKM tersebut.

Program JPKM di Kabupaten Purbalingga dan Tegal dimulai bersamaan dengan pelaksanaan program Jaringan Pengamanan Sosial di Bidang Kesehatan (JPSBK) pada tahun 1998. Untuk Kabupaten Purbalingga ditetapkan berdasarkan Surat Kepala Kantor Wilayah Departemen Kesehatan Propinsi Jawa Tengah atas nama Menteri Kesehatan RI dengan surat Penetapan No : HK.00.07.7.3.9625 tertanggal 21 Desember 1998, yaitu menetapkan KPRI RSUD "Rukun Agawe Santosa" sebagai Bapel JPKM Kabupaten Purbalingga.

Penetapan Bapel JPKM Kabupaten Tegal didasarkan pada Surat Keputusan Kepala Kantor Wilayah Departemen Kesehatan Propinsi Jawa Tengah No : HK.00.07.7.3.9635 tertanggal 28 Desember 1998, yaitu menetapkan KPRI Dinas Kesehatan "Bakti Husada" sebagai Bapel JPKM Kabupaten Tegal. Sesuai dengan surat Keputusan dari Kanwil Dep.Kes Propinsi Jawa Tengah, selambat-lambatnya dua tahun setelah ditunjuk sebagai Bapel JPKM dalam JPSBK harus sudah menjadi Bapel mandiri dengan merekrut peserta JPKM dari masyarakat. Sebagai modal awal Bapel JPKM telah mendapat insentif (*management fee*) sebesar 8 % dari dana program JPSBK.

Penetapan Bapel JPKM dengan SK penetapan dari Kanwil Dep.Kes Propinsi Jawa Tengah, dimasa sekarang ini dimana organisasi Kanwil sudah dihapuskan, semestinya perlu ditinjau kembali. Hal ini sejalan dengan temuan saat wawancara dengan sekretaris Bapim JPKM Kabupaten Tegal, yang mengatakan



SK penetapan Bapel oleh Kanwil Dep.Kes Jawa Tengah sudah kadaluwarsa karena yang mengizinkan saja sudah tidak ada. (Kotak : 1)

Kotak : 1

“ ..... SK Penetapan oleh Kanwil itu baru ijin sementara dan itu oleh eks Kanwil mestinya sudah nggak ada Kanwil lagi berarti sudah kadaluwarsa itu, karena yang mengizinkan sudah nggak ada.

Wawancara mendalam : Sekretaris Bapim JPKM Kab.Tegal

Dalam perkembangan berikutnya untuk mengembangkan JPKM di Kabupaten Purbalingga menjadi JPKM mandiri telah dirintis melalui perubahan status badan hukum Bapel JPKM, yaitu dari dahulu di bawah KPRI RSUD “Rukun Agawe Santosa menjadi sebuah badan usaha berbentuk perseroan terbatas (PT), yaitu PT Sadar Sehat Mandiri dan telah ditetapkan dengan akta notaries Tajuddin Nasution, SH No : 06 tertanggal 16 Nopember 1999. Untuk Kabupaten Tegal sampai saat ini masih di bawah naungan KPRI Bakti Husada, belum berubah menjadi badan hukum yang lain.

Keadaan manajemen institusi Bapel pada Kabupaten Purbalingga dan Tegal dapat diketahui dari tabel berikut ini :

Tabel 4.4 : Keadaan Manajemen Institusi Bapel JPKM di Kabupaten Purbalingga dan Tegal

Kabupaten Purbalingga	Kabupaten Tegal
<b>1.Keadaan institusi Bapel</b> Perijinan : ijin operasional dari Menkes belum ada baru SK Penetapan Bapel dari Kanwil Depkes.	<b>1.Keadaan institusi Bapel</b> Sama

<p>Status badan hukum : Berupa Perseroan Terbatas, PT Sadar Sehat Mandiri</p> <p>Struktur Organisasi : terdiri dari seorang ketua, sekretaris, bag.keuangan dan 2 karyawan.</p> <p><b>2.Institusi Bapel dilihat dari SDM</b> Tenaga purna waktu : memiliki 4 orang tenaga purna waktu dan 1 orang paruh waktu</p> <p>Kualitas maupun kwanntitas : dirasakan cukup karena memiliki 2 orang sarjana, 1 orang D III dan 2 SLTA</p> <p>Kualifikasi sesuai kebutuhan : dirasakan cukup untuk melaksanakan operasionalisasi JPKM</p> <p>Pelatihan Bapel JPKM : semua karyawan telah dilatih tentang organisasi dan manajemen Bapel JPKM secara intensif</p> <p>Motivasi : karyawan mengaku sangat antusias dalam bekerja dan punya harapan tinggi terhadap pekerjaannya.</p> <p>Imbalan/gaji : Rp 400.000,- - Rp 800.000,-</p> <p>Profesionalitas : Karyawan bukan paruh waktu, latar belakang pendidikan dan pelatihan sesuai, gaji cukup</p> <p><b>3.Keadaan sarana lainnya</b> Tempat/ kantor : Memiliki kantor tersendiri dan cukup representatif. Kecukupan ruangan : cukup baik, dan dilengkapi fasilitas telepon</p>	<p>Status badan hukum : Salah satu unit kegiatan otonom KPRI Bakti Husada</p> <p>Struktur Organisasi : terdiri dari seorang manajer dibantu 1 orang karyawan</p> <p><b>2.Institusi Bapel dilihat dari SDM</b> Tenaga purna waktu : memiliki 2 orang paruh waktu</p> <p>Kualitas maupun kwanntitas : dirasakan masih sangat kurang. 2 orang sarjana</p> <p>Kualifikasi sesuai kebutuhan : dirasakan kurang untuk melaksanakan operasionalisasi JPKM</p> <p>Pelatihan Bapel JPKM : baru 1 orang yang dilatih tentang organisasi dan manajemen Bapel JPKM.</p> <p>Motivasi : merasa masih cukup kurang karena imbalan yang diperoleh cukup kecil dan perkembangan JPKM sangat lambat.</p> <p>Imbalan/gaji : Rp 75.000,- - Rp 500.000,-</p> <p>Profesionalitas : Karyawan paruh waktu, pelatihan kurang mendukung, gaji dirasakan kurang.</p> <p><b>3.Keadaan sarana lainnya</b> Sama</p>
---	---

Sumber : Data primer yang telah diolah

Dari tabel 4.4 diketahui bahwa ternyata ada beberapa persamaan dan perbedaan dalam pelaksanaan manajemen institusi Bapel JPKM antara Kabupaten Purbalingga dan Tegal. Dari hasil wawancara diketahui bahwa persamaan dan perbedaannya adalah sebagai berikut : Keadaan institusi Bapel JPKM dalam hal perijinan pada dasarnya sama-sama belum memiliki ijin operasional dari Menteri Kesehatan RI, tetapi baru penetapan Bapel oleh Kantor Wilayah Departemen Kesehatan Propinsi Jawa Tengah. Untuk Kabupaten Purbalingga dengan SK penetapan No : HK.00.07.7.3.9625 sedangkan untuk Kabupaten Tegal dengan SK penetapan No : HK.00.07.7.3.9635.

Untuk struktur organisasi Bapel JPKM antara kedua Bapel tersebut memiliki struktur yang tidak sama. Pada Bapel JPKM Kabupaten Purbalingga susunan organisasi Bapel terdiri dari seorang ketua, seorang sekretaris, dan seorang bagian keuangan dan dibantu oleh dua orang staf karyawan pada bagian pemasaran. Pada Bapel JPKM Kabupaten Tegal, semula struktur organisasi ini lengkap, tetapi dalam perjalanan berikutnya karena kemampuan keuangan Bapel yang tidak mendukung diadakan restrukturisasi organisasi, yaitu semula karyawan Bapel ada 6 orang kini hanya tinggal dua orang, yaitu 1 orang manajer dan 1 orang karyawan.

Bila dilihat dari segi sumberdaya manusia (SDM) antara Bapel JPKM Kabupaten Purbalingga perbedaan dan persamaannya dapat dilihat pada beberapa hal, diantaranya : dari sisi tenaga purnawaktu pada Bapel JPKM Kabupaten Purbalingga memiliki SDM purna waktu sebanyak 4 orang dan 1 orang tenaga paruh waktu, sedangkan di Kabupaten Tegal memiliki 2 orang karyawan yang

paruh waktu semua. Dari segi kualitas dan kuantitas untuk Bapel JPKM Kabupaten Purbalingga mengaku dan merasakan cukup, sedangkan untuk Kabupaten Tegal merasa kurang. Dalam hal kualifikasi kebutuhan untuk operasionalisasi JPKM di Kabupaten Purbalingga merasakan cukup, karena dari sisi pendidikan telah memenuhi untuk terselenggaranya JPKM, yaitu terdiri dari 2 orang sarjana (kedokteran dan ekonomi) seorang D III (sekretaris) dan 2 orang berpendidikan SLTA. Pada Bapel JPKM Kabupaten Tegal 2 orang karyawannya semua berpendidikan sarjana, tetapi semuanya merupakan tenaga yang paruh waktu, sehingga untuk operasionalisasi JPKM merasa masih kurang.

Dalam hal pelatihan tentang JPKM sebagai bekal bagi karyawan, antara Bapel JPKM Kabupaten Purbalingga dan Tegal juga terdapat perbedaan. Pada Bapel JPKM Kabupaten Purbalingga semua karyawannya telah dilatih secara intensif di Bapel JPKM Kabupaten Klaten dan pada pelatihan lain tentang organisasi dan manajemen Bapel JPKM. Di Kabupaten Tegal pelatihan tentang Organisasi dan Manajemen Bapel JPKM baru diikuti oleh 1 orang karyawannya sedangkan karyawan yang lainnya belum pernah.

Untuk motivasi dan profesionalitas karyawan dalam bekerja, di Bapel JPKM Kabupaten Purbalingga karyawan mengaku sangat antusias, penuh motivasi, dan harapan yang tinggi tentang pekerjaannya di Bapel JPKM. Profesionalitas karyawan cukup memadai untuk bekerja di Bapel JPKM. Hal ini seperti terungkap saat wawancara dengan salah seorang karyawan Bapel JPKM Kabupaten Purbalingga, berikut petikannya (Kotak : 2)

Kotak : 2 : “..... Saya sendiri punya harapan agar JPKM dapat berkembang terus, apalagi juga mencari pekerjaan itu ya sulit, sehingga saya masih tetap bisa bekerja. Motivasi ke depan agar JPKM terus berjalan supaya tercapai Purbalingga Sehat 2010.... “  
Wawancara : Karyawan Bapel JPKM Kab.Purbalingga.

Keadaan sebaliknya dirasakan di Bapel JPKM Kabupaten Tegal, karyawan mengaku kurang termotivasi untuk bekerja, profesionalitas yang diharapkan tumbuh seiring dengan perkembangan JPKM, menjadi kurang dapat berkembang. Faktor yang mempengaruhi hal tersebut, diantaranya adalah karena perkembangan JPKM yang sangat lambat dan pemberian gaji yang relatif kecil. Berikut penuturan mereka. (Kotak : 3)

Kotak : 3

“ .....Motivasinya tidak begitu tinggi, karena kembali kepada nilai yang didapat mereka masih cukup kecil, sementara dari sisi profesionalitas karena perkembangannya sangat lamban, maka boleh dibilang sangat kurang sekali....”

Wawancara: Manajer Bapel JPKM KPRI Bakti Husada Kab.Tegal

Di Bapel JPKM Kabupaten Tegal gaji karyawan berkisar antara Rp 75.000,- s/d Rp 500.000,- sedangkan di Kabupaten Purbalingga berkisar antara Rp 400.000,- s/d Rp 800.000,-. Di Kabupaten Tegal, karyawan juga mengaku bahwa sudah dua bulan ini, gaji karyawan belum dapat terambil/terbayar, sedangkan di Kabupaten Purbalingga pemberian gaji lancar-lancar saja.

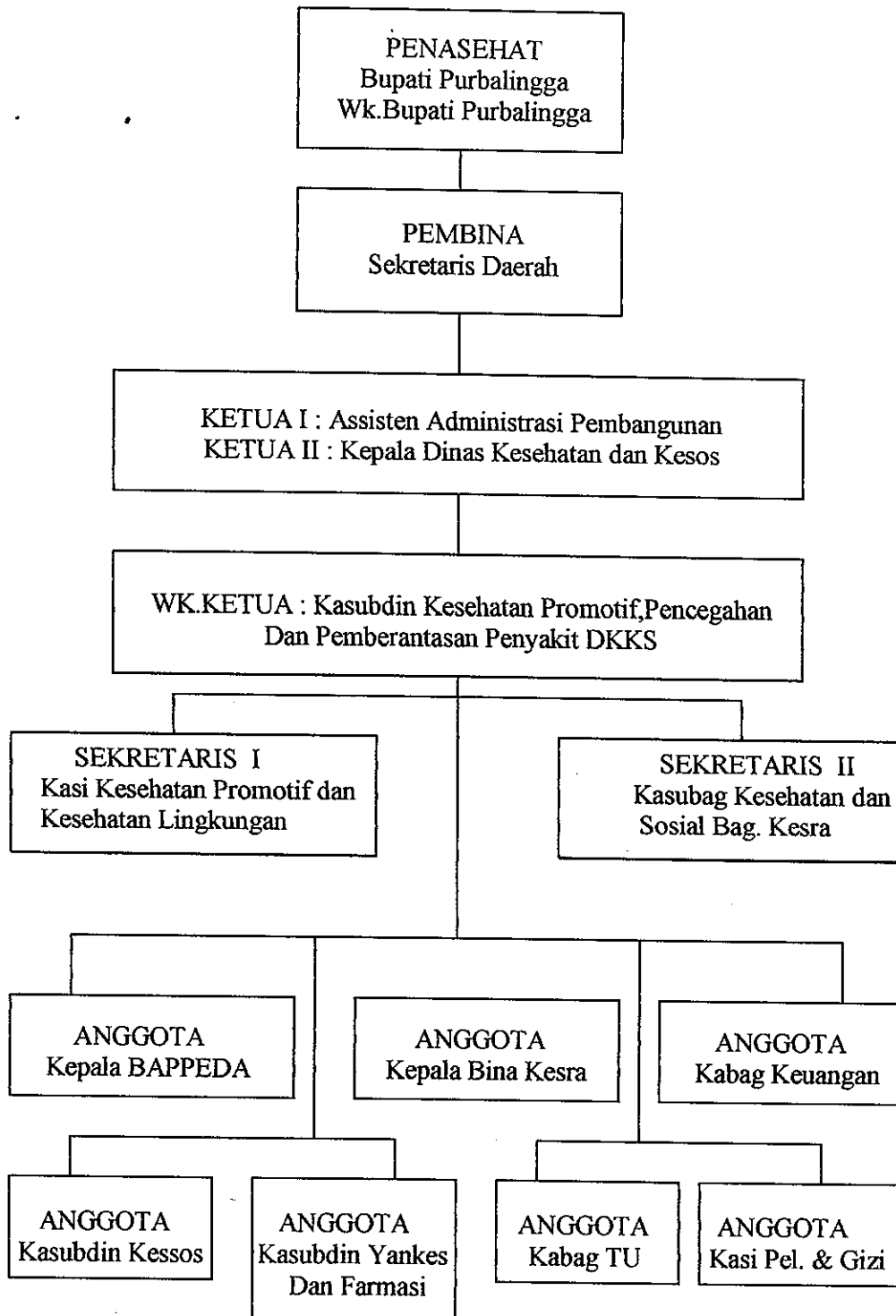
Keadaan sarana lainnya di Bapel JPKM Kabupaten Purbalingga dan Tegal, sebenarnya juga tidak jauh berbeda. Tempat/ kantor Bapel JPKM Kabupaten Purbalingga telah memiliki kantor tersendiri yang cukup representatif, yaitu menggunakan rumah dinas dokter puskesmas di Purbalingga kota yang tidak terpakai. Ukuran kantor cukup luas dan dirasakan cukup untuk kegiatan kantor. Di Kabupaten Tegal kantor Bapel JPKM juga telah disediakan oleh kantor KPRI Bakti Husada, yaitu di lantai II gedung kantor KPRI Bakti Husada. Ukuran kantor juga cukup luas dan dirasakan cukup untuk menunjang kegiatan kantor. Dalam hal perlengkapan kantor, antara Bapel JPKM Kabupaten Purbalingga dan Tegal juga tidak banyak perbedaan, sarana kantor yang dibutuhkan hampir semuanya telah tersedia seperti : telepon, meja, kursi, lemari, filing kabinet, komputer dan peralatan lain yang dibutuhkan.

#### **E. Peran dan Fungsi Bapim JPKM (Tri Karya JPKM)**

Secara umum ada tiga peran dan fungsi Badan Pembina JPKM dalam membina, mendorong dan mengembangkan JPKM yang dikenal dengan istilah Tri Karya JPKM (Dep.Kes, 2000 c), yaitu : a) Peningkatan sosialisasi-edukasi guna perluasan kesadaran, partisipasi dan kepesertaan, b) Upaya mengembangkan, pemantapan, dan penerapan perundang-undangan/ regulasi dan peraturan daerah, dan c) upaya peningkatan kinerja para pelaku JPKM dalam melaksanakan manajemen dan penerapan teknologi kendali mutu dan biaya serta menjamin pemenuhan kebutuhan utama masyarakat dalam pelayanan kesehatan.

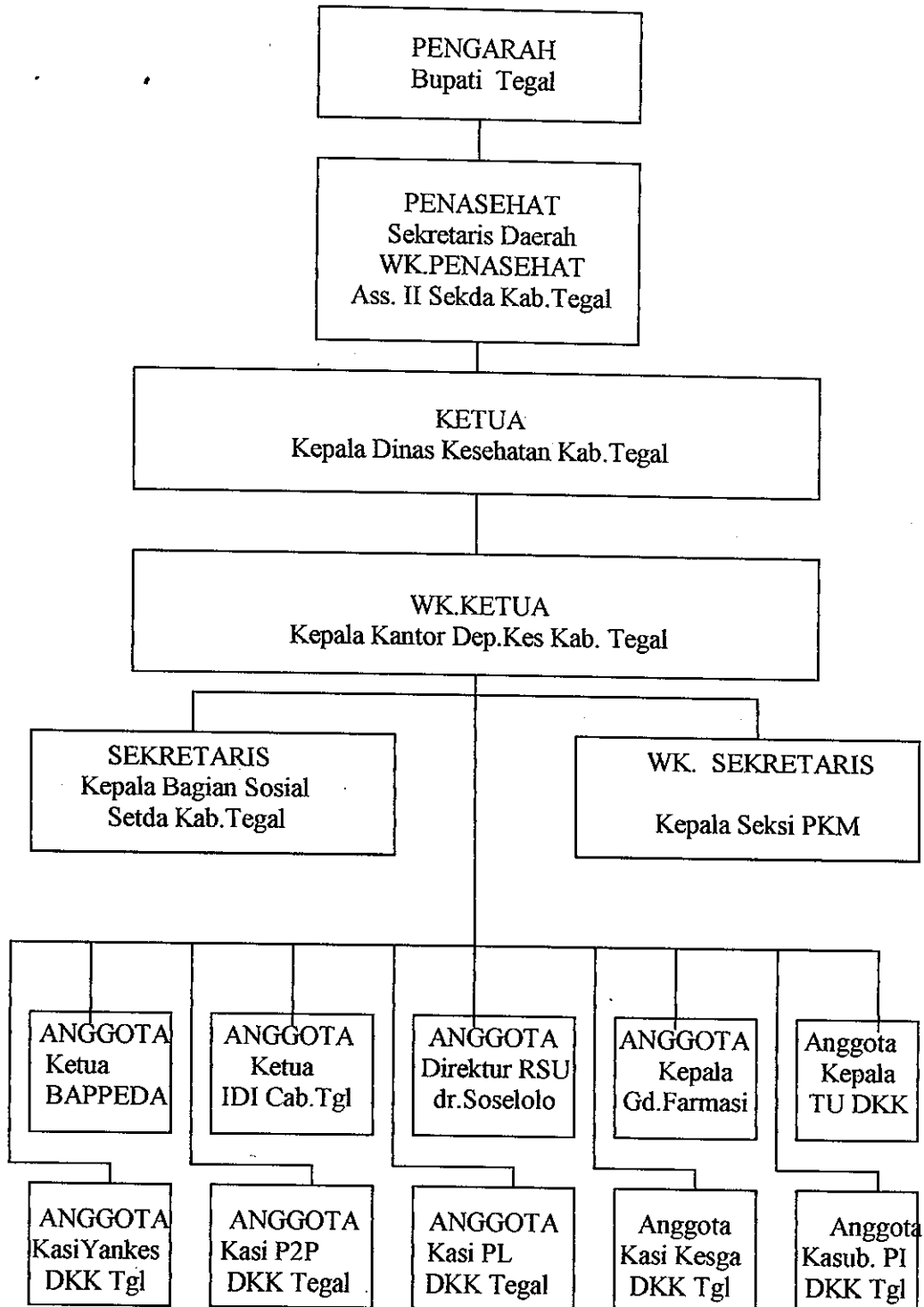
Untuk mengetahui peran dan fungsi dari Badan Pembina JPKM antara Kabupaten Purbalingga dan Tegal, sebelumnya penulis sajikan mengenai profil di kedua Kabupaten tersebut. Dalam rangka membina dan mendorong secara efektif berkembangnya penyelenggaraan Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat (JPKM) telah dibentuk Badan Pembina (Bapim) JPKM di Kabupaten Purbalingga dan Tegal. Pembentukan Badan Pembina di Kabupaten Purbalingga didasarkan pada Surat Keputusan Bupati Purbalingga No : 440/ 167/ 2001 sedangkan di Kabupaten Tegal didasarkan pada Surat Keputusan Bupati Tegal No : 441.7/0583/2000. Perbedaan dan persamaan susunan organisasi Badan pembina dapat digambarkan sebagai berikut :

**SUSUNAN ORGANISASI BADAN PEMBINA (BAPIM) JPKM  
KABUPATEN PURBALINGGA**





**SUSUNAN ORGANISASI BADAN PEMBINA (BAPIM) JPKM  
KABUPATEN TEGAL**



Dari gambaran struktur organisasi tersebut di atas menunjukkan bahwa susunan organisasi Bapim JPKM di Kabupaten Purbalingga dan Tegal, terdapat beberapa perbedaan dan persamaan diantaranya : dari segi jumlah personil dan komposisi susunan organisasinya. Dari segi jumlah personil, Bapim JPKM di Kabupaten Purbalingga berjumlah 15 orang, sedangkan di Kabupaten Tegal berjumlah 17 orang. Dalam susunan organisasi Bapim JPKM Kabupaten Purbalingga Ketua Bapim JPKM dipegang Assisten Administrasi Pembangunan Sekda Kab.Purbalingga, sedangkan di Kab.Tegal dipegang oleh Kepala Dinas Kesehatan. Pada Bapim Kab.Purbalingga peranan Bupati sebagai penasehat, sedangkan pada Bapim JPKM Kabupaten Tegal, peranan Bupati sebagai pengarah.

