

PELAKSANAAN PROGRAM JAMINAN KESEHATAN MASYARAKAT DI KALIMANTAN SELATAN

(Public Health Insurance Program Implementation in South Kalimantan)

Nana Noviana¹, Sri Setyati¹, Said¹

Naskah masuk: 1 Desember 2014, Review 1: 4 Desember 2014, Review 2: 4 Desember 2014, Naskah layak terbit: 30 Januari 2015

ABSTRAK

Latar Belakang: Fenomena peningkatan angka kemiskinan di Kalimantan Selatan menjadi perhatian dalam upaya menurunkan angka kesakitan pada masyarakat miskin. Upaya untuk menurunkan angka kesakitan pada masyarakat miskin dengan menjamin kebutuhan kesehatan masyarakat miskin maka diadakan program Jamkesmas. Program Jamkesmas diharapkan mampu menurunkan angka kematian ibu melahirkan, angka kematian bayi dan balita serta angka kelahiran di samping terlayannya kesehatan masyarakat miskin pada umumnya. Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis pelaksanaan program Jamkesmas sehingga dapat memberikan informasi dan pertimbangan dalam membuat kebijakan dalam upaya meningkatkan pelayanan kesehatan untuk masyarakat miskin/kurang mampu di Kalimantan Selatan. **Metode:** Penelitian ini dengan pendekatan kualitatif disajikan secara deskriptif eksploratif dengan mengambil fokus lokasi di 5 kabupaten/kota di provinsi Kalimantan Selatan, dipilih berdasarkan kategori wilayah geografis, IPM dan angka kemiskinan dan dilakukan selama 6 bulan. Instrumen penelitian dengan angket (kuesioner), wawancara mendalam (in-depth interview) kepada berbagai narasumber yang berkompeten dan berdasarkan data lapangan (dengan pengamatan langsung), serta telaah dokumen. Hasil temuan lapangan dianalisis dengan metode content analysis (analisis isi). **Hasil:** Hasil penelitian menunjukkan bahwa aplikasi program Jamkesmas di Kalimantan Selatan masih belum maksimal sesuai dengan pedoman pelaksanaan program Jamkesmas, sehingga dalam pelaksanaannya masih perlu dilakukan evaluasi agar pelaksanaan program selanjutnya dalam hal ini BPJS, sehingga dapat menjamin kebutuhan kesehatan masyarakat miskin dan mampu menurunkan angka kesakitan serta kematian pada masyarakat miskin. **Kesimpulan:** Pelaksanaan program Jamkesmas di Kalimantan Selatan berdasarkan pedoman yang berlaku, namun masih belum maksimal baik dari kepesertaan, kualitas pelayanan, sarana dan prasarana, bahkan sistem pelaporan dan pengorganisasian program Jamkesmas. **Saran:** Diperlukan sumber daya manusia yang lebih baik dalam pelaksanaan program seperti dilakukan pelatihan untuk pengelola program serta perlu adanya SK untuk Tim agar jelas dalam melaksanakan tugasnya. Perlu pemantauan program lebih aktif lagi agar pelaksanaan program dapat berjalan sesuai dengan harapan.

Kata kunci: Jaminan Kesehatan, Masyarakat miskin, Kesehatan Masyarakat

ABSTRACT

Background: The phenomenon of increase in poverty in South Kalimantan becomes a concern in an effort to reduce morbidity in poor communities. Efforts to reduce morbidity in poor communities to ensure the health needs of the poor/Underprivileged then held a health insurance program. A health insurance program is expected to lower the maternal mortality rate, infant and under five mortality rate as well as the birth rate besides the underserved of health for the poor in general. This study aims to analyze the implementation of health insurance program that can provide information and consideration in making policy in an effort to improve health care for the poor/underprivileged in South Kalimantan. **Methods:** This study presented a qualitative approach with descriptive exploratory that focuses the location in 5 cities in the province of South Kalimantan. The cities were chosen by geographical area category, HDI and poverty. The study was carried out in 6 months. The study instrument was questionnaire, in-depth interviews were conducted to the various informants who are competent. The field data were taken by direct observation as well as document review. **Result:** The results showed

¹ Badan Penelitian dan Pengembangan Daerah Provinsi Kalimantan Selatan, Jl. Jend. Sudirman No. 14 lt. III Banjarmasin 70114
E-mail: gadyschin99@yahoo.com

*that the health insurance program in South Kalimantan is not optimum in its implementation so that still needs to be evaluated. So that it could ensure the fulfillment of health needs of the poor and reduce the morbidity and mortality in poor communities. **Conclusion:** The implementation of health insurance program in South Kalimantan has been following the guidelines. However, it is still not optimum in case of the membership, quality of services, facilities and infrastructure, even the reporting system and organizing the health insurance program. **Recommendation:** Required human resources better in the implementation of such program conducted training for program managers as well as the need for SK to Tim so clear in their duties. Need more actively monitoring program for the implementation of the program can be run in line with expectations.*

Key words: Health Insurance, poor communities/Underprivileged, Public health

PENDAHULUAN

Masalah kesehatan merupakan tanggung jawab bersama baik pemerintah maupun masyarakat. Gangguan kesehatan pada masyarakat akan berpengaruh terhadap pembangunan suatu negara dan akan menimbulkan kerugian di bidang ekonomi. Oleh karena itu negara bertanggung jawab atas terpenuhinya hak hidup sehat bagi masyarakat.

