TESIS

UPAYA PENINGKATAN JUMLAH KEPESERTAAN JPKM MANDIRI YAYASAN BINA HUSADA DENGAN MELIHAT PERSEPSI BAPIM, BAPEL, PPK DAN PESERTA DI KABUPATEN TULUNGAGUNG

TKA 21 06
Dar

MILIK
PERPUSTAKAAN
UNIVERSITAS AIRLANGGA
SURABAYA

AGUS DARWITO

PROGRAM PASCASARJANA
UNIVERSITAS AIRLANGGA
SURABAYA
2005

UPAYA PENINGKATAN KEPESERTAAN JPKM MANDIRI YAYASAN BINA HUSADA DENGAN MELIHAT PERSEPSI BAPIM, BAPEL, PPK DAN PESERTA DI KABUPATEN TULUNGAGUNG

TESIS
Untuk memperoleh Gelar Magister
Dalam Program Studi Ilmu Administrasi dan Kebijakan Kesehatan
Minat studi Manajemen Pelayanan Kesehatan
Pada Program Pascasarjana Universitas Airlangga

Oleh:
Agus Darwito
NIM. 090110265

PROGRAM PASCASARJANA

UNIVERSITAS AIRLANGGA

SURABAYA

2005

LEMBAR PENGESAHAN

TESIS INI TELAH DISETUJUI

PADA TANGGAL, 12 September 2005

Oleh:

Pembimbing Ketua,

DR. R. Darmawan Setijanto, drg.,M.Kes

NIP. 131.760.381

Pembimbing

Drs. M. Bagus Qomaruddin, MSc

NIP. 131.877.895

Mengetahui,

Ketua Program Studi Administrasi Kebijakan Kesehatan

Pasca Sarjana Universitas Airlangga Surabaya

DR. Nyoman Anita Damayanti, drg, MS

NIP. 131 871 470

Telah diuji pada,
Tanggal, 12 Agustus 2005

Panitia Penguji Tesis

Ketua : Profesor Dr. dr. S. Supriyanto, MS

Anggota : 1. Dr. R. Darmawan Setijanto, drg., M.Kes.

2. M. Bagus Qomaruddin, drs, M Sc.

3. drg. Setya Haksama, M kes.

4. dr. Gatot Chusni, M. Kes.

5. Misdan Suryatmoko, SKM, M.Kes.

UCAPAN TERIMA KASIH

Dengan mengucap puji syukur kehadirat Allah yang Maha Pengasih lagi Penyayang yang telah melimpahkan segala rahmat dan karunia – Nya, sehingga penyusunan tesis " **UPAYA PENINGKATAN KEPESERTAAN JPKM MANDIRI YAYASAN BINA HUSADA DENGAN MELIHAT PERSEPSI BAPIM, BAPEL, PPK, PESERTA PADA YAYASAN BINA HUSADA DI KABUPATEN TULUNGAGUNG** " dapat kami selesaikan. Hal ini tidak terlepas dari bantuan berbagai pihak, untuk itu penulis menyampaikan ucapan terima kasih yang setulusnya, dan semoga Allah memberkati kita semua.

Terima kasih yang sebesar-besarnya kami sampaikan kepada Dr.R. Darmawan Setijanto, drg., M.Kes, selaku pembimbing utama, ditengah kesibukanya beliau telah banyak memberikan pengarahan, saran, kritik serta bimbingan mulai dari persiapan proposal hingga akhir penulisan tesis ini.

Ucapan terima kasih juga saya sampaikan kepada M. Bagus Qomaruddin, drs, M Sc, selaku pembimbing dengan penuh perhatian dan kesabaran, telah memberikan bimbingan, dorongan, pengarahan, kritik dan saran sampai dengan selesainya penulisan tesis ini.

Disamping itu, terlaksananya penelitian sampai dengan penulisan tesis ini berkat bantuan dari segala pihak, maka kami dalam kesempatan ini menyampaikan ucapan terima kasih yang setulusnya kepada yang terhormat:

1. Rektor Universitas Airlangga dan direktur Pascasarjana Universitas Airlangga yang telah memberikan kesempatan kepada saya menjadi mahasiswa pada program Magister Manajemen Pelayanan Kesehatan.
2. Direktur Pascasarjana Universitas Airlangga yang telah memberikan kesempatan pada kami untuk mengikuti pendidikan Program Pasca Sarjana Universitas Airlangga Surabaya.
3. Ketua Program studi Administrasi dan Kebijakan Kesehatan Program Pascasarjana Universitas Airlangga ; Dr. Nyoman Anita Damayanti, drg., MS; yang telah memberikan kesempatan pada kami untuk mengikuti pendidikan program Pascasarjana.
4. Bapak Profesor Dr. dr. S. Supriyanto, MS, selaku ketua minat Manajemen Pelayanan Kesehatan, yang telah memberikan kesempatan menjadi mahasiswa .
5. Bapak dr. Darmayar, selaku kepala dinas kesehatan Kabupaten Kota Waringin Barat (Kalteng), yang telah memberikan kesempatan dan ijin belajar di Pascasarjana Unair.
6. Ibu dr. Rukmi, selaku kepala dinas kesehatan Kabupaten Tulungagung, yang telah memberikan ijin penelitian di Lingkungan dinas Kesehatan Kabupaten Tulungagung.
7. Bapak Penguji yang terdiri dari : Profesor Dr. dr. S. Supriyanto, MS, Dr. R. Darmawan Setijanto, drg., M.Kes, M. Bagus Qomaruddin, drs, M Sc, drg. Setya Haksama, M.kes, dr.Gatot Chusni, MARS., Misdan Suryatmoko, SKM, M.Kes.

8. Bapak dan ibu seluruh dosen dan staf Program studi Administrasi dan Kebijakan Kesehatan Pascasarjana Unair.
9. Seluruh staf dan teman – teman dinas Kesehatan Kabupaten Kota Waringin Barat (Kalteng) dan Kabupaten Tulungagung.
10. Seluruh teman – teman sesama mahasiswa Program Studi Administrasi Kebijakan Kesehatan, khususnya untuk minat studi Manajemen Pelayanan Kesehatan angkatan 2001.
11. Ibunda tercinta Supinah, Ayahanda Karmidi (almarhum), Kakak saya Hariadi, Sih Umanti, Sri Handayani dan adik saya Heri Santosa yang telah memberikan iringan doa dan kasih sayang yang tak putus, hingga kami mampu menyelesaikan penulisan tesis ini.
12. Istriku tersayang Prapti, dan anakku tercinta Arrafi Gusti Pratama, kedua keponakan saya Doni Setiawan, Dwi Susanti,yang penuh pengertian dan dorongan serta memberikan semangat selama menempuh pendidikan sampai dengan selesainya penyusunan tesis ini.
13. Mbak Ira, mas Ari, mas kukuh dan seluruh staf Administrasi Kebijakan Kesehatan, yang telah membantu dalam proses penyusunan tesis ini

RINGKASAN

Pengertian Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat (JPKM) dalam UU 23/1992 pasal 1 no.15, adalah sebagai berikut: JPKM adalah suatu cara penyelenggaraan pemeliharaan kesehatan yang paripurna berdasar azas usaha bersama dan kekeluargaan, yang berkesinambungan dan dengan mutu yang terjamin serta pembiayaan yang dilaksanakan secara pra-upaya (Depkes RI, 2000).

Upaya pemeliharaan Kesehatan berdasarkan JPKM melibatkan empat pelaku utama yaitu, (a) Peserta, (b) Pemberi Pelayanan Kesehatan (PPK), (c) Badan Penyelenggara (Bapel) dan (d) Badan Pembina (Bapim) JPKM. Oleh karena JPKM saat ini masih dalam proses perkembangan, maka guna penerapan JPKM dengan sistim yang benar bukan merupakan hal yang mudah, karena akan menghadapi banyak kendala dan tantangan.

Penelitian ini bertujuan menyusun upaya peningkatan kepesertaan JPKM Mandiri Yayasan Bina Husada di Kabupaten Tulungagung dengan melihat persepsi Bapim, Bapel, PPK dan peserta. Rancangan penelitian ini bersifat observasional yang dilakukan secara *cros secsional*, dengan teknik wawancara dan panduan kuesioner. Teknik pengambilan sampel terhadap Bapim, Bapel dan PPK diambil secara keseluruhan yang masing – masing beranggotakan 6 orang, untuk peserta diambil sebanyak 70 orang dengan pengambilan sampel acak sederhana terhadap 86 responden, pada bulan Nopember dan Desember 2004. Analisis dengan menggunakan analisis diskriftif untuk memperoleh gambaran persepsi masing – masing anggota Bapim, Bapel, PPK dan peserta.

Dari hasil penelitian dengan melihat persepsi terhadap variabel – variabel diatas melalui isu strategi disusun upaya untuk peningkatan kepesertaan JPKM Mandiri Yayasan Bina Husada di Kabupaten Tulunggagung.

1. Hasil isu strategi terhadap Bapim:
   a. Bapim belum memberikan dukungan kebijakan dalam pelaksanaan JPKM
   b. Belum ada tindak lanjut kebijakan dalam pelaksanaan JPKM
2. Hasil isu strategi terhadap Bapel:
   a. Rencana Pemasaran:
      1. Belum tecapainya kepesertaan minimal
      2. Belum dilakukan pemasaran pelayanan kesehatan yang sesuai dengan keinginan, kebutuhan dan kepuasan peserta.
   b. Rencana Keuangan
      1. Kurangnya pengolahan keuangan antara Bapim, Bapel dan PPK
      2. Belum adanya penetapan premi yang sesuai dengan pelayanan kesehatan dan biaya administrasi

3. Hasil isu strategi terhadap PPK
   a. Belum diketahuinya manfaat sistem kapitasi akan melancarkan pelayanan kesehatan yang efektif dan efisien.
   b. Kurangnya pemahaman bahwa imbal jasa akan semakin besar jika kesehatan konsumen terpelihara.

4. Hasil dari isu strategis terhadap peserta.
   a. Masih kurangnya pengetahuan peserta tentang pelaksanaan JPKM

Beberapa upaya yang harus dilaksanakan untuk peningkatan kepesertaan JPKM Mandiri Yayasan Bina Husada di Kabupaten Tulungagung

1. Perlu adanya dukungan politis dari pemerintah yang mewajibkan bagi masyarakat yang belum ikut askes, mengikuti JPKM
2. Perlu adanya kebijakan yang baru dalam rangka mendukung dan memperbaiki pelaksanaan JPKM.
3. Meningkatkan pengetahuan dan kesadaran masyarakat mengenai pembiayaan pelayanan kesehatan secara mandiri.
4. Survey pasar untuk pembentukan produk pelayanan kesehatan sesuai dengan keinginan, kebutuhan dan kepuasan masyarakat.
5. meningkatkan *networking* kemitraan antara bapel, bapim, dan PPK
6. Perlu ada pelatihan petugas untuk perhitungan *unit cost* pelayanan kesehatan.
7. Menyusun perencanaan pembiayaan kesehatan secara berkala sesuai dengan biaya yang diperlukan
8. Meningkatkan pelayanan kesehatan preventif melalui penggalakan perilaku hidup bersih dan sehat.
9. Survey pasar untuk mengidentifikasi pasar potensial peserta JPKM.
10. Meningkatkan pengetahuan tentang JPKM kepada Toma dan LSM, sebagai pihak yang dipercaya oleh masyarakat

SUMMARY

Efforts to Increase the Number of Bina Husada Foundation Private Health Insurance Holders by Observing the Perception of Supervising, Executing, Health Service Provider's Bodies and Participants in Tulungagung Regency

Agus Darwito

The term JPKM (Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat) = Health Insurance incorporated in Law no.23/1992 section 1 no.15, refers to actions providing a comprehensive health care based on continuous familial and mutual efforts, good service quality and pre-service payment.

Health-care-service according to Health Insurance (JPKM) involves 4 main actors as follows: the member, the health service providers, the executing and the supervising bodies. At this moment JPKM is undergoing its development process, faces difficulties to implement a good system, and confronts many obstacles and hardways.

The purpose of this research was to formulate efforts to increase the participation of Bina Husada Foundation Private Health Insurance joining holders by observing the perception of supervising, executing, health service provider's bodies and participants in Tulungagung regency. This was an observational study done cross-sectionally, and carried out in November until December 2004. Interviews and questionnaires were means to collect data. The sample was taken from the total population of supervising, executing, and health service providers. Each body had 6 people, while from the 86 participants, there were 70 respondents taken by a simple random sampling method. Descriptive analysis was performed to obtain the perception of supervising, executing, health service providers and participants.

From the variables observed, through strategic issues phase, efforts for increasing Health Insurance participants were formulated. First, the strategic issues of the Supervising Body (SB) consisted of a) SB had not yet supported Health Insurance implementation policy; and b) there was no follow-up regarding Health Insurance implementation policy. Second, the strategic issues of the Executing Body (EB) constituted of a marketing and a financial plan. The marketing plan was directed towards no minimal participatory and no health care marketing in accordance with participants' need, demand and satisfaction. While the financial plan was minimal financial process among SB, EB and health service providers; and there was also no settled premium sufficient for administration fee and health care service. Third, the strategic issues of the health care providers consisted of no sufficient knowledge of insurance capitation system affecting in uneffective and inefficient health care service; and no understanding of greater repayment for participants' higher health status. Fourth, the strategic issue of the participants was participant's minimal knowledge of JPKM.

The efforts for increasing Health insurance participants are: 1) government political support to join JPKM/Health Insurance as a prerequisite for non-ASKES members; 2) new JPKM policies supporting and revitalizing the implementation of Health Insurance; 3) upgrading people's knowledge and awareness to pay their private health care service; 4) doing a market research to produce health care products adjusting to peoples's need, demand and satisfaction; 5) increasing SB, EB and health care providers' networking system; 6) training personnel for health care unit-cost counting capability; 7) drafting a periodical health care plan according to needed budget; 8) enhancing preventive health cares to support a clean and healthy lifestyle; 9) doing a market research to identify participant's potential market; and 10) improving community leaders and non-governmental organizations' Health Insurance knowledge because they are trusted by the community.

ABSTRACT

Efforts to Increase the Number of Bina Husada Foundation Private Health Insurance Holders by Observing the Perception of Supervising, Executing, Health Service Provider's Bodies and Participants in Tulungagung Regency

Agus Darwito

Regulated Private Voluntary Health Insurance (JPKM) involves 4 main stakeholders as follows: participants, health service providers, the executing and the supervising bodies. At this moment JPKM is undergoing its development process, faces difficulties to implement a good system, and confronts many obstacles and hardways.

The purpose of this research was to formulate efforts to increase the participation of Bina Husada Foundation Private Health Insurance joining holders by observing the perception of supervising, executing, health service provider's bodies and participants in Tulungagung regency. This was an observational study done cross-sectionally, and carried out in November until December 2004. Interviews and questionnaires were means to collect data. The sample was taken from the population of supervising, executing, and health service providers. Each body had 6 people, while from the 86 participants, there were 70 respondents taken by a simple random sampling method. Descriptive analysis was performed to obtain the perception of supervising, executing, health service providers and participants.

From the variables observed, through strategic issues phase, efforts for increasing Health Insurance participants were formulated. The efforts for increasing Health Insurance participants are: 1) government political support to join JPKM/Health Insurance as a prerequisite for non-ASKES members; 2) new JPKM policies supporting and revitalizing the implementation of Health Insurance; 3) upgrading people's knowledge and awareness to pay their private health care service; 4) doing a market research to produce health care products adjusting to peoples's need, demand and satisfaction; 5) increasing SB, EB and health care providers' networking system; 6) training personnel for health care unit-cost counting capability; 7) drafting a periodical health care plan according to needed budget; 8) enhancing preventive health cares to support a clean and healthy lifestyle; 9) doing a market research to identify participant's potential market; and 10) improving community leaders and non-governmental organizations' Health Insurance knowledge because they are trusted by the community.

Key words: participants, private health insurance, actor's perception

DAFTAR ISI

Judul i

Lembar Pengesahan ii

Penetapan Panitia Penguji iii

Ucapan Terima Kasih iv

Ringkasan vii

Summary ix

Abstract xi

Daftar isi xii

Daftar Tabel xvii

Daftar Gambar xxi

BAB. 1 PENDAHULUAN 1

1.1 Latar Belakang Masalah 1

1.2 Identifikasi Masalah 6

1.3 Rumusan Masalah 10

1.4 Tujuan Penelitian 11

1.5 Manfaat Penelitian 12

BAB. 2 TINJAUAN PUSTAKA 14

2.1 Pembiayaan kesehatan Indonesia 14

2.2 Asuransi Kesehatan 14

2.3 Perkembangan Asuransi di sektor Kesehatan..... 19

2.4 Model Asuransi 25

2.4.1 *Social Health Insurance* 25

2.4.2 *Voluntary Private Insurance Health* 28

2.4.3 Regulated Private Voluntary Health 29

2.5 Sejarah Perkembangan Konsep JPKM 30

2.6 Perkembangan Pembiayaaan Pemeliharaan Kesehatan 34

2.7 JPKM, Pengertian dan Pelaksanaan 36

2.8 Hubungan antara empat Pelaku JPKM 39

2.9 Kemampuan dan kemauan membayar 42

2.9.1 Kemampuan Membayar (*ability to pay)* 42

2.9.2 Kemauan Membayar *(willingness to pay)* 42

2.10 Membentuk Bapel yang Profesional 43

2.10.1 Sarat-sarat berdirinya Bapel 43

1.Berstatus Badan Hukum 43

2. Ada Ikatan Kontrak 44

3. Mendaftar Kepesertaan 44

4. Pembayaran Iuran 45

5. Pemasaran 47

6. Paket yang ditawarkan 47

7. Jaga Mutu 48

8. Manajemen Keuangan dan Akutansi..... 49

2.10.2 Konsep dasar iuran 50

2.10.3 Langkah –langkah menetapkan besarnya iuran..... 50

1. Penentuan biaya Paket Pemeliharaan Kesehatan..... 50

2. Penetapan besar Iuran 51

2.10.4 Kapitasi dan sistim bagi hasil 52

1. Pengertian Kapitasi 53

2. Dasar Perhitungan 53

3. Teknik Penetapan angka Kapitasi..... 55

4. Manfaat Kapitasi 56

5. Sistim bagi Hasil 56

2.11 Standar persyaratan Bapim, Bapel, PPK dan peserta..... 58

2.12 Pengertian Jasa..... 59

2.12.1 Karakteristik Jasa..... 61

2.12.2 Kualitas Jasa 63

2.12.3 Konsumen Jasa..... 64

2.13 Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan..... 66

2.14 Focus Group Discussion (FGD) 68

BAB. 3 KERANGKA KONSEPTUAL 71

3.1 Kerangka konseptual 71

BAB. 4 METODOLOGI PENELITIAN 73

4.1 Rancang Bangun Penelitian 73

4.2 Pouplasi, besar sampel dan cara pengambilan sampel 73

4.2.1 Populasi 71

4.2.2 Besar sampel.....71

4.2. 3 Cara Pengambilan sampel 72

4.3 Lokasi dan waktu Penelitian 73

4.4 Cara pengumpulan data..... 74

4.5 Kerangka operasioanal Penelitian 75

4.6 Variabel Penelitian 76

4.7 Definisi operasional dan cara pengukuran variabel.....78

4.8 Intrumen Penelitian.....82

4.9 Teknik analisa Data.....82

BAB. 5 HASIL ANALISIS PENELITIAN 85

5.1 Gambaran Umum Pelaksanaan JPKM 85

5.2 Gambaran Umum Karakteristik Responden 85

5.3 Persepsi Bapel dalam Penyelenggaraan JPKM 86

5.4 Persepsi Bapim dalam Penyelenggaraan JPKM 95

5.5 Persepsi PPK dalam Penyelenggaraan JPKM 99

5.6 Persepsi Peserta dalam Penyelenggaraan JPKM 103

5.7 Isu Strategis Bapim, Bapel, PPK dan peserta 110

5.7.1 Isu strategis srategi Bapim 110

5.7.2 Isu srategis Bapel..... 111

5.7 3 Isu srategis PPK..... 112

5.7.4 Isu strategi Peserta..... 113

5.8 Hasil FGD 114

5.9 Upaya Peningkatan Kepesertaan 117

BAB. 6 PEMBAHASAN 121

6.1 Karateristik Responden 121

6.2 Persepsi Badan Penyelenggara (Bapel) dalam penyelenggaraan JPKM Mandiri Yayasan Bina Husada 122

6.3 Persepsi Badan Pembina (Bapim) atau Pemerintah dalam penyelenggaraan JPKM Mandiri Yayasan Bina Husada 127

6.4 Persepsi Pemberi Pelayanan Kesehatan (PPK) dalam penyelenggaraan JPKM Mandiri Yayasan Bina Husada 130

6.5 Persepsi Peserta dalam penyelenggaraan JPKM Mandiri Yayasan Bina Husada 133

6.6 Pembahasan Isu strategis 136

BAB. 7 KESIMPULAN DAN SARAN 138

7.1 Kesimpulan 138

7.2 Saran 142

Daftar Pustaka 143

Lampiran 1, Kuesioner 146

Lampiran 2, Pelaksanaan FGD 160

DAFTAR TABEL

Halaman

Tabel 1.1 Jumlah kepesertaan JPKM Mandiri tahun 2003 sampai dengan 2004 di Tulungagung, tahun 2004 4

Tabel 1.2 Jumlah kepesertaan beberapa asuransi Tahun 2004 di Tulungagung, tahun 2004 4

Tabel 5.1 Distribusi Bapim, Bapel, PPK dan Peserta berdasarkan Pekerjaan pada JPKM Mandiri Yayasan Bina Husada, di Kabupaten Tulungagung, tahun 2004 86

Tabel 5.2 Distribusi Bapim, Bapel, PPK dan peserta berdasarkan Tingkat Pendidikan pada JPKM Mandiri Yayasan Bina Husada, di Kabupaten Tulungagung, tahun 2004 86

Tabel 5.3 Dasar kepesertaan responden JPKM Mandiri Yayasan Bina Husada di Kabupaten Tulungagung, tahun 2004..... 87

Tabel 5.4 Distribusi tingkat persepsi petugas Bapel tentang fungsi Bapel terkait penyelenggaraan JPKM Mandiri Yayasan Bina Husada di Kabupaten Tulungagung, tahun 2004..... 88

Tabel 5.5 Distribusi tingkat persepsi petugas Bapel tentang status hukum terkait penyelenggaraan JPKM Mandiri Yayasan Bina Husada di Kabupaten Tulungagung, tahun 2004 89

Tabel 5.6 Distribusi tingkat persepsi petugas bapel dalam pengelolaan kepesertaan terkait penyelenggaraan JPKM Mandiri Yayasan Bina Husada di Kabupaten Tulungagung, tahun 2004..... 90

Tabel 5.7 Distribusi tingkat persepsi petugas bapel dalam pengelolaan keuangan terkait penyelenggaraan JPKM Mandiri Yayasan Bina Husada di Kabupaten Tulungagung, tahun 2004…..91

Tabel 5.8 Distribusi tingkat persepsi petugas bapel dalam pengelolaan pelayanan kesehatan terkait penyelenggaraan JPKM Mandiri Yayasan Bina Husada di Kabupaten Tulungagung, tahun 2004.....92

Tabel 5.9 Distribusi tingkat persepsi petugas Bapel tentang pemasaran terkait penyelenggaraan JPKM Mandiri Yayasan Bina Husada di Kabupaten Tulungagung, tahun 2004 93

Tabel 5.10 Distribusi tingkat persepsi petugas Bapel tentang imbal jasa PPK oleh bapel terkait penyelenggaraan JPKM Mandiri Yayasan Bina Husada di Kabupaten Tulungagung, tahun 2004..... ...94

Tabel 5.11 Distribusi tingkat persepsi anggota bapim sebagai donor terkait penyelenggaraan JPKM Mandiri Yayasan Bina Husada di Kabupaten Tulungagung, tahun 2004 95

Tabel 5.12 Distribusi tingkat persepsi anggota Bapim tentang kebijakan bapim terhadap bapel terkait penyelenggaraan JPKM Mandiri Yayasan Bina Husada di Kabupaten Tulungagung, tahun 2004 96

Tabel 5.13 Distribusi tingkat persepsi anggota Bapim tentang kebijakan bapim terhadap PPK terkait penyelenggaraan JPKM Mandiri Yayasan Bina Husada di Kabupaten Tulungagung, tahun 2004.....98

Tabel 5.14 Distribusi tingkat persepsi anggota Bapim tentang kebijakan bapim terhadap peserta terkait penyelenggaraan JPKM Mandiri Yayasan Bina Husada di Kabupaten Tulungagung, tahun 2004.....99

Tabel 5.15 Distribusi tingkat persepsi petugas PPK tentang fungsi PPK terkait penyelenggaraan JPKM Mandiri Yayasan Bina Husada di Kabupaten Tulungagung, tahun 2004 100

Tabel 5.16 Distribusi tingkat persepsi petugas tentang manfaat PPK terkait penyelenggaraan JPKM Mandiri Yayasan Bina Husada di Kabupaten Tulungagung, tahun 2004 101

Tabel 5.17 Distribusi tingkat persepsi petugas PPK tentang imbal jasa kepada PPK terkait penyelenggaraan JPKM Mandiri Yayasan Bina Husada di Kabupaten Tulungagung, tahun 2004 102
Tabel 5.18 Distribusi persepsi peserta terkait penyelenggaraan JPKM Mandiri Yayasan Bina Husada di Kabupaten Tulungagung, tahun 2004.....104
Tabel 5.19 Distribusi tingkat persepsi peserta tentang peluang pasar berdasarkan kesediaan peserta terkait penyelenggaraan JPKM Mandiri Yayasan Bina Husada di Kabupaten Tulungagung, tahun 2004.....105
Tabel 5.20 Pengeluaran non kesehatan responden di Kabupaten Tulungagung, tahun 2004 106
Tabel 5.21 Pengeluaran non makanan responden di Kabupaten Tulungagung, tahun 2004.....107
Tabel 5.22 Pilihan PPK oleh peserta untuk mengikuti JPKM mandiri di Kabupaten Tulungagung, tahun 2004.....107
Tabel 5.23 Pilihan PPK Pemerintah berdasarkan Paket oleh peserta untuk mengikuti JPKM Mandiri di Kabupaten Tulungagung, tahun 2004 108
Tabel 5.24 Pilihan PPK swasta oleh peserta untuk mengikuti JPKM Mandiri di Kabupaten Tulungagung, tahun 2004.....108
Tabel 5.25 Pendapatan peserta dari JPKM Mandiri Yayasan Bina Husada di Kabupaten Tulungagung, tahun 2004 109
Tabel 5.26 Gambaran persyaratan Bapim dengan kondisi Bapim JPKM Yayasan Bina Husada di Kabupaten Tulungagung, tahun 2004 110
Tabel 5.27 Gambaran persyaratan Bapel dengan kondisi bapel JPKM Yayasan Bina Husada di Kabupaten Tulungagung, tahun 2004 111

Tabel 5.28 Gambaran persyaratan PPK kondisi JPKM Yayasan Bina Husada di Kabupaten Tulungagung, tahun 2004 112
Tabel 5.29 Gambaran persyaratan Peserta dengan kondisi Peserta JPKM Yayasan Bina Husada di Kabupaten Tulungagung, tahun 2004 114
Tabel 5.30 Hasil isu strategi, penyebab, solusi persepsi Bapim terhadap penentu kebijakan pelaksanaan JPKM di Kabupaten Tulungagung, tahun 2004. 115
Tabel 5.31 Hasil isu strategi, penyebab, solusi persepsi Bapel yang meliputi: rencana pemasaran, rencana pengelola keuangan pelaksanaan JPKM Mandiri di Kabupaten Tulungagung, tahun 2004 116
Tabel 5.32 Hasil isu strategi, penyebab, solusi persepsi PPK terhadap pemahaman pelaksanaan JPKM di Kabupaten Tulungagung, tahun 2004 117
Tabel 5.33 Hasil isu strategi, penyebab, solusi, persepsi Peserta terhadap pemahaman pelaksanaan JPKM di Kabupaten Tulungagung, tahun 2004 118

DAFTAR GAMBAR

Halaman

Gambar 1.1	Identifikasikasi Masalah Penelitian	6
Gambar 3.1	Kerangka konseptual	71
Gambar 4.1	Kerangka Operasional Penelitian	75

BAB I
PENDAHULUAN

BAB 1

PENDAHULUAN

PERPUSTAKAAN UNIVERSITAS AIRLANGGA SURABAYA

1.1 Latar Belakang Masalah

Kebersamaan masyarakat dan pemerintah dalam upaya kesehatan, sangat sesuai dengan isi undang – undang no. 23/ 1992 tentang kesehatan pasal 5, pasal 65 dan pasal 71 undang-undang tersebut menggarisbawahi bahwa setiap orang wajib ikut serta memelihara kesehatan diri, keluarga dan lingkungan dengan pembiayaan dari pemerintah dan masyarakat, masyarakat beserta sumberdayanya memiliki kesempatan untuk berperan serta dalam penyelenggaraan upaya kesehatan. Oleh karena itu semakin jelas bahwa arah pembangunan kesehatan menurut isi undang undang itu adalah membangun kemitraan antara pemerintah dan masyarakat termasuk dunia usaha, untuk meningkatkan derajat kesehatan.

Peran serta masyarakat tidak hanya nyata dalam berbagai kegiatan kesehatan, tetapi terlihat juga dalam kontribusinya terhadap pembiayaan kesehatan. Penelitian Bank dunia dan Depkes (1982, 1987,1995) menunjukkan bahwa secara nasional, masyarakat mengeluarkan sekitar 70% dari semua biaya kesehatan, sedangkan pemerintah mengeluarkan sekitar 30% saja. Situasi ini sebenarnya sudah sesuai dengan UU RI Nomor 25 tahun 2000 tentang Program Pembangunan Nasional (Propenas) tahun 2000-2004 tentang arah Pembangunan Kesehatan dan Kesejahteraan sosial yaitu meningkatkan dan memelihara mutu lembaga dan pelayanan kesehatan melalui pemberdayaan sumber daya manusia secara berkelanjutan dan sarana prasarana dalam bidang medis, termasuk ketersediaan obat

yang dapat terjangkau oleh masyarakat. Dapat digambarkan bahwa sekitar 75% dari pembiayaan kesehatan oleh masyarakat masih bersifat pengeluaran langsung dari kantong masyarakat *(out of pocket)*, yang digunakan lebih pada upaya pengobatan (43% obat, 37% RS, 13% praktek swasta, 5% puskesmas dan 2% pendidikan kesehatan), sehingga cenderung tidak efisien. Hanya sekitar 25% pembiayaan kesehatan oleh masyarakat yang tersalur melalui pembiayaan pra-upaya, yakni pembayaran iuran kepada pihak ke-tiga (perusahaan, asuransi atau lainnya). Padahal melalui pembiayaan pra-upaya, pemeliharaan kesehatan dapat direncanakan dan diatur penggunaan biayanya dengan lebih baik. Di samping jumlah pesertanya relatif sedikit, pemeliharaan kesehatan dengan pembiayaan pra-upaya belum sepenuhnya berorientasi promotif dan preventif (Depkes RI, 1999).

Pengertian Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat (JPKM) dalam UU 23/1992 pasal 1 no.15, adalah sebagai berikut: JPKM adalah suatu cara penyelenggaraan pemeliharaan kesehatan yang paripurna berdasar azas usaha bersama dan kekeluargaan, yang berkesinambungan dan dengan mutu yang terjamin serta pembiayaan yang dilaksanakan secara pra-upaya (Depkes RI, 2000).

Upaya pemeliharaan Kesehatan berdasarkan JPKM melibatkan empat pelaku utama yaitu, (a) Peserta, (b) Pemberi Pelayanan Kesehatan (PPK), (c) Badan Penyelenggara (Bapel) dan (d) Badan Pembina (Bapim) JPKM. Oleh karena JPKM saat ini masih dalam proses perkembangan, maka guna penerapan JPKM dengan sistim yang benar bukan merupakan hal yang mudah, karena akan menghadapi banyak kendala dan tantangan, tujuh kunci yang dapat digunakan dalam penyelenggaraan kesehatan paripurna melalui JPKM (Depkes RI, 1998) antara lain:

1. Adanya ikatan kerja antara Bapel dengan PPK dan antara Bapel dengan para peserta (*Networking System*).
2. Adanya upaya menjaga mutu yang dilaksanakan oleh Bapel agar pelayanan kesehatan yang diberikan sesuai dengan standar (*Quality Assurance*).
3. Adanya pemantauan pemanfaatan pelayanan kesehatan (monitoring dan evaluasi).
4. Adanya penanganan keluhan peserta maupun PPK.
5. Pembayaran PPK oleh Bapel dilaksanakan secara pra-upaya dengan sistim kapitasi.
6. Mekanisme bagi hasil (*Benefit and profit sharing*) bagi Bapel, PPK dan Peserta.
7. Adanya mekanisme pemeliharaan kesehatan paripurna (*Comprehensive)*

Luas Kabupaten Tulungagung adalah 1.005,65 KM2 dengan jumlah penduduk sebanyak 911.924 jiwa, sehingga rata-rata kepadatan penduduk Kabupaten Tulungagung sebesar 919 jiwa/KM2, sedangkan jumlah kepala keluarga/KK sebanyak 241.494 dengan rata-rata 4 jiwa/ KK.

Dengan dikeluarkannya surat keputusan Bupati Nomor: 188.45/ 35/ SK/ 424.14/ 1999 tentang Pembentukan Badan Pembina (BAPIM) Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat (JPKM) Kabupaten Daerah Tingkat II Tulungagung tanggal 22 Mei 1999, maka pelaksanaan JPKM telah dimulai, berikut ini kami tampilkan: Jumlah PPK dan kepersertaan JPKM, kepesertaan beberapa asuransi dan Askes Sukarela. Adapun data jumlah PPK dan kepersertaan JPKM dapat dilihat pada tabel berikut ini.

Tabel 1.1 Jumlah kepesertaan: bapel JPKM Mandiri "Yayasan Bina Husada" di Kabupaten Tulungagung tahun 2003-2004.

NO	Nama PPK	Tahun 2003	Tahun 2004
1	Klinik IDI	24	24
2	Dokter praktek swasta: Fauziah	44	18
3	Klinik Al-Asyfa	44	44
	Jumlah	112	86

Sumber data: Laporan Pelaksanaan JPKM Mandiri di Kabupaten Tulungagung , tahun 2004

Tabel 1.1 dapat diketahui kepersertaan tahun 2003 sebanyak 112 orang dan tahun 2004 sebanyak 86 orang, dengan besar premi Rp.5.700, jumlah kepersertaan nya masih kurang dari yang diharapkan dimana minimal kepesertaan berjumlah 5000 agar JPKM berjalan. Jumlah PPK sebanyak tiga, lebih dari cukup untuk peserta yang ada, namun untuk perkembangan selanjutnya persyaratan untuk satu PPK idealnya melayani 500 peserta, disamping lokasi yang terjangkau bagi anggotanya. Untuk pengembangan JPKM di Kabupaten Tulungagung sangat besar peluangnya seperti yang dapat dilihat pada tabel berikutnya. Tabel berikut ini berisi gambaran peserta beberapa asuransi.