Untuk operasionalisasi kegiatan Bapim dibutuhkan adanya pendanaan yang memadai. Pada awal kegiatan JPKM, yaitu pada program JPKM –JPSBK, pendanaan operasionalisasi Bapim masuk dalam *management fee* Bapel JPKM. Operasionalisasi Bapim JPKM di Kabupaten Purbalingga paska program JPKM-JPSBK, dilanjutkan oleh Bapel JPKM, yaitu diambilkan dari Premi JPKM sebesar Rp 500,- / peserta. Sedangkan di Kabupaten Tegal operasionalisasi Bapim belum ada pos anggarannya, tetapi secara insidental ditunjang oleh kegiatan program di Seksi PKM Dinas Kesehatan Kabupaten Tegal.

Hasil dari pelaksanaan Tri Karya JPKM sesuai dengan hasil wawancara dengan Bapim JPKM di Kabupaten Purbalingga dan Tegal dapat dijelaskan sebagai berikut :

- a. Tri Karya 1 : Peningkatan sosialisasi-edukasi guna perluasan kesadaran, partisipasi dan kepesertaan.

Dalam hal sosialisasi-edukasi guna peningkatan kesadaran, partisipasi dan kepesertaan yang dilakukan oleh Bapim JPKM di Kabupaten Purbalingga dan Tegal selengkapnya dapat dijelaskan pada tabel berikut ini :

Tabel 4.5: Peningkatan Sosialisasi-Edukasi Guna Perluasan Kesadaran, Partisipasi dan Kepesertaan pada Bapim JPKM Kab.Purbalingga dan Kab.Tegal.

Kabupaten Purbalingga	Kabupaten Tegal
<b>1. Sasaran Sosialisasi-Edukasi</b> Tokoh Masyarakat/ agama, lintas sektor, LSM.	<b>1. Sasaran Sosialisasi-Edukasi</b> Sama
<b>2. Kegiatan Sosialisasi-Edukasi</b> Promosi dan Forum Komunikasi	<b>2. Kegiatan Sosialisasi-Edukasi</b> Promosi
<b>3. Sarana Promosi</b> Leaflet, siaran radio, spanduk, pengajian.	<b>3. Sarana Promosi</b> Sama
<b>4. Pelaksanaan</b> Secara berjenjang (Tk.Desya,Kec,Kab.)	<b>4. Pelaksanaan</b> sama
<b>5. Peran Top Leader (Bupati)</b> Menonjol	<b>5. Peran Top Leader (Bupati)</b> Kurang menonjol
<b>6. Dukungan dana</b> Ada dari Bapel	<b>6. Dukungan dana</b> Tidak ada dari Bapel

Sumber : Data primer yang telah diolah.

Dari tabel di atas diketahui bahwa pelaksanaan sosialisasi-edukasi guna peningkatan kesadaran, partisipasi dan kepesertaan yang dilaksanakan oleh Bapim JPKM di Kabupaten Purbalingga dan Tegal terdapat beberapa perbedaan dan persamaan. Diantara perbedaan itu adalah pelaksanaan sosialisasi-edukasi di

Kabupaten Purbalingga, selain dengan cara promosi juga mengadakan forum komunikasi yang intensif antar para pelaku JPKM, sedangkan di Kabupaten Tegal Sosialisasi-edukasi lebih banyak dengan cara promosi saja tanpa adanya forum komunikasi. Selai itu dalam hal peran dari *Top Leader* (Bupati) menunjukkan peran yang sangat besar yang dilakukan oleh Bupati Purbalingga, sementara di Kabupaten Tegal kurang menunjukkan peran dari Bupati yang menonjol dalam mensosialisasikan JPKM. Gambaran dari peran Bupati Purbalingga yang besar dalam upaya sosialisasi, seperti terungkap dalam wawancara dengan sekretaris Bapim JPKM Kabupaten Purbalingga. (Kotak : 4)

Kotak : 4

“ .... Waktu sosialisasi JPKM, kita mengadakan grand opening... dimana dari Bupati, Pimpinan Dewan, Lintas sektor hadir pada kegiatan itu, dan dalam kesempatan itu diserahkan kartu kepesertaan JPKM kepada Bupati. Acara grand opening sendiri diawali dengan senam sehat yang dipandu oleh pesenam dari AN TV Jakarta, dan ini yang mengundang Bupati sendiri ..... “  
Wawancara : Sekretaris Bapim JPKM Kab.Purbalingga

Perbedaan selanjutnya dapat diamati dari penyediaan dana untuk kegiatan sosialisasi-edukasi. Pada Bapim JPKM Kabupaten Purbalingga dana untuk sosialisasi edukasi ditunjang oleh Bapel JPKM, yaitu dana yang diperoleh dari pembagian premi peserta JPKM sebesar Rp 500,- / peserta. Sedangkan dana untuk sosialisasi-edukasi di Kabupaten Tegal, yang berasal dari Bapel JPKM belum ada, tapi menggunakan dana operasional dari Subdin Promkes yang bersifat insidental.

Selain menunjukkan adanya perbedaan, juga banyak persamaannya dalam kegiatan sosialisasi edukasi antara Kabupaten Purbalingga dan Tegal, diantaranya adalah pelaksanaan sosialisasi-edukasi yang dilaksanakan secara berjenjang mulai dari tingkat kabupaten, kecamatan dan tingkat desa, sarana promosi yang digunakan, dan sasaran kegiatan sosialisasi-edukasi.

- b. Tri Karya 2 : Upaya pengembangan, pemantapan, dan penerapan perundang-undangan/ regulasi dan Perda.

Hasil dari upaya yang dilakukan oleh Bapim JPKM kaitannya dengan upaya pengembangan, pemantapan, dan penerapan perundang-undangan/regulasi dan Perda di Kabupaten Purbalingga dan Tegal, sesuai dengan hasil wawancara adalah seperti tampak pada tabel berikut ini :

Tabel 4.6 : Upaya Pengembangan, Pemantapan, dan Penerapan Perundang-undangan/ Regulasi dan Perda pada Bapim JPKM Kabupaten Purbalingga dan Tegal

Kabupaten Purbalingga	Kabupaten Tegal
<b>1. Peraturan yang mengatur</b> SK Bupati Tentang Penyelenggaraan JPKM, Perda JPKM dalam proses.	<b>1. Peraturan yang mengatur</b> Belum ada SK Bupati
<b>2. Dukungan dari Pemda dan legislatif</b> Subsidi premi, 1 unit Computer, dan keinginan legislatif untuk segera membuat Perda JPKM	<b>2. Dukungan dari Pemda dan legislatif</b> Dukungan institusional yaitu ada seksi PSM dan JPKM pada organisasi Dinas Kesehatan.
<b>3. Pengembangan dan Pemantapan JPKM</b> Secara pelan-pelan diterapkan kaidah JPKM	<b>3. Pengembangan dan Pemantapan JPKM</b> Dikembangkan JPKM mandiri tanpa JPKM bagi Gakin

Sumber : Data Primer yang telah diolah.

Seperti nampak pada tabel di atas, upaya yang dilakukan di Kabupaten Purbalingga dan Tegal terdapat beberapa persamaan dan perbedaan. Di Kabupaten Purbalingga dan Tegal dalam mengembangkan JPKM sama-sama belum diatur dengan suatu Peraturan Daerah (Perda) yang mengatur khusus tentang penyelenggaraan JPKM. Perbedaannya di Kabupaten Purbalingga Perda yang mengatur khusus tentang penyelenggaraannya JPKM masih dalam pembahasan sementara di Kabupaten Tegal Perda tentang JPKM belum dirintis pembahasannya, hanya secara implisit penyelenggaraan JPKM disinggung sedikit dalam Perda tentang Tarif Pelayanan Kesehatan.

Dalam hal dukungan Pemerintah daerah dan Legislatif dalam memantapkan program JPKM antara Kabupaten Tegal dan Purbalingga sebenarnya sama-sama baik, dalam arti Pemda dan Legislatif ikut memikirkan pengembangan JPKM. Perbedaannya peran Pemda di Kabupaten Purbalingga dalam penerapan peraturan telah membuat Surat Keputusan Bupati tentang Penyelenggaraan JPKM, sementara di Kabupaten Tegal belum ada. Penerapan Perda JPKM di Kabupaten Purbalingga terlihat lebih maju, hal ini dapat diamati dari adanya keinginan dari pihak legislatif dalam hal ini DPRD Kabupaten Purbalingga untuk “nyentil” mengenai pentingnya segera membuat Perda tentang JPKM.

Perbedaan yang agak mendasar terletak pada konsep pengembangan JPKM yang akan dikembangkan. Di Kabupaten Purbalingga untuk mencapai kepesertaan JPKM mandiri dikembangkan secara bertahap atau istilah dari Bapim Kabupaten Purbalingga secara pelan-pelan, yaitu memadukannya dengan JPKM

bagi keluarga miskin, dimana preminya disubsidi oleh Pemda. Berikut ini petikan penuturan Sekretaris Bapim JPKM Kabupaten Purbalingga. (Kotak : 5).

Kotak : 5

“ ..... Untuk mencapai Indonesia Sehat 2010 mungkin di Purbalingga ya masih jauh, tapi kita akan berusaha secara pelan-pelan untuk mengembangkan JPKM agar pada saatnya nanti di Kabupaten Purbalingga dapat terlindungi semua dengan JPKM “  
Wawancara : Sekretaris Bapim JPKM Kab.Purbalingga

Sementara di Kabupaten Tegal pengembangan JPKM hanya ditujukan pada JPKM dari non gakin (mandiri). Penerapan kaidah-kaidah JPKM secara pelan-pelan dilaksanakan di Kabupaten Purbalingga, seperti pemberian pelayanan kesehatan, sistem kapitasi sedangkan di Kabupaten Tegal walaupun langsung pada JPKM mandiri, tapi untuk kaidah-kaidah JPKM belum dapat dilaksanakan, seperti pembayaran ke PPK masih menggunakan sistim klaim. Pemantapan pengembangan JPKM di Kabupaten Tegal secara struktural sebenarnya sudah cukup baik, dimana telah disusun dalam SOT DKK Tegal salah satu seksinya adalah seksi Peran Serta Masyarakat dan JPKM, sementara di Kabupaten Purbalingga, Seksi JPKM tidak ada tapi masuk dalam salah satu tugas pokok di Subdin Pencegahan Penyakit dan Promosi Kesehatan (PPPK).

- c. Tri Karya 3 : Upaya peningkatan kinerja para pelaku JPKM dalam melaksanakan manajemen dan penerapan teknologi kendali mutu dan biaya serta menjamin pemenuhan kebutuhan utama masyarakat dalam pelayanan kesehatan.

Hasil dari upaya peningkatan kinerja para pelaku JPKM di Kabupaten Purbalingga dan Tegal kami sajikan dalam tabel berikut ini :

Tabel 4.7 : Upaya Peningkatan Kinerja Para Pelaku JPKM dalam Melaksanakan Manajemen dan Penerapan Teknologi Kendali Mutu dan Biaya serta Menjamin Pemenuhan Kebutuhan Utama Masyarakat dalam Pelayanan Kesehatan di Bapim Kabupaten Purbalingga dan Tegal

Kabupaten Purbalingga	Kabupaten Tegal
<p><b>1. Cara Pelaksanaan</b> Caranya dengan mengikutsertakan Bapel dan Bapim pada pelatihan, loka karya, seminar dan pembinaan kesehatan dasar wilayah. Untuk PPK terutama RSUD dengan pelatihan peningkatan pelayanan prima, Puskesmas dengan penerapan QA.</p> <p><b>2. Pengendalian biaya harkes</b> Untuk mengendalikan biaya antara lain dengan pembatasan paket yankes JPKM baik di PPK I maupun RS.</p> <p><b>3. Tingkat keluhan peserta</b> Untuk pelayanan bagi masyarakat disediakan UPM ( Unit Pengaduan Masyarakat) yang dipasang pada setiap PPK I dan RS. tingkat keluhan peserta sangat sedikit sekali.</p> <p><b>4. Cara Pembinaan</b> Untuk pembinaan kita juga mengadakan supervisi secara terus menerus kepada puskesmas.</p>	<p><b>1. Cara Pelaksanaan</b> Caranya dengan peningkatan kinerja Bapel, PPK masih sebatas pada jalur dinas, peserta JPKM mandiri juga masih kecil sekali. Barangkali selama masih ada program JPS juga perekrutan peserta JPKM mandiri masih sangat sulit sekali.</p> <p><b>2. Pengendalian biaya harkes</b> Sama</p> <p><b>3. Tingkat keluhan peserta</b> Belum memasang kotak saran, kurang dapat dipantau.</p> <p><b>4. Cara Pembinaan</b> Sama</p>



<p><b>5. Masalah biaya pelayanan</b> Masalah biaya pelayanan kami yakin tidak ada masalah.</p>	<p><b>5. Masalah biaya pelayanan</b> Terbentur pada pembiayaan ke PPK masih secara <i>fee for service</i> dan klaim.</p>
--	--

Sumber : Dara Primer yang telah diolah.

Dari tabel 4.7 menunjukkan bahwa dalam upaya peningkatan kinerja para pelaku JPKM dalam melaksanakan manajemen dan penerapan teknologi kendali mutu dan biaya serta menjamin pemenuhan kebutuhan utama masyarakat dalam pelayanan kesehatan untuk Kabupaten Purbalingga dan Tegal ternyata ada beberapa persamaan dan perbedaan. Upaya tersebut di atas sama-sama telah dilakukan baik di Kabupaten Purbalingga maupun Kabupaten Tegal, perbedaannya terletak pada cara yang dilakukan. Untuk Kabupaten Purbalingga caranya dengan mengikutsertakan Bapel dan Bapim pada pelatihan, loka karya, seminar dan pembinaan kesehatan dasar wilayah, sedangkan di Kabupaten Tegal dilaksanakan hanya sebatas pada jalur dinas, maksudnya dilaksanakan dengan program-program yang ada pada Dinas Kesehatan dalam hal ini di Sub.Din Promosi Kesehatan. Dalam hal penerapan teknologi mutu antara Kabupaten Purbalingga dan Tegal sama-sama melaksanakannya dengan penerapan standar pelayanan yang dipersaratkan dalam *Quality Assurance (QA)* .

Masalah pengendalian biaya di Kabupaten Tegal terbentur pada pembayaran biaya pelayanan kepada PPK yang memang belum dilaksanakan secara kapitasi, tetapi masih dilaksanakan secara "klaim"/ *fee for service* . Untuk Kabupaten Purbalingga karena pembiayaan sudah dilaksanakan secara kapitasi, maka pengendalian biaya menjadi lebih mudah dilaksanakan caranya antara lain dengan pembatasan pada paket pelayanan. Dengan pembayaran ke PPK secara

kapitasi di Kabupaten Purbalingga sementara ini tidak ada masalah menyangkut kekurangan biaya di PPK, bahkan menurut sekretaris Bapim JPKM Kabupaten Purbalingga PPK merasa diuntungkan dengan cara kapitasi (Kotak : 6)

Kotak : 6

“ ..... Masalah biaya pelayanan kami yakin tidak ada masalah, sebagai contoh real ya .... Pada bulan April sekabupaten ada pasien 15.300 orang kalau dikalikan Rp 2100,- (tarif puskesmas) ada sekitar Rp 30 juta, persalinan ada 120 kalau dikalikan Rp 75.000,- kurang lebih Rp 9 juta, kalau kita total pendapatan puskesmas ada Rp 39 juta, padahal premi dari Bapel ke puskesmas pada bulan april ada Rp 52 juta, jadi sebenarnya dana JPKM cukup untuk memenuhi kebutuhan puskesmas bahkan berlebih ....”

Wawancara : Sekretaris Bapim JPKM Kab.Purbalingga

Pengendalian mutu pelayanan Kesehatan berkaitan erat dengan kepuasan peserta JPKM, untuk itu diperlukan usaha untuk menjaring keluhan peserta. Di Kabupaten Purbalingga dalam rangka menjaring keluhan peserta dilaksanakan dengan pemasangan Unit Pengaduan Masyarakat (UPM) pada PPK I dan PPK II, sedangkan di Kabupaten Tegal hal ini belum dapat dilaksanakan. Tingkat keluhan peserta sendiri dirasakan masih sangat kecil sesuai dengan keluhan yang masuk pada unit UPM.

#### **F. Pengembangan JPKM di Kabupaten Tegal Sebagai wujud kesiapan Bapel dan Bapim JPKM**

Untuk merumuskan langkah-langkah pengembangan JPKM di Kabupaten Tegal, Sesuai dengan hasil *benchmarking* penyelenggaraan JPKM di Kabupaten

Purbalingga diadakan Diskusi Kelompok Terfokus (DKT). Tujuan dilaksanakan kegiatan DKT adalah tercapainya kesepakatan dan komitmen dalam mengembangkan JPKM di Kabupaten Tegal sebagai wujud kesiapan Bapel dan Bapim JP $\ddot{K}$ M Kabupaten Tegal.

Kegiatan DKT dilaksanakan pada tanggal 5 September 2002, dan diikuti oleh 11 orang peserta. *Out put* dari DKT ini adalah tercapainya kesepakatan dalam pengembangan JPKM, dimana sebelumnya peserta memberikan masukan mengenai kekuatan dan kelemahan penyelenggaraan JPKM di Kabupaten Purbalingga dan Tegal serta *performance gap* yang ada. Hasil dari DKT selengkapnya kami sajikan berikut ini :

1. Langkah-langkah yang diambil dalam mengembangkan JPKM di Kabupaten Tegal

Setelah mempelajari hasil *benchmarking* tentang penyelenggaraan JPKM di Kabupaten Purbalingga, tanggapan peserta DKT sangat antusias dan menilai positif dengan kegiatan *benchmarking* yang dilaksanakan. Tanggapan peserta terhadap pengembangan JPKM di Kabupaten Purbalingga, umumnya menilai sebagai “ upaya terobosan yang positif “ dalam masa menunggu pengembangan JPKM sebelum UU tentang JPKM disahkan. Model pengembangan JPKM di Kabupaten Purbalingga, yang berusaha memadukan model pemeliharaan kesehatan bagi keluarga miskin yang preminya disubsidi Pemda dan keluarga yang mampu yang membayar preminya secara mandiri mendapat tanggapan yang beragam dari peserta. Terhadap model pengembangan JPKM seperti dikembangkan di Kabupaten Purbalingga, dan kemungkinan model ini dapat

diadopsi di Kabupaten Tegal, peserta memberi tanggapan beragam ada yang menilai positif (kekuatan) dan negatif (kelemahan) selengkapnya sebagai berikut :

- a. Kekuatan dan kelemahan dalam pengembangan JPKM, sesuai hasil *benchmarking* penyelenggaraan JPKM di Kabupaten Purbalingga.

#### **JPKM DI KABUPATEN PURBALINGGA “ MASIH SANGAT RAPUH “**

Model pengembangan JPKM di Kabupaten Purbalingga yang mengandalkan subsidi premi peserta keluarga miskin dari anggaran Pemda Kabupaten Purbalingga, dinilai masih memiliki peluang bahwa program ini akan kurang langgeng dan rapuh. Seperti apa yang diungkapkan berikut ini : (Kotak : 7)

Kotak : 7

“ Kalau melihat kondisi Bapel dan Bapim di Kabupaten Tegal saya melihat masih sangat rapuh, kalau saya mengamati kondisi di Purbalinggapun sebenarnya masih sangat rapuh, artinya dari sisi pendanaan kalau kita lihat dari 67.000 peserta 59.000 peserta masih menjadi beban Pemda, sedangkan yang mandiri hanya 8000 an. Apakah dengan pola seperti ini bisa mendukung pengembangan JPKM di masa depan.....”

DKT : Anggota Bapim Kabupaten Tegal

#### **JPKM DI KABUPATEN PURBALINGGA : “ BISA HIDUP ENGGAN MATI TAK MAU , ENGGAK LAYAK .. “**

Pendapat senada juga ada yang menilai bahwa model pengembangan JPKM seperti di Kabupaten Purbalingga, kalau dilihat dari prinsip asuransi rawan bahaya, dibaratkan suatu saat bisa hidup enggan mati tak mau, karena subsidi Pemdanya terlalu besar sekitar 88 %, ini enggak layak ( Kotak :8)

Kotak : 8

“ Sebenarnya kami juga sudah menghitung, potensinya hanya 12 % non gakin, 88 % itu subsidi, kalau kita berbicara suatu asuransi naptinya bisa mati enggan hidup tak mau, enggak layak !. Seperti askes kalau tidak didukung gaji dipotong maka sudah dari dulu-tulu tumbang itu !, betul itu ! .....”

DKT : Anggota Bapim JPKM Kabupaten Tegal

### **JPKM DI KABUPATEN PURBALINGGA : “ ITU BUKAN JPKM TAPI JPKP ”**

Tanggapan yang negatif selain di atas, yang menilai JPKM di Kabupaten Purbalingga masih lemah adalah menganggap bahwa JPKM itu lebih tepat dikatakan JPKP (Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Pemda) karena peran dari Pemdanya yang terlalu dominan. (Kotak : 9)

Kotak : 9

“ Kalau saya amati, ini dari kacamata saya, saya sependapat dengan teman sejawat pak Bahauddin saya sebutkan sebenarnya itu bukan JPKM tapi JPKP (Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Pemda), kalau saya hitung 36.000 x 25.000 menghasilkan 900 juta, kemudian 22.000 x 15.000,- menghasilkan 330 juta, jadi itu disubsidi oleh pemda ada 1,2 milyar itu bukan angka yang kecil, bagaimana kelanjutan program 2-3 tahun mendatang ....”