Rendahnya derajat kesehatan masyarakat miskin serta tingginya angka kematian bayi dan balita pada masyarakat miskin salah satunya adalah karena ketidakmampuan secara ekonomi. Dengan tingginya angka kemiskinan pada masyarakat akan berdampak lebih buruk pada derajat kesehatan. Di Kalimantan Selatan angka kemiskinan hingga september 2012 mencapai 189,875 ribu orang (BPS Prov. Kalimantan Selatan). Adapun angka kematian bayi tahun 2012 di Kalimantan selatan 44/1.000 kelahiran hidup, ini masih belum mendekati target MDG's yang diharapkan yaitu $\leq 23/1.000$ kelahiran hidup hingga 2015. Sedangkan angka kematian ibu di Kalimantan Selatan tahun 2012 adalah 123/100.000 kelahiran hidup, hal ini juga masih belum mendekati target MDG's yaitu 108/100.000 kelahiran hidup.

Dalam upaya meningkatkan derajat kesehatan masyarakat maka perlu suatu sistem untuk menjamin kebutuhan kesehatan pada masyarakat miskin/tidak mampu yaitu melalui program Jamkesmas. Program Jamkesmas diharapkan dapat menurunkan angka kematian ibu melahirkan, angka kematian bayi dan balita serta dapat menurunkan angka kelahiran di samping terlayannya kasus-kasus kesehatan masyarakat miskin pada umumnya.

Program Jamkesmas diselenggarakan secara nasional dan ini bukan program baru melainkan program lanjutan dari program askeskin yang diselenggarakan oleh Departemen Kesehatan melalui

penugasan kepada PT Askes (Persero) berdasarkan SK Nomor 1241/Menkes/SK/XI/2004 dan kemudian mengalami perubahan dalam upaya peningkatan pelayanan yang diberikan. Dengan adanya program Jamkesmas ini diharapkan mampu meningkatkan mutu pelayanan kesehatan kepada masyarakat miskin sehingga tercapai derajat kesehatan yang optimal.

Adapun kepesertaan Jamkesmas didasarkan pada hasil pendataan dari BPS/Biro Pusat Statistik yang mekanisme di lapangannya diserahkan pada Kelurahan, RW dan RT dan bagi masyarakat yang tidak termasuk dalam Jamkesmas diberikan bantuan asuransi kesehatan melalui program Jamkesprov atau Jamkesda. Sedangkan pelaksanaannya adalah instansi pemerintah serta instansi swasta yang membuat kesepakatan dengan pemerintah daerah setempat.

Dalam pelaksanaan program Jamkesmas menghadapi beberapa permasalahan seperti kepesertaan yang tidak tepat sasaran serta pendistribusian kartu peserta, kurangnya pemahaman masyarakat terhadap prosedur teknis pelayanan kesehatan, ketidakpuasan masyarakat terhadap pelayanan Jamkesmas dan sebagainya. Sehingga perlu mendapat perhatian mengenai masalah kepesertaan serta pelayanan kesehatan bagi pemegang kartu Jamkesmas.

Mengingat adanya masalah dalam pelaksanaan program Jamkesmas ini, maka perlu dilakukan analisis terhadap pelaksanaan program Jamkesmas sehingga dapat memberikan informasi dan pertimbangan untuk membuat kebijakan dalam upaya meningkatkan pelayanan kesehatan untuk masyarakat miskin/kurang mampu.

Penelitian ini dilakukan di 5 kabupaten/kota, yaitu kota Banjarmasin, Kota Banjarbaru, Kabupaten Tanah Laut, Kabupaten Hulu Sungai Utara dan Kabupaten Tabalong. Kota Banjarmasin merupakan ibu kota

provinsi yang terdapat 2 rumah sakit daerah yang merupakan tempat rujukan dari seluruh kabupaten. Daerah kabupaten yang dipilih berdasarkan data IPM (indeks pembangunan manusia) dari IPM tertinggi, menengah dan rendah, serta berdasarkan data kemiskinan yang tertinggi, menengah dan rendah.

METODE

Penelitian ini menggunakan metode pendekatan kualitatif yang disajikan secara deskriptif eksploratif dengan mengambil fokus lokasi di 5 kabupaten/kota di provinsi Kalimantan Selatan yaitu kota Banjarmasin, Kota Banjarbaru, Kabupaten Tanah Laut, Kabupaten Hulu Sungai Utara dan Kabupaten Tabalong, yang dipilih berdasarkan kategori wilayah geografis yaitu pesisir dan pegunungan, serta berdasarkan IPM dan angka kemiskinan serta penelitian ini dilakukan selama 6 bulan.

Penelitian ini berfokus pada masalah pelaksanaan jaminan kesehatan masyarakat di wilayah provinsi Kalimantan Selatan. Pelaksanaan program Jamkesmas yang mengalami permasalahan baik dari kepesertaan maupun dalam pemberian pelayanan Jamkesmas.

Riset ini berdasarkan data lapangan (dengan pengamatan langsung), angket (kuesioner), dan melakukan wawancara mendalam (*in-depth interview*) kepada berbagai narasumber yang berkompeten, dan telaah dokumen yang berkaitan dengan petunjuk teknis pelaksanaan Jamkesmas serta kajian kepustakaan. Hasil temuan lapangan dianalisis dengan metode content analysis (analisis isi).

