

**LAPORAN MBKM By Design FKM UNAIR
DINAS KESEHATAN PROVINSI JAWA TIMUR
KEPESERTAAN PROGRAM JKN
DI PROVINSI JAWA TIMUR**



**F. HIMMATUL ALIYAH
102011133064**

Departemen Administrasi dan Kebijakan Kesehatan

**UNIVERSITAS AIRLANGGA
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
PROGRAM SARJANA
PROGRAM STUDI KESEHATAN MASYARAKAT
SURABAYA
2023**

**LAPORAN PELAKSANAAN MAGANG MBKM
DI DINAS KESEHATAN PROVINSI JAWA TIMUR**

Disusun Oleh :
F. Himmatul Aliyah
102011133064

Telah disahkan dan diterima dengan baik oleh :

Dosen Pembimbing Magang MBKM
Departemen Administrasi dan Kebijakan Kesehatan



Prof. Dr. Ratna Dwi Wulandari, S.K.M., M.Kes.
NIP. 197510181999032002

Pembimbing Lapangan Magang MBKM
Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur



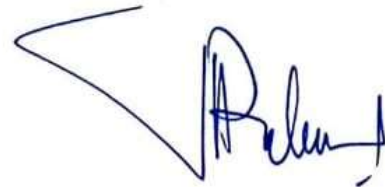
drg. Ida Shafiansyah
NIP. 196812101998032008

Koordinator Program Studi Kesehatan Masyarakat
Program Pendidikan Sarjana



Dr. Muji Sulistyowati, S.K.M., M.Kes
NIP. 197311151999032002

Ketua Departemen
Administrasi dan Kebijakan Kesehatan



Prof. Dr. Ratna Dwi Wulandari, S.K.M., M.Kes
NIP. 197510181999032002

KATA PENGANTAR

Puji syukur kita panjatkan kepada Tuhan Yang Maha Esa atas segala rahmat dan karunia-Nya sehingga dapat terselesaikannya Laporan MBKM by Design FKM UNAIR di Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur dengan judul “Kepesertaan Program Jaminan Kesehatan Nasional di Provinsi Jawa Timur”. Dalam laporan ini dijabarkan mengenai kegiatan-kegiatan yang dilaksanakan selama MBKM, capaian mata kuliah berkaitan dengan Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur, serta situasi capaian kepesertaan program Jaminan Kesehatan Nasional di Jawa Timur.

Dalam penyusunan dan penulisan laporan magang ini tidak terlepas dari bantuan dan bimbingan, dan dukungan dari berbagai pihak. Selain itu, dengan senang hati saya menyampaikan ucapan terima kasih kepada yang terhormat:

1. Prof. Dr. Santi Martini dr., M.Kes., selaku Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Airlangga
 2. Dr. Muji Sulistyowati, S.KM., M.Kes., selaku koordinator Program Studi Fakultas Kesehatan Masyarakat
 3. Prof. Dr. Ratna Dwi Wulandari, S.K.M., M.Kes., selaku Ketua Departemen Administrasi Kebijakan Kesehatan di Fakultas Kesehatan Masyarakat dan dosen pembimbing MBKM by Design FKM UNAIR
 4. drg. Ida Shafiansyah selaku pembimbing lapangan MBKM by Design FKM UNAIR di Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur
 5. Keluarga yang selalu mendoakan dan memberikan motivasi setiap saat
- Semoga Tuhan Yang Maha Esa memberikan balasan pahala atas segala amal yang telah diberikan dan semoga laporan MBKM by Design FKM UNAIR ini berguna dan bermanfaat baik diri sendiri maupun pihak lain.

Surabaya, 22 Desember 2023

F. Himmatul Aliyah

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
LEMBAR PENGESAHAN	ii
KATA PENGANTAR.....	iii
DAFTAR ISI.....	iv
DAFTAR TABEL	vii
DAFTAR GAMBAR.....	viii
DAFTAR LAMPIRAN	ix
BAB I PENDAHULUAN.....	1
1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Tujuan.....	2
1.2.1 Tujuan Umum.....	2
1.2.2 Tujuan Khusus.....	2
1.3 Manfaat	3
1.3.1 Manfaat Bagi Mahasiswa.....	3
1.3.2 Manfaat Bagi Perguruan Tinggi.....	3
1.3.3 Manfaat Bagi Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur.....	3
BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....	4
2.1 Integrasi Pelayanan Kesehatan Primer (ILP)	4
2.2 Pelayanan Kesehatan Bergerak (PKB).....	6
2.3 Analisis Kebijakan Kesehatan.....	7
2.4 Manajemen Strategik di Bidang Kesehatan	9
2.5 Pemasaran Jasa di Bidang Kesehatan	10
2.6 Sistem Informasi Manajemen Kesehatan dan Rumah Sakit	11
2.7 Asuransi Kesehatan.....	12
2.8 Metode Penelitian.....	13
2.9 Manajemen Data Epidemiologi.....	14
2.10 Pengantar Sistem Informasi Geografis.....	15
2.11 Pengertian Jaminan Kesehatan Nasional	16
2.12 Prinsip Jaminan Kesehatan Nasional	16
2.13 Manfaat Jaminan Kesehatan Nasional	18

2.14 Kepesertaan Jaminan Kesehatan Nasional.....	18
2.15 <i>Universal Health Coverage</i> (UHC)	19
BAB III METODE PELAKSANAAN.....	22
3.1 Lokasi MBKM by Design FKM UNAIR.....	22
3.2 Waktu Pelaksanaan MBKM by Design FKM UNAIR	22
3.3 Metode Pelaksanaan MBKM by Design FKM UNAIR	23
3.4 Teknik Pengumpulan Data	23
BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN	24
4.1 Gambaran Umum Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur.....	24
4.1.1 Struktur Organisasi Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur	25
4.2 Tupoksi Seksi Pelayanan Kesehatan Primer Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur	27
4.2.1 Pelaksanaan Kegiatan Orientasi Manajemen Integrasi Layanan Primer (ILP)	28
4.2.2 Kegiatan Pelayanan Kesehatan Bergerak di Pulau Madura	29
4.2.3 Koordinasi Lintas Program dan Lintas Sektor Penyelenggaraan JKN	30
4.3 Pembelajaran Pencapaian Learning Outcome Mata Kuliah.....	31
4.3.1 Analisis Kebijakan Kesehatan.....	31
4.3.2 Manajemen Strategik di Bidang Kesehatan	32
4.3.3 Pemasaran Jasa di Bidang Kesehatan	37
4.3.4 Sistem Informasi Manajemen Kesehatan dan Rumah Sakit	40
4.3.5 Asuransi Kesehatan	44
4.3.6 Metode Penelitian.....	46
4.3.7 Manajemen Data Epidemiologi.....	52
4.3.8 Pengantar Sistem Informasi Geografis.....	56
4.4 Kepesertaan Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) di Jawa Timur	57
4.4.1 Peran Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur dalam Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN)	57
4.4.2 Proses Pelaporan Kepesertaan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) ...	60
4.4.3 Capaian Kepesertaan Jaminan Program Kesehatan Nasional (JKN) di Jawa Timur	61

4.4.4 Kendala dalam Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) di Jawa Timur	66
4.4.5 Solusi terhadap Kendala Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Nasional di Jawa Timur	67
4.5 Kendala Pelaksanaan MBKM by Design FKM UNAIR	69
BAB V PENUTUP	70
5.1 Kesimpulan	70
5.2 Saran.....	71
DAFTAR PUSTAKA	72
LAMPIRAN.....	74

DAFTAR TABEL

Tabel 3.1 Jadwal Kegiatan MBKM by Design FKM UNAIR di Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur	22
Tabel 4.1 Analisis Kebijakan Permenkes No. 43 Tahun 2019 tentang Puskesmas.....	31
Tabel 4.2 Tujuan, Sasaran, Outcome RPJMD, dan Strategi Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur	35
Tabel 4.3 Analisis Lingkungan Eksternal dan Internal Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur	36
Tabel 4.4 Daftar Sistem Informasi di Seksi Pelayanan Kesehatan Primer	41
Tabel 4.5 Indikator dan Target Kinerja Seksi Pelayanan Kesehatan Primer.....	46
Tabel 4.6 Distribusi Frekuensi Karakteristik Peserta Pelayanan Kesehatan Bergerak berdasarkan Umur dan Jenis Kelamin	53
Tabel 4.7 Distribusi Peserta menurut Kelompok Umur dan Jenis Kelamin.....	53
Tabel 4.8 Distribusi Frekuensi Kasus Penyakit Peserta Pelayanan Kesehatan Bergerak.....	54

DAFTAR GAMBAR

Gambar 4.1	Struktur Organisasi Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur.....	25
Gambar 4.2	Bagan Keselarasan Visi Presiden, Gubernur, dan Dinkes Jatim ...	33
Gambar 4.3	Bagan Keselarasan Misi Presiden, Gubernur, dan Dinkes Jatim ..	34
Gambar 4.4	Diagram Alir Sistem Informasi PIS-PK dalam Aplikasi Keluarga Sehat.....	42
Gambar 4.5	Distribusi Kasus Penyakit Menurut Jenis Kelamin	54
Gambar 4.6	Distribusi Kasus Penyakit Menurut Kelompok Umur.....	55
Gambar 4.7	Peta Tematik Sebaran Puskesmas Berdasarkan Kepadatan Penduduk di Provinsi Jawa Timur Tahun 2022	56
Gambar 4.8	Alur Kepesertaan dan UHC Program JKN dari Masyarakat hingga BPJS Kesehatan	60
Gambar 4.9	Cakupan Kepesertaan JKN di Jawa Timur Tahun 2023	62
Gambar 4.10	Cakupan Peserta Aktif JKN di Jawa Timur Tahun 2023	62
Gambar 4.11	Jumlah Peserta Berdasarkan Segmen Kepesertaan JKN di Jawa Timur Tahun 2023	63
Gambar 4.12	Jumlah Peserta Aktif dan Tidak Aktif per Segmen Kepesertaan JKN di Jawa Timur.....	64
Gambar 4.13	Capaian UHC per Kab/Kota di Jawa Timur Tahun 2023.....	65
Gambar 4.14	Capaian Keaktifan Penduduk JKN per Kab/Kota di Jawa Timur Tahun 2023	65

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran I. Dokumentasi.....	74
Lampiran II. Sertifikat MBKM by Design FKM UNAIR.....	77
Lampiran III. Logbook Kegiatan MBKM.....	78

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Dalam rangka implementasi program Merdeka Belajar Kampus Merdeka (MBKM), Direktorat Jenderal Pendidikan Tinggi (Ditjen Dikti) Kemendikbud, Mahasiswa FKM Universitas Airlangga menjalankan program Magang Merdeka yang merupakan kebijakan Menteri Pendidikan dan Kebudayaan. Magang Merdeka bertujuan mendorong mahasiswa untuk menguasai berbagai keilmuan yang berguna untuk memasuki dunia kerja.

Peran instansi pemerintah dan pendidikan saat ini berpengaruh besar terhadap perkembangan dan pertumbuhan bangsa. Instansi pemerintah memainkan peran kunci sebagai penunjang kebutuhan pembangunan pada berbagai bidang di Indonesia, terutama pada bidang kesehatan. Oleh karena itu, perlu adanya kesinambungan dan kerjasama antara instansi pemerintah dengan institusi pendidikan agar dapat mencapai pembangunan kesehatan yang optimal.

Dinamika pembangunan bangsa Indonesia terutama pembangunan sosial ekonomi bertujuan meningkatkan kesejahteraan rakyat beserta penanganannya. Salah satunya adalah penyelenggaraan jaminan sosial bagi seluruh rakyat. Sistem jaminan sosial dapat terwujud setelah dibentuknya UU Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS). BPJS Kesehatan adalah badan hukum yang dibentuk untuk menyelenggarakan program Jaminan Kesehatan. Jaminan Kesehatan adalah jaminan berupa perlindungan kesehatan agar peserta memperoleh manfaat pemeliharaan kesehatan dan perlindungan dalam memenuhi kebutuhan dasar kesehatan yang diberikan kepada setiap orang yang telah membayar iuran atau iurannya dibayar oleh pemerintah.

Kepesertaan JKN bersifat wajib bagi seluruh penduduk Indonesia. dengan tujuan agar semua penduduk Indonesia terlindungi dalam sistem asuransi, sehingga mereka dapat memenuhi kebutuhan dasar kesehatan masyarakat yang layak. Program JKN bertujuan untuk meningkatkan pencapaian *Universal Health Coverage* (UHC) dan derajat kesehatan masyarakat. Hal ini dapat tercapai apabila semua masyarakat mendaftarkan diri menjadi peserta BPJS. Oleh karena itu, untuk

mencapai tingkat UHC perlu mengetahui kepesertaan program JKN di Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur.

1.2 Tujuan

1.2.1 Tujuan Umum

Kegiatan magang Merdeka Belajar-Kampus Merdeka (MBKM) ini dilakukan dengan tujuan agar mahasiswa mendapatkan pengalaman dalam lingkungan kerja secara langsung dan memperkaya pengetahuan, sikap, dan keterampilan yang sudah diperoleh dalam bidang ilmu kesehatan masyarakat khususnya pada bidang Administrasi dan Kebijakan Kesehatan.

1.2.2 Tujuan Khusus

1. Mempelajari gambaran umum dan struktur organisasi di Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur
2. Mengetahui tupoksi dan kegiatan magang yang dilakukan di Seksi Pelayanan Kesehatan Primer Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur
3. Menganalisis salah satu kebijakan kesehatan di Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur
4. Mengkaji dokumen rencana strategik Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur dan membandingkannya dengan RPJMD-RPJMN
5. Menganalisis strategi pemasaran dan taktik pemasaran, serta cara organisasi menjaga hubungan dengan pelanggan di Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur
6. Mengidentifikasi sistem informasi manajemen yang berlaku di Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur
7. Mengkaji mekanisme asuransi kesehatan terutama pelaksanaan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) di Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur
8. Mengidentifikasi indikator kinerja, masalah kinerja, dan pedoman pelaksanaan program di Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur
9. Mengkaji data epidemiologi menggunakan fitur di Aplikasi Epi Info.
10. Membuat peta tematik berdasarkan data di lapangan menggunakan Aplikasi QGIS.

11. Mengetahui peran Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur dalam pengelolaan program Jaminan Kesehatan Nasional
12. Mengetahui alur proses pelaporan kepesertaan dalam program Jaminan Kesehatan Nasional di Jawa Timur
13. Mengetahui situasi kepesertaan dalam program Jaminan Kesehatan Nasional di Jawa Timur
14. Menganalisis kendala yang dihadapi dalam pelaksanaan program Jaminan Kesehatan Nasional di Jawa Timur
15. Mengidentifikasi solusi yang tepat untuk menyelesaikan kendala dalam pelaksanaan program Jaminan Kesehatan Nasional di Jawa Timur

1.3 Manfaat

1.3.1 Manfaat Bagi Mahasiswa

1. Mendapat wawasan dan pengalaman di bidang Ilmu Kesehatan Masyarakat, terutama di bidang Administrasi dan Kebijakan Kesehatan
2. Menerapkan dan mengaplikasikan teori yang telah dipelajari selama perkuliahan di lapangan secara nyata
3. Mengembangkan keterampilan dengan melatih kemampuan komunikasi dan bekerja sama dengan orang lain.

1.3.2 Manfaat Bagi Perguruan Tinggi

1. Terjalin hubungan kerjasama yang saling menguntungkan antara kedua belah pihak, yaitu institusi pendidikan dan perusahaan dalam hal pendidikan
2. Memperbarui kurikulum perguruan tinggi yang lebih relevan dengan kebutuhan di lapangan kerja

1.3.3 Manfaat Bagi Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur

1. Dapat membantu memberikan masukan sekaligus bahan pertimbangan untuk kemajuan baik dari segi teknis maupun administratif
2. Dapat membantu dalam menangani dan mengerjakan tugas yang menjadi tupoksi Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur
3. Memperkuat hubungan dengan perguruan tinggi yang memudahkan kolaborasi bersama

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Integrasi Pelayanan Kesehatan Primer (ILP)

Kementerian Kesehatan berupaya merevitalisasi program promotif dan preventif di layanan primer. Upaya ini diyakini mampu meningkatkan derajat kesehatan masyarakat secara umum sesuai dengan tujuan transformasi sistem kesehatan pada pilar pertama, yaitu transformasi pelayanan kesehatan primer (Kemenkes, 2023). Penataan struktur layanan kesehatan primer dilaksanakan melalui Integrasi Layanan Primer (ILP) ini. ILP merupakan pelayanan kesehatan primer yang berorientasi pada kebutuhan layanan di setiap siklus kehidupan yang diberikan secara komprehensif dan terintegrasi antar tingkatan fasilitas pelayanan kesehatan. Pelaksanaannya dengan mengoordinasikan pelayanan kesehatan primer berdasarkan siklus hidup dan tidak lagi berbasis program. Struktur organisasi Puskesmas akan ditetapkan berdasarkan pembagian klaster, yaitu klaster manajemen, klaster ibu dan anak, klaster usia dewasa dan lanjut usia, klaster penanggulangan penyakit menular, dan lintas klaster. Pada masing-masing klaster minimal terdiri atas penanggung jawab (PJ) dan anggota, tetapi jika SDM terbatas, pelayanan dapat diberikan oleh petugas dari klaster lain dengan kompetensi dan kewenangan yang sesuai.

Alur pelayanan dalam Integrasi Layanan Primer (ILP) dimulai dari pasien berkunjung ke Puskesmas, dilakukan identifikasi masalah kesehatan dan ditentukan skrining sesuai siklus kehidupan yang perlu dilakukan pada saat kunjungan tersebut. Pasien diarahkan ke petugas di klaster sesuai siklus hidup untuk dilakukan skrining dan penanganan terhadap masalah kesehatan yang dialami sesuai paket pelayanan. Petugas di klaster selanjutnya melakukan pencatatan pelayanan di sistem informasi Puskesmas dan muncul dalam *Dashboard* PWS. Dari dashboard ini akan muncul notifikasi ke Pustu jika ada yang perlu ditindaklanjuti di desa/kelurahan. Jika perlu dilakukan pemantauan atau monitoring kondisi pada pasien, maka kader akan melakukan kunjungan rumah secara rutin dan pemeriksaan berkala ke Puskesmas Pembantu.

Pelayanan kesehatan yang diperoleh pada tiap klaster dalam Integrasi Layanan Primer (ILP) ini dijelaskan dalam Keputusan Menteri Kesehatan No. HK.01.07/Menkes/2015/2023 tentang Petunjuk Teknis Integrasi Pelayanan Kesehatan Primer:

1. Klaster 1: Manajemen

Klaster ini memiliki lingkup tugas dan fungsi mengoordinasikan pelaksanaan manajemen Puskesmas, manajemen mutu pelayanan dan keselamatan bagi masyarakat, pasien, dan petugas. Selain itu, juga bertanggung jawab dalam kegiatan ketatausahaan, manajemen sumber daya serta manajemen jejaring dan jaringan Puskesmas serta sistem informasi.

2. Klaster 2: Ibu dan Anak

Klaster ini memiliki sasaran intervensi yang terdiri dari 3 kelompok pelayanan yaitu 1) Ibu hamil, bersalin dan nifas; 2) Bawah Lima Tahun (Balita) dan anak pra sekolah serta 3) anak usia sekolah dan remaja, yang dilaksanakan secara terpadu dan berkesinambungan. Pada masing-masing sasaran tersebut akan menerima paket pelayanan yang berbeda. Paket pelayanan kesehatan pada ibu hamil, bersalin dan nifas dilaksanakan untuk mencegah dan menangani permasalahan kehamilan termasuk status gizi ibu, persalinan dan nifas berisiko. Pelayanan kesehatan pada balita dan anak pra sekolah ditujukan untuk mencegah dan menangani masalah kesehatan pada bayi baru lahir serta anak pra sekolah, seperti permasalahan bayi baru lahir, penyakit infeksi dan gangguan tumbuh kembang melalui deteksi dini, pengendalian risiko dan tata laksana yang sesuai. Pelayanan kesehatan bagi anak usia sekolah dan remaja diberikan melalui PKPR (Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja) di dalam gedung (Puskesmas dan Pustu) maupun di luar gedung.

3. Klaster 3: Usia Dewasa dan Lanjut Usia

Pelayanan kesehatan untuk seluruh sasaran usia dewasa dan lanjut usia meliputi skrining penyakit, pelayanan pengobatan umum/tata laksana masalah kesehatan, pelayanan kesehatan gigi dan mulut serta penyakit akibat kerja. Selain itu, terdapat pelayanan khusus bagi usia dewasa yang masih produktif dan pelayanan khusus bagi lanjut usia.

4. Klaster 4: Penanggulangan Penyakit Menular

Pada klaster ini lebih ditekankan pada upaya promotif dan preventif penanggulangan penyakit menular. Strategi yang dilakukan dalam penyelenggaraannya melalui kegiatan promosi kesehatan, sruveilans, pengendalian faktor risiko, penemuan dan penanganan kasus, pemberian imunisasi, dan pemberian obat pencegahan secara massal.

5. Lintas Klaster

Lintas klaster adalah pelayanan klaster yang dilaksanakan untuk mendukung pemberian paket pelayanan pada 4 klaster lainnya. Pelayanan lintas klaster ini, meliputi pelayanan gawat darurat, pelayanan kefarmasian, pelayanan laboratorium, dan pelayanan rawat inap.

2.2 Pelayanan Kesehatan Bergerak (PKB)

Pelayanan Kesehatan Bergerak (PKB) adalah salah satu pengembangan pola pelayanan kesehatan di fasilitas pelayanan kesehatan kawasan terpencil dan sangat terpencil yang telah tercantum dalam Peraturan Menteri Kesehatan No. 90 Tahun 2015 (Kemenkes RI). Berdasarkan Panduan Pelayanan Kesehatan Bergerak, Pelayanan Kesehatan Bergerak (PKB) adalah pelayanan kesehatan yang dilakukan oleh Tim Pelayanan Kesehatan Bergerak dalam rangka meningkatkan akses dan ketersediaan pelayanan kesehatan di daerah terpencil dan sangat terpencil yang tidak memiliki fasilitas kesehatan dan daerah yang tidak mendapat pelayanan kesehatan (Direktorat Pelayanan Kesehatan Primer, 2020). Mobilisasi Tim Pelayanan Kesehatan Bergerak dilakukan dengan menggunakan berbagai moda transportasi seperti alat transportasi udara, perairan, darat atau kombinasi. Istilah PKB sering juga disebut sebagai *Flying Health Care (FHC)* atau *Sailing Health Care* sesuai dengan moda transportasi yang digunakan dalam pemberian pelayanan tersebut.

Pelayanan Kesehatan Bergerak (PKB) bertujuan untuk meningkatkan aksesibilitas pelayanan kesehatan, mutu pelayanan kesehatan, dan pemberdayaan masyarakat di kawasan terpencil, kawasan sangat terpencil, daerah yang tidak memiliki fasilitas pelayanan kesehatan dan daerah yang tidak mendapat pelayanan

kesehatan. Jenis pelayanan yang dapat diberikan pada Pelayanan Kesehatan Bergerak (PKB) dapat meliputi:

1. Pelayanan kesehatan dasar
2. Pelayanan kegawatdaruratan
3. Pelayanan kesehatan spesialisasi
4. Pelayanan kesehatan rujukan dan evakuasi medis
5. Pemberdayaan masyarakat
6. Peningkatan pengetahuan dan kemampuan petugas.