DKT : PPK I JPKM Kabupaten Tegal

### **JPKM DI KABUPATEN PURBALINGGA : “ ADA MISI APA ? ”**

Peran Bupati Kabupaten Purbalingga dalam mengembangkan JPKM memang sangat besar sekali, Beliau sangat komit dan mendukung sepenuhnya pengembangan JPKM di Kabupaten Purbalingga, tapi sebagian juga ada yang

mempertanyakan langkah ini seperti terungkap dalam pendapat peserta DKT berikut ini (Kotak : 10)

Kotak : 10

“ ..... Sebetulnya saya tadi mau ... apa itu istilahnya .. sebenarnya, ini bupatinya ada program apa ? kok sampai berani mengeluarkan 1,2 milyar, ada misi apa ? dan ini ternyata ada beberapa tren, sebetulnya ada gebrakannya bagus tapi menurut saya visi jangka panjangnya kurang bagus, seperti visi pembebasan biaya di puskesmas seperti di Demak dengan rencana di Pemalang , dan saya kurang tahu ini gebrakan eksekutif atau ada visi misi yang lain .....”

DKT : PPK I JPKM Kab.Tegal

**JPKM DI KABUPATEN PURBALINGGA : “ PEMDA MENSUBSIDI GAKIN ITU NGGAK MASALAH, ITU KEWAJIBAN “**

Selain tanggapan yang negatif (kelemahan) seperti disebutkan di atas, ada juga yang memberikan penilaian agak positif. Pada prinsipnya tanggung jawab pemeliharaan kesehatan adalah menjadi tanggungjawab pemerintah, apalagi bagi masyarakat yang tidak mampu. Model pengembangan JPKM dengan memadukan konsep pemeliharaan kesehatan bagi masyarakat kurang mampu (gakin) dengan masyarakat yang mampu (mandiri) di Kabupaten Tegal perlu dicarikan solusinya.

(Kotak : 11)

Kotak : 11

“ ... Mengenai peserta gakin kalau menurut saya dalam rangka mengumpulkan modal, pemerintah daerah mensubsidi gakin itu nggak masalah, karena itu memang suatu kewajiban bagi pemerintah, orang tidak mampu itu dilindungi oleh pemerintah sesuai dengan UUD, inikan sebenarnya hanya bentuk bagaimana Pemerintah Daerah memberikan subsidi dan membantu masyarakat miskin, dan kalau ini bisa dikelola oleh suatu bentuk asuransi itu sangat bagus.....”

DKT : PPK II JPKM Kab.Tegal

b. *Performance gap* antara Kabupaten Purbalingga dan Tegal

Memperhatikan beberapa kekuatan dan kelemahan yang ada dalam penyelenggaraan JPKM sesuai dengan hasil *benchmarking*, ada beberapa hal yang perlu mendapat perhatian bila JPKM di Kabupaten Tegal akan dikembangkan sebagaimana di Kabupaten Purbalingga. Beberapa diantaranya muncul pada saat DKT.

1) Masih lemahnya empat pelaku utama JPKM di Kabupaten Tegal (Kotak : 12)

Kotak : 12

“ .....Inikan ada empat pelaku dalam JPKM, Saya kira Bapimnya perlu ditingkatkan, Badan Penyelenggaranya perlu ditingkatkan, PPKnya perlu ditingkatkan dan kepesertaannya perlu ditingkatkan jadi kalau kita cerita asuransi tanpa ada kepesertaan ya mana mungkin, .....kalau pesertanya banyak hiduplah asuransi itu, kalau pesertanya sedikit ya ndak mungkin .....”

DKT : Ketua Bapim JPKM Kab.Tegal

## 2) Konsep JPKM kurang tepat dalam masa desentralisasi (Kotak : 13)

Kotak : 13

“... Ini desentralisasi tepat nggak untuk JPKM, desentralisasi ini kan masing-masing daerah sendiri-sendiri, wong askes saja sentralisasi se Indonesia saja kayak gitu kok ! namanya ...mengeluh macem-macem, jamsostek juga mengeluh macem-macem, artinya yang semua program jadi besar pak !, jadi anggotanya kan besar se-Indonesia, ya ini kalau JPKM per daerah/ kota nanti kalau JPKM harus menangani kasus yang harus dioper ke propinsi saja sudah bingung, bisa kolaps nggak punya dana ....”

DKT : Ketua Bapim JPKM Kab.Tegal

## 3) JPKM punya misi untuk 2004 (Kotak : 14)

Kotak : 14

“..... Memang saya tahu seperti di Purbalingga itu kan dari ... Bupatikan punya misi.... tadi pak Budi nyiletuk 2004, kalau sekarang rakyat sudah mulai merasakan yang sekarang ada pejabat maupun dewan tidak memikirkan anak orang miskin, lha ! sebagai buktinya apa ? ya seperti sekarang ini, lha ini mau membuktikan bahwa orang-orang miskin diperhatikan oleh beliau-beliau, SDnya gratis, nanti puskesmas gratis ngono loh ..ya ! maksudnya seperti JPKM di Purbalingga kan gratis gitu, itu maksudnya ? itu lho buktinya saya memperhatikan, maksudnya supaya tahun 2004 meraih suara, supaya beliau duduk agak lama disitu, kan begitu ceritanya pak Budi gitu ya mungkin ya pak Budi heh....he.....”

DKT : Ketua Bapim JPKM Kab.Tegal



c. Kesiapan Bapel dan Bapim dalam mengembangkan program JPKM di Kabupaten Tegal

Memperhatikan hasil *benchmarking* penyelenggaraan JPKM di Kabupaten Purbalingga dengan melihat kondisi di Kabupaten Tegal, ada beberapa hal yang harus dibenahi agar pengembangan JPKM di masa mendatang lebih baik lagi. Beberapa keinginan, kemauan dan komitmen itu diantaranya adalah sebagai berikut :

**JPKM DI KABUPATEN TEGAL : “ MASIH PERLU PENINGKATAN KINERJA BAPIM ”**

Peran Bapim dalam pengembangan JPKM perlu mendapat perhatian, karena Bapimlah yang akan membina, mendorong dan mengembangkan JPKM. Kondisi di Kabupaten Tegal menurut penulis perlu ditingkatkan kinerjanya, terutama komitmen dari Dinas Kesehatan itu sendiri dalam mengembangkan JPKM di masa datang, hal ini sesuai dengan penuturan pada DKT. (Kotak : 15)

Kotak : 15

“ ....Masalahnya memang sekarang ini kita belum sangat konsen ya, Kelemahannya justru datang dari diri kita sendiri, artinya kita masih perlu meningkatkan kinerja Bapim seperti di Kabupaten Purbalingga.....”

DKT : Sekretaris Bapim JPKM Kab.Tegal

**JPKM DI KABUPATEN TEGAL : “ PERLU *DIBACK UP* OLEH SELURUH SEKTOR YANG ADA dan DUKUNGAN PEMERINTAH KABUPATEN “**

Pengembangan JPKM perlu dukungan dari semua komponen yang ada, mulai dari PPK, Bapel dan Bapim. Perihal dukungan dan keterpaduan komponen yang terkait dalam pengembangan JPKM, penulis merasakan belum sekuat dan sepadu seperti di Kabupaten Purbalingga, ke depan kita harus memperkuat dukungan terhadap pengembangan JPKM di Kabupaten Tegal (Kotak : 16)

Kotak : 16

“ .... Kita disini belum ada apa-apa, sehingga disitu (Kab.Purbalingga) JPKM itu *diback up* oleh seluruh sektor yang terkait, apakah dia sebagai PPK I, PPK II atau pemerintah kabupaten, itu yang lebih di sana, di sini kita belum melangkah apa-apa kalau kita ingin melangkah ke sana. ....Kalau menurut kami sebenarnya di Kabupaten Tegal itu intinya, yang pertama bagaimana dukungan pemerintah kabupaten ini terhadap keberadaan JPKM ini ....”

DKT : Anggota Bapim JPKM Kab.Tegal

**JPKM DI KABUPATEN TEGAL : “ PROMOSINYA JANGAN DITITIPKAN PADA PPK “**

Kesenjangan yang ditemui dalam pengembangan JPKM di Kabupaten Tegal, bila dibandingkan dengan pengembangan JPKM di Kabupaten Purbalingga salah satunya adalah dalam hal promosi. Bapim Kabupaten Purbalingga dalam melakukan sosialisasi-edukasi terlihat sangat aktif, di setiap kesempatan selalu mempromosikan JPKM. Kegiatan promosi di Kabupaten Tegal, menurut penulis

belum dilaksanakan secara intensif, PPK yang semestinya konsentrasi dalam memberikan pelayanan kesehatan, seringkali juga dibebani kegiatan promosi. Hal ini sesuai dengan hasil DKT (Kotak : 17).

Kotak : 17

“ ..... Tentunya kita harus mencoba menelaah ke belakang, kenapa sih kok kecil pesertanya, apa promosinya yang kurang ?. Nah ... Selama ini kami mengamati promosinya dititipkan pada PPK, dimana PPK sendiri sudah bebannya sangat berat, sarat dengan beban untuk melaksanakan tugas keseharian ...”

DKT : Anggota Bapim JPKM Kabupaten Tegal

#### **JPKM DI KABUPATEN TEGAL : “ SISTIM PEREKRUTAN PESERTA PERLU DIPERBAIKI “**

Dalam hal perekrutan peserta di Kabupaten Purbalingga ada semacam mekanisme dan melibatkan komponen yang lain, dalam hal ini koordinator JPKM Puskesmas dan kader kesehatan. Sementara ini di Kabupaten Tegal perekrutan peserta belum begitu jelas mekanismenya. Hal ini menurut penulis merupakan suatu kesenjangan yang perlu diperbaiki, yaitu bagaimana merumuskan suatu mekanisme perekrutan peserta yang baik, agar kepesertaan JPKM semakin meningkat seperti di Kabupaten Purbalingga. (Kotak : 18)

Kotak : 18

“ ..... Manajemen kepesertaan kita memang masih lemah, artinya bagaimana sistem merekrut peserta itu mungkin perlu dicarikan jalan keluar yang baik, seperti di Kabupaten Purbalingga itu sangat baik, buktinya bisa merekrut peserta 8.000 an ...

DKT : PPK II JPKM Kabupaten Tegal.

**JPKM DI KABUPATEN TEGAL : “ BAPEL HARUS TETAP SURVIVE DAN PERLU DUKUNGAN REGULASI DARI PEMDA “**

Bapel di Kabupaten Purbalingga dalam hal penyediaan modal kerja, memiliki keunggulan bila dibandingkan dengan Kabupaten Tegal. Kesenjangan yang ada adalah karena modal yang dipunyai oleh Bapel sangat sedikit, dan hal ini diakui sendiri oleh manager Bapel, bahwa kalau tidak ada bantuan modal, seperti tahun depan tidak bisa operasional. Bapel tetap dapat operasional atau istilah dari manager Bapel adalah masih bisa “*survive*”. Pada tahun 2002 untung ada bantuan modal Rp 20 Juta dari Pemda sehingga masih bisa operasional. Dukungan dari pemda terutama menyangkut regulasi agar dapat ditingkatkan umpamanya surat anjuran agar Camat/Kades dapat menjadi peserta JPKM seperti pada penyelenggaraan JPKM di Kabupaten Purbalingga. (Kotak : 19)

Kotak : 19

“ .... Bagi kami.... keinginan kami Bapel ini agar tetap *survive* dan tetap berkelanjutan itu intinya, tetapi tentunya ada satu langkah-langkah yang harus diambil untuk terjadinya *survive* itu, mungkin apa yang ada di Purbalingga bisa diambil meskipun secara bertahap, yang kedua kami mengharapkan dukungan regulasi dari Pemda, umpamanya di Purbalingga ada SK Bupati kepada Camat/Kades untuk menjadi peserta JPKM..... Kalau saya hitung di Kabupaten Tegal ada 287 desa, kalau perangkatnya, misal 10/desa ikut ini ada peserta 2870, belum kalau bisa dengan keluarganya, kalau dikalikan 4 ini kan banyak sekali bisa seperti di Purbalingga....”

DKT : Bapel JPKM Kab.Tegal

### **JPKM DI KABUPATEN TEGAL : “ PERLU DITINGKATKAN PELAYANANNYA”**

Hasil studi kelayakan menunjukkan bahwa kemungkinan masyarakat yang mau menjadi peserta ada 22.100 orang kenyataannya peserta JPKM di Kabupaten Tegal cuma 299. Apakah hal ini bukan karena paket pelayanan kesehatan yang ditawarkan kurang menarik atau memang pelayanannya yang memuaskan. Dengan paket pemeliharaan kesehatan yang jelas dan itu disosialisasikan pada masyarakat, pengalaman menunjukkan bahwa di Kabupaten Purbalingga lebih banyak menjaring peserta JPKM. Untuk itu dimasa mendatang paket pelayanan perlu mendapat perhatian, agar dapat menjaring peserta yang lebih banyak, hal ini sesuai dengan apa yang diungkapkan oleh peserta DKT (Kotak : 20)

Kotak : 20

“..... JPKM ini kan tidak jalan, mungkin ada beberapa sebab ya, pertama mungkin premi yang terlalu tinggi sehingga masyarakat tidak mampu, tapi padahal disini dapat dilihat hasil studi kelayakan menunjukkan ada 22.100 peserta yang mungkin mau, lha ya kalau mungkin masyarakat mampu membayar premi tersebut, apakah bukan paket dari pelayanan itu yang belum memuaskan dari masyarakat ....”

DKT : Anggota Bapim JPKM Kab.Tegal

### **JPKM DI KABUPATEN TEGAL : “ PROGRAM LAIN HARUS DISINKRONKAN DENGAN JPKM MISAL TABULIN “**

Tujuan utama program JPKM adalah mewujudkan derajat kesehatan masyarakat yang optimal, dan ini baru dapat tercapai bila ada keterpaduan dari semua sektor yang ada. Harus diakui sementara ini di Kabupaten Tegal sedang dikembangkan juga program kesehatan dari bidang lain yaitu Tabungan Ibu

Bersalin (Tabulin). Tabulin pada hakekatnya adalah bagaimana menghimpun dana masyarakat agar ibu hamil pada saatnya melahirkan nanti dapat ditolong oleh tenaga kesehatan sehingga mengurangi resiko kematian ibu. Sementara ini di masyarakat sering dijumpai kendala ibu hamil tidak dapat ditolong tenaga kesehatan adalah faktor biaya, diharapkan dengan adanya tabulin dapat memecahkan masalah biaya kesehatan. Semestinya hal seperti ini juga yang menjadi latar belakang mengapa JPKM dikembangkan. Untuk itu upaya program yang sejenis ini memang perlu ditata dan disinkronkan, senada dengan hal ini adalah pemikiran yang muncul pada saat DKT. (Kotak : 21)

Kotak : 21

“.....Kemudian juga saya melihat, program-program lain yang sepertinya harus bisa diinikan dengan JPKM, contohnya nyuwun sewu pak Bahauddin... Tabulin ya ! Tabulin, saya sebenarnya .. kenapa kok harus sendiri ?.... mengapa tidak di JPKM saja.....Ya, saya kira memang kita perlu mensolidkan tim termasuk Bapel dan Bapimnya ini ..”

DKT : Anggota Bapim JPKM Kab.Tegal

#### **JPKM DI KABUPATEN TEGAL : “ BANTUAN DANA UNTUK JPKM SECARA BERTAHAP “**

Dukungan pendanaan dalam pengembangan JPKM memang sangat dibutuhkan, pada penyelenggaraan JPKM di Kabupaten Purbalingga dukungan itu dalam bentuk subsidi bagi keluarga miskin untuk pembayaran preminya. Dukungan dana di Kabupaten Tegal dalam mengembangkan JPKM, belum dapat

dilaksanakan seperti di Kabupaten Purbalingga, namun akan dilaksanakan secara bertahap sesuai kemampuan anggaran (Kotak : 22).

Kotak : 22

“..... Sikap kami dari BAPPEDA dalam mengalokasikan dana untuk sektor kesehatan saya kira sudah cukup, hanya nanti kita ... bantuan khusus untuk JPKM secara bertahap. Tadi pak juwani sudah sampaikan 20 juta untuk pemberdayaan institusinya tahun 2002 disamping memberdayakan institusinya juga sudah mulai untuk bantuan preminya, insya allah tahun 2003 kita tambah lagi ...”

DKT : BAPPEDA Kabupaten Tegal

#### d. Rencana Pengembangan JPKM di Kabupaten Tegal

Setelah mengetahui kekuatan, kelemahan dan kesenjangan yang ada, beberapa kesepakatan pada saat DKT untuk rencana pengembangan JPKM di Kabupaten Tegal di masa mendatang adalah :

1. Bentuk Badan Penyelenggara (Bapel) ada dua pendapat yang berkembang, yaitu Bapel berbentuk Perusda (BUMD) dan bentuk Perseroan Terbatas (PT).
2. Badan penyelenggara yang sekarang ini berjalan yaitu Bapel JPKM KPRI Bakti Husada, yang merupakan unit otonom dari koperasi dapat terus berjalan sebelum status badan hukum Bapel JPKM yang baru terbentuk.
3. Model penyelenggaraannya, untuk keluarga miskin bukan berarti Pemda Kabupaten Tegal mengabaikannya tapi memang telah dilaksanakan dalam bentuk program yang lain seperti JPSBK dan sebagainya, hanya nanti pertanyaannya seandainya tahun depan (2003) program JPSBK ditiadakan/tidak dilaksanakan lagi, kemungkinan bisa dipertimbangkan JPKM

yang bisa mewadahi subsidi yang sementara ini lewat JPSBK, sebagaimana dikembangkan model JPKM seperti di Kabupaten Purbalingga.

4. Untuk tindak lanjut yang mendesak terutama dalam rangka menjaring kepesertaan JPKM yang lebih banyak, perlu dibuatkan surat edaran dari Bupati seperti di Kabupaten Purbalingga, agar para Camat/ Kades beserta perangkatnya agar dapat menjadi anggota JPKM.
5. Perlu dilaksanakan diskusi yang lebih intensif lagi untuk merealisasikan hasil kesepakatan di atas.



## **BAB V PEMBAHASAN**

### **A. Manajemen Kepesertaan**

Kegiatan dalam manajemen kepesertaan meliputi penentuan peserta, proses perekrutan peserta JPKM, dukungan regulasi dari Pemda, penanganan keluhan peserta, dan % peserta JPKM yang keluar. Seperti telah dipaparkan pada hasil penelitian bahwa kegiatan manajemen kepesertaan antara Bapel JPKM Kabupaten Purbalingga ada beberapa perbedaan dan persamaan. Bila dicermati lebih dalam diantara persamaan dan perbedaan itu ternyata mengandung kekuatan dan kelemahan. Untuk membahas hal ini, agar diperoleh pemahaman yang jelas penulis akan menguraikannya satu persatu, kegiatan dalam manajemen kepesertaan Bapel JPKM.

#### **1. Penentuan peserta**

Penentuan peserta JPKM di Kabupaten Purbalingga bersifat wajib, yaitu bagi peserta gakin dan paska gakin, sedangkan bagi peserta mandiri bersifat sukarela. Untuk Kabupaten Tegal peserta hanya bersifat sukarela yaitu bagi masyarakat yang mau dan mampu membayar preminya. Alasan di Kabupaten Purbalingga, mengembangkan JPKM yang bersifat wajib bagi masyarakat miskin, dikarenakan dalam UUD sendiri menyatakan bahwa masyarakat miskin pada hakekatnya menjadi tanggungan negara. Pembayaran premi bagi keluarga miskin melalui JPKM bagi pemeliharaan kesehatannya, merupakan bentuk kepedulian Pemda dalam rangka memperhatikan masyarakat yang tidak mampu. Pendapat ini

selaras dengan apa yang disampaikan pada saat DKT seperti terungkap pada Kotak : 11, yang menyatakan bahwa Pemda memberikan subsidi bagi masyarakat tak mampu itu tak masalah, tapi merupakan suatu kewajiban.

Pengalaman di negara lain dalam menyelenggarakan sistem asuransi sosial, yang biasanya digabungkan dengan sistem jaminan sosial (*social security*), tanpa diwajibkan maka tidak semua orang akan ikut menjadi peserta (Thabrany, 2001). Permasalahan berikutnya memang terletak pada aturan hukumnya, sesuatu yang sifatnya wajib harus diatur oleh yang paling kuasa. Dalam kehidupan bernegara yang paling kuasa adalah undang-undang yang dibuat oleh wakil rakyat. Sayangnya sampai hari ini Undang-undang tentang JPKM belum dapat diatur dalam suatu undang-undang, sehingga dapat memberikan kepastian hukum bagi penyelenggaraan JPKM.

Kepesertaan JPKM di Kabupaten Purbalingga adalah berdasarkan kepala keluarga (KK) dan anggota keluarganya, bila kepala keluarga menjadi peserta JPKM maka secara otomatis semua anggota keluarganya telah menjadi peserta JPKM. Kepesertaan JPKM di Kabupaten Tegal, meskipun sudah berdasarakan jiwa, tetapi dalam perekrutannya pun tanpa melalui upaya pembatasan, siapa saja yang berminat menjadi peserta JPKM dapat mendaftar menjadi peserta tanpa melalui penyaringan umur atau pekerjaan.

Tidak adanya upaya pembatasan peserta, menurut penulis mengandung kekuatan dan kelemahan. Bila mengacu dari acuan yang ada, dalam kepesertaan JPKM tidak boleh ada terdapat hal-hal sebagai berikut: a) ada pembatasan kepesertaan karena umur, pekerjaan dengan resiko tinggi, tingkat sosial ekonomi,

dan sebagainya, b) ada pemeriksaan kesehatan sebagai syarat untuk menjadi peserta (Depkes, 1996). Bila dilihat dari sisi JPKM sebagai suatu asuransi kesehatan, tentunya kepesertaan JPKM tanpa adanya suatu pembatasan, jelas merupakan suatu kelemahan. Pada kelompok umur bayi, balita dan usila tentunya mereka mempunyai resiko sakit yang lebih besar bila dibandingkan dengan kelompok umur yang lain. Dengan demikian kelompok yang memiliki resiko tinggi tentunya akan mengambil bagian yang lebih besar dalam pembiayaan pemeliharaan kesehatannya. Padahal kelompok yang memiliki resiko tinggi sehingga mempunyai probabilitas sakit yang lebih besar, harus diperhitungkan dalam penentuan preminya. (Murti, 2000).