Tabel 1.2 Jumlah kepesertaan asuransi kesehatan diKabupaten Tulungagung Tahun 2004

NO.	Klasifikasi Peserta	Jumlah	% Penduduk
1	Peserta ASKES	4.526	0,490
2	Peserta ASTEK	1.940	0,211
3	JPKM- JPSBK	157.045	17,220
4	JPKM-Mandiri	86	0,009
5	Dana sehat	18.220	1,998
6	Belum ikut	730.107	80,072
7	Total	911.924	100,000

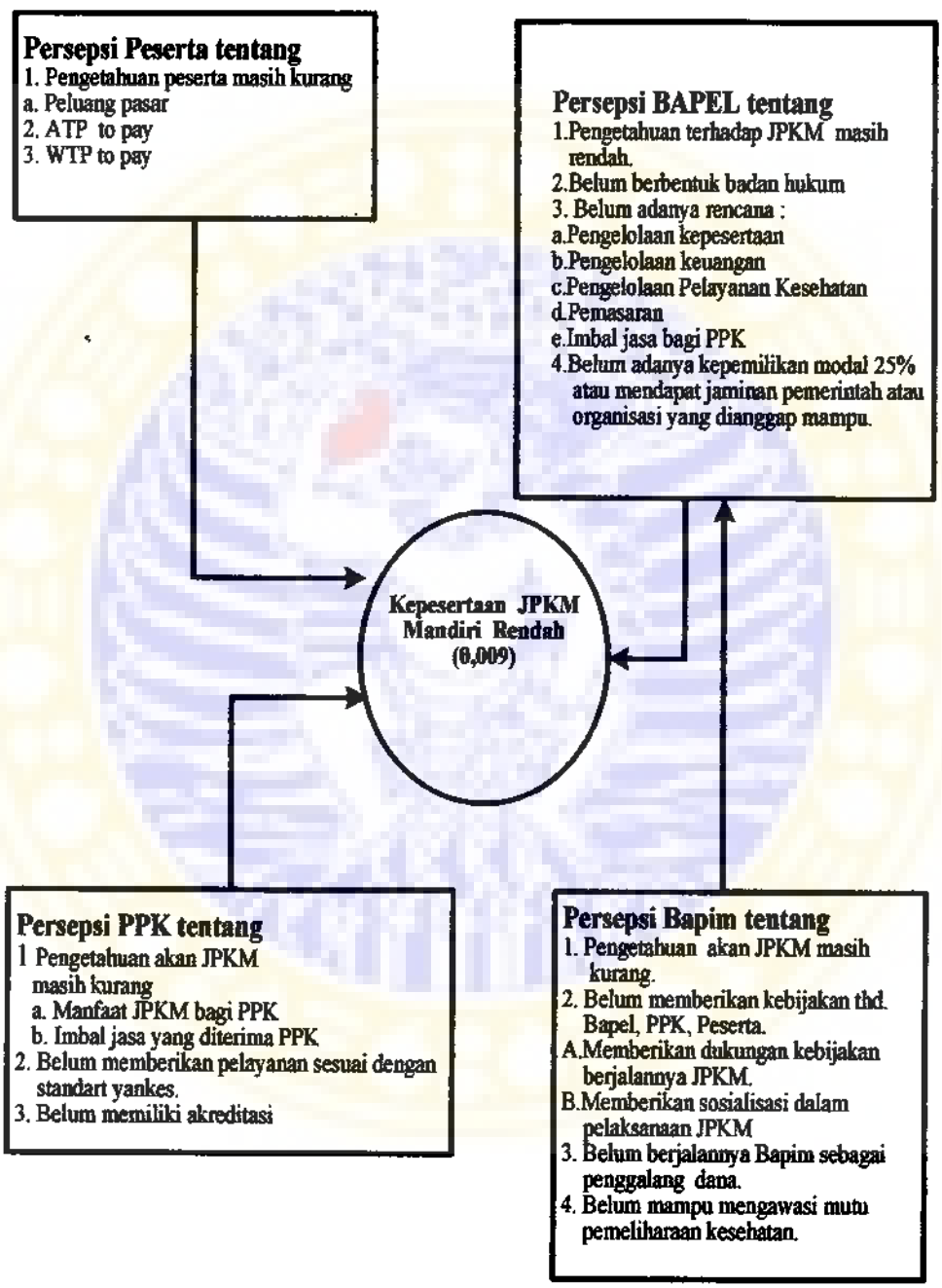
Sumber data: Laporan Pengembangan JPKM di Kabupaten Tulungagung tahun 2004

Tabel 1.2 dapat diketahui bahwa jumlah kepesertaan JPKM Mandiri sebanyak 86 atau 0,009% dari total penduduk yang ada, padahal masyarakat yang belum masuk asuransi sebanyak 730.107 atau 80 % yang merupakan peluang pasar bagi pelaksanan JPKM Mandiri.

Berdasarkan uraian diatas dapat diketahui bahwa jumlah kepesertaan JPKM Mandiri masih rendah.

1.2 Identifikasi Masalah

Beberapa faktor masih rendahnya kepesertaan JPKM – Mandiri Yayasan Bina Husada kemungkinan disebabkan oleh empat Faktor: Faktor Bapim, Bapel, PPK dan Peserta



Gambar1.1: Beberapa faktor masih rendahnya kepesertaan JPKM – Mandiri Yayasan Bina Husada, di Kabupaten Tulungagung.

Dari gambar 1.1 dapat dijelaskan bahwa faktor penyebab yang diduga kemungkinan dapat mempengaruhi rendahnya kepesertaan JPKM Mandiri Yayasan Bina Husada

A. Persepsi Bapim atau Pemerintah

1. Pengetahuan akan JPKM masih rendah, belum adanya pelatihan tentang Bapim yang melibatkan semua instansi terkait, biasanya hanya dilaksanakan dinas kesehatan
2. Pemberi kebijakan terhadap pelaksanaan JPKM, kesadaran dan komitmen Bapim akan JPKM masih kurang dimana belum dikeluarkan Perda yang mengatur JPKM secara kusus.

a. Memberikan dukungan kebijakan berjalannya JPKM, belum adanya kebijakan atau komitmen secara nasional, tidak ada PP. khusus tentang JPKM, seperti Jamsostek, Askes atau negara yang menerapkan sistim pembiayaan kesehatan dengan prinsip asuransi nasional.

b. Memberikan sosialisasi pelaksanaan JPKM, sosialisasi kebijakan JPKM tidak optimal. Oleh karena belum adanya keharusan bagi Pemda untuk membuat sistim kesehatan Daerah

3. Bapim sebagai penggalang sumber dana, kurang memahami peran Bapim sebagai regulator dan pembina sistim kesehatan daerah. Beberapa daerah Bapim merangkap sebagai Bapel. Hal ini menyebabkan kemampuan Bapim atau aparat sebagai regulator yang menangani program JPKM kurang. Akibatnya pengaturan, pengawasan, dan pengendalian sistim pembiayaan kesehatan (Askes, JPKM) yang dilakukan pemerintah atau Bapim tidak menyeluruh.

4. Mampu menjaga mutu pemeliharaan kesehatan, Pemda kurang memikirkan tentang Pelayanan kesehatan terutama untuk masyarakat yang tidak mampu.

B. Badan Penyelenggara (BAPEL)

1. Pemahaman JPKM masih rendah. Sebagai petugas belum adanya pemahaman tentang JPKM, termasuk hubungan dengan peserta dan PPK
2. Berbentuk badan hukum yaitu agar Bapel sah secara hukum dapat berupa suatu badan swasta (asuransi atau non asuransi), BUMN atau BUMD atau koperasi.
3. Rencana pemasaran lemahnya kemampuan dalam pemahaman pasar dan pemasaran. Kemampuan dunia usaha sebagai calon Bapel untuk mengelola JPKM kurang, lemahnya pengelolaan kepesertaan, di mana Bapel kurang tanggap terhadap pelayanan yang diinginkan masyarakat dan keluhan - keluhan masyarakat kurang mendapat perhatian.
4. Rencana keuangan lemahnya kemampuan dalam penetapan premi, pengumpulannya. Belum terlatihnya bagi petugas dalam penetapan premi dan cara mengumpulkan.
5. Rencana pemeliharaan kesehatan sebagai bapel harus mampu mengelola konsep pemeliharaan kesehatan yang paripurna, bermutu, efektif dengan biaya yang terkendali, dan strategi pemasaran yang baik.
6. Kepemilikan modal 25%, sebagai Bapel harus memiliki modal awal sebesar 25% atau mendapat jaminan dari pemerintah atau organisasi yang dianggap mampu

C. Peserta

1. Rendahnya pengetahuan masyarakat akan JPKM, masyarakat belum terbiasa dengan pembiayaan pra-upaya kesehatan.
2. Kemauan peserta yaitu keinginan atau kesediaan peserta mengikuti JPKM
3. Kemampuan peserta yaitu kekuatan daya beli peserta terhadap JPKM

D. Pemberi pelayanan kesehatan (PPK)

1. Pengetahuan akan JPKM masih kurang, dimana belum dipahami tentang pelaksanaan asuransi kesehatan yang berbentuk JPKM dan hubungan dengan Bapel dan Peserta.
2. Memberikan pelayanan kesehatan sesuai standart pelayanan medik, calon PPK belum sepenuhnya memberdayakan tenaga dan sarana yang ada serta melaksanakan program jaminan mutu.
3. Memiliki akreditasi calon PPK yang memenuhi syarat menjadi PPK JPKM hanya beberapa, padahal persyaratan tersebut sangat penting dalam penyelenggaraan JPKM, baik persyaratan administrasi, medis dan operasional. Adanya keengganan dari sebagian PPK untuk diatur dalam memberikan pelayanan kesehatan, seperti tarif yang sudah ditentukan padahal tidak sesuai dengan jasa yang diberikan.

1.4 Rumusan Masalah

Melihat kesiapan pelaksanaan JPKM - Mandiri Yayasan Bina Husada di Kabupaten Tulungagung, maka permasalahan penelitian dapat dirumuskan sebagai berikut:

1. Bagaimanakah persepsi Bapim dalam hal
   a. Pengetahuan JPKM
   b. Sebagai penentu kebijakan pelaksanaan JPKM
   c. Badan pembina penggalang dana.
   d. Pengawas mutu pemeliharaan kesehatan

   Yang berkaitan dengan pelaksanaan JPKM Mandiri Yayasan Bina Husada di Kabupaten Tulungagung ?
2. Bagaimana persepsi Bapel dalam hal
   a. Pengetahuan JPKM.
   b. Rencana pemasaran.
   c. Rencana pengelola keuangan.
   d. Pengawas paket pelayanan kesehatan yang diberikan.
   e. Status badan hukum
   f. Kepemilikan modal 25%. atau mendapat jaminan pemerintah atau organisasi yang dianggap mampu.

   Yang berkaitan dengan pelaksanaan JPKM Mandiri Yayasan Bina Husada di Kabupaten Tulungagung ?

3. Bagaimana persepsi PPK dalam hal:
   a. Pengetahuan JPKM
   b. Standar pelayanan medik yang diberikan
   c. akreditasi kesehatan.

   Yang berkaitan dengan pelaksanaan JPKM Mandiri Yayasan Bina Husada di Kabupaten Tulungagung ?
4. Bagaimana persepsi peserta dalam hal:
   a. Pengetahuan JPKM
   b. *Ability to pay* peserta.
   c. *Willingness to pay* peserta

   Yang berkaitan dengan pelaksanaan JPKM Mandiri Yayasan Bina Husada di Kabupaten Tulungagung ?

1.5 Tujuan Penelitian

1.5.1 Tujuan Umum

Menyusun upaya peningkatan kepesertan JPKM Mandiri Yayasan Bina Husada di wilayah Kabupaten Tulungagung berdasarkan persepsi Bapim, Bapel, PPK dan peserta.

1.5.2 Tujuan khusus

1. Menganalisis persepsi Bapim yang meliputi: pengetahuan tentang JPKM , sebagai penentu kebijakan pelaksanaan JPKM, sebagai badan pembina penggalang dana, pengawas mutu pemeliharaan kesehatan.

2. Menganalisis persepsi Bapel yang meliputi: pengetahuan tentang JPKM, perencana pemasaran, perencana pengelola keuangan, pengawas paket pelayanan kesehatan yang diberikan, status badan hukum, kepemilikan modal 25%. atau mendapat jaminan pemerintah atau organisasi yang dianggap mampu.
3. Menganalisis persepsi PPK yang meliputi : pengetahuan tentang JPKM, standar pelayanan medik yang diberikan, akreditasi kesehatan.
4. Menganalisis persepsi peserta yang meliputi: pengetahuan tentang JPKM, *ability to pay* dan *willingness to pay* peserta.
5. Menyusun rekomendasi dalam rangka upaya peningkatan kepesertaan JPKM.

1.6 Manfaat Penelitian

1. Bagi manajemen JPKM Yayasan Bina Husada Kabupaten Tulungagung dapat sebagai bahan pertimbangan dalam pengembangan JPKM dimasa yang akan datang.
2. Manfaat bagi institusi pemerintahan hasil penelitian sebagai dasar untuk membuat suatu kebijakan atau Peraturan Daerah dalam rangka pelaksanaan JPKM
3. Manfaat bagi dunia pendidikan, hasil penelitian dapat dipakai sebagai bahan penelitian lebih lanjut atau perbandingan dengan penelitian yang lain dalam bidang kajian yang sama.
4. Manfaat bagi dunia usaha, apabila cakupan JPKM meningkat, maka terbuka usaha untuk pengembangan JPKM.

PERPUSTAKAAN
UNIVERSITAS AIRLANGGA
SURABAYA

5. Manfaat bagi Peneliti, merupakan media belajar dalam menerapkan ilmu yang diperoleh selama mengikuti pendidikan dan merangsang untuk melakukan penelitian lebih lanjut di kemudian hari.

BAB II
TINJAUAN PUSTAKA

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Pembiayaan kesehatan di Indonesia

Pembiayaan kesehatan pada saat ini dirasakan semakin besar, hal ini sejalan dengan meningkatnya tuntutan masyarakat terhadap jenis dan kualitas pelayanan yang semakin baik. Kondisi ini dirasakan semakin memberatkan beban pemerintah dimasa mendatang dan tidak mungkin di tanggung sepenuhnya oleh pemerintah.

Terjadinya ketidakadilan pelayanan kesehatan terhadap masyarakat, oleh karena besarnya kesenjangan kemampuan yang ada di masyarakat. Pelayanan kesehatan yang berkualitas hanya mampu dinikmati oleh mereka yang berpenghasilan menengah keatas. Sehingga untuk mengatasi hal ini diperlukan adanya upaya kontribusi silang pembiayaan kesehatan dari masyarakat yang mampu kepada masyarakat yang tidak mampu (Sulastomo, 2000).

2.2 Asuransi Kesehatan

Salah satu masalah yang perlu kita antisipasi adalah pembiayaan kesehatan dimasa depan. Beberapa alasan dapat dikemukakan, antara lain pertimbangan aspek pertumbuhan ekonomi, pertumbuhan *demand* masyarakat, teknologi kedokteran serta pertumbuhan industri kedokteran sendiri, dimana peranan swasta akan semakin besar, sementara subsidi pemerintah semakin menurun, sehingga kenaikan biaya

pelayanan kesehatan pasti akan menjadi beban yang semakin berat bagi sebagian besar masyarakat .

Untuk mengatasi pembiayaan kesehatan,melihat banyak pengalaman banyak negara, peranan masyarakat yang terorganisir, dalam bentuk upaya kegotong royongan didalam mengatasi pembiayaan kesehatan adalah sangat penting. Bentuk kegotong- royongan masyarakat itu, dibanyak negara diperkenalkan sebagai program asuransi kesehatan.

Kenaikan biaya pelayanan kesehatan, sesungguhnya sedang menjadi masalah diberbagai negara. Kenaikan biaya pelayanan kesehatan itu, selalu digambarkan sebagai melampui kenaikan tingkat inflasi dan kenaikan barang-barang konsumsi lainnya.

Di AS, dalam kurun waktu dasawarsa 80 – 90, kenaikan biaya pelayanan kesehatan mencapai sekitar 12 % per tahun. Kenaikan itu memberi dampak ekonomi pada keluarga khususnya. Biaya produksi barang – barang AS, misalnya mobil, lebih mahal dibanding mobil produksi Jepang, antara lain oleh karena komponen biaya pelayanan kesehatan pekerja pabrik mobil lebih tinggi, yaitu $ 1.200 dibanding Jepang $ 650. Didalam kurun waktu itu ekonomi keluarga AS, juga terpaksa memikul beban US $ 1.000 per tahun / kapita, sehingga pendapatan riil tidak meningkat.

Di Indonesia untuk memperoleh gambaran yang riil ,dapat dilihat dari laporan PT. Askes 1990 – 1994. Didalam kurun waktu itu, kenaikan keseluruhan biaya pelayanan kesehatan mencapai 203,29 %. Beberapa jenis pelayanan , kenaikan itu

disebabkan oleh semakin tingginya tingkat pemanfaatan, misalnya pelayanan jantung, cuci darah dan teknologi canggih. Padahal, dalam kurun waktu itu, tarif pelayanan askes hanya naik sejak tahun 1993. Ini berarti bahwa, apabila tarif Askes mengikuti harga pasar, kenaikan itu akan lebih besar lagi.

Tingginya inflasi biaya pelayanan kesehatan, dalam hal ini, disebabkan oleh dua faktor, yaitu kenaikan pemanfatan pelayanan, termasuk kehadiran teknologi baru dan yang kedua adalah kenaikan riil harga pelayanan kesehatan, sehingga dapat dipahami kalau biaya pelayanan kesehatan akan selalu lebih tinggi dari tingkat inflasi. Selain dari itu pelayanan kesehatan, sebagai industri jasa adalah sangat unik. Untuk memproduksi pelayanan kesehatan yang baik diperlukan personil relatif besar, teknologi yang terkadang canggih/ tinggi dan dukungan keahlian yang tinggi pula. Pelayanan kesehatan, sering di gambarkan sebagai padat modal, padat karya dan padat teknologi. Semakin tinggi tingkat teknologi, justru semakin memerlukan jumlah personil dan keahlian yang semakin meningkat pula.

Secara ekonomis, biaya produksi pelayanan kesehatan memang relatif mahal. Harga pelayanan kesehatan tidak saja dipengaruhi oleh hukum-hukum ekonomi, tetapi oleh faktor – faktor lain yang khas dari pelayanan kesehatan bahkan beberapa hukum ekonomi yang lazim, yang dapat memberi dampak positif pada struktur harga, terkadang tidak berlaku.

Semakin besar tersedia sarana kesehatan akan selalu menumbuhkan kebutuhan masyarakat akan pelayanan kesehatan *(Supply induces demand mechanism)*.

Tetapi semakin banyak sarana pelayanan kesehatan, yang secara ekonomis membuka peluang kompetisi lebih besar, terkadang tidak selalu diikuti penurunan harga pelayanan kesehatan.(studi Rand Corp).

Hal ini disebabkan, oleh karena konsumen tidak mengetahui apa yang sesungguhnya dibelinya *(ignorance)*, sehingga pasien tidak tahu harga yang harus mereka bayar.

Selain dari itu, faktor lain yang mempengaruhi harga pelayanan kesehatan adalah hubungan pasien / dokter *(doctor – patient relationship)*, hubungan pasien – dokter sangat menentukan didalam membentuk harga pelayanan kesehatan. Pasien mempunyai kecenderungan untuk memperoleh pelayanan kesehatan yang sebaik-baiknya oleh karena keinginan untuk memperoleh rasa aman .

Sifat ini akan mendorong pasien untuk memperoleh pelayanan kesehatan dari seorang dokter yang dipercayainya, teknologi kedokteran yang sebaik-baiknya, serta obat-obatan yang semanjur mungkin. Masalah harga, sering tidak dipersoalkan lagi, khususnya saat pilihannya adalah hidup dan mati. Sifat pasien cenderung untuk mendorong kenaikan harga pelayanan kesehatan.

Dokter juga cenderung untuk melakukan hal yang sama. Profesi dokter, selalu berusaha untuk dapat memberikan pelayanan kesehatan yang sebaik-baiknya bagi

pasien. Tidak saja untuk kepentingan pasien, tetapi juga sifat profesi kedokteran yang cenderung untuk melakukan pemeriksaan yang selengkap - lengkapnya, seteliti - telitinya, antara lain juga untuk menimbulkan rasa aman seorang dokter didalam melaksanakan tugasnya.

Baik pasien maupun dokter, pada dasarnya cenderung untuk tidak memper soalkan biaya. Hubungan itu, cenderung akan melahirkan pelayanan kesehatan yang berlebihan atau " *unnecessary utilization / over – utilization* ". *The law medical money* mengatakan, bahwa kecenderungan itu akan dibatasi oleh tersedianya dana/ kemampuan pasien untuk membayar pelayanan kesehatannya.

Industri di sektor kesehatan, selalu digambarkan sebagai bersifat padat modal, padat karya dan padat teknologi. Semakin tinggi tingkat pendapatan suatu negara, ternyata juga semakin tinggi konsumsi terhadap pelayanan kesehatan. Namun sangat ironis, bahwa tingginya biaya pelayanan kesehatan, tidak berarti menghasilkan status kesehatan yang lebih baik.

Apapun model pembiayaan kesehatan yang diterapkan disuatu negara mereka menghadapi dua masalah pokok yang sama, yaitu : Pertama, bagaimana mengenda likan biaya pelayanan kesehatan yang meningkat dengan dratis dan kedua adalah mutu pelayanan kesehatan yang ternyata tidak sesuai dengan pembiayaan kesehatan (World Development Report, 1993).

Tingginya alokasi biaya pelayanan kesehatan, ternyata belum tentu menghasil kan status kesehatan dan mutu pelayanan kesehatan yang lebih baik. Hal ini disebab

kan, oleh karena status kesehatan suatu bangsa dipengaruhi oleh banyak faktor, misalnya faktor lingkungan phisik (air minum, kebersihan lingkungan dan lain-lain), gaya hidup, adat-istiadat dan bahkan ras dan keturunan, disamping pelayanan kesehatan sendiri.

Meskipun demikian, dari sektor kesehatan, bagaimana alokasi biaya pelaya nan kesehatan itu digunakan, adalah sangat penting. Upaya - upaya pencegahan, misalnya dalam bentuk program imunisasi, yang mempunyai *"cost – effectiveness"* yang tinggi, pada kenyataanya sering diabaikan untuk dapat memberikan pelayanan kuratif, khususnya pembiayaan pelayanan kesehatan melalui sistim asuransi kesehatan yang dinilai sebagai sumber inefisiensi.

Model asuransi kesehatan di AS, yang diperkenalkan oleh Bank Dunia sebagai *"Private Voluntary Health Insurance"* ternyata menjadi sumber inefisiensi pembiayaan pelayanan kesehatan ini. Khususnya pembiayaan kesehatan berdasar *"fee for sevices"* yang ternyata membuka peluang terjadinya *unnecessary utilization* atau *"over – utilization"*.

2.3 Perkembangan Asuransi di sektor Kesehatan

Hampir seluruh dunia, prinsip asuransi dimanfaatkan sebagai mekanisme untuk membiayai pelayanan kesehatan. Diawali dengan suatu pemikiran bahwa biaya pelayanan kesehatan semakin lama, semakin kecil dibiayai oleh pemerintah. Perkembangan asuransi kesehatan di Indonesia relatif lamban, dibanding dengan

negara lain yang dianggap setingkat, misalnya Philipina. Itupun sebagian besar disumbang oleh kepersetaan PT. Askes yang dewasa ini berjumlah 15 juta jiwa. Prinsip asuransi sebagai mekanisme untuk pembiayaan pelayanan kesehatan, khususnya pelayanan kesehatan perorangan. Laporan Bank Dunia 1993 mengiventarisir perkembangan itu dan melaporkan, bahwa ternyata semakin tinggi tingkat pendapatan (kemakmuran) suatu negara, semakin diperlukan kebutuhan hadirnya program asuransi kesehatan. Hal ini disebabkan oleh karena semakin tinggi pendapatan perkapita suatu negara, semakin tinggi tingkat kebutuhan masyarakat terhadap pelayanan kesehatan yang semangkin baik. Pada tingkat ini, pemerintah manapun tidak sanggup menyediakan sarana untuk memenuhi kebutuhan itu, sehingga perlu peran serta masyarakat sendiri untuk membiayai kebutuhan pelayanan kesehatan.

Laporan itu kemudian memberikan rekomendasi, untuk mengalokasikan anggaran pemerintah bagi masyarakat memang tidak mampu dan mengembangkan program asuransi kesehatan bagi kelompok yang lebih mampu. Program asuransi kesehatan dengan demikian harus dimulai dari dan bagi kelompok masyarakat tertentu yang secara ekonomi layak. Pada tingkat pertumbuhan ekonomi, dimana kelompok masyarakat yang berada dibawah garis kemiskinan sudah tidak ada/kecil, program asuransi kesehatan menjadi suatu program yang diikuti oleh penduduk, sehingga dikenal sebagai program asuransi kesehatan nasional *(National Health Insurance Programm).*

Karena itu ada kecenderungan, semakin tinggi tingkat pendapatan suatu negara, semakin luas cakupan kepesertaan program asuransi kesehatan di negara itu. Didalam kaitan ini " Program Asuransi Kesehatan Sosial " menempati tempat yang utama sebagai tulang punggung pembiayaan kesehatan perorangan, termasuk di negara-negara yang dikenal menganut ekonomi pasar *(market economy)*. Meskipun demikian, didalam perkembangan suatu program asuransi kesehatan aspek *"political-will"* pemerintah masing-masing negara sangat penting.

Hal ini dapat dilihat dari perkembangan asuransi kesehatan di Jerman, Jepang dan kemudian Korea. Jerman dimasa pemerintahan Bismarck (1883), Jepang sejak 1922 dan Korea melalui dekrit Presiden 1976. Semuanya mewajibkan kelompok masyarakat tertentu secara bertahap untuk mengikuti program asuransi kesehatan. Juga di Philipina dan bahkan Indonesia memperkenalkan program askes bagi pegawai negeri dan Penerima pensiunan melalui keputusan Presiden No.230/ 1968.

Perkembangan prinsip asuransi kesehatan disuatu negara, sudah tentu tidak terlepas dari falsafah dan sistim politik dan ekonomi suatu negara. Amerika Serikat misalnya memperkenalkan prinsip asuransi kesehatan yang berbeda dengan negara lainnya. Di Amerika Serikat, jasa pelayanan kesehatan tidak dibedakan sebagaimana industri jasa lainnya, sehingga semuanya diserahkan pada mekanisme pasar. Bagaimana jasa pelayanan kesehatan diproduksi dan kemudian sampai konsumen, diserahkan pada mekanisme pasar. Demikian pula program asuransi kesehatan, sehingga kemudian lahir istilah "Asuransi Kesehatan Komersial", oleh karena

memang diserahkan sepenuhnya pada mekanisme pasar, sebagaimana industri jasa lainnya. Konsumen dihadapkan pada berbagai pilihan, sementara *"Health Provider"* dan perusahaan asuransi kesehatan dihadapkan pada kompetisi yang pada saat ini sangat ketat.

Dengan gambaran seperti itu, ternyata sekitar 38 juta rakyat Amerika Serikat (sekitar 20 % penduduk pada tahun 1992) sama sekali tidak ikut suatu program asuransi kesehatan. Sedang bagi masyarakat yang tidak mampu, pemerintah Amerika serikat memperkenalkan Program Jaminan Sosial *(social security programme)* di sektor kesehatan, yang dikenal dengan sebagai *"Medicaid Programme"*, bagi masyarakat yang tidak mampu dan *"Medicare Programme"* bagi kelompok masyarakat diatas usia 65 tahun.

Asuransi, pada dasarnya adalah suatu mekanisme untuk mengalihkan resiko (ekonomi) perorangan menjadi resiko kelompok. Datangnya suatu resiko, termasuk resiko sakit, sering tidak diperhitungkan, sehingga apabila resiko itu ditanggung masing - masing orang yang terkena resiko, beban resiko (ekonomi) adalah berat. Tetapi, apabila resiko perorangan itu dialihkan menjadi resiko kelompok, (*Risksharing*) maka resiko itu dapat diperhitungkan. Hukum bilangan banyak *(The law of large numbers)*, mengatakan, semakin besar jumlah anggota kelompok, maka semakin pasti resiko yang diperkirakan akan menjadi bebas perorangan. Maka dapat dikatakan, bahwa mekanisme asuransi adalah suatu alat untuk merubah resiko

perorangan yang tidak pasti menjadi pasti. Dari ketidakpastian menjadi suatu kepastian.

Manifestasinya adalah, bahwa kita diwajibkan membayar iuran/ premi yang jumlahnya kecil untuk dapat melindungi diri, apabila terkena resiko yang mungkin besar. Karena itu didalam prinsip, menghitung resiko *(risk)* adalah sangat penting. Teori untuk menghitung resiko dikenal sebagai sebagai suatu ilmu tersendiri, yaitu aktuaris. Untuk menentukan atau menghitung resiko kita harus melakukan analisa actuarial *(actuarial analysis)* dari suatu kelompok masyarakat atas suatu kejadian, misalnya kecelakaan, kebakaran, jiwa dan lain-lain.

Meskipun demikian, aplikasi prinsip asuransi didalam pelayanan kesehatan asuransi kesehatan, sudah tentu diwarnai oleh sifat pelayanan kesehatan, dimana sifat pelayanan kesehatan yang bersifat sosial selalu terkait pada nilai suatu bangsa, tanpa mengurangi aspek ekonomi dari pelayanan kesehatannya sendiri.

Selain dari itu, didalam pemeliharaan kesehatan, ada berbagai variabel/ intervensi yang dapat mengendalikan resiko (sakit), sehingga pengertian asuransi sangat dinamis. Misalnya tidak hanya *" risk – sharing"*, tetapi juga *" profit sharing"* dan lain-lain. Aplikasi prinsip asuransi dalam pemeliharaan kesehatan, sudah tentu tergantung dari berbagai faktor, antara lain keadaan nilai sosial, ekonomi, politik suatu bangsa.

Program asuransi kesehatan konvesional, mengenal bentuk hubungan tiga pihak *(Tripartite-relationship)*, antara badan Penyelenggara Asuransi kesehatan -

Pemberi Pelayanan Kesehatan (PPK/ Health-Provider, yaitu RS/ Dokter/ Apotik) dan peserta asuransi kesehatan (konsumen). Dalam bentuk hubungan seperti itu, peserta asuransi akan memperoleh pelayanan kesehatan dari PPK mengklaim pada badan penyelenggara asuransi kesehatan sesuai dengan perjanjian, sedangkan badan penyelenggara asuransi kesehatan menerima pembayaran premi peserta asuransi kesehatan. Pada hubungan seperti itu, peserta dapat juga membayar terlebih dahulu pada PPK dan kemudian memperoleh penggantian dari badan penyelenggara Askes, sesuai kontrak (*indemnity*).

Tripartite model, khususnya di Amerika Serikat, ternyata menimbulkan permasalahan yang sangat komplek dan serius. Biaya pelayanan kesehatan ternyata meningkat dengan drastis, sementara dari aspek administrasi juga merupakan beban yang berat oleh karena pelayanan administrasi perorangan sangat menyita waktu dan kompleks. Karena beban resiko biaya menurun, maka peserta askes akan cenderung untuk menggunakan pelayanan kesehatan lebih banyak. Kebutuhan untuk meningkatkan kualitas pelayanan dengan sendirinya juga meningkat. Asuransi kesehatan, secara umum juga mempunyai potensi untuk mendorong tumbuhnya sarana kesehatan dan peningkatan teknologi dan pelayanan kesehatan. Dampaknya, biaya pelayanan kesehatan akan meningkat. Peningkatan biaya inilah yang ternyata sangat dratis, sehingga menumbuhkan pikiran-pikiran perlunya pengendalian biaya *(cost containment)*.

Kenyataan seperti itu, telah menumbuhkan pemikiran baru, sehingga konsep asuransi juga berkembang. Badan penyelenggara asuransi kesehatan,yang memikul beban biaya pelayanan kesehatan, berusaha mencari bentuk-bentuk hubungan dengan PPK, sehingga biaya pelayanan kesehatan dapat dikendalikan. Prinsip asuransi,dari *"indemnity"*, yang mengganti biaya kesehatan *(reimbursement)* juga berubah menjadi pemberian jaminan pemeliharan kesehatan. Model tripartite juga berkembang menjadi Bipartite, dimana badan penyelenggara asuransi kesehatan bekerja sama dan bahkan mendirikan *"health provide"* sendiri. Lahirlah konsep HMO *(health maintenance organization)* atau "*managed Health – Care Concept*" yang tumbuh dengan cepat di AS menggantikan "*Covensional Health Insurance"* yang selama ini berkembang (Sulastomo, 2000)

2.4. Model Asuransi

Bank Dunia, dalam laporannya tahun 1993, mengelompokkan tiga bentuk asuransi kesehatan yaitu: *Health Private Voluntary Insurance* (Asuransi kesehatan Komersial), *Social Health Insurance* (Asuransi Kesehatan social) dan *Regulated Private Health Insurance* (Asuransi Kesehatan sosial dengan regulasi).

2.4.1 Social Health Insurance

Merupakan prinsip asuransi yang paling banyak dianut diberbagai negara. Adalah Jerman, dibawah Otto von Bismarck, yang pertama kali mengintrodusir asuransi kesehatan sosial (1883). Pada waktu itu, Jerman memasuki era

industrialisasi, sehingga memerlukan dukungan pemeliharaan kesehatan tenaga kerja dilingkungan industri. Pada tahun 1900, jumlah Askes di Jerman sudah mencapai 10 juta.

Prinsip ansurasi kesehatan sosial adalah :

A. Kepersertaannya bersifat wajib
B. Iuran atau premium berdasar prosentase pendapatan/gaji
C. Iuran atau premium ditanggung bersama oleh tempat kerja/perusahaan dan tenaga kerja (50% - 50%) .
D. Tenaga kerja/peserta dan keluarga memperoleh jaminan pemeliharaan kesehatan *(comprehensive).*
E. Tenaga kerja atau peserta memperoleh kompensasi selama sakit.
F. Peranan Pemerintah besar.

Mekanisme asuransi berdasar suatu kelompok tenaga kerja, sehingga tidak tergantung pada resiko (sakit) perorangan. Aktuarial tidak diterapkan pada perorangan, tetapi pada kelompok *(group rating)* atau berdasarkan kebutuhan anggaran. Prinsip-prinsip asuransi kesehatan sosial inilah yang kemudian berkembang diberbagai negara eropa lainnya, kemudian Jepang (1922), Korea (1976), dan Philipina, Thailand, Vietnam, India dan lain-lain.

Program PT Askes, juga menganut prinsip-prinsip asuransi kesehatan sosial. Konsep *"Sosial Health Insurance"* merupakan konsep asuransi dimana prinsip kesehatan sebagai pelayanan sosial, masih dijunjung tinggi. Ada suatu prinsip bahwa

untuk memperoleh pelayanan sosial, tidak boleh semata-mata berdasar status sosial, sehingga masyarakat lapisan bawah terhambat untuk memperoleh pelayanan kesehatan. Prinsip ini agaknya universal, yang membedakan pelayanan kesehatan dengan komiditi jasa lainnya. Prinsip ini yang kemudian direkomendasi sebagai sistim yang layak dikembangkan, setelah Bank Dunia melaporkan perkembangan asuransi kesehatan sosial diberbagai negara. Tentu dengan berbagai modifikasi, sesuai dengan latar belakang Falsafah/ politik/ Ekonomi suatu negara. Perkembangan kebutuhan pelayanan kesehatan pada kelompok-kelompok masyarakat ternyata tumbuh secara bertahap. Masyarakat pekerja, khususnya pada lingkungan tempat kerja yang mempunyai resiko tinggi terhadap kesehatannya atau mempunyai nilai ekonomi yang tinggi untuk tetap sehat, memerlukan pemeliharaan kesehatan yang berkelanjutan. Baik di Jerman maupun di Jepang, program asuransi kesehatan sosial tumbuh secara bertahap melalui lingkungan tempat bekerja. Masyarakat umum yang tidak terikat didalam lingkungan/ tempat kerja tumbuh kemudian. Dengan memulai lingkungan tempat kerja masalah pengumpulan dana, yang menjadi sumber pembiayaan program askes sosial juga lebih terjamin. Dipihak lain, pertumbuhan askes sosial dilingkungan tempat kerja secara tidak langsung juga sudah dapat memberi dampak positif pada kelompok masyarakat lainnya, melalui tumbuhnya sarana kesehatan yang dibiayai oleh program asuransi kesehatan sosial.

Dengan memulai pada kelompok-kelompok tenaga kerja sejenis, maka diperhitungkan resiko sakit perorangan pada kelompok itu hampir sama, sehingga

rasa keadilan dan resiko sakit dapat dipadukan *(group- rating)*. Perhitungan Premi/ iuran berdasar kelompok, sesuai kebutuhan anggaran yang diperlukan untuk memenuhi medik kelompok itu.

