

**IMPLEMENTASI KERJASAMA PELAYANAN JAMKESDA ANTARA
KABUPATEN SEMARANG DAN KOTA SALATIGA**

Oleh:

Inggarrini Raditetyastuti

(14010110120059)

Jurusan Ilmu Pemerintahan, Fakultas Ilmu Sosial dan Ilmu Politik

Universitas Diponegoro

Jl. Prof. H. Soedarto, SH, Tembalang, Semarang, Kotak Pos 1269

Website :<http://www.fisip.undip.ac.id/> Email : fisip@undip.ac.id

Abstract

Public services is a service which provided by the government to all the community without exception. The effort to enhance public services is done with this regional cooperation, one of them in the health sector. Local governments creating a health care program called on regional health insurance (JAMKESDA) is guarantee for the payment of health services provided by the government. The purpose of this research is to know the implementation of cooperation between Semarang district and Salatiga city and knowing factors that hampers in JAMKESDA service performance in the city of Salatiga.

As the material for know as well of the implementation of factors that hampers JAMKESDA services in the city of Salatiga then collection of data using a technique interview to interviews speakers and people who controlled the implementation of JAMKESDA services as well as the documents in the form of writing, a picture, the note, a transcript of that and so on. The qualitative descriptive

analysis of type data analysis is chosen to examine the available data from many sources. From the outcome of research known that the implementation of cooperation in health JAMKESDA services between the government of the Semarang district and Salatiga City not running smoothly. There are several factors that block, among of them are JAMKESDA system which somewhat complicated, the limit budget and deficient of the coordination among employers who involved in the JAMKESDA service.

Key Word : Public Service, Regional Cooperation, JAMKESDA

A. PENDAHULUAN

Perkembangan Indonesia saat ini mengharuskan tiap-tiap daerah untuk selalu berusaha mengembangkan atau mengoptimalisasi kinerja dan fungsi yang dimilikinya. Secara faktual, pelayanan publik merupakan tugas negara, sehingga manajemen pelayanan publik merupakan manajemen negara. Sumber daya manusia merupakan salah satu aspek penting pelayanan publik, karena manajemen pelayanan publik merupakan manajemen yang didasarkan dari karakter manusia. Pelayanan publik tergantung pada kemampuan mengelola sumber daya manusia pada provider pelayanan. Pejabat dan aparat pelayanan publik memiliki peran penting di dalam meningkatkan pelayanan.¹

¹ Nurmadi, Achmad. 2010. *Manajemen Pelayanan Publik*. Yogyakarta: PT Sinergi Visi Utama.

Serta diusahakan orang-orang yang mengelola pelayanan publik ini diharapkan mempunyai kriteria tertentu dan dinilai berdasarkan keahlian yang dimiliki. Oleh karena itu, adanya otonomi daerah yang memberikan kewenangan daerah yang luas untuk mensejahterakan masyarakatnya serta mendorong daerah untuk bersikap mandiri karena mempunyai kewenangan penuh untuk mengurus daerahnya sendiri.

Pelayanan publik dilihat dari segi konsep efisiensi dan efektivitas tidak hanya dilihat dari sisi hasilnya saja melainkan juga dari prosedur kerja. Efektivitas pelayanan publik bisa dilihat dari tingkat keberhasilan pelayanan yang telah diberikan kepada publik sesuai dengan tujuan atau sasaran dari pelayanan publik itu. Sedangkan dari sisi efisiensi dalam pelayanan publik ditandai dengan sejauh mana sumber daya yang dipergunakan untuk memberikan pelayanan.

Namun masih ada banyak hal yang harus dikerjakan terlebih dahulu untuk memperbaiki pelayanan publik di Indonesia :

1. Aksesibilitas warga miskin terhadap pelayanan publik dasar seperti pangan, pendidikan dan kesehatan yang masih sangat rendah. Semua orang belum bisa penuhi kebutuhan pangan secara memadai, banyak kasus kekurangan gizi dan kelaparan. Pendidikan dan kesehatan murah belum menjangkau di seluruh tempat dan seluruh lapisan masyarakat.

2. Sikap dan perilaku pejabat pelayanan publik cenderung menonjolkan sebagai *pangreh raja* yang jauh dari nilai-nilai sebagai pelayan publik. Sikap yang ditunjukkan kebanyakan pejabat publik lebih sebagai orang yang ingin dilayani oleh warga dan bukan seorang yang seharusnya meletakkan rakyat sebagai tuan yang harus dilayani.
3. Hak dan kewajiban antara warga dan pemberi layanan masih timpang sehingga warga dalam posisi yang selalu dirugikan.
4. Otonomi daerah yang seharusnya memberikan jawaban terhadap berbagai persoalan, ternyata justru melahirkan banyak masalah seperti kesenjangan pelayanan publik, alokasi anggaran yang banyak diserap oleh kepentingan birokrasi dan semakin maraknya korupsi di tingkat pemda.²

Kerjasama daerah merupakan instrument yang harus dipakai dalam mengatasi berbagai keterbatasan dan kendala yang dihadapi dalam penyelenggaraan pelayanan publik dan pembangunan di daerah. Kerjasama daerah dinilai memiliki beberapa peran yang strategis baik secara langsung maupun tidak langsung dalam proses mensejahterakan masyarakat, adapun peran tersebut diantaranya :

1. Meminimalisir munculnya ego daerah sebagai imbas dari kewenangan yang besar bagi daerah untuk mengelola dan mempertanggungjawabkan daerahnya.