Pelaksanaan Pelayanan Kesehatan Bergerak (PKB) dapat dilakukan di fasilitas pelayanan kesehatan yang berada di kecamatan sasaran, apabila dibutuhkan pelayanan spesifik dan/atau lanjutan dapat dilakukan di Puskesmas dan jaringannya ataupun di rumah sakit sesuai dengan hasil analisis situasi dan jenis pelayanan yang diberikan. Pola Pelayanan Kesehatan Bergerak (PKB) dapat dilakukan oleh pusat, provinsi, dan atau dari kabupaten/kota ke lokasi Pelayanan Kesehatan Bergerak (PKB).

Tim Pelayanan Kesehatan Bergerak (TPKB) merupakan gabungan tenaga kesehatan dan non kesehatan yang dapat berasal dari provinsi, kabupaten/kota dan Puskesmas dengan jenis dan jumlah sesuai kebutuhan. Sarana/bangunan untuk tempat pelayanan kesehatan sesuai dengan kondisi dan jenis pelayanan yang diberikan dapat berupa sarana permanen (Puskesmas, rumah sakit, bali desa, tempat umum lainnya) maupun sarana tidak permanen (tenda, kapal). Peralatan kesehatan, obat dan bahan habis pakai yang disediakan disesuaikan dengan tingkat pelayanan kesehatan yang dilakukan, ketersediaan tenaga kesehatan, juga jenis kasus yang banyak dihadapi. Pendanaan untuk Pelayanan Kesehatan Bergerak (PKB) dapat bersumber dari APBN, APBD Provinsi, APBD kabupaten/kota serta sumber pendanaan lainnya sesuai ketentuan.

2.3 Analisis Kebijakan Kesehatan

Menurut Kamus Besar Bahasa Indonesia, analisa atau analisis adalah penyelidikan terhadap suatu peristiwa (seperti karangan, perbuatan, kejadian atau peristiwa) untuk mengetahui keadaan yang sebenarnya, sebab musabab atau duduk perkaranya. Kebijakan adalah rangkaian dan asas yang menjadi garis besar dan

dasar rencana dalam pelaksanaan suatu pekerjaan kepemimpinan, dan cara bertindak (tentang organisasi, atau pemerintah). Kebijakan yang dibuat pemerintah disebut sebagai kebijakan publik.

Dye (1992:2) mengartikan kebijakan publik sebagai “*whatever governments choose to do or not to do*”. Kebijakan publik adalah apapun yang pemerintah pilih untuk melakukan atau tidak melakukan sesuatu. Kebijakan publik dibuat untuk memecahkan masalah publik yang tumbuh kembang di masyarakat. Salah satu bentuk kebijakan publik adalah kebijakan kesehatan.

Kebijakan kesehatan merangkum segala arah tindakan (dan dilaksanakan) yang mempengaruhi tatanan kelembagaan, organisasi, layanan dan aturan pembiayaan dalam sistem kesehatan. Kebijakan kesehatan bertujuan untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat yang optimal. Kebijakan kesehatan meliputi kebijakan publik dan swasta tentang kesehatan. Kebijakan inti mengenai kesehatan nasional dirumuskan dari UU No. 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan dan Peraturan Presiden Nomor 72 tahun 2012 mengenai Sistem Kesehatan Nasional.

Proses kebijakan publik sebagaimana menurut Thomas Dye (1992), merupakan aktivitas yang berkaitan dengan: (a) Identifikasi masalah kebijakan (*identification of policy problem*); (b) Penyusunan agenda (*agenda setting*); (c) Perumusan kebijakan (*policy formulation*); (d) Pengesahan kebijakan (*legitimizing of policies*); (e) Implementasi kebijakan (*policy implementation*); (f) Evaluasi kebijakan (*policy evaluation*). Terdapat berbagai macam model proses kebijakan, yaitu:

- a. Model rasional: menekankan bahwa proses kebijakan merupakan proses yang rasional, dan dilakukan oleh aktor-aktor yang memiliki cara berpikir yang rasional. Menurut model ini, proses kebijakan meliputi tahap-tahapan tertentu dan berjalan seperti sebuah siklus. Para aktornya dapat secara jelas melihat tujuan dari kebijakan dan cara mencapai tujuan tersebut.
- b. Model incremental: proses pencarian informasi yang diperlukan berlangsung terbatas, tidak seluruhnya sistematis, dan dikendalikan oleh terlalu banyak pemain. Kadang cara mencapai tujuan tidak dapat terlihat nyata. Terkadang pilihan dan alternatif kebijakan yang tersedia hanya bisa dinilai dengan cara

melihat sejauh mana manfaat kebijakan terdistribusi (Lindblom, 1959).

- c. Model *garbage can* (“tong sampah”): suatu kebijakan dapat dipicu dari tiga arah, yaitu dari masalah (problem stream), kebijakan sebelumnya atau kebijakan terkait (policy stream) atau dari kepentingan politis (political stream). Ketiga aliran ini dapat saja tercampur dan seringkali tidak terduga arahnya. Akibatnya, baik masalah, para aktornya maupun solusi yang diperkirakan dapat berubah-ubah dengan cepat. Menurut model ini, kebijakan seringkali tidak menyentuh esensi permasalahan (Kingdon, 1983). Para pengambil keputusan harus segera pindah ke 'penyelesaian' masalah berikutnya.

2.4 Manajemen Strategik di Bidang Kesehatan

Manajemen strategik berperan dalam merencanakan, mengorganisasikan, melaksanakan, dan mengendalikan hal-hal yang bersifat strategis dalam rangka mencapai tujuan organisasi. Manajemen strategik menurut Fred R. David (2009) manajemen strategis merupakan seni dan pengetahuan dalam merumuskan, mengimplementasikan, serta mengevaluasi keputusan-keputusan lintas-fungsional yang memungkinkan sebuah organisasi mencapai tujuannya. Jadi, manajemen strategik merupakan serangkaian kegiatan yang dijalankan oleh manajemen puncak dalam menentukan suatu rangkaian aktivitas perusahaan untuk mencapai tujuan perusahaan.

Manajemen strategik juga termasuk analisis lingkungan (lingkungan eksternal dan internal), formulasi strategi, implementasi strategi, dan evaluasi dan kontrol (Wheelen and Hunger, 2012). Analisis lingkungan ini meliputi dari kegiatan memonitor, evaluasi, dan mengumpulkan informasi dari lingkungan eksternal dan internal perusahaan. Untuk melakukan analisis lingkungan ini memerlukan suatu alat analisis yaitu analisis SWOT. SWOT merupakan akronim yang digunakan untuk mendeskripsikan Strengths (Kekuatan), Weaknesses (Kelemahan), Opportunities (Peluang), dan Threats (Ancaman).

Formulasi strategi merupakan pengembangan perencanaan jangka panjang untuk manajemen yang efektif melalui analisis lingkungan. Termasuk juga didalamnya terdapat misi, visi, dan tujuan dari perusahaan, mengembangkan

strategi, dan pengarahannya kebijakan (Wheelen and Hunger, 2012). Implementasi strategi adalah sebuah proses yang mana strategi dan kebijakan diarahkan kedalam tindakan melalui pengembangan program, anggaran, dan prosedur. Proses ini memerlukan perubahan dalam budaya, struktur, dan sistem manajemen pada seluruh organisasi atau perusahaan.

2.5 Pemasaran Jasa di Bidang Kesehatan

Strategi pemasaran merupakan suatu manajemen yang disusun untuk mempercepat pemecahan persoalan pemasaran dan membuat keputusan-keputusan yang bersifat strategis. Strategi pemasaran dimulai dari *segmenting*, *targeting*, dan *positioning*. Kotler dan Armstrong menyatakan bahwa segmentasi pasar adalah membagi suatu pasar dalam kelompok pembeli yang berbeda-beda berdasarkan kebutuhan dasar, karakteristik atau pembeli yang mungkin memerlukan produk atau bauran pemasaran yang berbeda. Segmentasi dapat dilakukan dengan 4 cara, yaitu segmentasi geografis, segmentasi demografis, segmentasi psikografis, dan segmentasi perilaku.

Targeting adalah menentukan segmen pasar yang akan dimasuki oleh perusahaan. Strategi positioning merupakan strategi yang berusaha menciptakan diferensiasi yang unik dalam benak konsumen sasaran sehingga terbentuk citra (image) merek atau produk yang lebih unggul dibanding dengan brand pesaing. Dalam strategi pemasaran juga terdapat bauran pemasaran pada bidang jasa terdiri dari 7P, yaitu:

- a. *Product*, merupakan sesuatu yang ditawarkan ke pasar untuk dimiliki, digunakan dan dikonsumsi sehingga dapat memuaskan keinginan dan kebutuhan. Produk disini mencakup obyek fisik, jasa, orang, tempat, organisasi dan gagasan (Kotler, 1997)
- b. *Price*, penetapan harga harus sesuai dengan kualitas produk yang dihasilkan dan dapat memuaskan konsumen yang membelinya. Harga merupakan nilai yang dinyatakan dalam nilai tukar uang. Penetapan harga didasari oleh tujuan yang hendak dicapai oleh perusahaan (Kotler, 1990)
- c. *Place*, kebijakan manajemen tentang saluran pemasaran yang digunakan mempunyai dampak luas bagi organisasi dan program pemasaran yang

digunakan oleh perusahaan. Saluran distribusi pemasaran adalah berbagai kegiatan perusahaan agar produknya terjangkau dan tersedia bagi pasar sasarnya (Kotler, 1997)

- d. *Promotion*, promosi pemasaran sebagai sarana komunikasi untuk menginformasikan, membujuk atau meningkatkan konsumen tentang produk, cita ide, keterlibatan masyarakat maupun dampak social yang dihasilkan. Promosi pemasaran merupakan salah satu bentuk komunikasi pemasaran yang dilakukan perusahaan kepada masyarakat.
- e. *Person*, adalah semua pelaku yang berperan dalam penyajian jasa dan berinteraksi secara langsung dengan pembeli, sehingga dapat mempengaruhi persepsi pembeli (Lovelock, 2011)
- f. *Process* adalah semua prosedur actual, mekanisme, dan aliran aktivitas yang digunakan untuk menyampaikan jasa (Lovelock, 2011)
- g. *Physical Evidence*, sarana fisik merupakan suatu hal yang secara nyata turut mempengaruhi keputusan konsumen untuk membeli dan menggunakan produk jasa yang ditawarkan. Unsur-unsur yang termasuk dalam sarana fisik antara lain lingkungan fisik, dalam hal ini bangunan, peralatan, perlengkapan, logo, desain, dan atribut lainnya menjadi bukti fisik yang mempengaruhi persepsi pelanggan (Lovelock, 2011).

2.6 Sistem Informasi Manajemen Kesehatan dan Rumah Sakit

Menurut Hartono (2002), Sistem Informasi Manajemen Kesehatan adalah suatu sistem yang menyediakan dukungan informasi bagi proses pengambilan keputusan di setiap jenjang administrasi kesehatan, baik di tingkat unit pelaksanaan upaya kesehatan, di tingkat kabupaten/kota, di tingkat provinsi, maupun di tingkat pusat. Sistem informasi kesehatan pada pelaksanaannya meliputi tiga rangkaian kegiatan, pokok yaitu:

- a. Pengumpulan dan pengolahan informasi: pengumpulan data di tingkat kabupaten/kota biasanya diorganisir sebagai bagian dari SIKNAS. Para pelaksana program dapat juga menjadi salah satu sumber informasi di tingkat kabupaten/kota. Pengumpulan dapat dilakukan secara umum dari sistem rutin yang berjalan, dengan pendekatan survey sederhana, atau melalui sistem

registrasi penduduk, surveilans umum, laporan laboratorium, dan penyelidikan KLB.

- b. Analisa, penyajian, dan pelaporan informasi kesehatan: kabupaten/kota mempunyai peran lebih besar dalam menganalisa data yang dikumpulkan secara rutin, akan tetapi yang terjadi seringkali data yang dikumpulkan sedikit. Penyajian data harus disajikan dengan jelas dan komprehensif menggunakan histogram, grafik, charts, atau tabel. Setelah dianalisa dan disajikan, maka informasi kesehatan harus dikomunikasi kepada para pengambil keputusan, masyarakat umum, dan kepada organisasi lokal untuk memperluas pemanfaatan informasi kesehatan.
- c. Pemanfaatan/penggunaan informasi kesehatan: pemanfaatan informasi di tingkat kabupaten sering dapat dikatakan rendah. Padahal, sistem informasi kesehatan pada hakikatnya harus dapat mengupayakan dihasilkannya informasi yang diperlukan untuk pengambilan keputusan di berbagai tingkat sistem kesehatan.

2.7 Asuransi Kesehatan

Asuransi kesehatan merupakan bagian dari ruang lingkup penyelenggaraan dalam perusahaan asuransi jiwa sebagaimana dijelaskan pada Pasal 2 ayat (2) (UU No. 40, 2014) tentang Usaha Perasuransian. Asuransi kesehatan merupakan sebuah jenis produk asuransi yang secara khusus menjamin biaya kesehatan atau pembiayaan rawat jalan maupun rawat inap bagi pihak tertanggung, yaitu seseorang yang telah melakukan kesepakatan dengan pihak penanggung atau perusahaan asuransi yang bertujuan mengharapkan perlindungan jika mengalami jatuh sakit atau mengalami kecelakaan dan pihak tertanggung memiliki kewajiban untuk membayar premi, untuk mendapatkan manfaat pertanggungan dari pihak asuransi kesehatan.

Jenis asuransi kesehatan jika ditinjau dari pengelola dananya, antara lain:

- a. Asuransi kesehatan pemerintah: jika pengelola dana dilakukan oleh pemerintah. Dengan ikut sertanya pemerintah dalam pembiayaan kesehatan akan diperoleh beberapa keuntungan misalnya dapat distandarisasikan.
- b. Asuransi kesehatan sukarela disebut asuransi kesehatan swasta (*private health*

insurance), jika pengelola dana suatu badan swasta. Keuntungan mutu pelayanan relatif lebih baik, sedangkan kerugiannya adalah sulit untuk mengawasi biaya kesehatan yang akhirnya akan memberatkan pengguna pelayanan kesehatan.

Ada asuransi kesehatan yang menanggung seluruh jenis pelayanan kesehatan, biasanya pengelola dana juga bertindak sebagai penyedia pelayanan kesehatan. Ada juga asuransi kesehatan yang menanggung sebagian pelayanan kesehatan saja. Asuransi kesehatan juga dapat menanggung peserta dalam perseorangan, keluarga, atau dalam kelompok. Asuransi kesehatan juga dibedakan berdasarkan cara pembayaran kepada pelayanan kesehatan, yaitu:

- a. Pembayaran berdasarkan pada jumlah kunjungan peserta (*reimbursement*) yang memanfaatkan pelayanan kesehatan. Semakin banyak jumlah kunjungan, maka semakin besar pula nominal keuntungan yang diterima oleh penyedia pelayanan kesehatan.
- b. Pembayaran dilakukan dimuka. Pada sistem ini, pembayaran dilakukan secara langsung (*pre-payment*) dalam arti sebelum pelayanan kesehatan selesai diselenggarakan.

2.8 Metode Penelitian

Metode penelitian menurut Creswell (dalam Sugiyono, 2017) adalah proses kegiatan dalam bentuk pengumpulan data, analisis dan memberikan interpretasi yang terkait dengan tujuan penelitian. Sedangkan menurut Jonathan Sarwono (2006) Metode Penelitian adalah cara atau prosedur yang harus dilakukan secara sistematis dalam sebuah penelitian. Kata sistematis dalam pengertian tersebut merupakan kata kunci sistematis yang berkaitan dengan metode ilmiah yang berarti adanya prosedur yang ditandai dengan keteraturan dan ketuntasan. Purwanto (2010:163) mendefinisikan “Penelitian adalah cara penemuan kebenaran atau pemecahan masalah yang dilakukan secara ilmiah”.

Terdapat berbagai metode penelitian umum yang digunakan, yaitu:

- a. Metode penelitian kualitatif: untuk memahami makna, sifat, dan karakteristik fenomena, dengan pengumpulan data bersifat deskriptif dan analisis bersifat interpretatif dan kontekstual.

- b. Metode penelitian kuantitatif: pengumpulan data bersifat terstruktur melalui pengukuran, analisis menggunakan teknik statistik, dan generalisasi dari temuan
- c. Metode penelitian campuran: memberikan pemahaman komprehensif dengan menggabungkan pendekatan kualitatif dan kuantitatif dalam satu penelitian.

Pemilihan metode penelitian bergantung pada pertanyaan penelitian, sifat fenomena yang dipelajari, dan tujuan penelitian tersebut. Terkadang, peneliti juga dapat menggunakan lebih dari satu metode untuk meraih pemahaman yang lebih komprehensif.

2.9 Manajemen Data Epidemiologi

Manajemen data adalah suatu kegiatan menata dan mengorganisasikan data, dimulai dari pengumpulan data, penyimpanan data, pengambilan data kembali, memperbaharui data sehingga diperoleh data yang bersih. Data adalah keterangan (angka/huruf) hasil pengamatan/pengukuran terhadap suatu karakteristik/ciri. Data masih berupa bahan mentah dan diperlukan proses transformasi untuk menjadi informasi. Epidemiologi adalah studi tentang distribusi dan faktor-faktor yang menentukan keadaan yang berhubungan dengan kesehatan atau kejadian-kejadian pada kelompok penduduk tertentu. Data epidemiologi adalah data yang berkaitan dengan studi distribusi dan determinan penyakit serta kondisi kesehatan di populasi manusia. Beberapa jenis data epidemiologi yang umumnya dikumpulkan dan dianalisis, yaitu:

- a. Kejadian penyakit: angka kejadian dan angka prevalensi
- b. Faktor risiko: paparan dan hubungan faktor risiko
- c. Karakteristik demografis: usia, jenis kelamin, kelompok penduduk, dan sosial ekonomi
- d. Lingkungan: pengaruh kondisi lingkungan seperti polusi, iklim, atau sanitasi pada kejadian penyakit, serta distribusi spasial penyakit untuk mengidentifikasi pola geografis
- e. Mortalitas dan morbiditas: angka kematian dan angka kesakitan
- f. Vaksinasi dan imunisasi: cakupan imunisasi dan efektivitas vaksin
- g. Pelayanan kesehatan: data tentang seberapa banyak populasi menggunakan

layanan kesehatan dan kualitas pelayanan kesehatan

- h. Tren dan analisis waktu: tren penyakit dan faktor-faktor yang mungkin mempengaruhi tren penyakit.

Data epidemiologi ini dikumpulkan dari berbagai sumber, termasuk laporan medis, survei masyarakat, data laboratorium, dan sistem informasi kesehatan. Analisis data epidemiologi membantu para peneliti dan pengambil kebijakan memahami pola penyakit, mengidentifikasi faktor risiko, dan merancang intervensi yang efektif untuk meningkatkan kesehatan populasi. Oleh karena itu, pengumpulan dan analisis data epidemiologi penting untuk pemahaman penyakit, perencanaan intervensi kesehatan, dan pengembangan kebijakan.

2.10 Pengantar Sistem Informasi Geografis

Sistem Informasi Geografi (SIG) atau *Geographic Information System* (GIS) merupakan sistem berbasis komputer yang didesain untuk mengumpulkan, mengelola, memanipulasi, dan menampilkan informasi spasial (keruangan). Data yang digunakan dan dianalisa dalam SIG berbentuk data peta (spasial) yang terhubung langsung dengan data tabular yang mendefinisikan bentuk geometri data spasial. Secara umum proses SIG terdiri atas empat bagian (subsistem), yaitu:

- a. Subsistem masukan data (input data): berperan untuk memasukkan data dan mengubah data asli ke bentuk yang dapat diterima dan dipakai dalam SIG. Ada dua macam data dasar geografi, yaitu data spasial dan data atribut. Data spasial (keruangan) menunjukkan ruang, lokasi atau tempat-tempat di permukaan bumi, yang bisa berasal dari peta. Data atribut (deskriptis) yang terdapat pada ruang/tempat menjelaskan informasi yang diperoleh dari statistik, sensus, catatan lapangan dan tabular.
- b. Subsistem manipulasi dan analisis data: menentukan informasi-informasi yang dihasilkan oleh SIG, melakukan manipulasi dan pemodelan data.
- c. Subsistem manajemen: mengorganisasikan data maupun tabel atribut terkait ke dalam sebuah sistem basis data agar mudah di-retrieve, di-update, dan di-edit.
- d. Subsistem penyajian data (output data): berfungsi menayangkan informasi geografi sebagai hasil analisis data dalam proses SIG, dalam bentuk peta, tabel bagan, gambar, grafik dan hasil perhitungan.

2.11 Pengertian Jaminan Kesehatan Nasional

Asuransi sosial merupakan mekanisme pengumpulan iuran yang bersifat wajib dari peserta, guna memberikan perlindungan kepada peserta atas risiko sosial ekonomi yang menimpa mereka dan atau anggota keluarganya, sesuai dengan Undang-Undang Sistem Jaminan Sosial Nasional No. 40 Tahun 2004. Sistem Jaminan Sosial Nasional ini diimplementasikan melalui program Jaminan Sosial yang dijalankan oleh Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan dan BPJS Ketenagakerjaan. Jaminan Sosial diartikan sebagai bentuk perlindungan sosial yang bertujuan untuk menjamin bahwa seluruh warga negara dapat memenuhi kebutuhan dasar hidup yang layak. Salah satu contohnya adalah Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) yang diterapkan di Indonesia. JKN merupakan bagian dari Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN).

Pelaksanaan Sistem Jaminan Sosial Nasional ini melibatkan Asuransi Kesehatan Sosial yang bersifat wajib, sesuai dengan ketentuan dalam Undang-Undang No. 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional. Tujuannya adalah agar semua penduduk Indonesia terlindungi dalam sistem asuransi, sehingga mereka dapat memenuhi kebutuhan dasar kesehatan masyarakat yang layak (Kementerian Kesehatan RI, 2014).

