

**PELAKSANAAN PROGRAM PELAYANAN KESEHATAN  
GRATIS DI KABUPATEN WAJO**

*THE IMPLEMENTATION OF FREE HEALTH CARE  
PROGRAM IN WAJO DISTRICT*

**HARTINI BASIR**



**PROGRAM PASCASARJANA  
UNIVERSITAS HASANUDDIN  
MAKASSAR**

**2013**

**PELAKSANAAN PROGRAM PELAYANAN KESEHATAN  
GRATIS DI KABUPATEN WAJO**

Tesis

Sebagai Salah Satu Syarat Untuk Mencapai Gelar Magister

Program Studi  
Kesehatan Masyarakat

Disusun dan diajukan oleh

**HARTINI BASIR**

kepada

**PROGRAM PASCASARJANA  
UNIVERSITAS HASANUDDIN  
MAKASSAR  
2013**

TESIS

PERNYATAAN KEASLIAN TESIS  
PELAKSANAAN PROGRAM PELAYANAN KESEHATAN GRATIS  
DI KABUPATEN WAJO

Nama : Hartini Basir  
Nomor Induk Mahasiswa : P1802211514  
Program Studi : Kesehatan Masyarakat

Disusun dan diajukan oleh :

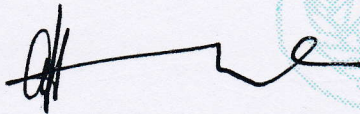
**HARTINI BASIR**

Nomor Pokok P1802211514

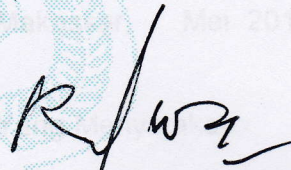
Telah dipertahankan di depan Panitia Ujian Tesis  
pada tanggal 30 Mei 2013  
dan dinyatakan telah memenuhi syarat

MENYETUJUI

KOMISI PENASIHAT,

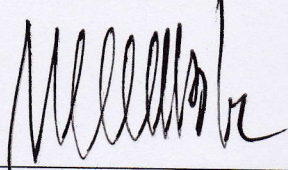


Prof. Dr. Hj. Asiah Hamzah, Dra., MA  
Ketua



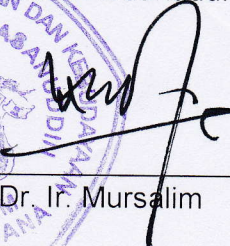
Prof. Dr. H. Ridwan, SKM., M.Kes., M.Sc., PH  
Anggota

Ketua Program Studi  
Kesehatan Masyarakat



Dr. dr. H. Noer Bahry Noor, M.Sc

Direktur Program Pascasarjana  
Universitas Hasanuddin



Prof. Dr. Ir. Mursalim

## **PERNYATAAN KEASLIAN TESIS**

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Hartini Basir  
Nomor Induk Mahasiswa : P1802211514  
Program Studi : Kesehatan Masyarakat

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa tesis yang saya tulis ini benar-benar merupakan hasil karya saya sendiri, bukan merupakan pengambilalihan tulisan atau pemikiran orang lain. Apabila di kemudian hari terbukti atau dapat dibuktikan bahawa tesis ini hasil jiplakan, maka saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut.

Makassar, Mei 2013

Yang Menyatakan

Hartini Basir

## KATA PENGANTAR



Puji Syukur saya panjatkan kehadirat Allah SWT, atas Rahmat, Taufik dan Hidayah-Nya sehingga semua proses belajar mengajar pada Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat Konsentrasi Administrasi dan Kebijakan Kesehatan Program Pascasarjana Unhas sampai dengan penulisan tesis ini dapat dilalui dengan baik. Upaya Maksimal telah penulis tempuh dengan sebaik-baiknya untuk menyempurnakan penyelesaian tesis ini, namun penulis mengharapkan saran dan masukan demi lebih sempurnanya tesis ini.

Secara khusus dengan hormat ucapan terima kasih penulis kepada **Prof. Dr. Hj. Asiah Hamzah, Dra, MA** selaku Ketua Komisi Penasehat dan dan **Prof. Dr. Ridwan Amiruddin, SKM, M.Kes, M.Sc.PH** selaku Anggota Komisi penasehat atas bimbingan dan arahan yang telah diberikan kepada penulis sejak proses awal hingga akhir penyusunan tesis ini. Demikian pula kepada **Prof. Dr. H. Indar, SH, MPH** dan **Dr. Darmawansyah, SE. MS** serta **Prof. Dr. dr. H. M. Najib Bustan, MPH** yang secara aktif telah memberikan masukan untuk perbaikan tesis ini, penulis ucapkan terima kasih yang sedalam-dalamnya.

Ucapan terima kasih juga penulis sampaikan kepada :

1. Rektor Universitas Hasanudin dan Direktur Program Pascasarjana Universitas Hasanuddin yang telah memberikan kesempatan kepada penulis melanjutkan studi pada program pascasarjana Universitas Hasanuddin Makassar.
2. Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat, Ketua Program Studi Kesehatan Masyarakat dan Ketua Konsentrasi S2 AKK beserta seluruh staf pengelola yang telah banyak membantu dan membimbing penulis selama mengikuti pendidikan di Pascasarjana Universitas Hasanuddin Makassar.
3. Seluruh staf pengajar pascasarjana Magister Administrasi dan Kebijakan Kesehatan Universitas Hasanuddin Makassar yang telah memberikan bekal ilmu yang sangat bermanfaat bagi penulis.
4. Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Wajo yang telah memberikan izin kepada penulis untuk melakukan penelitian di Dinas Kesehatan Kabupaten Wajo dan Kepala Puskesmas Tempe, Salewangeng, Sabbangparu, Pammana dan Lempa.
5. Rekan-rekan seangkatan pada Program Pascasarjana Magister Administrasi dan Kebijakan Kesehatan Universitas Hasanuddin Kelas Makassar, Palu dan Reguler atas segala kekompakan dan segala kebersamaannya selama mengikuti pendidikan.

Secara khusus penulis mengucapkan terima kasih yang tak terhingga kepada suami tercinta **Fadil, AMG** dan anak saya terSAYANG **Rifkah Fakhriyyah (Almh) dan Muhammad Tsaqif Fatih** yang telah dengan sabar mendampingi penulis selama proses penyelesaian studi ini, serta kedua orang tua **H. Muhammad Amin Basir** dan **Hj. Atika (Almh)** serta saudara-saudaraku **Hj.Wati, Asmuri, Kahar, Amran, Afrianti (Almh), Alamsyah** yang telah banyak membantu penulis dan selalu memberikan motivasi serta doa, semoga senantiasa dalam Lindungan dan Ridho Allah, SWT.

Akhirnya kepada semua pihak yang penulis tidak dapat sebutkan satu persatu yang telah memberikan bantuan dan dukungannya kepada penulis sejak awal studi hingga penyelesaiannya, penulis ucapkan terima kasih.

*Jazaakumullahu khaeran katsiiraa.*

Makassar, Mei 2013

**Hartini Basir**

## ABSTRAK

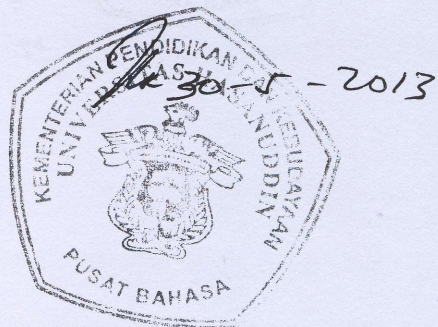
**HARTINI BASIR.** *Pelaksanaan Program Pelayanan Kesehatan Gratis di Kabupaten Wajo* (dibimbing oleh Asiah Hamzah dan Ridwan Amiruddin).

Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui pelaksanaan program pelayanan kesehatan gratis di Kabupaten Wajo dengan melihat tata laksana kepesertaan, pelayanan dan pendanaan.

Metode penelitian adalah kualitatif dengan pendekatan studi kasus. Triangulasi teknik dilakukan dengan wawancara mendalam, observasi dan telaah dokumen dengan jumlah informan 17 orang.

Hasil penelitian menunjukkan tata laksana kepesertaan dalam pelaksanaan program pelayanan kesehatan gratis di Kabupaten Wajo belum terlaksana dengan baik karena tidak terdapat anggaran untuk pendataan kepesertaan. Tata laksana pelayanan kesehatan gratis sudah terlaksana sesuai dengan maniak dan juknis baik itu pelayanan kesehatan dalam gedung maupun luar gedung, meskipun hanya menggunakan KTP/kartu keluarga untuk mendapatkan pelayanan kesehatan. Tata laksana pendanaan pelayanan kesehatan gratis belum terlaksana dengan baik karena proses penyaluran, pencairan, dan pembayaran dana pelayanan kesehatan gratis masih mengalami keterlambatan disebabkan oleh beberapa puskesmas yang terlambat menyetor laporan atau klaimnya. Olehnya itu, Dinas Kesehatan Provinsi Sulawesi Selatan dan Dinas Kesehatan Kabupaten Wajo seharusnya memaksimalkan tata laksana kepesertaan khususnya pendataan kepesertaan dan pengadaan kartu peserta. Kepada Dinas Kesehatan Kabupaten Wajo untuk memaksimalkan pengadaan dan ketersediaan obat, dan kepada para kepala puskesmas di Kabupaten Wajo untuk dapat tepat waktu dalam penyetoran laporan/klaim setiap bulannya.

Kata kunci: pelayanan, kesehatan gratis, kualitatif.





## ABSTRACT

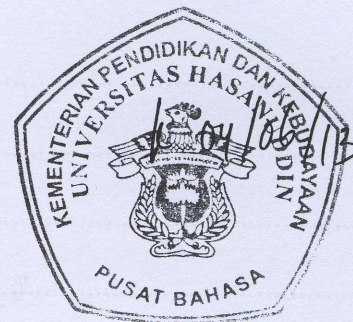
**HARTINI BASIR.** *The Implementation of Free Health Care Program in Wajo District* (Supervised by **Asiah Hamzah** and **Ridwan Amiruddin**)

The purpose of this study is to investigate the implementation of Free Health Care Program in Wajo district by analysing the management of membership, service, and funding.

The research used the qualitative method with the case study approach. It employed the triangulation technique through in-depth interviews, observations, and document review. There were 17 informants in the study.

The results reveal that the membership has not been well managed because there is no budget available for membership database. The management of service has been implemented in the program according to the program's operational and technical guidance (for both in- and out-building service), although it only needs *KTP* (Personal Identity Card) or Family Card to access health care. The management of funding has not been well implemented. The distribution, disbursement, and payment processes of free health care fund are still slow due to late report and claim from some Community Health Centers.

**Keywords:** services, free health care, qualitative



### PADA PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

B. Rumusan Masalah

C. Tujuan Penelitian

D. Manfaat Penelitian

### PADA TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan Umum tentang SJSN

B. Tinjauan Umum tentang Program Pelayanan Kesehatan Gratis

C. Tinjauan Umum tentang Tata Laksana Keperawatan

D. Tinjauan Umum tentang Tata Laksana Pelayanan

E. Tinjauan Umum tentang Tata Laksana Pendidikan

## DAFTAR ISI

	<b>Halaman</b>
HALAMAN JUDUL .....	i
PERNYATAAN PERSETUJUAN .....	ii
HALAMAN PENGESAHAN .....	iii
PERNYATAAN KEASLIAN TESIS .....	iv
KATA PENGANTAR .....	v
ABSTRAK .....	viii
ABSTRACT .....	ix
DAFTAR ISI .....	x
DAFTAR TABEL .....	xiii
DAFTAR GAMBAR .....	xiv
DAFTAR LAMPIRAN .....	xv
DAFTAR SINGKATAN.....	xvi
 <b>BAB I PENDAHULUAN</b>	
A. Latar Belakang .....	1
B. Rumusan Masalah .....	13
C. Tujuan Penelitian .....	14
D. Manfaat Penelitian .....	15
 <b>BAB II TINJAUAN PUSTAKA</b>	
A. Tinjauan Umum tentang SJSN .....	16
B. Tinjauan Umum tentang Program Pelayanan Kesehatan Gratis .....	18

C. Tinjauan Umum tentang Tata Laksana Kepesertaan .....	24
D. Tinjauan Umum tentang Tata Laksana Pelayanan .....	27
E. Tinjauan Umum tentang Tatalaksana Pendanaan .....	41
F. Tinjauan Umum tentang Pengorganisasian .....	52
G. Tinjauan Umum tentang Monitoring, Supervisi dan Pelaporan.....	58
H. Kerangka Pikir .....	64
I. Defenisi Konseptual .....	65

### **BAB. III METODE PENELITIAN**

A. Jenis Penelitian .....	67
B. Pengelolaan Peran sebagai Peneliti .....	67
C. Lokasi dan Waktu Penelitian .....	67
D. Data Penelitian .....	68
E. Teknik Pengumpulan Data/Informasi .....	71
F. Teknik Pengelohan Data/Informasi .....	72
G. Teknik Analisa Data .....	73
H. Teknik Keabsahan Data .....	74

### **BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN**

A. Gambaran Umum .....	75
B. Karakteristik Informan .....	76
C. Hasil Penelitian .....	78
D. Pembahasan .....	91
E. Keterbatasan Penelitian .....	106

**BAB V KESIMPULAN DAN SARAN**

A. Kesimpulan .....	109
B. Saran.....	110

**DAFTAR PUSTAKA****LAMPIRAN**

**DAFTAR TABEL**

Tabel 1	Matriks Metode Pengumpulan Data.....	70
Tabel 2	Karakteristik Informan .....	77

## DAFTAR GAMBAR

Tabel 1	Bagan Alur Penyaluran dana .....	49
Tabel 2	Kerangka Pikir Penelitian .....	64
Tabel 3	Bagan Alur Registrasi .....	94

## DAFTAR LAMPIRAN

1. Indikator Capaian Derajat Kesehatan Kabupaten Wajo Tahun 2010-2012
2. Jumlah Kunjungan Rawat Jalan dan Rawat Inap di Puskesmas dan RS Pelayanan Kesehatan Gratis (Yankesgra) Kabupaten Wajo Tahun 2009-2012
3. Jumlah Alokasi Pagu dan Realisasi Pelayanan Kesehatan Gratis (Yankesgra) Rumah Sakit, Puskesmas dan Jaringannya di Kabupaten Wajo Tahun 2009 - 2012
4. Matriks Masalah Penelitian Pelaksanaan Program Program Pelayanan Kesehatan Gratis di Kabupaten Wajo
5. Pedoman Wawancara
6. Matriks Hasil Pernyataan Informan
7. Tabel Sintesa Penelitian
8. Surat Ijin Penelitian
9. Dokumentasi Penelitian