2.4.2 Voluntary Private Insurance Health

Asuransi kesehatan Komersial adalah prinsip asuransi kesehatan yang dewasa ini di terapan di AS. Amerika Serikat adalah satu-satunya negara didunia yang tulang pungung aksesnya bersifat komersial.

Prinsip-prinsip Askes Komersial adalah :

1. Kepesertaannya bersifat sukarela .
2. Iuran /premi berdasar angka absolute, sesuai dengan perjanjian/kontrak.
3. Tenaga kerja/peserta keluarga memperoleh santunan biaya pelayanan kesehatan sesuai kontrak (perjanjian)
4. Peranan pemerintah relatif kecil

Perhitungan resiko sakit di laksanakan atas "aktuarial analisis". Prinsip ini sangat dinamis, membuka peluang kompetisi dan membuka peluang jumlah perusahaan kesehatan yang jumlahnya sangat banyak. Justru masalah ini yang merupakan kelemahan pada penyelenggaraan Asuransi kesehatan Komersial, yang selama ini dikenal di AS. Masyarakat terpecah didalam berbagai perusahaan Asuransi kesehatan yang jumlahnya banyak, sehingga prinsip *"The Law of large Numbers"* atau *"The law of average"*, tidak tercapai.

Prinsip asuransi kesehatan komersial adalah murni berdasar resiko sakit perorangan, yang kemudian ditawarkan pada kelompok kerja pada perusahaan-perusahaan. Perusahaan-perusahaan yang memberikan jaminan keselamatan diwajibkan menawarkan sedikitnya dua perusahaan asuransi kesehatan pada karyawan untuk dipilih. Perjanjian/kontrak harus diteliti sebaik-baiknya, dimana manfaat dapat berupa penggantian biaya pelayanan kesehatan *(reimbursement/indemnity)* atau paket santunan pelayanan kesehatan. Sebaiknya kelompok yang mempunyai resiko sakit tinggi, sangat berkepentingan untuk mengikuti program asuransi kesehatan *(adverse/bias selection)*. Resiko perusahaan asuransi kesehatan dengan sendirinya lebih besar, sehingga kenaikan premi relatif tinggi.

2.4.3 Regulated Private Voluntary Health

Suatu asuransi kesehatan yang merupakan alternatif bagi asuransi kesehatan komersial yang oleh Bank Dunia disarankan untuk menampung keinginan yang terlebih disamping yang telah diselenggarakan oleh asuransi kesehatan sosial. Prinsip-prinsipnya sebagai berikut:

1. Kepesertaan bersifat sukarela Iuran/premi berdasar absolute (nilai nominal)
2. Peserta memperoleh jaminan pemeliharaan kesehatan sesuai kontrak.
3. Peranan pemerintah relatif besar (dalam bentuk regulasi)

Regulated private Voluntary Health Insurance didalam menetapkan iuran/premi pesertanya berdasar resiko yang terjadi di masyarakat *(community rating)*. Bank

Dunia memberikan rekomendasi untuk memilih *regulated private voluntary health insurance,* seandainya masih diperlukan untuk melengkapi asuransi kesehatan sosial, dan sebaliknya tidak memberikan rekomendasi pada asuransi kesehatan komersial.

Esensi dari model ini, sesungguhnya mendekati model asuransi kesehatan sosial, hanya premi/ kontribusi/ iuran dalam angka nominal. Secara konsepsional, model ini mendekati konsep JPKM sebagaimana dimaksud dalam UU NO. 23 / 1992 (Sulastomo, 2000).

2.5 Sejarah Perkembangan Konsep JPKM

Gambaran kronologis sampai JPKM dicantumkan dalam UU NO. 23 tahun 1992.

A. Masa 1950, sistim restitusi Pemeliharaan Kesehatan

Pada masa baru merdeka, semua pengeluaran langsung dari kantong pegawai negeri dan keluarganya *(out of pocked)* diganti oleh pemerintah melalui Depkes, dan dikenal sebagai sistim restitusi atau penggantian biaya. Hal ini dimungkinkan jumlah pegawai masih ada pengaruh peraturan pemerintah belanda tahun 1934.

B. Masa 1960, *Out of pocked* menjadi Pra upaya.

Pengeluaran langsung untuk pemeliharan kesehatan pegawai negeri dan penerima pensiunan yang menjadi kewajiban dan tanggung jawab pemerintah mulai dirasakan membebani anggaran belanja negara. Oleh karena itu dikeluarkan kepres no. 230 tahun 1968, yang melandasi pelaksanaan pemeliharaan kesehatan dengan pembiayaan pra-upaya di lingkungan pegawai negeri sipil, pensiunan dan keluarga

nya, dengan iuran dengan pemotongan 2% gaji/pensiun. Untuk mengelola ini dibentuk badan Penyelenggara dana Pemeliharaan Kesehatan(BPDPK), Suatu badan usaha yang berada dalam lingkungan departemen kesehatan dan bertanggung jawab kepada menteri kesehatan.

Selain itu, pemeliharaan kesehatan dengan pembiayaan pra-upaya juga berkembang dimasyarakat, terutama di pedesaan dalam bentuk dana sehat. Dimulai dikelurahan Klaten, Surakarta Jawa Tengah, masyarakat berkelompok secara swadaya mengumpulkan iuran dari peserta untuk pemeliharaan kesehatan.

C. Masa tahun 1970 dengan sistim klaim/ tagihan penyebab pemborosan biaya kesehatan.

Pemeliharaan kesehatan Pegawai negeri, pensiunan dan keluarganya masih dirasakan belum memuaskan, meskipun biaya sudah dikeluarkan cenderung meningkat. Untuk mengendalikan biaya, kebijakan klaim kolektif dari pemberi pelayanan kesehatan (PPK) diberlakukan, sedangkan klaim perorangan dibatasi.

Sementara itu penyelenggaraan dana sehat sebagai bagian dari Pembangunan kesehatan Masyarakat Desa (PKMD) terus diupayakan. Kehidupan Masyarakat desa yang penuh rasa kekeluargaan, gotong-royong dan usaha bersama serta kesadaran akan pentingnya perlindungan kesehatan, telah mendorong berkembangnya Dana Sehat hampir disemua desa PKMD (terutama di pulau Jawa). Pada umumnya jumlah peserta dan iuran Dana sehat relatif kecil (setingkat RT/RW dengan iuran Rp. 50 hingga Rp. 100,-) sehingga manfat pemeliharan kesehatan yang dirasakan juga

terbatas. Ditambah sistim klaim yang juga digunakan dalam dana sehat, maka peribahasa patah tumbuh hilang berganti berlaku untuk pasang surut keberadaan dana sehat pada masa itu.

D. Masa tahun 1980, Pembiayaan Pra Upaya dengan Kapitasi (Pola pikir DUKM)

Berbagai penelitian dan pengalaman yang baik didalam dan diluar negeri menunjukkan bahwa pemeliharaan kesehatan dengan pembiayaan pra-upaya yang menggunakan sistim klaim atau tagihan cenderung meningkatkan biaya kesehatan. Sistim klaim yang umumnya dipakai dalam asuransi kesehatan bersifat penggantian biaya pelayanan kesehatan atau ganti rugi. Asuransi kesehatan ganti rugi kurang memperhatikan aspek pemeliharan kesehatan peserta. Perhatian lebih kepada resiko keuangan saja. Karena itu, dipikirkan perlunya keterpaduan pemeliharaan kesehatan dengan pembiayaan pra-upaya menjadi konsep DUKM (Dana Upaya Kesehatan Masyarakat)

Konsep DUKM memperkenalkan cara Pembayaran Kapitasi kepada Pemberi Pelayanan Kesehatan (PPK). Kapitasi adalah pembayaran kepada PPK yang diberikan di muka, dan dihitung perkepala/jiwa yang terdaftar di PPK yang bersangkutan. Pembayaran kapitasi mewujudkan efesiensi biaya kesehatan yang mendorong PPK untuk lebih berorientasi kepada upaya promotif dan preventif dan mendorong para peserta untuk berperilaku hidup sehat. Kebijaksanaan yang mendorong pengembangan DUKM tertuang dalam SK Menkes no.. 473/1983 tentang

Tim Pengembangan Sistim Pengelola DUKM. Pada tahun 1980, Dana sehat semakin dimantapkan pengelolaannya menjadi setingkat kecamatan. BPDPK dirubah statusnya menjadi Perum Husada Bhakti (PHB) berdasarkan PP. Nomor 23/ 1984. Pemeliharaan kesehatan tenaga kerja (PKTK), dikelola oleh PT Astek- Depnaker bekerja sama dengan Depkes dan diatur dalam SKB Menaker dan Menkes. Pembayaran kapitasi mulai dirintis untuk diterapkan.

E. Masa 1990, JPKM untuk pemerataan, Peningkatan Mutu dan Kendali Biaya Kesehatan.

Keterpaduan pembiayaan kesehatan dengan pelayanannya harus terjalin dalam hubungan antara badan penyelengggara dengan PPK dan pesertanya, yang perlu diikuti dengan pengelolaan upaya lainnya, agar terjamin pemeliharaan kesehatan yang diharapkan. Oleh karena itu konsep DUKM lebih dioperasionalkan sebagai jaminan Pemeliharaan Kesehatan sebagai jaminan. Pemeliharaan kesehatan Masyarakat (JPKM), sebagaimana tercantum dalam UU No. 23/ 1992 tentang kesehatan.

Beberapa peraturan untuk mendukung pelaksanaan JPKM telah dikeluarkan yakni:

1. Keputusan Menkes RI NO.326 / Menkes/ SK/ VI/ 1990 tentang strategi pengembangan Program JPKM.
2. Peraturan Menkes RI NO.527/ Menkes/ Per/ VII/ 1993 tentang paket pemeliharaan Kesehatan dalam penyelenggaraan Program JPKM.

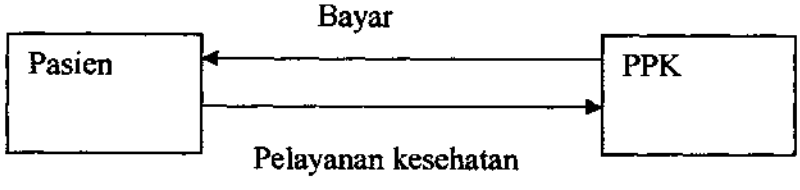
3. Peraturan Menkes RI NO.571/ Menkes/ Per/ VII/ 1993 tentang penyelenggaraan Program Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat
4. Keputusan Menkes RI NO.595/ Menkes/ VII/ 1993 Tentang standar Pelayanan Medis.
5. Keputusan Menkes RI NO.378/ Menkes/ Per/ IV/ 1995 tentang Penanggungjawab Pembinaan dan Pengembangan Dana Sehat ber- JPKM.
6. Edaran Dirjen Binkesmas No.382/ BM/DJ/BPSM/ III/ 1993 Tentang Pengembangan Dana Sehat BER- JPKM.
G. Edaran Dirjen Binkesmas No.862/BM/DJ/BPSM/VIII/1994 tentang Pembayaran PPK dengan sistim kapitasi.

Dalam pada itu Dana sehat semakin marak berkembang .Ada yang dikelola setingkat Propinsi (NTT) PHB semakin mandiri menjadi Perusahaan swasta berbentuk Perseroan Terbatas sebagai Askes Indonesia. PKTK lebih dimantapkan dengan keluarnya UU No. 3/ 1992 tentang Jamsostek (Depkes RI, 1999)

2.6 Perkembangan pembiayaan pemeliharaan kesehatan

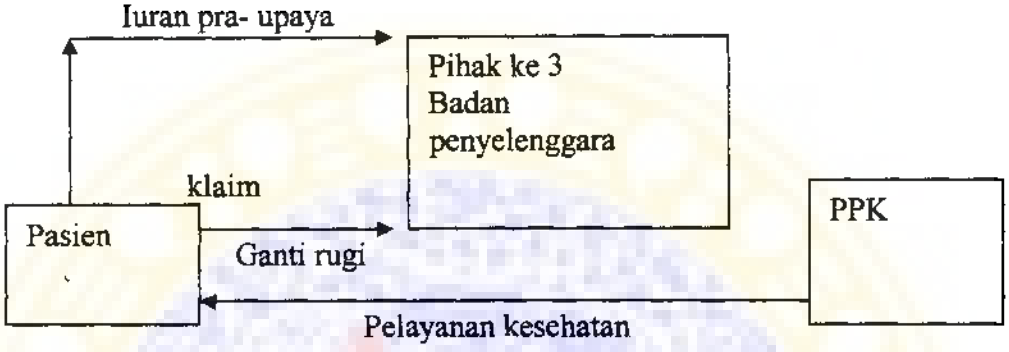
1. Pemeliharaan Kesehatan dengan Pembayaran Langsung

(Out of Pocket)

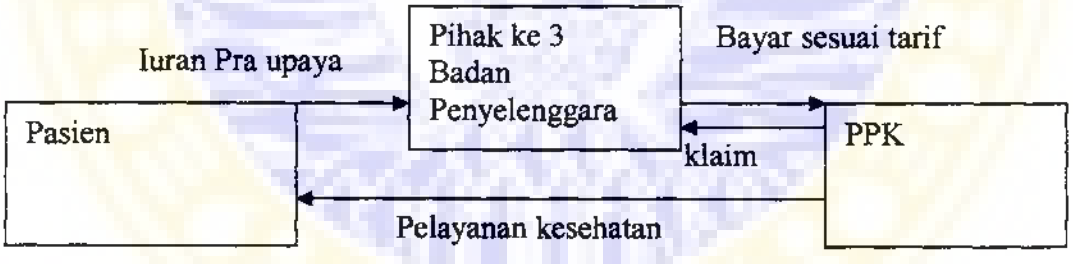


2. Pemeliharaan Kesehatan dengan Pembiayaan Pra- Upaya

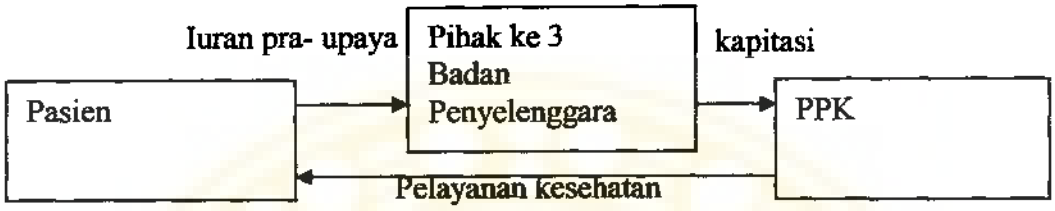
memakai sistim ganti rugi



3. Pemeliharaan Kesehatan Pra Upaya dengan klaim kolektif



4. Pemeliharaan Kesehatan Pra- Upaya yang Terpadu dengan pembiayaannya



(Depkes RI,1999, Konsep dan Pelaksanaan JPKM)

2.7 JPKM, Pengertian dan Pelaksanaan

Pengertian JPKM seperti tercantum dalam Undang- undang No.23/1992 pasal 1 adalah sebagai berikut : Jaminan Pemeliharaan Kesehatan masyarakat adalah suatu cara penyelenggaraan pemeliharaan kesehatan yang paripurna berdasarkan azas usaha bersama dan kekeluargaan, yang berkesinambungan dan dengan mutu yang terjamin serta pembiayaan yang dilaksanakan secara pra-upaya.

Selanjutnya pasal 66 ayat 1 Undang-Undang tersebut mengatur bahwa Pemerintah mengembangkan, membina dan mendorong Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat sebagai cara yang dijadikan landasan setiap penyelenggaraan pemeliha raan kesehatan yang pembiayaannya dilaksanakan secara pra-upaya, berazaskan usaha bersama dan kekeluargaan.

Sedangkan pasal 66 ayat 2 menetapkan bahwa setiap penyelenggara wajib menerapkan jaminan pemeliharaan kesehatan masyarakat sebagai cara penylenggaraan

pemeliharaan kesehatan dan pembiayaannya, yang dikelola secara terpadu untuk tujuan meningkatkan derajat kesehatan.

Beberapa pengertian dalam JPKM yang harus dipahami adalah sebagai berikut:

a. Jaminan

Setiap penyelengaraan pemeliharaan kesehatan berdasarkan JPKM harus mampu menjamin:

1. Terselenggaranya pemeliharaan kesehatan paripurna dan berkesinam bungan yang sesuai dengan kebutuhan masyarakat pesertanya.
2. Terjaganya mutu dan efektivitas pemeliharaan kesehatan sesuai dengan standar yang telah disepakati. Efesiensi biaya dan kelancaran memperoleh pelayanan kesehatan bagi pesertanya.
3. Peningkatan derajat kesehatan masyarakat.

b. Cara penyelenggraan

JPKM merupakan suatu metode atau aturan main dengan jurus-jurus tertentu (ada 7 jurus JPKM). Cara ini ditetapkan oleh upaya pemeliharaan kesehatan yang dibiayai secara pra upaya, baik yang dilaksanakan Pemerintah maupun oleh swasta dan masyarakat.

c. Pemeliharaan Kesehatan

Pemeliharaan kesehatan dalam JPKM diselenggarakan secara menyeluruh, mencakup peningkatan kesehatan, pencegahan penyakit; penyembuhan penyakit, dan

pemulihan kesehatan secara terpadu dan berkesinambungan .Hal ini sesuai dengan pasal 10 dari UU No. 23/1992 tentang kesehatan.

d. Pembiayaan pra- upaya

Pra-upaya berarti pembayaran dimuka, baik bagi pembayaran iuran dari peserta kepada badan penyelenggara kepada pemberi pelayanan kesehatan. Hal ini akan mendorong perencanaan dan pengelolaan resiko yang lebih baik oleh badan penyelenggara maupun pemberi pelayanan kesehatan.

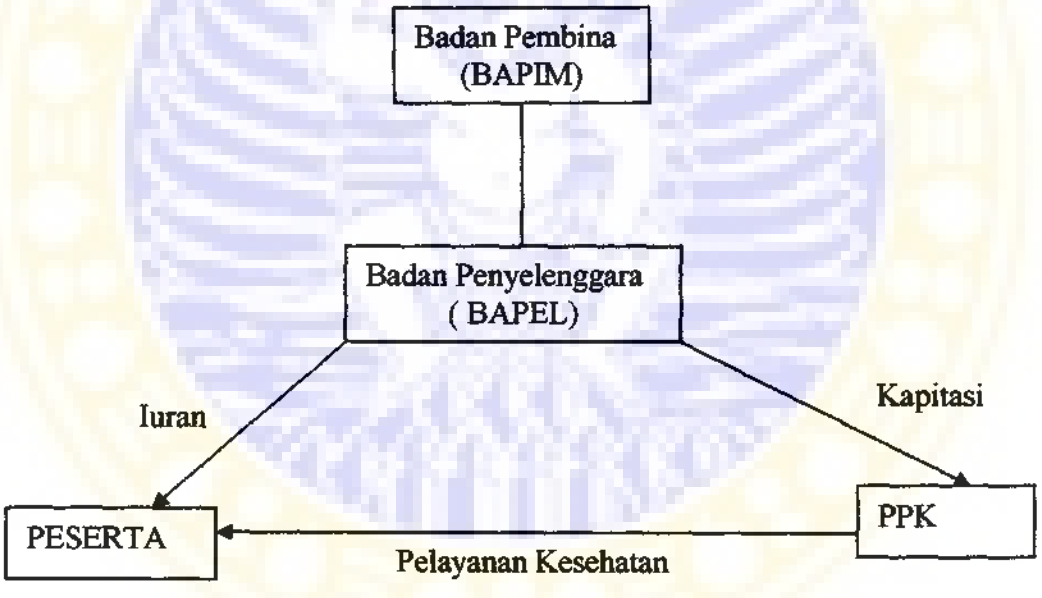
e. Usaha bersama dan kekeluargaan

JPKM diterapkan dengan kerjasama dari semua pihak yang terlibat. Prinsip usaha yang mengandung resiko untung dan rugi, dijalankan dan diatasi secara bersama dan kekeluargaan untuk mencapai derajat kesehatan masyarakat yang optimal. Pelaksanaan JPKM melibatkan tiga pelaku utama yang selalu berhubungan dan saling mempengaruhi satu sama lain, yakni badan usaha atau badan penyelenggara JPKM (Bapel, Peserta dan PPK). Ketiga Pelaku ini diharapkan selalu menjalin hubungan yang positif dan sinergis demi kepentingan bersama, dalam naungan oleh pelaku ke-4 yaitu pemerintah melalui Badan Pembina JPKM.

Masing-masing pelaku dalam penyelenggaraan JPKM mempunyai hak dan kewajiban yang harus dipenuhi. Peserta mempunyai hak mendapat paket pemeliharaan kesehatan sesuai dengan ketentuan dan kewajiban membayar iuran kepada Bapel JPKM. PPK mempunyai hak mendapatkan pembayaran kapitasi dari Bapel JPKM dan berkewajiban memberikan jasa pelayanan kepada peserta sesuai

dengan ketentuan. Bapel JPKM mempunyai hak untuk menghimpun iuran dari peserta dan berkewajiban mengelola secara tertib pendanaan, melindungi hak para peserta dan membayar kapitasi kepada PPK. Badan Pembina JPKM mempunyai hak mendapatkan informasi penyelenggaraan JPKM dan berkewajiban membina penyelenggaraan yang ditetapkan dalam peraturan perundang-undangan tentang pemeliharaan kesehatan, kepesertaan dan pendanaan (Depkes RI, 1999)

2.8 Hubungan antara empat Pelaku JPKM



Keterangan :

1. Peserta membayar iuran dengan teratur kepada Bapel JPKM
2. Bapel JPKM membayar kepada PPK Secara kapitasi (dimuka)
3. PPK melaksanakan pemeliharaan kesehatan kepada peserta

4. Badan Pembina melakukan pembinaan agar Bapel – Peserta- PPK memperoleh hak dan melaksanakan kewajiban masing-masing dengan sebaik-baiknya.

Tujuan pelaksanaan JPKM adalah mewujudkan derajat kesehatan masyarakat yang optimal melalui pemeliharaan kesehatan paripurna yang bermutu dan merata, dengan pengendalian yang berasal dari pesertanya. Karena fungsi pemeliharaan kesehatan dan fungsi pembiayaan kesehatan saling mempengaruhi, maka efesiensi dan efektivitas yang optimal hanya dapat diperoleh dengan suatu keterpaduan dalam melaksanakan kedua fungsi tersebut. Sedikitnya ada tujuh jurus dalam pelaksanaan JPKM, yang menjamin efisiensi, efektivitas dan pemerataan pemeliharaan kesehatan dalam JPKM, meliputi:

1. Pembayaran pra-upaya (kapitasi)
2. Bagi hasil *(risk profit sharing)* antara peserta, Bapel JPKM dan Pemberi Pelayanan Kesehatan(PPK).
3. Ikatan kerja dalam perjanjian tulis/kontrak.
4. Penanganan keluhan.
5. Jaminan mutu.
6. Pemantauan terhadap pemanfaatan pelayanan sesuai dengan prosedur/struktur pelayanan.

7. Paket dasar paripurna (promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif) yang bersifat wajib, mencakup: penyuluhan, imunisasi, KIA-KB, pengobatan penyakit, rawat jalan, rawat inap, penunjang diagnostik dan gawat darurat.

JPKM dirancang untuk memberi manfaat kepada semua pihak yang terkait dengan pemeliharaan kesehatan, baik masyarakat konsumen jasa pelayanan kesehatan sendiri, para pelaksana pemeliharaan kesehatan (PPK) baik dijenjang pelayanan tingkat pertama, sekunder maupun tertier, badan penyelenggara, pemerintah, serta dunia usaha.

a. Manfaat bagi masyarakat

1. Masyarakat terlindung/terjamin dalam memperoleh pelayanan kesehatan yang dibutuhkan.
2. Masyarakat memperoleh pelayanan kesehatan paripurna (preventif, promotif, kuratif, rehabilitatif) yang bermutu.
3. Masyarakat mengeluarkan biaya ringan untuk kesehatan karena azas usaha bersama dan kekeluarga dalam JPKM memungkinkan terjadi subsidi silang yang mana yang sehat membantu yang sakit, yang muda membantu yang tua.
4. Terjaminnya pemerataan pelayanan kesehatan bagi masyarakat.
5. Meningkatkan derajat kesehatan masyarakat utamanya melalui upaya preventif, promotif agar seseorang tidak jatuh sakit.

b. Manfaat bagi Pemerintah

1. Subsidi pemerintah dapat dialokasikan kepada yang lebih memerlukan utamanya bagi masyarakat miskin, kapitasi dalam JPKM memakai perhitungan unit cost riil/ non subsidi, maka Pemda dapat menyesuaikan tarif bagi masyarakat yang mampu.
2. Pengeluaran Pemda, untuk membiayai bidang kesehatan dapat lebih efisien.
3. Pemda memperoleh masyarakat yang sehat dan produktif dengan biaya yang berasal dari masyarakat sendiri.

c. Manfaat bagi PPK

1. PPK dapat merencanakan pelayanan kesehatan yang lebih efisien dan efektif bagi peserta karena ditunjang sistim pembayaran kapitasi.
2. PPK akan memperoleh balas jasa yang makin besar dengan makin terpeliharanya kesehatan konsumen.
3. PPK dapat lebih meningkatkan profesinalisme, kepuasan kerja, dan mengembangkan mutu pelayanan.
4. Sarana pelayana kesehatan tingkat pertama, kedua, dan ketiga yang selama ini menerapkan tarif murah akan mendapat pasokan dana lebih banyak bila masyarakat telah ber JPKM dari tarif riil yang diberlakukan dalam JPKM. Sarana pelayanan (terutama yang tertier) yang selama ini sudah mahal memang akan mengalami penurunan pasokan dana dari jasa pelayanan karena efesiensi dalam JPKM.

d. Manfaat bagi dunia usaha

1. Pemeliharaan kesehatan karyawan dapat terlaksana lebih efisien/ efektif

2. Biaya pelayanan kesehatan dapat direncanakan secara tepat.
3. Pembiayaan untuk pelayanan kesehatan lebih efisien dibanding dengan sistim klaim, ganti rugi atau fee for serve.
4. Terjaminnya kesehatan karyawan yang pada gilirannya mendorong peningkatan produktivitas.
5. Merupakan komiditi baru yang menjanjikan bagi dunia usaha yang akan menjadi bapel.

2.9 Kemampuan dan Kemauan membayar

2.9.1 Kemampuan membayar *(ability to pay)*

Kemampuan membayar seseorang untuk membayar sesuai dengan kemampu annya. Ada tiga ukuran yang dipakai mengukur tingkat kemakmuran seseorang:

1. Ukuran Pendapatan

   Cara yang dipakai adalah menghitung selisih antara pendapatan individu maupun keluarga dengan pengeluaran pokok non medis .

2. Ukuran Pengeluaran

   Dilakukan dengan mengukur selisih total pengeluaran individu atau keluarga dan pengeluaran pokok non medis individu atau keluarga. Kebutuhan pokok non medis seperti sandang, pangan, papan, listrik, air pendidikan dan biaya pokok lainnya.

3. Ukuran Kekayaan

   Sulit diukur dan sulit mendapatkan informasi yang jelas.

2.9.2 Kemauan membayar *(willingness to pay)*

Beberapa faktor yang berperan dalam kemauan membayar :

1. Nilai benefit yang akan diterima, merupakan nilai netto antara manfaat dan resiko yang akan diantisipasi.
2. Nilai kehidupan *(improved quality of life)*
3. Dalam mengukur kemauan digunakan dua pendekatan yaitu berdasar pengukuran sebenarnya yang dikeluarkan (aktual) dan normative (kesediaan maksimal), dimana dia mau membayar .

2.10 Membentuk Bapel yang Profesional

2.10.1 Sarat-sarat berdirinya Bapel adalah:

1. Berstatus badan Hukum

Mengajukan permohonan tertulis kepada menteri kesehatan RI c.q.Direktur Jendral Pembinaan Kesehatan Masyarakat untuk memperoleh izin operasional JPKM.

Permohonan tersebut dilengkapi dengan:

a. Akta notaris pendirian perusahaan yang didalamnya menyebutkan bidang usaha JPKM.
b. Rekomendasi Kakanwil/ Kadinkes setempat yang berisikan:
   - Keabsahan badan Hukum
   - Menilai kredibilitas dari permohonan/ Badan penyelenggara
c. Hasil studi kelayakan JPKM

d. Hasil rencana usaha JPKM

e. Tanda bukti memilikmi modal operasional sebesar 3 bulan biaya penyelenggaraan JPKM 1 (satu) tahun.

f. Tanda bukti penyetoran dana cadangan di Bank Pemerintah a.n. Menkes RI sebesar 25% biaya penyelenggaraan JPKM 1(satu) tahun.

g. NPWP perusahaan

2. Ada ikatan kontrak

Kontrak adalah perjanjian secara hukum mengikat antara dua pihak atau lebih. Kontrak berisi satu atau beberapa janji untuk menjalankan satu atau lebih kegiatan yang diusulkan oleh satu pihak atau dibuat bersama-sama oleh pihak-pihak yang bersangkutan. Kontrak dapat terjadi antara:

1. Badan Penyelenggara JPKM dengan Pemberi Pelayanan Kesehatan
2. Badan Penyelenggara JPKM dengan peserta/kelompok peserta.
3. Peserta dengan Pemberi Pelayanan Kesehatan.

Langkah-langkah pelaksanaan kontrak:

a. Badan Penyelenggara menyiapkan materi dan dokumen kontrak.

b. Naskah kontrak diajukan kepada pihak lain untuk diperiksa dan disetujui, bila ada keberatan dari pihak tersebut, maka akan terjadi proses tawar menawar *(bargaining).*

c. Penandatanganan dokumen kontrak oleh kedua belah pihak.

3. Mendaftar kepersertaan

A. Sarat-sarat kepeserta

1. Mengisi formulir pendaftaran
2. Menyetujui ikatan secara hukum
3. Membayar iuran
4. Mendapat kartu peserta
5. Mendapat kartu pelayanan

B. Jenis kepesertaan dapat dibagi menjadi dua:

1. Perorangan bila penyandang dana adalah yang bersangkutan sendiri
2. Berkelompok terdiri kumpulan orang berbentuk badan hukum misalnya perusahaan, koperasi, persatuan professional.

C. Bentuk kepersertaan

1. Kepesertaan biasa: calon peserta menjadi peserta melalui prosedur biasa
2. Kepersertaan otomatis: disesuaikan dengan perjanjian antara peserta dengan Bapel, misalnya: Pegawai/ karyawan baru perusahaan yang menjadi peserta.

4. Pembayaran iuran

1. Peneriman Pembayaran iuran Awal

Prosedur penerimaan iuran adalah sebagai berikut:

Setelah mengisi formulir, calon peserta (perorangan maupun kelompok) dapat menghitung sendiri jumlah yang harus dibayar berdasarkan formulir pembayaran iuran .

Iuran pertama dibayarkan minimal untuk tiga bulan sekaligus, dan dibayarkan dalam bulan pertama. Pembayaran dapat dilakukan secara langsung ke kantor Bapel, dengan uang tunai atau *check* atau dapat juga dengan weselpos atau melalui bank. Tanda terima pembayaran diperoleh langsung, bila pembayaran dilakukan secara langsung dan dapat diterima dalam 2 minggu bila pembayaran melalui weselpos atau bank, tanda terima pembayaran perorangan dan kelompok.

2. Penerimaan Pembayaran lanjutan, prosedurnya sebagai berikut:

a. Bila tidak terjadi mutasi/perubahan, prosedur pembayaran dan perhitungan jumlah iuran sesuai dengan bulan sebelumnya.
b. Bila terjadi mutasi/perubahan, peserta dapat menghitung kembali jumlah iuran yang harus dibayarkan melalui formulir.
c. Peserta membayar langsung atau melalui bank seperti pembayaran awal.
d. Bapel memproses formulir-formulir yang masuk untuk diteruskan hasilnya bagi penyesuaian kepersertaan.
e. Bapel menerima pembayaran iuran sesuai yang tercantum dalam formulir dan lampirannya, memprosesnya dan mengeluarkan bukti penerimaan.

Sanksi diberikan bila terjadi keterlambatan pembayaran iuran dalam jangka 1 (satu) bulan pelayanan akan dihentikan setelah terlebih dahulu diberi peringatan tertulis sebanyak

3 (tiga) kali dalam waktu 2 (dua) minggu oleh Bapel. Selanjutnya apabila peserta akan melanjutkan kembali, akan berlaku ketentuan seperti peserta baru.

5. Pemasaran

Pemasaran sosial adalah konsep tentang bagaimana suatu organisasi dapat mengembangkan kegiatan tukar menukar yang saling memuaskan, atau suatu sistim untuk memenuhi kepuasan masyarakat akan keinginan dan kebutuhannya, dasar dari pemasaran adalah pertukaran

6. Paket yang ditawarkan

Ada dua jenis paket yang disediakan:

a. Paket Pemeliharaan kesehatan dasar
b. Paket Pemeliharaan Kesehatan tambahan

Penyusunan isi Paket Dasar harus mempertimbangkan pola penyakit dan kebutuhan pemeliharaan kesehatan, nasional dan wilayah

a. Pola pemanfaatan pelayanan.
b. Biaya rata-rata pemeliharaan kesehatan.
c. Pola jenis dan jumlah sarana dan tenaga, kemampuan dan penyebarannya.

Isi Paket dasar meliputi:

a. Rawat jalan
b. Rawat inap
c. Penunjang
d. Gawat darurat

Rawat jalan dalam paket dasar dilakukan oleh pelaksana Pemeliharaan Kesehatan sesuai dengan kebutuhan medis, meliputi:

a. Pelayanan kesehatan pencegahan
b. Penyuluhan
c. Pemeriksaan kesehatan, pengobatan dan tindakan medis (termasuk KB-KIA dan persalinan sampai anak kedua.
d. Pelayanan pemulihan kesehatan

7. Jaga mutu

Pelayanan dikatakan bermutu dengan kriteria:

a. Sesuai dengan kebutuhan pengguna
b. Memuaskan keinginan pengguna
c. Sesuai dengan persyaratan yang ditetapkan
d. Sesuai dengan ketentuan hukum yang berlaku
e. Ekonomis

Dua hal yang mengharuskan Bapel mempersoalkan mutu:

a. Peserta sudah membayar dimuka lewat premi setiap bulan, sehingga dapat menuntut haknya akan pelayanan kesehatan bermutu sebagaiman dijanjikan JPKM.
b. PPK yang dibayar secara prospektif lewat sistim kapitasi, dapat mengurangi mutu.
c. Membatasi pelayanannya guna memperoleh keuntungan yang besar.

Jika jaminan mutu pelayanan tidak dilaksanakan , kemungkinan yang terjadi adalah:

a. Peserta pindah ke Bapel JPKM lain yang lebih bermutu.

b. Biaya dan penggunaan pelayanan kesehatan tidak dapat terkontrol lagi.

c. Derajat kesehatan peserta tidak lagi mendapat perhatian utama.

Manfaat yang akan diperoleh jika program jaminan mutu dilaksanakan:

a. Meningkatkan efektifitas dan efisiensi pelayanan kesehatan.

b. Meningkatkan penerimaan peserta terhadap pelayanan kesehatan

c. Melindungi PPK dari kemungkinan munculnya gugutan hukum.

8. Manajemen keuangan dan akutan

Pengertian: merupakan tata cara bagaimana para manajer suatu badan penyelenggara harus melaksanakan fungsi-fungsi tersebut merupakan rangkaian yang dimulai dari perencanaan, penganggaran, pelaksanaan anggaran, pencatatan, evaluasi dan penganggaran lain.

Tujuan: agar Bapel JPKM sebagai organisasi yang berfungsi menyelenggarakan pemeliharaan kesehatan bagi pesertanya, dapat tetap berada dalam keadaan sehat secara financial, serta memenuhi beberapa kriteria, antara lain:

a. Efesien: mampu memperoleh hasil tertentu dengan menggunakan masukan *(input)* yang minimal.

b. Produktif: mampu memperoleh hasil maksimal dengan masukan tertentu.

c. Likuid: mampu memenuhi kewajiban-kewajiban jangka pendek khususnya biaya pelayanan pemeliharaan kesehatan.

d. Solvabel: mampu memenuhi kewajiban-kewajiban (jangka pendek dan jangka panjang)

e. Rendabel: mampu tumbuh dan berkembang.