## 2. Proses perekrutan peserta JPKM.

Proses perekrutan peserta JPKM di Kabupaten Purbalingga, dilakukan melalui kerjasama dengan koordinator kecamatan (Petugas PKM Puskesmas) dan kader kesehatan, sedangkan di Kabupaten Tegal proses perekrutan pesertanya dilakukan tanpa adanya kerjasama dengan pihak lain atau tanpa melalui suatu perantara. Dengan adanya suatu kerjasama dengan pihak tertentu dalam hal ini dengan koordinator PKM Puskesmas dan kader kesehatan, ternyata kepesertaan JPKM di Kabupaten Purbalingga lebih tinggi dengan kepesertaan JPKM di Kabupaten Tegal. Bila melihat acuan yang ada, dalam proses perekrutan peserta JPKM seyogyanya dapat dilakukan kerjasama dengan pihak lain, bila belum ada dapat dicari apa ada kendalanya (Dep.Kes, 2000 c).

Peserta JPKM adalah mereka yang telah menyatakan kesediaannya untuk memakai jasa pemeliharaan kesehatan yang dikelola badan penyelenggara (Bapel) JPKM dengan mendaftarkan diri dan membayar iuran, dan karena itu mempunyai hak untuk mendapatkan pemeliharaan kesehatan sesuai dengan ketentuan yang disepakati dalam ikatan kontrak. Kepesertaan JPKM bersifat aktif dalam arti bahwa masyarakat melaksanakan kewajibannya untuk ikut serta memelihara kesehatan diri, keluarga dan lingkungannya seperti dinyatakan dalam undang-undang No 23 th 1992 tentang Kesehatan pada pasal 5. Walaupun tidak ada perbedaan dalam kepesertaan JPKM, namun diharapkan peserta berkelompok, yang mencerminkan kegotongroyongan dalam upaya menjaga dan memelihara kesehatan. (Nugroho, 19970).

Untuk mengetahui kelompok peserta yang berpotensi dapat direkrut menjadi peserta, diperlukan tenaga yang mengetahui betul kondisi potensi wilayahnya. Dengan adanya kerjasama dengan pihak-pihak terkait yang mempunyai pengetahuan mengenai potensi wilayahnya, perekrutan kepesertaan JPKM menjadi lebih mudah, seperti dilakukan di Kabupaten Purbalingga. Pengalaman merekrut peserta yang bekerja sama dengan pihak lain sebenarnya bukan hal yang baru. Pada penelitian sebelumnya, yaitu pada JPKM KUD Plered Bantul Yogyakarta, juga melakukan perekrutan peserta dan preminya dengan bekerjasama dengan pihak lain. Pihak yang diajak kerjasama adalah kelompok pemuda yang bertindak sebagai kolektor. Mula-mula dana bisa masuk, lama-kelamaan tidak, pihak KUD khawatir dana JPKM masuk kantong pemuda sendiri,

meskipun kolektor tersebut telah mendapatkan bonus untuk usaha tersebut.  
(Prabamurti,P.N, 1999).

### 3. Dukungan regulasi dari Pemda

Adanya dukungan regulasi dari Pemerintah Daerah Kabupaten Purbalingga, dalam mengembangkan program JPKM di Kabupaten Purbalingga memegang peranan yang sangat penting. Beberapa peraturan yang ada ternyata sangat membantu sekali dalam mengembangkan JPKM, beberapa diantaranya yang paling penting adalah adanya SK Bupati No 34 tahun 2001 tentang Petunjuk Pelaksanaan Penyelenggaraan JPKM. Sedangkan di Kabupaten Tegal kalau dibandingkan dengan Kabupaten Purbalingga dirasakan masih lemah. Dalam SK Bupati tersebut, termuat pula ketentuan tentang pembayaran premi bagi keluarga miskin (gakin) sebesar Rp 25.000,- dan keluarga paska gakin sebesar Rp 15.000,-. Dalam waktu dekat di Kabupaten Purbalingga sedang direncanakan penyusunan Peraturan Daerah (Perda) yang mengatur tentang penyelenggaraan JPKM.

Membicarakan tentang dukungan pemerintah daerah dalam mengembangkan program JPKM, diakui sangat mendorong sekali dalam pengembangan JPKM di Kabupaten Purbalingga. Sebagaimana dalam penelitian terdahulu, bahwa dalam pengembangan suatu program maka diperlukan *reinforcing factor* (faktor pendorong), yang dapat berupa dukungan dari suatu institusi/birokrasi (Mukti, 1998 dan Sudjarwo, 1995). Di Kabupaten Tegal dukungan regulasi dari Pemda sebenarnya telah dirintis dalam Perda tentang Tarif Pelayanan Kesehatan, yaitu dalam salah satu pasalnya telah dirumuskan perlunya

pengembangan JPKM, sayang kesempatan ini sampai saat ini belum pernah ditindak lanjuti.

Adanya dukungan regulasi dalam pembayaran premi bagi peserta JPKM di Kabupaten Purbalingga, disamping merupakan kekuatan dalam pengembangan JPKM bila dilihat dari besarnya premi yang mesti ditanggung oleh Pemda juga merupakan suatu kelemahan yang mesti diwaspadai. Dalam DKT yang diadakan di Kabupaten Tegal, dukungan pembayaran premi oleh Pemda dirasakan sebagai suatu hal memberatkan dan perlu dipertimbangkan masak-masak. Beberapa diantaranya diungkapkan oleh peserta DKT seperti pada kotak 7, 8 dan 9.

#### 4. Penanganan keluhan peserta

Pada penyelenggaraan JPKM di Kabupaten Purbalingga upaya menangani keluhan peserta yang menyangkut pelayanan kesehatan dilaksanakan melalui pemasangan kotak pengaduan masyarakat, yang dipasang di tiap PKK I dan II. Sedangkan di Kabupaten Tegal dilakukan melalui pengaduan peserta yang datang ke Bapel JPKM KPRI Bakti Husada. Metode yang dipakai di Kabupaten Purbalingga, dengan cara memasang kotak saran, disamping memudahkan peserta dalam menyampaikan keluhan, juga bisa mengurangi rasa takut atau perasaan tidak enak dari peserta dalam mengadukan permasalahannya. Dengan datang langsung ke Bapel JPKM seperti dilakukan di Kabupaten Tegal, menjadikan peserta sulit menyampaikan keluhannya karena faktor tempat yang jauh dan kerahasiaan yang kurang terjamin.

Penanganan keluhan peserta dilaksanakan sebagai salah satu upaya dalam jurus kendali mutu, yaitu 7 jurus dalam JPKM. Penanganan keluhan peserta ataupun PPK mengenai pelayanan kesehatan atau masalah finansial yang berupa ketidakpuasan, harus dapat disalurkan lewat suatu mekanisme ' penanganan keluhan' yang tetap, sehingga dapat menjamin stabilitas dalam menjalankan kegiatan JPKM (Depkes, 1997 b). Mekanisme yang dilaksanakan di Kabupaten Purbalingga dengan memasang kotak saran, menurut penulis dapat dikategorikan dalam upaya untuk menangani keluhan peserta melalui suatu mekanisme yang tetap. Cara ini dapat dipertimbangkan untuk diadopsi di Kabupaten Tegal, untuk menggantikan mekanisme yang selama ini dipakai dalam rangka menjangkau keluhan peserta, yaitu keluhan peserta disampaikan langsung ke Bapel JPKM.

#### 5. % Peserta JPKM yang keluar.

Peserta JPKM yang keluar di Kabupaten Tegal cukup banyak, yaitu sekitar 25-30 %. Bila dibandingkan dengan Kabupaten Purbalingga, dimana sampai kurun waktu satu tahun peserta yang keluar tidak ada (0 %), maka dapat dikatakan bahwa kondisi di Kabupaten Tegal sangat memprihatinkan, bahkan dengan keadaan ini ada yang mengkhawatirkan bahwa peserta JPKM akan habis. Ibaratnya seperti "hidup segan mati tak mau". Kepesertaan JPKM Kab.Tegal masih sangat kecil bila dibandingkan dengan potensi pasarnya. Keprihatinan ini terungkap dalam DKT sebagaimana diungkapkan oleh salah satu pesertanya dan hal ini harus mendapat perhatian (kotak : 23)

Kotak : 23

“..... kehidupan JPKM di Kabupaten Tegal seperti pepatah mengatakan hidup segan mati tak mau, jadi menyoroti dari kepesertaan ini saya hitung-hitung masih sangat kecil sekali, baru 1,35 % dari potensi yang ada sekitar 22.000 .....

Diskusi Kelompok Terfokus : Anggota Bapim JPKM Kab.Tegal

Kepesertaan yang masih sedikit dan ditambah lagi dengan banyaknya peserta JPKM yang keluar perlu dicermati lebih dalam. Apakah promosinya yang kurang atau memang kinerja dari Bapel yang masih rendah, dan yang lebih penting lagi agar dicari apa penyebabnya. Seperti diungkapkan oleh manajer Bapel JPKM KPRI Bakti husada, penyebab mereka keluar dikarenakan faktor kesulitan dalam membayar preminya. Hal ini lain dari penemuan sebelumnya, seperti yang terjadi pada peserta JPKM KUD Bantul, penyebab mereka *droup out* antara lain : Kepercayaan berobat masyarakat, pengalaman peserta berobat, tidak mau puskesmas sebagai satu-satunya tempat pelayanan kesehatan, kekhawatiran peserta berobat dengan program JPKM, kebiasaan minta bantuan keluarga bila sakit, kurang sadarnya masyarakat, dan karena sikap peserta sendiri yang malu memakai kartu peserta JPKM ( Prabamurti, P.N,1999). Keluarnya peserta JPKM Kabupaten Tegal, dikarenakan kesulitan dalam membayar, semakin mendukung penelitian sebelumnya yang menemukan bahwa kemampuan membayar berpengaruh terhadap keikutsertaan JPKM di Kabupaten Kudus (Listiani,H, 1999).



## **B. Manajemen Keuangan**

Manajemen keuangan merupakan tata cara bagaimana para manajer suatu Bapel JPKM harus melaksanakan fungsi-fungsinya. Pelaksanaan fungsi tersebut merupakan rangkaian yang dimulai setelah perencanaan yaitu penganggaran, pelaksanaan anggaran, pencatatan/laporan, evaluasi dan penganggaran kembali. Tujuan manajemen keuangan adalah agar Bapel JPKM sebagai organisasi yang berfungsi menyelenggarakan pemeliharaan kesehatan bagi pesertanya dapat tetap berada dalam keadaan sehat secara finansial serta memenuhi kriteria, antara lain : efisien, produktif, likuid, solvabel, dan rendabel. (Depkes, 2000 d). Secara rinci pembahasan hasil manajemen keuangan antara Bapel JPKM Kabupaten Purbalingga dan Tegal adalah sebagai berikut :

### **1. Proses manajemen keuangan**

Bapel JPKM Kabupaten Purbalingga dan Tegal telah melaksanakan proses manajemen keuangan yang meliputi perencanaan, penganggaran, pelaksanaan anggaran, pencatatan/pelaporan, evaluasi dan penganggaran kembali. Hal ini merupakan kekuatan yang harus dipertahankan dan dijaga kesinambungannya. Kepesertaan JPKM di Kabupaten Purbalingga yang banyak membuat dana yang dikelola oleh Bapel JPKM juga semakin banyak. Dana di Bapel JPKM Kabupaten Purbalingga dan Tegal berasal dari pembayaran premi peserta JPKM, dana tersebut disetor oleh koordinator JPKM di masing-masing puskesmas/ ketua kelompok. Dari pembayaran premi tersebut, dana akan dibagi dengan PPK I dan PPK II sebagai dana kapitasi sesuai dengan surat persetujuan kontrak pada Bapel

JPKM Kabupaten Purbalingga, sedangkan di Kabupaten Tegal masih dibayarkan secara *fee for service*. Selain untuk pembayaran ke PPK dana juga digunakan untuk operasionalisasi Bapel JPKM.

Dengan pembayaran secara kapitasi sebenarnya sangat membantu dalam kegiatan manajemen keuangan, karena dapat memudahkan dalam perencanaan. Untuk mencukupi pembiayaan Bapel JPKM harus dapat merencanakan dengan baik. Sebagai acuan dalam perencanaan keuangan, digunakan acuan penggunaan dana untuk administrasi, SIM dan pemasaran sebesar 12 %, untuk pemeliharaan kesehatan sebesar 75 % sedangkan sisanya 13 % digunakan untuk dana cadangan. (Depkes, 1994). Biaya pemeliharaan kesehatan di Bapel JPKM Kabupaten Purbalingga yang dibayarkan ke PPK sebesar Rp 22.000,- (88 %), bila melihat acuan di atas maka penggunaan dana untuk pemeliharaan kesehatan relatif cukup besar.

## 2. Penyediaan permodalan

Permodalan pengembangan JPKM di Kabupaten Purbalingga dan Tegal, mengandalkan dari sisa program JPKM-JPSBK. Selain itu modal Bapel juga berasal dari premi yang dibayarkan peserta, karena kepesertaan JPKM di Kabupaten Purbalingga lebih banyak dari Kabupaten Tegal, maka modal yang didapat juga lebih besar. Penyediaan modal merupakan salah satu yang harus diperhatikan dalam penyelenggaraan JPKM, bahkan salah satu syarat untuk memperoleh izin operasional Bapel JPKM dari Menkes sebagaimana diatur dalam

Bab VI pasal 37 Permenkes No 571/Menkes/Per/VII/1993 adalah memiliki modal dan dana cadangan.(Depkes, 1997a).

Modal Bapel JPKM Kabupaten Purbalingga, yang berasal dari sisa program JPKM-JPSBK sebesar Rp 30 juta dan dari premi peserta sebesar Rp 130 juta, jadi total modal yang ada sekitar Rp 160 juta. Menurut pengakuan manajer Bapel modal sebesar itu dirasakan sangat mepet/ pas untuk operasionalisasi Bapel sehingga belum bisa menganggarkan untuk dana cadangan, demikian juga untuk Bapel JPKM Kabupaten Tegal. Sesuai ketentuan yang ada dalam pasal 56 menyebutkan semestinya selain modal Bapel harus memiliki dana cadangan sebanyak 25 % dari anggaran pelayanan kesehatan selama satu tahun dan harus disesuaikan tiap tahun. Dana cadangan sesuai ketentuan di atas harus disimpan dalam bentuk deposito pada Bank Pemerintah atas nama Menteri Kesehatan (Depkes, 1997). Hal inilah yang belum dapat dilaksanakan oleh Bapel JPKM Kabupaten Purbalingga maupun Kabupaten Tegal.

Permasalahannya sekarang bagaimana agar kepesertaan JPKM dapat merekrut peserta yang semakin banyak, karena dengan kepesertaan yang banyak berarti pemasukan premi yang diterima juga semakin banyak. Dalam JPKM hukum bilangan banyak menjadi penting dalam prinsip asuransi (Sulastomo, 1997). Semakin banyak peserta maka pembiayaan semakin ringan. Hal ini diperlukan karena premi yang dikeluarkan untuk biaya pelayanan kesehatan, diharapkan dapat berlebih, sehingga dapat disimpan sebagai dana cadangan modal selanjutnya yang berakibat Bapel JPKM tidak akan mengalami difisit.

### 3. Perhitungan premi peserta dan pembayaran dana ke PPK

Pembayaran premi peserta di Kabupaten Purbalingga dihitung berdasarkan KK yaitu sebesar Rp 25.000,-/KK/th, sedangkan di Kabupaten Tegal kapitasi berdasarkan jiwa sebesar Rp 2800/jiwa/bl. Perhitungan premi di Kabupaten Tegal, didasarkan pada hasil studi kelayakan yang telah dilaksanakan, dimana untuk terjadinya BEP peserta harus tercapai sebanyak 15.068 jiwa. Sedangkan di Kabupaten Purbalingga besarnya premi didasarkan pada pengalaman waktu program JPKM-JPSBK dan perkiraan, dengan memperhatikan probabilitas sakit dan utilisasi pelayanan.

Penghitungan premi berdasarkan studi kelayakan yang dilakukan di Kabupaten Tegal, sebenarnya merupakan satu kekuatan yang harus diupayakan agar JPKM dapat terlaksana dengan baik. Untuk Kabupaten Purbalingga meskipun pernah diadakan penghitungan premi, namun dalam penerapannya tidak dipakai, tetapi dicari upaya terobosan lain, mengingat premi yang ditentukan berdasarkan perhitungan dirasakan terlalu berat. Kapitasi berasal dari kata kapita yang berarti kepala. Sistem kapitasi berarti cara perhitungan berdasarkan jumlah kepala yang terikat dalam kelompok tertentu. Pembayaran bagi PPK dengan sistem kapitasi adalah pembayaran yang dilakukan oleh Bapel kepada PPK atas jasa pelayanan kesehatan yang diberikan kepada peserta tersebut dengan membayar di muka sejumlah dana sebesar perkalian jumlah peserta dengan suatu biaya satuan (unit cost) tertentu (Depkes, 1997 b).

Mencermati pengertian kapitasi di atas, dalam penyelenggaraan JPKM di Kabupaten Purbalingga dan Tegal, terdapat kesenjangan antara kedua Bapel

tersebut. Pada Bapel JPKM Kabupaten Purbalingga perhitungan premi belum didasarkan pada perhitungan secara kapitasi, tapi dalam pembayaran ke PPK sudah dilakukan secara kapitasi yang dibayar di muka. Pada Bapel JPKM Kabupaten Tegal terjadi sebaliknya, perhitungan premi sudah didasarkan perhitungan secara kapitasi, tetapi pembayaran ke PPK masih dilaksanakan secara *fee for service*. Pada Bapel JPKM Kabupaten Tegal belum dapat membayar klaim ke PPK secara kapitasi karena ada kendala utamanya, yaitu kepesertaan JPKM yang masih kecil.

Dalam penetapan premi, hal yang penting dalam penentuan angka kapitasi yaitu akurasi prediksi angka utilisasi dan penetapan biaya (Murti, 1998). Prediksi angka utilisasi yang akurat sangat penting, asumsi angka utilisasi yang ternyata lebih rendah daripada keadaan sesungguhnya akan mengakibatkan keadaan defisit anggaran, sebaliknya over estimasi mengakibatkan angka kapitasi terlalu besar, akhirnya produk JPKM menjadi tidak kompetitif.

#### 4. Manajemen keuangan dari sisi operasional Badan Penyelenggara (Bapel).

Untuk operasional Badan Penyelenggara JPKM di Kabupaten Purbalingga mendapatkan bagian dari premi peserta sebesar Rp 500,-/KK, dari pembagian premi tersebut Bapel JPKM mendapatkan dana operasional sekitar Rp 130 juta. Pada Bapel JPKM Kabupaten Tegal, untuk operasional Bapel juga berasal dari dana premi peserta, tetapi belum ada ketentuan berapa yang diterimanya. Operasionalisasi Bapel dilaksanakan secara fleksibel, dalam arti semua dana dari premi diprioritaskan untuk pembayaran ke PPK, kalau ada sisa baru untuk

kegiatan operasionalisasi yang lain. Kalau cara-cara seperti ini masih dilaksanakan barangkali suatu saat akan mengalami defisit, karena pembayaran premi ke PPK yang membengkak sementara dana yang masuk semakin sedikit. Tanda-tanda ke arah itu sudah mulai kelihatan, menurut pengakuan manajer Bapel JPKM KPRI Bakti Husada sudah dua bulan ini gajinya belum terbayarkan.

Pembayaran klaim ke PPK yang masih menggunakan sistim *fee for service* di Bapel JPKM Kabupaten Tegal, sangat mempersulit dalam membuat rencana operasional Bapel. Sehingga Bapel JPKM belum bisa membuat rencana operasional, yang semestinya dibuat setiap tahun sesuai dengan ketentuan pada Permenkes No : 571/Menkes/Per/VII/1993 pasal 38 (Depkes, 1997). Lain halnya pada Bapel JPKM Kabupaten Purbalingga, Bapel JPKM telah berhasil membuat rencana operasional Bapel, karena lebih mudah dilaksanakan dengan pembayaran secara kapitasi ke PPK. Manajemen keuangan dari sisi operasional Bapel JPKM di Kabupaten Purbalingga premi peserta sebesar Rp 25.000 digunakan untuk kapitasi ke RSUD Rp 11.000,- Puskesmas Rp 9.500,-, puskesmas rawat inap ditambah Rp 1500,-, Bapel Rp 2000,-, untuk kader Rp 500,- dan untuk Bapim Rp 500,-.

Pemberian dana insentif pada kader kesehatan dimaksudkan sebagai balas jasa atas kerja kader, disamping sebagai bentuk penghargaan. Dengan peran kader kesehatan seperti ini telah berhasil meningkatkan kepesertaan JPKM di Kabupaten Purbalingga. Metode yang dipakai di Kabupaten Purbalingga dengan memberikan insentif pada kader sebenarnya hampir sama dengan apa yang dilakukan di Kabupaten Kudus, yaitu dengan memberikan insentif pada petugas pengumpul (kader) di tingkat desa/kalurahan (Listiani, H,1999).

## 5. Posisi keuangan/neraca Bapel

Posisi keuangan Bapel JPKM Kabupaten Purbalingga dan Tegal berbeda cukup jauh. Saldo keuangan di Bapel JPKM Kabupaten Purbalingga dan Tegal dalam bentuk kas di Bank dan kas Tunai. Untuk Bapel JPKM Kabupaten Purbalingga saldonya adalah kas di Bank sebesar Rp 135 juta dan kas tunai ada Rp 2 juta. Pada Bapel JPKM di Kabupaten Tegal posisi keuangan/ saldo ada sekitar Rp 6 juta yang terdiri dari kas di Bank sekitar Rp 5 juta dan kas tunai sekitar Rp 1 juta. Melihat saldo yang ada dapat dikatakan bahwa Bapel JPKM Kabupaten Purbalingga lebih unggul dalam upaya pemupukan modal Bapel.