## DAFTAR SINGKATAN

AKABA	: Angka Kematian Balita
AKB	: Angka Kematian Bayi
AKI	: Angka Kematian Ibu
APBD	: Anggaran Pendapatan Belanja Daerah
APBN	: Anggaran Pendapatan Belanja Negara
ASKES	: Asuransi Kesehatan
BAPPENAS	: Badan Perencanaan Nasional
BOK	: Bantuan Operasional Kesehatan
BPK	: Badan Pemeriksa Keuangan
DEPKES	: Departemen Kesehatan
DINKES	: Dinas Kesehatan
JAMPERSAL	: Jaminan Persalinan
JAMKESMAS	: Jaminan Kesehatan Masyarakat
JAMSOSTEK	: Jaminan Sosial Tenaga Kerja
JPK	: Jaminan Pemeliharaan Kesehatan
JUKNIS	: Petunjuk Teknis
KAB	: Kabupaten
KEMENKES	: Kementerian Kesehatan
KB	: Keluarga Berencana
KK	: Kartu Keluarga
KTP	: Kartu Tanda Penduduk
MDGS	: <i>Millennium Development Goals</i>



MMR	: <i>Maternal Mortality Rate</i>
PEMPROV	: Pemerintah Provinsi
PUSKESMAS	: Pusat Kesehatan Masyarakat
POSKESDES	: Pos Kesehatan Desa
POSYANDU	: Pos Pelayanan Terpadu
PPK	: Pemberi Pelayanan Kesehatan
RENSTRA	: Rencana Strategi
RI	: Republik Indonesia
RISKESDAS	: Riset Kesehatan Dasar
RITP	: Rawat Inap Tingkat Pertama
RJTP	: Rawat Jalan Tingkat Pertama
RSUD	: Rumah Sakit Umum Daerah
RT	: Rumah tangga
SDM	: Sumber Daya Manusia
SK	: Surat Keputusan
SKN	: Sistem Kesehatan Nasional
SJSN	: Sistem Jaminan Sosial Nasional
SULSEL	: Sulawesi Selatan
UKM	: Upaya Kesehatan Masyarakat
UKP	: Upaya Kesehatan Perorangan
UUD	: Undang-undang Dasar
WHO	: <i>World Health Organization</i>
YANKESGRA	: Pelayanan Kesehatan



# BAB I

## PENDAHULUAN

### A. Latar Belakang

Pembukaan Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945 secara tegas menyebutkan bahwa tujuan pembentukan Negara Republik Indonesia adalah antara lain untuk melindungi segenap bangsa Indonesia dan memajukan kesejahteraan rakyat Indonesia. Pembangunan kesehatan bertujuan untuk meningkatkan kesadaran, kemauan dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang agar terwujud derajat kesehatan masyarakat yang optimal (pasal 3; UU N0. 32 tahun 2009). *“Setiap orang mempunyai hak yang sama dalam memperoleh derajat kesehatan yang optimal (pasal 4; UU N0. 32 tahun 2009). Hal senada tertuang pula dalam UUD 1945 amandemen pasal 28H ayat 1, “... setiap penduduk berhak atas pelayanan kesehatan”.*

Komitmen Indonesia untuk mencapai tujuan Pembangunan *Millennium Development Goals* (MDGs) mencerminkan adanya dukungan untuk meningkatkan kesejahteraan rakyat dan memberikan kontribusi kepada peningkatan kesejahteraan masyarakat dunia. Beberapa target MDGs yang ingin dicapai pada akhir tahun 2015, yang mempunyai pengaruh langsung pada derajat kesehatan di Indonesia antara lain : (1) mengurangi prevalensi gizi kurang dan meningkatkan konsumsi kalori; (2)

mengurangi dua per tiga angka kematian bayi dan angka kematian balita; (3) mengurangi tiga per empat angka kematian ibu; (4) menghentikan penyebaran penyakit HIV/AIDS, malaria, dan penyakit menular lainnya; (5) mengurangi separuh proporsi penduduk yang tidak memiliki akses terhadap air bersih yang aman dan sanitasi dasar; dan (6) meningkatkan akses terhadap obat esensial. (Bappenas, 2010).

Angka kematian ibu melahirkan (*MMR/Maternal Mortality Rate*) di Indonesia, menurun dari 390 pada tahun 1991 menjadi 228 per 100.000 kelahiran hidup pada tahun 2007. Target AKI pada pencapaian MDGs pada tahun 2015 adalah sebesar 102 per 100.000 kelahiran hidup, sehingga diperlukan kerja keras untuk mencapai target tersebut. Walaupun pelayanan antenatal dan pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan terlatih cukup tinggi, beberapa faktor seperti risiko tinggi pada saat kehamilan dan aborsi perlu mendapat perhatian. Upaya menurunkan angka kematian ibu didukung pula dengan meningkatkan angka pemakaian kontrasepsi dan menurunkan *unmet need* yang dilakukan melalui peningkatan akses dan kualitas pelayanan KB dan kesehatan reproduksi. Ke depan, upaya peningkatan kesehatan ibu diprioritaskan pada perluasan pelayanan kesehatan berkualitas, pelayanan obstetrik yang komprehensif, peningkatan pelayanan keluarga berencana dan penyebarluasan komunikasi, informasi dan edukasi kepada masyarakat. (Bappenas, 2010).

MDGs menjadi acuan penting dalam penyusunan Dokumen Perencanaan Pembangunan Nasional, Rencana Pembangunan Jangka Panjang Bidang Kesehatan 2005-2025 serta Rencana Strategi Kementerian Kesehatan 2009-2014. Angka Kematian Bayi (AKB) telah menurun dari 68 per 1.000 kelahiran hidup pada tahun 1991 menjadi 34 per 1.000 kelahiran hidup pada tahun 2007 dan diperkirakan target 23 per 1.000 kelahiran hidup dapat tercapai pada tahun 2015. Angka Kematian Balita (AKABA) telah menurun dari 97 per 1.000 kelahiran hidup pada tahun 1991 menjadi 44 per 1.000 kelahiran hidup pada tahun 2007 dan diperkirakan target 32 per 1.000 kelahiran pada tahun 2015 dapat tercapai. Angka Kematian Ibu (AKI), Angka Kematian Bayi (AKB), dan Angka Kematian Balita (AKABA) merupakan beberapa indikator status kesehatan masyarakat (Depkes, 2009).

WHO memperkirakan bahwa 15-20 persen ibu hamil baik di negara maju maupun berkembang akan mengalami risiko tinggi dan atau komplikasi. Salah satu cara yang paling efektif untuk menurunkan AKI adalah dengan meningkatkan pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan terlatih. Persentase persalinan yang ditolong oleh tenaga kesehatan terlatih meningkat dari 66,7% pada tahun 2002 menjadi 77,34% pada tahun 2009 (Susenas). Angka tersebut terus meningkat menjadi 82,3% pada tahun 2010 (Data Riskesdas, 2010). Angka ini relatif rendah apabila dibandingkan dengan negara tetangga seperti Singapura, Malaysia, Thailand di mana angka pertolongan persalinan oleh tenaga

kesehatan hampir mencapai 90%. Berdasarkan proyeksi angka pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan nampak bahwa ada pelencengan dari tahun 2004 angka pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan dibawah dari angka proyeksi, apabila hal ini tidak menjadi perhatian maka diperkirakan angka pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan sebesar 90% pada tahun 2015 tidak akan tercapai, konsekuensi lebih lanjut bisa berimbas pada meningkatnya resiko angka kematian ibu (Bappenas, 2010).

Berdasarkan Sistem Kesehatan Nasional, terdapat enam subsistem yang turut menentukan kinerja sistem kesehatan nasional yaitu subsistem upaya kesehatan, pembiayaan kesehatan, sumber daya manusia (SDM) kesehatan, obat dan perbekalan kesehatan, pemberdayaan masyarakat, dan manajemen kesehatan. Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat diharapkan dapat meningkatkan akses dan mutu pelayanan kesehatan kepada masyarakat, sehingga sub sistem pelayanan kesehatan dan sub sistem pembiayaan dalam SKN dapat bersinergi untuk mendorong perubahan dan penataan pelayanan kesehatan yang lebih baik (Depkes, 2009).

Renstra Kemenkes 2009-2014 (2010), menyebutkan isu pokok pembangunan kesehatan, salah satunya meliputi : a) terbatasnya aksesibilitas terhadap pelayanan kesehatan yang berkualitas, terutama pada kelompok rentan seperti : penduduk miskin, daerah tertinggal, terpencil, perbatasan dan kepulauan terdepan, b) pelayanan kesehatan

ibu dan anak yang sesuai standar masih terbatas, c) belum teratasinya permasalahan gizi secara menyeluruh, d) masih tingginya angka kesakitan dan kematian akibat penyakit menular dan tidak menular, e) belum terlindunginya masyarakat secara maksimal terhadap beban pembiayaan kesehatan, f) belum terpenuhinya jumlah, jenis, kualitas serta penyebaran sumberdaya manusia kesehatan dan belum optimalnya dukungan kerangka regulasi ketenagaan kesehatan. g) masih terbatasnya kemampuan manajemen dan informasi kesehatan meliputi pengelolaan administrasi dan hukum kesehatan, h) permasalahan manajerial dalam sinkronisasi dalam perencanaan dan anggaran terintegrasi lintas program dan sektor.

AKB pada tahun 2010 di Kabupaten Wajo adalah 28 kasus dari 7.219 kelahiran hidup atau terdapat 3.88 atau 4 kematian bayi tiap 1.000 kelahiran hidup dan pada tahun 2011 terdapat 36 kasus dari 7.459 kelahiran hidup atau terdapat 4.83 atau 4 sampai 5 kematian bayi tiap 1.000 kelahiran hidup. AKABA pada tahun 2010 terdapat 12 kasus dari 7.219 kelahiran hidup atau terdapat 0.41 kematian balita tiap 1.000 penduduk. Jumlah kematian balita pada tahun 2011 adalah 3 kasus dari 7.459 kelahiran hidup atau terdapat 0.4 kematian balita tiap 1.000 penduduk. Dan AKI pada tahun 2010 adalah 4 orang jumlah kematian ibu dari 7.219 kelahiran hidup dan pada tahun 2011 terdapat 8 orang jumlah kematian ibu dari 7.459 kelahiran hidup dan pada tahun 2012 terdapat 8 jumlah kematian ibu dari 7.308 kelahiran hidup (lampiran 1).

Pembangunan kesehatan diarahkan untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat melalui program promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif. Disamping itu perlu pula dilakukan perbaikan dan peningkatan sistem pembiayaan kesehatan sehingga menjadi lebih jelas, sarana prasarana kesehatan dan kualitas sumber daya manusia serta peningkatan mutu pelayanan juga perlu mendapat perhatian. Derajat kesehatan masyarakat yang masih rendah diakibatkan karena sulitnya akses terhadap pelayanan kesehatan. Kesulitan akses pelayanan ini dipengaruhi oleh berbagai faktor seperti tidak adanya kemampuan secara ekonomi dikarenakan biaya kesehatan cukup mahal. Peningkatan biaya kesehatan yang diakibatkan oleh berbagai faktor seperti perubahan pola penyakit, perkembangan teknologi kesehatan dan kedokteran, pola pembiayaan kesehatan berbasis pembayaran *out of pocket*, kondisi geografis yang sulit untuk menjangkau sarana kesehatan. Derajat kesehatan yang rendah berpengaruh terhadap rendahnya produktifitas kerja yang pada akhirnya menjadi beban masyarakat dan pemerintah.

Pembangunan kesehatan sangat penting artinya mengingat kesehatan adalah hak dan investasi, dan semua warga negara berhak atas kesehatannya termasuk masyarakat miskin dan tidak mampu. Dalam upaya melaksanakan dan memenuhi hak masyarakat, pemerintah Provinsi Sulawesi Selatan dan Kabupaten/Kota serta seluruh pemangku kebijakan berkewajiban memenuhi hak warga negara tersebut. Untuk menjamin akses penduduk Sulawesi Selatan terhadap pelayanan

kesehatan sebagaimana diamanatkan dalam Undang-Undang Dasar 1945, maka sejak 21 Juli 2008 Pemerintah Provinsi Sulawesi Selatan melalui Gubernur dan Wakil Gubernur terpilih telah berupaya untuk mengatasi hambatan dan kendala tersebut melalui pelaksanaan kebijakan Program Pelayanan Kesehatan Gratis. Program ini diselenggarakan oleh Pemerintah Provinsi Sulawesi Selatan dan Pemerintah Daerah Kabupaten/Kota, selanjutnya jajaran kesehatan sebagai instansi teknis yang ditugaskan dan diberi tanggung jawab dalam pelaksanaannya.

Meningkatnya akses masyarakat di Provinsi Sulawesi Selatan untuk datang memeriksakan kesehatan di Puskesmas, terlihat dengan peningkatan kunjungan pasien yang datang berobat di Puskesmas setiap harinya menjadi rata-rata 100 orang, yang biasanya hanya berkisar 60 orang setiap hari, artinya ada peningkatan masyarakat yang memanfaatkan Pelayanan Kesehatan di Puskesmas sekitar 40%. Masyarakat miskin yang tidak masuk kuota program Jamkesmas, yang biasanya berpikir datang ke Puskesmas dan Rumah Sakit, karena faktor pembiayaan, maka dengan adanya Program Pelayanan Kesehatan Gratis selama ini Jumlah Kunjungan dan Rujukan ke Rumah Sakit juga meningkat dari 20 orang dirujuk meningkat menjadi 40 orang perhari (100%). Dengan adanya Sistem Rujukan yang berjenjang, di Rumah Sakit tidak lagi terjadi penumpukan pasien sehingga meningkatkan mutu pelayanan. Dengan system Regionalisasi Rumah Sakit untuk mendekatkan akses daerah terpencil dan perbatasan, masyarakat



mendapat pelayanan kesehatan murah, aman, dan cepat, juga berkualitas. Juga meningkatnya kunjungan ibu hamil, yang datang ke puskesmas atau bidan desa untuk memeriksakan kehamilannya, yang biasanya yang datang memeriksakan kehamilannya di puskesmas hanya 10 orang, namun dengan adanya Program Pelayanan Kesehatan Gratis meningkat sampai 20 orang setiap minggu, artinya ada peningkatan 100% (Mursalim, 2012).