2.10.2 Konsep Dasar Iuran

Iuran adalah sejumlah uang yang harus dibayar secara berkala oleh seseorang setelah mendaftarkan diri/keluarganya sebagai peserta yang jumlah dan waktu pengumpulannya ditetapkan atas dasar kesepakatan antara peserta yang jumlah dan waktu pengumpulanya ditetapkan atas dasar kesepakatan antara peserta dan badan penyelenggara. Beberapa syarat penetapan iuran:

a. Iuran harus wajar

Artinya besarnya iuran yang dibebankan kepada peserta harus memadai dengan kebutuhan untuk memberikan paket pelayanan kesehatan pada peserta.

b. Iuran harus terjangkau

Artinya besarnya iuran harus terjangkau oleh masyrakat dan sesuai dengan kemampuan pada masyarakat.

c. Iuran harus dihitung secara cermat

Artinya, penetapan iuran perlu dihitung secara cermat dengan memperhatikan faktor resiko kemungkinan tingginya penggunaan fasilitas pelayanan karena banyaknya yang sakit dan sebagainya.

2.10.3 Langkah-langkah menetapkan besarnya iuran

1) Penentuan biaya paket pemeliharaan kesehatan

Untuk menetapkan besarnya iuaran harus ditetapkan dahulu manfaat (paket pemeliharaaan kesehatan) yang akan disediakan atau ditawarkan kepada peserta disuatu

wilayah (Desa, kecamatan, kabupaten), yang sesuai dengan kebutuhan dan keinginan/ kemampuan masyarakat.

Paket pemeliharaan kesehatanan itu minimal harus berupa paket Pemeliharaan kesehatan dasar yang memenuhi kebutuhan dasar/esensial masyarakat akan pelayanan kesehatan. Paket pemeliharaan Kesehatan dasar ini harus sesuai dengan ketentuan perundang-undangan dan harus diselenggarakan oleh setiap Bapel JPKM. Harga paket pemeliharaan kesehatan dasar tersebut dihitung menurut jenis pelayanan yang akan diberikan.Untuk maksud tersebut diperlukan angka pemanfatan *(Utulization Rate)* dan tarif masing-masing jenis pelayanan sehingga diperoleh harga pelayanan kesehatan perkapita.

2) Penetapan besar Iuran

Seperti diuraikan dalam prinsip-prinsip penyelenggaraan JPKM, iuran dihitung secara kapitasi berdasarkan jumlah dana yang harus diperoleh untuk menutup seluruh biaya penyelenggaraan JPKM.

Biaya penyelenggaraan JPKM terdiri atas:

a) Biaya pelayanan kesehatan

b) Biaya administrasi (termasuk pemasaran dan cadangan)

Umumnya kebutuhan biaya administrasi dan cadangan diperhitungkan 30% dari seluruh penerimaan iuaran. Sedangkan kebutuhan biaya pelayanan kesehatan berkisar 70% dari seluruh penerimaan iuran JPKM.

Iuran per orang adalah nilai uang yang dibebankan sama rata kepada setiap peserta (kapita) akan mencakup seluruh biaya yang diperlukan untuk penyelenggarakan JPKM. Besarnya iuran perkapita per bulan dihitung sebagai berikut:

1. Besarnya biaya pelayanan kesehatan perkapita = 70% dari iuran perkapita
2. Besarnya biaya pelayanan kesehatan per kapita = Rp. X
3. Besarnya iuran perkapita perbulan = 100/70 x Rp.X

Iuran per kapita disebut juga biaya per anggota per bulan. Jadi apabila satu keluarga terdiri dari 5 jiwa, maka iuaran yang harus dibayarkan perbulan adalah 5X angka iuran perkapita. Untuk kelompok peserta yang terdiri dari 100 orang, maka iuaran yang harus dibayar oleh kelompok perbulan ialah 100 x angka iuran per kapita.

2.10.4 Kapitasi dan sistim bagi hasil

Perhitungan kapitasi kepada PPK telah diatur dalam edaran direktur Jendral Pembinaan Kesehatan Masyarakat No.862/BM/DJ/BPSM/VIII/94 tertanggal 1 Agustus 1994.

Tentang *Risk Profit Sharing* (RPS) atau sistim bagi hasil telah diatur dalam Permenkes No.571/ 1993 pasal 26 dalam bentuk pengaturan dana cadangan bersama, yang besarnya sekitar 15% - 45% dari seluruh pembayaran yang harus dilakukan kepada PPK.

1.Pengertian kapitasi

Cara perhitungan berdasarkan jumlah kepala yang terikat dalam kelompok tertentu. Kepala disini berarti orang atau peserta atau anggota. Pembayaran bagi pemberi pelayanan kesehatan (PPK) dengan sistim kapitasi adalah pembayaran yang dilakukan oleh suatu

lembaga kepada PPK atas jasa pelayanan kesehatan yang diberikan kepada anggota lembaga tersebut dengan membayar dimuka sejumlah dana sebesar perkalian jumlah anggota dengan satuan biaya *(unit cost)* tertentu.Yang dimaksud lembaga disini adalah badan penyelenggara asuransi kesehatan atau badan penyelenggara JPKM seperti PT Astek dan PT Askes Indonesia. Sedangkan yang dimaksud dengan satuan biaya *(unit cost)* adalah harga rata-rata pelayanan kesehatan per kapita (disebut juga satuan biaya kapitasi) yang disepakati kedua pihak (PPK dan Lembaga), untuk diberlakukan dalam jangka waktu tertentu.

2. Dasar perhitungan

Satuan biaya kapitasi ditetapkan berdasarkan perkiraan besarnya resiko, gangguan kesehatan yang memerlukan pelayanan kesehatan dalam kelompok anggota lembaga pendanaan kesehatan tersebut dalam waktu tertentu.

Faktor-faktor yang menentukan perhitungan satuan biaya kapitasi, yaitu:

1. Bentuk-bentuk gangguan masalah kesehatan yang umumnya dialami anggota ditentukan beserta prevalensinya selama data penyakit yang umum.
2. Data karateristik anggota berdasarkan umur, jenis kelamin, pekerjaan dan sebagainya, serta penyakit-penyakit yang biasanya mengikuti golongan umur/ jenis kelamin atau pekerjaan tertentu.
3. Jenis-jenis pelayanan kesehatan yang dibutuhkan untuk mengatasi gangguan kesehatan tersebut beserta tarifnya.

Jenis pelayanan dapat diperinci menurut:

a. Rawat jalan: - tk.I atau rawat jalan dasar

- tk. II atau rawat jalan spesialistik/ penunjang diagnostik.

b. Rawat inap

c. Rawat darurat

4. Tingkat penggunaan pelayanan kesehatan oleh anggota. Hal ini dapat diperhitungkan dan data prosentase kunjungan anggota yang menggunakan pelayanan pada waktu-waktu sebelumnya. Perhitungan Pembayaran PPK secara kapitasi.

Perhitungan pembayaran kapitasi didasarkan atas perhitungan biaya perkepala (perkapita) untuk pelayanan yang harus diberikan bagi setiap peserta, dalam jangka waktu tertentu (biaya pelayanan kapitasi). Dengan cara pembayaran ini, maka biaya yang harus dibayar oleh badan penyelenggara JPKM kepada PPK tidak tergantung dari jumlah kunjungan peserta yang dilayani PPK, melainkan ditentukan oleh jumlah peserta yang mendaftar dan lamanya dijamin.

3. Teknik Penetapan angka kapitasi

Balas jasa tersebut dibayarkan dimuka (pre-paid) sebelum pelayanan dimulai dalam bulan yang bersangkutan, demikian seterusnya sampai akhir tahun (kontrak, selesai), langkah-langkah penetapan kapitasi:

a. Analisis Pemanfaatan *(Utilisasi)*

Fase ini adalah menentukan prakiraan utilisasi Puskesmas oleh peserta dalam 1 bulan yang dirinci menurut jenis kegiatannya seperti: pelayanan dokter umum, pelayana dokter gigi, pencegahan/ imunisasi , KB, pemeriksaan Balita, prenatal, dan lain-lain. Angka utilisasi ini biasanya dalam per 100 peserta yang terdaftar.

b. Analisis Biaya Satuan *(Unit cost)*

Menentukan biaya satuan dari setiap kegiatan tersebut diatas. Biasanya sulit untuk menentukan biaya satuan ini oleh karena perlu survey sendiri. Namun demikian apabila terpaksa dapat saja menggantikan dengan perda yang berlaku sehingga kapitasi yang dibayarkan oleh Bapel adalah harga dengan subsidi pemerintah, padahal prinsip adalah supaya PPK tersebut mandiri.

c. Penetapan angka Kapitasi

Setelah langkah a dan b selesai dapat dimulai dengan penetapan angka kapitasi.

4. Manfaat kapitasi

1. Ada jaminan tersedianya anggaran untuk pelayanan kesehatan yang akan diberikan.
2. Ada dorongan untuk merangsang perencanaan yang baik dalam pelayanan kesehatan, sehingga dapat dilakukan:
   a. Pengendalian biaya pelayanan kesehatan per anggota.
   b. Pengendalian tingkat penggunaan pelayanan kesehatan
   c. Efesiensi biaya dengan penyerasian upaya promotif-preventif dengan kuratif-rehabilitatif.
   d. Rangsangan untuk menyelenggarakan pelayanan kesehatan yang bermutu, efektif dan efesien.
   e. Peningkatan pendapatan untuk PPK yang bermutu
   f. Peningkatan kepuasan anggota yang akan menjamin tersedianya sumber dana untuk kelangsungan jaminan pemeliharaan kesehatan masyarakat.

5. Sistim Bagi Hasil (Risk Profit Sharing =RPS)

Metode Penerapan RPS

Peraturan pelaksanan JPKM menetapkan bahwa RPS harus diterapkan dalam penyelenggaraan JPKM dengan *withhold* (ditahan) antara 15-45% dari kapitasi, dengan demikian pembayaran kapitasi yang dibayarkan oleh bapel kepada PPK maksimum sebesar 85% dan minimum 55%. Bila dana yang disediakan Bapel dibayarkan 80% kepada PPK

yang ditunjuk, sisanya 20% ditahan *(withhold)* dan disimpan tersendiri dan dipilah-pilah menurut PPK masing-masing yang ditunjuk. Setiap PPK yang ditunjuk dan terikat kontrak dengan Bapel mendapat pembayaran pra upaya (kapitasi) 80% pada awal bulan sampai dengan kontrak selama 1 tahun, PPK bersama-sama dengan Bapel membuat perhitungan dan *withhold* dan terdapat beberapa kemungkinan sebagai berikut:

1. Bila realisasi biaya pelayanan kesehatan di PPK 80% atau kurang, maka maksimum profit sharing yang diterima oleh PPK adalah sebesar biaya RPS pada masing-masing pihak pelayanan kesehatan.
2. Bila realisasi biaya pelayanan kesehatan di PPK lebih dari 80% sampai 100%, maka besarnya profit yang diterima oleh PPK adalah sebagian dari sharing.
3. Bila realisasinya biaya pelayanan kesehatan di PPK lebih dari 100%, maka resiko kerugian dibayar melalui biaya risk sharing dan bila belum mencukupi dapat diambil dari biaya *loss cover* dan asuransi *(Rasuransi)*

2.11 Standar persyaratan Bapel, Bapim, PPK dan Peserta

Pelaksanaan JPKM Mandiri di kabupaten Tulungagung tidak dapat terlepas dari peran bapim, bapel, PPK dan masyarakat. Sesuai dengan hasil penelitian, dilakukan penyusunan standar persyaratan Bapel, Bapim, PPK dan masyarakat..

Persyaratan yang harus dimiliki oleh Bapim dalam pelaksanaan JPKM mandiri adalah:

a. Bapim berperan sebagai pemberi kebijakan terhadap Bapel, PPK dan Masyarakat

b. Bapim sebagai donor dalam pelaksanaan JPKM

c. Bapim mampu menjaga mutu pemeliharaan kesehatan

d. Bapim perlu memiliki pengetahuan yang luas terhadap pelaksanaan JPKM

Persyaratan yang harus dimiliki oleh bapel dalam pelaksanaan JPKM mandiri adalah:

a. Bapel perlu memiliki pengetahuan yang luas terhadap pelaksanaan JPKM

b. Bapel berbentuk badan hukum

c. Rencana usaha JPKM yang menjadi tanggung jawab bapel meliputi rencana pemasaran, rencana pemeliharaan kesehatan, dan rencana keuangan.

Bapel memiliki modal dalam bentuk setoran yang jumlahnya paling sedikit sama dengan anggaran operasional selama tiga (3) bulan (25%) penyelenggaraan JPKM atau mendapat jaminan dari pemerintah atau organisasi yang dianggap mampu

Persyaratan yang harus dimiliki oleh PPK dalam pelaksanaan JPKM mandiri adalah:

a. PPK perlu memiliki pengetahuan yang luas terhadap pelaksanaan JPKM

b. PPK memiliki akreditasi dari pemerintah, baik dari segi ketenagaan, peralatan atau fasilitas, dan kemampuan memberikan pelayanan

c. PPK memberikan pelayanan sesuai dengan standar pelayanan medik (SOP) yang ditetapkan

Persyaratan yang harus dimiliki oleh peserta dalam pelaksanaan JPKM mandiri adalah:

a. Masyarakat perlu memiliki pengetahuan yang luas terhadap pelaksanaan JPKM
b. Adanya kemampuan dari masyarakat dalam kepesertaan JPKM (*ability to pay*)
c. Adanya kemauan dari masyarakat dalam kepesertaan JPKM (*willingness to pay*)

2.12 Pengertian Jasa

Konsep pemasaran sosial inilah yang juga dijadikan pedoman oleh para produsen jasa. Menjual jasa tidaklah semudah menjual barang, karena jasa bersifat tidak nyata. Konsumen hanya bisa mengetahui kualitas jasa bila mereka telah menikmati jasa tersebut.

Sejumlah pakar pemasaran telah berupaya memberikan definisi jasa secara konklusif, namun hingga kini belum ada satu definisi yang bisa diterima secara utuh, namun sebagai acuan beberapa definisi diantaranya adalah :

1. Philip Kolter (1997) mendefinisikan jasa sebagai "Setiap tindakan yang ditawarkan oleh suatu pihak kepada pihak lain yang secara prinsip *intangible* dan tidak menyebabkan kepemilikan. Produksinya bisa dan juga tidak terikat kepada suatu produk fisik."
2. Leonard L. Barry (1996) mendefinisikan jasa sebagai "Tindakan, prosedur, aktifitas, proses dan unjuk kerja yang tidak terlihat."
3. Andrian Payne (1993) mendefinisikan jasa sebagai "Aktifitas ekonomi yang memiliki sejumlah elemen *intangible* yang terkait dengannya melibatkan sejumlah interaksi dengan konsumen atau dengan barang-barang, dan tidak menghasilkan

transfer kepemilikan. Perubahan dalam kondisi bisa saja muncul dan produksi suatu jasa bisa saja atau bisa juga tidak mempunyai kaitan dengan produk fisik."

4. R.G. Mudrick (1990) mendefinisikan jasa dari segi penjualan dan konsumsi, jasa adalah *intangible* (seperti kenyamanan , hiburan, kecepatan, kesenangan dan kesehatan) serta *perishable*, jasa diproduksi dan dikonsumsi secara simultan.

Dari beberapa pengertian diatas terkesan sederhana dan langsung, namun demikian sejumlah produk, terdapat kekurangjelasan antara prodok fisik dan jasa. Televisi dan radio adalah produk fisik, tapi tak akan berarti jika tak ada jasa penyiaran. Maka Zeiltaml dan Bitner (1996) merangkum dari semua definisi diatas, yaitu "jasa mencakup semua aktifitas ekonomi yang outputnya bukan prooduk fisik, yang secara umum diproduksi dan dikonsumsi dilakukan dalam waktu bersamaan, dan nilai tambah yang diberikan adalah kenyamanan, liburan, kecepatan, dan kesehatan yang *intangible* bagi semua pembelinya.

2.12. 1 Karakteristik Jasa

Zeiltham dan Bitner (1996) memberikan karakteristik jasa secara baik dan jelas, adalah :

1. Jasa tak bisa dilihat, dirasakan, dicicipi ataupun disentuh.
2. Fluktuasi permintaan jasa sering sulit untuk dikendalikan, sebagai ilustrasi permintaan kamar hotel yang meningkat tajam pada musim liburan dan turun saat bukan musim liburan, padahal hotel mempunyai persediaan kamar yang tetap sepanjang tahun.

3. Jasa tak dapat dipatenkan secara sah sehingga suatu konsep jasa sangat mudah untuk ditiru oleh pesaing. Yang bisa dilindungi perangkat hukum hanya merek yang membungkus jasa tersebut.
4. Jasa tidak bisa dipajang dalam estalase dan tak mudah mengkonsumsinya kepada konsumen sehingga konsumen sulit membuat pembuat penilaian baik buruknya suatu jasa.
5. Penentuan harga jasa sulit dilakukan karena sulit untuk membedakan mana biaya tetap mana biaya operasional.

Philip Kotler (1993) menjelaskan karakteristik jasa yang lebih sederhana, antara lain :

1. Jasa tidak berwujud sehingga tak bisa dideteksi oleh panca indera manusia.
2. Jasa dihasilkan dan dikonsumsi secara bersama-sama.
3. Jasa sangat bervariasi karena tergantung dari siapa penyajinya dan kapan serta dimana disajikan.
4. Jasa tidak dapat disimpan.

Karakteristik mendasar dari jasa itulah yang menjadi dasar perbedaan prinsip antara konsep pemasaran barang dan jasa. Karena sifatnya yang intangible, maka abstraksi tidak diperlukan lagi. Oleh karena itu dalam memasarkan jasa, produsen harus menekankan perhatian konsumen ke hal-hal yang bersifat tangible untuk menonjolkan realitas dan jasa yang ditawarkannya. Sebagai contoh, bila hendak menyewakan mobil jangan menawarkan jenis mobilnya, tapi ditekankan kepada berapa banyak penumpang

yang dapat diangkut, adakah asuransinya, diambil sendiri atau diantar, konsumsi bahan bakar, disediakan pengemudi atau tidak, dan lain-lain.

Industri jasa pada umumnya tertinggal dari produsen dalam mengadopsi dan menetapkan konsep-konsep pemasaran, akan tetapi sekarang telah berubah, Christian Gronross (1984) menyatakan bahwa pemasaran jasa tidak hanya memerlukan pemasaran sederhana berdasarkan konsep 4 P saja namun harus pula memperhatikan strategi lain yaitu pemasaran internal dan interaktif. Pemasaran internal berarti bahwa perusahaan jasa harus melatih dan memotifasi seluruh karyawan secara kontinyu, terutama mereka yang berhadapan langsung dengan pelanggan agar dapat memberikan pelayanan terbaik ke konsumen. Sedangkan pemasaran interaktif berarti penerimaan mutu jasa sangat tergantung pada kualitas interaksi pembeli – penjual, sehingga perusahaan harus memperhatikan cara-cara penyampaian jasa kepada konsumen.

2.12.2 Kualitas Jasa

Semakin pesatnya perkembangan industri jasa menuntut para produsen untuk meningkatkan kualitasnya dengan tidak menambah biaya. Disamping itu semakin mengglobalnya dunia mendorong konsumen semakin kritis dalam mengevaluasi kinerja para produsen jasa.

1. Parasuman, Zeithaml dan Barry (1990) merumuskan kualitas jasa sebagai berikut " *Service quality, as perceived by the customers can be defined as the extent of disperancy between customer expectation or desires and their perception.*" Kualiatas jasa yang dirasakan oleh konsumen dapat didefinisikan sebagai perbedaan antara apa

yang diharapkan konsumen dengan persepsi mereka, perbedaan antara harapan konsumen mengenai penyedia jasa secara keseluruhan dengan kinerja aktual penyedia jasa yang dirasakan mendorong timbulnya persepsi tentang kualitas jasa.

Dari kaca mata produsen, keinginan konsumen terhadap kualitas jasa diwujudkan dalam berbagai upaya untuk memoles cara-cara penyajian jasa, baik sebelum, selama dan sesudah jasa itu disampaikan. Adapun factor-faktor yang membentuk kualitas jasa menurut Parasuraman, Zeithaml dan Barry (1990) adalah :

1. Faktor *tangibles*, yaitu tampilan fisik yang dapat dilihat, dirasakan dan disentuh oleh konsumen, misalnya peralatan, personel, bangunan dan komunikasi dan penyedia jasa.
2. Faktor *reliability*, yaitu kemampuan untuk memberikan seperti yang dijanjikan.
3. Faktor *responsiveness*, yaitu kemauan untuk membantu pelanggan dan memberikan pelayanan yang tepat.
4. Faktor *assurance*, yaitu pengetahuan karyawan tentang produk yang ditawarkan, kesopanan karyawan menghadapi pelanggan dan kemauan mereka untuk membuat pelanggan merasa aman, percaya dan yakin.
5. Faktor *empathy*, yaitu kemampuan memberikan pelayanan yang bersifat pribadi kepada tiap induvidu pelanggannya. Faktor ini biasanya diberikan kepada konsumen yang memberikan kontribusi relative besar kepada pendapatan perusahaan, misalnya pelayanan *personal banking* untuk para deposan yang memiliki simpanan diatas lima ratus juta.

2.12.3 Konsumen Jasa

Konsep pemasaran menekankan bahwa pemasaran yang menguntungkan bermula penemuan dan pemahaman terhadap berbagai kebutuhan dan keinginan konsumen sebagai dasar dari pengembangan bauran pemasaran yang ditunjukan untuk memenuhi hal tersebut. Dengan demikian pemahaman terhadap konsumen keinginan dan kebutuhan merupakan bagian integral dari keberhasilan konsumen.

Jean paul Peter dan James H. Donelly Jr.,(1986), menjelaskan bahwa perilaku kosumen jasa berlangsung dalam beberapa proses, antara lain :

1. Proses pengenalan kebutuhan, awal dari perilaku adalah kesadaran bahwa ada kebutuhan atau keinginan yang belum terpenuhi. Perilaku konsumen jasa tidak jauh berbeda dengan perilaku konsumen barang karena pembelian barang atau jasa adalah sarana untuk memenuhi kebutuhan.
2. Pencarian alternatif, konsumen mengidentifikasi kebutuhan dan keinginannya, maka segera ia bergerak untuk mencari alternative pemenuhan atau pemuasan.
3. Proses evaluasi alternatif, setelah informasi cukup maka konsumen mulai mengolah seluruh pengetahuan untuk memilih satu yang dianggap terbaik.
4. Proses pembelian, kosumen cenderung meminimalkan resiko berdasarkan kepada kualifikasi jasa tertentu yang diterimanya. Ini bisa dilakukan dengan mengurungi konsekuensi yang mungkin atau dengan mengurangi ketidakpastian. Apabila konsumen bersedia untuk tidak mengurangi resiko maka hal ini didasarkan pada besarnya loyalitas terhadap merk jasa yang bersangkutan.

5. Perasaan setelah membeli, puas tidaknya konsumen terhadap jasa yang telah dinikmati tergantung pada evaluasi mereka terhadap jasa yang bersangkutan. Faktor ini sangat menentukan produsen jasa dalam bersaing di pasar. Konsumen biasanya akan lebih setia terhadap jasa dari pada barang, karena biaya pemindahan antar jasa akan lebih mahal dari pada antar barang

2.13 Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan

Pemanfaatan dimaksudkan sebagai pelayanan yang telah diterima pada tempat atau pemberi pelayanan kesehatan (Supriyanto, 1998). Beberapa faktor yang mempemgaruhi pemanfaatan atau penggunaan pelayanan kesehatan digolongkan oleh beberapa ahli dalam beberapa model, yaitu :

1. Model Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan .

Di dalam model pemanfaatan pelayanan kesehatan *(utilization)* menurut Dever (1984) dikemukakan bahwa factor yang mempengaruhi pemanfaatan atau penggunaan pelayanan kesehatan adalah :

a. Faktor Sosio Kultural yang meliputi :

1). Norma dan nilai yang ada di masyarakat.

Norma, nilai sosial dan keyakinan yang ada di masyarakat akan mempengaruhi seseorang dalam bertidak termasuk dalam pemanfaatan pelayanan kesehatan.

2). Teknologi yang digunakan dalam pelayanan kesehatan.

Kemajuan di bidang teknologi dapat mengurangi angka kesakitan, sehingga secara tidak langsung dapat mengurangi pula pemanfaatan pelayanan kesehatan. Tetapi kemajuan teknologi juga dapat meningkatkan pemanfaatan pelayanan kesehatan, seperti pada kasus-kasus yang memerlukan teknologi penyinaran.

b. Faktor Organisasional

1). Ketersediaan Sumber Daya

Sumber Daya yang cukup baik dari kualitas maupun kuantitas, sangat mempengaruhi pelayanan kesehatan.

2). Keterjangkauan lokasi

Keterjangkauan lokasi, berkaitan dengan keterjangkauan tempat dan waktu yang diukur dengan jarak dan waktu tempuh, serta biaya perjalanan, seseorang akan mempertimbangkan hal ini bila akan memanfaatkan pelayanan kesehatan.

3). Keterjangkauan sosial

konsumen akan mempertimbangkan sikap petugas kesehatan terhadap konsumen karena atribut petugas seperti umur, etnis, jenis kelamin dan kemampuan membayar.

4). Karakteristik dari struktur organisasi formal dan dari cara pelayanan kesehatan.

Pelayanan kesehatan ada yang mempunyai struktur organisasi formal seperti Puskesmas, Rumah Sakit, dan ada yang tidak formal seperti praktek perorangan

c. Faktor interaksi konsumen-provider

1). Faktor yang berhubungan dengan konsumen :

Tingkat kesakitan atau kebutuhan yang dirasakan oleh konsumen berhubungan langsung dengan pemanfaatan atau penggunaan pelayanan kesehatan. Kebutuhan terdiri atas kebutuhan yang dirasakan (*perceived need*) dan *evaluate need* (critical diagnosis). Perceived need dipengaruhi oleh :

a) Faktor sosio demografi, meliputi umur, sex, ras, status perkawinan, jumlah keluarga, status sosial ekonomi (pendidikan, pekerjaan dan penghasilan).

b) Faktor sosio psikologis, meliputi persepsi sakit, gejala sakit, kepercayaan atau keyakinan terhadap layanan medis

c) Faktor epidemiologis : morbiditas, moralitas, disability dan factor resiko.

2. Faktor yang berhubungan dengan provider :

a) Faktor ekonomi yang meliputi adanya barang subsidi, dan keterbatasan pengetahuan konsumen tentang penyakit yang dideritanya.

b) Karakteristik provider yang meliputi tipe pelayanan, sikap petugas, keahlian petugas dan fasilitas yang dipunyai oleh pelayanan kesehatan tersebut.

2.14 *Focus Group Discussion* (FGD)

Focus Group Discussion (FGD) atau diskusi kelompok terarah adalah salah satu teknik dalam pengumpulan data kualitatif, dimana sekelompok orang berdiskusi dengan pengarahan seorang moderator (Qomarudin, 1998).

1. Karakteristik

a. Kelompok FGD harus cukup kecil, peserta terdiri dari 6 – 12 orang dengan maksud agar setiap individu mendapat kesempatan untuk mengeluarkan pendapatnya.

b. Umumnya FGD dilaksanakan pada populasi sasaran yang homogen (mempunyai cirri-ciri yang sama), cirri-ciri yang sama tersebut ditentukan oleh tujuan dari penelitian.

c. FGD bertujuan untuk mengumpulkan data mengenai persepsi peserta.

2. Tata cara pelaksanaan FGD

a. Tempat duduk diatur sedemikian rupa sehingga peserta termotivasi untuk mengeluarkan pendapatnya dan dapat saling mendengar suara moderator dan peserta.

b. Tempat harus netral, sebaiknya tidak melakukan FGD di tempat yang menjadi topik dari FGD tersebut.

c. Tersedia alat Bantu diskusi misalnya tape rekorder, panduan diskusi, slide atau proyektor.

d. Notulen atau pencatat harus ada dan bertindak sebagai pengamat selama FGD berlangsung, selain mencatat hasil diskusi.

3. Keuntungan FGD

a. *Sinergisme* : suatu kelompok mampu menghasilkan informasi, ide dan pandangan yang lebih luas.

b. *Snowballing* : komentar yang didapat secara acak dari responden dapat memacu mulainya suatu reaksi rantai respon yang menghasilkan ide baru.

c. *Stimulation* : pengalaman dalam kelompok sendiri merupakan sesuatu yang menyenangkan dan mendorong partisipasi.

d. *Security* : individu responden merasa aman di dalam kelompok dan lebih merasa bebas mengutarakan perasaan atau pikiran.

e. *Spontanitas* : individu tidak diharapkan menjawab setiap pertanyaan, karena itu diharapkan bahwa jawaban lebih memiliki arti, karena melakukan suatu proses kelompok.

4. Kerugian FGD

a. FGD mudah dilaksanakan tetapi sulit melakukan persepsi data.

b. Membutuhkan moderator yang terampil

c. FGD cepat selesai sehingga sering digunakan oleh pembuat keputusan untuk mendukung dugaan atau pendapat pembuat keputusan.

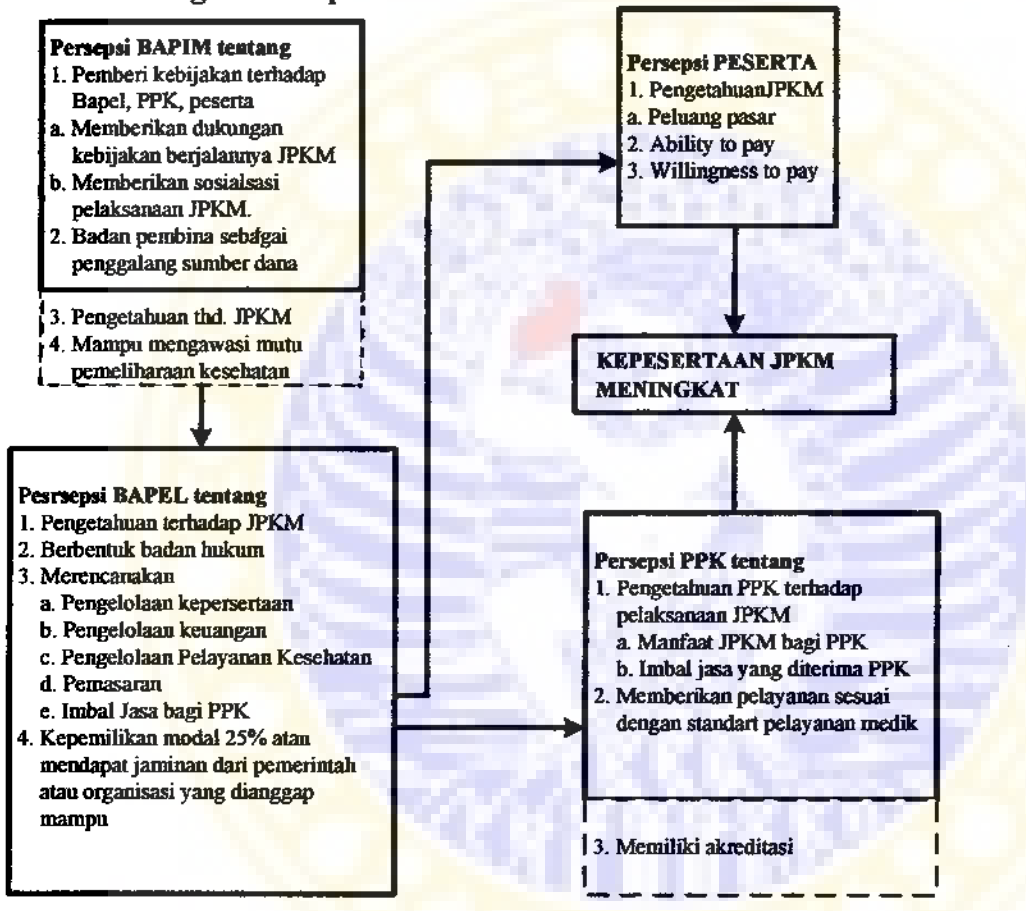
Dalam penelitian ini FGD dilakukan dengan tujuan untuk mengumpulkan pendapat, komentar dari pelaksanaan JPKM - Mandiri Yayasan Bina Husada di Kabupaten Tulungagung

BAB III
KERANGKA KONSEPTUAL

BAB 3

KERANGKA KONSEPTUAL

1.1 Kerangka konseptual



——— = diteliti

•••••••••••••• = tidak diteliti

Gambar 3.1: Kerangka konsep

Kepesertaan meningkat dipengaruhi persepsi Bapim, Bapel, PPK dan peserta.

Dari bagan diatas dalam penelitian ini, JPKM sebagai cara penyelenggaraan pemeliharaan kesehatan dengan empat pelaku dapat digambarkan sebagai suatu tatanan dengan empat pelaku. Pelaku-pelaku tersebut adalah:

1. Bapim sebagai Badan Pembina yang melaksanakan fungsi untuk mengembangkan, membina dan mendorong penyelenggaraan JPKM.
2. Bapel sebagai Badan Penyelenggara JPKM yang bertanggungjawab atas penyelenggaraan JPKM.
3. PPK Sebagai Pelaksana Pelayanan Kesehatan yang terorganisir, dan dapat memberikan pemeliharaan kesehatan secara efektif dan efisien berupa paket pemeliharaan kesehatan.
4. Peserta, masyarakat tertentu *(defined)* yang mendaftarkan diri dalam suatu keluarga, kelompok, atau unit organisasi dengan membayar sejumlah iuran tertentu secara teratur untuk membiayai pemeliharaan kesehatan. (Departemen Kesehatan, 2000)

BAB IV
METODE PENELITIAN

BAB 4

METODE PENELITIAN

4.1 Rancang Bangun Penelitian

Rancangan penelitian ini adalah penelitian observasional yang dilakukan secara Cros Secsional.. Observasi dilakukan dengan teknik wawancara, dengan panduan kuesioner, terdiri empat aspek persepsi Bapim, Bapel, PPK, dan Peserta pada JPKM - Mandiri Yayasan Bina Husada di Kabupaten Tulungagung.

4.2 Populasi,Besar Sampel, dan cara Pengambilan Sampel

4.2.1 Populasi

Populasi penelitian adalah seluruh anggota Bapim dan Bapel, petugas PPK dan peserta JPKM Mandiri Yayasan Bina Husada di Kabupaten Tulungagung, tahun 2004.

4.2.2 Besar sampel

Populasi terdiri dari empat macam Bapim, Bapel, PPK dan peserta. Untuk Bapim,Bapel dan PPK diambil dari seluruh anggota maupun petugas pada Yayasan JPKM Mandiri Bina Husada. Jumlahnya anggota Bapim 6 orang , anggota Bapel 6 orang , petugas PPK 6 orang dan peserta sebanyak 70.

Untuk peserta jumlah populasi 86, sampel yang diambil menggunakan rumus:

Cochran " Sampling Technique " New York : John Wiley & Son Inc, 1977, (dalam metodologi Riset, Supriyanto, 2000)

$$n = \frac{Z^2 . p.q}{d^2}$$

n = besar sampel yang diinginkan

Z = deviasi normal standar, biasanya masyarakat ditentukan 1,96 yang sebanding dengan tingkat keyakinan (confidente level 0,95)

p = proporsi dalam populasi sasaran yang ditaksir memiliki ciri khusus. Kalau tak ada taksiran populasi diketahui, digunakan 50% (0,50).

q = 1 – p

d = tingkat kecermatan yang diinginkan, biasanya di masyarakat ditentukan pada 0,05. Laboratorium 0,01.

$$n = \frac{(1,96)^2 . (0,50)(0,50)}{(0,05)^2} = 384$$

Apabila N (populasi) < 10.000, besar sampel yang diperlukan akan lebih kecil. Untuk itu perlu dihitung taksiran sampel baru dengan rumus:

$$nf = \frac{n}{1+\frac{n}{N}}$$

nf = besar sampel yang diinginkan (populasi kurang dari 10.000)

n = besar sampel yang diinginkan (populasi lebih dari 10.000) = 384

N = taksiran besar populasi

$$nf = \frac{384}{1+\frac{n}{N}} = \frac{384}{1+\frac{384}{86}} = \frac{384}{1+4,5} = \frac{384}{5,5} = 69,8 = 70$$

4.2.3 Cara Pengambilan Sampel

Untuk Bapim, Bapel dan PPK diambil dari semua anggota maupun petugas jumlahnya masing – masing 6 orang, sedangkan pada peserta diambil sample secara acak sebanyak 70 orang dari peserta yang jumlahnya 86 orang yang masih menjadi peserta JPKM MandiriYayasan Bina Husada di Kabupaten Tulungagung .