Sesuai ketentuan yang ada dalam pasal 60 Permenkes No : 571/Permenkes/VII/1993, dana dari Bapel JPKM itu dapat diinvestasikan dalam bentuk deposito berjangka dan sertifikat deposito, obligasi, tanah atau tanah dan bangunan (Depkes, 1997). Sebenarnya dengan saldo yang ada pada Bapel JPKM di Kabupaten Purbalingga yang cukup besar pun masih kurang aman untuk keuangan Bapel JPKM, karena Bapel JPKM belum bisa menyisihkan dana cadangan. Padahal Bapel JPKM Kabupaten Purbalingga masih memiliki kewajiban-kewajiban jangka pendek seperti membayar biaya cetak kartu JPKM yang cukup besar. Keadaan seperti ini tentunya lebih sulit dihadapi oleh Bapel JPKM Kabupaten Tegal, yang saldo keuangannya sangat minim.

### **C. Manajemen Pemeliharaan Kesehatan**

Pembahasan mengenai hasil kegiatan manajemen pemeliharaan kesehatan meliputi proses penyediaan paket pemeliharaan kesehatan, proses kerjasama

dengan PPK I dan II, jenis pelayanan, sarana pelayanan kesehatan, pelayanan kesehatan rujukan, pelaksanaan pemantauan utilisasi (*utilization review*) dan cara menjaga pemeliharaan kesehatan yang efektif dan efisien. Manajemen pemeliharaan kesehatan antara Bapel JPKM di Kabupaten Purbalingga dan Tegal dalam pelaksanaannya ada perbedaan dan persamaan sebagaimana telah disampaikan pada Bab IV. Berdasarkan hal itu dalam pembahasan ini, akan disampaikan sesuai urutan di atas.

#### 1. Proses penyediaan paket pemeliharaan kesehatan.

Proses penyediaan paket pemeliharaan kesehatan di Kabupaten Purbalingga dan Tegal telah dilakukan sesuai dengan kesepakatan dengan PPK I dan II, dimana sebelumnya telah dilakukan negoisasi antara Bapel JPKM dan PPK I dan II. Pada proses negoisasi antara Bapel JPKM Kabupaten Tegal dengan PPK I dan II, mengaku tidak ada masalah, sementara pada proses negoisasi di Kabupaten Purbalingga terutama dengan PPK II (RSUD) ada sedikit kendala, yaitu ada beberapa paket yang belum dapat disepakati, misalnya masalah persalinan. setelah melalui negoisasi terus menerus kendala ini dapat diatasi.

Penyediaan paket pemeliharaan kesehatan merupakan kewajiban bagi Bapel JPKM sebagaimana diatur dalam 45 Permenkes No : 571/Menkes/Per/VII/1993, paket pemeliharaan yang dimaksud adalah paket pemeliharaan kesehatan dasar dan paket pemeliharaan kesehatan tambahan sesuai dengan kemampuan usaha. (Depkes, 1997a). Bila melihat ketentuan ini antara Bapel JPKM Kabupaten Purbalingga dan Tegal telah sama-sama



melaksanakannya yaitu menyediakan paket pemeliharaan kesehatan dasar dan tambahan. Kekuatan yang dimiliki Kabupaten Purbalingga dalam penyediaan paket pemeliharaan kesehatan, yang tidak dimiliki di Kabupaten Tegal antara lain dibebaskannya peserta dari biaya pendaftaran di PPK II (RSUD).

Sedangkan yang menjadi kelemahan dalam penyediaan paket pemeliharaan kesehatan baik di Kabupaten Purbalingga dan Tegal, adalah pelayanan oleh PPK hanya sebatas pada jam pelayanan puskesmas untuk PPK I dan rumah sakit untuk PPK II dan belum adanya pelayanan oleh dokter keluarga. Sedangkan keberadaan PPK I dalam proses penyediaan paket harkes merupakan kewajiban bagi setiap PPK I yang ada di wilayahnya, belum ada kebebasan dari PPK I (Puskesmas) untuk memilih mau menjadi PPK atau tidak. Dalam penelitian di Kabupaten Kudus, ternyata sebagian besar PPK I (Puskesmas) yaitu sebanyak 90,9 % menyatakan perlu adanya penawaran terlebih dahulu untuk menjadi PPK (Listiani, H,1999). Alangkah baiknya pada proses penyediaan paket harkes di Kabupaten Tegal, juga mengadakan penawaran terlebih dahulu, tidak langsung diwajibkan. Penelitian Listiani mengungkapkan banyak PPK yang menghendaki secara sukarela untuk menjadi PPK, sebagaimana hasil wawancara dengan responden 2 dan 3. (Kotak : 24 dan 25)

Kotak : 24

“..... Menjadi PPK ..... saya kira secara sukarela saja, jangan dipaksakan. Masing-masing mempunyai kemauan sendiri untuk mana yang terbaik

Wawancara responden : 2, Listiani, H, 1999.

Kotak : 25

“ PPK sebaiknya mendaftar ya, tapi saya kira kalau ndaftar ya ...ndak ada yang mau, cuma kalau sebagai kepala puskesmas namanya tugas ..... ya tetap harus dijalankan, kalau nentang ya nanti dipindah, saya baru dipindah “

Wawancara responden : 3, Listiani, H, 1999.

Penawaran terlebih dahulu kepada PPK akan sangat berhubungan dengan tanggung jawab secara pribadi dari PPK, dengan menyatakan kesediaannya diharapkan secara fisik dan mental PPK siap melaksanakan kewajibannya. Pemikiran lain didasarkan bahwa bagi individu PPK yang telah mempunyai pangsa pasar tersendiri akan merasa enggan untuk dibebani tugas tambahan, apalagi tugas itu tidak sesuai dengan yang menjadi harapannya. Untuk itu keterlibatan individu, kepala puskesmas dalam penyediaan paket harkes perlu diperhatikan sebab keterlibatan individu pada tugas akan berkaitan dengan motivasinya. Motivasi kerja akan berpengaruh dalam memberikan pelayanan pada peserta. (Muchlas, 1997)

## 2. Proses kerjasama dengan PPK I dan II

Proses kerjasama antara Bapel JPKM di Kabupaten Purbalingga dan Tegal dengan PPK I dan II telah dilakukan dengan ikatan kerjasama yang dituangkan dalam surat perjanjian kerjasama yang tertulis. Pada penyelenggaraan JPKM di Kabupaten Purbalingga, karena pembayaran ke PPK I dan II telah dilakukan secara kapitasi terlihat lebih rapi dan tertib. Ketentuan yang ada dalam pasal 48

ayat 2 Permenkes No 571 tentang penyelenggaraan JPKM, menyatakan bahwa PPK dalam menyediakan pemeliharaan kesehatan, harus mengadakan perjanjian secara tertulis (Depkes, 1997).

Kerjasama dengan PPK I dan II yang dilakukan oleh Bapel JPKM Kabupaten Purbalingga dan Tegal hanya pada pelayanan kesehatan pemerintah (Puskesmas dan RSUD) belum pada pelayanan kesehatan swasta. Untuk menjangkau kepuasan peserta, dimasa mendatang perlu dikembangkan juga kerjasama dengan PPK Swasta. Sementara ini ada keluhan umum di kalangan penduduk desa di negara sedang berkembang adalah bahwa klinik-klinik pemerintah memberikan pelayanan pada jam-jam yang dianggap tidak tepat (Foster, 1986). Klinik-klinik biasanya buka hanya pada pagi hari atau mungkin hingga lewat tengah hari. Selain itu unit pelayanan tidak buka setiap hari, karena terbatasnya tenaga puskesmas, seperti unit pelayanan KB, Gigi, Imunisasi (Aryastami, 1997). Hal ini merupakan peluang yang bisa dikembangkan dalam kerjasama dengan PPK, agar dapat dirintis kerjasama dengan PPK swasta. Suatu saat nanti apabila ruang kompetisi semakin terbuka sektor swasta dapat berpeluang sebagai PPK dalam penyelenggaraan JPKM. Hal ini dapat terjadi bila JPKM telah berkembang menjadi lembaga yang kuat, profesional, dan mandiri.

### 3. Jenis pelayanan dan sarana pelayanan kesehatan

Jenis pelayanan yang diberikan pada peserta JPKM di Kabupaten Purbalingga dan Tegal telah sama-sama memperhatikan jenis pelayanan yang tercakup dan yang tidak tercakup. Sedangkan mengenai sarana pelayanan

kesehatan yang digunakan antara Bapel JPKM Kabupaten Purbalingga dan Tegal keduanya tidak ada perbedaan. Bila diperhatikan pada pemberian paket pelayanan kesehatan yang diberikan pada peserta, telah memenuhi ketentuan pada Permenkes No : 571/Menkes/Per/VII/1993, yaitu pemeliharaan kesehatan dalam program JPKM meliputi pelayanan rawat jalan, rawat inap dan penunjang (Dep.Kes, 1997).

Pemberian paket pelayanan yang tercakup dan yang tidak tercakup sebenarnya telah banyak dilakukan, baik oleh Askes maupun JPK Jamsostek (Thabrany, 2001). Bila dicermati harkes yang dicakup dan yang tidak dicakup, antar Kabupaten Purbalingga dan Tegal hampir sama dengan yang dilaksanakan pada JPK Jamsostek, dimana pelayanan yang tidak dicakup oleh JPK Jamsostek adalah : Pelayanan kesehatan di luar PPK yang ditunjuk, penyakit atau cedera yang diakibatkan karena hubungan kerja dan karena kesengajaan, penyakit yang diakibatkan oleh alkohol, narkotik, penyakit kelamin dan AIDS, perawatan kosmetik, *medical check up*, transpalantasi organ tubuh, tindakan untuk kesuburan, kanker, haemodialisa, obat-obat vitamin, obat gosok, susu, alat perawatan seperti termometer, biaya transport, biaya tindakan medik superspesialistik.

#### 4. Pelayanan kesehatan rujukan.

Pada dasarnya pada penyelenggaraan JPKM di Kabupaten Purbalingga dan Tegal telah menyediakan mekanisme jaringan yang menyangkut rujukan, yaitu dari PPK I dapat dirujuk ke PPK II. Untuk keperluan rujukan telah dibuat protap rujukan, baik di Kabupaten Purbalingga maupun Kabupaten Tegal, adanya

mekanisme rujukan inilah yang menjadi kekuatan dalam penyelenggaraan JPKM. Mekanisme rujukan diadakan dalam rangka tetap terjaminnya pelayanan kesehatan bagi peserta, sebagai konsekwensi dari upaya menjaga mutu pelayanan. PPK dalam memberikan pelayanan harus melaksanakannya sesuai dengan ketentuan-ketentuan dalam sistem rujukan dan dilarang menghentikan perawatan dalam suatu proses pelayanan karena adanya alasan administratif (Depkes, 1997).

Untuk SOP obat-obatan baik di Kabupaten Purbalingga maupun Kabupaten Tegal sama-sama belum membuat. Hal ini menurut penulis merupakan kelemahan yang mesti dibenahi, karena penyediaan obat-obatan merupakan hal penting yang tidak dapat diabaikan dalam rangka mendukung kesiapan pemberian pelayanan kesehatan oleh PPK. Sebagai jalan keluarnya di Kabupaten Tegal untuk obat-obatan masih menggunakan/ menginduk apa yang digunakan di PPK. Dengan cara ini Bapel JPKM belum dapat mengetahui secara pasti seberapa besar kontribusi pendanaan / penyediaan obat-obatan di PPK. Pengalaman di Kabupaten Kudus apabila manajemen pengadaan obat-obatan masih menggunakan pola yang digunakan di puskesmas, pengadaan obat tidak akan mencukupi untuk pelayanan JPKM (Listiani, H, 1999).

Pemberian obat akan tergantung banyaknya jumlah peserta JPKM yang memanfaatkan pelayanan dan perhitungan angka kesakitan. Perkiraan yang mendekati kebutuhan riil di wilayah PPK dan dana pendamping pengadaan obat diperlukan untuk menjamin ketersediaan obat. Pengalaman penyediaan obat peserta JPKM di puskesmas tidak mencukupi untuk peserta JPKM di Kabupaten Kudus, sebagaimana diungkapkan oleh penelitian sebelumnya (Kotak : 26)

Kotak : 26

“ Menurut saya penyediaan obat-obatan di puskesmas dan sarananya sudah baik untuk pelayanan, cuma jumlahnya tidak mencukupi, bercermin pada Askes atau astek saya kira kita tidak bisa banyak pilihan cuma sebatas obat yang datang.. ya sudah seadanya itu....”

Wawancara : Responden 4, Listiani, H, 1999

##### 5. Pelaksanaan pemantauan utilisasi (*utilization review*)

Penyelenggaraan JPKM di Kabupaten Purbalingga dan Tegal, telah sama-sama melaksanakan pemantauan utilisasi, walaupun dengan cara yang tidak sama. Pemantauan utilisasi merupakan salah satu dari tujuh jurus dalam JPKM. Pemantauan utilisasi dimaksudkan untuk memantau pemanfaatan/penggunaan pelayanan kesehatan yang diberikan oleh Bapel JPKM, agar tetap terjaga mutunya. Pemantauan utilisasi bermanfaat untuk Bapel dan PPK dalam mengendalikan biaya dan mutu pelayanan (Depkes, 2000 c).

Bapel JPKM Kabupaten Purbalingga dalam rangka melaksanakan pemantauan utilisasi dan menjaga mutu pelayanan melaksanakannya dengan cara evaluasi laporan, penerapan standar pelayanan dan supervisi. Di Kabupaten Purbalingga untuk menjangar keluhan peserta dilaksanakan melalui pemasangan kotak saran dan penerapan standar pelayanan (QA). Demikian juga di Kabupaten Tegal dilaksanakan melau pelaporan ke Bapel dan penerapan standar pelayanan dan pembatasan pelayanan. Pemantauan utilisasi yang dilakukan di Kabupaten Purbalingga dan Tegal, dengan cara tersebut di atas, menurut penulis masih

kurang dan sangat sederhana. Pemantauan utilisasi seharusnya dilakukan secara serius terhadap jumlah penderita, jenis penyakit, dan periode sakit. Dengan cara ini akan dapat dikembangkan pola penanganan yang efektif dan efisien, termasuk memperoleh data yang diperlukan bagi penetapan besaran pembayaran pra upaya. (Depkes, 2000 c).

#### 6. Cara menjaga pemeliharaan kesehatan yang efektif dan efisien.

Upaya pemeliharaan kesehatan bagi peserta JPKM di Kabupaten Tegal dan Purbalingga, sementara ini baru ditunjukkan pada upaya kuratif dan rehabilitatif belum menyentuh upaya promotif dan preventif. Dalam upaya pelayanan kesehatan bagi peserta semestinya mengupayakan adanya pelayanan kesehatan yang paripurna, yaitu pelayanan kesehatan yang mencakup upaya promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif. Dalam JPKM wajib disediakan pelayanan kesehatan paripurna yang standar, mengutamakan yang esensial dan sangat dibutuhkan oleh peserta (Depkes, 2000 c).

Pelayanan kesehatan paripurna sendiri, merupakan salah satu dari tujuh jurus yang harus diterapkan dalam JPKM. Bila hal ini belum dilaksanakan terutama di Kabupaten Tegal, maka hal ini merupakan satu kelemahan yang perlu dibenahi. Pemberian pelayanan kesehatan paripurna ini diikuti dengan pemberian pelayanan kesehatan terstruktur, yang berarti bahwa peserta wajib mengikuti aturan penggunaan pelayanan. Misalnya ibu hamil wajib memeriksa kehamilannya secara teratur agar dapat diketahui secara dini bila ada kelainan dalam kehamilannya. (Depkes, 2000 c). Pelayanan kesehatan paripurna perlu

dilaksanakan, juga selaras dengan apa yang ingin dicapai dalam program JPKM, yaitu dalam pasal 3 Permenkes 571 yaitu program JPKM menjamin pemeliharaan kesehatan bagi peserta dengan pelayanan yang paripurna, berkesinambungan, bermutu dan disusun dalam bentuk satu paket pemeliharaan kesehatan (Depkes, 1997 a).

#### **D. Manajemen Institusi Bapel**

Pembahasan mengenai manajemen institusi Bapel sesuai dengan hasil penelitian meliputi : Keadaan institusi Bapel, Institusi Bapel dilihat dari SDM, dan keadaan sarana lainnya.

##### **1. Keadaan institusi Bapel**

Badan Penyelenggara (Bapel) JPKM di Kabupaten Purbalingga dan Tegal seperti telah diungkapkan dalam pembahasan sebelumnya mempunyai bentuk badan usaha yang berbeda. Semula kedua Bapel JPKM dibawah koperasi, tetapi pada perkembangan berikutnya di Kabupaten Purbalingga telah berubah menjadi sebuah badan usaha yang berbentuk perseroan terbatas (PT), yaitu PT Sadar Sehat Mandiri. Sedangkan Bapel JPKM di Kabupaten Tegal sampai saat ini masih dibawah naungan KPRI Bakti Husada Dinas Kesehatan Kabupaten Tegal, yaitu merupakan salah satu unit usaha otonom di KPRI Bakti Husada.

Dari sisi organisasi Bapel, organisasi Bapel JPKM di Kabupaten Purbalingga dan Tegal sebenarnya sudah sesuai dengan acuan yang telah ditetapkan dari Departemen Kesehatan, organisasi Bapel JPKM status badan hukumnya dapat berupa sebuah Perseroan Terbatas (PT), koperasi, Yayasan, atau



BUMN/ BUMD (Dep.Kes 2000 c). Ketentuan lebih lanjut dalam Peraturan Menteri Kesehatan No : 571/ Menkes/ Per/VII/93 tentang Penyelenggaraan Program JPKM, pada pasal 35 mengatakan “ Badan penyelenggara harus berbentuk badan hukum dan memiliki izin operasional ” (Dep.Kes, 2000 a).

Bila ketentuan ini diperhatikan, maka antara Bapel JPKM Kabupaten Purbalingga dan Tegal sebenarnya memiliki sisi kelemahan karena keduanya memang belum mempunyai izin operasional dari Menteri Kesehatan sebagaimana dipersyaratkan, tetapi hanya sebatas pada SK Penetapan Bapel oleh Kanwil Dep.Kes Propinsi Jawa Tengah. Dalam era otonomi daerah ini, dimana organisasi Kanwil Dep.Kes sekarang sudah dibubarkan (digabungkan dengan Dinas Kesehatan Propinsi), sebenarnya SK Penetapan Bapel oleh Kanwil sudah seharusnya agar dapat ditinjau kembali. Hal ini sejalan dengan apa yang dikemukakan dalam wawancara mendalam. (kotak : 1)

Harus diakui bahwa keberadaan Bapel JPKM di Kabupaten Purbalingga dan Kabupaten Tegal, tidak terlepas dari peran aktif pemerintah dalam hal ini melalui program JPKM-JPSBK dimana setiap organisasi yang ditunjuk sebagai Bapel JPKM akan mendapat *management fee* sebesar 8 % dari dana JPKM-JPSBK. Hasil akhir dari program JPKM-JPSBK, diharapkan Bapel JPKM dapat merekrut peserta dari masyarakat (kepesertaan mandiri) dan dapat menjadi Bapel JPKM yang mandiri.

Bila dilihat dari status badan usahanya, Bapel JPKM di Kabupaten Purbalingga, telah bergerak lebih maju bila dibandingkan dengan Bapel JPKM di Kabupaten Tegal, yaitu berbentuk sebuah PT, yang akan menjadi sebuah badan

usaha swasta, yaitu PT. Sadar Sehat Mandiri. Pemilihan status badan usaha ini tentunya akan berpengaruh terhadap penyelenggaraan JPKM terutama pada pelayanan yang akan diberikan pada peserta. Pada penelitian yang dilakukan oleh Listiani, 1999, salah satu respondennya mengemukakan kaitannya dengan status badan usaha Badan Penyelenggara JPKM menyatakan bahwa Bapel JPKM sebaiknya dikelola oleh swasta yang mempunyai profesionalisme, birokrasi cukup sebagai pengawas, monitor penyimpangan dan mengaudit keuangan. (Kotak : 27)

Kotak : 27

“..... Bapel idealnya dikelola oleh swasta ya ..... tapi yang benar-benar mampu mengatur gitu dan tunduk pada pemerintah, ini kan bisnis dan masalah uang jadi ya harus ..... saling menguntungkan “.

Wawancara : Responden 2, Listiani, H, 1999

Untuk Bapel JPKM Kabupaten Tegal di masa datang sebaiknya segera dipikirkan mengenai status badan usahanya, selama ini masih di bawah naungan KPRI Bakti Husada, yaitu merupakan salah satu unit usaha otonom di bawah koperasi seperti unit simpan pinjam dan unit waserda. Status badan usaha yang seperti ini tidak terlepas dari asal mula adanya program JPKM-JPSBK, yang dalam penunjukannya terkesan terburu-buru. Hal ini sesuai dengan apa yang diungkapkan pada Pertemuan Nasional Evaluasi Akhir Program JPKM-JPSBK daerah khusus pengamatan Asian Development Bank (ADB) yang diadakan pada tanggal 26 s/d 29 Juni 2000 di Ciloto Bogor, dimana salah satu masalah dan

kendala pengembangan program JPKM paska JPKM-JPSBK adalah proses pembentukan dan penunjukkan yang terburu-buru karena menyangkut program krisis (Dep.Kes, 2000 b). Keadaan ini harus segera dibenahi, umpamanya dengan menjadikan Bapel JPKM sebagai unit badan usaha yang mandiri dan profesional. Keinginan ini selaras dengan apa yang diungkapkan oleh peserta DKT, yang berkeinginan agar Bapel JPKM dapat menjadi sebuah badan usaha yang lebih mandiri dan profesional seperti Perseroan Terbatas (PT) atau BUMD. (Kotak : 28)

Kotak : 28

“ ..... Oleh karena itu saya setuju mengikuti bentuk PT, atau bentuk Perusda apa itu ya ,seperti PDAM, saya kira Perusda itu lebih cocok, ya BUMD, sehingga nanti disana dikelola secara profesional betul, tetapi jangan lepas *di back up* oleh Pemda.....  
Diskusi Kelompok Terfokus : Anggota Bapim JPKM Kab.Tegal

Struktur organisasi Bapel JPKM Kabupaten Tegal, menurut penulis merupakan titik terlemah dalam penyelenggaraan JPKM di Kabupaten Tegal. Semula struktur organisasi Bapel lengkap, tapi lama-kelamaan tinggal dua orang, satu manajer dan satu karyawan “samben”. Dengan struktur organisasi seperti ini, menurut penulis, sangat mustahil Bapel dapat melaksanakan fungsinya dengan baik. Sebagai pembanding di Kabupaten Purbalingga dengan lima orang karyawan saja merasa kesulitan dalam operasionalisasi Bapel.