Menurut Dinas Kesehatan Kabupaten Wajo bahwa pelaksanaan pelayanan kesehatan gratis pada puskesmas dan jaringannya terjadi kenaikan jumlah pasien RJTP (Rawat Jalan Tingkat Pertama) sejak pelaksanaannya, yaitu pada tahun 2009 terdapat 15.555 jumlah pasien, tahun 2010 dengan 263.970 jumlah pasien, tahun 2011 dengan 273.267 jumlah pasien dan pada tahun 2012 terdapat 381.483 jumlah pasien. Begitupun terhadap pasien RITP (Rawat Inap Tingkat Pertama) pada puskesmas dan jaringannya, yaitu pada tahun 2009 terdapat 761 jumlah pasien, tahun 2010 dengan 2.423 jumlah pasien, tahun 2011 dengan 2.939 jumlah pasien dan pada tahun 2012 terdapat 3.083 jumlah pasien (lampiran 2).

Begitupun dengan pelaksanaan pelayanan kesehatan gratis pada RSUD Lamadukkelleng Kabupaten Wajo juga terjadi kenaikan jumlah pasien RJTL (Rawat Jalan Tingkat Lanjut) sejak pelaksanaannya, yaitu pada tahun 2009 terdapat 5.335 jumlah pasien, tahun 2010 dengan 7.608 jumlah pasien, tahun 2011 dengan 7.903 jumlah pasien dan pada tahun

2012 terdapat 9.594 jumlah pasien. Begitupun terhadap pasien RITL (Rawat Inap Tingkat Lanjut) pada RSUD Lamadukkelleng, yaitu pada tahun 2009 terdapat 2.715 jumlah pasien, tahun 2010 dengan 3.167 jumlah pasien, tahun 2011 dengan 3.033 jumlah pasien dan pada tahun 2012 terdapat 4.089 jumlah pasien (RSUD Lamadukkelleng, 2013).

Jumlah kunjungan yang meningkat juga dipengaruhi oleh kemudahan untuk mendapatkan pelayanan kesehatan melalui pelayanan kesehatan gratis yaitu jika belum mempunyai kartu peserta maka dengan menggunakan KTP/KK (kartu keluarga), masyarakat bisa mendapatkan pelayanan kesehatan gratis. Dengan kemudahan ini masih ada masyarakat yang meskipun sudah memiliki kartu Jamkesmas tapi pada saat sakit tidak menemukan kartu Jamkesmasnya, maka dengan menggunakan KTP/KK, mereka mendapatkan pelayanan kesehatan gratis.

Penggunaan KTP sebagai pengganti kartu peserta untuk mendapatkan pelayanan kesehatan gratis dari Jamkesda ini juga dilakukan di Puskesmas Sidomulyo Kelurahan Sidomulyo Kecamatan Samarinda Ilir Kota Samarinda. Hal ini diteliti Radian Fathurrozi Saputra tahun 2012 yang memperoleh hasil penelitian bahwa warga yang berobat menggunakan program Jamkesda dilayani dengan baik meskipun belum memiliki kartu Jamkesda tetapi dengan menggunakan KTP pun akan langsung dilayani dan diberikan pertolongan gratis (lampiran 6).

Pelayanan obat pada pelayanan kesehatan gratis juga tidak dipungut biaya yang diberikan dengan menggunakan obat generik (formularium). Untuk memenuhi kebutuhan obat generik di puskesmas dan jaringannya, Dinas Kesehatan Kabupaten yang melaksanakan pengadaan dan pendistribusian obat, namun pada awal tahun 2011 dan 2012 ditemukan masalah dengan kekurangan beberapa jenis stok obat sehingga masyarakat harus membeli di apotik. Hal ini juga disebabkan karena peningkatan jumlah pasien pelayanan kesehatan gratis yang tidak dibarengi dengan peningkatan anggaran untuk pengadaan obat di Dinas Kesehatan (lampiran 4).

Seiring dengan peningkatan jumlah pasien baik di RS maupun Puskesmas dan jaringannya, penganggaran pelaksanaan kesehatan gratis juga semakin meningkat di Kabupaten Wajo. Pada tahun 2009, alokasi dana di Kabupaten Wajo untuk pelaksanaan Pelayanan Kesehatan Gratis (Yankesgra) sebesar Rp. 4.623.439.000,- yang dialokasikan ke RSUD Lamaddukkelleng sebesar Rp. 2.428.000.000,- atau 52.52% dan ke Dinas Kesehatan (RSU Siwa, Puskesmas dan jaringannya) sebesar Rp.2.195.439.000,- atau 47.48%. Realisasi Yankesgra pada tahun 2009 ini adalah sebesar 45,88% yang terdiri dari RSUD Lamaddukkelleng sebesar Rp. 2.121.015.746,- atau 43.05% dan di Dinas Kesehatan (RSU Siwa, Puskesmas dan jaringannya) sebesar 1.075.641.963 atau 48.99%.

Pada tahun 2010, alokasi dana Pelayanan Kesehatan Gratis (Yankesgra) sebesar Rp. 6.527.208. 000,- yang dialokasikan ke RSUD Lamadukkelleng sebesar Rp. 4.531.769.000,- atau 69.43% dan ke Dinas Kesehatan (RSU Siwa, Puskesmas dan jaringannya) sebesar Rp.1.995.439.000,- atau 30.57%. Realisasi Yankesgra pada tahun 2010 ini adalah sebesar 71,82% yang terdiri dari RSUD Lamadukkelleng sebesar Rp. 3.970.244.614,- atau 87.61% dan di Dinas Kesehatan (RSU Siwa, Puskesmas dan jaringannya) sebesar Rp.717.536.500,- atau 35.96%.

Pada tahun 2011, alokasi dana Pelayanan Kesehatan Gratis (Yankesgra) sebesar Rp.16.436.940. 000,- yang dialokasikan ke RSUD Lamadukkelleng sebesar Rp.9.862.164.000,- atau 60% dan ke Dinas Kesehatan (RSU Siwa, Puskesmas dan jaringannya) sebesar Rp.6.574.776.000,- atau 40%. Realisasi Yankesgra pada tahun 2011 ini adalah sebesar 75,55% yang terdiri dari RSUD Lamadukkelleng sebesar Rp. 5.843.573.186,- atau 59.25% dan di Dinas Kesehatan (RSU Siwa, Puskesmas dan jaringannya) sebesar Rp. 6.574.225.800 atau 99.99%.

Dan pada tahun 2012, alokasi dana Pelayanan Kesehatan Gratis (Yankesgra) sebesar Rp.16.710.660.000,- yang dialokasikan ke RSUD Lamadukkelleng sebesar Rp.7.433.839.000,- atau 44,49% dan ke Dinas Kesehatan (Puskesmas dan jaringannya) sebesar Rp.7.280.806.000,- atau 43.57% serta RSU Siwa sebesar 1.996.015.000,-. Realisasi Yankesgra pada tahun 2012 ini adalah sebesar 99.99% yang terdiri dari

RSUD Lamadukkelleng 100% dan di Dinas Kesehatan (Puskesmas dan jaringannya) 100% serta RSUD Siwa 99.99%. Realisasi dana pada tahun 2012 ini, memang sebesar 99,99% namun dalam pelaksanaannya mesti ditambah melalui APBD Kabupaten Wajo sebesar Rp. 2.035.110.291,- itupun masih ada tunggakan untuk klaim bulan November-Desember yang belum dibayarkan (lampiran 3).

Hal ini sesuai dengan penelitian Atinga, et al ( 2012) yang mengemukakan bahwa sebagian besar rumah sakit di Ghana menjadi target reformasi pembiayaan kesehatan untuk meningkatkan akses terhadap pelayanan kesehatan yang dipengaruhi pula oleh daya beli lemah karena tarif yang rendah, pengolahan klaim non komputerisasi dan kurangnya logistik.

Berdasarkan hasil pengumpulan data awal dengan pengelola Yankesgra di Dinas Kesehatan Kabupaten Wajo dan RSUD Lamadukkelleng didapatkan masalah yang terjadi selama pelaksanaan Yankesgra yang belum sesuai dengan manlak dan juknis Pelayanan Kesehatan Gratis, antara lain: belum adanya pendataan sasaran secara berjenjang, belum ada data base kepesertaan dan masih adanya masyarakat yang belum memiliki kartu peserta pelayanan kesehatan gratis serta belum adanya SK Bupati tentang kepesertaan ini. Hal lain yang menunjang pelaksanaan pelayanan kesehatan gratis ini adalah operasional dan manajemen puskesmas, untuk mendukung upaya peningkatan kinerja pelayanan kesehatan di Puskesmas dan jaringannya,

namun tidak disediakan anggaran dalam Yankesgra ini. Begitupun dengan pembayaran dan pertanggungjawaban dana, sering terlambat dibayarkan ke puskesmas oleh karena keterlambatan penyelesaian pertanggungjawaban oleh puskesmas itu sendiri namun berpengaruh pada puskesmas lain yang telah menyetor pertanggungjawabannya tepat waktu (lampiran 4).

Tarigan (2011) dalam penelitiannya di Gorontalo menemukan bahwa proses perencanaan kepesertaan Jamkesda belum efektif karena masih ada masyarakat yang tidak masuk dalam data base kepesertaan, pengorganisasian belum efektif karena kurang koordinasi, penganggaran belum efektif karena pembayaran berdasarkan klaim sehingga susah dalam perencanaan anggaran, pelaksanaan program juga belum efektif karena masih ada keluhan pasien terutama dalam administrasi pelayanan yang sangat panjang dan terkesan rumit (lampiran 6).

## **B. Rumusan Masalah**

Dari latar belakang masalah tentang kurangnya alokasi dana untuk Program Pelayanan Kesehatan Gratis, belum adanya pendataan sasaran secara berjenjang, belum ada data base kepesertaan, pernah terjadi kekurangan beberapa jenis obat di puskesmas dan tidak digunakannya anggaran program pelayanan kesehatan gratis sebagai dana untuk operasional dan manajemen puskesmas serta keterlambatan pembayaran

dan pertanggungjawaban dana, maka dirumuskanlah masalah penelitian sebagai berikut :

1. Bagaimana tata laksana kepesertaan program pelayanan kesehatan gratis di Kabupaten Wajo?
2. Bagaimana tata laksana pelayanan program pelayanan kesehatan gratis di Kabupaten Wajo?
3. Bagaimana tata laksana pendanaan program pelayanan kesehatan gratis di Kabupaten Wajo?

### **C. Tujuan Penelitian**

#### 1. Tujuan Umum

Tujuan Umum dalam penelitian ini adalah mengetahui Pelaksanaan Program Pelayanan Kesehatan Gratis di Kabupaten Wajo.

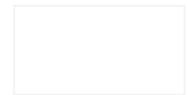
#### 2. Tujuan Khusus

- a. Mengetahui tata laksana kepesertaan program pelayanan kesehatan gratis di Kabupaten Wajo.
- b. Mengetahui tata laksana pelayanan program pelayanan kesehatan gratis di Kabupaten Wajo.
- c. Mengetahui tata laksana pendanaan program pelayanan kesehatan gratis di Kabupaten Wajo.

#### **D. Manfaat Penelitian**

1. Hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi masukan dan pertimbangan bagi pengambil kebijakan di tingkat provinsi dan kabupaten/kota dalam pengembangan program pelayanan kesehatan gratis.
2. Diharapkan dapat menambah khasanah ilmu pengetahuan dan menjadi salah satu bahan bacaan bagi peneliti berikutnya dimasa yang akan datang.
3. Menjadi pengalaman yang sangat berharga dalam memperluas wawasan dan ilmu pengetahuan khususnya berkaitan dengan program pelayanan kesehatan gratis.





## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **A. Tinjauan Umum Tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional**

Dinamika pembangunan bangsa Indonesia telah menimbulkan tantangan berikut tuntutan penanganan berbagai persoalan hukum yang belum terpecahkan. Salah satunya adalah penyelenggaraan jaminan sosial bagi seluruh rakyat, yang diamanatkan dalam pasal 28 H ayat (3) mengenai hak terhadap jaminan sosial dan pasal 34 ayat (2) Undang-undang Dasar Negara Republik Indonesia tahun 1945. Jaminan sosial juga dijamin dalam deklarasi Perserikatan Bangsa-Bangsa tentang Hak Asasi Manusia tahun 1948 dan ditegaskan dalam konvensi ILO Nomor 102 tahun 1952 yang menganjurkan semua negara untuk memberikan perlindungan minimum kepada setiap tenaga kerja. Sejalan dengan ketentuan tersebut, Majelis Permusyawaratan Rakyat Republik Indonesia dalam TAP Nomor X/MPR/2001 menugaskan Presiden untuk membentuk Sistem Jaminan Sosial Nasional dalam rangka memberikan perlindungan sosial yang menyeluruh dan terpadu (Thabrany, 2010).

Sistem Jaminan Sosial Nasional seperti yang tertuang dalam Undang-undang Nomor 40 Tahun 2004 Tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional, diselenggarakan berdasarkan pada prinsip-prinsip yang sangat berbeda dengan prinsip pasar. Prinsip-prinsip tersebut dirumuskan dalam

UU SJSN berdasarkan kajian akademik yang mendalam dengan mengambil pelajaran dari praktik (*best practices*) di negara lain.

Undang-undang Nomor 40 tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) pada dasarnya merupakan program negara yang bertujuan memberi kepastian perlindungan dan kesejahteraan sosial bagi seluruh rakyat Indonesia. Melalui program ini, setiap penduduk diharapkan dapat memenuhi kebutuhan dasar hidup yang layak apabila terjadi hal-hal yang dapat mengakibatkan hilang atau berkurangnya pendapatan karena menderita sakit, mengalami kecelakaan, kehilangan pekerjaan, memasuki usia lanjut atau pensiun. Berdasarkan UUD 1945 Pasal 28H dan Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan tersebut mengisyaratkan bahwa setiap individu, keluarga dan masyarakat berhak memperoleh perlindungan terhadap kesehatannya, dan negara bertanggung jawab mengatur agar terpenuhi hak hidup sehat bagi penduduknya termasuk bagi masyarakat miskin dan tidak mampu. Upaya mewujudkan hak tersebut pemerintah harus menyelenggarakan pelayanan kesehatan yang merata, adil dan terjangkau bagi seluruh lapisan masyarakat yang mengacu pada Sistem Kesehatan Nasional (Depkes 2009).

Jaminan sosial merupakan salah satu bentuk perlindungan sosial yang diselenggarakan negara guna menjamin warga negaranya untuk memenuhi kebutuhan dasar hidup yang layak. Di Indonesia jaminan sosial diamanatkan dalam UUD 1945 dan perubahannya tahun 2004, pasal 5

ayat (1), pasal 20, pasal 28H ayat (1), ayat (2), dan ayat (3), serta pasal 34 ayat (1) dan ayat (2), TAP MPR RI No. X/MPR/2001 menugaskan kepada Presiden RI untuk membentuk Sistem Jaminan Sosial Nasional.