HASIL DAN PEMBAHASAN

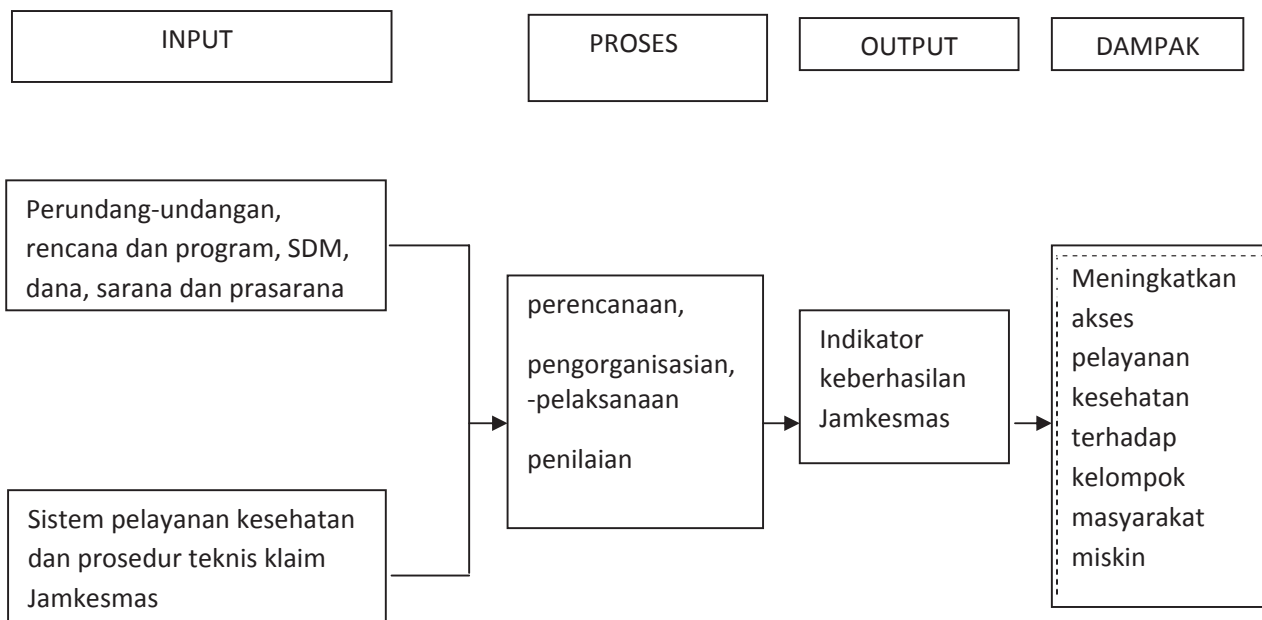
Komponen Masukan (*Input*) dalam Pelaksanaan Program Jamkesmas di Kalimantan Selatan

Sumber Daya Manusia

Dalam pelaksanaan dan pengelolaan program Jamkesmas diperlukan sumber daya manusia yang berkualitas sehingga dapat memberikan pelayanan Jamkesmas dengan baik. Pelayanan Jamkesmas menjadi efektif maka perlu mengembangkan dan memberdayakan SDM sesuai dengan bidangnya.

Pelaksanaan program Jamkesmas mengalami keterbatasan tenaga, sehingga kerja petugas Jamkesmas dibantu oleh perawat maupun bidan. Hal ini karena pengelola Jamkesmas mengalami

Kerangka konsep



Ket: - - - - - = tidak dilakukan penelitian

Gambar 1. Kerangka Konsep Penelitian.

keterbatasan dalam menyusun POA (*plan of action*) dan menentukan target serta dalam melakukan verifikasi berkas penunjang klaim yang dapat mengakibatkan keterlambatan klaim sehingga kucuran dana kadang terlambat. Bidan dan perawat adalah merupakan petugas kesehatan yang langsung memberikan pelayanan kepada masyarakat sehingga bidan maupun perawat mengetahui secara pasti sasaran Jamkesmas di wilayah kerjanya.

Selain keterbatasan tenaga pelaksana Jamkesmas, mereka juga dibebankan tugas ganda karena memegang program lainnya. Tugas ganda juga karena berdasarkan Juknis Jamkesmas yang menjelaskan bahwa penyelenggaraan kegiatan Jamkesmas merupakan satu kesatuan yang tak terpisahkan dengan Jampersal dan BOK sehingga kegiatan program terintegrasi dengan kegiatan Jampersal dan BOK. Beban tugas ganda ini akan mempengaruhi kualitas pelayanan kesehatan dimasyarakat baik secara langsung maupun tidak langsung.

Pemegang program Jamkesmas yang memegang program lainnya merasa terbebani sehingga mereka tidak maksimal dalam mengelola dan melaksanakan tugasnya seperti proses pencatatan dan pelaporan serta proses pengklaiman dana. Penentuan tugas-tugas pengelola Jamkesmas ini dapat dilihat pada Keputusan Kementerian Kesehatan RI No. 107/MENKES/SK/III/2012.

Beberapa pemegang program Jamkesmas mempunyai latar belakang pendidikan dari kesehatan dan melaksanakan tugas administrasi dalam hal pengelolaan Jamkesmas seperti pengklaiman dana serta administrasi lainnya, sehingga mereka melaksanakan tugas kurang maksimal. Untuk itu perlu adanya upaya untuk meningkatkan sumber daya petugas Jamkesmas dengan melakukan pelatihan dalam hal pengelolaan administrasi dan keuangan agar pencatatan dan pelaporan dapat berjalan baik.

Dana

Dana pelayanan kesehatan Jamkesmas, Jampersal dan BOK bersumber dari APBN, sedangkan untuk pertanggungjawaban dana pada pelayanan kesehatan dasar melalui klaim sedangkan pada pelayanan kesehatan lanjutan melalui program INA-CBGs.