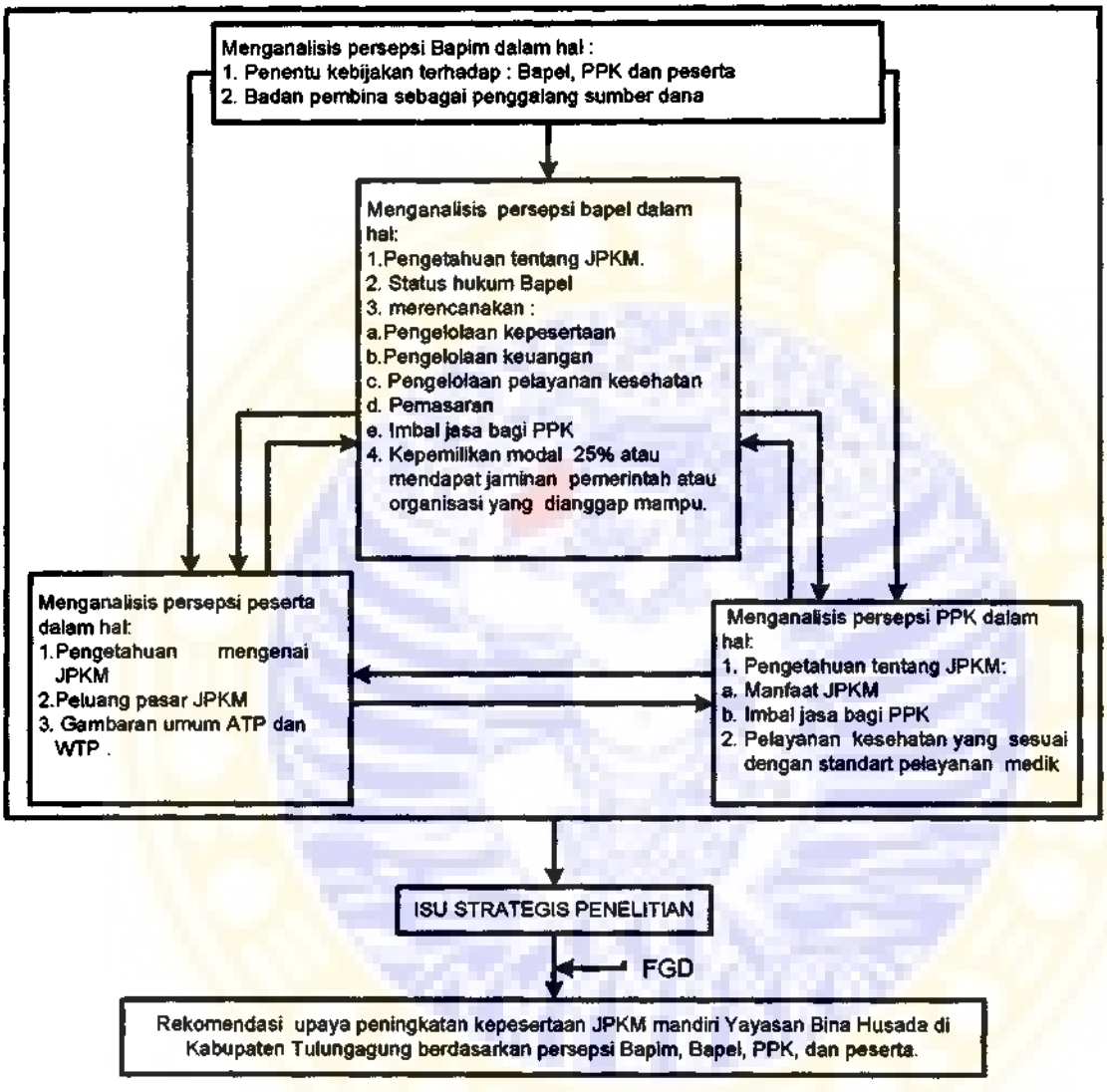
4.3 Lokasi dan waktu Penelitian

Penelitian di lakukan di Kab. Tulungagung . Waktu Penelitian selama 2 bulan di mulai bulan Nopember sampai bulan Desember 2004.

4.4 Cara pengumpulan data

Data primer yang dibutuhkan dalam penelitian ini meliputi persepsi Bapim, Bapel, PPK dan peserta dilakukan wawancara dengan bantuan kuesioner, data sekunder dikumpulkan dari Bapel JPKM Mandiri Yayasan Bina Husada di Kabupaten Tulungagung.

4.5 Kerangka operasional Penelitian



Gambar 4.1: Kerangka Operasional Penelitian

Penjelasan Kerangka Operasional:

1. Bapim sebagai Badan pembina memberikan kebijakan terhadap Bapel, PPK dan Peserta dalam pelaksanaan JPKM.
2. Bapel sebagai Badan penyelenggara terhadap PPK memberikan pembayaran secara kapitasi.
3. Bapel sebagai Badan penyelenggara terhadap peserta memberikan paket pelayanan yang telah ditentukan
4. PPK sebagai pemberi pelayanan kesehatan hubunganya terhadap Bapel menyediakan paket pelayanan kesehatan.
5. PPK sebagai pemberi pelayanan kesehatan hubungannya terhadap peserta memberikan paket pelayanan kesehatan yang disepakati.
6. Peserta terhadap Bapel membayar iuran yang telah disepakati.
7. Peserta terhadap PPK menerima pelayanan kesehatan.

4.6 Variabel Penelitian

4.6.1 Persepsi Bapim dalam pelaksanaan JPKM dengan sub-sub variabel

1. Pemberi kebijakan terhadap pelaksanaan JPKM
2. Sebagai penggalang sumber dana bagi pelayanan yang bersifat publik goods.
3. Mampu mengawasi mutu pemeliharaan kesehatan.
4. Pengetahuan dalam pelaksanaan JPKM

4.6.2 Persepsi Bapel dalam pelaksanaan JPKM dengan sub-sub variabel

1. Pengetahuan Bapel tentang JPKM

2. Status hukum Bapel.
3. Merencanakan pemasaran
4. Merencanakan pengelolaan keuangan.
5. Memelihara paket pelayanan kesehatan yang diberikan.
6. Adanya modal 25% atau mendapat jaminan pemerintah atau organisasi yang dianggap mampu.

4.6.3 Persepsi peserta dalam pelaksanaan JPKM dengan sub-sub variabel

1. Pengetahuan peserta tentang JPKM
   a. Pengetahuan terhadap pembiayaan kesehatan pra-upaya (JPKM).
   b. Kesedian menjadi peserta.
2. *Ability to pay*
3. *Willingnes to pay*

4.6.4 Persepsi PPK dalam pelaksanaan JPKM dengan sub-sub variable

1. Pengetahuan PPK terhadap JPKM
2. Memberikan pelayanan yang sesuai dengan standar pelayanan medik
3. Memiliki akreditasi.

4.7 Definisi Operasional dan cara Pengukuran Variabel

Definisi operasional variabel dalam penelitian ini, meliputi sub variabel yang diamati dan diteliti, yang berhubungan dengan kesimpulan yang akan dikemukan dengan latar belakang masalah.

Tabel 4.1 Variabel / Sub variabel penilaian peran Bapim, Bapel, PPK, dan Masyarakat (peserta) definisi operasional, cara pengukuran, hasil pengukuran, dan skala pengukuran.

NO.	Variabel/ Sub variabel	Definisi operasional	Cara pengukurannya	Hasil pengukuran	Skala
A	**Persepsi BAPEL**				
1	Pengetahuan Bapel	Persepsi petugas tentang Pengetahuan thd. JPKM	Wawancara, dg kuesioner	Sangat setuju (4) Setuju (3) Kurang setuju (2) Tidak setuju (1) Dikelompokkan 6 - 12 = kurang baik 13 - 18 = baik > 18 = sangat baik	ordinal
2	Status Hukum	Kelengkapan dimiliki bapel agar sah scr Hukum	Wawancara, dg kuesioner	Sangat setuju (4) Setuju (3) Kurang setuju (2) Tidak setuju (1) Dikelompokkan 6 - 12 = kurang baik 13 - 18 = baik > 18 = sangat baik	Ordinal
3	Pengelolaan Kepesertaan	Cara mendapatkan peserta atau calon peserta	Wawancara, dg kuesioner	Sangat setuju (4) Setuju (3) Kurang setuju (2) Tidak setuju (1) Dikelompokkan 6 - 12 = kurang baik 13 - 18 = baik > 18 = sangat baik	Ordinal
4	Pengelolaan Keuangan	Cara pengaturan keuangan	Wawancara, dg kuesioner	Sangat setuju (4) Setuju (3) Kurang setuju (2) Tidak setuju (1) Dikelompokkan 6 - 12 = kurang baik 13 - 18 = baik > 18 = sangat baik	Ordinal

5	Pengelolaan Pelayanan kesehatan	Cara pemantauan pemanfaatan pelayanan Kesehatan	Wawancara, dg kuesioner	Sangat setuju (4) Setuju (3) Kurang setuju (2) Tidak setuju (1) Dikelompokkan 6 - 12 = kurang baik 13 - 18 = baik > 18 = sangat baik	Ordinal
6	Pemasaran	Cara pemasaran yang akan dilakukan	Wawancara, dg kuesioner	Sangat setuju (4) Setuju (3) Kurang setuju (2) Tidak setuju (1) Dikelompokkan 6 - 12 = kurang baik 13 - 18 = baik > 18 = sangat baik	Ordinal
7	Imbal jasa ke PPK	Cara pembayaran dan besarnya imbal jasa ke PPK	Wawancara, dg kuesioner	Sangat setuju (4) Setuju (3) Kurang setuju (2) Tidak setuju (1) Dikelompokkan 6 - 12 = kurang baik 13 - 18 = baik > 18 = sangat baik	Ordinal
B 1	**Persepsi BAPIM** Kebijakan thd Bapel	Adalah kebijakan yang di berikan pada Bapel dalam Pelaksanaan JPKM	Wawancara, dg kuesioner	Sangat setuju (4) Setuju (3) Kurang setuju (2) Tidak setuju (1) Dikelompokkan 6 - 12 = kurang baik 13 - 18 = baik > 18 = sangat baik	Ordinal
2	Kebijaksanaan thd. Peserta	Kebijaksanaan yang dilakukan oleh Bapim dlm. Kaitannya dengan Pelaksanaan JPKM pada peserta	Wawancara, dg kuesioner	Sangat setuju (4) Setuju (3) Kurang setuju (2) Tidak setuju (1) Dikelompokkan 6 - 12 = kurang baik 13 - 18 = baik > 18 = sangat baik	ordinal

3	Kebijaksanaan thd. PPK	Kebijaksanaan yang dilakukan oleh Bapim dlm. Kaitannya dengan Pelaksanaan JPKM pada PPK	Wawancara, dg kuesioner	Sangat setuju (4) Setuju (3) Kurang setuju (2) Tidak setuju (1) Dikelompokkan 6 - 12 = kurang baik 13 - 18 = baik > 18 = sangat baik	Ordinal
4	BadanPembina Sbg. Pengga Lang sumber Dana	Badan yang menggalang da na untuk kepentingan pe ningkatan kesehatan	dg kuesioner	Setuju (3) Kurang setuju (2) Tidak setuju (1) Dikelompokkan 6 - 12 = kurang baik 13 - 18 = baik > 18 = sangat baik	
C 1	**Persepsi Peserta** Pengetahuan Terhadap pelaksanaan JPKM	Adalah informasi yamg didapat peserta tentang pelaksanaana JPKM	Wawancara, dg kuesioner	Sangat setuju (4) Setuju (3) Kurang setuju (2) Tidak setuju (1) Dikelompokkan 70 - 140 = kurang baik 141 – 210 = baik > 210 = sangat baik	Ordinal
2	Peluang pasar JPKM	Adalah bagaimana upaya JPKM menjamin kelangsungannya.	Wawancara, dg kuesioner	Sangat bersedia (4) Bersedia (3) Kurang bersedia (2) Tidak bersedia (1) Dikelompokkan 70 - 140 = kurang baik 141 – 210 = baik > 210 = sangat baik	Ordinal
3	Ability to pay	Adalah kemampuan untuk. membayar JPKM	Wawancara, dg kuesioner	a. Sangat tidak mampu b. Tidak mampu c. Mampu d. Sangat mampu Dikelompokkan 70 - 140 = kurang baik 141 – 210 = baik > 210 = sangat baik	Ordinal

4	Willingnes to pay	Adalah kemauan untuk Membayar JPKM	Wawancara, dg kuesioner	a.Sangat tdk mampu b. Tidak mampu c. Mampu d. Sangat mampu Dikelompokkan 70 – 140 = kurang baik 141 – 210 = baik > 210 = sangat baik	Ordinal
D 1	**Persepsi PPK** Pengetahuan PPK thd JPKM	Adalah pengetahuan PPK tentang pelaksanaan JPKM.	Wawancara, dg kuesioner	Sangat setuju (4) Setuju (3) Kurang setuju (2) Tidak setuju (1) Dikelompokkan 6 – 12 = kurang baik 13 - 18 = baik > 18 = sangat baik	Ordinal
2	Manfaat JPKM	hasil yang didapat PPK dalam pelaksanaan JPKM	Wawancara, dg kuesioner	Sangat setuju (4) Setuju (3) Kurang setuju (2) Tidak setuju (1) Dikelompokkan 6 – 12 = kurang baik 13 - 18 = baik > 18 = sangat baik	Ordinal
3	Imbal jasa PPK	Adalah bentuk jasa yang diterima PPK	Wawancara, dg kuesioner	Sangat setuju (4) Setuju (3) Kurang setuju (2) Tidak setuju (1) Dikelompokkan 6 – 12 = kurang baik 13 - 18 = baik > 18 = sangat baik	Ordinal

4.8 Instrumen Penelitian

Instrumen penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah kuesioner untuk mendapatkan data primer yang dilakukan dengan wawancara pada petugas bapel, anggota Bapim, petugas PPK dan peserta pada JPKM Mandiri Yayasan Bina Husada di Kabupaten Tulungagung...

4.9 Teknik Analisa Data

Teknik analisis data yang dilakukan pada penelitian ini terdiri dari beberapa tahap yaitu:

Tahap 1: Editing merupakan kegiatan memeriksa kebenaran atau validitas data yang masuk. Kegiatannya meliputi pemeriksaan kelengkapan pengisian kuesioner, kejelasan makna jawaban dan relevansinya.

Tahap2: Coding merupakan kegiatan memberi kode pada responden yang didapatkan, sifat *unit of analysis* yang merupakan abstraksi harus ditransformasikan bentuknya menjadi kode angka. Mengklasifikasikan data yang masuk menurut kategori. Jawaban setiap kategori yang sama dikelompokkan, yang berbeda dipisah.

Tahap 3:Tabulasi merupakan kegiatan menyusun data yang masuk kedalam tabel untuk memudahkan pembuatan analisis.

Tahap 4: Analisis persepsi Bapim, Bapel, PPK dan peserta terhadap pelaksanaan JPKM Mandiri Yayasan Bina Husada di Kabupaten Tulungagung

1. Untuk Persepsi Bapim, Bapel, PPK dan peserta, digunakan skala tingkat (likert) yang terdiri dari:

a. Jawaban sangat setuju, nilai 4

b. Jawaban setuju, nilai 3

c. Jawaban kurang setuju, nilai 2

d. Jawaban tidak setuju, nilai 1

2. Untuk persepsi kesedian perserta, digunakan skala tingkat (likert), yang terdiri dari:

a. Jawaban sangat bersedia, nilai 4

b. Jawaban bersedia, nilai 3

c. Jawababan kurang bersedia, nilai 2

d. Jawaban tidak bersedia, nilai 1

3. Untuk persepsi kemampuan peserta dikatagorikan menjadi empat jawaban yang ada:

a. Jawaban tidak mampu

b. Jawaban kurang mampu

c. Jawaban mampu

d. Jawaban sangat mampu

Dari hasil persepi Bapim, Bapel dan PPK untuk masing pertanyaan diinterpretasikan dengan skala : membagi 3 range dari nilai minimal 6 dan maksimal 24, diperoleh:

6-12 = Persepsi kurang baik

13 – 18 = Persepsi baik

> 18 = Persepsi sangat baik

4. Untuk persepsi peserta, untuk masing-masing pertanyaan dinilai, dari jumlah skor

kemudian dibuat range dengan nilai minimal 70 dan maksimal 280 lalu dibuat range dengan skala :

70 –140 = Persepsi kurang baik

> 140 – 210 = Persepsi baik

> 210 = Persepsi sangat baik

Katagori untuk mengelompokkan penilaian dimasukkan menjadi isu strategi dibagi menjadi dua:

1. Untuk Persepsi Bapim, Bapel dan PPK bila nilai skor antara 6 – 12
2. Untuk persepsi Peserta bila nilai skor antara 70 – 140

Tahap 5: Hasil analisis dari persepsi Bapim, Bapel, PPK dan Peserta dalam pelaksanaan JPKM dapat dihasilkan beberapa isu strategi

Tahap 6: Berdasarkan hasil isu strategis disusun beberapa upaya yang menghasilkan rekomendasi untuk meningkatkan jumlah kepesertaan JPKM Mandiri Yayasan Bina Husada, di Kabupaten Tulungagung.

BAB V
HASIL PENELITIAN

BAB 5

HASIL ANALISIS PENELITIAN

5.1 Gambaran Umum Pelaksanaan JPKM

Dalam rangka pengembangan Program Pembiayaan pra-upaya (JPKM) di Kabupaten Tulungagung maka diperlukan usaha untuk meningkatkan kepesertaan selain pra-upaya yang selama ini telah dilakukan oleh tenaga kesehatan yang memberikan pelayanan pemeliharaan kesehatan. Pembinaan dan pengembangan JPKM di Kabupaten Tulungagung sebenarnya telah dilakukan secara intensif sejak tahun 1998. Perlu juga diketahui bahwa cikal bakal pengembangan berasal dari gerakan dana sehat JPKM pada tahun 1997. Namun sangat disayangkan angka cakupan penduduk yang terlindungi kesehatannya melalui dana sehat diakhir tahun 2004 baru mencapai 1,998 % jumlah penduduk . Hal tersebut diatas menggambarkan perlunya pengembangan JPKM di Kabupaten Tulungagung.

5.2 Gambaran Umum Karakteristik Responden

Responden pada penelitian ini adalah Bapel, Bapim, PPK dan masyarakat. Karakteristik responden antara lain dipelajari berdasarkan jabatan dan pendidikan, sedangkan responden peserta dilihat berdasarkan pendidikan dan dasar kepesertaan responden. Hasil distribusi dapat dilihat berikut ini.

Karakteristik berdasarkan status jabatan responden bapim, bapel dan PPK dalam pekerjaan, dapat dilihat hasilnya pada tabel 5.1 berikut ini.

Tabel 5.1 Distribusi Bapim, Bapel, PPK dan Peserta berdasarkan Pekerjaan pada JPKM Mandiri Yayasan Bina Husada, di Kabupaten Tulungagung, tahun 2004.

No	Status Jabatan	Penggolongan Responden							
		Bapim		Bapel		PPK		Peserta	
		N	%	N	%	N	%	N	%
1.	PNS	6	100,0	4	66,7	6	100,0	0	0
2.	Swasta	0	0,0	2	33,3	0	0,0	70	100,0
Total		6	100,0	6	100,0	6	100,0	70	100,0

Dari tabel 5.1 menunjukkan bahwa sebagian besar responden bapel (66,7%) berstatus sebagai pegawai negeri sipil (PNS), sedangkan responden bapim dan PPK seluruhnya (100%) berstatus sebagai PNS. Untuk peserta semua berstatus sebagai pegawai swasta. Karakteristik responden berdasarkan tingkat pendidikan, baik anggota bapim, bapel, PPK, maupun peserta atau masyarakat dapat dipelajari pada tabel 5.2 berikut ini.

Tabel 5.2 Distribusi Bapim, Bapel, PPK dan peserta berdasarkan Tingkat Pendidikan pada JPKM Mandiri Yayasan Bina Husada, diKabupaten Tulungagung, tahun 2004.

No	Tingkat Pendidikan	Penggolongan Responden							
		Peserta		PPK		Bapel		Bapim	
		N	%	N	%	N	%	N	%
1.	SD	22	31,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0
2.	SMP	30	42,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0
3.	SMU	13	18,6	0	0,0	3	50,0	0	0,0
4.	Akademi	3	4,3	3	50,0	2	33,3	2	33,3
5.	Perguruan tinggi	2	2,9	3	50,0	1	16,7	4	66,7
Total		70	100,0	6	100,0	6	100,0	6	100,0

Dari tabel 5.2 hasil distribusi berdasarkan tingkat pendidikan menunjukkan bahwa sebagian besar peserta lulusan SMP (42,9%), responden PPK memiliki tingkat pendidikan yang tinggi karena 50% menunjukkan responden lulusan akademi dan 50% sisanya lulusan Perguruan tinggi. Responden Bapim sebagian besar (66,7%) lulusan sarjana. Untuk responden Bapel masih menunjukkan sebagian besar (50%) anggota lulusan SMU. Karakteristik peserta yang pelu diketahui adalah dasar kepesertaan, masyarakat mengikuti JPKM perseorangan atau keluarga. Hasilnya dapat dipelajari pada tabel 5.3 berikut ini.

Tabel 5.3 Dasar kepesertaan responden JPKM Mandiri Yayasan Bina Husada di Kabupaten Tulungagung, tahun 2004

No.	Dasar Kepesertaan	Frekuensi	Persentase (%)
1.	Perorangan	39	55,7
2.	Keluarga	31	44,3
	Total	70	100,0

Dari tabel 5.3 hasil distribusi frekuensi menunjukkan bahwa sebagian besar dasar kepesertaan responden (55,7%) adalah kepesertaan perseorangan.

5.3 Persepsi Badan penyelenggara (Bapel) dalam penyelenggaraan JPKM Mandiri Yayasan Bina Husada

Penelitian ini dimaksudkan untuk mengetahui persepsi petugas bapel dalam pelaksanaan JPKM mandiri berdasarkan persepsi petugas mengenai pengetahuan bapel, status hukum bapel, pengelolaan kepesertaan oleh bapel, pengelolaan keuangan oleh bapel, pengelolaan pelayanan kesehatan oleh bapel, pemasaran JPKM oleh bapel dan imbal jasa kepada PPK

a. Persepsi responden mengenai Pengetahuan Bapel

Persepsi petugas mengenai pengetahuan bapel dipelajari melalui kewenangan bapel, bapel berbadan hukum, cara memperoleh kepesertaan, fungsi pelayanan kesehatan, dan pengelolaan keuangan JPKM Mandiri. Hasil distribusi dan persepsi dapat dipelajari pada tabel 5.4 berikut ini.

Tabel 5.4 Distribusi tingkat persepsi petugas Bapel tentang pengetahuan Bapel terkait penyelenggaraan JPKM Mandiri Yayasan Bina Husada di Kabupaten Tulungagung, tahun 2004.

Pengetahuan responden tentang Fungsi Bapel	Distribusi Rating				Jumlah Responden	Skor	Persepsi
	1	2	3	4			
1. Bapel berwenang mengatur penyeleng garaan JPKM	1	2	3	0	6	14	Baik
2. Bapel berbadan hukum (swasta/BUMN/BUMD/ Koperasi)	1	1	3	1	6	16	Baik
3. Cara memperoleh kepesertaan (melalui premi melalui media massa, kelompok sosial)	1	1	1	3	6	18	Baik
4. Fungsi pelayanan kesehatan (melalui RS, RS swasta, Poliklinik swasta, dan Puskesmas)	1	1	3	1	6	16	Baik
5. Pengelolaan keuangan ditentukan Bapim, Bapel PPK	2	4		0	6	10	Kurang baik
Rata – rata						14,8	Baik

Dari tabel 5.5 hasil distribusi menunjukkan bahwa persepsi petugas Bapel mengenai fungsi Bapel dalam penyelenggaraan JPKM Mandiri sudah baik.

Namun bila diperhatikan dengan lebih seksama, persepsi mengenai pengelolaan keuangan masih kurang baik.

b. Status hukum Bapel

Perlu diketahui mengenai persepsi responden mengenai bentuk badan hukum dan status hukum bapel untuk mengetahui keabsahan pendirian bapel.

Tabel 5.5 Distribusi tingkat persepsi petugas Bapel tentang status hukum terkait penyelenggaraan JPKM Mandiri Yayasan Bina Husada di Kabupaten Tulungagung, tahun 2004

Status Hukum Bapel	Distribusi Rating				Jumlah Responden	Skor	Persepsi
	1	2	3	4			
1. Bapel sah bisa dalam bentuk badan hukum (BUMN/Koperasi/ Swasta)	0	4	2	0	6	14	Baik
2. Status hukum Bapel (badan asuransi/non-asuransi/BUMN-BUMD/Koperasi)	1	2	3	0	6	14	Baik
Rata – rata						14	Baik

Dari tabel 5.5 hasil menunjukkan bahwa tingkat persepsi petugas Bapel mengenai bentuk badan hukum dan status hukum bapel untuk mengetahui keabsahan pendirian bapel dipersepsikan baik.

c. Persepsi Bapel dalam Pengelolaan Kepesertaan

Yang perlu diperhatikan dalam pengelolaan kepesertaan adalah cara mendapatkan peserta, cara mempertahankan peserta, jumlah target peserta, dan sifat kepesertaan sendiri. Jika anggota bapel mengetahui hal tersebut, maka monitoring pengelolaan kepesertaan dapat dilakukan. Hasil penelitian mengenai

persepsi bapel dalam pengelolaan kepesertaan dapat dipelajari pada tabel 5.6 berikut ini.

Tabel 5.6 Distribusi tingkat persepsi petugas bapel dalam pengelolaan kepesertaan terkait penyelenggaraan JPKM Mandiri Yayasan Bina Husada di Kabupaten Tulungagung, tahun 2004.

Peran Bapel dalam Pengelolaan Kepesertaan	Distribusi Rating				Jumlah Responden	Skor	Persepsi
	1	2	3	4			
1. Cara mendapat peserta (promosi organisasi/ kelompok sosial masy.)	1	1	4	0	6	15	Baik
2. Cara mempertahankan peserta (menjaga hubungan,yang baik, tanggap keluhan, membela kepentingan peserta)	2	1	3	0	6	13	Baik
3. Jumlah target peserta (minimal 5000 orang)	2	2	2	0	6	12	Kurang Baik
4. kepesertaan (individu dan kelompok)	1	1	4	0	6	15	Baik
Rata – rata						13,75	Baik

Dari tabel 5.6 hasil distribusi persepsi petugas menunjukkan bahwa pengelolaan kepesertaan baik dalam penyelenggaraan JPKM mandiri di Kabupaten Tulungagung. Persepsi petugas bapel dalam pengelolaan kepesertaan diperlukan dalam hal cara mendapatkan peserta, cara mempertahankan peserta, dan sifat kepesertaan, tetapi kurang baik dalam mengetahui jumlah target peserta.

d. Persepsi Bapel dalam Pengelolaan Keuangan

Persepsi petugas bapel dalam pengelolaan keuangan terkait dengan penetapan premi, kesesuaian penetapan premi dengan pelayanan yang diberikan, kesepakatan pengumpulan premi dan dana cadangan. Hasil distribusi untuk mengetahui persepsi petugas bapel dalam pengelolaan keuangan dapat dipelajari pada tabel 5.7 berikut ini.

Tabel 5.7 Distribusi tingkat persepsi petugas bapel dalam pengelolaan keuangan terkait penyelenggaraan JPKM Mandiri Yayasan Bina Husada di Kabupaten Tulungagung, tahun 2004

Peran Bapel dalam Pengelolaan Keuangan	Distribusi Rating				Jumlah Responden	Skor	Persepsi
	1	2	3	4			
1. Premi ditetapkan cermat, wajar, terjangkau	1	0	4	1	6	17	Baik
2. Premi ditetapkan sesuai yankes dan biaya administrasi	3	1	1	1	6	12	Kurang Baik
3. Kesepakatan pengumpulan premi	1	1	4	0	6	15	Baik
4. Sebaiknya Bapel mempunyai dana cadangan 25%.	1	1	4	0	6	15	Baik
Rata – rata						14,75	Baik

Dari tabel tabel 5.7 hasil distribusi menunjukkan secara umum persepsi petugas bapel baik dalam pengelolaan keuangan terkait dengan penyelenggaraan JPKM mandiri di Kabupaten Tulungagung, namun jika diperhatikan lebih seksama,

variabel penetapan premi sesuai pelayanan kesehatan dan biaya administrasi yang diberikan dipersepsikan kurang baik dalam penyelenggaraan JPKM mandiri tersebut.

e. Persepsi Bapel dalam Pengelolaan Pelayanan Kesehatan

Persepsi bapel dalam pengelolaan pelayanan kesehatan meliputi jenis paket pelayanan, pemantauan pemanfaatan pelayanan, dan manajemen keluhan peserta dan PPK. Hasilnya dapat dipelajari pada tabel 5.8 berikut ini.

Tabel 5.8 Distribusi tingkat persepsi petugas bapel dalam pengelolaan pelayanan kesehatan terkait penyelenggaraan JPKM Mandiri Yayasan Bina Husada di Kabupaten Tulungagung, tahun 2004

Peran Bapel dalam Pengelolaan Yankes	Distribusi Rating				Jumlah Responden	Skor	Persepsi
	1	2	3	4			
1. Jenis paket pelayanan	1	2	1	2	6	16	Baik
2. Pemantauan pemanfaatan yankes oleh Bapim, Bapel, LSM	0	3	0	3	6	18	Baik
3. Manajemen keluhan peserta dan PPK dilakukan oleh Bapel	1	2	2	1	6	15	Baik
Rata – rata						16,3	Bik

Dari tabel 5.8 persepsi petugas Bapel menunjukkan bahwa jenis paket pelayanan, pemantauan pemanfaatan pelayanan, dan manajemen keluhan peserta dan PPK dipersepsikan dengan baik dalam penyelenggaraan JPKM mandiri di Kabupaten Tulungagung.

f. Persepsi tentang pemasaran oleh Bapel

Persepsi tentang pemasaran oleh bapel terkait penyelenggaraan JPKM mandiri dipelajari berdasarkan konsep pemenuhan kebutuhan masyarakat, keinginan dan

kepuasan. Selain itu dilihat pula konsep pemasarannya dimasa mendatang. Hasilnya dapat dipelajari pada tabel 5.9 berikut ini.

Tabel 5.9 Distribusi tingkat persepsi petugas Bapel tentang pemasaran terkait penyelenggaraan JPKM Mandiri Yayasan Bina Husada di Kabupaten Tulungagung, tahun 2004.

Peran pemasaran oleh Bapel	Distribusi Rating				Jumlah Responden	Skor	Persepsi
	1	2	3	4			
1. Pemasaran dengan pemenuhan kepuasan, keinginan dan kebutuhan	2	2	2	0	6	12	Kurang Baik
2. Pemasaran JPKM sesuai konsep yang ada untuk masa mendatang	2	3	1	0	6	11	Kurang Baik
Rata – rata						11,5	Kurang Baik

Dari tabel 5.9 persepsi petugas Bapel menunjukkan bahwa pemasaran oleh bapel kurang baik dalam penyelenggaraan JPKM mandiri di Kabupaten Tulungagung.

g. Imbal jasa PPK oleh Bapel

Imbal jasa PPK oleh bapel ditentukan dengan kapitasi dan bagi hasil sebesar 60%. Hasilnya dapat dipelajari pada tabel 5.10 berikut ini.

Tabel 5.10 Distribusi tingkat persepsi petugas Bapel tentang imbal jasa PPK oleh bapel terkait penyelenggaraan JPKM Mandiri Yayasan Bina Husada di Kabupaten Tulungagung, tahun 2004

Imbal Jasa PPK oleh bapel	Distribusi Rating				Jumlah Responden	Skor	Persepsi
	1	2	3	4			
1. Imbal jasa PPK dengan kapitasi dan bagi hasil	1	1	2	2	6	17	Baik

2. Imbal jasa PPK sebesar 60%	1	5	0	0	6	11	kurang Baik
Rata – rata						14	Baik

Dari tabel 5.10 persepsi petugas Bapel menunjukkan bahwa imbal jasa ke PPK oleh bapel baik dalam penyelenggaraan JPKM mandiri di Kabupaten Tulungagung, tetapi kurang baik dalam pembagian imbal jasa ke PPK sebesar 60%.

5.4 Persepsi Badan Pembina (Bapim) dalam penyelenggaraan JPKM Mandiri Yayasan Bina Husada

Penelitian ini dimaksudkan untuk mengetahui persepsi anggota bapim dalam pelaksanaan JPKM mandiri mengenai kebijakan bapim kepada bapel, PPK, dan peserta (masyarakat), serta bapim sebagai penggalang dana.

a. Bapim sebagai penggalang dana

Persepsi bapim sebagai donor menunjukkan sebagai regulator dalam pelaksanaan JPKM mandiri, bahwa pelayanan "*public goods*" berasal dari pajak, tempat pelayanan dan jenis pelayanan adalah untuk kebutuhan orang banyak dan umum. Hasil persepsi anggota terhadap konsep tersebut dapat dipelajari pada tabel 5.11 berikut ini.

Tabel 5.11 Distribusi tingkat persepsi anggota bapim sebagai donor terkait penyelenggaraan JPKM Mandiri Yayasan Bina Husada di Kabupaten Tulungagung, tahun 2004

Bapim sebagai donor	Distribusi Rating				Jumlah Responden	Skor	Persepsi
	1	2	3	4			
1. Yan bersifat "public goods" berasal dari pajak	1	1	4	0	6	15	Baik
2. Tempat Yan bersifat "public goods"	0	2	3	1	6	17	Baik
3. Jenis Yan bersifat "public goods" adalah kebutuhan orang banyak dan umum	2	0	2	2	6	16	Baik
Rata – rata						16	Baik

Dari tabel 5.11 persepsi petugas bapim baik sebagai donor dan regulator pada pelaksanaan JPKM mandiri, yang menunjukkan bahwa pelayanan "*public goods*" berasal dari pajak, tempat pelayanan dan jenis pelayanan "*public* goods" adalah untuk kebutuhan orang banyak dan umum.

b. Kebijakan Bapim terhadap Bapel

Kebijakan bapim terhadap bapel meliputi kedudukan bapim di pemerintah, bentuk dukungan kebijakan bagi bapel, syarat badan hukum bapel, proses tindak lanjut dari kebijakan yang ada, dan penanggulangan *moral hazard* yang ditemukan pada penyelenggaraan JPKM mandiri. Hasil menunjukkan responden Bapim terhadap kebijakan atas bapel dapat dipelajari pada tabel 5.12 berikut ini.

Tabel 5.12 Distribusi tingkat persepsi anggota Bapim tentang kebijakan bapim terhadap bapel terkait penyelenggaraan JPKM Mandiri Yayasan Bina Husada di Kabupaten Tulungagung, tahun 2004.