SJSN bertujuan untuk melaksanakan amanat Pasal 28 H ayat (3) dan pasal 34 ayat (2) Amandemen UUD 1945, yang dituangkan dalam UU SJSN yang mengatur substansi berupa cakupan kepesertaan, besarnya iuran dan manfaat, mekanisme penyelenggaraan jaminan sosial, dan kelembagaan sistem jaminan sosial yang berlaku nasional guna terwujudnya perlindungan yang adil dan manfaat yang optimal bagi para peserta.

## **B. Tinjauan Umum Tentang Program Pelayanan Kesehatan Gratis**

Program Pelayanan Kesehatan Gratis adalah program Pemerintah Provinsi Sulawesi Selatan dan Pemerintah Kabupaten/Kota untuk pelayanan kesehatan bagi masyarakat Sulawesi Selatan. Pada hakekatnya pelayanan kesehatan terhadap masyarakat menjadi tanggung jawab dan dilaksanakan bersama oleh Pemerintah Pusat dan Pemerintah Daerah. Pemerintah Provinsi/Kabupaten/Kota berkewajiban memberikan kontribusi sehingga menghasilkan pelayanan yang optimal.

### **1. Pengertian pelayanan kesehatan gratis**

Pelayanan Kesehatan Gratis adalah semua pelayanan kesehatan dasar di Puskesmas dan Jaringannya serta pelayanan kesehatan rujukan

di kelas III Rumah Sakit/Balai Kesehatan milik Pemerintah (Pusat dan Daerah) tidak dipungut biaya dan obat yang diberikan menggunakan obat generik (formularium) yang berdasarkan Peraturan Gubernur Sulawesi Selatan Nomor 13 Tahun 2008 tentang Pedoman Pelaksanaan Program Pelayanan Kesehatan Gratis Di Provinsi Sulawesi Selatan.

## **2. Tujuan dan Sasaran**

### **a. Tujuan Pelaksanaan Program Pelayanan Kesehatan Gratis**

#### **Tujuan Umum :**

Meningkatnya akses, pemerataan dan mutu pelayanan kesehatan terhadap seluruh penduduk Sulawesi Selatan guna tercapainya derajat kesehatan masyarakat yang optimal secara efektif dan efisien.

#### **Tujuan Khusus:**

- 1) Membantu dan meringankan beban masyarakat dalam pembiayaan pelayanan kesehatan.
- 2) Meningkatkan cakupan masyarakat dalam mendapatkan pelayanan kesehatan di Puskesmas dan jaringannya serta di Rumah Sakit/Balai Kesehatan milik pemerintah di wilayah Sulawesi Selatan.
- 3) Meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan bagi masyarakat Sulawesi Selatan.
- 4) Meningkatkan pemerataan pelayanan kesehatan bagi masyarakat Sulawesi Selatan.

- 5) Terselenggaranya pembiayaan pelayanan kesehatan masyarakat dengan pola Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat di Sulawesi Selatan.

**b. Sasaran**

Sasaran Program Pelayanan Kesehatan Gratis adalah seluruh penduduk Sulawesi Selatan yang mempunyai identitas (Kartu Peserta/KTP/Kartu Keluarga), dan belum mempunyai jaminan kesehatan lainnya (Jamkesmas, Askes Sosial/PNS, Jamsostek, Asabri, Askes Komersial, dan sebagainya).

**3. Landasan hukum**

Pelaksanaan Program Pelayanan Kesehatan Gratis didasarkan pada :

- a. Undang-Undang Dasar 1945 pasal 28 H ayat (1) bahwa setiap orang berhak hidup sejahtera lahir dan batin, bertempat tinggal, dan mendapat lingkungan yang baik dan sehat serta berhak memperoleh pelayanan kesehatan. Pasal 34 mengamanatkan ayat (1) bahwa fakir miskin dan anak-anak yang terlantar dipelihara oleh negara, sedangkan ayat (3) bahwa negara bertanggungjawab atas penyediaan fasilitas pelayanan kesehatan dan fasilitas umum yang layak;
- b. Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2003 tentang Keuangan Negara (Lembaran Negara Tahun 2003 Nomor 47, Tambahan Lembaran Negara Nomor 4286);

- c. Undang-Undang Nomor 1 Tahun 2004 tentang Perbendaharaan Negara (Lembaran Negara Tahun 2004 No. 5, Tambahan Lembaran Negara Nomor 4355);
- d. Undang-Undang Nomor 15 Tahun 2004 tentang Pemeriksaan Pengelolaan dan Tanggung Jawab Keuangan Negara (Lembaran Negara Tahun 2004 Nomor 66, Tambahan Lembaran Negara Nomor 4400);
- e. Undang-Undang Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 116, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4431);
- f. Undang-Undang Nomor 32 Tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Tahun 2004 Nomor 125, Tambahan Lembaran Negara Nomor 4437), sebagaimana telah diubah dengan Undang-Undang Nomor 8 Tahun 2005 tentang Penetapan Peraturan Pemerintah Pengganti Undang-Undang Nomor 3 Tahun 2005 tentang Perubahan Atas Undang-Undang Nomor 32 Tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah Menjadi Undang-Undang (Lembaran Negara Tahun 2005 Nomor 108, Tambahan Lembaran Negara No. 4548);
- g. Undang-Undang Nomor 33 Tahun 2004 tentang Perimbangan Keuangan Antara Pemerintah Pusat dan Pemerintah Daerah (Lembaran Negara Tahun 2004 Nomor 126, Tambahan Lembaran Negara Nomor 3637);

- h. Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (Lembaran Negara Tahun 2004 Nomor 150, Tambahan Lembaran Negara Nomor 4456);
- i. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 144, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5063);
- j. Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2011 Nomor 116, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5256);
- k. Peraturan Pemerintah Nomor 79 Tahun 2005 tentang Pedoman Pembinaan Pengawasan Penyelenggaraan Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Tahun 2005 Nomor 165, Tambahan Lembaran Negara Nomor 4593);
- l. Peraturan Pemerintah Nomor 38 Tahun 2007 tentang Pembagian Urusan Pemerintahan Antar Pemerintah, Pemerintahan Daerah Propinsi, Dan Pemerintahan Daerah Kabupaten/Kota (Lembaran Negara Tahun 2007 Nomor 82, Tambahan Lembaran Negara Nomor 4737);
- m. Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 131/Menkes/SK/II/2004 tentang Sistem Kesehatan Nasional;

- n. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor : 021/Menkes/SK/I/2010 tentang Rencana Strategis Kementerian Kesehatan Tahun 2010 – 2014;
- o. Peraturan Daerah Provinsi Sulawesi Selatan Nomor 13 Tahun 2006 tentang Pokok-Pokok Pengelolaan Keuangan Daerah (Lembaran Daerah Provinsi Sulawesi Selatan Tahun 2006 Nomor 13, Tambahan Lembaran Daerah Provinsi Sulawesi Selatan Nomor 230) sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Daerah Provinsi Sulawesi Selatan Nomor 6 Tahun 2009 (Lembaran Daerah Provinsi Sulawesi Selatan Tahun 2009 Nomor 6, Tambahan Lembaran Daerah Provinsi Sulawesi Selatan Nomor 248);
- p. Peraturan Daerah Provinsi Sulawesi Selatan Nomor 2 Tahun 2008 tentang Urusan Pemerintahan Yang Menjadi Kewenangan Pemerintah Daerah Provinsi Sulawesi Selatan (Lembaran Daerah Provinsi Sulawesi Selatan Tahun 2008 Nomor 2, Tambahan Lembaran Daerah Provinsi Sulawesi Selatan Nomor 235);
- q. Peraturan Daerah Provinsi Sulawesi Selatan Nomor 39 Tahun 2008 tentang Pembentukan Organisasi dan Tata Kerja Dinas Kesehatan Provinsi Sulawesi Selatan;
- r. Peraturan Daerah Provinsi Sulawesi Selatan Nomor 2 Tahun 2009 tentang Kerjasama Penyelenggaraan Pelayanan Kesehatan Gratis di Provinsi Sulawesi Selatan (Lembaran Daerah Provinsi Sulawesi



Selatan Tahun 2009 Nomor 2, Tambahan Lembaran Daerah Provinsi Sulawesi Selatan Nomor 244);

- s. Peraturan Gubernur Sulawesi Selatan Nomor 13 Tahun 2008 tentang Pedoman Pelaksanaan Program Pelayanan Kesehatan Gratis Di Provinsi Sulawesi Selatan (Berita Daerah Provinsi Sulawesi Selatan Tahun 2008 Nomor 13);
- t. Peraturan Gubernur Sulawesi Selatan Nomor 15 Tahun 2008 tentang Pedoman Regionalisasi Sistem Rujukan Rumah Sakit di Provinsi Sulawesi Selatan (Berita Daerah Provinsi Sulawesi Selatan Tahun 2008 Nomor 15);
- u. Peraturan Daerah Kabupaten Wajo Nomor 11 tahun 2011 tentang Retribusi Pelayanan Kesehatan di Kabupaten Wajo.

(Sumber : Manlak dan Juknis Yankesgra, 2012)

### **C. Tinjauan Umum Tentang Tata Laksana Kepesertaan**

#### **1. Ketentuan Umum**

- a. Peserta Program Pelayanan Kesehatan Gratis adalah seluruh penduduk Sulawesi Selatan yang belum mempunyai jaminan kesehatan yang berasal dari program lain, yang terdaftar dan memiliki kartu identitas selanjutnya berhak mendapatkan pelayanan kesehatan. Selama masa transisi ini masyarakat yang belum mendapatkan kartu tetap dapat menggunakan KTP/Kartu Keluarga untuk mendapatkan pelayanan.

- b. Jumlah sasaran peserta Program Pelayanan Kesehatan Gratis adalah selisih dari jumlah penduduk dengan masyarakat yang sudah mendapatkan jaminan pemeliharaan kesehatan dari program lain.
- c. Berdasarkan sasaran kabupaten/kota sebagaimana butir b di atas, Bupati/Walikota menetapkan peserta Program Pelayanan Kesehatan Gratis Kabupaten/Kota dalam satuan jiwa berisi **nomor, nama dan alamat peserta** secara lengkap dalam bentuk Keputusan Bupati/Walikota.
- d. Bagi Pemerintah Kabupaten/Kota yang sudah melaksanakan program pelayanan kesehatan gratis secara menyeluruh, alokasi pembiayaan yang diberikan dapat dipergunakan untuk peningkatan paket manfaat pelayanan.
- e. Bagi bayi yang terlahir dari keluarga peserta Program Pelayanan Kesehatan Gratis langsung menjadi peserta baru sebaliknya bagi peserta yang meninggal dunia langsung hilang hak kepesertaannya dan segera dilaporkan kepada Tim secara berjenjang.

## 2. **Administrasi Kepesertaan.**

Administrasi kepesertaan meliputi : pendataan sasaran, registrasi peserta, dan penetapan oleh Bupati/Walikota dengan langkah-langkah sebagai berikut:

- a. Pendataan sasaran dilaksanakan secara berjenjang, mulai di tingkat desa yang dilakukan oleh Tim Desa selanjutnya dilaporkan ke tingkat kecamatan untuk dilakukan rekapitulasi. Tim kecamatan melaporkan hasil rekapitulasi ke Tim Pengendali Kabupaten/Kota untuk dilakukan penetapan oleh Pemerintah Daerah.
- b. Data peserta yang telah ditetapkan oleh Pemda, kemudian dilakukan entry oleh Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota untuk menjadi database kepesertaan di Kabupaten/Kota.
- c. Entry data setiap peserta meliputi antara lain :
  - 1) nomor register, (berdasarkan kode kabupaten, kecamatan dan desa/kelurahan
  - 2) nama peserta,
  - 3) jenis kelamin
  - 4) tempat dan tanggal lahir/umur
  - 5) alamat
- d. Berdasarkan data yang telah ditetapkan oleh Pemerintah Daerah selanjutnya diserahkan ke masing-masing Pemberi Pelayanan Kesehatan (PPK) yang telah ditunjuk dan bekerjasama dalam rangka pelaksanaan Program Pelayanan Kesehatan Gratis.
- e. Pengadaan Kartu Peserta dilaksanakan oleh Pemerintah Provinsi Sulawesi Selatan, selanjutnya pengisian dan distribusi kartu dilakukan oleh Kabupaten/Kota.

- f. Kartu Peserta berlaku antar Kabupaten/Kota dalam wilayah Provinsi Sulawesi Selatan.

(Sumber : Manlak dan Juknis Yankesgra, 2012)

Sejak diberlakukannya Program Pelayanan Kesehatan Gratis di Sulawesi Selatan pada tanggal 21 Juli 2008, animo masyarakat yang mengunjungi fasilitas/sarana kesehatan Puskesmas dan Rumah Sakit serta Balai Pelayanan Kesehatan untuk mendapatkan pelayanan kesehatan semakin meningkat dan masyarakat telah merasakan manfaat dengan adanya program tersebut. Hal ini sesuai dengan tujuan program yaitu meningkatkan akses masyarakat untuk mendapatkan pelayanan kesehatan. Perkembangan jumlah kepesertaan yang dilayani dengan Program Kesehatan Gratis yaitu di Provinsi Sulawesi Selatan 1) Tahun 2008 sebesar 2.336.875 jiwa, 2) Tahun 2009 sebesar 4.472.546 jiwa, 3) Tahun 2010 sebesar 4.576.525 jiwa, 4) Tahun 2011, 4.742.757 jiwa, 5) Tahun 2012, 4.696.903 jiwa (Dinkes Provinsi Sulsel).

## **D. Tinjauan Umum Tentang Tata Laksana Pelayanan**

### **1. Ketentuan Umum**

- a. Setiap penduduk Sulawesi Selatan yang mempunyai Kartu Peserta (tidak termasuk yang sudah mempunyai jaminan kesehatan lainnya) mempunyai hak mendapatkan pelayanan kesehatan dasar meliputi pelayanan kesehatan rawat jalan (RJ) dan rawat inap (RI), serta pelayanan kesehatan rujukan rawat

jalan tingkat lanjutan (RJTL), rawat inap tingkat lanjutan (RITL) dan pelayanan gawat darurat.