Adapun penyerapan dana pada pelayanan dasar maupun pelayanan lanjutan tergolong baik atau

serapan tinggi. Semua mengklaim dana sesuai dengan jenis pelayanan yang sudah ditentukan. Semua pelayanan dasar (puskesmas) memperoleh alokasi dana berdasarkan klaim yang telah diajukan ke Dinas kesehatan Kabupaten.

Serapan dana pada pelayanan kesehatan lanjutan klaim terserap semua (100%) sedangkan di layanan kesehatan dasar kurang terserap, hal ini dikarenakan di pelayanan kesehatan lanjutan mempunyai kegiatan yang bervariasi sedangkan di pelayanan kesehatan dasar hanya memberikan pelayanan dasar saja serta karena adanya sharing dana daerah sehingga kadang dana dikembalikan ke pusat.

Sarana dan Prasarana

1. Fasilitas Kesehatan

Berdasarkan Juknis program Jamkesmas pada PMK no. 40 tentang pedoman pelaksanaan Jamkesmas bahwa fasilitas kesehatan yang mendukung program Jamkesmas meliputi:

- a) fasilitas kesehatan dasar (puskesmas dan jaringannya, bidan praktik mandiri, dokter praktik swasta, rumah bersalin swasta, dan klinik bersalin swasta) dan,
- b) fasilitas kesehatan lanjutan (Balikesmas, klinik swasta termasuk klinik haemodialisis, rumah sakit pemerintah termasuk rumah sakit khusus, rumah sakit TNI/POLRI dan rumah sakit swasta) yang bekerja sama dengan program Jamkesmas.

Fasilitas yang ada di pelayanan dasar semua dalam kondisi layak guna hanya ada beberapa fasilitas kesehatan yang sedang dalam perbaikan, serta adanya keterbatasan fasilitas maka beberapa tempat pelayanan kesehatan masih dilakukan di rumah pasien seperti tindakan persalinan. Pentingnya kondisi fasilitas kesehatan yang layak guna sangat mendukung optimalnya pelayanan kesehatan terutama bagi pasien Jamkesmas. Meski fasilitas yang ada sedang dalam perbaikan, hal ini tidak menghambat aktivitas pelayanan, mereka tetap melakukan pelayanan kesehatan.

Pada fasilitas rujukan Jamkesmas masih mengalami kendala, karena tidak adanya mobil khusus untuk merujuk pasien Jamkesmas sehingga bila mobil ambulance yang ada di puskesmas sedang digunakan maka rujukan dengan menggunakan

mobil milik masyarakat setempat. Dengan kurangnya fasilitas rujukan ini dapat menimbulkan masalah terutama dalam hal rujukan pasien gawat darurat. Diharapkan pengadaan fasilitas rujukan disesuaikan dengan topografi wilayah pelayanan kesehatan.

Berdasarkan data dari Laporan Dinas Kesehatan Provinsi Kalimantan Selatan, bahwa ada 1 (satu) fasilitas kesehatan yang dalam kondisi rusak berat di kota Banjarmasin dan 5 (lima) fasilitas rusak sedang di kabupaten tanah laut dan kabupaten Hulu sungai utara. Dari hasil observasi didapatkan ada sebuah fasilitas kesehatan yang dalam kondisi rusak namun sedang dalam perbaikan, dan beberapa fasilitas kesehatan mengalami kekurangan sarana dan prasarana kesehatan, dari 5 tempat yang dilakukan observasi 3 diantaranya memiliki sarana dan prasarana yang masih kurang.

Agar pelayanan kesehatan dapat menjangkau masyarakat hingga ke daerah pelosok maka disediakan puskesmas pembantu, namun puskesmas pembantu ini tidak dapat berfungsi secara maksimal karena masih kurangnya tenaga kesehatan yang memberikan pelayanan kesehatan dan yang bertugas di puskesmas pembantu bergantian dan tidak setiap hari memberikan pelayanan sehingga fasilitas kesehatan ini tidak dimanfaatkan secara maksimal.

Ketersediaan sarana dan prasarana di pelayanan kesehatan sangat menentukan terlaksananya suatu program, begitu juga dengan ketersediaan tenaga kesehatan yang memberikan pelayanan kesehatan di tempat pelayanan kesehatan sehingga tempat pelayanan yang telah tersedia dapat dimanfaatkan sebagaimana mestinya oleh masyarakat sekitarnya.

2. Obat-obatan, Alat dan Bahan medis

Pengaturan pelaksanaan penyediaan obat dan vaksin dalam penyelenggaraan program Jamkesmas diatur dalam Keputusan Menteri Kesehatan No. 830/Menkes/SK/IX/2009 guna menunjang pelayanan kesehatan dalam program jaminan kesehatan masyarakat (Jamkesmas). Pengadaan obat-obatan, alat & bahan medis dilakukan oleh Dinas Kesehatan yang disalurkan ke Puskesmas.

Dalam pelaksanaannya pengadaan obat-obatan tersebut tidak mencukupi kebutuhan pasien, karena ada beberapa pasien yang masih menebus obat-obatan dengan biaya sendiri tanpa pergantian, masih ada petugas kesehatan yang memberikan resep

obat di luar daftar obat Jamkesmas. Masalah lainnya pembebanan kelebihan anggaran obat pasien kepada petugas kesehatan, petugas kesehatan yang belum memahami jenis obat dalam daftar obat Jamkesmas dan tidak diberikan penjelasan pada pasien sehingga pasien kecewa karena harus bayar obat sendiri. Padahal telah disebutkan pada Permenkes No. 40 tahun 2012 bahwa peserta Jamkesmas tidak boleh dikenakan urun biaya dengan alasan apa pun.