² Pramusinto, Agus dan Erwan Agus Purwanto. 2009. *Reformasi Birokrasi, Kepemimpinan, Pelayanan Publik*. Yogyakarta: Penerbit Gava Media.

2. Menunjang upaya mewujudkan proses pembangunan yang berkelanjutan di daerah.
3. Memenuhi kewajiban Pemerintah Daerah dalam membangun dan menuju penyelenggaraan fasilitas umum.
4. Mengoptimalkan pemanfaatan potensi yang dimiliki oleh daerah, terutama dalam mengatasi problem keterbatasan APBD, sumber daya manusia, teknologi dan sumber daya alam.
5. Efisiensi dan efektifitas dalam memberikan pelayanan publik.
6. Menanggulangi masalah yang timbul baik secara langsung maupun tidak langsung dalam pelaksanaan pembangunan daerah dan membawa dampak terhadap kesejahteraan masyarakat.³

Adanya kerjasama lintas daerah ini menimbulkan banyak keuntungan untuk masing-masing daerah. Tetapi agar kerjasama daerah ini tidak menimbulkan dampak negatif pemerintah membuat aturan kerjasama antar daerah dalam Undang-Undang No. 22 Tahun 1999 yang di revisi melalui Undang-Undang No. 32 Tahun 2004 yang kemudian lahir aturan setingkat Peraturan Pemerintah No. 50 Tahun 2007 tentang Tata Cara Pelaksanaan Kerjasama Daerah. Tahun 2009, Menteri Dalam Negeri mengeluarkan petunjuk teknis derivasi dari PP 50/2007, yaitu Permendagri 22/2009 tentang Petunjuk Teknis Kerjasama Daerah serta Permendagri 23/2009 tentang

³<http://www.ditjenpum.go.id/artikel/2011/1311920986/kerjasama-daerah> diunduh tanggal 18 Juni 2013, pkl 17.59

Pembinaan dan Pengawasan Kerjasama Antar Daerah. Semua aturan ini bertujuan sebagai payung hukum sekaligus dasar ataupun pedoman dalam melakukan kerjasama dengan daerah yang lain.

Namun kerjasama ini perlu adanya fokus pada satu bidang saja atau beberapa bidang prioritas. Seperti misalnya fokus pada bidang kesehatan pelayanan. Kerjasama dalam bidang ini diharapkan bisa mendorong daerah kabupaten atau kota meningkatkan mutu pelayanan kesehatan. Peningkatan ini harus didukung dengan meningkatkan mutu dan akses pelayanan yang dapat dimanfaatkan seluruh lapisan masyarakat. Sebagai contoh pelayanan publik yang ada dalam rumah sakit terkadang dalam memberikan pelayanan masih memandang pasien dari segi golongan mereka, golongan rendah, menengah atau ke atas. Padahal, rumah sakit sebagai organisasi sosial bertanggung jawab terhadap pelayanan kesehatan masyarakat. Rumah sakit harus dapat berfungsi sebagai rumah sehat yang melaksanakan kegiatan promotif bagi kesehatan pasien, staf rumah sakit, dan masyarakat di wilayah cakupannya serta pengembangan organisasi rumah sakit menjadi organisasi yang sehat.

Dalam Undang-Undang Dasar 1945 pasal 28 H dan Undang-Undang Nomor 23 Tahun 1992 tentang Kesehatan, ditetapkan bahwa setiap orang berhak mendapatkan pelayanan kesehatan. Maka setiap individu, keluarga dan masyarakat berhak memperoleh perlindungan terhadap kesehatannya dan negara bertanggungjawab mengatur agar terpenuhi hak hidup sehat bagi

penduduknya termasuk bagi masyarakat miskin dan tidak mampu. Program ini diselenggarakan negara dan pemerintah untuk memberikan perlindungan sosial agar masyarakat sejahtera. Jaminan sosial ini dibutuhkan oleh masyarakat agar apabila ada hal-hal yang tidak dikehendaki yang dapat mengakibatkan hilangnya atau berkurangnya pendapatan seseorang karena sudah pensiun maupun gangguan kesehatan, kehilangan pekerjaan dan termasuk kasus-kasus kesehatan masyarakat miskin umumnya.