2.12 Prinsip Jaminan Kesehatan Nasional

Berdasarkan Undang-Undang No.40 Tahun 2004, prinsip Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) mengacu terhadap prinsip-prinsip Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN), berikut ini merupakan prinsip-prinsip JKN (Kemenkes, 2013):

a. Prinsip Kegotongroyongan

Berdasarkan SJSN yang dimaksud dengan prinsip kegotongroyongan adalah peserta yang mampu membantu peserta yang kurang mampu dan peserta yang sehat membantu yang sakit atau yang berisiko tinggi. Hal ini terwujud karena kepesertaan SJSN bersifat wajib untuk seluruh penduduk, tanpa pandang bulu. Sehingga, dengan prinsip gotong-royong jaminan sosial dapat menumbuhkan keadilan sosial bagi seluruh rakyat Indonesia.

b. Prinsip Nirlaba

Nirlaba merupakan prinsip pengelolaan dana amanat oleh BPJS dan bukan untuk mencari laba (*for profit oriented*). Sebaliknya, tujuan utama adalah untuk memenuhi sebesar-besarnya kepentingan peserta karena dana yang dikumpulkan dari masyarakat adalah dana amanat, sehingga hasil pengembangannya akan dimanfaatkan sebesar-besarnya untuk kepentingan peserta.

c. Prinsip Keterbukaan

Prinsip keterbukaan adalah prinsip mempermudah akses informasi yang lengkap, benar, dan jelas bagi setiap peserta.

d. Prinsip Kehati-hatian

Prinsip kehati-hatian adalah prinsip pengelolaan dana secara cermat, teliti, aman, dan tertib

e. Prinsip Akuntabilitas

Prinsip akuntabilitas adalah prinsip pelaksanaan program dan pengelolaan keuangan yang akurat dan dapat dipertanggungjawabkan.

f. Prinsip Portabilitas

Prinsip portabilitas dalam jaminan sosial yaitu untuk memberikan jaminan yang berkelanjutan kepada peserta, meskipun mereka berpindah pekerjaan atau tempat tinggal dalam wilayah Negara Kesatuan Republik Indonesia (NKRI).

g. Prinsip Kepesertaan bersifat Wajib

Kepesertaan wajib dimaksudkan agar seluruh rakyat menjadi peserta sehingga dapat terlindungi. Meskipun kepesertaan bersifat wajib, penerapannya tetap disesuaikan dengan kemampuan ekonomi rakyat dan pemerintah serta kelayakan penyelenggaraan program. Tahapan pertama dimulai dari pekerja sektor formal, bersamaan dengan itu sektor informal dapat menjadi peserta secara mandiri, sehingga pada akhirnya Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) dapat mencakup seluruh rakyat.

h. Prinsip Dana Amanat

Dana yang terkumpul dari iuran peserta merupakan dana titipan kepada badan penyelenggara untuk dikelola sebaik-baiknya dalam rangka mengoptimalkan dana tersebut untuk kesejahteraan peserta

- i. Prinsip hasil pengelolaan Dana Jaminan Sosial digunakan seluruhnya untuk pengembangan program dan untuk kepentingan peserta sebesar-besarnya

2.13 Manfaat Jaminan Kesehatan Nasional

Menurut Perpres Nomor 82 Tahun 2018 manfaat JKN adalah pelayanan kesehatan perorangan yang bukan hanya pelayanan kesehatan yang berupa kuratif dan rehabilitatif, tetapi juga mencakup pelayanan promotif dan preventif, termasuk obat-obatan dan bahan medis habis pakai yang diperlukan. Sedangkan, menurut Buku Pegangan Sosialisasi Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) Manfaat Jaminan Kesehatan Nasional terdapat manfaat medis berupa pelayanan kesehatan dan manfaat non medis meliputi akomodasi dan ambulans. Manfaat Jaminan Kesehatan Nasional mencakup pelayanan promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif termasuk pelayanan obat dan bahan medis habis pakai sesuai dengan kebutuhan medis.

Manfaat pelayanan promotif dan preventif meliputi pemberian pelayanan penyuluhan kesehatan, imunisasi dasar, keluarga berencana, dan skrining kesehatan. Manfaat medis berupa penyuluhan kesehatan, pemeriksaan penunjang diagnostik, konsultasi, transfusi, tindakan medis dan perawatan, bahan medis habis pakai, obat-obatan, rehabilitasi medis, pelayanan kedokteran forensik, serta pelayanan jenazah. Manfaat medis yang diterima peserta JKN ini tidak dipengaruhi oleh besaran iuran yang dibayar peserta. Sedangkan yang termasuk dalam manfaat non medis adalah akomodasi layanan rawat inap dan ambulan yang digunakan untuk pasien rujukan. Manfaat non medis ini berbeda tiap peserta, bergantung pada besaran iuran yang dibayarkan peserta.

2.14 Kepesertaan Jaminan Kesehatan Nasional

Berdasarkan Undang-Undang No.40 Tahun 2004, salah satu prinsip dari JKN adalah kepesertaan bersifat wajib, yang artinya seluruh Penduduk Indonesia akan menjadi peserta JKN. Kepesertaan ini akan dilakukan secara bertahap dan diharapkan pada tahun 2019 seluruh penduduk Indonesia sudah menjadi peserta JKN. Berdasarkan Peraturan BPJS Nomor 6 Tahun 2018, kepesertaan JKN terdiri atas: (Kementerian Kesehatan RI, 2014)

- a. Peserta PBI meliputi orang yang tergolong fakir miskin dan orang tidak

mampu, sebagaimana diamanatkan Undang-Undang SJSN yang iurannya dibayar pemerintah sebagai peserta program Jaminan Kesehatan.

- b. Peserta bukan PBI adalah peserta yang tidak tergolong fakir miskin dan orang tidak mampu, yang membayar iurannya secara sendiri maupun kolektif ke BPJS Kesehatan. Peserta Non PBI terdiri dari:
 1. Peserta Penerima Upah (PPU) dan anggota keluarganya, yaitu setiap orang yang bekerja pada pemberi kerja dengan menerima gaji atau upah, antara lain Pegawai Negeri Sipil, Anggota TNI, Anggota Polri, Pejabat Negara, Pegawai Pemerintah Non Pegawai Negeri Sipil, Pegawai Swasta, dan Pekerja lain yang memenuhi kriteria pekerja penerima upah.
 2. Pekerja Bukan Penerima Upah (PBPU) dan anggota keluarganya, yaitu setiap orang yang bekerja atau berusaha atas risiko sendiri, antara lain pekerja di luar hubungan kerja atau pekerja mandiri, dan lain sebagainya.
 3. Bukan Pekerja (BP) dan anggota keluarganya, setiap orang yang tidak bekerja tapi mampu membayar iuran jaminan kesehatan, antara lain Investor, Pemberi kerja, Penerima pensiun, Veteran, Perintis kemerdekaan, dan bukan pekerja lainnya yang memenuhi kriteria bukan pekerja penerima upah.
 4. Penerima pensiun, antara lain PNS yang berhenti dengan hak pensiun, Anggota TNI dan Anggota Polri yang berhenti dengan hak pensiun, Pejabat negara yang berhenti dengan hak pensiun, penerima pensiun lain, serta janda, duda, atau anak yatim piatu dari penerima pensiun.
 5. Anggota keluarga bagi pekerja penerima upah meliputi: istri atau suami yang sah dari peserta; Anak kandung, anak tiri dan/atau anak angkat yang sah dari peserta dengan kriteria tidak atau belum pernah menikah atau tidak mempunyai penghasilan sendiri; Belum berusia 21 tahun atau belum berusia 25 tahun yang masih melanjutkan pendidikan formal. Sedangkan peserta bukan PBI JKN dapat juga mengikutsertakan anggota keluarga yang lain.

2.15 Universal Health Coverage (UHC)

Universal Health Coverage (UHC) merupakan sebuah sistem yang

diharapkan dapat meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan bagi seluruh lapisan masyarakat, dimanapun dan kapanpun tanpa mengalami kendala finansial (UHC 2030, 2022). UHC merupakan salah satu target yang dicanangkan dalam Sustainable Development Goals (SDGs). UHC sebagai rencana besar PBB pada tahun 2023 (World Health Organization, 2021), yang mana bagi negara berkembang konsep UHC merupakan sebuah konsep baru yang membutuhkan komitmen tinggi untuk diimplementasikan (World Health Organization, 2015).

Berkaitan dengan upaya mewujudkan UHC, Pemerintah Indonesia menginisiasi program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN/KIS) sejak 1 Januari 2014. Program ini diselenggarakan oleh Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan sesuai dengan UU Nomor 40 Tahun 2004 mengenai Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN). Hingga tahun 2018 yang bertepatan dengan empat tahun program ini digagas pada 2014, program JKN menjadi single-payer terbesar di dunia dengan cakupan peserta sebanyak 203 juta jiwa (Agustina et al., 2019). Hingga September 2022, Kepesertaan BPJS Kesehatan semakin berkembang dengan total peserta program JKN sebanyak 275 juta jiwa (BPJS Kesehatan, 2022).

Sementara itu, proses percepatan cakupan peserta juga dilakukan oleh Pemerintah Indonesia melalui Instruksi Presiden Nomor 1 Tahun 2022, di mana dalam Inpres tersebut dijelaskan bahwa Presiden Republik Indonesia menginstruksikan kepada seluruh Kementerian dan Lembaga Negara untuk turut andil dalam proses percepatan cakupan peserta BPJS Kesehatan sehingga nantinya seluruh masyarakat Indonesia dapat terjamin dalam program JKN/KIS.

Berdasarkan Inpres 1 tahun 2022 dijelaskan bahwa proses percepatan cakupan peserta UHC di Indonesia bukan hanya menjadi tanggung jawab BPJS Kesehatan, namun juga menjadi tanggung jawab seluruh Kementerian/Lembaga serta Pemerintah Provinsi serta Pemerintah Kabupaten/Kota. Pada Inpres tersebut dijelaskan bahwa pada para Gubernur dalam menyusun serta menetapkan regulasi dan mengalokasikan anggaran guna mendukung program Jaminan Kesehatan Nasional di wilayahnya. Selanjutnya para Bupati/Walikota juga mendapat instruksi untuk memastikan setiap warga di wilayahnya terdaftar sebagai peserta aktif program Jaminan Kesehatan Nasional (“Instruksi Presiden Nomor 1 Tahun 2022,”

2022). Hal tersebut menunjukkan bahwa komitmen terhadap mendorong proses UHC tidak hanya tugas Pemerintah Pusat namun juga menjadi komitmen pemerintah regional yakni Pemerintah Provinsi serta Pemerintah Kabupaten/Kota.

Tidak ada sebuah sistem yang baku terkait dengan bentuk implementasi UHC. Namun, untuk mendukung upaya implementasinya, terdapat beberapa aspek terkait UHC. Aspek-aspek tersebut diantaranya adalah (World Health Organization, 2016):

- a. *Quality* dijelaskan bahwa pada prakteknya, kualitas pelayanan kesehatan merupakan aspek penting yang harus diberikan kepada masyarakat.
- b. *Efficiency* yakni dalam penerapannya, negara-negara juga diharapkan memaksimalkan arsitektur skema jaminan kesehatan yang sesuai dengan kebutuhan masyarakat.
- c. *Equity* berarti kesetaraan yang didapat oleh semua masyarakat tanpa adanya diskriminasi berdasarkan faktor-faktor sosial, ekonomi, demografis serta geografis.
- d. *Accountability* berarti stakeholder terkait di masing-masing negara mampu memberikan informasi serta alasan terkait pengambilan keputusan serta kebijakan yang berkaitan dengan UHC.
- e. *Sustainability and resilience* berarti negara didorong untuk menciptakan sistem kesehatan yang berkelanjutan dan memiliki jangka yang panjang sehingga mampu memenuhi kebutuhan saat ini dan masa depan.

BAB III METODE PELAKSANAAN

3.1 Lokasi MBKM by Design FKM UNAIR

Pelaksanaan kegiatan MBKM ini dilaksanakan di Seksi Pelayanan Kesehatan Primer Bidang Pelayanan Kesehatan yang terdapat di Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur. Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur berlokasi di Jl. Ahmad Yani No. 118, Ketintang, Kec. Gayungan, Kota Surabaya, Jawa Timur, 60231.

3.2 Waktu Pelaksanaan MBKM by Design FKM UNAIR

Kegiatan MBKM dilaksanakan pada bulan Oktober 2023 hingga Desember 2023. Waktu pelaksanaan kegiatan disesuaikan dengan jam kerja di Seksi Pelayanan Kesehatan Primer Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur.

Tabel 3.1 Jadwal Kegiatan MBKM by Design FKM UNAIR di Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur

Kegiatan	2023															
	Sept				Okt				Nov				Des			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Pra Pelaksanaan Magang																
Persiapan dan konsultasi dengan dosen																
Penyusunan rancangan proposal magang terstruktur																
Pemaparan rancangan proposal magang terstruktur																
Pelaksanaan Magang MBKM																
Penerjunan dan orientasi mahasiswa di tempat magang																
Pelaksanaan kegiatan magang untuk mencapai <i>learning outcome</i>																
Pasca Pelaksanaan Magang																
Penyusunan laporan magang																
Seminar hasil magang																

3.3 Metode Pelaksanaan MBKM by Design FKM UNAIR

Adapun metode yang digunakan dalam pelaksanaan kegiatan MBKM, sebagai berikut:

- a. Partisipasi aktif: mahasiswa berpartisipasi secara aktif dan terlibat dalam kegiatan yang dilaksanakan di Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur, mahasiswa juga akan menganalisis dan membuat laporan kegiatan yang telah dilaksanakan, pembimbing magang memberikan pengarahan dan penjelasan terkait tugas atau kegiatan yang dijalankan mahasiswa agar lebih paham terkait praktik yang dilaksanakan.
- b. Observasi: mahasiswa melakukan observasi secara langsung terhadap kegiatan yang dilaksanakan di Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur menyesuaikan dengan *Learning Outcome* mata kuliah yang telah ditentukan.
- c. Studi literatur: mahasiswa melakukan studi literatur dan studi dokumen untuk mendapatkan informasi yang berhubungan dengan tugas atau kegiatan yang akan dilaksanakan di Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur dan sesuai dengan *Learning Outcome* yang telah ditentukan untuk digunakan dalam penyusunan laporan magang.
- d. In-depth interview: mahasiswa melakukan wawancara secara mendalam dengan pembimbing magang dan petugas di Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur untuk mencari informasi yang dapat dipergunakan dalam penyusunan laporan magang.
- e. Ceramah: pembimbing magang maupun staf lainnya memberikan arahan, penjelasan, dan menjadi mentor terkait penugasan yang diberikan maupun kegiatan yang dilakukan di Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur.

3.4 Teknik Pengumpulan Data

Dalam kegiatan MBKM ini data yang dikumpulkan berupa data primer dan data sekunder. Data primer diperoleh dari teknik wawancara mendalam kepada petugas dengan memberikan pertanyaan terbuka serta melakukan observasi langsung terhadap kegiatan yang dilaksanakan di Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur. Data sekunder diperoleh dari studi literatur berupa Profil Kesehatan Jawa Timur, laporan organisasi tahunan, data rekap pelaporan, dan artikel ilmiah.

BAB IV

HASIL DAN PEMBAHASAN

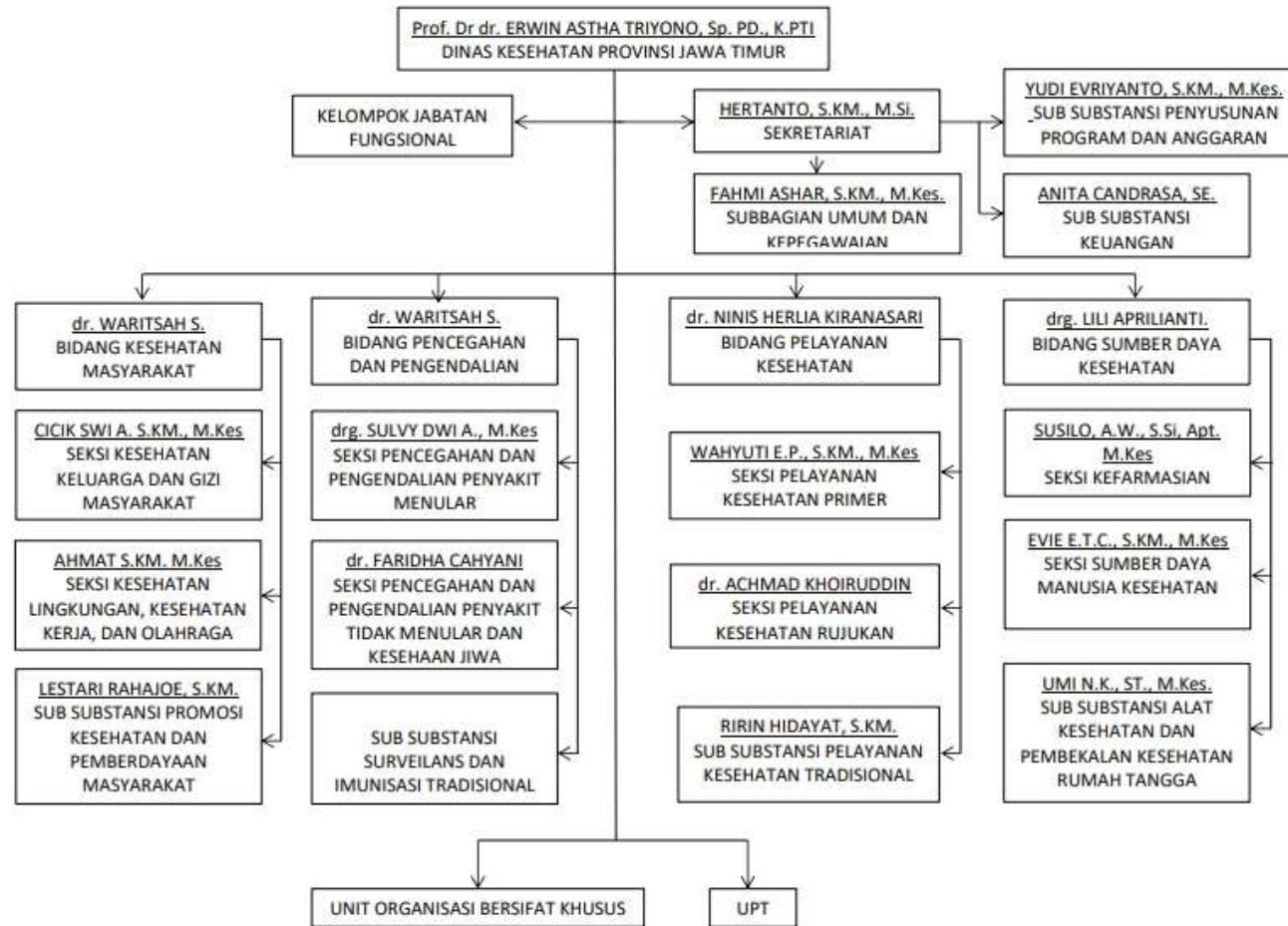
4.1 Gambaran Umum Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur

Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur adalah salah satu unsur pelaksana urusan pemerintahan di bidang kesehatan dengan area cakupan kerja provinsi Jawa Timur. Dinas dipimpin oleh Kepala Dinas yang berkedudukan di bawah dan bertanggung jawab kepada Gubernur melalui Sekretaris Daerah Provinsi. Berdasarkan Peraturan Gubernur Jawa Timur Nomor 89 Tahun 2021 tentang kedudukan, susunan organisasi, uraian tugas dan fungsi serta tata kerja Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur (Peraturan Gubernur Jawa Timur Nomor 89 Tahun 2021).

Dinas Kesehatan mempunyai tugas membantu Gubernur melaksanakan urusan pemerintahan yang menjadi kewenangan Pemerintah Provinsi di bidang Kesehatan serta tugas pembantuan. Fungsi Dinas Kesehatan dalam: 1) perumusan kebijakan di bidang kesehatan; 2) pelaksanaan kebijakan di bidang kesehatan; 3) pelaksanaan evaluasi dan pelaporan di bidang kesehatan; 4) pelaksanaan administrasi Dinas di bidang kesehatan; dan 5) pelaksanaan fungsi lain yang diberikan oleh Gubernur terkait dengan tugas dan fungsinya.

Sekarang ini Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur dipimpin oleh Prof. Dr. Erwin Astha Triyono, dr. SP. Pd., K-PTI. Dari kepemimpinan tersebut, Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur mempunyai visi “Terwujudnya Masyarakat Jawa Timur yang Adil, Sejahtera, Unggul dan Berakhlak dengan Tata Kelola Pemerintahan yang Partisipatoris Inklusif melalui Kerja Bersama dan Semangat Gotong Royong”. Berdasarkan visi tersebut maka misi pemban “Terciptanya Kesejahteraan yang Berkeadilan Sosial, Pemenuhan Kebutuhan Dasar Terutama Kesehatan dan Pendidikan, Penyediaan Lapangan Kerja dengan Memperhatikan Kelompok Rentan”. Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur dalam mewujudkan misinya menetapkan tujuan yaitu Meningkatnya Derajat Kesehatan Masyarakat, dengan indikator tujuan yang digunakan adalah Indikator Kesehatan

4.1.1 Struktur Organisasi Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur



Gambar 4.1 Struktur Organisasi Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur

Uraian susunan organisasi Dinas dijelaskan sebagai berikut:

- a. Kepala Dinas
- b. Sekretariat, membawahi:
 1. Sub Bagian Umum dan Kepegawaian
 2. Sub Bagian Jabatan Fungsional
- c. Bidang Kesehatan Masyarakat, membawahi:
 1. Seksi Kesehatan Keluarga dan Gizi Masyarakat
 2. Seksi Kesehatan Lingkungan, Kesehatan Kerja dan Olahraga
 3. Sub Substansi Promosi Kesehatan dan Pemberdayaan Masyarakat
- d. Bidang Pencegahan dan Pengendalian Penyakit, membawahi:
 1. Seksi Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Menular
 2. Seksi Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Tidak Menular dan Kesehatan Jiwa
 3. Sub Substansi Surveilans dan Imunisasi
- e. Bidang Pelayanan Kesehatan, membawahi:
 1. Seksi Pelayanan Kesehatan Primer
 2. Seksi Pelayanan Kesehatan Rujukan
 3. Sub Substansi Pelayanan Kesehatan Tradisional
- f. Bidang Sumber Daya Kesehatan, membawahi:
 1. Seksi Kefarmasian
 2. Seksi Sumber Daya Manusia Kesehatan
 3. Sub Substansi Alat Kesehatan dan Perbekalan Kesehatan Rumah Tangga
- g. Unit Organisasi Bersifat Khusus, dinataranya: RS Mohammad Noer Pamekasan, RS Mangunharjo Madiun, RS Sumberglagah Mojokerto, RS Paru Jember, RS Paru Dungus Madiun, RS Mata Masyarakat Jawa Timur, RS Kusta Kediri, RS Husada Prima Surabaya, dan RSU Karsa Husada Batu.
- h. Unit Pelaksana Teknis (UPT), diantaranya: Laboratorium Herbal Materia Medica Batu, Pelatihan Kesehatan Masyarakat Murnajati Lawang, dan Laboratorium Gizi Surabaya.
- i. Kelompok Jabatan Fungsional

4.2 Tupoksi Seksi Pelayanan Kesehatan Primer Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur

Seksi Pelayanan Kesehatan Primer merupakan bagian dari Bidang Pelayanan Kesehatan dalam Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur. Berdasarkan Rencana Strategis Dinas Kesehatan tahun 2019-2024, Seksi Pelayanan Kesehatan Primer mempunyai fungsi dalam melaksanakan tugas sebagai berikut:

- a. Penyiapan perumusan kebijakan operasional di bidang pelayanan kesehatan primer
- b. Penyiapan pelaksanaan kebijakan operasional di bidang pelayanan kesehatan primer
- c. Pelaksanaan koordinasi di bidang pelayanan kesehatan primer
- d. Pelaksanaan bimbingan teknis dan supervisi, di bidang pelayanan kesehatan primer
- e. Pemantauan evaluasi, dan pelaporan di bidang pelayanan kesehatan primer
- f. Pelaksanaan tugas-tugas lain yang diberikan oleh Kepala Dinas

Seksi Pelayanan Kesehatan Primer bertanggung jawab terkait berbagai pelaksanaan program kesehatan di Jawa Timur. Program-program tersebut meliputi, Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga (PIS-PK), Akreditasi Puskesmas & Klinik, Registrasi Klinik, Ponkesdes dan Bimbingan Konseling (Konseling dari Pintu ke Pintu), ASPAK, Puskesmas Percontohan, JKN, Laboratorium, Pelayanan Kesehatan Bergerak, Manajemen Puskesmas, Perawatan Kesehatan Masyarakat, P3K, Telemedicine, Penilaian Kinerja Puskesmas, Puskesmas Sesuai Standar, serta Indikator Nasional Mutu (INM) dan Indikator Keselamatan Pasien (IKP).