Pengadaan obat-obatan, alat dan bahan medis (bahan habis pakai) untuk program Jamkesmas dilakukan oleh Dinas Kesehatan kabupaten. Kemudian obat-obatan didistribusikan kepada petugas kesehatan yang ada di wilayah kerjanya yaitu pondok bersalin desa (polindes) dan puskesmas pembantu (pustu).

Adapun fakta mengenai pengadaan obat yang tidak mencukupi kebutuhan pasien di salah satu Rumah Sakit Umum Provinsi Kalimantan Selatan didapatkan dari media cetak (Banjarmasin Post, 21 November 2013).

Dapat disimpulkan bahwa pengadaan obat-obatan, alat dan bahan medis belum sepenuhnya mengakomodir pemenuhan kebutuhan pasien, serta keterlambatan dalam menganggarkan obat sehingga terjadi keterlambatan distribusi obat yang menyebabkan pelayanan kesehatan terhambat.

3. Form Administrasi

Pelaporan administrasi pada pelayanan lanjutan melalui system INA-CBGs yang hanya dapat diakses apabila mempunyai nomor registrasi, untuk laporan pertanggungjawaban dana dalam bentuk hard copy yaitu formulir 1C, 2C, 3 dan formulir koreksi serta *soft copy* dikirimkan secara resmi. Sedangkan untuk tingkat pelayanan dasar pelaporan ke Dinas Kesehatan Kabupaten dan penyediaan form administrasi untuk pelaporan Jamkesmas menjadi tanggung jawab pemerintah daerah (Dinas Kesehatan) berdasarkan juknis program Jamkesmas.

Dari hasil wawancara dapat disimpulkan bahwa proses pencatatan dan pelaporan dari form sudah ada acuan dari juknis Jamkesmas dan Dinas Kesehatan memfasilitasi pengadaan *hard copy* laporan Jamkesmas. Namun perlu koordinasi yang lebih baik lagi mengenai pelaporan seperti bagaimana menentukan kode untuk suatu diagnosis, sehingga tidak ada kesalahan dalam menentukan kode dan tidak ada yang merasa dirugikan.

Perundang-Undangan

Dalam upaya meningkatkan derajat kesehatan masyarakat khususnya masyarakat miskin, maka diselenggarakan program Jamkesmas yang telah ditetapkan dengan keputusan Menteri Kesehatan Nomor 903/Menkes/Per/V/2011 tentang Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Masyarakat.

Beberapa pedoman dan juknis yang digunakan sebagai acuan pelaksanaan Jamkesmas seperti:

- Pedoman pelaksanaan Jamkesmas
- Juknis Jamkesmas di pelayanan dasar
- Juknis Jampersal (Pusat Pembiayaan dan Jaminan Kesehatan, Kementerian Kesehatan RI).

Semua kabupaten yang menjadi sampel penelitian telah memiliki acuan tersebut dan diletakkan di tempat yang mudah dijangkau sehingga dapat dimanfaatkan petugas sebagai acuan pelaksanaan program Jamkesmas.

Komponen Proses dalam Pelaksanaan Program Jamkesmas di Kalimantan Selatan

a. Perencanaan

Perencanaan diperlukan untuk menentukan tujuan dan cara untuk mencapai tujuan tersebut. Suatu program sangat diperlukan perencanaan untuk mengurangi kemungkinan kesalahan dalam mengambil keputusan dan dapat meningkatkan keberhasilan pencapaian tujuan program.

Tim pengelola Jamkesmas dan BOK membuat perencanaan berupa POA (*plan of Action*) tentang penetapan sasaran dan pengalokasian dana. POA dibuat puskesmas dan jaringannya sebagai acuan rencana kerja puskesmas dalam memberikan pelayanan kesehatan peserta Jamkesmas baik di dalam maupun di luar gedung. POA dibuat sebagai bukti pendukung sebagai pertanggungjawaban penggunaan dana Jamkesmas.

Perencanaan yang dilakukan di tingkat kabupaten/kota sudah berjalan cukup baik. Namun perlu adanya komitmen dipihak pengelola dan pemberi pelayanan secara tertulis mengenai penerapan INA-CBGs agar dengan adanya peran serta pemberi pelayanan dalam menyusun

Dari hasil wawancara diperoleh bahwa perencanaan dilakukan di tingkat kabupaten dan kota sudah dilaksanakan cukup baik. Akan tetapi perlu adanya pembentukan komitmen secara tertulis untuk penerapan INA-CBGs di pihak pengelola

Jamkesmas dengan pemberi pelayanan/profesi. Dengan adanya peran serta pemberi pelayanan dalam menyusun perencanaan maka diharapkan mereka akan melaksanakan tugas dan tanggung jawab sepenuhnya.

Perencanaan yang diharapkan untuk program ini tidak hanya untuk estimasi dana, tapi juga bekerja sama dengan yang memberikan pelayanan kesehatan untuk merencanakan obat dan bahan medis yang diperlukan.

b. Pengorganisasian

Pengorganisasian diperlukan dalam upaya untuk mencapai tujuan, dengan pengorganisasian dapat menghimpun potensi yang ada sehingga dapat bermanfaat dan efektif dalam melakukan tugasnya. Pengorganisasian juga penting untuk pembagian tugas sesuai tugas pokok dan fungsinya.