Perkembangan pelayanan kesehatan masyarakat tidak terlepas dari perkembangan kehidupan masyarakat. Pelayanan kesehatan masyarakat dikembangkan sejalan dengan tanggungjawab pemerintah untuk “melindungi” masyarakat dari gangguan kesehatan. Kesehatan adalah hak asasi manusia yang tercantum dalam Undang-Undang Dasar 45. Pemerintah mengembangkan infrastruktur di berbagai daerah untuk melaksanakan kewajiban melindungi masyarakat dari gangguan kesehatan. Program kesehatan yang dikembangkan adalah yang sangat dibutuhkan oleh masyarakat terutama oleh masyarakat miskin.⁴

Maka pemerintah daerah membuat program jaminan kesehatan yang disebut Jaminan Kesehatan Daerah (Jamkesda) dimana Jamkesda adalah program yang dibuat oleh pemerintah daerah yang mana merupakan program jaminan bantuan pembayaran biaya pelayanan kesehatan yang diberikan.

⁴ Muninjaya, A.A. Gde. 2004. *Manajemen Kesehatan*. Jakarta: EGC.

Penelitian ini mempunyai tujuan untuk mendeskripsikan pelaksanaan kerjasama antara Kabupaten Semarang dengan Kota Salatiga dan menjelaskan mengenai apa saja faktor penghambat dalam kinerja pelayanan JAMKESDA di Kota Salatiga.

Teori yang digunakan peneliti untuk menganalisis data adalah prinsip pokok dalam memberikan pelayanan kepada masyarakat, yaitu :

1. Prinsip aksesabilitas, yaitu setiap jenis pelayanan harus dapat dijangkau oleh setiap pengguna layanan. Tempat, jarak dan sistem pelayanan harus sedapat mungkin dekat dan mudah dijangkau atau diakses oleh pengguna layanan
2. Prinsip kontinuitas, yaitu setiap jenis pelayanan harus secara terus-menerus tersedia bagi masyarakat dengan kepastian dan kejelasan ketentuan yang berlaku bagi proses pelayanan tersebut
3. Prinsip teknikalitas, yaitu bahwa setiap jenis pelayanan, proses pelayanannya harus ditangani oleh tenaga yang benar-benar memahami secara teknis pelayanan tersebut berdasarkan kejelasan, ketepatan dan kemantapan sistem, prosedur dan instrumen pelayanan
4. Prinsip profitabilitas, yaitu dimana proses pelayanan pada akhirnya harus dapat dilaksanakan secara efektif dan efisien serta memberikan keuntungan ekonomis dan sosial, baik bagi pemerintah maupun bagi masyarakat secara luas

5. Prinsip akuntabilitas, yaitu dimana proses, produk dan mutu pelayanan yang telah diberikan harus dapat dipertanggungjawabkan kepada masyarakat, karena aparat pemerintah itu pada hakikatnya mempunyai tugas memberikan pelayanan yang sebaik-baiknya kepada masyarakat

Dalam penelitian ini menggunakan penelitian kualitatif dengan menggunakan penelitian deskriptif dimana data yang dikumpulkan adalah berupa kata-kata, gambar dan bukan angka-angka. Serta merupakan prosedur pemecahan masalah yang diselidiki dengan menggambarkan keadaan subyek atau obyek penelitian pada saat sekarang berdasarkan fakta-fakta yang tampak.

Penelitian ini menggunakan analisis kualitatif dalam menganalisis data penelitian. Teknik analisis data kualitatif sendiri merupakan upaya yang dilakukan dengan jalan bekerja dengan data, mengorganisasikan data, memilah-milahnya menjadi satuan yang dapat dikelola, mensintesiskannya, mencari dan menemukan pola, menemukan apa yang penting dan apa yang dipelajari, dan memutuskan apa yang dapat diceriterakan kepada orang lain (Moleong, 2008:248).

Dalam menganalisis data penelitian ini, peneliti melakukan koreksi dengan menanyakan secara langsung kepada pihak-pihak yang memiliki pengetahuan luas yang berhubungan dalam penelitian ini. Dalam proses

pengumpulan data, peneliti merangkum hasil wawancara yang berkaitan dengan penelitian ini yang didapat dari informan.

B. PEMBAHASAN

Dalam hal masih terdapat masyarakat miskin dan / atau tidak mampu yang belum mendapat pelayanan kesehatan melalui program Jaminan Kesehatan Nasional Penerima Bantuan Iuran (JKNPBI) pembiayaan kesehatannya menjadi tanggung jawab masyarakat, Pemerintah Provinsi bersama Pemerintah Daerah sesuai dengan kemampuan keuangan Daerah melalui Program Jaminan Kesehatan Daerah (JAMKESDA) dan Pelayanan Kesehatan Bagi Pengguna Surat Keterangan Tidak Mampu (SKTM). Dalam rangka pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Daerah (JAMKESDA) dan Pelayanan Kesehatan Bagi Pengguna Surat Keterangan Tidak Mampu (SKTM) bagi masyarakat Kabupaten Semarang secara selektif dan bertahap, maka perlu ada pedoman untuk pengaturannya sebagai landasan formal atau payung hukum.