Kebijakan Bapim Terhadap Bapel	Distribusi Rating				Jumlah Responden	Skor	Persepsi
	1	2	3	4			
1. Bapim didelegasikan ke pada Dinkes Kota/ Kotamadya	0	2	4	0	6	16	Baik
2. Penyelenggaraan Bapel, telah mendapat duku ngan melalui kebijakan Bapim	1	5	0	0	6	11	Kurang baik
3. Syarat bapel berbadan hukum dan memiliki manajemen yang jelas	1	2	3	0	6	14	Baik
4. Pelaksanaan Bapel, selalu mendapatkan perhatian dengan adanya tindak lanjut dari kebijakan yang ada	2	3	1	0	6	11	Kurang baik
5. Dalam menjaga mutu pemeliharaan kesehatan dilakukan kontrol bersama Bapel.	1	2	3	0	6	14	Baik
Rata – rata						13,2	Baik

Dari tabel 5.12 hasil persepsi baik, menunjukkan kebijakan bapim terhadap bapel dalam penyelenggaraan JPKM mandiri di Kabupaten Tulungagung. Namun ada hal yang perlu mendapat perhatian bahwa penyelenggaraan dengan dukungan kebijakan dari Bapim dan proses tindak lanjut

dari kebijakan yang ada dipersepsikan kurang baik dalam penyelenggaraan JPKM mandiri di Kabupaten Tulungagung.

c. Kebijakan Bapim terhadap PPK

Kebijakan bapim terhadap PPK meliputi pengawasan kualitas pelayanan PPK dan penanggulangan *moral hazard* yang ditemukan pada penyelenggaraan JPKM mandiri. Hasil pemahaman responden Bapim terhadap kebijakan atas PPK dapat dipelajari pada tabel 5.13 berikut ini.

Tabel 5.13 Distribusi tingkat persepsi anggota Bapim tentang kebijakan bapim terhadap PPK terkait penyelenggaraan JPKM Mandiri Yayasan Bina Husada di Kabupaten Tulungagung, tahun 2004.

Kebijakan Bapim Terhadap PPK	Distribusi Rating				Jumlah Responden	Skor	Persepsi
	1	2	3	4			
1. Kualitas yan PPK diawasi Bapel, Bapim, LSM dan toma	2	1	3	0	6	13	Baik
2. Upaya menanggulangi *moral hazard* PPK dengan penyediaan yankes yang sesuai	1	1	4	0	6	15	Baik
Rata – rata						14	Baik

Dari tabel 5.13 persepsi menunjukkan kebijakan bapim terhadap PPK baik untuk pengawasan kualitas pelayanan PPK dan penanggulangan *moral hazard* yang ditemukan dalam penyelenggaraan JPKM mandiri di Kabupaten Tulungagung.

d. Kebijakan Bapim terhadap Peserta.

Kebijakan bapim terhadap peserta meliputi unsur *equity* pada penyelenggaraan JPKM mandiri, pelayanan untuk rakyat miskin, dan pelayanan gratis untuk lansia. Hasil persepsi Bapim terhadap kebijakan atas peserta dapat dipelajari pada tabel 5.14 berikut ini.

Tabel 5.14 Distribusi tingkat persepsi anggota Bapim tentang kebijakan bapim terhadap peserta terkait penyelenggaraan JPKM Mandiri Yayasan Bina Husada di Kabupaten Tulungagung, tahun 2004.

Kebijakan Bapim Terhadap Masyarakat	Distribusi Rating				Jumlah Responden	Skor	Persepsi
	1	2	3	4			
1. Bapim menjaga"equity" (kaya bantu miskin, sehat bantu sakit)	2	2	1	1	6	13	Baik
2. Pemberian Yan RS dengan memanfaatkan jatah 25% untuk orang miskin	1	2	2	1	6	15	Baik
3. Lansia mendapat laya nan PPK gratis, pelaya nan panti jompo	1	1	3	1	6	16	Baik
Rata – rata						14,67	Baik

Dari tabel 5.14 persepsi aggota Bapim menunjukkan kebijakan bapim terhadap peserta hasil baik, meliputi menjaga unsur *equity* pada penyelenggaraan JPKM mandiri, pelayanan untuk rakyat miskin, dan pelayanan gratis untuk lansia dalam penyelenggaraan JPKM mandiri di Kabupaten Tulungagung

5.5 Persepsi Pemberi Pelayanan Kesehatan (PPK) dalam penyelenggaraan JPKM Mandiri Yayasan Bina Husada

Penelitian ini dimaksudkan untuk mengetahui persepsi PPK dalam pelaksanaan JPKM mandiri berdasarkan pengetahuan responden mengenai fungsi PPK, manfaat PPK, dan imbal jasa yang diterima oleh PPK.

a. Tingkat persepsi petugas PPK mengenai pengetahuan PPK dalam JPKM

Dalam jaminan penyelenggaran kesehatan, PPK menjadi pihak yang memberikan pelayanan kepada peserta. Oleh karena itu perlu diketahui fungsi PPK dalam penyelenggaraan JPKM sehingga pelayanan asuransi kesehatan dapat memberikan kepuasan bagi masyarakat. Tingkat persepsi petugas PPK mengenai fungsi PPK dalam JPKM dilihat berdasarkan kualitas pelayanan yang diberikan oleh PPK, sarana PPK yang dipergunakan dalam JPKM, pelaksana monitoring pelayanan yang telah mendapat akreditasi, dan pengendalian *moral hazard* yang sering terjadi di PPK. Hasilnya dapat dipelajari pada tabel 5.15 berikut ini.

Tabel 5.15 Distribusi tingkat persepsi petugas PPK tentang pengetahuan PPK terkait penyelenggaraan JPKM Mandiri Yayasan Bina Husada di Kabupaten Tulungagung, tahun 2004

Pengetahuan responden tentang fungsi PPK	Distribusi Rating				Jumlah Responden	Skor	Persepsi
	1	2	3	4			
1. PPK lebih meningkatkan profesionalisme, kepuasan kerja dan mutu Yankes	2	2	2	0	6	12	Baik
2. Sarana Yan Tk. 1,2,3 (tarif murah) dapat pasokan dana lebih banyak	1	1	4	0	6	15	Baik

3. Kualitas yan PPK oleh karena adanya akreditasi	1	1	1	3	6	18	Baik
4. Upaya menanggulangi moral hazard PPK dengan penyediaan yan yang sesuai	1	1	4	0	6	15	Baik
Rata – rata						15	Baik

Dari tabel 5.15 tingkat persepsi petugas menunjukkan pemahaman tentang fungsi PPK baik dalam penyelenggaraan JPKM mandiri Yayasan Bina Husada di Kabupaten Tulungagung.

b. Tingkat persepsi petugas PPK mengenai manfaat PPK dalam JPKM

Tingkat persepsi PPK mengenai manfaat PPK dalam JPKM dilihat berdasarkan meningkatnya imbal jasa PPK dan guna dari sistem kapitasi pada penyelenggaraan JPKM. Hasilnya dapat dipelajari pada tabel 5.16 berikut ini.

Tabel 5.16 Distribusi tingkat persepsi petugas tentang manfaat PPK terkait penyelenggaraan JPKM Mandiri Yayasan Bina Husada di Kabupaten Tulungagung, tahun 2004

Manfaat PPK dalam JPKM mandiri	Distribusi Rating				Jumlah Responden	Skor	Persepsi
	1	2	3	4			
1. Sistem kapitasi melancarkan perencanaan yankes efektif dan efisien	2	2	2	0	6	12	Kurang baik
2. Imbal jasa semakin besar jika kesehatan konsumen terpelihara	3	1	2	0	6	11	Kurang baik
Rata – rata						11,5	Kurang baik

Dari tabel 5.16 persepsi petugas PPK tentang manfaat PPK kurang baik dalam penyelenggaraan JPKM mandiri Yayasan Bina Husada di Kabupaten Tulungagung.

c. Tingkat persepsi petugas PPK mengenai imbal jasa kepada PPK

Tingkat persepsi petugas PPK mengenai imbal jasa kepada PPK dalam JPKM dilihat berdasarkan cara pembayaran dan besarnya imbal jasa kepada PPK pada penyelenggaraan JPKM. Hasilnya dapat dipelajari pada tabel 5.17 berikut ini.

Tabel 5.17 Distribusi tingkat persepsi petugas PPK tentang imbal jasa kepada PPK terkait penyelenggaraan JPKM Mandiri Yayasan Bina Husada di Kabupaten Tulungagung, tahun 2004

Imbal Jasa PPK	Distribusi Rating				Jumlah Responden	Skor	Persepsi
	1	2	3	4			
1. Cara pembayaran imbal jasa PPK dengan kapitasi dan bagi hasil	2	1	3	0	6	13	Baik
2. Besarnya imbal jasa ke PPK sebesar 60%	1	4	1	0	6	12	Kurang Baik
Rata – rata						12,5	Baik

Dari hasil tabel 5.17 persepsi petugas PPK tentang imbal jasa kepada PPK baik dalam penyelenggaraan JPKM mandiri Yayasan Bina Husada di Kabupaten Tulungagung, tetapi kurang baik dalam pengertian imbal jasa sebesar 60%.

5.6 Persepsi Peserta dalam penyelenggaraan JPKM Mandiri Yayasan Bina Husada

Penelitian ini dimaksudkan untuk mengetahui persepsi peserta dalam pelaksanaan JPKM mandiri berdasarkan pemahaman responden mengenai pelaksanaan JPKM, peluang pasar JPKM mandiri pada peserta, dan juga kemampuan dan kemauan peserta untuk membeli.

a. Persepsi pengetahuan peserta mengenai pelaksanaan JPKM

Hal yang perlu diketahui peserta terkait pelaksanan JPKM adalah mengenai apa, siapa, dimana, kapan masyarakat bisa ber-JPKM. Selain itu perlu juga diketahui pengetahuan peserta mengenai tempat pembayaran, cara pendaftaran dan pembayaran premi. Hal tersebut diatas merupakan beberapa latar belakang untuk dapat memahami apakah peserta bersedia untuk menjadi anggota JPKM mandiri di Kabupaten Tulungagung. Hasilnya dapat dipelajari pada tabel 5.18 berikut ini.

Tabel 5.18 Distribusi persepsi peserta terkait penyelenggaraan JPKM Mandiri Yayasan Bina Husada di Kabupaten Tulungagung, tahun 2004

Pengetahuan responden mengenai pelaksanaan JPKM	Distribusi Rating				Σ Res-pon-den	Skor	Persepsi
	1	2	3	4			
1. Informasi tentang JPKM pemerintah	30	10	20	10	70	150	Baik
2. Pihak yang bisa ber JPKM (kelompok maupun perseorangan)	44	15	8	3	70	110	Kurang Baik
3. Tempat Yan di RS, Puskesmas, praktek swasta	27	8	21	14	70	162	Baik
4. Tempat mendaftar di Bapel	32	26	7	5	70	125	Kurang Baik
5. Mendaftar bisa kapan saja	34	27	5	4	70	119	Kurang Baik
6. Tempat membayar iuran di Bapel	33	27	6	4	70	121	Kurang Baik
7. Cara pembayaran iuran berkala (bulanan/tahunan)	29	28	7	6	70	122	Kurang Baik
8. Yankes bisa di RS, Puskesmas, praktek swasta (dokter, bidan, mantra)	8	24	27	11	70	181	Baik
Rata-rata						136,2	Kurang Baik

Dari tabel 5.18 tingkat persepsi peserta menunjukkan bahwa kurang baik pada pihak yang bisa ikut JPKM, tempat mendaftar, Kapan bisa mendaftar, Tempat membayar iuran, cara pembayaran iuran, dan hasil persepsi baik pada

pengetahuan Informasi tentang JPKM, tempat pelayanan, dimana dilakukan pelayanan dalam penyelenggaraan JPKM mandiri Yayasan bina husada di Kabupaten Tulungagung.

b. Peluang pasar JPKM

Peluang pasar dapat diketahui dilihat dari kesediaan menjadi peserta, kesediaan membayar premi, kesediaan mengikuti pelayanan berjenjang, kesediaan memakai paket pelayanan yang dipilih, dan kesediaan mengurangi resiko dengan berperilaku hidup bersih dan sehat. Hasilnya dapat dipelajari pada tabel 5.19 berikut ini.

Tabel 5.19 Distribusi tingkat persepsi peserta tentang peluang pasar berdasarkan kesediaan peserta terkait penyelenggaraan JPKM Mandiri Yayasan Bina Husada di Kabupaten Tulungagung, tahun 2004

Peluang JPKM	Distribusi Rating				Σ Res-ponden	Skor	Persepsi
	1	2	3	4			
1. Kesediaan menjadi peserta JPKM	10	23	25	12	70	179	Baik
2. Kesediaan membayar iuran sebelum sakit	8	24	24	14	70	184	Baik
3. Kesediaan menerima pelayananberjenjang	11	22	25	12	70	178	Baik
4. Kesediaan mendapat pelayanan sesuai paket yang dipilih	15	18	31	6	70	168	Baik
5. Kesediaan berperi laku hidup bersih dan sehat	10	21	22	17	70	186	Baik
Rata-rata						179	Baik

Dari tabel 5.19 hasil persepsi menunjukkan bahwa menjadi peserta, kesediaan membayar premi, kesediaan mengikuti pelayanan berjenjang, kesediaan memakai paket pelayanan yang dipilih, dan kesediaan mengurangi resiko dengan berperilaku hidup bersih dan sehat baik, peluang pasar secara umum masyarakat bersedia ikut JPKM

c. Gambaran umum ATP-WTP peserta

ATP dan WTP peserta pada penelitian ini hanya dilihat secara umum berapa besar pengeluaran non kesehatan dan non makanan oleh peserta di Kabupaten Tulungagung, serta WTP, mengenai pilihan PPK yang banyak diinginkan oleh peserta.

Tabel 5.20 Pengeluaran non kesehatan responden di Kabupaten Tulungagung, tahun 2004

No.	Pengeluaran non kesehatan	Frekuensi	Persentase
1.	225.000 - 250.000	18	25,7
2.	>250.000 - 300.000	36	51,4
3.	>300.000 - 350.000	11	15,7
4.	>350.000 - 400.000	5	7,1
	Total	70	100,0

Sumber : data primer (diolah) hasil survey Desember 2004

Dari tabel 5.20 menunjukkan bahwa sebagian besar responden (51,4%) memiliki pengeluaran non kesehatan sebesar >250.000 - 300.000 rupiah. Sedangkan untuk pengeluaran non makanan dapat dipelajari pada tabel 5.21 berikut ini.

Tabel 5.21 Pengeluaran non makanan responden di Kabupaten Tulungagung, tahun 2004

No.	Pengeluaran non makanan	Frekuensi	Persentase
1.	175.000 - 200.000	11	15,7
2.	>200.000 - 225.000	34	48,6
3.	>225.000 - 250.000	19	27,1
4.	>250.000 - 275.000	6	8,6
	Total	70	100,0

Dari tabel 5.21 menunjukkan bahwa sebagian besar responden (48,6%) memiliki pengeluaran non makanan dan lain-lain sebesar >200.000 - 225.000 rupiah. Hal tersebut menunjukkan bahwa pengeluaran masyarakat masih rendah.jadi pengeluaran penduduk rata - rata Rp 450.000 – Rp. 525.000

Tabel 5.22 **Pilihan PPK oleh peserta untuk mengikuti JPKM mandiri di Kabupaten Tulungagung, tahun 2004**

No.	Pilihan PPK	Frequency	Percent
1.	PPK pemerintah	42	60,0
2.	PPK swasta	28	40,0
	Total	50	100,0

Rendahnya pengeluaran masyarakat ditunjang pula bahwa responden lebih banyak memilih untuk mengikuti JPKM dengan PPK pemerintah. (60%). Namun pada penelitian ini dari 70 responden mengenai peluang pasar JPKM, secara umum persepsinya baik mengikuti JPKM, selanjutnya dapat dilihat kemampuan peserta dalam memilih PPK yang akan diikuti baik dari pemerintah maupun swasta pada tabel 5.23 dan tabel 5.24

Tabel. 5.23 Pilihan PPK Pemerintah berdasarkan Paket oleh peserta untuk mengikuti JPKM Mandiri di Kabupaten Tulungagung, tahun 2004

No.	Paket PPK Pemerintah	Frekuensi	Persentase
1.	1. Rp.1000-< 2000/orang/bulan 2.Rp.3500-< 4500/kk/ bulan	18	25,7
2.	1.Rp.2000-< 3000/orang/bulan 2.Rp.4500-< 5500/kk/ bulan	30	42,9
3.	1.Rp. 3000-<4000/ orang/ bulan 2.Rp. 5500-< 6500/kk/bulan	15	21,4
4.	1. Rp.5000-< 6000/ orang/ bulan 2.Rp. 6500-< 7500/ kk/ bulan	7	10,0
	Total	70	100,0

Hasil menunjukkan bahwa sebagian besar responden (42,9%) memilih PPK Pemerintah dengan paket 2, sebesar 1.Rp.2000-< 3000/orang/bulan, 2.Rp.4500-< 5500/kk/ bulan. Sedangkan untuk paket swasta dapat dipelajari pada tabel 5.24

Tabel.5. 24 Pilihan PPK swasta oleh peserta untuk mengikuti JPKM Mandiri di Kabupaten Tulungagung, tahun 2004.

No	Paket PPK Swasta	Frekuensi	Persentase
1.	1. Rp. 4500-< 5500/orang/ bulan. 2.Rp. 15000-< 16.000/kk/ bulan	25	35,7
2.	1.Rp. 5500-< 6500/orang/ bulan 2.Rp. 16000-< 17.000/kk/ bulan	22	31,4
3.	1. Rp. 6500-< 7500/ orang/bulan 2.Rp.1700-< 18000/kk/ bulan	15	21,4
4.	1.Rp. 7500 -< 8500/ orang/ bulan 2.Rp 18000 - < 19000	8	11,4
	Total	70	100,0

Hasil menunjukkan bahwa sebagian responden (35,7%) memilih paket swasta dengan paket I 1. Rp. 4500-< 5500/orang/bulan. 2.Rp. 15000-< 16.000/kk/ bulan. Sedangkan pendapatan peserta dapat dipelajari pada tabel 5.25

Tabel.5. 25 Pendapatan peserta dari JPKM Mandiri Yayasan Bina Husada di Kabupaten Tulungagung, tahun 2004.

No	Paket PPK Swasta	Frekuensi	Persentase
1.	Rp. 400.000 – Rp.500.000	9	12,9
2.	> Rp. 500.000 – Rp. 600.000	44	62,9

3.	> Rp. 600.000 – Rp. 700.000	9	12,9
4.	> Rp. 700.000	8	11,4
	Total	70	100,0

Sumber: data primer (diolah) hasil survey Desember 2004

Dengan demikian pendapatan peserta rata – rata > Rp. 500.000 – Rp. 600.000, pengeluaran peserta rata - rata Rp 450.000 – Rp. 525.000 dengan demikian kemampuan peserta rata – rata Rp. 50.000 – Rp. 75.000

5.7 Isu Strategis Bapim, Bapel, PPK, peserta dalam Pelaksanaan JPKM mandiri Yayasan Bina Husada.

5.7.1 Isu strategi Bapim

Persyaratan yang ditetapkan tersebut saat dibandingkan dengan hasil penelitian ternyata ada beberapa butir yang belum sesuai dan memerlukan kesepakatan dari pihak pelaksana. Isu strategi Bapim dapat dilihat pada tabel 5.26

Tabel 5.26 Gambaran persyaratan Bapim dengan kondisi Bapim JPKM Yayasan Bina Husada di Kabupaten Tulungagung, tahun 2004.

NO	Persyaratan Bapim	Kondisi yang ada
1.	Pemberi kebijakan terhadap Bapel, PPK, Peserta	Belum semuanya berjalan, terutama pada kebijakan terhadap Bapel a.Penyelenggaraan Bapel JPKM, belum mendapat dukungan melalui kebijakan Bapim (tabel. 5.12 nomor 2) b.Pelaksanaan Bapel, tidak mendapatkan perhatian dengan adanya tindak lanjut dari kebijakan yang ada (tabel 5.12 nomor 4)
2.	Badan Pembina Sebagai penggalang dana	Sudah dilakukan
3.	Mampu mengawasi mutu pemeliharaan kesehatan	Sudah dilakukan
4.	Pengetahuan Bapim tentang JPKM	Tidak dilakukan penelitian

Dari tabel 5.26 kalau kita lihat terdapat isu strategi pada kebijakan bapim terhadap Bapel:

a. Dalam penyelenggaraan JPKM, Bapel belum mendapat dukungan melalui kebijakan Bapim

b. Dalam pelaksanaan JPKM, Bapel belum mendapat tindak lanjut dari kebijakan yang ada

5.7.2 Isu strategi Bapel

Selanjutnya mengenai kondisi Bapel yang ada jika dibandingkan dengan persyaratan Bapel dapat dilihat pada tabel 5.27

Tabel.5. 27 Gambaran persyaratan Bapel dengan kondisi bapel JPKM Yayasan Bina Husada di Kabupaten Tulungagung, tahun 2004

NO	Persyaratan Bapel	Kondisi yang ada
1.	Pengetahuan terhadap pelaksanaan JPKM	Sudah memahami
2.	Berbentuk badan hukum	Sudah dilakukan
3.	Rencana Pemasaran	Belum dilakukan sepenuhnya a.Belum dilakukan pemasaran dengan pemenuhan kepuasan, keinginan dan kebutuhan (tabel 5.9 nomor 1) b.Belum dilakukan pemasaran JPKM sesuai konsep yang ada untuk masa mendatang (tabel 5.9 nomor 2) c.Belum memenuhi jumlah target peserta minimal 5000 orang, (tabel.5. 6 pertanyaan nomor 3)
4.	Rencana pemeliharaan kesehatan	Sudah dilakukan
5.	Rencana keuangan	Belum dilakukan sepenuhnya a.Belum dilakukan Pengelolaan keuangan ditentukan , Bapel dan PPK (tabel 5.4 nomor 5) b.Penetapan premi tidak sesuai yankes dan biaya administrasi (tabel 5.7 nomor 2) c.Belum dilakukan pembagian Imbal jasa PPK sebesar 60% (tabel 5.10, nomor 2)
6.	.Memiliki modal 25% atau mendapat jaminan pemerintah atau organi sasi yang dianggap mampu	Sudah dilakukan

Dari tabel 5.27 dapat ditemukan beberapa isu strategi Bapel pada rencana pemasaran dan rencana pengelolaan keuangan.

1. Rencana Pemasaran

   a. Belum dilakukan pemasaran dengan pemenuhan kepuasan, keinginan dan kebutuhan

b. Belum dilakukan pemasaran JPKM sesuai konsep yang ada untuk masa mendatang.

c. Belum memenuhi jumlah target peserta minimal 5000 orang

2. Rencana pengeloaan keuangan

a. Belum dilakukan Pengelolaan keuangan ditentukan , Bapel dan PPK

b. Penetapan premi tidak sesuai yankes dan biaya administrasi

c. Tidak sesuai pembagian Imbal jasa PPK sebesar 60%

5.7.3 Isu Strategis PPK dalam Pelaksanaan JPKM mandiri Yayasan Bina Husada.

Selanjutnya mengenai kondisi PPK yang ada jika dibandingkan dengan persyaratan PPK dapat dilihat pada tabel 5.28

Tabel 5. 28 Gambaran persyaratan PPK kondisi JPKM Yayasan Bina Husada di Kabupaten Tulungagung, tahun 2004

NO	Persyaratan PPK	Kondisi yang ada
1.	Pengetahuan PPK terhadap pelaksanaan JPKM	Belum memahami keseluruhan a.Belum dipahami sistim kapitasi melancarkan perencanaan yankes secara efektif dan efesien (tabel 5.16 nomor 1) b.Belum dipahami imbal jasa semakin besar jika kesehatan konsumen terpelihara (tabel 5.16, nomor 2)
2.	Memiliki akreditasi (ketenagaan, peralatan/ fasilitas dan kemampuan memberikan pelayanan)	Tidak dilakukan
3.	Memberikan pelayanan yang sesuai dengan standar pelayanan medik.	Sesuai dengan standar pelayanan medik

Dari tabel 5. 28 dapat ditemukan beberapa isu strategi PPK tentang persepsi pengetahuan PPK terhadap pelaksanaan JPKM

a. Belum dipahami sistim kapitasi akan melancarkan perencanaan yankes secara efektif dan efesien.

b. Belum dipahami imbal jasa semakin besar jika kesehatan konsumen terpelihara.

5.7.4 Isu Strategis Peserta dalam Pelaksanaan JPKM mandiri Yayasan Bina Husada.

Selanjutnya mengenai kondisi peserta yang ada jika dibandingkan dengan persyaratan peserta dapat dilihat pada tabel 5.29

Tabel. 5. 29 Gambaran persyaratan Peserta dengan kondisi Peserta JPKM Yayasan Bina Husada di Kabupaten Tulungagung, tahun 2004

NO	Persyaratan Peserta	Kondisi yang ada
1.	Pengetahuan peserta dalam pelaksanaan JPKM	Belum semua persepsi pengetahuan dipahami a.Belum dipahami pihak yang bisa ber JPKM (kelompok maupun perseorangan (tabel.5.18, nomor 2) b Belum dipahami.tempat mendaftar di Bapel (tabel 5.18, nomor 4) c.Belum dipahami mendaftar bisa kapan saja (tabel 5.18, nomor 5) d.Belum dipahami tempat membayar iuran di Bapel (tabel5.18 nomor 6) e.Belum dipahami cara pembayaran iuran berkala (bulanan/tahunan), (tabel15. 18 nomor 7)
2.	Adanya kemampuan dari masyarakat (ability to pay)	Ada kemampuan dari peserta
3.	Adanya kemauan dari masyarakat (wilingnes to pay)	Ada kemauan dari peserta

Dari tabel 5. 29 dapat ditemukan beberapa isu strategi peserta tentang persepsi pengetahuan peserta terhadap pelaksanaan JPKM

a. Belum dipahami pihak yang bisa ber JPKM (kelompok maupun perseorangan)

c. Belum dipahami mendaftar bisa kapan saja.

d. Belum dipahami tempat membayar iuran di Bapel .

e. Belum dipahami cara pembayaran iuran berkala (bulanan/tahunan)

5.8 Hasil Focus Group discussion JPKM Mandiri berdasarkan persepsi Bapim, Bapel, PPK di Kabupaten Tulungagung

5.8.1 Hasil FGD Bapim dapat dilihat pada tabel 5.30

Tabel 5.30 Hasil isu strategi, penyebab, solusi persepsi Bapim terhadap penentu kebijakan pelaksanaan JPKM di Kabupaten Tulungagung, tahun 2004.

No.	Isu strategi	Telaah Peneliti	Hasil FGD
1.	**Kebijakan terhadap Bapel** a.Penyelenggaraan Bapel, belum mendapat dukungan melalui kebijakan Bapim (tabel. 5.12 nomor 2)	a.Perlu adanya dukungan politis dari pemerintah yang bersifat wajib bagi masyarakat mengikuti JPKM	a.Perlu adanya dukungan SK Bupati mengenai keharusan agar masyarakat ikut JPKM.
	b.Pelaksanaan Bapel, belum mendapatkan perhatian dengan adanya tindak lanjut dari kebijakan yang ada (tabel5.12 nomor 4)	b.Perlu adanya kebijakan yang baru dalam rangka mendukung dan memperbaiki kebijakan yang ada	b.Perlu adanya Perda tentang pelaksanaan JPKM untuk menindak lanjuti RPJM.

5.8.2 Selanjutnya hasil FGD Bapel dapat dilihat pada tabel 5.31

Tabel 5.31 Hasil isu strategi, penyebab, solusi persepsi Bapel yang meliputi : rencana pemasaran, rencana pengelola keuangan pelaksanaan JPKM Mandiri di Kabupaten Tulunagung, tahun 2004

No.	Isu strategi	Telaah Peneliti	Hasil FGD
1.	**Rencana pemasaran** a. Belum adanya pemasaran dengan pemenuhan kepuasan, keinginan dan kebutuhan (tabel 5.9 nomor 1)	a. Belum adanya survey pasar untuk pemenuhan pelayanan sesuai dengan keinginan, kebutuhan dan kepuasan masyarakat	a. Belum adanya survey pasar untuk pemenuhan pelayanan sesuai dengan keinginan, kebutuhan dan kepuasan masyarakat
	b.Belum dilakukan pemasaran JPKM sesuai konsep yang ada untuk masa mendatang (tabel 5.9 nomor 2)	b.survey terhadap kebutuhan pasar yang ada dan mengacu kebutuhan yang akan datang.	b.survey terhadap kebutuhan pasar yang ada dan mengacu kebutuhan yang akan datang.
	c.Belum terpenuhi jumlah target peserta minimal 5000 orang, (tabel.5.6 pertanyaan nomor 3)	c.Meningkatkan pengetahuan dan kesadaran masyarakat mengenai pembiayaan pelayanan kesehatan secara mandiri.	c.Meningkatkan pengetahuan dan kesadaran masyarakat mengenai pembiayaan pelayanan kesehatan secara mandiri.
2.	**Rencana keuangan** a.Belum dilakukan pengelolaan keuangan ditentukan Bapim, Bapel PPK (tabel 5.4 nomor 5)	a.Meningkatkan *networking* kemitraan antara bapel, bapim, dan PPK	a.Perlu pengelolaan manajemen keuangan secara profesional.
	b.Belum dilakukan penetapan premi sesuai yankes dan biaya administrasi (tabel 5.7 nomor 2)	b.Perlu adanya pelatihan petugas untuk perhitungan *unit cost* pelayanan kesehatan	b.Meningkatkan pengetahuan SDM yang terlibat dalam pelaksanaan JPKM.
	c.Belum dilakukan pembagian Imbal jasa PPK sebesar 60%-70% (tabel 5.10, nomor 2)	c. Perlu adanya koordinasi dalam penetapan besarnya imbal jasa.	c.Adanya penetapan pembagian jasa intensif yang adil.

5.8.3 Selanjutnya hasil FGD PPK dapat dilihat pada tabel 5.32

Tabel 5.32 Hasil isu strategi, penyebab, solusi persepsi PPK terhadap pengetahuan pelaksanaan JPKM di Kabupaten Tulungagung, tahun 2004

No	Isu Strategi	Telaah Peneliti	Hasil FGD
	Pemahaman terhadap pelaksanaan JPKM.		
	a.Belum ada persepsi Sistem kapitasi me lancar kan perencanaan yankes efektif dan efisien (tabel 5.16, nomor 1)	a.Menyusun peren canaan pembiaya-an kesehatan seca ra berkala sesuai dengan biaya yang diperlukan.	a.Perlu adanya diskusi tentang pelatihan manajemen perenca naan keuangan dan keuntungan sistim kapitasi.
	b.Belum ada persepsi imbal jasa semakin besar, jika kesehatan konsumen terpelihara (tabel 5.16, nomor 2)	b.Meningkatkan pelayanan kesehatan preventif mela lui penggalakkan perilaku hidup ber sih dan sehat.	b.Perlu adanya peningkatan mutu pelayanan PPK dan pelayanan kesehatan yang bersifat pencegahan.
	c.Belum adanya keadilan pembagiaan Imbal jasa PPK sebesar 60% - 70% (Tabel 5.17 , nomor 2)	c.Meningkatkan koordinasi dengan Bapel mengenai pembagian yang adil	c.Membuat sistim pembagian jasa yang adil.

5.8.4 Selanjutnya hasil FGD peserta dapat dilihat pada tabel 5.33

Tabel 5.33 Hasil isu strategi, penyebab, solusi, persepsi Peserta terhadap pengetahuan pelaksanaan JPKM di Kabupaten Tulungagung, tahun 2004

No	Isu Strategi	Telaah Peneliti	Hasil FGD
	Pengetahuan Peserta a.Belum adanya persepsi, pihak yang bisa ber JPKM (kelompok maupun perseorangan) (tabel.5.18,nomor 2)	a.Survey pasar untuk mengidentifikasi pasar potensial peserta JPKM	a.Perlu adanya pe ningka tan pemasaran pengenalan JPKM melalui kelompok pasar potensial (Fatayat, pengrajin, nelayan)
	b.Belum adanya persepsi tempat mendaftar di Bapel (tabel 5.18, nomor 4) c.Belum adanya persepsi mendaftar bisa kapan saja (tabel 5.18, nomor 5) d.Belum adanya persepsi tempat membayar iuran di Bapel (tabel 5.18 nomor 6) e.Belum adanya persepsi Cara pembayaran iuran berkala (bulanan/tahunan), (tabel 15. 18 nomor 7)	b.Meningkatkan pengetahuan tentang JPKM kepada Toma dan LSM sebagai pi hak yang dipercaya oleh masyarakat	b.Sosialisasi dengan berbagai pihak perte-muan Toma, LSM, menggunakan berbagai media memasang spanduk agar JPKM mudah dike-nal dan dipahami.

5.9 Upaya Peningkatan Kepesertaan JPKM Mandiri Yayasan Bina Husada

Berdasarkan hasil FGD, telaah yang dilakukan peneliti dan teori yang mendukung maka dapat disusun maka dapat disusun upaya untuk meningkatkan

jumlah kepesertaan JPKM Mandiri Yayasan Bina Husada di Kabupaten Tulungagung berdasarkan persepsi Bapim, Bapel, PPK dan Peserta.

I. Isu Srategis dan Upaya dari persepsi , Bapim, Bapel, PPK, Peserta.

I. Dari isu strategis Bapim.

1.Dalam penyelenggaraan JPKM, Bapel belum mendapat dukungan melalui kebijakan Bapim.

a. Perlu adanya dukungan politis dari pemerintah yang bersifat wajib bagi masyarakat mengikuti JPKM

b. Perlu adanya dukungan SK Bupati mengenai keharusan agar masyarakat ikut JPKM.

2. Dalam pelaksanaan JPKM, Bapel belum mendapat dukungan dan tindak lanjut dari kebijakan yang ada

a. Perlu adanya kebijakan yang baru dalam rangka mendukung dan memperbaiki kebijakan yang ada

b. Perlu adanya Perda tentang pelaksanaan JPKM untuk menindaklanjuti RPJM.(rencana pembangunan jangka menengah).

II. Dari isu strategis Bapel.

1. Rencana Pemasaran

1.1 Belum dilakukan pemasaran dengan pemenuhan kepuasan, keinginan dan kebutuhan.

Dilakukan survey pasar untuk pemenuhan pelayanan sesuai dengan keinginan, kebutuhan dan kepuasan masyarakat.

1.2 Belum dilakukan pemasaran JPKM sesuai konsep yang ada untuk masa

mendatang.

. Survey terhadap kebutuhan pasar yang ada dan mengacu kebutuhan yang akan datang.

1.3 Belum memenuhi jumlah target peserta minimal 5000 orang

Meningkatkan pengetahuan dan kesadaran masyarakat mengenai pembiayaan pelayanan kesehatan secara mandiri.

2. Rencana pengeloaan keuangan

2.1 Belum dilakukan Pengelolaan keuangan ditentukan , Bapel dan PPK

a. Meningkatkan *networking* kemitraan antara bapel, bapim, dan PPK

b. Perlu pengelolaan manajemen keuangan secara profesional.

2.2 Penetapan premi tidak sesuai yankes dan biaya administrasi

a.Perlu adanya pelatihan petugas untuk perhitungan *unit cost* pelayanan kesehatan

b.Meningkatkan pengetahuan SDM yang terlibat dalam pelak sanaan JPKM.

2.3 Tidak sesuai pembagian Imbal jasa PPK sebesar 60% - 70%

a. Perlu adanya koordinasi dalam penetapan besarnya imbal jasa.

b.Adanya penetapan pembagian jasa intensif yang adil

III. Dari isu strategis PPK

3.1 Belum dipahami sistim kapitasi akan melancarkan perencanaan yankes secara efektif dan efesien.

a.Menyusun perencanaan pembiayaan kesehatan seca ra berkala sesuai dengan biaya yang diperlukan.

b. Perlu adanya diskusi tentang pelatihan manajemen perencanaan keuangan dan

keuntungan sistim kapitasi.

3.2 Belum dipahami imbal jasa semakin besar jika kesehatan konsumen terpelihara

a. Meningkatkan pelayanan kesehatan preventif melalui penggalakkan perilaku hidup bersih dan sehat.

b.Perlu adanya peningkatan mutu pelayanan PPK dan pelayanan kesehatan yang bersifat pencegahan.