Kebijakan umum program Jamkesmas dan Jampersal, bahwa penyelenggaraan Jamkesmas, Jampersal dan BOK merupakan satu kesatuan yang tidak terpisahkan. Hal ini menyebabkan adanya tugas rangkap dari pengelola Jamkesmas yang akan mempengaruhi kinerja dalam melaksanakan tugasnya karena adanya keterbatasan kemampuan individu. Begitu juga penetapan petugas pengelola program Jamkesmas di tingkat kota, kabupaten maupun kecamatan melalui rekomendasi dari atasan langsung dan hal ini berdampak pada overlapping tugas.

Pengorganisasian yang telah berjalan masih kurang maksimal karena selain pengelola program Jamkesmas memegang program BOK yang merupakan satu kesatuan mereka juga ada yang memegang program lainnya bahkan juga sebagai petugas pelayanan. Pentingnya pengorganisasian untuk mendukung tercapainya pelaksanaan program Jamkesmas. Diharapkan pemegang program sesuai dengan tugas dan fungsinya serta dengan pembagian tugas yang jelas serta perlunya penambahan SDM agar tidak overlapping tugas.

c. Pelaksanaan

Pada pelaksanaan program Jamkesmas meliputi pengklaiman dana Jamkesmas, serta pencatatan dan pelaporan program Jamkesmas. Pada proses pengklaiman dari puskesmas ke Dinas Kesehatan dilakukan setiap bulan dengan melampirkan persyaratan/bukti yang menunjang pengklaiman dan diserahkan ke pengelola program. Namun faktanya proses pengklaiman berlangsung terlalu lama bahkan

lebih dari 2 bulan yang seharusnya hanya sekitar 1 bulan. Begitu juga dengan syarat pengklaiman yang terlalu rumit membuat petugas pelayanan merasa terbebani karena mereka juga memberikan pelayanan. Karena proses administrasi yang rumit menyebabkan klaim dana menjadi terlambat.

d. Penilaian

Program Jamkesmas sangat memerlukan suatu penilaian agar dapat menentukan apakah program tersebut berjalan efektif atau tidak, bagaimana pelaksanaan program Jamkesmas, dan kemudian dilakukan evaluasi perkembangan programnya.

Di beberapa kabupaten di Kalimantan Selatan program Jamkesmas tidak dilakukan pemantauan secara khusus untuk melakukan penilaian program Jamkesmas melainkan berbarengan dengan pemantauan program lainnya seperti saat dilakukan bimbingan teknis (bintek) dan juga waktu penilaian tidak secara berkala. Hal ini membuat penilaian mengenai program Jamkesmas tidak terfokus, sehingga upaya pemantauan untuk mendapatkan informasi mengenai permasalahan Jamkesmas belum maksimal.

Dengan dilakukannya penilaian dan pemantauan diharapkan dapat membantu pelaksanaan program selanjutnya sehingga permasalahan yang ada mendapat solusi yang tepat serta memberikan rekomendasi yang dapat diaplikasikan untuk meningkatkan pelayanan program Jamkesmas.

Komponen Keluaran dalam Pelaksanaan Program Jamkesmas di Kalimantan Selatan

a. Indikator Input

Pelaksanaan program Jamkesmas berdasarkan indikator input di beberapa kabupaten di Kalimantan selatan belum maksimal dalam memberikan dampak bagi pelayanan kesehatan, hal ini dapat dilihat baik dari kepesertaan Jamkesmas yang masih terdapat kesalahan maupun dari kinerja tim pengelola Jamkesmas yang mempunyai beban ganda karena harus memegang program lainnya hal ini dapat mempengaruhi efektivitas kerja. Begitu juga dengan sistem informasi tentang program Jamkesmas belum dirasakan masyarakat secara luas, banyak masyarakat yang belum paham mengenai program Jamkesmas baik dalam hal pelayanan maupun prosedur administrasi Jamkesmas.

b. Indikator Proses

Pada indikator proses yang dilakukan penelitian, didapatkan bahwa pelaksanaan penyaluran dana dari dinas kesehatan kabupaten ke puskesmas-puskemas terdapat keterlambatan, keterlambatan ini terjadi sekitar hampir 3 bulan. Sedangkan untuk memberikan pelayanan kesehatan tidak mungkin ditunda karena pelayanan kesehatan harus terus berjalan, hal ini menyebabkan petugas kesehatan mengalami kesulitan dalam memberikan pelayanan. Keterlambatan penyaluran dana sesuai kebutuhan fasilitas kesehatan yang tidak sesuai dengan harapan ini mengakibatkan terhambatnya proses pelayanan di masyarakat.

Pada proses system pencatatan dan pelaporan Jamkesmas, menurut petugas masih dianggap sulit dan banyak persyaratan. Hal ini membuat petugas merasa terbebani, karena selain mereka harus melengkapi persyaratan untuk pengklaiman dana ini mereka juga yang memberikan pelayanan kesehatan di tempat tersebut.