Berdasarkan penjelasan diatas menjadi awal mula terlaksananya kerjasama antara Kabupaten Semarang dengan Kota Salatiga. Alasan lain yang mendukung terbentuknya kerjasama disebabkan oleh luas wilayah Kabupaten Semarang di sebelah selatan banyak berbatasan langsung dengan

Kota Salatiga dan akses dalam menjangkau fasilitas rumah sakit lebih mudah bila merujuk pada rumah sakit di Kota Salatiga. Sehingga akses warga miskin atau kurang mampu di daerah selatan Kabupaten Semarang akan lebih mudah apabila mereka menggunakan fasilitas rumah sakit di Kota Salatiga. Apalagi di dukung dengan fasilitas-fasilitas yang dimiliki oleh RSUD Kota Salatiga sebagai rumah sakit dengan tipe B.

Kerjasama ini juga terlaksana karena dilihat dari perekonomian masyarakat di Kabupaten Semarang dari data perkiraan produk domestik regional bruto (PDRB) per kapita tiap kecamatan. Dimulai dari kecamatan Suruh jumlah penduduk 60.082 jiwa perkiraan produk domestik regional bruto (PDRB) per kapita kecamatan sebesar 4.748,44 (ribu rupiah), kecamatan Tuntang jumlah penduduk 61.197 jiwa perkiraan PDRB per kapita kecamatan sebesar 5.119,80 (ribu rupiah), kecamatan Jambu jumlah penduduk 37.186 jiwa perkiraan PDRB per kapita kecamatan sebesar 4.739,98 (ribu rupiah), kecamatan Ambarawa jumlah penduduk 58.767 jiwa perkiraan PDRB per kapita kecamatan sebesar 5.276,38 (ribu rupiah) dan kecamatan Bringin jumlah penduduk 41.262 jiwa perkiraan PDRB per kapita kecamatan sebesar 5.856,42 (ribu rupiah). Data diatas menunjukkan kecamatan dengan jumlah penduduk yang cukup besar tetapi PDRB per kapita dari masing-masing kecamatan tersebut sedikit dan bisa dikatakan kecamatan-kecamatan tersebut tergolong kecamatan dengan penduduk tidak mampu atau miskin. Pendapatan

yang kecil ini tentu membuat penduduk dari tiap kecamatan hidup dengan semampunya mereka untuk memenuhi kebutuhan sehari-hari apalagi jika ingin mengakses pelayanan kesehatan, mereka ingin mendapatkan pelayanan terbaik yang diberikan oleh pemberi layanan.

Pada akhirnya Pemerintah Kota Salatiga berinisiatif untuk mengajukan proses draft kerjasama, perjanjian kerjasama (PKS) dengan pihak Pemerintah Kabupaten Semarang melalui dinas terkait yaitu Dinas Kesehatan Kabupaten Semarang. Dimana pada tanggal 1 Mei 2013 dibuatlah perjanjian kerjasama antara Dinas Kesehatan Kabupaten Semarang yang disebut Pihak Kesatu berdasarkan Surat Keputusan Bupati Semarang Nomor 954 / 0010 / 2013 tanggal 2 Januari 2013 tentang Penunjukam Pengguna Anggaran, Bendahara Penerimaan dan Bendahara Pengeluaran Tahun Anggaran 2013 dengan berdasarkan surat Keputusan Walikota Salatiga Nomor 821.2 / 2629 / 2012 sebagai Direktur Rumah Sakit Umum Daerah Kota Salatiga tentang pengangkatan Dr. Agus Sunaryo, Sp.PD sebagai Direktur Rumah Sakit Umum Daerah Kota Salatiga tanggal 16 Oktober 2012 bertindak untuk dan atas nama Rumah Sakit Umum Daerah Kota Salatiga yang disebut Pihak Kedua.

Dalam melaksanakan kerjasama ini ada Peraturan Bupati Semarang Nomor 10 Tahun 2014 tentang Petunjuk Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Daerah di Kabupaten Semarang yang mana ini dijadikan pedoman

dalam Pihak Kesatu melaksanakan pelayanan kepada masyarakat. Pada Program JAMKESDA di Kabupaten Semarang ini ada prinsip-prinsip dalam penyelenggaraannya, antara lain :

- a. Pelayanan kesehatan dilakukan secara terstruktur dan berjenjang dimana Pelayanan kesehatan dilakukan oleh Pemberi Pelayanan Kesehatan (PPK) Tingkat I sebagai Pemberi Pelayanan Kesehatan Tingkat Dasar yang dilakukan oleh Pusat Kesehatan Masyarakat (PUSKESMAS) dan jejaringnya, Pemberi Pelayanan Kesehatan (PPK) II sebagai pemberi pelayanan kesehatan spesialisik dilaksanakan oleh Rumah Sakit Rujukan Tingkat I yang meliputi Rumah Sakit Pemerintah dan Rumah Sakit Swasta yang telah melakukan Perjanjian Kerja Sama Program Jaminan Kesehatan Daerah (JAMKESDA) dan Pelayanan Kesehatan Pengguna Surat Keterangan Tidak Mampu (SKTM) dengan Pemerintah Daerah. Pemberi Pelayanan Kesehatan (PPK) Tingkat III atau Tingkat lanjutan adalah pemberi pelayanan kesehatan Spesialistik lanjutan yang dilaksanakan oleh Rumah Sakit Rujukan Tingkat lanjutan meliputi Rumah Sakit Kelas B, Kelas A atau Rumah Sakit Umum Swasta yang setara dengan Kelas B atau Kelas A dan yang telah melakukan Perjanjian Kerja Sama (PKS) Program Jaminan Kesehatan Daerah (JAMKESDA) dengan Pemerintah Kabupaten Semarang dan Pemerintah Provinsi Jawa Tengah.