3.3 Belum adanya keadilan pembagiaan Imbal jasa PPK sebesar 60% - 70%

a. Meningkatkan koordinasi dengan Bapel mengenai pembagian yang adil

b. Membuat sistim pembagian jasa yang adil

IV. Dari aspek Peserta

4.1 Belum dipahami pihak yang bisa ber JPKM (kelompok maupun perseorangan, tempat mendaftar JPKM, waktu mendaftar, tempat membayar iuran, cara pembayaran iuran berkala (bulanan/tahunan)

a. Survey pasar untuk mengidentifikasi pasar potensial peserta JPKM

b.Meningkatkan pengetahuan tentang JPKM kepada Toma dan LSM sebagai pihak yang dipercaya oleh masyarakat.

c. Perlu adanya peningkatan pemasaran pengenalan JPKM melalui kelompok pasar potensial (Fatayat, pengrajin, nelayan)

d. Sosialisasi dengan berbagai pihak pertemuan Toma, LSM, menggunakan berbagai media, memasang spanduk agar JPKM mudah dikenal dan dipahami.

BAB VI
PEMBAHASAN

BAB 6

PEMBAHASAN

Pembahasan dalam penelitian ini didasarkan macam variabel yang diteliti dari faktor persepsi Bapim, Bapel, PPK dan peserta, dengan menggunakan analisis diskriptif. Dari hasil kajian ini sebagai dasar untuk menyusun upaya peningkatan jumlah kepesertaan JPKM Mandiri Yayasan Bina Husada di Kabupaten Tulungagung.

Dari 'hasil analisa diskriptif diperoleh posisi masing- masing persepsi yang dinilai pada responden, dengan demikian akan diketahui sejauh mana persepsi tersebut mendukung dalam pelaksanaan JPKM Mandiri Yayasan Bina Husada . Selanjutnya melalui Focus Group Discussion disusun upaya peningkatan jumlah kepesertaan JPKM Mandiri Bina Husada, di Kabupaten Tulungagung.

6.1 Karateristik Responden

Responden pada penelitian ini adalah Bapel, Bapim, PPK dan peserta. Karakteristik responden antara lain dipelajari berdasarkan pekerjaan dan pendidikan,. Karakteristik berdasarkan status pekerjaan responden bapim, bapel, PPK dan peserta.

Hasil menunjukkan bahwa sebagian besar responden bapel (66,7%) berstatus sebagai pegawai negeri sipil (PNS), sedangkan responden bapim dan PPK seluruhnya (100%) berstatus sebagai PNS dan peserta sebagai pekerja swasta. Dari kondisi tersebut kurangnya profesional dalam mengelola pelaksanaan JPKM, karena pengurus terutama Bapel banyak yang PNS, secara tidak langsung waktunya banyak

tersita pada jabatan sebagai pegawai dan juga perlunya memberikan kesempatan melibatkan peran serta masyarakat dalam kontribusinya dalam bidang kesehatan.

Karakteristik responden berdasarkan tingkat pendidikan, baik anggota bapim, bapel, PPK, maupun peserta . Hasil distribusi berdasarkan tingkat pendidikan untuk peserta menunjukkan sebagian besar responden lulusan SMP (42,9%), responden PPK memiliki tingkat pendidikan, 50% menunjukkan lulusan akademi dan 50% sisanya lulusan Perguruan tinggi. Responden Bapim sebagian besar (66,7%) lulusan Perguruan tinggi, sisanya 33,3 lulusan akademi. Namun responden Bapel menunjukkan sebagian besar (50%) lulusan SMU, lulusan Akademi (33,3%), lulusan perguruan tinggi 16,7 Hal ini sesuai dengan pendapat Qomaruddin (1997) yang mengemukakan tindakan pelayanan kesehatan ada hubungannya dengan tingkat pendidikan dan pekerjaan.

6.2 Persepsi Badan Penyelenggara (Bapel) dalam penyelenggaraan JPKM Mandiri Yayasan Bina Husada

Penelitian ini dimaksudkan untuk mengetahui persepsi bapel dalam pelaksanaan JPKM mandiri berdasarkan persepsi pengetahuan responden mengenai fungsi bapel, status hukum bapel, pengelolaan keuangan oleh bapel, pengelolaan pelayanan kesehatan oleh bapel, pemasaran JPKM oleh bapel dan imbal jasa kepada PPK

a. Tingkat persepsi pengetahuan responden mengenai fungsi Bapel

Tingkat persepsi pengetahuan responden mengenai fungsi bapel dipelajari melalui kewenangan bapel, bapel berbadan hukum, cara merencanakan

pemasaran, fungsi pelayanan kesehatan, dan pengelolaan keuangan JPKM Mandiri. Dari hasil penelitian menunjukkan bahwa pemahaman responden mengenai fungsi Bapel dalam penyelenggaraan JPKM Mandiri sudah baik. Namun bila diperhatikan dengan lebih seksama, persepsi mengenai pengelolaan keuangan masih kurang baik hal ini disebabkan belum adanya koordinasi tentang pengelolaan keuangan antara Bapel dan PPK, untuk itu perlu penerapan majemen keuangan akan dapat ditetapkan biaya pemeliharaan kesehatan peserta sesuai dengan resiko kebutuhan biaya pemeliharaan kesehatan peserta, agar iuran yang terkumpul cukup untuk membiayai pelaksanaan program pemeliharaan kesehatan kesehatan bagi peserta (Depkes RI, Tahun 2000). Jasa mencakup semua aktifitas ekonomi yang outputnya bukan prooduk fisik, yang secara umum diproduksi dan dikonsumsi dilakukan dalam waktu bersamaan, dan nilai tambah yang diberikan adalah kenyamanan, liburan, kecepatan, dan kesehatan yang *intangible* bagi semua pembelinya. (Zeiltaml dan Bitner, 1996).

b. Status hukum Bapel

Perlu diketahui mengenai persepsi pemahaman responden mengenai bentuk badan hukum dan status hukum bapel untuk mengetahui keabsahan pendirian bapel. Hasil menunjukkan bahwa tingkat persepsi pemahaman responden mengenai bentuk badan hukum dan status hukum bapel untuk mengetahui keabsahan pendirian bapel dipersepsikan baik . Hal ini sesuai dengan persyaratan berdirinya Bapel harus berbadan hukum dalam bentuk suatu badan swasta (asuransi atau non asuransi), BUMN/ BUMD atau koperasi (Depkes RI, Tahun 2000)

PERPUSTAKAAN UNIVERSITAS AIRLANGGA SURABAYA

c. Persepsi Bapel dalam Pengelolaan Kepesertaan

Yang perlu diperhatikan dalam pengelolaan kepesertaan adalah cara mendapatkan peserta, cara mempertahankan peserta, jumlah target peserta, dan sifat kepesertaan sendiri. Jika anggota bapel mengetahui hal tersebut, maka monitoring pengelolaan kepesertaan dapat dilakukan. Hasil Persepsi bapel baik dalam pengelolaan kepesertaan diperlukan dalam hal cara mendapatkan peserta, cara mempertahankan peserta, dan sifat kepesertaan, tetapi kurang baik dalam pencapaian jumlah target peserta. Jumlah kepesertaan yang memenuhi target yang diharapkan karena dengan jumlah peserta yang banyak merupakan kestabilan berjalan program JPKM. Upaya pembinaan agar peserta tetap stabil dengan dua hal, yaitu: a. Komunikasi dan penyuluhan. b. Pelayanan penanganan keluhan atau pengaduan (Depkes RI, Tahun 1999). Jasa sebagai aktifitas ekonomi yang memiliki sejumlah elemen *intangible* yang terkait dengannya melibatkan sejumlah interaksi dengan konsumen atau dengan barang-barang, dan tidak menghasilkan transfer kepemilikan. Perubahan dalam kondisi bisa saja muncul dan produksi suatu jasa bisa saja atau bisa juga tidak mempunyai kaitan dengan produk fisik. (Andrian Payne,1993)

d. Persepsi Bapel dalam Pengelolaan Keuangan

Persepsi bapel dalam pengelolaan keuangan terkait dengan penetapan premi, kesesuaian penetapan premi dengan pelayanan yang diberikan, kesepakatan pengumpulan premi dan cara menginvestasikan dana.

Hasil persepsi menunjukkan secara umum bapel baik dalam pengelolaan keuangan terkait dengan penyelenggaraan JPKM mandiri di Kabupaten Tulungagung. Namun jika diperhatikan lebih seksama, variabel kesesuaian penetapan premi dengan

pelayanan kesehatan dan biaya administrasi yang diberikan dipersepsikan kurang baik dalam penyelenggaraan JPKM mandiri tersebut, maka pelayanan yang diberikan akan tidak terencana dengan baik, untuk itu perlu adanya penetapan premi yang sesuai biaya yang relevan (Depkes RI, Tahun 1999). Karakteristik jasa yang lebih sederhana, antara lain :

1. Jasa tidak berwujud sehingga tak bisa dideteksi oleh panca indera manusia.
2. Jasa dihasilkan dan dikonsumsi secara bersama-sama.
3. Jasa sangat bervariasi karena tergantung dari siapa penyajinya dan kapan serta dimana disajikan.
4. Jasa tidak dapat disimpan.

Karakteristik mendasar dari jasa itulah yang menjadi dasar perbedaan prinsip antara konsep pemasaran barang dan jasa. Karena sifatnya yang intangible, maka abstraksi tidak diperlukan lagi. Oleh karena itu dalam memasarkan jasa, produsen harus menekankan perhatian konsumen ke hal-hal yang bersifat tangible untuk menonjolkan realitas dan jasa yang ditawarkannya. (Philip Kotler 1993).

e. Persepsi Bapel dalam Pengelolaan Pelayanan Kesehatan

Persepsi bapel dalam pengelolaan pelayanan kesehatan meliputi jenis paket pelayanan, pemantauan pemanfaatan pelayanan, dan manajemen keluhan peserta dan PPK.

Hasil persepsi menunjukkan bahwa jenis paket pelayanan, pemantauan pemanfaatan pelayanan, dan manajemen keluhan peserta dan PPK baik, dalam penyelenggaraan JPKM mandiri di Kabupaten Tulungagung. Untuk dapat

menjalankan tanggungjawab tersebut, Bapel harus mengusahakan adanya suatu jaringan Pelaksana Pemeliharaan Kesehatan (PPK) yang sanggup melaksanakan upaya pemeliharaan kesehatan dalam jenis dan jumlah dan mutu yang sesuai dengan kebutuhan medis serta ketentuan yang berlaku.(Depkes, Tahun 2000). Kualitas jasa adalah sebagai berikut " *Service quality, as perceived by the customers can be defined as the extent of disperancy between customer expectation or desires and their perception.*" Kualiatas jasa yang dirasakan oleh konsumen dapat didefinisikan sebagai perbedaan antara apa yang diharapkan konsumen dengan persepsi mereka, perbedaan antara harapan konsumen mengenai penyedia jasa secara keseluruhan dengan kinerja aktual penyedia jasa yang dirasakan mendorong timbulnya persepsi tentang kualitas jasa. (Parasuman, Zeithaml dan Barry ,1990)

f. Persepsi Bapel dalam Pemasaran

Persepsi pemasaran oleh bapel terkait penyelenggaraan JPKM mandiri dipelajari berdasarkan konsep pemenuhan kebutuhan masyarakat, keinginan dan kepuasan. Selain itu dilihat pula konsep pemasarannya dimasa mendatang.

Hasil persepsi menunjukkan bahwa pemasaran oleh bapel kurang baik dalam penyelenggaraan JPKM mandiri di Kabupaten Tulungagung, hal ini akan mempengaruhi pertambahan jumlah peserta. Umumnya usaha penyelenggaraan program JPKM dimulai dengan memasarkan paket manfaat untuk kelompok, kemudian bila usaha telah maju, maka dimungkinkan untuk membuka kepesertaan perorangan, dengan cara ini diharapkan terjadi dua hal:

Pemasukan bertambah cepat, dan usaha tidak mengalami lapse (keadaan dimana peserta dalam suatu saat berkurang dalam jumlah yang besar), sehingga penyelenggaraan JPKM dapat bertahan dan berkembang .(Rangkuti F, Tahun 1999).

g. Imbal jasa PPK oleh Bapel

Imbal jasa PPK oleh bapel ditentukan dengan kapitasi dan bagi hasil persepsi menunjukkan bahwa imbal jasa ke PPK oleh bapel baik dalam penyelenggaraan JPKM mandiri di Kabupaten Tulungagung, tetapi kurang baik dalam pembagian imbal jasa ke PPK sebesar 60%, bisa dikarenakan belum terkoordinasinya hubungan dengan PPK, maka perlu perjanjian untuk pembayaran kepada PPK baik secara kapitasi maupun pada *fee for service* (menurut jumlah kunjungan). Keadaan tersebut misalnya:

1. Pelayanan Gawat Darurat
2. Pelayanan oleh PPK tertentu (optical, apotik)
3. Jumlah peserta yang terdaftar terlalu sedikit, sehingga pembayaran secara kapitasi dan *fee for service* hampir tidak ada bedanya .(DepkesRI, Tahun 2000).

6.3 Persepsi Badan Pembina (Bapim) atau Pemerintah dalam penyelenggaraan JPKM Mandiri Yayasan Bina Husada

Penelitian ini dimaksudkan untuk mengetahui peran bapim dalam pelaksanaan JPKM mandiri berdasarkan pemahaman responden mengenai kebijakan bapim kepada bapel, PPK, dan peserta, serta bapim sebagai penggalang dana..

a. Bapim sebagai penggalang dana

Persepsi bapim sebagai donor menunjukkan regulator dalam pelaksanaan JPKM mandiri, bahwa pelayanan "*public goods*" berasal dari pajak, tempat pelayanan dan jenis pelayanan adalah untuk kebutuhan orang banyak dan umum.

Hasil persepsi menunjukkan bahwa bapim sebagai donor baik dalam pelaksanaan JPKM mandiri, yang menunjukkan bahwa pelayanan "*public goods*" berasal dari pajak, tempat pelayanan dan jenis pelayanan "*public* goods" adalah untuk kebutuhan orang banyak dan umum, dengan pemeliharaan kesehatan yang paripurna diartikan bahwa upaya pemeliharaan kesehatan dilaksanakan secara menyeluruh meliputi kegiatan promotif – preventif- kuratif dan rehabilitatif, terpadu dan berkesinambungan. Upaya kesehatan dalam JPKM tidak dapat dilakukan sepotong-sepotong, umpamanya pengobatan rawat jalan saja atau hanya pengobatan di Rumah sakit tanpa dukungan upaya preventif maupun promotif, karena hal ini cenderung menurunkan efektifitas dan efisiensi dalam pelaksanaannya .(Sulastomo, Tahun 2000).

b. Persepsi tentang kebijakan Bapim terhadap Bapel

Kebijakan Bapim terhadap Bapel meliputi kedudukan Bapim di pemerintah, dukungan kebijakan Bapim thd Bapel, syarat badan hukum Bapel, pelaksanaan Bapel yang mendapat dukungan dari Bapim, dan penanggulangan *moral hazard* yang ditemukan pada penyelenggaraan JPKM mandiri.

Hasil persepsi menunjukkan kebijakan Bapim terhadap Bapel baik dalam penyelenggaraan JPKM mandiri di Kabupaten Tulungagung. Namun ada hal yang perlu mendapat perhatian bahwa penyelenggaraan bapel harus mendapat dukungan

dari Bapim dan pelaksanaan Bapel harus ada dukungan tindak lanjut dari kebijakan yang ada dipersepsikan kurang baik dalam penyelenggaraan JPKM mandiri di Kabupaten Tulungagung, dasar hukum pembinaan JPKM adalah UU No. 23/ 1992 pasal 66 ayat 1 yang menyatakan pemerintah mengembangkan, membina dan mendorong JPKM sebagai cara yang dijadikan landasan setiap penyelenggaraan pemeliharaan kesehatan yang pembiayaannya secara para- upaya, berdasarkan azas usaha bersama dan kekeluargaan .(Depkes, Tahun 2000).

c. Persepsi tentang kebijakan Bapim terhadap PPK

Kebijakan bapim terhadap PPK meliputi pengawasan kualitas pelayanan PPK dan penanggulangan *moral hazard* yang ditemukan pada penyelenggaraan JPKM mandiri. Hasil persepsi menunjukkan kebijakan bapim terhadap PPK baik untuk pengawasan kualitas pelayanan PPK dan penanggulangan *moral hazard* yang ditemukan dalam penyelenggaraan JPKM mandiri di Kabupaten Tulungagung. Disini Bapim baik sebagai regulator JPKM , dapat menjamin pemeliharaan kesehatan menyeluruh dengan mutu terjaga dan biaya yang terkendali, sekaligus dapat menjamin terjadinya pemerataan pembiayaan kesehatan . Kendali biaya dengan jurus pembayaran pra- upaya (kapitasi) dan bagi hasil (*rist profit sharing* antara peserta, badan usaha, dan PPK). Dan kendali mutu dengan menjalankan jurus ikatan kerja (antara Bapel – PPK), penanganan keluhan, siklus jaga mutu dan pemantauan terhadap pelayanan kesehatan .(Depkes, Tahun 2000).

d. Persepsi tentang kebijakan Bapim terhadap Peserta.

Persepsi kebijakan bapim terhadap peserta meliputi unsur *equity* pada penyelenggaraan JPKM mandiri, pelayanan untuk rakyat miskin, dan pelayanan gratis untuk lansia.

Hasil persepsi menunjukkan baik kebijakan bapim terhadap peserta meliputi menjaga unsur *equity* pada penyelenggaraan JPKM mandiri, pelayanan untuk rakyat miskin, dan pelayanan gratis untuk lansia dalam penyelenggaraan JPKM mandiri di Kabupaten Tulungagung. Pemerintah berfungsi sebagai sosialisasi JPKM, regulasi dan manajemen mutu. Adapun tujuan umum dari pembinaan JPKM adalah menjadikan JPKM landasan semua bentuk pemeliharaan kesehatan, dan tujuan khususnya:

1. Terlindunginya segenap penduduk dengan pemeliharaan kesehatan berdasarkan JPKM.
2. Terkendalinya biaya pemeliharaan kesehatan.
3. Terjaganya mutu pemeliharaan kesehatan .(Depkes, Tahun 2000).

6.4 Persepsi Pemberi Pelayanan Kesehatan (PPK) dalam penyelenggaraan JPKM Mandiri Yayasan Bina Husada

Penelitian ini dimaksudkan untuk mengetahui persepsi PPK dalam pelaksanaan JPKM mandiri berdasarkan pemahaman responden mengenai fungsi PPK, manfaat PPK, dan imbal jasa yang diterima oleh PPK.

a. Tingkat persepsi petugas PPK mengenai fungsi PPK dalam JPKM

Dalam jaminan penyelenggaran kesehatan, PPK menjadi pihak yang memberikan pelayanan kepada peserta. Oleh karena itu perlu diketahui fungsi PPK

dalam penyelenggaraan JPKM, sehingga pelayanan asuransi kesehatan dapat memberikan kepuasan bagi peserta. Tingkat persepsi petugas PPK mengenai fungsi PPK dalam JPKM dilihat berdasarkan kualitas pelayanan yang diberikan oleh PPK, sarana PPK yang dipergunakan dalam JPKM, pelaksana monitoring pelayanan, dan pengendalian *moral hazard* yang sering terjadi di PPK.

Hasil persepsi menunjukkan tingkat pengetahuan responden tentang fungsi PPK baik dalam penyelenggaraan JPKM mandiri Yayasan Bina Husada di Kabupaten Tulungagung. Pertimbangan yang menjadi alasan utama dalam penyusunan paket pelayanan kesehatan adalah keseimbangan antara kebutuhan dan keterbatasan sumber daya.

Dijumpai tiga masalah pada pemeliharaan kesehatan dengan sistim pra – upaya yang dapat mengancam kesinambungan penyelenggaraan JPKM karena menyebabkan biaya operasional yang tinggi/ premi yang besar, adalah:

1. Keinginan menyediakan pelayanan kesehatan menyeluruh dengan kualitas yang memuaskan peserta.
2. Keterbatasan sumberdaya, khususnya dana.
3. Dimasukannya pelayanan kesehatan yang kurang penting dalam paket berupa pengobatan penyakit yang jarang terjadi dan pelayanan kesehatan yang dananya diluar jangkauan dana yang tersedia.

Langkah mengatasi hal ini adalah :

1. Pelayanan yang relevan dengan kebutuhan.
2. Pelayanan yang biayanya terjangkau dan menjamin kesinambungan.

Hal ini ditempuh dengan melakukan penentuan dan pembatasan jenis dan volume hanya untuk pemeliharaan kesehatan yang paling efektif sehingga terjadi kesinambungan pemeliharaan kesehatan.Oleh karena itu dalam memasarkan jasa, produsen harus menekankan perhatian konsumen (Philip Kotler, 1993)

b. Tingkat persepsi PPK mengenai manfaat dalam JPKM

Tingkat persepsi PPK mengenai manfaat PPK dalam JPKM dilihat berdasarkan meningkatnya imbal jasa PPK dan guna dari sistem kapitasi pada penyelenggaraan JPKM.

Hasil persepsi menunjukkan tingkat pemahaman responden tentang manfaat PPK kurang baik dalam penyelenggaraan JPKM mandiri Yayasan Bina Husada di Kabupaten Tulungagung. Manfaat JPKM bagi PPK meliputi:

1. PPK dapat merencanakan pelayanan kesehatan yang lebih efesien dan efektif bagi peserta karena ditunjang sistim pembayaran kapitasi.
2. PPK memperoleh balas jasa yang semakin besar dengan makin terpeliharanya kesehatan konsumen.
3. PPK lebih dapat meningkatkan profesionalisme, kepuasan kerja, dan mengembangkan mutu pelayanan,
4. Sarana pelayanan tingkat pertama, kedua dan ketiga yang selama ini menerapkan tarif murah akan mendapat pasokan dana yang lebih banyak bila masyarakat telah ber- JPKM .(Depkes, Tahun 2000).

Di dalam model pemanfaatan pelayanan kesehatan, faktor yang mempengaruhi pemanfaatan pelayanan kesehatan adalah: faktor sosio kultural, faktor organisasi, keterjangkauan sosial, karakteristik dari sruktur organisasi. (Dever, 1984)

c. Tingkat persepsi petugas PPK mengenai imbal jasa kepada PPK

Tingkat persepsi petugas PPK mengenai imbal jasa kepada PPK dalam JPKM dilihat berdasarkan cara pembayaran dan besarnya imbal jasa kepada PPK pada penyelenggaraan JPKM.

Hasil persepsi menunjukkan baik tingkat pengetahuan responden tentang imbal jasa kepada PPK , dalam penyelenggaraan JPKM mandiri Yayasan Bina Husada di Kabupaten Tulungagung, tetapi kurang baik dalam pengertian imbal jasa sebesar 60%, perlu adanya koordinasi antara pelaku JPKM, terutama dengan Bapel harus ada kesepakatan mengenai cara pembayarannya. Ada beberapa cara pengaturan dari RPS ini, namun pada dasarnya bagian keuntungan untuk PPK (*profit share)* harus maksimum apabila tidak mengalami rugi dan harus dihilangkan apabila kerugian meningkat sampai pada suatu titik, dimana tidak ada lagi *profit share.* . Diluar titik ini program JPKM , Bapel bertanggungjawab atas keseluruhan kerugian . Hal ini dianggap adil oleh karena PPK tidak merupakan lagi organisasi yang menanggung resiko. Dengan demikian, keadaan yang paling buruk bagi PPK seharusnya dalam keadaan pulang pokok *(break even)*, tidak untung, tidak rugi .(Depkes, Tahun 1999).

6.5 Persepsi Peserta dalam penyelenggaraan JPKM Mandiri Yayasan Bina Husada

Penelitian ini dimaksudkan untuk mengetahui persepsi peserta dalam pelaksanaan JPKM mandiri berdasarkan pengetahuan responden mengenai

pelaksanaan JPKM, peluang pasar JPKM mandiri pada peserta, dan juga kemampuan dan kemauan peserta untuk membeli.

a. Persepsi peserta mengenai pengetahuan pelaksanaan JPKM

Hal yang perlu diketahui persepsi peserta terkait pelaksanan JPKM adalah mengenai apa, siapa, dimana, kapan masyarakat bisa ber-JPKM. Selain itu perlu juga diketahui pengetahuan peserta mengenai tempat pembayaran, cara pendaftaran dan pembayaran premi. Hal tersebut diatas merupakan beberapa latar belakang untuk dapat memahami apakah peserta mempunyai persepsi baik tentang pengetahuan pelaksanaan JPKM mandiri di Kabupaten Tulungagung.

Hasil persepsi menunjukkan kurang baik pada peserta bisa ber-JPKM, tempat mendaftar JPKM, mendaftar bisa kapan saja, tempat pembayaran iuran, cara membayar iuran dalam penyelenggaraan JPKM mandiri Yayasan bina husada Kabupaten Tulungagung. Hal ini perlu adanya sosialisasi dari Pemerintah, sasaran pembinaannya melalui aparat pemerintah pendukung JPKM, jaringan Yankes agar jadi PPK yang bermutu, Dunia usaha agar jadi Bapel atau peserta JPKM, Kekelompok peserta JPKM, Tokoh masyarakat agar menjadi manajer JPKM. Perilaku konsumen jasa berlangsung dalam beberapa proses: proses pengenalan kebutuhan, pencarian alternatif, evaluasi alternatif, proses pembelian, perasaan setelah membeli. (Jean paul Pater dan James H.Donelly Jr, 1986)

b. Persepsi tentang peluang pasar JPKM

Peluang pasar dapat diketahui dilihat dari kesediaan masyarakat menjadi peserta, kesediaan membayar premi, kesediaan mengikuti pelayanan berjenjang,

kesediaan memakai paket pelayanan yang dipilih, dan kesediaan mengurangi resiko dengan berperilaku hidup bersih dan sehat.

Hasil persepsi menunjukkan bahwa kesediaan masyarakat menjadi peserta, kesediaan membayar premi, kesediaan mengikuti pelayanan berjenjang, kesediaan memakai paket pelayanan yang dipilih, dan kesediaan mengurangi resiko dengan berperilaku hidup bersih dan sehat baik, dalam pelaksanaan JPKM mandiri di Kabupaten Tulungagung. Dari hasil tersebut adanya peluang pasar yang dapat dikembangkannya berjalannya JPKM, dengan melihat kesediaan masyarakat mengikuti JPKM. Konsep pemasaran sosial inilah yang dijadikan pedoman oleh produsen jasa. Menjual jasa tidaklah semudah menjual barang, karena jasa bersifat tidak nyata. Konsumen hanya bisa mengetahui kualitas jasa bila mereka telah menikmati jasa tersebut. Pemasaran jasa tidak hanya memerlukan pemasaran sederhana berdasarkan konsep 4 P saja namun harus pula memperhatikan strategi lain yaitu pemasaran internal dan interaktif. Pemasaran internal berarti bahwa perusahaan jasa harus melatih dan memotifasi seluruh karyawan secara kontinyu, terutama mereka yang berhadapan langsung dengan pelanggan agar dapat memberikan pelayanan terbaik ke konsumen. Sedangkan pemasaran interaktif berarti penerimaan mutu jasa sangat tergantung pada kualitas interaksi pembeli – penjual, sehingga perusahaan harus memperhatikan cara-cara penyampaian jasa kepada konsumen. (Christian Gronross ,1984).

c. Gambaran umum ATP-WTP peserta

ATP dan WTP peserta pada penelitian ini hanya dilihat secara umum berapa besar pengeluaran non kesehatan dan non makanan oleh peserta pada JPKM di

Kabupaten Tulungagung, serta WTP masyarakat mengenai pilihan PPK yang banyak diinginkan oleh peserta.

Hasil pada tabel 5.20 menunjukkan bahwa sebagian besar responden (51,4%) memiliki pengeluaran non kesehatan sebesar >250.000 - 300.000 rupiah. Sedangkan untuk pengeluaran non makanan dapat dilihat pada tabel 5.21 hasil menunjukkan bahwa sebagian besar responden (48,6%) memiliki pengeluaran non makanan sebesar >200.000 - 225.000 rupiah. Hal tersebut menunjukkan bahwa pengeluaran masyarakat masih rendah.

Rendahnya pengeluaran masyarakat ditunjang pula bahwa responden lebih banyak memilih untuk mengikuti JPKM dengan PPK pemerintah. (60%). Sedangkan pendapatan peserta berkisar antara antara Rp. 500.000 – Rp.600.00 maka kemampuan peserta antara Rp.50.000 – Rp. 75.000, dari hasil yang telah didapatkan mengenai semua pihak yang terlibat dalam pelaksanaan JPKM dapat kita susun beberapa isu strategi yang menghasilkan beberapa upaya yang disusun menjadi rekomendasi, diduga dapat meningkatkan kepesertaan JPKM Mandiri Yayasan Bina Husada di Kabupapaten Tulungagng berdasarkan persepsi dari masing-masing pelaku JPKM yakni Bapim, Bapel, PPK dan peserta.

6.6 Pembahasan Isu Strategis yang dapat dilihat dari aspek Bapim, Bapel, PPK dan Peserta.

Dari beberapa isu strategi yang muncul pada Bapel Belum dilakukan pemasaran dengan pemenuhan kepuasan, keinginan dan kebutuhan sesuai konsep yang ada untuk masa mendatang, hal ini belum adanya dukungan politis

dari pemda melalui perda yang mengatur pelaksanaan JPKM, maupun SK yang nantinya akan mendukung pelaksanaan JPKM, dari peserta pengetahuan yang rendah tentang JPKM mengenai belum dipahami tempat mendaftar, mengakibatkan kepesertaan tidak berkembang.

Dari Bapel belum dilakukan pemasaran dengan pemenuhan kepuasan, keinginan dan kebutuhan sesuai konsep yang ada untuk masa mendatang, sehingga belum memenuhi jumlah target peserta minimal 5000 orang, PPK belum dipahami sistim kapitasi akan melancarkan perencanaan yankes secara efektif dan efesien, dari peserta belum diketahui cara medaftar sebagai peserta.

Rencana pengeloaan keuangan dari Bapel belum dilakukan. Pengelolaan keuangan ditentukan, Bapel dan PPK, dari PPK belum dipahami sistim kapitasi akan melancarkan perencanaan yankes secara efektif dan efesien.

Dari Bapel penetapan premi tidak sesuai yankes dan biaya administrasi, dari PPK belum dipahami imbal jasa semakin besar jika kesehatan konsumen terpelihara.

BAB VII
KESIMPULAN DAN SARAN

BAB 7

KESIMPULAN DAN SARAN

7.1 Kesimpulan

Berdasarkan uraian diatas dan analisis yang telah dikemukakan pada bab sebelumnya, maka hasil penelitian ini dapat disimpulkan sebagai berikut:

1. Dari persepsi Bapim yang perlu mendapat perhatian, tentang kebijakan terhadap Bapel dalam mendukung pelaksanaan JPKM adalah:

a. Belum adanya dukungan kebijakan dari Bapim.

b. Kebijakan yang ada belum ada tindak lanjutnya untuk dilaksanakan karena kebijakan yang ada belum maksimal dilaksanakan.

2. Dari persepsi Bapel yang perlu mendapat perhatian, agar JPKM dapat berjalan dengan baik adalah:

a. Belum tercapainya kepesertaan minimal karena pengetahuan dan kesadaran masyarakat mengenai asuransi kesehatan masih kurang dan belum adanya kebiasaan pembiayaan kesehatan secara praupaya

b. Belum dilakukan pemasaran pelayanan kesehatan yang sesuai dengan keinginan, kebutuhan, dan kepuasan masyarakat karena belum dilakukan survey pasar untuk pembentukan produk pelayanan sesuai dengan keinginan, kebutuhan dan kepuasan masyarakat.

c. Belum dilakukan pemasaran JPKM sesuai dengan konsep yang ada untuk keperluan masa mendatang, karena belum dilakukan pemasaran yang mengacu pada pasar yang ada dan memenuhi kebutuhan yang akan datang.

d. Belum adanya koordinasi tentang pengolahan keuangan antara Bapel dan PPK karena tidak terkoordinasi tentang pengolahan keuangan antara Bapel dan PPK.

e. Belum adanya penetapan premi yang sesuai dengan pelayan kesehatan dan biaya administrasi karena petugas tidak terbiasa melakukan perhitungan unit cost pelayanan kesehatan.

3. Dari persepsi PPK yang perlu mendapat perhatian agar pelayanan yang diberikan sesuai dengan pelayanan medik adalah:

a. Belum diketahuinya manfaat sistim kapitasi bahwa sistim kapitasi dapat melancarkan pelayanan kesehatan, karena belum adanya penyusunan perencanaan pembiayaan kesehatan secara berkala yang relevan.

b. Kurang dipahami bahwa imbal jasa akan semakin besar jika kesehatan konsumen terpelihara, karena pelayanan kesehatan preventif belum sepenuhnya dilakukan.

4. Dari Persepsi Peserta yang perlu mendapat perhatian agar jumlah peserta bisa ditingkatkan adalah:

a. Masih kurangnya pengetahuan peserta tentang pelaksanaan JPKM karena kurangnya sosialisasi JPKM kepada kelompok pasar potensial sebagai

peserta JPKM dan kurangnya kerjasama lintas sektor dengan tokoh mayarakat dan LSM.

Berdasarkan kesimpulan diatas, maka dapat kami kemukakan beberapa upaya peningkatan kepesertaan JPKM – Mandiri Yayasan Bina Husada, dikabupaten Tulungagung, yaitu:

1. Perlu ada dukungan politis dari pemerintah yang bersifat wajib bagi masyarakat untuk mengikuti JPKM, melalui SK Bupati tentang kewajiban masyarakat mengikuti JPKM.
2. Perlu adanya kebijakan baru yang mendukung dan memperbaiki kebijakan yang ada saat ini, dengan melalui perda untut menindak lanjuti propenas.
3. Meningkatkan pengetahuan dan kesadaran masyarakat mengenai pembiayaan pelayanan kesehatan secara mandiri, adanya kegiatan penyuluhan tentang perlunya pembiayaan kesehatan dari masyarakat.
4. Survey pasar untuk pembentukan produk sesuai dengan keinginan, kebutuhan dan kepuasan masyarakat, pembentukan tim pemasaran yang kuat, dilaksanakan secara terpadu dimana pemerintah sebagai fasilisator.
5. Meningkatkan *networking* kemitraan antara bapel, bapim, dan PPK, perlu adanya pengelolaan manajemen keuangan secara profesional.
6. Perlu ada pelatihan petugas untuk perhitungan *unit cost* pelayanan kesehatan, dengan meningkatkan pengetahuan SDM yang terlibat dalam pelaksanaan JPKM.

7. Menyusun perencanaan pembiayaan kesehatan secara berkala sesuai dengan biaya yang diperlukan, perlu adanya diskusi pelatihan manajemen perencanaan keuangan dan keuntungan pembayaran dengan sistim kapitasi
8. Meningkatkan pelayanan kesehatan yang preventif melalui penggalakan perilaku hidup bersih dan sehat, perlu adanya peningkatan mutu pelayanan kesehatan dan pemberian pelayanan kesehatan yang bersifat pencegahan.
9. Meningkatkan koordinasi antara PPK dan Bapel mengenai pembagian imbal jasa yang adil dengan membuat sistim pembagian yang proporsional
10. Perlu adanya peningkatan pemasaran pengenalan JPKM melalui kelompok pasar potensial.
11. Sosialisasi dengan berbagai pihak yang terlibat JPKM dengan pertemuan TOMA, LSM, menggunakan berbagai media masa, memasang spanduk agar JPKM mudah dikenal dan dipahami.

7.2 Saran

1. Segera diterbitkan Perda tentang keharusan masyarakat ikut JPKM.
2. Promosi JPKM melalui media masa, selebaran pamfled, kegiatan penyuluhan dan pembiayaan pelayanan kesehatan secara mandiri melalui kelompok organisasi kemasyarakatan, posyandu, Fatayat, LSM, tokoh masyarakat.
3. Pembentukan tim pemasaran yang kuat dilaksanakan secara terpadu melibatkan semua unsur pelaksana JPKM, dimana pemerintah sebagai fasilisator.
4. Dilakukan survey pasar untuk pembentukan pelayanan kesehatan sesuai dengan keinginan, kebutuhan dan kepuasan masyarakat.
5. Pelatihan petugas untuk perhitungan unit cost pelayanan kesehatan dan menyusun pembiayaan kesehatan secara berkala sesuai dengan biaya yang diperlukan.
6. Meningkatkan kerjasama antara Bapim, Bapel dan PPK melalui pertemuan agar tercapai kesepakatan tentang pelaksanaan JPKM.
7. Memberikan pelayanan kesehatan yang *bersifat public good*, pada masyarakat.