Berdasarkan indikator terlayannya peserta Jamkesmas di seluruh fasilitas kesehatan juga masih terdapat kendala, karena masih ada keluhan dari masyarakat yang menerima pelayanan Jamkesmas ini mengenai tempat pelayanan yang tidak ada petugasnya, hal ini karena petugas kesehatan yang ada di fasilitas kesehatan tersebut masih kurang sehingga petugas kesehatan harus melakukan shift/pembagian tugas untuk memberikan pelayanan di fasilitas tersebut. Juga masih terdapat keluhan masyarakat pada pelayanan yang diberikan petugas kesehatan yang belum maksimal. Hal ini disebutkan bahwa petugas kesehatan yang memberi pelayanan masih belum melayani dengan maksimal, kurang ramah bahkan berkata kasar sedangkan informasi yang diberikan oleh petugas kesehatan baik mengenai pelayanan maupun kelengkapan administrasi Jamkesmas tidak lengkap sehingga membuat masyarakat bingung dan bolak balik dalam mempersiapkan kelengkapan administrasi maupun pelayanan.

c. Indikator Output

Berdasarkan indikator Output yaitu belum terlayannya secara maksimal seluruh peserta Jamkesmas, hal ini karena masih didapatkan data bahwa masyarakat yang membayar biaya pengobatan

meskipun dalam jumlah yang kecil yang seharusnya mereka mendapatkan pelayanan gratis dan seharusnya tidak boleh dikenakan biaya pengobatan. Sedangkan dari hasil observasi terhadap data sekunder, pelayanan bagi masyarakat miskin pada fasilitas pelayanan kesehatan 90% telah dilaksanakan dengan baik.

Sedangkan untuk tersedianya data dan informasi penyelenggaraan Jamkesmas dalam penyelenggaraan Jamkesmas di Kalimantan Selatan masih belum maksimal, hal ini karena sebagian besar masyarakat yang menerima kartu Jamkesmas belum mengetahui fungsi dari kartu tersebut. Peserta Jamkesmas tidak pernah mendapatkan penjelasan mengenai fungsi kartu Jamkesmas dan bagaimana prosedur penggunaan kartu Jamkesmas, sehingga begitu mereka memanfaatkan kartu Jamkesmas untuk mendapatkan pelayanan kesehatan mereka hanya tahu bahwa mereka mendapatkan pelayanan gratis tetapi tidak mengetahui apa saja yang termasuk tanggungan dalam pelayanan Jamkesmas tersebut.

Dalam pendistribusian kartu Jamkesmas juga tidak jelas, masyarakat yang berhak mendapatkan kartu Jamkesmas harus bolak balik mencari informasi tempat pengambilan kartu.

Kemudian untuk kerja sama dengan fasilitas pelayanan kesehatan lanjutan di fasilitas swasta dalam memberikan pelayanan kesehatan tidak berfungsi, hal ini dikarenakan pola tarif dalam pelayanan kesehatan lanjutan di fasilitas kesehatan swasta lebih tinggi dibandingkan dengan pola tarif pada program INA-CBGs.

Komponen Dampak (*Impact*) dalam Pelaksanaan Program Jamkesmas di Kalimantan Selatan

Dengan adanya program Jamkesmas di Kalimantan Selatan diharapkan memberikan dampak positif terhadap pelayanan kesehatan pada seluruh masyarakat miskin yang tercatat sebagai pemegang kartu Jamkesmas. Berdasarkan data hingga september 2012 didapatkan angka kemiskinan di Kalimantan selatan mencapai 189,875 ribu orang. Jumlah masyarakat miskin yang memiliki kartu Jamkesmas di Kalimantan Selatan tahun 2012 adalah 843.837 dan hingga Oktober 2013 jumlah peserta Jamkesmas sebanyak 753.526, sedangkan berdasarkan laporan Kementerian Kesehatan tahun 2012 Jumlah masyarakat Kalimantan Selatan yang

Tabel 1. Data Kepesertaan Jamkesmas Provinsi Kalimantan Selatan

No	Kota/Kabupaten	Jumlah Peserta Jamkesmas 2008–2012	Jumlah Peserta Jamkesmas 2013
1	Banjarmasin	146,402	99,764
2	Banjarbaru	25,223	29,169
3	Banjar	119,309	91,419
4	Tapin	47,448	34,019
5	Hulu Sungai Selatan	56,141	64,933
6	Sulu Sungai Tengah	67,339	62,364
7	Hulu Sungai Utara	57,490	68,034
8	Balangan	26,043	27,788
9	Tabalong	37,054	43,280
10	Batola	96,613	75,101
11	Tanah Laut	54,819	66,662
12	Tanah Bumbu	52,065	44,854
13	Kotabaru	57,891	46,139
Jumlah		843,837	753,526

Sumber: Dinas Kesehatan Prov. Kalsel (2013)

memiliki jaminan kesehatan baru 57% dan ini masih di bawah target RPJMN/RKP 2012 yaitu 67,5%.

Berdasarkan tabel diatas menunjukkan bahwa kepesertaan Jamkesmas pada kota Banjarmasin lebih banyak, sedangkan di kota Banjarbaru lebih sedikit. Hal ini dikarenakan kota Banjarmasin adalah merupakan ibukota provinsi dengan jumlah penduduk miskin tertinggi di antara kota dan kabupaten lainnya yaitu 27.777 jiwa pada tahun 2013, dan merupakan pusat rujukan sehingga semua kasus rujukan akan ditangani di kota Banjarmasin. Sedangkan dari 3 kabupaten yang merupakan sampel penelitian, di kabupaten Tabalong cakupan peserta Jamkesmas lebih rendah dibandingkan dengan kabupaten Hulu Sungai Utara dan Tanah Laut, hal ini karena di kabupaten Tabalong memiliki pelayanan gratis/kartu sehat yang pendanaannya dari APBD dan diberikan kepada masyarakat kabupaten Tabalong sehingga masyarakat lebih banyak menggunakan kartu sehat untuk pelayanan kesehatan.