- b. Pelayanan kesehatan dalam program ini menerapkan pelayanan kesehatan terstruktur dan berjenjang berdasarkan rujukan.
- c. Pelayanan rawat jalan tingkat pertama diberikan di Puskesmas dan jaringannya. Pelayanan rawat jalan lanjutan diberikan di Rumah Sakit/Balai Kesehatan milik Pemerintah yang telah ditunjuk.
- d. Pelayanan rawat inap diberikan di Puskesmas Perawatan dan ruang rawat inap kelas III (tiga) di RS Pemerintah yang telah ditunjuk.
- e. Pada keadaan gawat darurat (*emergency*) seluruh Pemberi Pelayanan Kesehatan (PPK) milik Pemerintah wajib memberikan pelayanan kepada seluruh penduduk Sulawesi Selatan.
- f. Pelayanan obat di Puskesmas beserta jaringannya dan di Rumah Sakit/Balai Kesehatan dengan ketentuan sebagai berikut :
  - 1) Untuk memenuhi kebutuhan obat generik di Puskesmas dan jaringannya, Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota melaksanakan pengadaan dan pendistribusiannya.
  - 2) Untuk memenuhi kebutuhan obat dan bahan habis pakai di Rumah Sakit/Balai Kesehatan, Instalasi Farmasi/Apotek Rumah Sakit bertanggungjawab menyediakan semua obat

dan bahan habis pakai untuk pelayanan kesehatan masyarakat yang diperlukan.

- 3) Apabila terjadi kekurangan atau ketiadaan obat sebagaimana butir b di atas maka Rumah Sakit/Balai Kesehatan berkewajiban memenuhi obat tersebut melalui koordinasi dengan pihak-pihak terkait.
  - 4) Pemberian obat untuk pasien RJTP dan RJTL diberikan selama 3 (tiga) hari kecuali untuk penyakit-penyakit kronis tertentu dapat diberikan lebih dari 3 (tiga) hari sesuai dengan kebutuhan medis.
  - 5) Apabila terjadi peresepan obat diluar ketentuan sebagaimana butir b di atas maka pihak RS/Balai Kesehatan bertanggung jawab menanggung selisih harga tersebut
  - 6) Pemberian obat di RS/Balai Kesehatan menerapkan prinsip *one day dose* dispensing. Instalasi Farmasi/Apotek Rumah Sakit dapat mengganti obat sebagaimana butir b di atas dengan obat-obatan yang jenis dan harganya sepadan dengan sepengetahuan dokter penulis resep.
- g. Pelayanan kesehatan RJTL dan RITL di Rumah Sakit, yang mencakup tindakan, pelayanan obat, penunjang diagnostik, pelayanan darah serta pelayanan lainnya dilakukan secara terpadu sehingga biaya pelayanan kesehatan diklaimkan dan diperhitungkan menjadi satu kesatuan sesuai dengan tarif/paket

yang berlaku pada masing-masing Kabupaten/Kota dan RS/Balai Kesehatan milik Pemerintah (Pusat dan Provinsi).

- h. Apabila dalam proses pelayanan terdapat kondisi yang memerlukan pelayanan khusus dengan diagnosa penyakit/prosedur yang belum tercantum dalam ketentuan, maka Direktur Rumah Sakit/Kepala Balai Kesehatan memberi keputusan tertulis untuk sahnya penggunaan pelayanan tersebut setelah mendengarkan pertimbangan dan saran dari Komite Medik RS yang tarifnya sesuai dengan Jenis dan Tarif Pelayanan Kesehatan menurut peraturan yang berlaku.
- i. Pada kasus-kasus dengan diagnosa sederhana, dokter yang memeriksa harus mencantumkan nama jelas.
- j. Pada kasus-kasus dengan diagnosa yang kompleks harus dicantumkan nama dokter yang memeriksa dengan diketahui oleh komite medik Rumah Sakit.

## **2. Prosedur Pelayanan**

Prosedur untuk memperoleh pelayanan kesehatan gratis bagi masyarakat Sulawesi Selatan, sebagai berikut :

- a. Peserta yang memerlukan pelayanan kesehatan dasar berkunjung ke Puskesmas dan jaringannya.
- b. Untuk mendapatkan pelayanan kesehatan, masyarakat harus menunjukkan Kartu Peserta atau dengan KTP/Kartu Keluarga sebagai penduduk Sulawesi Selatan.

- c. Pelayanan kesehatan rujukan diberikan sesuai dengan indikasi medis, maka yang bersangkutan dirujuk ke fasilitas pelayanan kesehatan rujukan disertai surat rujukan dan kartu identitas yang ditunjukkan sejak awal sebelum mendapatkan pelayanan kesehatan, kecuali pada kasus *emergency*
- d. Pelayanan rujukan sebagaimana butir c di atas meliputi :
  - 1) Pelayanan rawat jalan tingkat lanjutan (spesialistik) dan Rawat Inap Kelas III di Rumah Sakit/Balai Kesehatan milik Pemerintah yang ditunjuk dan bekerjasama dengan Pemerintah Provinsi Sulawesi Selatan.
  - 2) Pelayanan obat-obatan dan bahan habis pakai
  - 3) Pelayanan rujukan spesimen dan penunjang *diagnostic*
- e. Untuk memperoleh pelayanan rawat jalan di Rumah Sakit/ Balai Kesehatan milik pemerintah, masyarakat harus menunjukkan Kartu Peserta/identitas (KTP/Kartu Keluarga) dan surat rujukan dari Puskesmas dan selanjutnya berhak memperoleh pelayanan kesehatan.
- f. Untuk memperoleh pelayanan rawat inap di Rumah Sakit milik pemerintah, masyarakat harus menunjukkan Kartu Peserta/identitas (KTP/Kartu Keluarga) dan surat rujukan dari Puskesmas dan selanjutnya berhak memperoleh pelayanan rawat inap.



- g. Pada kasus-kasus tertentu yang dilayani di IRD termasuk kasus gawat darurat di Rumah Sakit peserta tidak perlu membawa/menunjukkan surat rujukan. Bagi pasien yang tidak dirawat prosesnya sama dengan proses rawat jalan, sebaliknya bagi yang dinyatakan rawat inap prosesnya sama dengan proses rawat inap sebagaimana item e dan f di atas.
- h. Bila peserta tidak dapat menunjukkan Kartu Peserta/identitas (KTP/Kartu Keluarga) sejak awal sebelum mendapatkan pelayanan kesehatan, maka yang bersangkutan diberi waktu maksimal 2 x 24 jam hari kerja untuk menunjukkan kartu tersebut.
- i. Pelayanan kesehatan yang diberikan mengacu kepada Peraturan Gubernur No. 15 Tahun 2008 tanggal 21 Juli 2008 tentang Regionalisasi Sistem Rujukan Rumah Sakit Provinsi Sulawesi Selatan serta Petunjuk Teknis yang menyertai pelaksanaannya.

### **3. Jenis Pelayanan yang Diberikan oleh PPK**

Pada dasarnya jenis pelayanan yang disediakan untuk masyarakat bersifat komprehensif sesuai indikasi medis, kecuali beberapa hal yang dibatasi dan tidak dijamin. Pelayanan kesehatan komprehensif tersebut meliputi antara lain:

- a. Pelayanan Kesehatan di Puskesmas dan Jaringannya
  - 1) Kegiatan Rawat Jalan Tingkat Pertama (RJTP) yang dilaksanakan dalam gedung meliputi pelayanan :

- i. Pemeriksaan dan Konsultasi kesehatan
  - ii. Pelayanan pengobatan dasar umum dan gigi
  - iii. Pelayanan laboratorium sederhana dan penunjang lainnya
  - iv. Tindakan medis sederhana
  - v. Pelayanan Kesehatan Ibu dan Anak termasuk pemeriksaan Ibu Hamil dan Ibu Nifas
  - vi. Pelayanan KB
  - vii. Imunisasi
  - viii. Pemberian obat-obatan
- 2) Rawat Inap Tingkat Pertama (RITP), dilaksanakan pada Puskesmas Perawatan, meliputi pelayanan :
- i. Pelayanan perawatan pasien
  - ii. Pemeriksaan Laboratorium dan penunjang medis lainnya
  - iii. Tindakan medis yang dibutuhkan
  - iv. Pemberian obat-obatan (formularium generik)
  - v. Persalinan normal dan perawatan Nifas
  - vi. Pelayanan Spesialistik tertentu
- 3) Pelayanan gawat darurat (*emergency*) merupakan bagian kegiatan Puskesmas termasuk penanganan Obstetri-Neonatal dan perawatan perbaikan gizi buruk.
- 4) Pelayanan kesehatan Luar Gedung yang dilaksanakan oleh Puskesmas dan jaringannya, meliputi kegiatan :

- i. Pelayanan rawat jalan melalui Puskesmas Keliling roda-4, Pusling perairan maupun roda-2
  - ii. Pelayanan kesehatan melalui kunjungan rumah (Perkesmas)
  - iii. Penyuluhan kesehatan
  - iv. Imunisasi
  - v. Pelayanan ibu hamil melalui berbagai kegiatan/program
  - vi. Pertolongan persalinan (memanfaatkan dana Jampersal)
  - vii. Pelayanan Nifas (memanfaatkan dana Jampersal)
  - viii. Surveilans penyakit dan surveilans gizi
  - ix. Kegiatan sweeping
  - x. Transport rujukan pasien ke RSUD Kabupaten/Kota
  - xi. Pelayanan kesehatan lainnya yang menjadi tugas dan fungsi Puskesmas.
  - xii. Operasional dan Manajemen Puskesmas, untuk mendukung upaya peningkatan kinerja pelayanan kesehatan di Puskesmas dan jaringannya perlu disediakan anggaran.
- b. Pelayanan kesehatan di Rumah Sakit/Balai Kesehatan :
- 1) Rawat Jalan Tingkat Lanjutan (RJTL), dilaksanakan pada Rumah Sakit yang menyediakan pelayanan spesialistik, poliklinik spesialis, RS/Balai Kesehatan meliputi :
    - i. Konsultasi kesehatan, pemeriksaan fisik dan penyuluhan kesehatan oleh dokter spesialis/umum
    - ii. Rehabilitasi medik

- iii. Penunjang diagnostik, laboratorium klinik, radiologi dan elektromedik
  - iv. Tindakan medis kecil dan sedang
  - v. Pemeriksaan dan pengobatan gigi tingkat lanjutan
  - vi. Pelayanan KB, termasuk kontak efektif, kontak pasca persalinan/ keguguran, penyembuhan efek samping dan komplikasinya
  - vii. Pemberian obat yang mengacu pada ketentuan formularium (obat generik)
  - viii. Pelayanan darah
  - ix. Pemeriksaan kehamilan dengan risiko tinggi dan penyulit
- 2) Rawat Inap Tingkat Lanjutan (RITL), dilaksanakan pada ruang perawatan kelas III RS, meliputi :
- a. Akomodasi rawat inap pada kelas III
  - b. Konsultasi kesehatan, pemeriksaan fisik dan penyuluhan kesehatan
  - c. Penunjang diagnostik : laboratorium klinik, radiologi dan elektromedik.
  - d. Tindakan medis
  - e. Operasi sedang dan besar
  - f. Pelayanan rehabilitasi medis
  - g. Perawatan intensif (ICU, ICCU, PICU, NICU, PACU)
  - h. Pemberian obat mengacu ketentuan (obat generik)

- i. Pelayanan darah
  - j. Bahan dan alat kesehatan habis pakai
  - k. Persalinan dengan risiko tinggi dan penyulit
- 3) Pelayanan gawat darurat (*emergency*)

**c. Pelayanan Yang Tidak Ditanggung/Dijamin**

- 1) Operasi jantung
- 2) Kateterisasi jantung
- 3) Pemasangan cincin jantung
- 4) *CT Scan dan MRI (kecuali kasus-kasus yang bersifat life saving)*
- 5) Cuci darah (Haemodialisa)
- 6) *Bedah syaraf (kecuali kasus-kasus yang bersifat life saving)*
- 7) *Bedah Plastik (kecuali kasus-kasus rekonstruksi fungsi organ)*
- 8) *Penyakit kelamin dan atau penyakit akibat hubungan seksual (untuk kasus HIV/AIDS ditanggung kecuali obat program)*
- 9) Alat bantu kesehatan

(Sumber : Manlak dan Juknis Yankesgra, 2012)

Target MDGs yang ingin dicapai pada akhir tahun 2015 yang berpengaruh langsung pada derajat kesehatan di Indonesia harus didukung oleh berbagai sumber daya seperti sumber daya manusia, sarana dan prasarana, anggaran yang cukup, dan dukungan kebijakan oleh para pengambil keputusan dan harus komitmen terhadap kebijakan

tersebut. Sebagaimana visi Departemen Kesehatan “Masyarakat Sehat yang Mandiri dan Berkeadilan” dan salah satu misinya yaitu “Menjamin Ketersediaan dan Pemerataan Sumber Daya Kesehatan”(Depkes, 2010).

Rencana Pembangunan Jangka Panjang Kesehatan 2005-2025 menyebutkan untuk dapat melaksanakan upaya pokok pembangunan kesehatan diperlukan sumberdaya kesehatan yang memadai terutama meliputi :

- a. Sumber Daya Manusia Kesehatan
- b. Pembiayaan Kesehatan
- c. Perbekalan Kesehatan, Sediaan Farmasi, Alat Kesehatan dan Makanan
- d. Ilmu Pengetahuan dan Teknologi Kesehatan (IPTEK)

Berdasarkan Undang-Undang No. 36 tahun 2009 tentang Kesehatan, sumber daya kesehatan adalah segala bentuk dana, tenaga, perbekalan kesehatan, sediaan farmasi dan alat kesehatan serta fasilitas pelayanan kesehatan dan teknologi yang di manfaatkan untuk menyelenggarakan upaya kesehatan yang dilakukan oleh Pemerintah, pemerintah daerah, dan/atau masyarakat.

Konsep akses pelayanan kesehatan menurut Aday dan Andersen dalam Amiruddin, R. (2011) mengidentifikasi dua unsur utama dalam sistem pelayanan yaitu sumber daya dan organisasi. Sumber daya meliputi volume dan distribusi sumber daya di suatu daerah. Sumber daya tenaga kerja ditujukan untuk perawatan kesehatan, termasuk tenaga

kesehatan, struktur dan pendidikan kesehatan yang disediakan, peralatan dan bahan yang digunakan dalam memberikan layanan kesehatan. Organisasi mengacu pada cara tenaga medis dan fasilitas dikoordinasikan dan dikendalikan dalam proses pemberian pelayanan medis. Komponen organisasi meliputi entry dan struktur. Entry mengacu pada proses untuk mendapatkan masukan dengan sistem (waktu perjalanan, waktu tunggu). Struktur sebagai karakteristik sistem yang menentukan apa yang terjadi pada entry berikut pasien ke dalam sistem pelayanan.