Kegiatan yang dilakukan Seksi Pelayanan Kesehatan Primer antara lain seperti, memantau dan merekap data fasilitas pelayanan kesehatan terkait pelaporan INM dan IKM setiap tiga bulan, mempersiapkan dan melaksanakan program Pelayanan Kesehatan Bergerak di daerah terpencil dan sangat terpencil, melakukan monitoring evaluasi rujukan non spesialisik dari FKTP ke FKRTL, merekap data fasyankes, jejaring dan jaringannya, merekap data kelengkapan ASPAK fasilitas pelayanan kesehatan. Seksi Pelayanan Kesehatan Primer melakukan pembinaan

dan koordinasi dengan 38 kabupaten/kota di Jawa Timur terkait pelaksanaan program yang telah ada maupun kebijakan baru dari Kementerian Kesehatan. Seksi tersebut juga merencanakan pelayanan kesehatan yang dibutuhkan jika terdapat acara/event besar di Jawa Timur, seperti pada acara FIFA dan masa Natal dan Tahun Baru.

4.2.1 Pelaksanaan Kegiatan Orientasi Manajemen Integrasi Layanan Primer (ILP)

Kemenkes mengeluarkan kebijakan baru mengenai transformasi yankes primer dalam Kepmenkes 2015 tahun 2023 tentang Petunjuk Teknis ILP. Kebijakan baru ini akan mengubah sistem pelayanan primer yang diberikan, yang awalnya pelayanan berbasis kebutuhan menjadi pelayanan berbasis siklus hidup dengan 4 klaster, yaitu klaster manajemen, klaster ibu dan anak, klaster dewasa dan lansia, serta klaster penanggulangan penyakit menular. Transformasi pelayanan ini akan sangat melibatkan peran dari Pustu dan Posyandu, terutama kader.

Pada ILP ini, masyarakat yang berkunjung ke Puskesmas akan melakukan skrining dasar terlebih dahulu, kemudian melakukan paket pelayanan sesuai klaster siklus hidup atau usianya. Dari klaster tersebut, akan ditentukan apakah memerlukan rujukan ke FKRTL, atau tindak lanjut seperti rawat inap dan pemeriksaan laboratorium, atau bisa langsung menerima obat dari farmasi.

Dari kunjungan ke Puskesmas tersebut, petugas Puskesmas akan menginput data hasil pelayanan pada sistem informasi. Jika diperlukan pemantauan atau follow up lebih lanjut, dari sistem informasi tersebut akan memberikan notifikasi kepada petugas di Pustu atau Ponkesdes dan menginformasikannya kepada kader untuk melakukan pemantauan dengan cara melakukan kunjungan rumah. Kader berperan juga dalam melaksanakan Posyandu sesuai siklus hidup, seperti melakukan posyandu balita, posyandu ibu, posyandu remaja, serta posyandu dewasa dan lansia. Dalam melaksanakan berbagai kegiatan tersebut, seorang kader harus memiliki 25 keterampilan dasar untuk mendukung pelaksanaannya. Untuk itu, Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota dan tiap Puskesmas harus melakukan pelatihan/training bagi kader untuk

meningkatkan keterampilannya.

Dalam pelaksanaan kebijakan ILP ini, Kemenkes telah melaksanakan Uji Coba di beberapa daerah, salah satunya di Puskesmas Kebonsari, Surabaya. Oleh karena itu, Seksi Pelayanan Kesehatan Primer berupaya mulai mengimplementasikan transformasi pelayanan kesehatan primer ini di 38 Kab/Kota lainnya di Jawa Timur yang disesuaikan dengan kondisi masing-masing wilayahnya.

Dengan demikian, dilaksanakan Kegiatan Orientasi Integrasi Layanan Primer selama 4 hari dengan mengundang sekitar 400 peserta dari 38 Kab/Kota. Kegiatan tersebut dilaksanakan untuk menanamkan pemahaman bagi Dinas Kesehatan Kab/Kota, Puskesmas, dan Pustu mengenai transformasi ILP ini, sehingga setiap daerah dapat mulai merencanakan transformasi ini dengan disesuaikan pada tempatnya masing-masing. Merekap data Pustu dan Posyandu juga dilakukan, untuk melihat kesiapan Puskesmas di Jawa Timur dalam melaksanakan transformasi ini berdasarkan persyaratan ketenagaan dan sarana prasarana. Puskesmas yang lengkap memiliki Pustu atau Ponkesdes dan Posyandu dapat mulai merencanakan transformasi perubahan ini dengan pelaksanaannya disesuaikan lagi dengan kondisi di lapangan, seperti ketersediaan SDM dan sarana prasarananya.

4.2.2 Kegiatan Pelayanan Kesehatan Bergerak di Pulau Madura

Pelayanan Kesehatan Bergerak merupakan program yang dilaksanakan Seksi Pelayanan Kesehatan Primer dengan tujuan meningkatkan jangkauan pelayanan kesehatan pada masyarakat terpencil dan sangat terpencil. Program ini dilaksanakan 3-4 kali dalam 1 tahun. Program ini bekerja sama dengan rumah sakit lain di Jawa Timur, yang membantu dalam menyediakan tenaga kesehatan (dokter umum, dokter spesialis, perawat, bidan, dan lain-lain), peralatan seperti alat pemeriksaan mata, dan lain-lain, serta BMHP lain yang dibutuhkan. Pada tahun 2023 ini, kegiatan Pelayanan Kesehatan Bergerak fokus dilakukan di Kepulauan Madura yaitu di Kabupaten Sumenep yang memiliki daerah terpencil dan sangat terpencil, seperti Pulau Kangean dan Pulau Sapeken.

Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur berperan sebagai koordinator

pelaksana, yang dimulai dari meminta data kasus penyakit pada fasilitas pelayanan kesehatan lokasi penyelenggaraan Pelayanan Kesehatan Bergerak, mendata ketersediaan tenaga kesehatan di fasilitas pelayanan kesehatan daerah tersebut, untuk melengkapi tenaga yang ada sesuai kasus yang akan ditangani maka akan menghubungi RS lain di Jawa Timur untuk meminta bantuan tenaga tersebut. Setelah itu, dilakukan koordinasi bersama RS di Jawa Timur dan fasilitas pelayanan kesehatan daerah di daerah sasaran terkait pelaksanaan dan jadwal kegiatan nantinya.

Program ini tidak hanya berusaha pada aspek kuratif saja, namun juga dari preventif dan promotif, seperti pembinaan program, dan pendampingan akreditasi bagi fasilitas pelayanan kesehatan daerah di daerah sasaran. Pendampingan program misalnya pada program gizi dan TB dengan melakukan pendampingan pelaksanaan program, penguatan kader dan tenaga kesehatan, serta evaluasi pelaksanaan kegiatan. Pendampingan akreditasi dilakukan dengan melihat kesiapan fasilitas pelayanan kesehatan dalam menghadapi akreditasi mulai dari aspek manajemen puskesmas, standar Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI), serta sarana prasarana dan alat kesehatan (dengan melihat kesiapan sarana prasarana Puskesmas dalam memberikan pelayanan)

4.2.3 Koordinasi Lintas Program dan Lintas Sektor Penyelenggaraan JKN

Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur dalam penyelenggaraan JKN berperan dalam pengawasan, pengendalian, monitoring, dan evaluasi. Dalam melaksanakan peran tersebut, Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur melaksanakan pertemuan koordinasi antar lintas program dan lintas sektor. Pertemuan ini akan mengundang bidang atau seksi lain di Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur, Dinas Kesehatan Kab/Kota, perwakilan FKTP, BPJS Kesehatan, Dinas Perhubungan, Rumah Sakit terkait, serta Badan Meteorologi, Klimatologi, dan Geofisika (BMKG).

Monitoring perlu dilakukan terlebih dahulu pada setiap daerah terkait permasalahan yang terjadi, misalnya masalah peningkatan kasus rujukan non spesialisik. Jika terjadi masalah tersebut, Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur akan melakukan pertemuan evaluasi terkait rujukan non spesialisik yang

mengundang FKTP, Dinas Kesehatan Kab/Kota, dan BPJS Kesehatan, untuk mengetahui lebih lanjut penyebabnya di lapangan dan menemukan solusi untuk penyelesaiannya bersama pihak BPJS Kesehatan.

Setelah itu, dibuat rencana tindak lanjut yang dikonsultasikan dengan BPJS Kesehatan sebagai upaya mengatasi permasalahan tersebut. Selanjutnya, Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur akan melaksanakan pemantauan terhadap FKTP yang mengalami masalah sebelumnya terkait bagaimana pelaksanaan penyelesaiannya di lapangan setelah dilakukan evaluasi tersebut.

4.3 Pembelajaran Pencapaian Learning Outcome Mata Kuliah

4.3.1 Analisis Kebijakan Kesehatan

Kebijakan pemerintah yang menjadi pedoman dalam pelaksanaan kerja di Seksi Pelayanan Kesehatan Primer Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur salah satunya adalah Permenkes No. 43 Tahun 2019 tentang Puskesmas. Berdasarkan kebijakan tersebut telah dilakukan analisis dengan disesuaikan implementasinya di lapangan. Hasil analisis tersebut sebagai berikut:

Tabel 4.1 Analisis Kebijakan Permenkes No. 43 Tahun 2019 tentang Puskesmas

Pasal	Isi	Komentar
Pasal 4	Puskesmas mengintegrasikan program dengan pendekatan keluarga	Adanya PIS-PK yang melakukan kunjungan rumah, tujuan pembangunan kesehatan dapat dilihat dari capaian IKS. Namun, kunjungan keluarga belum dilakukan secara maksimal, juga belum dilakukan update dan analisis data PIS-PK oleh Puskesmas. Sehingga target IKS Jatim belum tercapai dan masih banyak kab/kota dengan IKS tidak sehat
Pasal 5	Kewenangan Puskesmas dalam melaksanakan fungsi penyelenggaraan UKP tingkat pertama	Puskesmas masih banyak yang mengutamakan upaya kuratif daripada preventif dan promotif. Penyelenggaraan rekam medis sekarang ini diselenggarakan dengan RME sesuai PMK No. 24 Tahun 2022 tentang Rekam Medis.
Pasal 10	Puskesmas harus didirikan pada setiap kecamatan harus memenuhi persyaratan lokasi, bangunan, prasarana, peralatan, ketenagaan, kefarmasian,	Puskesmas banyak yang kurang memenuhi persyaratan prasarana (tidak punya ambulans atau ambulans sudah lama tidak digunakan sehingga rusak), peralatan (peralatan kurang lengkap dan sebagian tidak dalam kondisi baik), dan ketenagaan (kualitas dan kuantitas SDM masih kurang). Apalagi Puskesmas di kawasan terpencil dan

Pasal	Isi	Komentar
	dan laboratorium klinik	sangat terpencil juga mengalami keterbatasan peralatan, ketenagaan, obat, dan pemeriksaan laboratorium yang lengkap.
Pasal 30	Setiap Puskesmas harus memiliki izin operasional dan melakukan Registrasi.	Sekarang ini proses pengajuan registrasi dan izin Puskesmas dilakukan secara online melalui platform Registrasi Puskesmas dan Data Fasyankes Online (DFO), dari registrasi tersebut akan memperoleh kode Puskesmas. Sedangkan, izin operasional Puskesmas diperoleh dari aplikasi <i>Online Single Submission</i> (OSS) di Kabupaten/Kota dengan persyaratan tertentu mulai dari mendaftarkan Puskesmas di aplikasi tersebut dan melampirkan dokumen-dokumen terkait yang dibutuhkan. Izin operasional Puskesmas ini berlaku selama 5 tahun dan dapat diperpanjang jika memenuhi persyaratan.
Pasal 56	Puskesmas dalam menyelenggarakan upaya kesehatan dapat mengembangkan dan meningkatkan sumber daya kesehatan sesuai dengan pelayanan yang dibutuhkan oleh masyarakat.	Puskesmas menyelenggarakan pelayanan kesehatan harus menyesuaikan dengan kebutuhan di masyarakat. Pada Puskesmas di daerah pesisir dengan mayoritas mata pencaharian nelayan, pelayanan kesehatan yang diberikan di Puskesmas ditingkatkan dengan menyesuaikan permasalahan kesehatan yang sering diderita para nelayan di wilayah tersebut, seperti pelayanan THT, pelayanan kulit, dan pelayanan akupresure terkait dengan nelayan.
Pasal 62	Puskesmas menyelenggarakan SIMPUS secara elektronik/non elektronik, termasuk rekam medis elektronik (RME)	Tiap kabupaten/kota memiliki SIMPUS yang berbeda-beda dan telah terkoneksi dengan provinsi dan pusat. Tiap pelayanan di Puskesmas juga memiliki sistem informasi yang berbeda. Dengan adanya transformasi pelayanan kesehatan primer, sistem informasi kesehatan juga mengalami perubahan, menjadi sistem informasi yang terintegrasi sehingga semua pihak terkait dapat mengaksesnya. Saat ini, Kemenkes sedang mengembangkan platform SATUSEHAT yang dapat diakses pihak FKTP, FKRTL, masyarakat, dan pemerintah.

4.3.2 Manajemen Strategik di Bidang Kesehatan

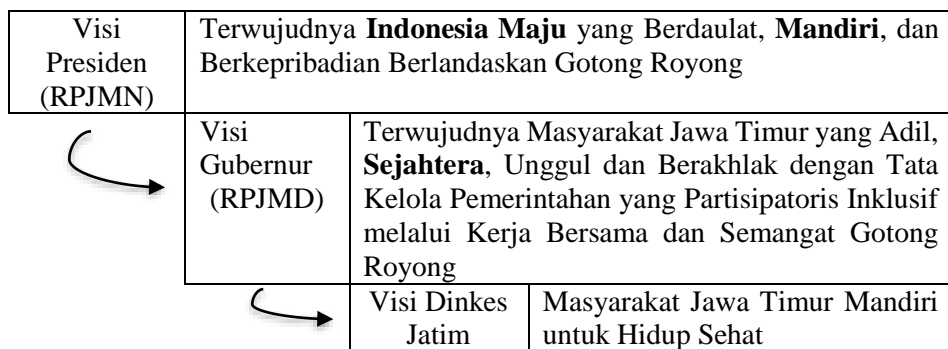
Dokumen perencanaan di Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur adalah Rencana Strategis. Penyusunan Rencana Strategis Dinas Kesehatan Provinsi

Jawa Timur memperhatikan RPJMN Bidang Kesehatan dan RPJMD Provinsi Jawa Timur khususnya bidang kesehatan. Renstra Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur merupakan penjabaran dari Rencana Pembangunan Jangka Menengah Daerah (RPJMD) Provinsi Jawa Timur tahun 2019-2024.

a. Visi, Misi, dan Strategi Organisasi

Visi Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur: “Masyarakat Jawa Timur Mandiri untuk Hidup Sehat”

Visi Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur mengacu pada visi Gubernur Jawa Timur, yaitu “Terwujudnya Masyarakat Jawa Timur yang Adil, Sejahtera, Unggul dan Berakhlak dengan Tata Kelola Pemerintahan yang Partisipatoris Inklusif melalui Kerja Bersama dan Semangat Gotong Royong”. Visi Dinas Kesehatan tersebut dapat terlihat pada visi terwujudnya masyarakat yang sejahtera pada RPJMD, sehingga Dinas Kesehatan membuat visi dengan pokok visi masyarakat lebih mandiri dan hidup sehat. Adapun RPJMD Jawa Timur 2019-2024 sejalan dengan RPJMN dengan visi “Terwujudnya Indonesia Maju yang Berdaulat, Mandiri, dan Berkepribadian Berlandaskan Gotong Royong”. Dengan menggarisbawahi kata Indonesia maju dan mandiri sejalan dengan RPJMD dan visi Dinas Kesehatan Jawa Timur.



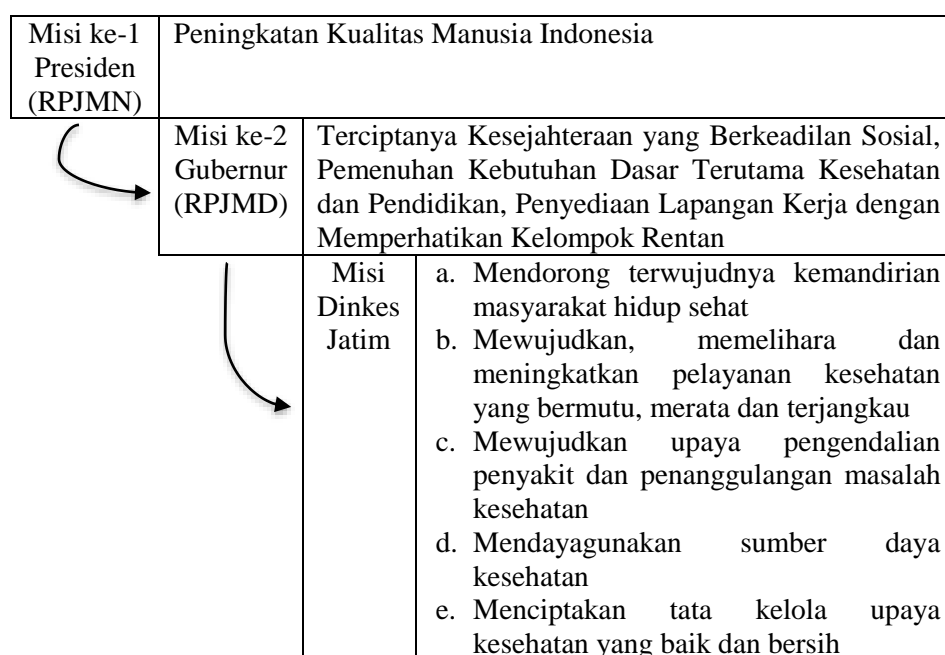
Gambar 4.2 Bagan Keselarasan Visi Presiden, Gubernur, dan Dinkes Jatim

Misi Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur:

- a. Mendorong terwujudnya kemandirian masyarakat hidup sehat
- b. Mewujudkan, memelihara dan meningkatkan pelayanan kesehatan yang bermutu, merata dan terjangkau

- c. Mewujudkan upaya pengendalian penyakit dan penanggulangan masalah kesehatan
- d. Mendayagunakan sumber daya kesehatan
- e. Menciptakan tata kelola upaya kesehatan yang baik dan bersih

Misi Dinas Kesehatan tersebut mengacu pada misi nomor 2 Gubernur Jawa Timur yaitu “Terciptanya Kesejahteraan yang Berkeadilan Sosial, Pemenuhan Kebutuhan Dasar Terutama Kesehatan dan Pendidikan, Penyediaan Lapangan Kerja dengan Memperhatikan Kelompok Rentan”. Misi Dinas Kesehatan berfokus pada permasalahan kesehatan di Jawa Timur sesuai dengan kalimat misi pada RPJMD “terciptanya kesejahteraan yang berkeadilan sosial, pemenuhan kebutuhan dasar terutama kesehatan, dengan memperhatikan kelompok rentan. Misi kedua RPJMD Jawa Timur tersebut sejalan dengan misi pertama RPJMN tahun 2020-2024 yaitu “Peningkatan Kualitas Manusia Indonesia”.



Gambar 4.3 Bagan Keselarasan Misi Presiden, Gubernur, dan Dinkes Jatim

Strategi organisasi dalam Dinas Kesehatan Jawa Timur ditentukan berdasarkan tujuan dan sasaran, karena Strategi Dinas Kesehatan adalah suatu cara untuk mencapai tujuan, sasaran jangka menengah, dan target kinerja hasil (outcome) program prioritas RPJMD yang menjadi tugas dan

fungsi Dinas Kesehatan.

Tabel 4.2 Tujuan, Sasaran, Outcome RPJMD, dan Strategi Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur

Tujuan	Sasaran	Outcome RPJMD	Strategi
Meningkatnya derajat kesehatan masyarakat	a. Meningkatnya akuntabilitas kinerja Dinas Kesehatan	Seluruh target kinerja hasil atau <i>outcome</i> yang ditetapkan dalam RPJMD pada bidang kesehatan.	Mendorong terciptanya akuntabilitas kinerja Perangkat Daerah sebagai salah satu prasyarat untuk terciptanya pemerintah yang baik dan terpercaya
	b. Meningkatnya Status Kesehatan Keluarga	a. Program pemenuhan UKP dan UKM (AKI, Stunting, Angka kesembuhan penyakit menular sesuai standar, Cakupan penemuan PTM dan Keswa sesuai target) b. Program pemberdayaan masyarakat bidang kesehatan (Mengembangkan UKBM sesuai standar)	a. Penguatan upaya promotif dan preventif melalui peningkatan peran serta masyarakat b. Peningkatan kualitas deteksi dini masalah kesehatan masyarakat c. Peningkatan mutu tata kelola program kesehatan
	c. Meningkatnya Akses dan Mutu Pelayanan Kesehatan	a. Program peningkatan kapasitas SDM Kesehatan (Tenaga kesehatan di fasyankes milik Pemerintah memiliki izin praktik) b. Program sediaan farmasi, alat kesehatan, dan makanan minuman (Ketersediaan obat dan vaksin, alat kesehatan yang diedarkan sesuai persyaratan)	a. Meningkatkan kemudahan masyarakat dalam mendapatkan pelayanan kesehatan yang berkualitas b. Mendorong fasilitas kesehatan untuk meningkatkan mutu melalui akreditasi c. Peningkatan pemenuhan dan pemerataan sumber daya kesehatan sesuai standar

b. Analisis Lingkungan Eksternal dan Internal Organisasi

Dalam menganalisis kondisi internal dan eksternal organisasi, Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur dapat menggunakan analisis SWOT. Faktor internal terdiri dari kekuatan dan kelemahan organisasi yang secara keseluruhan dapat dikelola, sedangkan lingkungan eksternal terdiri dari peluang dan tantangan organisasi yang tidak dapat dikelola secara langsung, namun dapat mempengaruhi kinerja organisasi. Berikut adalah kondisi internal (kekuatan dan kelemahan), kondisi eksternal (peluang dan tantangan) Seksi Pelayanan Kesehatan Primer Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur.