Pada JPKM Semarak Husada Kabupaten di Kudus jumlah karyawan Bapel ada 11 orang. (Istiani, H, 1999). Bapel JPKM Kabupaten Tegal dengan struktur organisasi yang seperti ini, tentunya belum mencerminkan tuntutan kebutuhan

yang diinginkan oleh peserta. Struktur organisasi Badan Penyelenggara harus mencerminkan pemberian kemudahan bagi peserta untuk memperoleh pelayanan sesuai kebutuhan mereka (Depkes, 1997a).

## 2. Institusi Bapel dilihat dari SDM

Dari sisi SDM Bapel JPKM Kabupaten Tegal, dirasa masih lemah bila dibandingkan dengan Bapel JPKM Kabupaten Purbalingga. Kelemahan itu dapat dilihat dari tenaga purnawaktu yang masih kurang, kualitas maupun kuantitas SDMnya, kualifikasi sesuai kebutuhan, Pelatihan Bapel JPKM, dan motivasi dan profesionalisme. Mengenai aturan tenaga pengelola Bapel, sebagaimana tercermin dalam Permenkes No : 571 tentang Penyelenggaraan Program JPKM dalam pasal 43 ayat (1) : “ Badan penyelenggara dalam melaksanakan tugasnya harus memiliki tenaga yang memadai sesuai kebutuhan “ ayat (2) : “ Tenaga yang bertugas dibidang pemeliharaan kesehatan dan keuangan harus memiliki kualifikasi yang diperlukan”. Selanjutnya dalam pasal 44 dikatakan : “ Ketenagaan sebagaimana dimaksud dalam pasal 43 ayat (2) dapat sebagai pegawai tetap dan konsultan yang dikontrak “. (Depkes, 1997a).

Bila dilihat dari ketentuan di atas dan dibandingkan dengan ketenagaan di Bapel JPKM Kabupaten Purbalingga, ketenagaan di Bapel JPKM Kabupaten Tegal sudah tidak sesuai lagi, hal ini perlu mendapat perhatian, karena Bapel JPKM adalah badan yang menyelenggarakan JPKM. Bagaimana mungkin dapat memberikan pelayanan yang dibutuhkan, kalau tenaga yang melayani saja tidak ada. Alasan mengapa ketenagaan Bapel JPKM dikurangi dari 5 orang hanya

menjadi satu orang, seperti dikemukakan oleh manager Bapel JPKM adalah untuk mengurangi biaya operasional (membayar gaji karyawan).

Pada penelitian sebelumnya sebenarnya Bapel JPKM KPRI Bakti Husada Kabupaten Tegal, menurut penilaian responden 62,8 % menyatakan setuju bahwa Bapel dapat dipercaya mengelola dana masyarakat dengan baik (Djuwani, EK, 2001). Kepercayaan yang cukup besar ini seharusnya dapat digunakan oleh Bapel untuk mulai langkah-langkah yang strategis untuk mengembangkan JPKM di Kabupaten Tegal. Menurut penulis upaya pengembangan JPKM, harus dimulai dari penataan manajemen SDM di Bapel JPKM Kabupaten Tegal.

Dalam hal pelatihan Bapel JPKM di Kabupaten Tegal juga masih kurang baik bila dibandingkan dengan apa yang telah dilakukan di Kabupaten Purbalingga. Bapel JPKM Kabupaten Purbalingga dalam rangka membekali karyawan tentang JPKM telah mengikuti pelatihan yang intensif, sedangkan di Kabupaten Tegal pelatihan baru diikuti oleh satu orang yaitu manager Bapel JPKM (tenaga paruh waktu). Sedikitnya tenaga yang terlatih pada Bapel JPKM Kabupaten Tegal perlu mendapat perhatian di masa datang, karena tenaga yang terlatih merupakan modal yang berharga bagi seseorang yang akan mengembangkan JPKM. Hal ini sejalan dengan apa yang disimpulkan pada penelitian tentang JPKM di Kabupaten Kudus. Salah satu kesimpulannya mengatakan : “ Minat atau tidak berminat menjadi peserta JPKM karena ragu-ragu, dan khawatir prosedurnya sulit dan tidak tahu manfaatnya disamping perlu disiapkan PPK dan Bapel JPKM yang mampu mengakomodasikan minat masyarakat menjadi peserta JPKM, mengingat pemahaman masyarakat (43 %)

terhadap JPKM masih rendah dan personalia Bapel JPKM belum terlatih “.  
(Listiani,H, 1999).

Motivasi dan profesionalitas SDM di Bapel JPKM Kabupaten Tegal, perlu belajar banyak dengan SDM Bapel JPKM Kabupaten Purbalingga. Motivasi dan profesionalitas SDM di Bapel JPKM Kabupaten Purbalingga sangat tinggi dan antusias dalam bekerja. Mereka sangat bersemangat dan mempunyai harapan yang besar pada pekerjaannya di Bapel JPKM, harapan itu seperti tercermin pada apa yang disampaikan pada kotak : 2. Keadaan sebaliknya terlihat pada SDM Bapel JPKM Kabupaten Tegal, motivasi dan profesionalitas SDMnya kurang, motivasinya tidak cukup tinggi yang tercermin pada penuturan mereka seperti pada kotak Kotak : 3.

Nilai yang didapat (gaji) karyawan Bapel JPKM KPRI Bakti Husada Kabupaten Tegal relatif lebih rendah bila dibandingkan dengan di Bapel JPKM Kabupaten Purbalingga. Gaji manajer Bapel JPKM di Kabupaten Rp 500.000,-/bl, sementara di Bapel JPKM Kabupaten Purbalingga mencapai Rp 800.000,-/ bl. Dengan gaji yang lebih rendah ini menyebabkan kepuasan pribadinya menjadi berkurang, yang berpengaruh terhadap tujuan organisasi.

Untuk terciptanya sebuah motivasi yang tinggi dalam organisasi, pemenuhan kebutuhan pribadinya tidak boleh diabaikan, sesuai dengan motivasi dalam perilaku organisasi (Muchlas, 1997). Dalam pengembangan JPKM di Kabupaten Tegal harus didukung oleh tenaga yang profesional, untuk menciptakan petugas/ tenaga yang profesional dapat dilakukan dengan mengangkat tenaga yang bukan paruh waktu, latar belakang pendidikan dan

pelatihan yang sesuai dan pemberian gaji yang cukup. Menciptakan tenaga yang profesional di bidang JPKM merupakan sesuatu yang mendesak, karena tenaga profesional di bidang JPKM yang sangat terbatas, merupakan salah satu sebab lambatnya perkembangan program tersebut (Gani, 1998).

### 3. Keadaan sarana lainnya.

Keadaan sarana kantor Bapel JPKM Kabupaten Purbalingga dan Tegal, bila ditinjau dari segi tempat dan kecukupan ruangnya, tidak berbeda jauh. Tempat kantor Bapel JPKM Kabupaten Tegal beserta fasilitas yang dimilikinya hampir sama, perbedaannya kantor Bapel JPKM Kabupaten Purbalingga sudah berdiri sendiri sedang Bapel JPKM Kabupaten Tegal masih menjadi satu dengan kantor koperasi. Melihat fasilitas yang dimilikinya kantor Bapel JPKM Kabupaten Tegal sudah sangat layak untuk mendukung operasionalisasi organisasi Bapel, dan hal ini suatu potensi yang dapat menunjang penyelenggaraan JPKM Kabupaten Tegal. Menurut penilai penulis dengan melihat tempat kantor dan sarana pendukung lain yang dimiliki Bapel JPKM KPRI Bakti Husada, sudah cukup mampu untuk mendukung kinerja Bapel sesuai dengan apa yang dipersyaratkan untuk tempat/kantor Bapel JPKM di Kabupaten Tegal (Depkes, 2000 c).

### E. Peran dan Fungsi Bapim JPKM (Tri Karya JPKM)

Susunan organisasi Bapim JPKM Kabupaten Purbalingga dan Tegal seperti diketahui mempunyai susunan yang berbeda, dengan jumlah anggota yang berbeda pula. Bila mengacu pada struktur organisasi Bapim dari Dep.Kes, antara

Kabupaten Purbalingga dan Tegal sebenarnya dapat dikatakan keduanya memiliki komposisi yang hampir sama. Acuan susunan organisasi Bapim JPKM dari Dep.Kes adalah sebagai berikut : Pelindung : Bupati/Walikota, Penasehat : Sekda, Ketua : Kadinkes, Wakil Ketua : Kakandepkes, Sekretaris : Kasi PKM/Yankes, Anggota : Esselon III,IV,V terkait (Dep.Kes, 2000 c).

Badan Pembina JPKM mempunyai peran dan fungsi sangat strategis dalam mengembangkan, membina, dan mendorong JPKM sebagaimana digariskan dalam UU No 23 tahun 1992 pasal 66 ayat (1) (Dep.Kes, 2000 c). Dengan demikian jelaslah bahwa maju mundurnya JPKM ditentukan oleh sejauh mana Peran dan fungsi Bapim JPKM dapat dilaksanakan secara optimal. Secara lengkap peran dan fungsi Bapim JPKM adalah sebagai berikut (Dep.Kes, 2000 c)

1. Mengembangkan, membina, dan mendorong pertumbuhan dan perkembangan pelbagai upaya JPKM secara efektif.
2. Menyelenggarakan perumusan kebijakan, pengaturan, pengembangan, pembinaan dan pengendalian upaya JPKM berdasarkan undang-undang yang berlaku dan berdasar kebijakan menteri kesehatan.
3. Menyelenggarakan perizinan dan akreditasi penyelenggaraan JPKM, dengan melaksanakan bimbingan dan pengendalian terhadap Bapel, PPK, dan kepesertaan JPKM

Pembahasan mengenai peran dan fungsi Bapim JPKM (Tri Karya JPKM) meliputi peningkatan sosialisasi-edukasi guna perluasan kesadaran, partisipasi dan kepesertaan, upaya pengembangan pemantapan dan penerapan perundang-undangan/regulasi dan Perda, dan upaya peningkatan kinerja para pelaku JPKM.



1. Tri Karya 1 : Peningkatan sosialisasi-edukasi guna perluasan kesadaran, partisipasi dan kepesertaan.

Kekuatan dalam upaya peningkatan sosialisasi-edukasi guna perluasan kesadaran, partisipasi dan kepesertaan JPKM di Kabupaten Purbalingga terletak pada peran dari *top leader* (Bupati) dalam ikut mendukung dan memasarkan program JPKM. Untuk Kabupaten Tegal, hal seperti ini perlu diadopsi untuk dilaksanakan di Kabupaten Tegal. Mengenai upaya peningkatan sosialisasi-edukasi dalam rangka meningkatkan kesadaran dan kepesertaan JPKM di Kabupaten Tegal sendiri menurut penulis kelihatan kurang terpadu dan semarak atau istilahnya dari sekretaris Bapim adalah “masih tidak terlalu banyak fokus”. Hal ini sejalan dengan penelitian terdahulu yang mengungkapkan persepsi responden terhadap Bapim JPKM Kabupaten Tegal kurang optimal. 60,7 % responden menyatakan setuju Bapim JPKM belum menjalankan fungsinya secara optimal dan 61,2 % responden menyatakan setuju Bapim kurang sosialisasi terhadap masyarakat tentang keberadaan Bapel JPKM. (Djuwani, EK, 2001).

Untuk meningkatkan kesadaran, partisipasi dan kepesertaan JPKM di Kabupaten Tegal membutuhkan upaya sosialisasi-edukasi sebagai salah satu fungsi tri karya Bapim JPKM. Meningkatkan kesadaran masyarakat untuk menjadi peserta JPKM membutuhkan waktu, kesabaran dan usaha yang terus menerus. Hal ini sejalan dengan apa yang diungkapkan oleh Prabamurti, P.N, 1999 dalam penelitiannya, salah satu kendala utama kurang lancarnya program JPKM adalah masalah kesadaran masyarakat, seperti diungkapkan oleh salah satu respondennya (kotak : 29)

Kotak : 29

“..... memang kendala utama adalah cukup sulit untuk menyadarkan dan mengajak masyarakat untuk ikut JPKM..... misalnya belum memasyarakatnya cara pembiayaan praupaya untuk kesehatan...”

Wawancara mendalam :Pembina Tk I Prop DIY, Priyadi P.N, 1999.

Rendahnya minat masyarakat untuk menjadi peserta program JPKM, salah satunya karena rendahnya kesadaran berasuransi (Azwar, 1998). Untuk itu upaya sosialisasi-edukasi agar dilakukan oleh Bapim JPKM Kabupaten Tegal secara terus menerus dan perlu cukup waktu agar program dapat dimengerti dan diadopsi oleh masyarakat. (Kotak : 30)

Kotak : 30

“ Sebenarnya program ini program yang bagus... hanya permasalahannya saya kira membutuhkan waktu yang cukup atau relatif lama dan tidak begitu saja bisa dimengerti dan diadopsi oleh masyarakat dengan cepat...”

Wawancara mendalam :PY, Kanwil Depkes Prop DIY, Priyadi P.N, 1999.

Pada penelitian sebelumnya untuk mengetahui persepsi masyarakat/ responden terhadap Badan Pembina JPKM di Kabupaten Tegal menunjukkan bahwa 81,8 % responden menyatakan setuju bahwa Bapim JPKM memperhatikan semua kepentingan peserta, PPK maupun Bapel JPKM, 29,3 % menyatakan setuju

bahwa Bapim JPKM belum pernah memberikan penyuluhan JPKM, 60,7 % menyatakan setuju bahwa Bapim JPKM belum menjalankan fungsinya secara optimal dan 61,2 % menyatakan setuju bahwa Bapim JPKM kurang sosialisasi terhadap masyarakat tentang keberadaan Bapel JPKM. (Djuwani EK, 2001).

Belum optimalnya fungsi Bapim JPKM di Kabupaten Tegal dalam mengembangkan, membina dan mendorong JPKM, hal ini disebabkan karena Bapim JPKM sendiri belum mengetahui betul arah pengembangan JPKM itu sendiri. Sesuai dengan fungsi Bapim JPKM, dimana dalam mengembangkan program JPKM harus sesuai dengan undang-undang yang berlaku. Permasalahannya sekarang undang-undang yang sangat diharapkan kehadirannya itu (UU tentang JPKM) sampai saat ini belum terwujud. Ditambah lagi dengan diberlakukannya otonomi daerah dimana kalau mengacu pada Permenkes No: 1173 tahun 2000 yang memberikan 26 kewenangan wajib yang dilaksanakan oleh daerah, termasuk menggalang sistem pemeliharaan kesehatan/asuransi kesehatan sosial lokal sesuai dengan kondisi dan kemampuan daerah (Thabrany,2000).

Bapim JPKM Kabupaten Tegal sementara ini masih bersifat menunggu belum proaktif karena memang kebijakan pengembangan JPKM sementara ini masih mengambang. Hal ini sejalan dengan apa yang diungkapkan oleh sekretaris Bapim JPKM Kabupaten Tegal, bahwa pengembangan JPKM masih susah (Kotak: 31)

Kotak : 31

“ ..... Dengan otonomi pun sekarang gemanya terputus, sehingga kita belum ada acuan. Bicara tentang JPKM komprehensifnya susah karena aturan tentang detail pelaksanaannya belum sampai ada keseragaman secara nasional (UU JPKM).

Wawancara mendalam : Sekretaris Bapim JPKM Kab. Tegal

2. Tri Karya 2 : Upaya pengembangan, pematapan dan penerapan perundang-undangan/regulasi dan Peraturan Daerah (Perda).

Salah satu keunggulan dalam upaya pengembangan, pematapan dan penerapan perundang-undangan/ regulasi dan Perda dalam rangka penyelenggaraan JPKM di Kabupaten Purbalingga adalah telah dibuatnya SK Bupati tentang penyelenggaraan JPKM, dan telah dirintisnya Perda tentang JPKM. Sementara di Kabupaten Tegal belum ada SK Bupati tentang penyelenggaraan JPKM, sedangkan Perda JPKM belum dirintis, baru sebatas dirumuskannya JPKM dalam Perda Tarif Pelayanan Kesehatan.

Dalam rangka meningkatkan penyelenggaraan JPKM diperlukan adanya pedoman tentang cara penyelenggaraan (Depkes, 1997). Sementara ini terjadi kesenjangan dalam cara penyelenggaraan JPKM. UU yang mengatur tentang JPKM, di tingkat nasional belum ada, untuk mengatasi hal ini Pemerintah telah mengeluarkan Permenkes No : 571/Per/VII/1993 tentang penyelenggaraan Program JPKM. Seiring dengan semangat otonomi daerah, dalam era desentralisasi sebenarnya daerah dapat bekerja dalam lingkup kewenangannya

untuk dapat menggalang sistem pemeliharaan kesehatan/asuransi kesehatan sosial lokal sesuai dengan kondisi dan kemampuan daerah (Thabrany, 2000).

Menindaklanjuti hal ini Pemerintah Kabupaten Purbalingga, melaksanakan upaya terobosan dalam mengembangkan JPKM, yaitu dengan memadukan program jaminan kesehatan bagi keluarga miskin dan jaminan pemeliharaan bagi masyarakat yang mampu membayar premi. Caranya premi bagi keluarga miskin disubsidi oleh Pemda dan keluarga yang mampu secara mandiri menjadi peserta JPKM. Pertimbangan diterapkannya model penyelenggaraan JPKM dengan mensubsidi premi bagi keluarga miskin, adalah dalam rangka mencapai visi Indonesia sehat 2010, yang tak mungkin dicapai secara cepat tapi harus melalui suatu proses dan secara pelan-pelan.

Konsep pengembangan JPKM di Kabupaten Purbalingga, mungkin belum ideal, tapi secara intensif dilakukan penelitian tentang kemampuan pembiayaan kesehatan bagi masyarakat, penyusunan model pengembangan JPKM sambil mengupayakan tercapainya Indonesia Sehat 2010. Hal ini terungkap sesuai dengan apa yang disampaikan Bapim JPKM Kabupaten Purbalingga (Kotak : 32)

Kotak : 32

“ Untuk mencapai Indonesia sehat 2010, mungkin di Purbalingga ya ... masih jauh, tapi kita akan berusaha secara pelan-pelan untuk mengembangkan JPKM agar pada saatnya nanti dapat terlindungi semua dengan JPKM ... “

Wawancara mendalam : Sekretaris Bapim JPKM  
Kab.Purbalingga

Belum adanya SK Bupati Kabupaten Tegal dalam menyelenggarakan JPKM di Kabupaten Tegal, dilandasi masih kesulitan dalam menentukan acuan dalam penyelenggaraan JPKM . (Kotak : 33)

Kotak : 33

“... Kelemahannya memang sampai hari ini belum disusun SK Bupati karena tantangan yang berat, dari propinsi ataupun pusat belum ada gaungnya tentang JPKM. Dengan adanya otonomipun sekarang gemanya terputus, sehingga kita belum ada acuan, bicara tentang JPKM komprehensifnya susah karena aturan tentang detail pelaksanaannya belum sampai ada keseragaman secara nasional “

Wawancara mendalam : Sekretaris Bapim JPKM Kab.Tegal

Dari segi peran Pemdanya sebenarnya sudah bagus, kelemahan yang ada dalam melakukan upaya “terobosan” tidak seberani di Kabupaten Purbalingga. Dinas Kesehatan Kabupaten Tegal sebagai unsur pelaksanaanya mestinya mampu melakukan terobosan-terobosan dalam pengembangan JPKM, sambil menunggu dirumuskannya Peraturan JPKM secara nasional (Undang-undang JPKM). Hal ini tercermin pada penuturan saat wawancara seperti pada Kotak : 34

Kotak : 34

“ Dari segi peran Pemdanya sebenarnya sudah bagus , umpamanya pada SOT DKK sebagai salah satunya ada seksi peran serta masyarakat dan JPKM, jadi secara kelembagaan Pemdanya sudah bagus dalam mendukung perkembangan JPKM. Dan itu semua tergantung dari unsur pelaksanaanya yaitu Dinkes.....”

Wawancara mendalam : Sekretaris Bapim JPKM Kab.Tegal.

### 3. Tri Karya 3 : Upaya peningkatan kinerja para pelaku JPKM.

Upaya peningkatan kinerja para pelaku JPKM yang meliputi peserta, PPK dan Bapel telah dilaksanakan oleh Bapim Kabupaten Purbalingga dan Tegal. Peningkatan kinerja diarahkan dalam rangka melaksanakan manajemen dan penerapan teknologi kendali mutu dan biaya serta menjamin pemenuhan kebutuhan utama masyarakat dalam pelayanan kesehatan. Keunggulan yang dilaksanakan di Kabupaten Purbalingga dalam upaya menjaga mutu pelayanan adalah telah dilaksanakannya penanganan keluhan peserta lewat penjarangan kotak saran melalui unit pengaduan masyarakat (UPM).

Selain itu dalam rangka pengendalian biaya, dengan telah diterapkannya pembiayaan secara kapitasi (praupaya) sangat membantu dalam upaya tersebut, dimana untuk Kabupaten Tegal karena belum diterapkannya kapitasi merasa kesulitan untuk pengendalian biaya. Pemasangan kotak saran pada dasarnya dimaksudkan untuk mencari data, mengenai keluhan apa yang dirasakan peserta dalam pelayanan kesehatan yang diberikan. Dengan adanya data yang masuk, maka dapat dijadikan evaluasi mutu pelayanan, karena dalam kegiatan perbaikan mutu salah satu prinsip yang dipakai adalah pemecahan masalah berdasarkan fakta atau data (Kuncoro, 2000).

Upaya peningkatan para pelaku JPKM oleh Bapim seharusnya diarahkan pada hal-hal sebagai berikut : ( Depkes, 1996)

- 1). Pengendalian mutu yang dilakukan oleh Bapel agar dapat menjamin bahwa pelayanan kesehatan yang diberikan benar-benar dapat diperlukan dan bermutu sesuai standar yang telah disepakati.