Selain itu Gesler, menyarankan bahwa untuk meningkatkan distribusi sumber daya secara geografi berbagai dasar pertimbangan perlu di kaji. Diantaranya adalah tingkat kesakitan, karakteristik penduduk, sumber daya (jumlah dan jenis fasilitas, pola distribusi, hirarki), sistem kultural (kepercayaan mengenai sehat-sakit, sistem pelayanan kesehatan), sistem pemerintah (ideologi, prioritas sektor, otonomi daerah) serta hambatan pelayanan (jarak, biaya, waktu menunggu).

Menurut Undang-Undang Kesehatan No 36 Tahun 2009, fasilitas pelayanan kesehatan adalah suatu alat/atau tempat yang digunakan untuk menyelenggarakan upaya pelayanan kesehatan, baik promotif, preventif, kuratif maupun rehabilitatif yang dilakukan oleh Pemerintah, pemerintah daerah dan/atau masyarakat. Fasilitas pelayanan kesehatan, menurut jenis pelayanan terdiri atas: a) pelayanan kesehatan perorangan; dan b) pelayanan kesehatan masyarakat. Adapun fasilitas pelayanan kesehatan tersebut meliputi: pelayanan kesehatan tingkat pertama, pelayanan

kesehatan tingkat kedua, pelayanan kesehatan tingkat ketiga. Penentuan jumlah dan jenis fasilitas pelayanan kesehatan diatur oleh pemerintah daerah dengan mempertimbangkan : luas wilayah, kebutuhan kesehatan, jumlah dan persebaran penduduk, pola penyakit, pemanfaatannya, fungsi sosial dan kemampuan dalam memanfaatkan teknologi.

Depkes (2009), dalam Sistem Kesehatan Nasional membahas subsistem upaya kesehatan yang berfungsi sebagai fasilitas pelayanan terdiri dari dua unsur utama, yakni upaya kesehatan masyarakat (UKM) dan upaya kesehatan perorangan (UKP). Adapun penyelenggara UKM dan UKP adalah :

- a. UKM strata pertama, ujung tombak penyelenggara UKM strata pertama adalah Puskesmas yang didukung secara lintas sektor dan didirikan sekurang-kurangnya satu di setiap kecamatan. Puskesmas bertanggungjawab atas masalah kesehatan di wilayah kerjanya. Tiga fungsi utama Puskesmas : (1) pusat penggerak pembangunan berwawasan kesehatan, (2) pusat pemberdayaan masyarakat di bidang kesehatan, dan (3) pusat pelayanan kesehatan tingkat dasar . Saat ini telah berhasil dikembangkan berbagai bentuk UKBM yang juga berfungsi sebagai fasilitas pelayanan, seperti Poskesdes, Posyandu, Polindes, Pos Obat Desa, Pos Upaya Kesehatan Kerja, Dokter Kecil dalam Usaha Kesehatan Sekolah.
- b. UKM strata kedua adalah UKM tingkat lanjutan, yaitu Penanggungjawab UKM strata kedua adalah Dinkes Kab/Kota yg



didukung secara lintas sektor. Fungsi teknis kesehatan mencakup penyediaan pelayanan kesmas tingkat lanjutan, yakni dalam rangka melayani kebutuhan rujukan Puskesmas.

- c. UKM strata ketiga adalah Dinkes Provinsi dan Depkes yang didukung secara lintas sektor. Untuk memenuhi kebutuhan rujukan dari Kab/Kota dan Provinsi, seperti pusat unggulan Institut Pusat Gizi Nasional dan Institut Penyakit Infeksi Nasional. Penyelenggara UKP strata ketiga adalah pemerintah, masyarakat, dan swasta yang diwujudkan dalam bentuk praktik dokter spesialis konsultan, praktik dokter gigi spesialis konsultan, klinik spesialis konsultan, rumah sakit kelas B pendidikan dan kelas A milik pemerintah (termasuk TNI/POLRI dan BUMN), serta rumah sakit khusus dan rumah sakit swasta.
- d. Puskesmas berfungsi pula sebagai fasilitas di UKP strata pertama yang didukung oleh berbagai pelayanan penunjang seperti toko obat dan apotek (dengan kewajiban menyediakan obat esensial generik), laboratorium klinik, dan optik. Berdasarkan hasil Survei HSS\_Gavi di Sulawesi Selatan, keberadaan poskesdes/pustu di setiap desa sudah mencapai 77,1% namun tidak semuanya berjalan sebagaimana fungsinya, sebagaimana dengan polindes, diantara 22,1% desa yang masih memiliki polindes disamping memiliki poskesdes tidak bisa menjalankan fungsinya karena kebanyakan polindes setelah terbentuknya poskesdes beralih fungsi menjadi posyandu atau tempat

pemondokan bagi bidan desa dan tidak lagi melaksanakan pelayanan persalinan. Hal ini terjadi karena fasilitas persalinan di polindes tidak memadai (Kesehatan RI, 2011).

- e. Penyelenggara UKP strata kedua adalah pemerintah, masyarakat, dan swasta yang diwujudkan dalam bentuk praktik dokter spesialis, praktik dokter gigi spesialis, klinik spesialis, balai pengobatan penyakit paru-paru (BP4), balai kesehatan mata masyarakat (BKMM), balai kesehatan jiwa masyarakat (BKJM), rumah sakit kelas C dan B non pendidikan milik pemerintah (termasuk TNI/POLRI dan BUMN), dan rumah sakit swasta.

## **E. Tinjauan Umum Tentang Tata Laksana Pendanaan**

### **1. Ketentuan Umum**

- a. Pendanaan Program Pelayanan Kesehatan Gratis merupakan dana bantuan keuangan dari Pemerintah Provinsi Sulawesi Selatan dan Pemerintah Kabupaten/Kota.
- b. Pembayaran ke Puskesmas dan Rumah Sakit, berdasarkan klaim atau mekanisme lain yang dianggap efektif dan efisien (misalnya kapitasi untuk Puskesmas). Khusus untuk Balai Kesehatan milik Pemerintah pembayaran disesuaikan dengan tarif pelayanan rawat jalan dan atau rawat inap Rumah Sakit sesuai peraturan yang berlaku.

- c. Pembayaran ke PPK dapat disalurkan langsung dari Kas Daerah melalui rekening Rumah Sakit dan Balai Kesehatan sementara untuk Puskesmas disalurkan melalui Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota, selanjutnya dipertanggungjawabkan dan dilakukan verifikasi oleh Tim Pengendali.
- d. Peserta tidak boleh dikenakan iuran biaya (biaya tambahan) dengan alasan apapun.

## **2. Sumber dan Alokasi Dana**

- a. Sumber Dana berasal dari bantuan keuangan Pemerintah Provinsi Sulawesi Selatan (APBD I) dan Kabupaten/Kota melalui APBD II. Bantuan tersebut melalui Program Pelayanan Kesehatan Gratis dan tidak dimaksudkan untuk menggantikan peranan program yang telah dilaksanakan oleh Pemerintah Pusat dan Kabupaten/Kota namun saling mengisi dan menunjang sehingga pelayanan kesehatan dapat semakin berkualitas dan jenis pelayanan yang diberikan semakin meningkat.
- b. Pendanaan yang dimaksud merupakan sharing pembiayaan antara pemerintah provinsi dengan pemerintah Kabupaten/Kota, dengan perbandingan 40% Provinsi dan 60% Kabupaten/Kota dari total biaya program pelayanan kesehatan gratis
- c. Pemerintah Provinsi Sulawesi Selatan mengalokasikan dana bantuan tersebut kepada Pemerintah Kabupaten/Kota melalui rekening/kas daerah masing-masing Kabupaten/Kota

### **3. Penyaluran Dana**

#### **a. Puskesmas dan RSUD Daerah**

Dana untuk Pelayanan Kesehatan Gratis di Puskesmas dan jaringannya serta Rumah Sakit Umum Daerah disalurkan langsung dari Kas Daerah Pemerintah Kabupaten/Kota ke Puskesmas melalui Dinas Kesehatan dan Rumah Sakit pada rekening masing-masing PPK. Penyaluran dana tersebut dilakukan secara bertahap (periode triwulan) dan disalurkan pada awal bulan *atau berdasarkan klaim yang diajukan*.

#### **b. Rumah Sakit/Balai Kesehatan (Pusat dan Provinsi)**

Dana untuk Pelayanan Kesehatan Gratis di Rumah Sakit/Balai Kesehatan milik Pemerintah Pusat dan Provinsi *termasuk RS Region* disalurkan langsung dari Kas Pemerintah Provinsi Sulawesi Selatan ke rekening masing-masing PPK. Selanjutnya penyaluran dananya dilakukan secara bertahap (periode triwulan/bulanan) *berdasarkan klaim yang diajukan*.

### **4. Pencairan dan Pemanfaatan Dana**

#### **a. Puskesmas**

- 1) Setiap pengambilan dana dari rekening Puskesmas harus mendapat persetujuan dari Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota atau pejabat yang ditunjuk setelah diverifikasi sesuai dengan ketentuan yang ditetapkan.

- 2) Dana yang diterima Puskesmas, dimanfaatkan untuk membiayai:
  - i. Operasional dan manajemen Puskesmas
  - ii. Dana pelayanan kesehatan dasar yang meliputi:
    - (a). Biaya pelayanan dalam dan luar gedung
    - (b). Biaya jasa pelayanan kesehatan
    - (c). Biaya rawat inap
    - (d). Biaya penanganan komplikasi kebidanan dan neonatal
    - (e). Biaya transport petugas kesehatan dan pendamping untuk rujukan
- 3) Dana pertolongan persalinan : (memanfaatkan dana Jampersal)
  - (a). Biaya pertolongan persalinan normal
  - (b). Biaya pelayanan nifas

#### **b. Rumah Sakit/Balai Kesehatan**

- 1) Setiap pengambilan dana dari rekening Rumah Sakit atau Balai Kesehatan harus mendapat persetujuan dari Direktur/Kepala Badan/Kepala Balai atau pejabat yang ditunjuk setelah diverifikasi sesuai dengan ketentuan yang telah ditetapkan.
- 2) Dana yang diterima oleh Rumah Sakit dan Balai Kesehatan dapat dimanfaatkan untuk membiayai paket/jenis pelayanan yang diberikan meliputi Pelayanan Kesehatan RJTL, RITL,

obat, bahan habis pakai dan penunjang serta transport rujukan pasien sesuai Petunjuk Teknis Pelayanan Kesehatan.

## 5. **Pembayaran dan Pertanggungjawaban Dana**

Pembayaran ke Puskesmas dan Rumah Sakit, berdasarkan klaim, disesuaikan dengan tarif pelayanan rawat jalan dan atau rawat inap Rumah Sakit sesuai peraturan yang berlaku.

### a. **Puskesmas**

Pembayaran ke Puskesmas dan jaringannya harus dipertanggung jawabkan dengan dilakukan verifikasi pelayanan meliputi: RJTP (jumlah kunjungan dan rujukan), RITP, Persalinan, Transportasi Rujukan, oleh Tim Pengendali Kabupaten/Kota dan mendapat persetujuan Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota.

### b. **Rumah Sakit/Balai Kesehatan**

Pembayaran ke Rumah Sakit Kabupaten/Kota harus dipertanggung jawabkan dengan dilakukan verifikasi pelayanan meliputi: RJTL (jumlah kunjungan dan rujukan), RITL, Persalinan, Transportasi Rujukan, oleh Tim Pengendali Kabupaten/Kota dan mendapat persetujuan Direktur Rumah Sakit Kabupaten/Kota.

### c. **Rumah Sakit/Balai Kesehatan (Milik Pusat & Provinsi)**

Prosedur pembayaran pelayanan kesehatan ke Rumah Sakit/Balai Kesehatan dilakukan secara bertahap (setiap triwulan/bulan) dan sebelumnya dilakukan verifikasi internal.

Pembayaran pelayanan kesehatan ke Rumah Sakit/Balai Kesehatan adalah sebagai berikut:

- 1) Pemerintah Provinsi melalui Kas Daerah akan menyalurkan dana secara bertahap, selanjutnya diteruskan ke rekening masing-masing RS/Balai Kesehatan. Besarnya jumlah dana yang dibayarkan diperhitungkan berdasarkan klaim yang diajukan.
- 2) Pertanggungjawaban dana tersebut berupa klaim pelayanan RS/Balai Kesehatan yang besarannya mengacu pada Jenis dan tarif pelayanan kesehatan berdasarkan peraturan yang berlaku.
- 3) Penerimaan klaim bagi RS/Balai Kesehatan milik Pemerintah Provinsi serta RS Region, pertanggungjawaban, pengelolaan dan pemanfaatannya diserahkan pada mekanisme yang ada. Khusus untuk RS/Balai Kesehatan (Pusat/Vertikal) disesuaikan dengan peraturan yang berlaku.
- 4) Rumah Sakit dapat memanfaatkan dana tersebut sesuai kebutuhan dan ketentuan masing-masing RS dan Balai Kesehatan antara lain: jasa medik/pelayanan, jasa sarana, pemenuhan kebutuhan bahan medis habis pakai, dana operasional, pemeliharaan, obat, darah dan kebutuhan administrasi pendukung lainnya.

- 5) Seluruh berkas dokumen pertanggungjawaban disimpan oleh RS/Balai Kesehatan, dan akan diaudit kemudian oleh Aparat Pengawas Fungsional (APF).
- 6) RS/Balai Kesehatan mengirimkan laporan realisasi klaim kepada Tim Pengendali Kabupaten/Kota dan tembusan Tim Pengendali Provinsi.
- 7) Tim Pengendali Kabupaten/Kota melakukan rekapitulasi realisasi klaim dan mengirimkan ke Tim Pengendali Provinsi.