Tabel 4.3 Analisis Lingkungan Eksternal dan Internal Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur

Faktor	SWOT	
Internal	<i>Strength</i>	<i>Weakness</i>
	<ol style="list-style-type: none"> 1. SDM berkompeten dan berpengalaman dalam bidangnya 2. Anggaran yang diberikan untuk program Seksi Pelayanan Kesehatan Primer cukup banyak 3. Seksi Pelayanan Kesehatan Primer mempunyai banyak ruang tempat untuk melaksanakan rapat/pertemuan 4. Adanya komitmen pemimpin dan sistem manajemen yang berlaku 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Keterbatasan jumlah SDM 2. Beberapa SDM harus merangkap tugas 3. Tidak semua SDM memiliki <i>technology abilities</i> yang baik
Eksternal	<i>Opportunity</i>	<i>Threat</i>
	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sistem informasi yang di-update sehingga pelaporan semakin efisien dan efektif 2. Pemenuhan sarana prasarana dan alat kesehatan dari Pemerintah Pusat 3. Kerja sama dengan organisasi non-pemerintahan (NGO) 4. Keaktifan penanggung jawab tiap program di tiap Kab/Kota 5. Respon/tanggapan cepat dari Kementerian Kesehatan 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Perkembangan teknologi sehingga banyak dikembangkan sistem informasi 2. Kebijakan/program baru yang dibuat Pemerintah Pusat semakin menambah beban kerja pegawai 3. Perubahan SDM penanggung jawab program di Kab/Kota

Hasil analisis SWOT (*Strength, Weakness, Opportunity, Threat*) dalam manajemen strategik organisasi dapat digunakan menjadi dasar pedoman dalam menentukan strategi organisasi kedepannya dengan melihat

dari kekuatan, kelemahan, serta peluang dan ancaman bagi organisasi. Strategi yang dibuat berdasarkan dari SWOT akan dapat diterapkan dengan baik dan memberikan dampak yang signifikan bagi organisasi. Namun, dalam proses implementasinya organisasi harus melakukan analisis lingkungan ini secara berkelanjutan untuk melihat kesesuaian penerapan strategi dengan organisasi dan mencegah dampak yang tidak baik bagi organisasi.

4.3.3 Pemasaran Jasa di Bidang Kesehatan

Kegiatan yang dilakukan untuk mencapai *learning outcome* ini yaitu dilakukannya kegiatan Pelayanan Kesehatan Bergerak (PKB) di Kepulauan Kangean, Kabupaten Sumenep, Madura oleh Seksi Pelayanan Kesehatan Primer Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur. Pola pelayanan melalui PKB merupakan salah satu strategi peningkatan jasa pelayanan kesehatan dengan memudahkan akses masyarakat sehingga memenuhi kebutuhan kesehatan mereka. Diperoleh hasil sebagai berikut sesuai mata kuliah Pemasaran Jasa Kesehatan:

a. Segmenting Pasar

Ditemukan banyak pasien dengan kasus penyakit di Kepulauan Kangean dari hasil pendataan oleh fasilitas pelayanan kesehatan di daerah tersebut. Namun, dikarenakan kondisi kepulauan terpencil sehingga kesulitan akses transportasi yang hanya bisa dijangkau dengan kapal yang tidak berlayar setiap hari.

Pasien yang mengunjungi fasilitas pelayanan kesehatan di Kepulauan Kangean berasal dari berbagai kelompok usia, mulai dari balita, remaja, ibu hamil, dan lansia. Kelompok pasien tersebut banyak didominasi dari kelompok usia lanjut dengan berbagai keluhan penyakit.

Keadaan ekonomi masyarakat di Kepulauan Kangean termasuk golongan menengah kebawah dan mayoritas mata pencaharian petani, nelayan, atau pedagang. Selain itu, capaian kepesertaan JKN sebesar 98% dari total populasi Kabupaten Sumenep. Oleh karena itu, segmentasi pasien di Kepulauan Kangean adalah pasien peserta JKN. Selain itu, berdasarkan data kasus penyakit yang dikumpulkan dari fasilitas pelayanan kesehatan di daerah

tersebut, kasus penyakit yang ditemukan pada tahun 2023 terdiri dari bedah, mata, THT, gigi & mulut, obgyn, stunting, TB, dan HIV.

Berdasarkan segmentasi pasar di atas, target pasar yang diputuskan dalam Pelayanan Kesehatan Bergerak di Kepulauan Kangean adalah masyarakat yang berada di kawasan terpencil dan sangat terpencil dari semua kategori usia yang kesulitan mengakses pelayanan kesehatan. Selain itu, target dari kegiatan tersebut juga melakukan pembinaan bagi fasilitas pelayanan kesehatan di Kepulauan Kangean, meliputi peningkatan UKM, pembinaan mutu dan akreditasi Puskesmas Arjasa dan Rumah Sakit Abuya.

Positioning organisasi atau citra pelaksanaan program Pelayanan Kesehatan Bergerak oleh Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur di mata masyarakat Madura cukup baik karena Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur sering melakukan program ini di daerah terpencil dan sangat terpencil dengan bergantung pada kondisi cuaca. Oleh karena itu, masyarakat telah mengetahui terkait pelaksanaan program tersebut, dengan didukung tenaga kesehatan dan alat kesehatan yang didatangkan dari rumah sakit lain sehingga meningkatkan citra program di pandangan masyarakat setempat.

b. Taktik Pemasaran

Taktik atau langkah-langkah yang diambil untuk melaksanakan strategi pemasaran dalam kegiatan Pelayanan Kesehatan Bergerak ini dimulai dari melakukan pendataan kasus penyakit yang terjadi di daerah tersebut, mengidentifikasi kebutuhan tenaga kesehatan dan pembagian penyediaan tenaga kesehatan dari rumah sakit lain di Jawa Timur, mengidentifikasi kebutuhan alat kesehatan, BMHP, dan obat-obatan. Langkah yang sangat penting dalam persiapannya yaitu bekerja sama dengan pelayanan kesehatan atau rumah sakit lain yang merupakan UPT dari Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur guna membantu melengkapi berbagai kebutuhan yang diperlukan untuk pelaksanaan Pelayanan Kesehatan Bergerak di daerah terpencil/sangat terpencil.

Selain itu, juga melakukan kerja sama dengan Pemerintah Provinsi Jawa Timur yang mendukung pelaksanaan kegiatan baik dari segi anggaran dan

transportasinya. Langkah pemasaran yang paling berpengaruh adalah bekerja sama dengan Pemerintah Kabupaten Sumenep, Kecamatan Arjasa, dan pemerintah setempat yang membantu menyebarkan kabar pelaksanaan PKB di daerahnya sehingga banyak masyarakat yang memanfaatkan pelayanan kesehatan tersebut.

c. Bauran Pemasaran

1. Produk (*Product*): Produk yang diberikan dalam Program Pelayanan Kesehatan Bergerak di Kepulauan Kangean berupa pelayanan kesehatan yang terdiri dari pelayanan kesehatan umum, spesialis penyakit dalam, bedah, mata, gigi & mulut, THT, obgyn, kesehatan anak, pelayanan kesehatan tradisional, farmasi, dan program UKM (pemberdayaan masyarakat), *transfer knowledge* dan pembinaan program bagi fasilitas pelayanan kesehatan.
2. Harga (*Price*): Tidak ada harga yang ditetapkan dalam pemberian pelayanan kesehatan dalam program ini, dikarenakan program dilaksanakan dengan menggunakan anggaran APBD. Oleh karena itu, tidak ada harga produk yang ditetapkan dalam program ini (gratis).
3. Tempat (*Place*): Lokasi pelaksanaan pelayanan berpusat di Rumah Sakit Umum Abuya sehingga memudahkan masyarakat dalam mengakses lokasi dilaksanakannya pelayanan kesehatan bergerak. Selain itu, untuk memudahkan dalam menjangkau target pasar, pelayanan kesehatan juga dilakukan di Kantor Kecamatan Arjasa. Dengan demikian, pelayanan kesehatan menjadi lebih mudah diakses oleh masyarakat.
4. Orang (*People*): Orang yang berinteraksi langsung dengan konsumen dalam program ini adalah dokter umum, dokter spesialis (mata, bedah, anestesi, obgyn, THT, gigi, dan internis), bidan, perawat. Orang yang secara tidak langsung memengaruhi konsumen, tapi cukup sering berhubungan dengan konsumen adalah farmasi dan tenaga kesehatan masyarakat. Orang yang tidak secara langsung ikut serta dalam prosesnya dan tidak sering bertemu dengan konsumen adalah driver dan CSSD.
5. Bukti Fisik (*Physical Evidence*): Fasilitas yang digunakan dalam

pelaksanaan program ini berasal dari Rumah Sakit Umum Abuya dan dilengkapi fasilitas yang dibawa dari Jawa Timur sehingga fasilitas yang disediakan dalam program ini cukup lengkap dan dalam kondisi baik. Alat kesehatan tersebut terdiri dari mesin anestesi, alat pemeriksaan mata, alat pemeriksaan THT, alat pemeriksaan gigi & mulut, akupunctur, dan lain-lain. Selain itu, penampilan dari petugas yang mengenakan rompi berwarna hijau kuning memudahkan masyarakat dalam mengenali tenaga kesehatan dan mengetahui adanya pelaksanaan program pelayanan kesehatan bergerak tersebut.

6. Proses (*Process*): Pelayanan Kesehatan Bergerak dilaksanakan selama 4 hari, dimulai pemberangkatan, rapat koordinasi tim PKB, melakukan pemetaan tempat kegiatan, sasaran/target kegiatan, pembagian penanggung jawab, koordinasi dan survey lokasi terkait program, persiapan setting alat kesehatan, skrining kesehatan dan mendatangkan pasien, pelayanan lanjutan, kegiatan UKM melalui pemberdayaan masyarakat. Dalam kegiatan tersebut juga dilaksanakan pembinaan program kepada Puskesmas Arjasa dan RS Abuya yang meliputi, pendampingan persiapan akreditasi, pendampingan program gizi dan TB, program kunjungan dokter spesialis, serta *transfer knowledge* spirometri dan senam asma.
7. Promosi (*Promotion*): Promosi yang dilakukan dalam kegiatan tersebut menggunakan metode tidak langsung melalui tokoh masyarakat, dengan penyampaian pelaksanaan kegiatan kepada kepala daerah dan menyampaikannya kepada kepala desa atau tokoh masyarakat di daerahnya untuk menyebarkan kabar pelaksanaan program kepada masyarakatnya yang membutuhkan atau ingin melakukan pemeriksaan kesehatan. Oleh karena itu, kegiatan promosi dilakukan dari orang ke orang.

4.3.4 Sistem Informasi Manajemen Kesehatan dan Rumah Sakit

Berikut ini merupakan daftar sistem informasi yang digunakan oleh Seksi Pelayanan Kesehatan Primer Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur:

Tabel 4.4 Daftar Sistem Informasi di Seksi Pelayanan Kesehatan Primer

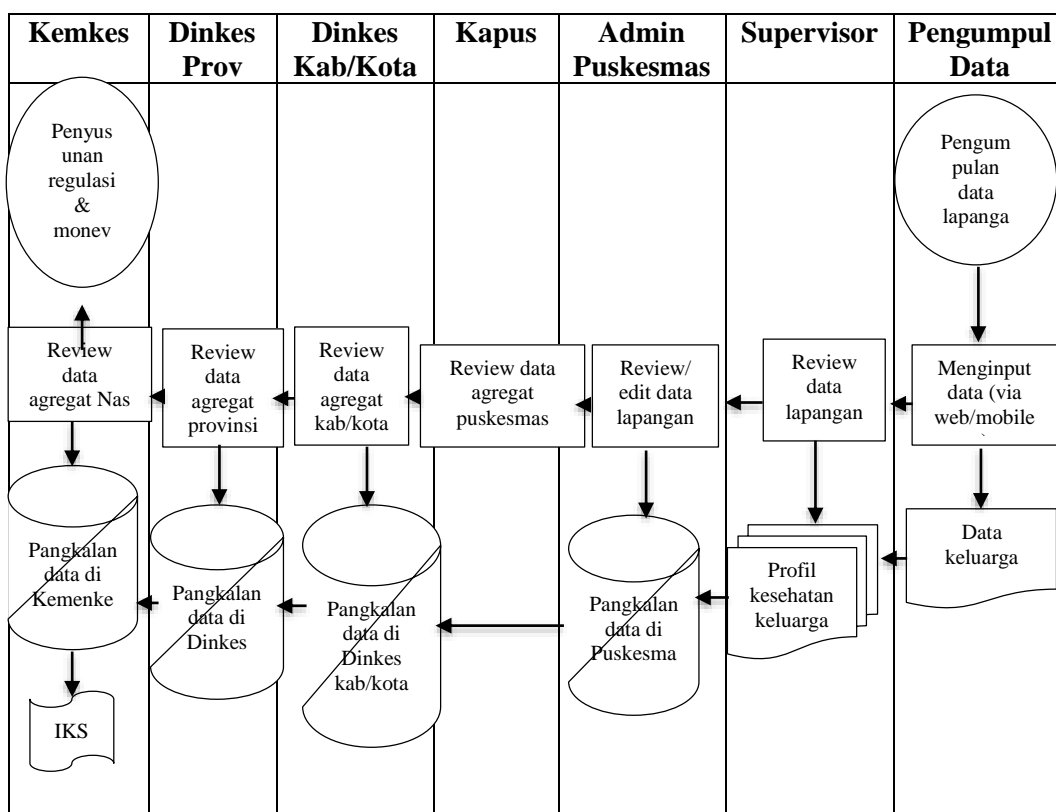
Sistem Informasi	Kegunaan
SATUSEHAT	Sebagai penghubung antar platform aplikasi yang beragam pada berbagai pelaku industri kesehatan untuk mengintegrasikan data rekam medis pasien di fasyankes ke dalam satu platform serta menstandarisasi format dan protokol pertukaran data.
Data Fasyankes Online (DFO)	Aplikasi yang digunakan untuk memonitoring proses akreditasi serta memonitoring pelaksanaan Rekam Medis Elektronik (RME).
Mutu Fasyankes	Sebagai bukti pelaporan Indikator Mutu Nasional (INM) dan Insiden Keselamatan Pasien (IKP) untuk menilai apakah upaya-upaya yang telah dilakukan fasyankes benar-benar dapat meningkatkan mutu pelayanan secara signifikan, memberikan umpan balik pada fasyankes, dan untuk mempromosikan transparansi publik.
SINAF	Aplikasi pendukung pelaksanaan survei akreditasi Puskesmas, Klinik, Laboratorium Kesehatan, UTD, TPMD, dan TPMDG yang biasanya digunakan oleh para surveyor.
Aplikasi Sarana, Prasarana, dan Alat Kesehatan (ASPAK)	Sistem yang dirancang untuk mengetahui pemenuhan sarana, prasarana, dan alat kesehatan yang sesuai standar di fasilitas pelayanan kesehatan di Indonesia.
SIMPUS	Program sistem informasi kesehatan daerah yang memberikan informasi tentang segala keadaan kesehatan masyarakat di tingkat puskesmas mulai dari data diri orang sakit, ketersediaan obat sampai data penyuluhan kesehatan masyarakat.
Aplikasi PIS-PK (Keluarga Sehat)	Aplikasi untuk mendukung Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga (PIS-PK) dalam hal pendataan keluarga sehat melalui kunjungan rumah.

Untuk identifikasi lebih lanjut, dipilih salah satu sistem informasi yaitu Aplikasi Keluarga Sehat. Aplikasi Keluarga Sehat adalah aplikasi resmi yang digunakan untuk mendukung program PIS-PK dalam pendataan keluarga sehat melalui kunjungan rumah. Data-data yang dikumpulkan adalah data setiap keluarga dalam 12 indikator keluarga sehat. 12 indikator tersebut meliputi:

1. Keluarga mengikuti program Keluarga Berencana (KB)
2. Ibu melakukan persalinan di fasilitas kesehatan
3. Bayi mendapat imunisasi dasar lengkap
4. Bayi mendapat Air Susu Ibu (ASI) eksklusif
5. Balita mendapatkan pemantauan pertumbuhan
6. Penderita tuberculosis paru mendapatkan pengobatan sesuai standar

7. Penderita hipertensi melakukan pengobatan secara teratur
8. Penderita gangguan jiwa mendapatkan pengobatan dan tidak ditelantarkan
9. Anggota keluarga tidak ada yang merokok
10. Keluarga sudah menjadi anggota Jaminan Kesehatan Nasional (JKN)
11. Keluarga mempunyai akses sarana air bersih
12. Keluarga mempunyai akses atau menggunakan jamban sehat.

Data-data yang diperoleh tersebut kemudian diolah sehingga keluar Indeks Keluarga Sehat (IKS) setiap keluarga, IKS pada tingkat desa/kelurahan. Secara garis besar, alur proses untuk dapat menggunakan Aplikasi Keluarga Sehat, sesuai dengan diagram alir sistem berikut:



Gambar 4.4 Diagram Alir Sistem Informasi PIS-PK dalam Aplikasi Keluarga Sehat

Berdasarkan Gambar 4.4 tersebut, tahapan penyelenggaraan Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga (PIS-PK) adalah sebagai berikut:

1. Tim surveyor/enumerator (sebagai pengumpul data) melakukan kunjungan

keluarga. Pengumpulan data setiap keluarga dilakukan menggunakan teknik wawancara yang menanyakan 12 indikator keluarga sehat untuk mengisi formulir Prokesga. Data setiap keluarga yang diperoleh tersebut kemudian diinputkan pada Aplikasi Keluarga Sehat baik via Website/Mobile.

2. Supervisor bertugas melakukan review terhadap kinerja para surveyor di lapangan. Supervisor juga dapat memantau dan mereview data lapangan yang diperoleh. Seluruh data keluarga yang diperoleh dari kunjungan rumah tersebut disatukan menjadi Profil Kesehatan Keluarga.
3. Administrator/operator Puskesmas bertugas melakukan administrasi sistem KS tingkat Puskesmas. Jika diperlukan, admin juga dapat melakukan perubahan (editing) terhadap data hasil input yang dilakukan oleh para pengumpul data/ surveyor. Administrator juga bertugas memantau masuknya Profil Kesehatan Keluarga ke pangkalan data di Puskesmas.
4. Kepala Puskesmas bertanggung jawab atas keseluruhan proses entry data kuesioner KS. Kepala Puskesmas akan mereview data agregat puskesmas yang diperoleh tersebut. Kepala Puskesmas hanya memiliki akses *read-only* terhadap menu Aplikasi Keluarga Sehat. Melalui proses manajemen Puskesmas, data tersebut dianalisis untuk mengidentifikasi masalah kesehatan berkaitan analisis data masing-masing keluarga. Kepala Puskesmas menentukan prioritas masalah kesehatan dan penyelesaiannya, serta menguatkan program UKM & UKP.
5. Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota bertanggung jawab atas keberlangsungan pengoperasian Aplikasi Web Keluarga KS pada tingkat Kabupaten/Kota dan hanya memiliki akses *read-only*. Pangkalan data di Puskesmas akan terkoneksi dengan Pangkalan Data di kabupaten/kota sehingga Dinas Kesehatan Kab/Kota dapat mereview data agregat pada tingkatnya dan menganalisis data masalah kesehatan di kabupaten/kota.
6. Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur bertanggung jawab atas keberlangsungan pengoperasian Aplikasi Web KS pada tingkat Provinsi dan pemantauan karena akses hanya *read-only*. Pangkalan data di Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota juga akan terkoneksi dengan pangkalan data di

Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur. Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur melakukan review data agregat dan monitoring evaluasi pelaksanaan program di provinsi.

7. Kementerian Kesehatan bertanggung jawab atas keberlangsungan pengoperasian Aplikasi Web KS pada tingkat pusat. Secara wewenang memiliki akses kontrol penuh terhadap semua menu Aplikasi KS, termasuk terhadap data master. Kementerian Kesehatan juga akan merekap dan menganalisis data pada pangkalan data. Dari hasil analisis, dilakukan penyusunan regulasi, pengembangan sumber daya, monitoring dan evaluasi pencapaian integrasi program secara nasional. Pangkalan data pusat juga terkoneksi dengan pangkalan data di provinsi. Seluruh data kesehatan keluarga yang diperoleh akan diolah sehingga keluar Indeks Keluarga Sehat setiap keluarga, tingkat desa/kelurahan, tingkat kab/kota, tingkat provinsi, dan tingkat nasional sehingga dapat mencapai target Indonesia Sehat.

4.3.5 Asuransi Kesehatan

Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur khususnya Seksi Pelayanan Kesehatan Primer bekerja sama dengan BPJS Kesehatan terkait penyelenggaraan program JKN. Dalam Instruksi Presiden No. 1 Tahun 2022 tentang Optimalisasi Pelaksanaan JKN, Pemerintah Provinsi Jawa Timur bertanggung jawab dalam memastikan setiap penduduk di wilayahnya sudah terdaftar sebagai peserta JKN, memastikan tersedianya anggaran untuk pelaksanaan JKN, memastikan sarana prasarana alat kesehatan termasuk SDM dan obat tersedia dalam jumlah cukup.

Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur berperan menjembatani antara fasilitas kesehatan dan Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota dengan BPJS Kesehatan, seperti melakukan koordinasi, pendampingan, pembinaan, pengawasan/monitoring dan evaluasi, serta pengendalian. Dukungan dari Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur untuk pelaksanaan program JKN, sebagai berikut:

- a. Pengalokasian anggaran PBPU Pemda Provinsi dan optimalisasi penggunaan anggaran untuk penambahan peserta PBPU Pemda Kab/Kota

- b. Dukungan terbitnya regulasi daerah sebagai turunan regulasi yang ada
- c. Kolaborasi dengan pemerintah daerah dalam mensosialisasi program JKN dan melakukan monitoring evaluasi program JKN
- d. Kecukupan fasilitas kesehatan, tenaga medis dan non medis dan peningkatan mutu layanan di fasilitas kesehatan
- e. Kepatuhan dan ketepatan pemerintah daerah dalam melakukan pembayaran iuran sesuai ketentuan
- f. Engagement pemerintah daerah dalam menjaga keberlangsungan program JKN.

Pengelolaan peserta JKN dilakukan dengan upaya perluasan kepesertaan JKN di Jawa Timur untuk mencapai *Universal Health Coverage* (UHC). UHC merupakan sistem penjaminan kesehatan yang memastikan setiap warga dalam populasi memiliki akses yang adil terhadap pelayanan kesehatan promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitative, bermutu, dan biaya terjangkau. Dalam optimalisasi UHC Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur melakukan beberapa upaya berikut ini:

1. Perluasan cakupan UHC tahun 2023
 - a. Penyediaan anggaran untuk kontribusi iuran PBI JK
 - b. Mendorong daerah untuk pemenuhan kuota PBI JK
 - c. Advokasi komitmen daerah penyediaan anggaran untuk percepatan UHC melalui optimalisasi pajak rokok, DBHCHT, APBD, kemitraan swasta.
 - d. Sinergitas antara BPJS, pemerintah provinsi dan pemerintah daerah untuk optimalisasi Instruksi Presiden No. 1 Tahun 2022
2. Memastikan akses layanan
 - a. Pemenuhan SDM, sarana prasarana
 - b. Pengembangan akses, melalui pemanfaatan IT (SISRUTE, PSC 119, *Telemedicine*)
 - c. Perluasan jaringan dan jejaring melalui Integrasi Layanan Primer (ILP).
3. Memastikan kualitas layanan
 - a. Penguatan mutu fasilitas pelayanan kesehatan melalui akreditasi

- b. Mengoptimalkan peran Dinas Kesehatan Kab/Kota dalam pembinaan, pengawasan, dan pengendalian FKTP dan FKRTL.