Berdasarkan data di atas diketahui bahwa terdapat penurunan jumlah peserta Jamkesmas pada beberapa kabupaten/kota. Hal ini kemungkinan

disebabkan oleh kepesertaan Jamkesmas yang masih belum melingkupi sasaran sebenarnya seperti yang telah ditentukan. Beberapa kabupaten/kota juga ada yang mengalami peningkatan jumlah peserta. Hal ini menunjukkan data kepesertaan sudah melingkupi yang berhak. Tapi di sisi lain menunjukkan jumlah masyarakat yang masuk dalam kategori miskin juga bertambah.

Berdasarkan uraian di atas, dampak program Jamkesmas terhadap penggunaan pelayanan kesehatan belum maksimal, masih banyak masyarakat miskin di Kalimantan Selatan yang belum mendapatkan pelayanan kesehatan melalui Jamkesmas. Banyak distribusi kartu peserta Jamkesmas yang belum/tidak tepat sasaran,

KESIMPULAN DAN SARAN

Kesimpulan

Program Jamkesmas di Kalimantan Selatan telah dilaksanakan sebagaimana pedoman yang telah ditetapkan namun pada aplikasinya di masyarakat masih belum optimal pada 5 kabupaten/kota yang menjadi sampel baik dari segi kepesertaannya yang tidak tepat sasaran, kualitas pelayanan yang diberikan kepada peserta Jamkesmas masih belum maksimal. Begitu juga dengan sarana dan prasarana yang masih kurang serta Alat, obat dan bahan habis pakai obat-obat yang disediakan belum sepenuhnya mengakomodasi kebutuhan pelayanan obat untuk pasien Jamkesmas. Sedangkan system pelaporan Jamkesmas telah diakomodir Dinas Kesehatan Provinsi dengan baik, hanya saja proses klaim dana dan pencairan dana masih dianggap terlalu rumit.

Pengorganisasian program Jamkesmas telah berjalan baik namun dalam pelaksanaan suatu program diperlukan sumber daya manusia yang berkualitas, pengelolaan program sesuai dengan juknis namun hal ini menyebabkan adanya tugas rangkap dari pengelola Jamkesmas yang akan mempengaruhi kinerja dalam melaksanakan tugasnya karena adanya keterbatasan kemampuan individu. Pelaksanaan pemantauan dalam program Jamkesmas belum berjalan secara maksimal serta pemantauan penyerapan dana yang telah berlangsung di fasilitas kesehatan.

Saran

Pelaksanaan program Jamkesmas di Kalimantan selatan yang telah berakhir namun belum maksimal dalam pelaksanaannya, sehingga diharapkan hal ini menjadi acuan dalam pelaksanaan BPJS di tahun 2014 untuk melakukan evaluasi terhadap kebijakan tentang mekanisme penentuan database kepesertaan BPJS secara bersama baik pemerintah pusat maupun pemerintah daerah serta pihak yang terkait.

Agar pelaksanaan program lebih baik lagi maka perlu adanya upaya perbaikan fasilitas serta sarana dan prasarana kesehatan baik di pelayanan dasar maupun rujukan terutama dalam hal rasio pasien dengan luas ruang perawatan. Serta perlunya peningkatan mutu pelayanan yang saat ini berjalan misal dengan melaksanakan *call center* 24 jam untuk pelayanan BPJS dalam hal informasi tempat layanan kesehatan lanjutan. Diperlukan evaluasi untuk proses pengklaiman dana pada program BPJS agar mempermudah untuk kelancaran proses pelayanan.

Pengelolaan program Jamkesmas masih perlu mendapat perhatian lebih sehingga diharapkan untuk program BPJS agar lebih diperhatikan lagi, diperlukan sumber daya manusia yang lebih baik dalam pelaksanaan program seperti dilakukan pelatihan untuk pengelola program serta perlu adanya SK untuk Tim agar jelas dalam melaksanakan tugasnya. Perlu pemantauan program lebih aktif lagi agar pelaksanaan program dapat berjalan sesuai dengan harapan.

DAFTAR PUSTAKA

- Badan Pusat Statistik. 2012. Kalimantan Selatan Dalam Angka. Banjarmasin.
- Indonesia. Undang-Undang, Peraturan, dsb. 2013. Keputusan Kepala Dinas Kesehatan Provinsi Kalimantan Selatan Nomor 44.7/268-PK/Dinkes tentang Pedoman Pelaksanaan Jaminan Kesehatan Provinsi Kalimantan Selatan Tahun 2013. Banjarmasin.
- Indonesia. Undang-Undang, Peraturan, dsb. 2012. Peraturan Daerah Provinsi Kalimantan Selatan Nomor 4 Tahun 2012, tentang Penyelenggaraan Kesehatan di Kalimantan Selatan. Banjarmasin.
- Indonesia. Undang-Undang, Peraturan, dsb. 2009. Peraturan Gubernur Kalimantan Selatan Nomor 055 tahun 2009

- tentang Jaminan Kesehatan Provinsi Kalimantan Selatan. Banjarmasin.
- Indonesia. Undang-Undang, Peraturan, dsb. 2012. Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 40 tahun 2012 tentang Pedoman Pelaksanaan Jaminan Kesehatan Masyarakat. Jakarta.
- Indonesia. Undang-Undang, Peraturan, dsb. 2011. Perda Prov. Kalsel no. 4 tahun 2012 tentang Penyelenggaraan Kesehatan di Kalimantan Selatan. Banjarmasin.
- Tim Pengelola Jaminan Kesehatan Masyarakat Pusat (6 Mei 2011). "Pedoman pelaksanaan Jaminan Kesehatan Masyarakat 2011" (pdf). Kementerian Kesehatan RI. p. 4. Retrieved Juni 2011.