- b. Pelayanan sesuai dengan standar pelayanan kesehatan yang ada di Pemberi Pelayanan Kesehatan (PPK) dimana pasien yang akan berobat di rumah sakit dengan menggunakan JAMKESDA apabila akan rawat inap mendapatkan ruang di kelas III. Pasien dari Kabupaten Semarang dengan pasien dari Kota Salatiga tidak ada perbedaan pelayanan kesehatan yang diberikan kepada mereka dari Pemberi Pelayanan Kesehatan (PPK) sudah disesuaikan dengan ruang lingkup pelayanan yang tertera pada Peraturan Bupati Semarang Nomor 10 Tahun 2014 tentang Petunjuk Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Daerah Di Kabupaten Semarang.
- c. Pelayanan dilakukan di :
1. Rawat jalan termasuk Instalansi Gawat Darurat (IGD) di semua Pemberi Pelayanan Kesehatan (PPK) dimana apabila warga Kabupaten Semarang akan melakukan rawat jalan terlebih dahulu meminta surat rujukan dari puskesmas untuk dirujuk ke rumah sakit. Tetapi bila keadaan sudah darurat dan harus segera masuk IGD tidak diperlukam surat rujukan. Namun pasien rawat jalan yang akan menjalani rawat inap diperlukan surat rujukan dari dokter rawat jalan yang menanganinya.
 2. Rawat inap kelas III untuk semua Pemberi Pelayanan Kesehatan (PPK), pasien yang menggunakan fasilitas JAMKESDA akan

mendapatkan ruang kelas III. Walaupun jika pasien rujukan dari rumah sakit lain dan tidak menggunakan JAMKESDA kemudian dirujuk ke rumah sakit umum dan menggunakan JAMKESDA tentu akan mendapatkan kelas III untuk ruang rawat inapnya.

- d. Berdasarkan situasi darurat semua Pemberi Pelayanan Kesehatan Tingkat I dapat langsung memberikan rujukan ke Pemberi Pelayanan Kesehatan (PPK) III. Apabila pasien sudah dalam keadaan darurat Pemberi Pelayanan Kesehatan Tingkat I yaitu puskesmas mempunyai hak untuk merujuk pasien ke Pemberi Pelayanan Kesehatan (PPK) III yaitu Rumah Sakit Rujukan Tingkat lanjutan meliputi Rumah Sakit Kelas B, Kelas A atau Rumah Sakit Umum Swasta yang setara dengan Kelas B atau Kelas A dan yang telah melakukan Perjanjian Kerja Sama (PKS) Program Jaminan Kesehatan Daerah (JAMKESDA) dengan Pemerintah Kabupaten Semarang dan Pemerintah Provinsi Jawa Tengah yang kemudian akan menangani pasien tersebut.
- e. Pembayaran biaya pelayanan kesehatan dilakukan secara klaim kecuali pelayanan yang dilakukan Pemberi Pelayanan Kesehatan (PPK) Tingkat I. Pada PPK Tingkat I atau puskesmas ini tidak diperlukan pembayarn biaya pelayanan melalui klaim karena pasien yang berobat ke puskesmas bisa langsung membayar biaya pelayanan kesehatan setelah mereka selesi diperiksa. Berbeda dengan Pemberi Pelayanan

Tingkat II dan III yang memerlukan pembayaran biaya pelayanan kesehatan melalui klaim dikarenakan banyaknya pasien yang berobat melalui program JAMKESDA dan membutuhkan biaya yang besar.

- f. Pengajuan pembayaran oleh Pemberi Pelayanan Kesehatan (PPK) Tingkat II dan / atau Pemberi Pelayanan Kesehatan (PPK) Tingkat III lanjutan bagi peserta Program Jaminan Kesehatan Daerah (JAMKESDA) dan bagi peserta yang menggunakan Surat Keterangan Tidak Mampu (SKTM) disampaikan kepada pengelola program Jaminan Kesehatan Daerah (JAMKESDA) dan Pengelola Pengguna Surat Keterangan Tidak Mampu (SKTM). Dalam hal ini PPK Tingkat II dan III mengajukan pembayaran kepada pihak kesatu (Kabupaten Semarang) untuk melunasi besaran pembayaran pasien yang mana pengeluaran tiap pasien disesuaikan dengan jumlah biaya yang akan dikeluarkan pihak kesatu tetapi bila ada kelebihan biaya pada klaim pasien dan tidak masuk dalam jumlah besaran perjanjian kerjasama maka kelebihan biaya akan ditanggung oleh pasien.
- g. Pelayanan sebagaimana tersebut diatas dilakukan secara efektif, efisien, transparan, akuntabel dan tidak mewah. Dimana pihak kesatu dan pihak kedua dalam pelayanan ini dilakukan dengan kerjasama yang baik tanpa ada masing-masing dari pihak yang mengambil untung. Serta pihak kedua selaku pengaju klaim membuat besaran