## **6. Verifikasi**

Verifikasi adalah kegiatan penilaian administrasi klaim yang diajukan PPK yang dilakukan oleh Tim Pengendali dengan mengacu kepada standar penilaian klaim. Tujuan dilaksanakannya verifikasi adalah diperolehnya hasil pelaksanaan program Pelayanan Kesehatan Gratis yang menerapkan prinsip pengendalian biaya dan kendali mutu. Verifikasi Program meliputi : verifikasi administrasi kepesertaan, administrasi pelayanan dan administrasi keuangan. Proses verifikasi dalam pelaksanaan Pelayanan Kesehatan Gratis, meliputi:

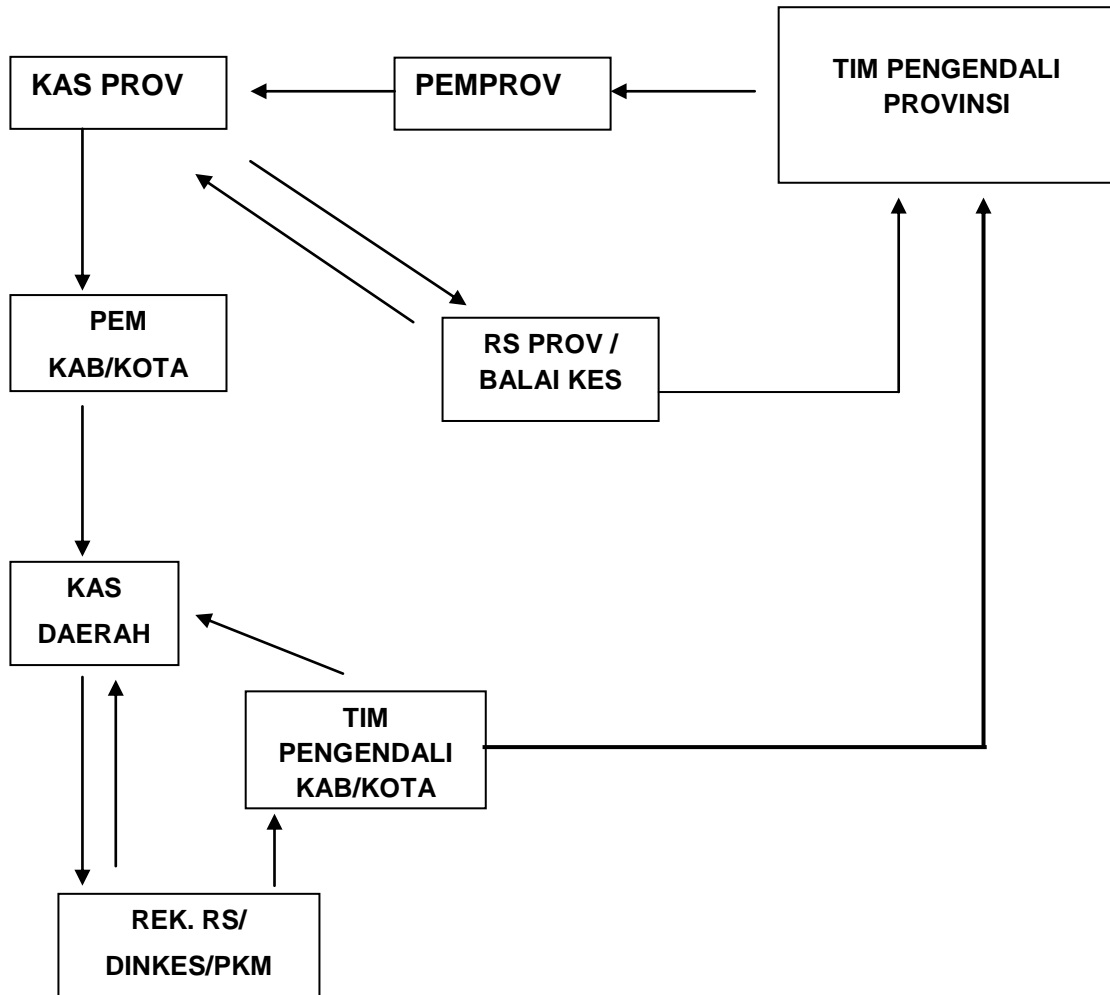
- a. Pengecekan kebenaran dokumen identitas masyarakat
- b. Pengecekan adanya Surat Rujukan dari PPK
- c. Proses memastikan dikeluarkannya data rekapitulasi pengajuan klaim oleh petugas RS sesuai dengan format pengajuan klaim
- d. Pengecekan kebenaran penulisan jenis/diagnosa dan prosedur



- e. Pengecekan kebenaran besar tarif sesuai jenis/diagnosa dan prosedur
- f. Pengiriman rekapitulasi pengajuan klaim yang ditandatangani oleh Direktur RS/Balai Kesehatan/Ka. PKM ke TIM Pengendali Provinsi dan Kabupaten/Kota
- g. Mengirim laporan rekapitulasi dan realisasi pembayaran klaim RS/Balai Kesehatan ke Tim Pengendali Provinsi.

(Sumber : Manlak dan Juknis Yankesgra, 2012)

**Gambar 1. Bagan Alur Penyaluran Dana**



Pendanaan program pelayanan kesehatan gratis merupakan dana bantuan sosial dari pemerintah Provinsi Sulawesi Selatan dan Pemerintah Kabupaten/Kota. Pembayaran ke Puskesmas dan Rumah Sakit, berdasarkan klaim, khusus untuk Balai Kesehatan Milik Pemerintah Daerah pembayaran disesuaikan dengan tarif pelayanan rawat jalan dan atau rawat inap Rumah Sakit sesuai peraturan yang berlaku. Pendanaan yang dimaksud merupakan sharing pembiayaan antara pemerintah

provinsi dengan pemerintah Kabupaten/Kota, dengan perbandingan 40% Provinsi dan 60% Kabupaten/Kota dari total biaya program pelayanan kesehatan gratis. Sumber dana berasal dari bantuan Pemerintah Provinsi Sulawesi Selatan (APBD I) dan Kabupaten/Kota melalui APBD II. Bantuan tersebut melalui program pelayanan kesehatan gratis dan tidak dimaksudkan untuk menggantikan peranan program yang telah dilaksanakan oleh Pemerintah Pusat dan Kabupaten/Kota namun saling mengisi dan menunjang sehingga pelayanan kesehatan dapat semakin berkualitas dan jenis pelayanan yang diberikan semakin meningkat. Pemerintah Provinsi Sulawesi Selatan mengalokasikan dana bantuan tersebut kepada Pemerintah Kabupaten/Kota melalui rekening/kas daerah masing-masing Kabupaten/Kota.

Pembiayaan pembangunan kesehatan diarahkan agar dapat mendukung berbagai program antara lain penerapan paradigma sehat, pelaksanaan desentralisasi, mengatasi berbagai kedaruratan, peningkatan profesionalisme tenaga kesehatan dan pengembangan Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat (JPKM). Untuk mencapai tujuan pembangunan kesehatan tersebut, pemerintah telah melakukan berbagai strategi melalui upaya pelayanan kesehatan dasar yang menitikberatkan pada upaya pencegahan dan penyuluhan kesehatan. Dalam melaksanakan upaya pelayanan kesehatan tersebut diperlukan pembiayaan, baik yang bersumber dari pemerintah maupun masyarakat, termasuk swasta (Kesehatan RI, 2011).

Thabrany dalam Sistem Kesehatan 2012 mengatakan salah satu kunci utama sistem kesehatan dari berbagai negara adalah pendanaan kesehatan. Sistem pendanaan yang adil dan merata mempunyai arti bahwa pembebanan pembiayaan kesehatan yang dikeluarkan perseorangan tidak memberatkan masyarakat (Adisasmito, 2012). SKN (2009) Pembiayaan kesehatan sudah semakin meningkat dari tahun ke tahun. Persentase pengeluaran nasional sektor kesehatan pada tahun 2005 adalah sebesar 0,81% dari Produk Domestik Bruto (PDB) meningkat pada tahun 2007 menjadi 1,09 % dari PDB, meskipun belum mencapai 5% dari PDB seperti dianjurkan WHO. Demikian pula dengan anggaran kesehatan, pada tahun 2004 jumlah APBN kesehatan adalah sebesar Rp 5,54 Triliun meningkat menjadi sebesar 18,75 Triliun pada tahun 2007, namun persentase terhadap seluruh APBN belum meningkat dan masih berkisar 2,6–2,8%. Pengeluaran pemerintah untuk kesehatan terus meningkat. Namun kontribusi pengeluaran pemerintah untuk kesehatan masih kecil, yaitu 38% dari total pembiayaan kesehatan.

## **F. Tinjauan Umum Tentang Pengorganisasian**

Untuk menjamin terselenggaranya Program Pelayanan Kesehatan Gratis secara merata, bermutu dan berkesinambungan dilakukan pengendalian oleh suatu Tim yang terdiri dari :

### **1. Tim Pengendali Provinsi**

#### **a. Struktur Organisasi**

Pelindung : Gubernur Sulawesi Selatan

Pengarah : 1. Wakil Gubernur Sulawesi Selatan  
2. Sekretaris Daerah Provinsi Sulsel

P. Jawab : Kadinkes Provinsi Sulawesi Selatan

Pakar : Akademisi

#### **Tim Koordinasi Pengendali :**

Koordinator : Kepala Bappeda Provinsi Sulsel

Anggota : Kepala Badan Pengelolaan Keuangan Daerah

: Asisten yang membidangi kesehatan

: Komisi DPRD yang membidangi Kesehatan

: Kepala Inspektorat Provinsi Sulsel

: Kepala Biro Kerjasama

: Kepala Biro Hukum dan HAM

: Direktur Rumah Sakit

: Sesuai kebutuhan

**Tim Pelaksana Pengendali :**

Koordinator : Kepala Bagian TU Dinkes Provinsi Sulsel

Anggota : sesuai kebutuhan

**b. Tugas dan Tanggung Jawab Tim****Tim Koordinasi Pengendali :**

- 1) Menyusun arah kebijakan Program Pelayanan Kesehatan Gratis dengan prinsip koordinasi, integrasi, sinkronisasi dan sinergisme.
- 2) Memantau dan menindaklanjuti perkembangan penyelesaian penanganan pengaduan masyarakat yang dilaksanakan oleh Tim Pelayanan Kesehatan Gratis Kabupaten/Kota.
- 3) Melakukan pembinaan, pengawasan dan pengendalian Program Pelayanan Kesehatan Gratis ke Kabupaten/Kota.

**Tim Pelaksana Pengendali :**

- 1) Melakukan pendataan sasaran
- 2) Menyusun sistem database pelayanan kesehatan gratis
- 3) Merencanakan besaran alokasi dana dan sasaran tiap Kabupaten/Kota
- 4) Mempersiapkan dan melatih Tim Pelayanan Kesehatan Gratis Kabupaten/Kota
- 5) Melakukan penyusunan, penggandaan dan penyebaran buku pedoman Program Pelayanan Kesehatan Gratis

- 6) Memantau dan menindaklanjuti pelayanan penanganan pengaduan masyarakat di Kabupaten/Kota
- 7) Melaksanakan pembinaan, pengawasan dan pengendalian Program Pelayanan Kesehatan Gratis ke Kabupaten/Kota
- 8) Menyusun dan menyampaikan laporan pelaksanaan kegiatan secara berkala kepada Gubernur.

## **2. Tim Pengendali Kabupaten/Kota**

### **a. Struktur Organisasi**

Pelindung : Bupati/Walikota

Pengarah : 1. Wakil Bupati/Walikota  
2. Sekretaris Daerah Kabupaten/Kota

P. Jawab : Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota

#### **Tim Koordinasi Pengendali :**

Koordinator : Kepala Bappeda

Anggota : Kepala Badan Keuangan Daerah  
: Asisten yang membidangi kesehatan  
: Kepala Inspektorat Kab/Kota  
: Komisi DPRD yang membidangi Kesehatan  
: Bagian Hukum  
: Direktur Rumah Sakit  
: Sesuai kebutuhan

#### **Tim Pelaksana Pengendali :**

Koordinator : Kepala Bagian TU Dinkes Kab/Kota

Anggota : Sesuai Kebutuhan

**b. Tugas dan Tanggung Jawab Tim**

**Tim Koordinasi Pengendali :**

- 1) Menyusun arah kebijakan Program Pelayanan Kesehatan Gratis dengan prinsip koordinasi, integrasi, sinkronisasi dan sinergisme.
- 2) Memantau dan menindaklanjuti perkembangan penyelesaian penanganan pengaduan masyarakat
- 3) Melakukan pembinaan, pengawasan dan pengendalian Program Pelayanan Kesehatan Gratis.

**Tim Pelaksana Pengendali :**

- 1) Melakukan pendataan sasaran
- 2) Menyusun sistem database pelayanan kesehatan gratis
- 3) Merencanakan besaran alokasi dana dan sasaran
- 4) Melaksanakan monitoring dan evaluasi
- 5) Memberikan pelayanan dan penanganan pengaduan masyarakat
- 6) Menyusun dan menyampaikan laporan pelaksanaan kegiatan secara berkala kepada Bupati/Walikota dan Tim Pengendali Provinsi (cq. Koordinator Tim Pelaksana Pengendali).



### **3. Pelaksana Tingkat Puskesmas & RS Kabupaten/Kota**

#### **a. Struktur Pelaksana**

Pelaksana yang akan bertanggungjawab dalam pengelolaan program di tingkat Puskesmas dan Rumah Sakit sebagai berikut :

Penanggung Jawab	: Kepala Puskesmas/Direktur RS
Bendahara Tk Puskesmas	: Tenaga Tata Usaha yg ditunjuk oleh Kepala Puskesmas
Tingkat Rumah Sakit	: Tenaga Tata Usaha yg ditunjuk oleh Direktur Rumah Sakit

#### **b. Tugas dan Tanggung Jawab**

- 1) Melakukan verifikasi jumlah dana dan apabila jumlah yang diterima melebihi dari semestinya, maka segera mengembalikannya ke rekening/kas Pemerintah Kabupaten/Kota.
- 2) Mengidentifikasi dan menyampaikan data kepada Tim Pengendali Kabupaten/Kota
- 3) Mengelola dana secara bertanggung jawab dan transparan
- 4) Mengumumkan daftar jenis pelayanan yang digratiskan
- 5) Bertanggung jawab terhadap penggunaan dana
- 6) Memberikan pelayanan dan penanganan pengaduan masyarakat
- 7) Melaporkan penggunaan dana dan kegiatan kepada Tim Pengendali Kabupaten/Kota.

(Sumber : Manlak dan Juknis Yankegra, 2012)

Kualitas pelayanan yang dikemukakan Parasuraman, Zeithaml, dan Berry (1988:198) mengatakan bahwa kualitas pelayanan merupakan suatu yang kompleks, sehingga cocok untuk dijadikan dimensi kemudian dijabarkan melalui indikator-indikator untuk menentukan sejauh mana mutu pelayanan, yaitu :

- a. *Reliability* (reliabilitas), berkaitan dengan kemampuan untuk memberikan layanan yang akurat sejak pertama kali kemauan untuk memberikan secara tepat dan benar jenis pelayanan yang telah dijanjikan kepada konsumen atau pelanggan.
- b. *Responsiveness* (daya tanggap), kesadaran atau keinginan untuk membantu konsumen dan memberikan pelayanan yang cepat.
- c. *Assurance* (jaminan), pengetahuan atau wawasan, kesopansantunan, kepercayaan diri dari pemberi layanan, serta respek terhadap konsumen.
- d. *Emphaty* (empati), kemauan pemberi layanan untuk melakukan pendekatan, memberikan perlindungan serta berusaha untuk mengetahui keinginan dan kebutuhan konsumen.
- e. *Tangibles* (bukti fisik), penampilan para pegawai dan fasilitas fisik lainnya, seperti peralatan atau perlengkapan yang menunjang pelayanan.