- 2). Penanganan keluhan peserta ataupun PPK harus dapat disalurkan lewat suatu mekanisme “ penanganan keluhan” yang tetap, hingga dapat menjamin stabilitas dalam menjalankan kegiatan JPKM.
- 3). Pembayaran PPK oleh badan penyelenggara dilaksanakan dengan pembayaran praupaya dalam hal ini dengan kapitasi atau sistim anggaran.
- 4). Mekanisme pemeliharaan kesehatan paripurna dilaksanakan dalam bentuk suatu paket pemeliharaan kesehatan dasar yang disusun sesuai dengan ketentuan medis, tidak lebih dan tidak kurang dan wajib diselenggarakan oleh PPK. Mekanisme ini bersama mekanisme lainnya menjamin pemerataan pemeliharaan kesehatan peserta.

#### **F. Pengembangan JPKM di Kabupaten Tegal sebagai wujud Kesiapan Bapel dan Bapim JPKM.**

Untuk mengetahui rekomendasi dalam mengembangkan JPKM di Kabupaten Tegal sebagai wujud kesiapan Bapel dan Bapim JPKM Kabupaten Tegal dalam mengembangkan JPKM sesuai dengan hasil *benchmarking* penyelenggaraan JPKM di Kabupaten Purbalingga, yang meliputi manajemen kepesertaan, manajemen keuangan, manajemen pemeliharaan kesehatan, manajemen institusi Bapel dan peran dan fungsi Bapim JPKM (TRI Karya JPKM) berikut ini penulis sampaikan resume kekuatan dan keunggulan dari penyelenggaraan JPKM di Kabupaten Purbalingga bila dibandingkan dengan keadaan di Kabupaten Tegal.



Tabel 5.1 : Kekuatan dan Keunggulan hasil *benchmarking* penyelenggaraan JPKM di Kabupaten Purbalingga dibandingkan dengan Kabupaten Tegal

No	Item yang <i>benchmark</i>	Kekuatan / Keunggulan
1.	Manajemen Kepesertaan	a. Proses Perekrutan peserta : Adanya kerjasama dengan pihak lain yaitu kader kesehatan dan koordinator kecamatan (petugas PKM Puskesmas) b. Dukungan regulasi dari Pemda : Adanya SK Penyelenggaraan JPKM dari Bupati c. Menjaring keluhan peserta : Telah memasang kotak saran (UPM) di setiap PPK I dan PPK II. d. Jumlah peserta : Peserta JPKM mandiri lebih banyak dibandingkan Kab.Tegal, ada 8171 KK
2.	Manajemen Keuangan	a. Cara pengumpulan premi : Dikumpulkan oleh kader kemudian disetorkan ke Bapel lewat koordinator kecamatan. b. Pembayaran dana ke PPK : Dibayarkan secara kapitasi di awal bulan. c. Manajemen keuangan : Ada dana untuk operasional Bapel dan Bapim sekitar 10 %.
3.	Manajemen Pemeliharaan Kesehatan	-
4.	Manajemen Institusi Bapel	a. Status badan hukum Bapel : Telah menjadi bentuk yang mandiri yaitu PT Sadar Sehat Mandiri. b. Dari sisi SDM : Tenaga purna waktu, telah mengikuti pelatihan, motivasi, gaji dan profesionalitas.
5.	Peran dan fungsi Bapim (Tri Karya JPKM)	a. Peranan Bupati dalam peningkatan sosialisasi-edukasi JPKM. b. Adanya dukungan dana untuk Bapim dari Bapel JPKM. c. Untuk pengembangan JPKM : ada subsidi premi dari Pemda , dan dukungan legislatif .

Kekuatan dan keunggulan pada penyelenggaraan JPKM di Kabupaten Purbalingga, dapat dijadikan masukan yang sangat berarti dalam mengembangkan JPKM di Kabupaten Tegal. Pada pelaksanaan DKT yang diikuti oleh komponen yang terkait dalam pengembangan JPKM di Kabupaten Tegal, tanggapan peserta sangat antusias dan respek sekali terhadap upaya yang dikembangkan pada penyelenggaraan JPKM di Kabupaten Purbalingga. Kesulitan yang dihadapi saat ini dalam mengembangkan JPKM, seperti telah diungkapkan dalam kotak 31, adalah pada saat ini adalah masa transisi, dimana adanya masa peralihan dalam kaitannya dengan pelaksanaan otonomi daerah.

Bila mengacu pada Permenkes 1173 tahun 2000, dimana daerah diberikan 26 kewenangan wajib yang dilaksanakan oleh daerah termasuk diantaranya menggalang sistem pemeliharaan kesehatan / asuransi kesehatan sosial lokal sesuai kemampuan daerah sesmestinya daerah dapat mulai mempersiapkannya. Masalahnya terbentur pada acuan pengembangan JPKM sendiri sampai sekarang belum ada, yaitu Peraturan Pemerintah (PP) atau Undang-undang tentang JPKM sampai sekarang belum terwujud.

Memperhatikan kesulitan yang dihadapi seperti diungkapkan di atas, sesuai hasil *benchmarking* di Kabupaten Purbalingga, untuk pengembangan JPKM di Kabupaten Tegal penulis merasa kesulitan dalam memberikan rekomendasi dalam pengembangannya, karena masih belum jelasnya mengenai aturan yang mengaturnya. Namun dalam acara DKT yang dilaksanakan yang diikuti oleh komponen yang terkait dalam pengembangan JPKM melalui diskusi kelompok terfokus (DKT). Secara garis besar dalam kesempatan DKT dicapai dua

(2) kesepakatan dalam memberikan “ rekomendasi pengembangan JPKM “ di Kabupaten Tegal sebagai wujud kesiapan Bapel dan Bapim JPKM, yaitu :

1. Status Badan Hukum Bapel JPKM akan berubah dari salah satu unit otonomi dari KPRI Bakti Husada menjadi Bapel yang berbentuk Perseroan Terbatas (PT) atau BUMD dalam mengembangkan JPKM mandiri .
2. Model JPKM seperti dikembangkan di Kabupaten Purbalingga yaitu yang memadukan pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin dan masyarakat yang mampu (mandiri) dapat dipertimbangkan untuk dijadikan rujukan di Kabupaten Tegal bila program JPSBK Berakhir (akhir 2002).

Untuk memberikan gambaran yang jelas terhadap rekomendasi pengembangan JPKM di Kabupaten Tegal, dalam pembahasan ini penulis bahas satu persatu.

#### 1. Bentuk badan hukum Bapel JPKM

Keinginan untuk mengubah status badan hukum Bapel JPKM Kabupaten Tegal menjadi Bapel yang mandiri dan profesional dengan mengubah status badan hukumnya menjadi berbentuk PT atau BUMD, secara hukum tidak bertentangan/melanggar ketentuan yang telah digariskan dalam Peraturan Menteri Kesehatan No : 571/Menkes/Per/VII/1993, terutama pada pasal 35 dan 36. (Depkes RI, 1997a). Dalam peraturan tersebut menyatakan bahwa Bapel JPKM dapat dikelola oleh pemerintah atau swasta yang berbentuk Perseroan terbatas (PT). Harapan untuk menjadi Bapel yang profesional dan mandiri selaras dengan keinginan dari salah satu responden pada penelitian sebelumnya sebagaimana diungkapkan pada kotak : 27 (Listiani, 1999).

Menurut penulis pembahasan mengenai bentuk status badan hukum Bapel JPKM, tidak akan terlepas dari pembahasan mengenai kepesertaan JPKM (wajib atau sukarela), JPKM merupakan bentuk asuransi (sosial atau komersial), dan apakah Bapel JPKM itu lembaga *non for profit* atau *for profit*?. Bila pertanyaan di atas telah terjawab dengan pasti, maka pembahasan mengenai bentuk status badan hukum Bapel JPKM akan dapat terjawab dengan sendirinya.

Kepesertaan JPKM adalah bersifat sukarela aktif, artinya bagi masyarakat secara perorangan atau kelompok dapat menjadi peserta JPK M (Depkes, 1997a). Dengan kepesertaan JPKM yang sukarela, pengalaman di Kabupaten Tegal dan juga di daerah lain menunjukkan bahwa perkembangan kepesertaan JPKM sangat lambat. Menyadari bahwa JPKM secara sukarela tidak bisa berkembang seperti yang diharapkan, maka Depkes berkeinginan menjadikan kepesertaan JPKM wajib. Sebenarnya bisa dibuatkan Peraturan Pemerintah (PP), akan tetapi PP tidak bisa bertentangan dengan UU kesehatan yang tidak menyebutkan keanggotaan JPKM bersifat wajib. Jadi jika JPKM mau diwajibkan, maka tidak ada pilihan lain kecuali harus membuat suatu UU yang mewajibkan. Sebagai tindak lanjutnya sejak Desember 1998 dirancanglah RUU JPKM, namun demikian sampai detik ini draft tersebut belum dibahas di DPR (Thabrany, 2001). Bila mengacu pendapat yang lain, dijelaskan bahwa sistem asuransi atau jaminan pelayanan kesehatan sebaiknya bersifat wajib (Mukti, 2000).

Kepesertaan JPKM yang sukarela pada dasarnya merupakan basis dari bentuk asuransi komersial. Kata komersial berasal dari bahasa Inggris *commerce*, yang berarti berdagang. Dalam berdagang tentu tidak boleh ada paksaan, dasarnya

adalah pedagang menawarkan barang atau jasanya dan sebagian masyarakat yang merasa memerlukan barang atau jasa tersebut akan membelinya. Tidak ada paksaan bahwa seseorang harus membeli barang /jasa tersebut. Agar seseorang pedagang, atau suatu perusahaan dapat menjual suatu barang atau jasanya, maka ia harus bekerja keras memperoleh informasi barang atau jasa apa yang diminati (*demand*) masyarakat. Basis komersial inilah yang membedakan sistem asuransi mekanisme pasar dengan sistem asuransi sosial yang berbasis regulasi, bukan pasar. Asuransi komersial merespons terhadap *demand* (permintaan) masyarakat, sedangkan asuransi sosial merespons terhadap *needs* (kebutuhan) masyarakat (Thabrany, 2001).

Dalam prakteknya JPKM belum dapat menerapkan jurus-jurus suatu asuransi komersial, bahkan yang lebih banyak JPKM menerapkan jurus-jurus asuransi sosial. Sebagai contoh JPKM diharapkan sebagai program memandirikan masyarakat dalam membiayai kesehatan, tetapi banyak Bapel JPKM bahkan menetapkan target sasaran sasaran program JPKM justru masyarakat ekonomi lemah. Program JPKM ingin memberikan pelayanan yang bermutu dan dengan biaya terkendali, akan tetapi Bapel JPKM menjual produknya dengan premi sesuai kesepakatan atau atas dasar perhitungan tarif puskesmas. Jelas hal ini bertentangan dengan konsep komersial yang menjadi bisnis utama badan usaha yang seharusnya menjawab permintaan.

Menyimak penjelasan di atas, dapat dikatakan bahwa JPKM yang sedang dikembangkan adalah merupakan bentuk asuransi komersial, dimana pada umumnya asuransi komersial adalah merupakan lembaga yang *for profit*

(Thabrany, 2001). Keadaan yang kontradiksi dijumpai pada penyelenggaraan asuransi sosial, yang sifatnya wajib seperti Askes bagi Pegawai Negeri Sipil dan Jamsostek bagi para tenaga kerja. Pengelolaan Askes dan Jamsostek yang sifatnya wajib dan merupakan bentuk asuransi sosial, malah dikelola oleh lembaga *for profit* dalam hal ini dikelola oleh PT Persero yang berorientasi laba (*for profit*), ini merupakan suatu keajaiban dunia (Thabrany, 2001).

Memperhatikan penjelasan di atas, untuk membahas keinginan dari Bapim JPKM Kabupaten Tegal yang akan mengubah status badan hukum Bapel JPKM yang semula di bawah unit otomoni KPRI Bakti Husada menjadi sebuah lembaga yang berbentuk Perseroan Terbatas (PT), penulis berpendapat bahwa bentuk status badan hukum Bapel JPKM selama JPKM konsisten dengan bentuk asuransi komersial adalah sangat tepat bila berubah menjadi PT. Namun demikian ada beberapa kekuatan dan kelemahan yang harus diperhatikan, diantaranya :

a. Kekuatan

- 1) Dapat bereaksi lebih cepat terhadap perubahan demand masyarakat, sehingga lebih memperhatikan pelayanan yang bermutu dan memuaskan.
- 2) Perancangan produk pelayanan kesehatan menjadi lebih leluasa, yang diharapkan dapat memenuhi permintaan calon konsumennya.

b. Kelemahan

- 1) Jumlah peserta JPKM karena sifatnya yang komersial tidak akan mampu menyamai jumlah peserta asuransi sosial, karena sifatnya komersial pula akan terkena undang-undang anti monopoli sehingga pelaku Bapel akan banyak dan terjadi persaingan yang kompetitif.

- 2) Selain dapat memberikan pilihan bagi konsumen terhadap produk yang lebih beragam dan menarik menuntut pula adanya manajemen yang kompleks, akibatnya biaya administrasi yang tinggi tak dapat dihindarkan sehingga premi, peserta menjadi tinggi (Mampukah masyarakat Kab. Tegal ?).
  - 3) Tidak mungkin dapat tercapai cakupan yang universal, akibatnya tidak mungkin seluruh masyarakat Kabupaten Tegal dapat tercakup asuransi kesehatan.
2. Model JPKM di Kabupaten Purbalingga dan kemungkinannya sebagai rujukan dalam pengembangan JPKM di Kabupaten Tegal.

Seperti telah dijelaskan sebelumnya di Kabupaten Purbalingga dikembangkan JPKM yang memadukan antara kepesertaan JPKM bagi keluarga miskin (gakin)/ wajib dengan JPKM bagi masyarakat yang mampu (mandiri) secara sukarela. Premi bagi keluarga miskin dan paska gakin ditanggung oleh subsidi Pemda Kabupaten Purbalingga sebesar Rp 25.000,-/KK/Th sedangkan keluarga paska gakin ditanggung oleh subsidi Pemda sebesar Rp 15.000,-/KK/Th. Jumlah subsidi Pemda pertahun sekitar 1,2 Milyar. Maksud dari pemberian subsidi ini adalah adanya keinginan dari Bapim JPKM yang memang mempunyai komitmen untuk mengembangkan jaminan pemeliharaan kesehatan secara bertahap, atau istilah yang digunakan oleh Bapim JPKM Kabupaten Purbalingga secara pelan-pelan sebagaimana yang terungkap dalam kotak 32.

Pengembangan jaminan pemeliharaan kesehatan bagi masyarakat, menunjukkan bahwa peranan pemerintah sangat besar dalam perkembangan program asuransi kesehatan di suatu negara. Selain Amerika Serikat, sebagian besar negara memperkenalkan konsep asuransi kesehatan sosial secara bertahap bagi kelompok masyarakat. Apabila kita memperhatikan kenyataan itu, sebagaimana direkomendasikan oleh Bank Dunia, maka program asuransi kesehatan sosial yang dikembangkan secara bertahap perlu memperoleh pertimbangan yang sungguh-sungguh. (Sulastomo, 2000)

Dalam pembahasan ini penulis mencoba memberikan gambaran mengenai hal-hal apa yang perlu dipertimbangkan, seandainya model pengembangan JPKM seperti di Kabupaten Purbalingga dipakai sebagai rujukan di Kabupaten Tegal, bila program JPSBK berakhir (akhir 2002). Program JPKM-JPSBK yang memberikan subsidi premi bagi keluarga miskin, telah banyak dirasakan manfaatnya oleh masyarakat. Sebagai contoh monitoring independen program JPSBK yang dilakukan di Yogyakarta telah terbukti membawa kemanfaatan yang lebih banyak kepada masyarakat. (Mukti, 2001).

Pertanyaan selanjutnya adalah jika program ini benar-benar berhenti bagaimanakah jalan keluarnya ?. Apakah masyarakat mampu dan mau membayar iuran dan berapa iuran tersebut ?. Dari penelitian yang dilakukan, ternyata ditemukan penemuan yang menarik adanya potensi pelayanan kesehatan pra – upaya sebagai solusi strategi keluar jika dana JPSBK berhenti atau dana kesehatan pemerintah terbatas. Untuk itu seandainya memang pelayanan pra-upaya ini



sebagai jalan keluar dari keterbatasan dana kesehatan pemerintah maka perlu adanya bantuan atau subsidi premi bagi keluarga miskin (Mukti, 2001).

Program JPSBK di Kabupaten Tegal saat ini memang masih berjalan, dan akan segera berakhir pada akhir tahun 2002. Masih adanya program JPSBK di Kabupaten Tegal, seperti terungkap pada saat DKT, memang menjadi kendala bila Pengembangan JPKM model Kabupaten Purbalingga akan diterapkan. Untuk itu sebagai kesepakatannya Bapim JPKM Kabupaten Tegal akan mempertimbangkan dapat dipakai sebagai rujukan bila program JPSBK berakhir. Langkah-langkah ke arah itu tentunya perlu dipersiapkan dengan sebaik-baiknya. Menurut penulis ada beberapa langkah yang mesti diambil :

- a. Pendataan ulang masyarakat yang masuk dalam kategori miskin, untuk indikatornya perlu kesepakatan dengan berbagai pihak yang terkait.
- b. Subsidi premi bagi keluarga miskin dapat dilaksanakan secara bertahap, dengan melihat kemampuan anggaran yang ada.
- c. Pemberian pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin sudah seharusnya menjadi tanggungan pemerintah sesuai dengan UUD, untuk itu pengembangan JPKM dapat memfokuskan diri pada pengembangan JPKM yang mandiri, tanpa dibebani untuk memberikan pelayanan bagi masyarakat miskin.

## **BAB VI KESIMPULAN DAN SARAN**

Sebagaimana hasil *benchmarking* penyelenggaraan JPKM di Kabupaten Purbalingga dan Kabupaten Tegal, yang meliputi manajemen kepesertaan, manajemen keuangan, manajemen pemeliharaan kesehatan, manajemen institusi Bapel dan peran dan fungsi Bapim JPKM serta pengembangan JPKM sebagai wujud kesiapan Bapel dan Bapim JPKM Kabupaten Tegal sesuai hasil *benchmarking* di Kabupaten Purbalingga, dengan mengacu pada tujuan yang ingin dicapai pada penelitian ini, maka kesimpulan dan saran dalam penelitian ini adalah sebagai berikut :

### **A. Kesimpulan**

1. Manajemen Kepesertaan
  - a. Penentuan kepesertaan JPKM di Kabupaten Purbalingga dan Kabupaten Tegal ada perbedaan, di Kabupaten Purbalingga didasarkan pada kepesertaan wajib, yaitu peserta yang berasal dari keluarga miskin (*gakin*) dan paska *gakin* dan sukarela yang berasal dari non *gakin* (*mandiri*), sedangkan di Kabupaten Tegal kepesertaan JPKM hanya bersifat sukarela.
  - b. Syarat menjadi peserta JPKM antara Kabupaten Purbalingga dan Tegal tidak ada perbedaan, yaitu tidak ada persyaratan khusus, pembatasan umur dan pekerjaan . Sedangkan segmentasi pasarnya untuk peserta sukarela memiliki persamaan yaitu berasal dari masyarakat umum baik secara perorangan atau kelompok .

- c. Proses perekrutan peserta JPKM di Kabupaten Purbalingga dilakukan dengan kerjasama dengan koordinator kecamatan (Petugas PKM Puskesmas) dan kader kesehatan, sedangkan di Kabupaten Tegal tanpa ada kerjasama dengan pihak lain, tetapi Bapel berhubungan langsung dengan ketua kelompok calon peserta yang berminat.
- d. Dalam mengembangkan kepesertaan JPKM di Kabupaten Purbalingga telah didukung dengan regulasi dari Pemda yang berupa SK Penyelenggaraan JPKM dari Bupati, sedangkan di Kabupaten Tegal belum ada SK Penyelenggaraan JPKM dari Bupati, tetapi baru sebatas SK Bapim JPKM.
- e. Untuk menanganani keluhan pelayanan peserta JPKM di Kabupaten Purbalingga ditampung dengan kotak saran yang dipasang di tiap PPK I dan PPK II, sedangkan di Kabupaten Tegal belum menampung lewat pemasangan kotak saran, tetapi bila ada keluhan peserta langsung menyampaikannya pada Bapel JPKM dan langsung mendapat tanggapan.
- f. Jumlah peserta JPKM mandiri di Kabupaten Purbalingga sebanyak 8.171 KK sedangkan peserta JPKM mandiri di Kabupaten Tegal lebih sedikit yaitu hanya 299 peserta.
- g. Prosentase peserta JPKM yang keluar selama kurun waktu satu tahun di Kabupaten Tegal sebanyak 25-30 %, yang disebabkan kesulitan dalam membayar premi peserta, sedangkan di Kabupaten Purbalingga tidak ada peserta yang keluar.

2. Manajemen Keuangan
  - a. Proses manajemen keuangan antara Bapel JPKM Kabupaten Purbalingga dan Tegal, sudah sama-sama melaksanakannya yaitu mulai dari perencanaan, penganggaran, pelaksanaan anggaran, pencatatan/ laporan, evaluasi dan penganggaran kembali.
  - b. Dalam hal penyediaan permodalan Bapel JPKM antara Kabupaten Purbalingga dan Tegal, sama-sama mengandalkan sisa dana program JPKM-JPSBK dan premi peserta JPKM.
  - c. Perhitungan premi peserta di Kabupaten Purbalingga sebesar Rp 25.000,- per KK/ Th, sedangkan di Kabupaten Tegal sebesar Rp 2.800,- per jiwa/ Bl.
  - d. Cara pengumpulan premi peserta di Kabupaten Purbalingga dilakukan oleh kader kesehatan, kemudian diserahkan ke Bapel JPKM lewat koordinator kecamatan, sedangkan di Kabupaten Tegal dengan cara petugas Bapel mendatangi peserta lewat ketua kelompok.
  - e. Cara penetapan premi di Kabupaten Purbalingga dilakukan berdasarkan pengalaman dan perkiraan dengan memperhatikan probabilitas sakit dan utilisasi pelayanan, sedangkan di Kabupaten Tegal sudah didasarkan pada perhitungan melalui studi kelayakan.
  - f. Pembayaran dana ke PPK di Kabupaten Purbalingga sudah dilakukan secara kapitasi, sedangkan di Kabupaten Tegal masih dilakukan secara *fee for service* / klaim.