4.3.6 Metode Penelitian

a. Indikator Kinerja Seksi Pelayanan Kesehatan Primer

Tabel 4.5 Indikator dan Target Kinerja Seksi Pelayanan Kesehatan Primer

No	Kegiatan	Indikator	Target		
			2022	2023	2024
1	Penyediaan Layanan Kesehatan untuk UKP Rujukan, UKM, dan UKM Rujukan Tingkat Daerah Provinsi	Jumlah kab/kota yang memiliki minimal 50% PKM terakreditasi	15 kab/kota	20 kab/kota	25 kab/kota
2	Pengelolaan Jaminan Kesehatan Masyarakat	Persentase tersedianya anggaran untuk pembayaran iuran premi dan bantuan iuran bagi peserta JKN yang terdaftar Provinsi	100%	100%	100%
3	Pembinaan Pelaksanaan Upaya Pelayanan Kesehatan	Jumlah kab/kota yang memiliki FKTP sesuai standar	23 kab/kota	27 kab/kota	32 kab/kota
		Jumlah Pelayanan Kesehatan Bergerak (PKB) yang dilakukan di daerah terpencil	3 pelayanan	3 pelayanan	3 pelayanan
		Jumlah kab/kota yang melaksanakan intervensi lanjut Keluarga Sehat	25 kab/kota	30 kab/kota	35 kab/kota

b. Masalah Kinerja Seksi Pelayanan Kesehatan Primer

- 1) Jaminan Kesehatan Nasional (JKN)
 - a) Capaian kepesertaan belum mencapai 95% total penduduk
 - b) Masih terdapat 17 (44,74%) kabupaten/kota belum UHC
 - c) Masih terdapat 19,96% peserta berstatus nonaktif
 - d) Belum semua fasilitas kesehatan terutama faskes swasta bekerjasama dengan BPJS kesehatan dalam layanan JKN
 - e) Rasio dokter:peserta belum ideal 1:5.000
 - f) Kunjungan sakit di FKTP masih mendominasi dibanding dengan kunjungan sehat terutama pada FKTP selain puskesmas
 - g) Capaian KBK masih belum sesuai dengan harapan terutama indikator angka kontak dan RPPT sehingga berkonsekuensi pada penerimaan kapitasi yang belum optimal.
- 2) Akreditasi FKTP
 - a) Kabupaten/Kota belum 100% mengusulkan Puskesmasnya untuk disurvei karena terkendala anggaran atau kebijakan daerah masing-masing juga kesulitan aplikasi
 - b) Pengusulan melalui aplikasi DFO ada kendala tentang kebenaran data Puskesmas ketersediaan surveyor di Lembaga
 - c) Masih terdapat klinik yang belum melakukan registrasi (10 %)
 - d) Belum semua klinik (13%) mengajukan survei akreditasi di tahun 2023 sedang sertifikat akreditasi terdahulu sudah habis masa berlakunya
 - e) Belum semua klinik yang mengajukan survei akreditasi harus memenuhi persyaratan pelaksanaan survei
 - f) Belum semua klinik yang mengajukan survei akreditasi melakukan SA (*self assessment*) dan terverifikasi
 - g) Belum semua klinik menindaklanjuti hasil SA dengan melakukan perbaikan
 - h) Regulasi terkait pelaksanaan akreditasi turun terlambat sehingga waktu persiapan fasyankes terbatas

- i) Kesiapan anggaran pelaksanaan dalam rangka survei akreditasi oleh pemilik klinik.
- 3) ASPAK
 - a) Nilai Kumulatif SPA Puskesmas masih ada yang dibawah 60%
 - b) Puskesmas yang akan mengikuti re-akreditasi belum memahami tentang pemanfaatan aplikasi ASPAK
 - c) Perencanaan belum mengacu pada pemenuhan SPA yang ada di aplikasi ASPAK
- 4) Indikator Nasional Mutu (INM)
 - a) Belum semua puskesmas paham, sehingga puskesmas terpantau belum mengirim laporan INM tetapi sudah input data
 - b) Belum semua Puskesmas melakukan hitung sampel di awal bulan (Slovin) sehingga tidak bisa kirim laporan.
 - c) Sebagian Puskesmas melakukan pelaporan sesuai surat yaitu pada tanggal 15 bulan berikutnya. Kenyataanya aplikasi mulai tanggal 14 Maret 2023 sulit diakses.
 - d) Adanya perubahan pengisian aplikasi tetapi belum ada revisi Juknis pengisian aplikasi dari Kemenkes
- 5) Indikator Keselamatan Pasien (IKP)
 - a) Aplikasi sulit diakses di akhir bulan
 - b) Puskesmas ada yang lupa/tidak disiplin lapor IKP Nihil di akhir bulan.
 - c) Sebagian Puskesmas punya persepsi laporan IKP seperti INM yaitu paling lambat tanggal 15 bulan berikutnya sehingga tidak lapor di akhir bulan.
- 6) Puskesmas Pembantu (Pustu)
 - a) Belum ada dukungan khusus terhadap peningkatan pengetahuan Pustu ataupun Sarpras baik dari anggaran ataupun pembinaan
 - b) Kurangnya pembinaan dari Puskesmas juga dari Dinas Kesehatan Kab/Kota terhadap Pustu.
- 7) Pondok Kesehatan Desa (Ponkesdes)

- a) Perawat di Ponkesdes berkurang lagi karena banyak yang diterima PPPK
 - b) Tidak semua Ponkesdes mengirim *self assessment* dan tidak semua Ponkesdes mengisi self assessment dengan benar.
 - c) Masih ada beberapa kabupaten yang mempunyai Ponkesdes dengan kriteria kurang dan cukup.
- 8) Konseling dari Pintu ke Pintu (KOIPU)
- a) KOIPU hanya dapat dilaksanakan dengan dukungan anggaran bantuan transport dari pemerintah Prov. Jatim, karena Kabupaten/kota tidak dapat mengalokasikan anggaran untuk kegiatan tersebut.
 - b) Belum tercapainya target kunjungan KOIPU
 - c) Terlambatnya pencairan anggaran bantuan transport dari Pemprov untuk kegiatan KOIPU
- 9) Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga (PIS-PK)
- a) Kunjungan keluarga belum total coverage
 - b) Belum dilakukan update data PIS-PK di tingkat keluarga oleh Puskesmas dan di aplikasi oleh pusdatin
 - c) Belum dilakukan verifikasi data di keluarga oleh Puskesmas dan Dinas Kesehatan
 - d) Belum dilakukan sinkronisasi data PIS-PK dengan data Lintas Program
 - e) Belum dilakukan analisis dan pemetaan data PIS-PK untuk menetapkan rencana intervensi lanjut
 - f) Pelaksanaan intervensi lanjut belum dikoordinasikan dengan LP maupun LS
- 10) Perawatan Kesehatan Masyarakat (Perkesmas)
- a) Berdasarkan undangan narasumber tentang Perkesmas masih banyak Kab/Kota yang belum melakukan sosialisasi terhadap Pelatihan yang sudah dilaksanakan
 - b) Pemahaman dari yang sudah dilatih juga terjadi ketidakpahaman

terhadap materi pelatihan

- c) Materi ToT/Pelatihan yang disampaikan mengacu kepada Manajemen Puskesmas mulai dari Perencanaan, Pelaksanaan dan Penyelenggaraan Evaluasi

11) Pelayanan Kesehatan Bergerak (PKB)

- a) Kurang survey awal ke lokasi dan kapal, kurang penguatan peran dan tugas tim dalam pelaksanaan kegiatan, kurang koordinasi terkait obat dan BHP yang dipakai.
- b) Kurang peningkatan kompetensi dan kapasitas tenaga kesehatan di puskesmas dalam menangani pasien pra dan post operasi, kurang koordinasi saat di lapangan.
- c) Kurang menjaga kebersihan dan kerapian lokasi pelaksanaan PKB, kurangnya pengecekan barang, obat dan alat setelah digunakan operasi.

c. Pedoman Pelaksanaan Program

1) Jaminan Kesehatan Nasional (JKN)

- a) UU No. 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional
- b) Permenkes No. 28 Tahun 2014 tentang Pedoman Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Nasional
- c) Permenkes No. 7 Tahun 2021 tentang Pelayanan Kesehatan pada Jaminan Kesehatan Nasional
- d) Permenkes No. 3 Tahun 2023 tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan dalam Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan
- e) Pergub Jatim No. 16 Tahun 2022 tentang Penyelenggaraan Pembiayaan Pelayanan Kesehatan Bagi Masyarakat Miskin di Provinsi Jawa Timur.

2) Akreditasi FKTP

- a) Permenkes No. 34 Tahun 2022 tentang Akreditasi Puskesmas, Klinik, Laboratorium Kesehatan, Unit Transfusi Darah, Tempat Praktik Mandiri Dokter, dan Tempat Praktik Mandiri Dokter Gigi
- b) Kepmenkes 165 Tahun 2023 tentang Standar Akreditasi

Puskesmas

- c) Permenkes No. 9 Tahun 2014 tentang Klinik
 - d) Permenkes No. 43 Tahun 2019 tentang Puskesmas
- 3) ASPAK
- a) Permenkes No. 31 Tahun 2018 tentang Aplikasi Sarana, Prasarana, dan Alat Kesehatan
 - b) Permenkes No. 14 Tahun 2021 tentang Standar Kegiatan Usaha dan Produk pada Penyelenggaraan Perizinan Berusaha Berbasis Resiko Sektor Kesehatan
 - c) Permenkes No. 15 Tahun 2023 tentang Pemeliharaan Alat Kesehatan di Fasilitas Pelayanan Kesehatan.
- 4) Indikator Nasional Mutu (INM) & Indikator Keselamatan Pasien (IKP)
- a) Permenkes No. 30 Tahun 2023 tentang Indikator Nasional Mutu Pelayanan Kesehatan Tempat Praktik Mandiri Dokter Dan Dokter Gigi, Klinik, Puskesmas, Rumah Sakit, Laboratorium Kesehatan, Dan Unit Transfusi Darah
 - b) Permenkes No. 11 Tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien.
 - c) Permenkes No. 4 Tahun 2019 tentang Standar Teknis Pemenuhan Mutu Pelayanan Dasar pada Standar Pelayanan Minimal (SPM) Bidang Kesehatan
- 5) Puskesmas Pembantu (Pustu) & Pondok Kesehatan Desa (Ponkesdes)
- a) Permenkes No. 43 Tahun 2019 tentang Puskesmas
 - b) Permenkes No. 44 Tahun 2016 tentang Pedoman Manajemen Puskesmas
 - c) Pergub Jatim No. 4 Tahun 2010 tentang Pondok Kesehatan Desa (Ponkesdes) di Jawa Timur
- 6) Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga (PIS-PK) & Konseling dari Pintu ke Pintu (Kopipu)
- a) Permenkes No. 39 Tahun 2016 tentang

Pedoman Penyelenggaraan Program Indonesia sehat Dengan Pendekatan Keluarga

- b) Permenkes No. 19 Tahun 2017 tentang Pedoman Pendanaan Program Indonesia Sehat Dengan Pendekatan Keluarga
- 7) Perawatan Kesehatan Masyarakat (Perkesmas)
 - a) Kepmenkes No. 128/Menkes/SK/II/2004 tentang Kebijakan Dasar Puskesmas, Keperawatan Kesehatan Masyarakat (Perkesmas)
 - b) Kepmenkes No. 279/Menkes/SK/IV/2006 tentang Pedoman Penyelenggaraan Upaya Keperawatan Kesehatan Masyarakat di Puskesmas.
- 8) Pelayanan Kesehatan Bergerak (PKB)
 - a) Permenkes No. 90 Tahun 2015 tentang Penyelenggaraan Pelayanan Kesehatan di Fasilitas Pelayanan Kesehatan Kawasan Terpencil dan Sangat Terpencil.
 - b) Keputusan Kepala Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur No. 440/1270 /KPTS/102.4/2022 tentang Tim Tenaga Kesehatan Pelayanan Kesehatan Bergerak di Daerah Terpencil.
- 9) Manajemen Puskesmas
 - a) Permenkes No. 44 Tahun 2016 tentang Manajemen Puskesmas
 - b) Permenkes No. 43 tahun 2019 tentang Puskesmas

4.3.7 Manajemen Data Epidemiologi

Learning outcome mata kuliah Manajemen Data Epidemiologi diperoleh dari program Pelayanan Kesehatan Bergerak di Pulau Sapeken, Madura, yang dilaksanakan oleh Seksi Pelayanan Kesehatan Primer Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur. Form Epi Info dibuat berdasarkan Formulir Pendaftaran Pelayanan Kesehatan Bergerak. Data yang dientrikan juga adalah data yang diperoleh dari formulir pendaftaran program tersebut. Setelah dilakukan analisis, diketahui karakteristik peserta program sebagai berikut:

Tabel 4.6 Distribusi Frekuensi Karakteristik Peserta Pelayanan Kesehatan Bergerak berdasarkan Umur dan Jenis Kelamin

Variabel	Kategori	Frekuensi	Presentase
Umur	Anak-anak (2-10 tahun)	4	3,17%
	Remaja (11-19 tahun)	6	4,76%
	Dewasa (20-60 tahun)	80	62,49%
	Lansia (>60 tahun)	36	28,57%
Jenis kelamin	Laki-laki	69	54,76%
	Perempuan	57	45,24%
TOTAL		126	100%

Tabel 4.7 Distribusi Peserta menurut Kelompok Umur dan Jenis Kelamin

Kelompok Umur	Laki-laki		Perempuan	
	N	%	N	%
Anak-anak (2-10 tahun)	3	4,35	1	1,75
Remaja (11-19 tahun)	2	2,9	4	7,02
Dewasa (20-60 tahun)	41	59,42	39	68,42
Lansia (>60 tahun)	23	33,33	13	22,81
TOTAL	69	100%	57	100%

Berdasarkan Tabel 4.6 di atas, peserta program terbagi dalam 4 kelompok usia yang berbeda, yaitu 4 anak-anak dengan usia 2-10 tahun (3,17%), 6 remaja dengan usia 11-19 tahun (4,76%), 80 orang dewasa dengan usia 20-60 tahun (62,49%), dan 36 lanjut usia dengan usia 60 tahun keatas (28,57%). Pengelompokan berdasarkan jenis kelamin, peserta lebih banyak didominasi oleh laki-laki sebanyak 69 orang (54,76%) dan sisanya sebanyak 57 orang (45,24%) adalah perempuan.

Tabel 4.7 juga menunjukkan distribusi peserta menurut kelompok umur pada laki-laki maupun perempuan. Pada kelompok laki-laki, proporsi paling banyak pada kelompok umur dewasa (59,42%) dan paling sedikit pada kelompok umur remaja (2,9%). Sedangkan, pada kelompok perempuan, proporsi paling banyak juga terjadi pada kelompok umur dewasa (68,42%) dan paling sedikit pada kelompok anak-anak yang hanya 1 anak saja. Berdasarkan kedua tabel tersebut, dapat disimpulkan bahwa pasien yang berkunjung paling banyak pada pelayanan kesehatan tersebut adalah laki-laki dewasa.

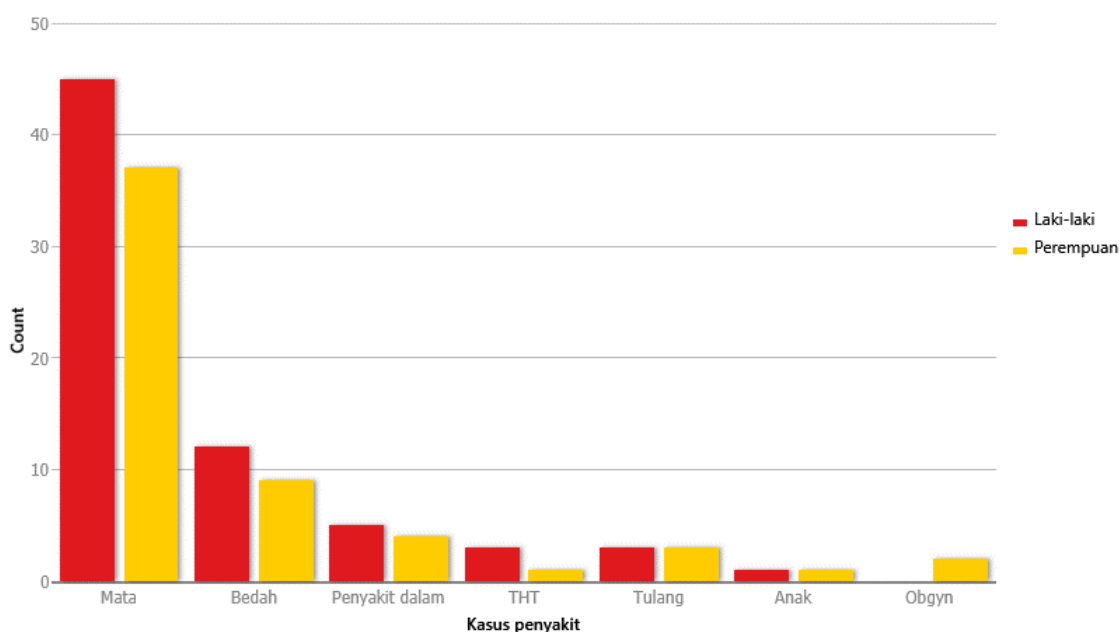
Pada program Pelayanan Kesehatan Bergerak tersebut, pasien yang datang akan diperiksa oleh dokter umum dan dapat diteruskan ke dokter spesialis jika diperlukan sesuai kasus penyakit yang diderita pasien. Kasus penyakit yang

dialami oleh pasien yang berkunjung dikelompokkan sebagai berikut:

Tabel 4.8 Distribusi Frekuensi Kasus Penyakit Peserta Pelayanan Kesehatan Bergerak

Kasus Penyakit	Frekuensi	Presentase
Anak	2	1,59%
Obgyn	2	1,59%
THT	4	3,17%
Tulang	6	4,76%
Penyakit dalam	9	7,14%
Bedah	21	16,67%
Mata	82	65,08%
TOTAL	126	100%

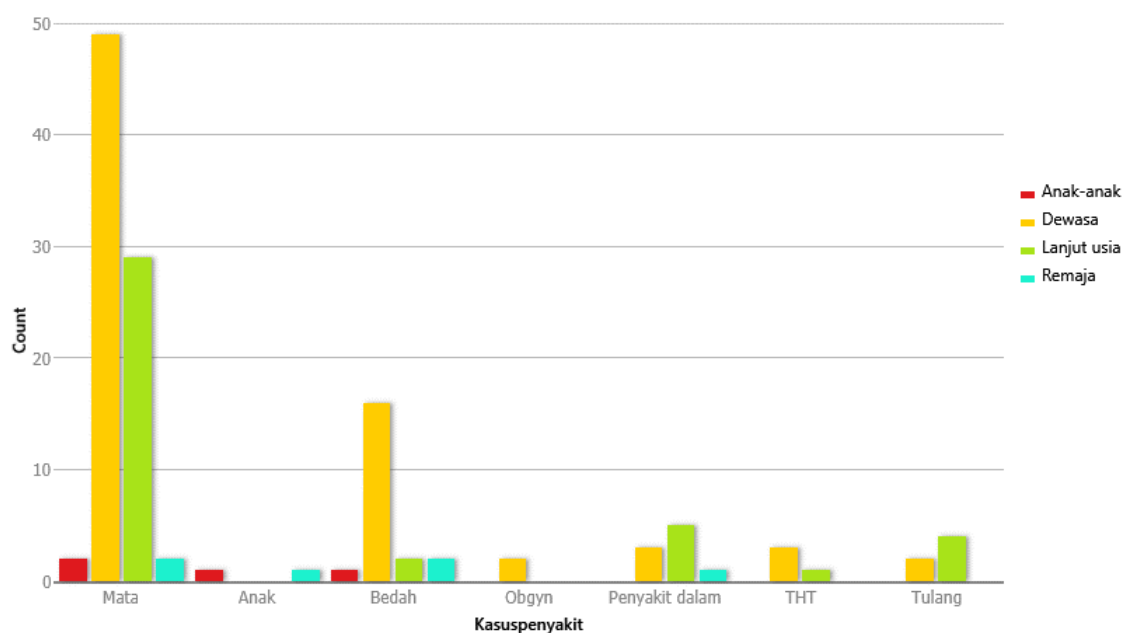
Tabel 4.8 menunjukkan distribusi peserta berdasarkan kasus penyakit yang diperoleh bahwa kasus anak dan obgyn memiliki jumlah kasus yang sama sebanyak 2 kasus (1,59%), kedua jenis kasus ini merupakan kasus paling sedikit yang ditemukan. Sedangkan, kasus THT sebanyak 4 kasus (3,17%), kasus tulang sebanyak 6 kasus (4,76%), penyakit dalam sebanyak 9 kasus (7,14%), dan kasus bedah sebanyak 21 kasus (16,67%). Kasus paling banyak yang ditemukan adalah dari kasus penyakit mata sebanyak 82 kasus (65,08%).



Gambar 4.5 Distribusi Kasus Penyakit Menurut Jenis Kelamin

Berdasarkan gambar grafik tersebut, dapat dilihat jika kasus penyakit yang paling banyak terjadi adalah kasus mata, sedangkan kasus yang paling sedikit

adalah kasus spesialis obgyn. Jenis kelamin laki-laki dan perempuan paling banyak mengalami kasus penyakit mata. Kasus mata pada jenis kelamin laki-laki yaitu sebanyak 45 orang, sedangkan pada perempuan terjadi pada 37 orang. Pada kasus penyakit anak, jumlah pasien laki-laki dan perempuan sama-sama 1 anak. Kecuali kasus spesialis obgyn, jumlah pasien pada kasus penyakit bedah, penyakit dalam, THT, dan tulang lebih banyak dari jenis kelamin laki-laki.