## **G. Tinjauan Umum Tentang Monitoring, Supervisi dan Pelaporan**

### **1. Monitoring dan Supervisi**

Bentuk monitoring dan supervisi adalah melakukan pemantauan, pembinaan dan penyelesaian masalah terhadap pelaksanaan Program Pelayanan Kesehatan Gratis. Secara umum tujuan kegiatan ini adalah untuk meyakinkan bahwa dana Program Pelayanan Kesehatan Gratis diterima oleh yang berhak dalam jumlah, waktu, cara dan penggunaan yang tepat.

Komponen utama yang dimonitor adalah :

- a. Alokasi dana
- b. Penyaluran dan penggunaan dana
- c. Pelayanan dan penanganan pengaduan
- d. Administrasi keuangan
- e. Pelaporan

Pelaksanaan kegiatan monitoring dilakukan oleh Tim Pengendali Provinsi dan Kabupaten/Kota

- a. Monitoring oleh Tim Pengendali Provinsi
  - 1) Monitoring pelaksanaan program
    - i. Monitoring ditujukan untuk memantau :
      - (a) Penyaluran dan penyerapan dana
      - (b) Kinerja Tim Pengendali Kabupaten/Kota
      - (c) Pengelolaan di tingkat Kabupaten/Kota

- ii. Monitoring dilaksanakan pada saat persiapan penyaluran dana, pada saat penyaluran dana dan pasca penyaluran dana
- 2) Monitoring kasus pengaduan dan penyelewengan dana
- i. Monitoring kasus pengaduan ditujukan untuk menemukan dan menyelesaikan masalah yang muncul di lapangan.
  - ii. Kerjasama dengan lembaga-lembaga terkait dalam menangani pengaduan dan penyimpangan akan dilakukan sesuai dengan kebutuhan.
- b. Monitoring oleh Tim Pengendali Kabupaten/Kota
- 1) Monitoring pelaksanaan program
- i. Monitoring ditujukan untuk memantau pengelolaan dana pada tingkat unit pelayanan.
  - ii. Monitoring dilaksanakan pada saat penyaluran dana dan pasca penyaluran dana.
- 2) Monitoring kasus pengaduan dan penyelewengan dana
- i. Monitoring kasus pengaduan ditujukan untuk menemukan dan menyelesaikan masalah yang muncul di unit pelayanan.
  - ii. Kerjasama dengan lembaga terkait dalam menangani pengaduan dan penyimpangan akan dilakukan sesuai dengan kebutuhan.

## **2. Pelaporan**

Sebagai salah satu bentuk pertanggungjawaban dalam pelaksanaan Program Pelayanan Kesehatan Gratis, masing-masing Tim

Pengendali dan Pelaksana diwajibkan untuk melaporkan hasil kegiatannya kepada pihak terkait. Secara umum, hal-hal yang dilaporkan oleh pelaksana program adalah berkaitan dengan statistik penerima bantuan, penyaluran, penyerapan dan pemanfaatan dana, hasil monitoring evaluasi dan pengaduan masalah.

Pada setiap akhir semester Tim Pengendali Provinsi wajib melaporkan semua kegiatan yang berkaitan dengan perencanaan dan pelaksanaan Program Pelayanan Kesehatan Gratis, sejauhmana pelaksanaan pelaksanaan program berjalan sesuai dengan yang direncanakan, apa yang dikerjakan dan apa yang tidak dikerjakan, hambatan yang terjadi dan penyebabnya, upaya yang diperlukan untuk mengatasinya serta rekomendasi untuk perbaikan program di masa yang akan datang, baik program yang sama maupun program lainnya. Pelaksanaan pelaporan dan penggunaan dana Program Pelayanan Kesehatan Gratis mengikuti mekanisme pelaporan yang ada.

(Sumber : Manlak dan Juknis Yankesgra, 2012)

Juran, 1988 dan Maxwell, 1984 (Azwar, 1996) mengembangkan aspek-aspek pengukuran kualitas dalam lingkungan pelayanan kesehatan meliputi : 1) ketepatan waktu tunggu, waktu tindakan, termasuk akses pelayanan seperti: a) akses geografi diukur dengan jarak, lama perjalanan, biaya perjalanan dan hambatan fisik lain yang dapat menghalangi seseorang untuk mendapatkan pelayanan kesehatan; b) akses ekonomi berkaitan dengan kemampuan membayar biaya pelayanan kesehatan; c) akses

sosial atau budaya berhubungan dengan dapat atau tidak diterimanya pelayanan kesehatan secara sosial atau nilai budaya; d) akses organisasi ialah sejauh mana pelayanan kesehatan itu diatur agar memberi kemudahan/kenyamanan kepada pasien atau konsumen; e) akses bahasa, artinya pasien yang dilayani harus menggunakan bahasa atau dialek yang dipahami oleh pasien, 2) informasi, penjelasan terhadap pelanggan dari pertanyaan apa, mengapa, bagaimana, kapan, siapa, 3) kompetensi teknis termasuk di dalamnya pengetahuan kedokteran, keperawatan, obat, keterampilan dan pengalaman, teknologi dan keparipurnaan serta keberhasilan pengobatan, 4) hubungan antar manusia termasuk rasa hormat, sopan santun, perilaku, empati, 5) lingkungan termasuk gedung taman, kebersihan, kenyamanan dan keamanan.

Menurut Pohan (2007), penilaian kualitas pelayanan kesehatan dapat ditinjau dari sisi :

a. Pemakai jasa pelayanan kesehatan (pasien/masyarakat)

Pelayanan kesehatan yang berkualitas sebagai suatu pelayanan kesehatan yang dapat memenuhi kebutuhan yang dirasakan dan diselenggarakan dengan cara yang sopan dan santun, tepat waktu, tanggap dan mampu menyembuhkan keluhannya serta mencegah berkembangnya atau meluasnya penyakit. Pasien/masyarakat sering menganggap dimensi efektifitas, akses baik itu akses geografis/jarak, akses bahasa dan akses organisasi, hubungan interpersonal,

kesinambungan dan kenyamanan, pemberian obat sesuai penyakit yang diderita, sebagai dimensi kualitas yang sangat penting.

b. Penyelenggara pelayanan kesehatan

Kualitas pelayanan lebih terkait pada dimensi kesesuaian pelayanan dengan perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi mutakhir atau otonomi profesi dalam menyelenggarakan pelayanan sesuai dengan kebutuhan pasien dan bagaimana luaran dari hasil pelayanan kesehatan tersebut, sebab penyelenggara kesehatan perhatiannya lebih terfokus pada dimensi kompetensi teknis, efektivitas dan keamanan.

c. Bagi penyandang dana atau asuransi kesehatan

Menganggap bahwa pelayanan kesehatan yang berkualitas sebagai suatu pelayanan kesehatan yang efektif dan efisien, dan pasien diharapkan dapat sembuh dalam waktu sesingkat mungkin dan penekanan terhadap angka rujukan hingga pelayanan kesehatan akan menjadi lebih efisien.

d. Bagi pemilik sarana kesehatan

Mempunyai persepsi bahwa pelayanan kesehatan yang berkualitas sebagai pelayanan kesehatan yang menghasilkan pendapatan yang mampu menutupi biaya operasional dan pemeliharaan, tetapi tarif pelayanan yang masih terjangkau oleh pasien atau masyarakat yaitu pada tingkat dimana belum terdapat keluhan pasien/masyarakat.

e. Bagi administrator pelayanan kesehatan

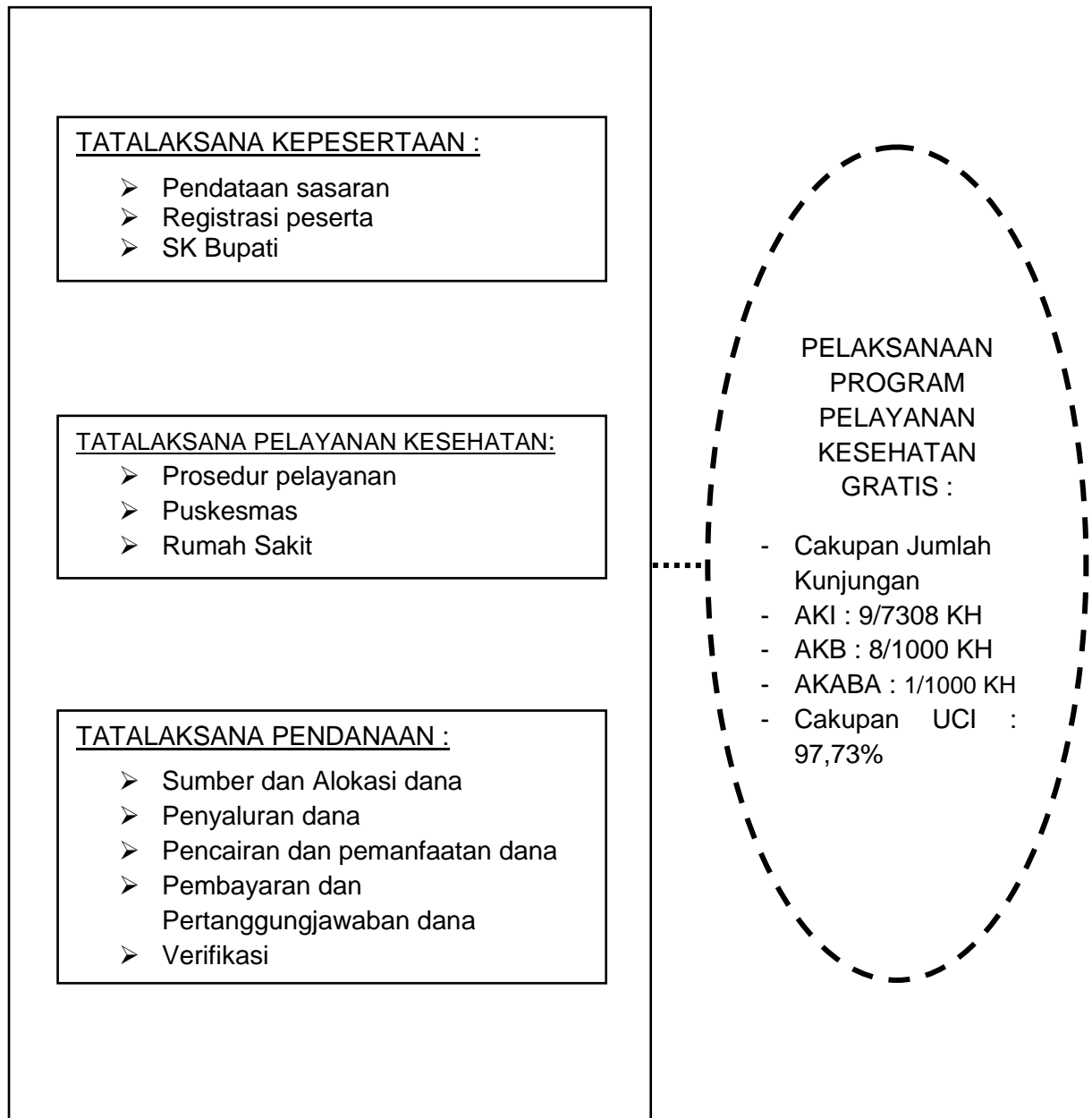
Meski secara tidak langsung memberi pelayanan kesehatan, namun ikut bertanggung jawab dengan cara memusatkan perhatian dimensi kualitas tertentu atau dapat membantu administrator pelayanan kesehatan menyusun prioritas serta mampu menyediakan kebutuhan dan harapan pasien dan PPK.

Hal ini sesuai dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Elvi Juliansyah (2012), yaitu Pelayanan kesehatan di Puskesmas Sungai Durian telah berjalan efektif sesuai dengan keinginan dan kebutuhan masyarakat, dengan kualitas pelayanan yang baik, kecepatan pelayanan sangat tergantung pada jumlah pasien, mudah mendapatkan layanan, pelayanan yang diberikan gratis, dan faktor yang dapat meningkatkan pelayanan kesehatan, yaitu dilakukan secara terus menerus dari pukul 08:00 sampai 12:00 di hari kerja, pelayanan kesehatan dilakukan oleh tenaga medis, dan layanan kesehatan gratis dengan waktu yang relatif singkat (lampiran 6).



## H. Kerangka Pikir

Gambar 2. Kerangka Pikir Penelitian



Sumber : *Pedoman Pelaksanaan dan Petunjuk Teknis Pelayanan Kesehatan Gratis tahun 2012*

## I. Definisi Konseptual

1. Pelaksanaan Pelayanan Kesehatan Gratis adalah semua pelayanan kesehatan dasar di Puskesmas dan Jaringannya serta pelayanan kesehatan rujukan di kelas III Rumah Sakit/Balai Kesehatan milik Pemerintah (Pusat dan Daerah) tidak dipungut biaya dan obat yang diberikan menggunakan obat generik (formularium).
2. Tatalaksana Kepesertaan adalah tata cara untuk menjadi peserta Pelayanan Kesehatan Gratis, yaitu seluruh penduduk Sulawesi Selatan yang belum mempunyai jaminan kesehatan yang berasal dari program lain, yang terdaftar dan memiliki kartu identitas selanjutnya berhak mendapatkan pelayanan kesehatan. Dan jika belum mempunyai kartu, dapat menggunakan KTP/Kartu Keluarga untuk mendapatkan pelayanan kesehatan. Hal ini dilakukan melalui pendataan sasaran secara berjenjang, registrasi peserta dan penetapan oleh Bupati.
3. Tatalaksana Pelayanan adalah tata cara untuk menjadi peserta Pelayanan Kesehatan Gratis, yaitu mempunyai hak mendapatkan pelayanan kesehatan dasar meliputi pelayanan kesehatan rawat jalan (RJ) dan rawat inap (RI), serta pelayanan kesehatan rujukan rawat jalan tingkat lanjutan (RJTL), rawat inap tingkat lanjutan (RITL) dan pelayanan gawat darurat. Semua ini disesuaikan dengan prosedur yang ada baik pelayanan di Puskesmas maupun di RS.

4. Tatalaksana pendanaan adalah tatacara proses pendanaan yang merupakan dana bantuan keuangan dari Pemerintah Provinsi Sulawesi Selatan (40%) dan Pemerintah Kabupaten/Kota (60%) menurut alokasi berdasarkan kapitasi per jumlah penduduk Kabupaten/Kota. Juga termasuk tatacara dalam penyaluran dana, pencairan dan pemanfaatan dana, pembayaran dan pertanggungjawaban dana serta verifikasi penggunaan dana.