pembiayaan dengan transparan dan akuntabel apabila pihak kesatu menemukan kejanggalan pada klaim yang diajukan pihak kedua akan segera memeriksa ulang dan segera memperbaikinya sehingga pembayaran bisa segera dilakaukan dengan efektif dan efisien. Jadi pelayanan bisa diberikan pemberi pelayanan kesehatan dengan baik.

Kerjasama ini berjalan dengan cukup baik tetapi adanya kerjasama ini pasien yang berobat ke RSUD Kota Salatiga menjadi “membludak”. Dapat dibuktikan dengan jumlah pasien sebelum dilakukan kerjasama antara Kabupaten Semarang dengan Kota Salatiga pada bulan Januari sampai dengan bulan April tahun 2013 jumlah pasien Rawat Inap Tingkat Lanjutan (RITL) sebanyak 170 jiwa dan pasien Rawat Jalan Tingkat Lanjutan (RJTL) sebanyak 702 jiwa setelah ada kerjasama antara Kabupaten Semarang dengan Kota Salatiga pada tanggal 1 Mei 2013 pasien mengalami peningkatan, bulan Mei sampai dengan Desember tahun 2013 pasien untuk Rawat Inap Tingkat Lanjutan (RITL) sebanyak 766 jiwa dan untuk pasien Rawat Jalan Tingkat Lanjutan (RJTL) sebanyak 1951 jiwa. Tentu jumlah ini menunjukkan bahwa banyak yang berminat untuk mengakses pelayanan JAMKESDA dengan jumlah pasien setelah ada kerjasama mengalami kenaikan secara terus-menerus dan signifikan apabila dibandingkan dengan sebelum ada kerjasama. Peningkatan pelayanan juga dapat dilihat dari kenaikan jumlah biaya yang diajukan pada klaim JAMKESDA dari pihak kedua.

Adanya kondisi tersebut menuntut pihak kesatu untuk membuat rekom dimana apabila pasien yang akan berobat ke RSUD Kota Salatiga dan merupakan warga kabupaten serta akan memanfaatkan JAMKESDA yang dimilikinya maka diharuskan pasien untuk membuat rekom terlebih dahulu di Dinas Kesehatan Kabupaten Semarang. Rekom sendiri merupakan surat keterangan dimana di dalam surat keterangan tersebut menjelaskan bahwa pasien tersebut benar-benar masyarakat miskin yang tidak masuk dalam kuota JAMKESDA dan tidak menerima Jaminan Kesehatan Nasional Penerima Bantuan Iuran (JKNPBI) berdasarkan Surat Keputusan Bupati Semarang sehingga masyarakat miskin tersebut bisa mendapatkan pelayanan kesehatan.

Adanya rekom ini diimbangi dengan klaim biaya pelayanan kesehatan dimana klaim ini dibuat kemudian diajukan kepada Dinas Kesehatan Kabupaten Semarang oleh pihak kedua, pemberi pelayanan kesehatan (PPK). Setelah klaim diajukan kepada Dinas Kesehatan Kabupaten Semarang perlu diverifikasi oleh tim verifikator yang dibentuk oleh Bupati yang selanjutnya Dinas Kesehatan Kabupaten Semarang mengusulkan pencairan kepada Kepala Dinas Pendapatan, Pengelolaan Keuangan dan Aset Daerah (DPPKAD) Kabupaten Semarang sesuai dengan penatausahaan Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah Kabupaten Semarang.

Data bulan Januari sampai bulan Oktober tentang pengajuan klaim JAMKESDA dari Rumah Sakit Umum Daerah Kota Salatiga ke Pemerintah

Kabupaten Semarang melalui Dinas Kesehatan Kabupaten Semarang digunakan untuk mencairkan anggaran pembayaran pelayanan penggunaan kartu JAMKESDA. Data klaim yang sudah diajukan ke Dinas Kesehatan Kabupaten Semarang dapat dilihat bahwa pasien yang banyak mengakses fasilitas JAMKESDA di RSUD Kota Salatiga dari daerah Kabupaten Semarang adalah kecamatan Suruh sebanyak 409 jiwa, kecamatan Tuntang sebanyak 230 jiwa dan kecamatan Tengeran sebanyak 172 jiwa sedangkan kecamatan yang paling sedikit adalah kecamatan Bawen sebanyak 9 jiwa, kecamatan Bergas sebanyak 3 jiwa dan kecamatan Kaliwungu sebanyak 2 jiwa.