- g. Posisi keuangan / neraca Bapel JPKM Kabupaten Purbalingga per Mei 2002 sebanyak Rp 137 Juta, sedangkan di Kabupaten Tegal lebih sedikit yaitu tinggal Rp 6.367.322,-.

### 3. Manajemen Pemeliharaan Kesehatan

- a. Dalam hal proses penyediaan paket pemeliharaan kesehatan antara Bapel JPKM Kabupaten Purbalingga dan Tegal memiliki persamaan yaitu telah dilakukan melalui negoisasi (musyawarah) antara Bapel JPKM , PPK I dan PPK II.
- b. Proses kerjasama dengan PPK I dan PPK II di Kabupaten Purbalingga dan Tegal telah sama-sama menuangkannya dengan surat perjanjian kontrak tertulis.
- c. Jenis pelayanan yang diberikan pada peserta JPKM antara Kabupaten Purbalingga dan Tegal, mempunyai persamaan yaitu adanya pembatasan untuk pelayanan yang dicakup dan tidak tercakup.
- d. Sarana pelayanan kesehatan yang ditunjuk antara Kabupaten Purbalingga dan Kabupaten Tegal adalah sama, yaitu Puskesmas (Pembantu, Induk, Rawat Inap) dan Rumah sakit, perbedaannya terletak pada pembatasan rawat inap di Kabupaten Purbalingga maksimal 30 hari/ orang/ th sedangkan di Kabupaten Tegal maksimal 60 hari/ orang/ th. Standar kelas perawatannya sama yaitu pada kelas III.

- e. Pelayanan kesehatan rujukan antara Kabupaten Purbalingga dan Kabupaten Tegal, mempunyai prosedur yang sama yaitu dilaksanakan dengan mengikuti Protap yang telah dibuat.
- f. Pelaksanaan pemantauan utilisasi antara Kabupaten Purbalingga dan Kabupaten Tegal dilaksanakan dengan cara yang sama yaitu dengan mengadakan evaluasi laporan, penerapan standar pelayanan dan supervisi yang dilakukan.
- g. Pemeliharaan kesehatan yang efektif dan efisien antara Kabupaten Purbalingga dan Tegal memiliki persamaan yaitu lebih banyak ditujukan pada pelayanan kuratif dan rehabilitatif.

#### 4. Manajemen Institusi Bapel

- a. Antara Bapel JPKM Kabupaten Purbalingga dan Kabupaten Tegal sama-sama belum memiliki ijin operasional dari Menkes RI, tapi baru sebatas SK Penetapan Bapel oleh Kanwil Depkes Jawa Tengah.
- b. Status badan hukum Bapel JPKM Kabupaten Purbalingga berupa PT.Sadar Sehat Mandiri sedangkan Bapel JPKM Kabupaten Tegal masih dibawah unit otonomi KPRI Bakti Husada Dinas Kesehatan Kab.Tegal.
- c. Struktur organisasi Bapel JPKM Kabupaten Purbalingga terdiri dari seorang ketua, seorang sekretaris, bagian keuangan dan dua orang karyawan, sedangkan di Kabupaten Tegal hanya seorang manajer dibantu oleh seorang karyawan.

- d. Institusi Bapel bila dilihat dari sisi SDM antara Kabupaten Purbalingga dan Kabupaten Tegal banyak perbedaannya terutama pada : tenaga purna waktu, kualitas maupun kuantitas, pelatihan Bapel JPKM, motivasi karyawan, imbalan gajinya dan profesionalitasnya.
  - e. Keadaan sarana Bapel JPKM antara Kabupaten Purbalingga dan Tegal mempunyai persamaan menyangkut kepemilikan tempat kantor, kecukupan ruangan dan fasilitas yang diperlukan.
5. Peran dan Fungsi Bapim JPKM (Tri Karya JPKM).
- a. Jumlah personil dalam struktur organisasi Bapim JPKM Kabupaten Purbalingga dan Kabupaten Tegal ada perbedaan, di Kabupaten Purbalingga berjumlah 15 orang sedangkan di Kabupaten Tegal berjumlah 17 orang.
  - b. Dalam hal peningkatan sosialisasi dan edukasi guna perluasan kesadaran, partisipasi, dan kepesertaan antara Bapim JPKM Kabupaten Purbalingga dan Tegal ada persamaan dan perbedaannya. Persamaannya pada sasaran sosialisasi-edukasi, sarana promosi, dan pelaksanaannya, sedangkan perbedaannya terletak pada kegiatan sosialisasi dan dukungan dananya.
  - c. Ada perbedaan dalam upaya pengembangan, pemantapan, dan penerapan perundang-undangan/ regulasi dan Perda antara Bapim JPKM Kabupaten Purbalingga dan Tegal terutama dalam hal peraturan yang mengatur, dukungan dari Pemda dan legislatif serta konsep pengembangan dan pemantapan JPKM.

- d. Dalam hal upaya peningkatan kinerja para pelaku JPKM antara Kabupaten Purbalingga dan Kabupaten Tegal ada perbedaan dan persamaannya. Perbedaannya pada cara pelaksanaan peningkatan kinerja dan upaya penanganan keluhan peserta sedangkan persamaannya terletak pada pengendalian biaya pemeliharaan kesehatan dan cara pembinaannya.
6. Rekomendasi pengembangan JPKM di Kabupaten Tegal sebagai wujud kesiapan Bapel dan Bapim JPKM sesuai hasil *benchmarking* di Kabupaten Purbalingga.
    - a. Status badan hukum Bapel JPKM dalam rangka menciptakan Bapel yang mandiri dan profesional akan berubah dari di unit otonomi KPRI Bakti Husada ke bentuk Perusda atau Perseroan Terbatas (PT).
    - b. Penyelenggaraan JPKM yang sekarang berjalan, tetap dilanjutkan oleh Bapel JPKM KPRI Bakti Husada sampai ada perubahan status badan hukum Bapel.
    - c. Dalam rangka meningkatkan kepesertaan JPKM, membutuhkan dukungan dari Pemda terutama surat edaran Bupati agar para Camat dan Kades beserta perangkatnya dapat menjadi peserta JPKM.
    - d. Model penyelenggaraan JPKM seperti di Kabupaten Purbalingga dapat dijadikan alternatif dan rujukan dalam pengembangan JPKM di Kabupaten Tegal.



## B. S a r a n

Bapel dan Bapim JPKM Kabupaten Tegal mempunyai kesiapan untuk mengembangkan JPKM, asal dilaksanakan upaya perbaikan dalam hal :

1. Manajemen Kepesertaan
  - a. Dalam menjaring kepesertaan JPKM perlu perbaikan mekanisme perekrutan peserta JPKM yaitu dengan menggalang kerjasama dengan pihak lain, umpamanya dengan LSM dan asosiasi pekerja.
  - b. Prosentase peserta JPKM yang keluar (*droup out*) di Kabupaten Tegal cukup tinggi, untuk itu perlu ditelaah dan dikaji secara mendalam mengapa peserta JPKM banyak yang keluar umpamanya dengan mengadakan *focus group discussion* (FGD).
  - c. Untuk memberikan pijakan hukum dalam penyelenggaraan JPKM, agar dibuat aturan penyelenggaraannya, yang paling mendesak umpamanya ada SK Penyelenggaraan JPKM dari Bupati Tegal yang selama ini belum ada.
  - d. Mekanisme penanganan keluhan peserta di Bapel JPKM, agar diperbaiki dengan maksud untuk mempermudah peserta memberikan masukan. Keluhan peserta dapat dijaring dengan memasang kotak pengaduan (saran) di masing-masing PPK atau dengan mengadakan “dengar pendapat” dengan kelompok peserta yang sudah ada.

## 2. Manajemen keuangan

- a. Jumlah premi yang dibayarkan peserta JPKM, agar lebih memperhatikan kemampuan dan kemauan membayar masyarakat sehingga premi yang ditetapkan dapat diminati masyarakat.
- b. Untuk menambah permodalan, agar diupayakan menjaring kepesertaan mandiri yang lebih banyak, caranya dengan peningkatan sosialisasi kepada masyarakat dan memperluas cakupan peserta terutama kelompok masyarakat potensial lainnya seperti kelompok pekerja sektor non formal (kerajinan, pabrik logam, pertanian).
- c. Sistem pembayaran secara kapitasi agar diupayakan untuk diterapkan dalam pembayaran ke PPK I dan II, dengan membuat kebijakan perhitungan kapitasi yang saling menguntungkan.

## 3. Manajemen Pemeliharaan Kesehatan

- a. Paket pemeliharaan kesehatan yang sudah disepakati antara Bapel dan PPK agar dapat dilaksanakan, dan perlu sosialisasi paket yang menjadi hak dari peserta JPKM, baik kepada peserta maupun PPK I dan II.
- b. Bapel JPKM agar mau menampung, mendengar dan mengevaluasi masukan yang diberikan peserta JPKM dalam rangka meningkatkan pelayanan kesehatan.

4. Manajemen institusi Bapel.
  - a. Perlu persiapan dan komitmen dalam rangka meningkatkan profesionalitas Bapel JPKM, yaitu berkenaan dengan rencana diubahnya status badan hukum Bapel, JPKM dari yang semula dibawah unit otonom KPRI Bakti Husada menjadi Perusda (BUMD) atau Perseroan Terbatas (PT).
  - b. Diperlukan penambahan tenaga/ SDM baru yang lebih profesional untuk mencukupi kebutuhan dan peningkatan ketrampilan untuk tenaga yang sudah ada, terutama dalam bidang administrasi, keuangan dan pemasaran.
  
5. Peran dan Fungsi Bapim JPKM ( Tri Karya JPKM)
  - a. SK Bapim JPKM Kabupaten Tegal, agar dapat ditinjau dan direvisi karena tidak sesuai lagi dengan kondisi saat ini, umpamanya masih ada Kandepkes.
  - b. Agar diupayakan peningkatan dukungan dari *Top Leader* di Kabupaten Tegal yang berupa komitmen/ peraturan umpamanya dari Bupati, DPRD dan Kepala unit instansi untuk membangkitkan motivasi bagi para pelaku JPKM.
  - c. Peraturan Daerah (Perda) tentang JPKM agar dirintis realisasinya untuk menindaklanjuti rumusan JPKM yang sudah ada dalam Perda tarif pelayanan, sehingga dapat dijadikan pijakan hukum dalam penyelenggaraannya.
  - d. Untuk meningkatkan kinerja para pelaku JPKM perlu komitmen bersama, hubungan kerjasama yang baik, dukungan dana yang memadai serta penyusunan program kerja yang jelas

6. Rekomendasi Pengembangan JPKM di Kabupaten Tegal sebagai wujud kesiapan Bapel dan Bapim JPKM
  - a. Upaya pengalihan status badan hukum Bapel JPKM perlu dilakukan secara hati-hati, transparan dan penuh tanggungjawab agar tidak terjadi gesekan antar pengelolanya dan menimbulkan masalah baru.
  - b. Sebelum badan hukum Bapel yang baru terbentuk, pengelola Bapel JPKM Bakti Husada agar tetap bekerja dengan penuh semangat dan mempertanggungjawabkan seluruh investasi Bapel JPKM Kabupaten Tegal.
  - c. Kepala Desa dan perangkatnya selama ini belum terlindungi pemeliharaan kesehatannya, untuk itu agar diupayakan para Kades dan perangkatnya dapat menjadi peserta JPKM, yang dapat melindungi pemeliharaan kesehatannya seperti askes bagi pegawai dan jamsostek bagi pekerja.
  
7. Untuk peneliti lain yang berminat dapat menindaklanjuti atau meneruskan kajian dari penelitian ini, umpamanya mengenai :
  - a. Kajian bentuk badan hukum Bapel JPKM yang paling potensial untuk dikembangkan di Kabupaten Tegal sesuai dengan semangat otonomi daerah.
  - b. Kajian mengenai efektivitas program JPKM-JPSBK dalam menunjang keberhasilan pengembangan JPKM mandiri.

## DAFTAR PUSTAKA

- Afifudin dan L. Trisnantoro, 1999 : *Persiapan RSUD Dr Haulussy Ambon menjadi RSUD Swadana, Kajian Benchmarking* Keuangan dengan RSUD Tidar, *Jurnal Manajemen Pelayanan Kesehatan*, Vol. 02 No 04/1999 p.171-179.
- Aryastami, K, 1997 : *Pelaksanaan Dana Sehat di Indonesia*, *Jurnal Epidemiologi Indonesia*, Volume 1 Ed.2 : 3-11
- Azwar, A dan J. Prihartono, 1987 : *Metodologi Penelitian Kedokteran dan Kesehatan Masyarakat*, Binarupa Aksara, Jakarta.
- Azwar, A, 1996 : *Pengantar Administrasi Kesehatan Masyarakat*, Binarupa Aksara, Jakarta.
- , 1998 : *Arah Kebijakan Nasional Asuransi Kesehatan Indonesia*, Makalah : *Simposium Nasional Asuransi Kesehatan*, Pamjaki, Jakarta.
- Bappeda Kab. Tegal, 1999 : *Kabupaten Tegal dalam Angka*, Slawi.
- , 2000 : *Rencana Umum Pembangunan Tahunan Daerah Kabupaten Tegal (RUPTD)*, Slawi.
- Bappeda Prov. Jawa Tengah, 2000 : *Desentralisasi Pembangunan Kesehatan Dalam Rangka Otonomi Daerah*, makalah dalam rapat koordinasi Pembangunan Kesehatan (Rakorbangkes) Provinsi Jawa Tengah, Semarang.
- Bapel JPKM, 2000 : *Laporan Penyelenggaraan JPKM-JPSBK 1999-2000*, KPRI Bakti Husada, Slawi.
- Dep. Kes, RI, 1994 : *Pedoman Operasional Manajemen Paket Pemeliharaan Kesehatan Dasar Program JPKM*, Sistim Informasi Kesehatan, Jakarta.
- , 1996 : *Dana Sehat JPKM*, Dirjen Pembinaan Kesehatan Masyarakat, Dep. Kes RI, Jakarta.
- , 1997 a : *Landasan Hukum Penyelenggaraan JPKM*, Direktorat Bina PSM, Jakarta.
- , 1997 b : *Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat, Pengertian dan Pelaksanaannya*, Dirjen Binkesmas, Jakarta.

**UPT - PUSTAKA - UNDIP**

- , 1998 : *Pedoman Study Kelayakan JPKM*, Dirjen Binkesmas, Jakarta.
- , 2000 a : *Kumpulan Materi Pelatihan Penyelenggaraan JPKM*, Dirjen Binkesmas, Jakarta.
- , 2000 b : *Laporan Evaluasi Akhir Pelaksanaan JPKM-JPSBK di 10 Kabupaten / Kota Pengamatan Khusus*, Dirjen Binkesmas, Jakarta
- , 2000 c : *Pembinaan, Pengembangan dan Pendorongan JPKM, Acuan Bagi Badan Pembina JPKM*, Jakarta.
- , 2000 d : *Panduan Pembinaan Bapel JPKM*, Kumpulan Materi, Dep.Kes RI, Jakarta.
- , 2001 : *Rencana Pengembangan Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat*, Jakarta.
- DKKS, 2000 : *Penyelenggaraan JPKM di Kabupaten Purbalingga*, Purbalingga.
- Dewi, R.K, Trisnantoro, 2000 : *Evaluasi Pembiayaan di Rumah Sakit Surya Husada Denpasar Bali*, Studi Kasus Rumah Sakit Surya Husada Club di Grand Hotel Hyatt Bali, Jurnal Manajemen Pelayanan Kesehatan , Vo. 03/ NO. 01/ 2000, P 27 – 30.
- Dinas Kesehatan Kab.Tegal, 2000 : *Laporan Akhir Pelaksanaan JPKM-JPSBK*, Slawi.
- , 1999 : *Studi Kelayakan JPKM*, DKK, Slawi.
- Djuwani, E.K, 2001 : *Analisis Minat Masyarakat Untuk Menjadi Peserta Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat (JPKM) di Kabupaten Tegal*, Tesis, UGM, Yogyakarta.
- Foster, George M, Barbara, Gallatin, 1986 : *Antropologi Kesehatan*, Alih Bahasa Priyanti Pakan Suryadarma dan Meutia F, Hatta Swasono, UI Press, Jakarta.
- Gani, A, 1997 : *“Prospek Perkembangan JPKM “* dalam Kosen (ed), Bunga Rampai Pengembangan JPKM di Indonesia, Balitbang Dep.Kes RI, Jakarta.
- , 1998 : *Materi TOT Orientasi JPKM Dati I, Justifikasi dan Prospek Pengembangan JPKM*, Training Orientasi JPKM Dati I, Bogor : 16-20 Desember.

- Hendartini, J, 2000 : *Hambatan Dalam Implementasi Program JPKM*, Jurnal Manajemen Pelayanan Kesehatan, Vol. 03/ No.01/ 2000, p 1-2.
- Hutauruk, J.M.A, L. Trisnantoro, B. Murti, 2000 : *Evaluasi Pembiayaan Program JPKM di Kotamadya Medan*, Jurnal Manajemen Pelayanan Kesehatan, Vol. 03/ No. 01/ 2000 p 9 –20.
- Jacobalis, S, 1999 : *Kemandirian Pelayanan Kesehatan Dalam Rangka Otonomi Daerah*, EBERS PAPHYRUS (ed), Vol. 5 NO. 4/ 1999, p 247- 254.
- Kuncoro, T, 2000 : *Pengendalian Mutu Pelayanan Kesehatan (TQM)*, MMPK, UGM, Yogyakarta.
- Karlof, B and Ostblom, 1993 : *Benchmarking*, John Willey & Sons, Chichester .
- Kertonegoro, S, 1992 : *Asuransi Kesehatan dan Kecelakaan* , Gunung Agung, Jakarta.
- Kosen, S (ed), 1997 : *Bunga Rampai Pengembangan JPKM di Indonesia*, Puslitbang Dep.Kes RI, Jakarta.
- Kusumo, E, 1998 : *Determinan Kepesertaan Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat di Kabupaten Klaten*, Tesis, UGM, Yogyakarta.
- Listiani, H, 1999 : *Analisis Minat Masyarakat dan Kesiapan Pengembangan JPKM di Kabupaten Kudus*, Tesis, UGM, Yogyakarta.
- Mills, A., Vaughan,JP., D.L. Smith, I.R, Tabibzadeh, (eds), 1991 : *Health System Decentralization : Concept, Issues and Country Experience*, Terjemahan Oleh Trisnantoro, L., Gajah Mada University Press, Yogyakarta
- Moleong, Lexy, J, 2000 : *Metodologi Penelitian Kualitatif*, Remaja Rosda Karya, Bandung.
- Mukti, A.G, 1998 : *Modul Kuliah Prinsip-prinsip Asuransi dan JPKM*, Program Pasca Sarjana, UGM, Yogyakarta.
- , 2000 : *Berbagai Model Alternatif Sistem Penyelenggaraan Asuransi Kesehatan di Indonesia*, Jurnal Manajemen Pelayanan Kesehatan, Vol. 03/ NO. 01/ 2000, p : 3-7.
- , 2001 : *Skema Pelayanan Kesehatan Pra-Upaya Sebagai Strategi Keluar Dari Permasalahan Pemberhentian Program Jaring Pengamanan Sosial Bidang Kesehatan di DIY*, Program Pasca Sarjana UGM, Yogyakarta.

- Muchlas, M, 1997 : *Perilaku Organisasi*, Program Pasca Sarjana , MMPK, UGM, Yogyakarta.
- Murti, Bhisma, 1998 : *Implikasi Ekonomis Pembiayaan Pelayanan Kesehatan Melalui JPKM*, Problem Moral Hazard, Jurnal Manajemen Pelayanan Kesehatan Vol 01/No.03/ 1998 p.117-121
- , 2000 : *Dasar-dasar Asuransi Kesehatan*, Kanisius, Yogyakarta.
- Nugroho, H, 1997 : *Modul Pembiayaan Pelayanan Kesehatan dan Prinsip-prinsip Asuransi Kesehatan*, UGM, Yogyakarta.
- Prabamurti, P.N, 1999 : *Kegagalan Pelaksanaan Program Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat-Koperasi Unit Desa ( JPKM-KUD )*, Tesis, UGM, Yogyakarta.
- Salim,H.A., 2000 : *Asuransi dan Manajemen Resiko*, Rajawali Press, Grafindo Persada, Jakarta.
- Sampoerna, D., 1999 : *Paradigma Sehat dan Promosi Kesehatan Disaat Krisis*, INTERAKSI Media Promosi Kesehatan, Edisi Februari, 1999, p. 16-21.
- Spendolini, M.J, 1992 : *The Benchmarking Book*, American Management Association, New York, USA.
- Sudjarwo, S, 1995 : *Penggunaan Kartu Sehat di Kabupaten Kulonprogo*, Tesis, IKM UGM, Yogyakarta.
- Sulastomo, 1997 : *Asuransi Kesehatan dan Managed Care*, PT (Persero) Asuransi Kesehatan Indonesia, Jakarta.
- , 1998 : *Asuransi Kesehatan Nasional*, ASKES No 11/ September, 1998, p.16-17.
- , 2000 : *Manajemen Kesehatan*, Gramedia, Jakarta.
- Tjiptono, Fandy dan Diana,A, 2001 : *TQM, Total Quality Management, Edisi Revisi*, Andi, Yogyakarta.
- Thabrany, H, 1998 : *Asuransi Kesehatan Pilihan Kebijakan Nasional*, FKM Universitas Indonesia, Jakarta.
- , 1999 : *Reformasi Pembiayaan Kesehatan di Era Desentralisasi*, Majalah Kedokteran Indonesia, Vol. 49, No 04 April 1999, p : 117 – 121.



- , 2000 : *Strategi Pengembangan Asuransi Kesehatan di Era Desentralisasi*, Makalah Seminar Asuransi Kesehatan dalam Era Desentralisasi, 17 Maret 2001, di Yogyakarta.
- , 2001 : *Asuransi Kesehatan di Indonesia*, Jakarta.
- Utomo, W., 1999 : *Pemaparan Mengenai UU No 22 dan UU no 25 tahun 1999 dan Dampaknya terhadap Kebijakan Publik*, Makalah dalam seminar Desentralisasi Pelayanan Kesehatan, Yogyakarta.