DAFTAR PUSTAKA

DAFTAR PUSTAKA

Ancok, Djamaludin, (1989) Validitas dan Reabilitas Intrumen Penelitian, LP3ES, Jakarta.

As'ad, M. (1997) *Seri Ilmu Sumber Daya Manusia Psikologi Industri*, Edisi keempet, Liberty, Yogjakarta.

Azwar, A. (1996) *Pengantar Administrasi Kesehatan*, Jakarta PT. Bina Putra

Buke, Visser (2000) *Organizational Communication Structure and Performance*

Barry, Leonard L. (1996), *Consumer Behavior* Perilaku Konsumen dan Strategi Pemasaran, Edisi IV Terjemahan, Jakarta: Airlangga.

Dever, G. A. (1984). *Epidemiology in Helth Service Management: the Epidemiology of Health Service Utilization*. Rocville Maryland, An Aspen Publication.

Dasler (1997) *Human Resources Management*, 7 ed, Edisi Bahasa Indonesia, PT. Prentallindo, Jakarta.

Depkes RI (1998), *Pedoman pelayanan Kesehatan Dasar*.Direktorat Jendral Pembinaan Kesehatan Masyarakat. Direktorat Kesehatan Keluarga

Depkes RI (1999) *Dana sehat – JPKM*, Jakarta.

Depkes RI (1999) *Panduan Pembinaan Bapel JPKM*, Jakarta.

Depkes RI (1999) *Landasan Hukum Penyelenggaraan JPKM*, Jakarta.

Depkes RI (1999) *Rakernas Konsep dan Pelaksanaan JPKM*, Jakarta.

Depkes RI (1999) *Pedoman studi Kelayakan dan Rencana Usaha JPKM*, Jakarta.

Depkes RI (2000) *Kumpulan Materi Pelatihan Penyelenggaraan JPKM*, Jakarta.

Douglas, L (1989) *The Effective Nurse*, ST. Lois, MO.

Gipson, Invancevich, Donnely (1993), *Perilaku Struktur dan Proses Organisasi* Penerbit Erlangga Jakarta.

Gronross C. (1984), *Service Marketing*, Terjemahan Edisi I, Yogyakarta: Andi

Hadi, S (2000) *Bimbingan menulis skripsi Thesis*, PT. Andi Offset, Yogjakarta

Handoko, H (1997) *Manajemen Personalia dan Sumber Daya Manusia* BPFE, Yogjakarta.

Kotler, P. (2002) *Manajemen Pemasaran,* Edisi bahasa Indonesia, SMTG Desa Putera, Jakarta.

Mudrick R.G. (1990), *Organisasi Behaviour*. M.c. Graw Hill Inc. New York. Ed. 6

Moenin, A.S (1998), *Manajemen Pelayanan Umum di Indonesia*, Jakarta, Bumi Aksara.

Nazir, M (1999), *Metode Penelitian*, Jakarta, Ghalian Indonesia.

Notoatmodjo, S.(2002) *Metodologi Penelitian Kesehatan,* Penerbit Rineka Cipta Jakarta.

Propenas (2000 – 2004), *Program Pembangunan Nasional,* Jakarta.

Peter J.P dan Donelly J. H. (1986), *Organisasi, Perilaku, Struktur Proses*. Erlangga Jakarta. Ed. Mahasiswa.

Prawirosentono, S (1999) *Manajemen Sumber Daya Manusia, Kebijakan kinerja karyawan,* Edisi Pertama BPFE Yogjakarta.

Payne, A (1993), *The Essence Services Marketing*, New York: Prentice Hall

Qomarudin M.B. (1997) *Hubungan antara faktor Sosial Ekonomi dengan Perilaku Pencarian Pelayanan Kesehatan Pada Masyarakat Perkotaan*. Forum Ilmu Kesehatan Masyarakat Th. XVI No. 9 – 10 Januari – Juli 1997.

Qomarudin M.B. (1998) *Fokus Grup Diskusi*. Pusat Penelitian Kependudukan Pembangunan universitas Airlagga. Surabaya.

Rangkuti, F.(1997) *Riset Pemasaran*, PT. Gramedia Pustaka Utama, Jakarta.

Robbin P. Stephen, (1996) *Perilaku Organisasi, Konsep, Kontraversi, Aplikasi*, jilid dua, edisi Bahasa Indonesia, PT.Buana Ilmu Populer Prehalindo, Jakarta.

Sedarmayanti (2001), *Sumber Daya Manusia dan Produktivitas Kerja*, Bandung, Mandar Maju.

Simamora, (1997) *Manajemen Sumber Daya Manusia,* edisi kedua, STIE YKPN, Yogjakarta.

Sulastomo, (2000) *Pembiayaan Kesehatan,* PT asuransi Kesehatn Indonesia.

Supriyanto, S. (2000) *Metodologi Riset*, Fakultas Kesehatan Masyarakat, universitas Airlangga, Surabaya.

Supriyanto, S. (2002) *Srategi Pemasaran Jasa Pelayanan Kesehatan*, FKM universitas Airlangga.

Sutarto, (2000) *Dasar-dasar Organisasi*, Gadjah Mada University Press.

Thabrani, H (2002) *Asuransi Kesehatan Indonesia*, Pusat Kajian Ekonomi Kesehatan U I.

Tom R. (1997) *Performance Appraisal in an NHS Hospital.*

Undang- Undang Otonomi Daerah (1999), C V. Tamita Utama, Jakarta 2001.

Tjiptono, F. (2002) Srategi Pemasaran, PT. Andi offset, Yogjakarta.

Widodo J.P. (2001) Pokok-pokok Pikiran Pembiayaan Kesehatan, Mutu Pelayanan Kesehatan, Pemasaran Jasa Kesehatan, Pascasarjana Unair, Surabaya.

Yassid. (1999) Pemasaran Jasa Konsep dan Implementasai, Ekonesia Fakultas Ekonomi Yogyakarta, Yogyakarta.

Zeithaml : Valarie A ; Parasuraman; Leruard L. Berry, 1990. *Delivering Quality Service : Balancing Customer Perception and Expection.* New York. The Free Press. A. Division of Macmillan Inc.

LAMPIRAN

Lampiran 1

Kuesioner Penelitian Tentang

Peran Badan Penyelenggara (BAPEL) JPKM - Mandiri Yayasan Bina Husada di Kabupaten Tulungagung

No. Kuesioner :
Tgl. Wawancara :
Nama Bapel/Calon Bapel :
Status Hukum :
Alamat :

Identitas Responden
1. Nama :
2. Jenis Kelamin : 1. Laki-laki 2. Perempuan
3. Umur : _____ tahun
4. Jabatan :
5. Pendidikan :

I. Pemahaman tentang Bapel

1. Badan penyelenggara (Bapel), adalah yang berwenang mengatur tentang penyelenggaraan JPKM.
   a.Sangat setuju
   b.Setuju
   c.Kurang setuju
   d.Tidak setuju ☐
2. Bapel merupakan badan hukum, yang dapat berupa suatu badan swasta (asuransi atau non asuransi), BUMN/BUMD atau koperasi
   a.Sangat setuju
   b.Setuju
   c.Kurang setuju
   d.Tidak setuju ☐
3. Cara memperoleh kepesertaan dengan memakai premi melalui media masa, kelompok sosial
   a.Sangat setuju
   b.Setuju
   c.Kurang setuju
   d.Tidak setuju ☐
4. Melalui rumah sakit pemerintah, rumah sakit swasta, poliklinik swasta, puskesmas dilakukan untuk melaksanakan fungsi pelayanan kesehatan
   a.Sangat setuju
   b.Setuju ☐

c.Kurang setuju
d.Tidak setuju

5. Dalam pengelolaan keuangan perlu adanya koordinasi antara BAPIM, BAPEL, PPK
   a.Sangat setuju
   b.Setuju
   c.Kurang setuju
   d.Tidak setuju

II. Status Hukum

6. Agar Bapel sah secara hukum harus terdaftar dalam bentuk badan hukum .
   a. Sangat setuju
   b..Setuju
   c. Kurang setuju
   d. Tidak setuju
7. Status hukum Bapel adalah badan asuransi,Badan non asuransi,BUMN/BUMD, Koperasi
   a. Sangat setuju
   b..Setuju
   c. Kurang setuju
   d. Tidak setuju

III. Pengelolaan Kepesertaan

8. Cara mendapatkan peserta atau calon peserta JPKM melalui promosi, kelompok organisasi, kelompok sosial masyarakat .
   a. Sangat setuju
   b..Setuju
   c. Kurang setuju
   d. Tidak setuju
9. Menjaga hubungan, memberikan pelayanan baik, menanggapi keluhan, membela kepentingan peserta adalah cara mempertahankan peserta agar tetap menjadi anggota.
   a. Sangat setuju
   b. Setuju
   c. Kurang setuju
   d. Tidak setuju
10. Jumlah target peserta minimal 5000 orang
    a. Sangat setuju
    b. Setuju
    c. Kurang setuju
    d. Tidak setuju

11. Sifat kepesertaan dapat individu atau kelompok
    a. Sangat setuju
    b. Setuju
    c. Kurang setuju
    d. Tidak setuju

IV. Pengelolaan Keuangan

12. Besarnya premi ditetapkan secara cermat, wajar, terjangkau
    a. Sangat setuju
    b. Setuju
    c. Kurang setuju
    d. Tidak setuju
13. Cara menetapkan premi berdasarkan tingkat pelayanan kesehatan, biaya administrasi
    a. Sangat setuju
    b. Setuju
    c. Kurang setuju
    d. Tidak setuju
14. Cara pengumpulan premi dari peserta bisa perbulan, beberapa bulan berdasarkan kesepakatan yang dibayar sendiri oleh peserta maupun kelompok peserta ke badan penyelenggara.
    a. Sangat setuju
    b. Setuju
    c. Kurang setuju
    d. Tidak setuju
15. Bapel harus mempunyai modal 25% dari total anggaran selain menginvestasikan dana dengan penganggaran dan pelaksanaan anggaran secara cermat.
    a. Sangat setuju
    b. Setuju
    c. Kurang setuju
    d. Tidak setuju

V. Pengelolaan Pelayanan Kesehatan

16. Paket pelayanan kesehatan yang disediakan adalah pelayanan dasar, pemeriksaan diagnostik, pelayanan tambahan, pelayanan obat dalam program JPKM.
    a. Sangat setuju
    b. Setuju
    c. Kurang setuju
    d. Tidak setuju
17. Pelaksanaan pemantauan pemanfaatan pelayanan kesehatan Dilakukan Bapim, Bapel, LSM.
    a. Sangat setuju

b. Setuju
c. Kurang setuju
d. Tidak setuju

18. Untuk pelaksanaan manajemen keluhan peserta maupun PPK, dilakukan oleh Bapel.
a. Sangat setuju
b. Setuju
c. Kurang setuju
d. Tidak setuju

VI. Pemasaran

19. Pemasaran asuransi JPKM yang akan dilakukan dengan cara memenuhi kepuasan, keinginan, dan kebutuhan
a. Sangat setuju
b. Setuju
c. Kurang setuju
d. Tidak setuju

20. Rencana pemasaran JPKM untuk masa mendatang dengan konsep pasar yang ada, sebagai acuan masa yang akan datang.
a. Sangat setuju
b. Setuju
c. Kurang setuju
d. Tidak setuju

VII. Imbal jasa ke PPK

21. Cara pembayaran imbal jasa ke PPK dengan cara kapitasi dan bagi hasil
a. Sangat setuju
b. Setuju
c. Kurang setuju
d. Tidak setuju

22. Besarnya imbal jasa ke PPK sebesar 60%
a. Sangat Setuju
b. Setuju
c. Kurang setuju
d. Tidak setuju

Terima kasih saudara telah mengisi daftar isian untuk penelitian ini.

Kuesioner Penelitian Tentang

Peran Badan Pembina (BAPIM) JPKM - Mandiri Yayasan Bina Husada di Kabupaten Tulungagung

No. Kuesioner :
Tgl. Wawancara :
Nama Bapim :

Identitas Responden
1. Nama :
2. Jenis Kelamin : 1. Laki-laki 2. Perempuan ☐
3. Umur : _____ tahun
4. Jabatan :
5. Pendidikan :

I. Kebijakan terhadap badan penyelenggara

1. Sebaiknya yang menjadi Badan Pembina (Bapim) JPKM Pemerintah kota/kotamadya didelegasikan dinkes. ☐
   a. Sangat setuju
   b. Setuju
   c. Kurang setuju
   d. Tidak setuju
2. Penyelenggaraan Bapel JPKM, telah mendapat dukungan kebijakan melalui Bapim ☐
   a. Sangat setuju
   b. Setuju
   c. Kurang setuju
   d. Tidak setuju
3. Syarat yang harus dipenuhi oleh Bapel, berbadan hukum, memiliki manajemen yang jelas. ☐
   a. Sangat setuju
   b. Setuju
   c. Kurang setuju
   d. Tidak setuju
4. Pelaksanaan Bapel, mendapat dukungan dengan adanya tindak lanjut dari kebijakan yang ada ☐
   a. Sangat setuju
   b. Setuju
   c. Kurang setuju
   d. Tidak setuju

5. Penanggulangan *moral hazards* control yang dilakukan Bapel,Bapim, LSM , tokoh masyarakat.
   a. Sangat setuju
   b. Setuju
   c. Kurang setuju
   d. Tidak setuju

II.Kebijakan terhadap Pemberi Pelayanan Kesehatan (PPK)

6. Pengawasan kualitas pelayanan yang diberikan oleh PPK Diawasi oleh Bapel Bapim, LSM dan tokoh masyarakat
   a. Sangat setuju
   b. Setuju
   c. Kurang setuju
   d. Tidak setuju
7. Upaya yang dilakukan guna menanggulangi *moral hazard* PPK adalah menyediakan pelayanan yang sesuai.
   a. Sangat setuju
   b. Setuju
   c. Kurang setuju
   d. Tidak setuju

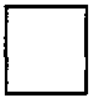
III. Kebijakan terhadap masyarakat

8. Kebijakan yang akan dilaksanakan oleh Bapim untuk menjaga '*equity*', Prinsip yang kaya membantu yang miskin, yang sehat membantu yang sakit.
   a. Sangat setuju
   b. Setuju
   c. Kurang setuju
   d. Tidak setuju
9. Kebijakan yang akan dilaksanakan oleh Bapim dalam kaitannya dengan orang miskin pemberian pelayanan rumah sakit dengan memanfaatkan jatah 25% untuk orang miskin
   a. Sangat setuju
   b. Setuju
   c. Kurang setuju
   d. Tidak setuju
10. Apakah kebijakan yang akan dilaksanakan oleh Bapim dalam kaitannya dengan orang lanjut usia? pemberi pelayanan kesehatan gratis,pelayanan panti jompo.
    a. Sangat setuju
    b. Setuju
    c. Kurang setuju
    d. Tidak setuju

IV.Badan Pembina sebagai donor

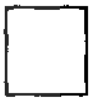
11.Sumber dana untuk kegiatan yang bersifat *public goods* berasal masyarakat melalui pajak

a. Sangat setuju
b. Setuju
c. Kurang setuju
d. Tidak setuju



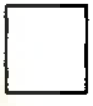
12. Tempat pelayanan untuk kegiatan yang bersifat *public goods* seperti kebersihan lingkungan, pemberantasan nyamuk.

a. Sangat setuju
b. Setuju
c. Kurang setuju
d. Tidak setuju



13. Jenis pelayanan yang bersifat *public goods* untuk kebutuhan orang banyak, bersifat umum.

a. Sangat setuju
b. Setuju
c. Kurang setuju
d. Tidak setuju



Terima kasih saudara telah mengisi daftar isian untuk penelitian ini.

Kuesioner Penelitian Tentang

Peran Masyarakat (Peserta) JPKM - Mandiri Yayasan Bina Husada di Kabupaten Tulungagung

No. Kuesioner :
Tgl. Wawancara :
RT/RW/Desa/Kecamatan :

.I. Identitas Responden

1. Nama KK/Istri	
2. Nama Responden	
3. Status Responden	a. Suami b. Istri ☐ c. Anak d. Anggota keluarga lain
4. Jenis Kelamin	a. Laki-laki ☐ b. Perempuan
5. Status Kawin	a. Kawin b. Belum/Tidak kawin ☐ c. Duda d. Janda
6. Usia Responden	..... Tahun
7. Pendidikan	a. SD b. SLTP ☐ c. SMU d. Akademi e. Perguruan Tinggi
8. Pekerjaan KK	

A. Pengetahuan terhadap Pelaksanaan JPKM.

1. Informasi tentang JPKM didapat dari pemerintah (PKK, LMD, petugas kecamatan, aparat desa, kader), Petugas kesehatan (dokter, bidan, perawat, petugas di Puskesmas),Media massa (televisi, radio, majalah, surat kabar)
   a. Sangat setuju
   b. Setuju
   c. Kurang setuju ☐
   d. Tidak setuju
2. Yang bisa menjadi anggota JPKM adalah kelompok masyarakat, perorangan
   a. Sangat setuju
   b. Setuju
   c. Kurang setuju ☐
   d. Tidak setuju

3. Tempat mendapatkan pelayanan JPKM adalah Puskesmas, rumah sakit, praktek swasta
   a. Sangat setuju
   b. Setuju
   c. Kurang setuju
   d. Tidak setuju
4. Tempat mendaftar menjadi anggota JPKM adalah Badan penyelenggara (Bapel)
   a. Sangat setuju
   b. Setuju
   c. Kurang setuju
   d. Tidak setuju
5. Kapan bisa mendaftar menjadi anggota JPKM Sewaktu-waktu,apabila petugas datang kerumah, tiap bulan, tiap tahun
   a. Sangat setuju
   b. Setuju
   c. Kurang setuju
   d. Tidak setuju
6. Tempat membayar iuran JPKM pada Badan penyelenggara
   a. Sangat setuju
   b. Setuju
   c. Kurang setuju
   d. Tidak setuju
7. Cara membayar iuran JPKM, secara berkala, tiap bulan, tiap tahun
   a. Sangat setuju
   b. Setuju
   c. Kurang setuju
   d. Tidak setuju
8. Pelayanan kesehatan JPKM bisa didapatkan dari rumah sakit, puskesmas,dokter praktek swasta, praktek tenaga kesehatan (bidan, perawat)
   a. Sangat setuju
   b. Setuju
   c. Kurang setuju
   d. Tidak setuju

II. Peluang pasar JPKM

9. Jika ada program JPKM yang mau menjamin pemeliharaan kesehatan saudara dan keluarga, apakah saudara bersedia ikut JPKM tersebut?
   a. Sangat bersedia.
   b. Bersedia
   c. Tidak bersedia
   d. Sangat tidak bersedia

10. Apakah saudara bersedia membayar iuran (premi) sebelum jatuh sakit.
    a. Sangat bersedia.
    b. Bersedia
    c. Tidak bersedia
    d. Sangat tidak bersedia

11. Apakah anda juga bersedia menerima pelayanan kesehatan secara berjenjang. (untuk mendapatkan pelayanan kesehatan, peserta pertama kali harus ke pelayanan kesehatan dasar dulu seperti puskesmas atau dokter praktek dan apabila tidak sanggup baru dirujuk ke rumah sakit atau dokter spesialis)
    a. Sangat bersedia.
    b. Bersedia
    c. Tidak bersedia
    d. Sangat tidak bersedia

12. apakah saudara bersedia apabila dalam menggunakan pelayanan kesehatan sesuai dengan paket pemeliharaan kesehatan yang telah saudara sepakati bersama seperti kelas opname, jenis tindakan dan jenis obat yang diberikan harus sesuai ketentuan ?
    a. Sangat bersedia.
    b. Bersedia
    c. Tidak bersedia
    d. Sangat tidak bersedia

13. Apakah saudara bersedia berperilaku hidup bersih dan sehat (melakukan upaya-upaya pencegahan).
    a. Sangat bersedia.
    b. ersedia
    c. Tidak bersedia
    d. Sangat tidak bersedia

III. ATP (pengeluaran keluarga)

14.

NO	a.Jenis pengeluaran Non Kesehatan dlm 1bln	Jumlah Rp	b.Jenis pengeluaran utk. Kesehatan dalam 6 bln	Jumlah Rp
1	Bahan mkn pokok			
2	Umbi-umbian			
3	Ikan			
4	Daging			
5	Telor/sus			
6	Sayuran dan kacang2an			
7	Buah-buahan			
10	Minyak dan lemak			
11	Bumbu -bumbuan			
12	Minuman danmakan jadi Konsumsi			
13	lain(kerupuk,mie			
14	Tembakau, sirih, rokok			
15	Total	/bln	Total	/bln

15.

NO	a.Pengeluaran non makanan dlm 1 bln	Jumlah Rp	b.Jenis pengeluaran lain	Jumlah Rp
1	Perumahan		Rekreasi	
2	Penerangan listrik		Tabungan	
3	Air (PDAM atau beli		Investasi	
4	Bahan bakar gas,minyak		Cicilan	
5	Telepon			
6	Kebutuhan sekolah			
8	Barang&jasa (sabun,pasta)			
9	Pakaian &sejenisnya			
10	Pembuatan surat penting			
11	Transportasi			
12	Pajak(PBB,TV,Radio dll			
13	Pesta dan upacara			
14	Arisan			
15	Gaji Pembantu			
16	Iuran RT/RW			
	Total	/bln	Total	/bln

14. 1.Rp 225.000 – Rp.250.000 2. > Rp.250.000 – Rp.300.000
3. >Rp 300.000 – Rp.350.000 4. >Rp. 350.000 – Rp. 400.000

15. 1.Rp 175.000 – Rp.200.000 2. > Rp.200.000 – Rp.225.000
3. >Rp225.000 – Rp.250.000 4. >Rp. 250.000 – Rp. 275.000

III WTP Masyarakat

16. Kalau saudara ikut JPKM, mana yang saudara pilih sebagai pemberi pelayanan kesehatan (PPK) ?
    1. PPK pemerintah
    2. PPK swasta. ☐

17. Paket manakah yang ingin saudara ikuti.
    1. Perorangan
    2. Keluarga . ☐

18. Berapa kira-kira besar iuran yang bersedia saudara bayar tiap bulan apabila saudara mendapatkan pelayanan seperti dibawah ini.

18. PPK Pemerintah (pilihlah salah satu saja dari macam-macam paket dibawah ini)

a. RJTP, RJTL (RSUD) dan rawat inap di Puskesmas
   1. Rp 1000- < Rp 2000,-/ orang/ bulan 2. Rp 3500-<Rp 4500,-/ orang/ bulan. ☐

b. RJTP, RJTL (RSUD), Rawat inap di Puskesmas, RI di RSUD
   1.Rp 2000-< Rp 3000,-/ orang/ bulan 2. Rp 4500-< Rp 5500/ orang/ bulan

c. RJTP, RJTL (RSUD), Rawat inap di Puskesmas, RI di RSUD dan gawat darurat di Puskesmas dan rumah sakit umum
   1. Rp 3000-<Rp 4000/orang/ bulan 2. Rp 5500-<Rp 6500

d.RJTP, RJTL (RSUD), Rawat inap di Puskesmas, RI di RSUD dan gawat darurat di PPK pemerintah dan laboratorium sederhana
   1. Rp 4000-< Rp 5000/ orang/ bulan. 2.Rp. 6500-< Rp 7500/ orang/ bulan

19. PPK swasta(pilihlah salah satu saja dari macam-macam paket dibawaah ini)

a.RJTP, RJTL, Rawat inap di RS (terbatas)
   1. Rp. 4500-< Rp 5500 orang/ bulan. 2. Rp15000-< Rp. 1600/ orang/ bulan.

b. RJTP, RJTL,Rawat inap di RS (tidak dibatasi ☐
   1.Rp. 5500- <Rp 6500,- orang/ bulan 2. Rp16000-< Rp 17000/ orang/ bulan

c. RJTP, RJTL, Rawat inap (tidak dibatasi), gawat darurat
   1.Rp 6500-< Rp 7500,- orang/ bulan 2. Rp 17000-< Rp 18000/ orang/ bulan.

d. RJTP, RJTL, Rawat inap dan gawat darurat serta labotarium sederhana
   1. Rp7500-< Rp 8500,- orang/ bulan 2. Rp18000-< Rp 19000./ orang/ bulan.

20. Berapa besar kira- kira pendapatan perorangan/ keluarga, saudara

a. Rp. 400.000 – Rp. 500.000 b. > Rp 500.000- Rp.600.000 ☐

c. >Rp. 600.000- Rp. 700.000 d. > Rp. 700.000

Kuesioner Penelitian Tentang

Peran PPK JPKM - Mandiri Yayasan Bina Husada di Kabupaten Tulungagung

No. Kuesioner :
Tgl. Wawancara :
Nama PPK :
Alamat PPK :

Identitas Responden

1. Nama :
2. Jenis Kelamin : 1. Laki-laki 2. Perempuan ☐
3. Umur : _____ tahun
4. Jabatan :
5. Pendidikan :

I. Pengetahuan bagi PPK

1. PPK lebih dapat meningkatkan profesionalisme, kepuasan kerja dan mengembangkan mutu pelayanan.
   a. Sangat memahami
   b. Memahami
   c. Kurang memahami
   d. Tidak Tidak memahami ☐
2. Sarana pelayanan tingkat pertama, kedua dan ketiga yang selama ini merupakan tarif murah akan mendapat pasokan dana lebih banyak bila masyarakat telah berJPKM.
   a. Sangat memahami
   b. Memahami
   c. Kurang memahami
   d. Tidak memahami ☐
3. Pengawasan kualitas pelayanan kesehatan yang diberikan oleh PPK karena sudah terakreditasi
   a. Sangat setuju
   b. Setuju
   c. Kurang setuju
   d. Tidak setuju ☐
4. Upaya yang dilakukan guna menanggulangi *moral hazard* PPK adalah menyediakan pelayanan yang sesuai.
   a. Sangat setuju
   b. Setuju
   c. Kurang setuju
   d. Tidak setuju ☐

II. Manfaat JPKM bagi PPK

5. PPK dapat merencanakan pelayanan kesehatan yang lebih efisien dan efektif bagi peserta karena ditunjang sistim pembayaran kapitasi.
   a. Sangat setuju
   b. Setuju
   c. Kurang setuju
   d. Tidak setuju

6. PPK memperoleh balas jasa yang makin besar dengan makin terpeliharanya kesehatanan konsumen.
   a. Sangat setuju
   b. Setuju
   c. Kurang setuju
   d. Tidak setuju

III.Imbal jasa bagi PPK

7. Cara pembayaran imbal jasa ke PPK dengan cara kapitasi dan bagi hasil
   a. Sangat setuju
   b. Setuju
   c. Kurang setuju
   d. Tidak setuju

8. Besarnya imbal jasa ke PPK sebesar 60%
   a. Sangat setuju
   b. Setuju
   c. Kurang setuju
   d. Tidak setuju

Lampiran 2

Pelaksanaan FGD

Peneliti : Agus Darwito

Tempat : Ruang pertemuan dinas kesehatan Kabupaten Tulungagung

Tanggal : 1 Agustus 2005

Peserta :

1. Nh. (Bapim)
2. L W (Bapim)
3. SW (Peserta)
4. T A. (Peserta dan sekretaris)
5. dr. M (PPK)
6. dr. B (PPK)
7. C N (Bapel)
8. D. L (Bapel)
9. dr. A. R (moderator merangkap pimpinan)

Proses pelaksanaan FGD

Dimulai : jam 12.30 WIB.

1. FGD dimulai dan dibuka dengan mengucapkan salam pembuka dan ucapan terima kasih, oleh pimpinan.
2. Moderator menjelaskan maksud dan tujuan dilakukan FGD, serta aturan pelaksanaan FGD.

3. Moderator : Memberikan salam dan terima kasih kepada peserta dalam kegiatan forum diskusi dalam rangkaian penelitian atas nama Agus Darwito, dengan judul **" Upaya peningkatan jumlah kepesertaan JPKM Mandiri dengan melihat persepsi Bapim, Bapel, PPK dan Peserta di Kabupaten Tulungagung tahun 2005".**Moderator menjelaskan langkah – langkah dan aturan FGD, diharapkan semua peserta bisa memberikan masukan akan dicatat dan didokumentasikan guna keperluan penelitian.
4. Moderator mempersilahkan peneliti untuk menyajikan hasil penelitian kurang lebih 15 menit.
5. Peneliti : Mempresentasikan hasil penelitian, dimulai dari salam pembukaan, judul penelitian, tujuan penelitian, hasil penelitian, dan isu – isu strategi upaya peningkatan kepesertaan JPKM Mandiri Yayasan Bina Husada, hingga selesai waktu diserahkan kembali kepada moderator.
6. Moderator : membuka diskusi dengan meminta masukan dari peserta diskusi
7. L.W. : Bapim pada identifikasi masalah, Bapim belum mampu mengontrol mutu pemeliharaan kesehatan, itu merupakan tugas dari PPK, memberikan pelayanan yang sesuai standart bukan tugas Bapim?
8. Moderator : mempersilahkan peneliti untuk klarifikasi pada identifikasi masalah.

9. Peneliti : Bapim dalam hal ini sebagai badan pembina melalui kebijakannya Bapim bertanggungjawab memberikan pengawasan terhadap pelaksanaan pemeliharaan kesehatan agar sesuai dengan standart pelayanan.
10. Moderator : mempersilahkan kembali kepada peserta untuk memberikan masukan.
11. N.h. Memberikan masukan : sistim pembayaran pada PPK JPKM Mandiri Bina Husada memakai sistim klaim tidak menggunakan sistim kapitasi.Pada rencana pemasaran : perlu adanya tim pemasaran yang kuat dari Bapel dan memberikan pengertian pada masyarakat, agar mempunyai kesadaran mengikuti JPKM.Perlu adanya sosialisasi pelaksanaan JPKM diberbagai pihak, dengan menggunakan berbagai media masa. Saat sekarang sudah mulai dirintis sebagai cikal bakal JPKM melalui kelompok potensial pengrajin marmer dengan iuaran Rp. 2.000/ orang/ 2mgg, beranggotakan 80 orang , pembayaran kesepakatan antara pimpinan pengrajin dengan pihak bapel. Yang kedua melalui kelompok Fatayat dengan iuaran Rp. 2100/ orang/ bulan, beranggotakan 50 orang, sedang pada kelompok nelayan sedang dimulainya negoisasi.
12. Peneliti : Boleh saja sistim pembayaran menggunakan sistim Klaim sebelum jumlah kepesertaan mencukupi. Dengan terbentuknya Bapel – Bapel yang didirikan kelompok – kelompok pasar potensial maka

kesadaran masyarakat mulai ada tentang pembayaran pelayanan kesehatan dengan pra-upaya.

13. Moderator mempersilahkan kembali pada peserta untuk memberikan masukan.
14. C. N. : sudah dilakukan pemasaran tetapi belum mampu mengubah kesadaran dari masyarakat untuk ikut JPKM ?
15. Peneliti : untuk mengenalkan atau memasarkan sesuatu yang baru memang suatu pekerjaan yang sulit, perlu adanya keikutsertaan dari berbagai pihak yang terlibat dalam pelaksanan JPKM kuhsusnya pemerintah melalui bapimnya.
16. Moderator mempersilahkan kembali pada peserta untuk memberikan masukan.
17. Dr. B. : kepesertaan JPKM Mandiri tidak memenuhi target, apakah secara nasional juga tidak berjalan, apa penyebabnya ? Apa kira-kira yang menyebabnya kepesertaan JPKM Mandiri dikabupaten Tulungagung sedikit dari keempat pelaku tersebut, dimulai dari mana perubahannya agar dapat meningkatkan kepesertaan ?

    Masukan : dukungan politis dari pemerintah yang kongkritnya dikeluarkan SK bupati tentang keharusan masyarakat ikut JPKM, perlu adanya tindak lanjut dari Propenas dengan dikeluarkannya Perda. Diharapkan pemerintah mampu memfasilitasi dalam pemasaran JPKM.

18. Peneliti : Memang secara nasional JPKM belum berjalan seperti yang diharapkan, penyebabnya terdapat pada keempat pelaku JPKM yang masing-masing mempunyai kelemahan, dari keempat pelaku tersebut dimulai dari yang pertama diperlukan adanya kebijakan dari Bapim agar masyarakat mempunyai kesadaran mengikuti JPKM.
19. Moderator mempersilahkan kembali pada peserta untuk memberikan masukan.
20. dr. M. : Untuk rencana keuangan agar pengelolaan keuangan dikelola secara profesinal agar diperoleh penetapan pembagian intensif yang adil.Untuk pembayaran dengan sistim kapitasi perlu adanya diskusi tentang sistim kapitasi antara Bapel dengan PPK.
21. Moderator mempersilahkan kembali pada peserta untuk memberikan masukan.
22. D. L. : apa yang dimaksud kemauan dan kemampuan, berapa besarnya? Agar dalam kemauan dan kemampuan disebutkan besarnya dalam rupiah.
23. Peneliti : kemauan peserta adalah kesedian peserta membayar iuaran JPKM yang pada dasarnya peserta memilih PPK pemerintah dengan premi sebesar 1. Rp. 2000 - < Rp. 3000,-/ orang/ bulan atau Rp. 4500 - < Rp. 5500/ kk/ bulan, dengan pelayanan RJTP, RJTL (RSUD), Rawat inap di Puskesmas, RI di RSUD.Sedangkan kemampuan peserta setelah dihitung berkisar antara Rp. 50.000 – Rp. 75.000, hal tesebut sudah ada dalam hasil penelitian.

24. Moderator mempersilahkan kembali pada peserta untuk memberikan masukan.
25. S. W. kenapa kepesertaan hanya di hitung di Bapel JPKM mandiri Yayasan Bina Husada padahal ada astek dan askes. Masukan : Untuk sosialisasi peningkatan pengetahuan tentang JPKM pada Toma dan LSM sebagai pihak yang dipercaya oleh masyarakat perlu adanya kegiatan yang riel yang berbentuk seperti pelatihan dan pertemuan pada TOMA dan LSM tentang JPKM
26. Peneliti: karena penelitian ini pada lingkup Bapel Yayasan Bina Husada, maka korespoden yang diambil tentunya yang ada pada JPKM Mandiri Bina Husada.
27. Moderator mempersilahkan kembali pada peserta untuk memberikan masukan.
28. T. J. : Mengapa penelitian ini dilaksanakan pada JPKM Mandiri Yayasan Bina Husada tidak pada ASKES Mandiri saja?
29. Peneliti : karena dilakukan pada JPKM Mandiri Yayasan Bina Husada diharapkan ada angin segar dan bisa hidup kembali, kepesertaannya yang sedikit bisa bertambah banyak.
30. Moderator : menyimpulkan hasil diskusi dan menyerahkan pada peneliti.
31. Peneliti : mengucapkan terima kasih dan permintaan maaf atas kekurangan dalam pelaksanaan FGD.

32. Penutupan dilakukan pimpinan dengan mengucapkan terima kasih atas seluruh masukan dan kedatangan Bapak/ Ibu/ saudara peserta FGD, dengan mengucap sukur alhamdulillah dinyatakan selesai dan ditutup pada jam 14.00 WIB.

Daftar hadir peserta diskusi kelompok terpadu dalam rangka penyusunan strategi Upaya Peningkatan Kepesertaan JPKM dengan melihat persepsi Bapim, Bapel, PPK dan Peserta JPKM Mandiri Yayasan Bina Husada, di Kabupaten Tulunggagung, 1 Agustus 2005

NO	NAMA	JABATAN	TANDA TANGAN
1.	N.h.	Bapim	
2.	L. W.	Bapim	
3.	S. W.	Peserta	
4.	C.t.	Bapel	
5.	T. A.	Peserta	
6.	Dr. B.	PPK	
7.	Dr. M.	PPK	
8.	D.L..	Bapel	
9.	Dr. A.	Moderator	
10.			
11.			
12.			
13.			
14.			
15.			