Dalam sebuah perjanjian kerjasama antara dua pihak tentu saja ada banyak hambatan yang bisa mempengaruhi perjanjian kerjasama. Penghambat ini tentu saja bisa ditimbulkan dari dalam atau luar kedua belah pihak. Apabila ada hambatan yang timbul tentu saja akan mempengaruhi pelayanan terhadap masyarakat sehingga kepuasan masyarakat juga akan terpengaruhi.

Faktor-faktor penghambat dalam kinerja kerjasama pelayanan JAMKESDA antara kabupaten Semarang dan Kota Salatiga antara lain :

1. Sistem Administrasi yang Agak Rumit

Kendala yang dihadapi ketika mengajukan pembuatan rekam biasanya si pasien atau keluarga yang membantu tidak

membawa surat rujukan dari puskesmas. Dimana jika ditanya alasan mereka karena mereka langsung ke rumah sakit tidak melalui rujukan dari puskesmas atau karena dari pihak rumah sakit memberitahu bahwa tidak perlu menggunakan surat rujukan dari puskesmas.

2. Anggaran Dana Terbatas

Terlalu banyaknya pasien dari daerah Kabupaten Semarang yang berobat ke RSUD Kota Salatiga membuat dana yang disiapkan oleh Pemerintah Kabupaten Semarang dikhawatirkan tidak mencukupi untuk membayar klaim yang diajukan oleh RSUD Kota Salatiga. Maka dari itu dalam menerbitkan rekom lebih selektif, terutama dalam penerbitan Surat Keterangan Tidak Mampu (SKTM), prasyarat rekom. Hal ini berkaitan dengan faktor administratif untuk mendapatkan pelayanan kesehatan.

3. Koordinasi

Faktor penghambat dalam pelayanan disebabkan oleh faktor kurangnya koordinasi antar pegawai yang terlibat dalam kerjasama ini sehingga mempersulit pasien dalam mendapatkan pelayanan yang memuaskan. Serta masih ada masyarakat yang tidak mengerti dan tidak memahami persyaratan yang harus dilakukan ketika akan mengajukan rekom kepada Dinas Kesehatan Kabupaten Semarang.

C. PENUTUP

C.1. Simpulan

Berdasarkan data hasil penelitian dapat disimpulkan bahwa implementasi pelaksanaan kerjasama bidang kesehatan pelayanan JAMKESDA antara Pemerintah Kabupaten Semarang dengan Pemerintah Kota Salatiga belum berjalan dengan baik dan kurang sesuai harapan masyarakat kurang mampu. Warga Kabupaten Semarang khususnya golongan kurang mampu yang berobat di RSUD Kota Salatiga bisa mengakses fasilitas pelayanan JAMKESDA namun terkadang dalam masalah administrasi untuk pelayanan kesehatan agak rumit dan membingungkan.

C.2. Saran

Berdasarkan hasil penelitian di atas maka dikemukakan beberapa saran, yaitu kepada:

4.2.1 Departemen Kesehatan

Lebih mengoptimalkan penyediaan fasilitas pelayanan kesehatan yang baik dan terjangkau oleh seluruh lapisan masyarakat.

4.2.2 Pemerintah Kabupaten Semarang

Harus benar-benar jeli dalam pendataan pengguna JAMKESDA sehingga tepat sasaran dan sesuai skala prioritas dan terus meningkatkan hubungan kerjasama dengan Pemerintah Kota Salatiga. Melakukan sosialisasi akan pentingnya surat rujukan dari

puskesmas jika akan berobat ke RSUD Salatiga sehingga mempermudah pasien untuk mendapatkan pelayanan serta persyaratan lainnya yang dibutuhkan untuk mendapatkan fasilitas dari JAMKESDA.

4.2.3 Pemerintah Kota Salatiga

Selalu berkoordinasi dengan Pemerintah Kabupaten Semarang terutama dalam mengatasi hambatan yang terjadi dalam pelaksanaan kerjasama pelayanan JAMKESDA dengan Pemerintah Kabupaten Semarang.

4.2.4 Pengguna JAMKESDA

Menggunakan kartu JAMKESDA sesuai dengan kebutuhan dan diharapkan memanfaatkan layanan kesehatan menuju masyarakat yang sehat sehingga tidak mengecewakan Pemerintah Kabupaten Semarang ataupun Pemerintah Kota Salatiga yang mempedulikan kesehatan masyarakat khususnya yang kurang mampu. Serta hendaknya pasien tidak lupa untuk membawa surat rujukan puskesmas untuk rumah sakit.