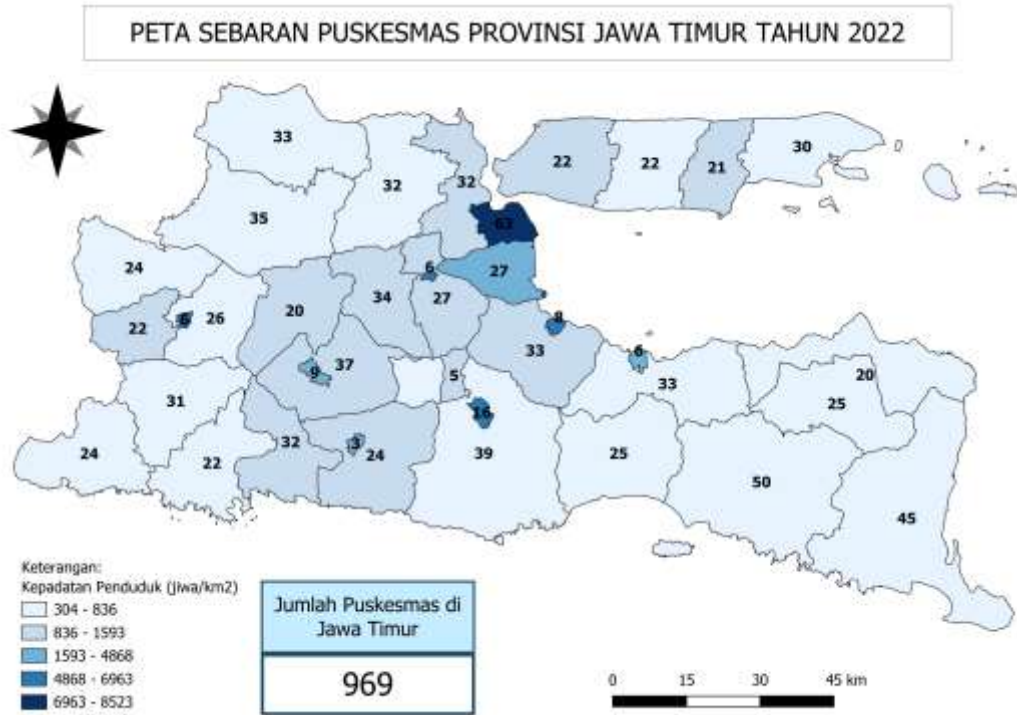


Gambar 4.6 Distribusi Kasus Penyakit Menurut Kelompok Umur

Bagan distribusi tersebut menunjukkan bahwa kelompok umur yang melakukan kunjungan didominasi dari kelompok dewasa, yang paling banyak mengalami kasus penyakit mata sebanyak 49 kasus. Pada kasus bedah dan penyakit THT, kelompok umur dewasa juga yang paling banyak dibandingkan kelompok umur lain yaitu sebesar 16 kasus dan 3 kasus. Kelompok umur terbesar kedua adalah dari lanjut usia yang paling banyak mengalami penyakit mata sebanyak 29 kasus, dilanjutkan 5 kasus penyakit dalam dan 4 kasus penyakit tulang. Kelompok umur remaja hanya terdapat pada kasus penyakit mata, spesialis anak, bedah, dan 1 remaja mengalami kasus penyakit dalam. Sedangkan, kelompok umur anak-anak dengan proporsi paling sedikit hanya terdapat pada kasus penyakit mata, spesialis anak, dan kasus bedah.

4.3.8 Pengantar Sistem Informasi Geografis

Kegiatan yang dilakukan untuk mencapai *learning outcome* mata kuliah ini adalah dengan membuat peta tematik melalui Aplikasi QGIS. Peta tematik yang dibuat berdasarkan proses bisnis dari Seksi Pelayanan Kesehatan Primer adalah peta sebaran Puskesmas di Provinsi Jawa Timur.



Gambar 4.7 Peta Tematik Sebaran Puskesmas Berdasarkan Kepadatan Penduduk di Provinsi Jawa Timur Tahun 2022

Peta pada Gambar 4.7 tersebut merupakan peta persebaran Puskesmas berdasarkan tiap kabupaten/kota di Jawa Timur pada tahun 2022. Warna area pada peta menunjukkan kepadatan penduduk area tersebut, kepadatan penduduk diperoleh dari jumlah penduduk per luas wilayahnya. Pada peta tersebut, semakin gelap warnanya menunjukkan semakin padat penduduknya, begitu juga sebaliknya semakin cerah warna area maka semakin jarang penduduknya dibandingkan wilayahnya. Dari peta tersebut dapat dilihat, wilayah paling padat penduduk adalah Kota Surabaya sebesar 8.523 jiwa/km², diikuti oleh Kota Mojokerto, Kota Malang, dan Kota Pasuruan. Sedangkan, wilayah paling jarang penduduk adalah Banyuwangi hanya 403 jiwa/km², diikuti Situbondo dan Pacitan.

Peta tersebut juga menunjukkan jumlah Puskesmas di Jawa Timur pada, yang dapat diketahui bahwa wilayah dengan Puskesmas terbanyak yaitu Kota Surabaya sebanyak 63 Puskesmas, diikuti Jember (50 Puskesmas) dan Banyuwangi (45 Puskesmas). Sedangkan, wilayah dengan Puskesmas paling sedikit adalah Kota Blitar dengan tingkat kepadatan penduduk (warna biru) pada kategori ketiga (1.593-4.868 jiwa/km²) yang hanya memiliki 3 Puskesmas, kemudian diikuti Kota Batu sebanyak 5 Puskesmas.

Dari peta tersebut, dapat disimpulkan bahwa terdapat beberapa wilayah yang jumlah Puskesmasnya tidak sebanding dengan kepadatan penduduknya. Misalnya, seperti Kota Mojokerto yang kepadatan penduduknya terbesar kedua setelah Kota Surabaya, tetapi hanya memiliki 6 Puskesmas. Sebaliknya, Banyuwangi yang kepadatan penduduknya paling kecil memiliki 45 Puskesmas. Ketidakeimbangan antara penduduk dengan jumlah Puskesmas ini akan menjadi beban tersendiri bagi Puskesmas dalam memberikan pelayanan pada masyarakat di wilayahnya. Namun, pendirian Puskesmas di setiap kabupaten/kota juga harus mempertimbangkan luas wilayah, topografi, dan akses daerah masing-masing.

4.4 Kepesertaan Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) di Jawa Timur

4.4.1 Peran Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur dalam Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN)

Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur merupakan salah satu lembaga yang berperan penting dalam penyelenggaraan program JKN. Dalam rangka memperluas kepesertaan dan meningkatkan mutu layanan dari fasilitas kesehatan, pelaksanaan program JKN membutuhkan dukungan dari berbagai stakeholder, salah satunya adalah Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur. Peran Dinas Kesehatan Provinsi telah tertuang dengan jelas dalam peraturan perundang-undangan yaitu Peraturan Presiden No. 82 Tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan. Peran utama dari Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur adalah mengambil kebijakan di bidang kesehatan di Provinsi Jawa Timur. Dalam hal ini BPJS Kesehatan harus memberikan data dan informasi kepada Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur setiap tiga bulan sekali. Oleh karena itu, untuk

memantau penyelenggaraan program JKN di Jawa Timur, Seksi Pelayanan Kesehatan Primer Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur dapat mengakses Dashboard JKN bagi Pemerintah Daerah.

Kehadiran Dashboard JKN mampu mendukung peningkatan kepesertaan dan kepatuhan iuran serta mendukung upaya promotif dan preventif. Dashboard JKN juga memudahkan dokter atau tenaga kesehatan untuk menganalisis rujukan sehingga dapat mengoptimalkan pelayanan kesehatan tingkat pertama. Jika pemerintah daerah, Dinas Kesehatan ataupun stakeholder lain dapat memanfaatkan Dashboard JKN, maka sustainabilitas program JKN dan KIS dapat terjamin. Data yang disajikan dapat dimanfaatkan dengan baik, sehingga akan memperkuat kebijakan kesehatan yang lebih akomodatif serta mampu memprediksi kondisi kesehatan wilayah ke depan.

Dinas Kesehatan juga merupakan lembaga yang diamanatkan untuk berperan dalam upaya pencegahan kecurangan oleh Perpres No. 82 Tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan dan PMK No. 16/ 2019 tentang Pencegahan dan Penanganan Kecurangan (Fraud) Serta Pengenaan Sanksi Administrasi terhadap Kecurangan (Fraud) dalam Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan. Secara umum, dalam regulasi ini disebutkan bahwa Dinas Kesehatan memiliki peran untuk:

- (1) Mengembangkan sistem pencegahan kecurangan JKN;
- (2) Bekerja sama dengan pihak terkait untuk menerapkan sistem pencegahan;
- (3) Melakukan pembinaan dan pengawasan, dalam upaya pengendalian kecurangan JKN dapat dilaksanakan dalam bentuk:
 - a. Pemberian advokasi, sosialisasi, dan bimbingan teknis
 - b. Peningkatan kapasitas SDM terkait fraud JKN
 - c. Pelaksanaan Monitoring & Evaluasi (Monev) dengan membentuk tim khusus monev.
 - d. Pemberian sanksi administrasi bagi pelaku kecurangan.

Selain itu, peran Dinas Kesehatan Provinsi yang tertuang dalam Peraturan Presiden No. 82 Tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan meliputi penyelesaian sengketa secara musyawarah terkait penyelenggaraan jaminan kesehatan antara

peserta dengan fasilitas kesehatan atau dengan BPJS Kesehatan. Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur juga melakukan pengawasan atau monitoring dan evaluasi terhadap penyelenggaraan program jaminan kesehatan dengan berkoordinasi kepada pihak-pihak terkait, seperti Dinas Kesehatan Kab/Kota, fasilitas pelayanan kesehatan terkait, asosiasi fasilitas kesehatan, ataupun organisasi profesi. Seksi Pelayanan Kesehatan Primer sebagai koordinator program JKN di Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur ini rutin melaksanakan pertemuan koordinasi lintas sektor dan lintas program yang membahas kinerja JKN bersama Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota dan Fasilitas Pelayanan Kesehatan, evaluasi juga dilaksanakan jika terjadi peningkatan kasus Rujukan Non Spesialistik FKTP ke FKRTL.

Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur berkomitmen dalam program pencapaian *Universal Health Coverage* (UHC) di Jawa Timur dengan memastikan penduduk di Provinsi Jawa Timur telah terdaftar sebagai peserta aktif JKN. Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur melakukan beberapa upaya berikut dalam rangka optimalisasi UHC di Jawa Timur:

1. Perluasan cakupan UHC tahun 2023
 - a. Penyediaan anggaran untuk kontribusi iuran PBI JK
 - b. Mendorong daerah untuk pemenuhan kuota PBI JK
 - c. Advokasi komitmen daerah penyediaan anggaran untuk percepatan UHC melalui optimalisasi pajak rokok, DBHCHT, APBD, kemitraan swasta.
 - d. Sinergitas antara BPJS, pemerintah provinsi dan pemerintah daerah untuk optimalisasi Instruksi Presiden No. 1 Tahun 2022
2. Memastikan akses layanan
 - a. Pemenuhan SDM, sarana prasarana
 - b. Pengembangan akses, melalui pemanfaatan IT (SISRUTE, PSC 119, *Telemedicine*)
 - c. Perluasan jaringan dan jejaring melalui Integrasi Layanan Primer (ILP).
3. Memastikan kualitas layanan
 - a. Penguatan mutu fasilitas pelayanan kesehatan melalui akreditasi

- b. Mengoptimalkan peran Dinas Kesehatan Kab/Kota dalam pembinaan, pengawasan, dan pengendalian FKTP dan FKRTL.

4.4.2 Proses Pelaporan Kepesertaan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN)

Kepesertaan JKN dimulai dari masyarakat yang mendaftar menjadi peserta JKN, sampai kepada Dinas Kesehatan Kab/Kota, BPJS Kesehatan, dan akhirnya dapat diakses oleh Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur. Proses pelaporan kepesertaan mulai dari pendaftaran peserta oleh masyarakat hingga sampai pada BPJS Kesehatan dapat dilihat pada bagan alur berikut:



Gambar 4.8 Alur Kepesertaan dan UHC Program JKN dari Masyarakat hingga BPJS Kesehatan

Masyarakat dapat melakukan pendaftaran peserta JKN secara online melalui aplikasi Mobile JKN. Data masyarakat yang telah menjadi peserta JKN, baik peserta lama maupun peserta baru, akan masuk ke dalam bank data di BPJS Kesehatan. Data yang tersimpan di BPJS Kesehatan, akan terkoneksi dengan Dashboard JKN yang dapat diakses oleh pemerintah daerah. Dalam Dashboard JKN tersebut memuat data capaian UHC tiap kabupaten/kota, profil peserta JKN, fasilitas kesehatan yang bekerja sama, dan lain-lain.

Dashboard JKN tersebut telah diluncurkan oleh BPJS Kesehatan pada 26 Agustus 2020. Dashboard JKN memfasilitasi pemerintah daerah termasuk dinas kesehatan untuk mengakses data program JKN-KIS. Data program JKN yang dapat diakses di dalam Dashboard JKN, sebagai berikut:

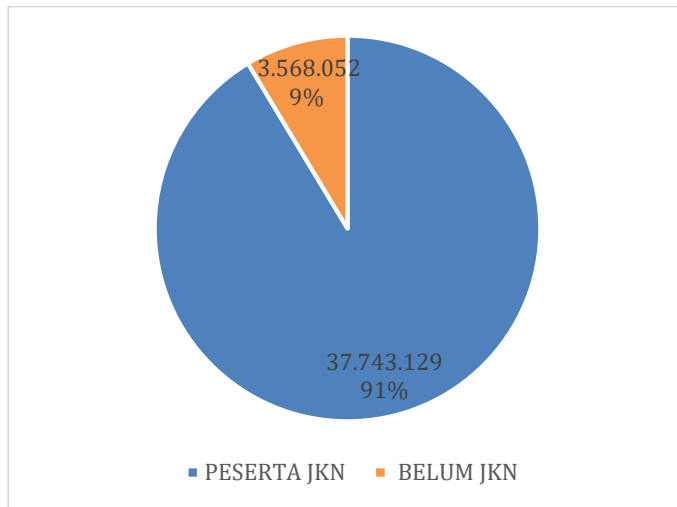
- a. Data umum: capaian UHC, profil peserta JKN, faskes bekerja sama, jumlah kunjungan dan rujukan FKTP, diagnosa FKTP, jumlah kasus FKRTL, serta utilisasi penyakit katastropik.
- b. Data klaim Covid-19: peserta risiko, klaim, monitoring dan verifikasi klaim, serta reklaim dan monitoringnya.
- c. DETAK: overview dan piramida profiling diabetes mellitus (DM), serta overview dan piramida profiling hipertensi.

Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur memperoleh akses data jumlah peserta dan capaian UHC di Jawa Timur melalui Dashboard JKN. Data capaian UHC tersebut oleh Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur akan dianalisis terkait capaian dan target yang ditetapkan oleh Gubernur Jawa Timur. Hasil analisis ketercapaian UHC tersebut akan dilaporkan kepada Pemerintah Provinsi Jawa Timur, terutama Gubernur Jawa Timur. Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur juga melakukan monitoring dan evaluasi kepesertaan JKN untuk kemudian dilakukan upaya tindakan berdasarkan hasil evaluasi. Sehingga dari hasil evaluasi tersebut, Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur mengkoordinasikan dengan BPJS Kesehatan dan Dinas Kesehatan Kab/Kota untuk menemukan solusi alternatif dari masalah kepesertaan JKN di Jawa Timur. Setelah itu, Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur mendorong Dinas Kesehatan Kab/Kota dan fasilitas kesehatan yang bersangkutan untuk menerapkan alternatif solusi yang diperoleh sebelumnya.

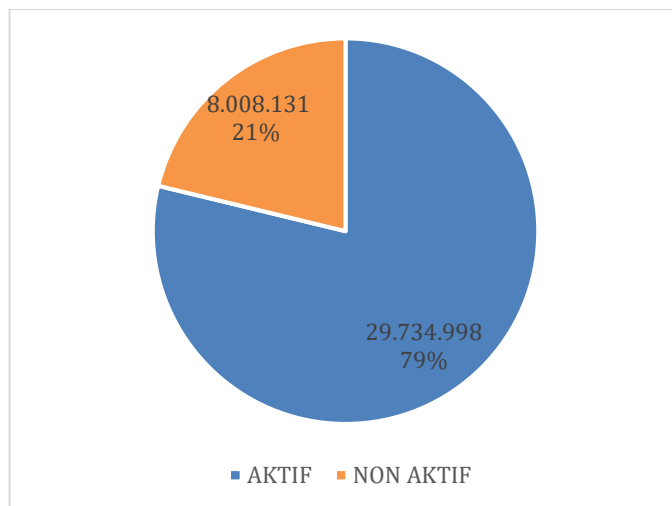
4.4.3 Capaian Kepesertaan Jaminan Program Kesehatan Nasional (JKN) di Jawa Timur

Berdasarkan data sekunder yang diperoleh dari penanggung jawab program JKN di Seksi Pelayanan Kesehatan Primer, cakupan kepesertaan JKN atau penduduk Jawa Timur yang telah menjadi peserta JKN per Desember 2023 ada sebanyak 37.743.129 jiwa atau 91,36% dari total jumlah penduduk (41.311.181

jiwa). Cakupan peserta aktif di Jawa Timur sebesar 78,78% dari total peserta JKN.

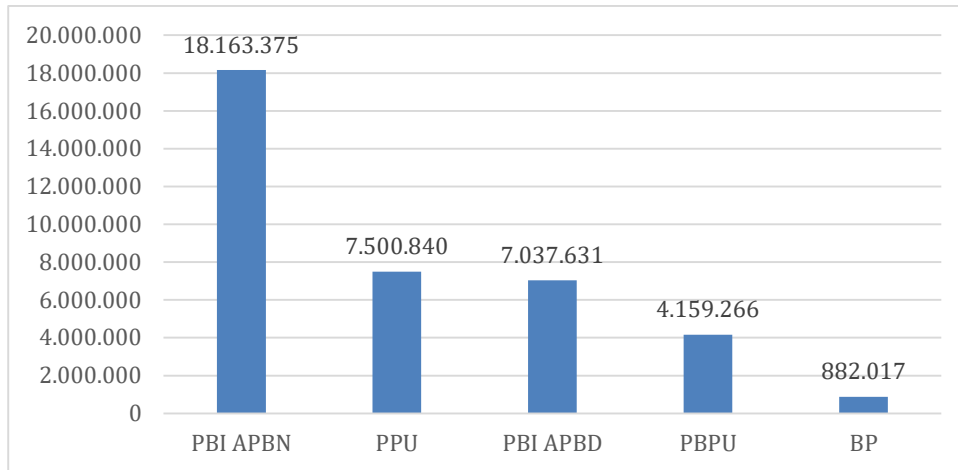


Gambar 4.9 Cakupan Kepesertaan JKN di Jawa Timur Tahun 2023



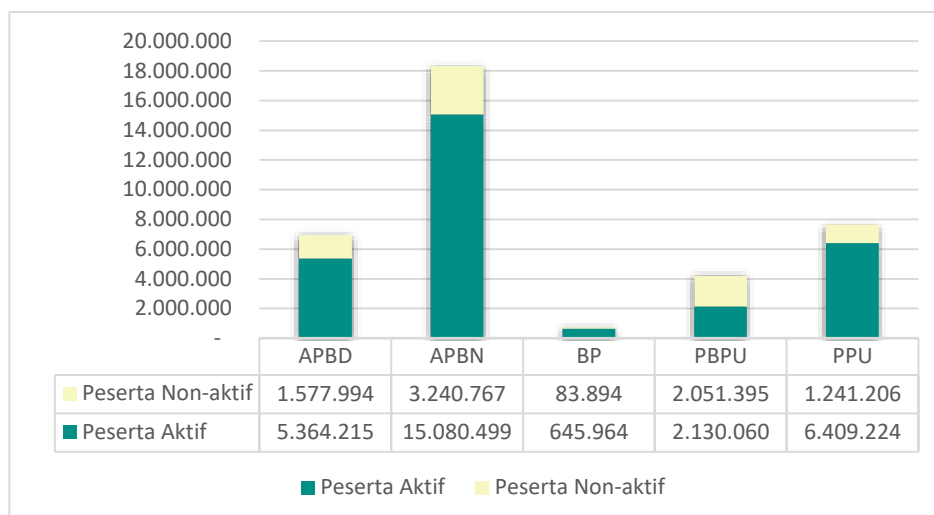
Gambar 4.10 Cakupan Peserta Aktif JKN di Jawa Timur Tahun 2023

Pada Gambar 4.11 dibawah ini menunjukkan bahwa kepesertaan terbesar didominasi oleh PBI APBN yakni 18.321.266 jiwa atau 48,44% dari total jumlah peserta. Sedangkan yang paling rendah yakni segmen BP sebesar 728.858 jiwa atau 1,93% dari total jumlah peserta. Hal ini mengindikasikan bahwa pembiayaan JKN untuk kepesertaan JKN didominasi oleh pembiayaan dari Pemerintah yang disalurkan melalui PBI Pusat/APBN.



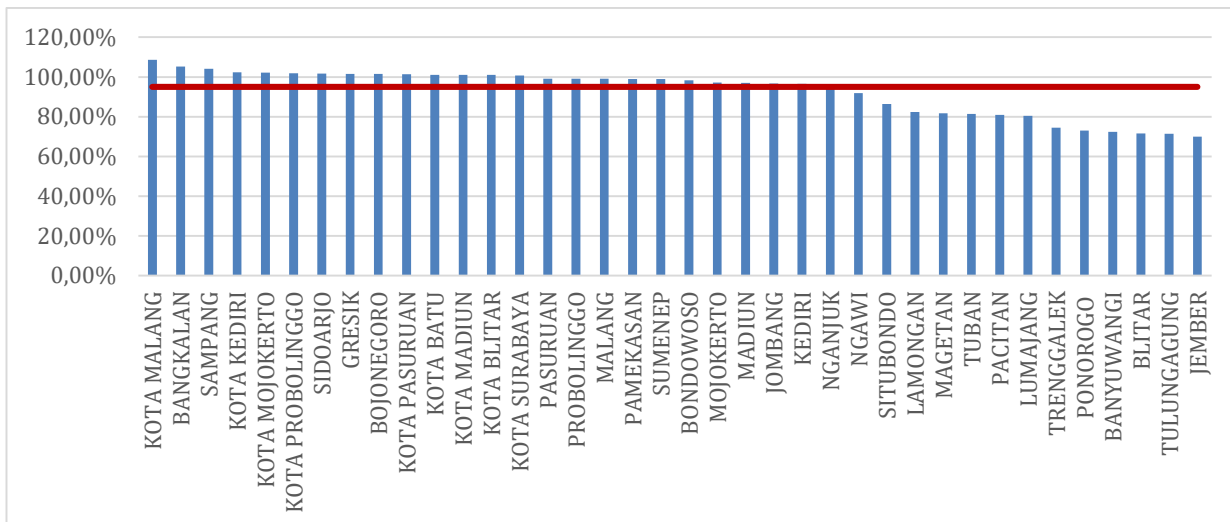
Gambar 4.11 Jumlah Peserta Berdasarkan Segmen Kepesertaan JKN di Jawa Timur Tahun 2023

Namun, dari jumlah peserta tiap segmen tersebut, terdapat peserta JKN tidak aktif. Berdasarkan Gambar 4.12, peserta JKN tidak aktif terbesar didominasi dari peserta PBI APBN sebesar 3.240.767 jiwa atau 17,69% dari total peserta PBI APBN. Tingkat keaktifan paling besar adalah dari segmen peserta BP yakni sebesar 88,63%. Namun, tingkat keaktifan terendah adalah dari segmen peserta mandiri (PBPU) yang hanya sebesar 50,94%. Kondisi tersebut dapat terjadi karena masyarakat umum atau peserta mandiri belum berkeinginan mengikuti program JKN karena merasa masih sehat. Sebagian besar peserta mandiri mendaftar ketika sakit yang umumnya memerlukan layanan kesehatan berbiaya mahal, tetapi berhenti membayar iuran usai mendapatkan layanan. Penegakan hukum peserta mandiri (PBPU) yang menunggak iuran BPJS Kesehatan belum berjalan optimal.