DAFTAR PUSTAKA

- Focus, Fafa. 2010. *Becoming Sniper (Strategi Cerdas Mempengaruhi dan Mempertahankan Konsumen)*. Jakarta: Visi Media.
- Gronroos, 1990:27 dalam Ratminto, Atik Septi Winarsih. *Manajemen Pelayanan: Pengembangan Model Konseptual, Penerapan Citizen's Charter dan Standar Pelayanan Minimal* (Yogyakarta: Pustaka Pelajar.2005)
- Ibrahim, Amin. 2008. *Teori dan Konsep Pelayanan Publik Serta Implementasinya*. Bandung: CV Mandar Maju.
- Ismail. 2010. *Menuju Pelayanan Prima, Konsep dan Strategi Peningkatan Kualitas Pelayanan Publik*. Malang: Program Sekolah Demokrasi.
- Istianto, Bambang. 2009. *Manajemen Pemerintahan Dalam Perspektif Pelayanan Publik*. Jakarta: Mitra Wacana Media.
- Kurniawan, Agung. 2005. *Transformasi Pelayanan Publik*. Yogyakarta: Pembaruan.
- Kusnadi, HMA. 2002. *Masalah, Kerjasama, Konflik dan Kinerja*. Malang: Taroda.
- Lexy J. Moleong, M.A. 2008. *Metodologi Penelitian Kualitatif*. Bandung: PT. Remaja Rosdakarya.
- Moenir, H.A.S. 2001. *Manajemen Pelayanan Umum di Indonesia*. Jakarta: PT Bumi Aksara.
- Muninjaya, A.A. Gde. 2004. *Manajemen Kesehatan*. Jakarta: EGC.
- Nurmadi, Achmad. 2010. *Manajemen Pelayanan Publik*. Yogyakarta: PT Sinergi Visi Utama.
- Pamudji, S. 1985. *Kerjasama Antar Daerah Dalam Rangka Pembinaan Wilayah*. Jakarta: Bina Aksara.
- Pramusinto, Agus dan Erwan Agus Purwanto. 2009. *Reformasi Birokrasi, Kepemimpinan, Pelayanan Publik*. Yogyakarta: Penerbit Gava Media.
- Prof. Dr. Sugiyono. 2010. *Metode Penelitian Pendidikan*. Bandung: Alfabeta.
- Putra Fadillah, Saiful Arif. 2001. *Kapitalisme Birokrasi (Kritik Reinventing Government Osborne-Gaebler)*. Yogyakarta: LkiS.

Ratminto & Atik Septi Winarsih. *Manajemen Pelayanan: Pengembangan Model Konseptual, Penerapan Citizen's Charter dan Standar Pelayanan Minimal*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar, 2005.

Saifuddin Azwar. 2005. *Metode Penelitian*. Yogyakarta: Pustaka pelajar.

Sinambela, Lijan Poltak, dkk. 2008. *Reformasi Pelayanan Publik*. Jakarta: PT Bumi Aksara.

Tangkilisan, Hessel Nogi S. 2007. *Manajemen publik*. Jakarta: PT. Grasindo.

Wijono, Djoko. 2000. *Manajemen Mutu Pelayanan Kesehatan (Teori, Strategi dan Aplikasi)*. Surabaya: Airlangga University Press.

Winarso. 2002. *Pemikiran dan Praktek Perencanaan dalam Era Tranformasi di Indonesia*. Bandung: Departemen Teknik Planologi ITB.

Laporan/Kertas Kerja :

BPPD Kota Salatiga 2013: Salatiga dalam Angka 2012

Undang-Undang:

Undang-Undang Dasar 1945 pasal 28 H dan Undang-Undang Nomor 23 Tahun 1992 tentang Kesehatan

Undang-Undang No 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN)

Undang-Undang Negara Republik Indonesia Tahun 1945 pasal 34 ayat 1 fakir miskin dan anak-anak terlantar dipelihara oleh negara dan ayat 3 negara bertanggung jawab atas penyediaan fasilitas pelayanan kesehatan dan fasilitas pelayanan umum yang layak

Peraturan Pemerintah No. 50 Tahun 2007 tentang Tata Cara Pelaksanaan Kerjasama Daerah

Peraturan Menteri Dalam Negeri No. 22 Tahun 2009 tentang Petunjuk Teknis Kerjasama Daerah

Peraturan Menteri Dalam Negeri No. 23 Tahun 2009 tentang Pembinaan dan Pengawasan Kerjasama Antar Daerah

Keputusan Menteri Kesehatan RI no. 983/ menkes / 17/ 1992 tentang Pedoman Organisasi Rumah Sakit Umum

Peraturan Bupati Semarang Nomor 10 Tahun 2014 tentang Petunjuk Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Daerah di Kabupaten Semarang

Internet :

Kerjasama antar daerah untuk peningkatan daya saing wilayah-oke.pdf diunduh tanggal 18 Juni 2013, pkl 17.59

<http://www.ditjenpum.go.id/artikel/2011/1311920986/kerjasama-daerah> diunduh tanggal 18 Juni 2013, pkl 17.59

UU-40-2004SistemJaminanSosialNasional.pdf diunduh tanggal 18 Juni, pkl 08.52

http://id.wikipedia.org/wiki/Sistem_Jaminan_Sosial_Nasional diunduh tanggal 18 Juni 2013, pkl 08.53

[http://www.penataanruangjateng.info/content.php?query=profil_wilayah_Semarang& top=profil_wilayah_kab_kota](http://www.penataanruangjateng.info/content.php?query=profil_wilayah_Semarang&top=profil_wilayah_kab_kota)