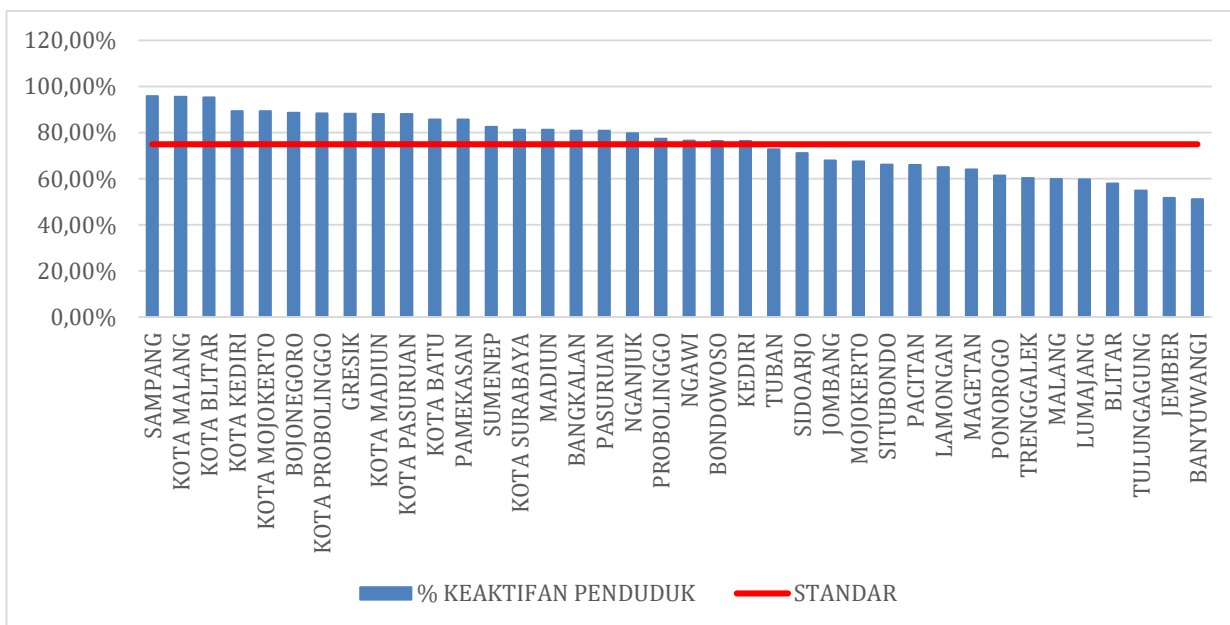
Gambar 4.12 Jumlah Peserta Aktif dan Tidak Aktif per Segmen Kepesertaan JKN di Jawa Timur

Berdasarkan Gambar 4.13 dapat disimpulkan bahwa capaian UHC Provinsi Jawa Timur adalah 91,56% dengan 25 Kabupaten/Kota di Jawa Timur sudah mencapai kepesertaan di atas 95% atau sudah mencapai UHC. Capaian UHC tertinggi diraih oleh Kota Malang sebesar 108,63%. Sedangkan capaian UHC paling rendah adalah dari Kabupaten Jember sebesar 69,88% yang masih belum mencapai target UHC 95%. UHC yang ditargetkan RPJMN 2020-2024, yaitu sedikitnya 98% dari total populasi menjadi anggota JKN. Untuk mencapai target tersebut, Pemerintah Provinsi Jawa Timur menargetkan pada tahun 2023 ini harus mencapai target 95% UHC dari total penduduk. Namun, dari target tersebut capaian UHC di Jawa Timur pada November 2023 baru mencapai 91,56% yang menunjukkan bahwa Jawa Timur masih belum mencapai target. Oleh karena itu, diperlukan dukungan dari berbagai stakeholder terkait dalam mengintegrasikan atau menyatukan upaya untuk mendukung proses tercapainya UHC di Indonesia.



Gambar 4.13 Capaian UHC per Kab/Kota di Jawa Timur Tahun 2023

BPJS Kesehatan menetapkan bagi kabupaten/kota yang telah mencapai UHC dengan 95% total penduduk telah menjadi peserta JKN, tingkat keaktifan peserta terhadap jumlah penduduk minimal 75%. Pemerintah daerah yang telah memenuhi persyaratan tersebut dapat mengaktifkan hak istimewa non cut-off yaitu pendaftaran peserta PBPJ PEMDA. Namun, pada Gambar 4.14 terlihat bahwa tingkat keaktifan penduduk di Jawa Timur masih 71,98% serta masih terdapat 16 kabupaten/kota yang keaktifan penduduknya dibawah 75%.



Gambar 4.14 Capaian Keaktifan Penduduk JKN per Kab/Kota di Jawa Timur Tahun 2023

Berdasarkan data-data tersebut, dapat disimpulkan bahwa capaian kepesertaan program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) di Provinsi Jawa Timur masih belum mencapai target yang ditetapkan dari RPJMN dan BPJS Kesehatan, baik dari aspek jumlah peserta maupun dari aspek keaktifan peserta. Capaian *Universal Health Coverage* (UHC) masih belum mencapai target 95% dari total populasi penduduk di Provinsi Jawa Timur. Begitu juga pada capaian keaktifan peserta Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) masih belum memenuhi standar 75% dari total populasi penduduk di Provinsi Jawa Timur. Oleh karena itu, Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur bekerja sama dengan BPJS Kesehatan perlu meningkatkan upaya percepatan pencapaian UHC dan mengevaluasi keaktifan peserta Jaminan Kesehatan Nasional di tiap kabupaten/kota di Jawa Timur melalui koordinasi dengan Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota di Jawa Timur.

4.4.4 Kendala dalam Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) di Jawa Timur

Berdasarkan hasil wawancara dengan penanggung jawab program JKN dan hasil evaluasi JKN bersama BPJS Kesehatan serta lintas sektor dan lintas program, beberapa aspek yang menjadi kendala dalam pelaksanaan JKN, sebagai berikut:

- a. Masih didapatkan penduduk yang secara administrasi tidak dapat didaftarkan sebagai peserta JKN diantaranya karena tidak memiliki NIK. Sedangkan, menurut kebijakan Kemendagri untuk memastikan setiap penduduk memiliki identitas kependudukan sehingga dapat didaftarkan sebagai peserta JKN. Kelompok miskin dan rentan sering tertinggal karena sulitnya proses identifikasi dan verifikasi data kependudukan yang memenuhi hukum. Selain itu, update kepesertaan juga masih belum optimal.
- b. Masih dijumpai peserta yang telah terdaftar tetapi status kepesertaan non aktif sehingga tidak dapat mengakses pelayanan kesehatan. Bagi peserta tidak aktif, akses terhadap pelayanan kesehatan tidak terjamin. Sehingga diperlukan kepastian kelayakan peserta dalam segmen kepesertaan JKN dan kebijakan buffer pembiayaan untuk peserta yang dinonaktifkan.

c. Akses dan mutu pelayanan belum optimal

Berdasarkan data dari BPJS Kesehatan pada tahun 2022, jumlah FKTP di Jawa Timur sebanyak 5.374 dan jumlah FKRTL sebanyak 410 RS. Dari keseluruhan fasilitas pelayanan kesehatan tersebut, hanya 51,13% FKTP dan 93,9% FKRTL yang bekerjasama dengan BPJS Kesehatan. Sekitar 80% peserta JKN terdaftar di Puskesmas sehingga beban Puskesmas terutama dalam pelayanan UKP meningkat karena tidak imbangnya beban peserta.

Selain itu, terdapat jumlah dokter di Jawa Timur tidak sesuai dengan jumlah peserta yang terdaftar. Berdasarkan data BPJS Kesehatan tahun 2022, rata-rata rasio dokter dibanding peserta di Jawa Timur adalah 1:5.772. Terdapat kabupaten/kota dengan rasio dokter dengan peserta >5000, bahkan ada yang >10.000 seperti di Bangkalan, Sampang, dan Probolinggo. Padahal idealnya rasio dokter dengan peserta adalah 1:5.000 untuk mencegah kapasitas yang berlebih (Denawati, 2015). Rasio tempat tidur juga melebihi rasio idealnya yakni 1:1000 penduduk, yang mana rasio tempat tidur FKRTL di Jawa Timur pada 2022 adalah 1:1.036. Ketersediaan dokter dan sarana tempat tidur ini menentukan kemampuan fasilitas pelayanan kesehatan dalam memberikan pelayanan kesehatan. Hal ini juga dapat mempengaruhi akses dan mutu pelayanan yang diperoleh oleh masyarakat atau peserta JKN.

4.4.5 Solusi terhadap Kendala Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Nasional di Jawa Timur

Penyelesaian yang dapat dilakukan terkait kendala yang dihadapi dalam pelaksanaan program JKN di Jawa Timur adalah sebagai berikut:

- a. Perlu percepatan pencapaian UHC dengan mengoptimalkan upaya persuasif kepada masyarakat sehingga masyarakat terdaftar dalam program JKN sesuai segmen kepesertaan. Kondisi masing-masing kabupaten yang belum UHC bervariasi sehingga perlu pendekatan dan strategi yang berbeda dalam upaya pencapaian target
- b. Masyarakat tidak terdaftar JKN
Masyarakat miskin dipastikan terdaftar dalam data DTKS dan diusulkan

sebagai peserta PBI-JK. Update kepesertaan dioptimalkan dengan melakukan verifikasi dan validasi data penduduk.

c. Banyaknya peserta tidak aktif pada kepesertaan JKN

Masalah banyaknya peserta yang tidak aktif, terutama pada kepesertaan mandiri, sehingga perlu meningkatkan kepesertaan mandiri. BPJS Kesehatan dapat menerapkan intensifikasi dan ekstensifikasi pemungutan iuran serta menegakkan kepatuhan pembayaran iuran. Penyesuaian iuran JKN juga dapat dilakukan dengan mempertimbangkan 3 hal utama, yaitu kemampuan peserta dalam membayar iuran, upaya memperbaiki keseluruhan sistem JKN sehingga terjadi efisiensi, serta gotong royong dengan peserta pada segmen lain (subsidi silang). Dengan demikian, penyesuaian iuran tidak sampai memberatkan masyarakat dengan berlebihan.

Regulasi hukum perlu dibentuk terkait kepatuhan membayar iuran BPJS Kesehatan terutama bagi peserta PBPU yang mendaftar secara mandiri. Memberi tenggat waktu kepada pemerintah dan pemerintah daerah untuk memproduksi regulasi mengenai saksi bagi peserta mandiri (PBPU) yang menunggak bayar, dan perusahaan yang memanipulasi data, atau memperbaiki sistem pengumpulan iuran melalui pajak langsung yang proporsional. Kebijakan mengenai urun biaya (*co-payment*) untuk peserta mandiri agar segera diimplementasikan, dalam upaya meminta kepada peserta yang mampu kesediaan menanggung 10% dari biaya kesehatan.

d. Akses dan mutu pelayanan belum optimal

Salah satu upaya untuk meningkatkan mutu pelayanan kesehatan terutama di fasilitas kesehatan primer adalah pelaksanaan redistribusi peserta JKN ke FKTP lain agar Puskesmas semakin fokus pada UKM terutama dalam pemenuhan SPM bidang kesehatan Kab/Kota. Kabupaten/kota di Jawa Timur terlebih dahulu harus memetakan kemampuan dari Puskesmas dan FKTP lain yang menjadi tujuan redistribusi dengan mempertimbangkan rasio dokter dan ketersediaan sarana prasarana. Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota dapat menentukan batasan minimal dan

maksimal kepesertaan JKN serta kemampuan UKM dan UKP Puskesmas untuk dilakukan redistribusi kepesertaan JKN, juga ketersediaan FKTP lain untuk menerima tambahan peserta JKN.

4.5 Kendala Pelaksanaan MBKM by Design FKM UNAIR

- a. Kesulitan dalam manajemen waktu antara pengerjaan tugas dari instansi, tugas MBKM, tugas magang, tugas mata kuliah, dan proposal skripsi
- b. Timeline magang yang belum jelas baik bagi mahasiswa, dosen pembimbing, dan pihak instansi
- c. Kesibukan akhir tahun menyebabkan kurangnya koordinasi antara penanggung jawab MBKM dengan dosen pembimbing dan pembimbing lapangan.
- d. Keterlambatan penyampaian capaian pembelajaran mata kuliah kepada mahasiswa dan instansi.

BAB V

PENUTUP

5.1 Kesimpulan

Berdasarkan uraian dalam hasil dan pembahasan diatas, mahasiswa dapat memenuhi *Learning Outcome* dari seluruh mata kuliah, yaitu:

- a. Mengidentifikasi kesesuaian Permenkes No. 43 Tahun 2019 tentang Puskesmas dengan realisasi pelaksanaan Puskesmas di Jawa Timur
- b. Mengetahui implementasi manajemen strategik di instansi magang dengan mengidentifikasi visi, misi, dan strategi organisasi, serta menganalisis SWOT Seksi Pelayanan Kesehatan Primer Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur.
- c. Mengidentifikasi strategi pemasaran (segmenting, targeting, dan positioning), taktik pemasaran, dan bauran pemasaran (7P) pada program Pelayanan Kesehatan Bergerak di Kangean, Kabupaten Sumenep, Madura.
- d. Mengidentifikasi sistem informasi yang digunakan di Seksi Pelayanan Kesehatan Primer dan alur sistem informasi dari Aplikasi Keluarga Sehat
- e. Mengidentifikasi pelaksanaan program JKN di Jawa Timur
- f. Mengetahui indikator kinerja dan permasalahan terkait, serta pedoman pelaksanaan program di Seksi Pelayanan Kesehatan Primer.
- g. Mengidentifikasi data epidemiologi penyakit di Pulau Sapeken, Madura.
- h. Membuat peta tematik sebaran Puskesmas berdasarkan kepadatan penduduk di Jawa Timur melalui Aplikasi QGIS.
- i. Dalam pelaksanaan program Jaminan Kesehatan Nasional, Dinas Kesehatan Jawa Timur berperan dalam mengambil kebijakan kesehatan di Jawa Timur, melakukan perluasan kepesertaan dalam rangka UHC, memastikan akses dan kualitas layanan, melakukan upaya pencegahan kecurangan, melakukan koordinasi lintas program dan lintas sektor, serta monitoring dan evaluasi.
- j. Alur pelaporan dimulai dari masyarakat melakukan pendaftaran peserta JKN hingga masuk ke data BPJS Kesehatan, sehingga Pemerintah Daerah dan Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur dapat mengakses data tersebut melalui Dashboard JKN.
- k. Cakupan kepesertaan JKN di Jawa Timur sebesar 91,36% masih belum

mencapai target 95% dari total penduduk. Cakupan peserta aktif di Jawa Timur sebesar 78,78% dari total peserta JKN. Tingkat keaktifan paling rendah dari segmen PBPUs sebesar 50,94%.

- l. Kendala dalam kepesertaan program JKN, yaitu adanya masyarakat yang tidak dapat didaftarkan sebagai peserta JKN, masih banyaknya peserta JKN tidak aktif, serta akses dan mutu pelayanan belum optimal.
- m. Solusi dari kendala adalah upaya pendekatan dalam percepatan pencapaian UHC, pemetaan masyarakat miskin, verifikasi dan validasi data penduduk, penyesuaian iuran JKN, membuat kebijakan sanksi ketidakpatuhan pembayaran iuran, serta redistribusi peserta JKN dari Puskesmas ke FKTP lain.

5.2 Saran

Saran yang dapat diberikan terkait pelaksanaan magang MBKM, sebagai berikut:

- a. Mahasiswa sebaiknya lebih aktif untuk mendapatkan informasi yang lebih baik, diberikan penjelasan secara detail mengenai implementasi ilmu, terutama ilmu administrasi kebijakan kesehatan.
- b. Bagi Seksi Pelayanan Kesehatan Primer Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur dapat memberikan bimbingan dan evaluasi terhadap kemajuan dan kesulitan yang dihadapi oleh mahasiswa selama magang.

DAFTAR PUSTAKA

- Agustina, R., Dartanto, T., Sitompul, R., Susiloretni, K. A., Suparmi, Achadi, E. L., Taher, A., Wirawan, F., Sungkar, S., Sudarmono, P., Shankar, A. H., Thabrany, H., Khusun, H. (2019). Universal health coverage in Indonesia: concept, progress, and challenges. *The Lancet*, 393(10166), 75–102. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)31647-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)31647-7)
- Amstrong, Kottler. 1997. *Prinsip-Prinsip Pemasaran*. Erlangga, Jakarta
- David, Fred R. 2009. *Strategic Management; Manajemen Strategis Konsep*. Salemba Empat, Jakarta.
- Denawati T. Upaya Peningkatan Akses Pelayanan. Tidak Diterbitkan. Prosiding. Jakarta; 2015.
- Direktorat Pelayanan Kesehatan Primer, Direktorat Pelayanan Kesehatan. 2020. *Panduan Pelayanan Kesehatan Bergerak*. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI.
- Dye, Thomas R. 1992. *Understanding Public Policy*. New Jersey: Prentice Hall
- Hartono, Bambang. 2002. *Pengembangan Sistem Informasi Kesehatan Daerah*. Jakarta: Pusat Data dan Informasi Departemen kesehatan.
- Instruksi Presiden Nomor 1 Tahun 2022. (2022). In <https://peraturan.bpk.go.id/Home/Details/195699/inpres-no-1-tahun-2022>.
- Jonathan Sarwono. 2006. *Metode Penelitian Kuantitatif dan Kualitatif*. Yogyakarta: Graha Ilmu.
- KBBI (Kamus Besar Bahasa Indonesia). 2023. *Kamus versi online/daring (Dalam Jaringan)*. <https://kbbi.kemdikbud.go.id/entri/analisis>
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. 2023. Integrasi Pelayanan Kesehatan Primer untuk Tingkatkan Kesehatan Masyarakat. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. 2023. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.01.07/Menkes/205/2023 tentang Petunjuk Teknis Integrasi Pelayanan Kesehatan Primer.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Peraturan Menteri Kesehatan No. 90 Tahun 2015 tentang Penyelenggaraan Pelayanan Kesehatan di Fasilitas

- Pelayanan Kesehatan Kawasan Terpencil dan Sangat Terpencil. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI.
- Kementerian Kesehatan RI. (2014). Buku Pegangan Sosialisasi Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) Dalam Sistem Jaminan Sosial Nasional.
- Kingdon, J.W. 1983. *Agendas, Alternatives, and Public Policies*, HarperCollins College Publisher.
- Kotler, Philip. 1997. *Manajemen Pemasaran*. Edisi Bahasa Indonesia jilid satu. Jakarta: Prentice Hall
- Lindblom, C. E. 1959. *The Science of Muddling through*. Public Administration Review, 19, 79-88. <https://doi.org/10.2307/973677>
- Lindblom, C.E, and E.J. Woodhouse. 1993. *The Policy Making Process*, 3 edn, Ptrentice Hall Englewood Cliffs, N.J
- Lovelock, C, dan John Wirtz. 2011. *Pemasaran Jasa Perspektif*. Edisi tujuh. Jakarta: Erlangga.
- Sugiyono. 2017. *Metode Penelitian Bisnis, Pendekatan Kuantitatif, Kualitatif, Kombinasi, dan R&D*. Edisi kedua. Bandung: Alfabeta.
- UHC 2030. (2022). 2022 Annual report. <https://Www.Uhc2030.Org/Who-We-Are/about-Us/> .
- Undang-undang Republik Indonesia Nomor 40 tahun 2004 Tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional.
- Undang-Undang RI. 2014. *Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2014 Tentang Perasuransian*.
- Wheelen, Thomas L. and J. David Hunger. 2012. *Strategic Management and Business Policy-Toward Global Sustainability*. Thirteenth Edition. Pearson Education, New Jersey.
- World Health Organization. (2015). Tracing universal health coverage : First Global Monitoring Report.
- World Health Organization. (2016). Universal Health Coverage: Moving Towards Better Health. Action Framework for the Western Pacific Region.
- World Health Organization. (2021). Tracing universal health coverage: 2021 Global Monitoring Report.

LAMPIRAN

Lampiran I. Dokumentasi

1. Mengikuti diskusi bersama perwakilan Kemenkes



2. Membantu pelaksanaan Orientasi ILP



3. Mengikuti Pertemuan Koordinasi Lintas Sektor dan Lintas Program



4. Mempelajari Permenkes No 43 Tahun 2019 tentang Puskesmas



- 5. Mempelajari Permenkes No 44 Tahun 2016 tentang Pedoman Manajemen Puskesmas



- 6. Mempelajari Kepmenkes 2015 Tahun 2023 tentang Petunjuk Teknis Inetgrasi Pelayanan Kesehatan Primer



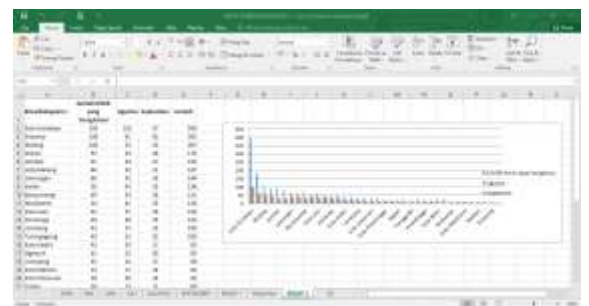
- 7. Mempelajari Permenkes No 33 Tahun 2023 tentang Rumah Sakit Kapal



- 8. Merekap data Pustu di Jawa Timur



- 9. Merekap data INM klinik di Jawa Timur



10. Merekap data ASPAK Klinik dan Puskesmas Jawa Timur



11. Merekap data penyakit Pelayanan Kesehatan Bergerak Sapeken



12. Membuat Laporan Pelaksanaan Kegiatan



13. Memperingati Hari Kesehatan Nasional ke-59





Lampiran II. Sertifikat MBKM by Design FKM UNAIR



Lampiran III. Logbook Kegiatan MBKM**LOGBOOK MERDEKA BELAJAR KAMPUS MERDEKA (MBKM)****TAHUN 2023**

Nama : F. Himmatul Aliyah
 NIM : 102011133064
 Instansi / Mitra : Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur
 Pembimbing : Prof. Dr. Ratna Dwi Wulandari, S.K.M., M.Kes.

No.	Tanggal	Jenis Kegiatan	TTD Mahasiswa
1.	Senin, 2 Oktober 2023	<p>Penerimaan dari penanggung jawab Dinkesprov (Bu Nurul) ke seksi masing-masing</p> <p>Menerima penjelasan singkat dari Bu Ida selaku pembimbing lapangan di Pelayanan Kesehatan Primer terkait pengenalan.</p> <p>Perkenalan dengan staf seksi Pelayanan Kesehatan Primer dipandu oleh Pak Irul.</p> <p>Membuat power point mengenai Permenkes No. 43 Tahun 2019 tentang Puskesmas</p>	
2.	Selasa, 3 Oktober 2023	<p>Menerima penjelasan dari Bu Nafis selaku penanggung jawab Klinik terkait permasalahan di Pelayanan Kesehatan Primer serta prosedur pengambilan data sekunder di Dinas Kesehatan provinsi untuk penugasan.</p> <p>Merekap data klinik se-Jawa Timur yang telah menginput INM bulan April-September 2023</p>	
3.	Rabu, 4 Oktober 2023	<p>Bertemu dengan Bu Wahyuti selaku kepala seksi Pelayanan Kesehatan Primer</p> <p>Mengikuti Seminar Nasional Pendekatan Manajemen Terapan (Amtc) Berbasis Epidemiologi Melalui Pendekatan Proses Analisis Yang Benar Tahun 2023</p>	